



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 5 - SỐ 1
2017

TẬP 454

TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL ASSOCIATION

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

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

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

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

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

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

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH ẢNH HƯỞNG ĐẾN HIỆU QUẢ KIỂM SOÁT TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ NAM

Lê Quang Minh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam đã tổ chức mô hình quản lý, theo dõi, điều trị có kiểm soát bệnh THA nguyên phát. Nghiên cứu này nhằm đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến việc không đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang và theo dõi dọc 6 tháng. **Kết quả:** Đánh giá 300 bệnh nhân THA nguyên phát đang được quản lý, theo dõi, điều trị tại phòng khám THA, Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam từ ngày 01 tháng 02 năm 2016 đến ngày 30 tháng 7 năm 2016: Tuổi trung bình $62,44 \pm 9,54$, nam giới chiếm 51,7%. Các YTNC ăn mặn, thói quen hoạt động thể lực và stress quá mức có sự khác biệt giữa các nhóm bệnh nhân bị THA độ I, II, III. Sau 6 tháng điều trị số bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát HA là 233 chiếm 77,7%, không có bệnh nhân nào THA độ III. Có 4 yếu tố nguy cơ tăng khả năng gây điều trị HA không đạt mục tiêu là uống thuốc không đều, ăn mặn, béo phì, ĐTĐ với $p < 0,05$ và khoảng tin cậy 95% không chứa 1. Trong đó bệnh nhân uống thuốc không đều nguy cơ cao nhất gấp 5,3 lần với bệnh nhân uống thuốc đều, ăn mặn gấp 3,2 lần, béo phì nguy cơ gấp 2,7 lần bệnh nhân không béo phì và bệnh nhân ĐTĐ có nguy cơ gấp 1,48 lần bệnh nhân không có ĐTĐ. **Kết luận:** Mô hình quản lý, theo dõi, điều trị có kiểm soát bệnh THA nguyên phát tại bệnh viện đa khoa Hà Nam đạt hiệu quả kiểm soát huyết áp ở 77,7% tổng số bệnh nhân. Các YTNC làm tăng khả năng điều trị HA không đạt mục tiêu là uống thuốc không đều, ăn mặn, ĐTĐ, béo phì.

Từ khóa: Tăng huyết áp (THA), yếu tố nguy cơ (YTNC), điều trị có kiểm soát.

SUMMARY

STUDY SOME RISK FACTORS AFFECTING EFFECTIVE OF HYPERTENSION MANAGEMENT IN GENERAL HOSPITAL OF HA NAM PROVINCE

Background: General hospital of Hanam province held a system of management, monitor and treatment hypertension patients. This study for to evaluate the effectiveness of blood pressure control and a number of risk factor on not achieving blood pressure (BP) control of hypertension patients. **Method:** The study describes the cross-sectional and longitudinal track 6 months. **Results:** Evaluation of 300 patients with

primary hypertension are managed, monitored and treated at hypertension clinic of General hospital of Hanam province on May 1st, 2016 to July 30th, 2016: Mean age average 62.44 ± 9.54 , accounting for 51.7% of men. The risk factors as salty foods, physical activity habits and excessive stress differences between the groups of patients with hypertension at grade I, II, III. After 6 months of treatment of patients achieving BP control was accounted for 77.7%. Analysis showed that there are four elements likely to cause increased risk of not achieve target BP of treatment is taking tablet irregular, vegetarians, obesity, diabetes with 95%CI >1 , which contains no medication patients are at highest risk 5.3 times for patients who are taking medication, 3.2 times vegetarians, obesity 2.7 times the risk of non-obese patients and people with diabetes have 1.48 times the risk than patients without diabetes. **Conclusion:** The system of management, monitor and treatment hypertension patients in General hospital of Hanam province effective blood pressure control in 77.7% of patients. The risk factors on not achieving blood pressure control of hypertension patients is taking irregular, vegetarians, diabetes, obesity.

Keywords: Hypertension, risk factors, treated with control.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh tim mạch rất thường gặp, là mối quan tâm hàng đầu của nền y học thế giới bởi tần suất mắc bệnh cao, có nhiều biến chứng nguy hiểm như TBMMN, NMCT, suy tim.... gây tử vong và ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống, tạo nên gánh nặng về vật chất, tinh thần bệnh nhân, cho gia đình cũng như xã hội [1],[2]. Theo báo cáo của tổ chức y tế thế giới (WHO-2013), trên thế giới mỗi năm có khoảng 17 triệu người tử vong do bệnh lý tim mạch (chiếm 1/3 tử vong chung), trong đó có 45% tử vong do tim có liên quan đến THA và 51% tử vong do đột quỵ não là do THA [3]. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về bệnh tăng huyết áp cho thấy tỷ lệ mắc bệnh đang có xu hướng tăng nhanh khi nền kinh tế ngày càng phát triển. Năm 2015 tỷ lệ THA là 47,3% tương đương với khoảng 20,8 triệu người THA trong khoảng 44 triệu người trưởng thành [4].

Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam đã tổ chức mô hình quản lý, theo dõi, điều trị có kiểm soát bệnh THA nguyên phát tại Khoa Khám bệnh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả kiểm soát huyết áp của mô hình và

*Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Minh

Email: drlequangminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 13/2/2017

Ngày duyệt bài: 6/3/2017

một số yếu tố nguy cơ THA ảnh hưởng đến việc không đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- *Đối tượng nghiên cứu:* 300 bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán là THA nguyên phát theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị THA của Bộ Y Tế năm 2010 [2], được đưa vào mô hình quản lý, theo dõi, điều trị tại phòng khám THA, Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam từ ngày 01 tháng 02 năm 2016 đến ngày 30 tháng 7 năm 2016.

- *Phương pháp nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang và theo dõi dọc 6 tháng.

- *Thiết kế nghiên cứu:* Tiến hành sàng lọc bệnh nhân THA tư vấn đưa vào chương trình quản lý theo dõi và điều trị THA. Điều trị bệnh nhân theo phân tầng nguy cơ tim mạch và phác đồ, kết hợp điều trị loại bỏ các yếu tố nguy cơ

(YTNC). Theo dõi định kỳ bệnh nhân tùy theo mức độ, giai đoạn bệnh và phân tầng nguy cơ tim mạch. Theo dõi các tai biến, biến chứng trong suốt quá trình điều trị. Khi HA đạt mức mục tiêu tiếp tục điều trị duy trì lâu dài kết hợp theo dõi định kỳ, điều chỉnh thuốc kịp thời.

- *Phương pháp thu thập số liệu:* Bệnh án nghiên cứu được thiết kế theo mẫu thống nhất.

- *Xử lý kết quả nghiên cứu:* Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng các thuật toán thống kê trên máy tính theo phần mềm Stata 14.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

300 bệnh nhân THA nguyên phát đang được quản lý, theo dõi, điều trị tại phòng khám THA, Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam có tuổi trung bình $62,44 \pm 9,54$, nam giới chiếm 51,7%.

Bảng 1. Phân bố các yếu tố nguy cơ theo độ tăng huyết áp

Yếu tố nguy cơ	Độ I		Độ II		Độ III		Tổng số		p123
	N1=97	%	N2=127	%	N3=76	%	N=300	%	
Đái tháo đường	10	10,3	18	14,2	11	14,5	39	13,0	> 0,05
Béo phì (BMI>23 kg/m ²)	11	11,3	24	18,9	15	19,7	50	16,7	< 0,05
Rối loạn lipid máu	54	55,7	66	52	47	61,8	167	55,7	< 0,05
Thói quen ăn mặn	46	47,4	68	53,5	51	67,1	165	55	< 0,05
Hút thuốc lá	12	13,4	19	14,9	13	17,1	44	14,7	> 0,05
Uống rượu, bia	22	22,7	37	29,1	18	23,7	77	25,7	> 0,05
Thói quen ít hoạt động thể lực	32	32,9	63	49,6	47	61,8	142	47,3	< 0,05
Căng thẳng, lo âu quá mức	8	8,2	20	15,7	15	19,7	43	16,3	< 0,05
Tiền sử gia đình	46	47,4	64	50,4	35	46,1	145	48,3	> 0,05

Nhận xét: Trong các yếu tố nguy cơ thì rối loạn lipid máu, thói quen ăn mặn, ít hoạt động thể lực và tiền sử có người bị THA chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm các yếu tố nguy cơ với tỷ lệ lần lượt là 55,7%, 55,0%, 47,3%, 48,3%. Sau đó đến đái tháo đường, hút thuốc lá và rối loạn lipid máu. Trong đó ăn mặn, thói quen hoạt động thể lực và stress quá mức có sự khác biệt giữa các nhóm bệnh nhân bị THA độ I, II, III.

Bảng 2. Số lượng yếu tố nguy cơ tim mạch trên mỗi bệnh nhân

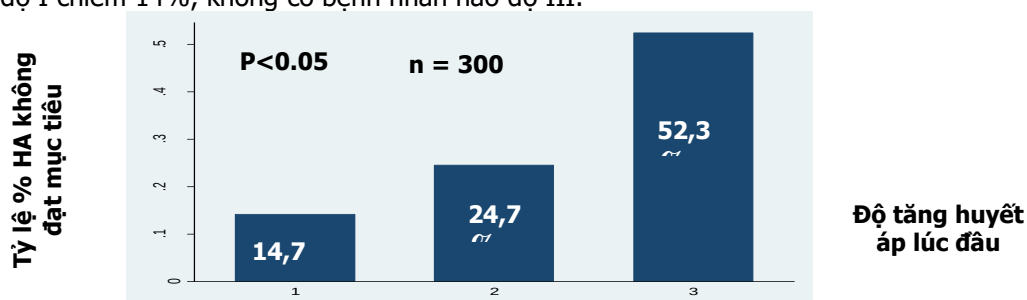
Số YTNC	Độ I		Độ II		Độ III		Tổng số (n=300)		p1,2,3
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không có	5	5,1	2	1,6	0	0	7	2,4	<0,05
1 YTNC	32	32,9	5	3,9	0	0	37	12,3	<0,05
2 YTNC	60	61,9	40	31,5	27	35,5	127	42,3	<0,05
≥ 3 YTNC	0	0	80	62,9	49	64,5	129	43,0	<0,05
Tổng	97	100	127	100	76	100	300	100	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có 3 yếu tố nguy cơ trở lên là cao nhất 43,0%, sau đó đến nhóm 2 yếu tố nguy cơ chiếm 42,3%. Trong nhóm bệnh nhân có ≤ 1 yếu tố nguy cơ chỉ gặp ở THA độ I, II. Trong nhóm bệnh nhân có 2 yếu tố nguy cơ chủ yếu gặp ở độ I chiếm 61,9%. Trong nhóm bệnh nhân có ≥ 3 YTNC thì tỷ lệ bệnh nhân bị THA độ III chiếm tỷ lệ cao nhất 64,5%, sau đó là độ II chiếm 62,9% không có bệnh nhân THA độ I. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Thay đổi về huyết áp của bệnh nhân sau điều trị

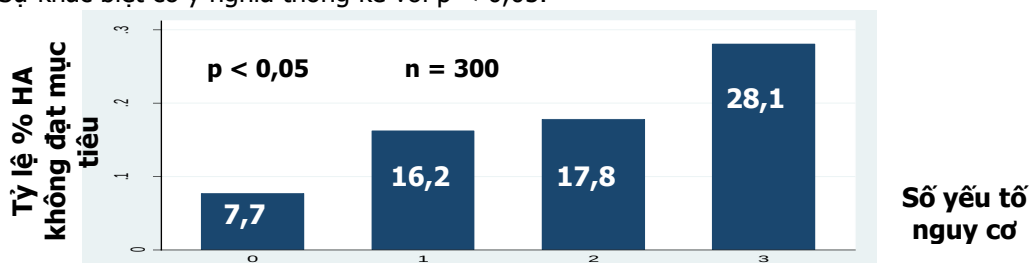
Hiệu quả kiểm soát huyết áp	Trước điều trị		Sau điều trị	
	N = 300	%	N = 300	%
Đạt mục tiêu kiểm soát HA	0	0	233	77,7
THA độ I	97	32,3	42	14
THA độ II	127	42,3	25	8,3
THA độ III	76	25,4	0	0

Nhận xét: Sau 6 tháng điều trị số bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp là 233 chiếm 77,7%, trong số bệnh nhân chưa đạt huyết áp mục tiêu có 25 bệnh nhân là độ II chiếm 8,3% và 42 bệnh nhân độ I chiếm 14%, không có bệnh nhân nào độ III.



Biểu đồ 1. Phân tích mối liên quan giữa độ tăng huyết áp lúc đầu khám với tỷ lệ huyết áp không đạt mục tiêu sau 6 tháng điều trị

Nhận xét: Độ huyết áp ở lần khám đầu càng cao tỷ lệ huyết áp không đạt sau 6 tháng điều trị càng cao. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 2. Mối liên quan giữa tỷ lệ huyết áp không đạt mục tiêu và số yếu tố nguy cơ.

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân không đạt huyết áp mục tiêu của nhóm có nhiều yếu tố nguy cơ cao hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm ít yếu tố nguy cơ

Bảng 5. Phân tích mối tương quan của các YTNC tim mạch với HA không đạt mục tiêu.

Yếu tố nguy cơ	RR	95% CI
Tiểu đường	1,48	1,07 - 2,9
Béo phì	2,7	1,3 - 5,5
RL lipid máu	2,3	0,92 - 4,4
Ăn mặn	3,2	1,6 - 6,3
Hút thuốc lá	1,4	0,7 - 2,8
Uống nhiều rượu	0,96	0,4 - 2,9
Tiền sử gia đình	4,1	0,85 - 10,9
Uống thuốc ko đều	5,3	2,14 - 13

Nhận xét: Khi phân tích mối tương quan của các YTNC tim mạch với HA không đạt mục tiêu cho thấy có 4 yếu tố nguy cơ tăng khả năng gây điều trị HA không đạt mục tiêu là ĐTĐ, béo phì, ăn mặn và uống thuốc không đều với khoảng tin cậy 95% không chứa 1.

IV. BÀN LUẬN

-Đặc điểm về tuổi, giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $62,44 \pm 9,54$ tuổi. Trong đó tuổi thấp nhất là 44 tuổi và cao nhất là 97 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 60 - 80 tuổi chiếm 73,7% sau đó là nhóm tuổi nhỏ hơn 60 tuổi chiếm 15% và nhóm trên 80 tuổi chiếm 11,3%. Tỷ lệ bệnh nhân nam giới là 51,7% cao hơn nữ giới là 48,3% nhưng sự khác biệt này là không nhiều và không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả này của chúng tôi nhìn chung cũng

tương tự như các nghiên cứu khác ở trong nước và trên thế giới. Theo nghiên cứu của bệnh viện trung ương Huế năm 2007 tỷ lệ nam và nữ cũng gần tương đương nhau (nam: 47,1% và nữ: 52,9% với $p > 0,05$) [5]. Theo nghiên cứu mới nhất được công bố ở hội nghị tăng huyết áp 2016 của Gs Nguyễn Lân Việt về tình hình tăng huyết áp ở Việt Nam năm 2015 - 2016 thì độ tuổi có tỷ lệ mắc tăng huyết áp cao nhất trong cộng đồng là nhóm tuổi từ trên 60 tuổi trở lên. Và tỷ lệ mắc tăng dần theo tuổi từ 62,65% ở lứa tuổi 60 - 64 tuổi lên đến 87,9% ở độ tuổi trên 85 tuổi [4].

- Phân bố các yếu tố nguy cơ: Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ béo phì rất cao 16,7% rối loạn lipid máu cũng chiếm 55,7% ở nhóm chung và có sự tăng tỷ lệ béo phì theo độ THA có ý nghĩa thống kê. Kết quả chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Quang năm 2012 tỷ lệ rối loạn lipid máu trong cộng đồng ở nước ta là 52,4% với nữ và 62,8% đối với nam.

Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử gia đình trong nghiên cứu có người bị THA cũng rất cao chiếm 48,3% số bệnh nhân THA. Tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Đặng Duy Quý là 24,6%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ hút thuốc lá của bệnh nhân cũng khá cao 14,7% và tỷ lệ này ở nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Quang 2012 tại cộng đồng với nam giới là 56,3 – 61,7%, và ở nữ giới là 2,6 – 4,6%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có thói quen ăn mặn khá lớn chiếm 55,0% và có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân ăn mặn ở các nhóm độ THA (độ THA cao tỷ lệ bệnh nhân ăn mặn cao hơn có ý nghĩa thống kê). Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Văn Tân năm 2009 là 26,6% nhưng lại cũng phản ánh khá đúng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Quang về tình hình ăn mặn trong cộng đồng là 66,5% ở nông thôn và 53,2 ở thành thị.

Tỷ lệ bệnh nhân căng thẳng quá mức ở bệnh nhân THA theo Nguyễn Ngọc Quang là 31,3%. Tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn là 16,3% do đối tượng chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân hưu trí cao nên ít căng thẳng hơn.

- Kết quả điều trị

• Thay đổi huyết áp sau điều trị

Sau điều trị 6 tháng chỉ số HA tâm thu giảm từ $158,9 \pm 16,7$ mmHg xuống còn $130,5 \pm 8,2$ mmHg, HA tâm trương giảm từ $93,5 \pm 16,1$ mmHg xuống còn $75,5 \pm 8,3$ mmHg. HA trung bình giảm từ $119,3 \pm 12,6$ mmHg xuống còn $86,4 \pm 7,4$ mmHg. Mức giảm này đều có ý nghĩa với $p < 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân đạt HA mục tiêu đạt 77,7%. Trong đó sau 6 tháng điều trị không còn bệnh nhân nào có tăng huyết áp độ 3 nữa, số bệnh nhân tăng huyết áp độ II cũng chỉ còn 5 bệnh nhân chiếm 8,3% bệnh nhân và đa số bệnh nhân không đạt mục tiêu ở đây chỉ là tăng huyết áp độ I (có 42 bệnh nhân và chiếm 14%). Tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Diệp tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu là 67,53% nghiên cứu của Đồng Văn Thành (2011) khi nghiên cứu 316 bệnh nhân THA tại phòng khám Bệnh viện Bạch Mai thì tỷ lệ

đạt HATT là 81,3% ở nữ và 78,0% ở nam hay Nguyễn Lâm Việt năm 2006 tỷ lệ đạt HATT là 87,4%[4]. Một báo cáo khác theo trung tâm kiểm soát và phòng bệnh của Hòa Kỳ báo cáo năm 2008 thì tỷ lệ kiểm soát HA đạt mục tiêu chung trên toàn nước Mỹ khoảng 69,9%.

• Mối tương quan giữa các YTNC và tình trạng huyết áp chưa đạt mục tiêu

Phân tích mối liên quan giữa độ tăng huyết áp lần khám đầu với tỷ lệ huyết áp đạt mục tiêu chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân THA độ III lúc đầu khám có đến 52,3% không đạt HATT, còn THA độ II là 24,7% và độ I là 14,7%. Như vậy độ THA ban đầu càng cao thì chúng ta càng khó đưa bệnh nhân đạt HATT sau 6 tháng mà phải cần nhiều thời gian hơn nữa.

Đánh giá mối tương quan giữa vòng bụng và HATT sau 6 tháng điều trị chúng tôi thấy có sự tương quan đồng biến mức độ chặt giữa vòng bụng với HATT sau 6 tháng điều trị.

Khi phân tích mối tương quan của các YTNC tim mạch với HA không đạt mục tiêu cho chúng tôi thấy ĐTD, béo phì, ăn mặn và uống thuốc không đều có nguy cơ tăng khả năng gây điều trị HA không đạt mục tiêu. Trong đó bệnh nhân ĐTD có nguy cơ gấp 1,48 lần bệnh nhân không có ĐTD, béo phì nguy cơ gấp 2,7 lần bệnh nhân không béo phì, ăn mặn gấp 3,2 lần và uống thuốc không đều nguy cơ cao nhất gấp 5,3 lần với bệnh nhân uống thuốc đều mức khác biệt có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95% không chứa 1. Các yếu tố nguy cơ khác như tiền sử gia đình, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu đều có xu hướng gây nguy cơ huyết áp không đạt cao hơn nhưng mức khác biệt còn chưa có ý nghĩa thống kê.

IV. KẾT LUẬN

- Các YTNC thường gặp ở bệnh nhân là rối loạn lipid máu, thói quen ăn mặn và ít hoạt động thể lực. Bệnh nhân huyết áp càng cao thì càng có nhiều YTNC

- Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát HA là 77,7%. Không có bệnh nhân nào THA độ III sau điều trị.

- Có 4 yếu tố nguy cơ tăng khả năng điều trị huyết áp không đạt mục tiêu là ĐTD, béo phì, ăn mặn và uống thuốc không đều. Trong đó bệnh nhân ĐTD có nguy cơ gấp 1,48 lần bệnh nhân không có ĐTD, béo phì nguy cơ gấp 2,7 lần bệnh nhân không béo phì, ăn mặn gấp 3,2 lần và uống thuốc không đều nguy cơ cao nhất gấp 5,3 lần với bệnh nhân uống thuốc đều mức khác biệt có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95% không chứa 1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mancia G., et al (2013)**, 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Blood pressure, 22(4): p. 193-278.
2. **Bộ y tế (2010)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. p.2.
3. **World Health Organization (2013)**, and A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis, world health day 2013
4. **Nguyễn Lân Việt (2016)**, Kết quả mối nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc 2015 - 2016. hội tim mạch học Việt Nam;
5. **Nguyễn Văn Duy (2007)**, Tình hình tăng huyết áp kháng trị ở bệnh nhân tại khoa nội tim mạch bệnh viện Trung ương Huế, Tạp chí tim mạch học Việt Nam. 47: p. 485 - 493.
6. **Persell S.D., et al (2011)**, Prevalence of resistant hypertension in the United States. Hypertension, 57(6): p. 1076 - 80.
7. **Law M.R., Morris J.K., Wald N.J., et al (2009)**, Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. Bmj, 2009. 338: p. b1665.

KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN CỦA CHỈ SỐ KHÁNG INSULIN VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN GÚT

Nguyễn Minh Núi*, Cấn Văn Mão**

TÓM TẮT

Mục đích: Khảo sát chỉ số kháng insulin và mối liên quan với một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân gút. **Phương pháp:** 115 người gồm 71 bệnh nhân gút điều trị tại khoa Khớp và Nội tiết, Bệnh viện Quân Y 103, và 44 người khỏe mạnh làm nhóm chứng. Tất cả được khám lâm sàng, làm xét nghiệm glucose và insulin máu lúc đói để tính chỉ số kháng insulin theo mô hình HOMA2 (Homeostasis Model Assessment 2). Các yếu tố nguy cơ tim mạch như tăng huyết áp, tăng BMI, rối loạn lipid máu được phân tích mối liên quan với chỉ số kháng insulin. **Kết quả:** Chỉ số kháng insulin ở bệnh nhân gút là $1,54 \pm 1,18$ cao hơn nhóm chứng ($0,98 \pm 0,53$) một cách có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ kháng insulin cao hơn rõ rệt ở các bệnh nhân bị tăng huyết áp (70,37%), thừa cân béo phì (73,08%) và rối loạn lipid máu (56,15%) so với những bệnh nhân không có các yếu tố nguy cơ này. **Kết luận:** bệnh nhân gút có các yếu tố nguy cơ tim mạch kèm theo như tăng huyết áp, béo phì và rối loạn lipid máu làm tăng tỷ lệ kháng insulin.

Từ khóa: Gút, chỉ số kháng insulin.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN INSULIN RESISTANCE WITH SOME CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN GOUTY PATIENTS

Purpose: To investigate the relationship between insulin resistance with some cardiovascular risk factors in gouty patients. **Methods:** 115 people, including 71

gouty patients treated at the Rheumatology and Endocrinology Department, 103 Military Hospital, and 44 healthy people as controls. All clinical examinations, fasting blood glucose and insulin were measured to calculate insulin resistance index according to the model HOMA2 (Homeostasis Model Assessment 2). The cardiovascular risk factors such as hypertension, increased BMI, dyslipidemia were analyzed their associations with insulin resistance index. **Results:** The index of insulin resistance in gouty patients were 1.54 ± 1.18 , significantly higher than that of the control group (0.98 ± 0.53). The rate of insulin resistance in gouty patients with hypertension (70.37%), obesity (73.08%) and dyslipidemia (56.15%) were significantly higher than those of patients who did not have these risk factors. **Conclusion:** gouty patients with cardiovascular risk factors, including hypertension, obesity and dyslipidemia increase the rate of insulin resistance.

Keywords: Gout, insulin resistance index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là bệnh do sự lắng đọng tinh thể monosodium urate trong tổ chức, hoặc do sự bão hòa acid uric trong dịch ngoại bào [1],[2]. Bệnh chủ yếu gặp ở nam giới, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm khoảng 90% các trường hợp [3]. Hay gặp nhất ở độ tuổi trên 40 [4]. Bệnh có liên quan đến mức sống và chế độ dinh dưỡng, tỷ lệ mắc bệnh cao ở những nước có nền kinh tế phát triển [3],[5]. Tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng nhanh trên toàn thế giới và hiện đang là vấn đề sức khỏe đáng quan tâm đối với cộng đồng. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã khẳng định mối liên quan giữa hội chứng tăng acid uric máu với bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), tăng huyết áp (THA), xơ vữa động mạch, béo phì, rối loạn lipid máu, các

*Bệnh viện 103, Học viện Quân Y

**Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Núi

Email: minhnuinguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 24/2/2017

Ngày duyệt bài: 9/3/2017

tác giả đã coi những thay đổi này nằm trong một hội chứng thống nhất gọi là hội chứng rối loạn chuyển hóa. Annemans và cộng sự (2008) đã khẳng định mối liên quan của tăng acid uric với THA, ĐTĐ, hội chứng chuyển hóa (HCC), bệnh lý tim và thận [6]. Kháng insulin là yếu tố nguy cơ chủ yếu, quan trọng của một số bệnh lý như ĐTĐ týp 2, THA, tình trạng thừa cân, béo phì, rối loạn lipid máu và là yếu tố nguy cơ của bệnh gút. Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về bệnh gút, tuy nhiên đánh giá tình trạng kháng insulin ở bệnh nhân gút thì chưa được nghiên cứu đầy đủ nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm hai mục tiêu: (1) *Khảo sát chỉ số kháng insulin (HOMA-IR) độ nhạy insulin và chức năng tế bào bê-ta (HOMA-β) ở bệnh nhân gút.* (2) *Tìm hiểu mối liên quan của chỉ số kháng insulin với một số yếu tố nguy cơ tim mạch như tăng huyết áp, thừa cân và rối loạn lipid máu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 115 đối tượng được chia làm 2 nhóm: nhóm nghiên cứu gồm 71 BN được chẩn đoán xác định bệnh gút theo tiêu chuẩn của Bennett và Wood – 1968, vào điều trị tại khoa khớp và nội tiết bệnh viện Quân Y 103. Nhóm chứng gồm 44 người khỏe mạnh có độ tuổi tương đương với nhóm

nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tất cả các đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng, cận lâm sàng. Tính chỉ số kháng insulin dựa vào nồng độ glucose máu và insulin máu lúc đói theo mô hình HOMA2 vì tính đã được cập nhật hoàn chỉnh năm 2004, phiên bản 2.2.2 năm 2007 chạy trên giao diện excel, phần mềm được cung cấp qua trang web <http://www.dtu.ox.ac.uk/homa>. Kết quả cũng cho biết chức năng tế bào beta, độ nhạy insulin. Chẩn đoán tăng huyết áp dựa theo JNC VII, chẩn đoán thừa cân và rối loạn lipid máu theo khuyến cáo của hội đái tháo đường Vn.

Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 16.0; các chỉ số được biểu diễn theo số trung bình $\pm$ SD. Phép so sánh có giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Chỉ số kháng insulin của nhóm nghiên cứu được xem là tăng khi lớn hơn tứ phân vị trên của nhóm chứng. Chức năng tế bào beta, độ nhạy insulin được xem là tăng nếu cao hơn mean + SD hoặc giảm nếu nhỏ mean - SD của nhóm chứng.

III. KẾT QUẢ

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $56,56 \pm 13,26$, nam 68 bệnh nhân, chiếm 95,77%; nữ 2 bệnh nhân chiếm 4,23%.

Bảng 1: Đặc điểm chỉ số kháng insulin, chức năng tế bào bê-ta và độ nhạy insulin của nhóm nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm	Nhóm NC (n = 71)	Nhóm chứng (n = 29)	p
HOMA2-IR	($\bar{x} \pm SD$)	$1,54 \pm 1,18$	$0,98 \pm 0,53$	$< 0,05$
	Tứ phân vị trên		1,26	
HOMA2-%B	($\bar{x} \pm SD$)	$143,12 \pm 76,40$	$105,26 \pm 37,57$	$< 0,05$
	Chỉ số giới hạn		67,69 – 142,83	
HOMA2-%S	($\bar{x} \pm SD$)	$91,51 \pm 47,24$	$128,00 \pm 57,27$	$< 0,05$
	Chỉ số giới hạn		70,73 – 185,27	

Nhận xét: Chỉ số kháng insulin HOMA2-IR trung bình ở bệnh nhân gút cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Chỉ số chức năng tế bào bê-ta HOMA2-%B trung bình ở bệnh nhân gút cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Tuy nhiên chỉ số độ nhạy của insulin HOMA2-%S trung bình ở bệnh nhân gút thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p < 0,05$).

Bảng 2: Mối liên quan của kháng insulin với nồng độ acid uric máu

Chỉ số	Acid uric (μmol/L)	< 420 (n = 24)		≥ 420 (n = 47)		p
		Số lượng	%	Số lượng	%	
Kháng insulin theo HOMA2-IR		7	29,17	28	59,57	< 0,05
Giảm CNTB β theo HOMA2-%B		4	16,67	11	23,40	> 0,05
Giảm độ nhạy insulin theo HOMA2-%S		5	20,83	24	51,06	< 0,05

Nhận xét: tăng axit uric máu làm tăng tỷ lệ kháng insulin và giảm độ nhạy insulin một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3: Mối liên quan của chỉ số kháng insulin với BMI

Chỉ số	BMI < 23 (n = 45)		BMI ≥ 23 (n = 26)		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Kháng insulin theo HOMA2-IR	16	35,56	19	73,08	$< 0,05$

Giảm CNTB β theo HOMA2-%B	9	20	6	23,08	> 0,05
Giảm độ nhạy insulin theo HOMA2-%S	12	26,67	17	65,38	< 0,05

Nhận xét: thừa cân, béo phì làm tăng tỷ lệ kháng insulin và giảm độ nhạy insulin rõ rệt.

Bảng 4: Mối liên quan giữa chỉ số kháng insulin với THA

Chỉ số	Không THA (n = 44)		THA (n = 27)		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Kháng insulin theo HOMA2-IR	16	36,36	19	70,37	< 0,05
Giảm CNTB β theo HOMA2-%B	5	11,36	10	37,04	< 0,05
Giảm độ nhạy insulin theo HOMA2-%S	13	29,55	16	59,26	< 0,05

Nhận xét: tăng huyết áp làm tăng tỷ lệ bị kháng insulin và giảm chức năng tế bào β -ta với $p < 0,05$.

Bảng 5: Mối liên quan của kháng insulin với rối loạn lipid máu

Chỉ số	Không RLLM (n = 14)		RLLM (n = 57)		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Kháng insulin theo HOMA2-IR	3	21,43	32	56,14	< 0,05
Giảm CNTB β theo HOMA2-%B	2	14,29	13	22,81	> 0,05
Giảm độ nhạy insulin theo HOMA2 %S	2	14,29	27	47,37	< 0,05

Nhận xét: rối loạn lipid máu làm tăng tỷ lệ kháng insulin rõ rệt với $p < 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Gút là một bệnh rối loạn chuyển hóa acid uric và có mối liên quan chặt chẽ với hội chứng chuyển hóa nói chung. Bệnh gút chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố như chế độ ăn quá nhiều đạm, béo phì, nghiện rượu, rối loạn lipid máu và hội chứng kháng insulin [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ số HOMA2-IR nhóm chứng là $0,98 \pm 0,53$, nhóm bệnh nhân gút là $1,54 \pm 1,18$ ($p < 0,05$). Kết quả trên đã lượng hóa được tình trạng kháng insulin ở nhóm bệnh nhân gút và phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước về các bệnh cảnh trong hội chứng chuyển hóa. Phương pháp xác định kháng insulin theo đề nghị của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1998 sử dụng điểm cắt giới hạn của chỉ số HOMA-IR là tứ phân vị trên của nhóm chứng làm tiêu chuẩn chẩn đoán kháng insulin.

Tình trạng thừa cân - béo phì là một yếu tố nguy cơ quan trọng cho sự phát triển của ĐĐT typ 2. Giảm hoạt động thể lực và thay đổi chế độ ăn uống đã dẫn đến tăng tỷ lệ thừa cân và béo phì ở trẻ em cũng như người lớn ngày càng rõ rệt và có liên quan với tình trạng kháng insulin. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy tỷ lệ kháng insulin ở nhóm có BMI > 23 theo HOMA2-IR là 73,08%, tỷ lệ giảm độ nhạy insulin theo HOMA2-%S là 65,38%. Kết quả kháng insulin theo HOMA2-IR của chúng tôi là phù hợp với nghiên cứu của tác giả Geloneze B. và cộng sự (2009) và các nghiên cứu trước. Kháng insulin có mối liên quan chặt chẽ với THA, song kháng insulin là nguyên nhân hay là hậu quả của THA thì đến nay vẫn tiếp tục nghiên cứu. Theo kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy ở bệnh nhân gút có THA tỷ lệ kháng insulin theo HOMA2-IR là

70,37%, giảm chức năng tế bào β theo HOMA2-%B là 37,04%, giảm độ nhạy insulin theo HOMA2-%S là 59,26% cao hơn so với nhóm không THA ($p < 0,05$). Kết quả này thấy kháng insulin là yếu tố nguy cơ của THA ở bệnh gút, điều này là phù hợp vì kháng insulin là yếu tố gây xơ vữa thành mạch như tăng cholesterol, tăng triglycerid, giảm HDL-c và tăng LDL-c hậu quả là THA. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ kháng insulin ở bệnh nhân gút có rối loạn lipid máu theo HOMA2-IR là 56,14% cao hơn nhóm không có rối loạn lipid máu là 21,43% ($p < 0,05$). Giảm độ nhạy insulin theo HOMA2-%S là 47,37% cao hơn nhóm không có rối loạn lipid máu là 14,29% ($p < 0,05$), nhưng tỷ lệ giảm chức năng tế bào β theo HOMA2-%B là 22,81% cao hơn nhóm không có rối loạn lipid máu là 14,29% ($p > 0,05$). Như vậy, có mối liên quan giữa kháng insulin ở bệnh nhân gút với THA. Tăng huyết áp làm tổn thương nhiều cơ quan đích, vì vậy việc chẩn đoán và phát hiện sớm bệnh gút không những kiểm soát được bệnh gút mà còn rất có ý nghĩa trong theo dõi và kiểm soát sẽ làm giảm sự đề kháng insulin, giảm nguy cơ THA và những biến chứng tim mạch.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chỉ số kháng insulin và chức năng tế bào β -ta ở 71 bệnh nhân bị bệnh gút và 44 người khỏe mạnh, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: chỉ số kháng insulin ở bệnh nhân gút là $1,54 \pm 1,18$ cao hơn nhóm chứng ($0,98 \pm 0,53$) một cách có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ kháng insulin cao hơn rõ rệt ở các bệnh nhân bị tăng huyết áp (70,37%), thừa cân béo phì (73,08%) và rối loạn lipid máu (56,15%) so với những bệnh nhân không có các yếu tố nguy cơ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Văn Đệ (2009), "Bệnh Gút", *Điều trị nội khoa, Tập 1*. Học viện Quân y, NXB quân đội nhân dân, Tr. 208.
2. Rettenbacher T, Ennemoser S, Weirich H et al. (2008), "Diagnostic imaging of gout: comparison of high-resolution US versus conventional X-ray", *Eur Radiol*, 18(3), p. 621-30.
3. Đoàn Văn Đệ (2003), "Bệnh Gút", *Bệnh học nội khoa, Tập 2*. Học viện quân y, NXB quân đội nhân dân, Tr.39.
4. Đoàn Văn Đệ (2016), "Cập nhật chẩn đoán và điều trị bệnh gút và các yếu tố nguy cơ", *Chương trình hội nghị khoa học hội thấp khớp học hà nội*, Tr. 1-21.
5. Đoàn Văn Đệ (2008), "Bệnh Gút", *Bệnh học nội khoa, Tập 2*. Học viện Quân y, NXB quân đội nhân dân, Tr. 43.
6. Annemans L., Spaepen E., Gaskin M. et al. (2008), "Gout in the UK and Germany: prevalence, comorbidities and management in general practice 2000-2005", *Ann Rheum Dis*, 67(7), p. 960-6.
7. Fam A. G. (2002), "Gout, diet, and the insulin resistance syndrome", *J Rheumatol*, 29(7), p. 1350-5.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRẦM CẢM TRÊN BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH CƠN LỚN (THỂ CO CỨNG - CO GIẬT)

Đàm Đức Thắng*, Bùi Quang Huy**,
Ngô Ngọc Tản**, Cao Tiên Đức**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động kinh thường có rối loạn trầm cảm đi kèm. Đặc điểm lâm sàng trầm cảm giữa các cơn động kinh thường không điển hình. Mục tiêu nghiên cứu là: nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân động kinh cơn lớn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 102 bệnh nhân động kinh cơn lớn có trầm cảm kèm theo. Các bệnh nhân này được điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần thành phố Hải Phòng từ tháng 4 năm 2013 đến tháng 10 năm 2015. Tiêu chuẩn chẩn đoán: ICD - 10 (1992) cho động kinh cơn lớn, mục G40.6 và tiêu chuẩn chẩn đoán cho trầm cảm thực tổn mục F06.32.0. **Kết quả:** Các triệu chứng trầm cảm phổ biến nhất là: khí sắc trầm 96,08%, mệt mỏi và giảm năng lượng 77,45%, mất mọi quan tâm thích thú 69,61%, rối loạn giấc ngủ 99,02%, nhìn tương lai ảm đạm bi quan 95,10%, giảm tự trọng và tự tin 87,25%, giảm tập trung chú ý 85,29%, ăn ít ngon miệng 78,43%. Các triệu chứng cơ thể: mất hoạt động tình dục gặp 42,16%, đầy bụng: 22,55%. Trầm cảm mức độ vừa chiếm 71,57%, nặng: 20,59%, nhẹ: 7,84%. Giai đoạn trầm cảm hay gặp nhất 93,14%, trầm cảm tái diễn 6,86%. Điểm trung bình trên thang Hamilton là $22,75 \pm 3,49$ điểm.

Từ khóa: Động kinh cơn lớn, trầm cảm

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF DEPRESSIVE DISORDER IN PATIENTS WITH GENERALIZED TONIC-CLONIC SEIZURES

*Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng

**Bệnh viện 103- Học viện quân y

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Quang Huy.

Email: bshuy2003@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 12/2/2017

Ngày duyệt bài: 3/3/2017

Background: Patients with generalized tonic-clonic often comorbid depressive disorder. The clinical features of depressive disorder in these patients are often atypical. Objectives of the study: Studying of clinical characteristics of depressive disorders in patients with generalized Tonic-Clonic seizures. **Subjects and research methods:** cross-sectional and prospective method, describe every individual of 102 inpatients with generalized tonic-clonic seizures, who have depressive disorder comorbid. They were treated at a Haiphong mental hospital from April 2013 to October 2015. Using the diagnostic criteria G40.6 of ICD-10 (1992) for generalized Tonic-Clonic seizures section and diagnostic criteria F06.32 for Organic depressive disorder. **Results:** The most common symptoms of depressive disorder are: depressed mood (96.08%), reduced energy and diminished activity (77.45%), loss of interest and enjoyment (69.61%), disturbed sleep (99.02%), pessimistic views of the future (95.10%), reduced self-esteem and self-confidence (87.25%), reduced concentration and attention (85.29%), diminished appetite (78.43%). The physical symptoms: loss of sexual activities (42.16%) bloating (22.55%). The prevalence of depressive disorder level is that 20.59% for mild, 71.57% for moderate and 20.59% for extreme. Patients have depressive episodes are 93.14% and recurrent depressive disorder are 6.86% respectively. Average score of Hamilton scales 22.75 ± 3.49 points.

Key words: generalized tonic-clonic seizures, depressive disorder.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những bệnh nhân động kinh thường có rối loạn trầm cảm đi kèm, Hatem Anwar Elmassry (2015) ghi nhận trầm cảm trên bệnh nhân động kinh là 41,37%. Đặc điểm lâm sàng trầm cảm giữa các cơn động kinh thường không điển hình như với trầm cảm chủ yếu.

Chúng tôi thực hiện đề tài “*Đặc điểm lâm sàng trầm cảm trên bệnh nhân động kinh cơn lớn*” với mục tiêu sau: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân động kinh cơn lớn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 102 bệnh nhân động kinh cơn lớn có trầm cảm kèm theo được điều trị nội trú tại Bệnh

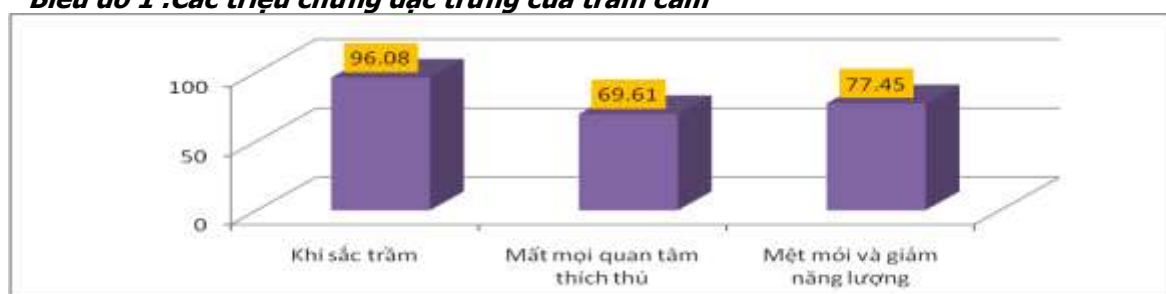
viện Tâm thần thành phố Hải Phòng trong khoảng thời gian từ tháng 4/2013 - 10/2015.

Sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD- 10 (1992) cho động kinh cơn lớn mục G40.6 và tiêu chuẩn chẩn đoán cho trầm cảm thực tổn mục F06.32.0.

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các số liệu được xử lý và phân tích trên chương trình Standa 12.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 1 .Các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm



Kết quả biểu đồ 1 cho thấy khí sắc trầm gặp ở 98 bệnh nhân chiếm 96,08%, mệt mỏi và giảm năng lượng gặp ở 79 bệnh nhân chiếm 77,45%, mất mọi quan tâm thích thú gặp ở 71 bệnh nhân chiếm 69,61%. So sánh các nhóm với nhau ta thấy có sự khác biệt với $p < 0,05$ ($\chi^2 = 6,78$, $p = 0,034$).

Bảng 1. Các triệu chứng phổ biến của trầm cảm

STT	Triệu chứng phổ biến	Chỉ số thống kê	n =102	Tỷ lệ %	p
1	Giảm tập trung chú ý		87	85,29	$p > 0,001$
2	Giảm tính tự trọng và tự tin		89	87,25	
3	Y tưởng bị tội và không xứng đáng		50	49,02	
4	Nhìn tương lai ảm đạm bi quan		97	95,10	
5	Y tưởng, hành vi tự huỷ hoại hoặc tự sát		37	36,27	
6	Rối loạn giấc ngủ		101	99,02	
7	Ăn ít ngon miệng		80	78,43	

Bảng 1 cho thấy rối loạn giấc ngủ chiếm tỷ lệ cao nhất 99,02%, nhìn tương lai ảm đạm và bi quan: 95,10%, giảm tính tự trọng và tự tin: 87,25%, giảm tập trung chú ý: 86,27%, ăn ít ngon miệng: 78,43%. So sánh các nhóm với nhau ta thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ ($\chi^2 = 85,27$; $p = 0,000$).

Bảng 2. Một số triệu chứng cơ thể khác

STT	Bộ phận Cơ thể	Triệu chứng	Chỉ số thống kê	n	Tỷ lệ	p
1	Tiêu hóa	Nóng rất vùng bụng		16	15,69	<0,001
		Cảm giác buồn nôn		3	2,94	
		Cảm giác ruột co thắt		9	8,82	
		Đầy bụng, ăn không tiêu		23	22,55	
2	Tim mạch	Hồi hộp		17	16,67	>0,05
		Mạch nhanh		11	10,78	
3	Thần kinh thực vật	Bốc hỏa		10	9,80	<0,05
		Chóng mặt		14	13,73	
		Ra mồ hôi		5	4,90	
		Tê bì		8	7,84	
		Khác		1	0,98	
4	Khác	Mất hoạt động tình dục		43	42,16	<0,001
		Rối loạn kinh nguyệt (n= 51)		14	27,45	

Kết quả bảng 2 cho thấy các triệu chứng hay gặp gồm: mất hoạt động tình dục gặp 42,16%, đầy bụng, ăn không tiêu gặp 22,55%, hồi hộp gặp 16,67%, chóng mặt gặp 13,73%. Trừ nhóm triệu chứng tim mạch, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Biểu đồ 2. Mức độ trầm cảm theo ICD - 10



Kết quả biểu đồ 2 cho thấy trầm cảm mức độ vừa là hay gặp nhất chiếm 71,57%, trầm cảm nặng gặp ở 20,59% và trầm cảm nhẹ chiếm 7,84%. Khi so sánh 3 nhóm với nhau ta thấy có sự khác biệt rõ rệt với $p < 0,001$ ($\chi^2 = 86,75$; $p = 0,000$).

Bảng 3. Đặc điểm các giai đoạn của trầm cảm

Thể lâm sàng	Chỉ số thống kê	Mã bệnh	n	Tỷ lệ %	p
Giai đoạn trầm cảm		F32	95	93,14	$p < 0,001$
Rối loạn trầm cảm tái diễn		F33	7	6,86	

Kết quả bảng 3 cho thấy bệnh nhân có giai đoạn trầm cảm tới chiếm 93,14%, còn trầm cảm tái diễn chỉ chiếm 6,86%. Khi so 2 nhóm với nhau ta thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (McNemar's $\chi^2 = 79,41$, $p = 0,000$).

Bảng 4. Kết quả thang trầm cảm Hamilton

Điểm Hamilton	Chỉ số thống kê	n	Tỷ lệ %	p
14 - 18		12	11,76	$< 0,001$
19 - 25		70	68,63	
> 25		20	19,61	
Trung bình		22,75 ± 3,49		

Bảng 4 cho thấy điểm trung bình trên thang Hamilton là $22,75 \pm 3,49$ điểm, nhóm có điểm 19 - 25 gặp nhiều nhất 68,63%. So sánh các nhóm với nhau ta thấy có sự khác biệt rõ rệt với $p < 0,001$ ($\chi^2 = 70,80$; $p = 0,000$).

IV. BÀN LUẬN

- Các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm: Biểu đồ 1 cho thấy triệu chứng cao nhất là khí sắc trầm: 96,08%, tiếp đến là mệt mỏi và giảm năng lượng: 77,45%, mất mọi quan tâm thích thú: 69,61%.

Kết quả này phù hợp với Trần Nguyên Ngọc (2011), các triệu chứng trầm cảm trên bệnh nhân động kinh như mệt mỏi chiếm 77,96 %, giảm sự quan tâm chiếm 54,23%.

- Các triệu chứng phổ biến của trầm cảm: Kết quả bảng 1 thấy rối loạn giấc ngủ chiếm tỷ lệ cao nhất 99,02%, tiếp đến là nhìn tương lai ảm đạm và bi quan chiếm 95,10%, giảm tính tự trọng và tự tin 87,25%, giảm tập trung chú ý gặp chiếm 86,27%, ăn ít ngon miệng gặp ở 78,43%, ý tưởng bị tội và không xứng đáng gặp 49,02%, ý tưởng, hành vi tự hủy hoại hoặc tự sát chiếm tỷ lệ thấp nhất 36,27%.

Kết quả này phù hợp với Thomas Will (2008), các triệu chứng trầm cảm trên bệnh nhân động kinh gồm: rối loạn tập trung chú ý 91%, rối loạn giấc ngủ 100%, ý tưởng tự sát 82%, ăn kém ngon miệng 66%, bi quan 51%.

- Một số triệu chứng cơ thể khác: Kết quả bảng 2 cho thấy đầy bụng, ăn không tiêu 22,55%, mất hoạt động tình dục gặp ở 42,16%, nóng rất vùng bụng 15,69%, hồi hộp chiếm 16,67%, mạch nhanh chiếm 10,78%.

Kết quả này phù hợp với ý kiến của Monika Dudra-Jastrzębska (2007), rằng các triệu chứng cơ thể của trầm cảm ở bệnh nhân động kinh rất đa dạng và thường bị nhầm lẫn như là tác dụng phụ của thuốc kháng động kinh.

- Mức độ trầm cảm: Kết quả ở biểu đồ 2 cho thấy trầm cảm mức độ vừa là hay gặp nhất 71,57%, trầm cảm nặng gặp ở 20,59% và trầm cảm nhẹ chỉ chiếm 7,84%.

Panagiotis Zis và cs. (2014) cho rằng trầm cảm mức độ nhẹ là hay gặp nhất ở bệnh nhân động kinh chiếm 47,6%, nặng chiếm 33,3% và 19,0% là trầm cảm mức độ trung bình. Có thể do bệnh nhân của chúng tôi là bệnh nhân nội trú, nên mức độ trầm cảm có thể khác với bệnh nhân ngoại trú của Zis và cộng sự.

- Đặc điểm các giai đoạn của trầm cảm: Kết quả bảng 3 cho thấy các bệnh nhân có giai đoạn trầm cảm hay gặp nhất, chiếm 93,14%, còn trầm cảm tái diễn chỉ gặp ở 6,86%. Nghiên cứu của Magdalena Bosak (2015) cho thấy bệnh nhân có giai đoạn trầm cảm là 32,1%, loạn khí sắc chiếm 13,1% và trầm cảm tái diễn chiếm 9,5%.

- Kết quả thang trầm cảm Hamilton: Bảng 4 cho thấy điểm trung bình trên thang Hamilton là $22,75 \pm 3,49$ điểm, nhóm có điểm 19-25 gặp nhiều nhất chiếm 68,63%.

Theo Hatem Anwar Elmassry (2015) điểm trung bình thang Hamilton của bệnh nhân động kinh cơn lớn bị trầm cảm là $21 \pm 3,3$ điểm.

V. KẾT LUẬN

- Các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm như khí sắc trầm 96,08%, mệt mỏi và giảm năng lượng 77,45%, mất mọi quan tâm thích thú 69,61%.

- Các triệu chứng phổ biến của trầm cảm hay gặp nhất là rối loạn giấc ngủ 99,02%, nhìn tương lai ảm đạm bi quan 95,10%, giảm tự trọng và tự tin 87,25%, giảm tập trung chú ý 85,29%, ăn ít ngon miệng 78,43%.

- Các triệu chứng cơ thể hay gặp là mất hoạt động tình dục 42,16%, ăn không tiêu 22,55%.

- Trầm cảm mức độ vừa là hay gặp nhất với 71,57%.

- Hầu hết các bệnh nhân có giai đoạn trầm cảm, với 93,14%.

- Điểm trung bình trên thang trầm cảm Hamilton là $22,75 \pm 3,49$ điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Nguyên Ngọc (2011)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu - trầm cảm và chất lượng sống bệnh nhân động kinh được điều trị tại Bệnh viện tâm thần Đà Nẵng, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học y dược, Đại học Huế, 122 trang.
2. **Hatem Anwar Elmassry, Nahla Nagy et al (2015)**, "Cross section comparative study for comorbid migraine and major depression in epileptic patients: demographic, clinical, electroencephalography and therapeutic implications", *Neuropsychiatric Electrophysiology* 1:8, pp: 5-7.
3. **Magdalena Bosak, Wojciech Turaj, et al (2015)**, "Depressogenic medications and other risk factors for depression among Polish patients with epilepsy", *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 11; pp: 2509-2517.
4. **Monika Dudra-Jastrzêbska, Marta M. Andres-Mach et al (2007)**, "Mood disorders in patients with epilepsy", *Pharmacological Reports* 59; 369- 387.
5. **Panagiotis Zisa, Paraskevi Yfantia et al (2014)**, "Determinants of depression among patients with epilepsy in Athens, Greece", *Epilepsy & Behavior* 33; pp: 106-109.
6. **Sheri Cotterman-Hart, Amir Adeli, (2015)**, "Anxiety and Depression in patients with Epilepsy", *Epilepsy, Volume 2, Part 3*, pp: 2 - 22.
7. **Thomas Will (2008)**, "Troubles psychiatriques chez des patients épileptiques et leurs traitements", *Epileptologie*, 25, pp: 2 - 9

ẢNH HƯỞNG CỦA PHỐI HỢP EZETIMIBE VÀ SIMVASTATIN SO VỚI SIMVASTATIN ĐƠN TRỊ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thu Hiền*, Hoàng Trung Vinh**, Nguyễn Vinh Quang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thay đổi nồng độ các chỉ số lipid máu, chức năng nội mạc mạch máu thông qua chỉ số giãn mạch qua trung gian dòng chảy- FMD của phối hợp ezetimibe và simvastatin so với simvastatin

*Bệnh viện Nội tiết TW

**Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hiền

Email: bshien18bvnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 17/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 20/2/2017

Ngày duyệt bài: 6/3/2017

đơn trị ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị tại bệnh viện Nội tiết trung ương. **Phương pháp:** 136 BN ĐTĐ typ 2 có RLLP máu đã được điều trị bằng simvastatin 10mg nhưng không đạt mục tiêu LDL-c hoặc không dung nạp statin được chia làm 3 nhóm: 31 BN uống 10mg ezetimibe đơn độc. 54 BN được tăng liều điều trị simvastatin 20mg/ngày và 51 BN phối hợp với ezetimibe 10mg. Đánh giá các chỉ số lipid máu, chuyển hóa glucose sau 6 tuần. **Kết quả:** Sau 6 tuần điều trị đều có sự cải thiện các chỉ số lipid máu so với trước điều trị. Cụ thể các chỉ số CT, TG, LDL đều giảm; HDL đều tăng ở cả 3 nhóm điều trị. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Mức thay đổi LDL ở nhóm phối hợp (PN3) là cao nhất (-53,26%) so với 2 nhóm sử dụng 20 mg simvastatin đơn độc (PN2) và

nhóm sử dụng ezetimibe đơn độc (PN1) ($p < 0,05$). Ở cả 3 PN đều cải thiện FMD so với trước điều trị (PN1 + 4,7% ; PN2 +15,28% ; PN3 +9,22%). Tuy nhiên chỉ ở sử dụng simvastatin 20 mg đơn trị sự cải thiện chức năng nội mạc mạch máu thông qua chỉ số giãn mạch qua trung gian dòng chảy (FMD) mới có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Ezetimibe 10mg sử dụng phối hợp với simvastatin 10mg cải thiện các thông số lipid máu đặc biệt giảm LDL-c và tỷ lệ BN đạt mục tiêu điều trị cao hơn so với nhóm sử dụng ezetimibe và simvastatin 20mg đơn độc. Bên cạnh đó, việc sử dụng ezetimibe đơn độc hoặc phối hợp đều giúp cải thiện chỉ số FMD sau điều trị. Sử dụng ezetimibe đơn độc hoặc phối hợp dung nạp tốt.

Từ khóa: Đái tháo đường týp 2, rối loạn lipid máu, ezetimibe.

SUMMARY

EFFECTS OF EZETIMIBE AND SIMVASTATIN COMBINATION VERSUS SIMVASTATIN MONOTHERAPY IN DIABETES TYPE 2 PATIENTS TREATED AT NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINE

Objective: To assess the effects of inhibited gastrointestinal cholesterol absorption and vascular endothelial function through flow mediated dilation (FMD) in statin-treated dyslipidemic patients.

Methods: 136 type 2 diabetes patients with hyperlipidemia, who were treated with simvastatin 10 mg but did not reach the target LDL will be divided into 3 groups: 31 patients use only 10 mg ezetimibe (PN1). 54 patients use simvastatin 20 mg per day (PN2) and 51 others use combination ezetimibe 10mg and simvastatin 10 mg (PN3). Follow-up period of 6 weeks. **Results:** Add on ezetimibe significantly decreased cholesterol (-29,5%, $p < 0,001$), triglycerid (27,56%, $p < 0,001$), HDL-C (+30,41%, $p < 0,001$), LDL-C (-53,26%, $p < 0,001$) non-HDL-c (-41,78%, $p < 0,001$) compare ezetimibe alone decreased cholesterol (-22,25%, $p < 0,001$), triglycerid (-7,47%, $p < 0,05$), HDL-C (+18,09%, $p < 0,001$), LDL-C -22,68%, $p < 0,001$), non-HDL-c (-30,92%, $p < 0,001$); simvastatin alone decreased cholesterol (-28,23%, $p < 0,001$), triglycerid (-15,32%, $p < 0,05$), HDL-C (+25,52%, $p < 0,001$), LDL-C (-41,61%, $p < 0,001$), non-HDL-C (-40,16%, $p < 0,001$). Total cholesterol, triglycerid, LDL-C, non-HDL-C were significantly decreased in 3 groups, but the percent reduction with add-on ezetimibe and simvastatin were significantly greater than ezetimibe alone ($p < 0,05$). The decrease LDL-C with add on ezetimibe was significantly greater than with up-titration of simvastatin alone ($p < 0,05$). High-density lipoprotein cholesterol was significantly increased in 3 groups and there was no significant difference between add on ezetimibe and simvastatin alone. Beside, have improved vascular endothelial function in 3 groups but only in simvastatin 20mg alone have significant. Treatment was well tolerated. **Conclusion:** Adding ezetimibe to simvastatin therapy helps to improve the proatherogenic lipoprotein profile

in type 2 diabetic patients who fail to reach recommended lipid targets with statin therapy alone.

Keywords: Type 2 diabetes, hyperlipidemia, ezetimibe

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát cholesterol LDL là một trong những biện pháp chính giảm nguy cơ tim mạch và statin hiện là nhóm thuốc hàng đầu được dùng để kiểm soát LDL. Trên thực tế, việc đạt mục tiêu LDL không phải dễ thực hiện, ngay cả khi dùng liều tối đa của statin. Bên cạnh đó, cơ quan quản lý thuốc và thực phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã công bố nhóm thuốc statin làm tăng glucose máu đặc biệt ở nhóm sử dụng statin liều cao. Trong những trường hợp này, câu hỏi có nên phối hợp thêm một nhóm ngoài statin hay không cũng được đặt ra. Ezetimibe là thuốc giảm cholesterol máu thông qua cơ chế ức chế hấp thu ở ruột. Việc phối hợp giữa ezetimibe và statin tác động vào cả hai yếu tố tổng hợp và hấp thu lipid máu, qua đó giúp kiểm soát lipid máu đạt hiệu quả hơn, khắc phục được những hạn chế trên của statin. Để đánh giá lợi ích của việc phối hợp thêm một thuốc ngoài statin, điều quan trọng không chỉ là các chỉ số lipid máu mà chính là ảnh hưởng trên các biến cố tim mạch và biểu hiện sớm chính là cải thiện chức năng nội mạc, kháng insulin hay các chỉ số viêm (một trong những dấu hiệu chính và sớm của bệnh sinh XVĐM- dự báo những thay đổi XVĐM). Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Khảo sát sự biến đổi của các thông số lipid máu, chỉ số giãn mạch qua trung gian dòng chảy (FMD: Flow mediated dilation), ở bệnh nhân đái tháo đường týp2 có rối loạn lipid máu được điều trị bằng ezetimibe sử dụng đơn độc hoặc phối hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Nghiên cứu được tiến hành ở BN ĐTĐ týp 2 có RLLP, được điều trị tại bệnh viện Nội tiết TW. Tuổi > 40 (cả hai giới), đã được điều trị RLLP máu bằng chế độ ăn, luyện tập và simvastatin 10 mg trước đó 1 tháng nhưng không đạt mục tiêu hoặc không dung nạp simvastatin.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Loại khỏi nhóm nghiên cứu các BN có 1 trong các yếu tố sau: XN lipid máu có LDL-C > 6,4 mmol/l hoặc TG > 5,7 mmol/l; BN ĐTĐ có RLLP máu do các nguyên nhân thứ phát khác đi kèm như suy giáp, HCTH, dùng thuốc tránh thai... nguy đang mắc bệnh cấp tính như NMCT, TBMMN, can thiệp động mạch vành trong vòng 6 tháng...; BN nghiện rượu

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, can thiệp có đối chứng.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Nội tiết TW

2.2. Nội dung nghiên cứu: Thăm khám BN trên lâm sàng: 136 BN được hỏi và thăm khám theo một mẫu bệnh án riêng. BN được chọn phân ngẫu nhiên thành 3 nhóm điều trị. 106 BN không đạt mục tiêu LDL-c sau khi đã điều trị bằng simvastatin 10 mg/ngày sẽ được phân ngẫu nhiên, mù đôi thành 2 PN: Nhóm 2 BN sẽ được tăng liều điều trị thành simvastatin 20mg/ngày (PN2, n=54) và nhóm 3 được điều trị phối hợp thêm ezetimibe 10mg (PN3, n =51).

Thăm dò cận lâm sàng: Mỗi BN được lấy 5ml máu lúc đói để làm XN: glucose máu, C-peptid, Ure, Creatinin, GOT, GPT, CT, TG, HDL, LDL và đo FMD tại ĐM cánh tay phải tại 2 thời điểm: bắt đầu nghiên cứu và sau 6 tuần nghiên cứu.

2.3. Đánh giá: Đo FMD theo kỹ thuật của Tổ chức Tim mạch Mỹ 2002 (American College of Cardiology Foundation) tại ĐM cánh tay đoạn trên hố khuỷu.

Công thức tính FMD = $(D2 - D1)/D1 \times 100\%$.

3. Xử lý số liệu: Quản lý các số liệu thu được bằng phần mềm Microsoft Office Excel 2003 phần mềm SPSS 16.0. Các số liệu thu được được tổng kết và xử lý theo thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thay đổi các thành phần lipid máu trước và sau điều trị

Bảng 1. Biến đổi các chỉ số lipid trước và sau điều trị

Chỉ số	Trước điều trị (n = 88)	Sau điều trị (n = 88)	% thay đổi	p
Cholesterol (mmol/l)				
PN1	5,65 ± 0,66	4,37 ± 0,79	-22,25	< 0,001
PN2	5,88 ± 0,85	4,16 ± 0,86	-28,23	< 0,001
PN3	5,98 ± 0,81	4,15 ± 1,07	-29,50	< 0,001
Triglycerid (mmol/l)				
PN1	2,07 ± 0,83	1,75 ± 0,71	-7,47	<0,05
PN2	2,27 ± 0,78	1,78 ± 0,76	-15,32	<0,05
PN3	2,25 ± 0,53	1,55 ± 0,57	-27,56	0,001
HDL-C (mmol/l)				
PN1	0,96 ± 0,14	1,13 ± 0,22	+18,09	<0,001
PN2	0,99 ± 0,18	1,24 ± 0,31	+25,52	<0,001
PN3	0,93 ± 0,12	1,17 ± 0,31	+30,41	<0,001
LDL-c (mmol/l)				
PN1	3,73 ± 0,60	2,89 ± 0,63	-22,68	<0,001
PN2	3,93 ± 0,99	2,22 ± 0,69	-41,61	<0,001
PN3	3,99 ± 0,61	1,84 ± 0,65	-53,26	<0,001

Nhận xét: Sau 6 tuần điều trị, chỉ số CT, TG, LDL đều giảm; HDL đều tăng ở cả 3 nhóm điều trị. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê $p < 0.05$.

Bảng 2: So sánh % thay đổi các chỉ số lipid máu ở mỗi nhóm sau điều trị

% thay đổi	PN1 (1)(n = 28)	PN2 (2) (n = 30)	PN3 (3)(n = 30)	p
Cholesterol	- 22,25	- 28,23	- 29,50	(1,3) < 0,05 (1, 2); (2,3) > 0,05
Triglycerid	- 7,47	- 15,32	-27,56	(1,3) < 0,05 (1, 2); (2,3) > 0,05
HDL-c	+18,09	+25,52	+30,41	(1,2);(1,3);(2,3)< 0,05
LDL-c	- 22,68	- 41,61	- 53,26	(1,2);(1,3);(2,3)< 0,05

Nhận xét: Ở nhóm phối hợp sự giảm LDL-c nhiều nhất (32.02%) so với 2 nhóm còn lại và ở nhóm sử dụng Ezetimibe đơn độc sự giảm CT và LDL đồng thời sự tăng HDL là thấp nhất so với 2 nhóm còn lại ($p < 0.05$)

3.2 Thay đổi FMD trước và sau điều trị

Phân nhóm	Trước	Sau	% thay đổi	p
PN1 (n= 31)	8,72 ± 3,14	9,13 ± 3,74	+4,7	> 0,05
PN2 (n = 54)	6,87 ± 2,04	7,92 ± 2,59	+15,28	< 0,05
PN3 (n = 51)	7,27 ± 2,37	7,94 ± 2,96	+9,22	> 0,05

FMD động mạch cánh tay tăng ở 3 PN, tuy nhiên chỉ ở PN2 sự khác biệt mới có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Kiểm soát cholesterol LDL là một trong những biện pháp chính giảm nguy cơ tim mạch và statin hiện là nhóm thuốc hàng đầu được dùng để kiểm soát LDL do làm tỷ lệ tử vong, giảm biến cố tim mạch cả ở BN ĐTD và không ĐTD.

Trên thực tế, việc đạt mục tiêu LDL không phải dễ thực hiện, ngay cả khi dùng liều tối đa của statin. Việc đạt mục tiêu LDL-C trên thực tế đã khó như vậy. Tuy vậy, kiểm soát được LDL là điều kiện cần nhưng chưa phải là điều kiện đủ trong điều trị RLLP máu. Statin có hiệu quả nâng HDL và hạ TG yếu, do đó trong những trường hợp có RLLP máu hỗn hợp đơn trị bằng statin (ngay cả với liều tối đa) không giải quyết được tất cả các bất thường trong dung mạo lipid của bệnh nhân. Khái niệm phối hợp thuốc trong điều trị RLLP máu đã được ESC năm 2011 và 2012 đưa ra [1]. Tuy nhiên phải đến sau cập nhật nghiên cứu IMPROVE-IT, PRECISE-IVUS... cho thấy hiệu quả của việc phối hợp statin và ezetimibe trong cải thiện biến cố tim mạch cả ở BN ĐTD và không ĐTD thì các khuyến cáo như VNHA 2015, ESC 2015, 2016, ADA 2016 đã đưa ra các khuyến cáo cụ thể trong việc phối hợp trên [2][3].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra sau 6 tuần điều trị, các chỉ số lipid đều cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị và việc giảm LDL-c ở nhóm phối hợp là cao nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả khác Tetsuji Tsunoda (2013), Athyros VG và cs (2008), Piero (2010) [4],[5]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc phối hợp giữa 1 statin yếu (simvastatin 10mg) với ezetimibe 10mg đã giúp giảm hơn 50% nồng độ LDL-C ban đầu và giúp giảm LDL-C nhiều hơn nhóm sử dụng statin liều trung bình đơn độc (20mg simvastatin).

Các statin gây giảm tổng hợp cholesterol ở gan thông qua ức chế enzym HMG-CoA reductase. Trong cơ thể, nồng độ cholesterol máu được quyết định bởi 2 nguồn: nội sinh (tổng hợp) và ngoại sinh (ăn vào và hấp thu tại ruột). Nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả của sự hấp thụ và tổng hợp cholesterol là những yếu tố ảnh hưởng lên quá trình điều chỉnh lipoprotein huyết tương, và cả hai đều đóng vai trò quan trọng trong phát triển bệnh mạch vành. Cơ chế điều hòa phản hồi này đã giải thích vì sao hiệu lực hạ LDL-C của statin bị giới hạn. Khi tăng liều statin lên gấp đôi thì hiệu lực hạ LDL-C chỉ tăng thêm khoảng 6% trong khi đó tác dụng phụ lại tăng

1,5-2 lần, cùng với đó là nguy cơ xuất hiện ĐTD mới mắc khi sử dụng statin liều cao. Ngoài ra, Tremblay và cs nghiên cứu thấy khi sử dụng statin liều cao càng làm tăng biểu lộ protein NPC1L1- protein vận chuyển cholesterol tại ruột. Việc phối hợp giữa ezetimibe và statin tác động vào cả hai yếu tố tổng hợp và hấp thu lipid máu, qua đó giúp kiểm soát lipid máu đạt hiệu quả hơn. Bảng 3 đã chỉ ra có sự tăng chỉ số FMD ở 3 PN sau điều trị, tuy nhiên chỉ ở phân nhóm sử dụng 20 mg simvastatin thì sự cải thiện mới có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại không phù hợp với các nghiên cứu khác. Chúng ta đều biết tác động đa phương diện của statin, ngoài tác dụng giảm LDL-C thì statin còn có tác dụng cải thiện chức năng nội mạc, tác dụng chống oxy hóa, tác dụng chống viêm, tác dụng chống huyết khối... Vậy nếu cải thiện chức năng nội mạc là do hoàn toàn statin thì nó sẽ dự kiến rằng statin ở liều cao hơn có tác động mạnh hơn lên chức năng nội mạc. Nhưng một số nghiên cứu khác lại cho kết quả ngược lại. Kawagoe Y (2011) so sánh tác dụng của statin liều cao 60 mg fluvastatin với liều thấp statin phối hợp ezetimibe (20mg fluvastatin + 10mg ezetimibe) trên chức năng nội mạc mạch máu thông qua chỉ số FMD ở BN ĐTD tít 2 theo dõi sau 10 tuần. Kết quả, FMD cải thiện tương đương ở cả 2 nhóm song KQ giảm LDL-C có ý nghĩa ở nhóm phối hợp so với sử dụng đơn độc [6].

Kết quả của chúng tôi trong việc cải thiện FMD ở nhóm phối hợp chưa được ghi nhận rõ so với nhóm sử dụng đơn trị có thể một phần do thời gian nghiên cứu của chúng tôi ngắn (06 tuần) chưa đủ thời gian để thấy rõ hơn việc cải thiện FMD ở nhóm phối hợp. Bên cạnh đó, liều và loại statin chúng tôi sử dụng là loại statin yếu trong khi các tác giả khác sử dụng statin trung bình và mạnh nên việc phối hợp đã đem lại hiệu quả cải thiện FMD rõ rệt hơn so với nhóm statin đơn trị.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy, ezetimibe có hiệu quả cải thiện các thông số lipid máu và chỉ số FMD ở cả 3 phân nhóm. Đặc biệt việc phối hợp ezetimibe với statin giúp giảm LDL-c nhiều nhất (53,26%) so với nhóm sử dụng statin liều gấp đôi (-41,61%), ezetimibe đơn độc (-22,68%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **European Heart Journal (2011)** "ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias", pp. 1769-1818.
2. **American Diabetes Association (2015)**. Standards of medical care in diabetes—2015. *Diabetes Care*. 38(suppl 1):S1-S93
3. **Hội tim mạch học Quốc Gia Việt Nam. (2015)**. "Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu". www.vnha.org.vn
4. **Tsunoda Tetsuji (2013)**, Effects of ezetimibe on atherogenic lipoproteins and glucose metabolism in patients with diabetes and glucose intolerance, *Diabetes Research and Clinical Practice*, Volume 100, issue 1, pp. 46-52.
5. **Vasilios AG (2008)**, Effectiveness of Ezetimibe Alone or in Combination With Twice a Week Atorvastatin (10 mg) for Statin Intolerant High-Risk Patients, *American Journal of Cardiology*, 101 (4), pp. 483-85.
6. **Yoshiaki Kawagoe (2011)**, Comparative study between high-dose fluvastatin and lowdose fluvastatin and ezetimibe with regard to the effect on endothelial function in diabetic patients, *Endocrine Journal* 58 (3), pp.171-175.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẮT LỚP VI TÍNH CỦA RĂNG LẠC CHỖ VÙNG MŨI XOANG

Phạm Thị Bích Đào*

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của răng lạc chỗ vùng mũi xoang, đối chiếu vị trí của răng lạc chỗ với các chỉ định cần phẫu thuật để rút kinh nghiệm trong chẩn đoán và xử trí. Kết quả thu được đau nhức đầu mặt một bên chiếm 96,8%, ngạt tắc mũi một bên 54,8%, chảy mũi một bên chiếm tỷ lệ 51,6%. Chảy máu mũi và sưng tấy một bên mặt 6,4%. Vị trí răng lạc chỗ trong hốc mũi 12,9%, xoang trán 61,3%, xoang hàm 19,4%, xoang sàng 6,4%. Chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh một răng là 83,9%, u răng 12,9%, nhiều răng 3,2%. Khám thiếu răng hàm trên 6,4%. Kích thước răng của xoang trán, xoang hàm, hốc mũi bình thường hoặc lớn hơn, kích thước răng trong xoang sàng bé hơn bình thường.

Từ khóa: Răng lạc chỗ, xoang, u răng, chảy máu mũi, thiếu răng

SUMMARY

THE CLINICAL FEATURES, IMAGE CT SCAN OF THE SINUSES AROUND THE NOSE ECTOPIC TEETH

The objective of the study was to describe the clinical features, image CT scan of the sinuses around the nose ectopic teeth, tooth position with reference to the indications of ectopic surgery need to learn from experience in diagnostic and management. The results present a headache pain inside 96.8%, stuffy nose one party rule 54.8%, runny nose 51.6% occupancy rate. Nasal bleeding and swelling one side of 6.4%. Ectopic tooth position in the nasal cavity of 12.9%, 61.3% frontal sinus, maxillary sinus 19.4%, 6.4% clinical sinus. CT scan can image the teeth is

83.9%, 12.9% tooth tumor, multiple teeth 3.2%. Check missing upper teeth 6.4%. The size of the frontal sinus teeth, maxillary sinus, nasal cavity normal or greater than, the size of the cavity prepared baby teeth than normal.

Keywords: Ectopic teeth, sinuses, teeth tumors, bleeding nose, missing teeth

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng lạc chỗ là hiện tượng răng mọc ở những nơi ngoài cung răng trong đó có mũi xoang và gây ra những biểu hiện bệnh lý tại những vị trí này. Mầm răng hình thành từ tuần thứ 6 – 10 của thai kỳ, phát triển trong xương hàm và mọc theo quy luật nhưng vì nguyên nhân nào đó mầm răng lạc chỗ, phát triển thành răng lạc chỗ [3]. Triệu chứng chủ yếu là đau nhức vùng xoang có răng nếu răng mọc ở vị trí gây tắc đường dẫn lưu của xoang hoặc gây chảy mũi mũi thối lẩn kéo dài ở một bên không đáp ứng với điều trị nội khoa thông thường của viêm mũi xoang [4]. Với những bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng như thế này thì việc chụp cắt lớp vi tính mũi xoang có tác dụng hỗ trợ chẩn đoán, hình ảnh trên phim là một khối có hình dáng giống răng, mật độ cản quang như xương, có thể nằm ngay giữa xoang, xung quanh là niêm mạc viêm hoặc nằm sát thành xoang, đặc biệt là với các răng lạc chỗ nằm ngay ở lỗ dẫn lưu của xoang thì triệu chứng lâm sàng rõ rệt, nặng nề. Răng lạc chỗ có thể là một răng, nhiều răng hoặc u răng [5]. Giải phẫu bệnh của khối có thành phần là men răng [6]. Với những răng lạc chỗ không gây ra triệu chứng gì mà người bệnh tình cờ phát hiện ra khi đi khám các bệnh khác, quan điểm chung là không cần can thiệp phẫu thuật lấy răng tuy nhiên với những răng gây ra các triệu chứng thì việc lấy bỏ răng lạc chỗ là

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Đào

Email: daoent@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 9/2/2017

Ngày duyệt bài: 3/3/2017

việc tất yếu [7]. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của răng lạc chỗ vùng mũi xoang, đối chiếu vị trí của răng lạc chỗ với các chỉ định cần phẫu thuật để rút kinh nghiệm trong chẩn đoán và xử trí.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân răng lạc chỗ vùng mũi xoang tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán là răng lạc chỗ trong các xoang với các triệu chứng lâm sàng, cắt lớp vi tính, cách thức phẫu thuật và giải phẫu bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân u các xoang mà giải phẫu bệnh không phải răng. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu:

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

*Mẫu nghiên cứu: 31 bệnh nhân tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương được chẩn đoán xác

định là răng lạc chỗ vùng mũi xoang từ tháng 9/2011 đến 9/2015.

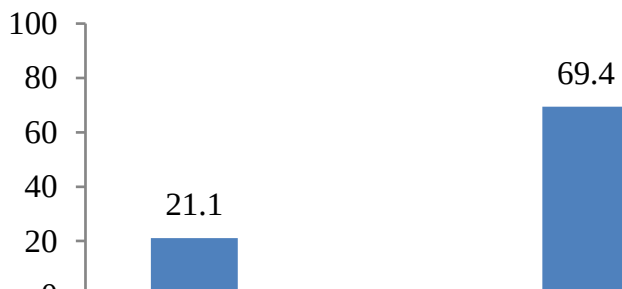
*Chẩn đoán xác định: viêm mũi xoang một bên tái diễn, đau nhức bên mặt hoặc mũi cùng bên, chảy mủ thối đôi khi lẫn máu. CT scan mũi xoang thấy hình ảnh cản quang mật độ của xương và có hình dáng giống răng. Phẫu thuật lấy được khối dạng răng, thường cấu trúc không đầy đủ như răng. Giải phẫu bệnh khối thấy có men răng.

*Xử lý và phân tích số liệu: số liệu được nhập, quản lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Số liệu được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %.

*Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu và có thể rời nghiên cứu bất kỳ lúc nào. Mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật.

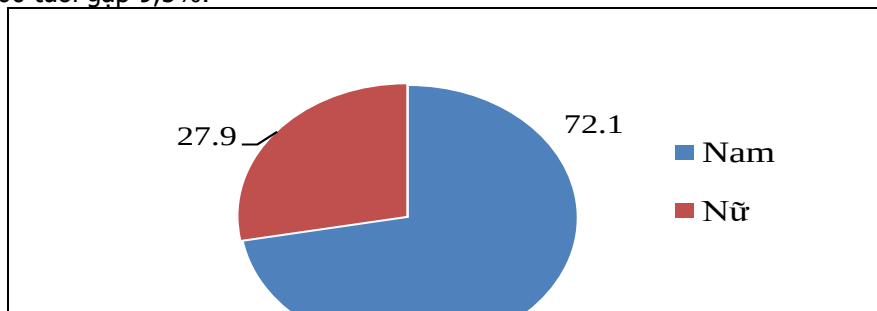
III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 1. Phân bố theo nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: tuổi của đối tượng nghiên cứu nhiều nhất 36 - 60 chiếm 69,4%, tuổi từ 16-36 gặp 21,1%, trên 60 tuổi gặp 9,5%.



Biểu đồ 2. Phân bố giới của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Giới nam chiếm 72,1% và nữ chiếm 27,9%.

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân

Triệu chứng	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Đau nhức sọ mặt	30	96,8
Chảy mũi một bên	17	54,8

Ngạt tắc mũi một bên	16	51,6
Sưng tấy vùng mặt	2	6,4

Nhận xét: Đau nhức đầu mặt một bên chiếm 96,8%, ngạt tắc mũi một bên 54,8%, chảy mũi một bên chiếm tỷ lệ 51,6% và sưng tấy một bên mặt 6,4%. Khám thấy thiếu răng hàm trên chỉ có 2 trường hợp (6,4%).

Bảng 2. Liên quan giữa mức độ triệu chứng đau với vị trí răng lạc chỗ

Mức độ đau Vị trí răng	Nhẹ		Trung bình		Nặng	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Xoang trán	2	11,8	4	23,5	11	64,7
Xoang hàm	1	16,7	5	83,3	0	0
Xoang sàng	0	0	0	0	2	100
Hốc mũi	3	75,0	1	25,0	0	0

Nhận xét: Trường hợp đau nặng gặp chủ yếu khi răng lạc chỗ trong xoang sàng (100%) và xoang trán (64,7%), răng nằm trong xoang hàm chỉ đau vừa phải (83,3%), đau nhẹ khi răng lạc chỗ trong hốc mũi (75%).

Bảng 3. Mối liên quan giữa triệu chứng và vị trí của răng trong xoang sau phẫu thuật

Vị trí răng TCLS (một bên)	Đáy xoang	Ở lỗ dẫn lưu của các xoang	Hốc mũi
Đau nhức	1/2 (50%)	25/25 (100%)	1/4 (25%)
Chảy mũi mủ	2/2 (100%)	25/25 (100%)	4/4 (100%)
Chảy nước mũi lẫn máu	0/2 (0%)	19/25 (76%)	4/4 (100%)
Ngạt tắc mũi	0/2 (0%)	12/25 (48%)	4/4 (100%)

Nhận xét: Triệu chứng đau nhức gặp 100% khi các xoang nằm ở vị trí lỗ dẫn lưu của các xoang, 50% các trường hợp răng ở đáy xoang. Trường hợp chảy mũi mủ gặp ở 100% các trường hợp răng lạc chỗ nằm ở vị trí lỗ dẫn lưu. Chảy nước mũi lẫn máu gặp ở 100% các trường hợp răng nằm ở hốc mũi và 76% gặp khi răng nằm lỗ dẫn lưu của các xoang.

2. Đặc điểm của răng lạc chỗ trên phim chụp cắt lớp vi tính

Bảng 4. Bản chất khối u xương trên phim cắt lớp vi tính

Đặc điểm răng, Vị trí răng	Một răng	U răng	Nhiều răng	Tổng số
Xoang trán	16 (84,2%)	1 (5,3%)	2 (10,5%)	19 (100%)
Xoang hàm	2 (33,3%)	4 (66,7%)	0 (0%)	6 (100%)
Xoang sàng	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)
Hốc mũi	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (100%)
Tổng số	24 (77,4%)	5 (16,2%)	2 (6,4%)	31 (100%)

Nhận xét: Trong các trường hợp răng lạc chỗ, chủ yếu là gặp một răng chiếm 77,4% và nhiều răng chiếm 6,4%. Kích thước răng trên phim chụp cắt lớp vi tính: của xoang trán, xoang hàm, hốc mũi bình thường hoặc lớn hơn, kích thước răng trong xoang sàng bé hơn kích thước răng bình thường (100%). Vị trí của răng lạc chỗ: Xoang trán 19 (61,3%), Xoang hàm 6 (19,4%), hốc mũi 4 (12,9%), xoang sàng 2 (6,4%).

IV. BÀN LUẬN

Răng lạc chỗ ở vùng mũi xoang là một bệnh hiếm gặp, các triệu chứng thường kín đáo, bệnh nhân đến khám chủ yếu là với triệu chứng khu trú ở một bên răng lạc chỗ trong mũi xoang. Tuổi của đối tượng nghiên cứu nhiều nhất 36 – 60 chiếm 69,4%, tuổi từ 16 – 36 gặp 21,1%, trên 60 tuổi gặp 9,5%. Như vậy ở tuổi từ 36 – 60, triệu chứng của răng lạc chỗ thường biểu hiện vì ở tuổi này người bệnh thường lo lắng cho biểu hiện đau nhức vùng mặt rõ ràng, họ thường lo sợ đó là biểu hiện của ung thư sọ mặt nên mới đi khám, khi khai thác họ cho rằng khi còn trẻ hơn cũng có những biểu hiện đó nhưng họ chỉ nghĩ mình bị cảm cúm và tự uống thuốc giảm đau [7].

Giới nam chiếm 72,1% và nữ chiếm 27,9%. Tác giả Sudhoff H [3] cho rằng rối loạn men răng răng sai lạc vị trí thường liên quan đến nội tiết tố nam. Triệu chứng là đau nhức đầu mặt một bên chiếm 96,8%, ngạt tắc mũi một bên 54,8%, chảy mũi một bên chiếm tỷ lệ 51,6% và sưng tấy một bên mặt 6,4%, các triệu chứng này tuy đáp ứng với điều trị nội khoa nhưng tái phát rất nhanh sau dứt đợt điều trị vài ngày. Các biểu hiện này là nguyên nhân chính để bác sĩ khám bệnh chỉ định chụp cắt lớp vùng mũi xoang [4]. Vị trí của răng lạc chỗ chủ yếu nằm trong xoang trán 61,3% sau đó đến xoang hàm 19,4%, trong hốc mũi 12,9%, xoang sàng 6,4%. Nhiều nghiên cứu khác chỉ ra răng lạc chỗ chủ yếu gặp ở

xoang hàm [5],[6],[7], rất ít trường hợp phát hiện ra răng ở trong xoang sàng, nghiên cứu không gặp trường hợp nào trong xoang bướm, theo các tài liệu nghiên cứu chỉ có một bệnh nhân gặp ở ổ dẫn lưu giữa xoang sàng và xoang bướm, trường hợp này bệnh nhân đau đầu dữ dội và hết đau đầu khi được mổ lấy bỏ răng lạc chỗ [5]. Khi đối chiếu mức độ đau nhức vùng sọ mặt và vị trí răng mọc chỗ chúng tôi nhận thấy răng lạc chỗ trong xoang sàng 100% trường hợp là đau nặng và xoang trán (64,7%), răng nằm trong xoang hàm chỉ gây đau vừa phải (83,3%), đau nhẹ khi răng lạc chỗ trong hốc mũi (75%). Büyükkurt MC và cộng sự cũng thấy trường hợp răng lạc chỗ trong xoang hàm mà các tác giả gặp cũng chỉ đau vừa phải [6]. Các trường hợp răng lạc chỗ, chủ yếu là gặp răng lạc chỗ là một răng chiếm 77,4% và nhiều răng chiếm 6,4%. Răng lạc chỗ thường không có đầy đủ các cấu trúc của một răng hoàn thiện mà chỉ có lõi răng được bao bọc bởi một lớp men ngà, không có tủy răng do bị di chuyển đến vị trí khác bình thường khi chưa hoàn thiện ở bào thai [6]. Nhiều giả thiết cho rằng ở bệnh nhân có răng lạc chỗ thì sẽ có hiện tượng thiếu răng [3], tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 6,4% số bệnh nhân trong nghiên cứu khám thiếu răng hàm trên. Do những răng này ở những vị trí bất bình thường vì thế khả năng nuôi dưỡng răng không giống như khi chúng nằm trong xương hàm do đó cũng không phát triển được kích thước bình thường đặc biệt trong xoang sàng, còn ở các vị trí khác, kích thước răng lạc chỗ to hơn bình thường nếu đó được cấu tạo là nhiều răng hoặc dưới dạng u răng.

V. KẾT LUẬN

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG

Thái Thị Hoàng Oanh*

TÓM TẮT

Hội chứng buồng trứng đa nang là một bệnh cảnh lâm sàng gồm các triệu chứng rối loạn kinh nguyệt, cường androgen trên lâm sàng và cận lâm sàng, rối

Triệu chứng lâm sàng của răng lạc chỗ vùng mũi xoang: đau nhức đầu mặt 96,8%, ngạt tắc mũi, chảy mũi, chảy dịch mũi lẫn máu 54,8%. Vị trí răng lạc chỗ chủ yếu trong xoang trán 54,8%. Đau nặng nhất là răng nằm trong xoang sàng 100%. Trên cắt lớp vi tính vùng mũi xoang chủ yếu có hình ảnh một răng 77,4%. Bệnh nhân ít thiếu răng. Kích thước răng của xoang trán, xoang hàm, hốc mũi bình thường hoặc lớn hơn, kích thước răng trong xoang sàng bé hơn bình thường. Những răng cần có chỉ định phẫu thuật đều nằm cản trở ổ dẫn lưu mũi xoang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Peck S, Peck L (1995).** Classification of maxillary tooth transpositions. Am J Orthod Dentofacial Orthop; 107(5):505-17.
2. **Srinivasa Prasad T, Sujatha G, Niazi TM, Rajesh P (2007):** Dentigerous cyst associated with an ectopic third molar in the maxillary sinus: a rare entity. Indian J Dent Res, 18:141-143.
3. **Sudhoff H (2001).** Osteoma of the maxillary sinus, Laryngorhinootologie; 80(5):275-277.
4. **Lamb JF, Husein OF, Spiess AC (2009):** Ectopic molar in the maxillary sinus precipitating a mucocoele: a case report and literature review. Ear Nose Throat, 88:E6-E11.
5. **Buyukkurt MC, Omezli MM, Miloglu O (2010):** Dentigerous cyst associated with an ectopic tooth in the maxillary sinus: a report of 3 cases and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 109:67-71.
6. **McCrea S (2009):** Adjacent dentigerous cysts with the ectopic displacement of a third mandibular molar and supernumerary (fourth) molar: a rare occurrence. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 107:15-20.
7. **Baykul T, Doğru H, Yasan H, Cina Aksoy M (2006):** Clinical impact of ectopic teeth in the maxillary sinus. Auris Nasus Larynx, 33:277-281.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Thị Hoàng Oanh

Email: oanhquang2002@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 18/2/2017

Ngày duyệt bài: 10/3/2017

loạn chế tiết các hormone. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang tại bệnh viện Y học cổ truyền trung ương. Kết quả cho thấy 100% bệnh nhân rối loạn kinh nguyệt trong nghiên cứu đều là kinh thưa; vòng kinh trung bình là $77,05 \pm 33,48$ ngày; tỷ lệ bệnh nhân có kinh ít là 56,41%; Tỷ lệ bệnh nhân thuộc thể can thận hư nhiều hơn bệnh nhân thuộc thể đàm thấp trở trệ ($p < 0,05$).

Từ khóa: Hội chứng buồng trứng đa nang, đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY**CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME IN NATIONAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE**

Polycystic ovary syndrome is a clinical manifestation including symptoms of menstrosus disturbance, strong androgen, hormon disturbance. Depending on the cause of the disease that have different symptoms. The study aimed to describe the clinical features of the patients with polycystic ovary syndrome in national hospital of traditional medicine. Results show that the rate of over weigh and obese patients was 12.82%; 100% menstrosus disturbance patients was sparse menstruation, the mean of monthly cycle was 77.05 ± 33.48 days; the rate of less menstruation was 56.41%; the rate of "Dan Shen" deficiency type was more than "tan shi" blocked type ($p < 0.05$).

Keywords: Polycystic ovary syndrome, clinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng buồng trứng đa nang (Poly Cystic Ovary Syndrome-PCOS) là bệnh lý rối loạn nội tiết, phóng noãn thường gặp ở phụ nữ trong lứa tuổi sinh sản. Tỷ lệ mắc buồng trứng đa nang rất khác nhau tùy từng nghiên cứu. Tại Trung Quốc, tỷ lệ mắc buồng trứng đa nang của phụ nữ người Hán trong độ tuổi sinh sản là 8,25% [6]. Tại Việt Nam, tuy buồng trứng đa nang là một trong những bệnh lý hay gặp trên lâm sàng nhưng hiện nay chưa có một điều tra dịch tễ học nào về tỷ lệ mắc buồng trứng đa nang trong cộng đồng. Vì thực tế, bệnh nhân chỉ đi khám và phát hiện ra bệnh khi chậm có thai và vô sinh. Triệu chứng của buồng trứng đa nang rất đa dạng: rối loạn kinh nguyệt, cường androgen trên lâm sàng và cận lâm sàng, rối loạn chế tiết các hormone, có hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm... Ngoài ra buồng trứng đa nang còn có kèm theo một số bất thường liên quan đến nguy cơ bệnh tim mạch và đái tháo đường typ 2 [1], [2]. Trong y học cổ truyền dựa vào các biểu hiện lâm sàng chính mà hội chứng buồng trứng đa nang được xếp vào phạm trù các chứng bệnh khác nhau như kinh sau kỳ, bế kinh, vô sinh nữ, trứng hà... [7]. Các nghiên cứu của Việt Nam về PCOS xoay quanh các vấn đề: đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, điều trị vô sinh, kích thích

phóng noãn... Các nghiên cứu này thường tiến hành tại các cơ sở khám chữa bệnh bằng Y học hiện đại. Điều trị buồng trứng đa nang y học hiện đại thường dùng các hormone sinh dục nữ. Tuy nhiên việc sử dụng các hormone này kéo dài dẫn tới một số nguy cơ và tác dụng không mong muốn như chảy máu bất thường, tăng cân, tăng nguy cơ ung thư vú, tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch...[1]. Vì vậy bệnh nhân mắc hội chứng này cũng hay đến khám và điều trị y học cổ truyền. Một câu hỏi đặt ra là liệu những bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện Y học cổ truyền có đặc điểm gì khác với các bệnh nhân khám và điều trị tại các bệnh viện Y học hiện đại không? Vì vậy, đề tài được tiến hành với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân mắc hội chứng buồng trứng đa nang tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân tuổi từ 18 được chẩn đoán là hội chứng buồng trứng đa nang theo y học hiện đại đến khám và điều trị tại bệnh viện Y học cổ truyền trung ương. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo y học hiện đại: dựa theo tiêu chuẩn Rotterdam - Hà Lan 2003. Bệnh nhân được chẩn đoán buồng trứng đa nang khi: có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau [1],[2],[3]: **Tiêu chuẩn 1:** kinh thưa (chu kỳ kinh nguyệt dài > 35 ngày) hoặc vô kinh (chu kỳ kinh nguyệt > 6 tháng). **Tiêu chuẩn 2:** Cường androgen, có thể có một hoặc nhiều triệu chứng cùng nhau: Lòng chân kiểu nam: lông mọc nhiều và dài ở cẳng chân, có thể mọc cả ở đùi; lông mu kiểu nam: lông mọc nhiều và lan lên trên bụng theo đường trắng giữa, mặt trong đùi và xung quanh hậu môn; râu và ria mép. **Tiêu chuẩn 3:** Có hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm; có ≥ 10 nang kích thước từ 2-9 mm xếp thành vòng tròn quanh buồng trứng hoặc tăng thể tích buồng trứng $\geq 8\text{cm}^3$; thể hiện ít nhất ở một buồng trứng.

***Tiêu chuẩn phân loại bệnh nhân theo y học cổ truyền:** tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được khám theo y và học cổ truyền dựa vào tứ chẩn để phân thể theo y học cổ truyền [7].

Tứ chẩn	Vọng	Vấn	Vấn	Thiêt
Thể				
Can thận âm hư	Thể trạng không béo, chất lưỡi đỏ, ít rêu.	Không nôn nắc, không ợ hơi, ợ	Tuổi bắt đầu thấy kinh muộn, kinh nguyệt sau kỳ, bế kinh, hoặc âm đạo ra máu dầm dề	Mạch trầm tế sác

		chua	không sạch, vô sinh. Đau lưng mỗi gối, ù tai, tiểu đêm.	
Đàm thấp trở trệ	Béo mập, rậm lông, lưỡi bệu, sắc nhạt, rêu dày nhớt.	Không nôn nắc, không ợ hơi, ợ chua	Kinh nguyệt sau kỳ, bế kinh, đới hạ lượng nhiều, tứ chi vô lực mệt mỏi, ăn kém, ...	Mạch trầm hoạt
Tỳ thận lưỡng hư	Béo bệu, rậm lông, tinh thần mệt mỏi. Lưỡi nhợt bệu hoặc có hằn răng, rêu trắng	Không nôn nắc, không ợ hơi, ợ chua	Kinh sau kỳ, lượng ít, sắc nhợt loãng, khó có thai, đầu choáng tai ù, đau lưng mỗi gối	Mạch trầm tế vô lực.
Can uất hóa hỏa	Mặt nhiều trứng cá, nhiều lông, chất lưỡi đỏ, rêu vàng mỏng.	Hơi thở hôi, ợ hơi, ợ chua.	Kinh nguyệt trước sau không định kỳ, khó có thai, đau ngực sườn, phiền táo dễ cáu, miệng đắng họng khô, đại tiện táo	Mạch huyền sắc

***Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân không làm đủ các xét nghiệm theo yêu cầu của nghiên cứu. Bệnh nhân mắc các bệnh nội khoa khác.

2. Phương pháp nghiên cứu:

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

***Mẫu nghiên cứu:** nghiên cứu tiến hành ở 39 bệnh nhân buồng trứng đa nang với cách chọn mẫu thuận tiện.

***Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ tháng 1/2014 đến 12/2014, Khoa Phụ Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.

***Các chỉ tiêu theo dõi:** Các chỉ số lâm sàng được thu thập bằng cách hỏi, khám bệnh và kiểm tra phiếu theo dõi. Mỗi bệnh nhân được

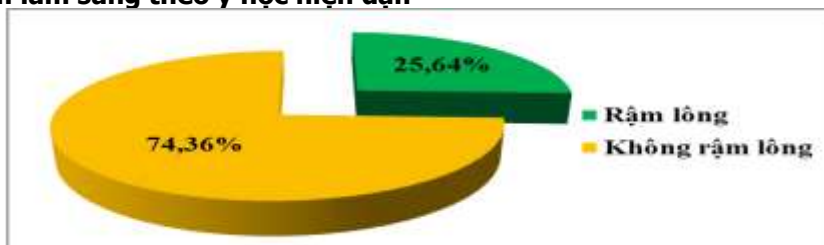
phát phiếu theo dõi và hướng dẫn cụ thể cách ghi phiếu, hẹn lịch khám và lấy thuốc trong thời gian nghiên cứu.

3. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Kết quả nghiên cứu được coi là có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu: tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều được thông báo, giải thích rõ ràng về mục đích nghiên cứu, tự nguyện tham gia nghiên cứu. Danh tính bệnh nhân được giữ kín. Khách quan trong đánh giá và phân loại, trung thực trong xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng theo y học hiện đại:



Biểu đồ 1. Đặc điểm triệu chứng rậm lông

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng rậm lông là 25,64% và tỷ lệ bệnh nhân không có triệu chứng rậm lông là 74,36%.

Bảng 1. Đặc điểm chu kỳ kinh nguyệt trước điều trị

Chu kỳ kinh nguyệt	Số lượng	Tỷ lệ %
Kinh thưa	39	100
Chu kỳ kinh nguyệt trung bình (ngày)	$77,05 \pm 33,48$	
Kỳ kinh trung bình (ngày)	$4,9 \pm 1,33$	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có kinh thưa trước điều trị là 100%. Chu kỳ kinh nguyệt trung bình của nhóm nghiên cứu là $77,05 \pm 33,48$ ngày. Kỳ kinh trung bình $4,9 \pm 1,33$ ngày.

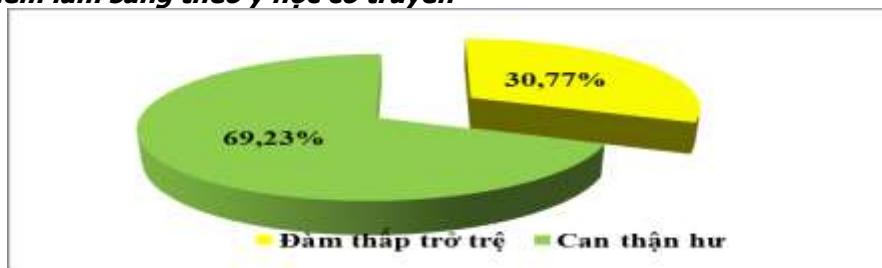
Bảng 2. Đặc điểm về mạch theo y học cổ truyền.

Mạch YHCT	Số lượng	Tỷ lệ %
Trầm hoạt	12	30,77
Trầm tế	27	69,23

Tổng	39	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có mạch trầm tế chiếm 69,23%, và tỷ lệ bệnh nhân có mạch trầm hoạt chiếm 30,77%.

2. Đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền



Biểu đồ 2. Đặc điểm thể bệnh theo y học cổ truyền

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân thuộc thể can thận hư chiếm đa số với 69,23%, trong khi đó bệnh nhân thuộc thể đàm thấp trở trệ chiếm tỷ lệ 30,77%.

Bảng 3. Đặc điểm màu sắc lưỡi theo y học cổ truyền

Đặc điểm màu sắc lưỡi	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhợt	8	20,51
Hồng	31	79,49
Tổng	39	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có chất lưỡi hồng chiếm đa số với 79,49%, và có 20,51% bệnh nhân có đặc điểm lưỡi màu nhợt.

Bảng 4. Đặc điểm về chất lưỡi theo y học cổ truyền

Đặc điểm chất lưỡi	Số lượng	Tỷ lệ %
Bệu	10	25,64
Khôngệu	27	74,39
Tổng	39	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có chất lưỡi khôngệu (chiếm 74,39%), còn lại là bệnh nhân có chất lưỡiệu chiếm 25,64%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy 100% bệnh nhân có rối loạn kinh nguyệt dạng kinh thưa, chu kỳ kinh trung bình $77,05 \pm 33,48$ (ngày). Y học hiện đại giải thích hiện tượng kinh thưa, kinh ít phổ biến ở bệnh nhân buồng trứng đa nang là do tình trạng thiếu năng estrogen. Nguyên nhân gây nồng độ estrogen thấp ở bệnh nhân buồng trứng đa nang là do rối loạn quá trình chế tiết hormone của trục dưới đồi – tuyến yên – buồng trứng và rối loạn quá trình thơm hóa các steroid ở buồng trứng thành estrogen sẽ dẫn tới nồng độ estrogen trong máu thấp, đây cũng là nguyên nhân dẫn tới hiện tượng kinh ít, kinh thưa ở những bệnh nhân buồng trứng đa nang. Vì nồng độ estrogen thấp nên không có đỉnh estrogen và không có hiện tượng tụt estrogen đột ngột nên không xảy ra hiện tượng bong niêm mạc tử cung vì thế không xảy ra hiện tượng kinh nguyệt [2],[3]. Theo Y học cổ truyền kinh thưa hay còn gọi kinh sau kỳ, cơ chế bệnh phân ra hư thực. Bệnh nhân trong nghiên cứu thuộc 2 thể lâm sàng can thận hư và đàm thấp trở trệ, tuy 2 nguyên nhân khác

nhau nhưng vẫn khiến huyết hải lâu đầy gây ra kinh sau kỳ. Rậm lông là một trong những biểu hiện nam tính hóa hay gặp ở bệnh nhân buồng trứng đa nang. Theo biểu đồ 3.2 cho thấy: tỷ lệ bệnh nhân biểu hiện nam tính hóa là 25,64%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu năm 1991, tỷ lệ bệnh nhân buồng trứng đa nang có biểu hiện rậm lông là 23%. Tại Việt Nam, theo kết quả nghiên cứu năm 2009 thì tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện rậm lông khoảng 20-43%. Theo Y học hiện đại, bệnh nhân buồng trứng đa nang có biểu hiện nam tính hóa là do tình trạng cường androgen máu, là hậu quả của rối loạn quá trình thơm hóa các steroid tại buồng trứng do LH tăng cao vào tình trạng kháng insulin gây nên. Nghiên cứu này cho thấy đa số bệnh nhân có chất lưỡi hồng, khôngệu (79,49% và 74,39%), và mạch trầm tế (69,23%). Đây là hai triệu chứng khách quan và có giá trị quyết định trong chẩn đoán và điều trị bệnh của Y học cổ truyền.

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân đa phần có mạch trầm tế. Mạch trầm là mạch đi chìm, là biểu hiện bệnh ở lý. Bệnh nhân có thận hư là tổn thương ở tạng phủ, ở sâu nên là biểu hiện bệnh

của lý. Mạch tế là mạch nhỏ, dựa theo hình tượng mà gọi tên. Khi có mạch tế là do lý hư, huyết hư gây nên. Trong nghiên cứu đa phần bệnh nhân thuộc thể can thận hư, mà can thận thuộc hạ tiêu, can tàng huyết, thận tàng tinh, tinh huyết hỗ sinh vì thế khi thận tinh không đầy đủ, can thận đồng nguyên dẫn đến can huyết hư suy nên huyết mạch không được làm đầy dẫn tới mạch tế. Vì thế nói mạch trầm tế là mạch của can thận hư. Kết quả cho thấy bệnh nhân nghiên cứu thuộc hai thể: can thận hư và đàm thấp trở trệ có thể do số lượng bệnh nhân chưa nhiều nên chưa gặp đầy đủ các thể bệnh theo y học cổ truyền. Trong đó tỷ lệ can thận hư (69,23%) cao thể đàm thấp trở trệ (30,77%). Điều này phù hợp với lý luận của y học cổ truyền: thận chủ về phát dục, thận hư phát dục không tốt nên tuổi bắt đầu thấy kinh muộn, can tàng huyết có chức năng điều tiết lượng huyết trong cơ thể, can huyết hư khiến huyết về xung nhâm chậm và không đầy đủ nên kinh nguyệt lượng ít, sau kỳ. Đồng thời can thận chủ sinh dục, can chủ sơ tiết điều chỉnh việc phóng noãn. Can thận hư chức năng chủ sinh dục và điều tiết việc phóng noãn bị ảnh hưởng gây vô sinh. Can thận ất quý đồng nguyên nên khi một tạng hư sẽ ảnh hưởng tới tạng kia làm bệnh nặng lên. Do ăn nhiều đồ ngọt béo ảnh hưởng tới tỳ vị hoặc bẩm tố tỳ hư hoặc can khắc tỳ khiến tỳ hư chức năng vận hóa thủy thấp không tốt, thủy thấp đình trệ lâu ngày thành đàm. Đàm thấp trở trệ trong kinh mạch khiến khí huyết vận hành chậm chạp, không thông nên hành kinh đến muộn, lượng ít. Đàm

thấp trở trệ trong cơ nhục gây béo phì, cơ thể nặng nề...[7].

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu tất cả bệnh nhân rối loạn kinh nguyệt đều là kinh thưa và thường gặp số lượng kinh ít. Bệnh nhân thuộc thể can thận hư hay gặp hơn bệnh nhân thuộc thể đàm thấp trở trệ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rotterdam (2004).** Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2004;**81**:19-25.
2. **Renato Pasquali, Elisabet Stener-Victorin, Bulent O. Yildiz. (2011).** Research in Polycystic Ovary Syndrome today and tomorrow. *Clin Endocrinol.* **74**(4):424-433.
3. **Endocrine Society (2013).** Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *JCEM* jc.2013-2350.
4. **Hahn S, Tan S, Elsenbruch S, Quadbeck B, (2005).** Clinical and biochemical characterization of women with polycystic ovary syndrome in North Rhine-Westphalia. *Horm Metab Res*, **37** (7):438-44.
5. **Attlee. A, Nusralla .A, Eqbal .R et al (2014).** Polycystic Ovary Syndrome in University Students: Occurrence and Associated Factors. *International Journal of Fertility and Sterility*, **8**(3), 261 – 266.
6. **Jiao .J, Fang .Y, Wang .T. (2014).** Epidemiologic investigation of polycystic ovarian syndrome (PCOS) in Han ethnic women of reproductive age in Liaoning Province, China. *Clin Exp Obstet Gynecol.* **41**(3):304-9.
7. **夏桂成 (2009).** 多囊卵巢综合征, 实用中医妇科学, 中国中医药出版社, 北京. 284-291.

NÂNG CAO KIẾN THỨC VỀ UNG THƯ VÚ VÀ TỰ KHÁM VÚ SAU CAN THIỆP GIÁO DỤC CHO PHỤ NỮ XÃ NGỌC LIÊN - CẨM GIÀNG- HẢI DƯƠNG

Nguyễn Thị Hằng*, Lê Thanh Tùng**

TÓM TẮT

Ung thư vú là nguyên nhân số một gây tử vong do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu "Đánh giá kết quả của

chương trình can thiệp truyền thông kiến thức về ung thư vú và tự khám vú cho phụ nữ từ 20 - 59 tuổi xã Ngọc Liên - Cẩm Giàng - tỉnh Hải Dương". Nghiên cứu can thiệp thực hiện từ tháng 4 đến tháng 8 năm 2016 trên 110 phụ nữ trong độ tuổi từ 20- 59 tuổi. Ứng dụng mô hình niềm tin sức khỏe và truyền thông trực tiếp để can thiệp nâng cao kiến thức đối tượng. Kết quả cho thấy sau can thiệp kiến thức chung về UTV và thực hành TKV đều tăng hơn so với trước can thiệp nhưng có xu hướng giảm dần theo thời gian ($p < 0,001$).

Từ khóa: Ung thư vú, tự khám vú, can thiệp giáo dục

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

**Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Tùng

Email: Email: tungpcnd@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 24/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 21/2/2017

Ngày duyệt bài : 13/3/2017

SUMMARY**EFFECTS OF HEALTH EDUCATION INTERVENTION ON IMPROVING WOMEN'S KNOWLEDGE OF BREAST CANCER AND BREAST SELF-EXAMINATION IN NGOC LIEN - CAM GIANG, HAI DUONG**

Breast cancer is the first leading cause of cancer death among women. The aim of this study was to evaluate the effects of health education intervention on improving women's knowledge of breast cancer and breast self-examination in Ngoc Lien - Cam Giang, Hai Duong. A quasi-experiment study was conducted from 110 women between the ages of 20- 59 years from April to August 2016. The health belief model and direct communication were applied to implement health education intervention to improve women's knowledge of breast cancer and breast self-examination. The results showed that there were significant increases in women's general knowledge of breast cancer and breast self-examination after the intervention compare with before the intervention but trends have diminished over time ($p < 0.001$).

Keywords: Breast cancer, breast self-examination, educational intervention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là nguyên nhân số một gây tử vong do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Tại châu Mỹ, theo thống kê năm 2008 có hơn 320.000 phụ nữ được chẩn đoán mắc bệnh UTV và 82.500 phụ nữ chết vì căn bệnh này. Tại Việt Nam, theo số liệu thống kê năm 2010, UTV là bệnh ung thư đứng hàng đầu ở nữ giới với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi trung bình trong cả nước là 29,9/100.000 dân và cao nhất là Hà Nội với tỷ lệ trung bình là 39,4/100.000 dân[1].

Hiện nay, có 3 phương pháp hiệu quả nhất để chẩn đoán sớm UTV là: tự khám vú (TKV), khám vú lâm sàng và chụp nhũ ảnh [2]. Trong đó TKV hàng tháng kết hợp với khám vú định kỳ tại các cơ sở y tế là chiến lược để phát hiện sớm UTV cho phụ nữ từ trên 20 tuổi [3], [4]. TKV thường xuyên là một phương pháp an toàn, đơn giản, không tốn kém về thời gian và kinh tế, nhưng lại được áp dụng rộng rãi và thích hợp cho mọi phụ nữ để sàng lọc UTV [2]. Mặc dù tự khám vú (TKV) có ảnh hưởng tích cực đến phát hiện sớm các khối u tại vú, nhưng thực tế tỷ lệ phụ nữ thực hiện TKV tại nhà còn rất hạn chế. Theo một nghiên cứu thực hiện tại thành phố Mosul năm 2013 cho thấy chỉ một phần mười số phụ nữ tham gia nghiên cứu thực hành TKV thường xuyên [4].

Theo "mô hình Niềm tin sức khỏe" của Champion, Janz, & Strecher (2002), một người phụ nữ hiểu được rằng bệnh UTV là một căn

bệnh nghiêm trọng và họ dễ mắc phải bệnh này thì sẽ có nhiều khả năng họ thực hiện TKV thường xuyên hơn. Đặc biệt khi họ hiểu được hậu quả của UTV, và mình dễ có nguy cơ UTV, đồng thời người phụ nữ tự tin mình có khả năng tự kiểm soát UTV cho chính mình do đó họ cũng sẽ thực hiện TKV thường xuyên hơn [2], [3],[6].

Tại Việt Nam, đặc biệt trên địa bàn tỉnh Hải Dương cho đến nay chưa có nghiên cứu can thiệp áp dụng "mô hình niềm tin sức khỏe" để thúc đẩy hành vi thực hành tự khám vú ở phụ nữ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "Đánh giá kết quả của chương trình can thiệp truyền thông kiến thức về ung thư vú và tự khám vú cho phụ nữ từ 20 - 59 tuổi xã Ngọc Liên - Cẩm Giàng - tỉnh Hải Dương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn lựa chọn là phụ nữ trong độ tuổi từ 20 - 59 tuổi, không có thai, có khả năng giao tiếp bình thường, tình nguyện tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ là những người không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại xã Ngọc Liên - Cẩm Giàng - Hải Dương từ tháng 5/2016 đến tháng 12/2016

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp được thực hiện trên một nhóm đối tượng có so sánh trước, ngay sau và sau can thiệp một tháng (không có nhóm chứng) nhằm đánh giá hiệu quả của chương trình giáo dục truyền thông.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu: Mẫu nghiên cứu được chọn theo công thức tính cỡ mẫu. Theo công thức, trong nghiên cứu này chúng tôi có mẫu nghiên cứu là 96, dự kiến 10% đối tượng từ chối tham gia, cỡ mẫu lấy tròn thành 110 đối tượng.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn ngẫu nhiên theo cụm. Xã Ngọc Liên có 10 thôn với trung bình số phụ nữ từ 20-59 tuổi đủ tiêu chuẩn nghiên cứu là 500 người. Chọn ngẫu nhiên 03 thôn và chọn toàn bộ số phụ nữ tại 03 thôn này. Căn cứ theo tiêu chuẩn chọn mẫu đã chọn được đủ số lượng cỡ mẫu nghiên cứu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu sau khi được thu thập sẽ được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Các bảng, biểu và tỷ lệ % được sử dụng để mô tả các số liệu. Sử dụng test

McNemar để kiểm tra sự khác biệt về các tỷ lệ giữa trước và sau can thiệp.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học đối tượng nghiên cứu: Tuổi trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu là 39,94. Trong đó độ tuổi từ 20- 39 tuổi chiếm tỷ lệ 56,3%. Nghề nghiệp chủ

yếu của đối tượng là làm nông nghiệp với tỷ lệ là 42,7%. Đa số đối tượng mới chỉ học hết trung học cơ sở (55,3%).

3.2. Hiệu quả can thiệp

3.2.1. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về ung thư vú

Bảng 3.1. Đặc điểm kiến thức về UTV sau can thiệp (n= 110)

Kiến thức về UTV	Trước can thiệp		Ngay sau can thiệp		Sau can thiệp 1 tháng	
	Đạt	%	Đạt	%	Đạt	%
UTV là căn bệnh phổ biến ở phụ nữ	55	50	107	97,3	93	84,5
Biểu hiện của UTV có dịch chảy ra từ núm vú	44	40	87	79,1	78	70,9
Trên 35 tuổi là độ tuổi dễ mắc UTV	54	49,1	105	95,5	92	83,6
UTV không thể sống quá 5 năm	45	40,9	78	70,9	46	41,8
UTV có thể được phát hiện bằng cách TKV tại nhà	44	40	99	90	97	88,2
Bệnh UTV có thể điều trị khỏi nếu được phát hiện sớm	74	67,3	107	97,3	91	82,7

Trước can thiệp chỉ có 50% đối tượng biết rằng UTV đang là một căn bệnh phổ biến nhất ở phụ nữ, nhưng sau can thiệp hầu hết 97,3% đối tượng biết được điều này, và sau một tháng có 14 phụ nữ đã quên hoặc trả lời không đạt.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của nhóm tác giả Đỗ Minh Sơn và Trần Vũ (2009) tại Tứ Kỳ - Hải Dương cho thấy trước can thiệp tác giả chỉ tìm thấy 5,3% đối tượng biết rằng biểu hiện UTV là có dịch chảy ra từ núm vú, nhưng sau can thiệp là 20,2% [2].

Nghiên cứu của tác giả Shahrbabaki và các cộng sự (2012) với 200 phụ nữ tham gia có nhóm chứng, kết quả cho thấy thông tin về UTV cho cả hai nhóm nghiên cứu trước can thiệp đều ở mức độ trung bình và không có sự khác biệt về mặt thống kê ($p= 0,08$), nhưng sau can thiệp thì điểm kiến thức tốt của nhóm chứng chỉ chiếm 5% trong khi một tỷ lệ cao đạt được ở nhóm can thiệp và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p< 0,001$) [3].

Bảng 3.2. Đặc điểm kiến thức về các yếu tố nguy cơ UTV sau can thiệp.

Hiểu biết về nguy cơ UTV	Trước can thiệp		Ngay sau can thiệp		Sau can thiệp 1 tháng	
	Đạt	%	Đạt	%	Đạt	%
Bất kỳ phụ nữ nào cũng có nguy cơ UTV trong tương lai	54	49,1	107	97,3	86	78,2
Chế độ ăn nhiều mỡ động vật sẽ làm tăng nguy cơ UTV.	51	46,4	109	99,1	92	83,6
Sử dụng thuốc tránh thai có chứa Estrogen kéo dài làm tăng nguy cơ UTV	26	23,6	100	96,4	81	73,6
Duy trì sức khỏe tốt là vô cùng quan trọng để ngăn chặn bệnh UTV vú.	96	87,3	96	87,3	91	82,7
Tập thể dục ít nhất 3 lần trong tuần để phòng ngừa ung thư vú	79	71,8	100	96,4	95	86,4

Trước can thiệp chỉ có 49,1% đối tượng biết rằng tất cả phụ nữ đều mắc UTV, nhưng sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 97,3%. Tương tự với kết quả này, tác giả Đỗ Minh Sơn và Trần Vũ (2009) cũng cho thấy rằng trước can thiệp tỷ lệ phụ nữ thực hiện chế độ ăn giảm mỡ động vật nhằm ngăn ngừa UTV chỉ chiếm một tỷ lệ rất thấp 4,05% đối tượng, nhưng sau chương trình can thiệp truyền thông gián tiếp thì tỷ lệ này tăng lên 10,2% [2].

Bảng 3.3. Đặc điểm kiến thức về mức độ nghiêm trọng của bệnh và lợi ích của TKV

Mức độ nghiêm trọng của bệnh và lợi ích của TKV	Trước can thiệp		Ngay sau can thiệp		Sau can thiệp 1 tháng	
	Đạt	%	Đạt	%	Đạt	%

UTV ảnh hưởng đến mối quan hệ của chị với các thành viên trong gia đình.	51	46,4	81	73,6	55	50
Nếu chị bị UTV toàn bộ cuộc sống của chị sẽ bị thay đổi.	75	68,2	96	87,3	82	74,5
TKV rất quan trọng, nó sẽ giúp chị phát hiện sớm UTV.	45	40,9	109	99,1	94	85,5
Thực hiện TKV hàng tháng sẽ giúp chị làm giảm nguy cơ tử vong do UTV.	49	44,5	107	97,3	101	91,8
TKV là một cách chăm sóc cho chính bản thân	66	60	109	99,1	95	86,4

Hầu hết đối tượng đều biết rằng ung thư khiến cho tỷ lệ tử vong của người bệnh cao, việc điều trị gặp rất nhiều khó khăn và tốn kém kinh tế. Do vậy trước can thiệp có 68,2% đồng ý rằng nếu bị UTV toàn bộ cuộc sống của họ sẽ bị thay đổi và sau can thiệp tỷ lệ tăng lên 87,3%. Nhưng chỉ có 40,9% trong số họ biết được TKV rất quan trọng, nó sẽ giúp phát hiện sớm UTV, đồng thời một tỷ lệ tương tự 44,5% biết rằng TKV hàng tháng sẽ làm giảm nguy cơ tử vong do bệnh. Đây là kết quả của sự thiếu hụt trầm trọng về vai trò và lợi ích của việc TKV tại nhà hàng tháng, có

thể do chính bản thân đối tượng không biết đến hoặc không chủ động trong việc tìm kiếm thông tin về TKV, mặt khác là do tại Việt Nam còn quá hạn chế trong việc tuyên truyền, khuyến khích phụ nữ thực hành TKV tại nhà. Tương đồng với lý giải này là kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả ngoài nước chỉ ra rằng sự hiểu biết về mức độ nghiêm trọng của bệnh UTV và lợi ích từ việc TKV hàng tháng sẽ tạo ra động lực mạnh mẽ khiến cho người phụ nữ chủ động học hỏi làm tăng kiến thức về UTV và thực hành TKV [3].

3.2.2. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về tự khám vú

Bảng 3.4. Kiến thức thực hành TKV sau can thiệp.

Kiến thức thực hành TKV	Trước can thiệp		Ngay sau can thiệp		Sau can thiệp một tháng	
	n	%	n	%	n	%
Khi TKV, chị có thường sử dụng phần bằng phẳng của ngón tay hay không (phần đệm)	35	31,8	98	89,1	96	87,3
Khi TKV, chị có thường xuyên sử dụng 2 hoặc 3 ngón tay hay không	49	45,5	103	93,6	96	87,3
Khi TKV, chị thường sử dụng lực đè khác nhau như thế nào tại mỗi điểm	39	35,5	104	94,5	103	93,6
Khi TKV, chị thường xuyên sử dụng loại mô hình gì	89	80,9	109	100	102	92,7
Chị dùng tay nào để tự khám vú	41	37,3	87	79,1	75	68,2
Trong khi TKV, chị có thường xuyên kiểm tra toàn bộ khu vực kéo dài dưới cánh tay, qua đường áo ngực, và phía trên xương ngực và trên xương đòn	38	34,5	98	89,1	92	83,6
Khi nhìn vào gương, chị thường quan sát vú bằng 3 tư thế: hai tay dọc theo cơ thể, 2 tay đặt vào hông và 2 tay để lên đầu	40	36,4	97	88,2	89	80,9
Chị thường nằm nghiêng thể nào khi chị khám bề mặt ngoài của vú	35	31,8	105	92,7	97	88,2
Chị thường nằm ngửa thể nào khi chị kiểm tra bề mặt ngoài của vú	35	31,8	101	91,8	94	85,5
Khi TKV, chị có thường khám cả hai vú không	53	48,2	107	97,3	96	87,3

Hầu hết sau chương trình can thiệp kiến thức thực hành TKV của đối tượng được nâng lên rõ rệt cụ thể trước can thiệp chỉ có 31,8% sử dụng đúng phần bằng phẳng của ngón tay để khám vú nhưng sau can thiệp có 89,1% đạt ở bước này, sau một tháng đánh giá lại tỷ lệ này được duy trì ở mức cao 87,3%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự

với một nghiên cứu được thực hiện tại Ả Rập Saudi với 225 phụ nữ bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang và cách lấy mẫu thuận tiện để đánh giá kiến thức về UTV và niềm tin của họ về thực hành TKV dựa trên HBM. Nghiên cứu kết luận rằng khi điểm số về kiến thức UTV theo HBM tăng thì điểm số kiến thức về thực hành TKV sẽ tăng [3].

Bảng 3.6. Sự khác biệt điểm trung bình về kiến thức thực hành TKV

Thời gian đánh giá	(Min)	(Max)	($\bar{X} \pm SD$)	P (t- test)
Trước can thiệp (T1)	2	21	12,05 $\pm$ 3,69	P(1-2) < 0,001
Ngay sau can thiệp (T2)	17	28	24,25 $\pm$ 2,18	
Sau can thiệp 1 tháng (T3)	16	28	22,25 $\pm$ 2,55	P(3-2) < 0,001

Kết quả bảng 3.21 cho thấy điểm số trung bình về kiến thức thực hành TKV của người tham gia nghiên cứu trước can thiệp là 12,05 $\pm$ 3,69 ngay sau chương trình can thiệp điểm số đạt 24,25 $\pm$ 2,18 và sau một tháng can thiệp điểm số là 22,25 $\pm$ 2,55. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Gür K và các cộng sự (2014), với phương pháp nghiên cứu can thiệp để nâng cao kiến thức thực hành TKV cho 169 phụ nữ. Kết quả cho thấy tỷ lệ thực hành TKV trước can thiệp chỉ có 32,1% trong đó có 40,7% không thực hiện vì thiếu kiến thức TKV, nhưng sau can thiệp mười tuần thực hiện đánh giá lại thì tỷ lệ này là 53,8% số người tham gia thực hiện TKV thường xuyên và duy trì [5].

IV. KẾT LUẬN

Sau chương trình can thiệp truyền thông trực tiếp tỷ lệ đối tượng được đánh giá có kiến thức đạt cả về UTV và thực hành TKV đã tăng lên rõ rệt từ 15% đạt về kiến thức UTV và 2,7% đạt về kiến thức thực hành TKV đều tăng lên 98,2% ($n = 108$), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Sau can thiệp một tháng, kiến thức chung về UTV và thực hành TKV đều giảm hơn so với lần đánh giá ngay sau can thiệp ($p < 0,001$), nhưng

vẫn cao hơn có ý nghĩa thống kê so với trước khi can thiệp ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Tài liệu Truyền thông phòng chống ung thư*, Hà Nội 2015.
2. J. W. Aarts và các cộng sự. (2011), "Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL", *Hum Reprod.* 26(5), tr. 1112-8.
3. Mostafa A. Abolfotouh và các cộng sự. (2015), "Using the health belief model to predict breast self examination among Saudi women", *BMC Public Health.* 15, tr. 1163.
4. Maarab younis Abdullah Al-Fathy và Bssam A Alneema Assist (2013), "Knowledge, Attitude, and Practice of Breast-Self Examination among School Teachers in Mosul City", *Tikrit Medical Journal* 19(2), tr. 221-238
5. K. Asazawa (2015), "Effects of a partnership support program for couples undergoing fertility treatment", *Jpn J Nurs Sci.* 12(4), tr. 354-66.
6. N. Birhane và các cộng sự. (2015), "Predictors of breast self - examination among female teachers in Ethiopia using health belief model", *Arch Public Health.* 73(1), tr. 015-0087.
7. Le Thi Dung (2012), *Factors related to breast self - examination among women in Kien Giang, Viet Nam*, A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the master degree of nursing science international program the Faculty of Nursing Burapha university.

TÁC DỤNG CỦA NGŨ TỬ DIỄN TÔNG HOÀN TRONG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN KINH NGUYỆT DO HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

Thái Thị Hoàng Oanh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mở, so sánh trước sau điều trị nhằm đánh giá tác dụng điều hòa chu kỳ kinh nguyệt (CKKN) của bệnh nhân rối loạn kinh nguyệt do hội chứng buồng trứng đa nang. Trong số 39 bệnh nhân rối loạn kinh nguyệt do hội chứng buồng trứng đa nang được điều trị bằng Ngũ tử diễn tông hoàn có 38,46% bệnh nhân có chu kỳ kinh nguyệt bình thường; chu kỳ kinh nguyệt của bệnh nhân

(67,44 $\pm$ 38,85 ngày) ngắn hơn trước điều trị (77,05 $\pm$ 33,48 ngày) với $p < 0,01$; tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt là 69,23%; tỷ lệ bệnh nhân có kết quả tốt của thể thận hư (77,78%) có xu hướng cao hơn thể đàm thấp (50%). Kết quả này chứng tỏ Ngũ tử diễn tông hoàn có tác dụng điều hòa rối loạn kinh nguyệt do hội chứng buồng trứng đa nang.

Từ khóa: Ngũ tử diễn tông, rối loạn kinh nguyệt, buồng trứng đa nang.

SUMMARY

THE EFFECT OF "NGU TU DIEN TONG" REMEDY IN TREATMENT DISTURBANCE MENSTRUATION CAUSED BY POLYCYSTIC OVARY SYNDROME (PCOS)

*Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Thái Thị Hoàng Oanh

Email: oanhquang2002@yahoo.com.

Ngày nhận bài: 6/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 8/2/2017

Ngày duyệt bài: 3/3/2017

Prospective study, comparing before and after treatment to evaluate the effect of ngu tu dien tong remedy in treatment disturbance menstruation caused by PCOS. In 39 disturbance menstruation patients caused by polycystic ovary syndrome treatment by "Ngu tu dien tong" remedy: 38,46% patients have normal cycle menstruation; the time of cycle menstruation decrease from $77,05 \pm 33,48$ days to $67,44 \pm 38,85$ days ($p < 0,01$); The results of good outcome is 69,23%; The results of good outcome of the "than hu" group (77.78%) seem higher than the "dam thap" group (50%). This result show that Ngu tu dien tong remedy have effect in treatment disturbance menstruation caused by PCOS.

Keywords: Ngu tu dien tong remedy, disturbance menstruation, PCOS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng buồng trứng đa nang (Polycystic ovary syndrome – PCOS) là bệnh lý rối loạn nội tiết, phóng noãn thường gặp ở phụ nữ trong lứa tuổi sinh sản. Tỷ mắc hội chứng buồng trứng đa nang là từ 5 - 10% [1],[2].

Triệu chứng của PCOS rất đa dạng: rối loạn kinh nguyệt, cường androgen trên lâm sàng và cận lâm sàng, rối loạn chế tiết các hormone, có hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm..... Trong đó rối loạn kinh nguyệt là triệu chứng thường gặp trên các bệnh nhân PCOS chiếm khoảng 52,6 – 89% [3]. Biểu hiện chủ yếu dưới dạng chu kỳ kinh nguyệt kéo dài (thường 2-3

tháng mới hành kinh một lần, có thể tới 6 tháng). Ngoài ra có thể kèm theo lượng kinh ít hoặc vô kinh. Các thầy thuốc Y học hiện đại thường dùng hormone sinh dục nữ để điều trị. Tuy nhiên việc sử dụng các hormone này kéo dài dẫn tới một số nguy cơ và tác dụng không mong muốn như ra máu âm đạo bất thường, tăng cân, tăng nguy cơ ung thư vú, tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch....[1],[2],[3]. Trong y học cổ truyền (YHCT) không có bệnh danh buồng trứng đa nang. Dựa vào biểu hiện lâm sàng chính mà hội chứng buồng trứng đa nang nằm trong các chứng bệnh như kinh sau kỳ, bế kinh, vô sinh, trưng hà.... Chu kỳ kinh nguyệt kéo dài trong PCOS thuộc chứng kinh sau kỳ của Y học cổ truyền [4]. Ngũ tử diễn tông hoàn là bài thuốc cổ phương có tác dụng bổ thận sinh tinh hay dùng cho bệnh nhân rối loạn về kinh nguyệt do thận hư nói chung và kinh sau kỳ do thận hư nói riêng [5]. Ưu điểm của bài thuốc là gần gũi thiên nhiên và ít tác dụng phụ, nhất là đối với những bệnh nhân mắc PCOS muốn điều trị rối loạn kinh nguyệt mà không muốn sử dụng các thuốc nội tiết của Y học hiện đại kéo dài. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách khoa học tác dụng của bài thuốc. Vì vậy, đề tài được tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá tác dụng điều hòa kinh nguyệt của bệnh nhân rối loạn kinh nguyệt do hội chứng buồng trứng đa nang".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Chất liệu nghiên cứu: Bài thuốc cổ phương Ngũ tử diễn tông hoàn gồm các vị thuốc [5],[6]:

Thành phần	Tên khoa học	Liều lượng	Tiêu chuẩn chất lượng
Thỏ ty tử	<i>Semen Cuscutae</i>	72g	ĐĐVN IV
Câu kỷ tử	<i>Fructus Lycii</i>	72g	ĐĐVN IV
Phúc bồn tử	<i>Fructus Rubi</i>	36g	ĐĐVN IV
Ngũ vị tử	<i>Fructus Schisandrae</i>	18g	ĐĐVN IV
Xa tiền tử	<i>Semen Plantaginis</i>	18g	ĐĐVN IV

❖ **Dạng bào chế:** Hoàn cứng hình cầu màu nâu đen, vị hơi chua, thơm mùi dược liệu, mỗi gói 90g hoàn. **Cách dùng:** Mỗi ngày uống 30g, chia 2 lần sáng - chiều trước ăn 60 phút.

2. Đối tượng nghiên cứu:

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân điều trị ngoại trú tại khoa Phụ - Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương, tuổi từ 18 - 35, được chẩn đoán hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) dựa theo tiêu chuẩn Rotterdam – Hà Lan 2003 và kinh sau kỳ thể thận hư hoặc đàm thấp theo Y học cổ truyền.

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán theo YHCT:** dựa vào tứ chẩn để chẩn đoán kinh sau kỳ thể thận hư và thể đàm thấp [4].

Thể bệnh	Thận hư	Đàm thấp
Vọng	Thể trạng không béo, chất lưỡi đỏ, ít rêu.	Béo mập, rậm lông, lưỡi bệu, sắc nhạt, rêu dày nhớt.
Vấn	Không nôn nắc, không ợ hơi, ợ chua	Không nôn nắc, không ợ hơi, ợ chua
Vấn	Bắt đầu thấy kinh muộn, kinh sau kỳ, bế kinh, hoặc âm đạo ra máu dầm dề không sạch, vô sinh. Đau lưng mỏi gối, ù tai, tiểu đêm.	Kinh nguyệt sau kỳ, bế kinh, đới hạ lượng nhiều, tứ chi vô lực mệt mỏi, ăn kém.

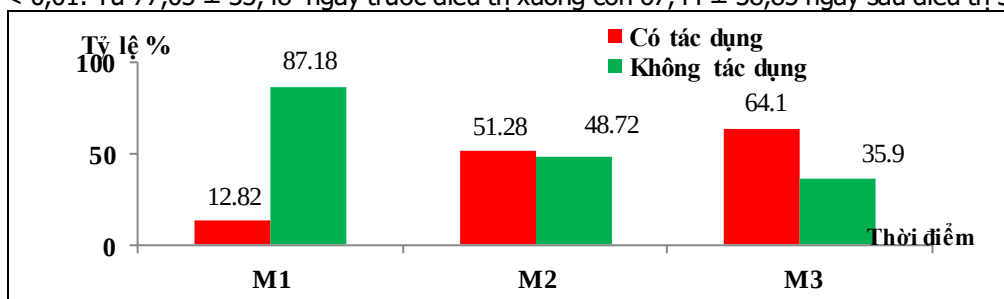
Thiết	Mạch trầm tế.	Mạch trầm hoạt.
*Tiêu chuẩn loại trừ: không tuân thủ điều trị, mắc các bệnh nội khoa khác. Bệnh nhân dùng thêm các thuốc khác. 3. Phương pháp nghiên cứu *Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước - sau điều trị. *Mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu có chủ đích, cỡ mẫu n = 40. *Cách dùng thuốc: dùng Ngũ tử diễn tông hoàn trong 3 đợt liên tục, mỗi đợt 24 ngày, uống 30g hoàn/ngày chia 2 lần sáng – chiều, xa bữa ăn, bắt đầu uống thuốc vào ngày đầu tiên ngay sau khi hết kinh. Khi có kinh thì dừng thuốc, ngày đầu tiên ngay sau khi hết kinh tiếp tục uống đợt tiếp theo. *Đánh giá kết quả: chia 2 mức đánh giá: tốt (trong 3 đợt điều trị, số chu kỳ kinh nguyệt bình thường ≥ 2 chu kỳ) và không tốt (trong 3 đợt điều trị, số chu kỳ kinh nguyệt bình thường < 2 chu kỳ).		

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. So sánh chu kỳ kinh nguyệt trước và sau điều trị

CKKN trung bình (ngày)	M ₀ (n=39)	M ₁ (n=39)	M ₂ (n=39)	M ₃ (n=39)
$\bar{x} \pm SD$	77,05 $\pm$ 33,48	74,95 $\pm$ 35,54	69,56 $\pm$ 38,37	67,44 $\pm$ 38,85
p		$p_{01} < 0,01$	$p_{02} < 0,01$	$p_{03} < 0,01$
			$p_{12} < 0,01$	$p_{13} < 0,01$
				$p_{23} < 0,01$

Nhận xét: Số ngày của một chu kỳ kinh nguyệt của bệnh nhân có xu hướng giảm dần có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$: Từ 77,05 $\pm$ 33,48 ngày trước điều trị xuống còn 67,44 $\pm$ 38,85 ngày sau điều trị 3 tháng.



Biểu đồ 1. Hiệu quả giảm số ngày của một CKKN sau điều trị

(* Ghi chú: CKKN: chu kỳ kinh nguyệt)

Nhận xét: Sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có chu kỳ kinh nguyệt sau điều trị giảm >5 ngày so với trước điều trị tăng có ý nghĩa thống kê so với sau 1 tháng điều trị ($p < 0,01$).



Biểu đồ 2. So sánh tỷ lệ bệnh nhân CKKN bình thường trước và sau điều trị

(* Ghi chú: CKKN: chu kỳ kinh nguyệt)

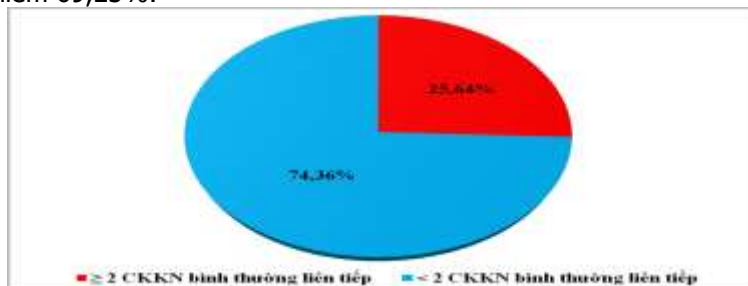
Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có kinh bình thường tăng từ 0% lên 10,26% sau điều trị 1 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân có kinh bình thường sau 3 tháng điều trị tăng có ý nghĩa thống kê so với sau điều trị 1 tháng ($p < 0,01$).

Bảng 2. Số lần thấy kinh trong 3 tháng điều trị

Số lần thấy kinh trong 3 tháng	Số lượng	Tỷ lệ %
0 lần	10	25,64
1 lần	2	5,13
2 lần	18	46,15

3 lần	9	23,08
Tổng	39	100

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị, có 10 bệnh nhân không ra kinh lần nào (25,64%), số bệnh nhân ra kinh 2 - 3 lần chiếm 69,23%.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ bệnh nhân có ≥ 2 chu kỳ kinh bình thường liên tiếp

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có ≥ 2 chu kỳ kinh nguyệt bình thường liên tiếp là 25,64%.



Biểu đồ 4. Tác dụng điều hòa kinh nguyệt

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả điều hòa chu kỳ kinh tốt 69,23%.

Bảng 4. Kết quả điều trị theo thể YHCT

Kết quả	Thận hư		Đàm thấp		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	21	77,78	6	50	27	100
Không tốt	6	22,22	6	50	12	100
Tổng	27	100	12	100	n=39	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân kết quả tốt thể can thận hư có xu hướng cao hơn thể đàm thấp trở trệ. Tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Theo Y học hiện đại, kinh thưa là chu kỳ kinh nguyệt >35 ngày. Kinh thưa ở những bệnh nhân PCOS là do thiếu năng hormone estrogen [1],[2]. Kết quả cho thấy: chu kỳ kinh nguyệt trung bình sau điều trị có xu hướng giảm dần: từ $77,05 \pm 33,48$ ngày trước điều trị xuống còn $67,44 \pm 38,85$ ngày sau điều trị 3 tháng, kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Vì chu kỳ kinh nguyệt bình thường trung bình khoảng 30 ngày, chu kỳ kinh nguyệt 35 ngày vẫn được coi là bình thường nên nghiên cứu lấy 5 ngày làm mốc xác định. Kết quả cho thấy: tỷ lệ bệnh nhân có chu kỳ kinh nguyệt sau điều trị giảm >5 ngày so với trước điều trị tăng từ 12,82% tháng thứ 1 lên tới 51,28% tháng thứ 2 và tiếp tục tăng tới 64,1% tháng thứ 3. Từ 100% bệnh nhân kinh thưa trước điều trị, sau 3 tháng điều trị tỷ lệ

bệnh nhân kinh bình thường là 38,46% ($p < 0,01$). Số bệnh nhân có ≥ 2 chu kỳ kinh bình thường liên tiếp sau 3 tháng điều trị là 25,64%. Các kết quả trên chứng tỏ thuốc có tác dụng làm giảm số ngày của chu kỳ kinh nguyệt và điều chỉnh chu kỳ kinh nguyệt trở về bình thường. Theo YHHĐ bệnh nhân mắc PCOS có tỷ lệ LH/FSH đảo ngược (bình thường LH/FSH <1, ở bệnh nhân PCOS: LH/FSH >1) dẫn tới nồng độ estrogen máu thấp [1].

Theo quan điểm của Y học cổ truyền, kinh nguyệt bình thường có liên quan đến thận, bào cung, thiên quý, xung nhâm. Sự phát sinh bệnh lý chủ yếu do rối loạn chức năng của các tạng phủ, kinh lạc này. Thận tàng tinh, chủ sinh dục được coi là âm dương căn bản của cơ thể. Con gái lấy thận làm bản, lấy huyết làm dụng, mà tinh lại sinh huyết vì thế nếu thận tinh không đầy đủ, nguồn sinh huyết kém, xung nhâm không

được nuôi dưỡng đầy đủ, huyết hải không đầy dẫn đến các bất thường về kinh nguyệt: kinh sau kỳ, bế kinh.... Vì vậy có thể nói thận là gốc của nhiều bệnh về kinh nguyệt, thai sản của phụ nữ, đặc biệt là thận tinh, điều trị phải bổ thận, điền tinh [4]. Tuy vậy số bệnh nhân duy trì được ≥ 2 chu kỳ kinh nguyệt liên tiếp trở về bình thường còn thấp: 25,64%. Có thể do thời gian nghiên cứu chưa đủ dài để đánh giá được tác dụng kéo dài của thuốc vì thuốc nghiên cứu là thuốc hoàn nên thường tác dụng chậm đồng thời, liệu trình điều trị 3 tháng (24 ngày/ tháng) chưa đủ dài.

Tác dụng điều hòa kinh nguyệt của bài thuốc được đánh giá dựa trên tiêu chí rút ngắn chu kỳ kinh nguyệt sau điều trị > 5 ngày. Kết quả cho thấy: 69,23% bệnh nhân đạt kết quả tốt và 30,77% bệnh nhân có kết quả không tốt. Theo Y học cổ truyền, bài thuốc có Thỏ ty tử, Câu kỷ tử có tác dụng bổ can thận, ích tinh, bổ huyết; Phúc bồn tử, Ngũ vị tử có tác dụng cố tinh, bổ thận [6], đã điều trị được cái "gốc" của bệnh vì thế kết quả tốt của nghiên cứu tương đối cao. Kết quả cho thấy: tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt thể thận hư (77,78%) có xu hướng cao hơn thể đàm thấp (50%). Tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Có thể do mẫu nghiên cứu còn nhỏ, phạm vi nghiên cứu chưa rộng nên mẫu chưa đại diện được cho quần thể. Theo Y học cổ truyền thận hư dẫn tới tinh hư, huyết thiếu gây nên kinh sau kỳ, lượng ít. Nguyên tắc chung trong điều trị là "trị bệnh tất cầu kỳ bản" có nghĩa là: chữa bệnh phải chữa vào gốc của bệnh. Vì thế pháp điều trị là bổ thận, ích tinh, bổ huyết [4]. Kinh sau kỳ trong PCOS có gốc là do thận tinh hư tổn. Tùy vào các chứng trạng phối hợp mà có thể chia thành thể thận hư hay đàm thấp. Tác dụng chính của bài Ngũ tử diễn tông hoàn là bổ thận ích tinh nên phù hợp điều trị cho thể thận hư hơn. Đối với

thể đàm thấp trở trệ có lẽ nên phối hợp thêm các vị thuốc trừ đàm để đạt hiệu quả cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Ngũ tử diễn tông hoàn có tác dụng điều hòa chu kỳ kinh nguyệt do hội chứng buồng trứng đa nang. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị tốt là cao (chiếm 69,23%). Chu kỳ kinh trung bình sau điều trị 3 tháng: $67,44 \pm 38,85$ (ngày) ngắn hơn so với trước điều trị $77,05 \pm 33,48$ (ngày) với $p < 0,01$. Hiệu quả giảm số ngày của chu kỳ kinh nguyệt sau điều trị 3 tháng (64,1%) tăng so với sau điều trị 1 tháng (12,82%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ chu kỳ kinh nguyệt bình thường tăng từ 0% lên 38,46% sau 3 tháng điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân kinh thưa giảm từ 100% trước điều trị còn 61,54% sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2004;**81**:19-25.
2. Renato Pasquali, Elisabet Stener-Victorin, Bulent O. Yildiz. (2011). Research in Polycystic Ovary Syndrome today and tomorrow. *Clin Endocrinol*.**74**(4):424-433.
3. Joshi B, Mukherjee S, Patil A. (2014). A cross-sectional study of polycystic ovarian syndrome among adolescent and young girls in Mumbai, India. *Indian J Endocrinol Metab*, **18**(3):317-24.
4. Zhang Uy Zhen (2002), *Jing hou qi, Duo nang luan chao*, zhong yi fu ke xue, Zhong guo zhong yi yao chu ban she, bei. 122-124.
5. Cun Shi Fa (2002), Wu zi yan zong tang wei, Ming fang pei wu fen xi ying yong, nan jing zhong yi yao da xue, Ren min wei sheng chu ban she, Nan jing. 210-212.
6. Bộ Y tế (2009), *Dược điển Việt Nam IV*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 713, 818, 825, 845, 902.
7. Nguyễn Khắc Liêu (2007), *Sinh lý phụ khoa, Bài giảng sản phụ khoa tập I*, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, 225 – 237.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ SỬA SOẠN ỐNG TỬ BẰNG TRÂM XOAY PROTAPER TRÊN THỰC NGHIỆM

Nguyễn Thế Hạng*, Dương Thị Phương Linh*, Ngô Thị Hương Lan*

TÓM TẮT

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Hạng

Email: thehạng1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/2/2017

Ngày phản biện: 28/2/2017

Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh giá trên thực nghiệm về hiệu quả sửa soạn ống tử răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên bằng trâm xoay Protaper. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu ở 30 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên đã đóng kín cuống, được nhổ từ các cơ sở nha

Ngày duyệt bài: 11/3/2017

khoa, từ 08/2013 đến 10/2015. Tiến hành mở tủy, sử dụng trâm K số 10 để thăm dò và thông hết chiều dài ống tủy, chụp phim X-quang cận chóp. Sửa soạn ống tủy bằng trâm xoay Protaper theo phương pháp bước xuống, cho đến file F1 hoặc F2, bơm rửa ống tủy bằng NaOCl 3%. Đưa cây trâm tạo hình cuối cùng vào trong ống tủy cho đến hết chiều dài làm việc, sau đó chụp phim X-quang cận chóp. Ghi nhận các tai biến xảy ra trong quá trình sửa soạn, thời gian sửa soạn và sự thay đổi lỗ chóp của ống tủy. *Phương pháp nghiên cứu:* Nghiên cứu can thiệp tiền lâm sàng (Invitro). **Kết quả:** Tai biến gãy dụng cụ và thủng thành ống tủy đều chiếm tỷ lệ 3,3%. Thời gian sửa soạn trung bình một ống tủy là $167,72 \pm 12,23$ giây. Sự dịch chuyển lỗ chóp ống tủy trung bình là $0,14 \pm 0,03$ mm. **Kết luận:** Sử dụng trâm xoay Protaper tạo hình ống tủy giúp rút ngắn thời gian làm việc, an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên, sửa soạn ống tủy bằng Protaper

SUMMARY

EXPERIMENTAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ROOT CANAL PREPARATION BY PROTAPER ROTARY FILES

Object: This study evaluates the effectiveness of the root canal preparation of the maxillary first premolars by protaper rotary files in experiments.

Subjects and research methods: We researched on 30 closed-apex maxillary first premolars that were extracted from the dental facilities from 08/2013 to 10/2015. We conducted canal access, then used K file No.10 to probe and travel the entire length of the root canal, followed by periapical X-ray. The root canals were prepared by protaper rotary files with step down method to reach to F1 or F2 file, before getting irrigated by NaOCl 3%. We put the final shaping file into the root canal until the end of the working length, followed by periapical X-ray. We recorded the complications that occurred during the preparation process, the time to prepare and the moving of apical foramen. *Method:* Preclinical Research (Invitro).

Results: The complications of fractured equipment and punctured root canal wall together accounted for 3,3% of the cases. The average time to prepare the root canal is $167,72 \pm 12,23$ seconds. The average moving position of the apex is $0,14 \pm 0,03$ mm.

Conclusion: Using Protaper rotary files is safe, effective and helps to shorten the working time.

Keywords: Maxillary first premolars, preparing the root canal by Protaper

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị nội nha (ĐTNN) là một giai đoạn quan trọng trong nha khoa bảo tồn, nhằm giữ lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cho một răng bệnh lý. Trong đó, việc tạo hình ống tủy (OT) tốt đóng vai trò quan trọng để điều trị thành công, không chỉ nhờ loại bỏ các mô nhiễm trùng, mà đồng thời tạo hình dạng ống tủy thuận lợi cho việc hàn kín ống tủy theo không gian ba chiều.

Đây là giai đoạn chiếm nhiều thời gian và đòi hỏi sử dụng nhiều dụng cụ nhất.

Việc tạo hình ống tủy các răng có hệ thống ống tủy (HTOT) phức tạp luôn là một thách thức lớn với các bác sĩ nha khoa. Răng hàm nhỏ là một trong những nhóm răng có đặc điểm hình thái ống tủy phức tạp, khó nhận biết đầy đủ trên phim X quang thông thường. Trong đó, tỉ lệ OT cong, OT dạng dẹt và oval của nhóm răng này khá cao [1]. Do vậy, việc tạo hình những OT có hình dạng này còn có nhiều khó khăn trên lâm sàng.

Việc sử dụng Nickel-Titanium (NiTi) trong sản xuất dụng cụ nội nha vào thập niên 80 của thế kỉ 20 là một trong những tiến bộ quan trọng nhất trong lĩnh vực tạo hình OT. Năm 2003, Densply đưa ra hệ thống trâm xoay Ni-Ti Protaper, được thiết kế đặc biệt cùng với chuyển động xoay liên tục. Mặc dù có nhiều ưu điểm vượt trội so với trâm thép không gỉ trong khả năng tạo hình như hiệu quả cắt ngà tốt, giảm chuyển dịch chóp răng, rút ngắn thời gian làm việc và tạo OT có độ thuận lý tưởng... Tuy nhiên, hệ thống trâm NiTi Protaper vẫn tồn tại những hạn chế nhất định, trong đó tính an toàn là một trong những yếu tố đáng đề cập nhất [7].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu ở 30 răng, được nhổ từ các cơ sở nha khoa, từ 08/2013 đến 10/2015. Các răng được nhận diện là răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên ngay từ lúc nhổ, đã đóng kín cuống được lựa chọn vào nghiên cứu. Tiến hành mở tủy, sử dụng trâm K số 10 để thăm dò và thông hết chiều dài ống tủy. Chụp phim X-quang cận chóp theo chiều gần xa và trong ngoài (các trâm thăm dò vẫn được đặt trong ống tủy) để xác định vị trí lỗ chóp. Sửa soạn ống tủy bằng trâm xoay Protaper theo phương pháp bước xuống, tốc độ vòng quay 300 vòng/phút, mô men xoắn 2,5 Ncm cho đến file F1 hoặc F2. Trong quá trình sửa soạn, bơm rửa ống tủy bằng NaOCl 3%. Đưa cây trâm tạo hình cuối cùng vào trong ống tủy cho đến hết chiều dài làm việc, sau đó chụp phim X-quang cận chóp theo chiều gần – xa và trong – ngoài để đánh giá sự thay đổi vị trí lỗ chóp của ống tủy. Ghi nhận các trường hợp gãy dụng cụ, thủng thành ống tủy. Thời gian sửa soạn ống tủy, được tính từ khi bắt đầu tạo hình OT cho đến khi hoàn tất quá trình sửa soạn, không tính thời gian bơm rửa OT. Đánh giá sự thay đổi lỗ chóp ống tủy bằng phương pháp chồng phim

trước và sau sửa soạn ống tủy. Ứng dụng phần mềm Adobe Photoshop và AutoCad 2000 đo khoảng cách giữa hai đường tiếp tuyến tại lỗ cuống răng của đầu trám K được đặt trong ống tủy trước sửa soạn và đầu trám hoàn tất sau cùng.

3.1. Các tai biến trong quá trình sửa soạn ống tủy

Bảng 1. Tai biến trong quá trình sửa soạn ống tủy

Tai biến	Không tai biến	Gãy dụng cụ	Thủng ống tủy
Số lượng	28	1	1
Tỷ lệ %	93,4	3,3	3,3

Nhận xét: Tai biến gãy dụng cụ chiếm tỷ lệ 3,3% và tai biến thủng thành ống tủy chiếm tỷ lệ 3,3% (đều gặp ở răng có 2 OT).

3.2. Thời gian sửa soạn ống tủy

Bảng 2. Thời gian sửa soạn ống tủy

Thời gian sửa soạn OT (giây)	Răng 1 OT	Răng 2 OT	Trung bình 1 OT
Thời gian	94,96	176,45	167,72
Độ lệch	2,04	12,60	12,23

Bảng trên thấy, thời gian sửa soạn OT ở răng có 1 OT ngắn hơn ở răng có nhiều OT. thời gian hoàn thành sửa soạn OT ở răng 1 OT và 2 OT lần lượt là $94,96 \pm 2,04$ giây và $176,45 \pm 12,60$ giây. Thời gian sửa soạn trung bình 1 OT là $167,72 \pm 12,23$ giây.

3.3. Sự dịch chuyển lỗ chóp ống tủy: Sự dịch chuyển lỗ chóp OT trung bình là $0,14 \pm 0,03$ mm (dao động từ 0,00 – 0,24 mm). Kết quả được thể hiện ở bảng 3.

Bảng 3. Sự dịch chuyển lỗ chóp

Kết quả	Khoảng dao động	Dịch chuyển lỗ chóp trung bình (mm)	Độ lệch chuẩn
Kích thước (mm)	0,00 – 0,24	0,14	0,03

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các tai biến trong quá trình sửa soạn ống tủy

***Tai biến gãy dụng cụ:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, 30 răng với 57 ống tủy được sửa soạn bằng trám xoay protaper, chỉ có 1 trường hợp bị gãy dụng cụ, chiếm tỷ lệ 3,3%. Xảy ra ở OT ngoài của răng có 2 ống tủy, vị trí gãy là ở 1/3 chóp. OT được xác định là khá cong và hẹp, mặc dù trước khi sửa soạn, chúng tôi đã sử dụng trám K số 08 để thông hết chiều dài làm việc. Tuy nhiên, khi sửa soạn đến trám F2, được sử dụng lại lần thứ 3 thì xảy ra tai biến.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu về khả năng sửa soạn ống tủy bằng protaper của các tác giả trước đây. Trong khi đó, ở nhóm sửa soạn OT bằng Protaper thấy có 2 trường hợp được ghi nhận là gãy dụng cụ trong tổng số 40 răng được nghiên cứu.

Một số nghiên cứu trước đây cho rằng, trám protaper được làm từ hợp kim NiTi, có khả năng kháng mài mòn vật liệu khá cao so với các loại trám được làm bằng thép không gỉ. You và Cs [7], cho rằng tuổi thọ của trám xoay Protaper giảm đi đáng kể sau mỗi lần sử dụng, đặc biệt là với

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp tiền lâm sàng (In vitro).

III. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu trên thực nghiệm ở 30 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên chúng tôi thu được kết quả như sau:

những OT khó. Nghiên cứu của You và Cs thấy rằng, tuổi thọ trung bình của một trám Protaper là $10,06 \pm 4,35$ OT, dài nhất là dùng được cho 21 OT, tốt nhất khi dùng cho 6 OT cong là giới hạn an toàn.

***Tai biến thủng thành ống tủy:** Thủng thành ống tủy là 1 tai biến trong quá trình sửa soạn OT, thường gặp ở những trường hợp OT cong và hẹp hoặc tắc. Theo Tsesis và Cs (2006), tỉ lệ thủng thành OT trong điều trị nội nha nói chung từ 2% đến 12%, Phạm Thị Thu Hiền (2012), báo cáo 3% các trường hợp thủng thành ống tủy khi sử dụng Protaper máy. Trong một nghiên cứu đánh giá hiệu quả sửa soạn OT cong bằng trám xoay trên thực nghiệm, Nguyễn Quốc Trung [1] nhận thấy, tỷ lệ thủng thành ống tủy chiếm 6,45% trong tổng số 31 OT được tạo hình bằng trám xoay Protaper. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tai biến thủng thành ống tủy gặp 1 trường hợp, xảy ra ở răng có 2 OT riêng biệt từ buồng tủy sau đó chập lại với nhau ở 1/3 chóp. Trám tạo hình là file F2, sau khi nong OT ngoài đến hết chiều dài làm việc, chúng tôi tiến hành nong nữa OT trong. Tuy nhiên, khi đến vị trí OT chập lại với nhau, trám không uốn theo chiều cong của OT mà đi thẳng theo trục của OT, dẫn đến thủng thành ống tủy.

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy, sử dụng mâm protaper để tạo hình ống tủy có thể xảy ra các tai biến, nhưng với tỷ lệ thấp. Tuy nhiên, do số lượng OT trong nghiên cứu này chưa nhiều, hơn nữa chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên tất cả các OT, không phân biệt OT cong hay thẳng. Do vậy, chưa đánh giá hết được các tai biến khi sửa soạn OT của mâm xoay Protaper.

4.2. Thời gian chuẩn bị ống tủy: Trong nghiên cứu này, thời gian sửa soạn được tính từ khi bắt đầu tạo hình cho đến khi file tạo hình cuối đi hết chiều dài của OT, không tính thời gian bơm rửa OT và thay đổi dụng cụ. Thiết kế này cho phép so sánh với kết quả của hầu hết các nghiên cứu trên thực nghiệm trước đây.

Kết quả của chúng tôi thấy, thời gian sửa soạn ở răng có 1 OT ít hơn hẳn so với răng có 2 OT. Thời gian sửa soạn ở răng 1 OT là $94,96 \pm 2,04$ giây, ở răng 2 OT là $176,45 \pm 12,60$ giây và thời gian trung bình sửa soạn 1 OT bằng mâm xoay Protaper là $167,72 \pm 12,23$ giây. Chúng tôi thấy rằng, sửa soạn OT bằng mâm xoay protaper giúp giảm thời gian đáng kể so với các mâm thông thường đã được minh chứng bởi các nghiên cứu trước đây.

You và Cs [7], so sánh thời gian sửa soạn OT bằng mâm xoay Protaper với các chuyển động xoay liên tục và chuyển động qua lại trên răng đã nhổ. 60 ống tủy cong được chia làm 2 nhóm. Nhóm CM: gồm 30 OT được sửa soạn đến file F2 với chuyển động quay liên tục (theo trình tự sửa soạn bằng mâm xoay Protaper) cho đến hết chiều dài làm việc của OT. Nhóm RM: gồm 30 OT, sử dụng một file F2 duy nhất để sửa soạn OT với chuyển động qua lại cho đến hết chiều dài làm việc của OT. Kết quả cho thấy, thời gian trung bình để sửa soạn 1 OT của nhóm CM là $46,42 \pm 18,12$ giây và của nhóm RM là $21,15 \pm 6,70$ giây. Tác giả kết luận rằng, với chuyển động qua lại, thời gian sửa soạn OT nhanh hơn nhiều so với chuyển động quay liên tục và có sự khác biệt rõ rệt về mặt thống kê giữa các kỹ thuật ($p < 0,01$).

Một nghiên cứu trên thực nghiệm khác của Burklein và Cs [3] ở 80 OT cong từ 25° đến 39° . Chia làm 4 nhóm, mỗi nhóm 20 OT, được sửa soạn bằng 1 loại dụng cụ khác nhau. Kết quả, thời gian trung bình sửa soạn 1 OT bằng Mtwo là $181,7 \pm 16,5$ giây, ProTaper là $188,7 \pm 11,5$ giây, Reciproc là $73,1 \pm 12,2$ giây và WaveOne là $82,3 \pm 9,8$ giây. Tác giả cũng đưa ra kết luận, sử dụng hệ thống mâm Reciproc và WaveOne giúp tạo hình OT nhanh hơn từ 50% đến 60% so

với sử dụng hệ thống mâm Protaper và Mtwo, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.3. Sự dịch chuyển lỗ chóp ống tủy

Từ những năm đầu thập kỷ 70, Schilder đã đưa ra 5 nguyên tắc cơ, sinh học của quá trình tạo hình OT. Trong đó, việc giữ nguyên vị trí cuống răng sau tạo hình OT là 1 trong những nguyên tắc quan trọng và cần thiết nhằm mang lại thành công trong ĐTN. Do vậy, sự dịch chuyển lỗ chóp sau tạo hình OT được nhiều tác giả quan tâm chú ý để đánh giá chất lượng sửa soạn OT.

Krishna và Cs [6], tiến hành nghiên cứu ở 45 răng hàm lớn hàm dưới đã nhổ. Các răng được chia làm 3 nhóm, mỗi nhóm 15 răng. Tạo hình OT cho nhóm 1 bằng mâm tay, thép không gỉ, nhóm 2 bằng mâm Ni-Ti cầm tay và nhóm 3 bằng mâm xoay Ni-Ti chạy máy. Kết quả, giá trị dịch chuyển lỗ chóp của nhóm 1 dao động từ $0,37 - 0,53$ mm (trung bình là $0,43 \pm 0,06$ mm), nhóm 2 dao động từ $0,20 - 0,50$ mm (trung bình là $0,31 \pm 0,09$ mm), nhóm 3 dao động từ $0,17 - 0,23$ mm (trung bình là $0,21 \pm 0,02$ mm). Tác giả kết luận rằng, tạo hình OT bằng mâm xoay máy ít gây dịch chuyển lỗ cuống hơn sử dụng mâm tay. Điều này cũng được minh chứng bởi Nguyễn Quốc Trung [1] khi nghiên cứu ở các ống tủy cong trên thực nghiệm. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Quốc Trung thấy, giá trị trung bình dịch chuyển lỗ cuống răng sau tạo hình OT bằng mâm tay thông thường là $0,35 \pm 0,02$ mm, bằng Protaper tay là $0,21 \pm 0,02$ mm, bằng mâm xoay máy K3 là $0,23 \pm 0,06$ mm và bằng mâm xoay Protaper là $0,19 \pm 0,06$ mm.

Kết quả dịch chuyển lỗ chóp sau sửa soạn OT bằng Protaper của chúng tôi thấp hơn của Nguyễn Quốc Trung và Iqbal. Chúng tôi cho rằng, điều này là do có sự khác biệt về lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Nguyễn Quốc Trung và Iqbal tiến hành nghiên cứu trên những OT cong, còn trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được đưa vào nhóm nghiên cứu, không phân biệt OT cong hay thẳng. Do đó, sự dịch chuyển lỗ chóp trung bình của chúng tôi thấp hơn.

Năm 1988, Cimis đưa ra tiêu chuẩn đánh giá sự dịch chuyển lỗ chóp sau sửa soạn OT gồm 3 mức độ. Mức độ nhẹ là có sự dịch chuyển lỗ chóp $< 0,25$ mm, mức độ trung bình là có sự dịch chuyển lỗ chóp từ $0,25$ mm đến $0,5$ mm và mức độ nặng là có sự dịch chuyển lỗ chóp $> 0,5$ mm.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy, giá trị dịch chuyển lỗ chóp trung bình là $0,14 \pm 0,03\text{mm}$ (dao động từ 0,00 – 0,24 mm). Đối chiếu với tiêu chuẩn của Cimis, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy sự dịch chuyển lỗ chóp sau tạo hình OT ở mức độ nhẹ.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng trạm xoay Protaper tạo hình ống tủy giúp rút ngắn thời gian làm việc, an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Trung (2007), *Nghiên cứu điều trị tủy nhóm răng hàm có chân cong bằng phương pháp sửa soạn ống tủy với trạm xoay máy và tay Nitri*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.12-38.
2. Bane K., Faye B., et al. (2015), Root Canal Shaping by Single-File Systems and Rotary Instruments: a Laboratory Study, *Iran Endod J*, 10(2), pp.135-139.
3. Burklein S., Hinchitza K., et al. (2012), Shaping ability and cleaning effectiveness of two single-file systems in severely curved root canals of extracted teeth: Reciproc and WaveOne versus Mtwo and ProTaper, *Int Endod J*, 45, pp.449-461.
4. Capar I.D., Ertas H., et al. (2014), Comparative study of different novel nickel-titanium rotary systems for root canal preparation in severely curved root canals, *J Endod*, 40(6), pp.852-856.
5. Iqbal M.K., Firic S., et al. (2004), Comparison of apical transportation between ProFile and ProTaper NiTi rotary instruments, *Int Endod J*, 37(6), pp.359-364.
6. Krishna P.P., Beena R.G., et al. (2010). A Comparison of Root Canal Preparations Using Stainless Steel, Ni-Ti Hand, and Ni-Ti Engine-Driven Endodontic Instruments – An In Vitro Study. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 9(4), pp.223-229.
7. You S.Y., Bae K.S., et al. (2010), Lifespan of one nickel-titanium rotary file with reciprocating motion in curved root canals, *J Endod*, 36(12), pp.1991-1994.

PHÂN TÍCH MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC GIÚP TIỀN LƯỢNG BỆNH NHÂN ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO CẤP TÍNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG LIỆU PHÁP TIÊU HUYẾT KHỐI ALTEPLASE Ở BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ NAM

Lê Quang Minh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu này nhằm phân tích một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học giúp tiên lượng bệnh nhân đột quy thiếu máu não cấp tính được điều trị bằng liệu pháp tiêu huyết khối Alteplase ở Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam. **Đối tượng và phương pháp:** 35 bệnh nhân đột quy thiếu máu não cấp tính được điều trị bằng liệu pháp tiêu huyết khối Alteplase liều thấp (0,6mg/kg). Tiến cứu mô tả theo dõi dọc. **Kết quả:** Tuổi trung bình $68,6 \pm 11,82$, nam giới chiếm 49%. Điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện là $12,9 \pm 4,9$. Kết quả điều trị đánh giá theo Modified Rankin Scale (mRS) ở thời điểm 90 ngày sau nhập viện thấy 14 bệnh nhân (40%) có kết quả tốt với mRS 0-1 điểm. Những bệnh nhân có kết cục không tốt có điểm GCS thấp hơn, NIHSS cao hơn, thời gian từ lúc khởi phát đến khi vào viện nhiều hơn khi so với các bệnh nhân có kết cục tốt, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những bệnh nhân mà thời gian từ lúc khởi phát đến khi vào viện trên 90 phút có nguy cơ nhận kết cục không tốt cao gấp 5,9 (95% CI: 1,07-

33,12) lần khi so với các bệnh nhân những bệnh nhân mà thời gian từ lúc khởi phát đến khi vào viện dưới 90 phút. Khi kết hợp 4 yếu tố GCS lúc nhập viện < 14 điểm, NIHSS lúc nhập viện > 10 , vị trí tắc ở đoạn M1 động mạch não giữa hoặc động mạch thân nền, thời gian từ khởi phát đến vào viện trên 90 phút nhận thấy trên một bệnh nhân mà có kết hợp 3 và cả 4 yếu tố này thì khả năng bệnh nhân nhận kết cục không tốt là 100%. **Kết luận:** 4 yếu tố GCS lúc nhập viện < 14 điểm, NIHSS lúc nhập viện > 10 , vị trí tắc ở đoạn M1 động mạch não giữa hoặc động mạch thân nền, thời gian từ khởi phát đến vào viện trên 90 phút là những yếu tố có khả năng tiên lượng bệnh nhân đột quy thiếu máu não cấp tính được điều trị bằng liệu pháp tiêu huyết khối Alteplase.

Từ khóa: Đột quy thiếu máu não, tiêu huyết khối, rt-PA, tiên lượng.

SUMMARY

ANALYSIS OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND IMAGING FEATURES HELP TO PROGNOSIS OF OUTCOME FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS WERE TREATED WITH ALTEPLASE THROMBOLYTIC THERAPY IN GENERAL HOSPITAL OF HANAM PROVINCE

Background: We conducted this study to analyze of clinical characteristics and imaging features help to prognosis of outcome for acute ischemic stroke

*Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam
Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Minh
Email: drlequangminh@gmail.com
Ngày nhận bài: 12/1/2017
Ngày phản biện khoa học: 15/2/2017
Ngày duyệt bài: 10/3/2017

patients were treated with Alteplase thrombolytic therapy in general hospital of Hanam province.

Objects and method: 35 acute ischemic stroke patients were treated with low dose Alteplase thrombotic therapy (0,6mg/kg). Cross-sectional study.

Results: The average age was 11.82 ± 68.6 , males accounted for 49%. Average NIHSS at admission was 12.9 ± 4.9 . Treatment outcomes by modified Rankin Scale assessed (mRS) at the 90 days after admission were 14 patients (40%) had good results with mRS score 0-1. These patients with poor outcomes had lower GCS score, higher NIHSS, the more time from onset to admission when compared with patients with a good outcome, with statistical significance $p < 0.05$. Patients with time from onset to admission more than 90 minutes could have poor outcomes higher than 5.9 (95% CI: 1.07 to 33.12) times when compared with patients whose had time from onset to admission less than 90 minutes. When combining 4 factors: on admission GCS < 14 points, admission NIHSS > 10 , the infarction of the M1 segment of middle cerebral artery or infarction of basilar artery, time from onset to admission more than 90 minutes notice on a patient that had combine 3 and 4 factors, the ability of patients to receive a poor outcome is 100%. **Conclusion:** 4 factor on admission GCS < 14 points, admission NIHSS > 10 , the infarction of the M1 segment of middle cerebral artery or infarction of basilar artery, time from onset to admission more than 90 minutes could prognosis poor outcome for acute ischemic stroke patients were treated with Alteplase thrombolytic therapy.

Keywords: Ischemic stroke, thrombosis targets, rt-PA, the prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xử trí cấp cứu đột quỵ não đòi hỏi sự khẩn trương và tinh nhuệ, phối hợp đa chuyên khoa từ phát hiện bệnh nhân, cấp cứu ban đầu tại hiện trường, vận chuyển cấp cứu, tiếp cận chẩn đoán ở khoa cấp cứu, tiếp cận chẩn đoán hình ảnh, xử lý các tình trạng cấp cứu, điều trị tái thông mạch, phẫu thuật, can thiệp nội mạch, hồi sức, chăm sóc, dinh dưỡng, phục hồi chức năng, điều trị dự phòng, kiểm soát các yếu tố nguy cơ.

Điều trị thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch cho các bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp tính không đòi hỏi trang thiết bị phức tạp, có thể thực hiện ở các bệnh viện đa khoa có máy chụp cắt lớp vi tính và hệ thống xét nghiệm huyết học, đông máu và sinh hóa cơ bản. Tuy nhiên liệu pháp này chỉ thực sự hiệu quả cho khoảng từ một phần ba số bệnh nhân được điều trị. Vì vậy nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng khả năng thành công của liệu pháp tiêu huyết khối Alteplase điều trị bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp tính là cần thiết.

Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam đã triển khai ứng dụng điều trị tiêu huyết khối alteplase cho bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp tính. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *"Phân tích một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học giúp tiên lượng bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp tính được điều trị bằng liệu pháp tiêu huyết khối Alteplase ở Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 35 bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp tính được điều trị bằng liệu pháp tiêu huyết khối Alteplase liều thấp (0,6mg/kg) tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2016

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các triệu chứng khởi phát đột quỵ rõ ràng < 180 phút kể từ khi có triệu chứng đột quỵ đầu tiên.
- Chẩn đoán nhồi máu não cấp tính, với các dấu hiệu thiếu hụt về thần kinh rõ ràng và điểm NIHSS 4-24 điểm.
- CT Scan hoặc MRI sọ não không có hình ảnh tổn thương xuất huyết não.
- Không có các chống chỉ định dùng thuốc tiêu sợi huyết.
- Bệnh nhân và gia đình đồng ý dùng thuốc.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các triệu chứng khởi phát đột quỵ $> 4,5$ giờ.
- Các triệu chứng đột quỵ nhẹ, đơn thuần và cải thiện nhanh chóng (NIHSS < 4).
- Khởi phát có dấu hiệu co giật.
- Không chụp CT Scan/MRI sọ não hoặc có bằng chứng chảy máu não trên CT Scan/MRI sọ não.
- Các triệu chứng đột quỵ gợi ý xuất huyết dưới nhện mặc dù kết quả chụp MRI sọ não bình thường.
- Hình ảnh CT Scan/MRI sọ não có nhồi máu não lớn ($> 1/3$ bán cầu).
- Có hình ảnh tổn thương não trên xung T2* và Flair (Tổn thương không thể phục hồi nếu tái thông mạch não).
- Điểm NIHSS > 24 .
- Chấn thương hoặc chảy máu tiến triển.
- Tiền sử đột quỵ hoặc chấn thương đầu nặng, nhồi máu cơ tim hoặc phẫu thuật sọ não trong 3 tháng gần đây.
- Có tiền sử xuất huyết não.
- Có tiền sử đã dùng thuốc tiêu huyết khối.
- Tiền sử chảy máu đường tiêu hóa, tiết niệu trong vòng 21 ngày.
- Tiền sử chấn thương lớn hoặc phẫu thuật lớn trong vòng 14 ngày.

- Chọc dò tủy sống hoặc chọc dò động mạch ở nơi không thể ép được trong vòng 7 ngày.
- Có bệnh lý nội sọ (u não, phình mạch não).
- Có bất thường về đường máu ($>400\text{mg/dl} = 22,2\text{mmol/l}$ hoặc $<50\text{mg/dl} = 2,8\text{mmol/l}$).
- Số lượng tiểu cầu <100.000 .
- Điều trị thuốc chống đông gần đây với $\text{INR} >1,5$.
- Huyết áp không kiểm soát được ($\text{HA tâm thu} >185\text{mmHg}$ hoặc $\text{HA tâm trương} >110\text{mmHg}$).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Số bệnh nhân	35
Nam giới (n,%)	17 (49%)
Tuổi (năm):	
Trung bình	68,6 ± 11,82
Thấp nhất	45
Cao nhất	85
Tiền sử:	
Hẹp hai lá (n)	6
Tăng huyết áp (n)	15
Đái tháo đường (n)	5
GCS đánh giá lúc nhập viện (điểm):	
Trung bình	13,9 ± 0,63
Thấp nhất	11
Cao nhất	15
Điểm NIHSS lúc nhập viện (điểm):	
Trung bình	12,9 ± 4,9
Thấp nhất	5
Cao nhất	22
Thời gian từ khởi phát đến khi nhập viện (phút)	
Trung bình	93,5 ± 31,5
Thấp nhất	40
Cao nhất	150
Thời gian từ lúc vào viện đến khi dùng thuốc (phút)	
Trung bình	51 ± 8,6
Thấp nhất	40
Cao nhất	60
mRS đánh giá sau 90 ngày (n):	
0	8 (22,9%)
1	6 (17,1%)
2	8 (22,9%)
3	6 (17,1%)
4	4 (11,4%)
5	2 (5,7%)
6	1 (2,8%)

Nhận xét: Tuổi trung bình $68,6 \pm 11,82$, nam giới chiếm 49%. Điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện là $12,9 \pm 4,9$. Thời gian từ lúc khởi phát đến khi vào viện trung bình là $93,5 \pm 31,5$ phút, thấp nhất 40 phút, cao nhất 150 phút. Thời gian từ khi nhập viện đến khi bắt đầu dùng thuốc tiêu huyết khối trung bình là $51 \pm 8,6$ phút, nhanh nhất 40 phút, chậm nhất 60 phút. Kết quả điều trị đánh giá theo Modified Rankin Scale (mRS) ở thời điểm 90 ngày sau nhập viện thấy 14 bệnh nhân (40%) có kết quả tốt với mRS 0-1 điểm.

Bảng 2. Liên quan giữa kết cục và một số đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Kết cục tốt (n=14)	Kết cục không tốt (n=21)	P
Tuổi	66,4±10,16	70±12,9	0,1883 (t-test)
GCS lúc nhập viện	14,7±0,16	13,4±0,35	0,0108 (Mann-Whitney test)
NIHSS lúc nhập viện	9,7±2,67	14,9±5,09	0,0007 (t-test)
Huyết áp tối đa lúc vào viện	137,1±21,64	144,7±24,98	0,1808 (t-test)
Thời gian từ khởi phát đến vào viện	76,7±6,95	100,9±7,06	0,0129 (t-test)
Thời gian từ khởi phát đến dùng thuốc Alteplase	124,2±7,69	142,8±7,19	0,0477 (t-test)

Nhận xét: Những bệnh nhân có kết cục không tốt có điểm GCS thấp hơn, NIHSS cao hơn, thời gian từ lúc khởi phát đến khi vào viện nhiều hơn khi so với các bệnh nhân có kết cục tốt, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Giá trị tiên lượng của một số đặc điểm lâm sàng hình ảnh với kết cục không tốt

Yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân	Kết cục tốt		Kết cục không tốt		OR (95% CI)
		n=14	%	n=21	%	
GCS lúc nhập viện <14 điểm	9	1	11,11	8	88,89	8,0 (0,73-87,99)
NIHSS lúc nhập viện >10	20	5	25	15	75	4,5 (0,93-21,59)
Vị trí tắc ở đoạn M1 động mạch não giữa hoặc động mạch thân nền	11	1	9,09	10	90,91	11,8 (0,99-140,62)
Thời gian từ khởi phát đến vào viện trên 90 phút	16	3	18,75	13	81,25	5,9 (1,07-33,12)

Nhận xét: Những bệnh nhân mà thời gian từ lúc khởi phát đến khi vào viện trên 90 phút có nguy cơ nhận kết cục không tốt cao gấp 5,9 (95% CI: 1,07-33,12) lần khi so với các bệnh nhân những bệnh nhân mà thời gian từ lúc khởi phát đến khi vào viện dưới 90 phút.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là $68,6 \pm 11,82$. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự Nguyễn Huy Thắng [1] là $66,5 \pm 12,2$ và một số tác giả nước ngoài như Dharmasaroja [2] và Lansberg [3]. Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 45 và cao tuổi nhất là 85. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Mai Duy Tôn [4] cũng cho thấy tắc động mạch não giữa gặp ở bệnh nhân trẻ (30 tuổi) trẻ hơn so với nhóm động mạch khác (50 tuổi). Chúng tôi gặp tỷ lệ nam/nữ là 0,94. Nam giới chiếm 49% thấp hơn 55% ở nghiên cứu của Mai Duy Tôn [5]. Tỷ lệ này cũng thấp hơn so với tác giả Nakagawara [5].

Xác định chính xác thời điểm bệnh nhân xảy ra cơn đột quỵ não rất quan trọng, cho phép tính được thời gian khởi phát bệnh đến lúc vào viện, cũng như thời gian từ lúc khởi phát đến lúc được điều trị. Từ đó đưa ra quyết định chụp phim CT sọ não hay chụp MRI sọ não, điều trị thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch hay động mạch. Khi điều trị thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch thời gian là yếu tố quyết định và quan trọng nhất. Cho đến nay Cơ quan Thuốc và Thực phẩm Hoa Kỳ chấp nhận sử dụng thuốc tiêu sợi huyết trong vòng 180 phút và cửa sổ điều trị có thể mở rộng ra 270 phút mới được xem là thân trọng ở những thầy thuốc có kinh nghiệm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian trung bình từ khi khởi phát đến lúc bệnh nhân nhập viện là $93,48 \pm 31,5$ phút, đây cũng là thời gian tương đối lý tưởng để thực hiện các đánh giá cũng như xem xét điều trị thuốc tiêu huyết khối Alteplase đường tĩnh mạch. Thời gian trung bình để chúng tôi thực hiện quy trình

tiếp cận điều trị tiêu huyết khối là $54,1 \pm 15$ phút. Thời gian này nằm trong giới hạn cho phép để thực hiện quy trình cấp cứu và điều trị tiêu huyết khối, đồng thời cũng tương tự nghiên cứu của Semplicini [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 85,8% bệnh nhân tắc động mạch não giữa trong đó có 42,9% tắc M2, 28,6% tắc M1 và 14,3% tắc M3. 2,9% tắc đốt sống thân nền và 11,4% tắc mạch nhỏ khác. Không có trường hợp nào tắc động mạch cảnh trong. Kết quả của chúng tôi gặp tỷ lệ tắc động mạch não giữa cao hơn Mai Duy Tôn [4] là 56,7%.

Kết cục của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm mRS, được xem là có kết cục tốt khi điểm mRS sau 90 ngày từ 0-1 điểm, trong nghiên cứu của chúng tôi điểm mRS sau 90 ngày đạt 0-1 điểm chiếm 40%, tương tự nghiên cứu NINDS là 39%, nghiên cứu CASES tại Canada là 37%, Nguyễn Huy Thắng là 38,8% [1]. Kết quả của chúng tôi thấp hơn Mai Duy Tôn [5] là 51,51%. Sau 90 ngày có 22,9% bệnh nhân có mRS=2, 28,5% bệnh nhân có mRS (3-4) và 5,7% mRS=5, 1 trường hợp tử vong chiếm tỷ lệ 2,8%. Tỷ lệ tử vong của chúng tôi thấp hơn Mai Duy Tôn [4] là 3,03%. Bệnh nhân nữ 53 tuổi vào viện vì tắc động mạch não giữa bên trái đoạn M1 với NIHSS 21 điểm, kèm theo nhồi máu cơ tim cấp với điện tim có hình ảnh ST chênh lên ở các chuyển đạo từ V3 đến V6 và men Troponin T 824ng/l. Chỉ định dùng thuốc tiêu huyết khối tại thời điểm 140 phút từ khi đột quỵ. Kết quả bệnh nhân tái thông được mạch vành nhưng mạch não thì không. Bệnh nhân ngay sau đó được chuyển tuyến trên xét lấy huyết khối đường động mạch,

nhưng không can thiệp được, bệnh tiến triển nặng hơn và tử vong sau 10 ngày điều trị.

Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chúng tôi nhận thấy những yếu tố GCS lúc nhập viện <14 điểm, NIHSS lúc nhập viện >10, vị trí tắc ở đoạn M1 động mạch não giữa hoặc động mạch thân nền có khả năng dự báo kết cục không tốt của những bệnh nhân nhồi máu não cấp tính được điều trị bằng Alteplase liều thấp với OR lần lượt là 8,0; 4,5 và 11,8. Tuy nhiên khoảng tin cậy 95% giá trị dự báo của các yếu tố này vẫn còn chứa 1, chưa có ý nghĩa thống kê, có thể do số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn. Đặc biệt những bệnh nhân mà thời gian từ lúc khởi phát đến khi vào viện trên 90 phút có nguy cơ nhận kết cục không tốt cao gấp 5,9 (95% CI: 1,07-33,12) lần khi so với các bệnh nhân những bệnh nhân mà thời gian từ lúc khởi phát đến khi vào viện dưới 90 phút.

Khi kết hợp 4 yếu tố GCS lúc nhập viện <14 điểm, NIHSS lúc nhập viện >10, vị trí tắc ở đoạn M1 động mạch não giữa hoặc động mạch thân nền, thời gian từ khởi phát đến vào viện trên 90 phút nhận thấy trên một bệnh nhân mà có kết hợp 3 và cả 4 yếu tố này thì khả năng bệnh nhân nhận kết cục không tốt là 100%.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình 68,6 ± 11,82, nam giới chiếm 49%. Điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện là 12,9 ± 4,9. Thời gian từ lúc khởi phát đến khi vào viện trung bình là 93,5 ± 31,5 phút, thấp nhất 40 phút, cao nhất 150 phút. Thời gian từ khi nhập viện đến khi bắt đầu dùng thuốc tiêu huyết khối trung bình là 51 ± 8,6 phút, nhanh nhất 40 phút, chậm nhất 60 phút. Kết quả điều trị đánh giá theo Modified Rankin Scale (mRS) ở thời điểm 90 ngày sau nhập viện thấy 14 bệnh nhân (40%) có kết quả tốt với mRS 0-1 điểm.

Những bệnh nhân có kết cục không tốt có điểm GCS thấp hơn, NIHSS cao hơn, thời gian từ

lúc khởi phát đến khi vào viện nhiều hơn khi so với các bệnh nhân có kết cục tốt, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những bệnh nhân mà thời gian từ lúc khởi phát đến khi vào viện trên 90 phút có nguy cơ nhận kết cục không tốt cao gấp 5,9 (95% CI: 1,07-33,12) lần khi so với các bệnh nhân những bệnh nhân mà thời gian từ lúc khởi phát đến khi vào viện dưới 90 phút. Khi kết hợp 4 yếu tố GCS lúc nhập viện <14 điểm, NIHSS lúc nhập viện >10, vị trí tắc ở đoạn M1 động mạch não giữa hoặc động mạch thân nền, thời gian từ khởi phát đến vào viện trên 90 phút nhận thấy trên một bệnh nhân mà có kết hợp 3 và cả 4 yếu tố này thì khả năng bệnh nhân nhận kết cục không tốt là 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Huy Thắng (2012)**, Điều trị thuốc tiêu sợi huyết rtPA đường tĩnh mạch trên BN nhồi máu não cấp trong 3 giờ đầu, *Luận án tiến sĩ y học*, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Dharmasaroja (2011)**, Outcome of Thai Patients with acute ischemic stroke after intravenous thrombolysis, *Journal of the Neurological Sciences*, 300, pp.74-77.
3. **Lansberg (2009)**, Efficacy and safety of tissue plasminogen activator 3 to 4,5 hours after acute ischemic stroke, *Stroke*, 40, pp.2438-2441.
4. **Mai Duy Tôn (2012)**, Đánh giá hiệu quả điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp trong vòng 3 giờ đầu bằng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch Alteplase liều thấp, *Luận án tiến sĩ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Nakagawara (2010)**, "Thrombolysis With 0,6 mg/kg Intravenous Alteplase for Acute Ischemic Stroke in Routine Clinical Practice: The Japan post-Marketing Alteplase Registration Study (J-MARS)", *Stroke*, 41, pp.1984-9.
6. **Sharma (2010)**, Intravenous thrombolysis is feasible and safe in multiethnic Asian stroke patients in Singapore, *International Journal of stroke*, 19(6), pp.424-430.
7. **Semplicini (2008)**, Intravenous thrombolysis in the emergency department for the treatment of acute ischemic stroke, *Emerg Med J*, 25, pp.403-406.

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG HỘI CHỨNG TRÀO NGƯỢC BẢNG QUANG NIỆU QUẢN Ở BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG TỬY SỐNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2014-2015

Đỗ Đào Vũ*

TÓM TẮT¹¹

* Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehab@yahoo.com
Ngày nhận bài: 15.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm x-quang và niệu động học ở bệnh nhân tổn thương tủy sống có trào ngược bàng quang niệu quản tại bệnh viện Bạch Mai năm 2014-2015. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang 34 bệnh nhân bàng quang thần kinh có trào ngược bàng quang niệu quản.

Kết quả: Mức trào ngược nặng xảy ra ở 38,22% bệnh nhân và thường kèm theo suy thận. 91% bệnh nhân có sức chứa bàng quang giảm; gần 90% trào ngược bàng quang niệu quản có áp lực cơ bàng quang trên 40 cmH₂O; 41% số bệnh nhân có bàng quang co nhỏ; 50% xảy ra hiện tượng bất động vận bàng quang cơ thắt. **Kết luận:** Tỷ lệ lớn bệnh nhân có biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản có các chỉ số niệu động học ở giới hạn không an toàn. Có tỷ lệ thuận giữa mức độ trào ngược và hậu quả suy thận ở nhóm bệnh nhân tổn thương tủy sống.

Từ khóa: bàng quang thần kinh, trào ngược bàng quang niệu quản

SUMMARY

SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF VESICOURETERAL REFLUX IN SPINAL CORD INJURED PATIENTS AT BACH MAI IN 2014-2015

Objectives: to describe X-ray and urodynamic characteristics of spinal cord injured patients with vesicoureteral reflux at Bach Mai in 2014-2015. **Subjects and methodology:** a descriptive cross sectional study on 34 neurogenic bladder patients with vesicoureteral reflux. **Findings:** 38.22% of the studied patients had serious reflux which was combined with kidney failure. 91% had the reduced bladder capacity; nearly 90% with vesicoureteral reflux had the detrusor pressure of above 40 cmH₂O; 41% had shrinking bladders; 50% developed detrusor sphincter dyssynergia. **Conclusion:** A high rate of patients with vesicoureteral reflux have urodynamic parameters at unsafe levels. The level of reflux is directly proportional to the incidence of kidney failure in spinal cord injured patients.

Key words: neurogenic bladder, vesicoureteral reflux.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược bàng quang niệu quản là tình trạng nước tiểu trào ngược bất thường từ bàng quang lên niệu quản rồi lên đài bể thận. Trào ngược bàng quang niệu quản có thể phối hợp với nhiễm khuẩn tiết niệu dưới, ứ nước thận và ảnh hưởng đến hình thái và chức năng thận [3]. Bàng quang thần kinh tổn thương tủy sống có thể dẫn đến thay đổi cấu trúc giải phẫu bàng quang, gây trào ngược bàng quang niệu quản làm tổn thương đường tiết niệu trên, gây ứ nước đài bể thận, viêm mù đài bể thận cuối cùng là suy thận mạn tính. Việc phân tích đặc điểm một

số xét nghiệm cận lâm sàng ở bệnh nhân tổn thương tủy sống có biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản giúp cho việc chẩn đoán, đánh giá nguy cơ tiến triển của bệnh và định hướng điều trị [4]. Tuy nhiên, ở nước ta vấn đề này chưa được quan tâm đầy đủ và còn ít nghiên cứu được công bố. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm x-quang và niệu động học ở bệnh nhân tổn thương tủy sống có trào ngược bàng quang niệu quản tại bệnh viện Bạch Mai năm 2014-2015.*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: (1) Bệnh nhân tuổi từ 18 đến 75; (2) Bệnh nhân bị chấn thương tủy sống có biến chứng bàng quang thần kinh; (3) Có bằng chứng chụp x quang ngược dòng cho thấy đã có biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân có biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản mà không do nguyên nhân chấn thương tủy sống; (2) Các bệnh lý kết hợp: bệnh lý dễ gây chảy máu, bệnh lý hệ tiết niệu dưới (dị dạng, sỏi bàng quang, hẹp niệu đạo, phì đại lành tính tiền liệt tuyến, u bàng quang...); (3) Bệnh nhân không tinh tảo, hợp tác được với nhân viên y tế.

2.1.3. Phương pháp chọn mẫu và cách thức tiến hành: Chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân đến điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai không phân biệt về tuổi, giới tính, được chẩn đoán bàng quang thần kinh có biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản do tổn thương tủy sống. Được làm đầy đủ các xét nghiệm: xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh để phát hiện và loại trừ các dị tật và bệnh lý đường tiết niệu dưới; X quang ngược dòng, các xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu nhằm loại trừ nhiễm khuẩn tiết niệu, vằm làm thủ thuật thăm dò niệu động học.

2.1.4. Cỡ mẫu: Chúng tôi đã khám, làm các xét nghiệm 34 bệnh nhân được chẩn đoán bị trào ngược bàng quang niệu quản, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Đề tài được thực hiện tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2014 đến tháng 9 năm 2015.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Các tiêu chuẩn chẩn đoán: Phân loại mức độ trào ngược bàng quang niệu quản [7]

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

Độ 1: nước tiểu chỉ trào ngược lên niệu quản, bể thận bình thường, đài thận sắc nhọn; **Độ 2:** Nước tiểu trào ngược lên niệu quản, đài bể thận nhưng bể thận bình thường, đài thận sắc nhọn; **Độ 3:** Nước tiểu trào ngược lên niệu quản và toàn bộ hệ thống, niệu quản, bể thận giãn nhẹ, đài thận tù nhẹ; **Độ 4:** Nước tiểu trào ngược lên niệu quản và toàn bộ hệ thống, niệu quản, bể thận giãn vừa, đài thận tù vừa; **Độ 5:** Nước tiểu trào ngược lên niệu quản và toàn bộ hệ thống, bể thận giãn nhiều, niệu quản ngoằn ngoèo, đài thận tù nhiều.

2.3.3. Các chỉ số đánh giá: Tuổi, giới, thời gian bị bệnh, mức độ, vị trí chấn thương tủy sống dựa vào thang điểm phân loại của Hiệp hội Tồn thương Tủy sống Mỹ (ASIA: American Spinal

Cord Injury Association); Độ giãn nở bàng quang: (Độ giãn nở bàng quang tăng: trên 50 ml/cmH₂O, bình thường: 20-50 ml/cmH₂O, giảm: 10-20 ml/cmH₂O và kém dưới 10 ml/cmH₂O); Khả năng chứa tối đa của bàng quang: (dưới 100ml, từ 100 – 200ml, từ 201 – 300ml, trên 300ml); Áp lực cơ bàng quang tối đa: (dưới 40 cmH₂O, từ 40 – 80 cmH₂O, từ 81 – 120 cmH₂O, trên 120 cmH₂O; bất đồng vận bàng quang - cơ thắt.

2.4. Xử lý số liệu: Phân tích bằng phần mềm thống kê Stata 12.0 của Tổ chức Y tế Thế giới. Mức giá trị xác suất $P < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

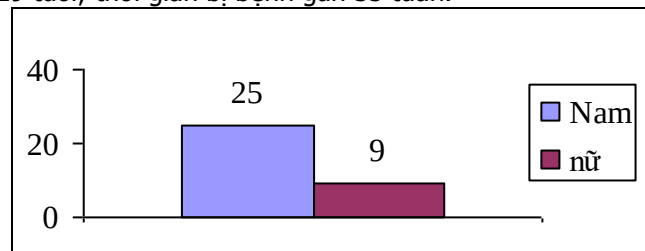
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi và thời gian bị bệnh

Đặc điểm	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn
Tuổi	35,29 $\pm$ 15,63
Thời gian mang bệnh (tuần)	34,5 $\pm$ 130,14

Tuổi trung bình 35,29 tuổi; thời gian bị bệnh gần 35 tuần.



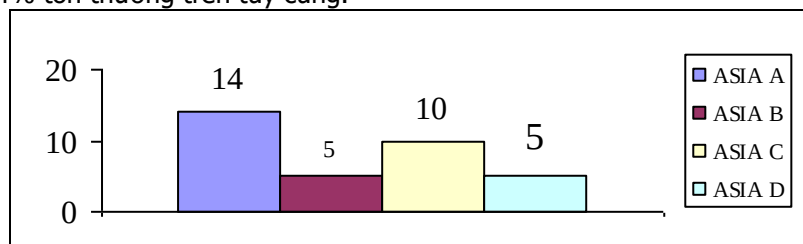
Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới

Nam nhiều hơn gấp gần 4 lần so với nữ

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo vị trí chấn thương tủy sống

Vị trí chấn thương	Nhóm có biến chứng trào ngược	
	n=34	Tỷ lệ %
Trên tủy cùng ($\geq L2$)	15	44,12
Dưới mức tủy cùng ($< L2$)	19	55,88

Trong số những bệnh nhân có trào ngược bàng quang niệu quản, tổn thương dưới mức tủy cùng là 55% so với 44% tổn thương trên tủy cùng.



Biểu đồ 3.2: Phân loại mức tổn thương theo bảng phân loại ASIA

Liệt hoàn toàn ASIA chiếm nhiều nhất 14 bệnh nhân, ít nhất là ASIA B và D

3.2. Đặc điểm x quang và niệu động học hội chứng trào ngược bàng quang niệu quản

Bảng 3.3. Đặc điểm trên phim x quang chụp ngược dòng

Độ trào ngược	Nhóm có biến chứng trào ngược	
	n =34	Tỷ lệ %
I	8	23,53
II	13	38,25

III	6	17,65
IV	4	17,65
V	3	8,82

Mức trào ngược nặng 38,22% và thường có kèm theo suy thận.

Bảng 3.4: Đặc điểm niệu động học trào ngược bàng quang niệu quản

Chỉ số niệu động học	Nhóm biến chứng trào ngược	
	n=34	Tỷ lệ %
Sức chứa tối đa của bàng quang (ml)		
Dưới 100 ml	11	32,35
100 – 200 ml	13	38,24
201 – 300ml	7	20,59
Trên 300 ml	3	8,82
Áp lực bàng quang tối đa (cmH₂O)		
Dưới 40 cmH ₂ O	4	11,76
40 – 80 cmH ₂ O	18	52,94
81 – 120 cmH ₂ O	11	32,35
Trên 120 cmH ₂ O	1	2,94
Độ giãn nở bàng quang (ml/cmH₂O)		
Dưới 10 ml/cmH ₂ O	14	41,18
10 – 20 ml/cmH ₂ O	12	35,29
21 – 50 ml/cmH ₂ O	8	23,53
Trên 50 ml/cmH ₂ O	0	0
Bất đồng vận bàng quang, cơ thắt	17	50

91% bệnh nhân có sức chứa bàng quang giảm; Gần 90% trào ngược bàng quang niệu quản có áp lực cơ bàng quang trên 40 cmH₂O; 41% số bệnh nhân có bàng quang bị co nhỏ; 50% xảy ra bất đồng vận bàng quang cơ thắt.

IV. BÀN LUẬN

Trào ngược bàng quang niệu quản là hậu quả của tổn thương thành bàng quang do phì đại và xơ hóa dẫn đến thay đổi chức năng bàng quang niệu quản, gây ra cản trở và thay đổi dòng nước tiểu bài tiết sinh lý từ thận xuống bàng quang và ảnh hưởng đến chức năng bàng quang [2]. Độ giãn nở bàng quang giảm; sự bất đồng vận và tăng áp lực trong bàng quang thường được cho là nguyên nhân của tổn thương đường tiết niệu trên [1],[5],[7]. Tuy nhiên, trào ngược bàng quang niệu quản đôi khi thấy ở những bệnh nhân giai đoạn sớm sau khi tổn thương tủy sống mà không có dấu hiệu như biến dạng bàng quang, viêm cầu cơ hoặc túi thừa [6]. Các chỉ số quan trọng nhất khi thăm dò niệu động học đóng vai trò chính gây biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản như: sức chứa bàng quang, độ giãn nở bàng quang, áp lực bàng quang tối đa. Theo kết quả nghiên cứu bảng từ 3.4 cho thấy 91% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có sức chứa bàng quang giảm, trong đó giảm nhiều nhất ở nhóm có sức chứa dưới 200ml chiếm 70%. Ở gần 90% bệnh nhân có trào ngược bàng quang niệu quản, áp lực cơ bàng quang tăng cao trên mức cho phép 40 cmH₂O; có những bệnh nhân áp lực cao ở mức nguy

hiểm trên 80 cmH₂O, thậm chí trên 120 cmH₂O; có 41% số bệnh nhân có biến chứng này bàng quang bị co nhỏ dưới 10 cmH₂O và 35% có độ giãn nở giảm vừa phải. Kết quả trên cho thấy, tỷ lệ lớn bệnh nhân có biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản có các chỉ số niệu động học ở giới hạn không an toàn. Đây là các yếu tố gây ra sự biến đổi cấu trúc giải phẫu của vùng ổ niệu quản vào bàng quang cũng như cấu trúc cơ thành bàng quang, càng làm cho áp lực trong bàng quang tăng cao vượt qua giới hạn áp lực của niệu quản 40 cmH₂O. Tình trạng này kéo dài không được can thiệp sẽ dẫn đến trào ngược bàng quang niệu quản, viêm đài bể thận. Bên cạnh ba chỉ số trên, hiện tượng bất đồng vận bàng quang cơ thắt hay lượng tiểu tồn dư trong bàng quang không được làm thoát ra ngoài cũng làm gia tăng hiện tượng trào ngược bàng quang niệu quản. Bất đồng vận bàng quang cơ thắt là do mất sự điều hòa của cầu não, trung tâm cho phép cơ thắt đóng mở nhịp nhàng. Điều này thường xảy ra ở những bệnh nhân tổn thương tủy cao nhưng dưới cầu não. Với nguyên nhân nước tiểu tồn dư nhiều trong bàng lâu ngày gây nhiễm khuẩn tiết niệu, còn làm căng giãn bàng quang quá mức.

V. KẾT LUẬN

Có 91% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có sức chứa bàng quang giảm; Gần 90% bệnh nhân trào ngược bàng quang niệu quản là có áp lực cơ bàng quang tăng cao trên mức cho phép 40 cmH₂O; có 41% số bệnh nhân bàng quang bị co nhỏ dưới 10 cmH₂O; có tới 50% bệnh nhân rối loạn bất động vận bàng quang cơ thắt dẫn đến trào ngược bàng quang niệu quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anderson RU. Urodynamic pattern after acute spinal cord injury: association with bladder trabeculation in male patients. *J Urol*;1983;129: 777
2. Dudognon. P, Ph.D., Labrousse. C, Ph.D., Lubeau. M, M.D., Carne. P, M.D., Rabiller. M, M.D (1986). and Boulesteix. J, M.D. Early Vesico-

Ureteral Reflux following Conus Medullaris Injury: Case Report. *Paraplegia* 24 194-200

3. Fryjordet. A. et al (1975). The effect of acute chemical sympathectomy on the competence of the Canine Ureterovesical junction. *Urol Res*; 3: 95 – 97.
4. Sakakibara R et al (2001). Cơ thắt niệu đạo ngoài không đóng và giãn do thần kinh; một nghiên cứu quay video niệu động học. *Auton Neurosci*. 208-15
5. Shinya K et al (1992). Relevance of detrusor hyperreflexia, vesical compliance and urethral pressure to the occurrence of vesicoureteral reflux in myelodysplastic patients. *JUrol*; 147: 413 - 415.
6. Suzuki. T, Ushiyama. T (2001). Vesicoureteral reflux in the early stage of spinal cord injury: a retrospective study. *Spinal Cord*. 39, 23 - 25
7. Wein.A et al. The effect of acute chemical sympathectomy on the competence of the Canine Ureterovesical junction. *Urol Res* 1975;3:95-97.

HIỆU QUẢ BỔ SUNG SẢN PHẨM DINH DƯỠNG CÓ PROBIOTICS VÀ PREBIOTIC ĐẾN RỐI LOẠN TIÊU HÓA VÀ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CỦA TRẺ 24-60 THÁNG TUỔI

Ngô Thị Thu Huyền¹, Cao Thị Thu Hương¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng được tiến hành trên 191 trẻ tại xã Cư Đồng và Tắt Thằng, huyện Thanh Sơn, Phú Thọ. Đối tượng là trẻ em 24-60 tháng nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ cân hoặc suy sinh dưỡng nhẹ cân (không bị suy dinh dưỡng cấp tính và suy dinh dưỡng thấp còi nặng) được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm. Nhóm can thiệp (95 trẻ): trẻ em hàng ngày được bổ sung 2 gói sản phẩm dinh dưỡng có chứa probiotics và prebiotics, mỗi ngày cung cấp 354 kcal và các vi chất dinh dưỡng trong thời gian 6 tháng. Nhóm chứng (96 trẻ): trẻ không được bổ sung sản phẩm dinh dưỡng trong thời gian nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu: sau 6 tháng can thiệp, tỷ lệ trẻ nhóm can thiệp bị rối loạn tiêu hóa (RLTH) và nhiễm khuẩn hô hấp (NKHH) thấp hơn so với nhóm chứng (16,8% và 21,1% so với 46,8% và 39,6%). Số ngày mắc RLTH và NKHH trung bình/trẻ của nhóm can thiệp ít hơn so với nhóm chứng ($3,6 \pm 2,8$ ngày và $2,8 \pm 6,9$ ngày so với $5,5 \pm 2,5$ ngày và $5,8 \pm 7,4$ ngày; $p < 0,001$).

Từ khóa: Rối loạn tiêu hóa, nhiễm khuẩn hô hấp, probiotics và prebiotic

SUMMARY

¹Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thu Hương

Email: caothithuhuong@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2017

Ngày duyệt bài: 17.4.2017

EFFICACY OF NUTRITIONAL PRODUCT SUPPLEMENTED PROBIOTICS AND PREBIOTIC ON DIGESTION DISORDER AND RESPIRATORY INFECTION OF CHILDREN AGED 24-60 MONTHS

A randomized controlled trial was conducted in 191 children in Cu Dong commune and Tat Thang commune, Thanh Son district, Phu Tho province. The subjects was children aged 24-60 had risk of underweight or underweight and were not wasting and severe stunting who were randomly allocated into two groups. Intervention group: the children were daily supplemented 2 sachets of nutritional products containing probiotics and prebiotic which provided 354 kcal and multi-micronutrient during 6 months. Control group: the children were not supplemented nutritional products during 6 months of study. The result showed that prevalence of children having digestion disorder and respiratory in intervention group was significantly lower as compared to control group (16.8% và 21.1% as compared to 46.8% và 39.6%). The children of intervention group had average day of digestion disorder and respiratory infection significantly less than those of control group (3.6 ± 2.8 days và 2.8 ± 6.9 days as compared to 5.5 ± 2.5 days và 5.8 ± 7.4 days; $p < 0.001$).

Key word: Digestion disorder, respiratory infection, probiotics and prebiotic

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chế độ ăn và tình hình bệnh tật là hai yếu tố tác động trực tiếp đến tình trạng dinh dưỡng của

trẻ, ngược lại tình trạng dinh dưỡng cũng là yếu tố ảnh hưởng đến sức đề kháng và khả năng hấp thu chất dinh dưỡng. Nhiễm khuẩn hô hấp và tiêu hóa là hai bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ. Trẻ SDD có nguy cơ tử vong do tiêu chảy cao hơn gấp 4 lần so với trẻ bình thường, trong khi đó tử vong do viêm phổi chiếm 1/3 nguyên nhân tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi [1]. Cải thiện tình trạng dinh dưỡng và tăng sức đề kháng cho trẻ là biện pháp hữu hiệu nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

Vai trò của lợi khuẩn (probiotics) đối với sức đề kháng của cơ thể đã được chứng minh [2], [3]. Sản phẩm dinh dưỡng (SPDD) có đủ các thành phần dinh dưỡng (protein, glucid, lipid, vitamin và các chất khoáng cần thiết) được bổ sung thêm prebiotic (FOS) và probiotics (các chủng lợi khuẩn BB-12™ & LGG™) làm ức chế sự phát triển của vi khuẩn có hại, tăng cường vi khuẩn có lợi trong hệ đường ruột, giúp hệ tiêu hóa của trẻ khỏe mạnh nhờ đó hấp thụ các chất dinh dưỡng tốt hơn.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả bổ sung SPDD có lợi khuẩn BB-12™ & LGG™ đến tình trạng rối loạn tiêu hóa và nhiễm khuẩn hô hấp của trẻ 24-60 tháng tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng: Trẻ từ 24-60 tháng tuổi, có nguy cơ suy dinh dưỡng (SDD) và SDD nhẹ cân:

-3SD < WAZ < 0 SD, trẻ không bị suy dinh dưỡng cấp tính (WHZ > -2SD), trẻ không bị suy dinh dưỡng thấp còi nặng (-3SD < HAZ < -2SD), cha mẹ đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Xã Cự Đồng và xã Tắt Thẳng, huyện Thanh Sơn, tỉnh Phú Thọ

Thời gian nghiên cứu: 03/2016-12/2016

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: Công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mong muốn có sự thay đổi tỷ lệ:

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ khi độ tin cậy nghiên cứu đạt 95% $Z_{1-\beta} = 0,84$ khi lực mẫu đạt 80%

Trong đó: P_1 : tỷ lệ trẻ bị rối loạn tiêu hóa (RLTH), nhiễm khuẩn hô hấp (NKHH) (viêm mũi, viêm họng, viêm tai) của nhóm chứng tại thời điểm kết thúc can thiệp tương ứng là: 43%; 48%; P_2 : tỷ lệ trẻ bị RLTH, NKHH của nhóm can thiệp tại thời điểm kết thúc can thiệp tương

ứng là: 12%; 24%, $\bar{P} = (P_1 + P_2)/2$. Cỡ mẫu tính được cho sự thay đổi tỷ lệ RLTH là: 37, cho sự thay đổi tỷ lệ NKHH: 62. Đề phòng bỏ cuộc 20%, tổng số mẫu cần cho sự thay đổi tỷ lệ RLTH và NKHH 75 trẻ.

Chọn mẫu: Đối tượng đạt tiêu chuẩn tham gia được phân bổ ngẫu nhiên thành 2 nhóm.

-Nhóm can thiệp: Hàng ngày trẻ được bổ sung 2 gói SPDD có chứa probiotics và prebiotics (mỗi gói 38g).

-Nhóm chứng: Trẻ không được bổ sung SPDD.

Cách sử dụng SPDD: Mỗi trẻ tham gia được phát 1 cốc có đánh dấu mức nước 180 ml, mỗi gói SPDD được pha với 180ml nước ấm (40°C-50°C) sau đó khuấy đều và cho trẻ uống ngay.

Thời gian can thiệp: 6 tháng

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm trên cộng đồng ngẫu nhiên có đối chứng

2.4. Thu thập số liệu và đánh giá kết quả

- Đánh giá tình bệnh tật của trẻ (trong hai tuần qua) tại điều tra ban đầu và điều tra kết thúc.

- Theo dõi số ngày trẻ gặp các vấn đề về NKHH và RLTH trong suốt 6 tháng can thiệp.

- Xác định trẻ bị NKHH: bao gồm viêm đường hô hấp trên (viêm mũi, viêm họng, viêm tai). Viêm đường hô hấp dưới: Ho, sốt, khó thở (thở trên 40 lần/phút hoặc co kéo các cơ hô hấp). Số ngày trung bình trẻ trong nhóm bị NKHH = tổng số ngày trẻ trong nhóm bị NKHH/tổng số trẻ trong nhóm.

- Xác định trẻ bị RLTH

+ Xác định trẻ bị tiêu chảy cấp: trẻ bị đi ngoài phân lỏng toàn nước hoặc có máu ≥ 3 lần/ngày. Số ngày trung bình trẻ bị mắc tiêu chảy trong 6 tháng/nhóm = tổng số ngày trẻ trong nhóm bị tiêu chảy/ tổng số trẻ trong nhóm.

+ Đi ngoài phân sống: Phân nát không thành khuôn, có thể nhìn thấy hạt mỡ hoặc thức ăn chưa được tiêu hóa hết. Số ngày trung bình trẻ bị đi ngoài phân sống/nhóm = tổng số ngày trẻ trong nhóm bị đi ngoài phân sống/tổng số trẻ trong nhóm.

+ Táo bón: Trẻ đi ngoài khó, phân cứng, có khi phân thành từng cục hoặc phân như phân dê hoặc như hòn bi, có thể có máu cuối bãi hoặc trẻ 2-3 ngày mới đi đại tiện một lần. Tổng số ngày trẻ trong nhóm bị táo bón/tổng số trẻ trong nhóm.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu đã tuân thủ đầy đủ theo các quy định của hội đồng đạo đức của Viện Dinh dưỡng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 Thay đổi tỷ lệ RLTH trong 2 tuần qua tại thời điểm trước và sau can thiệp

Thời gian/hiệu quả	Chỉ số	Nhóm chứng (n=96) n (%)	Nhóm can thiệp (n=95) n (%)
Điều tra ban đầu (T0)	Tiêu chảy	4 (4,2)	4 (4,2)
	Táo bón	23 (23,0)	24 (25,3)
	Phân sống	16 (16,7)	14 (14,7)
	Tổng (RLTH)	43 (44,8)	42 (44,2)
Điều tra kết thúc (T6)	Tiêu chảy	5 (5,2)	3 (3,1)
	Táo bón	23 (23,9)	9 (9,5)**
	Phân sống	17 (17,7)	4 (4,2)**
	Tổng (RLTH)	45 (46,8)	16 (16,8)***

** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ sự khác biệt giữa 2 nhóm sau can thiệp, Test χ^2

Kết quả bảng 1: Tại thời điểm điều tra ban đầu, không thấy có sự khác biệt về tỷ lệ trẻ bị tiêu chảy, táo bón, phân sống và RLTH giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. Kết thúc can thiệp: tỷ lệ trẻ bị táo bón, phân sống ở nhóm can thiệp thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng (9,5% và 4,2% so với 26,0% và 17,7%; $p < 0,01$), tỷ lệ trẻ bị tiêu chảy ở nhóm can thiệp thấp hơn không có ý nghĩa so với nhóm chứng (3,1% so với 5,2%; $p > 0,05$), tỷ lệ RLTH là 16,8% thấp hơn so với nhóm chứng (39,6%); $p < 0,001$.

Bảng 2. Tổng số ngày RLTH của trẻ trong thời gian can thiệp theo nhóm

Số ngày	Nhóm chứng (n=96) TB $\pm$ SD	Nhóm can thiệp (n=95) TB $\pm$ SD
Tiêu chảy (ngày)	0,5 $\pm$ 0,8	0,2 $\pm$ 0,6*
Táo bón (ngày)	2,1 $\pm$ 1,3	1,6 $\pm$ 1,5*
Phân sống (ngày)	2,8 $\pm$ 1,8	1,7 $\pm$ 1,5***
Tổng RLTH (ngày)	5,5 $\pm$ 2,5	3,6 $\pm$ 2,8***

*** $p < 0,001$ sự khác biệt với nhóm chứng, Test T độc lập

Kết quả ở bảng 2 cho thấy: Số ngày trung bình trẻ em bị RLTH ở nhóm can thiệp là 3,6 $\pm$ 2,8 ngày thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng là 5,5 $\pm$ 2,5 ngày ($p < 0,001$)

Bảng 3. Thay đổi tỷ lệ NKHH trong 2 tuần qua tại điều tra can thiệp và kết thúc

Thời gian/hiệu quả	Chỉ số	Nhóm chứng (n=96) n (%)	Nhóm can thiệp (n=95) n (%)
Điều tra ban đầu (T0)	Viêm mũi	10 (10,4)	9 (9,5)
	Viêm họng	18 (18,8)	17 (17,9)
	Viêm phổi	1 (1,0)	0 (0)
	NKHH	29 (29,2)	26 (27,4)
Điều tra kết thúc (T6)	Viêm mũi	18 (18,8)	9 (9,5)
	Viêm họng	19 (19,8)	11 (11,6)
	Viêm phổi	1 (1,0)	0 (0)
	NKHH	38 (39,6)	20 (21,1)**

** $p < 0,01$, sự khác biệt giữa 2 nhóm sau can thiệp, Test χ^2

Kết quả ở bảng 3 cho thấy: tại thời điểm điều tra ban đầu, tỷ lệ trẻ bị NKHH trong 2 tuần qua không có sự khác biệt giữa hai nhóm (27,4% so với 29,2%; $p > 0,05$). Sau can thiệp 6 tháng, tỷ lệ NKHH trong 2 tuần qua của trẻ em nhóm can thiệp thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng (21,1% so với 39,6%; $p < 0,05$).

Bảng 4. Số ngày trung bình trẻ bị NKHH trong thời gian can thiệp theo nhóm

Số ngày	Nhóm chứng (n=96) n (%)	Nhóm can thiệp (n=95) n (%)
Viêm mũi (ngày)	2,0 $\pm$ 3,2	1,2 $\pm$ 3,1
Viêm họng (ngày)	3,6 $\pm$ 4,7	1,5 $\pm$ 3,9
Viêm phổi (ngày)	0,15 $\pm$ 0,48	0,13 $\pm$ 0,42
NKHH	5,8 $\pm$ 7,4	2,8 $\pm$ 6,9***

*** $p < 0,001$ sự khác biệt với nhóm chứng, Test T độc lập

Kết quả ở bảng 4 cho thấy số ngày trung bình nhóm can thiệp bị NKHH trong 6 tháng là 2,8 $\pm$ 6,9 ngày thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,001$) so với nhóm chứng là 5,8 $\pm$ 7,4 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã ghi nhận tần suất mắc bệnh tiêu hóa và hô hấp của trẻ trong hai tuần qua tại thời điểm điều tra ban đầu và điều tra kết thúc.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy hiệu quả của SPDD có bổ sung probiotics và prebiotic lên tình trạng tiêu chảy của trẻ. Nghiên cứu của Lưu Thị Mỹ Thực trên trẻ suy dinh dưỡng bị nhiễm Rotavirus cho thấy bổ sung kẽm

kết hợp với một số vi chất khác đã cải thiện tình trạng tiêu chảy sau 1 tháng can thiệp [4]. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng SPDD có chứa một lượng kẽm đáp ứng được 88%-100% nhu cầu khuyến nghị hàng ngày của trẻ cùng các vi chất khác. Hiệu quả của Optimum Gold đến tiêu chảy chưa rõ có thể do tỷ lệ trẻ tiêu chảy của trẻ em hai nhóm nghiên cứu thấp ngay tại thời điểm điều tra ban đầu (mỗi nhóm chỉ có 4,2% trẻ mắc tiêu chảy). Có thể vì lý do đó mà kết thúc can thiệp không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ tiêu chảy giữa hai nhóm mặc dù tỷ lệ tiêu chảy ở nhóm can thiệp (3,2%) có xu hướng thấp hơn so với nhóm chứng (5,2%). SPDD có chứa probiotics và prebiotics tác động rất hiệu quả đối với tình trạng táo bón và đi ngoài phân sống cũng như tình trạng RLTH nói chung của trẻ: trước can thiệp tỷ lệ trẻ bị táo bón, đi ngoài phân sống và RLTH của trẻ em nhóm can thiệp không có sự khác biệt so với nhóm chứng, nhưng sau thời gian can thiệp 6 tháng tỷ lệ trẻ bị táo bón, đi ngoài phân sống và RLTH của trẻ em nhóm can thiệp thấp hơn nhóm chứng (9,5%, 4,2%, 16,8% so với 26,0%; 17,7% và 39,6%). Trẻ em sử dụng SPDD có chứa probiotics và prebiotics hàng ngày có số ngày bị RLTH ít hơn đáng kể so với trẻ em nhóm chứng ($3,6 \pm 2,8$ ngày so với $5,5 \pm 2,5$ ngày; $p < 0,001$). Trong thành phần của SPDD chứa probiotics và prebiotics có chứa chất xơ hòa tan (FOS: Fructo-oligosaccharides) dạng mạch dài được gọi là inulin. Inulin có tác dụng nhuận tràng, chống táo bón và là thức ăn của các lợi khuẩn (probiotics) như *bifidobacteria* and *lactic acid bacteria*. Vi khuẩn probiotic điều hòa hoạt động trao đổi chất của vi khuẩn có hại đường ruột. Probiotic có thể làm giảm pH của bộ phận tiêu hóa và có thể theo cách đó sẽ gây cản trở cho hoạt động tiết ra enzyme của vi khuẩn có hại. Đồng thời tăng sự dung nạp đường lactose: giúp tránh khỏi tình trạng đầy hơi, khó tiêu khi hấp thu những loại thức ăn có chứa nhiều lactose. Như vậy SPDD có chứa probiotics và prebiotics thực sự đã có hiệu quả đối với hệ tiêu hóa hấp thu của trẻ.

SPDD có chứa probiotics và prebiotics không những tác động hiệu quả đối với đường tiêu hóa mà còn có tác động đến NKHH: sau thời gian can thiệp 6 tháng, tỷ lệ trẻ em ở nhóm uống SPDD có chứa probiotics và prebiotics có tỷ lệ mắc NKHH thấp hơn so với nhóm chứng (21,1% so với 39,6%; $p < 0,01$), số ngày mắc NKHH trung bình là $2,8 \pm 6,9$ ngày thấp hơn so với nhóm chứng ($5,8 \pm 7,4$ ngày), $p < 0,001$. Vai trò của Probiotic đối với nhiễm khuẩn đã được chứng

minh [2], [3]. Lợi khuẩn Probiotic ức chế sự phát triển của các vi khuẩn Gram (+) và Gram (-) thông qua giảm pH ruột, cạnh tranh dinh dưỡng cần thiết cho sự sống sót của vi khuẩn có hại. Ngoài ra probiotic còn có khả năng chống dị ứng kích thích đáp ứng miễn dịch tại chỗ dẫn đến có lợi cho hệ miễn dịch. Nghiên cứu Cao Thị Thu Hương và Trương Tuyết Mai về hiệu quả của sữa chua có chứa men *Lactobacillus paracasei*. cho thấy, trẻ sử dụng sữa chua men sống đã cải thiện được tình trạng rối loạn tiêu hóa cũng như mắc bệnh hô hấp ở trẻ 24-47 tháng tuổi [5].

Nghiên cứu của Sazawal và cộng sự trên 624 trẻ 1-3 tuổi được chia làm 2 nhóm: nhóm nghiên cứu (trẻ được uống sữa có bổ sung 2,4g/ngày prebiotic oligosaccharide và $1,9 \times 10^7$ CFU/ngày probiotic chủng *Bifidobacterium Lactis*) và nhóm chứng (trẻ uống sữa không bổ sung prebiotic và probiotic), thời gian nghiên cứu là một năm. Kết quả cho thấy: nhóm trẻ uống sữa có bổ sung prebiotic và probiotic có tỷ lệ mới mắc về lỵ, nhiễm khuẩn hô hấp cũng như tỷ lệ trẻ bị sốt giảm một cách có ý nghĩa so với nhóm chứng. Ngoài tác động của probiotics đối với hệ miễn dịch, SPDD còn chứa một số acid amin cần thiết cũng như các vitamin và khoáng chất có vai trò bảo vệ niêm mạc biểu mô đường tiêu hóa và hô hấp như vitamin A và kẽm. Hiệu quả của bổ sung kẽm và đa vi chất đối với tình trạng tiêu hóa và NKHH của trẻ đã được ghi nhận trong một số nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng [6],[7].

V. KẾT LUẬN

Sau 6 tháng bổ sung SPDD giàu vi chất có bổ sung probiotic và prebiotics, tình trạng RLTH và NKHH của trẻ em được cải thiện: Tỷ lệ trẻ nhóm can thiệp bị RLTH và NKHH thấp hơn so với nhóm chứng (16,8% và 21,1% so với 46,8% và 39,6%). Trẻ em nhóm can thiệp có số ngày mắc RLTH và NKHH ít hơn trẻ em nhóm chứng ($3,6 \pm 2,8$ ngày và $2,8 \pm 6,9$ ngày so với $5,5 \pm 2,5$ ngày và $5,8 \pm 7,4$ ngày; $p < 0,001$).

KHUYẾN NGHỊ

Cần nghiên cứu thêm tác động của sản phẩm dinh dưỡng đến phát triển tâm vận động của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Black RE et al. "Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis". *Lancet*. 2010 Jun 5; 375(9730):1969-87. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60549-1. Epub 2010 May 11.
2. Szajewska H, Ruszczyński M, Radzikowski A. (2006). "Probiotics in the prevention of antibiotic-

- associated diarrhea in children: a meta-analysis of randomized controlled trials". *J Pediatr* **149** (3): 367–372.
3. **Sazawal S, Hiremath G, Dhingra U, Malik P, Deb S, Black RE. (2006).** "Efficacy of probiotics in prevention of acute diarrhoea: a meta-analysis of masked, randomised, placebo-controlled trials". *Lancet Infect Dis* **6** (6): 374–82.
 4. **Lưu Thị Mỹ Thực, Lê Bạch Mai (2013).** Hiệu quả của các phương thức bổ sung kẽm ở trẻ suy dinh dưỡng nhiễm Rotavirus. *Tạp chí Y học thực hành*, 867 (4), 35-40
 5. **Cao Thị Thu Hương, Trương Tuyết Mai (2016).** "Hiệu quả cải thiện biếng ăn và rối loạn tiêu hóa trên trẻ 24-47 tháng tuổi bằng sữa chua men sống *Lactobacillus paracasei*". *Tạp chí y học dự phòng*, tập XXVI, số 1 (174) 2016, trang 91-99
 6. **Nguyễn Thanh Hà (2011).** *Hiệu quả bổ sung kẽm và sprinkles đa vi chất trên trẻ 6-36 tháng tuổi suy dinh dưỡng thấp còi tại huyện Gia Bình, tỉnh Bắc Ninh.* Luận án Tiến sĩ, chuyên ngành dinh dưỡng cộng đồng, Viện Dinh dưỡng.
 7. **Nguyễn Thị Hải Hà (2012).** *Nghiên cứu công nghệ sản xuất và hiệu quả sản phẩm giàu Lizin và vi chất dinh dưỡng đến tình trạng dinh dưỡng và bệnh tật của trẻ em 6-12 tháng tuổi.* Luận án tiến sĩ, chuyên ngành dinh dưỡng cộng đồng, Viện Dinh dưỡng.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT GIÁC MẠC TẠI KHOA MẮT BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN LA TRONG 5 NĂM (2011-2015)

Trần Thị Khuyên¹, Lương Thị Tuyết Mai², Đỗ Văn Dung³

TÓM TẮT

Nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm loét giác mạc tại khoa mắt bệnh viện Đa khoa Sơn La trong 5 năm (2011-2015) với 2 mục tiêu: (1) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh viêm loét giác mạc tại khoa Mắt Bệnh viện Đa khoa Sơn La trong 5 năm (2011-2015) và (2) Nhận xét kết quả điều trị bệnh viêm loét giác mạc (VLGM) tại địa bàn nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu: toàn bộ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm loét giác mạc tại khoa Mắt Bệnh viện đa khoa Sơn La trong 5 năm (2011-2015). Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu hồ sơ bệnh án. Kết quả: Tỷ lệ bị bệnh ở một mắt chiếm đa số, bị bệnh ở hai mắt chỉ có 1 bệnh nhân và gặp ở nhóm nguyên nhân khác. Chẩn thương là yếu tố nguy cơ hàng đầu chiếm 92,9%, trong đó phần lớn chấn thương do tác nhân thực vật. Tổn thương giác mạc hay gặp là hình thái viêm loét (do vi khuẩn và virus) chiếm 95,2%. Thị lực khi vào viện gặp chủ yếu là dưới ĐNT 3m với 57,1 %. Thủng giác mạc chiếm 5,7%. Với nhóm tổn thương giác mạc do vi khuẩn, thời gian điều trị trung bình là $7,56 \pm 4,3$ ngày, nhiều nhất là 14 ngày, ít nhất là 6 ngày. Có 4 mắt không điều trị bảo tồn được, gặp ở nhóm nguyên nhân do vi khuẩn và nhóm nguyên nhân khác. Trong 70 mắt nghiên cứu có 53 mắt ghi nhận được thị lực sau điều trị thị lực tăng nhiều nhất ở nhóm nguyên nhân do virus.

Từ khóa: Viêm loét giác mạc, Khoa mắt, Sơn La

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND TREATMENT RESULTS CORNEAL ULCERS DEPARTMENT OF OPHTHALMOLOGY, SON LA HOSPITAL IN 5 YEARS (2011-2015)

Research in the clinical features and treatment results suppurative corneal ulceration in ophthalmology hospital in Son La 5 years (2011-2015) include two objectives: (1) Describe some clinical characteristics of corneal ulcers in Ophthalmology Hospital Son La for 5 years (2011-2015) and (2) Comments results of treatment of corneal ulcers at study. Research subjects include 70 medical records of patients diagnosed and treated

corneal ulcers in ophthalmology hospital in Son La 5 years (2011-2015). Research method: cross-sectional description, prospective and retrospective. Results: The incidence of the disease in a majority eye, eye disease in two patients and only 1 in the group having other causes. Trauma is the leading risk factors accounted for 92.9%, the majority of injuries carried vat. Ton agents are common corneal ulcer forms (bacteria and virus) accounted for 95.2%. Visual acuity on admission mostly met with 57.1% under the CSF 3m. 5.7% corneal perforation. With groups suppurative corneal ulceration by bacteria treatment duration of 4.3 ± 7.56 average day, the longest time is 14 days, the shortest time is 6 days. Have 4 untreated eye conservation, met in causes bacterial groups and causes. Group studied 70 eyes of 53 eyes observed post-treatment visual acuity of vision increased the most in the group caused by the virus.

Keywords: suppurative corneal ulceration, ophthalmology, Son La

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét giác mạc là một bệnh rất phổ biến ở các nước đang phát triển, có thể để lại hậu quả nghiêm trọng gây mờ đục giác mạc, giảm thị lực trầm trọng, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể dẫn đến mù lòa, thậm chí phải bỏ mắt, ảnh hưởng nặng nề đến cuộc sống của người bệnh.

Ở nước ta do đặc điểm khí hậu nóng ẩm, thuận lợi cho sự phát triển của vi sinh vật, điều kiện vệ sinh môi trường kém, mức sống của phần lớn người dân còn thấp, hạn chế về dân trí, việc chăm sóc sức khỏe nói chung cũng như chăm sóc mắt nói riêng chưa được quan tâm đúng mức, thói quen và kiến thức phòng bệnh trong lao động cũng như trong sinh hoạt chưa được phổ biến áp dụng rộng rãi trong nhân dân, bên cạnh đó là việc tự ý dùng thuốc (đặc biệt là corticoid), không đi khám, chữa kịp thời khi bệnh đang còn ở giai đoạn sớm càng làm cho tỷ lệ mắc cũng như mức độ bệnh càng thêm trầm trọng. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh viêm loét giác mạc tại khoa Mắt Bệnh viện Đa khoa Sơn La trong 5 năm (2011-2015).

2. Nhận xét kết quả điều trị bệnh viêm loét giác mạc tại địa bàn nghiên cứu.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Khoa mắt Bệnh viện đa khoa Sơn La

³Liên hiệp các hội Khoa học và kỹ thuật Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email: dungnb62@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017

Ngày duyệt bài: 10.4.2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm loét giác mạc tại khoa Mắt Bệnh viện đa khoa Sơn La trong thời gian 5 năm từ 2011 đến 2015.

- *Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu*
- + Hồ sơ của bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm loét giác mạc.
- + Hồ sơ của bệnh nhân phải có đủ thông tin để khai thác trong nghiên cứu.
- + Nếu một bệnh nhân có hơn một bệnh án trong một liệu trình điều trị thì các thông tin khai thác được dựa vào tất cả các bệnh án đó.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Các hồ sơ không có đủ các thông tin cần thiết.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả với điều tra cắt ngang kết hợp với nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu hồ sơ bệnh án.

2.3. Mẫu và chọn mẫu:

***Cỡ mẫu nghiên cứu:** Toàn bộ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm loét giác mạc tại khoa Mắt Bệnh viện đa khoa Sơn La trong thời gian 5 năm từ 2011 đến 2015.

***Chọn mẫu:** Chủ động chọn tất cả các bệnh

án của bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị bệnh viêm loét giác mạc tại khoa Mắt Bệnh viện đa khoa Sơn La trong 5 năm 2011-2015. Thực tế đã nghiên cứu trên 70 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được điều trị viêm loét giác mạc nội trú.

2.4. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

- Thu thập thông tin có sẵn về bệnh nhân qua khai thác trong hồ sơ bệnh án. Các cán bộ tham gia thu thập số liệu nghiên cứu: là các bác sĩ chuyên khoa Mắt đang công tác tại khoa Mắt của bệnh viện tỉnh Sơn La. Các cán bộ được tập huấn để thống nhất cách thu thập số liệu.

- *Xử lý và phân tích số liệu:* Kết quả thu được xử lý thô sau đó nhập dữ liệu sử dụng phần mềm Epidata, sử dụng phần mềm Stat Transfer xuất dữ liệu từ Epidata sang SPSS, phân tích và xử lý dữ liệu sử dụng phần mềm SPSS 18.0, vẽ biểu đồ sử dụng phần mềm excell. Sử dụng các thống kê mô tả, phương pháp phân tích để xác định các tần số, tỷ lệ. Các số liệu được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ phần trăm và trình bày bằng các bảng và biểu đồ.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng viêm loét giác mạc

Bảng 3.1. Hình thái tổn thương mắt theo nguyên nhân

Hình thái TT Nguyên nhân	Viêm loét		Áp xe		Tổng số		p
	SL	TL %	SL	TL %	SL	TL %	
Vi khuẩn	27	64,3	17	60,7	44	62,9	< 0,05
Virus	13	30,9	5	17,9	18	25,7	
Khác	2	4,8	6	21,4	8	11,4	
Tổng số	42	60,0	28	40,0	70	100,0	

Hình thái tổn thương viêm loét giác mạc gặp nhiều hơn áp xe giác mạc, viêm loét giác mạc chiếm 60% và áp xe giác mạc chiếm 40%, sự khác biệt giữa có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phân tích các tác nhân gây tổn thương giác mạc chúng tôi thấy tác nhân vi khuẩn gây viêm loét giác mạc chiếm tỷ lệ cao nhất với 62,9%, tiếp đó là do virus chiếm 25,7%. Tác nhân vi khuẩn và virus gây viêm loét giác mạc nhiều hơn là gây áp xe giác mạc; do các nguyên nhân khác gây áp xe giác mạc chiếm tỷ lệ cao hơn viêm loét giác mạc (áp xe giác mạc là 21,4%, viêm loét giác mạc 4,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Thị lực của bệnh nhân khi nhập viện

Thị lực	Số lượng	TL%
ST (-)	3	4,3
ST (+) - < ĐNT 3m	40	57,1
≥ ĐNT 3m - 1/10	16	22,9
> 1/10 - 3/10	11	15,7
Tổng số	70	100,0

Kết quả bảng 2 cho thấy, thị lực của bệnh nhân khi vào viện phần lớn bị ảnh hưởng nghiêm trọng, chỉ có 15,7% số bệnh nhân là còn duy trì được thị lực từ 1/10 - 3/10.

Bảng 3.3. Kích thước tổn thương theo nguyên nhân gây viêm loét giác mạc

Nguyên nhân	≥ 2 – 6 mm		> 6 mm		Tổng số		p
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	
Vi khuẩn	41	65,1	3	42,9	44	62,9	< 0,01
Virus	18	28,6	0	0	18	25,7	
Khác	4	6,4	4	57,1	8	11,4	
Tổng số	63	90,0	7	10,0	70	100,0	

Các bệnh nhân có kích thước ổ loét từ $\geq 2 - 6$ mm do vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất 65,1%, tiếp đó là do virus 28,6%. Các tổn thương loét trên 6mm chủ yếu do nguyên nhân khác gây nên chiếm tỷ lệ 57,1%.

Bảng 3.4. Dấu hiệu viêm trong tiền phòng

Nguyên nhân	Tyndall+ Xuất tiết		Mủ		Tổng	
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
Vi khuẩn	33	63,5	8	53,3	44	62,9
Virus	15	28,8	3	20,0	18	25,7
Khác	4	7,7	4	26,7	8	11,4
Tổng số	52	100,0	15	100,0	70	100,0

Trong 70 mắt nghiên cứu, có 52 mắt ghi nhận có dấu hiệu viêm trong tiền phòng, trong đó có 8 trường hợp có mủ tiền phòng do vi khuẩn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$.

3.2. Kết quả điều trị viêm loét giác mạc

Bảng 3.5. Thay đổi thị lực của bệnh nhân sau điều trị

Nguyên nhân	Số điều tra	Không đổi		Tăng		Giảm	
		SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
Vi khuẩn	44	8	18,2	36	81,8	0	0,0
Virus	18	1	5,6	17	94,4	0	0,0
Khác	8	4	50,0	0	0,0	4	50,0
Tổng số	70	13	18,6	53	75,7	4	5,7

Trong 70 mắt nghiên cứu có 53 mắt ghi nhận được thị lực sau điều trị tăng hơn so với trước điều trị chiếm tỷ lệ 75,7%, trong đó ở nhóm nguyên nhân do virus chiếm tỷ lệ cao nhất (94,4%). Các nguyên nhân khác không có trường hợp nào tăng thị lực.

Bảng 3.6. Kết quả điều trị

Nguyên nhân	Số điều tra	Khỏi		Không giảm		Bỏ mắt	
		SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
Vi khuẩn	44	38	86,4	6	13,6	0	0,0
Virus	18	17	94,4	1	5,6	0	0,0
Khác	8	4	50,0	3	37,5	1	12,5
Tổng số	70	59	84,3	10	14,3	1	1,4

Qua kết quả bảng 6 cho thấy, phần lớn bệnh nhân viêm loét giác mạc điều trị khỏi chiếm tỷ lệ 84,3%; có 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 1,4% phải bỏ mắt; 14,3% bệnh nhân điều trị không giảm. Không có trường hợp nào phải bỏ mắt nguyên nhân do vi khuẩn và virus, có 1 trường hợp phải bỏ mắt do nhóm nguyên nhân khác. Tỷ lệ bệnh không giảm khi ra viện gặp nhiều nhất ở nhóm nguyên nhân khác 37,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của viêm loét giác mạc: Điều trị viêm loét giác mạc nhiều khi rất khó khăn, kết quả điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố như điều kiện khởi phát, nguyên nhân gây bệnh, hình thái lâm sàng, tiền sử viêm loét tại mắt cũng như tình trạng toàn thân, thuốc điều trị trước đó... có khi không bảo tồn được nhãn cầu nếu bệnh nhân đến muộn, đã điều trị trước đó bằng những phương pháp phản khoa học, bệnh quá nặng không đáp ứng với điều trị.

4.1.1 Đặc điểm của bệnh nhân

Nguyên nhân gây bệnh: Trong nghiên cứu, số bệnh nhân VLGM do vi khuẩn mà yếu tố nguy cơ từ chấn thương là thực vật (92,9%) chiếm nhiều nhất.

Theo y văn thế giới, nguyên nhân VLGM chủ yếu do vi khuẩn. Tỷ lệ mới mắc của VLGM do nấm là 6 - 20%, thấp hơn nhiều so với VLGM do vi khuẩn [3].

Về thời gian bị bệnh trước khi vào viện: Trong

kết quả nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân vào viện sau khi bị bệnh từ 10 đến 20 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (64,3%).

Phần lớn bệnh nhân thường đến viện muộn, trước đó hầu hết đã tự điều trị, điều trị ở y tế tư nhân hoặc điều trị ở các cơ sở y tế tuyến trước không khỏi hoặc bệnh nặng lên mới chuyển viện và đây cũng là yếu tố làm cho mức độ bệnh càng thêm nặng nề, khó khăn cho điều trị.

- Tỷ lệ mắc bệnh ở từng mắt:

Tỷ lệ mắc bệnh ở mắt phải và mắt trái gần như nhau. Chỉ có 1 bệnh nhân bị bệnh ở 2 mắt do nhóm nguyên nhân khác. Như vậy trong các nhóm nguyên nhân, bệnh phần lớn bị ở một mắt với tỷ lệ tương đương nhau, tỷ lệ bị bệnh ở hai mắt không nhiều, chủ yếu gặp trong nhóm nguyên nhân khác. Đây là nhóm bệnh có cơ chế liên quan đến yếu tố toàn thân, trong khi đó các nhóm nguyên nhân khác là do tác nhân từ bên ngoài gây nên.

- *Về yếu tố nguy cơ:* Trong 70 hồ sơ của bệnh nhân VLGM được nghiên cứu chúng tôi thấy chủ yếu các trường hợp đều có yếu tố nguy cơ. Phần lớn trong số đó là chấn thương từ thực vật chiếm 92,9%

Chấn thương giác mạc vẫn là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây VLGM, chấn thương làm mất đi sự toàn vẹn của biểu mô giác mạc tạo đường vào cho vi sinh vật gây bệnh.

Trong số 771 trường hợp có yếu tố nguy cơ là chấn thương thì tác nhân thực vật gây chấn thương gặp nhiều nhất chiếm 37,9%. Kết quả nghiên cứu của Hoàng Năng Trọng (2002) trong tổng số 112 tác nhân gây chấn thương giác mạc, tác nhân có nguồn gốc thực vật thường gặp nhất chiếm 75,9% (các tác nhân bao gồm: hạt thóc, là lúa, cành cây, rơm rạ, que lạt tre...) [5].

4.1.2. Triệu chứng lâm sàng

- *Thị lực khi vào viện:* Nghiên cứu của Vũ Thị Tuệ Khanh và cộng sự (2006) trong số 640 mắt bị VLGM do nấm thì 577 mắt có thị lực lúc vào viện dưới ĐNT 3m chiếm 90.1% [1], chỉ có 362 mắt có thị lực trên ĐNT 3m chiếm 11.26%. Trong một nghiên cứu khác của Trần Vũ Thơ (2005) thị lực khi vào viện của 45 mắt bị VLGM do amip thì có 92% số mắt có thị lực dưới ĐNT 3m [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có thị lực dưới ĐNT 3m chiếm 57,1%.

- *Hình thái tổn thương:* Hình thái tổn thương viêm loét giác mạc gặp nhiều hơn áp xe giác mạc. Phân tích các tác nhân gây tổn thương giác mạc chúng tôi thấy tác nhân vi khuẩn gây viêm giác mạc chiếm tỷ lệ cao nhất với 62,9%. Tác nhân vi khuẩn và virus gây viêm loét giác mạc nhiều hơn là gây áp xe giác mạc.

Tổn thương giác mạc phần lớn là viêm loét làm tiêu mô, ảnh hưởng lớn đến sự toàn vẹn về mặt giải phẫu của giác mạc, do đó dù điều trị tốt, bảo tồn được nhãn cầu cũng gây đe dọa đến thị lực của bệnh nhân và đó là lý do làm cho mức độ trầm trọng của bệnh tăng lên.

- *Kích thước tổn thương:* Các bệnh nhân có kích thước ổ loét từ 3 - 6mm do vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất: 65,1%. Các tổn thương loét > 6mm chủ yếu do nguyên nhân khác gây nên. Qua đó thấy rằng phần lớn bệnh nhân thường đến viện trong tình trạng tổn thương giác mạc đã lan rộng, có trường hợp tổn thương toàn bộ bề mặt giác mạc thể hiện mức độ tổn hại tổ chức của giác mạc trầm trọng. Kích thước tổn thương giác mạc rộng có thể do bệnh nhân đến viện quá muộn, đặc biệt nếu tác nhân là trực khuẩn mủ xanh thì quá trình tiêu hủy tổ chức diễn ra rất

nhanh do vi khuẩn này tiết ra enzym collagenase hoặc trước đó bệnh nhân đã sử dụng các chế phẩm có corticoid làm cho quá trình viêm loét giác mạc càng thêm nặng nề hơn.

- *Độ sâu tổn thương:* Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ thủng giác mạc chiếm 5,7%, không thủng giác mạc chiếm 94,3%.

- *Dấu hiệu viêm trong tiền phòng:* Trong 70 mắt nghiên cứu, có 52 mắt ghi nhận có dấu hiệu viêm trong tiền phòng, trong đó có 8 trường hợp có mủ tiền phòng do vi khuẩn.

4.2. Kết quả điều trị: Có 4 mắt không điều trị bảo tồn được, gặp ở nhóm nguyên nhân do vi khuẩn và nhóm nguyên nhân khác. Trong 70 mắt nghiên cứu có 53 mắt ghi nhận được thị lực sau điều trị thị lực tăng nhiều nhất ở nhóm nguyên nhân do virus.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng: Tỷ lệ bị bệnh ở một mắt chiếm đa số, bị bệnh ở hai mắt chỉ có 1 bệnh nhân và gặp ở nhóm nguyên nhân khác. Chấn thương là yếu tố nguy cơ hàng đầu chiếm 92,9%, trong đó phần lớn chấn thương do tác nhân thực vật. Tổn thương giác mạc hay gặp là hình thái viêm loét (do vi khuẩn+virus) chiếm 95,2%. Thị lực khi vào viện gặp chủ yếu là dưới ĐNT 3m với 57,1%. Thủng giác mạc chiếm 5,7%.

5.2. Kết quả điều trị: Có 4 mắt không điều trị bảo tồn được, gặp ở nhóm nguyên nhân do vi khuẩn và nhóm nguyên nhân khác. Trong 70 mắt nghiên cứu có 53 mắt ghi nhận được thị lực sau điều trị thị lực tăng nhiều nhất ở nhóm nguyên nhân do virus.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Lê (2002), "Nghiên cứu phương pháp ghép màng ôi điều trị loét giác mạc khó hàn gắn", Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hn.
2. Hội nhãn khoa Mỹ (1995), "Viêm loét giác mạc do Acanthamoeba", Bệnh học của mi mắt, kết mạc và giác mạc, Nhà xuất bản Y học, tr 60 - 61 và 90 - 91.
3. Hoàng Thị Phúc, Hoàng Năng Trọng (1996), "Nhận xét tình hình viêm loét giác mạc do vi khuẩn điều trị tại viện Mắt TW", *Nội san nhãn khoa* số 2, tr. 44-48.
4. Trần Vũ Thơ (2005), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng xét nghiệm và điều trị viêm loét giác mạc do Acanthamoeba", Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Hoàng Năng Trọng (2002), "Nghiên cứu hậu quả mù lòa do chấn thương mắt nông nghiệp và hiệu quả bước đầu của biện pháp can thiệp cộng đồng tại Thái Bình", Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM BIỂU HIỆN TẠI MẮT TRÊN BỆNH NHÂN U TRONG SỌ TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Xuân Hiệp*

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng tại mắt và tìm hiểu mối liên quan với biểu hiện tại mắt và toàn thân. **Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân (BN) đến khám, được chẩn đoán là u trong sọ tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 1/2009 đến tháng 12/2011. **Kết quả:** tuổi trung bình là 43,3 tuổi, nữ chiếm 65,1% và 65% BN đến khám do nhìn mờ. 20,6% BN đến khám trong những tuần đầu. U ngoài hố yên chiếm 73%. 100% BN u tuyến yên hoặc u thị thần kinh (TTK) và giao thoa thị giác (GTTG) hoặc u ác tính có tổn hại thị lực. 27,8% ứ phù gai thị và 39,7% teo thần kinh thị giác. 12,7% BN đau đầu - chóng mặt. **Kết luận:** u trong sọ thường gặp ở nữ, 65% đến khám do nhìn mờ. U màng não chiếm 28,6%, u tuyến yên 22,2%, u TTK và GTTG chiếm 22,2%. u tuyến yên, u thị thần kinh và giao thoa thị giác thường có tổn hại thị lực và bán manh. Không có sự khác biệt tỷ lệ hạn chế vận nhãn giữa các loại u. 27,8% có ứ phù gai thị (tỷ lệ ứ phù gai thị khi u nằm ngoài hố yên cao hơn khi u nằm trong hố yên) và 39,7% có teo thần kinh thị giác. 12,7% BN đau đầu - chóng mặt.

Từ khóa: u trong sọ. biểu hiện tại mắt

SUMMARY

OPHTHALMIC MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH INTRACRANIAL TUMOURS

Purpose: to study the ophthalmic manifestations of patients presenting with intracranial tumours and to determine the relation between eye signs and systemic manifestations. **Material and method:** a retrospective crosssectional review of patients who were diagnosed with intracranial tumours in VNIO from January 2009 to December 2011. **Results:** the mean age was 43.3 years, there were 65.1% females and 65% had visual blur at presentation. Extrapituitary tumours account for 73%. 100% of patients who presented with pituitary adenoma, optic nerve and chiasm tumour or malign tumour had visual impairment. There were 27.8% optic disc edema, 39.7% optic nerve atrophy and 12.7% headache or dizzy. **Conclusion:** intracranial tumours are more popular in males than females. The most common sign that patients complain at presentation was visual blur with 65%. The three common types of intracranial tumours were meningioma (28.6%), pituitary adenoma (22.2%) and optic nerve tumours or chiasm tumour (22.2%). Pituitary tumour, optic nerve tumour

and chiasm tumour usually connect with visual and visual field impairment. There was no correlation between several types of intracranial tumours and the rate of ophthalmoplegia.

Key words: intracranial tumours, ophthalmic manifestations.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U não là thuật ngữ để chỉ các u trong hộp sọ, xuất phát từ các thành phần như màng não, nhu mô não, não thất, các dây thần kinh sọ... chiếm khoảng 10% các bệnh thần kinh và 2% trong tổng số khối u toàn cơ thể [3]. Triệu chứng lâm sàng chung của u não là hội chứng tăng áp lực nội sọ và triệu chứng thần kinh khu trú (như động kinh cục bộ, liệt nửa người, liệt các dây thần kinh sọ não, hội chứng tiểu não...). Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu đầy đủ về dịch tễ học nên chưa có số liệu thống kê về tỷ lệ u não. Tại chuyên ngành mắt có một số nghiên cứu về tổn thương các dây thần kinh sọ não trong đó có tỷ lệ do u não như Trần Ánh Dương [2], Nguyễn Ngọc Chung [1], Phạm Giáng Kiều [4]. Việc xử trí các u não là nhiệm vụ của khoa phẫu thuật thần kinh song trong rất nhiều trường hợp ý kiến của y bác sĩ chuyên khoa mắt lại đóng góp một phần rất quan trọng trong việc chẩn đoán và quyết định phương hướng xử trí đối với các tổn thương trong sọ. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nhằm hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng các biểu hiện tại mắt liên quan đến một số bệnh nhân u trong sọ.
2. Tìm hiểu mối liên quan giữa các loại u trong sọ với biểu hiện lâm sàng tại mắt và toàn thân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả BN đến khám và được chẩn đoán là u trong sọ tại khoa Khám bệnh ngoại trú - Bệnh viện Mắt TW từ tháng 1/2009 đến tháng 12/2011.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: đây là nghiên cứu mô tả hồi cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN có hồ sơ không đầy đủ thông tin và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Phương tiện nghiên cứu gồm các phương tiện khám mắt: bảng thị lực, sinh hiển vi khám bệnh, dụng cụ khám song thị, đo lác, máy soi đáy mắt. Các xét nghiệm cận lâm sàng: chụp X-quang, đo thị trường. Các kết quả khám chuyên khoa.

*Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiệp

Email: nguyentuanhiiepvnio@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2017

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

- Nội dung nghiên cứu: đánh giá đặc điểm lâm sàng tại mắt và toàn thân đồng thời xác định một số yếu tố liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm BN: độ tuổi trung bình của BN là 43,3 tuổi, lớn nhất là 84 tuổi, thấp nhất 4 tuổi. Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam (65,1% và 34,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$, phù hợp với Lieb [6] (76 % so với 24%).

Bảng 3.1. Vị trí u trong sọ

Các hình thái u trong sọ		Số BN		Tỷ lệ %	
U trong hố yên	U của tuyến yên	14	17	22,2	27%
	Các u sọ hầu	3		4,8	
U ngoài hố yên	Các u màng não	18	46	28,6	73%
	Các u của TTK và GTTG	14		22,2	
	Các u của bán cầu não	10		15,9	
	Các u ác tính đáy sọ	4		6,3	
Tổng số		63		100	

Kết quả nghiên cứu cho thấy u ngoài hố yên chiếm 73% và u nằm trong hố yên chiếm 27%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của nhóm tác giả Lieb trên bệnh án 182 BN (84,1% và 15,9%).

3.2. Liên quan u với biểu hiện lâm sàng

Liên quan giữa vị trí u đến thị lực: trong nhóm nghiên cứu có 52,3% số mắt TL < 20/200 cao hơn nhiều so với Lieb (22%). Tuy nhiên 100% BN u tuyến yên hoặc u thị thần kinh và giao thoa thị giác hoặc u ác tính có tổn hại thị lực trong khi đó tỷ lệ này là 89% khi u bán cầu não và 55,6% khi u màng não, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Liên quan đến thị trường: chỉ có 26/63 BN (41,3%) đo được thị trường trong đó 7 BN bán manh.

Liên quan đến rối loạn vận nhãn: Các tỷ lệ rối loạn vận nhãn và không có rối loạn vận nhãn của từng loại u với nhau là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Chúng tôi không tìm thấy nghiên cứu nào tương tự để so sánh kết quả.

Liên quan đến biến đổi gai thị: Trong nghiên cứu của chúng tôi phát hiện thấy có 35 mắt (27,8%) ứ phù gai thị và 50 mắt (39,7%) bị teo thần kinh thị giác. Tỷ lệ này của Lieb là 15,9% và 16,5%. Tỷ lệ ứ phù gai thị trên các BN có u nằm ngoài hố yên (87,5%) cao hơn khi u nằm trong hố yên (12,8%) kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Liên quan với các triệu chứng toàn thân: 12,7% BN đau đầu - chóng mặt. Tỷ lệ này của Lieb là 53%. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ không có triệu chứng toàn thân ở BN u màng não cao hơn

Lý do bệnh nhân đến khám: 65,1% BN đến khám do nhìn mờ, 12,7% lác, 9,5% do lồi mắt, hạn chế vận nhãn là 4,8%, song thị 1,6%. Tuy nhiên chúng tôi không tìm thấy tác giả nào nghiên cứu về vấn đề này để so sánh kết quả.

Thời gian đến khám kể từ khi có triệu chứng ban đầu: chỉ có 20,6% BN đến khám trong những tuần đầu tiên và đây là tỷ lệ khác cao cho thấy u trong sọ nhưng triệu chứng sớm lại ở mắt.

các loại u khác với $p < 0,05$ nhưng tỷ lệ này giữa các loại u là không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ u trong và ngoài tuyến yên không có sự khác biệt khi phân theo nhóm tuổi tuy nhiên chúng tôi chưa dám đưa ra nhận xét gì vì số lượng nghiên cứu chia theo nhóm tuổi còn ít hơn nữa đây mới là những BN u trong sọ đến khám khi mắt đã có bất thường. Để nhận thấy tất cả các BN bị u trong sọ ảnh hưởng đến đường dẫn truyền thần kinh thị giác nhưng u màng não có kết quả khả quan nhất về thị lực vì các u màng não thường lành tính, chỉ đẩy dồn tổ chức não mà không xâm nhập vào.

Vấn đề thị trường trong nghiên cứu này còn quá ít về số liệu nhưng theo Cushing [TDT 5] nếu một bán danh đồng danh cộng với teo thị thần kinh là do chèn ép gai thị, bán manh đồng danh cộng với ứ phù gai do chèn ép các tia thị giác. Khi bán manh đồng danh góc phần tư trên thường do khối u thùy thái dương, bán manh đồng danh góc phần tư dưới thường do u ở thùy đỉnh, bán manh đồng danh hoàn toàn do u của thùy dưới. Nếu bán manh đồng danh tiến triển dần mặc dù lúc đầu mới là cục bộ và giới hạn ở một góc, thì vẫn phải nghĩ đến u trong sọ. Nếu kèm theo ứ phù gai thị thì việc chẩn đoán u lại càng chắc chắn.

Ngoài tác động cơ học (chèn ép, phá hủy, dịch chuyển não) u não còn gây hội chứng tăng áp lực nội sọ, tăng áp lực nội sọ thường hay gây liệt dây thần kinh 6, có khi liệt cả 2 bên vì dây

thần kinh 6 mỏng mảnh, dễ bị co kéo khi áp lực tăng làm di chuyển cả thân não và não. Dây thần kinh 3 cũng dễ bị tổn thương trong tăng áp lực nội sọ do nó bị chèn ép vào bờ của lều tiểu não, hoặc bị kéo ở khoảng giữa động mạch tiểu não trên và động mạch tiểu não sau. Liệt dây thần kinh 6 thường thấy trong u của hành cầu não ở trẻ em, u của tiểu não, u ở đáy sọ hoặc vòm họng lan lên đáy sọ thì dây thần kinh VI bị trước rồi đến dây thần kinh IV và dây thần kinh III. Dây thần kinh IV ít bị tổn thương do u não. Liệt dây thần kinh IV cũng có trong u đáy sọ nhưng phải phối hợp với liệt các dây thần kinh vận nhãn khác.

Liên quan đến biến đổi gai thị: Chúng tôi thấy rằng nhóm u tuyến yên, u thị thần kinh - giao thoa và u bán cầu não có biểu hiện triệu chứng sớm tại mắt, có ảnh hưởng trầm trọng và nặng nề hơn so với các nhóm u khác. U trong sọ là nguyên nhân chủ yếu gây ra ứ phù gai thị. Vì thế mỗi khi có ứ phù gai bệnh nhân thường được gửi khám phẫu thuật ngoại thần kinh để phát hiện u trong sọ. Ngược lại mỗi khi có nghi vấn u trong sọ, bệnh nhân được gửi đến khám mắt để xác định chẩn đoán. Tuy nhiên phù gai không phải là triệu chứng tất nhiên phải có hoặc triệu chứng sớm của các u trong sọ. Teo thị thần kinh do u trong sọ chèn ép vào dây thần kinh hoặc đường thị giác trước thể gối: đoạn trong sọ do khối u vùng lân cận (thùy trán, tuyến yên, màng não), giao thoa thị giác do khối u ở trong hoặc ngoài tuyến yên, giải thị giác do khối u ở trước và giữa sọ

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: u trong sọ thường gặp ở nữ, nhìn mờ là chủ yếu (65,1%). Các u trong sọ thường gặp nhất: u màng não (28,6%), u

tuyến yên (22,2%), u TTK và GTTG (22,2%), u bán cầu não (15,9%), các u sọ hầu và u ác tính đáy sọ ít, hiếm gặp.

Mối liên quan giữa u với biểu hiện lâm sàng: BN bị u tuyến yên, u thị thần kinh và giao thoa thị giác thường có tổn hại thị lực và bán manh. Không có sự khác biệt tỷ lệ hạn chế vận nhãn giữa các loại u 27,8% có ứ phù gai thị và 39,7% có teo thần kinh thị giác. Tỷ lệ ứ phù gai thị trên các BN có u nằm ngoài hố yên cao hơn khi u nằm trong hố yên. 12,7% BN đau đầu - chóng mặt, không có triệu chứng toàn thân ở BN u màng não cao hơn các loại u khác nhưng không có sự khác biệt khi so sánh giữa các loại u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Ngọc Chung (2010)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng liệt dây thần kinh IV tại Bệnh viện mắt Trung ương", luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Y khoa Bộ Y tế, trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Trần Ánh Dương (2006)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng liệt dây III tại Bệnh viện Mắt Trung ương", luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Y khoa Bộ Y tế, trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Văn Huy (2001)**, "Thần kinh nhãn khoa", *Giải phẫu học lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr 258-260.
4. **Phạm Giáng Kiều (2006)**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị di chứng liệt vận động dây thần kinh VI", " ", luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Y khoa Bộ Y tế, trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Xuân Nguyên (1972)**, "Thần kinh nhãn khoa", *Nhãn khoa tập II*, Nhà xuất bản Y học, tr 114-133.
6. **Lieb WE, Rochels R, Wallenfang T, Ahl G. (1994)**, "Ophthalmologic symptoms in meningioma of the orbits and in the anterior and medial cranial fossa". *Ophthalmologie*, vol 91(1), pp. 5-41.

NGHIÊN CỨU BỆNH RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI TẠI KHOA THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH NĂM 2012 - 2014

Phạm Thế Hiền*, Huỳnh Tấn Đô*

TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 988 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân vào điều trị tại khoa Thần kinh Bệnh viện đa khoa tỉnh

*Khoa Y Dược, Trường Đại học Trà Vinh
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền
Email: hien_fr@tvu.edu.vn
Ngày nhận bài: 15.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 22.3.2017
Ngày duyệt bài: 3.4.2017

Trà Vinh (BVĐKTV) trong từ 2012 đến 2014, kết quả:

- Tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú bệnh Rối loạn tâm thần (RLTT) và hành vi tại (BVĐKTV) chiếm cao nhất là năm 2012 (chiếm 35,43%); năm 2013 là 32,39% và năm 2014 là 32,19%.

- Các bệnh RLTT và hành vi thường gặp chiếm tỷ lệ cao từ năm 2012 đến 2014 là: Rối loạn thần kinh khác chiếm tỷ lệ cao nhất (42,00% - 30,31% - 22,96%) và kế đến là Rối loạn tâm thần, không xác định khác (27,71% - 28,13% - 37,42%).

Từ khóa: tình hình, rối loạn tâm thần và hành vi, Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh

SUMMARY

RESEARCH SITUATION OF MENTAL DISEASES AND DISORDERS IN ACTS OF NERVE SCIENCE GENERAL HOSPITAL IN TRA VINH PROVINCE FROM 2012 TO 2014

Through the study of 988 medical records of patients in treatment at the Department of Neurology at the General Hospital in Tra Vinh province from 2012 to 2014 three years, we obtained results:

- The percentage of patients treated inpatient psychiatric disorders and behavior at the General Hospital of Tra Vinh province's highest occupied in 2012 (accounting for 35.43%). The proportion of patients treated inpatient psychiatric disorders and behavior at the hospital in 2013 were 32.39% and 32.19% in 2014

- Diseases and Psychiatric Disorders Common behavior at high percentage from 2012 to 2014 were: other neurological disorders accounted for the highest percentage (42.00% - 30.31% - 22.96%) and followed by a mental disorder, unspecified other (27.71% - 28.13% - 37.42%).

Keywords: situation, mental disorders and behavior, Hospital Tra Vinh Province

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tâm thần hiện nay ngày càng gia tăng cùng với sự phát triển của nền kinh tế thị trường, tâm lý xã hội là yếu tố thúc đẩy hoặc là một trong những căn nguyên của các rối loạn tâm thần thường do căn nguyên tâm lý xã hội như rối loạn lo âu, trầm cảm, rối loạn hành vi của thanh thiếu niên, lạm dụng rượu, nghiện rượu... Nhiều công trình điều tra trên thế giới gần đây cho thấy, có 30% dân số Mỹ mắc rối loạn tâm thần, 20% bị rối loạn tâm thần ít nhất một lần trong đời (Rob Moodie, 1998). Trần Hữu

Bình (2005) điều tra tại Hà Nội cho biết, các yếu tố tâm lý xã hội như: kinh tế khó khăn, xung đột gia đình, làm ăn thua lỗ, con cái hư hỏng là những yếu tố thúc đẩy, hoặc là căn nguyên của trầm cảm. Tuy nhiên, ở nước ta, hiện có rất ít công trình nghiên cứu về yếu tố tâm lý xã hội liên quan đến các rối loạn tâm thần tại cộng đồng. Việc xác định nghiên cứu bệnh (RLTT) và hành vi giúp cho bệnh viện xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho nhân dân và cho nhân viên y tế một cách toàn diện, đầu tư cho công tác phòng chống bệnh có chiều sâu và trọng điểm, từng bước hạ thấp tỷ lệ bệnh cho cộng đồng, nâng cao chăm sóc sức khỏe nhân dân. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu bệnh Rối loạn tâm thần và hành vi (RLTT) tại BVĐKTra Vinh năm 2012 – 2014 nhằm hai mục tiêu sau:

- *Xác định tỷ lệ mắc bệnh RLTT và hành vi thường gặp theo ICD 10.*

- *Xác định các yếu tố dịch tễ học như: tuổi, giới, nghề nghiệp, khu vực cư trú liên quan đến RLTT và hành vi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

- *Đối tượng nghiên cứu:* Tất cả bệnh nhân điều trị nội trú các bệnh Rối loạn tâm thần và hành vi tại khoa Thần kinh của BVĐK tỉnh Trà Vinh từ ngày 1/1/2012 đến 31/12/2014.

- *Phương pháp:* Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

- *Thu thập số liệu và phương tiện nghiên cứu:*

+ Sổ lưu trữ số liệu bệnh nhân nằm viện tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh.

+ Nhập số liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng chương trình Excel.

- *Kiểm soát sai lệch thông tin:* theo chẩn đoán không có trong ICD 10.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tình hình bệnh nhân điều trị nội trú bệnh Rối loạn tâm thần và hành vi

Tình hình bệnh nhân nội trú	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Tình hình mắc bệnh	350	35,43	320	32,39	318	32,19

Nhận xét: Tỷ lệ BN điều trị nội trú bệnh RLTT và hành vi tại BVĐK tỉnh Trà Vinh chiếm cao nhất là năm 2012 (chiếm 35,43%) và chiếm tỷ lệ thấp nhất là năm 2014 (chiếm 32,19%).

Bảng 2. Phân bố bệnh Rối loạn tâm thần và hành vi theo giới

Giới	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Nam	161	46,00	141	44,06	167	52,52
Nữ	189	54,00	179	55,94	151	47,48
Tổng	350	100	320	100	318	100

Nhận xét: Tỷ lệ nam mắc bệnh RLTT và hành vi cao hơn tỷ lệ nữ mắc bệnh RLTT và hành vi vào năm 2012 và 2014, riêng năm 2013 thì tỷ lệ nam mắc bệnh RLTT và hành vi thấp hơn tỷ lệ nữ mắc bệnh RLTT và hành vi. Tỷ lệ nữ mắc bệnh RLTT và hành vi cao nhất là vào năm 2013 (55,94%).

Bảng 3. Tình hình phân bố bệnh Rối loạn tâm thần và hành vi theo khu vực cư trú

Khu vực cư trú	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Nông thôn	276	78,86	290	90,63	246	77,36
Thành thị	74	21,14	30	9,38	72	22,64
Tổng	350	100	320	100	318	100

Nhận xét: Tỷ lệ BN mắc bệnh RLTT và hành vi sống ở khu vực nông thôn đến điều trị nội trú tại BV luôn chiếm tỷ lệ cao hơn so với tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh RLTT và hành vi sống ở khu vực thành thị. Tỷ lệ BN mắc bệnh RLTT và hành vi sống ở khu vực nông thôn đến điều trị nội trú tại BV chiếm tỷ lệ cao nhất là vào năm 2013 (90,63%).

Bảng 4. Tình hình phân bố bệnh RLTT và hành vi theo nhóm nghề nghiệp

Nhóm nghề nghiệp	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Nông dân	42	12	41	12,81	11	3,46
Làm ruộng	74	21,14	61	19,06	71	22,33
Công nhân	23	6,57	13	4,06	15	4,72
Trí thức	-	0	2	0,63	-	0
Lực lượng vũ trang	-	0	3	0,94	-	0
Công nhân viên	4	1,14	-	0	4	1,26
Hành chính, sự nghiệp	-	0	3	0,94	7	2,20
Sinh viên, học sinh	20	5,71	22	6,88	31	9,75
Trẻ em dưới 6 tuổi không đi học, dưới 15 tuổi đi học	2	0,57	-	0	-	0
Già	25	7,14	29	9,06	28	8,81
Loại khác	160	45,71	146	45,63	151	47,48
Tổng	350	100	320	100	318	100

Nhận xét: Tỷ lệ BN mắc bệnh RLTT và hành vi cao nhất chủ yếu tập trung vào 3 nhóm đối tượng nghề nghiệp theo thứ tự lần lượt là: nghề nghiệp khác, làm ruộng và nông dân. Tỷ lệ BN mắc bệnh RLTT và hành vi theo nhóm nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,48% (năm 2014).

Bảng 5. Tám bệnh RLTT và hành vi chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại BV năm 2012

Mã ICD10	Số ca	Tỷ lệ %
[F48] Rối loạn thần kinh khác	147	42,00
[F99] Rối loạn tâm thần, không xác định khác	97	27,71
[F41] Rối loạn lo âu khác	58	16,57
[F20] Tâm thần phân liệt	18	5,14
[F44] Rối loạn phân ly [chuyển đổi]	6	1,71
[F48.0] Bệnh suy nhược thần kinh	6	1,71
[F48.8] Rối loạn thần kinh xác định khác	3	0,86
[F40] Rối loạn lo âu ám ảnh sợ hãi	2	0,57

Nhận xét: Trong 8 bệnh RLTT và hành vi chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại BV năm 2012, mã bệnh F48 (Rối loạn thần kinh khác) chiếm tỷ lệ cao nhất 42%, đứng vị trí thứ hai là mã bệnh F99 (Rối loạn tâm thần, không xác định khác) chiếm tỷ lệ 27,71%, đứng vị trí thứ 3 là mã bệnh F41 (Rối loạn lo âu khác) chiếm tỷ lệ 16,57%.

Bảng 6. Chín bệnh RLTT và hành vi chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại BV năm 2013

Mã bệnh	Tần số	Tỷ lệ %
[F48] Rối loạn thần kinh khác	97	30,31
[F99] Rối loạn tâm thần, không xác định khác	90	28,13
[F41] Rối loạn lo âu khác	53	16,56
[F20] Tâm thần phân liệt	29	9,06
[F48.0] Bệnh suy nhược thần kinh	12	3,75
[F44] Rối loạn phân ly [chuyển đổi]	4	1,25
[F45] Rối loạn dạng cơ thể	4	1,25

[F40] Rối loạn lo âu ám ảnh sợ hãi	3	0,94
[F23.8] Rối loạn tâm thần nhất thời và cấp tính khác	2	0,63

Nhận xét: Trong 9 bệnh RLTT và hành vi chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại bệnh viện năm 2013, mã bệnh F48 (Rối loạn thần kinh khác) chiếm tỷ lệ cao nhất 30,31%, đứng vị trí thứ hai là mã bệnh F99 (Rối loạn tâm thần, không xác định khác) chiếm tỷ lệ 28,13%, đứng vị trí thứ 3 là mã bệnh F41 (Rối loạn lo âu khác) chiếm tỷ lệ 16,56%.

Bảng 7. Mười bệnh RLTT và hành vi chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại BV năm 2014

Mã ICD10	Tần số	Tỷ lệ %
[F99] Rối loạn tâm thần, không xác định khác	119	37,42
[F48] Rối loạn thần kinh khác	73	22,96
[F45] Rối loạn dạng cơ thể	19	5,97
[F41] Rối loạn lo âu khác	16	5,03
[F20] Tâm thần phân liệt	14	4,40
[F48.0] Bệnh suy nhược thần kinh	13	4,09
[F48.8] Rối loạn thần kinh xác định khác	6	1,89
[F06.6] Rối loạn cảm xúc không ổn định [suy nhược] thực thể	5	1,57
[F32] Giai đoạn trầm cảm	5	1,57
[F41.8] Rối loạn lo âu xác định khác	4	1,26

Nhận xét: Trong 10 bệnh RLTT và hành vi chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại bệnh viện năm 2014, mã bệnh F99 (Rối loạn tâm thần, không xác định khác) chiếm tỷ lệ cao nhất 37,42%, đứng vị trí thứ hai là F48 (Rối loạn thần kinh khác) chiếm tỷ lệ 22,96%, đứng vị trí thứ 3 là mã bệnh F45 (Rối loạn dạng cơ thể) chiếm tỷ lệ 5,97%.

IV. BÀN LUẬN

- **Về đặc điểm bệnh nhân mắc bệnh RLTT và hành vi vào bệnh viện điều trị nội trú theo từng năm:** Theo số liệu thống kê được, tỷ lệ BN điều trị nội trú bệnh RLTT và hành vi tại BVĐK tỉnh Trà Vinh chiếm cao nhất là năm 2012 và chiếm tỷ lệ thấp nhất là năm 2014. Điều này cho thấy số lượng BN mắc bệnh RLTT và hành vi tập trung cao nhất vào hai năm là 2012 và 2013. Tuy nhiên, năm 2012, số lượng BN mắc bệnh RLTT và hành vi là cao nhất. Điều này hoàn toàn có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- **Về sự phân bố bệnh RLTT và hành vi theo giới:** Đa số nữ giới mắc bệnh RLTT và hành vi nhiều hơn nam giới, điều này cho thấy được đặc điểm dịch tễ học của bệnh là: bệnh RLTT và hành vi dễ gặp ở nữ giới hơn nam giới, chủ yếu là do các yếu tố tác động trong lối sống hàng ngày (tình trạng căng thẳng, chế độ làm việc và nghỉ ngơi, tình trạng của cơ thể, áp lực,...). Điều này hoàn toàn có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- **Tình hình phân bố bệnh RLTT và hành vi theo khu vực cư trú:** Tỷ lệ BN mắc bệnh RLTT và hành vi sống ở khu vực nông thôn đến điều trị nội trú tại BV luôn chiếm tỷ lệ cao hơn so với tỷ lệ BN mắc bệnh RLTT và hành vi sống ở khu vực thành thị. Điều này cho thấy được người dân ở khu vực thành thị luôn có nhu cầu chăm sóc sức khỏe và nhu cầu phòng bệnh cao, người dân ở thành thị có nhiều điều kiện thuận lợi để dễ dàng tiếp xúc với các dịch vụ y tế. Người dân ở thành

thị có chế độ sinh hoạt hợp lý tốt hơn, biết làm việc và nghỉ ngơi hợp lý, có điều kiện sử dụng các dịch vụ giải trí và người dân có kiến thức về các RLTT cũng như biết cách phòng chống tình trạng rối loạn về tâm thần và hành vi của cơ thể. Còn một số bộ phận người dân ở khu vực nông thôn ít sử dụng dịch vụ giải trí thư giãn hơn người dân ở thành phố, phải lo lắng nhiều công việc của gia đình (làm ruộng, nuôi con, v.v..), chưa có điều kiện thuận lợi để tiếp xúc với các dịch vụ khám chữa bệnh hiện đại, khó khăn trong việc đi lại nên tỷ lệ mắc bệnh còn cao. Điều này hoàn toàn có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- **Tình hình phân bố bệnh RLTT và hành vi theo nhóm nghề nghiệp:** Tỷ lệ BN mắc bệnh RLTT và hành vi cao nhất chủ yếu tập trung vào 3 nhóm đối tượng nghề nghiệp theo thứ tự lần lượt là: nghề nghiệp khác, làm ruộng và nông dân.

Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của bệnh RLTT và hành vi. Ở nông thôn, đa số người dân sống chủ yếu bằng nghề làm ruộng nói riêng và làm nông nói chung, người làm ruộng thì phải làm việc mệt nhọc và vất vả. Bên cạnh đó, chế độ sinh hoạt nghỉ ngơi không hợp lý, thường xuyên cảm thấy lo lắng cho gia đình, ít có điều kiện vui chơi giải trí như ở thành phố nên dễ bị stress, trầm cảm, lâu ngày dẫn đến các rối loạn tâm thần và hành vi.

- **Về sự biến đổi mô hình bệnh Rối loạn tâm thần và hành vi qua các năm (từ năm 2012 đến 2014):** Trong 10 bệnh RLTT và hành vi chiếm tỷ

lệ cao nhất thường gặp tại BV trong 3 năm thì hai bệnh phổ biến nhất là: Rối loạn thần kinh khác và Rối loạn tâm thần, không xác định khác. Và đây cũng là hai nhóm bệnh phổ biến nhất mà nếu mắc bệnh thì để lại hậu quả nghiêm trọng về mặt sức khỏe cho cá nhân, gia đình và xã hội.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ BN điều trị nội trú bệnh RLTT và hành vi tại BVĐK tỉnh Trà Vinh trong năm 2012 chiếm 35,43%. Tỷ lệ BN điều trị nội trú bệnh RLTT và hành vi tại BV trong năm 2013 là 32,39 % và trong năm 2014 là 32,19%.

- Các bệnh RLTT và hành vi thường gặp chiếm tỷ lệ từ năm 2012 đến 2014 là: Rối loạn thần kinh khác chiếm tỷ lệ cao nhất (42,00% - 30,31% - 22,96%) và kế đến là Rối loạn tâm thần, không xác định khác (27,71% - 28,13% - 37,42%).

- Tỷ lệ nam mắc bệnh RLTT và hành vi (46% - 44,06% - 52,52%). Tỷ lệ nữ mắc bệnh RLTT và hành vi (54% - 55,94% - 47,48%).

- Nhóm nghề nghiệp mắc bệnh RLTT và hành vi chiếm tỷ lệ cao là: loại khác (45,71% - 45,63% - 47,48%), làm ruộng (21,14% - 19,06% - 22,33%) và nông dân (12% - 12,81% - 3,46%).

- Tỷ lệ BN mắc bệnh RLTT và hành vi sống ở khu vực nông thôn đến điều trị nội trú tại BV chiếm tỷ lệ từ năm 2012 đến năm 2014 (78,86% - 90,63% - 77,36%). Tỷ lệ BN mắc bệnh RLTT và hành vi sống ở khu vực thành thị chiếm tỷ lệ từ năm 2012 đến năm 2014 (21,14% - 9,38% - 22,64%).

KIẾN NGHỊ

- Tăng cường thêm nguồn nhân lực y tế có chuyên môn về thần kinh.
- Tại tuyến y tế cơ sở cần được tập huấn kiến thức về cách phòng chống các RLTT và hành vi.
- Tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho cộng đồng về tác hại của các RLTT và hành vi và cách thực hiện lối sống điều độ (chế độ nghỉ ngơi hợp lý, cách kiểm soát stress và tổ chức công việc).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Bảng phân loại Quốc tế bệnh tật Việt Anh lần thứ 10 (ICD10), nhà xuất bản Y học, 2001
2. **Tạp chí Y học thực hành 2010.** Lê Thị Thanh, Trương Việt Dũng, Phạm Thị Bích Ngọc. Mô hình bệnh tật tại Bệnh viện và trạm y tế xã tại tỉnh Đồng Tháp năm 2008.
3. **Nguyễn Trọng Bài, Bùi Văn Chín (2010).** Nghiên cứu mô hình bệnh tật Bệnh viện đa khoa huyện Thới Bình trong 4 năm 2006- 2009.
4. **Lê Thị Phương Nam (2012).** Khảo sát tình hình bệnh tật tại Khoa Nội, Nhi Bệnh viện đa khoa khu vực An Khê, tỉnh Gia Lai từ 2009-2011.
5. **Trương Thị Mai Hồng, Lê Thanh Hải, Phạm Ngọc Toàn, Đỗ Quang Vỹ, Lê Thị Dung. (2012).** Mô hình bệnh tật tại Khoa cấp cứu, bệnh viện Nhi Trung ương 2011.
6. **Nguyễn Thị Xuân Hương, Hoàng Thị Huế (2011).** Tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại bệnh viện tại khoa Nhi bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên trong 3 năm (2008-2010).
7. **Lawn JE (2004)** "Why are 4 million dying each year", *The lancet*, vol 364.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CỦA BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT THOÁT VỊ CỘT SỐNG THẮT LƯNG-CÙNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Lê Bảo Tiến*, Đinh Ngọc Sơn*, Nguyễn Duy Luật**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng tại Bệnh viện Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu. **Kết quả:** Bệnh gặp chủ yếu ở nhóm tuổi 30 - 40 tuổi (37%) với tuổi trung bình là 39.8 ± 11.81 , nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 1,4. Bệnh nhân

đến viện khi biểu hiện lâm sàng chèn ép thần kinh điển hình với sự kết hợp của hai hội chứng: hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ (100%), Lasegue (+) gặp trong 91,3% bệnh nhân Chụp X-quang quy ước cột sống thắt lưng, X-quang động là phương pháp tốt nhất để đánh giá tình trạng mất vững cột sống. Chụp X-quang thường quy còn giúp đánh giá tình trạng gai sau trước mổ, tiên lượng kích thước cũng như khả năng đặt dụng cụ. Cộng hưởng từ là phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại, không độc hại giúp đánh giá tốt mức độ, vị trí TVĐĐ cũng như tình trạng thoái hóa đĩa tăng TV và đốt liên kề.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

SUMMARY

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

**Bệnh viện Châm cứu Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Bảo Tiến

Email: drtienvnspine@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2017

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

CLINICAL CHARACTERISTICS AND DIAGNOSTIC IMAGES OF SACRAL-LUMBAR SPINE HERNIATED DISC AT VIETNAM-GERMANY FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2011

Objective: To describe the clinical features and imaging of the sacral-lumbar herniated disc at Vietnam-Germany Friendship Hospital. **Method:** Retrospective study. **Results:** Experienced patients mainly in the age group of 30-40 years old (37%) with a mean age of 39.8 ± 11.81 , the proportion of male / female was 1.4. The clinical features: spine syndrome and root compression syndrome (100%), Lasegue (+) 91.3% of patients. Standard spine X-ray was the best method to evaluate the spinal instability and to evaluate the results after preoperative hemip, and to prognosis the size as well as the ability of placing instruments. MRI is a modern, non-toxic imaging method helping to assess the extent, location and herniated disk deterioration and burning disc herniation.

Keywords: *clinical features, imaging, lumbar spine discs herniation*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là một bệnh lý thường gặp. Dấu hiệu lâm sàng chính là đau, hạn chế vận động vùng cột sống thắt lưng kèm theo triệu chứng chèn ép rễ thần kinh. Theo Hội cột sống Hoa Kỳ (2005) thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng chiếm 2-3% dân số, tuổi thường gặp từ 30-50, nam mắc nhiều hơn nữ [1]. Nghiên cứu của Trần Ngọc Ân, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng chiếm 11,2% số bệnh nhân vào điều trị tại khoa Cơ – Xương – Khớp Bệnh viện Bạch Mai (1991 – 2000) [2].

Ngày nay với sự hỗ trợ của công nghệ chẩn đoán hình ảnh đặc biệt là chụp cộng hưởng từ, chẩn đoán xác định và đánh giá các nguyên nhân thoát vị đĩa đệm đã trở nên dễ dàng và chính xác. Những nghiên cứu về lâm sàng và mô tả triệu chứng học của đau thắt lưng đã được hoàn chỉnh bởi các nhà lâm sàng học nổi tiếng của thế kỷ 19 và đầu thế kỷ 20. Ở Việt Nam có nhiều nghiên cứu và báo cáo về ứng dụng các phương pháp trong chẩn đoán và điều trị TVĐĐ/CSTL. Tại bệnh viện Việt Đức, dụng cụ cố định động liên gai sau được đưa vào ứng dụng hỗ trợ điều trị phẫu thuật bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng từ năm 2010, là một phương pháp điều trị mới. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: "*mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng tại bệnh viện Việt Đức năm 2011*" để giúp các bác sĩ áp dụng phương pháp điều trị mới phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 46 bệnh nhân

chẩn đoán xác định thoát vị đĩa đệm điều trị nội khoa không cải thiện, được điều trị phẫu thuật có ứng dụng hỗ trợ dụng cụ cố định động liên gai sau Intra-Spine tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ 01/2011 – 06/2011

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả lâm sàng, đánh giá kết quả trước và sau điều trị.

2.3. Thu thập số liệu: Số liệu được thu thập vào bệnh án đã được xây dựng sẵn. Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá kết quả trong quá trình điều trị tại bệnh viện Việt Đức. Khám lại bệnh nhân sau khi kết thúc nghiên cứu.

Đánh giá kết quả sau mổ dựa vào thang điểm VAS (Visual Analogue Scale pain), "Bảng câu hỏi đánh giá về độ giảm chức năng cột sống thắt lưng của Oswestry", độ hài lòng sau mổ Macnab. Chụp Xq thường quy, Xq động, MRI sau mổ.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được nhập và phân tích theo phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Trong 46 bệnh nhân được nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $39,8 \pm 11,81$, tuổi cao nhất là 78, thấp nhất là 17. Độ tuổi 30-40 là hay gặp nhất chiếm 37%. Hầu hết bệnh nhân trong độ tuổi lao động chiếm đến 95,6%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,42/1. Hầu hết các bệnh nhân khi vào viện đều khởi bệnh mà không có nguyên nhân chấn thương cụ thể nào chiếm 97,8%. Chỉ có 01 bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đau thắt lưng lan chân trái đột ngột khi đang đá bóng.

3.2. Triệu chứng vào viện: Hầu hết bệnh nhân vào viện đều có biểu hiện lâm sàng đau cả thắt lưng và đau chân chiếm 97,8%, hạn chế động tác 89,1%. Đau lan 2 chân có 14 bệnh nhân chiếm 30,4%. Chỉ 5 bệnh nhân chiếm 10,9% hạn chế vận động khi đến khám bệnh. Nghiệm pháp Lasegue (+) gặp trong 91,3% bệnh nhân.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

X-quang: Trong số 46 bệnh nhân có 6 trường hợp chiếm 13% có tổn thương mất vững trên phim chụp XQ dynamic. Kích thước lỗ liên hợp đo được: chiều cao $20,69 \pm 2,99$, chiều ngang là $9,2 \pm 1,85$. Chiều cao trung bình đĩa đệm là $16,1 \pm 3,43$.

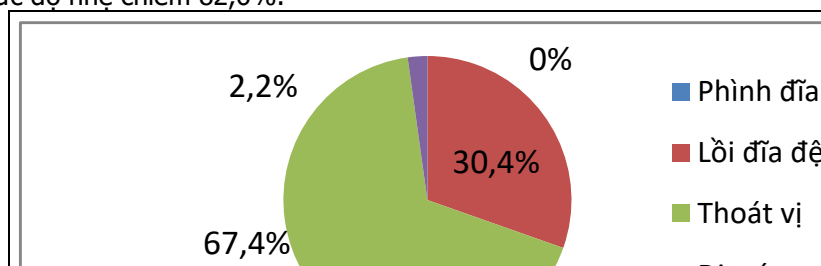
Hình ảnh trên MRI: Nghiên cứu hình ảnh TVĐĐ trên MRI, chia độ thoát vị đĩa đệm ra 4 loại là: phình đĩa đệm, lồi đĩa đệm, thoát vị và di trú chúng tôi thu được:

Bảng 1. Độ thoái hóa đĩa đệm thoát vị

Độ thoái hóa	n	Tỷ lệ (%)
1	0	0
2	9	19.5
3	19	41.3
4	17	37
5	1	2.2
Tổng	46	100

Chúng tôi chia thoái hóa đĩa đệm ra 05 độ theo Pfirrmann, nhận thấy đa phần bệnh nhân thoái hóa đĩa đệm ở mức độ vừa đến nặng chiếm 80.5%.

Độ thoái hóa đĩa đệm lân cận (L34): Không có trường hợp nào thoái hóa độ 5. Thoái hóa đĩa đệm lân cận mức độ nhẹ chiếm 82,6%.

**Biểu đồ 1. Độ thoái vị**

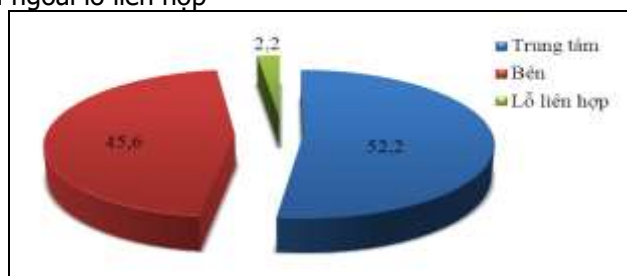
Chỉ có 1 bệnh nhân thoát vị di trú, 30,4% bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thể lồi.

Bảng 2. Thoái hóa đĩa đệm lân cận (L5S1)

Độ thoái hóa	n	Tỷ lệ (%)
1	17	37
2	15	32,6
3	11	23,9
4	3	6,5
5	0	0
Tổng	46	100

Không có trường hợp nào thoái hóa độ 5

Thể thoát vị: Dựa vào liên quan rễ thần kinh và tủy sống chia thể thoát vị thành 4 loại: trung tâm, bên, lỗ liên hợp và ngoài lỗ liên hợp

**Biểu đồ 2. Thể TVĐĐ**

Chúng tôi nhận thấy hầu hết thoát vị là thể trung tâm và bên chiếm 97.8%, không có trường hợp nào TVĐĐ ngoài lỗ liên hợp

Thoái hóa diện khớp: Dựa vào MRI chia thoái hóa diện khớp theo 4 độ: không có bệnh nhân nào thoái hóa độ 4. Thoái hóa mức độ nhẹ chiếm 76,1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Giới tính: Các tác giả trong nước và thế giới hầu hết đều có cùng nhận định, bệnh chủ yếu gặp ở cả hai giới là như nhau. Đồng Quang Sơn, Đồng Văn Hệ (2011) nghiên cứu 42 bệnh nhân có kết quả 52.4% nam và 47.6% nữ. Weinstein (2006) trong một nghiên cứu đa trung tâm trên 501 BN được 59% nam và 41% nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi nam chiếm 58.7% và nữ chiếm 41.3%. Tỷ lệ gặp ở nam cao hơn nữ có

thể do tại Việt Nam nam giới vẫn là lao động chính trong gia đình, thứ hai tâm lý BN khi đi khám bệnh đặc biệt là phụ nữ vẫn còn e dè trong việc can thiệp phẫu thuật nên họ có thể chọn các phương pháp điều trị khác. Tuy nhiên sự khác biệt của nam và nữ là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Tuổi: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là: 39.8 ± 11.81 , hay gặp nhất trong nhóm tuổi 30-40 chiếm 37%, tuổi thấp nhất là 17, cao nhất là 78. Nghiên cứu của các tác giả khác như Weinstein (2008) có tuổi trung bình là 41.7 ± 11.8 , Tại Việt Nam theo Đồng Văn Hệ (2011): 40,3.

Tuổi hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là trong độ tuổi lao động, kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước. Đó là do theo Rothman từ độ tuổi 20 của đời người trở đi có sự tắc nghẽn các mạch máu tới nuôi nhân nhày đĩa đệm. Sự thoái hóa tiến triển dần đến tuổi trung niên làm cho các vòng xơ rách ngày một lớn, trong khi cơ thể con người đang ở giai đoạn hoạt động thể lực. Dưới tác động liên tục của các sang chấn gây nên thoát vị đĩa đệm. Thoát vị đĩa đệm cũng ít gặp ở người già do quá trình thoái hóa đĩa, nhân nhày mất nước làm giảm dịch chuyển. Tuổi cao thường gặp các bệnh lý do hẹp ống sống gây nên.

4.2. Triệu chứng lâm sàng và hình ảnh cận lâm sàng

4.2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Hội chứng cột sống: 100% bệnh nhân nhóm nghiên cứu đau cột sống thắt lưng, đau có tính chất cơ học, đau tăng lên khi đi lại, vận động, giảm khi nghỉ ngơi. Hạn chế động tác gập trong 89.1% BN, đặc biệt khả năng nghiêng về bên ngược với bên đau và khả năng cúi

- Hội chứng rễ: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân chỉ đau lưng, không có biểu hiện chèn ép rễ. Trong số các bệnh nhân chèn ép rễ: đau 1 chân chiếm 69,6%, đau 2 chân chiếm 30,4%. Kết quả khác so với Mahmood (2012) đau 1 chân chiếm 85.2%, đau 2 chân chiếm 14.8%. Nghiệm pháp Lasegure (+) của Hồ Hữu Lương là 96.7%, Weinstein (2008) là 75.4%, của chúng tôi trong nghiên cứu là 91.3%.

4.2.2. Hình ảnh cận lâm sàng

X-quang: Chúng tôi chụp X-quang thường quy thẳng, nghiêng và X-quang động cho tất cả BN. Kết quả thu được 13% BN mất vững gian đĩa trên phim chụp. Đối với các BN này trong quá trình mổ cần sử dụng thêm dây buộc hỗ trợ cho dụng cụ liên gai sau. Dụng cụ liên gai sau

làm hạn chế mất vững cột sống sau mổ lấy nhân thoát vị.

MRI: Đây là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán TVĐĐ hiện nay và đang được áp dụng ngày càng rộng rãi vào việc chẩn đoán sớm TVĐĐ

-Thể TVĐĐ: Kết quả nghiên cứu trên 46BN chúng tôi nhận thấy TVĐĐ hay gặp là thể trung tâm và cạnh bên chiếm 97.8%, chỉ có 1 trường hợp TVĐĐ lỗ liên hợp. Kết quả này có khác Trần Trung[51] năm 2006 nghiên cứu hình ảnh CHT 151 trường hợp TVĐĐ nhóm can thiệp phẫu thuật được 121BN TVĐĐ thể trung tâm và cạnh bên, 30BN chiếm 19,9% TVĐĐ lỗ liên hợp.

-Độ TVĐĐ: 97.8% là TVĐĐ thể lõi và thoát vị, chỉ gặp 01 trường hợp TVĐĐ thể di trú. Theo nghiên cứu Trần Trung trong 151BN được can thiệp phẫu thuật thể di trú thu được 13BN chiếm 8,6%.

-Độ thoái hóa đĩa đệm: Đĩa đệm tăng thoát vị thường gặp thoái hóa đĩa đệm độ 3 và 4 chiếm 78.3%, chỉ có 01 trường hợp thoái hóa đĩa độ 5. Điều này phù hợp với độ tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu là trong độ tuổi lao động còn trẻ.

Đối với các đĩa đệm liên kề, thoái hóa đĩa đệm từ độ 2 trở nên chiếm đến 63%. Điều này cho thấy nguy cơ TVĐĐ tái phát ở các tầng lân cận là tương đối cao.

-Thoái hóa diện khớp: Nghiên cứu độ thoái hóa diện khớp trên MRI chúng tôi thu được 67.4% khớp tăng thoát vị có độ thoái hóa độ 2 trở nên. Điều này chứng tỏ có sự ảnh hưởng của đau lưng do tác động lên diện khớp tại các bệnh nhân nhân thoát vị đĩa đệm.

V. KẾT LUẬN

Bệnh gặp chủ yếu ở nhóm tuổi 30 - 40 tuổi (37%) với tuổi trung bình là 39.8 ± 11.81 , nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 1,4. Bệnh nhân đến viện khi biểu hiện lâm sàng chèn ép thần kinh điển hình với sự kết hợp của hai hội chứng: hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ (100%), Lasegure (+) gặp trong 91.3% bệnh nhân. Chụp Xquang quy ước cột sống thắt lưng, X-quang động là phương pháp tốt nhất để đánh giá tình trạng mất vững cột sống. Chụp X-quang thường quy còn giúp đánh giá tình trạng gai sau trước mổ, tiền lượng kích thước cũng như khả năng đặt dụng cụ. Cộng hưởng từ là phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại, không độc hại giúp đánh giá tốt mức độ, vị trí TVĐĐ cũng như tình trạng thoái hóa đĩa tăng TV và đốt liên kề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. John M. Rhee, Michael Schaufele and William A. Abdu (2006). "Radiculopathy and the

- Herniated Lumbar Disc. Contrversies Regarding Pathophysiology and Management". JBJS 88: 2070-2080.*
2. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Vĩnh Ngọc, Nguyễn Thu Hiền (2001).** "Đánh giá tình hình bệnh khớp tại khoa Cơ-Xương-Khớp bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991-2000)", Công trình nghiên cứu khoa học bệnh viện Bạch Mai 2001-2002, NXB Y học: 348-358.
 3. **Mixter X.J, Barr J.S (1934).** "Rupture of the intervertebral disc with involvement of the spinal canal", NEJM 211: 210-213.
 4. **Jame N.Weinstein et all (2006).** " *Surgical and Nonoperative Treatment for Lumbar Disk Herniation: The Spine Patient Uotcomes Research Trial(SPORT)*". JAMA, 296:2441-2450 .
 5. **Vũ Hùng Liên , Cộng Sự (2004).** "Cải tiến kỹ thuật giữ dây chằng liên gai, trên gai trong phẫu thuật cắt cung sau cột sống". Tạp chí Y - Dược học quân sự; 4: 93-95.
 6. **Hồ Hữu Lương (2008).** "Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm". Nhà xuất bản y học.
 7. **Trần Trung (2006).** "Nghiên cứu hình ảnh cộng hưởng từ bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống lưng". Y học thực hành; 12: 70-72.

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CỦA NỒNG ĐỘ TROPONIN T ĐỘ NHẠY CAO VÀ NT-proBNP HUYẾT TƯƠNG TRONG TIỀN LƯỢNG NGẮN HẠN Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Cao Đoàn Thị Bích Huyền*, Trần Viết An**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát giá trị nồng độ Troponin T độ nhạy cao, NT-proBNP huyết tương và liên quan với một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Xác định giá trị tiên lượng tử vong ngắn hạn của nồng độ Troponin T độ nhạy cao, NT-proBNP huyết tương và một số yếu tố tiên lượng khác ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Dân số nghiên cứu là 140 bệnh nhân nhập vào khoa tim mạch Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ. Đây là một nghiên cứu tiền cứu mô tả và có phân tích. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 67,3±11,9 tuổi, trong mẫu nghiên cứu nam giới chiếm tỷ lệ 60%. Điểm cắt nồng độ hs-TnT≥2,92ng/ml có độ nhạy 88% và độ đặc hiệu 72% giúp, điểm cắt nồng độ NT-proBNP ≥4307pg/ml có độ nhạy 75% và độ đặc hiệu 83% giúp tiên đoán tử vong ở bệnh nhân HCVC. Qua bảng phân tích hồi quy logistic cho thấy NT-proBNP máu và hs-TnT là yếu tố tiên lượng mạnh cho tử vong trong vòng 30 ngày sau HCVC. Nồng độ NT-proBNP kết hợp hs-TnT có giá trị tiên lượng tử vong tốt hơn so với sử dụng một yếu tố đơn thuần (AUC=0,871). **Kết luận:** Nghiên cứu chúng tôi cho thấy kết hợp Troponin T độ nhạy cao và NT-proBNP cho phép tiên lượng tử vong ngắn hạn tốt ở bệnh nhân HCVC.

Từ khóa: hội chứng vành cấp, tiên lượng ngắn hạn, NT-proBNP, TnT-hs.

SUMMARY

THE ROLE OF HIGH-SENSITIVITY TROPONIN T AND NT-proBNP PLASMA IN THE SHORT-TERM PROGNOSIS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Objectives: To survey the value of high-sensitivity Troponin T, NT-proBNP plasma and relate with some factor of risk of heart in patients with acute coronary syndrome. To investigate the value of the short-term mortality prognostic hs-TnT, NT-proBNP plasma and some factor of prognostic in patients with acute coronary syndrome. **Subjects and Methods:** We do the study based on 140 patients at Cardiology Department, Central General Hospital Can Tho and general hospitals in the cities of Can Tho. This is a prospective described and analytical study. **Results:** The average of age is 67.3±11.9 years, men accounts for 60%. The cut-off of hs-TnT ≥2.92ng/ml has a 88% sensitivity and the 72% specificity helps to predict the mortality in patients with ACS, the cut-off of has a NT-proBNP ≥4307pg/ml 75% sensitivity the 83% specificity helps to predict the mortality in patients with ACS. Through the table of regression analysis of logistic shows NT-proBNP and hs-TnT are strong prognostic factor for mortality 30 days after ACS. The concentration of NT-proBNP combines with hs-TnT has better prognostic value of mortality a alone factor (AUC=0.871). **Conclusion:** Our study shows, the combination of NT-proBNP and hs-TnT allows to foresee short-term mortality well in patients with acute coronary syndrome.

Keywords: acute coronary syndrome, short-term prognostic, NT-proBNP, TnT-hs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành là bệnh thường gặp và cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở các nước phát triển. Ở các nước đang phát triển, tỷ lệ bệnh đang gia tăng cùng với quá trình phát

*Bệnh viện DDKTW Cần Thơ

**Trường ĐHYD Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết An

Email: antranviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017

Ngày duyệt bài: 7.4.2017

triển kinh tế-xã hội. Gần đây, vai trò của troponin T độ nhạy cao cho phép xác định sớm hơn những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, góp phần chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời giảm tỷ lệ tử vong. Ngoài ra, tỷ lệ tử vong tim mạch và suy tim sau hội chứng vành cấp có liên quan chặt chẽ với tình trạng rối loạn chức năng thất trái. Các nghiên cứu đã cho thấy sự gia tăng nồng độ BNP/NT-proBNP liên quan đến rối loạn chức năng tâm thu thất trái⁽¹¹⁾. Do đó, chúng tôi đưa ra giả thuyết là kết hợp troponin T độ nhạy cao và NT-proBNP sẽ giúp phân tầng nguy cơ và tiên lượng tốt ở bệnh nhân hội chứng vành cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu. Dân số nghiên cứu là 140 bệnh nhân nhập vào khoa tim mạch Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Chẩn đoán đau thắt ngực không ổn định

- + Cơn đau thắt ngực lúc nghỉ và kéo dài >20 phút.
- + Đau thắt ngực mới xuất hiện và nặng từ mức III theo phân độ của CCS trở lên.
- + Đau thắt ngực gia tăng: ở các bệnh nhân đã được chẩn đoán đau thắt ngực từ trước đó mà: đau với tần số gia tăng, diễn tiến nặng từ mức III theo CCS trở lên.
- + Đau thắt ngực sau NMCT. Men tim: hs-TnT âm tính hoặc không thay đổi động học.

Chẩn đoán NMCT ST không chênh lên:

Men tim hs-TnT (> 0,014ng/ml) tăng và thay đổi động học. Biến đổi điện tâm đồ với đoạn ST chênh xuống và/hoặc thay đổi sóng T: ST mới chênh xuống năm ngang hoặc chênh xuống $\geq 0,05$ mV ở hai chuyển đạo liên tiếp; và/hoặc sóng T đảo ngược $\geq 0,1$ mV ở hai chuyển đạo với sóng R cao hoặc R/S >1. Và/hoặc lâm sàng đau thắt ngực.

Chẩn đoán NMCT ST chênh lên: Men tim hs-TnT tăng (>0,014ng/ml) và thay đổi động học. Biến đổi điện tâm đồ với đoạn ST chênh lên mới tại điểm J $\geq 0,2$ mV (nam) $\geq 0,15$ mV (nữ) ở V2-V3; và/hoặc $\geq 0,1$ mV ở các chuyển đạo khác. Và/hoặc lâm sàng đau thắt ngực.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân suy tim xung huyết. Suy thận mạn mức độ nặng: độ lọc cầu thận <30ml/phút/1,73m². Tai biến mạch

máu não 1 năm. Bệnh lý van tim. Thuyên tắc phổi, tăng áp phổi. Nhiễm trùng nặng, bỏng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, có phân tích.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành trên 140 bệnh nhân HCVC.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu: Xét nghiệm Troponin T độ nhạy cao: Mẫu máu thứ 1 khi nghi ngờ HCVC, mẫu máu thứ 2 sau mẫu máu 1 từ 3-6 giờ. Mẫu thứ 3,4 sau 2 -3 ngày sau mẫu máu thứ 2 hoặc bệnh nhân diễn tiến (đau ngực, khó thở). Xét nghiệm NT-proBNP: Mẫu máu xét nghiệm trong vòng 24-48 giờ bệnh nhân khởi phát cơn đau thắt ngực.

2.2.4. Xử lý số liệu và phân tích số liệu:

Các số liệu nghiên cứu sẽ được nhập và xử lý kết quả bằng phần mềm SPSS 22.0 for Window và phần mềm Medcalc 13.0.

III. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu chúng tôi thu thập được 140 bệnh nhân được chẩn đoán HCVC đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu nghiên cứu. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 67,3 $\pm$ 11,9 tuổi, thấp nhất là 39 tuổi và cao nhất là 91 tuổi.

Nồng độ hs-TnT trung vị là 1,23ng/ml. Nồng độ hs-TnT liên quan với phân độ Killip và phân suất tổng máu thất trái ($p < 0,05$). Giá trị nồng độ hs-TnT ở nhóm có Killip II-IV cao hơn nhóm có Killip I, lần lượt là 0,77ng/ml và 3,36ng/ml ($p < 0,001$). Tương quan nghịch mức độ vừa giữa nồng độ hs-TnT và phân suất tổng máu thất trái ($r = 0,37$, $p < 0,001$). Không có khác biệt nồng độ hs-TnT theo phân nhóm độ lọc cầu thận.

Nồng độ NT-proBNP trung vị là 1591,5pg/ml. Nồng độ NT-proBNP có liên quan với phân nhóm độ Killip, độ lọc cầu thận và phân suất tổng máu thất trái. Nồng độ NT-proBNP theo phân độ Killip I-IV lần lượt là 1292, 4969, 11009 và 16954pg/ml ($p < 0,001$). Nhóm bệnh nhân độ lọc cầu thận <60ml/phút/1,73m², nồng độ NT-proBNP là 1986pg/ml tăng hơn nhóm độ lọc cầu thận ≥ 60 ml/phút/1,73m² là 1263pg/ml ($p = 0,01$). Tương quan nghịch mức độ vừa giữa nồng độ NT-proBNP và phân suất tổng máu thất trái ($r = -0,43$ với $p < 0,001$).

Mối tương quan thuận mức độ yếu giữa nồng độ NT-proBNP và hs-TnT với $r = 0,23$ ($p = 0,005$).

Bảng 3.1 Giá trị tiên đoán tử vong của Troponin T độ nhạy cao

Điểm cắt hs-TnT (ng/ml)	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
$\geq 2,92$	88%	72%

Bảng 3.2. Giá trị tiên đoán tử vong của NT-proBNP

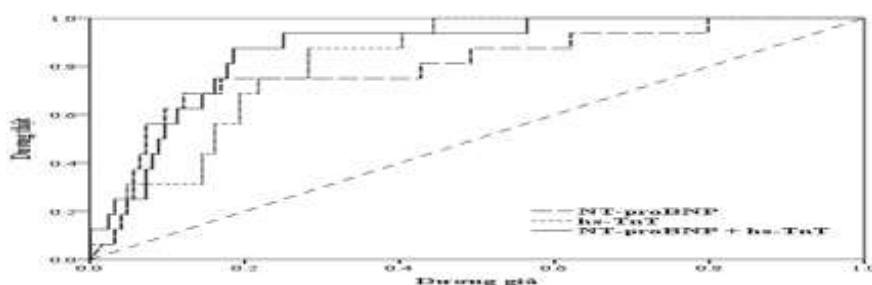
Điểm cắt NT-proBNP (pg/ml)	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
≥4307	75%	83%

Bảng 3.3. Phân tích đa biến các yếu tố nguy cơ tử vong vòng 30 ngày sau HCVC

Yếu tố	Hệ số beta	SE	Wald	p	OR
Tuổi ≥75	-0,315	0,759	0,172	0,67	0,7
Killip >I	-0,127	0,939	0,018	0,89	0,8
HATT <100mmHg	1,663	0,846	3,861	0,06	5,2
Tần số tim ≥100l/ph	0,916	0,865	1,122	0,28	2,4
NT-proBNP ≥4307	1,720	0,787	4,780	0,02	26,1
Hs-TnT ≥2,92	2,295	0,879	6,825	0,009	55,5

Bảng 3.4. So sánh diện tích dưới đường cong ROC tiên lượng tử vong của NT-proBNP, Troponin T độ nhạy cao và NT-proBNP kết hợp Troponin T độ nhạy cao ở bệnh nhân HCVC

Biến số	AUC	p
NT-proBNP	0,801	0,13
NT-proBNP + hs-TnT	0,871	
hs-TnT	0,825	

**Biểu đồ 3.1.** So sánh giá trị tiên lượng tử vong của NT-proBNP, Troponin T độ nhạy cao và NT-proBNP kết hợp Troponin T độ nhạy cao ở bệnh nhân HCVC

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 140 bệnh nhân HCVC, trung vị nồng độ hs-TnT trong HCVC là 1,23ng/ml. Nghiên cứu Michael Weber (n=1023) giá trị trung vị nồng độ hs-TnT ở bệnh nhân HCVC là 232pg/ml.

Kết quả khảo sát trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ hs-TnT tăng dần theo mức độ nặng phân độ Killip, nồng độ hs-TnT theo phân độ Killip I, II, III, IV lần lượt là 0,77ng/ml; 2,8ng/ml; 3,78ng/ml và 4,08ng/ml ($p < 0,001$). Quan sát 12666 bệnh nhân NMCT theo dõi 30 ngày, tăng nồng độ troponin T tăng nguy cơ bị shock tim, suy tim.

Nồng độ NT-proBNP trung vị ở bệnh nhân HCVC trong nghiên cứu này là 1591,5pg/ml. Nồng độ NT-proBNP trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng kết quả tác giả Omland và cs (n=609), giá trị trung vị NT-proBNP 545pmol/l (4618,875pg/ml, nhưng cao hơn kết quả của tác giả Trần Việt An (n=127).

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, nồng độ NT-proBNP tăng theo độ nặng Killip lúc nhập viện (Killip I: 1292pg/ml, Killip II: 4969pg/ml,

Killip III: 11009pg/ml và Killip IV là 16954pg/ml, $p < 0,001$). Nghiên cứu Galvani và cs, tỷ lệ bệnh nhân có Killip >I (23,4%) tăng dần theo khoảng tử vị của NT-proBNP (6%, 9%, 14%, 28%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tác giả Bjorklund cho kết quả tương tự là tỷ lệ bệnh nhân có độ Killip >I tăng dần theo nồng độ NT-proBNP.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ NT-proBNP cao nhất ở nhóm EF dưới 30% với trung vị là 11050pg/ml, nồng độ này giảm dần ở nhóm EF từ 30% đến 44% với trị số là 5395pg/ml và là 2493pg/ml ở nhóm EF từ 45% đến 54% ($p < 0,001$). Có sự tương quan nghịch mức độ trung bình giữa nồng độ NT-proBNP và phân suất tống máu thất trái ($r = -0,43$; $p < 0,001$). Tương tự, trong nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Tuấn cũng cho thấy có sự tương quan nghịch mức độ trung bình giữa nồng độ NT-proBNP và phân suất tống máu sau NMCT cấp ($r = -0,331$; $p < 0,05$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi đã chọn điểm cắt của xét nghiệm nồng độ hs-TnT trong tiên đoán tử vong ở bệnh nhân HCVC là 2,92ng/ml với độ nhạy là 88%, độ đặc hiệu là 72% và diện tích dưới đường cong ROC là 0,82

với $p < 0,001$ (khoảng tin cậy 95% 0,75-0,88). Tác giả Michael Weber và cs đã cho thấy hs-TnT $> 14 \text{ pg/ml}$ có giá trị tiên đoán tử vong, tái nhồi máu sau HCVC với ($\text{AUC} = 0,764$; $p < 0,001$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có nồng độ NT-proBNP $\geq 4307 \text{ pg/ml}$ có tỷ lệ tử vong tăng 13,9 lần ($p < 0,001$) so với nhóm bệnh nhân có nồng độ NT-proBNP $< 4307 \text{ pg/ml}$. Diện tích dưới đường cong ROC của nồng độ NT-proBNP máu là 0,8 cho thấy xét nghiệm NT-proBNP máu có giá trị cao trong tiên lượng tử vong. Diện tích dưới đường cong ROC trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Galvani, diện tích dưới đường cong ROC là 0,727. Khi phân tích đa biến thấy NT-proBNP máu và hs-TnT là yếu tố tiên lượng mạnh mẽ cho tử vong trong vòng 30 ngày sau HCVC trong nghiên cứu này. Nghiên cứu Galvani cho thấy NT-proBNP máu là yếu tố tiên lượng mạnh mẽ tử vong độc lập với tuổi, đái tháo đường, độ Killip $> \text{I}$ trong nhóm NMCTCSTCL và HCVCSTCL.

Theo nghiên cứu của Quỳnh A. Truong và cs ghi nhận việc kết hợp NT-proBNP và hs-TnT trong chẩn đoán HCVC ở các bệnh nhân đau ngực cấp cho thấy làm tăng diện tích dưới đường cong từ 0,68-0,78 lên 0,74-0,8.

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi dùng phương trình hồi quy tiên lượng tử vong và đường cong ROC so sánh giá trị điểm cắt tiên đoán tử vong của NT-proBNP, hs-Troponin T và NT-proBNP kết hợp hs-Troponin T cho thấy rằng NT-proBNP kết hợp hs-Troponin T có giá trị tiên lượng tử vong ngắn hạn tốt hơn so với NT-proBNP ($\text{AUC} = 0,871$ so với 0,801) và với hs-Troponin T đơn thuần ($\text{AUC} = 0,871$ so với 0,825) ở bệnh nhân mắc HCVC.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $67,3 \pm 11,9$ tuổi, trong mẫu nghiên cứu nam giới

chiếm tỷ lệ 60%. Điểm cắt nồng độ hs-TnT $\geq 2,92 \text{ ng/ml}$ có độ nhạy 88% và độ đặc hiệu 72% giúp tiên đoán tử vong ở bệnh nhân HCVC, điểm cắt nồng độ NT-proBNP $\geq 4307 \text{ pg/ml}$ có độ nhạy 75% và độ đặc hiệu 83% giúp tiên đoán tử vong ở bệnh nhân HCVC. Qua bảng phân tích hồi quy logistic cho thấy NT-proBNP máu và hs-TnT là yếu tố tiên lượng mạnh mẽ cho tử vong trong vòng 30 ngày sau HCVC. Nồng độ NT-proBNP kết hợp hs-TnT có giá trị tiên lượng tử vong tốt hơn so với sử dụng một yếu tố đơn thuần ($\text{AUC} = 0,871$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Việt An, Trần Hữu Dàng, Lê Thị Bích Thuận (2011)** "Nghiên cứu vai trò của NT-proBNP huyết thanh trong đánh giá tổn thương động mạch vành và tiên lượng hội chứng vành cấp". *Đại học Y Dược Huế*, Luận án Tiến sĩ y học.
2. **Trần Như Hải, Trương Quang Bình (2009)** "Nghiên cứu đặc điểm bệnh nhân HCVC ở bệnh nhân Chợ Rẫy và bệnh viện đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh". *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 13 (1), tr.50-55.
3. **Đặng Vạn Phước (2009)** "Vai trò của Troponin T siêu nhạy trong chẩn đoán và tiên lượng hội chứng ĐMV cấp". *Hội thảo tim mạch thường niên lần thứ III*.
4. **Trần Thanh Tuấn, Đặng Vạn Phước (2009)** "Vai trò NT-proBNP trong tiên lượng ngắn hạn NMCT cấp". *Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh*, Luận văn tốt nghiệp nội trú Nội tổng quát.
5. **Nguyễn Lâm Việt, cs (2008)** "Chẩn đoán, điều trị bệnh nhân đau thắt ngực không ổn định và NMCT không có ST chênh lên". *Khuyến cáo về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa*, tr.351-393.
6. **Darbar D, et al. (1996)**, "Diagnostic value of BNP concentrations in patients with acute myocardial infarction", *J Am Coll Cardiol*. 78(3), pp.284-7.
7. **Galvani Marcello, et al. (2004)**, "N-Terminal Pro-Brain Natriuretic Peptide on Admission Has Prognostic Value Across the Whole Spectrum of Acute Coronary Syndromes", *Circulation*(110), pp.128-134.

TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI KẾT QUẢ NỘI SOI TÁN SỎI NIỆU QUẢN BẰNG LESER TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Sơn*

TÓM TẮT

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Sơn

Email: vusonytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.3.2017

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả nội soi tán sỏi niệu quản bằng laser. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đề tài được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. Chọn toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu: sỏi niệu quản, được

Ngày duyệt bài: 10.4.2017

tán sỏi nội soi bằng laser, từ 12/2015 đến 12/2016, tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. Sử dụng các test thống kê: χ^2 ; t-student, ANOVA. Giá trị so sánh khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. **Kết quả:** Chúng tôi đã chọn được 78 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu, kết quả như sau: Giá trị trung bình thời gian tán sỏi giữa bệnh nhân nam và bệnh nhân nữ khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Giá trị trung bình thời gian tán sỏi: $38,1 \pm 14,1$ phút; Lâu nhất: 75 phút; Nhanh nhất: 15 phút. Thời gian tán sỏi niệu quản phải và niệu quản trái khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Giá trị trung bình thời gian tán sỏi niệu quản 1/3 trên: $41,7 \pm 16,1$ phút, sỏi niệu quản 1/3 giữa: $39,3 \pm 15,3$ phút, sỏi niệu quản 1/3 dưới: $37,6 \pm 13,9$ phút. Giá trị trung bình thời gian tán sỏi giữa các nhóm vị trí của sỏi khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Giá trị trung bình kích thước sỏi là $10,3 \pm 3,3$ mm. Kích thước sỏi càng lớn thì thời gian tán sỏi càng kéo dài. Tuy nhiên sự tương quan này ở mức độ lỏng lẻo với $r = 0,3$, $p < 0,05$. **Kết luận:** Kích thước sỏi càng lớn thì thời gian tán sỏi càng kéo dài. Tuy nhiên sự tương quan này ở mức độ lỏng lẻo với $r \leq 0,3$, $p < 0,05$. Các yếu tố: Mức độ cản quang của sỏi; Vị trí sỏi trong niệu quản; Giới tính; Bên niệu quản có sỏi ảnh hưởng không rõ ràng tới thời gian tán sỏi (sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$).

Từ khóa: Nội soi tán sỏi; Sỏi niệu quản; Tán sỏi bằng Laser

SUMMARY

LOOK AT SOME OF THE FACTORS AFFECTING TREATMENT OUTCOMES URETERAL STONES USING LASER ENERGY AT THE GENERAL HOSPITAL IN THAI BINH

Objects: The study aimed to explore a number of factors affecting the results of endoscopic laser lithotripsy ureteral. **Subjects-Method:** This study was performed according to the method described cross-sectional studies have analyzed. Select all patients qualify sampling: ureteral stones, endoscopic lithotripsy is used laser, from 12/2015 to 12/2016, at the General Hospital in Thai Binh. Using statistical tests: χ^2 ; t-student, ANOVA. Value comparisons difference was statistically significant when $p < 0,05$. **Results:** We have selected 78 patients, standard sampling during the study, the results are as follows: The average value lithotripsy time between male patients and female patients with different not statistically significant with $p > 0,05$. The mean time lithotripsy: $38,1 \pm 14,1$ minutes; Longest: 75 minutes; The fastest: 15 minutes. Time right ureter lithotripsy and various left ureter not statistically significant with $p > 0,05$. Period average lithotripsy for ureteral stones above paragraph: $41,7 \pm 16,1$ minutes, middle ureteral stones: $39,3 \pm 15,3$ minutes, the segment ureteral stones: $37,6 \pm 13,9$ minutes. The average value lithotripsy time between groups of different positions of the stones no statistically significant with $p > 0,05$. The average size of the stones were: $10,3 \pm 3,3$ mm. The larger the size stones lithotripsy time or

longer. However, this correlation level with loose $r = 0,3$; $p < 0,05$. **Conclusions:** The larger the size stones lithotripsy time or longer. However, this correlation level $r \leq 0,3$; $p < 0,05$. Factors: The degree of contrast of gravel; Stones in the ureter location; Sex; Parties affected ureter stones unclear to time lithotripsy (difference not statistically significant with $p > 0,05$).

Keywords: Endoscopic lithotripsy; Ureteral stones; Laser Lithotripsy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị sỏi niệu quản (NQ) như: Nội khoa; Phẫu thuật mở; Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc; Tán sỏi nội soi (TSNS); Tán sỏi ngoài cơ thể. Mỗi phương pháp có chỉ định và ưu, nhược điểm riêng, tuy nhiên nội soi niệu quản để tán sỏi được nhiều tác giả đề cập bởi hiệu quả cao và tỷ lệ biến chứng thấp [1].

Năng lượng để phá vỡ sỏi trong TSNS thường được sử dụng: Bằng khí nén, có thể tán được 80-90% loại sỏi. Tuy nhiên đối với sỏi to, quá cứng và có polyp kèm theo sẽ khó tán hơn; Bằng Laser, ưu việt hơn so với tán sỏi bằng khí nén và siêu âm. Laser có thể tán được mọi loại sỏi, kích thước của sỏi < 2 cm, nếu có polyp bao quanh sỏi dùng laser để đốt polyp và sau đó tán sỏi.

Tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, đã triển khai tán sỏi niệu quản bằng Laser từ năm 2011. Để giúp cho việc triển khai ứng dụng phương pháp này ngày một an toàn và hiệu quả hơn chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả nội soi tán sỏi niệu quản bằng Laser tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu

***Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

***Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 78 bệnh nhân bị sỏi niệu quản, được TSNS bằng Laser

***Thời gian nghiên cứu:** Từ 12/2015 đến 12/2016.

2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích.

- Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, không xác xuất đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân (BN), được chẩn đoán sỏi NQ một bên hoặc hai bên dựa trên phim XQ hệ tiết niệu; Kích thước sỏi NQ trong khoảng 5-20mm; Thận còn chức năng trên phim chụp UIV hoặc CT; Bệnh án của bệnh nhân ghi chép đầy đủ thông tin cần cho

ngiên cứu; Không có dấu hiệu hẹp, dị dạng hoặc tắc nghẽn đường bài xuất nước tiểu phía dưới viên sỏi định tán; Không có nhiễm khuẩn tiết niệu nặng.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN mắc các bệnh đang tiến triển như suy gan, suy thận, suy tim, đái tháo đường chưa ổn định; Sỏi NQ kèm theo

bệnh phổi hợp như: ung thư NQ, lao NQ...; Có rối loạn đông máu hoặc đang sử dụng heparin...; BN không nằm được tư thế sản khoa (biến dạng khớp háng...).

3. Xử lý số liệu: Sử dụng các test thống kê: χ^2 ; t-student, ANOVA. Giá trị so sánh khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

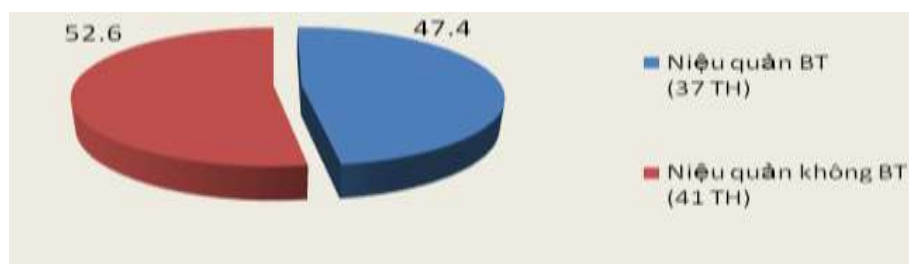
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả tán sỏi

Bảng 1. Tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu (n=78)

Nhóm tuổi	Giới tính				Tổng	
	Nam		Nữ			
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
20 - ≤ 40	3	10,0	13	27,1	16	20,5
>40 - ≤60	19	63,3	25	52,1	44	56,4
>60	8	26,7	10	20,8	18	23,1
Tổng	30	38,5	48	61,5	78	100,0

Nhận xét: Độ tuổi trung bình: $52,2 \pm 11,8$; Cao nhất: 83 tuổi; Nhỏ nhất: 26 tuổi. Nhóm tuổi 40-60 chiếm tỷ lệ 56,4%; Nam giới chiếm tỷ lệ 38,5%, nữ giới chiếm tỷ lệ 61,5%.



Biểu đồ 1. Hình ảnh niệu quản khi đặt máy soi (n=78)

Nhận xét: Có 37 TH (47,4%) hình ảnh NQ bình thường. Có 41 TH (52,6%) hình ảnh NQ không bình thường.

Bảng 2. Hình ảnh niệu quản bất thường khi đặt máy soi (n=41*)

Hình ảnh Niệu quản	Bên phải		Bên trái		Tổng	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Hẹp lỗ niệu quản	1	2,4	0	-	1	2,4
Phù nề niêm mạc	13	31,7	19	46,3	32	78,1
Polyp niệu quản	3	7,3	3	7,3	6	14,6
Xơ, hẹp niệu quản	0	-	2	4,9	2	4,9
Tổng	17	41,5	24	58,5	41	100,0

*Có 37 trường hợp hình ảnh niệu quản bình thường

Nhận xét: Có 1 TH hẹp lỗ NQ không đặt được máy soi để tiếp cận sỏi, phải chuyển mổ mở. Có 32 TH phù nề niêm mạc, 6 TH có polyp NQ, 2 trường hợp có xơ hẹp lòng NQ.



Biểu đồ 2. Kết quả tán sỏi (n=77*)

*Có 1 TH hẹp lỗ NQ không đặt được máy soi để tiếp cận sỏi, phải chuyển mổ mở.

Nhận xét: Trong nghiên cứu này không gặp TH nào có sỏi NQ cả 2 bên. Kết quả: Tốt đạt 93,5%; Trung bình đạt 5,2%; Thất bại 1 TH (1,3%) do sỏi chạy lên thận.

Bảng 3. Tai biến trong quá trình tán sỏi (n=76*)

Vị trí sỏi Trong niệu quản	Tai biến trong quá trình tán sỏi				Tổng	
	Không tai biến		Có tai biến			
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
1/3 trên	3	4,1	0	-	3	3,9
1/3 giữa	13	17,8	1	33,3	14	18,5
1/3 dưới	57	78,1	2	66,7	59	77,6
Tổng	73	96,1	3	3,9	76	100,0

*Có 1 TH sỏi chạy lên thận, và 1 TH hẹp lỗ NQ không đặt được máy nội sỏi

Nhận xét: Trong nghiên cứu này không gặp trường hợp nào thủng niệu quản. Có 3 trường hợp (3,9%) gặp tai biến chảy máu trong khi tán. Cả 3 trường hợp này đều do xử lý poly niệu quản.

2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả tán sỏi

Bảng 4. Thời gian tán sỏi và giới tính (n=76)

Giới	n	Thời gian phẫu thuật (phút)			p
		$\bar{x} \pm SD$	Nhanh nhất	Lâu nhất	
Nam	29	37,7±14,7	20	75	0,887
Nữ	47	38,2±13,8	15	70	
Chung	76	38,1±14,1	15	75	

Nhận xét: Giá trị trung bình thời gian tán sỏi giữa bệnh nhân nam và bệnh nhân nữ khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5. Thời gian tán sỏi và niệu quản có sỏi (n=76)

Niệu quản	n	Thời gian phẫu thuật (phút)			p
		$\bar{x} \pm SD$	Nhanh nhất	Lâu nhất	
Bên phải	37	38,4±13,5	15	70	0,820
Bên trái	39	37,7±14,8	20	75	
Chung	76	38,1±14,1	15	75	

Nhận xét: Giá trị trung bình thời gian tán sỏi: 38,1±14,1 phút; Lâu nhất: 75 phút; Nhanh nhất: 15 phút. Thời gian tán sỏi NQ phải và NQ trái khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 6. Vị trí sỏi trong niệu quản và thời gian tán sỏi (n=76)

Vị trí sỏi Trong niệu quản	n	Thời gian tán sỏi (phút)			p
		$\bar{x} \pm SD$	Nhanh nhất	Lâu nhất	
1/3 trên	3	41,7±16,1	30	60	0,833
1/3 giữa	14	39,3±15,3	20	70	
1/3 dưới	59	37,6±13,9	15	75	
Chung	76	38,1±14,1	15	75	

Nhận xét: Giá trị trung bình thời gian tán sỏi niệu quản 1/3 trên: 41,7±16,1 phút, sỏi niệu quản 1/3 giữa: 39,3±15,3 phút, sỏi niệu quản 1/3 dưới: 37,6±13,9 phút. Giá trị trung bình thời gian tán sỏi giữa các nhóm vị trí của sỏi khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 7. Thời gian tán sỏi và mức độ cản quang của sỏi (n=76)

Mức độ cản quang của sỏi	n	Thời gian tán sỏi (phút)			p
		$\bar{x} \pm SD$	Nhanh nhất	Lâu nhất	
Yếu	7	32,1±12,8	20	55	0,275
Trung bình	42	40,2±15,4	15	75	
Mạnh	27	36,3±11,7	20	65	
Chung	76	38,1±14,1	15	75	

Nhận xét: Thời gian tán sỏi trung bình giữa các nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 8. Thời gian tán sỏi và kích thước của sỏi (n=76)

	n	Giá trị trung bình			So sánh	
		$\bar{x} \pm SD$	Nhanh nhất	Lâu nhất	r	p
Thời gian tán sỏi (phút)	76	38,1±14,1	15	75	0,3	0,015
Kích thước của sỏi (mm)	76	10,3±3,3	4	19		

Nhận xét: Giá trị trung bình: thời gian tán sỏi là 38,1±14,1 phút; kích thước sỏi là 10,3±3,3 mm. Kích thước sỏi càng lớn thì thời gian tán sỏi càng kéo dài. Tuy nhiên sự tương quan này ở mức độ lỏng lẻo với $r = 0,3$; $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Về kết quả tán sỏi

***Đối tượng nghiên cứu:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, số BN nam là 30 TH (38,5%), và số BN nữ là 48 TH (61,5%). Theo nghiên cứu của Vũ Nguyễn Khải Ca (2012), BN nam chiếm 52,78%, BN nữ 47,22% [1], của Dương Văn Trung (2004), BN nam 51%, BN nữ 49%.

***Hình ảnh niệu quản khi đặt máy tiếp cận sỏi:** Kết quả tại biểu đồ 1 cho thấy, có 37 TH (47,4%) hình ảnh NQ bình thường và 41 TH (52,6%) hình ảnh NQ không bình thường.

Trong số những trường hợp NQ bất thường: có 1 TH hẹp lỗ NQ không đặt được máy soi để tiếp cận sỏi, phải chuyển mổ mở, chiếm tỉ lệ 2,4% (bảng 2). Kết quả của Dương Văn Trung (2009) gặp 9,2%, của Trương Quang Thắng, Hoàng Nghĩa Nam gặp 3,84% [7], Nguyễn Kim Cương 1,6% [2].

***Tiến hành tán sỏi:** Có 77 TH đặt được máy tiếp cận sỏi, tuy nhiên khi tiến hành tán sỏi có 1 TH (1,3%) sỏi chạy lên thận không thể tiếp tục quá trình tán được (biểu đồ 2). Trong 76 TH tán được sỏi, trong nghiên cứu này không gặp TH nào thủng NQ, có 3 TH (3,9%) gặp tai biến chảy máu trong khi tán, cả 3 trường hợp này đều do xử lý polyp NQ kèm theo (bảng 3).

Trong nghiên cứu này, kết quả tán sỏi tốt đạt 93,5%; trung bình đạt 5,2%; thất bại 1,3% do sỏi chạy lên thận (biểu đồ 2). Nghiên cứu của Vũ Nguyễn Khải Ca (2012) khi tán sỏi bằng Laser cho 72 BN sỏi NQ 1/3 dưới ở bệnh viện Việt Đức tỉ lệ thành công chung là 97,2%, mức độ tốt 88,9% [1], nghiên cứu của Hoàng Đức Minh (2015) tán sỏi cho 61 BN có tỉ lệ thành công chung là 91,8% [5], nghiên cứu của Nguyễn Hồng Quân (2014) tỉ lệ thành công chung cho sỏi ở tất cả các vị trí của NQ là 90%, loại tốt 81,4% [6].

2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả tán sỏi

***Giới tính:** Niệu đạo nam giới dài và gấp khúc hơn so với niệu đạo nữ giới. Kết quả tại bảng 4 cho thấy: Nữ giới chiếm tỷ lệ 61,8%, thời gian tán sỏi trung bình là 38,2±13,8 phút, cao nhất là 70 phút, thấp nhất là 15 phút. Nam giới chiếm tỷ

lệ 38,2%, có thời gian tán sỏi trung bình là 37,7±14,7 phút, cao nhất là 75 phút, thấp nhất là 20 phút. Giá trị trung bình thời gian tán sỏi giữa BN nam và BN nữ khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

***Niệu quản có sỏi:** Thời gian tán sỏi được tính từ khi bắt đầu đặt máy soi đến khi kết thúc đặt ống thông NQ. Kết quả tại bảng 5 cho thấy thời gian tán sỏi trung bình là 38,1±14,1 phút; Lâu nhất: 75 phút; Nhanh nhất: 15 phút. Thời gian tán sỏi NQ phải và NQ trái khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trường hợp tán lâu nhất do sỏi to và có xử trí cắt Polyp NQ kèm theo. Nghiên cứu của Dương Văn Trung (2009) thời gian tán trung bình là 34,1 ± 18,9 phút [9], Trương Quang Thắng, Hoàng Nghĩa Nam (2016) thời gian tán trung bình là 32,35 ± 10,26 phút [7].

***Vị trí của sỏi trong niệu quản:** Kết quả tại bảng 6 cho thấy thời gian tán trung bình đối với sỏi NQ 1/3 trên là 41,7±16,1 phút, sỏi NQ 1/3 giữa là 39,3±15,3 phút, sỏi NQ 1/3 dưới là 37,6±13,9 phút. Giá trị trung bình thời gian tán sỏi giữa các nhóm vị trí của sỏi khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nghiên cứu của Lê Học Đăng (2012) khi nghiên cứu tán sỏi ở bệnh nhân đoạn 1/3 dưới tại bệnh viện Việt Đức, thời gian tán sỏi trung bình là 32,34 ± 9,96 phút [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Kim Cương, tán sỏi bằng Laser ở 64 BN sỏi NQ 1/3 trên có thời gian tán sỏi trung bình là 38,25±17,73 phút [2].

***Độ cản quang của sỏi:** Sỏi NQ đậm độ cản quang phụ thuộc vào nồng độ calcium. GS Nguyễn Bửu Triều cho rằng sỏi oxalate calcium là sỏi cứng và sỏi có oxalate calcium kết hợp với phosphate calcium thì càng cứng hơn, còn sỏi amoni magie phosphate là sỏi mềm, cản quang kém và dễ vỡ. Nghiên cứu của Vũ Nguyễn Khải Ca và Hoàng Long cos nhận xét: sỏi nào cũng vỡ khi tán bằng Laser, vì mức năng lượng lớn mà Laser tạo ra trên bề mặt viên sỏi [1].

Trong nghiên cứu này, độ cản quang của sỏi được so với độ cản quang của đốt sống thắt lưng. Kết quả tại bảng 7 cho thấy thời gian tán sỏi trung bình giữa nhóm sỏi có độ cản quang yếu, trung bình, mạnh khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

* **Kích thước của sỏi:** Kích thước của sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi lấy theo đường kính lớn nhất viên sỏi. Đo kích thước của sỏi, chúng tôi dựa vào kết quả trên phim XQ hệ tiết niệu.

Kết quả tại bảng 7 cho thấy Giá trị trung bình: thời gian tán sỏi là $38,1 \pm 14,1$ phút; kích thước sỏi là $10,3 \pm 3,3$ mm. Kích thước sỏi càng lớn thì thời gian tán sỏi càng kéo dài. Tuy nhiên sự tương quan này ở mức độ lỏng lẻo với $r = 0,3$, $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

1. Kết quả tán sỏi

- Độ tuổi trung bình: $52,2 \pm 11,8$; Cao nhất: 83 tuổi; Nhỏ nhất: 26 tuổi.

- Nhóm tuổi 40–60 chiếm tỷ lệ 56,4%; Nam giới chiếm tỷ lệ 38,5%, nữ giới chiếm tỷ lệ 61,5%.

- Kết quả tán sỏi: Tốt đạt 93,5%; Trung bình đạt 5,2%; Thất bại 1,3% do sỏi chạy lên thận

2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả tán sỏi.

- Kích thước sỏi càng lớn thì thời gian tán sỏi càng kéo dài. Tuy nhiên sự tương quan này ở mức độ lỏng lẻo với $r \leq 0,3$, $p < 0,05$.

- Các yếu tố: Mức độ cản quang của sỏi; Vị trí sỏi trong niệu quản; Giới tính; Bên NQ có sỏi ảnh hưởng không rõ ràng tới thời gian tán sỏi (sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Nguyễn Khải Ca, Hoàng Long và cộng sự, (2012)**, "Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng phương pháp tán sỏi Holmium Laser tại bệnh viện Việt Đức", Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh, 16(3), tr. 331-334.
2. **Nguyễn Kim Cương (2012)**, "Đánh giá kết quả điều trị nội soi tán sỏi niệu quản đoạn trên bằng Holmium laser tại bệnh viện Việt Đức", Luận án bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Lê Học Đăng (2012)**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật tán sỏi nội soi niệu quản 1/3 dưới bằng Holmium laser", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Hoàng Long (2013)**, Sỏi tiết niệu, *Bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 203-213.
5. **Hoàng Đức Minh và cs (2015)**, "Đánh giá an toàn và hiệu quả của nội soi niệu quản ngược dòng tán sỏi bằng Laser trong điều trị sỏi niệu quản", *Tạp chí y học TP.HCM*, 4, tr. 214-219.
6. **Nguyễn Hồng Quân (2014)**, "Đánh giá kết quả tán sỏi nội soi niệu quản bằng Holmium Laser tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội", Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Trương Quang Thắng, Hoàng Nghĩa Nam, (2016)**, "Đánh giá kết quả nội soi tán sỏi niệu quản ngược dòng bằng Laser tại bệnh viện Quân y 4", *Tạp chí y học Việt Nam*, 445, tr. 294- 299.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ HÀNH VI CHĂM SÓC SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG VỚI THỰC TRẠNG VIÊM LỢI Ở PHỤ NỮ CÓ THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Xuân Thực¹, Nguyễn Tuấn Linh², Lộc Thị Thanh Hiền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm khảo sát mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng (SKRM) với tình trạng viêm lợi ở phụ nữ có thai (PNCT). **Đối tượng và phương pháp:** Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 120 PNCT tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Thai phụ sẽ được khám răng miệng trực tiếp, và tham gia phỏng vấn thông qua bộ câu hỏi để đánh giá mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc SKRM với tình trạng viêm lợi. **Kết quả:** Đa số PNMT có kiến thức về bệnh viêm lợi tốt (74,17%) và thái độ

chăm sóc sức khỏe răng miệng tốt (80%), tuy nhiên hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng lại chưa tương xứng khi chủ yếu ở mức độ trung bình (55,83%). Kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc SKRM đều có mối tương quan nghịch biến với tình trạng bệnh viêm lợi ở thai phụ với $p < 0,05$. **Kết luận:** Đa số thai phụ đã có kiến thức, thái độ đúng về SKRM, nhưng hành vi chăm sóc SKRM thì lại chưa đạt kết quả cao. Cần tuyên truyền, giáo dục thay đổi hành vi chăm sóc SKRM nhằm cải thiện tình trạng vệ sinh răng miệng và tình trạng viêm lợi ở PNCT.

Từ khóa: PNCT, SKRM, VSRM.

SUMMARY

DESCRIBE THE RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIORS OF ORAL HEALTH CARE WITH THE REALITY OF GINGIVITIS IN PREGNANT WOMEN IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường ĐHY Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thực

Email: thuchrmbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

Objective: The study aimed to examine the relationship between knowledge, attitudes and behaviors of oral health care with gingivitis condition in pregnant women (PW). **Subjects and Methods:** Applying the cross-sectional study on 120 PW at the Central Obstetrics Hospital. Pregnant women will be directly oral examined, and to be interviewed through a questionnaire to assess the relationship between knowledge, attitude and behaviors of oral health care with inflammation. **Results:** The majority of pregnant women have good knowledge of gingivitis (74.17%) and good attitude of oral health care (80%), but the behavior of oral health care is not commensurate, mainly in moderate (55.83%). Knowledge, attitudes and behaviors of oral health care are negatively correlated with the state of gum disease in pregnant women with $p < 0.05$. **Conclusions:** The majority of women had the knowledge and right attitude about oral health care, but behaviors of oral health care has not achieved high results. Need propaganda and education for change the behaviour of oral health care to improve oral hygiene status and condition of gingivitis in PW.

Keywords: PW, oral health, oral hygiene

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm lợi là bệnh lý có tỷ lệ mắc cao nhất trong các bệnh lý về răng miệng nói chung. Đặc biệt ở phụ nữ có thai, tỷ lệ mắc viêm lợi là rất cao chiếm từ 35% tới 100% (theo Loe và Silness, 1963) [1]. Theo những nghiên cứu gần đây, tình trạng viêm lợi có ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe phụ nữ có thai, thậm chí ảnh hưởng xấu tới quá trình mang thai như mẹ đẻ non dưới 37 tuần hay trẻ sinh nhẹ cân dưới 2,5kg [2]. Theo Jeffcoat thì ở những phụ nữ có viêm lợi mức độ trung bình và nghiêm trọng vào tuần thứ 21-24 của thai kỳ có nguy cơ sinh non trước 37 tuần cao gấp 4 lần người có lợi khỏe mạnh và nguy cơ sinh non trước 32 tuần cao gấp 7 lần [3]. Do đó, việc chăm sóc và có được những kiến thức về sức khỏe răng miệng ở phụ nữ mang thai là vô cùng quan trọng. Tuy nhiên, hiện nay vấn đề này vẫn chưa được quan tâm đúng mức. Đa số các thai phụ đều có xu hướng phớt lờ sức khỏe răng miệng hoặc rất lo lắng, e ngại nếu phải can thiệp điều trị răng miệng trong

khi đang mang thai có thể ảnh hưởng đến sự phát triển của thai nhi [4]. [5].

Nhằm mục đích tìm hiểu mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và hành vi của thai phụ với tình trạng mắc bệnh viêm lợi thực tế trên cộng đồng, trên cơ sở đó có các biện pháp truyền thông, can thiệp hiệu quả hơn nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe răng miệng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu cụ thể là: *Khảo sát mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng với tình trạng viêm lợi ở phụ nữ có thai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

2.1.1 Địa bàn nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Trung ương

2.1.2 Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ mang thai từ tháng thứ 1 đến tháng thứ 9 tới khám tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2015 – tháng 03/2015.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

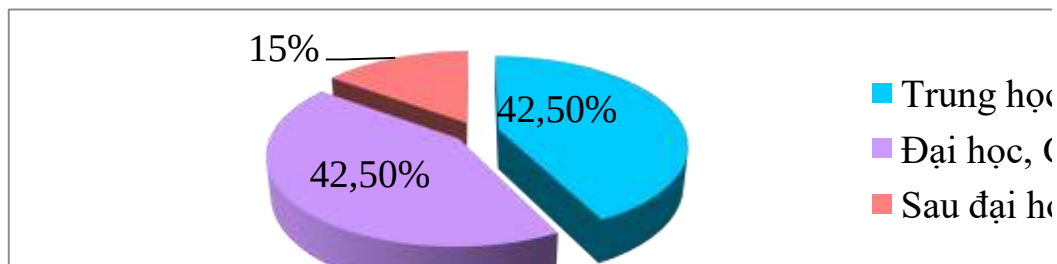
Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: 120 thai phụ

Cách thu thập số liệu: Các thai phụ được khám răng miệng để ghi nhận các chỉ tiêu nghiên cứu như chỉ số GI, OHIS, đồng thời tham gia trả lời phỏng vấn theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn để ghi nhận kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc SKRM.

2.3 Phương pháp xử lý số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Epi-data và quản lý, phân tích số liệu bằng phần mềm Stata. Sử dụng các phương pháp thống kê mô tả các biến định lượng, định tính; một số thuật toán thống kê suy luận để so sánh, tìm sự khác biệt cho các biến định lượng và cho các biến định tính; xác định tương quan, liên quan của biến định lượng và tương quan, liên quan của biến định tính. Kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

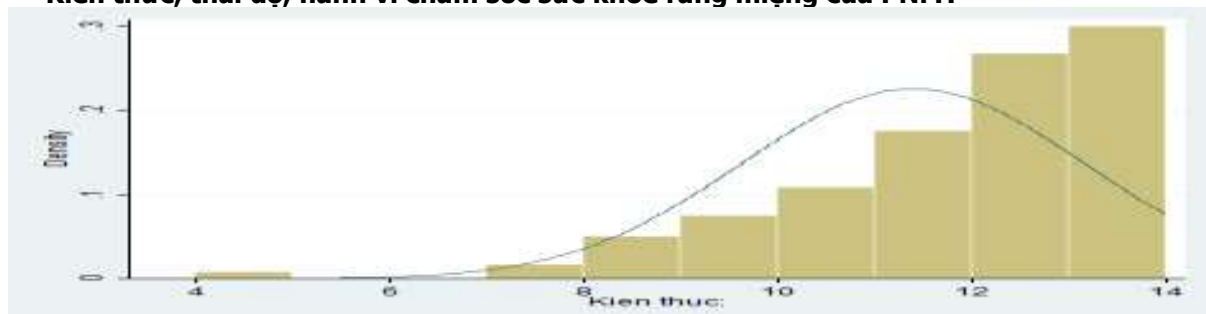
Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.**Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng đến khám theo trình độ học vấn**

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn trung học cơ sở, phổ thông và đại học cao đẳng có tỉ lệ lớn nhất và đều là 42,5%, nhóm bệnh nhân có trình độ sau đại học chiếm tỉ lệ khá thấp là 15,0%.

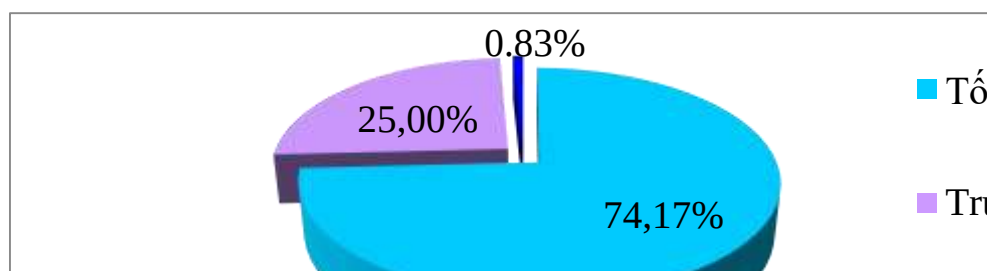
Bảng 3.1. Số điểm trung bình về thái độ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Mean $\pm$ SD	Min	Max	95% CI
Thái độ về chăm sóc sức khỏe răng miệng	18,74 $\pm$ 2,80	10	24	18-19

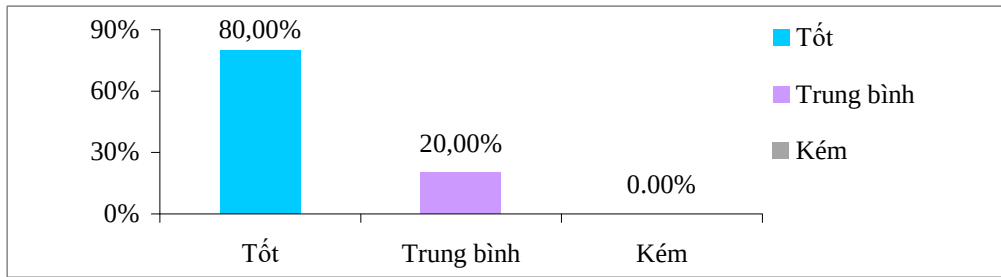
Nhận xét: Với 12 câu hỏi về thái độ chăm sóc sức khỏe răng miệng đưa ra thì số điểm trung bình là 18,74 $\pm$ 2,80, số điểm thấp nhất là 10, cao nhất là 24 và khoảng tin cậy 95% nằm trong khoảng từ 18 đến 19.

Kiến thức, thái độ, hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng của PNMT**Biểu đồ 3.2. Phân bố điểm kiến thức của đối tượng đến khám**

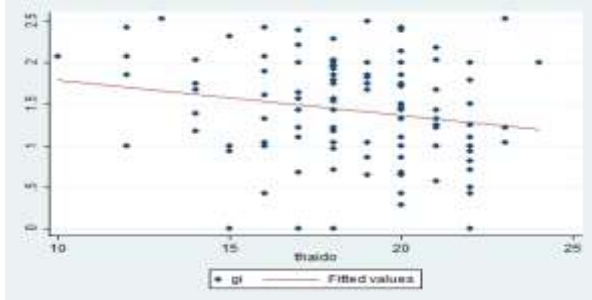
Nhận xét: Với 7 câu hỏi về kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng đưa ra thì số điểm trung bình là 11,38 $\pm$ 1,77, số điểm thấp nhất là 4, cao nhất là 14 và khoảng tin cậy 95% nằm trong khoảng từ 11 đến 12.

**Biểu đồ 3.3. Phân bố đối tượng đến khám theo kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng**

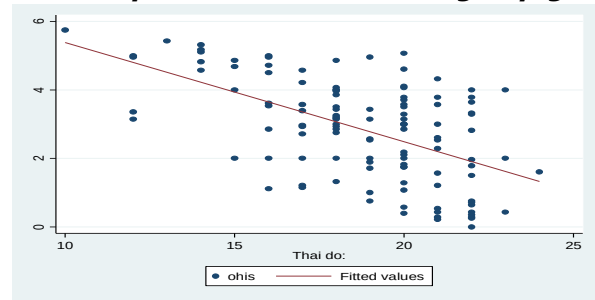
Nhận xét: Đa số bệnh nhân có trình độ kiến thức chăm sóc SKRM tốt chiếm 74,17%, kiến thức trung bình là 25,00% và kiến thức kém chỉ là 0,83%



Biểu đồ 3.4. Phân bố đối tượng đến khám theo thái độ chăm sóc sức khỏe răng miệng



$$r = -0.1927; p = 0,035$$



$$r = -0.5164; p = 0,000$$

Biểu đồ 3.5. Mối tương quan giữa thái độ với chỉ số GI và chỉ số OHI-S

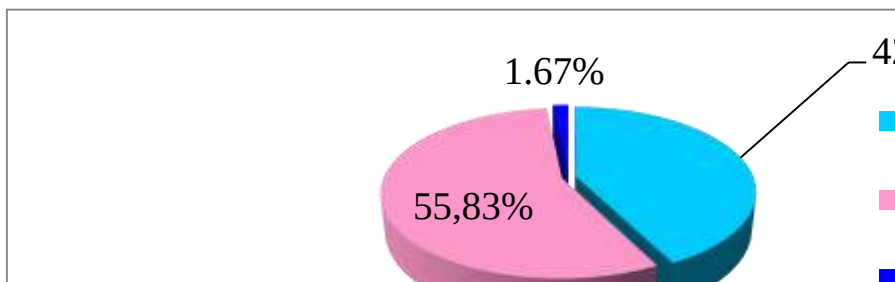
Nhận xét: Đa số bệnh nhân có thái độ chăm sóc SKRM tốt chiếm 80,0%, thái độ trung bình là 20,0% và thái độ kém không có bệnh nhân nào.

- Chỉ số GI và điểm thái độ có mối tương quan nghịch biến với nhau và đây là tương quan yếu ($r = -0.1927 < 0$). Và mối tương quan này lại có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$, spearman test).
- Có mối tương quan nghịch biến giữa chỉ số OHI-S và điểm thái độ, đây là tương quan chặt ($r = -0.5164 < 0$). Và mối tương quan này lại có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$, spearman test).

Bảng 3.2. Số điểm trung bình về hành vi của đối tượng nghiên cứu

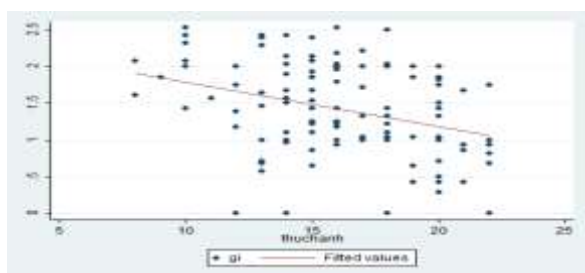
Đặc điểm	Mean $\pm$ SD	Min	Max	95%CI
Hành vi về chăm sóc sức khỏe răng miệng	16,07 $\pm$ 3,40	8	22	15-17

Nhận xét: Với 11 câu hỏi về hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng đưa ra thì số điểm trung bình là $16,07 \pm 3,40$, số điểm thấp nhất là 8, cao nhất là 22 và khoảng tin cậy 95% nằm trong khoảng từ 15 đến 17.



Biểu đồ 3.6. Phân bố đối tượng đến khám theo hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng

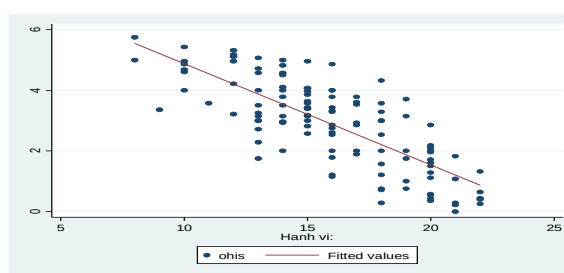
Nhận xét: Đa số bệnh nhân có hành vi chăm sóc SKRM tốt chiếm 42,50%, hành vi trung bình là 55,83% (67 bệnh nhân) và hành vi kém là 1,67%



$$r = -0.328, p = 0,000$$

Biểu đồ 3.7. Mối tương quan giữa hành vi với chỉ số GI và chỉ số OHI-S

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch biến giữa chỉ số GI và điểm hành vi, đây là tương quan trung bình ($r = -0,328 < 0$). Và mối tương quan này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, pearson test). Chỉ số OHI-S và điểm thái độ có mối tương quan nghịch biến, đây là tương quan rất chặt ($r = -0.7634 < 0$). Và mối tương quan này lại có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, spearman test).



$$r = -0,7634; p = 0,000$$

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Nhóm đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn là Đại học chiếm 42,5%, trình độ học vấn trung học cơ sở, phổ thông cũng là 42,5%, thấp nhất là sau Đại học với tỉ lệ là 15% (biểu đồ 3.1). Đây có thể là yếu tố ảnh hưởng tới nhận thức, thái độ cũng như thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của PNMT. Kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng với thực trạng viêm lợi.

Về kiến thức và mối liên quan với tình trạng viêm lợi: Do có sự khác biệt về chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng giữa các quốc gia nên chúng tôi chỉ bàn luận những kết quả này trong tình hình thực tế ở Việt Nam. Tuy nhiên, dữ liệu về kiến thức và nhận thức về sức khỏe răng miệng nói chung và sức khỏe quanh răng nói riêng của phụ nữ mang thai ở Việt Nam hầu như chưa có. Do chưa được các nhà chuyên môn phổ biến rộng rãi kiến thức chăm sóc răng miệng đúng cách nên PNMT có thể hiểu biết về cách chăm sóc răng miệng qua thông tin quảng cáo trên các phương tiện truyền thông. Trong phạm vi nghiên cứu này, bộ câu hỏi phỏng vấn gồm 3 ý trả lời và được phân thành ba mức độ kiến thức: tốt, trung bình và kém.

Kết quả ở biểu đồ 3.3 cho thấy đa số PNMT có kiến thức tốt về bệnh viêm lợi, chiếm 74,17%. Còn lại là kiến thức trung bình chiếm 25% và kiến thức kém chiếm tỉ lệ rất ít là 0,83%.

Ngoài ra cũng thấy chỉ số OHI-S tương quan nghịch biến với điểm kiến thức, PNMT càng có kiến thức tốt thì chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản OHI-S càng thấp, tình trạng vệ sinh răng miệng càng tốt và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.2.2. Về thái độ và mối liên quan với tình trạng viêm lợi: Từ biểu đồ 3.5 ta thấy chỉ số GI và điểm thái độ có mối tương quan nghịch biến với nhau, có nghĩa rằng: PNMT càng có thái độ tốt về chăm sóc sức khỏe răng miệng thì tình trạng viêm lợi càng giảm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ngoài ra cũng thấy chỉ số OHI-S tương quan nghịch biến với điểm thái độ, PNMT càng có thái độ tốt thì chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản OHI-S càng thấp, tình trạng vệ sinh răng miệng càng tốt và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.2.3. Về hành vi và mối liên quan với tình trạng viêm lợi: Kết quả ở biểu đồ 3.7 cho thấy đa số PNMT có hành vi trung bình về chăm sóc sức khỏe răng miệng, chiếm 55,83%. Còn lại là hành vi tốt chiếm 42,5% và hành vi kém chiếm 1,67%.

Từ biểu đồ 3.7 ta thấy chỉ số GI và điểm hành vi có mối tương quan nghịch biến với nhau, có nghĩa rằng: PNMT càng có hành vi tốt về chăm sóc sức khỏe răng miệng thì tình trạng viêm lợi càng giảm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ngoài ra cũng thấy chỉ số OHI-S tương quan nghịch biến với điểm hành vi, PNMT càng có hành vi tốt thì chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản OHI-S càng thấp, tình trạng vệ sinh răng miệng càng tốt và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Machuca và cộng sự (1999) [6]: tăng cường vệ sinh răng miệng có thể làm giảm ảnh hưởng của sự gia tăng nồng độ hormon giới tính trên mô quanh răng.

Từ các kết quả nghiên cứu về kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng trên cho thấy: Đa số PNMT đã có kiến thức về bệnh viêm lợi tốt và thái độ chăm sóc sức khỏe răng miệng tốt, tuy nhiên hành vi chăm sóc sức

khỏe răng miệng lại chưa tương xứng khi chủ yếu ở mức độ trung bình. Kết quả thu được cho thấy có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa thái độ với tình trạng viêm lợi và thái độ với tình trạng vệ sinh răng miệng. Cũng có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa hành vi với tình trạng viêm lợi và hành vi với tình trạng vệ sinh răng miệng. Từ đó ta thấy được vấn đề giáo dục thay đổi hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng là vấn đề cần được quan tâm và có vai trò quan trọng trong việc cải thiện tình trạng viêm lợi và tình trạng vệ sinh răng miệng cho phụ nữ mang thai.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ kiến thức về bệnh viêm lợi: tốt 74,17%; trung bình 25% và kém 0,83%. Điểm trung bình kiến thức là: $11,38 \pm 1,77$ (Điểm tối đa là 14).

- Kiến thức và tình trạng viêm lợi có mối tương quan nghịch biến nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kiến thức và tình trạng vệ sinh răng miệng có mối tương quan nghịch biến có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ thái độ về bệnh viêm lợi: tốt 80%; trung bình 20% và kém 0%. Điểm trung bình kiến thức là: $18,74 \pm 2,80$ (Điểm tối đa là 24).

- Thái độ và tình trạng viêm lợi có mối tương quan nghịch biến có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thái độ và tình trạng vệ sinh răng miệng có mối tương quan nghịch biến có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ hành vi về bệnh viêm lợi: tốt 42,50%; trung bình 55,83% và kém 1,67%. Điểm trung bình kiến thức là: $16,07 \pm 3,40$ (Điểm tối đa là 22).

- Hành vi và tình trạng viêm lợi có mối tương quan nghịch biến có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hành vi và tình trạng vệ sinh răng miệng có mối tương quan nghịch biến có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

KIẾN NGHỊ

- Cần tăng cường giáo dục chăm sóc sức khỏe răng miệng cho PNMT.

- Kết hợp các biện pháp chăm sóc nha khoa với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của phụ nữ khi mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Loë, H, Silness, J, (1963)**, Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity, *Acta Odontol Scand.* 21, pp. 533-551.
2. **Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight**, *J Periodontol.* 67 Suppl 10, pp. 1103-1113.
3. **Jeffcoat M.K, Geurs N.C, Reddy M.S, et al (2001)**, Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study, *J. Am. Dent. Assoc.* 132(7), pp. 875-880.
4. **Laine M.A. (2002)**, Effect of pregnancy on periodontal and dental health: a review, *Acta Odontol. Scand.* 60, pp. 257-264.
5. **D'Silva I, Tandon S. (2003)**, Periodontal physiology during pregnancy, *Indian J. Physiol Pharmacol.* 47(4), pp. 367-372.
6. **Machuca G, Khoshfeiz O, Lacalle R.J, et al (1999)**, The influence of general health and sociocultural variables on the periodontal condition of pregnant women, *J Periodontol*, 70(7), pp. 779 - 785.

ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ NĂM 2016

Nguyễn Huy Ngọc*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn bệnh viện làm tăng tỷ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Có 5 loại NKBV thường gặp nhất trong khoa HSTC trong đó hàng đầu là BN mắc VPBV chiếm tỷ lệ cao nhất 38%, sau đó là nhiễm khuẩn huyết chiếm 14%, viêm màng não 14%, nhiễm khuẩn ổ bụng chiếm tỷ lệ 14%, nhiễm khuẩn liên quan đến ống thông 11%. Các vi khuẩn Gram(-) là các vi khuẩn chủ yếu gây NKBV trong đó *A. baumannii* chiếm tỷ lệ cao nhất 21,5% sau đó là *Pseudomonas aeruginosa* 14,4%. Vi khuẩn Gram(+) chủ yếu là *S. aureus* chiếm 14,4%. **Kết luận:** Viêm phổi bệnh viện và vi khuẩn Gram(-) chiếm tỷ lệ cao nhất.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn bệnh viện, Phú Thọ.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF BACTERIA IN HOSPITAL INFECTION CAUSED INTENSIVE CARE FACULTY HOSPITAL IN PHU THO 2016

Introduction: Hospital infections increase mortality, lengthen hospitalization and increase treatment costs. **Objectives:** To determine the bacteriological characteristics of hospital-acquired bacterial at the intensive care unit of Phu Tho General Hospital in 2016. **Methodology:** Descriptive study. **Results:** The five most common types of hospital-acquired infections in the intensive care unit were pneumonia hospital (38%), septicemia (14%), meningitis 14%, abdominal infections 14%, catheter-acquired infections 11%. Gram-negative bacteria are the main bacterial infections causing hospital-acquired infections in which *A. baumannii* accounts for the highest rate of 21.5%, *Pseudomonas aeruginosa* at 14.4%. Gram-positive bacteria are mainly *S. aureus*, which accounts for 14.4%. **Conclusion:** The hospital's pneumonia and gram-negative bacteria are the highest

Keywords: nosocomial infections, Phu Tho.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện đang là một vấn đề thời sự rất được quan tâm của ngành y tế trong

nước cũng như trên thế giới. Đây là những nhiễm trùng mắc phải từ các cơ sở y tế xảy ra ở các BN nằm viện, không có biểu hiện triệu chứng hay ủ bệnh vào thời điểm nhập viện.

Nhiễm khuẩn bệnh viện thường xảy ra ở những bệnh nhân nguy cơ cao như: Bệnh nặng, nhiều bệnh phối hợp, trẻ đẻ non và người cao tuổi. BN nằm trong các đơn vị chăm sóc đặc biệt, can thiệp nhiều thủ thuật... NKBV ở các khoa HSTC thường cao hơn các khoa khác từ 2 - 5 lần tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện ở khoa HSTC trung bình là 9,2% và ngày càng trở lên đặc biệt nghiêm trọng.

Nhiễm trùng bệnh viện làm tăng tỷ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị. Theo ước tính của Trung tâm kiểm soát bệnh tật của Hoa Kỳ (CDC) ở thời điểm bất kỳ nào cũng có trên 1,7 triệu người trên thế giới mắc nhiễm trùng bệnh viện gây ra 99.000 ca tử vong mỗi năm.

Tại Việt Nam tỷ lệ nhiễm trùng bệnh viện trên toàn quốc là 6,8%. Tại Bệnh viện Bạch Mai tỷ lệ nhiễm trùng bệnh viện ở mức 5,3-6,8% thường tập chung chủ yếu ở các khu vực Hồi sức tích cực và Ngoại khoa. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định đặc điểm vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân vào khoa HSTC, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ điều trị trên 48 giờ trở lên, được chẩn đoán NKBV trong thời gian từ 01/03/2016 đến 31/8/2016.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân vào điều trị tại khoa HSTC, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 48 giờ trở lên, có kết quả nuôi cấy VK với các bệnh phẩm dương tính. Được chẩn đoán nhiễm khuẩn bệnh viện theo tiêu chuẩn CDC.

Tiêu chuẩn loại trừ: có bằng chứng về nhiễm khuẩn trong vòng 48 giờ kể từ khi vào khoa HSTC, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ. Bệnh nhân không làm đủ các xét nghiệm cần thiết trong tiêu chuẩn chẩn đoán NKBV theo CDC.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn bệnh viện theo CDC:

XQ phổi: tổn thương mới hoặc tiến triển kéo dài trên 48h kèm theo 2 trong 3 dấu hiệu sau:

* Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Ngọc

Email: huyngoc888@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

Nhiệt độ > 38,3°C hoặc < 35°C; Bạch cầu > 10000/mm³ hoặc < 4000/mm³; Đờm đục hoặc thay đổi tính chất đờm. Nuôi cấy dịch phế quản (+).

Nhiễm khuẩn huyết bệnh viện: Cấy máu: (+) một hoặc nhiều lần. Và có ít nhất 1 trong các dấu hiệu: Sốt ≥ 38°C; Rét run; Tụt huyết áp.

Nhiễm khuẩn liên quan đến ống thông: Cấy đầu ống thông (+). Và có ít nhất một trong các dấu hiệu sau: Sốt ≥ 38°C; Sưng tấy, đỏ đau, có mủ tại vị trí đặt ống thông.

Nhiễm khuẩn tiết niệu: Cấy nước tiểu ≥ 10⁵ VK/ml; TPT nước tiểu: Bạch cầu (+) và hoặc Nitrite (+). Đái mủ ≥ 10 bạch cầu/mm³ nước tiểu; Và có ít nhất 2 trong 4 triệu chứng lâm sàng sau: Sốt ≥ 38°C; Đái khó; Đái buốt; Đau tức trên xương mu.

Nhiễm khuẩn vết mổ: NK trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật và xuất hiện có ít nhất một trong các dấu hiệu sau: Chảy mủ ở dẫn lưu; Cấy bệnh

phẩm ở chỗ rạch da có VK(+); Có ít nhất một trong các dấu hiệu tại chỗ: đau, sưng, đỏ, nóng; Bác sỹ lâm sàng hoặc phẫu thuật viên chẩn đoán NK vết mổ.

Nhiễm khuẩn ổ bụng: Cấy VK (+) từ mủ trong ổ bụng; Cấy VK(+) từ dẫn lưu ổ bụng; Và bệnh nhân có ít nhất 2 trong các triệu chứng sau: Sốt > 38°C; Nôn; Đau bụng; Vàng da.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Trong vòng 6 tháng từ tháng 3/2016 đến hết tháng 9 năm 2016 có 870 BN vào khoa HSTC điều trị. Có 52 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn bệnh viện đủ tiêu chuẩn lấy vào nghiên cứu.

Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới của nhóm nghiên cứu

Tuổi \ Giới	Nam	Nữ	Tổng
	n	n	%
≤ 20	4	1	1
20 - 39	5	3	15
40 - 59	10	7	33
≥ 60	12	10	51
Tổng	31	21	100

Tỷ lệ Nam: Nữ là 1,48: 1. Tuổi trung bình 57,56 ± 18,2, tuổi cao nhất là 88, thấp nhất là 18. Nhóm tuổi ≥ 60 có tỷ lệ cao nhất chiếm 51%. Nhóm tuổi ≤ 20 tuổi có tỷ lệ thấp nhất chiếm 1%.

Chẩn đoán khi vào khoa HSTC: Bệnh lý hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất 38,3%, tiếp đến là bệnh lý thần kinh trung ương 29,4%, tình trạng hậu phẫu 16,8%. Bệnh lý tiêu hóa 5,3%, bệnh tim mạch 10,2%.

Ngày mắc nhiễm khuẩn bệnh viện: Bệnh nhân mắc NKBV cao nhất ngày thứ 3-4 sau nhập viện 33%, sau ngày thứ 7 là 25 %. Ngày mắc NKBV trung bình: 5,63 ± 5,32. Sớm nhất ngày thứ 3, muộn nhất ngày thứ 12.

Bảng 2. Điểm APACHE II và SOFA bệnh nhân NKBV

Điểm	n	TB ± SD	Min - Max
APACHE II	52	12,53 ± 5,6	4 - 30
SOFA	52	5,59 ± 3,76	0 - 16

Tại thời điểm chẩn đoán NKBV bệnh nhân có điểm APACHE II trung bình là 12,53 ± 5,6, điểm SOFA trung bình là 5,59 ± 3,76.

Các loại NKBV hay gặp ở khoa HSTC

Tỷ lệ nhiễm các loại NKBV bệnh viện tại khoa HSTC: BN mắc VPBV chiếm tỷ lệ cao nhất 38%. Nhiễm khuẩn huyết chiếm 14%. Viêm màng não 14%. Nhiễm khuẩn liên quan đến ống thông 11%. Nhiễm khuẩn ổ bụng chiếm tỷ lệ 14%.

Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính ở bệnh nhân NKBV: Trong đó số bệnh nhân bị nhiễm: 01 loại NKBV chiếm tỷ lệ 88%, số BN bị nhiễm 02 loại NKBV chiếm tỷ lệ 2%.

Các vi khuẩn gây NKBV thường gặp tại khoa HSTC

Phân bố các vi khuẩn gây NKBV tại khoa HSTC: Có 14 chủng vi khuẩn phân lập được từ các mẫu bệnh phẩm gây NKBV tại khoa HSTC được trình bày trong bảng sau:

Bảng 3. Tỷ lệ các loại vi khuẩn gây NKBV

Loại VK	n = 14	%
Vi khuẩn Gram âm		
<i>Acinetobacter baumannii</i>	3	21,5
<i>Klebsiella pneumonia</i>	1	7,1
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2	14,4

<i>Escherichia coli</i>	1	7,1
<i>Burkholderia cepacia</i>	1	7,1
<i>Enterobacter faecalis</i>	1	7,1
<i>Burkholderia Pseudomani</i>	1	7,1
Vi khuẩn Gram dương		
<i>Staphylococcus aureus</i>	2	14,4
<i>Enterococcus</i>	1	7,1
<i>Streptococcus group D</i>	1	7,1

Các VK thường gặp nhất là gram âm chiếm tới 72 %, trong tổng số tất cả các VK. *Acinetobacter baumannii* là vi khuẩn gây bệnh gặp tỷ lệ cao nhất 21,5 %, sau đó *P. aeruginosa* 14,4%. Vi khuẩn Gram(+) chiếm tỷ lệ 28% trong đó *S.aureus* chiếm 14,4%.

Viêm phổi liên quan đến thở máy (VPTM): Có 20 bệnh nhân VPTM trong đó có 18 bệnh nhân đã có mở khí quản thở qua Canyl MKQ. Có 2 bệnh nhân được nuôi cấy đờm, và 1 BN có kết quả dương tính với VK phân lập được là *Acinetobacter baumannii*.

Bảng 4. Các tác nhân gây VPTM

Loại VK	n = 8	%
Vi khuẩn Gram âm		
<i>Acinetobacter baumannii</i>	3	37,5
<i>Klebsiella pneumonia</i>	1	12,5
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	12,5
<i>Escherichia coli</i>	1	12,5
<i>Burkholderia cepacia</i>	1	12,5
Vi khuẩn Gram dương		
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	12,5
<i>Streptococcus group D</i>	0	
<i>Enterococcus</i>	0	

Tác nhân gây VPTM thường gặp nhất là *A. baumannii* chiếm 37,5% sau đó là *S. aureus* 12,5%.

Bảng 5. Các tác nhân gây NK huyết bệnh viện

Loại vi khuẩn	n = 7
Vi khuẩn Gram âm	
<i>Burkholderia cepacia</i>	1
<i>Acinetobacter baumannii</i>	1
<i>Escherichia coli</i>	1
<i>Klebsiella pneumonia</i>	1
<i>Burkholderia Pseudomani</i>	1
Vi khuẩn Gram dương	
<i>Staphylococcus aureus</i>	1
<i>Streptococcus group D</i>	1

Bảng 6. Tác nhân gây nhiễm khuẩn ống thông tĩnh mạch trung tâm

Loại vi khuẩn	n
Vi khuẩn Gram âm	
<i>Acinetobacter baumannii</i>	0
<i>Burkholderia cepacia</i>	0
Vi khuẩn Gram dương	
<i>Staphylococcus aureus</i>	1
<i>Enterococcus</i>	0
<i>Staphylococcus xylosus</i>	0
Tổng	1

Bảng 7. Tác nhân gây nhiễm khuẩn ổ bụng bệnh viện

Loại vi khuẩn	n
Vi khuẩn Gram âm	
<i>Escherichia coli</i>	2
<i>Acinetobacter baumannii</i>	0

<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	0
<i>Klebsiella pneumonia</i>	0
<i>Burkholderia cepacia</i>	0
<i>Klebsiella aerogenes</i>	0
Vi khuẩn Gram dương	
<i>Enterococcus</i>	0

Tác nhân gây NK ổ bụng gặp 2 trường hợp là *E.coli*.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi và giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 52 BN ở nhiều lứa tuổi khác nhau, tuổi cao nhất là 88 tuổi, thấp nhất là 18 tuổi, tuổi trung bình là $57,56 \pm 18,2$ tuổi, BN trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (51%), sự khác biệt này là do tại BV Thống Nhất có đặc điểm là BV điều trị các bệnh nhân lớn tuổi, trong khi đó Tại Khoa HSTC BV tỉnh là khoa phải tiếp nhận các bệnh nhân ở người lớn mọi lứa tuổi. Tuổi cao là một yếu tố nguy cơ gây NKBV, các bệnh nhân ở độ tuổi này khi vào khoa HSTC phần lớn có kèm theo các bệnh mãn tính như: COPD, suy tim, ung thư, ĐTĐ... làm giảm sức đề kháng cơ thể, suy dinh dưỡng, dễ mắc NKBV. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết quả tuổi trung bình ở bệnh nhân mắc NKBV từ 50-70 tuổi. Trong số các bệnh nhân NKBV tỉ lệ nam 61% cao hơn so với nữ 39%, tỉ lệ này cũng tương tự với các nghiên cứu của Giang Thục Anh, Lê Bảo Huy⁽⁴⁾. Điều này có thể giải thích do phần lớn bệnh nhân vào viện là bệnh nhân nam. Mặt khác, các bệnh nhân nam thường có các bệnh lý phổi mãn tính từ trước hoặc bệnh lý tim mạch, viêm tụy cấp, là các bệnh nặng dễ mắc NKBV.

Chẩn đoán khi vào khoa HSTC: Nhóm bệnh thuộc hệ hô hấp trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ cao nhất (38,3%), nhóm này bao gồm các bệnh như: viêm phổi, COPD, hen phế quản, xẹp phổi, tràn khí màng phổi... Bệnh lý thần kinh trung ương chiếm tỷ lệ 29,4% chủ yếu là các bệnh tai biến mạch máu não: Xuất huyết não, xuất huyết dưới nhện, nhồi máu não, chấn thương sọ não. Nghiên cứu của Vũ Đình Hưng (2011) số bệnh nhân nghiên cứu bị mắc bệnh lý hô hấp cao nhất có 81 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 55.1% tiếp đó là bệnh lý thần kinh có

46 bệnh nhân nghiên cứu tỷ lệ nhiễm khuẩn chiếm 50.0%.

Thời điểm mắc nhiễm khuẩn bệnh viện:

Trong 52 bệnh nhân mắc NKBV chúng tôi thấy bệnh nhân dễ mắc NKBV nhất vào ngày thứ 3 – 4 sau khi nhập viện chiếm 33%. Kết quả này thấp với Nguyễn Ngọc Quang là ngày mắc NKBV trung bình là 7,2 ngày⁽⁶⁾, với Lê Bảo Huy 5,77 ngày⁽⁴⁾. Nhiều tác giả nước ngoài cũng cho kết quả thời gian xuất hiện NKBV từ 5-7 ngày sau nhập viện.

Điểm APACHE II và SOFA: Các bệnh nhân khi được chọn vào nghiên cứu được tính điểm SOFA và APACHE II tại thời điểm chẩn đoán NKBV. Điểm SOFA trung bình là $5,59 \pm 3,76$ (0 - 16). Điểm APACHE II trung bình của các bệnh nhân NKBV là $12,53 \pm 5,6$. Kết quả tương tự so với các kết quả nghiên cứu của Lê Bảo Huy⁽⁴⁾, Giang Thục Anh và nhiều tác giả trên thế giới khác. Điểm APACHE II là một thang điểm đánh giá độ nặng của các bệnh cấp tính và mãn tính ở các bệnh nhân vào khoa HSTC được áp dụng phổ biến tại Mỹ từ những năm 1994. Thang điểm này dựa trên các chỉ số lâm sàng và xét nghiệm của nhiều cơ quan trên cơ thể bệnh nhân khi nhập viện.

Tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện: Từ tháng 3/2016 đến hết tháng 9/2016 có 52 BN đủ tiêu chuẩn được chọn vào nhóm nghiên cứu chẩn đoán NKBV theo tiêu chuẩn của CDC. Viêm phổi BV chiếm tỉ lệ cao nhất 38,1%, tiếp theo là nhiễm khuẩn ổ bụng 14,4%, viêm màng não và nhiễm khuẩn huyết 14%, nhiễm khuẩn liên quan đến ống thông 11%. So sánh kết quả của chúng tôi với một số tác giả trong và ngoài nước được trình bày trong bảng dưới đây:

Bảng 8. Tỉ lệ NKBV của một số nghiên cứu trong và ngoài nước

Địa điểm (năm)	Viêm phổi (%)	NK huyết (%)	NK tiết niệu (%)	NK ống thông (%)	NK ổ bụng (%)
Hoa Kỳ (2010)	11	11	36	--	--
Pháp (2006)	14,7	6,4	30,3	--	--
Brazil (2006)	12,8	--	54,5	--	--
An Độ (2004)	34,8	--	34,8	10,5	--
Hàn Quốc (2006)	28	26	--	--	--
BV Nhi Trung ương (2008)	82,6	4,4	8,7	4,3	--

BV Bạch Mai (2004)	64,8	6,3	18	10,5	--

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12 bệnh nhân mắc nhiễm trùng ổ bụng bệnh viện chiếm tỷ lệ 23%. Trong đó 6 bệnh nhân chẩn đoán viêm tụy cấp có dẫn lưu dịch ổ bụng và 6 BN sau phẫu thuật ổ bụng có dẫn lưu bụng. Điều này cho thấy tầm quan trọng của vấn đề tuân thủ chặt chẽ quy trình vô khuẩn trước, trong và sau khi đặt dẫn lưu ổ bụng. Các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cho tỷ lệ nhiễm khuẩn ổ bụng cũng cao. Tỷ lệ nhiễm khuẩn ổ bụng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có thể do khoa HSTC- BV Bạch Mai chủ yếu hồi sức cho các bệnh nhân nội khoa khác với đối tượng nghiên cứu của 2 nghiên cứu trên. Trên các bệnh nhân NKBV chúng tôi nhận thấy 01 loại NKBV chiếm tỷ lệ 88%, số BN bị nhiễm trên 02 loại NKBV chiếm tỷ lệ thấp 2%. Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả trong nước cũng như trên thế giới.

Các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện: Trong số 14 chủng vi khuẩn được phân lập từ các mẫu bệnh phẩm gây NKBV trên 52 bệnh nhân (Bảng 3.4), chúng tôi nhận thấy vi khuẩn Gram(-) chiếm tỷ lệ rất cao là 72%, trong đó đứng đầu là *A. baumannii* 21,5%, tiếp đến là *P. aeruginosa* 14,4%. Vi khuẩn Gram (+) chiếm 28 % trong đó *S.aureus* là 14,4 %. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Hùng năm 2006 tại khoa HSTC – Bệnh viện Bạch Mai cũng cho kết quả tương tự như chúng tôi về tỷ lệ vi khuẩn gây NKBV hàng đầu là *A.baumannii* – là một loại vi khuẩn Gram (-) hiện nay rất phổ biến và là tác nhân hàng đầu gây NKBV. Đây là định hướng quan trọng cho các thầy thuốc lâm sàng trong việc lựa chọn kháng sinh ban đầu thích hợp cho bệnh nhân. Ngoài ra sự thay đổi của các chủng vi khuẩn cho thấy tầm quan trọng của các nghiên cứu cập nhật thường xuyên và hệ thống các chủng vi khuẩn gây bệnh và tính nhạy cảm kháng sinh của chúng.

Viêm phổi liên quan đến thở máy: Trong quá trình thông khí nhân tạo, các bệnh nhân trong khoa HSTC phơi nhiễm với rất nhiều với các yếu tố tạo điều kiện thuận lợi cho VPTM xuất hiện: các vi khuẩn Gram (-) từ đường hô hấp trên di chuyển xâm nhập vào đường hô hấp dưới, viêm xoang mắc phải trong bệnh viện, hít phải vi khuẩn qua các thiết bị khí dung, làm ẩm. Bệnh lý nền nặng, các ống NKQ, canuyn MKQ ảnh hưởng đến phản xạ ho, nuốt – bảo vệ đường thở làm tăng nguy cơ hít sặc. Nhiều nghiên cứu đã khẳng định các yếu tố nguy cơ của VPTM: tiền sử COPD, hôn mê, điểm APACHE II > 20, tỷ lệ PaO₂/FiO₂ < 200, sử dụng kháng

sinh trước đó, điều trị dự phòng loét dạ dày do stress, đặt lại NKQ, MKQ. Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy các trường hợp COPD, điều trị dự phòng loét dạ dày, đặt lại NKQ, MKQ cũng chiếm một tỷ lệ đáng kể. Đa số các trường hợp xảy ra VPTM sau 7 ngày, tối thiểu sau 48 giờ, tối đa sau 35 ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vi khuẩn Gram(-) gây VPTM chiếm tỷ lệ cao 72%. Trong đó *A.baumannii* chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,8%. Tiếp đến là *K. pneumonia* và *Pseudomonas aeruginosa* chiếm 14,3%. Vi khuẩn Gram (+) chiếm 28% chủ yếu là do tụ cầu vàng.

Trong số các trực khuẩn Gram (-) gây VPTM chúng tôi thấy rằng: *A.baumannii*, *P.aeruginosa*, *K.pneumoniae* vẫn là 3 vi khuẩn gặp nhiều nhất, tuy nhiên có sự thay đổi về tỉ lệ từng loại so với các kết quả nghiên cứu trước đây tại khoa HSTC - BV Bạch Mai và các nơi khác.

Nhiễm khuẩn huyết và nhiễm khuẩn liên quan đến ống thông: Trong 52 bệnh nhân nghiên cứu có 7 bệnh nhân mắc NK huyết và 6 bệnh nhân mắc NK liên quan đến ống thông (TMTT) lần lượt chiếm tỷ lệ 14% và 11%. Nhiễm khuẩn huyết đứng thứ 2 sau VPBV và NK liên quan đến TMTT đứng thứ 4 sau NKTN bệnh viện. Ở các nước trên thế giới NK huyết bệnh viện chiếm tỷ lệ 16% - 40% các NKBV, mắc NK huyết bệnh viện tại các khoa HSTC cao hơn các khoa khác 2- 2,5 lần. Tác nhân hàng đầu gây NK huyết và NK ống thông TMTT là các vi khuẩn Gram (+): *S. aureus*,

Nhiễm khuẩn ổ bụng: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12 bệnh nhân mắc nhiễm trùng ổ bụng bệnh viện chiếm tỷ lệ 23%. Trong đó 6 bệnh nhân chẩn đoán viêm tụy cấp có dẫn lưu dịch ổ bụng và 6 BN sau phẫu thuật ổ bụng có dẫn lưu bụng. cả 12 bệnh nhân trên đều là những bệnh nhân viêm tụy cấp có dẫn lưu ổ bụng. Theo Grolman (2005)⁽²⁾ NT ổ bụng ở bệnh nhân có đặt dẫn lưu hay gặp do *S. aureus*, *Enterococcus*. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp tác nhân Gram *E. coli*,

IV. KẾT LUẬN

Có 5 loại NKBV thường gặp nhất trong khoa HSTC trong đó hàng đầu là BN mắc VPBV chiếm tỷ lệ cao nhất 38%, sau đó là nhiễm khuẩn huyết chiếm 14%, viêm màng não 14%, nhiễm khuẩn ổ bụng chiếm tỷ lệ 14%, nhiễm khuẩn liên quan đến ống thông 11%,

Các vi khuẩn Gram(-) là các vi khuẩn chủ yếu gây NKBV trong đó *A. baumannii* chiếm tỷ lệ cao nhất 21,5% sau đó là *Pseudomonas aeruginosa*

14,4%. Vi khuẩn Gram(+) chủ yếu là *S. aureus* chiếm 14,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giang Thục Anh (2004)**, "Đánh giá sử dụng kháng sinh Hồi sức nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai năm 2003-2004". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện. Đại học Y Hà Nội.
2. **DC Grolman, G Richardh (2005)**, "Nosocomial intra-abdominal", The Southern African Journal of Epidemiology and Infection, 20(2): 20-3.
3. **Hà Mạnh Tuấn, Hoàng Trọng Kim (2005)**, "Tần suất nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức cấp cứu nhi", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 9(2): 78-85.
4. **Lê Bảo Huy (2009)**, "Đặc điểm viêm phổi liên quan đến thở máy khởi phát sớm và muộn tại khoa

Hồi sức cấp cứu – BV Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh", Hội thảo toàn quốc về hồi sức cấp cứu và chống độc lần thứ 9 năm: 2006.

5. **Lê Thanh Duyên (2008)**, "Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện và một số yếu tố liên quan tại khoa hồi sức cấp cứu Bệnh viện Nhi trung ương". Luận văn thạc sĩ y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Ngọc Quang (2011)**, "Nghiên cứu tình hình và hiệu quả điều trị viêm phổi liên quan đến thở máy". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện. Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Nguyễn Việt Hùng, Trương Anh Thư, Nguyễn Gia Bình và CS (2006)**, "Nhiễm khuẩn phổi bệnh viện tại khoa điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai: tỉ lệ, căn nguyên và các yếu tố nguy cơ", Công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai, 2: 167-73.

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI KHÚC XẠ CỦA HỌC SINH TIỂU HỌC CÓ TẬT KHÚC XẠ

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT

Tật khúc xạ ở trẻ em ngày càng tăng nhanh, đặc biệt trong lứa tuổi tiểu học, đây là nỗi lo lắng của bố mẹ và cộng đồng xã hội. **Mục đích:** đánh giá các đặc điểm của tật khúc xạ và sự thay đổi khúc xạ ở lứa tuổi này. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả, tiến cứu. **Kết quả:** Có 129 trẻ em lứa tuổi từ 6 đến 11 được theo dõi 03 tháng một lần kéo dài 01 năm. Số trẻ loạn cận thì tỷ lệ này lên đến 86% bao gồm 58,1% cận thị đơn thuần trong khi đó viễn thị chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,6%. Độ cận thị có xu hướng tăng dần trong khi đó độ viễn thị ổn định qua các lần khám thay kính đeo. **Kết luận:** tật khúc xạ khá phổ biến nhất là cận thị, xuất hiện nhiều sau 8 tuổi và tăng dần nhiều hơn độ viễn. Việc đeo kính kịp thời mang lại hiệu quả tốt cho trẻ có tật khúc xạ.

Từ khóa: tật khúc xạ, tật cận thị, tật viễn thị, kính đeo mắt.

SUMMARY

TO EVALUATE THE CHANGES OF REFRACTIVE ERRORS IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN

The refractive errors in children are increased more and more, especially in primary school children that has been the anxious thing of parents and social community. **Purpose:** To evaluate clinical characteristics and the changes of refractive errors in these groups of age. **Method:** prospective describe study. **Results:** There were 129 school children aged

6 to 11, who examined and followed up each three-month within one year. The myopic children took 86% in total, that included pure myopia with 58.1% while hypermetropia took the lowest rate of 1.6%. The myopic power had the gradually increased tendency while hypermetropic power was stable in spectacle recheck times. **Conclusion:** The refractive errors are very common, in particular myopia, that increased after 8 years of age more than hypermetropia. The supplying the children with the spectacles are good effective in maintenance the visual acuity.

Keyword: Refractive error, myopia, hypermetropia, spectacle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật khúc xạ là một trong những nguyên nhân chính của suy giảm thị lực. Theo một báo cáo về khảo sát tỷ lệ tật khúc xạ tại hội nghị nhãn khoa toàn quốc năm 2015 cho thấy tỷ lệ tật khúc xạ ở trẻ chiếm đến 11,10% và hiện nay có khoảng 1,5 triệu học sinh Việt Nam có tật khúc xạ. Nghiên cứu của Fereidon Nirouzan năm 2015 cho thấy tỷ lệ tật khúc xạ ở trẻ tăng cao ở các nước châu Á, như Hồng Kông, Singapore, Đài Loan, Trung quốc... và có chiều hướng gia tăng đáng kể đối với học sinh bậc tiểu học. Sự hạn chế kiến thức về tật khúc xạ trong cộng đồng, thiếu sự quan tâm của gia đình đối với trẻ gây thêm khó khăn trong việc điều trị. Việc không đeo kính và đeo kính không đúng độ làm giảm thị lực, cản trở cho việc học tập, sinh hoạt hàng ngày và việc chọn lựa nghề nghiệp về sau của trẻ. Cho dù có chỉnh kính độ khúc xạ vẫn cứ thay đổi dần. Việc phát hiện và điều trị cho trẻ rất cần thiết, vì vậy cần có sự quan tâm và phối hợp của xã hội và

*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

ngành y tế, đặc biệt là ngành nhãn khoa đối với các đối tượng trực tiếp liên quan đến tật khúc xạ. Vì vậy, tôi nghiên cứu đề tài này nhằm:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ở trẻ có tật khúc xạ từ 6 – 11 tuổi.

2. Đánh giá sự thay đổi thị lực có chỉnh kính ở trẻ có tật khúc xạ từ 6 -11 tuổi.

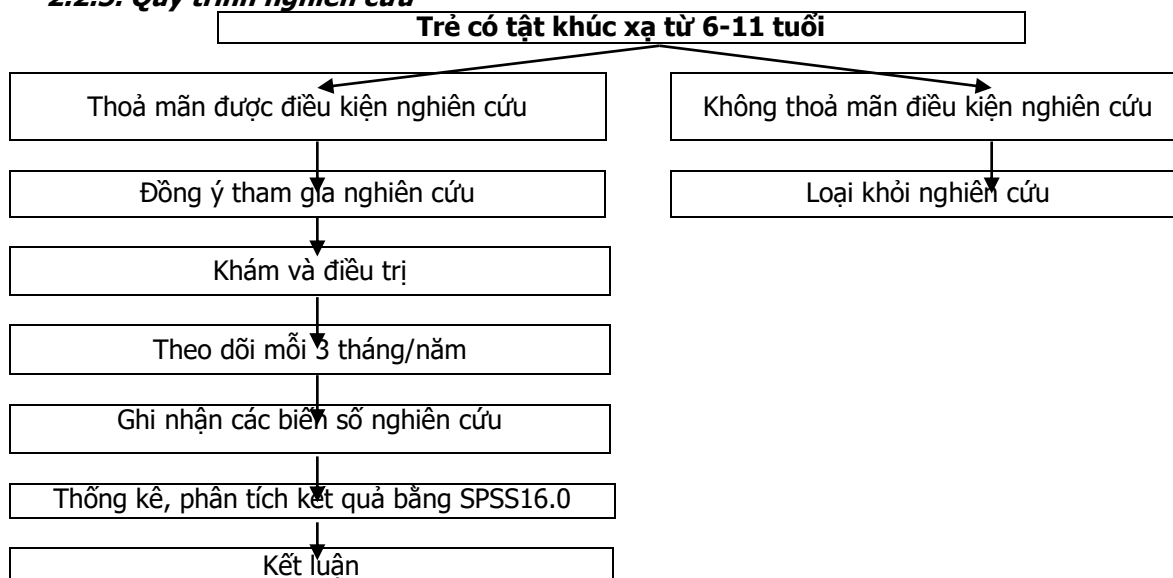
Từ đó có biện pháp dự phòng và hướng điều trị cũng như theo dõi quản lý trẻ có tật khúc xạ tốt hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ có tật khúc xạ từ 6-11 tuổi đến khám tại khoa khúc xạ, Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ tháng 1/2016 đến tháng 2/2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Trẻ có tật

2.2.3. Quy trình nghiên cứu



2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá

Đặc điểm chung: Tuổi được chia thành 2 nhóm: 6-8, 9-11. Giới: nam, nữ. Địa dư: thành phố, nông thôn

Đặc điểm lâm sàng: Thị lực (TL) chưa chỉnh kính. Chia theo Tổ chức Y tế thế giới: AS(+) - < ĐNT 3m: mù; ĐNT 3m - <1/10: rất kém; 1/10- ≤ 3/10: kém; 3/10- <6/10: trung bình; 6/10-8/10: khá; 9/10-10/10: tốt

2.2.5. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

2.2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng ý đức về nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện mắt Đà Nẵng.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 1/2016 đến tháng

khúc xạ tuổi từ 6-11. Thị lực <9/10. Gia đình trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu, tái khám thuận lợi.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ có các bệnh lý khác tại mắt như: Glôcôm, Sẹo giác mạc, Viêm màng bồ đào. Các bệnh lý đáy mắt có tổn thương võng mạc, thị thần kinh, chấn thương, đục thể thủy tinh, rung giật nhãn cầu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu: Bảng đo thị lực điện tử, sinh hiển vi khám mắt, khúc xạ kế tự động Topcon RS 8800, kính Volk soi đáy mắt, máy siêu âm B, thuốc liệt điều tiết, hộp kính thử.

2/2017, chúng tôi đã tiến hành khám và theo dõi cho 129 trẻ với 258 mắt có tật khúc xạ.

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Đặc điểm theo tuổi: Tuổi 6-8 có 34 trẻ (26,4%); tuổi 9-11 có 95 trẻ (73,6%). Tuổi trung bình là $9,47 \pm 1,358$.

3.1.2. Đặc điểm theo giới: Nam 69 (53,5%), nữ 60 (46,5%)

3.1.3. Địa dư: Bệnh nhân ở thành phố chiếm tỷ lệ 60,5% cao hơn ở nông thôn. Sự khác biệt giữa thành phố và nông thôn có ý nghĩa thống kê $p=0,017$ ($p<0,05$).

3.1.4. Yếu tố gia đình: Trẻ có tật khúc xạ có yếu tố gia đình chiếm tỷ lệ 34,1%, có ý nghĩa thống kê $p=0$ ($<0,05$)

3.1.5. Các yếu tố môi trường tham gia vào tật khúc xạ: Có đến 90/129 trẻ học không sử dụng đèn bàn, chiếm tỷ lệ 69,8%, 122/129 trẻ có chơi game và xem ti vi >60 phút, chiếm tỷ

lệ 94,6%. Cả 2 yếu tố này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.1. Các loại tật khúc xạ

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Phân bố tật khúc xạ

Tật khúc xạ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Cận thị	75	58,1
Viễn thị	2	1,6
Loạn cận	36	27,9
Loạn viễn	7	5,4
Loạn thị	9	7,0
Tổng	129	100

Cận thị đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất 58,1%, nếu tính cả trẻ loạn cận thị tỷ lệ này lên đến 86%, trong khi đó viễn thị chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,6%.

3.2.2. Thị lực có kính trung bình hai mắt

Bảng 2: Thị lực có kính

Thị lực	Lần 1	3 tháng	6 tháng	9 tháng	12 tháng
Khá (0.6-0.8)	19(14,7%)	18(14,0%)	16(12,4%)	12(9,3%)	6(4,7%)
Tốt (0.9 -1.0)	110(85,3%)	111(86,0%)	113(87,6%)	117(90,7%)	123(95,3%)
Tổng	129(100%)	129(100%)	129(100%)	129(100%)	129(100%)

Thị lực sau chỉnh kính tốt TL tăng từ lần khám đầu tiên, từ 85,3% tăng đến 95,3% sau một năm.

3.2.3. Độ cận thị sau chỉnh kính trung bình hai mắt

Bảng 3: Độ cận thị sau chỉnh kính

Độ cận thị	Lần 1	3 tháng	6 tháng	9 tháng	12 tháng	Số độ tăng thêm /lần khám
Nhẹ <3D	78 60,5%	78 60,5%	77 59,7%	75 58,1%	73 56,6%	- 0,11
Trung bình 3,1-6D	22 17,1%	22 17,1%	23 17,8%	24 18,6%	27 20,9%	- 0,16
Nặng >6D	7 5,4%	7 5,4%	7 5,4%	8 6,2%	7 5,4%	- 0,22
không cận thị	22 17,1%	22 17,1%	22 17,1%	22 17,1%	22 17,1%	+/- 0
Tổng	129 100%	129 100%	129 100%	129 100%	129 100%	

Độ cận càng nặng thì càng tăng thêm nhanh hơn, trung bình tăng -0,4 đến -0,88 diop trong một năm. Có 107/129 trẻ cận thị, cận thị nhẹ chiếm tỷ lệ cao 60,5%.

3.2.4. Độ viễn thị sau chỉnh kính

Bảng 4: Độ viễn thị sau chỉnh kính

Độ viễn thị	Lần 1	3 tháng	6 tháng	9 tháng	12 tháng	Độ viễn tăng thêm
Nhẹ 0,5 -2D	4 3,1%	4 3,1%	4 3,1%	4 3,1%	4 3,1%	+ 0,05
Trung bình 2,1- 4D	1 0,8%	1 0,8%	1 0,8%	1 0,8%	1 0,8%	+0,07
Nặng >4D	3 2,3%	3 2,3%	3 2,3%	3 2,3%	3 2,3%	+0,15
không viễn thị	121 93,8%	121 93,8%	121 93,8%	121 93,8%	121 93,8%	+/- 0
Tổng	129 100%	129 100%	129 100%	129 100%	129 100%	

Hầu như độ viễn không hay đổi sau 4 lần khám.

Trẻ viễn thị chiếm tỷ lệ thấp 6,2% (8/129), trong đó viễn thị nhẹ chiếm tỷ lệ 3,1%.

3.2.5. Độ loạn thị sau chỉnh kính

Bảng 5: Độ loạn thị sau chỉnh kính

Độ loạn thị	Lần 1	3 tháng	6 tháng	9 tháng	12 tháng
Nhẹ: 0,5 -<2D	32(24,8%)	32(24,8%)	34(26,4%)	31(24%)	32(24,8%)
TB: 2 - 4D	14(10,9%)	14(10,9%)	12(9,3%)	13(10,1%)	14(10,9%)
Nặng; >4D	2(1,6%)	2(1,6%)	2(1,6%)	2(1,6%)	2(1,6%)

Không loạn thị	81(62,8%)	81(62,8%)	81(62,8%)	83(64,3%)	81(62,8%)
Tổng	129(100%)	129(100%)	129(100%)	129(100%)	129(100%)

Độ loạn hầu như không đổi sau 01 năm với 4 lần khám.

3.2.6. Liên quan giữa các nhóm tuổi và phân độ cận thị

Bảng 6: Liên quan giữa độ tuổi và độ cận thị

Độ cận thị	Phân nhóm tuổi		Tổng
	6-8	9-11	
<3D	21(16,3%)	57(44,2%)	78(60,5%)
3.1- 6D	3(2,3%)	19(14,7%)	22(17,1%)
>6D	0(0%)	7(5,4%)	7(5,4%)
Không cận thị	10(7,8%)	12(9,3%)	22(17,1%)
Tổng	34(26,4%)	95(73,6%)	129(100,0%)

Độ cận thị có xu hướng tăng theo tuổi, phân nhóm độ cận thị đều xuất hiện ở nhóm tuổi 9-11. Độ cận thị tăng trung bình/ năm: $0,25 \pm 0,25$, cao nhất tăng 1,00 Diop/năm

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi: Tuổi trung bình của nhóm trẻ có tật khúc xạ trong nghiên cứu là $9,47 \pm 1,358$. Nhóm tuổi 9-11 chiếm tỷ lệ cao hơn 73,6%. Theo nghiên cứu của Zhijian Li năm 2014 thì độ tuổi trung bình là 12 (tuổi thấp nhất là 5, tuổi cao nhất là 18), không khác biệt nhiều với các nghiên cứu trong nước và các nước.

4.1.2. Giới: Kết quả nghiên cứu cho thấy nam chiếm tỷ lệ 53,5% và nữ chiếm tỷ lệ 46,5%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; tương tự các nghiên cứu khác.

4.1.3. Địa dư: Kết quả cho thấy tỷ lệ trẻ có tật khúc xạ ở thành phố 60,5%, ở nông thôn là 30,5%. Có nhiều yếu tố môi trường có ảnh hưởng đến tật khúc xạ của trẻ. Nhiều nghiên cứu cho thấy cường độ ánh sáng là nguyên nhân làm cho tật khúc xạ xuất hiện và tiến triển, nhất là cận thị.

4.1.4. Tật khúc xạ ở mắt phải (MP) và mắt trái (MT): So sánh tỷ lệ tật khúc xạ ở MP và MT cho thấy không có sự khác biệt đáng kể. Như vậy có sự tương quan chặt chẽ giữa MP và MT.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

4.2.1. Tật khúc xạ: Qua kết quả nghiên cứu cho thấy cận thị chiếm tỷ lệ cao 86,0%, viễn thị chiếm tỷ lệ thấp 8,6%, phù hợp với nghiên cứu trong và ngoài nước. Vì vậy các nghiên cứu trong và ngoài nước chủ yếu quan tâm nghiên cứu về cận thị cũng như các bệnh lý có liên quan đến cận thị nặng như thoái hoá hoàng điểm cận thị, nguy cơ đục thể thuỷ tinh cũng như glôcôm, cận thị bệnh lý.

4.2.2. Thị lực chưa chỉnh kính: Trong nghiên cứu này, thị lực chưa chỉnh kính chủ yếu từ 1/10-5/10, trong đó thị lực 1/10- <3/10 chiếm tỷ lệ hơn 50%, không có sự khác biệt với các nghiên cứu khác. Thị lực của trẻ có tật khúc xạ

thường giảm nhanh nếu không chỉnh kính kịp thời, sự suy giảm thị lực làm trẻ mất tự tin trong sinh hoạt và giao tiếp.

4.2.3. Thị lực sau chỉnh kính: Qua bảng kết quả cho thấy thị lực sau chỉnh kính tốt lên sau 6 tháng đến một năm sau khi trẻ mang kính, với kính mang đúng độ, có thể kiểm soát được sự tăng độ của trẻ. Thị lực tốt sau chỉnh kính tăng từ 85,3% lên 95,3% ở MP, 86% lên 96,1% ở MT.

4.2.4. Độ cận thị sau chỉnh kính: Qua bảng kết quả trung bình hai mắt có sự thay đổi: cận thị nhẹ chiếm tỷ lệ từ 60,5% giảm xuống 56,6% trong khi đó cận thị trung bình tăng từ 17,1% lên 21,7%, độ cận thị tăng trung bình $0,25 \pm 0,25$. Nhờ đó có thể kiểm soát được sự tiến triển của bệnh.

4.2.5. Độ viễn thị sau chỉnh kính: Trong nghiên cứu này chưa thấy có sự thay đổi ở các phân nhóm độ, lý do theo lý thuyết thì độ viễn thường giảm khi trẻ lớn dần, do sự dài ra của trục nhãn cầu nhưng trẻ em có biên độ điều tiết lớn.

4.2.6. Độ loạn thị sau chỉnh kính: Qua bảng kết quả, sự thay đổi giữa các nhóm phân độ loạn thị không đáng kể. Như vậy độ loạn thị không thay đổi nhiều qua một năm theo dõi. Loạn thị nhẹ chiếm tỷ lệ cao (24,8%). Việc sử dụng kính thường xuyên giúp cho trẻ nhìn tốt hơn cũng như tránh được nhược thị.

4.2.7. Liên quan giữa các nhóm tuổi và phân độ cận thị: Trong nghiên cứu này, có sự liên quan chặt chẽ giữa nhóm tuổi và phân độ cận thị, các nghiên cứu trong và ngoài nước đều có kết quả độ cận thị tăng dần theo tuổi. Như vậy đối với trẻ từ 6-8 tuổi, ít nhất phải khám mắt 1 lần/ năm, còn đối với trẻ >8 tuổi, cần kiểm tra mắt 2 lần/ năm để phát hiện kịp thời tật khúc xạ cũng như theo dõi.

V. KẾT LUẬN

Điều chỉnh tật khúc xạ cho trẻ ở bậc học tiểu học bằng phương pháp đeo kính gọng là đơn giản, thuận tiện, an toàn, hiệu quả và giá thành tương đối rẻ.

Tật khúc xạ xuất hiện nhiều nhất ở nhóm tuổi 9-11, không phân biệt giới tính. Có đến 34% trẻ có yếu tố gia đình.

Việc theo dõi và điều trị bằng kính gọng cho thấy cải thiện thị lực rõ rệt (96,1%) đồng thời kiểm soát được sự tiến triển của bệnh.

Đối với trẻ có tật khúc xạ cần phải đeo kính thường xuyên và đúng cách, môi trường đủ ánh sáng, không chơi nhiều game và các thiết bị màn hình điện tử.

Tăng độ từ 0,25 đến 1 độ trong 1 năm đối với cận thị. Viễn thị hầu như không tăng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Anh(2008), *Giáo trình khúc xạ ICEE*, copyright ICEE.
2. Đỗ Như Hân (2011). *Nhãn khoa*. Nhà xuất bản Y học, tập 1, chương 3, tr. 373-435
3. Der-Chong Tsai, Li-Ju Lin, Nicole Huang (2015), "Study design, rationale and methods for a population-base study of myopia in schoolchildren: the Myopia Investigation study in Taipei", *Clinical and Experimental Ophthalmology*, (43), pp 612- 620.
4. Reza Norouzirada, HassanHashemib (2015), "The prevalence ofrefractive errors in 6 to 15 year-old schoolchildren in Dezful, Iran", *Journal of Current Ophthalmology*, (27), pp. 51-55.
5. Jacqueline Chua, Ching Yu Cheng (2014) "Correcting refractive error with spectacles: a simple solution but a global challenge", *Clinical and Experimental Ophthalmology*, (42), pp 215-216.
6. Prakash Paudel(2014), "Prevalence of vision impairment and refractive error in school children in Ba Ria- Vung Tau province, Vietnam", *Clinical and Experimental Ophthalmology*, (42), pp 217-226.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI BẰNG HUYẾT TƯƠNG TƯƠI GIÀU TIỂU CẦU TỰ THÂN

Cao Trường Sinh*, Nguyễn Trung Chính*, Lê Thị Thanh Huyền*

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả bước đầu điều trị thoái hóa khớp gối bằng huyết tương giàu tiểu cầu tự thân. **Đối tượng và phương pháp:** 22 bệnh nhân thoái hóa khớp gối; 9 nam, 13 nữ tuổi trung bình 58.86 ± 9.42 ; gồm 37 khớp gối thoái hóa giai đoạn 2, 3 theo phân loại trên X quang của Kellgren và Lawrence được điều trị bằng tiêm huyết tương tươi tự thân giàu tiểu cầu (105 lần tiêm). Tất cả bệnh nhân, 37 khớp gối thoái hóa đều được tiêm huyết tương tươi giàu tiểu cầu tự thân với phương pháp điều chế bằng New-PRP Pro Kit. Mỗi khớp được tiêm 1 lần/tuần trong 3 tuần liên tiếp. Đánh giá kết quả sau 1 tháng 3 tháng và 6 tháng sau khi tiêm bằng thang điểm VAS và WOMAC. **Kết quả:** Mức độ đau theo thang điểm VAS giảm có ý nghĩa sau khi tiêm mũi đầu tiên 6 tháng, từ 6.86 ± 0.71 xuống còn 3.08 ± 1.67 ($p < 0,01$). Điểm WOMAC chung giảm có ý nghĩa từ 45.13 ± 6.78 xuống còn 14.41 ± 7.14 sau khi tiêm mũi đầu tiên 6 tháng ($p < 0,01$). **Kết luận:** Điều trị thoái hóa khớp gối bằng huyết tương giàu tiểu cầu đem lại hiệu quả ở bệnh nhân thoái hóa khớp làm giảm đau, tăng khả năng vận động của bệnh nhân thể hiện bằng cải thiện thang điểm VAS và WOMAC và tỷ lệ xuất hiện tai biến thấp.

SUMMARY

TO EVALUATE THE INNITIAL RESULTS OF TREATMENT OF KNEE OSTEOARTHRITIS BY SELF PLATELET-RICH FRESH PLASMA

Aim: To evaluate the initial results of treatment of knee osteoarthritis with self-enriching platelets' fresh plasma. **Objects and methods:** 22 patients with knee osteoarthritis; 9 males and 13 females averaged ages 58.86 ± 9.42 ; including 37 knee arthroplasty at phase 2, 3 on X ray which were classed by Kellgren and Lawrence, were treated with platelet-enriched fresh plasma injections (105 injections). All patients, 37 degenerative knee joints were injected platelet-rich fresh plasma with New-PRP Pro Kit modulation method. Each injection is given once a week for 3 weeks. Evaluation of results after 1 month, 3 months and 6 months after injection with VAS and WOMAC. **Results:** Pain scores on the VAS scale decreased significantly after the first 6-month injection, from 6.86 ± 0.71 to 3.08 ± 1.67 ($p < 0.01$). The overall WOMAC score was significantly reduced from 45.13 ± 6.78 to 14.41 ± 7.14 after the first 6-month injection ($p < 0.01$). **Coclusion:** The treatment of knee osteoarthritis by platelet-rich fresh plasma is effective in patients with arthralgia maked analgesia, and motor mobility as demonstrated by improved VAS and WOMAC scales and complication rates was low.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối là nguyên nhân gây tàn tật cho người có tuổi đứng thứ hai sau bệnh tim

*Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2017

Ngày duyệt bài: 10.4.2017

mạch [1],[2]. Ở Việt Nam theo thống kê trong 10 năm (1991-2000) về bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai, thoái hóa khớp đứng hàng thứ ba (4,66%) trong nhóm các bệnh có tổn thương khớp. Trong thoái hóa khớp, thoái hóa khớp gối chiếm 56,5% [3]. Trong thoái hóa khớp nói chung, thoái hóa khớp gối ảnh hưởng nhiều nhất đến chức năng vận động. Các thoái hóa khớp nặng là nguyên nhân gây tàn phế của nhiều bệnh nhân, kéo theo sự chi phí tốn kém của gia đình và xã hội.

Các biện pháp nội khoa hiện nay điều trị thoái hóa khớp gối chủ yếu nhằm hai mục đích: giảm đau và cải thiện chức năng vận động khớp, tức là vẫn điều trị triệu chứng bệnh chứ chưa đạt tới đích cải thiện được chất lượng sụn khớp hay làm ngừng quá trình thoái hóa.

Trên thế giới, trong khoảng vài năm trở lại đây, nhiều nghiên cứu đã chứng tỏ huyết tương giàu tiểu cầu tự thân tiêm trực tiếp vào trong khớp là một liệu pháp có triển vọng trong điều trị thoái hóa khớp gối. Để có căn cứ triển khai triển khai ứng dụng phương pháp điều trị này trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục đích: *Đánh giá kết quả bước đầu điều trị thoái hóa khớp gối bằng huyết tương giàu tiểu cầu tự thân tại Phòng khám bệnh Đa khoa Trường Đại học Y khoa Vinh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 22 bệnh nhân trên 40 tuổi, được chẩn đoán thoái hóa khớp gối theo tiêu chuẩn của Hội khớp học Hoa Kỳ (ACR); 9 nam, 13 nữ tuổi trung bình 58.86 ± 9.42 ; Có số lượng tiểu cầu $\geq 150.000/\text{mm}^3$ và Hemoglobin $\geq 11\text{g/l}$; gồm 37 khớp gối thoái hóa giai đoạn 2, 3 theo phân loại trên X quang của Kellgren và

Lawrence được điều trị bằng tiêm huyết tương giàu tiểu cầu (105 lần tiêm) tại Phòng khám đa khoa Đại học Y khoa Vinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp thử nghiệm lâm sàng, so sánh kết quả trước sau điều trị. Tất cả bệnh nhân, 37 khớp gối thoái hóa đều được tiêm huyết tương giàu tiểu cầu với phương pháp điều chế bằng New-PRP Pro Kit. Mỗi khớp được tiêm 1 lần/tuần trong 3 tuần/3 mũi liên tiếp.

Đánh giá kết quả sau 1 tháng 3 tháng và 6 tháng sau khi tiêm mũi đầu tiên dựa trên các tiêu chí: Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analog Scales) [4]:

+ *Cường độ đau tính theo VAS được đánh giá theo 4 mức sau:* Không đau: 0 điểm; Đau nhẹ: 1- 4 điểm; Đau trung bình: 5- 7 điểm; Đau nặng: 8-10 điểm.

- Đánh giá khả năng vận động khớp gối theo thang điểm WOMAC [4]:

Thang điểm WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) gồm có 24 chỉ số đánh giá ở 3 mục: đau, cứng khớp và hạn chế vận động Trong đó:

+ Điểm đau WOMAC tối thiểu: 0, điểm đau WOMAC tối đa: 20

+ Điểm cứng khớp WOMAC tối thiểu: 0, điểm cứng khớp WOMAC tối đa: 8

+ Điểm vận động WOMAC tối thiểu: 0, điểm vận động WOMAC tối đa: 68

+ Điểm WOMAC tổng tối thiểu: 0; điểm tổng tối đa: 96

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.3. Hiệu quả giảm đau sau điều trị

Bảng 3.1: Tỷ lệ thay đổi các triệu chứng cơ năng tại các thời điểm theo dõi

Đặc điểm		T0 (37 khớp)		T1 (37 khớp)		T3 (29 khớp)		T6 (21 khớp)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Kiểu đau	Đau kiểu cơ học	34	91.9	32	86.5	18	62.1	8	38.1
	Đau kiểu viêm	3	8.1	3	8.1	1	3.4	1	4.8
	Không đau		0.0	2	5.4	10	34.5	12	57.1
Đau khi ngủ	Không đau	7	18.9	16	43.2	16	55.2	17	81.0
	Đau khi không cử động	10	27.0	7	18.9	7	24.1	3	14.3
	Đau khi cử động	20	54.1	14	37.8	6	20.7	1	4.8
Đau khi nghỉ ngơi		18	48.6	14	37.8	10	34.5	8	38.1
Đau khi đứng		25	67.6	18	48.6	14	48.3	8	38.1
Đau khi đi bộ	Không đau	2	5.4	9	24.3	10	34.5	13	61.9
	Đau khi đi một đoạn	21	56.8	19	51.4	13	44.8	7	33.3
	Đau ngay khi đi	14	37.8	9	24.3	3	10.3	1	4.8
Đau khi leo cầu thang		37	100	34	91.9	18	62.1	7	33.3

Đau khi di chuyển tư thế		19	51.4	15	40.5	10	34.5	8	38.1
Phá gí khớp	Không	8	21.6	16	43.2	19	65.5	15	71.4
	Dưới 15 phút	20	54.1	16	43.2	8	27.6	5	23.8
	Trên 15 phút	9	24.3	5	13.5	2	6.9	1	4.8

Tỷ lệ cải thiện triệu chứng cơ năng rõ rệt theo thời gian, đặc biệt sau 6 tháng tiêm PRP

Bảng 3.2: Đánh giá hiệu quả điều trị theo thang điểm VAS

VAS	To (trước tiêm) (37 khớp)	T1 (37 khớp)	T3 (29 khớp)	T6 (21 khớp)
Vas trung bình	6.86±0.71	5.19±0.93	4.06±1.73	3.08±1.67

VAS trước điều trị so với sau điều trị tại các thời điểm sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0.001$

Bảng 3.3: Đánh giá hiệu quả điều trị theo thang điểm Womac

Womac	T0 (37 khớp)	T1 (37 khớp)	T3 (29 khớp)	T6 (21 khớp)
Đau	9.45±1.73	6.95±2.03	4.44±2.19	2.33±1.43
Cứng khớp	2.86±1.49	2.05±1.28	1.31±0.87	0.83±0.7
Vận động	32.82±4.56	22.57±7.48	14.06±7.33	11.25±5.88
Womac chung	45.13±6.78	31.57±10.06	19.81±10.03	14.41±7.14

Hiệu quả giảm đau của PRP trong điều trị thoái hóa khớp gối thể hiện rõ theo thời gian. Trung bình điểm đau WOMAC tại các thời điểm có sự khác biệt với $p < 0.001$.

3.4. Các tai biến, thời điểm xuất hiện.

Bảng 3.4: Các tai biến sau tiêm PRP

Nhóm	Mũi 1	Mũi 2	Mũi 3
Đau 6h	20 khớp	16 khớp	10 khớp
Sốt khớp	Dùng thuốc giảm đau Paracetamon		
Đau 12h	15 khớp	10 khớp	6 khớp
Sốt khớp	Dùng thuốc giảm đau Paracetamon		
Đau tăng 24h	9 khớp	6 khớp	3
Sốt khớp	Dùng thuốc giảm đau Paracetamon		
Viêm MHD/tràn dịch khớp	0	0	0
Nhiễm khuẩn khớp	0	0	0
Nhức đầu	4	0	1
Chóng mặt	2	0	1
Tăng huyết áp	0	0	1

Tai biến chủ yếu gặp là đau và xuất hiện sau tiêm ở mũi 3 thấp hơn mũi 1 và mũi 2

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả giảm đau sau điều trị:

Trong tổng số 37 khớp được tiêm PRP, có 21 khớp hoàn thành theo dõi trong 6 tháng đầu sau tiêm: Sau 1 tháng, 3 tháng điều trị PRP tỷ lệ khớp đau giảm hẳn, còn 1 khớp đau kiểu viêm và 18 khớp đau kiểu cơ học. Tuy nhiên đến thời điểm sau 6 tháng điều trị PRP còn 2 khớp (4.8%) đau kiểu viêm và chỉ còn 8 khớp (38.1%) đau kiểu cơ học (bảng 3.1).

Đau khi đi bộ, đau khi leo cầu thang cũng là triệu chứng thường gặp của bệnh thoái hóa khớp gối. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều đau khi đi bộ, khi leo cầu thang. Các triệu chứng đau khi đi bộ, leo cầu thang cải thiện không đáng kể ở các thời điểm 1 và 2 tháng sau điều trị, nhưng ở thời điểm sau 6 tháng tỷ lệ đau khi đi bộ và khi leo cầu thang còn 38.1% đau khi đi bộ và còn 42.8% đau khi leo cầu thang. Nghiên cứu của Bùi Hải Bình cho

thấy triệu chứng đau khi đi bộ và đau khi leo cầu thang ít được cải thiện sau tiêm PRP.

Dấu hiệu phá gí khớp thường gặp trong bệnh thoái hóa khớp với biểu hiện cứng và khó vận động khớp sau một khoảng thời gian bất động khớp do tình trạng tổn thương của sụn khớp, sự giảm độ nhớt của dịch khớp, phản ứng viêm của bao khớp, màng hoạt dịch, sự thoái hóa phần mềm quanh khớp. Trong bệnh thoái hóa khớp gối, thời gian dấu hiệu phá gí khớp thường ngắn và chỉ sau ít động tác khởi động thì dấu hiệu này mất đi. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.1) trước điều trị có 71.4% khớp có dấu hiệu phá gí khớp, trong đó thời gian dưới 15 phút chiếm 54.1% và trên 15 phút 24.3%. Sau điều trị bằng liệu pháp PRP 1 tháng, 3 tháng tỷ lệ dấu hiệu phá gí khớp giảm dần, sau 6 tháng tỷ lệ phá gí khớp dưới 15 phút còn 23.8%, trên 15 phút còn 4.8%.

Các triệu chứng thực thể có thể gặp trong bệnh thoái hóa khớp gối bao gồm thay đổi nhiệt

độ da vùng khớp, tiếng lạo xạo khớp khi vận động (35%), bào gổ (51.4%), tràn dịch khớp (13.5%), kén Baker khoeo chân (16.2%) (bảng 3.2) và một số hậu quả của bệnh như teo cơ, lệch trục khớp... Trong các triệu chứng trên thì một số triệu chứng ít thay đổi trong thời gian ngắn như sờ biến dạng khớp, bào gổ, hạn chế gấp duỗi khớp, teo cơ, lệch trục khớp. Trong bảng 3.2 chúng tôi dấu hiệu thường gặp nhất là hạn chế gấp duỗi, tiếng lạo xạo khớp và dấu hiệu bào gổ.

Dấu hiệu nhiệt độ da bình thường gặp ở hầu hết tất cả các khớp, chỉ có 2 khớp có dấu hiệu nhiệt độ nóng. Nghiên cứu của Hassan [5] trên 20 bệnh nhân thoái hóa khớp gối mức độ nhẹ đến trung bình điều trị bằng tiêm 6 mũi PRP với liệu trình 1 tháng 1 mũi tiêm (tách bằng phương pháp ly tâm 2 lần), trước điều trị có 2 bệnh nhân (10%) số khớp có nhiệt độ vùng da nóng, sau 6 tháng theo dõi thì không còn khớp nào như trên. Tiếng lạo xạo khớp khi cử động cũng là một dấu hiệu hay gặp, thường do tình trạng tổn thương của sụn khớp, sự giảm độ nhớt của dịch khớp, phản ứng viêm của bao khớp, màng hoạt dịch, sự thoái hóa phần mềm quanh khớp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng trên giảm dần sau điều trị đặc biệt dấu hiệu hạn chế gấp duỗi, sờ da nóng. Nghiên cứu của Hassan [5] cho thấy tỷ lệ lạo xạo khớp trước điều trị là 65%, sau 6 tháng điều trị PRP giảm xuống còn 40%.

4.2. Đánh giá hiệu quả điều trị theo thang điểm VAS: Do có tác dụng chống viêm giảm đau nên PRP có tác dụng điều trị khá sớm. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: các khớp được điều trị PRP ở thời điểm trước tiêm 6.86 ± 0.71 , 1 tháng sau khi kết thúc liệu trình VAS 5.19 ± 0.93 và sau tiêm 3 tháng VAS 4.06 ± 1.73 , sau tiêm 6 tháng VAS 3.08 ± 1.67 , sự khác biệt chỉ số VAS trung bình ở các thời điểm trước điều trị và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$.

Kết quả đánh giá hiệu quả của PRP trên thang điểm VAS trong nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh nghiên cứu của Say (2013) [6] gồm 90 bệnh nhân thoái hóa khớp gối (giai đoạn 1-3 theo Kellgren và Lawrence) chia 2 nhóm: nhóm 1 gồm 45 bệnh nhân tiêm PRP 1 mũi duy nhất, nhóm 2 gồm 45 bệnh nhân tiêm Hyaluronic Acid trọng lượng phân tử thấp (730 - 900 kDa) liệu trình 1 lần 1 tuần trong 3 tuần liên. Kết quả: thang điểm VAS của nhóm điều trị PRP từ $7,3 \pm 1,6$ (trước tiêm) giảm xuống còn $2,3 \pm 1,6$ (sau 3 tháng theo dõi) và $1,7 \pm 1,4$ (sau 6 tháng) so với nhóm điều trị Hyaluronic Acid có con số tương ứng là $7,0 \pm 1,3$ giảm xuống còn $4,1 \pm$

$1,3$ (sau 3 tháng) và $3,0 \pm 1,0$ (sau 6 tháng), khác biệt về thang điểm VAS tại thời điểm sau 3 và 6 tháng theo dõi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nghiên cứu của Hassan [5] cũng cho thấy điểm VAS cũng giảm từ $5,9 \pm 1,3$ (4-7) trước điều trị giảm xuống còn $3,9 \pm 1,1$ (2-4) sau 6 tháng theo dõi.

4.3. Đánh giá hiệu quả điều trị theo thang điểm WOMAC:

Thang điểm WOMAC là một thang điểm được nhiều nghiên cứu sử dụng trong đánh giá hiệu quả điều trị bệnh thoái hóa khớp gối. Ưu điểm của thang điểm WOMAC so với thang điểm VAS ở chỗ ngoài đánh giá cảm giác đau bằng thang điểm WOMAC đau thì còn đánh giá mức độ cứng khớp và chức năng vận động của khớp. Theo NC của chúng tôi, kết quả trước điều trị điểm WOMAC đau là 9.45 ± 1.73 ; WOMAC cứng khớp là 2.86 ± 1.49 WOMAC chức năng vận động 32.82 ± 4.56 và tổng điểm WOMAC là 45.13 ± 6.78 . Tại các thời điểm sau 1 tháng, 3 tháng sau điều trị, 6 tháng sau điều trị các thang điểm thành phần đều giảm và tổng WOMAC sau 6 tháng điều trị là 14.41 ± 7.14 , sự khác biệt điểm đau WOMAC trung bình trước và sau các thời điểm điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$ (bảng 3.4). Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa khớp bằng phương pháp PRP tự thân dựa trên thang điểm WOMAC cho kết quả tương tự một số nghiên cứu khác. Tác giả Cerza và cs (2012) [7] tiến hành nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng: 120 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp (cả nguyên phát và thứ phát sau chấn thương) trên lâm sàng và XQ với các giai đoạn từ 1 đến 3 được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm: nhóm tiêm PRP gồm 60 bệnh nhân được tiêm 5,5 ml PRP tách theo phương pháp ACP (Arthrex Inc, Germany) với liệu trình 1 mũi/ tuần trong 4 tuần liên; nhóm tiêm Hyaluronic Acid được tiêm 4 mũi Hyalgan 20mg/2 ml (Fidia, Italy) với liệu trình như trên. Tất cả các bệnh nhân được đánh giá thang điểm WOMAC tại thời điểm trước điều trị và 4, 12, 24 tuần sau tiêm. Ở tuần thứ 4 sau điều trị có sự giảm rõ ràng thang điểm WOMAC chung ở cả hai nhóm với mức độ giảm từ $76,9 \pm 9,5$ xuống còn $49,6 \pm 17,7$ ở nhóm tiêm PRP so với giảm từ $75,4 \pm 10,7$ xuống còn $55,2 \pm 11,7$ ở nhóm tiêm HA, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Ở tuần thứ 12, xu hướng giảm thang điểm WOMAC ở nhóm tiêm PRP vẫn tiếp tục xuống còn $39,1 \pm 17,8$, trong khi ở nhóm tiêm HA tăng nhẹ $57,0 \pm 11,7$ với sự khác biệt có ý

ngĩa thống kê với $p < 0,001$. Ở cả hai nhóm thì sự giảm thang điểm này so với trước điều trị vẫn tốt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên ở thời điểm 24 tuần sau điều trị, ở nhóm PRP điểm WOMAC vẫn tiếp tục xu hướng giảm nhẹ xuống $36,5 \pm 17,9$ trong khi đó nhóm HA thang điểm này tăng đến $65,1 \pm 10,6$. Mặc dù vậy so với trước điều trị thì sự cải thiện về thang điểm WOMAC vẫn rõ ràng ở cả hai nhóm.

4.4. Các tác dụng phụ: Một trong những tác dụng phụ (ngoài đau) có thể gặp khi tiêm thuốc vào khớp là tình trạng viêm màng hoạt dịch khớp và/ hoặc tiết dịch khớp, nhưng trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp trường hợp nào viêm màng hoạt dịch hoặc tiết dịch khớp.

Các triệu chứng tại chỗ khác như chảy máu khớp, nhiễm khuẩn khớp, nhiễm khuẩn phần mềm quanh khớp... không gặp trong nghiên cứu của chúng tôi. Các nghiên cứu của nhiều tác giả đã được chúng tôi đề cập ở trên đều ghi nhận không có các tác dụng phụ như chảy máu khớp, nhiễm khuẩn khớp hay phần mềm quanh khớp. Không thấy các tác dụng phụ khác xảy ra khi theo dõi sau một thời gian dài 6 - 12 tháng. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có BN nào bỏ điều trị hay bỏ theo dõi vì tác dụng phụ nghiêm trọng. Vì vậy có thể khẳng định liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu là một lựa chọn điều trị an toàn cho bệnh nhân thoái hóa khớp gối.

V. KẾT LUẬN

Điều trị thoái hóa khớp gối bằng huyết tương giàu tiểu cầu đem lại hiệu quả ở bệnh nhân thoái hóa khớp làm giảm đau, tăng khả năng vận động của bệnh nhân thể hiện bằng cải thiện thang điểm VAS và WOMAC và tỷ lệ xuất hiện tai biến thấp. Cần triển khai nhân rộng để điều trị thoái hóa khớp gối cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aggarwal Anita (2003). "A.H. injections for knee osteoarthritis". Canadian family physician. p 133-135.
2. Barcelos, F. rosa, et al (2006). "Obesity and cardiovascular risk factors in patients with osteoarthritis". Ann Rheu Dis; 65 suppl 11: 223 -225.
3. Bùi Hải Bình (2016) "Nghiên cứu điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân" luận án Tiến sĩ, trường Đại học Y Hà Nội.
4. Altman R.D (1991), "Classification of disease osteoarthritis", Semin Arthritis Rheum, 20 (suppl 2). 40-7.
5. Hassan A.S, A. M. El-Shafey, H. S. Ahmed et al (2015). Effectiveness of the intra-articular injection of platelet rich plasma in the treatment of patients with primary knee osteoarthritis. *The Egyptian Rheumatologist*, 37, 119-124.
6. Say F, D. Gurler, K. Yener et al (2013). Platelet-rich plasma injection is more effective than hyaluronic acid in the treatment of knee osteoarthritis. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech*, 80 (4), 278-283.
7. Cerza F, S. Carni, A. Carcangiu et al (2012). Comparison between hyaluronic acid and platelet-rich plasma, intra-articular infiltration in the treatment of gonarthrosis. *Am J Sports Med*, 40 (12), 2822-2827.

SỰ AN TOÀN CỦA PHƯƠNG PHÁP PCS (PATIENT CONTROLLED SEDATION) SỬ DỤNG MIDAZOLAM VÀ PROPOFOL TRONG PHẪU THUẬT RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI

Nguyễn Quang Bình*, Ngô Thanh Nam**

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá sự an toàn của phương pháp PCS sử dụng midazolam và propofol trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới. **Đối tượng phương pháp:** 105 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, tuổi 18 – 60, ASA I - II chia làm 3 nhóm ngẫu nhiên. Nhóm 1 (gây tê đơn thuần = GTĐT) bằng lidocaine 2% (n = 35); nhóm 2

(PCS midazolam): gây tê kết hợp với an thần bằng midazolam do bệnh nhân tự điều khiển (n = 35); nhóm 3 (PCS propofol): gây tê kết hợp với an thần bằng propofol do bệnh nhân tự điều khiển (n = 35). **Kết quả:** mức an thần ở nhóm midazolam thấp hơn ($p < 0,01$; $p < 0,05$) so với nhóm propofol và ở mức an thần $4 < \text{OAA/S} < 5$; thời gian hồi tỉnh, xuất viện ở nhóm midazolam lâu hơn ($p < 0,01$) so với nhóm propofol; tần số tim và huyết áp tâm thu ở nhóm midazolam và propofol ($p > 0,05$) nhưng thấp hơn ($p < 0,01$ và $p < 0,05$) so với nhóm GTĐT; huyết áp tâm trương và huyết áp trung bình ở nhóm midazolam và propofol ($p > 0,05$) nhưng nhóm propofol thấp hơn ($p < 0,01$ và $p < 0,05$) so với nhóm GTĐT; tần số hô hấp bình ở nhóm midazolam và propofol ($p > 0,05$) nhưng thấp hơn ($p < 0,01$ và $p < 0,05$) so với nhóm GTĐT; ở cả nhóm 3 nhóm $\text{SpO}_2 > 98\%$ và không có biến chứng

*Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương HN

**Trung tâm Nhiệt Đới Việt Nga

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Bình

Email:nguyenbinh3010@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

trong phẫu thuật. **Kết luận:** phương pháp PCS sử dụng midazolam và propofol đều có mức an thần tỉnh, ổn định về hô hấp và tuần hoàn hơn so với phương pháp gây tê đơn thuần. Ở cả 3 nhóm đều không có biến chứng trong phẫu thuật.

Từ khóa: An thần, PCS, midazolam, propofol

SUMMARY

THE SAFETY OF PCS (PATIENT CONTROLLED SEDATION) USING MIDAZOLAM AND PROPOFOL IN LOWER WISDOM TEETH SURGERY

Objective: To assess the safety of PCS method using midazolam and propofol in lower wisdom teeth surgery. **Subjects of Methods:** 105 patients with surgical indications, ages 18-60, ASA I - II randomly divided into 3 groups. Group 1 (general anesthesia = GA) with lidocaine 2% (n = 35); Group 2 (PCS midazolam): anesthesia in combination with patient-controlled sedation using midazolam (n = 35); Group 3 (PCS propofol) anesthesia in combination with patient-controlled sedation using propofol (n = 35).

Results: The level of sedation in midazolam group is lower ($p < 0.01$; $p < 0.05$) than propofol group and in between $4 < OAA/S < 5$; recovery time and hospital discharge is longer ($p < 0.01$) than propofol group; heart rate and systolic pressure in midazolam and propofol group ($p > 0.05$) but lower ($p < 0.01$ and $p < 0.05$) than GA group; diastolic pressure and mean arterial pressure in midazolam and propofol group ($p > 0.05$) with propofol group lower ($p < 0.01$ and $p < 0.05$) than GA group; average respiratory frequency in midazolam and propofol group ($p > 0.05$) but lower ($p < 0.01$ and $p < 0.05$) than GA group; SpO_2 level is $> 98\%$ in all 3 groups and no surgical complications.

Conclusion: PCS method using midazolam and propofol have higher awake sedation level, greater respiratory and circulation stability than general anesthesia. All 3 groups have no surgical complications.

Keywords: Sedation, PCS, midazolam, propofol.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển (PCS = patient controlled sedation) sử dụng midazolam hay propofol kết hợp với gây tê tại chỗ trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới giúp cho bệnh nhân giảm lo sợ, hợp tác tốt và thuận lợi trong khi can thiệp phẫu thuật. Midazolam và propofol đều có tác dụng an thần, chấn kinh, gây quên các sự việc trong mổ. Ở liều gây mê propofol và midazolam đều có tác dụng ức chế hô hấp và giảm huyết áp. Midazolam dùng kéo dài có thể tích lũy liều mà điều này ít xảy ra với propofol ảnh hưởng đến thời gian hồi tỉnh và xuất viện. Việc sử dụng phương pháp PCS sử dụng midazolam và propofol trong can thiệp phẫu thuật trong miệng nói chung và răng khôn hàm dưới nói riêng vẫn còn là vấn đề mới, ít được đề cập đến trong lĩnh vực nha khoa ở Việt Nam. Chính vì lẽ đó trong bài báo này chúng

tôi nghiên cứu: "Sự an toàn của phương pháp PCS sử dụng midazolam và propofol trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật một răng khôn hàm dưới 38 hoặc 48, vô cảm dưới gây tê tại chỗ đơn thuần hoặc gây tê tại chỗ kết hợp với an thần. Tuổi từ 18 – 60, tình trạng toàn thân khỏe mạnh theo ASA I, II.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, so sánh đối chứng. Chia ngẫu nhiên làm 3 nhóm:

- Nhóm 1 (GTĐT = gây tê tại chỗ đơn thuần) n = 35 bệnh nhân

- Nhóm 2 (PCS sử dụng midazolam) n = 35 bệnh nhân: gây tê tại chỗ kết hợp với an thần bằng midazolam theo phương pháp PCS.

- Nhóm 3 (PCS sử dụng propofol) n = 35 bệnh nhân: gây tê tại chỗ kết hợp với an thần bằng propofol theo phương pháp PCS.

2.2.2. Phương pháp tiến hành: Chuẩn bị bệnh nhân, dụng cụ, phương tiện theo quy trình chuẩn bệnh viện.

2.2.3. Phương pháp đánh giá

***Tiêu chí đánh giá:**

- Đặc điểm chung bệnh nhân: tuổi, giới, cân nặng, tình trạng toàn thân ASA.

- Đánh giá mức độ an thần theo OAA/S (mắt, vẻ mặt, lời nói và đáp ứng lâm sàng): OAA/S = 1 điểm: ngủ sâu; $1 < OAA/S < 2$: an thần quá mức; $2 < OAA/S < 3$: an thần sâu; $3 < OAA/S < 5$: an thần tỉnh; OAA/S = 5: tỉnh hoàn toàn.

- Thời gian hồi tỉnh (phút): là khoảng thời gian từ khi ngừng thuốc an thần đến khi OAA/S = 5 điểm.

- Thời gian xuất viện (phút): thời gian xuất viện được tính từ lúc kết thúc phẫu thuật đến lúc bệnh nhân đủ tiêu chuẩn xuất viện.

- Tần số tim: nhịp tim > 90 lần/phút là tăng và nhịp tim < 60 lần/phút là giảm.

- Độ bão hòa oxy mao mạch (SpO_2): bình thường $95 \pm 3\%$ ($< 90\%$ là giảm, phải cho thở oxy qua mũi 2 lít/phút hoặc phải bóp bóng hỗ trợ).

- Các biến chứng trong quá trình phẫu thuật (ngừng thở, tụt lưỡi, $SpO_2 < 90$, huyết áp tâm thu < 90 mmHg).

***Thời điểm đánh giá:** T₀: 5 phút trước an thần; T₁: 1 phút sau an thần; T₂: 5 phút, T₃: 10 phút, T₄: 15 phút phẫu thuật; T₅: kết thúc phẫu thuật; T_x: xuất viện.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: tuân thủ các nguyên tắc trong tuyên bố Helsinki (1975), được

thông qua tại Hội nghị Y tế Thế giới 29 (Tokyo) năm 1986.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: xử lý theo phần mềm thống kê SPSS 15.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân: Nhóm GTĐT, PCS midazolam và PCS propofol: tuổi (thứ tự 30,37 ± 8,29 năm; 29,17 ± 7,97 năm; 27,29 ± 7,23 năm); cân nặng (thứ tự 55,69 ± 8,03

kg; 56,40 ± 8,01 kg; 54,14 ± 7,06 kg); giới (thứ tự, nam: 71,42%; 71,42%; 80,00% và nữ: 28,58%; 28,58%; 20,00%); ASA (thứ tự, loại I: 71,58%; 82,29%; 94,30% loại II: 22,42%; 17,71%; 5,70%); mức độ khó phẫu thuật (thứ tự 8,26 ± 1,73 điểm; 8,62 ± 2,11 điểm; 8,70 ± 1,82 điểm) khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$).

3.2. Mức độ an thần theo OAA/S

Bảng 3.1. Mức độ an thần theo OAA/S (điểm)

Thời điểm (phút)	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD	Nhóm 3 (n = 35) X ± SD
T ₀	5,00 ± 0,00	5,00 ± 0,00	5,00 ± 0,00
T ₁	5,00 ± 0,00	4,37 ± 0,55 ^s	4,26 ± 0,70 ^s
T ₂	5,00 ± 0,00	4,34 ± 0,47* ^s	4,80 ± 0,47 ^s
T ₃	5,00 ± 0,00	4,29 ± 0,46* ^s	4,71 ± 0,52 ^s
T ₄	5,00 ± 0,00	4,46 ± 0,51* ^s	4,72 ± 0,44 ^s
T ₅	5,00 ± 0,00	4,71 ± 0,46** ^s	4,91 ± 0,28
T _x	5,00 ± 0,00	5,00 ± 0,00	5,00 ± 0,00

Ghi chú: - *: $p < 0,01$; **: $p < 0,05$ so với giá trị tương ứng ở nhóm 3.

-^s: $p < 0,01$ so với giá trị tương ứng ở nhóm 1

3.3. Thời gian hồi tỉnh và xuất viện

Bảng 3.2. Thời gian hồi tỉnh và xuất viện (phút)

Thời gian (phút)	Hồi tỉnh (n = 35) X ± SD	Xuất viện (n = 35) X ± SD
Nhóm 1	-	9,76 ± 1,23
Nhóm 2	4,57 ± 2,70 *	14,30 ± 1,34*
Nhóm 3	2,96 ± 0,51	10,20 ± 1,23

Ghi chú: *: $p < 0,01$ khác nhau có ý nghĩa so với nhóm 3.

3.4. Sự thay đổi về tần số tim

Bảng 3.3. Sự thay đổi về tần số tim (nhịp/phút)

Thời điểm (phút)	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD	Nhóm 3 (n = 35) X ± SD
T ₀	89,11 ± 16,74	86,20 ± 10,25	88,20 ± 12,40
T ₁	95,54 ± 14,54	79,89 ± 9,39*	83,54 ± 12,46*
T ₂	95,63 ± 13,74	84,00 ± 9,08*	85,06 ± 11,47*
T ₃	95,29 ± 14,40	84,40 ± 11,00*	85,66 ± 10,73*
T ₄	94,94 ± 14,73	83,94 ± 11,07*	85,83 ± 10,93*
T ₅	91,29 ± 13,26	83,40 ± 11,29**	84,17 ± 10,34*
T _x	87,14 ± 12,93	82,23 ± 10,28	83,69 ± 9,56

Ghi chú: *: $p < 0,01$; **: $p < 0,05$ khác nhau có ý nghĩa so với nhóm 1.

3.5. Sự thay đổi về SpO₂

Bảng 3.4. Sự thay đổi về SpO₂

Thời điểm (phút)	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD	Nhóm 3 (n = 35) X ± SD
T ₀	99,40 ± 0,76	98,94 ± 0,91	97,06 ± 1,78
T ₁	99,13 ± 1,25	98,60 ± 0,98*	99,40 ± 1,33
T ₂	99,10 ± 1,06	98,57 ± 0,95*	99,31 ± 1,02
T ₃	99,06 ± 0,97	98,35 ± 0,86*	99,46 ± 0,95
T ₄	99,15 ± 0,86	98,57 ± 0,98*	99,31 ± 1,08
T ₅	99,06 ± 0,91	98,46 ± 0,92*	99,43 ± 0,85
T _x	99,14 ± 0,77	99,43 ± 0,79	99,49 ± 0,74

Ghi chú: - *: khác nhau có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm 1 và 3

3.6. Biến chứng trong phẫu thuật: trong cả 3 nhóm không gặp trường hợp nào bị ngừng thở, tụt lười, $SpO_2 < 90\%$ và huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc giá trị huyết áp thay đổi $> 20\%$ so với giá trị ban đầu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: về tuổi, giới, cân nặng và tình trạng toàn thân ASA ở 3 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy, về tuổi, giới, cân nặng và tình trạng ASA ở 3 nhóm là đồng nhất.

4.2. Mức an thần theo quan sát lâm sàng OAA/S: ở bảng 3.2 cho thấy trong khoảng thời gian phẫu thuật (từ T_2 đến T_5) mức an thần ở nhóm midazolam thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$ và $p < 0,05$) so với nhóm propofol nhưng ở cả hai nhóm midazolam và propofol đều thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm chứng GTĐT và ở giới hạn vùng an thần tỉnh ($4 < OAA/S < 5$). Ở mức an thần này, ở cả hai nhóm dùng an thần đều không bị ức chế hô hấp và ổn định tuần hoàn. Thorpe (1996) cho rằng dùng propofol hay midazolam với nồng độ cao hay thấp thì PCS giúp bệnh nhân đạt được mức an thần cần thiết có thể thực hiện cuộc phẫu thuật [6]. Pac-soo (1996) sử dụng midazolam và fentanyl không đặt khoảng thời gian trở thấy một bệnh nhân già không đáp ứng mệnh lệnh và phải tiêm flumazenil để giải tác dụng của midazolam. Điều này có thể là do tích lũy liều midazolam ở người già [4]. Satish và CS (2011) so sánh mức độ an thần ở 3 nhóm sử dụng propofol, midazolam và nhóm GTĐT trong phẫu thuật rằng khôn hàm dưới cho thấy hiệu quả an thần của nhóm propofol ưu việt hơn midazolam và gây tê tại chỗ [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi dùng đơn độc midazolam hoặc propofol và không kết hợp với opioid cũng như đặt khoảng thời gian trở 1 phút. Vì vậy, dù sử dụng midazolam hay propofol đều đạt mức an thần tỉnh và không bị an thần sâu hay quá mức.

4.3. Thời gian hồi tỉnh và xuất viện: kết quả ở bảng 3.2 cho thấy thời gian hồi tỉnh và xuất viện ở nhóm PCS sử dụng midazolam kéo dài hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm PCS sử dụng propofol. Để lý giải cho vấn đề này là do ở nhóm midazolam có số lần bolus nhiều hơn (bảng 3.4) và sự tích lũy của midazolam tác dụng kéo dài hơn nên có thời gian hồi tỉnh và xuất viện muộn hơn, trong khi đó ở nhóm propofol số lần bolus ít hơn và không bị tích lũy nên sớm hồi tỉnh và nhanh xuất viện hơn. Như vậy, nhóm PCS sử dụng propofol ưu điểm do sớm hồi phục và nhanh xuất viện hơn nhóm PCS

sử dụng midazolam. Cook (1998) cho rằng không có sự khác nhau về thời gian hồi tỉnh giữa midazolam và propofol [1]. Leitch và CS (2004) so sánh hiệu quả an thần của propofol và midazolam trong phẫu thuật rằng khôn hàm dưới cho biết propofol có thời gian hồi phục nhanh hơn ($p = 0,001$) so với midazolam [3]. Zacharias (1998) cho rằng thời gian hồi phục propofol nhanh hơn midazolam, vì midazolam có tác dụng an thần và gây ức chế thần kinh cơ kéo dài nên thời gian theo dõi sau mổ cũng dài hơn [7]. Như vậy, thời gian hồi tỉnh và xuất viện của propofol ngắn hơn midazolam do đó rút ngắn thời gian theo dõi sau mổ. Điều này là rất quan trọng đối với phẫu thuật răng ngoại trú.

4.4. Sự thay đổi về tần số tim: ở bảng 3.3 cho thấy về tần số tim, tại các thời điểm (từ T_1 đến T_5) ở hai nhóm PCS sử dụng midazolam và propofol khác nhau không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) nhưng thấp hơn rõ rệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và $p < 0,05$) so với nhóm chỉ GTĐT. Trong quá trình phẫu thuật ở hai nhóm sử dụng an thần midazolam và propofol, tần số tim có xu hướng luôn thấp và ổn định hơn so với giá trị ban đầu trước khi phẫu thuật (T_0). Ngược lại, ở nhóm GTĐT trong quá trình phẫu thuật, tần số tim có xu hướng luôn cao hơn so với giá trị ban đầu trước khi phẫu thuật (T_0). Để lý giải cho vấn đề này là do ở nhóm GTĐT bệnh nhân luôn có tâm lý lo lắng, sợ hãi về các sự kiện, hiện tượng diễn ra ngay trước mắt trong lúc mổ. Lo sợ không những làm tăng ngưỡng đau và cũng là yếu tố kích thích làm tăng thần kinh thể dịch nên tăng tần số tim. Ở hai nhóm PCS an thần bằng midazolam và propofol đều có tác dụng an dịu, giảm lo âu sợ hãi và quên các sự việc và hiện tượng trong khi mổ nên giảm ngưỡng đau và không làm tăng yếu tố thần kinh thể dịch vì vậy tần số tim luôn ổn định trong mổ. Tần số tim là cơ sở khách quan, phản ánh tình trạng lo sợ của bệnh nhân dưới các tác nhân của cuộc phẫu thuật.

4.5. Sự thay đổi về SpO_2 : bảng 3.5 cho thấy sự thay đổi về SpO_2 tại thời điểm (T_1 đến T_5) ở nhóm PCS midazolam có giá trị thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm PCS propofol và thời điểm (T_3 đến T_5) có giá trị thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với nhóm GTĐT. Tuy nhiên, sự thay đổi SpO_2 có ý nghĩa thống kê nhưng không có ý nghĩa về mặt lâm sàng bởi lẽ ở cả 3 nhóm PCS sử dụng midazolam, propofol và

GTĐT đều thở khí trời và với mức an thần tình không bị ức chế hô hấp nên không thiếu ô xy, không có trường hợp tần số thở < 10 lần/phút và không có trường hợp SpO₂ < 90 %. Gillham (2000) cho rằng sử dụng propofol với mục đích an thần không có tai biến nghiêm trọng về mặt hô hấp, mặc dù đa phần có kết hợp với các thuốc giảm đau dòng họ morphin [2]. Vấn đề xảy ra trong PCS là ức chế hô hấp biểu hiện bằng giảm SpO₂ hoặc giảm tần số thở. Ở một số bệnh nhân, đặc biệt khi an thần sâu giảm SpO₂ là do tắc nghẽn đường thở. Lúc này cần nhắc bệnh nhân hít thở sâu. Nếu bệnh nhân không làm được thì phải cho thở oxy, đôi khi phải bóp bóng hỗ trợ thở. Trong hầu hết các nghiên cứu, SpO₂ trong giới hạn bình thường.

4.6. Tai biến và biến chứng: kết quả cho thấy ở cả 3 nhóm GTĐT, PCS sử dụng midazolam và propofol không gặp trường hợp ngừng thở, tụt lưỡi, huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc giá trị huyết áp thay đổi > 20 % so với giá trị ban đầu và SpO₂ < 90 %. Leitch (2004) so sánh ngẫu nhiên an thần sử dụng propofol và midazolam kết hợp với gây tê tại chỗ trong phẫu thuật răng khôn cho thấy hai kĩ thuật đều đạt độ an toàn, không có biến chứng [3], nghiên cứu này cũng giống như của chúng tôi. Như vậy, ở cả 3 phương pháp đều không có biến chứng trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới.

V. KẾT LUẬN

phương pháp PCS sử dụng midazolam và propofol đều có mức an thần tình, ổn định về dấu hiệu sinh tồn hơn so với phương pháp gây tê đơn thuần. Ở cả 3 nhóm đều không có biến chứng trong phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cook L. B., Lockwood G. G., Moore C. M., Whitwam J. G. (1993), "True patient-controlled sedation", *Anaesthesia*, 48(12), pp. 1039-44.
2. Gillham M. J., Hutchinson R. C., Carter R., Kenny G. N. C. (2000), Patient controlled sedation for endoscopic retrograde cholangiopancreatography using a target-controlled infusion of propofol, *In: Annual Scientific Meeting*, Belfast.
3. Leitch J. A., Anderson K., Gambhir S., Millar K., et al (2004), "A partially blinded randomised controlled trial of patient-maintained propofol sedation and operator controlled midazolam sedation in third molar extractions", *Anaesthesia*, 59(9), pp. 853-60.
4. Pac-Soo C. K., Deacock S., Lockwood G., Carr C., et al (1996), "Patient-controlled sedation for cataract surgery using peribulbar block", *Br J Anaesth*, 77(3), pp. 370-374.
5. Staish K., Sujit M., Amit S. (2011), "Comparison of Propofol and Midazolam for Sedation in Surgical Extraction of Third Molars under L.A - A clinical Study", *JIDA*, 5, pp. 4.
6. Thorpe S. J., Balakrishnan V.R., Coe L. B. (1996), "Observations on patient controlled administration of propofol", *Br J Anaesth*, 76, pp. 576-594.
7. Zacharias M., Bridgman J., Parkinson R. (1998), "Two methods of administration of propofol for dental sedation", *Br J Oral Maxillofac Surg*, 36(1), pp. 19-23.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP KÉO GIÃN CỘT SỐNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NAM 2015

Đỗ Đào Vũ¹, Vũ Thị Huế²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp kéo giãn cột sống tại bệnh viện Bạch Mai năm 2015. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng 60 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng đủ tiêu chuẩn. **Kết quả:**

¹Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội

²Bệnh viện PHCN Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2017

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

nhóm điều trị bằng phương pháp kéo giãn cải thiện tốt hơn so với nhóm điều trị đơn thuần uống thuốc: giảm đau theo thang điểm VAS $1,8 \pm 1,12$ điểm so với $3,1 \pm 0,84$ ($p < 0,05$); độ giãn cột sống $3,7 \pm 0,46$ cm so với $3,4 \pm 0,49$ cm; độ gấp cột sống $76,66 \pm 5,46$ độ và $68,16 \pm 7,93$ độ; độ nghiêng phải cột sống $28,5 \pm 5,27$ độ và $22,83 \pm 4,29$ độ, độ nghiêng trái cột sống $27,66 \pm 4,09$ độ và $20,66 \pm 5,37$ độ ($p < 0,05$); chức năng sinh hoạt của nhóm điều trị bằng phương pháp kéo giãn cải thiện tốt hơn nhóm điều trị uống thuốc đơn thuần lần lượt là $4,5 \pm 1,73$ điểm và $7,7 \pm 1,48$ điểm ($p < 0,05$). mức độ hài lòng nhóm điều trị bằng kéo giãn được đánh giá tốt hơn với $7,23 \pm 0,568$ điểm so với $6,63 \pm 0,850$ điểm nhóm chứng ($p < 0,05$). **Kết luận:** Có sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng, chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Oswestry và mức độ hài lòng ở nhóm điều trị bằng phương pháp kéo giãn.

pháp vật lý kéo giãn cột sống so với nhóm uống thuốc đơn thuần $p < 0,05$

Từ khóa: thoát vị đĩa đệm, kéo giãn cột sống

SUMMARY

EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF USING TRACTION THERAPY TO TREAT HERNIATED LUMBAR DISC AT BACH MAI IN 2015

Objectives: To evaluate the effectiveness of using traction therapy to treat herniated lumbar disc at Bach Mai in 2015. **Subject and methodology:** a randomized controlled prospective intervention study on 60 patients with lumbar disc herniation meeting selection requirement. **Results:** traction therapy showed better effects than the pure use of medications; pains were relieved with VAS of two groups of patients: 1.8 ± 1.12 and 3.1 ± 0.84 respectively ($p < 0.05$); spinal cord expansion 3.7 ± 0.46 cm compared to 3.4 ± 0.49 cm; spinal cord flexion 76.66 ± 5.46 and 68.16 ± 7.93 degree; right side bending 28.5 ± 5.27 and 22.83 ± 4.29 degree; left side bending 27.66 ± 4.09 and 20.66 ± 5.37 degree ($p < 0.05$); daily functions of intervention group was better improved than the controlled group (4.5 ± 1.73 points and 7.7 ± 1.48 points respectively, $p < 0.05$); satisfaction level was also higher in the traction group (7.23 ± 0.568 points vs. 6.63 ± 0.850 points; $p < 0.05$). **Conclusion:** there were improvements in clinical symptoms, daily function according to Oswestry scale and satisfaction level in the patients receiving traction treatment in comparison with those purely taking medications ($p < 0.05$).

Key words: herniated lumbar disc, traction treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng là bệnh lý phổ biến trong thực hành lâm sàng chuyên ngành phục hồi chức năng, trong đó nguyên nhân hàng đầu là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Theo Lambert, có tới 63% bệnh nhân đau thắt lưng là do thoát vị đĩa đệm. Ở Việt Nam, thoát vị đĩa đệm chiếm tỷ lệ 63%- 73% các trường hợp đau cột sống thắt lưng và 72% bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng [4]. Thoát vị đĩa đệm không gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh nhưng ảnh hưởng nhiều về kinh tế, xã hội và đặc biệt là chất lượng cuộc sống của người bệnh. Việc sử dụng thuốc trong điều trị cho bệnh nhân bị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng đôi khi có tác dụng không mong muốn. Do đó, việc điều trị bằng phục hồi chức năng trong đó biện pháp quan trọng là kéo giãn cột sống bằng máy giúp cải thiện triệu chứng, giảm dùng thuốc là cần thiết và khả thi. Theo tìm hiểu của chúng tôi, hiện nay tại các trung tâm, khoa Phục hồi chức năng được áp dụng khá rộng rãi nhưng còn ít nghiên cứu được công bố. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: «Đánh

giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp kéo giãn cột sống tại bệnh viện Bạch Mai năm 2015».

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

(1) Bệnh nhân tuổi từ 18 đến 79; (2) Có bằng chứng về lâm sàng, cận lâm sàng thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng; (3) Theo dõi và đánh giá trước – sau điều trị đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

(1) Bệnh nhân không được điều trị và theo dõi đúng quy trình nghiên cứu; (2) Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm có chỉ định phẫu thuật; (3) Bệnh nhân quá già trên 80 tuổi; (4) Các bệnh lý kết hợp: lao cột sống, loãng xương có chỉ số T score < -3 hoặc $< -2,5$ kèm theo tiền sử hoặc hiện tại có gãy xương, chấn thương cột sống

2.2. Phương pháp chọn mẫu

Tất cả bệnh nhân trên 18 và dưới 80 tuổi có chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chọn lựa được phân vào nhóm can thiệp và nhóm chứng một cách ngẫu nhiên. Những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đang điều trị tại nội trú trong vòng một tuần chúng tôi lập danh sách và chọn ngẫu nhiên bằng máy tính chia làm hai nhóm. Nhóm điều trị kéo giãn cột sống thắt lưng bằng máy và nhóm không điều trị kéo giãn cột sống chỉ uống thuốc và cho về. Tất cả bệnh nhân được theo dõi và đánh giá trước – sau điều trị đầy đủ.

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng:

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong nghiên cứu chúng tôi đã tham khảo giá trị p từ các nghiên cứu uy tín trước đó. $P_2 = 0,47$ kết quả đáp ứng của phương pháp điều trị nội khoa (cho đơn thuốc) [1]. $P_1 = 0,778$ tỷ lệ thành công của điều trị kéo giãn cột sống của Lê Thị Kiều Hoa (2001) [3]. Mức ý nghĩa thống kê ($\alpha = 5\%$), độ mạnh ($1-\beta = 80\%$). Thay vào công thức ta tính được cỡ mẫu là 30. Như vậy, với mức ý nghĩa thống kê 0,05 cần phải lấy ít nhất 30 bệnh nhân mỗi nhóm nghiên cứu. Chúng tôi đã khám, làm các xét nghiệm và chẩn đoán 60 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Đề tài được thực hiện tại Trung tâm Phục hồi

chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 10 năm 2015.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu tiền cứu can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng 60 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

2.4.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng: Đau lan dọc đường đi dây thần kinh tọa, lasegue dương tính (góc đo dưới 90 độ); trên phim cộng hưởng từ có hình ảnh thoát vị đĩa đệm.

2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới, thời gian bị bệnh, mức độ thoát vị đĩa

đệm, mức độ đau đánh giá theo thang điểm VAS, độ giãn nở, độ gập, duỗi, độ nghiêng cột sống, chức năng sinh hoạt hàng ngày.

2.6. Xử lý số liệu: Phân tích bằng phần mềm thống kê Stata 12.0 của Tổ chức Y tế Thế giới. Mức giá trị xác suất $P < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình ở nhóm nghiên cứu là $67,83 \pm 5,37$; trong khi nhóm nghiên cứu là $68,43 \pm 6,29$, (p của Mann-Whitney test $> 0,05$)

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới tính	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		p
	n=30	%	n=30	%	
Nam	15	50	7	23,33	0,32
Nữ	15	50	23	76,67	

Phân bố bệnh nhân theo giới ở hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu có sự khác biệt không nhiều (p của χ^2 test $> 0,05$)

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh (tháng)	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		p
	n=30	%	n=30	%	
< 14 ngày	8	26,67	12	40	0,548
14-21 ngày	10	33,33	8	26,67	
> 21 ngày	12	40	10	33,33	

Thời gian bị bệnh có sự trải đều từ dưới 14 ngày cho đến sau 21 ngày ở cả hai nhóm với p của χ^2 test $> 0,05$

Bảng 3.4: Phân bố bệnh nhân theo mức độ thoát vị đĩa đệm

Mức độ TVĐĐ	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		p
	n=30	%	n=30	%	
Nhẹ (Phình đĩa đệm)	10	33,33	12	40	0,592
Vừa (Thoát vị đĩa đệm)	20	66,67	18	60	

Sự phân bố các bệnh nhân ở nhóm thoát vị nhẹ và vừa ở hai nhóm là tương tự nhau với p của χ^2 test $> 0,05$.

3.2.2. So sánh kết quả sau điều trị ở hai nhóm nghiên cứu

Bảng 3.5. So sánh kết quả sau điều trị ở hai nhóm nghiên cứu

Kết quả	Nhóm can thiệp (n =30)	Nhóm chứng (n =30)	p
	TB $\pm$ SD	TB $\pm$ SD	
Mức độ đau	$1,8 \pm 1,12$	$3,1 \pm 0,84$	$< 0,05$
Độ giãn nở	$3,7 \pm 0,46$	$3,4 \pm 0,49$	$< 0,05$
Độ gập cột sống	$76,66 \pm 5,46$	$68,16 \pm 7,93$	$< 0,05$
Độ duỗi cột sống	$27 \pm 3,61$	$21,66 \pm 3,79$	$< 0,05$
Độ nghiêng P cột sống	$28,5 \pm 5,27$	$22,83 \pm 4,29$	$< 0,05$
Độ nghiêng T cột sống	$27,66 \pm 4,09$	$20,66 \pm 5,37$	$< 0,05$
Chức năng sinh hoạt hàng ngày	$4,5 \pm 1,73$	$7,7 \pm 1,48$	$< 0,05$

Có sự cải thiện triệu chứng ở cả hai nhóm nghiên cứu trong đó nhóm điều trị bằng máy kéo giãn cho kết quả tốt hơn p của Mann-Whitney test $< 0,05$

Bảng 3.6: Mức độ hài lòng của bệnh nhân về kết quả sau điều trị

Kết quả	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	p
	TB $\pm$ SD	TB $\pm$ SD	
Mức độ hài lòng theo thang điểm VAS	$7,23 \pm 0,568$	$6,63 \pm 0,850$	$< 0,05$

Bệnh nhân có mức độ hài lòng với phương pháp kéo giãn cao hơn nhóm uống thuốc với p của Mann-Whitney test $< 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Khi so sánh hiệu quả hai nhóm về mức độ cải thiện tầm vận động cho thấy có sự cải thiện tốt hơn ở nhóm điều trị bằng phương pháp vật lý trị liệu kéo giãn cột sống so với nhóm chứng chỉ sử dụng các biện pháp uống thuốc đơn thuần; cụ thể: độ giãn nở nhóm nghiên cứu cải thiện $3,7 \pm 0,46$ cm so với $3,4 \pm 0,49$ cm; cải thiện tầm vận động gập cột sống của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng lần lượt là $76,66 \pm 5,46$ và $68,16 \pm 7,93$ độ, có sự cải thiện 8 độ; trong khi động tác duỗi cột sống cải thiện là $27 \pm 3,61$ độ và $21,66 \pm 3,79$ độ; Cải thiện tầm vận động nghiêng phải và trái cột sống nhóm can thiệp tốt hơn nhóm chứng 6-7 độ, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này khẳng định thêm về hiệu quả quan trọng của kéo giãn bằng máy đối với bệnh nhân có thoát vị đĩa đệm. So sánh hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày ở hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng cho thấy có sự cải thiện tốt hơn ở nhóm kết hợp kéo giãn cột sống với các biện pháp vật lý trị liệu so với nhóm chứng chỉ điều trị đơn thuần các biện pháp vật lý trị liệu, tương ứng là $4,5 \pm 1,73$ và $7,7 \pm 1,48$ điểm ($p < 0,05$). Nguyên nhân chính là do những bệnh nhân có mức cải thiện đau không tốt. Chức năng sinh hoạt là một chức năng đòi hỏi sự tổng hợp của nhiều yếu tố từ đau, cải thiện tầm vận động cột sống đến việc cải thiện các chức năng vận động. Do đó một trong các yếu tố trên đặc biệt là triệu chứng đau không được cải thiện tốt sẽ ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt của bệnh nhân. Kết quả của các tác giả trong và ngoài nước cho thấy: Lê Xuân cho thấy tỷ lệ cải thiện chức năng sinh hoạt tốt của nhóm nghiên cứu là 40% cao hơn nhóm chứng 23,3% [5]. Vi Thị Hải chức năng sinh hoạt tính theo thang điểm Oswestry sau điều trị nội khoa kết hợp với tiêm ngoài màng

cứng cải thiện hơn gần 10 điểm sau 1 tháng điều trị [2]. Leonard H cho rằng các bài tập phục hồi chức năng vận động, vật lý trị liệu phù hợp với từng lứa tuổi sẽ đem lại hiệu quả tốt trong việc cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày cho bệnh nhân, giảm nguy cơ tái phát cho bệnh nhân [6].

V. KẾT LUẬN

Sau điều trị có sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng, chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Oswestry và mức độ hài lòng ở nhóm điều trị bằng phương pháp vật lý kéo giãn cột sống so với nhóm uống thuốc đơn thuần $p < 0,05$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thái Hà (2007)**, Đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp điện châm, xoa bóp kết hợp với Vật lý trị liệu, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Vi Thị Hải, Nguyễn Vĩnh Ngọc (2014)**, "Đánh giá hiệu quả tiêm ngoài màng cứng qua khe liên đốt L4-L5 bằng hydrocortison acetat trong điều trị đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm, Luận án thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
3. **Lê Thị Kiều Hoa (2001)**, Nghiên cứu hiệu quả phục hồi chức năng ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng- cùng bằng máy ELTRAC 471, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Phan Chúc Lâm, Nguyễn Văn Thông (1991)**, Điều trị bảo tồn thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, Kỹ yếu công trình khoa học chuyên đề Thần kinh- Tâm thần- Phẫu thuật thần kinh, Tổng hội y dược học Việt Nam, tr 94- 96.
5. **Lê Xuân Thành (2015)**, " Tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng sinh hoạt của điện trường châm trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm; tạp chí y học Việt Nam số 1 tr 34-38.
6. **Leonard. H. VanGelder, Barbara J, et al** (A phased rehabilitation protocol for athletes with lumbar intervertebral disc herniation, The International Journal of Sports Physical Therapy , Volume 8, Number 4; Page 482.

ĐÁNH GIÁ TỶ LỆ BỆNH MẮT HỘT HOẠT TÍNH TRÊN TRẺ EM TẠI XÃ LŨNG HỒ HUYỆN YÊN MINH TỈNH HÀ GIANG VIỆT NAM

Nguyễn Xuân Hiệp*

TÓM TẮT

*Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiệp

Email: nguyensexuanhiiepvnio@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2017

Ngày duyệt bài: 17.4.2017

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ bệnh mắt hột hoạt tính và tỷ lệ trẻ em dương tính với xét nghiệm C. trachomatis DNA trên kết mạc sụn mi trên trẻ em tại 7 thôn của xã Lũng Hồ, Yên minh, Việt nam.
Phương pháp nghiên cứu: mô tả, cắt ngang. **Kết quả:** qua 3 lần thực địa, số trẻ được khám tăng dần: tháng 1/2015 – 388 trẻ, tháng 8/2015 – 467 trẻ, tháng 5/2016 – 491 trẻ. Tỷ lệ trẻ được phát hiện mắt hột hoạt tính cũng tăng dần theo thời gian với các tỷ

lệ tương ứng 8%, 16%, 17% ($p < 0,05$). Tỷ lệ trẻ có kết quả dương tính với *C. trachomatis* DNA bằng PCR ở lần thực địa thứ nhất 94% trong số những trẻ mắt hột hoạt tính. **Kết luận:** Tại xã Lũng Hồ, Yên Minh, Hà Giang, tỷ lệ mắt hột hoạt tính cao hơn nhiều so với ngưỡng tối thiểu cần can thiệp. Cần có thêm những khảo sát ở vùng này và những vùng có điều kiện môi trường, xã hội tương tự để khảo sát thêm thực trạng mắt hột tại Việt Nam.

SUMMARY

EXTERNAL ASSESSMENT OF THE PREVALENCE OF TRACHOMA IN CHILDREN OF LUNG HO COMMUNE, YEN MINH DISTRICT, HA GIANG PROVINCE, VIET NAM

Purpose: To determine 2016 TF prevalence in 1-9 year-old children and prevalence of children with TF who had detectable *C. trachomatis* DNA in their conjunctivae in the seven villages of Lung Hocommune, Yen Minh district, Viet Nam. **Methods:** cross sectional descriptive study. **Results and discussion:** in 3 times of external assessment, the numbers of children examined are increasing: 1/2015 – 388 children, 8/2015 – 467 children, 5/2016 – 491 children. The prevalence of children with TF increase as 8%, 16%, 117%. ($p < 0,05$), the prevalence of children who detected trachomatis DNA in the first assessment 94%. **Conclusion:** The group of seven Lũng Hồ commune villages involved had a high prevalence of children with TF and need intervention with the A, F and E components of the SAFE strategy for people in this area and other area with the same economic and social conditions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mắt hột là một viêm kết giác mạc lây lan mãn tính. Tác nhân gây bệnh là vi khuẩn *Chlamydia Trachomatis* nhóm A, B, Ba và C. Trong giai đoạn lây bệnh, viêm nhiễm, bệnh thể hiện đặc trưng bằng các hột kèm theo thâm lậu lan toả và phì đại gai nhú trên kết mạc và màng máu trên kết mạc. Bệnh mắt hột có thể tiến triển đến khỏi tự nhiên, hoặc đến tình trạng sẹo hoá kết mạc, có thể gây nên biến chứng quặm và lông xiêu. Mù mắt do bệnh mắt hột rất khó điều trị, tuy vậy có thể ngăn ngừa bằng phát hiện và điều trị sớm.

Sử dụng chiến lược SAFE, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và các đối tác của WHO đặt mục tiêu loại bỏ bệnh mắt hột là nguyên nhân gây mù vào năm 2020. Chiến lược SAFE được thực hiện dựa trên tỷ lệ mắt hột hoạt tính trên mắt ở trẻ 1-9 tuổi, kết hợp với các phẫu thuật điều trị biến chứng bệnh Mắt hột, nguyên nhân dẫn đến mù lòa. Trong năm 2014, để đánh giá tiến bộ đạt được trong mục tiêu xoá bỏ bệnh Mắt hột tại Việt Nam, với sự hỗ trợ của Dự án Bản đồ Trachoma Toàn cầu (GTMP), USAID đã phối hợp với Bệnh viện Mắt trung ương Việt Nam, Bộ Y tế

tổ chức điều tra Mắt hột toàn quốc. Điều tra được thực hiện từ tháng 6 đến tháng 9 năm 2014 tại 11 cụm điều tra (EU), các cụm điều tra được lựa chọn dựa trên các nguồn dữ liệu trước khác nhau chỉ ra tồn tại bệnh mắt hột trước đó. Tại mỗi cụm EU, 20 mẫu (thôn) đã được chọn để thực hiện điều tra. Tuy nhiên, thôn Bản Cấp 2, huyện Yên Minh – là 1/220 đơn vị điều tra toàn quốc, có tỷ lệ mắt hột hoạt tính trên trẻ em là 10,9%. Ngoài bản chỉ thị là thôn Bản Cấp 2, còn có 6 làng lân cận thuộc cùng xã (Lũng Hồ). Người dân sống trong các thôn này chủ yếu là nhóm dân tộc như ở Bản Cấp 2, có các chỉ số kinh tế xã hội tương tự và môi trường địa lý tương tự. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm hai mục tiêu:

- *Đánh giá tỷ lệ bệnh mắt hột hoạt tính trên trẻ em tại 7 thôn của xã Lũng Hồ, Yên minh, Việt nam.*

- *Xác định tỷ lệ trẻ em dương tính với xét nghiệm *C. trachomatis* DNA trên kết mạc sụn mí trên tại địa điểm trên*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

- Tất cả trẻ em từ 1-9 tuổi trong 7 thôn tại xã Lũng Hồ, huyện Yên Minh, tỉnh Hà Giang (thông tin cá nhân dựa vào các tài liệu điều tra dân số).

- Loại trừ những trẻ sợ đau, có các yếu tố tâm lý, không hợp tác hoặc có bệnh toàn thân không đi khám được.

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

Tiến hành nghiên cứu:

- Các hộ gia đình trong 7 thôn được yêu cầu đưa tất cả trẻ em từ 1-9 tuổi đến một vị trí trung tâm trong làng.

- Bác sỹ được tập huấn khám, phát hiện mắt hột bởi chuyên gia của tổ chức mắt hột quốc tế (ITI). Quá trình khám sử dụng kính lúp phát hiện triệu chứng mắt hột dưới ánh sáng mặt trời.

- Tất cả trẻ em đều được khám phát hiện và phân loại mắt hột hoạt tính (TF và TI) theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới.

- Những trẻ được phát hiện mắt hột hoạt tính trên lâm sàng được lấy bệnh phẩm bằng tăm bông vô trùng trên bề mặt kết mạc sụn mí trên.

- Tất cả các tăm bông chứa bệnh phẩm đựng trong ống nghiệm, lưu trữ các mẫu trong hộp đá lạnh (-20°C) cho đến khi chuyển đến Phòng Thí nghiệm Vi sinh-Bv Phổi Quốc gia, HN (điều tra đợt 1) hoặc lưu trữ ở -80°C trước khi vận chuyển đến Viện Wellcome Trust Sanger ở Anh Quốc (điều tra đợt 3) để làm xét nghiệm PCR. Các bệnh phẩm lấy từ mẫu không khí cũng được thu thập để đối chứng.

-Ba đánh giá độc lập được tiến hành trong vòng 17 tháng bởi các nhóm điều tra tại các thời điểm khác nhau từ tháng 1/2015 đến 5/2016

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Khám thực địa lần 1 tháng 1/2015

Tổng cộng có 388 trẻ em được kiểm tra tại bảy thôn. Tỷ lệ nhiễm TF theo thôn dao động từ 5% đến 15% (Bảng 2), với tỷ lệ TF trung bình là

8%. Tất cả trẻ em được chẩn đoán bị TF đều được điều trị bằng kháng sinh (tetracycline tra tại mắt). Các phân tích trong phòng thí nghiệm tại BV Lao phổi Trung ương cho thấy 30/32 trẻ em được xác định TF trên lâm sàng có kết quả dương tính với DNA C. Trachomatis 94%. Trong khi đó, tất cả các bệnh phẩm lấy từ không khí đều âm tính đối với DNA C. Trachomatis trên PCR.

Bảng 2: Tỷ lệ trẻ mắc bệnh mắt hột (TF) và tỷ lệ trẻ dương tính với xét nghiệm DNA. C. trachomatis tại Lũng hồ, Yên minh, Việt nam, tháng 1/2015

Thôn	Số trẻ được khám	Số trẻ phát hiện TF (%)	Số bệnh phẩm dương tính DNA. C. trachomatis
Bản Cấp 1	57	3 (5)	2 (67)
Bản Cấp 2	40	2 (5)	2 (100)
Bản Cấp 3	41	5 (12)	5 (100)
Nậm Luông	59	9 (15)	8 (89)
Ngài Trổ 1	57	3 (5)	3 (100)
Phiên Tỷ	77	5 (6)	5 (100)
Tà Lũng	57	5 (9)	5 (100)
Tổng	388	32 (8)	30 (94)

3.2 Khám thực địa lần 2 tháng 8/2015: Để khẳng định lại sự tồn tại mắt hột lưu hành tại Hà giang, bảy tháng sau, nhóm nghiên cứu tiến hành điều tra cũng tại bảy thôn thuộc xã Lũng Hồ, không thu thập bệnh phẩm. Kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ mắt hột hoạt tính cao hơn so với kết quả điều tra 7 tháng trước đó. Tỷ lệ trẻ em mắc mắt hột hoạt tính tại các thôn dao động từ 6-32%.

Bảng 3: Tỷ lệ trẻ mắc bệnh mắt hột(TF) tại Lũng hồ, Yên minh, Việt nam, tháng 8/2015

Thôn	Số trẻ được khám	Số trẻ mắc TF (%)
Bản Cấp 1	82	5 (6)
Bản Cấp 2	96	15 (16)
Bản Cấp 3	42	9 (21)
Nậm Luông	41	11 (27)
Ngài Trổ 1	60	19 (32)
Phiên Tỷ	97	11 (11)
Tà Lũng	49	6 (12)
Total	467	76 (16)

Dựa trên kết quả bệnh mắt hột tăng lên qua 2 lần đánh giá thực địa, Tổ chức y tế thế giới (WHO) đã gửi chuyên gia tổ chức mắt hột quốc tế để xác nhận những phát hiện này tại Việt Nam. Đồng thời WHO cũng khuyến cáo rằng cần có các phân tích vi sinh và gen tại phòng thí nghiệm đủ tiêu chuẩn để khẳng định kết quả. Vì vậy khám thực địa lần 3 được thực hiện vào tháng 5 năm 2016.

3.3 Khám thực địa lần 3 tháng 5/2016:

Tất cả bảy làng được điều tra tháng 1/2015 vào tháng 8/2015 đã được điều tra lại. Trẻ được chẩn đoán mắt hột được lấy bệnh phẩm trên kết

mạc sụn mi trên. Bệnh phẩm được bảo quản trong ống polypropylene vô trùng, sau đó được lưu trữ trong hộp đá, và đặt trong tủ lạnh trong vòng mười giờ. Kết thúc công việc thực địa, các mẫu được chuyển đến Hà Nội lưu trữ ở nhiệt độ -80°C tại ngân hàng Mắt của Bệnh viện Mắt Trung ương trước khi vận chuyển đến Viện Wellcome Trust Sanger ở Anh Quốc, để làm PCR.

3.4 Số trẻ đến khám: Có tổng cộng 497 trẻ em 1-9 tuổi tại 7 thôn (236 trẻ trai, 261 trẻ gái), trong đó 6 trẻ không đồng ý tham gia khám mắt hột, 491/497 trẻ em được điều tra đại diện cho 97% trẻ em từ 1-9 tuổi tại xã Lũng Hồ

Bảng 4: Số lượng trẻ đến khám tại xã Lũng hồ

Thôn	Số trẻ đến khám		Số trẻ được khám		Số trẻ từ chối khám	
	Trái	Gái	Trái	Gái	Trái	Gái
Bản Cấp 1	41	52	41	51	0	1
Bản Cấp 2	41	45	41	44	0	1
Bản Cấp 3	22	26	22	24	0	2

Nậm Luông	31	33	31	33	0	0
Ngài Trổ 1	29	31	29	31	0	0
Phiên Tỷ	46	47	46	46	0	1
Tia Lũng	26	27	26	26	0	1
Total	236	261	236	255	0	6

3.5. Tỷ lệ mắt hột trẻ em tháng 5/2016: Trong số 491 trẻ được khám, không có trẻ bị bệnh quặm. Có tổng số 85 trẻ em có TF, kèm theo có hoặc không có TI, tại ít nhất là một mắt. Tỷ lệ hiện nhiễm TF trung bình ở trẻ 1-9 tuổi là 85/491 (17%). Tỷ lệ lần lượt theo thôn dao động từ 7-27%.

Bảng 5: Tỷ lệ mắt hột trên trẻ em 5/2016

Thôn	Số trẻ được kiểm tra	Số trẻ phát hiện TF (%)
Bản Cáp 1	92	13 (14)
Bản Cáp 2	85	22 (26)
Bản Cáp 3	46	11 (24)
Nậm Luông	64	12 (19)
Ngài Trổ 1	60	4 (7)
Phiên Tỷ	92	9 (10)
Tia Lũng	52	14 (27)
Total	491	85 (17)

Tất cả mẫu bệnh phẩm lấy từ những trẻ này đã được gửi làm PCR tại phòng thí nghiệm Wellcome Trust Sanger ở Anh Quốc. Tuy nhiên cho đến nay chưa có kết quả PCR

3.6 So sánh tỷ lệ % TF ở cấp thôn ở trẻ 1-9 tuổi giữa ba vòng điều tra được thực hiện trong giai đoạn 2015-2016

Bảng 6: So sánh tỷ lệ mắt hột hoạt tính trên trẻ em tại 3 đợt điều tra

Thôn	Tháng 1/ 2015 (%)	Tháng 8/2015 (%)	Tháng 5/2016 (%)
Bản Cáp 1	5	6	14
Bản Cáp 2	5	16	26
Bản Cáp 3	12	21	24
Nậm Luông	15	27	19
Ngài Trổ 1	5	32	7
Phiên Tỷ	6	11	10
Tia Lũng	9	12	27
Total	8	16	17

Nhìn chung tỷ lệ mắt hột hoạt tính qua 3 đợt khám thực địa tăng dần ở cả 7 thôn trong nghiên cứu ($p < 0,05$). Tuy nhiên ở thôn Ngài Trổ 1, tại thời điểm điều tra thực địa lần 2, sau khi khám phát hiện TF cao đột biến (32%), nhóm nghiên cứu quyết định cấp phát thuốc điều trị mắt hột (tetracyclin tra tại mắt), khuyến cáo phụ huynh mua Zithroma x 250mg cho trẻ uống, kèm theo tuyên truyền vệ sinh rửa mặt đúng cách. Kết quả tỷ lệ mắt hột tại thôn Ngài Trổ 1 ở lần khám thực địa 3 giảm rõ rệt còn 7% ($p < 0,001$). Điều này cho thấy hiệu quả rõ rệt của chiến lược SAFE.

Phần lớn các hộ gia đình có điều kiện sống khó khăn. Nguồn nước sử dụng trong sinh hoạt hàng ngày được lấy từ các bể chứa tập trung, trữ nước theo mùa. Vào mùa đông, các gia đình thường rơi vào cảnh thiếu nước sinh hoạt. Người dân tại xã Lũng Hồ có thói quen chăn nuôi gia súc, gia cầm ngay cạnh khu sinh hoạt của gia đình, không có hệ thống xử lý chất thải sinh hoạt và chăn nuôi. Điều này cũng phần nào ảnh hưởng đến nguồn nước sinh hoạt của người dân.

Tình trạng thiếu nước thường xuyên cùng với ô nhiễm nguồn nước có thể coi là yếu tố thuận lợi để bệnh mắt hột phát triển.

Về tình hình y tế thì cả xã Lũng Hồ chỉ có một trạm y tế, nằm ở trung tâm. Điều kiện di chuyển từ nơi sinh sống đến trạm y tế rất khó khăn. Tuy vậy, chăm sóc sức khỏe nói chung và bệnh mắt hột nói riêng còn nhiều hạn chế, 98% người dân được hỏi không có kiến thức về bệnh mắt hột.

Kết quả khám thực địa lần 2 có tỷ lệ bệnh mắt hột cao hơn rất nhiều so với lần 1 trước đó 7 tháng. Nguyên nhân có thể do số lượng trẻ được khám tăng nhiều (từ 388 trẻ đến 467 trẻ), đội ngũ khám sàng lọc cảnh giác hơn, chú ý tìm kiếm hơn những triệu chứng của bệnh, người dân cũng ý thức hơn về quyền lợi cũng như sự tồn tại của bệnh lý này. Vì vậy tỷ lệ phát hiện bệnh tăng vọt. Chính điều này đã cho thấy sự cần thiết của lần khám thực địa thứ 3 quy mô hơn.

Kết quả PCR của lần điều tra thứ nhất tháng 1/2015 rất gần với kết quả khám thực địa cho thấy độ tin cậy cao của phương pháp khám phát

hiện mắt hột trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Tuy điều tra bệnh mắt hột toàn quốc năm 2014 không tìm thấy cụm điều tra nào có tỷ lệ hiện nhiễm mắt hột hoạt tính ở trẻ em trên ngưỡng thanh toán, nhưng các cuộc điều tra tiếp theo của điểm nóng tại Lũng Hồ cùng với các dữ liệu điều tra cho thấy ít nhất ở vùng dân cư này, bệnh mắt hột vẫn còn trong giai đoạn hoạt động.

Tỷ lệ mắt hột hoạt tính tăng dần qua các lần khám thực địa, từ 8% (lần 1) đến 16% (lần 2) và 17% (lần 3). Tỷ lệ dương tính của xét nghiệm PCR với DNA *C. trachomatis* lên đến 93,75% trên những trẻ có TF trên lâm sàng.

Những nguyên nhân môi trường, nguồn nước, trình độ hiểu biết, thói quen sinh hoạt nói trên có thể là nguyên nhân của tỷ lệ bệnh mắt hột cao đột biến tại đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mabey DC, Solomon AW, Foster A. Trachoma. *Lancet*. 2003;362(9379):223-229.
2. World Health Assembly. Global elimination of blinding trachoma. 51st World Health Assembly,

Geneva, 16 May 1998, Resolution WHA51.11. Geneva: World Health Organization; 1998.

3. Solomon AW, Zondervan M, Kuper H, Buchan JC, Mabey DCW, Foster A. *Trachoma control: a guide for program managers*. Geneva: World Health Organization; 2006.
4. Solomon AW, Pavluck A, Courtright P, et al. The Global Trachoma Mapping Project: methodology of a 34-country population-based study. *Ophthalmic Epidemiol*. 2015;22(3):214-225.
5. Thylefors B, Dawson CR, Jones BR, West SK, Taylor HR. A simple system for the assessment of trachoma and its complications. *Bulletin of the World Health Organization*. 1987;65(4):477-483.
6. Keenan JD, Lakew T, Alemayehu W, et al. Clinical activity and polymerase chain reaction evidence of chlamydial infection after repeated mass antibiotic treatments for trachoma. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2010;82(3):482-487.
7. Lee JS, Munoz BE, Mkocha H, Gaydos CA, Quinn TC, West SK. The effect of multiple rounds of mass drug administration on the association between ocular Chlamydia trachomatis infection and follicular trachoma in preschool-aged children. *PLoS Negl Trop Dis*. 2014;8(4):e2761.

HIỆU QUẢ BỔ SUNG SẢN PHẨM DINH DƯỠNG CÓ BỔ SUNG ĐA VI CHẤT, TRYPTOPHAN VÀ CHOLIN ĐẾN GIẤC NGỦ VÀ PHÁT TRIỂN TÂM VẬN ĐỘNG CỦA TRẺ 24-60 THÁNG TUỔI

TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng trên 191 trẻ 24-60 tháng tại 2 xã thuộc huyện Thanh Sơn, Phú Thọ. Trẻ đủ tiêu chuẩn tham gia được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm can thiệp (95 trẻ): hàng ngày trẻ được bổ sung 2 gói sản phẩm dinh dưỡng (38g/gói); nhóm chứng (96 trẻ): không được bổ sung sản phẩm dinh dưỡng hàng ngày. Kết quả: tại điều tra ban đầu: không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về thời gian ngủ trung bình mỗi ngày, thời gian ru ngủ trung bình, tỷ lệ trẻ ngủ không ngon giấc và các kỹ năng phát triển tâm vận động dưới ngưỡng bình thường (DNBT). Kết thúc can thiệp, sau 6 tháng sử dụng sản phẩm dinh dưỡng, trẻ nhóm can thiệp có tổng thời gian ngủ nhiều hơn so với nhóm chứng ($10,3 \pm 0,6$ giờ so với $9,9 \pm 0,4$ giờ, $p < 0,05$); thời gian ru ngủ của trẻ nhóm can thiệp ít hơn nhóm chứng (11,2

Ngô Thị Thu Huyền¹, Cao Thị Thu Hương¹

$\pm 15,6$ phút so với $20,1 \pm 9,1$ phút, $p < 0,05$). Tỷ lệ trẻ ngủ không ngon giấc ở nhóm can thiệp thấp hơn nhóm chứng (6,3% so với 18,8%, $p < 0,05$). Nhóm trẻ sử dụng sản phẩm dinh dưỡng có bổ sung vi chất dinh dưỡng và Tryptophan hàng ngày có tỷ lệ kỹ năng vận động toàn thân DNBT và kỹ năng giải quyết vấn đề DNBT thấp hơn so với nhóm chứng (2,1% và 14,7% so với 10,4% và 29,2%; $p < 0,05$).

Từ khóa: Giấc ngủ, tâm vận động, hiệu quả.

SUMMARY

EFFICACY OF NUTRITION PRODUCT CONTAINING MULTI-MICRONUTRIENT, TRYPTOPHAN AND CHOLIN ON SLEEP AND MOTOR-COGNITIVE SKILLS OF CHILDREN AGED 24-60 MONTHS

A randomized and controlled trial was conducted in 191 children aged 24-60 months in 2 communes of Thanh Son district, Phu Tho province. The subjects with included and excluded criteria were randomly allocated into two group. Intervention groups (95 children): the children were supplemented 2 sachets of nutrition product (38 g/sachet). Control group (96 children): the children were not supplemented

¹Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thu Hương

Email: caothithuhuong@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.3.2017

Ngày duyệt bài: 10.4.2017

nutrition product. The results showed that: at baseline survey, there was not a significant difference between intervention and control group on average of sleep time and lull time, prevalence of poor sleep as well as prevalence of abnormal motor-cognitive skills. At end-line survey: after intervention 6 months, the average of sleep times of children in intervention group was higher than that of control group (10.3 ± 0.6 hours and 9.9 ± 0.4 hours, $p < 0.05$). The average times of lull of children in intervention group was lower than that in control group (11.2 ± 15.6 vs 20.1 ± 9.1 phút, $p < 0.05$). The percentage of number children having poor sleep of intervention groups was lower as compared to that of control group (6.3% vs 18.8%, $p < 0.05$). The children using daily nutrition product had abnormal skill of gross motor and problem solving was lower as compared to control group (2.1% và 14.7% vs 10.4% và 29.2%; $p < 0.05$).

Key word: Sleep, motor-cognitive, efficacy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngủ là thời gian để tế bào và mô được phục hồi. Sóng não được tạo ra khi ngủ, là cơ chế quan trọng trong việc lưu trữ thông tin trong bộ não. Sóng não cũng có thể chuyển thông tin đến vỏ não trước trán - là nơi lưu trữ trong thời gian dài. Khi không ngủ đủ giấc (thiếu ngủ), những ký ức không thể di chuyển về phía vỏ não trước trán, tình trạng này dẫn đến sự lãng quên và mất trí nhớ ngắn hạn. Để cải thiện trí nhớ và ngăn chặn sự suy giảm nhận thức, trẻ cần ngủ đủ và giấc ngủ sâu (ngon giấc). Bên cạnh yếu tố môi trường (tiếng ồn), ánh sáng (ngày, đêm) thì dinh dưỡng cũng đóng vai trò quan trọng đối với giấc ngủ của trẻ [1][2]. Sản phẩm dinh dưỡng (SPDD) có đủ các thành phần dinh dưỡng, giàu năng lượng, chất đạm và vitamin. SPDD có bổ sung một số acid amin cần thiết trong đó có tryptophan - tiền chất của *serotonin*, một chất dẫn truyền thần kinh giúp cơ thể điều hòa sự ngon miệng, giấc ngủ và tâm trạng [3]. Ngoài ra SPDD còn có bổ sung thêm các vi chất như kẽm, vitamin nhóm B và các chủng lợi khuẩn làm ức chế sự phát triển của vi khuẩn có hại, tăng cường vi khuẩn có lợi trong hệ đường ruột, giúp hệ tiêu hóa của trẻ khỏe mạnh nhờ đó hấp thụ các chất dinh dưỡng tốt hơn trẻ [4].

Tuy nhiên, hiệu quả của SPDD có bổ sung vi chất dinh dưỡng và Tryptophan đối với giấc ngủ và phát triển tâm - vận động của trẻ em như thế nào? Để trả lời câu hỏi này chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu "*Hiệu quả của sản phẩm dinh dưỡng có bổ sung, đa vi chất, tryptophan và cholin lên giấc ngủ và phát triển tâm-vận động của trẻ 24-60 tháng tuổi*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng: Trẻ từ 24 - 60 tháng tuổi, có nguy cơ suy dinh dưỡng (SDD) và SDD nhẹ cân: $-3SD < WAZ < 0SD$, trẻ không bị suy dinh dưỡng cấp tính, trẻ không bị suy dinh dưỡng thấp còi nặng, cha mẹ đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Xã Cự Đồng và xã Tất Thắng, huyện Thanh Sơn, tỉnh Phú Thọ.

Thời gian nghiên cứu: 03/2016-12/2016

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: Công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mong muốn có sự thay đổi tỷ lệ

$$\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2$$

$$N = \frac{(P_1 - P_2)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ khi độ tin cậy nghiên cứu đạt 95%, $Z_{1-\beta} = 0,84$ khi lực mẫu đạt 80%

Trong đó: P_1 : tỷ lệ trẻ có giấc ngủ không ngon của nhóm chứng tại thời điểm kết thúc can thiệp tương ứng 33%. P_2 : tỷ lệ trẻ có giấc ngủ không ngon của nhóm can thiệp tại thời điểm kết thúc can thiệp tương ứng 13%. $\bar{P}$: $(P_1 + P_2)/2$. Cỡ mẫu tính được cho sự thay đổi về giấc ngủ không ngon của trẻ là: 86 trẻ. Tổng số trẻ cho mỗi nhóm nghiên cứu là 100 trẻ sau khi đã cộng 15% để phòng bỏ cuộc. Tổng số trẻ thực tế chọn được là 200 trẻ: trong đó nhóm chứng có 100 trẻ và nhóm can thiệp có 100 trẻ. Kết thúc nghiên cứu có 9 trẻ ở bỏ cuộc ở cả 2 nhóm

Chọn mẫu: trẻ tham gia được phân bổ ngẫu nhiên thành 2 nhóm.

- Nhóm can thiệp: Hàng ngày trẻ được bổ sung 2 gói SPDD có bổ sung vi chất dinh dưỡng, tryptophan và cholin (mỗi gói 38 g).

- Nhóm chứng: Trẻ không được bổ sung SPDD.

Cách sử dụng SPDD: Mỗi trẻ tham gia được phát 1 cốc có đánh dấu mức nước 180 ml, mỗi gói SPDD được được pha với 180ml nước ấm (40°C - 50°C) sau đó khuấy đều và cho trẻ uống ngay.

Thời gian can thiệp: 6 tháng

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng.

2.4. Thu thập số liệu và đánh giá kết quả

Thu thập số liệu và đánh giá giấc ngủ của trẻ: Sử dụng bộ câu hỏi cấu trúc (đã được điều tra thử) để phỏng vấn bà mẹ những vấn đề liên quan đến giấc ngủ của trẻ.

Đánh giá tình hình giấc ngủ của trẻ: Thời gian ngủ trung bình của trẻ (ngày và đêm), thời gian ru ngủ (từ khi lên giường đến khi trẻ ngủ). Tính chất giấc ngủ: ngủ ngon (ngủ một mạch) hay

không ngủ ngon (tỉnh giấc giữa đêm, hoảng hốt, mê sảng, quấy khóc) [2].

Thu thập và đánh giá phát triển tâm vận động của trẻ: Sử dụng bảng hỏi về tuổi và giai đoạn phát triển của trẻ (Ages and Stages Questionnaires). Mỗi bảng hỏi gồm 5 lĩnh vực, mỗi lĩnh vực có 6 câu hỏi; mỗi câu hỏi, cha mẹ trả lời kết hợp với quan sát/test trên trẻ và được tính điểm như sau: nếu trẻ thực hiện được thường xuyên đạt 10 điểm, trẻ thực hiện được thỉnh thoảng đạt 5 điểm, trẻ không thực hiện được: 0 điểm. Tổng số điểm của mỗi lĩnh vực giao động từ 0-60 điểm và được so sánh với giá trị trung bình (của trẻ bình thường theo từng lứa tuổi)

2.5.Xử lý số liệu: Nhập số liệu bằng chương trình EPI DATA 3.1. Phân tích số liệu theo chương trình SPSS 16.0. Chỉ những trẻ tham gia tại điều tra ban đầu và kết thúc mới được đưa vào xử lý số liệu.

2.6.Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ theo các nguyên tắc trong hồ sơ đạo đức đã được hội đồng đạo đức Viện Dinh dưỡng thông qua.

III.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tại điều tra ban đầu, mỗi nhóm nghiên cứu có 100 trẻ. Tại điều tra kết thúc: tỷ lệ bỏ cuộc ở nhóm chứng là 4% và nhóm can thiệp là 5%, không có sự khác biệt về tỷ lệ bỏ cuộc giữa hai nhóm.

Bảng 3.1. Thời gian ngủ và ru ngủ của trẻ tại thời điểm trước và sau can thiệp

Biến số	Thời điểm nghiên cứu/thay đổi	Nhóm chứng (n=96) (TB±SD)	Nhóm can thiệp (n=95) (TB±SD)
Tổng thời gian ngủ (giờ)	Điều tra ban đầu (T0)	9,3 ±0,5	9,3 ±0,5
	Điều tra kết thúc (T6)	9,9 ±0,4	10,3 ±0,6*
Thời gian ru ngủ (phút)	Điều tra ban đầu (T0)	21,9 ±6,4	21,0 ±7,9
	Điều tra kết thúc (T6)	20,1 ±9,1	11,2 ±15,6*

* $p<0,05$, sự khác biệt với nhóm chứng cùng thời điểm, Test T độc lập

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.1 cho thấy tại điều tra ban đầu, tổng thời gian ngủ và thời gian ru ngủ của trẻ ở hai nhóm không có sự khác biệt ($p>0,05$). Kết thúc can thiệp (điều tra kết thúc): tổng thời gian ngủ trung bình của trẻ em nhóm can thiệp (10,3 ±0,6 giờ) nhiều hơn so với trẻ nhóm chứng (9,9 ±0,4 giờ), $p<0,05$. Thời gian ru ngủ của trẻ nhóm can thiệp (11,2 ±15,6 phút) thấp hơn so với nhóm chứng là 20,1 ±9,1 phút, $p<0,05$.

Bảng 3.2. Tỷ lệ trẻ ngủ không ngon giấc tại thời điểm trước và sau can thiệp

Thời điểm	Nhóm chứng (n=96)		Nhóm can thiệp (n=95)	
	n	%	n	%
Ban đầu (T0)	29	30,2	26	27,4
Kết thúc (T6)	18	18,8	6	6,3*

* $p<0,05$, sự khác biệt với nhóm chứng cùng thời điểm, Test χ^2

Bảng 3.2 cho thấy: trước can thiệp, tỷ lệ trẻ ngủ không ngon giấc (trằn trọc, giẫy đạp khi ngủ...) ở nhóm chứng là 30,2%, không có sự khác biệt ($p > 0,05$) so với nhóm can thiệp (27,3%). Kết thúc can thiệp: tỷ lệ trẻ ngủ không ngon giấc của nhóm can thiệp giảm chỉ còn 6,3% thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng (18,8%) với $p < 0,05$.

Bảng 3.3 Tỷ lệ trẻ có kỹ năng phát triển tâm vận động DNBT (chậm và nghi ngờ chậm phát triển) trước và sau can thiệp

Kỹ năng	Điều tra	Nhóm chứng n=96 n(%)	Nhóm can thiệp n=95 n(%)
Giao tiếp	Ban đầu (T0)	12 (12,5)	12 (12,6)
	Kết thúc (T6)	12 (12,5)	9 (9,4)
Vận động toàn thân	Ban đầu (T0)	19 (19,8)	25 (26,3)
	Kết thúc (T6)	10 (10,4)	2 (2,1)* ^c
Vận động tinh	Ban đầu (T0)	29 (30,2)	39 (41,1)
	Kết thúc (T6)	17 (17,7)	19 (20,0) ^c
Giải quyết vấn đề	Ban đầu (T0)	29 (30,2)	30 (31,6)
	Kết thúc (T6)	28 (29,2)	15 (14,7)* ^a
Cá nhân xã hội	Ban đầu (T0)	22 (22,9)	25 (26,3)
	Kết thúc (T6)	13 (13,5)	8 (8,4) ^b

* $p<0,05$ khác biệt với nhóm chứng tại cùng thời điểm, Test χ^2 ;

^a $p<0,05$; ^b $p<0,01$ ^c $p<0,001$ so với trước can thiệp trong cùng nhóm MC Namer test

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ trẻ có kỹ năng vận động tinh DNBT, kỹ năng giải quyết vấn đề DNBT và kỹ năng cá nhân xã hội DNBT của trẻ em nhóm can thiệp tại thời điểm điều tra kết thúc giảm đáng kể so với điều tra ban đầu ($p < 0,001$; $p < 0,05$; $p < 0,01$). Ở nhóm chứng, một số kỹ năng cũng có xu hướng cải thiện (tỷ lệ trẻ có kỹ năng phát triển DNBT có xu hướng giảm), tuy nhiên chưa thấy có sự khác biệt so với điều tra ban đầu ($p > 0,05$). Kết thúc can thiệp: trẻ ở nhóm can thiệp có tỷ lệ kỹ năng vận động toàn thân DNBT và kỹ năng giải quyết vấn đề DNBT thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng (2,1% và 14,7% so với 10,4% và 29,2%; $p < 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Tác động với giấc ngủ: Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra trẻ uống SPDD có tổng thời gian ngủ nhiều hơn so với nhóm chứng ($10,3 \pm 0,6$ giờ so với $9,9 \pm 0,4$ giờ, $p < 0,05$). Thời gian ru ngủ của trẻ nhóm can thiệp thấp hơn so với nhóm chứng ($11,2 \pm 15,6$ phút so với $20,1 \pm 9,1$ phút, $p < 0,05$). Tỷ lệ trẻ em nhóm can thiệp có giấc ngủ không ngon thấp hơn so với nhóm chứng (6,3% so với 18,8%, $p < 0,05$).

Điều này có thể một phần tác động của tryptophan trong SPDD. *Tryptophan* là một acid amin có hai chức năng quan trọng, một là được gan chuyển hóa thành niacin (vitamin B3), hai là cung cấp tiền chất của *serotonin*, một chất dẫn truyền thần kinh giúp cơ thể điều hòa sự ngon miệng, giấc ngủ và tâm trạng [6], [7]. Ngoài ra một số chất dinh dưỡng như sắt cũng có vai trò đối với giấc ngủ: thiếu sắt là căn nguyên của hội chứng bàn chân không yên.

Tác động đến phát triển tâm vận động: Các cơ quan tham gia vào phát triển tâm vận động của trẻ bao gồm: sự phát triển của não bộ, hệ thống thần kinh, cơ xương khớp.

Sử dụng SPDD có bổ sung vi chất dinh dưỡng, tryptophan hàng ngày đã giúp trẻ nhóm can thiệp giảm đáng kể tỷ lệ kỹ năng vận động toàn thân DNBT, kỹ năng vận động tinh DNBT, kỹ năng giải quyết vấn đề DNBT và kỹ năng cá nhân xã hội DNBT so với điều tra ban đầu. Sau thời gian 6 tháng can thiệp: tỷ lệ trẻ có kỹ năng vận động toàn thân DNBT và kỹ năng giải quyết vấn đề DNBT thấp hơn so với nhóm chứng. Cơ quan tham gia trực tiếp đối với sự phát triển tâm - vận động là hệ thống thần kinh và cơ - xương khớp. Có rất nhiều chất dinh dưỡng tham gia vào cấu trúc và hoạt động của hệ cơ - xương

khớp, tuy nhiên vitamin D và calci đóng vai trò chủ yếu. Cơ, xương, khớp đóng vai trò quan trọng trong hệ vận động. Trẻ em có kỹ năng vận động tốt sẽ giúp trẻ ngủ ngon - tiền đề cho sự phát triển trí não. Sử dụng SPDD có bổ sung vi chất dinh dưỡng và tryptophan hàng ngày đã cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ em nhóm can thiệp (kết quả nghiên cứu được trình bày ở bài báo khoa học khác). Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng có sự tương quan giữa phát triển trí lực với tình trạng dinh dưỡng của trẻ. Bên cạnh các chất dinh dưỡng thiết yếu, SPDD còn có Cholin (đáp ứng 60% nhu cầu khuyến nghị hàng ngày). Cholin tham gia vào quá trình chuyển hóa chất béo, khi thiếu cholin thì lipid bị tích trữ nhiều tại gan. Nhiều nghiên cứu cho thấy cần thiết phải bổ sung cholin vào khẩu phần ăn cho phụ nữ khi mang thai để mẹ có đủ lượng choline cung cấp cho con qua nhau thai. Đồng thời để giúp trẻ tăng cường phát triển trí thông minh cũng cần bổ sung cholin vào bữa ăn của trẻ qua thực phẩm. Nghiên cứu thực nghiệm trên loài gặm nhấm cho thấy bổ sung Cholin trong giai đoạn mới sinh đã ảnh hưởng đến trí nhớ của loài gặm nhấm. Theo Zeisel và cộng sự có thể Cholin tham gia vào quá trình Methyl hóa ADN, quá trình nhân lên và biệt hóa tế bào thần kinh.

V. KẾT LUẬN

Sau 6 tháng sử dụng SPDD có bổ sung vi chất dinh dưỡng, tryptophan và cholin: Trẻ em nhóm can thiệp có thời gian ngủ nhiều hơn so với nhóm chứng ($10,3 \pm 0,6$ giờ so với $9,9 \pm 0,4$ giờ, $p < 0,05$). Thời gian ru ngủ của trẻ nhóm can thiệp thấp hơn so với nhóm chứng ($11,2 \pm 15,6$ phút so với $20,1 \pm 9,1$ phút, $p < 0,05$). Tỷ lệ trẻ nhóm can thiệp có giấc ngủ không ngon thấp hơn so với nhóm chứng (6,3% so với 18,8%, $p < 0,05$). Nhóm trẻ sử dụng SPDD có bổ sung vi chất dinh dưỡng và Tryptophan hàng ngày có tỷ lệ kỹ năng vận động toàn thân DNBT và kỹ năng giải quyết vấn đề DNBT thấp hơn so với nhóm chứng (2,1% và 14,7% so với 10,4% và 29,2%; $p < 0,05$)

KHUYẾN NGHỊ

Cần nghiên cứu thêm về tình hình rối loạn giấc ngủ của trẻ trên cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bjorn Rasch and Jan Bom (2013). "About Sleep's role in Memory". *Physiol Rev* Apr, 93 (2) 681-766.

2. **Sricharan Moturi and Kristin Avis (2010).** "Assessment and treatment of common pediatric sleep disorders". *Psychiatry* 2010 Jun; 7 (6): 24-37.
3. **Vernon RY (2001).** *Protein and Amino acids in Present Knowledge in Nutrition eighth editon*, editors: Barbara A Bowman and Robert M Russel. Pag 43-58.
4. **Sazawal S, Hiremath G, Dhingra U, Malik P, Deb S, Black RE. (2006 June).** "Efficacy of probiotics in prevention of acute diarrhoea: a meta-analysis of masked, randomised, placebo-controlled trials". *Lancet Infect Dis* 6 (6): 374–82.
5. **Squires J and Bricker D (2009).** *Ages & Stages Questionnaires*. Paul H Brookes Publishing Co. Baltimore, London, Sydney.
6. **Vernon RY (2001).** *Protein and Amino acids in Present Knowledge in Nutrition eighth editon*, editors: Barbara A Bowman and Robert M Russel. Pag 43-58.
7. **Zeisel SH (2012).** *Cholin in 10th Present Knowledge in Nutrition*, Eddided by Erdman JW, Macdonald LA, Zeisel SH, ILSI and WILEY BLACKWELL, pag 405-418.

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỐI VỚI QUY TRÌNH KHÁM BỆNH NGOẠI TRÚ BẢO HIỂM Y TẾ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN TÂN PHƯỚC TỈNH TIỀN GIANG NĂM 2016

Tạ Văn Trầm*, Phạm Thế Hiền**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: TTYT Tân Phước đã có nhiều cố gắng về cải cách thủ tục hành chính nhằm đem đến sự hài lòng cho người bệnh. **Mục tiêu:** Mô tả sự hài lòng của người bệnh ngoại trú Bảo hiểm y tế đối với quy trình khám bệnh ngoại trú bảo hiểm y tế tại Trung tâm Y tế huyện Tân Phước năm 2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính. **Kết quả:** Tỷ lệ hài lòng chung với các dịch vụ trong quy trình khám bệnh chiếm tỉ lệ thấp 56,7%. Người bệnh chưa thực sự hài lòng với các dịch vụ trong bước tiếp đón người bệnh, chiếm tỉ lệ hài lòng thấp 57,8%. Người bệnh hài lòng với các dịch vụ trong bước khám và chẩn đoán chiếm tỉ lệ 69,1%. Người bệnh hài lòng với các dịch vụ trong bước thanh toán viện phí chiếm tỉ lệ cao 80,5%. Người bệnh hài lòng với các dịch vụ trong bước phát và lĩnh thuốc chiếm tỉ lệ thấp 53,6%. **Kết luận:** Tỷ lệ hài lòng chung với các dịch vụ trong quy trình khám bệnh chiếm tỉ lệ thấp.

Từ khóa: Sự hài lòng của người bệnh, Quy trình Khám bệnh ngoại trú, Bảo hiểm y tế, TTYT Tân Phước.

SUMMARY

PATIENTS' SATISFACTION OF HEALTH INSURANCE OUTPATIENT EXAMINATION PROCEDURE IN TAN PHUOC MEDICAL CENTER TIEN GIANG PROVINCE IN 2016

Background: Tan Phuoc health center has many attempts to reform administrative procedures in order to bring satisfaction to the patients. **Objective:** Description of medical insurance outpatients' satisfaction of medical insurance outpatient examination procedures in Tan Phuoc Medical Center in 2016. **Methods:** Cross-sectional descriptive study, combining quantitative research and qualitative research. **Results:** The rate of overall satisfaction with the services of examining procedures accounted for 56.7%, a low rate. The patients have not really satisfied with the welcoming patients services, the low contented percentage 57.8%. Patients satisfied with the services of examination and diagnosis steps up the rate of 69.1%. Patients satisfied with the services of hospital fee payment steps accounted for the high percentage 80.5%. The patients satisfied with the distributing and receiving drug services with the low rate

53.6%. **Conclusion:** The rate of overall satisfaction with the services of medical procedures was small.

Keywords: The satisfaction of patients, outpatient examination procedure, Medical Insurance, Tan Phuoc medical center.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trung tâm Y tế (TTYT) huyện Tân Phước thuộc tỉnh Tiền Giang là một đơn vị sự nghiệp công lập, thực hiện 2 chức năng khám chữa bệnh và phòng bệnh. Trong các năm qua, TTYT đã có nhiều cố gắng về cải cách thủ tục hành chính nhằm đem đến sự hài lòng cho người bệnh. Năm 2015, tỉ lệ khám chữa bệnh ngoại trú đạt 106% so với chỉ tiêu. Tuy nhiên số lượt BN đến khám BHYT chỉ đạt 45% so với tổng số lượt khám và tần suất BN BHYT đến khám bệnh đạt 2,2 lần trong năm, thấp hơn so với TTYT các huyện lân cận như Châu Thành đạt 2,27, Chợ Gạo 2,55 và Gò Công Tây 2,61(2). Mặt khác, theo Luật BHYT mới sửa đổi và bổ sung cho phép thống tuyến khám BHYT trong tỉnh, nguy cơ BN BHYT sẽ sang khám ở các cơ sở y tế khác. Từ vấn đề này câu hỏi nghiên cứu được đặt ra: Quy trình khám bệnh ngoại trú BHYT đã triển khai thực hiện tại TTYT như thế nào? Sự hài lòng của BN khám ngoại trú BHYT đối với quy trình khám bệnh ở mức độ nào? Để trả lời các câu hỏi này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Sự hài lòng của người bệnh đối với Quy trình khám bệnh ngoại trú Bảo hiểm Y tế tại Trung tâm Y tế huyện Tân Phước tỉnh Tiền Giang năm 2016*". Chúng tôi hy vọng kết quả nghiên cứu sẽ giúp các nhà quản lý có thêm thông tin tham khảo trong việc nâng cao chất lượng cung cấp DVYT để người dân có BHYT hài lòng khi chọn khám bệnh tại TTYT huyện – một đơn vị y tế tuyến cơ sở, góp phần giải quyết tình trạng quá tải ở tuyến tỉnh và trung ương. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả sự hài lòng của người bệnh ngoại trú Bảo hiểm y tế đối với quy trình khám bệnh ngoại trú bảo hiểm y tế tại Trung tâm Y tế huyện Tân Phước năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu định lượng: NVYT thực hiện quy trình khám bệnh ngoại trú BHYT; BN trên 18 tuổi có BHYT khám ngoại trú tại TTYT vào thời điểm nghiên cứu, có khả năng nghe, hiểu, nói.

*Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

**Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trầm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

Nghiên cứu định tính: Lãnh đạo TTYT, Lãnh đạo Khoa Khám- Hồi sức cấp cứu, lãnh đạo Khoa Dược, BS Phòng khám, nhân viên khoa Khám-HSCC, khoa Xét nghiệm, khoa Dược, nhân viên thu phí, cấp phát thuốc; Bệnh nhân ngoại trú BHYT.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN là NVYT hoặc là người nhà của NVYT.
- BN bị suy giảm trí nhớ do bệnh của tuổi già hoặc BN kém phát triển tâm thần.
- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 02/2016 đến tháng 7/2016 tại Trung tâm Y tế huyện Tân Phước.

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

2.3 Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm Epi Data 3.1 và SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

Mô tả sự hài lòng của NB ngoại trú BHYT đối với quy trình khám bệnh

Thông tin chung đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 308 BN BHYT đến khám chữa bệnh ngoại trú.

Bảng 1. Phân bố đối tượng theo nhân khẩu học

Nội dung	N	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
18 – 29	36	11,7
30 – 49	104	33,8
≥ 50 tuổi	168	54,5
Giới		
Nam	125	40,6
Nữ	183	59,4
Trình độ học vấn		
Không biết chữ	46	14,9
Cấp I	126	40,9
Cấp II	86	27,9
Cấp III	19	6,2
Trung cấp trở lên	31	10,1

Bảng 2. Phân bố đối tượng theo nghề nghiệp, thu nhập, tiền sử bệnh

Nội dung	N	Tỷ lệ (%)
Nghề nghiệp		
Cán bộ hưu trí	03	01
Cán bộ nhà nước	28	9,1
Nông dân	144	46,8
Công nhân	41	13,3
Lao động tự do	59	19,8
Mất sức lao động	31	10

Sự hài lòng của NB với các dịch vụ trong quy trình khám bệnh

Bảng 3. Sự hài lòng của NB với các dịch vụ tiếp đón người bệnh

Mã số	Nội dung	N	Hài lòng		Không hài lòng	
			n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
A2	Hài lòng với thời gian chờ đăng ký khám bệnh	308	268	87,0	40	13,0
A3	Hài lòng với thái độ nhân viên tiếp đón	308	211	68,5	97	31,5
A4	Hài lòng với sự tiện nghi phòng chờ đăng ký khám như: ghế ngồi.....	308	212	68,8	96	31,2
A5	Hài lòng với sự sạch sẽ nhà vệ sinh	308	223	72,4	85	27,6

Sự hài lòng của NB với các dịch vụ khám lâm sàng và chẩn đoán

Bảng 4. Sự hài lòng của NB với các dịch vụ trong bước Khám bệnh và chẩn đoán

Stt	Nội dung	N	Hài lòng		Không hài lòng	
			n	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)
1	Hài lòng với thời gian chờ tới lượt khám	308	223	72,4	85	27,6
2	Hài lòng với thời gian khám của BS	308	230	74,7	78	25,3
3	Hài lòng với thái độ thăm khám của BS	308	275	89,3	33	10,7
4	Hài lòng với kết quả chẩn đoán của BS	308	214	69,5	94	30,5

Stt	Nội dung	N	Hài lòng		Không hài lòng	
			n	Tỉ lệ (%)	N	Tỉ lệ (%)
5	Hài lòng giải thích về tình trạng bệnh của BS	308	245	79,5	63	20,5
6	Hài lòng về hướng dẫn phòng bệnh của BS.	308	191	62,0	117	38,0
7	Hài lòng hướng dẫn của BS về chế độ ăn	308	197	64,0	111	36,0
8	Hài lòng với thái độ phục vụ của ĐD	308	233	75,6	75	24,4
9	Hài lòng với kỹ thuật chăm sóc của ĐD	308	252	81,8	56	18,2
10	Hài lòng với hướng dẫn tái khám của ĐD	308	187	60,7	120	39,3

Bảng 5. Sự hài lòng của NB với các dịch vụ trong bước làm XN- CĐHA- TDCN

STT	Nội dung	N	Hài lòng		Không hài lòng	
			n	Tỉ lệ (%)	N	Tỉ lệ (%)
1	Hài lòng với thời gian chờ làm XN	57	50	87,7	07	12,3
2	Hài lòng với thái độ nhân viên XN	57	44	77,2	13	22,8
3	Hài lòng với trang thiết bị XN	57	48	84,2	09	15,8
4	Hài lòng với thời gian chờ làm CĐHA	92	79	85,9	13	14,1
5	Hài lòng với thái độ nhân viên CĐHA	92	78	84,8	14	15,2
6	Hài lòng với trang thiết bị CĐHA	92	65	70,7	27	29,3
7	Hài lòng với thời gian chờ làm TDCN	25	23	92,0	02	8,0
8	Hài lòng với thái độ nhân viên TDCN	25	23	92,0	02	8,0
9	Hài lòng với trang thiết bị TDCN	25	21	84,0	04	16,0

Sự hài lòng của người bệnh với các dịch vụ thanh toán viện phí**Bảng 6. Sự hài lòng của NB với các dịch vụ trong bước thanh toán viện phí**

Nội dung	N	Hài lòng		Không hài lòng	
		n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)
Hài lòng với thời gian chờ thanh toán viện phí	308	287	93,2	21	6,8
Hài lòng với thái độ nhân viên thanh toán viện phí	308	261	84,7	47	15,3
Hài lòng với chi phí cho khám chữa bệnh rõ ràng, minh bạch	308	273	88,6	35	11,4
Hài lòng với chi phí cho khám chữa bệnh có chấp nhận được	308	232	75,3	76	24,7

Sự hài lòng của NB với các dịch vụ trong bước phát và lãnh thuốc**Bảng 7. Sự hài lòng của NB với các dịch vụ trong bước phát và lãnh thuốc**

Nội dung	N	Hài lòng		Không hài lòng	
		n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)
Hài lòng với thời gian chờ lãnh thuốc.	308	289	93,8	19	6,2
Hài lòng với thái độ nhân viên phát thuốc	308	227	73,7	81	26,3
Hài lòng với hướng dẫn dùng thuốc của nhân viên phát thuốc	308	186	60,4	122	39,6

IV. BÀN LUẬN

Mô tả đặc điểm- thông tin chung đối tượng nghiên cứu: Trong 308 đối tượng nghiên cứu, nữ chiếm tỉ lệ 59,4% cao hơn nam chiếm 40,6%. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi cho thấy nhóm tuổi ≥ 50 chiếm tỉ lệ cao nhất 54,5%, lứa tuổi 18-29 chiếm tỉ lệ thấp nhất 11,7%, còn lại lứa tuổi 30-49 chiếm tỉ lệ 33,8%. Điều này có thể do thực trạng ở nông thôn lứa tuổi thanh niên hiện nay tập trung làm công nhân tại các công ty, doanh nghiệp ít có thời gian chăm lo sức khỏe, còn đối tượng ≥ 50 tuổi là đối tượng dễ dàng có nguy cơ mắc các bệnh mãn tính, đối với tuyến y tế cơ sở xã, huyện là nơi thuận tiện để người cao tuổi theo dõi và chăm sóc sức khỏe. Liên quan với độ tuổi thì nữ giới ở giai đoạn ≥ 50 tuổi là giai đoạn rối loạn tiền mãn

kinh và mãn kinh nên dễ dàng phát sinh các bệnh mãn tính, vì lý do này có thể làm cho nữ giới khám bệnh chiếm tỉ lệ cao hơn.

Về trình độ học vấn, 40,9% có trình độ cấp 1, 27,9% có trình độ cấp 2, 6,2% có trình độ cấp 3, 10,1% có trình độ trung cấp trở lên và 14,9% không biết chữ. Điều này có thể do đối tượng nghiên cứu có người lớn tuổi chiếm đa số và trước đây điều kiện học tập rất khó khăn.

Về nghề nghiệp, nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất là 46,8%, lao động tự do 19,8%, công nhân 13,3%, mất sức lao động là 10%, cán bộ nhà nước là 9,1%. Điều này xuất phát từ người dân nơi đây đa số sống bằng nghề nông: trồng khóm, trồng khoai và trồng trà.

Sự hài lòng của NB với các dịch vụ trong bước tiếp đón NB: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ hài lòng của NB với thái

độ của NV tiếp đón chiếm tỉ lệ thấp nhất 68,5%, cao nhất là hài lòng với thời gian chờ đăng ký khám bệnh chiếm 87%, hài lòng với tiện nghi phòng chờ 68,8%, hài lòng với sạch sẽ của nhà vệ sinh là 72,4%. Vì địa bàn nghiên cứu của chúng tôi là tuyến y tế cơ sở nên tỉ lệ hài lòng về thời gian chờ đăng ký khám cao hơn so với nghiên cứu của Trần Hải Sơn có tỉ lệ hài lòng với thời gian chờ đăng ký khám bệnh chiếm 77,35%; tuy tỉ lệ hài lòng với thái độ của NV tiếp đón chiếm thấp nhất nhưng tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Trí Dũng có tỉ lệ hài lòng với thái độ của nhân viên tiếp đón 67,4%(5) và cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thành Công chiếm tỉ lệ 57,1%(6). Bộ phận tiếp đón là nơi đầu tiên tiếp xúc, khi BN đến khám bệnh với một thể chất bệnh tật kèm tâm trạng lo lắng thì những thiếu sót mặc dù rất nhỏ cũng dễ làm cho người bệnh dễ cáu gắt phiền hà. Do đó là các nhà quản lý cần phải thường xuyên tổ chức huấn luyện về ý thức, ứng xử cho NVYT để họ hiểu hơn về tâm lý của NB, thông cảm, chia sẻ với nỗi đau bệnh tật mà lưu ý nên có thái độ ân cần khi ứng xử với NB.

Sự hài lòng của NB với các dịch vụ khám lâm sàng và chẩn đoán: BN hài lòng với thời gian khám của BS là 74,7%, hài lòng với thái độ thăm khám của BS là 89,3%, hài lòng với kết quả chẩn đoán của BS là 69,5%, hài lòng với giải thích tình trạng bệnh của BS là 79,5%, hài lòng với hướng dẫn phòng bệnh của BS là 62%, hài lòng với hướng dẫn của BS về chế độ ăn là 64%, hài lòng với thái độ phục vụ của ĐD là 75,6%, hài lòng với kỹ thuật chăm sóc của ĐD là 81,8% và hài lòng với hướng dẫn tái khám của ĐD là 60,7% thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Trí Dũng tại BVĐK Đồng Tháp nghiên cứu trên 420 BN có tỉ lệ hài lòng với thời gian chờ tới lượt khám là 89,5%, hài lòng với thái độ thăm khám và chẩn đoán của BS 95,7%, hài lòng với thái độ phục vụ của ĐD là 94%(5), cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Vũ Thanh Nhã có thời gian chờ khám là 70,7%. Điều này có thể lý giải là TTYT Tân Phước hoạt động KCB tương đương với mô hình của BV hạng IV, đây là tuyến y tế cơ sở nên việc trang bị nguồn nhân lực, trang thiết bị, phân tuyến kỹ thuật để phục vụ KCB có phần hạn chế nhiều so với các BV tuyến tỉnh và trung ương điều này chưa đáp ứng đủ nhu cầu KCB của người bệnh BHYT.

Kết quả cho thấy NB hài lòng với thời gian chờ làm CDHA là 85,9%, BN hài lòng với thái độ của nhân viên CDHA là 84,8%, hài lòng với thời gian chờ làm TDCN và thái độ nhân viên làm TDCN là 92%, hài lòng với trang thiết bị TDCN là 84%, riêng hài lòng với trang thiết bị CDHA

chiếm tỉ lệ thấp nhất là 70,7%, về vấn đề này lãnh đạo TTYT cần quan tâm. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ hài lòng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Trí Dũng về thời gian chờ làm CDHA và thái độ nhân viên CDHA lần lượt là 76,7% và 78,8%.

Sự hài lòng của NB với các dịch vụ thanh toán viện phí: Kết quả nghiên cứu cho thấy 93,2% người bệnh hài lòng với thời gian chờ thanh toán, 84,7% NB hài lòng với thái độ nhân viên thanh toán, 88,6% người bệnh hài lòng với chi phí khám rõ ràng và chiếm tỉ lệ thấp nhất là NB hài lòng với chấp nhận chi phí KCB 75,3%. Tỉ lệ hài lòng của NB đối với bước thanh toán viện phí chiếm tỉ lệ 80,5% thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Trí Dũng có tỉ lệ 89,3%, giải thích về vấn đề này có thể do một số đối tượng nghiên cứu chưa hài lòng với chi phí khám chữa bệnh vì cho rằng khám BHYT ở tuyến huyện ít cho làm XN, CLS. Kết quả nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Thu Hà (2009) về thực trạng công tác KCB và sự hài lòng của NB tại BV huyện Thanh Miện tỉnh Hải Dương có tỉ lệ BN hài lòng với chi phí KCB là 83,9%(4), lý giải cho sự cao hơn này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là BHYT nên NB quan tâm đến vấn đề sẽ được giảm bao nhiêu chi phí KCB.

Sự hài lòng của NB với các dịch vụ trong bước phát và lãnh thuốc: Kết quả cho thấy hài lòng với thời gian chờ lĩnh thuốc 93,8%, hài lòng với thái độ nhân viên phát thuốc 73,7%, hài lòng với hướng dẫn dùng thuốc là 60,4%. Qua kết quả này cho thấy NB chưa hài lòng với việc phát và lĩnh thuốc. TTYT cần chú trọng hơn về hướng dẫn sử dụng thuốc của nhân viên cấp phát thuốc. Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy tỉ lệ BN hài lòng với bước phát và lãnh thuốc thấp chiếm tỉ lệ 53,6%, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Trí Dũng (2014) tại BVĐK Đồng Tháp là 51,9%(5), thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Vũ Thanh Nhã và cộng sự (2011) tại BV Bệnh Nhiệt đới TPHCM có tỉ lệ hài lòng với bước cấp phát thuốc là 83,5%. Điều này có thể lý giải là do đối tượng nghiên cứu khác nhau, trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng là NB BHYT nên tâm lý chung họ lo ngại thuốc BHYT có chất lượng không tốt, từ đó góp phần ảnh hưởng đến sự hài lòng của NB.

IV. KẾT LUẬN

Tỉ lệ hài lòng chung với các dịch vụ trong quy trình khám bệnh chiếm tỉ lệ thấp 56,7%. Người bệnh chưa thực sự hài lòng với các dịch vụ trong bước tiếp đón người bệnh, chiếm tỉ lệ hài lòng thấp 57,8%. Người bệnh hài lòng với các dịch vụ

trong bước khám và chẩn đoán chiếm tỉ lệ 69,1%. Người bệnh hài lòng với các dịch vụ trong bước thanh toán viện phí chiếm tỉ lệ cao 80,5%. Người bệnh hài lòng với các dịch vụ trong bước phát và lĩnh thuốc chiếm tỉ lệ thấp 53,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2009)**, 527/CTr-BYT ngày 18/6/2009 Chương trình nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh tại các cơ sở KCB vì mục tiêu đáp ứng sự hài lòng của người bệnh BHYT.
2. **BHXXH Tiền Giang**, Báo cáo công tác BHYT năm 2014.
3. **Bùi Thị Thu Hương (2009)**, Đánh giá sự hài lòng của NB về chất lượng dịch vụ KCB tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh năm 2009. Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng.
4. **Lê Thị Thu Hà (2009)**, thực trạng công tác KCB và sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng KCB tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa huyện Thanh Miện tỉnh Hải Dương năm 2009, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng.
5. **Nguyễn Trí Dũng (2014)**, Sự hài lòng của người bệnh về các dịch vụ trong quy trình khám chữa bệnh tại khoa Khám bệnh Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp năm 2014, Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện.
6. **Nguyễn Thành Công (2008)**, Nghiên cứu về một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng DVYT và sự hài lòng của người bệnh tại các bệnh viện tỉnh Hải Dương (2007-2008), Tạp chí y học thực hành (10), tr. 48-50.
7. **Nguyễn Thế Vinh (2012)**, Thực trạng công tác Khám chữa bệnh ngoại trú và sự hài lòng của người bệnh tại khoa Khám bệnh Bệnh viện Đa khoa tỉnh ĐakLak năm 2012, Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI DÂN VỀ THUỐC KHÁNG SINH TẠI XÃ BÌNH MINH, HUYỆN KIẾN XƯƠNG, TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2014

Trần Thị Khuyên¹, Nguyễn Văn Tiến¹, Đỗ Văn Dung²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả kiến thức và thực hành của người dân về thuốc kháng sinh tại xã Bình Minh, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2014. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa phần đối tượng biết phải sử dụng kháng sinh theo đơn của thầy thuốc khi bị bệnh là 85,7%. Đối tượng biết sử dụng kháng sinh khi bị bệnh nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao nhất là 67,3%. Tỷ lệ đối tượng biết sử dụng kháng sinh không đúng cách gây tác dụng không mong muốn 58,3%, không khỏi bệnh 69,3%, vi khuẩn kháng thuốc 41,7%. Khi bị bệnh cần sử dụng kháng sinh, có 59,2% đối tượng có đơn của thầy thuốc, 65,7% đối tượng kiểm tra hạn sử dụng khi dùng thuốc, có 41,8% đối tượng sử dụng kháng sinh dưới 5 ngày trong một đợt điều trị. Tỷ lệ đối tượng gặp phải tác dụng không mong muốn khi sử dụng kháng sinh là 7,4% trong đó 57,1% có thực hành đúng khi xử trí tình trạng trên.

Từ khóa: Kiến thức, thực hành, thuốc kháng sinh, Kiến Xương, Thái Bình.

SUMMARY

SITUATION OF KNOWLEDGE AND PRATICE OF PEOPLE ABOUT ANTIBIOTICS IN BINH

¹Trường Đại học Y dược Thái Bình

²Liên hiệp các hội Khoa học và kỹ thuật Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email: dungnb62@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

MINH COMMUNE, KIEN XUONG DISTRICT, THAI BINH PROVINCE IN 2014

The study was conducted to describe the knowledge and practice of people about antibiotics in Binh Minh commune, Kien Xuong District, Thai Binh Province in 2014. The study results showed that most of the subjects know the use of antibiotics prescription of a doctor when sick is 85.7%. Subjects know the use of antibiotics when infections are highest proportion is 67.3%. The proportion of subjects said the use of antibiotics improperly causing unwanted effects 58.3%, 69.3% not cured, 41.7% of resistant bacteria. When subjects used antibiotics, has 59.2% of subjects had prescriptions of the doctor, 65.7% of subjects check limited of then drug and 41.8% of subjects using antibiotics under 5 day for a treatment period. Proportion of subjects had unwanted antibiotic effects is 7.4%, in that 57.1% subjects practice right the management of this situation.

Keywords: Knowledge, practice, antibiotics, Kien Xuong, Thai Binh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự xuất hiện của kháng kháng sinh đã được công nhận là một vấn đề y tế công cộng quan trọng vì sự phát hiện ra kháng sinh mới không còn theo kịp với sự lây lan của vi khuẩn có độ bền cao[6]. Trên thế giới nhiều chủng gây bệnh đã trở nên ngày càng kháng thuốc kháng sinh thậm chí là siêu kháng thuốc. Các kháng sinh "thế hệ một" gần như không còn là lựa chọn trong nhiều trường hợp. Các kháng sinh thế hệ

mới đặt tiền, thậm chí cả một số kháng sinh thuộc nhóm "lựa chọn cuối cùng" cũng đang mất dần hiệu lực [4]. Mặc dù đã có quy định về kê đơn và bán thuốc theo đơn nhưng theo báo cáo của một nghiên cứu cộng đồng năm 2007, 78% kháng sinh được mua tại các nhà thuốc tư nhân mà không cần đơn, 67% khách hàng tham khảo tư vấn của nhân viên bán thuốc, 11% tự quyết định về việc sử dụng kháng sinh [4]. Năm 2009 theo nghiên cứu về kháng kháng sinh và sử dụng kháng sinh bất hợp lý cho trẻ em dưới 5 tuổi viêm đường hô hấp cấp tính cho thấy có tới 81% sử dụng kháng sinh trong cảm lạnh thông thường. Trong đó 79% sẽ sử dụng kháng sinh cho cảm lạnh thông thường có sốt và 21% sẽ sử dụng kháng sinh cho cảm lạnh thông thường không có sốt [5].

Thực trạng kiến thức và thực hành về sử dụng thuốc kháng sinh của người dân xã Bình Minh như thế nào? Để làm sáng tỏ vấn đề đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Thực

trạng kiến thức và thực hành của người dân về thuốc kháng sinh tại xã Bình Minh, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2014": Với mục tiêu: *Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành của người dân về thuốc kháng sinh tại xã Bình Minh huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình năm 2014.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- *Địa bàn nghiên cứu:* xã Bình Minh, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình

- *Đối tượng nghiên cứu:* người dân tại xã Bình Minh, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình

- *Thời gian nghiên cứu:* từ tháng 02/2014 đến tháng 05/2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả với điều tra cắt ngang

- *Cỡ mẫu nghiên cứu:* n=300 người dân

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

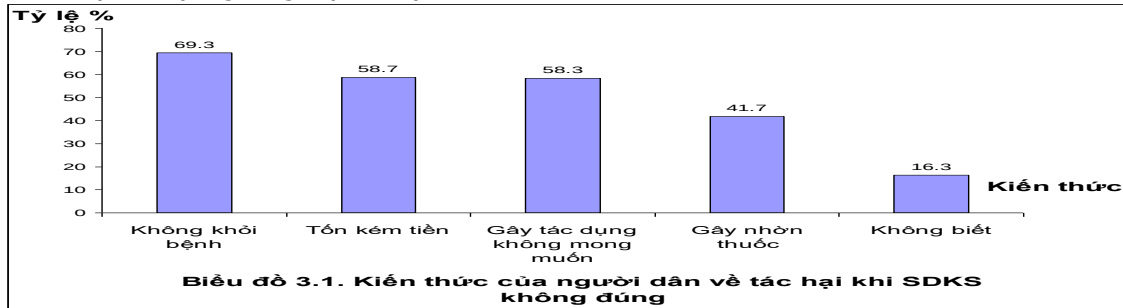
3.1. Kiến thức của người dân về việc sử dụng kháng sinh

Bảng 3.1. Kiến thức của người dân về việc sử dụng kháng sinh

Kiến thức sử dụng kháng sinh		SL (n=300)	TL (%)
Trường hợp sử dụng kháng sinh	Các bệnh nhiễm khuẩn	202	63,7
	Cảm lạnh, cảm cúm	194	64,7
	Bệnh khác	23	7,7
	Không biết	15	5,0
Nguyên tắc sử dụng kháng sinh	Theo đơn thầy thuốc	257	85,7
	Người bán thuốc khuyên	136	45,3
	Tự quyết định	48	16,0
	Người khác giới thiệu	9	3,0
	Khác	2	0,7
Thời gian sử dụng kháng sinh	1-2 ngày	18	6,0
	3-4 ngày	115	38,3
	5-9 ngày	146	48,7
	Trên 10 ngày	21	7,0
Nguồn thông tin về sử dụng kháng sinh	Ti vi, đài	225	75,0
	Cán bộ y tế	223	74,3
	Loa truyền thanh	138	46,0
	Sách báo	67	22,3
	Mạng internet	35	11,7
	khác	5	1,7
Đối tượng cần thận trọng khi sử dụng kháng sinh	Trẻ em	211	70,3
	Phụ nữ có thai	203	67,7
	Người già	160	53,3
	Bệnh nhân gan, thận	115	38,3
	Dị ứng thuốc	113	37,7
	Không	49	16,3

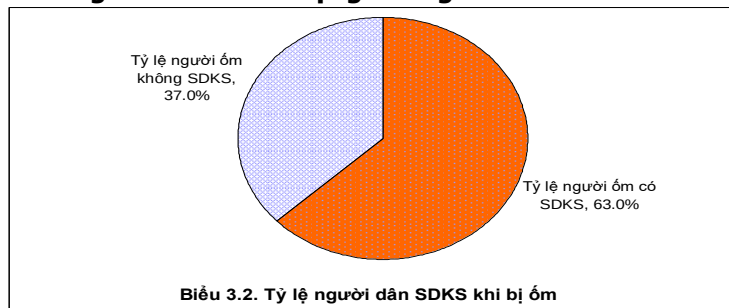
Từ bảng 3.1, cho thấy tỷ lệ người dân trả lời về hiểu biết khi SDKS. Trong đó trả lời SDKS để điều trị các bệnh nhiễm trùng là 67,3%, sau đó là các bệnh cảm lạnh, cảm cúm thông thường chiếm 64,7%. Đa phần các đối tượng biết sử dụng kháng sinh khi có đơn của thầy thuốc (85,7%), có 45,3% người dân lựa chọn kháng sinh khi người bán thuốc khuyên, 16% tự quyết định sử dụng,

3,0% do người khác quyết định. Về thời gian sử dụng thuốc kháng sinh trong 1 đợt điều trị, đa phần đối tượng dùng thuốc trong khoảng 5-9 ngày (48,7%). Phần lớn người dân biết các thông tin về sử dụng thuốc kháng sinh qua ti vi, đài (75,0%), cán bộ y tế (74,3%), loa truyền thanh (46,0%). Đa phần người dân biết những đối tượng cần thận trọng khi sử dụng kháng sinh là trẻ em (70,3%), phụ nữ có thai (67,7%), người già (53,3%).



Qua số liệu biểu đồ 3.1 cho thấy kiến thức của người dân về tác hại của việc SDKS không đúng, chiếm tỷ lệ cao nhất là 69,3% đối tượng cho rằng sẽ không khỏi bệnh, sau đó là 58,7% đối tượng cho rằng sẽ tổn tiền của gia đình, 58,3% đối tượng cho là gây tác dụng không mong muốn và 41,7% cho rằng sẽ gây nhờn thuốc. Tuy nhiên vẫn còn 16,3% đối tượng không biết tác hại của việc SDKS không đúng.

3.2. Thực hành của người dân về sử dụng kháng sinh.



Qua biểu đồ 3.2 cho thấy, số người phỏng vấn bị ốm có sử dụng kháng sinh để điều trị là 63% và 37% người bị ốm nhưng không sử dụng kháng sinh để điều trị.

Bảng 3.2. Thực hành của người dân khi sử dụng kháng sinh

Thực hành sử dụng kháng sinh		SL (n=189)	TL (%)
Sử dụng kháng sinh theo nhóm bệnh	Bệnh hô hấp	66	34,9
	Bệnh tiêu hóa	26	13,8
	Bệnh tiết niệu-sinh dục	13	6,9
	Bệnh tai-mũi-họng	66	34,9
	Bệnh mắt	17	9,0
	Bệnh da liễu	13	6,9
	Bệnh răng hàm mặt	14	7,4
	Bệnh khác	23	12,2
Số ngày dùng kháng sinh trong một đợt điều trị	1-2 ngày	22	7,4
	3-4 ngày	103	34,4
	5-9 ngày	143	47,6
	Trên 10 ngày	32	10,6
Cách lựa chọn khi mua kháng sinh	Theo đơn bác sĩ	100	59,2
	Lời khuyên người bán thuốc	56	33,1
	Tự quyết định	21	12,4
	Bắt đơn người khác	5	3,0
	Nghe người khác giới thiệu	2	1,2

Vấn đề quan tâm khi mua thuốc	Hạn sử dụng	124	65,7
	Cách sử dụng	106	56,2
	Tên thuốc	103	54,4
	Chất lượng thuốc	123	65,1
	Giá tiền	70	37,3
	Khác	7	3,6

Từ kết quả bảng 3.2 cho thấy, đối tượng chủ yếu sử dụng kháng sinh khi mắc các bệnh hô hấp và tai mũi họng (34,9%), bệnh tiêu hóa (13,8%) sau đó là bệnh về tiêu hóa chiếm 13,8%, thấp nhất là bệnh về mắt và da liễu chiếm 6,9%. Về số ngày mà họ sử dụng kháng sinh trong một đợt điều trị, có 47,6% đối tượng đã sử dụng kháng sinh từ 5-9 ngày, đây là một thực hành đúng của người dân, 41,8% đối tượng sử dụng kháng sinh dưới 5 ngày. Tỷ lệ người dân SDKS theo đơn của thầy thuốc chiếm 59,2%, đây là một thực hành đúng; 33,1% đã nghe theo lời khuyên của người bán thuốc. 12,4% người dân tự quyết định sử dụng kháng sinh. Những vấn đề mà người dân quan tâm nhất khi mua thuốc kháng sinh là hạn sử dụng của thuốc chiếm tỷ lệ 65,7%, tiếp đến là chất lượng thuốc 65,1%; còn vấn đề giá tiền chỉ có 37,3% người dân trả lời có quan tâm đến.

Bảng 3.3. Thực trạng gặp tác dụng phụ và xử trí khi sử dụng kháng sinh

Nội dung	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tác dụng phụ: Có	14	7,4
Không	175	92,6
Xử trí khi có tác dụng phụ: Đến thầy thuốc khám	8	57,1
Tự dừng và thay thế thuốc	4	28,6
Không làm gì và tiếp tục dùng thuốc	1	7,1
Khác	1	7,1

Qua bảng 3.3 nhận thấy có 7,4% trường hợp gặp phải tác dụng không mong muốn khi sử dụng kháng sinh trong 6 tháng qua. Khi gặp phải tình trạng trên, đa phần đối tượng đến thầy thuốc khám (57,1%), 28,6% tự dừng và thay thế thuốc khác, có 7,1 % không làm gì cả và tiếp tục dùng thuốc.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức của người dân về sử dụng kháng sinh: Có 67,3% trả lời kháng sinh điều trị bệnh nhiễm khuẩn. Và có tới 64,7% trả lời SDKS khi bị cảm lạnh, cảm cúm thông thường cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng 34-37,5%, cao hơn nghiên cứu của Belkina (34%), Viberg (24%) và thấp hơn nghiên cứu của Yu M (79%) và Panagakou (74%) [7]. Tại xã Bình Minh tỷ lệ người dân cho rằng kháng sinh dùng cho các bệnh nhiễm khuẩn là 67,3% gần bằng tỷ lệ người dân cho rằng kháng sinh dùng cho các bệnh cảm lạnh, cảm cúm thông thường là 64,7%. Đây là kiến thức sai trong việc sử dụng thuốc kháng sinh. Cũng là do thói quen dùng kháng sinh khi bị các bệnh cảm lạnh, cảm cúm thông thường của người dân vẫn chưa được cải thiện.

Có khá nhiều người dân cho rằng chỉ uống kháng sinh 2-3 ngày thấy đỡ là dừng không uống nữa. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người dân cho rằng thời gian sử dụng kháng sinh dưới 5 ngày tại xã Bình Minh có 44,3% (1-2 ngày là 6,0% và 3-4 ngày là 38,3%). Tỷ lệ người dân cho rằng thời gian sử dụng kháng sinh trên 5 ngày tại xã Bình Minh là 55,7%.

Tỷ lệ người trả lời phỏng vấn cho rằng trẻ em là đối tượng thận trọng khi sử dụng kháng sinh

là (70,3%) cao hơn của Đặng Thị Hường (70%), người già (53,3%) cao hơn của Đặng Thị Hường (32,5%), phụ nữ có thai và cho con bú (67,7%) cao hơn của Đặng Thị Hường (35,5%), người bị bệnh gan thận (38,3%) cao hơn của Đặng Thị Hường (17,8%), người bị dị ứng thuốc (37,7%)[1]. Sự khác nhau này theo nghiên cứu của chúng tôi đều cho thấy sự hiểu biết của người dân SDKS cho các đối tượng nói trên đều cao hơn của Đặng Thị Hường. Điều này theo nghiên cứu của chúng tôi thực hiện sau nghiên cứu trên 10 năm, vì vậy chúng tôi hiệu quả của công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe và triển khai các chương trình chăm sóc sức khỏe cho nhân dân nói chung đặc biệt là các đối tượng ưu tiên, trong đó công tác tuyên truyền hướng dẫn SDKS cho người dân ngày một tốt hơn.

Đặc biệt khi được hỏi về tác hại của việc dùng kháng sinh không đúng thì có 41,7% đối tượng phỏng vấn nhận thức được việc dùng kháng sinh không đúng sẽ gây ra hậu quả "nhờn kháng sinh" cao hơn so với nghiên cứu của Đặng Thị Hường (9,6%) và Đoàn Văn Thoại (40,4%) [1],[2],[3]. Nhờn kháng sinh là cụm từ người dân dùng để chỉ việc kháng kháng sinh của vi khuẩn, nhưng việc hiểu chưa đúng dẫn về kháng kháng sinh là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ vi

khuẩn kháng kháng sinh trong cộng đồng.

4.2. Thực hành của người dân về sử dụng kháng sinh: Qua việc phỏng vấn 300 đối tượng có vai trò quyết định sử dụng thuốc ở hộ gia đình chúng tôi thấy có 189 người bị ốm phải dùng đến thuốc kháng sinh để điều trị trong 6 tháng tính đến thời điểm được điều tra chiếm 63,0% đối tượng được phỏng vấn (biểu đồ 3.2). Trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh về hô hấp (34,9%) cao hơn kết quả của Juan Calava (58%), và cao hơn kết quả của Đặng Thị Hường (51,3%)[1]. Điều này có thể do thời điểm nghiên cứu của chúng tôi đang là thời điểm giao mùa nên tỷ lệ nhiễm khuẩn đường hô hấp thường cao hơn. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ người dân dùng kháng sinh vì tiêu chảy là 13,8% thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Bojjalil, Calvajj (37%), vì chương trình CCD đã triển khai hàng chục năm nay.

Số người sử dụng thuốc kháng sinh theo đơn của thầy thuốc chiếm 59,2% cao hơn so với nghiên cứu của Đặng Thị Hường (51%) [1] và thấp hơn so với một nghiên cứu dựa trên cộng đồng năm 2007 là 78% kháng sinh được mua tại các nhà thuốc tư nhân mà không có đơn [4]. Phần lớn lý do người dân tự ý thay đổi liều lượng là trong quá trình điều trị chưa thấy đỡ nên tăng liều (63,6%) cao hơn nghiên cứu của Đoàn Văn Thoại (61,57%) và lý do là sau 2-3 ngày điều trị bằng kháng sinh khi các triệu chứng đã thuyên giảm thì họ không dùng nữa (30,3%) tương đương với nghiên cứu của Đoàn Văn Thoại (30,16%)[3]. Ngoài ra người dân cho rằng uống nhiều kháng sinh không tốt, hay họ sợ "nhờn" kháng sinh, mặc dù chính việc sử dụng kháng sinh không đủ thời gian và chưa đủ liều cần thiết thì vi khuẩn gây bệnh chưa chết hẳn mà chỉ ở trạng thái ngưng hoạt động và sau đó bằng sự thích nghi chúng trở thành những chủng kháng thuốc.

Thời gian sử dụng kháng sinh của người dân trong một đợt điều trị, có tới 41,8% bệnh nhân sử dụng kháng sinh dưới 5 ngày (7,4% sử dụng từ 1-2 ngày; 34,4% sử dụng từ 3-4 ngày) cao hơn với nghiên cứu của Đoàn Văn Thoại (36,6%)[3]. Đây là một thực hành sai về thời gian sử dụng kháng sinh của người dân tại địa bàn nghiên cứu. Đặc biệt ở xã Bình Minh có tới gần một nửa (41,8%) người dân sử dụng sai về thời gian dùng thuốc kháng sinh, do kiến thức sai (44,3%) đối tượng tại xã Bình Minh cho rằng thời gian sử dụng kháng sinh là dưới 5 ngày.

Những vấn đề được người dân quan tâm nhiều đó là: chất lượng thuốc (65,1%) cao hơn của Đoàn Văn Thoại (64,7%), cách dùng

(56,2%) thấp hơn của Đoàn Văn Thoại (54,9%) và hạn sử dụng (65,7%) cao hơn của Đoàn Văn Thoại (43,9%)[3]. Như vậy nhận thức và thực hành của người dân đã ngày càng tốt hơn.

Có (7,4%) đối tượng sử dụng kháng sinh gặp phải tác dụng không mong muốn, thấp hơn của Đoàn Văn Thoại (13,6%)[3]. Và thực hành của người dân khi bị tác dụng không mong muốn khi sử dụng kháng sinh. Trong đó (57,1%) đối tượng đến thầy thuốc để xin chỉ dẫn, (28,6%) tự dùng và thay thuốc khác, (7,1%) không làm gì mà tiếp tục dùng.

V. KẾT LUẬN

1. Thực trạng về kiến thức của người dân trong sử dụng kháng sinh

- Tỷ lệ người dân biết phải sử dụng KS theo đơn của thầy thuốc khi bị bệnh là 85,7%. Người dân cho rằng sử dụng KS khi bị bệnh nhiễm trùng chiếm tỷ lệ là 67,3%.

- Tỷ lệ người dân cho rằng sử dụng kháng sinh dưới 5 ngày là 44,3%.

- Tỷ lệ người dân biết SDKS không đúng cách gây tác dụng không mong muốn 58,3%, không khỏi bệnh 69,3%, vi khuẩn kháng thuốc 41,7%.

- Tỷ lệ người dân biết các đối tượng cần thận trọng khi SDKS với trẻ em là 70,3%, người già 53,3%, phụ nữ có thai và cho con bú 67,7%, người mắc bệnh gan thận 38,3%, người bị dị ứng thuốc 37,7%.

2. Thực trạng về thực hành của người dân trong sử dụng kháng sinh

- Tỷ lệ người dân dùng kháng sinh có đơn của thầy thuốc là 59,2%.

- Tỷ lệ người dân có kiểm tra hạn sử dụng khi dùng thuốc là 67,5%.

- Tỷ lệ người dân SDKS dưới 5 ngày trong một đợt điều trị là 41,8%.

- Tỷ lệ người dân tự ý thay đổi liều lượng khi sử dụng kháng sinh là 19,5%.

- Tỷ lệ người dân gặp phải tác dụng không mong muốn khi sử dụng kháng sinh là 7,4%.

- Tỷ lệ người dân có thực hành đúng khi gặp phải tác dụng không mong muốn khi sử dụng kháng sinh là 57,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thị Hường (2004)**, *Nghiên cứu kiến thức, thực hành về việc sử dụng kháng sinh của người dân xã Bình Định, Thị Trấn Thanh Nê huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình*, Luận văn thạc sỹ Y học.
2. **Đặng Thị Minh Hằng (2002)**, "Kiến thức, thực hành về sử dụng kháng sinh của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại một số xã vùng nông thôn huyện Gia Lâm Hà Nội".

3. Đoàn Văn Thoại (2007), *Đánh giá kiến thức, thực hành về việc sử dụng kháng sinh của người dân tại huyện Nho Quan tỉnh Ninh Bình*, luận án bác sỹ chuyên khoa II.
4. Nguyễn Văn Kính and GARP (2010), "Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam".
5. Hoa N. Q. M. Larson, N. T. Kim Chuc, et al. (2009), "Antibiotics and paediatric acute respiratory infections in rural Vietnam: health-care providers' knowledge, practical competence and reported practice", *Trop Med Int Health*, 14(5), pp. 546-555.
6. Nash D. R. J. Harman, E. R. Wald, et al. (2002), "Antibiotic prescribing by primary care physicians for children with upper respiratory tract infections", *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156(11), pp. 1114-1119.
7. Panagakou S. G. V. Papaevangelou, A. Chadjiapanayis, et al. (2012), "Risk factors of antibiotic misuse for upper respiratory tract infections in children: results from a cross-sectional knowledge-attitude-practice study in Greece", *ISRN Pediatr*, 2012(685302), pp. 685302.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CỦA BỆNH NHÂN ĐƯỢC MỔ THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG CÁN NGẮN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Dinh Ngọc Sơn*, Nguyễn Lê Bảo Tiến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân được mổ thay khớp háng toàn phần không xi măng cán ngắn tại Viện chấn thương chỉnh hình – Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng cán ngắn từ tháng 12/2011 - 7/2015. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình $42,93 \pm 10,63$. Độ tuổi từ 30 - 60 chiếm 84%. Tỷ lệ nam/nữ là 5,25/1. Các bệnh được chỉ định thay khớp háng toàn phần cán ngắn là thoái hóa khớp háng (56%), hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi (40%) và viêm cột sống dính khớp (4%). Các bệnh nhân có mật độ xương theo Singh từ 4 -5 chiếm 85%. **Kết luận:** chỉ định thay khớp háng cán ngắn phải chặt chẽ, chú ý đến lứa tuổi bệnh nhân, đo mật độ xương vùng cổ xương đùi và phải lập kế hoạch cụ thể trước mổ.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, thay khớp háng toàn phần không xi măng cán ngắn.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTIC AND DIAGNOSTIC IMAGE OF PATIENTS WITH SPIRON CEMENTLESS TOTAL HIP ARTHROPLASTY AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical and imaging features of patients who were under gone Spiron non-cement total hip arthroplasty at the Orthopaedic Institute - Vietnam-Germany Hospital. **Subjects and methods:** a cross-sectional study was carried out on 50 patients were treated with Spiron non-cement total

hip arthroplasty from December, 2011 to July, 2015. **Results:** The average age 42.93 ± 10.63 . Ages 30-60 accounted for 84%. Ratio of male / female is 5.25 / 1. The patient is assigned a full hip replacement not short Spiron cement is rolling hip osteoarthritis (56%), aseptic necrosis of the femoral head (40%) and ankylosing spondylitis (4%). Patients with bone density under 4 -5 Singh is 85%. **Conclusion:** Spiron non-cement total hip arthroplasty indication should be given elaborately and concerned to patients' age, measuring bone density of the femoral neck and specific plan prior to surgery.

Keywords: Clinical and imaging characteristics, Spiron non-cement total hip arthroplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp là phẫu thuật loại bỏ các thành phần của khớp bị hư thay vào đó bằng khớp nhân tạo nhằm giảm đau và phục hồi chức năng vốn có của nó. Phẫu thuật thay khớp nói chung và phẫu thuật thay khớp háng nói riêng là một thành tựu to lớn của y học hiện đại và chuyên ngành chấn thương chỉnh hình. Về cơ bản, khớp háng nhân tạo được chia thành hai loại là có sử dụng xi măng và không sử dụng xi măng để cố định khớp. Ngoài ra còn có thể chia thành khớp háng bán phần và khớp háng toàn phần. Việc sử dụng loại khớp háng có xi măng hay không có xi măng, vật liệu của khớp phụ thuộc vào tình trạng tổn thương khớp háng, tuổi của bệnh nhân, cũng như thể trạng bệnh nhân trước mổ... Ngày nay, trước tình trạng gia tăng các yếu tố nguy cơ như nghiện rượu, nghiện thuốc lá, lạm dụng thuốc, yếu tố chấn thương, ngày càng có nhiều bệnh nhân trẻ được phát hiện các bệnh lý về khớp háng mà cần phải chỉ định thay khớp. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình*

*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Bảo Tiến

Email: drtienvnspine@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2017

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

ảnh của bệnh nhân được mổ thay khớp háng toàn phần không xi măng cán ngắn tại viện Chấn thương chỉnh hình, bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 50 bệnh nhân được chỉ định thay khớp háng toàn phần không xi măng cán ngắn tại viện Chấn thương chỉnh hình – Bệnh viện Việt Đức từ tháng 2/2011 đến tháng 7/2015.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Lâm sàng: đau, hạn chế vận động, ngăn chi, cứng khớp
- Cận lâm sàng: XQ có hình ảnh thoái hóa khớp, viêm cột sống dính khớp, Cộng hưởng từ có hình ảnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi
- Các bệnh nhân đã được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần cán ngắn không xi măng tại bệnh viện Việt Đức.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, chụp phim X-Quang trước mổ, địa chỉ rõ ràng.

**Tiêu chuẩn loại trừ:* Không đầy đủ hồ sơ đảm bảo nghiên cứu. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân có nhiễm trùng vùng khớp háng, u vùng cổ chỏm xương đùi, tiêu xương vùng cổ xương đùi. Bệnh nhân có chất lượng xương kém.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập số liệu hồi cứu và tiền cứu.

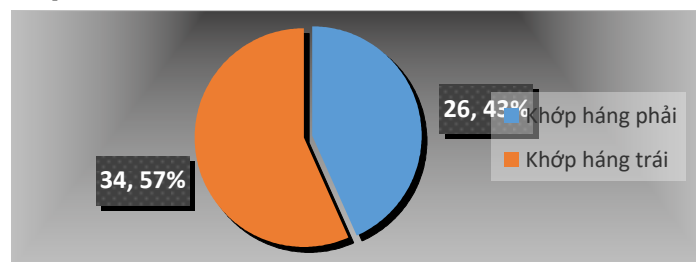
2.3 Phân tích và xử lý số liệu: Phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm nghiên cứu về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu: Qua nghiên cứu 50 bệnh nhân được chỉ định thay khớp háng toàn phần không xi măng cán ngắn, chúng tôi thấy tuổi trung bình là $42,93 \pm 10,63$. Lứa tuổi hay gặp nhất là từ 30 -59 tuổi chiếm 84%, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 20 tuổi và già nhất là 70 tuổi. Số bệnh nhân nam chiếm phần lớn: 84% (42/50 bệnh nhân), trong đó nữ giới gặp ít hơn: 16% (8/50). Tỷ lệ Nam/Nữ là 5,25/1.

3.2 Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

**Vị trí khớp được thay*



Biểu đồ 1: Sự phân bố vị trí khớp được thay

Trong số 50 bệnh nhân, có 10 bệnh nhân được thay khớp 2 bên chiếm 20%. Qua nghiên cứu thấy tỷ lệ thay khớp háng trái/ khớp háng phải của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 1,31/1.

***Triệu chứng lâm sàng:** Tất cả các bệnh nhân đều bị đau khớp háng và hạn chế vận động (100%), 30% bệnh nhân bị ngăn chi và chỉ có 4% bệnh nhân có triệu chứng cứng khớp.

***Phân loại loãng xương theo Singh**

Bảng 1. Phân loại loãng xương theo Singh

Độ	n	Tỷ lệ (%)
Độ III	2	4
Độ IV	17	34
Độ V	24	48
Độ VI	7	14
Tổng	50	100

Mật độ xương chủ yếu tập trung ở độ 4 và 5 chiếm 82%. Mật độ xương thấp nhất là độ 3 (4%) và cao nhất là độ 6 (14%).

***Chẩn đoán trước mổ**

Bảng 2. Phân bố bệnh lý trong nhóm nghiên cứu

Chẩn đoán	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thoái hóa khớp háng	28	56
Hoại tử chỏm xương đùi	20	40
Viêm cột sống dính khớp	2	4
Tổng	50	100

Trong các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật thay khớp háng thì có: 28/50 bệnh nhân bị thoái hóa khớp háng chiếm 56%; 20/50 bệnh nhân bị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi chiếm 40% và 2/50 bệnh nhân bị viêm cột sống dính khớp chiếm 4%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $42,93 \pm 10,63$. Lứa tuổi hay gặp nhất là từ 30 - 59 tuổi chiếm 84%, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 20 tuổi và già nhất là 70 tuổi. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Birkenhauer B [2] trên 34 bệnh nhân có bệnh nhân trẻ nhất là 24 tuổi. Tuổi bệnh nhân cũng là một yếu tố quan trọng trong chỉ định thay khớp háng. Ở người trẻ chất lượng xương vùng cổ xương đùi còn tương đối tốt và bệnh nhân có nguy cơ thay lại khớp lần 2 vì vậy phù hợp với khớp háng cán ngắn Spiron. Theo Mai Đức Thuận [1] thì dưới 50 tuổi là phù hợp. Vì ở lứa tuổi này chất lượng xương còn tốt. Những bệnh nhân trên 50 tuổi nếu hình dáng, chất lượng cổ xương đùi còn tốt vẫn có thể xét chỉ định thay loại khớp này. Theo một số nghiên cứu nước ngoài, Birkenhauer B [2] thay khớp cho 34 bệnh nhân có tuổi dao động 43 - 73, trung bình 60,1 tuổi; Luger A [3] đã thay khớp cho 26 bệnh nhân có tuổi dao động từ 34 - 64 tuổi, trung bình 51 tuổi. Sở dĩ các tác giả nước ngoài chỉ định thay khớp cán ngắn cho cả bệnh nhân trên 50 tuổi là ở các nước này tuổi thọ của con người cao hơn, chế độ dinh dưỡng tốt hơn nên chất lượng xương cũng tốt hơn.

Số bệnh nhân nam chiếm phần lớn: 84% (42/50 bệnh nhân), trong đó nữ giới gặp ít hơn: 16% (8/50). Tỷ lệ Nam/Nữ là 5,25/1. Kết quả nghiên cứu thấp hơn nhiều so với kết quả thu được của Mai Đức Thuận [1] là 15,67/1 nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Luger A và cộng sự [3] là 1,364/1. Kết quả này cho thấy tỷ lệ nam giới phải thay khớp háng so sánh với nữ giới là cao hơn nhiều lần. Điều này có thể được giải thích là nam giới thường chiếm vai trò lao động chính trong gia đình với tính chất công việc nặng là chủ yếu. ngoài đặc thù nghề nghiệp còn một số các yếu tố nguy cơ khác như thói quen uống rượu ở nam giới cũng như việc tập luyện thể thao...

Phân loại loãng xương theo Singh: Mật độ xương chủ yếu tập trung ở độ 4 và 5 chiếm 82%. Mật độ xương thấp nhất là độ 3 (4%) và cao nhất là độ 6 (14%). Chỉ số Singh: Là một dấu hiệu sớm có giá trị chẩn đoán giảm chất lượng xương, nó dựa trên cơ sở đánh giá các bề xương ở cùng đầu trên xương đùi. [4] Qua thực tiễn lâm sàng chúng tôi thấy, mặc dù chỉ số T-score cũng rất hữu ích, tuy nhiên kết quả nhiều khi

phụ thuộc vào kỹ thuật của người đo. Cùng trên một bệnh nhân nhưng nếu đo 2 máy kết quả không giống nhau. Theo Mai Đức Thuận [1], việc đánh giá chất lượng xương nhất thiết phải đánh giá trong mổ. Theo tác giả có 2 / 50 bệnh nhân mặc dù có chỉ số T-score -1.3 và -1.6 nhưng trong quá trình đo cổ xương đùi thấy chất lượng xương không tốt nên đã chuyển sang cán dài. Kết quả nghiên cứu cho thấy mật độ xương của các bệnh nhân tập trung chủ yếu ở độ 4 và độ 5 chiếm 82%, có thể thực hiện được phẫu thuật bằng cán ngắn.

Chẩn đoán trước mổ: Trong các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật thay khớp háng thì có: 28/50 bệnh nhân bị thoái hóa khớp háng chiếm 56%; 20/50 bệnh nhân bị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi chiếm 40% và 2/50 bệnh nhân bị viêm cột sống dính khớp chiếm 4%. Các bệnh nhân này đều đã trải qua quá trình điều trị nội khoa nhiều năm nhưng không đỡ. Chỉ định thay khớp háng cán ngắn chặt chẽ hơn so với thay khớp háng cán dài, chúng tôi đặc biệt chú ý đến hình dáng và chất lượng xương vùng cổ xương đùi. Theo Mai Đức Thuận [1] trên Xquang khớp háng, cổ xương đùi phải nguyên vẹn, không méo mó biến dạng chất lượng cổ xương đùi phải còn tốt - độ loãng xương lớn hơn 3 (theo Singh), đo mật độ xương vùng cổ xương đùi T-score > -2,5.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 50 bệnh nhân và 60 khớp háng được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng cán ngắn từ tháng 12/2011 - 7/2015 tại Viện chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Việt Đức chúng tôi thấy: Độ tuổi trung bình $42,93 \pm 10,63$. Độ tuổi từ 30 - 60 chiếm 84%. Tỷ lệ nam/nữ là 5,25/1. Các bệnh được chỉ định thay khớp háng toàn phần cán ngắn là Thoái hóa khớp háng (56%), hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi (40%) và viêm cột sống dính khớp (4%). Các bệnh nhân có mật độ xương theo Singh từ 4 - 5 chiếm 85%. Từ đó, chúng tôi thấy rằng khi thay khớp háng cán ngắn chỉ định phải chặt chẽ, phải chú ý đến lứa tuổi bệnh nhân, đo mật độ xương vùng cổ xương đùi và phải lập kế hoạch cụ thể trước mổ bằng cách chụp bóng cách phim 1 mét để tính chiều dài cổ và kích thước cổ trước mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai Đức Thuận (2014).** Nhận xét kết quả bước đầu trong thay khớp háng Spiron điều trị hoại tử

- vô khuẩn chỏm xương đùi. Hội nghị khoa học hội chấn thương chỉnh hình toàn quốc lần thứ XIII.
2. **Birkenhauer B, Kistmacher H, Ries J (2004)**, Conception and first results of the Spiron cementless femoral neck screw prosthesis, *Orthopade*. 2004, 33(11), pp1259 -66.
 3. **Lugeder A, Haring E, Muller A, Dorste P, Zeichen J (2013)**, Total hip arthroplasty with the cementless spiron femoral neck prosthesis. *Orthopaedic and Trauma Surgery*. 2013, 24, pp388-397.
 4. **Halpin J. Patrick, Nelson L. Carl (1980)**, "A system of classification of femoral neck fractures with special reference to choice of treatment", *Clinical orthopaedics and Related research*. 1980, 152, pp. 44 - 48.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG NGẮN HẠN CỦA NỒNG ĐỘ hs-CRP HUYẾT THANH VÀ SỰ THAY ĐỔI SAU ĐIỀU TRỊ BẰNG ATORVASTATIN Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Võ La Cường*, Trần Viết An*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và mức độ tăng nồng độ hs-CRP huyết thanh ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Đánh giá giá trị tiên lượng ngắn hạn của nồng độ hs-CRP và thang điểm nguy cơ GRACE ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Khảo sát sự thay đổi nồng độ hs-CRP huyết thanh sau điều trị bằng Atorvastatin trong 7 ngày ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng vành cấp. Nghiên cứu tiền cứu, có phân tích. **Kết quả:** Nghiên cứu 104 bệnh nhân hội chứng vành cấp. Tuổi trung bình $68,46 \pm 14,31$ tuổi. Tỷ lệ tử vong 30 ngày là 10,6%. Nồng độ hs-CRP có trung vị là 2,95mg/L. Tỷ lệ tăng hs-CRP là 75%. Mức độ tăng hs-CRP ($>3\text{mg/L}$) là 49%. Diện tích dưới đường cong khi dựa vào mô hình thang điểm nguy cơ GRACE kết hợp với nồng độ hs-CRP là 0,843. Tỷ lệ tử vong 30 ngày ở nhóm nguy cơ cao ($\text{GRACE} \geq 155,5$ điểm và $\text{hs-CRP} \geq 4,95\text{mg/L}$) có nguy cơ tử vong gấp 23,4 lần so với nhóm nguy cơ thấp-trung bình ($\text{OR} = 23,4$; $p < 0,001$). Phương trình hồi qui logistics mô tả sự kết hợp thang điểm nguy cơ GRACE với nồng độ hs-CRP là: $\text{Tử vong (30 ngày)} = -6,316 + (0,017 \times \text{GRACE}) + (0,198 \times \text{hs-CRP})$. Mức giảm nồng độ hs-CRP trung bình trước và sau can thiệp Atorvastatin trong 7 ngày ở bệnh nhân hội chứng vành cấp là 1,89mg/L ($p = 0,001$). **Kết luận:** Tỷ lệ tăng nồng độ hs-CRP cao trong hội chứng vành cấp. Kết hợp thang điểm nguy cơ GRACE và nồng độ hs-CRP giúp tiên lượng tử vong ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Atorvastatin có tác dụng làm giảm nồng độ hs-CRP.

Từ khóa: hội chứng vành cấp, tiên lượng ngắn hạn, CRP-hs, Atorvastatin.

SUMMARY

STUDY OF SHORT-TERM PROGNOSIS VALUE OF SERUM hs-CRP CONCENTRATION AND CHANGE AFTER TREAT BY ATORVASTATIN IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Objective: To determined rate and increase level serum hs-CRP concentration in patients with acute coronary syndrome; To evaluate short-term prognosis of serum hs-CRP concentration and GRACE scores on risk in patients with acute coronary syndrome; To survey the change of serum hs-CRP concentration after treat by Atorvastatin in patients with acute coronary syndrome. **Subjects and Methods:** Patients was diagnosed acute coronary syndrome. Prospective study, to analyse. **Result:** The study population consisted of 104 patients with acute coronary syndrome (mean age 68.46 ± 14.31 years). Mortality rate was 10.6%. Median of serum hs-CRP concentration is 2.95mg/L. Rate of serum hs-CRP concentration increase 75% and level serum hs-CRP concentration ($>3\text{mg/L}$) was 49%. Curve area when combine serum hs-CRP concentration and GRACE scores on risk is 0.843. 30-days mortality in high-risk group was higher 23.4 times than in low-average-risk group ($\text{OR} = 23.4$; $p < 0.001$). Equation recurrent logistic describe to combine serum hs-CRP concentration and GRACE scores on risk is: mortality (30 days) = $-6.316 + (0.017 \times \text{GRACE}) + (0.198 \times \text{hs-CRP})$. The average of serum hs-CRP concentration decreases before and after intervention by Atorvastatin in 7 days in patients with acute coronary syndrome: 1.89mg/L ($p = 0.001$). **Conclusions:** Rate of serum hs-CRP concentration increase high. Combining serum hs-CRP concentration and GRACE scores on risk to predict mortality in patients with acute coronary syndrome. Atorvastatin effect to decrease serum hs-CRP concentration.

Keywords: acute coronary syndrome, short-term prognostic, CRP-hs, Atorvastatin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch vẫn là nguyên nhân chủ yếu ảnh hưởng lên tử vong và bệnh tật ở các nước trên thế giới, đặc biệt là bệnh mạch vành. Theo

*Bệnh viện ĐK Thoại Sơn An Giang

**Trường ĐHYD Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết An

Email: antranviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2017

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

Thom TJ và cộng sự (2008): tỷ lệ tử vong bệnh mạch vành ngày càng gia tăng ở các nước phát triển, từ khoảng 9 triệu vào năm 1990 tăng lên 20 triệu vào năm 2020. Mất ổn định mảng xơ vữa động mạch vành là nguyên nhân chính dẫn đến hội chứng vành cấp (HCVC). Hiện tượng viêm giữ vai trò chính yếu trong việc hình thành và tiến triển của mảng xơ vữa. Hiện nay, hs-CRP đã trở thành xét nghiệm quan trọng trong các thực hành tim mạch nhờ phát hiện những thay đổi rất nhỏ trong quá trình viêm. Trên thế giới có nhiều công trình nghiên cứu lớn cho thấy hs-CRP giúp ích cho việc phân tầng nguy cơ và có giá trị tiên đoán tiên lượng ngắn hạn cũng như dài hạn trong hội chứng mạch vành cấp.

Theo kết quả nghiên cứu của Trần Như Hải và cộng sự: khả năng tiên lượng của thang điểm GRACE cho biến cố tim mạch trong 14 ngày và 30 ngày chính xác hơn 2 thang điểm TIMI và PURSUIT. Ngoài ra, việc sử dụng thuốc nhóm statin không chỉ điều trị rối loạn lipid/máu mà còn có tác dụng chống viêm. Qua đó, làm giảm nồng độ hs-CRP tạo điều kiện thuận lợi giảm tối đa các biến cố tim mạch ở bệnh nhân có hội chứng vành cấp. Như vậy, để có hướng theo dõi, điều trị và tiên lượng cũng như phòng ngừa bệnh hiệu quả hơn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu giá trị tiên lượng ngắn hạn của nồng độ hs-CRP huyết thanh và sự thay đổi sau điều trị bằng Atorvastatin ở bệnh nhân hội chứng vành cấp tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ*" với các mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ và mức độ tăng hs-CRP huyết thanh ở bệnh nhân hội chứng vành cấp.
2. Đánh giá giá trị tiên lượng ngắn hạn của nồng độ hs-CRP và thang điểm nguy cơ GRACE ở bệnh nhân hội chứng vành cấp.
3. Khảo sát sự thay đổi nồng độ hs-CRP huyết thanh sau điều trị bằng Atorvastatin trong 7 ngày ở bệnh nhân hội chứng vành cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm những bệnh nhân được chẩn đoán HCVC điều trị nội trú tại khoa Tim Mạch và khoa Hồi sức tích cực tại bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 05/2013 đến tháng 05/2014.

Tiêu chuẩn chẩn đoán đau thắt ngực không ổn định: Có ít nhất 1 trong 3 đặc điểm sau:

- Đau thắt ngực xuất hiện khi nghỉ ngơi hoặc kéo dài trên 20 phút.
- Đau thắt ngực mới xuất hiện và nặng từ nhóm III trở lên theo phân độ của hội Tim Mạch

Canada, tiến triển nhanh trong 1 tháng.

- Đau thắt ngực ổn định nhưng ngày càng nặng hơn: tần số dày hơn, kéo dài hơn hoặc đau nhiều hơn.

- Men tim Troponin T hoặc I âm tính.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp không có ST chênh lên

- Tăng chất chỉ điểm sinh học (Troponin T hoặc Troponin I) và

- ECG: đoạn ST chênh xuống và/hoặc thay đổi sóng T. Đoạn ST mới chênh xuống nằm ngang hoặc chênh xuống $\geq 0,05\text{mV}$ ở 2 chuyển đạo liên tiếp; và/hoặc sóng T đảo ngược $\geq 0,1\text{mV}$ ở 2 chuyển đạo với sóng R cao hoặc R/S >1 và/hoặc

- Lâm sàng có cơn đau thắt ngực kiểu mạch vành.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên

- Tăng chất chỉ điểm sinh học (Troponin T $>0,014\text{ng/ml}$ hoặc Troponin I $>0,2\text{ng/ml}$) và

- ECG: đoạn ST chênh lên mới tại điểm J $\geq 0,2\text{mV}$ (nam), $\geq 0,15\text{mV}$ (nữ) ở V1-V2; và/hoặc $\geq 0,1\text{mV}$ ở chuyển đạo khác. ST chênh lên, sóng T đảo ngược, sóng Q hoặc Block nhánh trái mới xuất hiện và/hoặc

- Lâm sàng có cơn đau thắt ngực kiểu mạch vành.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có nhiễm trùng cấp hoặc mạn tính được phát hiện trên lâm sàng hoặc cận lâm sàng; đang điều trị thuốc ức chế miễn dịch; đã biết hay nghi ngờ bệnh lý ung thư; suy thận, suy gan, viêm gan mạn tính; mới chấn thương hoặc sau phẫu thuật trong vòng 2 tháng; viêm khớp, viêm đa khớp, bệnh hệ thống; sốt do các nguyên nhân khác; các mẫu huyết thanh có máu lắng sau 01 giờ $>50\text{mm}$. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, có phân tích.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành trên 104 bệnh nhân HCVC.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu: Tuổi, giới, cân nặng, thể lâm sàng, đái tháo đường, tăng huyết áp, hút thuốc lá, đau thắt ngực, nhịp tim, huyết áp động mạch, phân độ Killip.

Điện tâm đồ, men tim, chức năng thận, rối loạn lipid/máu, hs-CRP.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Gồm 104 bệnh nhân được chẩn đoán HCVC: Tuổi trung bình: $68,46 \pm 14,31$ tuổi. Tuổi cao nhất là: 94 tuổi, tuổi thấp nhất là: 32 tuổi. Có 46 (44,2%) HCVC không ST chênh lên và 58 (55,8%) NMCT có ST chênh lên. Tỷ lệ tử vong là 10,6% (11/104).

Bảng 3.1. Tỷ lệ tăng hs-CRP ở bệnh nhân HCVC

Nồng độ hs-CRP	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
hs-CRP ≥ 1 mg/L	78	75
hs-CRP < 1 mg/L	26	25

Kết quả cho thấy có 78 bệnh nhân, chiếm 75% tổng số bệnh nhân HCVC ghi nhận có tăng nồng độ hs-CRP trong máu (hs-CRP ≥ 1 mg/L).

Bảng 3.2. Mức độ tăng hs-CRP theo nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân HCVC

Nồng độ hs-CRP	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thấp < 1 mg/L	26	25
Trung bình 1-3 mg/L	27	26
Cao > 3 mg/L	51	49

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì bệnh nhân HCVC có mức độ tăng nồng độ hs-CRP theo nguy cơ tim mạch cao, trung bình và thấp lần lượt là 49%, 26% và 25%.

Bảng 3.3. Liên quan giữa phân tầng nguy cơ tim mạch theo nồng độ hs-CRP kết hợp thang điểm nguy cơ GRACE và tỷ lệ tử vong trong 30 ngày

Kết hợp GRACE và hs-CRP	Tử vong n (%)	Sống còn n (%)	OR (KTC 95%)	p (Fisher)
Nguy cơ cao	9 (37,5)	15 (62,5)	23,4 (4,59-119,28)	<0,001
Nguy cơ thấp-TB	2 (2,5)	78 (97,5)		

(Nguy cơ thấp: GRACE $< 155,5$ điểm và hs-CRP $< 4,95$ mg/L; Nguy cơ trung bình: GRACE $< 155,5$ điểm và hs-CRP $\geq 4,95$ mg/L hoặc GRACE $\geq 155,5$ điểm và hs-CRP $< 4,95$ mg/L; Nguy cơ cao: GRACE $\geq 155,5$ điểm và hs-CRP $\geq 4,95$ mg/L).

Nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao có tỷ lệ tử vong tăng 23,4 lần so với nhóm bệnh nhân có nguy cơ thấp-trung bình với $p < 0,001$ (OR = 23,4, KTC 95% OR = 4,59-119,28, $p < 0,001$).

Bảng 3.4. Phân tích số liệu bằng hồi qui logistics để dự đoán sống còn sau 30 ngày dựa vào nồng độ hs-CRP và giá trị tiên lượng GRACE

Yếu tố	Hệ số hồi qui (B)	Wald	p
GRACE	0,017	3,928	0,048
hs-CRP	0,198	8,587	0,003
Hằng số	-6,316	13,611	<0,001

Phương trình hồi qui logistics dự đoán tử vong trên bệnh nhân HCVC: Tử vong (30 ngày) = $-6,316 + (0,017 \times \text{GRACE}) + (0,198 \times \text{hs-CRP})$.

Bảng 3.5. Sự thay đổi nồng độ hs-CRP sau điều trị bằng Atorvastatin trong 7 ngày ở bệnh nhân HCVC

Thuốc	Nồng độ hs-CRP			p
	Trước CT TB $\pm$ ĐLC	Sau CT TB $\pm$ ĐLC	Khác biệt TB (KTC 95%)	
Atorvastatin	3,74 $\pm$ 4,03	1,85 $\pm$ 3,27	1,89 (0,83 – 2,96)	0,001

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ hs-CRP ở bệnh nhân HCVC trước và sau can thiệp 7 ngày bằng Atorvastatin và mức giảm trung bình là 1,89 mg/L ($p = 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Về tuổi: Tuổi trung bình là 68,46 $\pm$ 14,31. Chúng tôi nhận thấy tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh càng tăng. Đây cũng là độ tuổi mắc bệnh phổ biến đã được mô tả ở nhiều nghiên cứu tại Việt Nam cũng như thế giới. Tương tự: Lương Thị Kim Liên: 65,64 $\pm$ 12,16 và Brunetti: 64,9 $\pm$ 11,1. Bệnh thường gặp ở những bệnh nhân cao tuổi, tuy nhiên tuổi thấp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 32 tuổi. Điều này là rất đáng ngại vì bệnh đang có xu hướng trẻ hóa

và lối sống hiện đại đang làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh ở người trong độ tuổi lao động.

4.1.2. Về chẩn đoán: Trong nghiên cứu của chúng tôi có NMCT có ST chênh lên là 55,8%, HCVC không ST chênh lên là 44,2% (NMCT không ST chênh lên là 25%, ĐTNKỒĐ là 19,2%). Tương tự: Nguyễn Minh Đức có NMCT có ST chênh lên là 51,3%, NMCT không ST chênh lên là 21,1%, ĐTNKỒĐ là 27,6%.

4.1.3. Tử vong trong vòng 30 ngày: Vào thời điểm 30 ngày, chúng tôi ghi nhận có 11 trường hợp tử vong chiếm tỷ lệ 10,6%.

Bảng 4.1. So sánh tỷ lệ tử vong 30 ngày của chúng tôi với các nghiên cứu khác

Tác giả	Tử vong (%)
Chúng tôi	10,6%
Lương Thị Kim Liên	11,95%
Trần Hòa	20,8%

Khi so sánh tỷ lệ tử vong 30 ngày, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tử vong thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Điều này có thể lý giải do hiện nay chúng ta có các phương tiện chẩn đoán tiên tiến, hiện đại. Bên cạnh đó, sự phát triển của các đơn vị hồi sức tim mạch cùng với các phương tiện kỹ thuật hiện đại và nhiều loại thuốc tốt hơn trước nên làm giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân HCVC.

4.2. Đặc điểm nồng độ hs-CRP ở bệnh nhân hội chứng vành cấp

4.2.1. Tỷ lệ tăng nồng độ hs-CRP ở bệnh nhân hội chứng vành cấp

CRP tăng là yếu tố tiên đoán cho NMCT, đột quỵ, bệnh động mạch ngoại biên và đột tử. CRP là yếu tố dự báo nguy cơ về sau ở những bệnh nhân ĐTNKÔĐ, ĐTNÔĐ, NMCT, những bệnh nhân trải qua các thủ thuật tái tưới máu như bắt cầu nối, nong mạch vành, đặt stent. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tăng nồng độ hs-CRP là 75%. Tương tự: Hoàng Quốc Hòa tỷ lệ tăng nồng độ hs-CRP là 71,4%, nghiên cứu Krintus M. và cộng sự tỷ lệ tăng nồng độ hs-CRP là 60%. Kết quả nghiên cứu cho thấy có hơn một nửa số bệnh nhân có HCVC tăng nồng độ hs-CRP, nên khi nồng độ hs-CRP tăng gợi ý đến nguy cơ bệnh HCVC trong chẩn đoán, điều này cũng phù hợp với ý văn trên thế giới.

4.2.2. Giá trị tiên lượng ngắn hạn của nồng độ hs-CRP kết hợp thang điểm nguy cơ GRACE ở bệnh nhân hội chứng vành cấp

Kết quả nghiên cứu về nguy cơ tim mạch theo nồng độ hs-CRP kết hợp thang điểm GRACE và tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày ở bệnh nhân HCVC cho thấy tỷ lệ tử vong ở nhóm có nguy cơ cao cao gấp 23,4 lần so với nhóm có nguy cơ trung bình-thấp ($p < 0,001$). Phương trình hồi qui logistics mô tả sự kết hợp giữa nồng độ hs-CRP và thang điểm GRACE trong dự đoán tử vong trên bệnh nhân HCVC như sau: $\text{Tử vong (30 ngày)} = -6,316 + (0,017 \times \text{GRACE}) + (0,198 \times \text{hs-CRP})$

Theo nghiên cứu của Trần Viết An thì tỷ lệ tử vong 30 ngày ở nhóm nguy cơ cao ($\text{NT-proBNP} \geq 499,2 \text{ pg/mL}$ và $\text{hs-CRP} \geq 5,56 \text{ mg/L}$) có nguy cơ tử vong tăng 1,2 lần so với nguy cơ thấp ($\text{NT-proBNP} < 499,2 \text{ pg/mL}$ và $\text{hs-CRP} < 5,56 \text{ mg/L}$) và ($\text{OR} = 1,2$ và $p = 0,029$). Theo nghiên cứu của Bazzino và cộng sự cho thấy ở nhóm bệnh nhân

nguy cơ cao ($\text{NT-proBNP} > 586 \text{ ng/L}$ và $\text{hs-CRP} > 3 \text{ mg/L}$) có tỷ lệ tử vong tăng 2,4 lần so với nguy cơ thấp ($\text{NT-proBNP} < 586 \text{ pg/mL}$ và $\text{hs-CRP} < 3 \text{ mg/L}$) và ($\text{OR} = 2,4$ và $p = 0,021$).

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Trần Viết An, Bazzino và cộng sự. Có lẽ, nghiên cứu của chúng tôi trên những đối tượng là HCVC, còn nghiên cứu của 2 tác giả này trên những đối tượng HCVCSTCL và so sánh trên 2 thang điểm khác nhau.

4.3. Đánh giá sự thay đổi nồng độ hs-CRP huyết thanh sau điều trị bằng Atorvastatin trong 7 ngày ở bệnh nhân hội chứng vành cấp

Ngày nay, người ta nhận thấy rằng xơ vữa động mạch là một bệnh viêm với sự khởi xướng ban đầu là tổn thương nội mạc mạch máu. Viêm nhiễm tại thành nội mạc mạch máu góp phần gây rối loạn chức năng nội mạc và là khởi điểm bắt buộc của các mảng xơ vữa, viêm cũng làm tăng khả năng bóc tách của mảng xơ vữa (là nguồn gốc của HCVC). Trong thực tế, ở cả bệnh nhân ĐMV ổn định và không ổn định, nếu bệnh nhân được điều trị nội khoa để hạ thấp hs-CRP sẽ làm giảm tỷ lệ biến cố thiếu máu cục bộ cơ tim sau này.

Nghiên cứu của chúng tôi thì có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ hs-CRP ở bệnh nhân HCVC trước và sau can thiệp 7 ngày bằng Atorvastatin và mức giảm trung bình là $1,89 \text{ mg/L}$ ($p = 0,001$). Theo nghiên cứu của Ankur Gupta và cộng sự về hiệu quả của Atorvastatin ở bệnh nhân HCVC: nồng độ hs-CRP trước và sau can thiệp từ $2,32 \pm 0,26$ còn $0,57 \pm 0,16 \text{ mg/dL}$ (giảm trung bình $1,75 \text{ mg/L}$) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các tác giả: Trần Lâm, Ankur Gupta.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ tăng nồng độ hs-CRP cao trong hội chứng vành cấp.

- Kết hợp thang điểm nguy cơ GRACE và nồng độ hs-CRP giúp tiên lượng tử vong ở bệnh nhân hội chứng vành cấp.

- Atorvastatin có tác dụng làm giảm nồng độ hs-CRP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Việt An (2010)**, "Nghiên cứu kết hợp NT-ProBNP và hs-CRP trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân hội chứng vành cấp không có đoạn ST chênh lên", *Tập san nghiên cứu khoa học*, Trường đại học Y Dược Cần Thơ (số 1), tr. 7-12.
2. **Nguyễn Minh Đức, Nguyễn Văn Trí và cộng sự (2011)**, "Mối liên quan giữa nồng độ hs-CRP với tổn thương giải phẫu động mạch vành qua chụp động mạch vành cản quang ở bệnh nhân có bệnh động mạch vành", *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 15 (1), tr. 123-129.
3. **Trần Như Hải và Trương Quang Bình (2009)**, "So sánh giá trị của 3 thang điểm phân tầng nguy cơ TIMI, PURSUIT, GRACE trong hội chứng mạch vành cấp", *Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 13* (Phụ bản số 1), tr. 56-65.
4. **Trần Hòa và Đặng Vạn Phước (2010)**, "Nghiên cứu mối tương quan giữa động học nồng độ Peptide bài Natri niệu Type B (BNP) và tử vong trong tiên lượng gần hội chứng vành cấp", *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14 (1), tr. 372-378.
5. **Trương Phi Hùng và Đặng Vạn Phước (2007)**, "Nghiên cứu nồng độ C-reactive protein máu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp", *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 11 (Phụ bản số 1), tr. 80-85.
6. **Trần Lâm, Phạm Như Thế, Huỳnh Văn Minh và cộng sự (2007)**, "Nghiên cứu tác dụng của Atorvastatin trên nồng độ hs-CRP ở bệnh nhân suy động mạch vành mạn", *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*, 47, tr. 194-200.
7. **Lương Thị Kim Liên (2007)**, *Khảo sát nồng độ C-Creative protein siêu nhạy trên bệnh nhân hội chứng vành cấp*, Luận văn thạc sỹ y học, thành phố Hồ Chí Minh.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X.QUANG Ở BỆNH NHÂN GÂY XƯƠNG HÀM DƯỚI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Xuân Thực*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, x.quang ở bệnh nhân gãy xương hàm dưới được điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Một điều tra cắt ngang được triển khai trên 54 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị gãy xương hàm dưới tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai từ 3/2012-10/2013. Các bệnh nhân được khám lâm sàng và cho chụp x.quang để ghi nhận các chỉ số nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm đa số với 81,5%, tỷ lệ nam/nữ là 4,4. Nhóm tuổi trưởng thành (19 - 39 tuổi) gặp nhiều nhất với tỷ lệ 75,9%. Nguyên nhân chủ yếu của chấn thương GXHD là do tai nạn giao thông chiếm 77,8%. Đối tượng làm nghề tự do gặp nhiều nhất với 46,3%. Hầu hết bệnh nhân có các dấu hiệu lâm sàng điển hình của GXHD: sưng nề (94,4%), há miệng hạn chế (90,7%), khớp cắn sai (87%), có điểm đau nhói (74,1%). Tỷ lệ GXHD một đường là 61,1%, GXHD hai đường trở lên là 38,9%. Vị trí gãy vùng cằm và góc hàm hay gặp nhất với 34,2% và 30,3%; vùng cạnh cao và mỏm vẹt hiếm gặp. Phim toàn cảnh panorama và phim mặt thẳng được ứng dụng nhiều nhất trong chẩn đoán và theo dõi điều trị GXHD với tỷ lệ lần lượt là 92,6% và 68,5%. Giá trị chẩn đoán đúng của phim toàn cảnh panorama là 96%, của phim mặt thẳng là 81,1%. Phối hợp cả 2

phim này làm tăng giá trị chẩn đoán. **Kết luận:** GXHD gặp nhiều ở nam giới trong độ tuổi lao động. Các triệu chứng lâm sàng điển hình là há miệng hạn chế và khớp cắn sai chiếm tỷ lệ cao. Phim panorama là phim có giá trị trong chẩn đoán GXHD với độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

Từ khóa: GXHD, khớp cắn sai, cạnh cao, mỏm vẹt.

SUMMARY

EVALUATE SOME OF THE CLINICAL AND RADIOGRAPHIC FEATURES OF PATIENTS WITH MANDIBULAR FRACTURE, TREATED AT DEPARTMENT OF ODONTOSTOMATOLOGY, BACHMAI HOSPITAL

Objectives: To evaluate some of the clinical and radiographic features of patients with mandibular fracture, treated at department of Odontostomatology, Bachmai Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was carried out on 54 patients suffer from mandibular fracture, were diagnosed and treated at Odontostomatology department, Bachmai hospital from 3/2012 to 10/2013. Patients were taken clinical examination and x.ray to record investigative indexes. **Results:** Mandibular fractures occurred most commonly among males with 81.5%, and a male - to - female ratio of 4.4. The group of adulthood (19-39 years old) was mostly seen with 75.9%. Mandibular fractures were typically the result of traffic accident with 77.8%. Freelance accounted for the highest rate with 46.3%. Most of the subjects had typical clinical symptoms of mandibular fracture such as: swelling (94.4%), decreased ability to fully open the mouth (90.7%), traumatic malocclusion (87%), sensitive to touching (74.1%). The break occurred in one place accounting

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thực

Email: thuchrmbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017

Ngày duyệt bài: 10.4.2017

for 61.1%, in two places and more with 38.9%. Parasympyseal and angle fractures were most common accounting for 34.2% and 30.3%; ramus and coronoid fractures were rare. Panoramic radiograph and posteroanterior radiograph were mostly used to diagnose and treatment follow up of mandibular fractures with 92.6% and 68.5%. The diagnostic value of panoramic radiograph achieved 96%, of posteroanterior radiograph achieved 81.1%. Combination of two kinds of film raised diagnostic value. **Conclusions:** Mandibular fractures occurred most commonly among males in working age group. The main of clinical symptoms were decreased ability to fully open the mouth and traumatic malocclusion with high percentage. Panoramic radiograph had diagnostic value with high sensitivity and accuracy.

Key words: Mandibular fractures, traumatic malocclusion, ramus, coronoid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương gãy xương vùng hàm mặt là một cấp cứu thường gặp, cùng với sự phát triển của xã hội, loại hình cấp cứu này đang có xu hướng gia tăng. Gãy xương hàm dưới (GXHD) gặp khá phổ biến, chiếm tỷ lệ khoảng 50% trong các chấn thương gãy xương vùng hàm mặt. Theo báo cáo của Viện Răng Hàm Mặt Trung ương năm 2002 và theo thống kê của bệnh viện Việt Nam - Cuba năm 2005 con số này lần lượt là 51,4% và 50,3% [1], [2].

Xương hàm dưới (XHD) là xương động duy nhất của hệ thống xương mặt, có hệ thống cơ nhai và cơ bám da mặt bám vào để tạo nên diện mạo của tầng mặt dưới, đồng thời để thực hiện chức năng ăn nhai và phát âm. Thân XHD cong, chiều dày không đều và lại có nhiều điểm yếu nên rất dễ gãy. Khi bị chấn thương, không chỉ gãy ở vị trí lực tác động trực tiếp mà còn gãy gián tiếp ở các vị trí khác do lực tác động phân bố dọc theo chiều dài thân xương [3].

Hình thái lâm sàng GXHD rất đa dạng: gãy một đường, gãy hai đường, gãy nhiều đường và các tổn thương phối hợp, gây ảnh hưởng rất lớn đến chức năng, thẩm mỹ và tâm lý của bệnh nhân. Chẩn đoán gãy xương hàm dưới dựa trên lâm sàng và x.quang, trong đó panorama là loại phim thường quy có giá trị lớn trong chẩn đoán. Hình thái gãy xương hàm dưới có ảnh hưởng trực tiếp đến việc phẫu thuật cũng như đến kết

quả điều trị. Hiện nay các nghiên cứu về hình thái gãy xương hàm dưới còn tản mạn, nên chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm đạt được mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, x.quang ở bệnh nhân gãy xương hàm dưới được điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai Hà Nội

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm các bệnh nhân chấn thương GXHD đến khám và điều trị phẫu thuật tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai ở mọi lứa tuổi, với tất cả các nguyên nhân.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 03/2012 đến tháng 10/2013.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả điều tra cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu: 54 bệnh nhân.

2.2.3. Thu thập số liệu: ĐTNC được khám lâm sàng, chỉ định chụp phim panorama, mặt thẳng, hàm dưới chệch hoặc CT để ghi nhận chỉ số nghiên cứu phục vụ cho mục tiêu của đề tài.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phương pháp toán thống kê y học và các test thống kê y học với mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

-Đa số bệnh nhân ở lứa tuổi lao động chính chiếm tỷ lệ cao nhất với 75,9%. Tuổi thanh thiếu niên và tuổi trung niên ít gặp, tuổi nhi đồng và tuổi già không gặp trường hợp nào. Tuổi trung bình là: $27,2 \pm 7,4$. Tuổi thấp nhất là 17; tuổi cao nhất là 52.

-Nam giới bị chấn thương GXHD nhiều hơn nữ giới. Tỷ lệ nam/nữ là 4,4

-Đối tượng nghiên cứu làm nghề tự do chiếm tỷ lệ cao nhất với 46,3%. Đối tượng nghiên cứu là học sinh, sinh viên chiếm tỷ lệ thấp nhất với 22,2%.

-Nguyên nhân chủ yếu gây chấn thương GXHD là tai nạn giao thông chiếm tới 77,8%. Các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp.

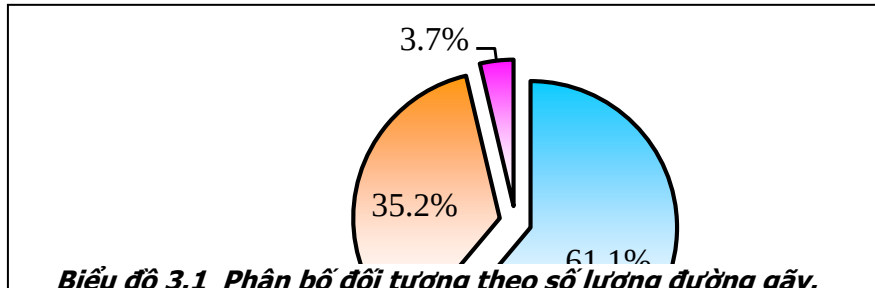
3.2. Đặc điểm lâm sàng gãy xương hàm dưới.

Bảng 3.1 Đặc điểm về triệu chứng lâm sàng.

Triệu chứng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Sưng nề	51	94,4
Bầm tím	22	40,7
Đau chói	41	74,1
Vết thương phần mềm	21	38,9

Tổn thương lợi	19	35,2
Hạn chế há miệng	49	90,7
Khớp cắn sai	47	87,0

Nhận xét: Triệu chứng sưng nề, đau chói, hạn chế há miệng và khớp cắn sai gặp hầu hết ở các bệnh nhân chấn thương GXHD. Dấu hiệu bầm tím, tổn thương lợi và vết thương phần mềm ít gặp hơn.



Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng theo số lượng đường gãy.

Nhận xét: Chấn thương GXHD một đường chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,1%. GXHD hai đường chiếm tỷ lệ 35,2%; GXHD phức tạp từ 3 đường trở lên chiếm tỷ lệ thấp là 3,7%.

Bảng 3.2. Đặc điểm về vị trí đường gãy.

Vị trí đường gãy	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Cằm	26	34,2
Cành ngang	13	17,1
Góc hàm	23	30,3
Cành cao	4	5,3
Mỏm vệt	1	1,3
Lồi cầu	9	11,8
Tổng cộng	76	100

Nhận xét: Trong tổng số 76 đường gãy, tỷ lệ gãy vùng cằm và góc hàm hay gặp nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 34,2% và 30,3%. Đường gãy ở vị trí mỏm vệt (1,3%) và cành cao (5,3%) rất hiếm gặp.

Bảng 3.3. Tổn thương phối hợp.

Tổn thương phối hợp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Gãy XHD đơn thuần	41	75,9
Gãy XHD + GMCT	6	11,1
Gãy XHD + XHT	3	5,6
Gãy XHD + gãy xương chi	2	3,7
Gãy XHD + CTSN	2	3,7
Tổng	54	100

Nhận xét: Chủ yếu gặp GXHD đơn thuần (75,9%), GXHD phối hợp với các gãy xương vùng mặt khác chiếm 16,7%. GXHD phối hợp với các chấn thương nặng toàn thân (gãy chi, CTSN...) chiếm tỷ lệ thấp với 7,4%.

3.3. Đặc điểm x.quang gãy xương hàm dưới.

Bảng 3.4. Tỷ lệ các phim x.quang ứng dụng trong chẩn đoán

Loại phim	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Toàn cảnh		92,6
Mặt thẳng		68,5
Hàm chệch		9,3
CT Scanner		1,9

Nhận xét: Phim toàn cảnh và phim mặt thẳng được ứng dụng nhiều trong chẩn đoán GXHD. Trong đó phim toàn cảnh là loại phim được sử dụng chủ yếu với tỷ lệ 92,6%, kế đến là phim mặt thẳng với 68,5%. Phim hàm chệch và phim CT ít được sử dụng hơn.

Bảng 3.5. Giá trị chẩn đoán của phim x.quang.

Loại phim	Tổng số	Phát hiện được đường gãy		Không phát hiện được đường gãy	
		n	%	n	%
Phim toàn cảnh (TC)	50	48	96,0	2	4,0
Phim mặt thẳng (MT)	37	30	81,1	7	18,9

Phim hàm chếc	5	3	60,0	2	40,0
Phim CT. Scan	1	1	100	0	0
Phối hợp phim TC và MT	26	26	100	0	0

Nhận xét: Phim toàn cảnh và phim CT có giá trị chẩn đoán cao nhất với tỷ lệ phát hiện GXHD là lượt là 96% và 100%. Những trường hợp khó hoặc nghi ngờ mà không có điều kiện chụp CT thì phối hợp 2 loại phim: toàn cảnh và mặt thẳng cũng cho giá trị chẩn đoán cao.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

▪ **Đặc điểm về giới:** Kết quả của nghiên cứu này không có sự khác biệt đáng kể nào so với kết quả của các tác giả khác ở trong và ngoài nước. Số lượng bệnh nhân nam gấp 4,4 lần số lượng bệnh nhân nữ cho thấy nam giới tham gia vào các hoạt động thể lực nhiều hơn nữ giới. Đặc tính hoạt động của phái nam mạnh hơn cũng chính là nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ bị chấn thương GXHD cao hơn nữ giới.

▪ **Đặc điểm về tuổi:** Chấn thương GXHD gặp nhiều nhất ở tuổi trưởng thành, là lao động chính chiếm tới 75,9%. Để giải thích điều này, nhiều tác giả cho rằng nhóm tuổi trưởng thành (19-39 tuổi) chính là nhóm tuổi tham gia nhiều nhất vào các hoạt động giao thông, lao động, bạo lực... nên gặp chấn thương nhiều nhất [1], [5]. Trong nghiên cứu này, không gặp bệnh nhân GXHD nào ở lứa tuổi nhi đồng và ở tuổi già, có thể do trẻ em được quản lý ở trường học, người già ít tham gia giao thông trên đường.

▪ **Đặc điểm về nghề nghiệp ĐTNC và nguyên nhân dẫn đến chấn thương GXHD.**

Nghiên cứu cho thấy, đối tượng nghiên cứu chủ yếu làm nghề tự do với 46,3%; trong khi đó đối tượng là học sinh, sinh viên chiếm tỷ lệ thấp với 22,2%. Về nguyên nhân dẫn đến chấn thương GXHD, nghiên cứu cũng cho thấy tai nạn giao thông (TNGT) chiếm tỷ lệ rất cao với 77,8% gấp gần 8 lần so với tổng số các nguyên nhân khác.

Tình trạng mất an toàn giao thông vẫn diễn ra bởi nhiều nguyên nhân: do người tham gia giao thông không tuân thủ luật lệ giao thông, do hệ thống giao thông đường bộ chưa đáp ứng được cùng với sự bùng nổ về các phương tiện tham gia giao thông của nước ta trong thời kỳ đổi mới, do biện pháp phòng ngừa của các cơ quan chức năng chưa thực hiện triệt để...

4.2. Đặc điểm lâm sàng gãy xương hàm dưới.

▪ **Triệu chứng sưng nề:** Gặp ở hầu hết các bệnh nhân chấn thương GXHD, nhưng nó còn phụ thuộc vào thời gian đến khám sớm hay muộn. Qua bảng 3.1, triệu chứng sưng nề chiếm

tỷ lệ 94,4%. Kết quả này có cao hơn kết quả nghiên cứu của Lê Văn Hán tổng kết trên 193 bệnh nhân GXHD tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội với tỷ lệ sưng nề chiếm 87,05% [6].

▪ **Triệu chứng đau chói:** Thường đi kèm với bệnh cảnh lâm sàng của GXHD. Có một số ít trường hợp không bắt gặp triệu chứng này do gãy không di lệch, hoặc do bệnh nhân đến khám muộn thì dấu hiệu này bị mất hoặc không điển hình. Theo kết quả thu được từ nghiên cứu, triệu chứng đau chói gặp ở 74,1% bệnh nhân. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra rằng đau chói cũng là một trong những triệu chứng điển hình của GXHD [1], [2], [5].

▪ **Hạn chế há miệng và sai khớp cắn:** XHD có rất nhiều nhóm cơ bám vào nên khi chấn thương đường gãy di lệch không chỉ phụ thuộc vào hướng và cường độ của lực tác dụng mà còn bị di lệch thứ phát do sự co kéo của các cơ bám. Nhận định trên cũng được chứng minh trong nghiên cứu này. Trong tổng số 54 bệnh nhân, tỷ lệ sai khớp cắn cao chiếm tới 87,0%. Khi triệu chứng sai khớp cắn xuất hiện dấu hiệu hạn chế há miệng thường đi kèm do vậy tỷ lệ gặp cũng tương đương với 90,7%. Tỷ lệ này cao hơn một chút so với tỷ lệ sai khớp cắn là do trong số đó có một số ít bệnh nhân xương gãy không di lệch nhưng lại đi kèm với chấn thương hoặc vết thương phần mềm nên cũng gây ra triệu chứng hạn chế há miệng.

▪ **Số lượng đường gãy:** Theo kết quả của biểu đồ 3.1 thì trong 54 bệnh nhân nghiên cứu, GXHD một đường chiếm 61,1%, GXHD hai đường chiếm 35,2%, GXHD phức tạp từ ba đường trở lên chiếm 3,7%. Kết quả này hơi khác một chút với kết quả của Trần Quốc Khánh khi nghiên cứu ở bệnh viện E với tỷ lệ gãy 2 đường nhiều hơn chiếm 50%. Sự khác biệt này có thể là do số lượng đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này còn hạn chế [7].

▪ **Vị trí đường gãy:** Theo kết quả thu được từ bảng 3.2, số lượng đường gãy vùng cằm chiếm tỷ lệ cao nhất 34,2%. Đường gãy mòm vẹt (1,3%) và cành cao (5,3%) rất hiếm gặp.

Bảng 4.1. So sánh tỷ lệ vị trí đường gãy với các tác giả khác

Tác giả	Đường gãy (%)	Cằm	Cành ngang	Góc hàm	Cành cao	Mỏm vệt	Lỗi cầu
Nguyễn Xuân Thực (2013)		34,2	17,1	30,3	5,3	1,3	11,8
Trần Quốc Khánh (2013)		24,7	36,5	25,9	1,2	1,2	10,5
Vương Ngọc Thanh (2005)		43,05	15,27	15,27	2,77	1,38	22,22
Lê Văn Hán (2004)		40,55	18,30	17,32	1,39	4,53	19,28
Lý Hán Thành (2002)		33,21	17,88	15,33	2,92	2,19	28,47

Qua số liệu của bảng 4.1, sự phân bố đường gãy trong nghiên cứu này có tỷ lệ tương đương với các tác giả khác. Cành cao và mỏm vệt có tỷ lệ gãy rất thấp là do cấu trúc giải phẫu của XHD và cơ chế truyền lực khi bị sang chấn.

▪ **Tổn thương phối hợp:** Bảng 3.3 cho thấy chủ yếu là GXHD đơn thuần với tỷ lệ 75,9%. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp bởi XHD là một xương động duy nhất của vùng hàm mặt, có cấu tạo với nhiều điểm yếu và ở vị trí dễ chịu tác động của ngoại lực khi bị sang chấn. Ngoài ra GXHD cũng có thể phối hợp với gãy gò má cung tiếp với tỷ lệ 11,1%. Các tổn thương phối hợp khác như gãy xương hàm trên, xương chi hay CTSN hiếm gặp hơn. Kết quả này cũng tương tự kết quả của Lê Văn Hán, Vương Ngọc Thanh và Trần Quốc Khánh [1], [6], [7].

4.3. Đặc điểm x.quang gãy xương hàm dưới

▪ **Ứng dụng các loại phim x.quang trong chẩn đoán:** Bảng 3.4 cho thấy hầu hết các trường hợp đều được chụp phim toàn cảnh để chẩn đoán (92,6%). Điều này cho thấy phim toàn cảnh được ứng dụng rộng rãi nhất trong việc chẩn đoán cũng như theo dõi điều trị GXHD. Ngoài phim toàn cảnh, phim mặt thẳng cũng là lựa chọn thứ hai với tỷ lệ 68,5%. Phim hàm chéch và CT ít được chỉ định hơn.

Kết quả này cũng nói lên một thực tế là các bác sỹ đã lựa chọn các loại phim thông dụng nhất, có giá thành rẻ, nhưng vẫn có giá trị chẩn đoán để tiết kiệm chi phí cho người bệnh.

▪ **Giá trị chẩn đoán của các loại phim x.quang:** Bảng 3.5 cho thấy giá trị chẩn đoán của phim toàn cảnh rất cao với 96% phát hiện được đường gãy. Tuy nhiên nếu phối hợp phim này với phim mặt thẳng thì 100% phát hiện được đường gãy. Kết quả này một lần nữa khẳng định chỉ bằng các loại phim thông thường với giá thành rẻ cũng hoàn toàn giúp chúng ta chẩn đoán chính xác được các trường hợp GXHD nếu chúng ta có chỉ định phù hợp. Trong tổng số 54 bệnh nhân nghiên cứu chỉ duy nhất 1 trường hợp (1,9%) có chỉ định phim CT do bệnh nhân có kèm theo CTSN không hợp tác được khi chụp các phim thường quy. Đương nhiên, với các trường hợp chụp CT (có hoặc không dựng hình 3D) thì

100% sẽ phát hiện được các đường gãy dù là khó nhất.

Như vậy có thể kết luận: trừ những trường hợp đặc biệt, hai phim thường quy là phim toàn cảnh và phim mặt thẳng có giá trị cao trong chẩn đoán đặc biệt khi chúng được phối hợp với nhau.

V. KẾT LUẬN

▪ **Đặc điểm chung:** Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm đa số với 81,5%, tỷ lệ nam/nữ là 4,4. Nhóm tuổi trưởng thành (19 - 39 tuổi) gặp nhiều nhất với tỷ lệ 75,9%. Nguyên nhân chủ yếu của chấn thương GXHD là do tai nạn giao thông chiếm 77,8%. Đối tượng làm nghề tự do gặp nhiều nhất với 46,3%.

▪ **Đặc điểm lâm sàng:** Hầu hết bệnh nhân có các dấu hiệu lâm sàng điển hình của GXHD: sưng nề (94,4%), há miệng hạn chế (90,7%), khớp cắn sai (87%), có điểm đau nhói (74,1%). Tỷ lệ GXHD một đường là 61,1%, GXHD hai đường trở lên là 38,9%. Vị trí gãy vùng cằm và góc hàm hay gặp nhất với 34,2% và 30,3%; vùng cành cao và mỏm vệt hiếm gặp.

▪ **Đặc điểm x.quang:** Phim toàn cảnh panorama và phim mặt thẳng được ứng dụng nhiều nhất trong chẩn đoán và theo dõi điều trị GXHD với tỷ lệ lần lượt là 92,6% và 68,5%. Giá trị chẩn đoán đúng của phim toàn cảnh panorama là 96%, của phim mặt thẳng là 81,1%. Phối hợp cả 2 phim này làm tăng giá trị chẩn đoán.

KIẾN NGHỊ

- Với các cơ sở y tế tuyến dưới, không có điều kiện chụp x.quang, cần đặc biệt chú ý tới các dấu hiệu lâm sàng đặc trưng của GXHD như: sưng nề, đau chói, hạn chế há miệng, khớp cắn sai.

- Khuyến cáo chỉ định những loại phim thông dụng như panorama và mặt thẳng để chẩn đoán và theo dõi kết quả điều trị GXHD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vương Ngọc Thanh (2005), "Nhận xét lâm sàng, x.quang và kết quả điều trị phẫu thuật gãy xương hàm dưới tại bệnh viện Việt Nam - Cuba năm 2004 - 2005", *luận văn thạc sỹ Y học, trường ĐHY Hà Nội*.

2. Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng (1988), "Tình hình chấn thương hàm mặt tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội trong 11 năm từ (1988 - 1998) trên 2149 trường hợp" *Y học Việt Nam*, số 10, tr. 71 - 74.
3. Rudolf Seemann, Kurt Schicho, Arno Wutzi (2010), "Complication Rates in the Operative Treatment of Mandibular Angle Fractures: A 10 year Restorative", *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol 68, pp. 647 - 650.
4. Motamedi M.H. (2003), "An assessment of maxillofacial fractures: a 5 years study of 237 patients", *J. Oral Maxi-Faci Surg.* Jan 61 (1), pp. 61 - 4.
5. Lý Hán Thành (2002), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật gãy xương hàm dưới phức hợp nhiều đường tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội (2000 - 2002)", *Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.
6. Lê Văn Hán (2004), "Nhận xét chấn thương xương hàm dưới do tai nạn giao thông", *Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học y Hà Nội*.
7. Trần Quốc Khánh (2013), "Nghiên cứu áp dụng nẹp vít tự tiêu trong điều trị gãy xương hàm dưới", *Luận án Tiến sĩ Y học, trường ĐHY Hà Nội*.

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ ĐỘ BẢO HÒA OXY MÁU TĨNH MẠCH TRUNG TÂM TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT NẶNG VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN

Trương Dương Tiễn*, Phạm Thị Ngọc Thảo*
Đỗ Quốc Huy **, Đặng Văn Phước***

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định giá trị tối ưu độ bảo hòa oxy máu tĩnh mạch trung tâm (ScvO₂) cần đạt đến trong điều trị bệnh nhân (BN) nhiễm khuẩn huyết (NKH) nặng và sốc nhiễm khuẩn (SNK). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang phân tích. Tiến hành đo ScvO₂ tại các thời điểm T₀, T₆, T₁₂, T₁₈, T₂₄, T_{out}. **Kết quả:** Có 71 BN NKH nặng và SNK, tỉ lệ tử vong 57,75%. ScvO₂ sau 24 giờ nhập HSTC nhóm sống 70,1% (62,7-78) và nhóm tử vong 78% (73-84,9), có sự khác biệt có ý nghĩa với $p=0,0296$. Điểm cắt ScvO₂<70% ở thời điểm nhập HSTC, nguy cơ tử vong OR 2,12 (95%CI 0,63-7,09) với $p=0,21$. Đường cong ROC, sau 24 giờ nhập HSTC ScvO₂ ≥ 71,95% khả năng bệnh nhân sẽ không tử vong với độ nhạy là 84,2% và độ đặc hiệu là 73,7%. Tương quan ở mức độ trung bình giữa ScvO₂ và PaO₂ tại thời điểm nhập HSTC $r=0,4228$ với $p=0,0002$. **Kết luận:** Ngưỡng cắt thời điểm sau 24 giờ nhập HSTC ScvO₂ ≥ 71,95% khả năng bệnh nhân sẽ không tử vong với độ nhạy là 84,2% và độ đặc hiệu là 73,7%.

Từ khóa: Độ bảo hòa oxy máu tĩnh mạch trung tâm (ScvO₂), sốc nhiễm khuẩn.

SUMMARY

STUDY THE ROLE OF CENTRAL VENOUS OXYGEN SATURATION IN THE TREATMENT OF SEVERE SEPSIS AND SEPTIC SHOCK

Aims of study: Determination of optimal central

venous oxygen saturation (ScvO₂) must to be achieved in treating patients with severe sepsis and septic shock.

Subjects and methods of study: A prospective cross-sectional analysis study. Measurement of central venous oxygen saturation at T₀, T₆, T₁₂, T₁₈, T₂₄, T_{out}.

Result: There were 71 sepsis and septic shock patients enrolled. Mortality rate 57.75%. After admission 24 hours ICU, ScvO₂ in survive group were 70.1%(62.7-78) and death group were 78%(73-84.9), it was statistically significant with $p=0.0296$. At cutpoint of ScvO₂<70% at admission ICU, mortality predict OR 2.12 (95%CI 0.63-7.09) with $p=0.21$. ROC curve analysis showed that ScvO₂ ≥71.95% at after 24 hours admission ICU, it predicted survive with sensitivity 84.2%, specificity 73.7%. The correlation was moderate between ScvO₂ and PaO₂ at admission ICU $r=0.4228$ with $p=0.0002$. **Conclusion:** At cutpoint of ScvO₂ ≥71.95% at after 24 hours admission ICU, it predicted survive with sensitivity 84.2%, specificity 73.7%.

Key words: Central venous oxygen saturation (ScvO₂), septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong NKH và SNK, việc diễn tiến từ nhiễm khuẩn thành NKH và SNK cũng như nguyên nhân hình thành và tiến triển của suy đa cơ quan là một mạng lưới phức tạp của các tác động bên trong tế bào và giữa các tế bào. Rối loạn chức năng tế bào do thiếu oxy mô là yếu tố quan trọng khởi phát suy đa cơ quan. Mặc dù tích cực hồi sức ban đầu có thể phục hồi lại huyết động và cung cấp oxy ở mức độ toàn cơ thể, nhưng vẫn có thể xảy ra rối loạn tưới máu và thiếu hụt oxy mô ở mức độ vùng hoặc tiểu vùng. Để đánh giá tình trạng tưới máu và cung cấp oxy cho mô, thông số nồng độ bảo hòa oxy máu tĩnh mạch

*Bệnh viện Chợ Rẫy.

**Bệnh viện nhân dân 115.

***Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm chính: Trương Dương Tiễn

Email: drtruongduongtien@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2017

Ngày duyệt bài: 7.4.2017

trộn (SvO₂) phản ánh gián tiếp các quá trình này đang được các nhà khoa học lựa chọn [3],[5].

Do SvO₂ cần đặt catheter động mạch phổi, điều này không phải lúc nào cũng có thể tiến hành được trên bệnh nhân nguy kịch. Vì vậy một số nghiên cứu thay thế chỉ số độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trộn (SvO₂) bằng chỉ số độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trung tâm (Central venous oxygen saturation: ScvO₂)[6]. Kết quả còn thay đổi ở nhiều mức độ bàn luận khác nhau, ở Việt Nam có rất ít công trình nghiên cứu về lĩnh vực này.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: xác định giá trị tối ưu độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trung tâm (ScvO₂) cần đạt đến trong điều trị và xác định mối tương quan giữa ScvO₂ và tỉ lệ sống còn ở bệnh nhân NKH và SNK.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân trên 18 tuổi, hội đủ tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn dựa theo định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội nghị quốc tế đồng thuận về nhiễm khuẩn huyết đề xuất năm 2001 và cập nhật 2013[4] nhập vào khoa HSTC bệnh viện Chợ Rẫy từ 4/2015.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân là phụ nữ có thai. Bệnh nhân đã có ngưng tim trước khi vào khoa HSTC do bệnh lý cơ bản hoặc nhiễm khuẩn huyết quá nặng. Bệnh lý ung thư giai đoạn cuối. Bệnh nhân có chống chỉ định đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang phân tích.

Thu thập số liệu: Lấy máu xét nghiệm đo ScvO₂ tại các thời điểm: Lúc vào nghiên cứu T₀ sau đó lần lượt lấy cách mỗi 06 giờ (T₆, T₁₂, T₁₈, T₂₄) trong 24 giờ đầu nhập HSTC, và lấy mẫu cuối cùng lấy mẫu máu NC (T_{out}) khi bệnh nhân không còn tiêu chuẩn NC (Bệnh nhân không còn SNK hay NKH). Thực hiện các xét nghiệm thường quy, xét nghiệm để chẩn đoán và theo dõi điều trị thực hiện như bình thường.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 12 hoặc R.

Số liệu được trình bày: Biến số định tính dưới dạng tỷ lệ phần trăm, biến số định lượng: trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và độ tứ phân vị nếu không có phân phối chuẩn. Phân tích số liệu: So sánh tỉ lệ phần trăm bằng phép kiểm χ^2 . So sánh trung bình bằng phép kiểm student (t), hoặc phép kiểm phi tham số Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney). Phân tích đơn biến bằng phép kiểm χ^2 , tính nguy cơ tử vong tương đối OR. Dùng đường cong ROC (Receiver Operating Characteristic Curve), diện tích dưới đường cong (AUC), để so sánh các thang điểm với nhau. Diện tích dưới đường cong ROC càng lớn thì mô hình càng có giá trị tiên lượng tốt.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 4.2015 đến tháng 1.2017. Tổng số bệnh nhân đưa vào nghiên cứu là 71 bệnh nhân.

Bảng 1 - Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

Tên biến	Trung bình hoặc tỉ lệ (n=71)	Độ lệch chuẩn (SD)
Tuổi	58,92 (19 - 91)	17,38
Giới (Nam/nữ)	37/34	52.11% nam
Thời gian sốc (ngày)	2,68 (1 - 3)	11,18
Thời gian điều trị tại HSTC (ngày)	10,35 (1 - 66)	11,89
Thời gian nằm viện (ngày)	18,32 (2 - 66)	13,77
Điểm APACHE II nhập HSTC	20,83 (6-34)	6,38
Điểm SOFA nhập HSTC	10,43 (3-20)	3,57

Trong 71 bệnh nhân đưa vào NC, có 37 (52,11%) nam, có độ tuổi trung bình là 58,91±17,38 tuổi, nhỏ nhất là 19 và lớn nhất là 91 tuổi (bệnh nhân nữ).

Điểm APACHE II tại thời điểm nhập HSTC là 20,83 ± 6,38, điểm nhỏ nhất là 6 và cao nhất là 34. Trong đó nhóm sống là 7,37 ± 1,47, nhóm tử vong là 22,7 ± 1,00 và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0314$.

Điểm SOFA tại thời điểm nhập HSTC là 10,43 ± 3,57, điểm nhỏ nhất là 3 và cao nhất là 20.

Trong đó nhóm sống là 10 ± 0,65 nhóm tử vong là 10,73 ± 0,57 và sự khác biệt này không ý nghĩa thống kê với $p = 0,6578$.

Số ngày nằm viện trung bình trong NC là 18,32 ± 13,77 ngày, ngắn nhất là 02 ngày và dài nhất là 66 ngày. Trong đó, nhóm sống có thời gian nằm viện trung bình là 17,4 ± 1,67 ngày và nhóm tử vong là 19 ± 2,57 ngày. Sự khác biệt về số ngày nằm viện giữa 02 nhóm là không có ý nghĩa với $p = 0,3015$.

Tuy nhiên, số ngày nằm HSTC trung bình trong NC là $10,35 \pm 11,89$ ngày ngắn nhất là 01 ngày và dài nhất là 66 ngày. Trong đó, nhóm sống có thời gian nằm HSTC trung bình là $7,37 \pm 1,47$ ngày và nhóm tử vong là $11,81 \pm 2,16$ ngày. Sự khác biệt về số ngày nằm HSTC giữa 02 nhóm có ý nghĩa với $p = 0,0472$.

Tỉ lệ sống và tử vong: Số bệnh nhân sống xuất viện trong NC là 30 (42,25%), số bệnh nhân tử vong trong NC là 41 (57,75%), trong đó tử vong tại HSTC là 29 (40,85%) bệnh nhân. Tỉ

lệ tử vong trong nhóm bệnh nhân có tổn thương hô hấp là 37/67 (55,22%) so với nhóm không tổn thương hô hấp là 30/67 (44,78%) và khác biệt này có ý nghĩa với $p = 0,038$. Tỉ lệ tổn thương nhóm tuần hoàn (có hạ huyết áp) là 36/63 (57,14%) so với nhóm không có tổn thương là 27 (42,86%) với $p = 0,035$. Tổn thương các cơ quan còn lại không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ vong giữa 02 nhóm có tổn thương và không có tổn thương cơ quan.

Bảng 2 - ScvO₂ nhóm sống và tử vong.

Tên biến	BN sống (n = 30)	BN tử vong (n = 41)	Giá trị p
ScvO ₂ T ₀ (%) [‡]	80,25 (68,6-82,9)	78,9 (71,3-83,4)	$p = 0,6709$
ScvO ₂ T ₆ (%) [‡]	75,15 (73,9-80,1)	78,15 (71,3-83,65)	$p = 0,6908$
ScvO ₂ T ₁₂ (%) [‡]	76,8 (70,1-79,4)	78,1 (69,4-82)	$p = 0,6498$
ScvO ₂ T ₁₈ (%) [‡]	78,3 (68,4-81,1)	76,45 (67-83,5)	$p = 0,7468$
ScvO ₂ T ₂₄ (%) [‡]	70,1 (62,7-78)	78 (73-84,9)	$p = 0,0296$
ScvO ₂ T _{out} (%) [‡]	77,5 (69-80)	76,7 (69-82)	$p = 0,3601$

Bảng 2: Tại các thời điểm T₀, T₆, T₁₂, T₁₈, T_{out} không có sự khác biệt có ý nghĩa về độ bão hòa oxy máu động mạch. Tuy nhiên tại thời điểm T₂₄ NC ghi nhận ScvO₂ nhóm sống là 70,1% (62,7-78) và nhóm tử vong có nồng độ cao hơn là 78 % (73-84,9). Sự khác biệt này là có ý nghĩa $p = 0,029$.

Bảng 3 - Tương quan giữa áp lực riêng phần oxy máu động mạch (PaO₂) và độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trung tâm (ScvO₂).

Tên biến	PaO ₂ T ₀	PaO ₂ T ₁₂	PaO ₂ T ₂₄	PaO ₂ T _{out}
ScvO ₂ T ₀ (r/p)	0,4228 0,0002	0,4293 0,0002	0,3107 0,0947	0,1558 0,1976
ScvO ₂ T ₁₂ (r/p)	-0,0778 0,5188	0,1416 0,2423	-0,0514 0,7872	0,0796 0,5125
ScvO ₂ T ₂₄ (r/p)	-0,1463 0,4406	-0,1508 0,4263	0,0548 0,7734	-0,0836 0,6663
ScvO ₂ T _{out} (r/p)	-0,0156 0,8974	0,0503 0,6794	0,0483 0,8000	0,1888 0,1176

Bảng 4 - Giá trị tiên đoán sống của ScvO₂ tại các thời điểm khác nhau:

Giá trị tiên đoán	ScvO ₂ T ₀	ScvO ₂ T ₆	ScvO ₂ T ₁₂	ScvO ₂ T ₁₈	ScvO ₂ T ₂₄	ScvO ₂ T _{out}
Điểm cắt tối ưu	≥ 69,35	≥ 76,65	≥ 79,45	≥ 72,70	≥ 71,95	≥ 80,25
Độ nhạy	85,4%	60%	41%	31,6%	84,2%	35,9%
Độ đặc hiệu	26,7%	53,3%	76,7%	86,6%	73,7%	90%

Bảng 4: ghi nhận điểm cắt tối ưu của ScvO₂ từng thời điểm với độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng. Tại thời điểm sau 24 giờ nhập HSTC với điểm cắt ScvO₂ ≥ 71,95 ≈ 72% bệnh nhân sẽ sống sót với độ nhạy là 84,2% và độ đặc hiệu là 73,3%.

Tương quan giữa PaO₂ và ScvO₂ được diễn đạt ở bảng 3 thể hiện hệ số tương quan R và giá trị kiểm định p tương ứng cho thấy: Tại thời điểm T₀ có sự tương quan ở mức độ trung bình với $r = 0,4228$ với $p = 0,0002$ là có ý nghĩa. Các thời điểm còn lại trong nghiên cứu T₁₂ T₂₄ và T_{out} chúng tôi ghi nhận không có sự tương quan có ý nghĩa của PaO₂ và ScvO₂ tại thời điểm đó.

IV. BÀN LUẬN

Ling Zhang và CS [7] năm 2014 tiến hành phân tích gộp (meta-analysis of randomized controlled trials) từ năm 2001-2014 các NC điều trị NKH và SNK điều trị hướng mục tiêu sớm so sánh với điều trị chuẩn, ghi nhận thấy rằng: không có sự khác biệt giữa 02 phương thức điều trị (RR 0.91, 95% CI: 0,79 to 1,04, $P = 0,17$). Tuy nhiên khi phân tích dưới nhóm điều trị hướng mục tiêu sớm bao gồm có ScvO₂ làm giảm tỉ lệ tử vong hơn so với điều trị chuẩn (RR:0.84, 95%CI: 0,72 đến 0,98, $P = 0,03$). Tuy nhiên nhóm này có tỉ lệ tử vong cao hơn nhóm điều trị theo mục tiêu độ thanh thải lactate máu (RR 1,52, 95% CI: 1,06 đến 2,18, $P = 0,02$).

Hendrik Bracht và CS [1] năm 2007 NC quan sát đa trung tâm tại Thụy Sĩ về ScvO₂ ở bệnh nhân HSTC. NC ghi nhận qua phân tích đường cong ROC đã đưa ra giá trị điểm cắt ScvO₂ <60% tại thời điểm nhập HSTC làm tăng tỉ lệ tử vong, nhưng không gây tăng số ngày nằm HSTC. Các điều trị tại HSTC có thể làm cải thiện ScvO₂ nhưng không cải thiện được kết quả chung. ScvO₂ có thể là hướng dẫn điều trị.

NC chúng tôi ScvO₂ có trung vị và khoảng tứ phân vị ở mức cao cả 02 nhóm ở thời điểm nhập HSTC lần lượt là 80,25% (68,6-82,9) và 78,9% (71,3-83,4), thời điểm sau 24 giờ nhập HSTC lần lượt là 70,1% (62,7-78) và 78% (73-84,9) cao hơn so với các NC trên. Tuy nhiên, NC chúng tôi chỉ có sự khác biệt có ý nghĩa ScvO₂ giữa 02 nhóm sống và tử vong ở thời điểm sau 24 giờ nhập HSTC. Chúng tôi ghi nhận rằng tại thời điểm này nhóm tử vong có độ bão hòa oxy 78 (73-84,9)% cao hơn nhóm sống 70,1 (62,7-78)% khác biệt này là có ý nghĩa với $p = 0,0296$. Trong một số trạng thái bệnh lý và giai đoạn của NKH và SNK tổn thương ty thể cấp độ tế bào làm cho tế bào không khả năng tiêu thụ oxy mặc dù cung cấp oxy vẫn đầy đủ và nhu cầu tiêu thụ oxy cơ thể đòi hỏi nhưng sự chiết tách oxy không xảy ra, do đó oxy không được tiêu thụ biểu hiện bằng độ bão hòa oxy cao hơn mức bình thường [2].

Chúng tôi đặt ra vấn đề có sự tương quan nào giữa ScvO₂ và áp lực oxy riêng phần máu động mạch PaO₂ hay không? Phương trình hồi quy tương quan để đánh giá. Bảng 3 ghi nhận có mối tương quan ở mức độ trung bình giữa ScvO₂ và PaO₂ tại ngay thời điểm nhập HSTC $r = 0,4228$ với $p = 0,0002$. Các thời điểm khác trong NC chúng tôi ghi nhận không có tương quan có ý nghĩa giữa 02 thông số này.

Có nhiều nhóm yếu tố ảnh hưởng lên ScvO₂, trong đó oxy hóa máu chỉ chiếm một trong bốn yếu tố ảnh hưởng lên ScvO₂ bao gồm: cung lượng tim, SaO₂, hàm lượng hemoglobin máu, mức tiêu thụ oxy cơ thể. Như vậy ở bệnh nhân NKH nặng và SNK trong NC có rất nhiều yếu tố tác động lên ScvO₂ chứ không phải chỉ do oxy hóa máu. Như vậy sự tương quan trung bình ở thời điểm nhập HSTC có thể lý giải: những bệnh nhân khi nhập HSTC thường trong tình trạng đã và đang trải giai đoạn nguy kịch do điều trị tại các khoa lâm sàng, khoa cấp cứu hoặc hậu phẫu chưa có điều trị tích cực nên ngoài các tình trạng sốc giảm tưới máu mô, tăng tiêu thụ oxy ..., tình trạng giảm oxy máu nặng là một trong những

yếu tố ảnh hưởng rất nhiều lên ScvO₂ (thời điểm này cả hai thông số này đều giảm).

Điểm cắt ScvO₂ < 70% ở thời điểm nhập HSTC, NC chúng tôi ghi nhận bệnh nhân nguy cơ tử vong là OR = 2,12 (95%CI 0,63-7,09) với $p = 0,21$.

Điểm cắt ScvO₂ < 70% ở thời điểm 24 giờ sau nhập HSTC, NC chúng tôi ghi nhận bệnh nhân nguy cơ tử vong là OR = 1,95(95%CI 0,40-9,62) với $p = 0,40$.

Thiết lập đường cong ROC, xác định điểm cắt để tiên đoán khả năng sống của bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận chỉ ở thời điểm sau 24 giờ nhập HSTC nếu bệnh nhân có ScvO₂ ≥ 71,95% khả năng bệnh nhân sẽ không tử vong với độ nhạy là 84,2% và độ đặc hiệu là 73,7%. Trong thực tế khi thực hiện NC chúng tôi ghi nhận 24 giờ đầu nhập HSTC là giai đoạn rất quan trọng, ScvO₂ là thông số mà qua đó chúng tôi thấy nếu duy trì được ở ngưỡng >70% thì khả năng cứu sống bệnh nhân rất cao.

V. KẾT LUẬN

ScvO₂ ở mức cao cả 02 nhóm thời điểm sau 24 giờ nhập HSTC lần lượt là 70,1% (62,7-78) và 78% (73-84,9), có sự khác biệt có ý nghĩa ScvO₂ giữa 02 nhóm sống và tử vong với $p = 0,0296$.

Điểm cắt ScvO₂ < 70% ở thời điểm nhập HSTC, nguy cơ tử vong là OR = 2,12 (95%CI 0,63-7,09) với $p = 0,21$. Thời điểm 24 giờ sau nhập HSTC, nguy cơ tử vong là OR = 1,95(95%CI 0,40-9,62) với $p = 0,40$.

Đường cong ROC, xác định điểm cắt để tiên đoán khả năng sống ghi nhận tại thời điểm sau 24 giờ nhập HSTC ScvO₂ ≥ 71,95% khả năng bệnh nhân sẽ không tử vong với độ nhạy là 84,2% và độ đặc hiệu là 73,7%.

Có mối tương quan ở mức độ trung bình giữa ScvO₂ và PaO₂ tại ngay thời điểm nhập HSTC $r = 0,4228$ với $p = 0,0002$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bracht H, Hanggi M, Jeker B, Wegmuller N, Porta F, Tuller D, et al. (2007), "Incidence of low central venous oxygen saturation during unplanned admissions in a multidisciplinary intensive care unit: an observational study". *Crit Care*, 11(1), R2.
2. Huang Y C (2005), "Monitoring oxygen delivery in the critically ill". *Chest*, 128(5 Suppl 2), 554S-560S.
3. Dellinger R P, Carlet J M, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J (2004), "Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock". *Crit Care Med.*, 32.
4. Dellinger R P, Levy M M, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal S M (2013), "Surviving

Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012". *Crit Care Med.*, 41.

5. **JEAN-LOUIS VINCENT M, PhD. EDWARD ABRAHAM, MD. FREDERICK A. MOORE, MD, FACS, FCCM (2012),** *Organ Dysfunction Pathophysiology of Sepsis and Multiple*, ELSEVIER SAUNDER, 983-991.

6. **Vincent J L (2005),** *DO2/VO2 relationships*, Springer, 251-258.

7. **Zhang L, Zhu G, Han L, Fu P (2015),** "Early goal-directed therapy in the management of severe sepsis or septic shock in adults: a meta-analysis of randomized controlled trials". *BMC Medicine*, 13(1), 71.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI NIỆU QUẢN BẰNG NỘI SOI TÁN SỎI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Sơn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng nội soi tán sỏi tại một Bệnh viện Đa khoa tuyến tỉnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đề tài được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu mô tả theo dõi dọc. Chọn toàn bộ bệnh nhân, đủ tiêu chuẩn chọn mẫu: sỏi niệu quản, được điều trị bằng phương pháp tán sỏi nội soi tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, từ 12/2015 đến 12/2016. Sử dụng các test thống kê: χ^2 ; t-student, ANOVA. Giá trị so sánh khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. **Kết quả:** Chúng tôi đã chọn được 78 bệnh nhân sỏi niệu quản được điều trị bằng tán sỏi nội soi tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình đủ tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu: Giá trị trung bình thời gian tán sỏi: $38,1 \pm 14,1$ phút, lâu nhất: 75 phút, nhanh nhất: 15 phút. Giá trị trung bình thời gian tán sỏi giữa niệu quản bên phải và bên trái khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong nghiên cứu này không gặp trường hợp nào thủng niệu quản. Có 3 trường hợp (3,9%) gặp tai biến chảy máu trong khi tán. Cả 3 trường hợp này đều do xử lý polyp niệu quản trong khi tán sỏi. Thời gian tán sỏi càng dài thì thời gian nước tiểu sau tán sỏi trong hoàn toàn càng dài. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với: r trong khoảng $0,3 > r \leq 0,6$; $p < 0,001$. Sau tán sỏi giá trị trung bình creatinin huyết giảm được $8,4 \mu\text{mol/l}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có 93,2% hết sỏi. Có 6,8% còn sỏi, những trường hợp này sỏi vụn nằm cạnh sonde JJ. **Kết luận:** Thời gian tán sỏi trung bình là: $38,1 \pm 14,1$ phút; lâu nhất: 75 phút; nhanh nhất: 15 phút. Có 3,9% trường hợp gặp tai biến chảy máu niêm mạc khi tán sỏi có kèm theo cắt polyp niệu quản, không có trường hợp nào thủng hay đứt niệu quản. Có 93,2% trường hợp hết sỏi trong niệu quản, có 6,8% trường hợp còn sỏi, những trường hợp này sỏi vụn nằm cạnh sonde JJ.

Từ khóa: Nội soi tán sỏi; Sỏi niệu quản

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES URETERAL STONES BY METHOD ENDOSCOPIC LITHOTRIPSY IN HOSPITAL THAI BINH PROVINCE

Objects: The study aimed to assess the results of ureteral stones treated by endoscopic lithotripsy in a provincial general hospital. **Subjects-Method:** This study was performed according to the method described tracking studies along. Select the entire patient, qualified sampling: ureteral stones, were treated with endoscopic lithotripsy methods Hospital in Thai Binh province, from 12/2015 to 12/2016. Using statistical tests: χ^2 ; t-student, ANOVA. Value comparisons difference was statistically significant when $p < 0.05$. **Results:** We chose 78 patients with ureteral stones treated with endoscopic lithotripsy Hospital in Thai Binh province qualified research sampling. The average value of time lithotripsy: $38,1 \pm 14,1$ minutes. The average value of time ureter lithotripsy between the right and left different no statistically significant with $p > 0,05$. In this study do not see any case ureteral perforation. There are 3 cases (3,9%) of mucosal bleeding complications when lithotripsy accompanied by polypectomy ureter. Time lithotripsy longer the time the urine after lithotripsy in entirely longer. The difference with statistical significance: in about $0,3 > r \leq 0,6$; $p < 0,001$. After lithotripsy average value creatinine blood decreased was $8,4 \mu\text{mol/L}$, the difference was statistically significant at $p < 0,05$. There are 93,2% of all stones. 6,8% is gravel, crushed gravel these cases is next sonde JJ. **Conclusions:** Time lithotripsy average: $38.1 \pm 14,1$ phut; longest: 75 minutes; The fastest: 15 minutes. There are 3.9% of cases having mucosal bleeding complications when accompanied by lithotripsy ureteral polypectomy, no perforation or rupture cases ureter. There are 93.2% of all cases of ureteral stones, with 6.8% of cases are gravel, crushed gravel these cases is next sonde JJ.

Keywords: Endoscopic lithotripsy; Ureteral stones

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là một bệnh lý hay gặp. Theo các thống kê cho thấy bệnh nhân điều trị sỏi tiết

* Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Sơn

Email: vusonytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

niệu chiếm khoảng 40-60% tổng số bệnh nhân (BN) trong khoa tiết niệu [4]. Có tới 80% sỏi niệu quản (NQ) từ trên thận rơi xuống. Sỏi gây thương tổn NQ tại chỗ, gây ra những biến chứng nguy hiểm như thận ứ nước, thận ứ mủ, vô niệu, suy thận [1], [7].

Trên phim chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị, chụp niệu đồ tĩnh mạch (UIV) người ta chia niệu NQ thành 3 đoạn, sỏi ở đoạn nào thì gọi tên theo đoạn đó: Sỏi NQ đoạn 1/3 trên là sỏi nằm ở NQ đoạn trên mào chậu; Sỏi NQ đoạn 1/3 giữa là sỏi nằm ở NQ đoạn tính từ mào chậu đến dưới khớp cùng chậu; Sỏi NQ đoạn 1/3 dưới là sỏi nằm ở đoạn NQ từ dưới khớp cùng chậu đến bàng quang.

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị sỏi NQ như: Nội khoa; Phẫu thuật mở; Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc; Tán sỏi nội soi (TSNS); Tán sỏi ngoài cơ thể. Mỗi phương pháp có chỉ định và ưu, nhược điểm riêng, tuy nhiên nội soi niệu quản để tán sỏi được nhiều tác giả đề cập bởi hiệu quả cao và tỷ lệ biến chứng thấp [2].

Tại Việt Nam, TSNS được triển khai từ năm 2003 tại một số Bệnh viện tuyến Trung ương như: thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội, Huế... Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình bắt đầu triển khai TSNS từ năm 2011.

Đánh giá kết quả điều trị sỏi NQ bằng TSNS tại một cơ sở Bệnh viện tuyến Tỉnh, giúp cho việc triển khai ứng dụng phương pháp này ngày một an toàn và hiệu quả hơn là việc làm cần thiết, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng nội soi tán sỏi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu

**Địa điểm nghiên cứu:* Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Thái Bình.

Bảng 1. Tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu (n=78)

Nhóm tuổi	Giới tính				Tổng	
	Nam		Nữ			
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
20 - ≤ 40	3	10,0	13	27,1	16	20,5
>40 - ≤60	19	63,3	25	52,1	44	56,4
>60	8	26,7	10	20,8	18	23,1
Tổng	30	38,5	48	61,5	78	100,0

Nhận xét: Độ tuổi trung bình: 52,2±11,8; Cao nhất: 83 tuổi; Nhỏ nhất: 26 tuổi. Nhóm tuổi 40 - 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (56,4%). Nam giới chiếm tỷ lệ 38,5%, nữ giới chiếm tỷ lệ 61,5%.

**Đặc điểm sỏi niệu quản*

Bảng 2. Kích thước sỏi và bên niệu quản có sỏi (n=78)

Niệu quản có sỏi	n	Kích thước sỏi (mm)			p
		$\bar{x} \pm SD$	Nhỏ nhất	Lớn nhất	

**Đối tượng nghiên cứu:* Toàn bộ bệnh nhân, chẩn đoán là sỏi NQ, được điều trị bằng phương pháp TSNS tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

**Thời gian nghiên cứu:* Từ 12/2015 đến 12/2016.

2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:* Đề tài được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu mô tả theo dõi dọc.

**Chọn mẫu, cỡ mẫu nghiên cứu:*

- Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, không xác xuất đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân (BN), được chẩn đoán sỏi NQ một bên hoặc hai bên dựa trên phim chụp hệ tiết niệu; Kích thước sỏi NQ trong khoảng 5-20mm; Thận còn chức năng trên phim chụp UIV hoặc CT; Bệnh án của BN ghi chép đầy đủ thông tin cần cho nghiên cứu; Không có dấu hiệu hẹp, dị dạng hoặc tắc nghẽn đường bài xuất nước tiểu phía dưới viên sỏi định tán; Không có nhiễm khuẩn tiết niệu nặng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN mắc các bệnh đang tiến triển như suy gan, suy thận, suy tim, đái tháo đường chưa ổn định; Sỏi NQ kèm theo bệnh phổi hợp như: ung thư NQ, lao NQ...; Có rối loạn đông máu hoặc đang sử dụng heparin...; BN không nằm được tư thế sản khoa (biến dạng khớp háng...).

3. Xử lý số liệu: Sử dụng các test thống kê: χ^2 ; t-student, ANOVA. Giá trị so sánh khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 12/2015 đến tháng 12/2016, chúng tôi đã chọn được 78 BN sỏi NQ được điều trị bằng TSNS tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình đủ tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu.

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

**Tuổi và giới:*

Bên phải	38	9,8±3,0	5	18	0,126
Bên trái	40	10,8±3,4	5	19	
Chung	78	10,3±3,3	5	19	

Nhận xét: Giá trị trung bình kích thước sỏi trong nghiên cứu này là 10,3±3,4 mm; Nhỏ nhất là 5 mm; Lớn nhất là 19 mm. Giá trị trung bình kích thước sỏi NQ phải và sỏi NQ trái khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Vị trí sỏi trong niệu quản và bên niệu quản có sỏi (n=78)

Vị trí sỏi Trong niệu quản	Niệu quản có sỏi				Tổng	
	Bên phải		Bên trái			
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
1/3 trên	2	5,3	2	5,0	4	5,2
1/3 giữa	8	21,1	6	15,0	14	17,9
1/3 dưới	28	73,7	32	80,0	60	76,9
Tổng	38	48,7	40	51,3	78	100,0

Nhận xét: Có 60 TH (76,9%) sỏi NQ ở đoạn 1/3 dưới. Có 14 TH (17,9%) sỏi NQ ở đoạn 1/3 giữa. Có 4 TH (5,2%) sỏi NQ ở đoạn 1/3 trên.

Bảng 4. Số lượng viên sỏi và bên niệu quản có sỏi

Số lượng Viên sỏi	Sỏi niệu quản				Tổng	
	Bên phải		Bên trái			
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
1 viên	34	89,5	37	92,5	71	91,0
2 viên	1	2,6	2	5,0	3	3,8
≥ 3 viên	3	7,9	1	2,5	4	5,1
Tổng	38	48,7	40	51,3	78	100,0

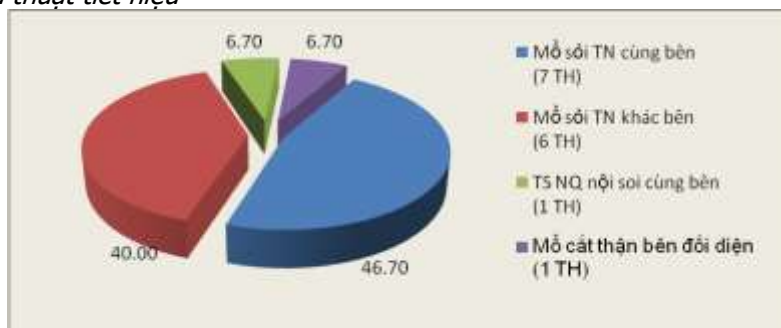
Nhận xét: Trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp TH nào sỏi NQ cả hai bên. Niệu quản có 1 viên sỏi gặp 71 TH (91,0%); Niệu quản có 2 viên sỏi gặp 3 TH (3,8%); Niệu quản có từ 3 viên sỏi trở lên gặp 4 TH (5,1%). Sỏi NQ bên phải gặp 38 TH (48,7%); Sỏi NQ bên trái gặp 40 TH (51,3%).

Bảng 5. Độ cản quang của sỏi và bên niệu quản có sỏi (n=78)

Độ cản quang Của sỏi	Sỏi niệu quản				Tổng	
	Bên phải		Bên trái			
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
	2	5,3	5	12,5	7	9,0
	22	57,9	22	55,0	44	56,4
	14	36,8	13	32,5	27	34,6
	38	48,7	40	51,3	78	100,0

Nhận xét: Có 7 trường hợp (9,0%) độ cản quang của sỏi thấp hơn đốt sống LII. Có 44 trường hợp (56,4%) độ cản quang của sỏi ngang với đốt sống LII. Có 27 trường hợp (34,6%) độ cản quang của sỏi cao hơn đốt sống LII.

*Tiền sử phẫu thuật tiết niệu



Biểu đồ 1. Bệnh tiết niệu đã được phẫu thuật (n=15)

Nhận xét: Có 63 TH không tiền sử phẫu thuật tiết niệu (80,8%). Có 15 TH có tiền sử phẫu thuật tiết niệu (19,2%). Trong đó: 7 TH (46,7%) mổ sỏi tiết niệu cùng bên; 6 TH (40,0%) mổ sỏi tiết niệu khác bên; 1 TH (6,7%) TSNS cùng bên; 1 TH (6,7%) cắt thận bên đối diện.

2. Kết quả tán sỏi

**Tai biến trong quá trình tán sỏi*

Bảng 6. Tai biến trong quá trình tán sỏi (n=76)

Vị trí sỏi Trong niệu quản	Tai biến trong quá trình tán sỏi				Tổng	
	Không tai biến		Có tai biến			
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
1/3 trên	3	4,1	0	-	3	3,9
1/3 giữa	13	17,8	1	33,3	14	18,5
1/3 dưới	57	78,1	2	66,7	59	77,6
Tổng	73	96,1	3	3,9	76	100,0

Nhận xét: Trong nghiên cứu này không gặp trường hợp nào thủng niệu quản. Có 3 trường hợp (3,9%) gặp tai biến chảy máu trong khi tán. Cả 3 trường hợp này đều do xử lý polyp niệu quản trong khi tán sỏi.

**Diễn biến thời kỳ hậu phẫu*

Bảng 7. Thời gian tán sỏi và nước tiểu trong sau tán sỏi (n=76)

	n	Giá trị trung bình			So sánh r p	
		$\bar{x} \pm SD$	Thấp nhất	Cao nhất		
Thời gian tán sỏi (phút)	76	38,1±14,1	15	75	0,4	< 0,001
Nước tiểu trong (ngày)	76	2,2±0,5	2	4		

Nhận xét: Giá trị trung bình thời gian tán sỏi: 38,1±14,1 phút; Giá trị trung bình thời gian nước tiểu trong sau tán sỏi: 2,2±0,5 ngày. Thời gian tán sỏi càng dài thì thời gian nước tiểu sau tán sỏi trong hoàn toàn càng dài. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với: trong khoảng $0,3 > r \leq 0,6$; $p < 0,001$.

**Kết quả khi khám lại:* Trong nghiên cứu này chỉ có 59 TH theo hẹn đến khám lại và rút xông NQ, còn 17 TH đã đến cơ sở y tế khác để rút xông. Do đó chúng tôi chỉ đánh giá kết quả qua 59 TH.

Bảng 8. Cải thiện creatinin huyết trước và sau tán sỏi (n=59)

Creatinin huyết	n	Giá trị trung bình ($\mu\text{mol/l}$)			p
		$\bar{x} \pm SD$	Thấp nhất	Cao nhất	
Trước tán sỏi	59	91,3±28,2	49,00	218,30	0,006
Sau tán sỏi	59	82,9±16,3	49,00	120,00	

Nhận xét: Giá trị trung bình creatinin trước tán sỏi: 91,3±28,2 $\mu\text{mol/l}$; Giá trị trung bình creatinin sau tán sỏi: 82,9±16,3 $\mu\text{mol/l}$. Sau tán sỏi giá trị trung bình creatinin huyết giảm được 8,4 $\mu\text{mol/l}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 9. Kết quả chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị khi khám lại (n=59)

Vị trí sỏi Trong niệu quản	Chụp XQ khi khám lại				Tổng	
	Hết sỏi		Còn sỏi			
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
1/3 trên	3	5,5	0	-	3	5,1
1/3 giữa	8	14,5	3	75,0	11	18,6
1/3 dưới	44	80,0	1	25,0	45	76,3
Tổng	55	93,2	4	6,8	59	100,0

Nhận xét: Có 55 trường hợp (93,2%) hết sỏi; Có 4 trường hợp (6,8%) còn sỏi, những trường hợp này sỏi vụn nằm cạnh sonde JJ. Trong 4 trường hợp này thì có 3 trường hợp (75%) gặp ở đoạn niệu quản 1/3 giữa.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

**Tuổi và giới:* Kết quả tại bảng 1 cho thấy, tuổi cao nhất là 83, tuổi thấp nhất là 26, nhóm

tuổi 40-60 chiếm tỷ lệ cao nhất (56,4%), đây là nhóm tuổi lao động chính của xã hội. Nghiên cứu của Hoàng Long (2013), nhóm tuổi từ 30- 60 tuổi chiếm tỉ lệ 75-80%, độ tuổi trung bình là

52,2±11,8 [5]. Nghiên cứu của Hoàng Đức Minh (2015), tuổi trung bình là 51,1±13,2 [6], nghiên cứu của Y.Iker và cs là 49,4. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số BN nam là 30 TH (38,5%), và số BN nữ là 48 TH (61,5%). Theo nghiên cứu của Vũ Nguyễn Khải Ca (2012), BN nam chiếm 52,78%, BN nữ 47,22% [2], của Dương Văn Trung (2004), BN nam 51%, BN nữ 49%.

***Tiền sử phẫu thuật tiết niệu:** Kết quả tại biểu đồ 1 cho thấy, có 15 TH có tiền sử phẫu thuật sỏi tiết niệu. Trong đó, 7 TH mổ sỏi tiết niệu cùng bên (46,7%), 6 TH mổ sỏi tiết niệu khác bên (40%), 1 TH tán sỏi nội soi cùng bên (6,7%), 1 TH đã cắt thận bên đối diện (6,7%). Các trường hợp có tiền sử mổ sỏi cùng bên và tán sỏi nội soi cùng bên, lần này nhập viện, chụp XQ và siêu âm hệ tiết niệu vẫn thấy sỏi thận và sỏi NQ, sỏi NQ lần này có thể là do sỏi từ trên thận rơi xuống hoặc sỏi hình thành thứ phát sau phẫu thuật.

***Đặc điểm sỏi niệu quản:** Trong nghiên cứu này không có TH nào có sỏi cả hai bên NQ.

Kết quả tại bảng 2 cho thấy, sỏi NQ phải có 38 TH (48,7%), sỏi NQ trái 40 TH (51,3%). Theo nghiên cứu của Nguyễn Trung Hiếu, sỏi NQ phải và sỏi NQ trái lần lượt là 49,1% và 50,9% [3], của Dương Văn Trung tỉ lệ này là 50,6% và 49,6%.

Kết quả tại bảng 3 cho thấy, sỏi NQ đoạn 1/3 trên có 4 TH (5,2%), đoạn 1/3 giữa có 14 TH (17,9%) và đoạn 1/3 dưới có 60 TH (76,9%). Nghiên cứu của Dương Văn Trung (2009), tỷ lệ sỏi NQ đoạn 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới thứ tự là 25,3%, 20,3% và 54,4%.

Kết quả tại bảng 4 cho thấy, NQ có 1 viên sỏi gặp 71 TH (91,0%); có 2 viên sỏi gặp 3 TH (3,8%); có từ 3 viên sỏi trở lên gặp 4 TH (5,1%). Nghiên cứu của Dương Văn Trung (2009) NQ có 1 viên sỏi chiếm 93%, có 2 viên sỏi chiếm 4,4% và có 3 viên sỏi chiếm 2,6%.

2. Kết quả tán sỏi

***Thời gian tán sỏi:** Kết quả tại bảng 6 cho thấy, thời gian tán sỏi trung bình là: 38,1±14,1 phút; lâu nhất: 75 phút; nhanh nhất: 15 phút. Trường hợp tán lâu nhất do sỏi to và có xử trí cắt Polyp NQ kèm theo. Nghiên cứu của Dương Văn Trung (2009) thời gian tán trung bình là 34,1±18,9 phút.

***Tai biến trong quá trình tán sỏi:** Mức độ tổn thương NQ có thể gặp như: bong, đụng dập niêm mạc, thủng, đứt NQ. Tổn thương NQ thường được phát hiện ngay trong quá trình tán sỏi, nhưng có trường hợp phát hiện muộn sau tán khi BN có biểu hiện sốt, đau lưng, khối nề vùng thắt lưng, áp xe quanh thận.

Chúng tôi không gặp TH nào thủng, đứt hoặc NQ bị tổn thương nặng. Kết quả tại bảng 6 cho thấy, có 3 TH (3,9%) gặp tai biến chảy máu niêm mạc khi tán sỏi có kèm theo cắt polyp NQ. Nghiên cứu của Vũ Nguyễn Khải Ca và Hoàng Long (2012), có 1,4% thủng NQ phải chuyển mổ mở [2]. Về nguyên nhân thất bại: Chúng tôi có 1 trường hợp tán sỏi thất bại, chiếm 1,3%, nguyên nhân là do sỏi chạy lên thận không tán được. Theo Hoàng Đức Minh và cộng sự (2015) tỷ lệ này là 3,3% [6].

***Diễn biến thời kỳ hậu phẫu:** Theo Trần Văn Hinh, Nguyễn Hoàng Đức: sau quá trình đặt ống soi và tán sỏi, hầu hết BN nước tiểu lẫn máu có màu hồng nhạt, ít khi gặp biến chứng chảy máu cần phải can thiệp. Trong nghiên cứu này, tất cả các TH sau nội soi tán sỏi đều được đặt JJ niệu quản và thông niệu đạo để dẫn lưu nước tiểu. Kết quả bảng 7 cho thấy thời gian trung bình nước tiểu trong hoàn toàn sau tán là 2,2±0,5 ngày, thời gian tán sỏi càng dài thì thời gian nước tiểu trong hoàn toàn càng dài, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

***Kết quả khi khám lại sau tán:** Trong nghiên cứu này chỉ có 59 TH theo hẹn đến khám lại và rút sonde JJ, còn 17 TH đã đến cơ sở y tế khác để rút xong. Dựa vào kết quả chụp XQ hệ tiết niệu, có 55 TH (93,2%) hết sỏi trong NQ, 4 TH (6,8%) còn sỏi, những trường hợp này sỏi vụn nằm cạnh sonde JJ. Trong 4 TH này thì có 3 TH (75%) gặp ở NQ đoạn 1/3 giữa (bảng 9). Nghiên cứu của Nguyễn Trung Hiếu và cộng sự (2016) tỉ lệ sạch sỏi 83,5% [3].

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

- Nam giới chiếm tỷ lệ 38,5%, nữ giới chiếm tỷ lệ 61,5%. Độ tuổi trung bình 52,2±11,8. Nhóm từ 40-60 tuổi chiếm tỷ lệ 56,4%.

- Sỏi NQ phải là 48,7%, sỏi NQ trái là 51,3%. Kích thước trung bình của sỏi là 10,3±3,3 mm.

2. Kết quả nội soi tán sỏi.

- Thời gian tán sỏi trung bình là: 38,1±14,1 phút; lâu nhất: 75 phút; nhanh nhất: 15 phút

- Có 3,9% TH gặp tai biến chảy máu niêm mạc khi tán sỏi có kèm theo cắt polyp NQ, không có TH nào thủng hay đứt niệu quản.

- Có 93,2% TH hết sỏi trong NQ, có 6,8% TH còn sỏi, những trường hợp này sỏi vụn nằm cạnh sonde JJ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Nguyễn Khải Ca (2007), Sỏi niệu quản, *Bệnh học tiết niệu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 202-207.

2. **Vũ Nguyễn Khải Ca, Hoàng Long và cộng sự, (2012)**, "Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng phương pháp tán sỏi Holmium Laser tại bệnh viện Việt Đức", Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh, 16(3), tr. 331-334.
3. **Nguyễn Trung Hiếu và cộng sự (2016)**, "Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng phương pháp tán sỏi Laser tại bệnh viện đại học y dược Cần Thơ", Tạp Chí Y Học Việt Nam, 445, tr. 229-234.
4. **Trần Văn Hình (2013)**, **Đại cương**, Các phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh sỏi tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 9- 24.
5. **Hoàng Long (2013)**, Sỏi tiết niệu, *Bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 203-213.
6. **Hoàng Đức Minh và cs (2015)**, "Đánh giá an toàn và hiệu quả của nội soi niệu quản ngược dòng tán sỏi bằng Laser trong điều trị sỏi niệu quản", *Tạp chí y học TP.HCM*, 4, tr. 214-219.
7. **Lê Ngọc Từ (2006)**, Sỏi tiết niệu, *Bài giảng bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 133-141.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG CỦA BỆNH THOÁI HÓA KHỚP GỐI BẰNG CHỈ SỐ LEQUESNE VÀ MỐI TƯƠNG QUAN VỚI TỔN THƯƠNG X QUANG

Nguyễn Đình Khoa*, Ngô Văn Kiên**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ nặng trên lâm sàng theo chỉ số Lequesne và mối tương quan với mức độ tổn thương trên X quang ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu cắt ngang trên bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối theo tiêu chuẩn ACR 1991, tuổi từ 38 trở lên, điều trị tại bệnh viện đa khoa Bình Phước trong thời gian từ tháng 4/2014 đến tháng 5/2015. Mức độ nặng của thoái hóa khớp trên lâm sàng được đánh giá theo chỉ số Lequesne. Tổn thương X quang được phân loại theo Kellgren và Lawrence. **Kết quả:** Nghiên cứu thu nhận 104 bệnh nhân (nữ 56,7%), tuổi trung bình 58 ± 13.0 . Chỉ số Lequesne trung bình $13,6 \pm 4,1$. Đa số bệnh nhân có mức độ rất nặng (34,6%) và trầm trọng (42,3%). Nữ giới có tỷ lệ trầm trọng cao hơn nam giới (49,2% so với 33,3%). Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương X quang độ III là 26,9% và độ IV là 46,2%. Cả hai nhóm có tổn thương x quang nhẹ (độ I, II) và nặng (độ III, IV) đều có chỉ số Lequesne ở mức rất nặng và trầm trọng chiếm đa số và không thấy có sự khác biệt trong các tỷ lệ giữa hai nhóm ($p=0,881$). **Kết luận:** Đa số bệnh nhân thoái hóa khớp gối có mức độ bệnh nặng trên lâm sàng và X quang, song không thấy có sự tương quan giữa chỉ số Lequesne và tổn thương X quang.

Từ khóa: Thoái hóa khớp gối, X quang, chỉ số Lequesne

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE SEVERITY OF KNEE OSTEOARTHRITIS BY LEQUESNE INDEX AND CRRELATION WITH RADIOGRAPHIC LESIONS

*Bệnh viện Chợ Rẫy

**Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Phước

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Khoa

Email: kn386@nyu.edu

Ngày nhận bài: 4.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

Purpose: To assess the clinical severity of knee osteoarthritis (OA) and the correlation between clinical and radiographic symptoms. **Patients and Methods:** A cross-sectional study was carried out on patients aged 38 or older, diagnosed with knee OA according to the ACR 1991 criteria at Binh Phuoc Hospital during the period from April 2014 to May 2015. Clinical severity of knee OA was measured by Lequesne index. Radiographic lesions were classified according to Kellgren and Lawrence. **Results:** The study recruited 104 patients with mean age of 58 ± 13.0 (56.7% females). Mean Lequesne score was 13.6 ± 4.1 . Patients with very severe and extremely severe Lequesne scores accounted for 34.6% and 42.3%, respectively. The rates of radiographic grade III and IV were 26.9% and 46.2%, respectively. No significant difference in severity Lequesne scores was observed between groups with mild and severe radiographic lesions. **Conclusion:** There is no correlation in the severity between clinical and radiographic symptoms in patients with knee OA.

Keywords: Knee osteoarthritis, radiography, Lequesne index

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Để đánh giá mức độ nặng của bệnh thoái hóa khớp gối trên lâm sàng, nếu chỉ dựa vào các triệu chứng đơn độc như đau, cứng khớp, hạn chế vận động, sẽ khó có đánh giá một cách toàn diện mức độ nặng cũng như ảnh hưởng của bệnh đến hoạt động chức năng và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Để lượng hóa mức độ bệnh, nhiều chỉ số đã được đề xuất, dựa trên các thang điểm đánh giá một cách tổng hợp nhiều khía cạnh ảnh hưởng của bệnh thoái hóa khớp, trong đó có mức độ đau, tình trạng cứng khớp, khả năng vận động và mức độ hạn chế trong các hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày, trong đó có chỉ số WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) và Lequesne [5],[7]. Các chỉ số ngày càng được sử dụng rộng rãi

trên trong theo dõi, đánh giá bệnh trên lâm sàng, đồng thời là công cụ đo lường hiệu quả của các thử nghiệm can thiệp trong bệnh lý thoái hóa khớp. Kết quả nhiều nghiên cứu cho thấy nhìn chung tổn thương x quang nhẹ hay nặng có tương quan yếu với triệu chứng lâm sàng và thường không phải là yếu tố quyết định tiên đoán ảnh hưởng của bệnh đến người bệnh, đặc biệt về mức độ đau cũng như mức độ hạn chế chức năng.

Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu khảo sát đặc điểm bệnh thoái hóa khớp gối tại một số cơ sở y tế cũng như một số cộng đồng dân cư [1,2]. Thực tế ở nước ta, trong thực hành lâm sàng việc vận dụng các chỉ số mức độ nặng của thoái hóa khớp nói chung và thoái hóa khớp gối nói riêng chưa được quan tâm và gần như chưa có ứng dụng vào thực hành hàng ngày trong theo dõi đánh giá người bệnh. Cũng chưa có các điều tra, khảo sát một cách đầy đủ mức độ nặng và gánh nặng bệnh tật của thoái hóa khớp gối với người bệnh và xã hội và cũng như đánh giá vai trò của X quang trong việc tiên đoán mức độ nặng của triệu chứng lâm sàng. Để góp phần tìm hiểu rõ hơn về vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá mức độ nặng trên lâm sàng theo chỉ số Lequesne và mối tương quan với mức độ tổn thương trên X quang ở những bệnh nhân thoái hóa khớp gối.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: là các bệnh nhân thoái hóa khớp gối có độ tuổi từ 38 trở lên tới khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa Bình Phước trong khoảng thời gian từ tháng 4 năm 2014 đến tháng 5 năm 2015. Chẩn đoán thoái hóa khớp gối dựa vào lâm sàng và x quang theo tiêu chuẩn Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR) năm 1991. Loại khỏi nghiên cứu những bệnh nhân có đau khớp gối sau chấn thương trong vòng 3 tháng, thoái hóa khớp gối thứ phát sau một số bệnh lý, chẳng hạn viêm khớp dạng thấp, viêm khớp nhiễm khuẩn, gút, hemophilie, đái tháo đường, cường giáp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, tiến cứu. Các bệnh nhân

được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, chụp X quang khớp gối thẳng nghiêng ở tư thế đứng theo một tư thế chuẩn thống nhất. Đánh giá mức độ nặng của thoái hóa khớp trên lâm sàng dựa theo chỉ số Lequesne [6]. Thang điểm này gồm 3 phần: Mức độ đau và cứng khớp (tối đa 8 điểm), khả năng đi bộ (tối đa 8 điểm) và mức độ khó khăn trong các hoạt động hàng ngày như lên xuống cầu thang, khả năng quỳ hoặc ngồi xổm và khi đi lại trên bề mặt không bằng phẳng (tối đa 8 điểm). Chỉ số Lequesne bằng tổng số điểm của 3 phần. Mức độ nặng theo Lequesne được phân làm 5 mức độ: Trầm trọng (≥ 14 điểm); rất nặng (11-13); nặng (8- 10); trung bình (5-7); và nhẹ (0-4) [6]. Đánh giá, phân loại tổn thương thoái hóa khớp trên X quang dựa theo tiêu chuẩn của Kellgren và Lawrence [5]: Giai đoạn 1, gai xương nhỏ hoặc nghi ngờ có gai xương; Giai đoạn 2, mọc gai xương rõ; Giai đoạn 3, hẹp khe khớp vừa; Giai đoạn 4, hẹp khe khớp nhiều, xơ xương dưới sụn, nhiều gai xương. Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm Stata 12.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thu nhận 104 bệnh nhân, trong đó có 59 nữ (56,7%) và 45 nam (43,3%), với tuổi trung bình là $58 \pm 13,0$, thấp nhất 38, cao nhất là 89 tuổi. Độ tuổi dưới 50 chiếm 34,6%; từ 50 trở lên chiếm 65,4%. Về nghề nghiệp, có 84 bệnh nhân làm nghề lao động chân tay (80,6%), còn lại là lao động văn phòng và các nghề nghiệp khác.

Trong số bệnh nhân nghiên cứu, có 30 bệnh nhân thoái hóa khớp gối trái (28,8%), 26 bệnh nhân có thoái hóa khớp gối phải (25%) và 48 bệnh nhân có thoái hóa cả 2 khớp (46,2%), với tổng cộng số khớp gối khảo sát là 152. Trong các triệu chứng lâm sàng ghi nhận được, các triệu chứng thường gặp nhất gồm đau khớp gối khi thay đổi tư thế (97,1%), nghe được tiếng lục khục khi vận động khớp gối (92,3%), cứng khớp biểu hiện bằng dấu phá gị khớp (79,8%), dáng đi khập khiễng, cần sự trợ giúp (75%).

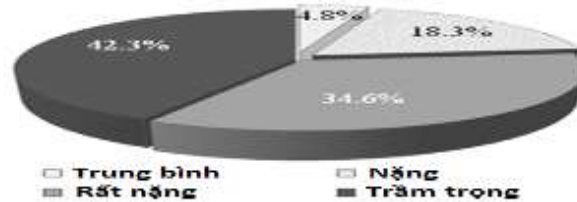
3.2. Mức độ nặng của thoái hóa khớp trên lâm sàng theo chỉ số Lequesne

Bảng 1. Giá trị trung bình và tần suất các mức mức độ của chỉ số Lequesne

Giá trị trung bình, trung vị của chỉ số Lequesne		Tần suất các mức độ bệnh theo chỉ số Lequesne	
Thông số	Điểm số	Mức độ	n (%)
Trung bình	13,6	Nhẹ (0-4)	0 (0)
Độ lệch chuẩn	4,1	Trung bình (5-7)	5 (4,8)
Min-max	13-23	Nặng (8-10)	19 (18,3)

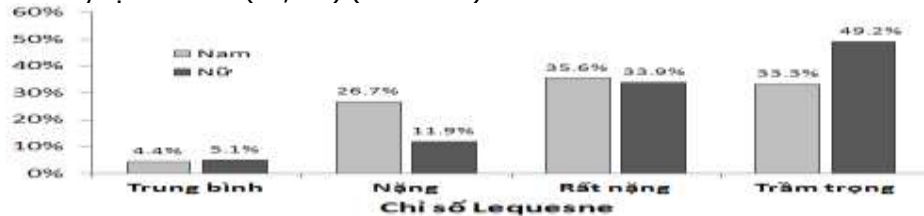
Trung vị	13	Rất nặng (11-13)	36 (34,6)
Khoảng tứ phân vị	11; 16	Trầm trọng ≥ 14	44 (42,3)
Số bệnh nhân	104	Tổng số	104 (100)

Kết quả đánh giá mức độ nặng của thoái hóa khớp gối ở 104 đối tượng nghiên cứu bằng chỉ số Lequesne cho thấy giá trị trung bình và trung vị đều rất cao, trong giới hạn của mức độ rất nặng và không có bệnh nhân nào có triệu đau và hạn chế chức năng ở mức độ nhẹ (tức chỉ số Lequesne từ 0-4 điểm).



Biểu đồ 1. Phân bố mức độ nặng thoái hóa khớp gối theo chỉ số Lequesne

Kết quả phân loại mức độ nặng dựa vào Lequesne cho thấy hầu hết các đối tượng nghiên cứu (76,9%) có chỉ số Lequesne ở mức độ rất nặng và trầm trọng (từ 11 điểm trở lên), trong đó mức độ trầm trọng chiếm tỷ lệ cao nhất (42,3%) (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 2. Phân bố mức độ nặng thoái hóa khớp gối theo chỉ số Lequesne giữa nam và nữ

Ở cả nam và nữ, thoái hóa khớp gối ở mức độ rất nặng và trầm trọng đều chiếm đa số, tuy nhiên tỷ lệ ở mức độ trầm trọng ở nữ (49,2%) cao hơn so với nam (33,3%) (Biểu đồ 2).

3.3. Đặc điểm tổn thương X quang

Bảng 2. Phân bố mức độ tổn thương X quang theo Kellgren và Lawrence

Mức độ tổn thương X quang	Số bệnh nhân (%)
Độ I	20 (19,2)
Độ II	08 (7,7)
Độ III	28 (26,9)
Độ IV	48 (46,2)
Tổng số	104 (100)

Tổn thương thoái hóa khớp trên X quang gặp mọi mức độ từ nhẹ đến nặng, song đa số bệnh nhân có tổn thương từ độ III trở lên, chiếm tỷ lệ 73,1% (Bảng 2). Các triệu chứng thoái hóa trên x quang qua đánh giá trên 152 khớp gối gồm đặc xương dưới sụn (100%), gai xương (88,2%), hẹp khe khớp (67,8%) và hốc xương (13,5%).

Bảng 3. Mối liên quan giữa độ tuổi và các tổn thương X quang

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Có gai xương		Có hẹp khe khớp		Có hốc xương	
		n (%)	OR	n (%)	OR	n (%)	OR
38-49	36	29 (80,6)	1	19 (52,8)	1	0 (0)	1
50-59	21	20 (95,2)	2,03	15 (71,4)	2,25	1 (4,8)	3,63
60-69	23	22 (95,7)	4,12	20 (86,9)	5,06	8 (34,8)	13,18
≥ 70	24	23 (95,8)	16,97	22 (91,7)	11,39	10 (41,7)	47,83
P		0,17		0,003		<0,001	

Gai xương chiếm tỷ lệ cao ở các nhóm tuổi, tuy nhiên không có mối liên quan giữa nhóm tuổi và tỷ lệ có gai xương, với $P > 0,05$. Tuổi càng cao tỷ lệ hẹp khe khớp càng tăng ($p < 0,05$) và tỷ lệ tổn thương xương dạng hốc xương càng cao ($p < 0,05$) (Bảng 3).

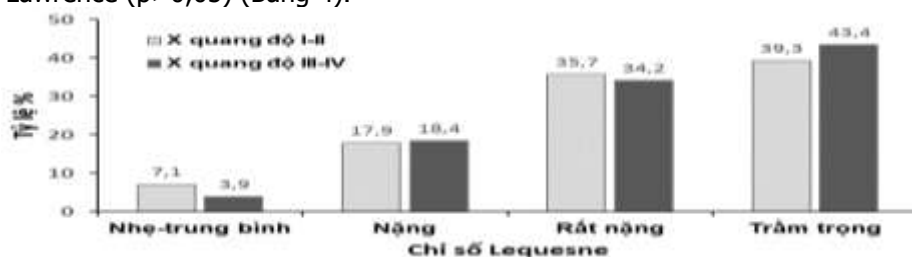
3.4. Mối liên quan giữa chỉ số Lequesne và tổn thương X quang

Bảng 4. Liên quan giữa mức độ nặng thoái hóa khớp gối theo chỉ số Lequesne và mức độ tổn thương khớp gối trên X quang theo Kellgren và Lawrence

Chỉ số Lequesne	Mức độ tổn thương X quang		Tổng cộng n (%)	P
	Độ I-II (n,%)	Độ III-IV (n,%)		

Nhẹ-trung bình	2 (40)	3 (60)	5 (100)	0.881
Nặng	5 (26,3)	14 (73,7)	19 (100)	
Rất nặng	10 (27,8)	26 (72,2)	36 (100)	
Trầm trọng	11 (25)	33 (75)	44 (100)	
Tổng cộng	28	76	104	

Đa số bệnh nhân có mức độ bệnh theo chỉ số Lequesne đều ở mức độ rất nặng và trầm trọng (Biểu đồ 3), bất kể mức độ tổn thương X quang nặng hay nhẹ. Không thấy có mối liên quan có ý nghĩa giữa mức độ nặng theo chỉ số Lequesne và giai đoạn tổn thương khớp gối trên X quang theo Kellgren và Lawrence ($p > 0,05$) (Bảng 4).



Biểu đồ 3. Phân bố mức độ nặng Lequesne theo mức độ tổn thương X quang

IV. BÀN LUẬN

Mức độ nặng của thoái hóa khớp gối trong nhóm nghiên cứu: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm đối tượng nghiên cứu đa số là nữ, độ tuổi trung bình là 58, như vậy không phải là dân số cao tuổi, hơn nữa số người dưới 50 chiếm tỷ lệ đáng kể (chiếm 34,6%). Thực tế đối tượng thu nhận vào nghiên cứu này thuộc khu vực một tỉnh miền núi là Bình Phước, đa số làm nghề làm rẫy hoặc công nhân cạo mủ cao su với đặc thù công việc chân tay, nặng nhọc, các hoạt động đi, đứng, mang vác nhiều do đó thoái hóa khớp có lẽ xuất hiện sớm hơn so với các khu vực dân cư thành thị hoặc đồng bằng. Khi đánh giá các triệu chứng lâm sàng liên quan đến thoái hóa khớp, nghiên cứu cho thấy biểu hiện chính là đau khớp gối, cứng khớp và hạn chế khả năng đi lại. Tỷ lệ các triệu chứng này đều ở mức cao trên 70-90%, nhìn chung cũng tương tự như một số nghiên cứu trong nước khác [1],[2].

Kết quả đánh giá mức độ nặng của bệnh dựa vào chỉ số Lequesne cho thấy chỉ số Lequesne trung bình ($13,6 \pm 4,1$) và trung vị 13 [KTPV: 11;16] của nhóm nghiên cứu khá cao, tức ở mức độ rất nặng. Hơn nữa, kết quả cho thấy, không có bệnh nhân nào ở mức độ nhẹ, trong khi hầu hết các đối tượng nghiên cứu (76,9%) có chỉ số Lequesne ở mức độ rất nặng và trầm trọng. Điều này có thể phản ánh dân số nghiên cứu từ bệnh viện Bình Phước, một tỉnh miền núi, đa số đối tượng nghiên cứu làm những công việc lao động chân tay nặng nhọc, cùng với điều kiện kinh tế xã hội đặc thù của địa phương, mà người bệnh có xu hướng chỉ đi khám bệnh khi triệu chứng đã tương đối nặng. Với hầu hết bệnh nhân có chỉ

số Lequesne ở mức rất nặng và trầm trọng, có thể thấy đa số người bệnh đang phải chịu gánh nặng bệnh tật rất lớn từ thoái hóa khớp gối. Kết quả nghiên cứu này cũng có nhiều điểm tương đồng với nghiên cứu trên bệnh nhân tại bệnh viện của Nguyễn Thị Ngọc Lan [2] và cao hơn một số nghiên cứu trong cộng đồng [1,3,6].

Trong nghiên cứu này, nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ ở nữ 56,73% so với nam là 43,27%. Thực tế hầu hết các nghiên cứu trong thoái hóa khớp gối, phụ nữ thường bị nhiều hơn nam. Khi so sánh chỉ số Lequesne giữa 2 giới, chúng tôi nhận thấy, nữ giới có tỷ lệ nặng ở mức độ trầm trọng cao hơn nam giới. Thực tế nhiều nghiên cứu cũng cho thấy, không chỉ mắc thoái hóa khớp gối nhiều hơn, phụ nữ cũng thường có xu hướng mắc bệnh thoái hóa khớp ở mức độ nặng nề hơn nam giới [5].

Mức độ tổn thương trên X quang: Cho đến nay, ngoài lâm sàng thì X quang vẫn là công cụ chủ yếu giúp chẩn đoán thoái hóa khớp. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân có tổn thương ở giai đoạn III và IV với tỷ lệ chung là 73,1%. Như vậy là đa số bệnh nhân đã có tổn thương ở mức độ vừa đến nặng, đây là những giai đoạn khá muộn trong bệnh lý thoái hóa khớp, khe khớp đã bị hẹp đáng kể và thông thường người bệnh bị ảnh hưởng nặng nề đến khả năng vận động khớp và đi lại. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan với tổn thương chủ yếu giai đoạn III và IV [2], song khác với nghiên cứu của Đinh Thị Diệu Hằng [1] với tổn thương giai đoạn I và II là chủ yếu. Điều này cũng phù hợp do nghiên cứu của chúng tôi và của tác giả Ngọc Lan là nghiên cứu tại bệnh viện, nơi đa số bệnh nhân thoái hóa

khớp thường chỉ đi khám khi bệnh đã có triệu chứng rõ, còn nghiên cứu của Đinh Thị Diệu Hằng là ở tại cộng đồng có mức độ bệnh trung bình nhẹ hơn. Dấu hiệu X-quang thoái hóa khớp gối nếu ở mức độ nặng và được đánh giá một cách đầy đủ ở nhiều bình diện khác nhau thường có liên quan nhiều đến mức độ đau khớp và các biểu hiện lâm sàng khác, đặc biệt khi ở giai đoạn nặng [4].

Mối liên quan giữa chỉ số mức độ nặng Lequesne với tổn thương X quang

Có thể lý giải một phần là trong nghiên cứu này, độ tuổi bệnh nhân còn khá trẻ và bệnh thoái hóa khớp đến sớm và mức độ nặng của triệu chứng ở giai đoạn sớm có thể chưa tương quan với tổn thương X quang. Một số nghiên cứu cũng cho thấy, mức độ nặng theo các chỉ số như Lequesne, đặc biệt là phần đánh giá mức độ triệu chứng, không tương quan hoặc tương quan rất yếu với mức độ nặng trên X quang [5],[7].

Theo một số đánh giá, sở dĩ không có tương quan giữa mức độ nặng lâm sàng và X quang một phần có thể vì khảo sát X quang thường chưa thực sự đầy đủ, chi tiết. Nếu thăm khám x quang rất kỹ lưỡng, ở nhiều tư thế khác nhau, trong có quan sát cả khớp bánh chè xương đùi, sẽ cho thấy dấu hiệu đau khớp có thể giúp dự đoán có tổn thương x quang [4]. Tuy nhiên, cho dù tổn thương trên X quang thực sự có thể nào, song cảm nhận đau và ảnh hưởng đến chức năng thường là một vấn đề đa yếu tố, xét về nguồn gốc đau cũng như có nhiều các yếu tố ảnh hưởng khác, chẳng hạn trầm cảm có thể đóng vai trò quan trọng trong biểu hiện đau. Đau trong thoái hóa khớp, ngoài lý do tổn thương thực thể cấu trúc khớp, còn có thể có yếu tố đau thần kinh hoặc cơ chế nhạy cảm trung ương, chưa kể vấn đề liên quan đặc thù dân số, chủng tộc và các yếu tố khác [3]. Do vậy, việc đánh giá và xem xét nhu cầu cũng như các biện pháp điều trị cho bệnh nhân thoái hóa khớp cần cá thể hóa, trên cơ sở đánh giá không chỉ triệu chứng lâm sàng mà còn chức năng thực thể cụ thể trên người bệnh và không

thể căn cứ chủ yếu vào dấu hiệu tổn thương khớp trên chẩn đoán hình ảnh.

V. KẾT LUẬN

1. Chỉ số Lequesne trung bình $13,6 \pm 4,1$. Đa số bệnh nhân có mức độ rất nặng (34,6%) và trầm trọng (42,3%). Nữ giới có tỷ lệ ở mức trầm trọng cao hơn so với nam giới (49,2% so với 33,3%).

2. Bệnh nhân có mức độ tổn thương x quang nhẹ (độ I, II) và nặng (độ III, IV) đều có tỷ lệ bệnh nhân ở mức độ rất nặng và trầm trọng tương đương và không thấy có liên quan có ý nghĩa giữa chỉ số Lequesne với mức độ tổn thương X quang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Thị Diệu Hằng (2013).** Nghiên cứu thực trạng bệnh thoái hóa khớp gối và hiệu quả nâng cao năng lực chẩn đoán, xử trí của cán bộ y tế xã tại tỉnh Hải Dương. *Luận án Tiến sĩ Y học*, Đại học Y HN.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Lan và Nguyễn Vĩnh Ngọc (2007).** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR 1991. *Y học lâm sàng*, Số đặc san, 68-73.
3. **Bedson J and Croft PR. (2008).** The discordance between clinical and radiographic kneeosteoarthritis: A systematic search and summary of the literature. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9:116.
4. **Duncan R.C., Hay E.M., Saklatvala J. and Croft P. R., (2006).** Prevalence of radiographic osteoarthritis-it all depends on your point of view, *Rheumatology* 45:757-760.
5. **Herman A, Chechik O, Segal G et al (2015).** The correlation between radiographic knee OA and clinical symptoms—do we know everything? *Clin Rheumatol*. 34:1955-60.
6. **Lequesne, M.G. & Maheu, E. (2003).** Clinical and radiological evaluation of hip, knee and hand osteoarthritis. *Aging Clin Exp Res* 15: 380.
7. **Stucki G, Sangha O, Stucki S. (1998).** Comparison of the WOMAC (Western Ontario and McMasterUniversities) osteoarthritis index and a self-report format of the self-administered Lequesne-Algorithm functional index in patients withknee and hip osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*. 6:79-86.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG GIẢM ĐAU CỦA PHƯƠNG PHÁP TỪ TRƯỜNG KẾT HỢP VỚI ĐIỆN CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Nguyễn Đức Minh*

TÓM TẮT

*Bệnh viện Châm cứu TW

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Minh
Email: drminhchamcuu@gmail.com
Ngày nhận bài: 28.01.2017

Mục tiêu: Phương pháp từ trường kết hợp với điện châm trong điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng, theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh 2 nhóm trước- sau điều trị trên 60 bệnh nhân có đau do thoái hóa cột sống thắt lưng, liệu trình 7 ngày. **Kết quả:** kết quả điều trị chung đạt 86,67% tốt, trong đó: mức độ hết đau đạt 86,67%. Độ giãn cột sống thắt lưng (CSTL) đạt 86,67% tốt, tầm vận động CSTL đạt 86,67% tốt, tình trạng cơ cơ cạnh sống đạt 100% ($p < 0,05$), các hoạt động chức năng sinh hoạt đạt 100% tốt và khả. Không có bệnh nhân nào có tác dụng không mong muốn. **Kết luận:** từ trường kết hợp với điện châm là phương pháp an toàn và hiệu quả điều trị đau do thoái hóa cột sống thắt lưng

Từ khóa: từ trường, điện châm, thoái hóa cột sống thắt lưng

SUMMARY

EVALUATING PAIN-REDUCING EFFECT OF MAGNETIC METHOD COMBINED WITH ELECTRO-ACUPUNCTURE IN THE TREATMENT OF LOW BACK PAIN CAUSED BY SPINAL SPONDYLOSIS

Objectives: Magnetic method combined with electro-acupuncture in the treatment of low back pain caused by spinal spondylosis and to monitor the side effects of the therapy. **Subject and methods:** Prospective study, results before and after treatment between the 2 groups were compared. 60 patients with low back pain caused by spinal spondylosis. The treatment course lasted 7 days. **Results:** 86.67% of patients achieved good results, including: 86.67% had pain-free, 86.67% had good spinal range of motion and spinal stretch, 100% had good spinal muscle contraction ($p < 0,05$), 100% had good and fair daily activities. No body had side effects. **Conclusion:** Magnetih method combined with electro-acupuncture was a method of safe and effectiveness for back pain patients caused by spinal spondylosis

Key words: Magnetic, electro-acupuncture, spinal spondylosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa cột sống thắt lưng (THCSTL) là một bệnh phổ biến, rất hay gặp trong đời sống hằng ngày và trên lâm sàng. Thống kê của hội Chấn thương chỉnh hình Việt Nam thì số người có chỉ định phẫu thuật cột sống chiếm 10% số bệnh nhân đau cột sống, 90% bệnh nhân đau cột sống đều được điều trị nội khoa bằng thuốc tây y, phục hồi chức năng và y học cổ truyền.

Việc điều trị thoái hóa khớp, trong đó có THCSTL, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phục hồi chức năng kết hợp với điều trị nội khoa, ngoại khoa và vật lý trị liệu. Y học hiện đại

(YHHĐ) chủ yếu sử dụng các nhóm thuốc chống viêm, giảm đau không steroid, thuốc giãn cơ, kết hợp với tia hồng ngoại, sóng siêu âm, sóng từ trường, kéo giãn cột sống thắt lưng (CSTL). Việc điều trị phẫu thuật được cân nhắc khi điều trị nội khoa không kết quả hoặc chèn ép thần kinh nhiều thể hiện trên lâm sàng và chuẩn đoán hình ảnh.

Điều trị Y học cổ truyền (YHCT) sử dụng các phương pháp khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh hoạt lạc, tư bổ can thận nhằm khôi phục lại sự cân bằng âm dương, phù chính khu tà, chỉ thông và khôi phục hoạt động sinh lý của vùng cột sống thắt lưng. Thực hiện đường lối kết hợp YHHĐ với YHCT, việc kết hợp từ trường với điện châm đã đem đến hiệu quả điều trị trên lâm sàng hơn hẳn so với điều trị đơn lẻ từng phương pháp. Vì vậy, tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá tác dụng giảm đau, tác dụng không mong muốn của phương pháp từ trường kết hợp với điện châm trong điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, được chẩn đoán đau do THCSTL theo tiêu chuẩn của YHHĐ được điều trị nội trú tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương, thời gian nghiên cứu từ tháng 03/2015 đến 10/2016.

- Nhóm I (nhóm nghiên cứu): gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp với từ trường.

- Nhóm II (nhóm chứng): gồm 30 bệnh nhân được điều trị đơn thuần bằng phương pháp điện châm.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại*

- Bệnh nhân được chẩn đoán là đau lưng do thoái hóa cột sống.

- Bệnh nhân từ 30 tuổi trở lên.

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân tuân thủ điều trị.

- Cận lâm sàng có thoái hóa cột sống lưng.

- Đau vùng thắt lưng ở giai đoạn cấp và bán cấp.

- Có các dấu hiệu của hội chứng cột sống:

+ Biến dạng cột sống, các tư thế chống đau: trước - sau, thẳng-chéo.

+ Nghiệm pháp Schober tư thế đứng $\leq 13/10\text{cm}$.

- Hình ảnh X-quang thường quy: dựa vào ba dấu hiệu cơ bản của thoái hóa cột sống: Hẹp khe khớp không đồng đều, biểu hiện giảm chiều cao của đĩa đệm hẹp nhưng không dính khớp; Gai xương ở ngoài của thân đốt sống, gai xương có thể tạo thành những cầu xương, khớp nhân tạo. Đặc biệt những gai xương ở gần lỗ tiếp hợp dễ bị

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2017

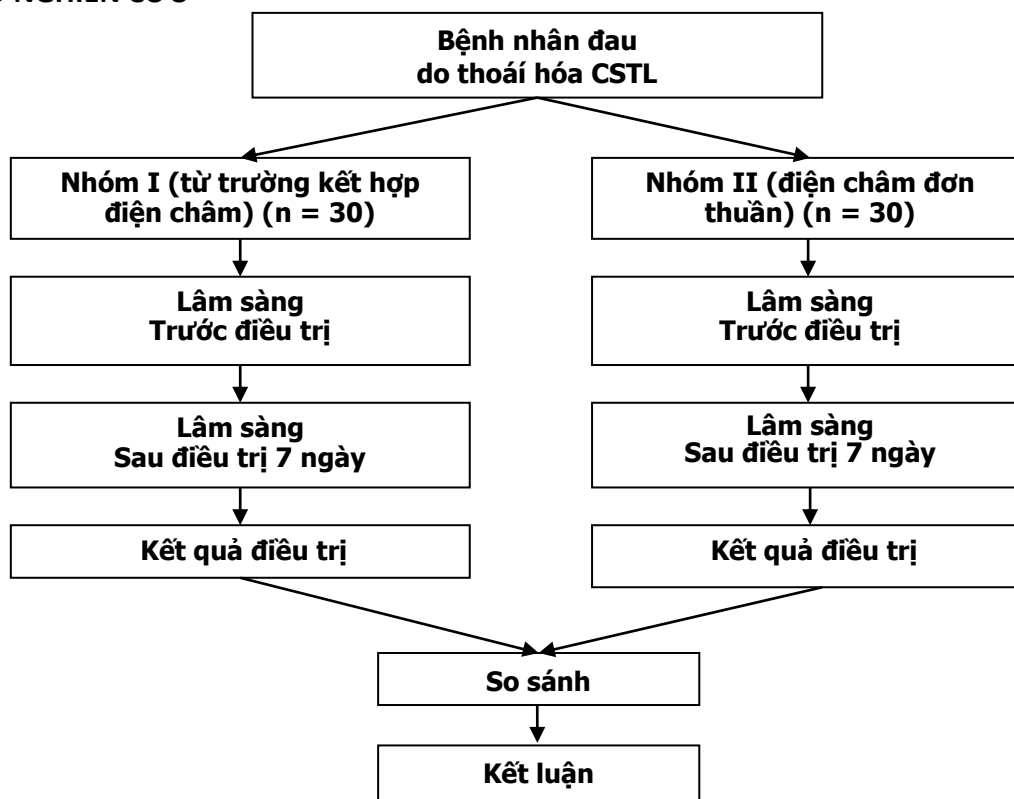
Ngày duyệt bài: 10.4.2017

chèn ép vào rễ thần kinh; Đặc xương: mâm sụn có hình ảnh đặc xương.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học cổ truyền*

Đau vùng ngang thắt lưng, đau mạn tính lâu ngày, ê ẩm, mỏi ngang thắt lưng đau nhiều về đêm, nằm nghỉ đỡ đau, bệnh nhân thích xoa bóp, ngại vận động. Mỏi gối. Chết lưỡi nhạt màu, rêu lưỡi mỏng. Mạch trầm tế.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đánh giá sự thay đổi của ngưỡng đau

Bảng 1. Sự thay đổi của ngưỡng đau (g/s)

Nhóm	Thời điểm	Trước ĐT (1) $\bar{X} \pm SD$	Sau ĐT (2) $\bar{X} \pm SD$	Hệ số giảm đau $K = \frac{Đs}{Đt}$	p_{2-1}
Nhóm I (a)		331,1±11,9	472,1±13,1	1,42±0,09	0,012
Nhóm II (b)		328,1±10,5	456,5±41,2	1,39±0,1	0,018
p_{a-b}		$p > 0,05$	0,016	0,011	

Qua bảng 1 cho thấy, nhóm I và nhóm II, trước điều trị ngưỡng đau trung bình lần lượt là 331,1±11,9g/s và 328,1±10,5g/s không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Sau 7 ngày điều trị ngưỡng đau tăng lên tới 472,1±13,1 g/s với hệ số giảm đau K là 1,42±0,09 ở nhóm I và ở nhóm II là 456,5±41,2 g/s hệ số giảm đau K là 1,39±0,1 (p

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo mô hình thử nghiệm lâm sàng mở, có đối chứng (so sánh trước và sau điều trị, so sánh giữa hai nhóm). Cỡ mẫu nghiên cứu 60 bệnh nhân chọn ngẫu nhiên chia thành 2 nhóm đảm bảo bệnh nhân được phân bố vào hai nhóm sao cho có sự tương đồng về tuổi và mức độ đau.

<0,05). Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm với $p < 0,05$ đồng thời có sự khác biệt giữa nhóm I và nhóm II ($p < 0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với một số tác giả: Lưu Thị Hiệp, Trần Thị Kiều Lan, Nghiêm Hữu Thành, đo ngưỡng đau bằng máy Analgesy metter khi bệnh nhân chưa can thiệp biện pháp giảm đau nào [1], [2], [4].

3.2. Đánh giá sự cải thiện về mức độ đau

Bảng 2. Sự cải thiện về mức độ đau sau 7 ngày điều trị (theo VAS)

Nhóm	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)

Mức độ	TĐT (D ₀)		SĐT(D ₇) (a)		p TĐT/SĐT	TĐT (D ₀)		SĐT(D ₇) (b)		p TĐT/SĐT
	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
Không đau	0	0	26	86,67	<0,05	0	0	19	63,33	<0,05
Đau nhẹ	9	30,0	4	13,33		7	23,33	11	36,67	
Đau vừa	18	60,0	0	0		19	63,33	0	0	
Đau nặng	3	10,0	0	0		4	13,34	0	0	
p _{a-b}	0.036									

*TĐT: trước điều trị; SĐT: sau điều trị

Qua bảng 2 cho thấy, sau 7 ngày điều trị ở cả hai nhóm không bệnh nhân nào còn ở mức độ đau nặng. Ở nhóm nghiên cứu có tới 86,67% bệnh nhân ở mức không đau, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm chứng là 63,33%. Sự khác biệt về độ cải thiện mức độ đau sau 7 ngày điều trị ở cả

hai nhóm là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh giữa hai nhóm, sự khác biệt về mức độ đau sau 7 ngày điều trị của hai nhóm là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu tại nhóm II cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lưu Thị Hiệp, Đoàn Hải Nam [1], [3].

3.3. Đánh giá sự cải thiện chất lượng cuộc sống

Bảng 3. Sự cải thiện chất lượng cuộc sống sau 7 ngày điều trị (theo Oswestry)

Nhóm	Nhóm I (n = 30)					Nhóm II (n = 30)				
	TĐT (D ₀)		SĐT(D ₇) (a)		p TĐT/SĐT	TĐT (D ₀)		SĐT(D ₇) (b)		P TĐT/SĐT
	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
Tốt	0	0	27	90,0	<0,05	0	0	20	66,67	<0,05
Khá	19	63,33	3	10,0		18	60,0	10	33,34	
Trung bình	11	36,67	0	0		12	40,0	0	0	
Kém	0	0	0	0		0	0	0	0	
p _{a-b}	p< 0,05									

Qua bảng 3 cho thấy, ở nhóm I, sự cải thiện chất lượng cuộc sống (Bảng Oswestry) ở mức độ tốt tăng 0,00% lên đến 90%, mức độ khá trước điều trị 63,33% sau điều trị giảm còn 10%, mức độ trung bình giảm từ 36,67% xuống còn 0,00%. Sự khác biệt về cải thiện chất lượng cuộc sống sau 7 ngày điều trị của nhóm I là có ý nghĩa ($p < 0,05$). Nhóm II, sự cải thiện chất

lượng cuộc sống (Bảng Oswestry) ở mức độ tốt 0% lên đến 66,67%, mức độ khá giảm từ 60% xuống còn 33,34%, mức độ trung bình giảm từ 40% xuống còn 0,00%. Sự khác biệt về cải thiện chất lượng cuộc sống sau 7 ngày điều trị của nhóm II là có ý nghĩa ($p < 0,05$). Sự khác biệt về cải thiện chất lượng cuộc sống sau 7 ngày điều trị giữa hai nhóm là có ý nghĩa ($p < 0,05$).

3.4. Đánh giá sự cải thiện độ giãn CSTL

Bảng 4. Sự cải thiện độ giãn CSTL sau 7 ngày điều trị

Nhóm	Nhóm I (n = 30)				p	Nhóm II (n = 30)				P	
	TĐT (D ₀)		SĐT(D ₇)(a)			TĐT /SĐT	TĐT (D ₀)		SĐT(D ₇) (b)		
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n		(%)
Tốt	0	0	26	86,67	<0,05	0	0	19	63,33	<0,05	
Khá	22	73,33	4	13,33		21	70,0	11	36,67		
Trung bình	8	26,67	0	0		9	30,0	0	0		
Kém	0	0	0	0		0	0	0	0		
p _{a-b}	p< 0,05										

Qua bảng 4 cho thấy: Nhóm I: Độ giãn CSTL mức độ tốt tăng từ 0,00% lên đến 86,67%, mức độ khá giảm từ 73,33 % xuống còn 13,33%, mức độ trung bình giảm từ 26,67 còn 0%. Sự khác biệt về độ giãn CSTL sau 7 ngày điều trị của nhóm I là có ý nghĩa ($p < 0,05$). Nhóm II: Độ giãn CSTL mức độ tốt từ 0,00% lên đến 63,33% , mức độ khá giảm từ 70,00% còn 36,67%, mức độ trung bình giảm từ 30,00% còn 0,00%. Sự khác biệt về độ giãn CSTL sau 7 ngày điều trị của nhóm II là có ý nghĩa ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về độ giãn CSTL sau 7 ngày điều trị giữa hai nhóm là có ý nghĩa ($p < 0,05$).

3.5. Đánh giá sự cải thiện tâm vận động CSTL

Bảng 5. Sự cải thiện tâm vận động CSTL sau 7 ngày điều trị

Nhóm	Nhóm I (n = 30)					Nhóm II (n = 30)				

Mức độ	TĐT (D ₀)		SĐT(D ₇)(a)		p TĐT/SĐT	TĐT (D ₀)		SĐT(D ₇) (b)		P TĐT/SĐT
	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
Tốt	00	0	26	86,67	<0,05	00	0,00	19	63,33	<0,05
Khá	22	73,33	04	13,33		21	70,0	11	36,67	
Trung bình	08	26,67	00	0		09	30,0	00	0,00	
Kém	00	0.00	00	0		00	0,00	00	0,00	
p _{a-b}	p < 0,05									

Qua bảng 5 cho thấy: Nhóm I: Tâm vận động CSTL mức độ tốt tăng từ 0,00% lên đến 86,67%, mức độ khá giảm từ 73,33% xuống còn 13,33%, mức độ trung bình giảm từ 26,67% xuống còn 0,00%. Sự khác biệt về tâm vận động CSTL sau 7 ngày điều trị ở nhóm I là có ý nghĩa (p < 0,05). Nhóm II: Tâm vận động CSTL ở mức độ

tốt tăng từ 0,00% lên đến 63,33%, mức độ khá giảm từ 70% còn 36,67%, mức độ trung bình giảm từ 30,0% còn 0,00%. Sự khác biệt về tâm vận động CSTL sau 7 ngày điều trị của nhóm II là có ý nghĩa (p < 0,05). Sự khác biệt về tâm vận động CSTL sau 7 ngày điều trị giữa hai nhóm là có ý nghĩa (p < 0,05).

3.6. Đánh giá tình trạng cơ cơ cạnh sống vùng thắt lưng

Bảng 6. Đánh giá tình trạng cơ cơ cạnh sống vùng TL sau 7 ngày điều trị

Tình trạng cơ cơ	Nhóm	Nhóm I (n = 30)				p	Nhóm II (n = 30)				
		TĐT (D ₀)		SĐT(D ₇)(a)			TĐT (D ₀)		SĐT(D ₇) (b)		P
		n	(%)	N	(%)		TĐT/SĐT	n	(%)	n	
Có		14	46,67	0	0	<0,05	13	43,33	4	13,33	<0,05
Không		16	53,34	30	100		17	56,67	26	86,67	
Pa-b		p <0,05									

Qua bảng 6 cho thấy, sau 7 ngày điều trị, 100% bệnh nhân nhóm I không còn tình trạng cơ cơ cạnh sống vùng thắt lưng, ở nhóm II là 86,67%. Trong nhóm II, sau 7 ngày điều trị vẫn còn 04 bệnh nhân có tình trạng cơ cơ cạnh sống vùng thắt lưng, chiếm 13,33%. Sự cải thiện về tình trạng cơ cơ cạnh sống vùng thắt lưng của cả hai nhóm đều cải thiện rõ rệt so với trước điều trị (p < 0,05) và có sự khác biệt giữa hai nhóm (p < 0,05).

3.7. Đánh giá kết quả điều trị chung

Bảng 7. Kết quả điều trị chung sau 7 ngày điều trị

Nhóm Mức độ	Nhóm I (n = 30)					Nhóm II (n = 30)				
	TĐT (D ₀)		SĐT(D ₇) (a)		p TĐT/SĐT	TĐT (D ₀)		SĐT(D ₇) (b)		P TĐT/SĐT
	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
Tốt	0	0	26	86,67	<0,05	0	0	19	63,33	<0,05
Khá	21	70,0	4	13,34		22	73,33	11	36,67	
Trung bình	9	30,0	0	0		8	26,67	0	0	
Kém	0	0	0	0		0	0	0	0	
Pa-b	p < 0,05									

Qua bảng 7 cho thấy, sau 7 ngày điều trị, cả hai nhóm đều đạt kết quả cao và không có bệnh nhân nào không đạt kết quả, theo đó ở nhóm nghiên cứu: mức độ tốt đạt 86,67%, khá đạt 13,34%, trong khi đó ở nhóm chứng: các tỷ lệ trên lần lượt là 63,33, 36,67. Nhận thấy kết quả điều trị chung của nhóm nghiên cứu cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.8. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

Bảng 8. Tác dụng không mong muốn của điện châm kết hợp từ trường

Dấu hiệu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vùng châm	0	0
Chảy máu, tụ máu	0	0
Nhiễm trùng	0	0
Mẩn, ngứa	0	0

Qua bảng 8 cho thấy, trong quá trình điều trị đau do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng phương pháp điện châm kết hợp với từ trường, không có bệnh nhân nào xảy ra tác dụng không mong muốn hay những tai biến có thể xảy ra do điện châm kết hợp với từ trường. Điều này thể

hiện tính an toàn của phương pháp trong điều trị đau do thoái hóa cột sống thắt lưng. Tính an toàn của châm cứu cũng được nhiều tác giả đề cập tới, các tai biến nếu có xảy ra thường nhẹ và dễ xử lý tại chỗ [5], [7].

IV. KẾT LUẬN

- Hiệu quả điều trị giảm đau rõ rệt của từ trường kết hợp với điện châm. Sau liệu trình 7 ngày điều trị, kết quả điều trị chung đạt 86,67% tốt, 13,33% khá.

- Đây là phương pháp an toàn, chưa thấy trường hợp xảy ra tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lưu Thị Hiệp (2001), "Nghiên cứu tác dụng giảm đau thoái hóa cột sống thắt lưng bằng một công thức huyết", Tạp chí Y học thực hành, thành phố Hồ Chí Minh số 4/2001.
2. Trần Thị Kiều Lan (2008), "Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp thủy châm trong điều trị đau thắt lưng", Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội tr 3-50.
3. Đoàn Hải Nam (2003), "Đánh giá tác dụng của điện châm huyết Ủy trung và Giáp tích thắt lưng (L1 - L5) trong điều trị chứng yếu thống thể hàn thấp", Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y HN.
4. Nghiêm Hữu Thành (2010), "Những cơ sở khoa học của điện châm-bấm huyết-tâm thuốc trong điều trị đau cột sống cổ và cột sống thắt lưng", Hội thảo Điều trị đau cột sống cổ và cột sống thắt lưng, những tiến bộ của khoa học hiện đại và châm cứu, tr.6-17.
5. Nghiêm Hữu Thành (2010), "Nghiên cứu cơ sở khoa học của điện châm trong điều trị một số chứng đau", Đề tài khoa học cấp Nhà nước mã số KC10-30/06.10.
6. Nguyễn Tài Thu, Trần Thuý (1997), "Châm cứu sau đại học", NXB Y học, tr 145-348.
7. Langworthy J.R. (1993), "Evaluation of impairments relate to low back pain", Low-Back-Pain-Classification, Hawaii, p. 253-256.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU TỰ ĐIỀU KHIỂN BẰNG MORPHIN SAU PHẪU THUẬT TIM HỞ

Nguyễn Thị Mai Lý¹, Nguyễn Trung Kiên², Trần Đức Tiệp²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả giảm đau và tác dụng không mong muốn của phương pháp giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển bằng morphin tĩnh mạch (IV-PCA) sau phẫu thuật tim hở. **Phương pháp:** nghiên cứu tiền cứu PCA morphin tĩnh mạch để giảm đau sau khi rút nội khí quản ở 30 bệnh nhân mổ tim hở. Đánh giá đau sau mổ theo điểm VAS (khi nghỉ và khi hít sâu); cài đặt liều bolus 1mg, thời gian khóa 10 phút, giới hạn 15 mg/4giờ, không để liều nền. Nếu VAS >4 khi nghỉ sau 3 lần bấm liên tiếp có đáp ứng, tiêm bổ sung tĩnh mạch fentanyl 0,5µg/kg. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, điểm VAS khi nghỉ và hít sâu, lượng morphin tiêu thụ và các tác dụng không mong muốn trong 48 giờ sau rút nội khí quản. **Kết quả:** lượng morphin tiêu thụ trong 24 và 48 giờ tương ứng là 15.3 ± 2.94 mg, 30.87 ± 5.05 mg. Điểm VAS trung bình trong phạm vi 0.53 ± 0.90 đến 1.53 ± 1.55 khi nghỉ và 2.00 ± 0.91 đến 3.13 ± 1.25 khi hít sâu. Không có bệnh nhân cần tiêm bổ sung fentanyl. Tỷ lệ nôn, buồn nôn là 13.3%; bí tiểu là 16.6%. Không có bệnh nhân bị ức chế hô hấp. **Kết luận:** PCA bằng morphin tĩnh mạch sau phẫu thuật tim hở có hiệu quả giảm đau tốt. Tỷ lệ tác dụng không mong muốn thấp.

Từ khóa: phẫu thuật tim hở, giảm đau bệnh nhân tự điều khiển, morphin.

SUMMARY

STUDYING THE ANALGESIC EFFICACY OF INTRAVENOUS PATIENT CONTROLLED ANALGESIA WITH MORPHINE AFTER OPEN HEART SURGERY

Objectives: evaluation the analgesic efficacy and side effects of IV-PCA with morphine after open cardiac surgery. **Methods:** prospective study IV-PCA with morphine for 30 patients who underwent open heart surgery after extubation. Postoperative pain was assessed by visual analogue score (VAS). Device was set up with bolus dose 1mg (1ml), 10 mins lockout interval, limited dose 15ml/4h, no background rate. If VAS score at rest >4 at rest after 3 consecutive bolus dose, rescue fentanyl 0.5µg/kg. Monitor vital signs, VAS at rest and during deep breath, morphine consumption and side effects during 48 hours after extubation. **Results:** mean of morphine consumption for 24 and 48 hours after extubation were 21.53 ± 4.17 mg and 42.13 ± 7.00 mg respectively. VAS score were ranged from 0.53 ± 0.90 to 1.53 ± 1.55 at rest and from 2.00 ± 0.91 to 3.13 ± 1.25 during deep breath. There was no case need to bolus fentanyl. Nausea and vomiting 13.3%, urinary retention 16.6%, none of respiratory depression happened. **Conclusion:** IV-PCA with morphine provided good effectiveness analgesia at rest and during deep breath after open cardiac surgery. Side effects were mild and transient.

Key words: open heart surgery, patient controlled analgesia, morphine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

¹Bệnh viện Tim Hà Nội

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên

Email: drkien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

Giảm đau trong và sau mổ tim hở luôn là vấn đề cần quan tâm đặc biệt. Giảm đau sau mổ tốt cho phép rút nội khí quản sớm hơn, bệnh nhân sau mổ thở sâu hơn giúp chống xẹp phổi cũng như giảm các biến loạn do đau gây [3], [7]. Có nhiều phương pháp giảm đau sau mổ tim được nghiên cứu như: morphin tiêm tĩnh mạch liên tục hoặc tiêm dưới da ngắt quãng và morphin đường tủy sống [5]. Giảm đau tự điều khiển đường tĩnh mạch bằng morphin IV-PCA được cho là có hiệu quả giảm đau cao nhưng vẫn chưa có số liệu nghiên cứu ở Việt nam cho bệnh nhân mổ tim. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả giảm đau và tác dụng không mong muốn của phương pháp giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển bằng morphin tĩnh mạch sau phẫu thuật tim hở.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: các bệnh nhân mổ tim hở theo kế hoạch, từ 16-65 tuổi; ASA II, III; dự kiến rút nội khí quản sớm; được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ bệnh nhân suy gan, suy thận, dị ứng với morphin hoặc dùng morphin kéo dài. Đưa ra khỏi nghiên cứu bệnh nhân loạn thần sau mổ, rút nội khí quản sau 24 giờ sau mổ, có biến chứng ngoại khoa.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu tại Bệnh viện Tim Hà Nội, từ 10/2015 đến 04/2016.

Tiến hành nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân đều được khám gây mê, chuẩn bị phẫu thuật như thường quy, được giải thích rõ về

nguyên cứu, cách đánh giá đau bằng thang điểm VAS và phương pháp giảm đau do bệnh nhân tự kiểm soát PCA.

Bệnh nhân được gây mê, phẫu thuật theo phác đồ thường quy của bệnh viện Tim Hà Nội; sau mổ chuyển về khoa Hồi sức, giảm đau bằng morphin truyền tĩnh mạch liên tục liều 0,02 mg/kg/giờ tới khi rút NKQ. Sau khi rút NKQ, bệnh nhân được tiến hành giảm đau bằng PCA trong 48 giờ với nồng độ morphin 1mg/ml, bolus 1ml, thời gian khóa 10 phút, liều tối đa 15 mg/4 giờ, không sử dụng liều nền.

Tiêm fentanyl bổ sung đường tĩnh mạch "giải cứu đau": trong quá trình nghiên cứu nếu bệnh nhân có điểm VAS > 4 sau 3 lần bấm liên tiếp có đáp ứng thì tiêm bổ sung tĩnh mạch fentanyl liều 0,5µg/kg. Các thông số máy được giữ nguyên.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Các đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, chẩn đoán trước mổ, phân loại sức khỏe theo ASA, NYHA, các thông số EF, Dd, PAPs.

- Các đặc điểm liên quan đến gây mê, phẫu thuật, hồi sức: thời gian phẫu thuật, thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể, thời gian cấp động mạch chủ, thời gian thở máy, số ngày nằm hồi sức.

- Các chỉ tiêu đánh giá tác dụng không mong muốn: SpO₂, tần số thở, độ an thần, nôn, buồn nôn, ngứa, bí tiểu...

2.3. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS22.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân ($\bar{x} \pm SD$, n, %)

Các đặc điểm	Kết quả
Tuổi (năm)	47,6 ± 9,2
Giới (Nam/Nữ)	22/16
Cân nặng (Kg)	55,4 ± 8,5
Tiền sử	
Đái tháo đường	2 (6,7%)
Tăng huyết áp	7 (23,3%)
Bệnh khác	4 (13,3%)
Không	17 (56,7%)
Phẫu thuật	
Bệnh mạch vành	2 (6,7%)
Bệnh van tim	23 (76,7%)
Bệnh tim bẩm sinh	5 (16,7%)
Chỉ số siêu âm	
Dd (mm)	50,03 ± 7,96
EF (%)	63,87 ± 7,55
PAPs (mmHg)	41,47 ± 15,11
Thời gian	
THNCT (phút)	80,77 ± 23,37
Cấp ĐMC (phút)	64,83 ± 23,97

Phẫu thuật (phút)	174,77 ± 39,95
Rút NKQ (giờ)	8,23 ± 3,69
Nằm hồi sức (ngày)	2,60 ± 0,62

3.2. Hiệu quả giảm đau

Bảng 2. Tổng liều morphin tiêu thụ ($\bar{x} \pm SD$)

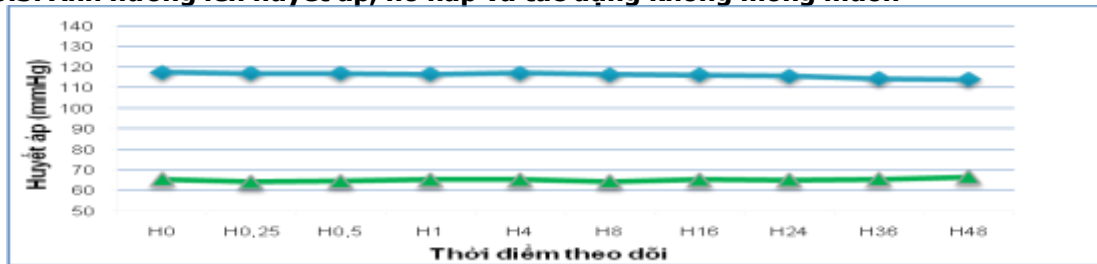
Tổng morphin (mg)	$\bar{x} \pm SD$	Min – Max
Trong 24 giờ đầu	21,53 ± 4,17	16 - 30
Trong 24 giờ tiếp	20,60 ± 3,70	15 - 32
Trong 48 giờ	42,13 ± 7,00	33 - 61

- Điểm VAS lúc nghỉ, lúc thở sâu và chỉ số A/D

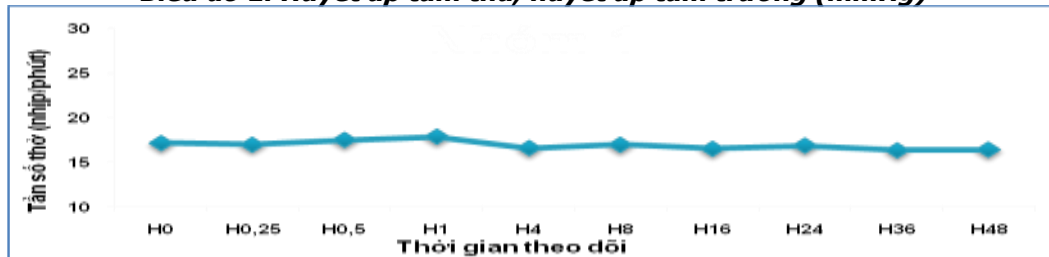
Bảng 3. Điểm VAS lúc nghỉ và lúc thở sâu ($\bar{x} \pm SD$)

Thời điểm	Điểm VAS khi nghỉ	Điểm VAS khi thở sâu	Chỉ số A/D ($\bar{x} \pm SD$)
H ₀	1,40 ± 1,30	3,00 ± 1,02	1,00 ± 0,00
H _{0,25}	0,93 ± 1,02	2,60 ± 0,93	0,98 ± 0,09
H _{0,5}	0,67 ± 0,96	2,40 ± 0,81	0,97 ± 0,10
H ₁	1,27 ± 1,34	2,87 ± 1,46	0,93 ± 0,10
H ₄	1,53 ± 1,55	3,13 ± 1,25	0,89 ± 0,13
H ₈	0,80 ± 1,00	2,67 ± 0,96	0,93 ± 0,10
H ₁₆	0,73 ± 0,98	2,40 ± 0,81	0,96 ± 0,10
H ₂₄	1,00 ± 1,15	2,53 ± 0,90	0,96 ± 0,08
H ₃₆	0,53 ± 0,90	2,20 ± 1,22	0,99 ± 0,04
H ₄₈	0,67 ± 0,96	2,00 ± 0,91	1,00 ± 0,00

3.3. Ảnh hưởng lên huyết áp, hô hấp và tác dụng không mong muốn



Biểu đồ 1. Huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương (mmHg)



Biểu đồ 2. Tần số thở

Các tác dụng không mong muốn: Nôn, buồn nôn 13,3%, bí tiểu 16,6%. không bệnh nhân nào có mạch chậm cần phải dùng atropin hoặc có SpO₂ < 95%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 47,6 tuổi, trong đó bệnh nhân van tim là chủ yếu (76,7%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phạm Thị Lệ Xuân [4] và nghiên cứu của Nguyễn Văn Minh [2] trên bệnh nhân phẫu thuật tim hở. Điều này phù hợp với dịch tễ học bệnh van tim ở Việt Nam với

nguyên nhân chủ yếu là do thấp tim, lứa tuổi mắc bệnh thường trẻ.

Thời gian rút NKQ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Thực Phương trên bệnh nhân thay van hai lá (11,1 giờ) nhưng cao hơn kết quả của Phạm Thị Lệ Xuân nghiên cứu trên bệnh nhân mổ tim hở (3,9 giờ). Điều này có thể giải thích là do trong nghiên cứu của Phạm Thị Lệ Xuân, bệnh nhân chọn vào nghiên cứu là những bệnh

nhân có chức năng tim tốt, thời gian mổ ngắn [4]. Nghiên cứu của Vũ Thị Thục Phương tiến hành trên tất cả bệnh nhân phẫu thuật van hai lá, trong đó có các bệnh nhân suy tim nặng từ trước mổ nên thời gian rút nội khí quản trung bình lâu hơn nghiên cứu của chúng tôi [3].

4.2. Hiệu quả dự phòng đau

- *Điểm đau VAS*: Điểm đau VAS trung bình lúc nghỉ dao động từ $0,53 \pm 0,90$ đến $1,53 \pm 1,55$, không có bệnh nhân nào có điểm VAS > 4. Điểm đau VAS trung bình khi thở sâu dao động từ $2,00 \pm 0,91$ đến $3,13 \pm 1,25$. Điều này thể hiện đại đa số bệnh nhân trong nghiên cứu được giảm đau tốt bằng PCA morphin, đặc biệt là khi nghỉ ngơi. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Văn Minh với điểm VAS khi nghỉ trung bình là $1,64 \pm 0,85$.

Trong nghiên cứu không có bệnh nhân nào có điểm VAS > 4. Điều này cũng phù hợp với kết quả tổng kết bao gồm nhiều nghiên cứu về giảm đau PCA tĩnh mạch sử dụng opioid với hiệu quả giảm đau tốt và mức độ thỏa mãn bệnh nhân cao hơn so với các cách sử dụng truyền thống khác.

- *Chỉ số A/D*: Đây là tỷ lệ giữa số lần bệnh nhân bấm nút yêu cầu thành công, nghĩa là số lần thực sự có bơm thuốc vào bệnh nhân (Actual) trên tổng số lần bấm nút (Demand) tính ở thời điểm đánh giá. Khi bệnh nhân đã được giải thích đầy đủ về PCA, tỷ lệ này phản ánh mức độ đau (đồng thời là hiệu quả giảm đau) cũng như tính hợp lý của các thông số cài đặt. Giá trị lý tưởng có thể đạt được là 1 (100%) tuy nhiên khi A/D > 75% được coi là có thể chấp nhận. Chỉ số A/D cao cho thấy hầu hết bệnh nhân đều được đáp ứng nhu cầu giảm đau và các thông số cài đặt là hợp lý. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào cần tiêm fentanyl để "giải cứu" đau.

- *Lượng morphin tiêu thụ*: Lượng morphin tiêu thụ sau khi rút nội khí quản trong 24 giờ đầu là $21,5 \pm 4,17$ mg, trong 24 giờ tiếp là $20,60 \pm 3,70$ mg. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Văn Minh trên bệnh nhân phẫu thuật tim hở ($20,6 \pm 9,2$ mg trong 24 giờ đầu) và nghiên cứu của J. Dirk trên bệnh nhân cắt bỏ tử cung qua đường ổ bụng ($29,3 \pm 8,9$ mg). Harun Aydogan nghiên cứu trên 60 bệnh nhân phẫu thuật lấy sỏi thận qua da, cho thấy lượng morphin tiêu thụ trong 24 giờ đầu là $12,1 \pm 5,4$ mg thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, điều này có thể giải thích là do phẫu thuật đường giữa xương ức là phẫu thuật gây đau nhiều hơn phẫu thuật lấy sỏi thận qua da [6].

Tuy nhiên, lượng morphin tiêu thụ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn khá nhiều so với nghiên cứu của Hazem M. Fawzi trên bệnh nhân phẫu thuật đường giữa xương ức, với lượng morphin tiêu thụ trong 24 giờ đầu là $41,8 \pm 8,2$ mg [7], và nghiên cứu của Ganesello L. trên 60 bệnh nhân phẫu thuật cột sống ($76,8 \pm 5,2$ mg), điều này có thể hiểu là do thể trọng của bệnh nhân Âu Mỹ lớn hơn người Việt Nam.

- *Huyết áp động mạch và tần số tim*: Thay đổi về huyết áp động mạch sau mổ tim thường liên quan đến tình trạng thiếu khối lượng tuần hoàn, thiếu máu, rối loạn về điện giải, giải phóng histamin (chủ yếu với morphin) và thay đổi của bệnh lý kèm theo. Nhìn chung các opioid có tác dụng giống phó giao cảm, do đó có xu hướng làm chậm tần số tim nhất là khi tiêm nhanh. Ngược lại, tăng tần số tim sau mổ thường liên quan đến đau, thiếu khối lượng tuần hoàn, thiếu máu và rối loạn thăng bằng điện giải, kiềm toan.

Huyết áp động mạch và tần số tim tại các thời điểm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Tuy trong phẫu thuật tim hở, có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến huyết áp động mạch và tần số tim, nhưng việc sử dụng liều nhỏ morphin qua PCA, bên cạnh hiệu quả giảm đau, cũng là yếu tố góp phần duy trì ổn định huyết động của bệnh nhân.

4.3. Tác dụng không mong muốn: Mặc dù rất hiếm gặp nhưng suy hô hấp luôn là biến chứng đáng sợ nhất khi dùng opioid, có thể dẫn đến thiếu oxy não, tổn thương não không hồi phục, thậm chí là tử vong. Do đó theo dõi thường xuyên các chỉ số hô hấp là một yêu cầu bắt buộc khi sử dụng opioid với bất kể thuốc nào hoặc đường dùng thuốc nào. Nhìn chung, PCA tĩnh mạch ít ảnh hưởng đến thông khí hơn so với các đường dùng opioid thông thường khác, điều này chủ yếu là do PCA duy trì được nồng độ opioid trong máu ổn định và tránh được các đỉnh cao nồng độ khi dùng các liều bolus tiêm ngắt quãng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần số thở và bão hòa oxy mao mạch trung bình tại các thời điểm khác nhau khi dùng PCA đều trong giới hạn bình thường (biểu đồ 2). Chúng tôi không gặp bệnh nhân thở chậm < 10 lần/phút, ngừng thở hoặc từ chối tiếp tục PCA do các tác dụng không mong muốn của phương pháp giảm đau. Điều này cũng phản ánh một phần sự phù hợp về liều dùng và các thông số cài đặt PCA.

Nôn, buồn nôn gặp với tỷ lệ 13,3%, bí tiểu gặp với tỷ lệ 16,6% nhưng nhẹ và thoáng qua.

4.4. Một số sai sót liên quan đến sử dụng PCA: Phân tích của Meissner và cộng sự

ước tính mỗi năm tại Hoa Kỳ có hơn 13 triệu bệnh nhân sử dụng PCA tĩnh mạch với tỷ lệ xấp xỉ 4,5% bệnh nhân mắc phải ít nhất một sai sót. Các lỗi đã gặp trong quá trình vận hành sử dụng PCA là: không mở đường dẫn thuốc, mất nguồn điện, cài đặt sai hoặc dùng chương trình mặc định, người khác bấm nút yêu cầu. Do đó, rất cần thiết để hướng dẫn sử dụng cho người bệnh và nhân viên y tế trong quá trình sử dụng PCA.

V. KẾT LUẬN

PCA bằng morphin tĩnh mạch sau phẫu thuật tim hở có hiệu quả giảm đau tốt. Điểm VAS trung bình trong phạm vi $0,53 \pm 0,90$ đến $1,53 \pm 1,55$ khi nghỉ và $2,00 \pm 0,91$ đến $3,13 \pm 1,25$ khi hít sâu. Lượng morphin tiêu thụ trong 24 và 48 giờ tương ứng là $15,3 \pm 2,94\text{mg}$, $30,87 \pm 5,05\text{mg}$. Tỷ lệ nôn, buồn nôn là 13,3%; bí tiểu là 16,6%. Không có bệnh nhân bị ức chế hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Lam** (2004), Nghiên cứu phương pháp giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển PCA với morphin tĩnh mạch sau mổ tim hở, *Luận án thạc sĩ y khoa, Đại học Y Hà Nội*.

2. **Nguyễn Văn Minh** (2013), Nghiên cứu tác dụng giảm đau bằng phương pháp tiêm morphin có hoặc không kết hợp với sufentanil vào khoang dưới nhện trên bệnh nhân mổ tim hở, *Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội*.
3. **Vũ Thị Thục Phương, Nguyễn Thị Mai Lý** (2009), "Sơ bộ đánh giá các yếu tố liên quan đến chậm rút nội khí quản sau phẫu thuật van hai lá tại bệnh viện tim Hà Nội", *Y học thực hành*.
4. **Phạm Thị Lệ Xuân, Nguyễn Văn Chường** (2005), "Nghiên cứu rút nội khí quản sớm trên bệnh nhân mổ tim với tuần hoàn ngoài cơ thể", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 9, tr. 16 - 21.
5. **Jamal A Alhashemi, Michael D Sharpe, Chris L Harris et al.** (2000), "Effect of subarachnoid morphine administration on extubation time after coronary artery bypass graft surgery", *Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia*, 14(6), pp. 639-644.
6. **Harun Aydoğan, Ahmet Kucuk, Hasan Husnu Yuce et al.** (2014), "Adding 75 mg pregabalin to analgesic regimen reduces pain scores and opioid consumption in adults following percutaneous nephrolithotomy", *Revista brasileira de anestesiologia*, 64(5), pp. 335-342.
7. **Hazem M Fawzi, Sanaa A El-Tohamy** (2014), "Effect of perioperative oral pregabalin on the incidence of post-thoracotomy pain syndrome", *Ain-Shams Journal of Anaesthesiology*, 7(2), pp. 143.

NGHIÊN CỨU BẢO CHẾ BỘT CAO KHÔ CHỈ THỐNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHUN SẤY

Phạm Văn Hiến¹, Ngô Xuân Trình¹,
Văn Khắc Tuyên², Trịnh Thanh Hùng³

TÓM TẮT

Nghiên cứu xây dựng quy trình bào chế bột cao khô từ bài thuốc Chỉ thống bằng phương pháp phun sấy. Trong đó đã khảo sát được các điều kiện thích hợp cho phun sấy cao khô chỉ thống gồm: tá dược hỗ trợ phun sấy maltodextrin: aerosil (8:2) ở tỷ lệ 0,3:1; nhiệt độ phun sấy là 140°C; tỷ lệ chất rắn trong dịch phun sấy là 10%; tốc độ cấp dịch là 30 ml/phút. Với các điều kiện đã khảo sát bột cao khô Chỉ thống thu được khô tới, trơn chảy tốt, hiệu suất thu hồi hoạt chất và hiệu suất phun sấy lần lượt là: 92,27% và 92,56%.

Từ khóa: Bài thuốc Chỉ thống, phun sấy.

SUMMARY

STUDY ON PREPARING CHI THONG DRIED EXTRACT POWDER BY SPRAY DRYING

A procedure for preparation dry spraying extract from Chi thong Remedy was established. The optimal condition in-process included drying spray- supported – excipients using mixture of maltodextrin/aerosil (80/20, w/w) at ratio of excipient/solid of liquid extract as 0.3/1; the dry-spraying operation was carried out at 140°C of inlet and content of residual in liquid extract was 10%; Speed of feed was 30 ml/minute. Applying this condition to manufacture drying spray extract of Chi thong Remedy, yield of this procedure achieved 92.27%-92.56%.

Keywords: Chi thong Remedy, spray-drying

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bài thuốc Chỉ thống gồm các vị thuốc Vương tôn (*Caulis Gneti motani*), Ngưu tất (*Radix Achyranthis bidentatae*), Bạch chỉ (*Radix Angelica dahuricae*), Quế chi (*Ramulus Cinnamomi*), Dây đau xương (*Caulis Tinospora sinensis*), Kê huyết đằng (*Caulis Spatholobi*

¹Học viện Quân y

²Viện YHCT Quân đội

³Bộ Khoa học và Công nghệ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hiến

Email: phamvanhien181288@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2017

Ngày duyệt bài: 10.4.2017

suberecti) được sử dụng tại một số cơ sở điều trị cho thấy có tác dụng tốt [3,4]. Tuy nhiên, bài thuốc này cơ bản đang sử dụng dưới dạng thuốc sắc hoặc viên hoàn. Dạng thuốc này có nhiều nhược điểm như: thể tích cồng kềnh, khó vận chuyển, bảo quản, sử dụng và độ ổn định không cao [1].

Phun sấy là kỹ thuật tạo tiểu phân khô bằng cánh phun dòng chất lỏng vào buồng khí nóng, chất lỏng được bay hơi nhanh ra khỏi hỗn hợp rắn lỏng nhờ đó mà chất rắn được làm khô. Kỹ thuật phun sấy được sử dụng khá phổ biến trong bào chế bột cao khô dược liệu bởi có nhiều ưu điểm: hiệu suất cao, thời gian sấy ngắn, hoạt chất ít bị ảnh hưởng bởi nhiệt độ, cao thu được là dạng bột khô tơi và dễ hòa tan [5,6]. Với những ưu điểm đó chúng tôi đặt vấn đề nghiên cứu bào chế bột cao khô từ bài thuốc Chỉ thống bằng kỹ thuật phun sấy tầng sôi nhằm tạo ra bán thành phẩm có chất lượng và độ ổn định cao sử dụng bào chế các chế phẩm hiện đại như viên nén, viên nang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nguyên vật liệu và thiết bị nghiên cứu

Các vị dược liệu trong bài thuốc Chỉ thống gồm vương tôn (*Caulis Gneti motani*), ngưu tất (*Radix Achyranthis bidentatae*), bạch chỉ (*Radix Angelica dahuricae*), quế chi (*Ramulus Cinnamomi*), Dây đau xương (*Caulis Tinospora sinensis*), Kê huyết đằng (*Caulis Spatholobi suberecti*) đạt tiêu chuẩn cơ sở và tiêu chuẩn ĐVN IV [1]. Trong đó, khối lượng ngưu tất chiếm 28,2% tổng khối lượng bài thuốc.

Hóa chất: ecdysterone chuẩn (99,9%) của Sigma; các hóa chất, dung môi đạt tiêu chuẩn tinh khiết phân tích.

Thiết bị: Máy phun sấy LPG5 -Trung Quốc, máy chiết siêu âm gia nhiệt Sineo Ultrawave 1000; Hệ thống phân tích sắc ký lỏng hiệu năng cao gồm bơm cao áp Waters 1525, detector UV Water 2874; và các thiết bị khác đạt tiêu chuẩn thí nghiệm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Chiết xuất dịch chiết từ bài thuốc chỉ thống (cao lỏng)

Dịch chiết Chỉ thống (1:2) sử dụng để phun sấy được chiết xuất bằng phương pháp siêu âm với các điều kiện đã được khảo sát gồm: dung môi

chiết là nước với tỷ lệ dung môi/dược liệu 12:1, thời gian chiết 60 phút, nhiệt độ chiết 65°C, số lần chiết 2 lần, cô cao ở 60°C bằng áp suất giảm.

2.2.2. Bào chế bột cao khô Chỉ thống

Bột cao khô Chỉ thống được bào chế bằng kỹ thuật phun sấy [5]. Dịch chiết từ bài thuốc Chỉ thống được cho vào thiết bị phun sấy tầng sôi. Cài đặt các thông số: nhiệt độ đầu vào của buồng phun sấy, tốc độ cấp dịch cho vòi phun thích hợp. Trong quá trình nghiên cứu tiến hành khảo sát các thông số kỹ thuật cho phun sấy gồm:

- + Ảnh hưởng của tá dược hỗ trợ phun sấy.
- + Nhiệt độ đầu vào của buồng phun.
- + Hàm lượng chất rắn của dịch phun sấy.
- + Tốc độ cấp dịch phun.

▪ Cần cứ khảo sát lựa chọn quy trình phun sấy:

- Đặc tính vật lý của bột: hình thái bột, hàm ẩm, tỷ trọng, chỉ số nén.
- Hàm lượng hoạt chất *ecdysterone* (Ec) trong bột cao khô: định lượng bằng phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao [2].
- Hiệu suất thu hồi hoạt chất:

$$H_{SAC}(\%) = \frac{\text{Hàm lượng Ec } (\mu\text{g/g}) \text{ trong bột phun sấy}}{\text{Hàm lượng Ec } (\mu\text{g/g}) \text{ theo lý thuyết}} \times 100$$

- Hiệu suất phun sấy (%)

$$H_{PS}(\%) = \frac{\text{Khối lượng cao khô thu được (g)}}{\text{Khối lượng cao khô theo lý thuyết (g)}} \times 100$$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả xác định các thông số nguyên liệu của dịch chiết Chỉ thống 1:2

Tiến hành chiết xuất siêu âm 03 mẻ, mỗi mẻ 01 kg các dược liệu của bài thuốc. Dịch chiết được cô đến cao 1:2. Gộp cao của 03 mẻ, trộn đều thu được nguyên liệu đầu vào (06 lít cao) đồng nhất để khảo sát các thông số của quá trình phun sấy. Tiến hành xác định các chỉ tiêu: tỷ lệ chất rắn, hàm lượng *ecdysterone*, hiệu suất chiết xuất cô đặc *ecdysterone* trong cao 1:2. Kết quả được thể hiện ở bảng 1.

Bảng 1. Kết quả xác định một số thông số của nguyên liệu đầu vào quá trình phun sấy

Thông số	Tỷ lệ chất rắn (%)	Hàm lượng Ec ($\mu\text{g/g}$)	Khối lượng Ec (mg)	Hiệu suất chiết xuất, cô đặc Ec (%)
Chỉ thống (NL)	-	190,4	163,1	-
Dịch chiết 1:2	8,02	22,92	140,05	93,25

Dịch chiết thấy cao chỉ thống 1:2 có tỷ lệ chất rắn là 8,02%, hàm lượng hoạt chất ecdysterone là 22,92µg/g và đạt được hiệu suất cô cao là 93,25%. Như vậy, với quy trình cô cao và loại tạp như vậy thì lượng hoạt chất thu được giảm không đáng kể. Do vậy, ta có thể sử dụng cao lỏng 1:2 để phun sấy bào chế bột cao khô Chỉ thống.

3.2. Ảnh hưởng của tá dược hỗ trợ phun sấy đến đến hiệu suất và chất lượng sản phẩm

Khảo sát ảnh hưởng của loại và tỷ lệ tá dược

Bảng 2: Kết quả khảo sát ảnh hưởng của tá dược hỗ trợ phun sấy tới hiệu suất và đặc tính bột cao khô Chỉ thống

Mẫu thử	Tá dược độn và tỷ lệ phối hợp MD và AE	Chỉ tiêu chất lượng cao khô Chỉ thống					Hình thức cảm quan
		Độ ẩm (%)	Tỷ trọng (g/ml)	Chỉ số nén CI	HS phun sấy (%)	Hiệu suất thu hồi E (%)	
CT 1	Không sử dụng	0,61	31,69	5,32	65,71	84,33	Khối kết tụ, màu nâu, mùi thơm đặc trưng
CT 2	MD	0,67	25,64	5,03	75,16	91,55	Bột khô, màu nâu, mùi thơm đặc trưng
CT 3	MD/AE (8/2)	0,68	23,96	4,76	78,32	90,54	Bột khô, màu nâu, mùi thơm đặc trưng
CT 4	MD/AE (6/4)	0,69	23,31	4,32	80,48	89,04	Bột khô, màu nâu, mùi thơm đặc trưng
CT 5	MD/AE (4/6)	0,71	22,47	4,06	83,57	88,15	Bột khô tơi, màu nâu, mùi thơm đặc trưng
CT 6	MD/AE (2/8)	0,73	21,72	3,61	90,64	90,25	Bột khô tơi, màu nâu mùi thơm đặc trưng
CT 7	AE	0,74	20,63	3,17	89,72	85,46	Bột khô tơi, màu nâu, mùi thơm đặc trưng



Hình 1. Hình ảnh bột cao khô của các mẫu

Kết quả bảng 2 và hình 1 cho thấy: Tá dược phun sấy có ảnh hưởng rất lớn đối đến chất lượng của bột cao khô chỉ thống. Khi không có sự hỗ trợ của tá dược thì hàm lượng của ecdysterone trong bột cao khô là lớn nhất (254,56 µg/g). Tuy nhiên, độ ẩm của cao lại lớn, các hạt cao kết dính với nhau, độ trơn chảy rất kém, hiệu suất thu hồi hoạt chất và hiệu suất phun sấy thấp nhất. Khi sử dụng tá dược hỗ trợ phun sấy (CT2 – CT7) thì chất lượng của bột cao chỉ thống có sự cải thiện đáng kể, cao có độ ẩm thấp hơn, trơn chảy tốt hơn, hiệu suất thu hồi hoạt chất và hiệu suất phun sấy được cải thiện đáng kể. Maltodextrin là tá dược hỗ trợ phun sấy cho

hỗ trợ phun sấy gồm maltodextrin (MD) và aerosil (AE) đến quá trình phun sấy bào chế bột cao khô như sau: Không dùng tá dược; MD; MD/AE (80:20); MD/AE (60:40); MD/AE (40:60); MD/AE (20:80); AE. Phun sấy với cùng điều kiện là tỷ lệ tá dược/chất rắn (TD/CR) là 0,2; tỷ lệ chất rắn/dịch phun là 10%; nhiệt độ đầu vào là 140°C, tốc độ cấp dịch là 30ml/phút. Kết quả cao khô thu được từ các mẻ với các thông số kỹ thuật thu được trình bày trong bảng 2

sản phẩm cao khô có hàm lượng ecdysterone cao nhưng lại cho bột cao khô có chất lượng kém hơn, hiệu suất phun sấy thấp hơn khi sử dụng tá dược phun sấy là Aerosil. Khi sử dụng tỷ lệ tá dược Aerosil tăng dần cho bột cao khô có độ ẩm giảm dần, tỷ trọng biểu kiến tăng, chỉ số nén CI thấp tức là khả năng trơn chảy của bột tăng và đặc biệt là hiệu suất phun sấy cao. Từ các kết quả này nhận thấy CT6 là công thức đáp ứng được tốt nhất các chỉ tiêu về tính chất của bột cao khô, hiệu suất thu hồi hoạt chất và hiệu suất phun sấy. Vì vậy, lựa chọn CT6 để khảo sát các điều kiện tiếp theo.

3.3. Kết quả khảo sát ảnh hưởng của tỷ lệ tá dược hỗ trợ phun sấy: Tiến hành phun sấy với tỷ lệ của tá dược hỗ trợ phun sấy MD/AE (20:80) so với hàm lượng chất rắn trong

cao lỏng 1:2 khác nhau: 0,4; 0,3; 0,2; 0,1 ở nhiệt độ 140°C, tốc độ cấp dịch là 30 ml/phút. Kết quả đánh giá các chỉ tiêu của bột cao khô phun sấy được thể hiện ở bảng 3, hình 2.

Bảng 3. Kết quả đánh giá ảnh hưởng của tỷ lệ TD hỗ trợ phun sấy đến hiệu suất và đặc tính của sản phẩm

Mẫu	Tỷ lệ TD/ chất rắn	Chỉ tiêu chất lượng cao khô					Hình thức cảm quan
		Độ ẩm (%)	Tỷ trọng (g/ml)	Chỉ số nén CI	HS phun sấy (%)	Hiệu suất thu hồi E (%)	
CT6	0,2	3,61	0,73	21,72	90,64	90,25	Bột khô tơi, màu nâu mùi thơm đặc trưng
CT8	0,4	3,19	0,75	17,54	91,75	92,82	Bột khô tơi, màu nâu mùi thơm đặc trưng
CT9	0,3	3,42	0,74	19,07	92,56	92,27	Bột khô tơi, màu nâu mùi thơm đặc trưng
CT10	0,1	3,57	0,68	24,35	87,03	86,34	Bột khô tơi, màu nâu mùi thơm đặc trưng



Hình 2. Hình ảnh bột cao khô ở các tỷ lệ tá dược khác nhau

Kết quả bảng 3, hình 2 cho thấy: Tỷ lệ TD/CR ảnh hưởng đáng kể đến đặc tính bột cao khô, hiệu suất phun sấy và hiệu suất thu hồi hoạt chất. Khi tăng tỷ lệ TD/DC thì chất lượng cao khô cũng như hiệu suất phun sấy và hiệu suất thu hồi hoạt chất được cải thiện (CT8, CT9). Ở tỷ lệ tá dược phun sấy thấp thì tỷ trọng khối bột giảm (CT10). CT9 có tỷ lệ tá dược thấp hơn so với CT10 nhưng các đặc tính của bột cao khô vẫn

đảm bảo, điều này thuận lợi hơn khi bào chế các dạng thuốc sau này. Do vậy, lựa chọn CT9 để tiến hành các khảo sát tiếp theo.

3.4. Kết quả khảo sát ảnh hưởng của yếu tố nhiệt độ đến quá trình phun sấy: Tiến hành phun sấy bột cao khô ở các điều kiện nhiệt độ khác nhau từ 110 đến 140°C. Kết quả đánh giá các đặc tính của khối bột được thể hiện trong bảng 4 và hình 3.

Bảng 4. Kết quả khảo sát ảnh hưởng của nhiệt độ đầu vào đến hiệu suất và đặc tính sản phẩm

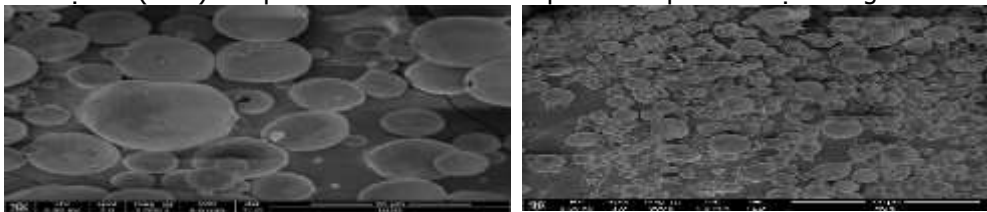
Mẫu	Nhiệt độ (°C)	Chỉ tiêu chất lượng cao khô					Hình thức cảm quan
		Độ ẩm (%)	Tỷ trọng (g/ml)	Chỉ số nén CI	HS phun sấy (%)	Hiệu suất thu hồi E (%)	
CT9	140	3,42	0,74	19,07	92,56	92,27	Bột khô tơi, màu nâu mùi thơm đặc trưng
CT11	130	3,49	0,67	21,39	91,04	88,85	Bột khô tơi, màu nâu mùi thơm đặc trưng
CT12	120	3,57	0,65	23,17	88,38	88,15	Bột khô tơi, màu nâu mùi thơm đặc trưng
CT13	110	3,67	0,64	24,51	87,42	89,50	Bột khô, màu nâu mùi thơm đặc trưng



Hình 3. Bột cao khô của CT9, CT11, CT12, CT13

Kết quả bảng 4, hình 3 cho thấy: Nhiệt độ đầu vào có ảnh hưởng đến hàm ẩm của bột cao khô, dẫn đến ảnh hưởng của đến độ trơn chảy của cao. Khi nhiệt độ đầu vào của quá trình phun sấy càng thấp thì hàm ẩm của cao càng tăng, độ trơn chảy kém hơn và hiệu suất phun sấy giảm. Hiệu suất thu

hồi hoạt chất chịu ảnh hưởng không nhiều dưới sự tác động của nhiệt độ đầu vào của quá trình phun sấy. Như vậy, từ các kết quả khảo sát trên có thể thấy được nhiệt độ đầu vào thích hợp nhất cho quá trình phun sấy là 140°C và CT9 là công thức tối ưu nhất cho quá trình phun sấy. Tiến hành chụp kính hiển vi quét điện tử (SEM) để quan sát kích thước tiểu phân kết quả thể hiện trong hình 4.



Hình 4. Hình ảnh chụp SEM cấu trúc bột cao khô chi thống

Kết quả chụp SEM hình 4 cho thấy: Bột cao khô chi thống có hình dạng hình cầu, xốp. Có kích thước tiểu phân 20 - 100µm, phân bố khá đồng nhất. Chính vì vậy bột có khả năng trơn chảy tốt và phù hợp cho sản xuất các dạng thuốc viên từ bột cao khô của bài thuốc Chi thống

Từ các kết quả khảo sát trên đã lựa chọn các điều kiện để phun sấy bột cao khô Chi thống là: chất mang thêm vào là hỗn hợp maltodextrin/aerosil (8/2) với tỷ lệ 0,3 : 1 so với hàm lượng chất rắn trong cao, hàm lượng chất rắn trong dịch phun 10%; nhiệt độ phun sấy 140°C, tốc độ cấp dịch 30 ml/phút, áp suất tạo phun quay 0,18 bar.

IV. KẾT LUẬN

Đã xây dựng quy trình bào chế bột cao khô từ bài thuốc Chi thống bằng phương pháp phun sấy. Trong đó đã khảo sát được các điều kiện thích hợp cho phun sấy cao khô Chi thống gồm: tá dược hỗ trợ phun sấy maltodextrin: aerosol (8:2) ở tỷ lệ 0,3:1; nhiệt độ phun sấy là 140°C; tỷ lệ chất rắn trong dịch phun sấy là 10%; tốc độ cấp dịch là 30 ml/phút. Với các điều kiện đã khảo

sát bột cao khô Chi thống thu được khô tơi, trơn chảy tốt, hiệu suất thu hồi hoạt chất và hiệu suất phun sấy lần lượt là: 92,27% và 92,56%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009), *Dược điển Việt Nam 4*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Phạm Văn Hiến, Văn Khắc Tuyên, Lê Ngọc Thắng, Vũ Bình Dương (2016), "Xây dựng phương pháp định lượng ecdysterone trong ngũ tât (*Radix Achyranthis bidentatae*)", *Tạp chí Dược học*, 8/2016, tr. 58-63.
3. Lee S. G., Lee E. J., Park W. D., Kim J. B., Kim E. O., and Choi S. W. (2012), "Anti-inflammatory and anti-osteoarthritis effects of fermented *Achyranthes japonica* Nakai", *Journal of ethnopharmacology*, 142(3), pp. 634-641.
4. Qiu J. (2007), "China plans to modernize traditional medicine", *Nature*, 446(7136), pp. 590-591.
5. Krzysztof Cal, Krzysztof Sollohub. "Reviews: Spray Drying Technique. II. Current Applications in Pharmaceutical Technology", *Journal of Pharmaceutical Sciences*, 2010, vol 99, NO. 2.
6. María José Fabra et al. "Effect of maltodextrins in the water-content-water activity-glass transition relationships of noni (*Morinda citrifolia* L.) pulp powder", *Journal of Food Engineering* 2011, 103, 47-51.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM 35 TRƯỜNG HỢP U MÀNG NÃO VÙNG LIỄM ĐẠI NÃO ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT

Nguyễn Xuân Phương¹, Đồng Văn Hệ², Vũ Văn Hòe¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu 35 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 7 năm 2015 đến tháng 7 năm 2016. Kết quả: 15 nam, 20 nữ. Tuổi thấp

nhất 18, cao nhất 69. Tuổi trung bình 50,4 ± 16,4. Triệu chứng lâm sàng điển hình: Đau đầu, giảm thị lực, động kinh và rối loạn ý thức. Vị trí của u: 1/3 trước 18, 1/3 giữa 12 và 5 bệnh nhân 1/3 sau. Kích thước trung bình u là 4,3cm. Kết quả điều trị phẫu thuật tốt 25 bệnh nhân, có 2 bệnh nhân tử vong sau mổ.

Từ khóa: u màng não liềm đại não, vi phẫu thuật

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY SURGICAL RESULT OF 35 CASES OF FALCINE MENINGIOMAS

Studying on 35 cases with falcine meningiomas tumor were operated at department of neurosurgery

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Bệnh Viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Hòe

Email: vuvanhoepttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2017

Ngày duyệt bài: 10.4.2017

of Việt Đức hospital from July 2015 to July 2016. Results: The patients in our study consisted 15 males and 20 females, with an age ranged of 18 to 69 year, with a mean age of 50.4 ± 16.4 . The most frequent presenting symptoms of falcine meningioma tumors were headaches, visual deficits, seizure and confusion of consciousness respective locations of falcine meningioma were: The anterior third in 18, middle in 12 and posterior in 5 cases. Mean tumor diameter was 4.3cm. Of the 35 patients, 25 cases achieved good outcome and two died post operative.

Key word: falcine meningioma, microsurgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não là u phát triển từ tế bào màng nhện, phần lớn là lành tính, tỷ lệ ác tính thấp, phát triển chậm, ít xâm lấn vào các nhu mô não. U màng não vùng liềm đại não là u nằm ở sâu liên quan đến nhiều vùng thần kinh chức năng quan trọng như xoang tĩnh mạch dọc trên và các tĩnh mạch lớn ở vỏ não đổ về xoang này, đặc biệt u màng não liềm đại não ở 1/3 giữa liên quan tới vùng vận động và cảm giác vì vậy việc phẫu thuật lấy bỏ hoàn toàn u và không để lại di chứng vẫn là một khó khăn đối với phẫu thuật viên. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật 35 bệnh nhân u màng não vùng liềm đại não tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 07 năm 2015 đến tháng 07 năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 35 bệnh nhân được điều trị u màng não vùng liềm đại não, được phẫu thuật tại khoa phẫu thuật thần kinh 1, bệnh viện Việt Đức từ tháng 07/2015 đến tháng 07/2016

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới tính: Tuổi trung bình $50,4 \pm 16,4$. Tuổi thấp nhất 18 tuổi, cao nhất 69 tuổi. Tỷ lệ Nữ/Nam 1,33. Nhóm tuổi hay gặp nhất 40 – 59 tuổi, chiếm 45,7%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Vị trí u			Tổng cộng
	1/3 trên	1/3 giữa	1/3 sau	
Đau đầu	17	12	2	31
Giảm thị lực	5	0	2	7
Động kinh	4	4	1	9
Rối loạn tri giác	4	0	0	4
Liệt ½ người	4	3	0	7

Hầu hết các bệnh nhân có biểu hiện đau đầu, buồn nôn chiếm 88,1%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp tiếp theo là liệt ½ người và động kinh, chỉ có 4 trường hợp bệnh nhân có rối loạn tri giác, trong đó có 2 trường hợp hôn mê.

3.3. Chức năng sống của bệnh nhân trước mổ.

Bảng 2. Điểm Karnofsky của bệnh nhân trước mổ

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, có can thiệp không đối chứng để đưa ra các nhận xét về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong chẩn đoán và điều trị.

***Tiêu chuẩn chẩn đoán:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán u màng não liềm đại não dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.
- Bệnh nhân được điều trị vì phẫu thuật u màng não liềm đại não có sử dụng thần kinh định vị hỗ trợ.

- Kết quả giải phẫu bệnh lý là u màng não.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Các bệnh nhân được chẩn đoán u màng não liềm đại não có xâm lấn xoang tĩnh mạch dọc trên, không được vì phẫu thuật hoặc có kết quả giải phẫu bệnh không phải là u màng não.

***Các chỉ số nghiên cứu:**

- Dịch tễ: tuổi, giới
- Triệu chứng lâm sàng
- Vị trí, kích thước, tín hiệu khối u đánh giá trên phim cộng hưởng từ
- Kết quả phẫu thuật: Đánh giá lâm sàng, điểm Karnofsky và chụp phim cộng hưởng từ sau mổ.

Đánh giá phẫu thuật lấy u theo phân loại của Simpson

- + Độ I: Cắt hết u và phần màng não xâm lấn.
- + Độ II: Cắt hết u và đốt điện phần màng não gốc u.
- + Độ III: Cắt hết u và không đốt điện phần màng não gốc u.
- + Độ IV: Cắt gần hết u.
- + Độ V: Chỉ sinh thiết hoặc làm giảm ép.
- Các số liệu thu được sẽ phân tích và xử lý bằng chương trình SPSS 16.0.

KPS	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
I: 80 – 100	1	2,56
II: 60 – 70	23	65,72
III: 40 – 50	9	25,71
IV: 10 – 30	2	5,71
Tổng	35	100

Phần lớn bệnh nhân trước mổ có điểm KPS mức độ II, III, chiếm 91,43%.

3.4. Cận lâm sàng

Bảng 3. Phân bố vị trí u

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1/3 trước	18	51,4
1/3 giữa	12	34,3
1/3 sau	5	14,3

Vị trí u dựa vào gốc bám của u, dựa trên phim cộng hưởng từ và quyết định của phẫu thuật viên trong cuộc mổ. Trong 35 trường hợp, vị trí hay gặp nhất là 1/3 trước, chiếm 51,4%.

Bảng 4. Kích thước khối u trên phim cộng hưởng từ.

Kích thước u	Vị trí u			Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
	1/3 trước	1/3 giữa	1/3 sau		
2 – 4 cm	2	5	3	10	28,57
4 – 6 cm	8	7	2	17	40
>6cm	8	0	0	8	31,43
Tổng	18	12	5	35	100

Đa phần khối u có kích thước > 4cm, chiếm 71,43%.

Bảng 5. Đặc điểm khối u trên MRI không tiêm thuốc đối quang từ.

Hình ảnh	T1W		T2W	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tăng tín hiệu	3	8,57	4	11,43
Giảm tín hiệu	27	77,14	2	5,71
Đồng tín hiệu	5	14,29	29	82,86
Tổng	35	100	35	100

Như vậy, đa phần u giảm tín hiệu trên T1W (77,14%) và tăng tín hiệu trên T2W (82,86%)

3.5. Kết quả điều trị phẫu thuật

Bảng 6. Điều trị phẫu thuật lấy u theo phân độ Simpson.

Simpson	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
I	10	28,57
II	18	51,43
III	0	0
IV	7	20
V	0	0
Tổng	35	100

Trong 35 bệnh nhân, có 10 trường hợp lấy bỏ u hoàn toàn kèm theo cắt bỏ liềm đại não, 18 trường hợp lấy bỏ u hoàn toàn và đốt liềm đại não, có 7 trường hợp lấy phần lớn khối u, phần ít còn lại do u xâm lấn vào xoang tĩnh mạch, không có trường hợp nào làm sinh thiết.

Bảng 7. Biến chứng sau mổ.

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Máu tụ	1	0,02
Phù não	4	11,43
Viêm não màng não	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	5	14,29

Có một trường hợp máu tụ ổ mổ, tổn thương giải phẫu bệnh là u màng não thể u mạch. Bệnh nhân được phẫu thuật cầm máu lại và ổn định ra viện.

Bảng 8. Đánh giá kết quả phẫu thuật theo thang điểm Karnofsky.

Karnofsky	Vị trí u			Tổng
	1/3 trước	1/3 giữa	1/3 sau	
Tốt (80 – 100)	14	9	2	25
Trung bình (50 -70)	2	2	2	6

Xấu (0 – 40)	2	1	1	4
Tổng	18	12	5	35

Như vậy có 25 bệnh nhân tốt, 6 bệnh nhân trung bình và 4 bệnh nhân xấu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới tính: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ/nam là 1,33. Theo tác giả Sam Bong Chung [5] tỷ lệ nữ/nam là 2/1. Như vậy tỷ lệ nữ mắc u màng não liềm đại não cao hơn ở nam, điều này góp phần ủng hộ giả thuyết học môn gây kích thích phát sinh và phát triển u màng não. U màng não tăng kích thước khi nồng độ progesterone huyết thanh tăng lên trong khi có thai hoặc giai đoạn hoàng thể của chu kỳ kinh nguyệt. Thụ thể progesterone biểu hiện 61 – 95% các trường hợp, làm tăng kích thước u màng não bằng cách tăng cường máu, tăng lượng dịch trong và ngoài khối u, gây nên tăng sinh và phát triển khối u. Dựa trên mối quan hệ này, có thể dung biện pháp kích tố để điều trị u màng não.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $50,4 \pm 16,4$, tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi, lớn nhất là 69 tuổi, tuổi hay gặp là 39 - 59 tuổi (45,7%). Tác giả Sam Bong Chung [5], tuổi trung bình là 55 tuổi.

4.2. Triệu chứng lâm sàng: Đau đầu là triệu chứng hay gặp nhất, đau thường lan tỏa, âm ỉ và liên tục, buổi sáng đau nhiều hơn. Tuy nhiên đau đầu không phải là triệu chứng đặc hiệu cho u màng não. Động kinh là triệu chứng hay gặp trong u màng não, trong nghiên cứu chúng tôi gặp 15 trường hợp, điều này phù hợp với nghiên cứu của Ojemann Robert R.G[1], động kinh là triệu chứng khá phổ biến của u màng não vùng liềm đại não. Cơ chế gây động kinh là do u chèn ép trực tiếp vào màng não gây kích thích vỏ não, nhưng cũng có thể do nguyên nhân tăng áp lực nội sọ.

Rối loạn tri giác: Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 2 trường hợp hôn mê sâu, trong đó 1 trường hợp do u kích thước khá to ($> 6\text{cm}$) ở 1/3 trước liềm đại não, 1 trường hợp bệnh nhân tuổi cao, Trường hợp hôn mê sâu kết quả điều trị sau phẫu thuật bệnh nhân biến chứng tử vong.

4.3. Cận lâm sàng: Để xác định vị trí của u màng não liềm đại não chúng tôi dựa vào chỗ bám của gốc u trên phim cộng hưởng từ sọ não và xác định của phẫu thuật viên trong quá trình phẫu thuật. Trong 35 trường hợp vị trí u ở 1/3 trước liềm đại não chiếm nhiều nhất, 51,4%, tiếp đó là 1/3 giữa, chiếm 34,3% thấp nhất là 1/3 sau, chiếm 14,3%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với tác giả Kim Bong Chung vị trí u ở

1/3 trước, chiếm 48,5% [5]. Của tác giả Pires de Aguiar [6], vị trí 1/3 trước, chiếm 45,7%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước của khối u trên 4 cm chiếm tỷ lệ 41,43%, điều này giải thích là u màng não xuất hiện sớm, phát triển âm thầm, khi có biểu hiện triệu chứng thì khối u đã có kích thước lớn.

Trên phim cộng hưởng từ không tiêm thuốc đối quang từ, hình ảnh của u màng não ít có tính chất đặc thù, tín hiệu của u trên cả T1W, T2W có xu hướng gần tương đương với tín hiệu của nhu mô não liền kề. Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy trên phim cộng hưởng từ không có tiêm thuốc đối quang từ, u màng não liềm đại não thường có cường độ tín hiệu tăng trên chuỗi xung T2W, chiếm 82,86% và giảm nhẹ trên chuỗi xung T1W, chiếm 77,14%.

4.4. Kết quả điều trị: Để đánh giá khả năng lấy bỏ khối u, chúng tôi sử dụng phân loại của Simpson (I, II, III, IV,V). Chúng tôi chia bảng phân loại Simpson thành 2 nhóm: Nhóm I gồm Simpson I, II và nhóm II gồm Simpson III, IV, V.

Chúng tôi so sánh kết quả điều trị phẫu thuật tốt ở Simpson nhóm I là 80% với tác giả Sam Bong Chung [5] là 86,76%. Như vậy kết quả phẫu thuật của chúng tôi vẫn thua kém hơn so với các tác giả trên Thế Giới, tuy nhiên sự thua kém là không quá nhiều. U màng não liềm đại não là vị trí khó khăn để phẫu thuật, nhất là vị trí 1/3 giữa và 1/3 sau vì có nhiều cấu trúc quan trọng như xoang tĩnh mạch, hệ lưu tĩnh mạch và các động mạch cũng như trung khu thị giác, hô hấp...

Trong 35 trường hợp có 5 trường hợp nhiễm trùng nông vết mổ, điều trị ổn định ra viện. Thiếu hụt vận động hay gặp ở vị trí 1/3 giữa, chiếm 20%. Tuy nhiên những trường hợp này mức độ yếu liệt nhẹ, vẫn tự đi lại, sinh hoạt được, nhưng mất khả năng lao động nặng, vì vậy cần chú ý biến chứng này khi phẫu thuật u màng não liềm đại não vị trí 1/3 giữa. Có 4 trường hợp biến chứng phù não sau mổ, cả 4 trường hợp điều trị ổn định. Theo các nghiên cứu, u màng não lành tính là u ngoài trục, nên tình trạng thần kinh sau mổ kém đi, chủ yếu là do tình trạng phù não. Thông thường tình trạng phù não được cải thiện từ sau 10 - 14 ngày. Theo Ojemann [2], nếu như phù não chỉ do vén não trong mổ thì triệu chứng xấu đi chỉ là tạm thời, sự hồi phục sau khi tổ chức não hết phù nề, tổn thương thần kinh vĩnh viễn chỉ xảy ra khi tổn thương hệ thống tĩnh mạch trung tâm Rolando.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp tử vong sau mổ. Một trường hợp bệnh nhân cao tuổi có bệnh lý tim mạch kết hợp. Trường hợp còn lại bệnh nhân có giải phẫu bệnh là u màng não thể giảm biệt hoá, sau mổ u tái phát nhanh, phù não lớn nên tử vong sau mổ 6 tháng. Kết quả điều trị tốt chiếm 71,4%, tuy nhiên chúng tôi thấy có sự khác biệt giữa 3 vị trí 1/3 trước, 1/3 giữa, 1/3 sau. U ở vị trí 1/3 trước tiên lượng tốt hơn u ở 1/3 giữa và 1/3 sau. Sở dĩ như vậy vì ở 1/3 trước có cấu trúc ít quan trọng hơn là vị trí 1/3 giữa và 1/3 sau.

V. KẾT LUẬN

U màng não vùng liềm đại não là u lành tính, vị trí nằm ở sâu, phát triển chậm, âm thầm, phẫu thuật sớm cho kết quả điều trị tốt.

U màng não liềm đại não thường gặp nhất ở nhóm tuổi từ 40 - 60 tuổi, tỷ lệ nữ nhiều hơn nam. Biểu hiện lâm sàng: Đau đầu (88,1%), động kinh (51,42%), liệt vận động (20%), nhìn mờ (20%). Vị trí u 1/3 trước liềm đại não 51,4%,

1/3 giữa 34,4%, 1/3 sau 17,4%. Kích thước khối u > 4 cm, chiếm 71,43%. Tỷ lệ tử vong sau mổ 0,05%. Kết quả điều trị tốt sau 6 tháng 71,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ojemann R.G. (1993), "Management of cranial and spinal meningiomas", Clinical Neurosurgery, 40, 321 – 83
2. Ojemann Robert.G. (1996), "Supratentorial meningiomas: Clinical features and surgical management", Neurosurgery, Anne S.Patterson, 4th edition, Mc Graw-Hill, pp.873-888
3. Frank H.N (2004), "Atlas giải phẫu người", Nhà xuất bản y học.
4. Yasargil, (2007), "Microneurosurgery of CNS Tumors", 1, 136-137
5. Sam Bong Chung (2007) "Falx Meningiomas: Surgical Results and Lessons Learned from 68 cases" Journal of Korean Neurosurgery, 276-280.
6. Pires de Aguiar PH, Aires R, Maldaun MVC, Tahara A, de Souza Filho AM, Zicarelli CA, Ramina R. (2010) "Is sagittal sinus resection in falcine meningiomas a factor of bad surgical outcome?" Surgical Neurology International;1:64

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA VỊ TRÍ TỔN THƯƠNG TỦY SỐNG VỚI HIỆN TƯỢNG TRÀO NGƯỢC BÀNG QUANG NIỆU QUẢN Ở BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG TỦY SỐNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2014-2015

Đỗ Đào Vũ¹, Lê Nguyên Vũ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa vị trí tổn thương tủy sống với hiện tượng trào ngược bàng quang niệu quản ở bệnh nhân tổn thương tủy sống tại bệnh viện Bạch Mai năm 2014-2015. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Có 34 bệnh nhân có trào ngược bàng quang niệu quản trong số 399 bệnh nhân liệt tủy hoàn toàn. Trong số những bệnh nhân bị trào ngược bàng quang niệu quản, tổn thương dưới mức tủy L2 là 55,88% so với 44,12% tổn thương từ mức tủy L2 trở lên. Nguy cơ tổn thương từ mức tủy L2 trở lên bị trào ngược bàng quang niệu quản cao gấp 0,32 lần nhóm bệnh nhân liệt tủy hoàn toàn dưới mức tủy dưới L2 và sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% (0,09 - 1,34), (p= 0,08). **Kết luận:** Chưa thấy có mối liên quan giữa vị trí tổn thương tủy sống

trên và dưới L2 ở bệnh nhân bị liệt hoàn toàn với biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản.

Từ khóa: trào ngược bàng quang niệu quản, tổn thương tủy sống

SUMMARY

A STUDY ON THE RELATIONSHIP BETWEEN SPINAL CORD INJURY LEVEL AND VESICoureTERAL REFLUX IN SPINAL CORD INJURED PATIENTS AT BACH MAI IN 2014-2015

Objective: To investigate the relationship between spinal cord injury level and vesicoureteral reflux in spinal cord injured patients at Bach Mai in 2014-2015. **Subject and methodology:** a cross sectional study. **Result:** Of 399 completely paralyzed patients, 34 had vesicoureteral reflux. In the group of those with vesicoureteral reflux, 55.88% had the lesions below L2 compared to 44.12% occupying above-L2 lesions. The rate of vesicoureteral reflux in the spinal cord injured patients with the above-L2 lesions was 0.32 times higher than those with below-L2 lesions. Therefore, no significant difference was seen in the risk of developing vesicoureteral reflux between 2 groups (CI = 95%: 0.09-1.34; p = 0.08).

¹Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2017

Ngày duyệt bài: 10.4.2017

Conclusion: There is no relationship between the above/below L2 injuries of completely paralyzed patients with vesicoureteral reflux.

Key words: vesicoureteral reflux, spinal cord injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược bàng quang niệu quản là tình trạng nước tiểu trào ngược bất thường từ bàng quang lên niệu quản rồi lên đài bể thận. Trào ngược bàng quang niệu quản có thể phối hợp với nhiễm khuẩn tiết niệu dưới, ứ nước thận và ảnh hưởng đến hình thái và chức năng thận [2]. Tổn thương tủy sống gây các thể rối loạn chức năng bàng quang thần kinh khác nhau. Dẫn tới nguy cơ biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản là không giống nhau. Tổn thương nơ ron vận động cao từ L2 trở lên thường gây bàng quang tăng hoạt, đôi khi kèm theo bất đồng vận bàng quang cơ thắt [6]. Những bệnh nhân có tổn thương nơ ron vận động thấp dưới L2 biểu hiện rối loạn chức năng bàng quang giảm hoạt, bàng quang có độ giãn nở giảm và sức chứa giảm do són tiểu liên tục [1],[4]. Để giúp cho đánh giá nguy cơ biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản trong thực hành lâm sàng, vị trí tổn thương tủy sống ảnh hưởng đến biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản như thế nào. Chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu: "*Tìm hiểu mối liên quan giữa vị trí tổn thương tủy sống với hiện tượng trào ngược bàng quang niệu quản ở bệnh nhân tổn thương tủy sống tại bệnh viện Bạch Mai năm 2014-2015*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: (1) Bệnh nhân tuổi từ 18 đến 75; (2) Bệnh nhân bị chấn thương tủy sống liệt hoàn toàn có biến chứng bàng quang thần kinh.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân có biến chứng bàng quang thần kinh nhưng không do nguyên nhân chấn thương tủy sống; (2) Các bệnh lý kết hợp: bệnh lý dễ gây chảy máu, bệnh lý hệ tiết niệu dưới (dị dạng, sỏi bàng quang, hẹp niệu đạo, phì đại lành tính tiền liệt tuyến, u bàng quang...); (3) bệnh nhân không tỉnh táo, hợp tác được với nhân viên y tế.

2.1.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân đến điều trị tại Trung tâm

Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai không phân biệt về tuổi, giới tính, được chẩn đoán bàng quang thần kinh do tổn thương tủy sống. Được làm đầy đủ các xét nghiệm: xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh để chẩn đoán tổn thương tủy sống có biến chứng bàng quang thần kinh, phát hiện và loại trừ các dị tật và bệnh lý đường tiết niệu dưới; X quang ngược dòng có thuốc cản quang.

2.1.4. Cỡ mẫu: Chúng tôi đã khám, làm các xét nghiệm 339 bệnh nhân tổn thương tủy sống liệt hoàn toàn thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, trong đó có 34 bệnh nhân bị bàng quang thần kinh được chẩn đoán trào ngược bàng quang niệu quản.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Đề tài được thực hiện tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2014 đến tháng 9 năm 2015.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán mức độ trào ngược bàng quang niệu quản

Độ 1: nước tiểu chỉ trào ngược lên niệu quản, bể thận bình thường, đài thận sắc nhọn. Độ 2: Nước tiểu trào ngược lên niệu quản, đài bể thận nhưng bể thận bình thường, đài thận sắc nhọn. Độ 3: Nước tiểu trào ngược lên niệu quản và toàn bộ hệ thống, niệu quản, bể thận giãn nhẹ, đài thận tù nhẹ. Độ 4: Nước tiểu trào ngược lên niệu quản và toàn bộ hệ thống, niệu quản, bể thận giãn vừa, đài thận tù vừa. Độ 5: Nước tiểu trào ngược lên niệu quản và toàn bộ hệ thống, bể thận giãn nhiều, niệu quản ngoằn ngoèo, đài thận tù nhiều [5].

2.3.3. Các chỉ số đánh giá: Tuổi, giới, thời gian bị bệnh, mức độ, vị trí chấn thương tủy sống dựa vào thang điểm phân loại của Hiệp hội Tổn thương Tủy sống Mỹ (ASIA: American Spinal Cord Injury Association); trào ngược bàng quang niệu quản (có/không)

2.4. Xử lý số liệu: Phân tích bằng phần mềm thống kê Stata 12.0 của Tổ chức Y tế Thế giới. Mức giá trị xác suất $P < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê

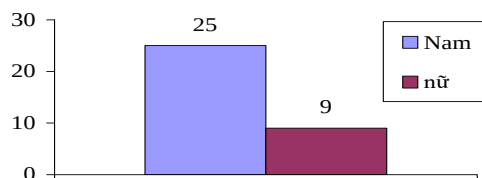
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và thời gian bị bệnh

Đặc điểm	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn
Tuổi	35,29 $\pm$ 15,63
Thời gian mang bệnh (tuần)	34,5 $\pm$ 130,14

Tuổi trung bình là rất trẻ 35,29 tuổi; thời gian bị bệnh từ khi tổn thương tủy sống đến khi tiến hành nghiên cứu tại Trung tâm là khá muộn gần 35 tuần.



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới

Phân bố bệnh nhân theo giới tương đồng với các nghiên cứu trước đây ở trong và ngoài nước, với nam nhiều hơn gấp gần 4 lần so với nữ ($p < 0,05$)

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo vị trí chấn thương tủy sống

Vị trí chấn thương	Nhóm có biến chứng trào ngược	
	n=34	Tỷ lệ %
Trên tủy cùng ($\geq L2$)	15	44,12
Dưới mức tủy cùng ($< L2$)	19	55,88

Trong số những bệnh nhân có trào ngược bàng quang niệu quản, tổn thương dưới mức tủy L2 là 55,88% so với 44,12% tổn thương từ mức tủy L2 trở lên.

3.2. Liên quan giữa vị trí tổn thương và trào ngược bàng quang niệu quản

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa vị trí tổn thương với biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản

	$\geq L2$	Dưới L2	Tổng	OR	95%CI	p
Nhóm trào ngược bàng quang niệu quản	15	19	34	0,32	0,09 - 1,34	0,08
Nhóm không trào ngược bàng quang niệu quản	200	115	305			
Tổng	215	124	339			

Giá trị OR= 0,32 và khoảng tin cậy 95% (0,09-1,34), cho phép chúng ta kết luận nguy cơ tổn thương từ mức tủy L2 trở lên bị trào ngược bàng quang niệu quản cao gấp 0,32 lần nhóm bệnh nhân có tổn thương dưới mức tủy dưới L2 và sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% ($p = 0,08$)

IV. BÀN LUẬN

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi đều có mức tổn thương tủy sống gây liệt hoàn toàn để đảm bảo đồng nhất đối tượng nghiên cứu. Kết quả bảng 3.2 cho thấy bệnh nhân có trào ngược bàng quang niệu quản, tổn thương dưới mức tủy L2 chiếm 55% so với 44% tổn thương tủy từ L2 trở lên. Vị trí L2 là ranh giới của nơ ron vận động cao và thấp, khi tổn thương có thể gây rối loạn chức năng bàng quang trung ương hay ngoại vi [1]. Theo cơ chế bệnh sinh những tổn thương từ L2 trở lên thường gây rối loạn chức năng bàng quang dạng tăng hoạt, có thể kèm theo bất đồng vận bàng quang cơ thắt. Trong khi tổn thương thấp dưới L2 chủ yếu gây bàng quang thần kinh giảm hoạt, lâu dài có thể dẫn đến bàng quang có độ giãn nở giảm, sức chứa giảm do tình trạng són tiểu nhiều [4]. Với mong muốn tìm hiểu rối loạn chức năng bàng

quang gây trào ngược bàng quang niệu quản có liên quan đến vị trí tổn thương tủy sống hay không ở những bệnh nhân liệt hoàn toàn. Từ kết quả nghiên cứu có thể đưa ra những khuyến nghị phù hợp để ngăn ngừa biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản cho nhóm bệnh nhân này.

Phân tích mối liên quan giữa vị trí tổn thương tủy sống và biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản. Bảng 3.3 cho thấy, trong số 339 bệnh nhân sau tổn thương tủy sống có mức độ liệt hoàn toàn được khám lâm sàng, xét nghiệm siêu âm bàng quang, chụp bàng quang ngược dòng có cản quang. Kết quả nhận thấy bệnh nhân tổn thương tủy sống dưới L2 có tỷ lệ trào ngược bàng quang niệu quản cao gấp 0,32 lần nhóm bệnh nhân có tổn thương dưới mức từ L2 trở lên, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% ($p = 0,08$; OR= 0,32 và khoảng tin cậy 95% (0,09 - 1,34). Nhận xét này

tương đồng với kết luận của tác giả Dudognon và cộng sự [1] cho thấy, 7 trong số 17 bệnh nhân có trào ngược bàng quang niệu quản có tổn thương nơ ron vận động thấp dưới L2, rối loạn chức năng bàng quang là giảm hoạt. Cơ chế trào ngược bàng quang niệu quản ở những bệnh nhân có tổn thương nơ ron vận động thấp, mặc dù bàng quang giảm hoạt nhưng nước tiểu rỉ liên tục làm cho sức chứa bàng quang giảm dần. Hậu quả là độ giãn nở giảm, áp lực bàng quang tăng cao kéo dài dẫn đến cấu trúc giải phẫu cơ bàng quang thay đổi cuối cùng hậu quả là trào ngược bàng quang niệu quản. Điều này giải thích tại sao những bệnh nhân tổn thương tủy thấp cũng có tỷ lệ trào ngược bàng quang niệu quản cao. Nếu bệnh nhân không được phát hiện sớm, kịp thời, biến chứng viêm đài bể thận ngược dòng và suy thận mạn tính.

V. KẾT LUẬN

Chưa thấy có mối liên quan giữa vị trí tổn thương tủy sống trên và dưới L2 ở bệnh nhân bị

liệt hoàn toàn với biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản (OR= 0,32; 95% CI (0,09 - 1,34), với mức tin cậy 95% (p= 0,08)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dudognon. P, Labrousse. C, Lubeau. M, et al.** Early Vesico-Ureteral Reflux following Conus Medullaris Injury: Case Report. Paraplegia 24 (1986) 194-200
2. **Fryjordet. A. et al.** The effect of acute chemical sympathectomy on the competence of the Canine Ureterovesical junction. Urol Res 1975; 3: 95 – 97
3. **OsamuY et al.** Morphological and functional factors predicting bladder deterioration after spinal cord injury. *JUrol*, 2001;155: 271.
4. **Shinya K et al.** Relevance of detrusor hyperreflexia, vesical compliance and urethral pressure to the occurrence of vesicoureteral reflux in myelodysplastic patients. *JUrol*; 1992; 147: 413 - 415.
5. **Suzuki. T, Ushiyama. T .** Vesicoureteral reflux in the early stage of spinal cord injury: a retrospective study. *Spinal Cord*, 2001. 39, 23 - 25
6. **Tanago EA, Meyers FH.** Trigonal hypertrophy, a cause of ureteral obstruction. *JUrol* 1965; 93: 678.

HỘI CHỨNG NÔN TRỞ TRÀO NGƯỢC Ở TRẺ NHỎ DƯỚI 12 THÁNG TUỔI

Cao Thị Thu Hương*, Ngô Thị Thu Huyền*

TÓM TẮT

Nghiên cứu điều tra cắt ngang mô tả trên 1620 trẻ nhằm đánh giá tình trạng trào ngược ở trẻ dưới 12 tháng tuổi tại 3 tỉnh Vĩnh Phúc, Hải Dương, Nam Định. Các bà mẹ được phỏng vấn theo bộ câu hỏi đánh giá nôn trở trào ngược ở trẻ em (IGRQ). Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ trẻ có biểu hiện nôn trở ngày hôm qua cao nhất ở Nam Định (32,8%) sau đến Hải Dương (29,1%) và thấp nhất là ở Vĩnh Phúc (23,2%), tỷ lệ chung ở ba tỉnh là 28,4%. Nhóm trẻ dưới 6 tháng có tỷ lệ nôn trở (39,4%) cao hơn có ý nghĩa (p < 0,001) so với nhóm trẻ từ 6 - <12 tháng (17,8%). Tỷ lệ trẻ mắc hội chứng nôn trở trào ngược bệnh 22,2% trong tổng số trẻ ngày hôm qua bị nôn trở và chiếm 6,3% trong tổng số trẻ điều tra.

Từ khóa: Nôn trở trào ngược, trẻ dưới 12 tháng.

SUMMARY

GASTROESOPHAGEAL REFLUX IN CHILDREN UNDER 12 MONTHS OLD

*Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thu Hương

Email: caothithuhuong@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

A cross-sectional study in 1620 children to assess current situation of gastroesophageal reflux of children under 12 months of age in Vinh Phuc, Hai Duong, Nam Dinh. The mothers were interviewed by Infant Gastroesophageal Reflux Questionnaire. The result showed that: prevalence of children had reflux in previous day was highest in Nam Dinh (32.8%), following Hai Duong (29.1%) and lowest in Vinh Phuc (23.2%). Prevalence of reflux in group aged under 6 months old was significantly higher as compared to that in groups aged from 6 to under 12 months old, p<0,001. Prevalence of children had syndrome of Gastroesophageal Reflux (GED) was 22.2% among children had reflux in previous day and 6.3% among investigated children.

Key word: Gastroesophageal Reflux, children under 12 months of age

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nôn trở trào ngược (NTTN) là một hiện tượng sinh lý, được định nghĩa là khi thức ăn đã vào đến dạ dày lại trào ngược lên thực quản và ra ngoài một cách vô thức. Đây là hiện tượng phổ biến ở trẻ em [1], và có tỷ lệ nghịch với tuổi [2,3]. Nếu NTTN vẫn kéo dài, nó có thể tiến triển đến NTTN bệnh lý và trở thành bệnh trào ngược. Một số trường hợp NTTN bệnh lý nhưng thực quản không bị ăn mòn được xác định khi có sự

trào ngược dịch dạ dày nhưng không có các mảnh vỡ chất nhầy thực quản qua nội soi [1]. Bệnh trào ngược là biến chứng của NTTN với sự có mặt của các mảnh vỡ chất nhầy thực quản hoặc các biến chứng khác như thiếu máu, chậm lớn và nôn ra máu [1,4].

Ở những quốc gia có nguồn tài chính và khả năng kỹ thuật hạn chế thì việc sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế và hoàn thiện bởi Orenstein và cộng sự [5] được coi là một công cụ hữu hiệu đánh giá đặc điểm NTTN của trẻ. Theo số liệu từ Orenstein và cộng sự: bộ câu hỏi NTTN cho trẻ nhỏ dưới 12 tháng có giá trị tiên đoán dương tính trong chẩn đoán NTTN bệnh lý và biện minh cho các phương pháp điều trị đặc biệt ở những nước mà khả năng chẩn đoán còn hạn chế.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá tình trạng nôn trớ trào ngược ở trẻ em dưới 12 tháng tuổi tại 3 tỉnh vùng đồng bằng Bắc Bộ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Bà mẹ đang nuôi con nhỏ < 12 tháng (từ 0 - 11,9 tháng tuổi), trẻ không bị mắc các bệnh bẩm sinh, không có vấn đề chậm phát triển.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại 3 tỉnh (Nam Định, Hải Dương, Vĩnh Phúc)

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 06-10/2015

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính dựa vào công thức: $n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)/e^2$

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p ước tính là 35%, $e=0,05$ cỡ mẫu tính được là 350 đối tượng, với $DE = 1,5$ cỡ mẫu cho mỗi tỉnh là 524 đối tượng.

Chọn mẫu: Chọn tỉnh, huyện, xã: mỗi tỉnh chọn 3 huyện, mỗi huyện chọn 3 xã. Như vậy mỗi tỉnh có 9 xã tham gia nghiên cứu.

Chọn đối tượng (theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống): Mỗi xã mời 60 bà mẹ có con từ 0-11,9 tháng (mỗi tháng tuổi chọn 5 trẻ) dựa trên danh sách tiêm chủng của trẻ tại trạm y tế theo phương pháp ngẫu nhiên.

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

2.4. Thu thập số liệu và đánh giá kết quả

Tất cả bà mẹ được phỏng vấn theo bộ câu hỏi đã được thiết kế và thử nghiệm (pre-test) trước khi điều tra nghiên cứu. Phỏng vấn bà mẹ về tình hình nôn trớ của trẻ ngày hôm qua: tần suất nôn trớ, lượng sữa nôn trớ/lần (lấy số lượng sữa nôn trớ nhiều nhất trong số các lần nôn trớ) kèm theo các dấu hiệu khác đi kèm với nôn trớ.

Đánh giá tình hình nôn trớ trào ngược:

Trẻ được coi là mắc hội chứng NTTN khi trẻ có tổng điểm của các dấu hiệu trào ngược >7 điểm với độ nhạy 74% và độ đặc hiệu là 100% [5].

+ Số lần nôn trớ được cho điểm như sau: 0 nôn trớ (0 điểm), 1-2 lần (1 điểm), 3-5 lần (2 điểm), trên 5 lần (3 điểm).

+ Lượng chất nôn trớ được cho điểm như sau: 1 điểm (1 thìa cà phê đến 1 thìa canh); 2 điểm (1 thìa canh đến 30 ml); 3 điểm (>30 ml).

+ Đánh giá tình hình biếng ăn, quấy khóc và các triệu chứng khác kèm theo

Những dấu hiệu	Điểm
Trẻ có từ chối ăn ngay cả khi trẻ đói không	1
Trẻ có chậm tăng cân không	1
Trẻ có khóc nhiều trong bữa ăn hoặc sau ăn không	3
Trẻ có quấy khóc hơn những trẻ bình thường không	1
Nếu trẻ khóc với thời gian 1-<3 giờ/ngày	1
Nếu trẻ khóc > 3 giờ/ngày	2
Trẻ có nấc nhiều hơn trẻ bình thường (nấc ít nhất 1 lần/ngày hoặc nấc liên tục trong 5 phút)	1
Trẻ có những đợt ưỡn cong lưng	2
Trẻ có những đợt ngừng thở hoặc khó thở hoặc tím tái hoặc đổ mồ hôi	6

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0.

2.6. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học của Viện Dinh dưỡng thông qua.

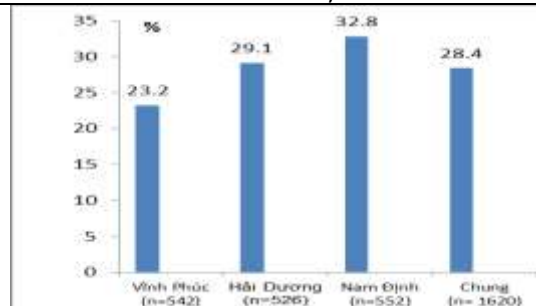
III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1 Tần suất nôn trớ của trẻ trong ngày hôm qua

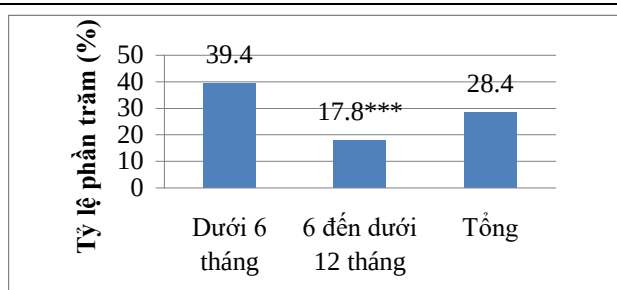
Tần xuất	Vĩnh Phúc n = 542 n(%)	Hải Dương n = 526 n(%)	Nam Định n = 552 n(%)	Tổng cộng n = 1620 n(%)
Không nôn trớ	416 (76,8)	373 (70,9)	371 (67,2)	1160 (71,6)

1-2 lần	104 (19,2)	134 (25,5)	142 (25,7)	380 (23,5)
3-5 lần	21 (3,9)	16 (3,0)	32 (5,8)	69 (4,3)
Trên 5 lần	1 (0,2)	3 (0,6)	7 (1,3)	11 (0,7)

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.1 cho thấy: tỷ lệ chung trẻ nôn trở mỗi ngày 1-2 lần chiếm 23,5%, trẻ nôn trở 3-5 lần chiếm 4,3% và trên 5 lần 0,7%.



Hình 3.1. Tỷ lệ nôn trở ngày hôm qua của trẻ theo tỉnh



Hình 3.2. Tỷ lệ nôn trở ngày hôm qua của trẻ theo nhóm tuổi

*** $p < 0,001$ so với nhóm dưới 6 tháng tuổi cùng thời điểm, Test χ^2

Kết quả nghiên cứu ở hình 3.1 cho thấy: Tỷ lệ trẻ có biểu hiện nôn trở ngày hôm qua chung của ba tỉnh là 28,4% trong đó cao nhất là ở Nam Định (32,8%) sau đến Hải Dương (29,1%) và thấp nhất là ở Vĩnh Phúc (23,2%). Kết quả ở hình 3.2 cho thấy trẻ em dưới 6 tháng có tỷ lệ nôn trở 39,4% cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,001$) so với nhóm trẻ từ 6 - 12 tháng (17,8%).

Bảng 3.2 Lượng sữa nôn trở mỗi lần của trẻ ngày hôm qua

Tân xuất	Vĩnh Phúc (N = 126) n(%)	Hải Dương (N = 153) n(%)	Nam Định (N = 181) n(%)	Tổng cộng (N = 460) n(%)
Dưới thìa canh	26 (20,6)	44 (28,8)	32 (17,7)	102 (22,2)
1-2 thìa canh	62 (49,2)	79 (51,6)	65 (35,9)	206 (44,8)
Trên 30 ml-100 ml	27 (21,4)	20 (13,1)	74 (40,9)	121 (26,3)
Trên 100 ml	11 (8,7)	10 (6,5)	10 (5,5)	31 (6,7)

Kết quả bảng 3.2 cho thấy: Trong số 460 trẻ ngày hôm qua có nôn trở tỷ lệ trẻ nôn trở với lượng ít dưới 1 thìa canh và từ 1-2 thìa tương ứng là 22,2% và 44,8%. Tỷ lệ trẻ nôn trở nhiều hơn với lượng nôn trở từ 30 ml-100 ml chiếm 26,3% và trên 100 ml chiếm 6,7%.

Bảng 3.3 Một số dấu hiệu kèm theo nôn trở của trẻ ngày hôm qua

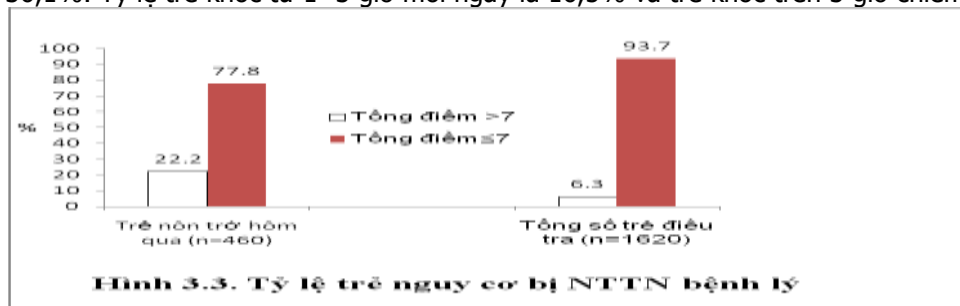
Tân xuất	Vĩnh Phúc (N = 126) n(%)	Hải Dương (N = 153) n(%)	Nam Định (N = 181) n(%)	Tổng cộng (N = 460) n(%)
Tỷ lệ trẻ ưỡn lưng	43 (34,1)	37 (24,2)	40 (22,1)	120 (26,1)
Đỏ/tím mặt	26 (20,6)	20 (13,1)	40 (22,1)	86 (18,7)
Thường xuyên nấc	56 (44,4)	68 (44,4)	85 (47,0)	209 (45,4)

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: bên cạnh dấu hiệu nôn trở, trẻ còn có một số biểu hiện như ưỡn cong lưng (26,1%), mặt đỏ/tím (18,7%) hoặc thường xuyên nấc (45,4%).

Bảng 3.4 Tình hình quấy khóc của trẻ ngày hôm qua

Tân xuất	Vĩnh Phúc (N = 126) n(%)	Hải Dương (N = 153) n(%)	Nam Định (N = 181) n(%)	Tổng cộng (N = 460) n(%)
Tỷ lệ trẻ khóc khi cho ăn				
Có	45 (35,7)	47 (30,7)	74 (40,9)	166 (36,1)
Không	81 (64,3)	106 (69,3)	107 (59,1)	294 (63,9)
Tỷ lệ trẻ quấy khóc				
Dưới 1 giờ	102 (81,0)	137 (89,5)	143 (79,0)	382 (83,0)
Từ 1 - 3 giờ	23 (18,3)	16 (10,5)	37 (20,4)	76 (16,5)
Nhiều hơn 3 giờ	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (0,6)	2 (0,4)
Thời gian khóc trung bình mỗi ngày của trẻ (giờ $\pm$ SD)				
Thời gian	1,2 $\pm$ 0,4	1,10 $\pm$ 0,3	1,22 $\pm$ 0,4	1,17 $\pm$ 0,4

Trẻ nhỏ thường khóc khi không được hài lòng, bú rứt khó chịu, buồn ngủ (gắt ngủ), khi trẻ đói (đến bữa chưa được ăn), khi trẻ đau, khi trẻ ốm... Tổng thời gian khóc mỗi ngày < 1 giờ được coi là bình thường, trẻ khóc từ trên 1 giờ được coi là bất thường. Khi trẻ đói (đến bữa ăn của trẻ), cho trẻ ăn, trẻ khóc là điều không bình thường. Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.4. cho thấy: Tỷ lệ trẻ khóc khi cho ăn là 36,1%. Tỷ lệ trẻ khóc từ 1- 3 giờ mỗi ngày là 16,5% và trẻ khóc trên 3 giờ chiếm 0,4%.



Hình 3.3. Tỷ lệ trẻ nguy cơ bị NTTN bệnh lý

Kết quả hình 3.3 cho thấy trong số 460 trẻ ngày hôm qua có nôn trở thì có 22,2% trẻ mắc hội chứng NTTN > 7 điểm. Trong số 1620 trẻ điều tra thì tỷ lệ trẻ có nguy cơ mắc NTTN bệnh lý chiếm 6,3% (trẻ có tổng số điểm trào ngược >7).

Bảng 3.5 Tỷ lệ trẻ NTTN theo tỉnh

Điểm	Tỉnh	Vĩnh Phúc (N = 126) n(%)	Hải Dương (N = 153) n(%)	Nam Định (N = 181) n(%)	Tổng cộng (N =460) n(%)
Tổng điểm >7		29 (23,0)	24 (15,7)	49 (27,1)	102 (22,2)
Tổng điểm ≤ 7		97 (77,0)	129 (84,3)	132 (72,9)	358 (77,8)

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.5 cho thấy: tỷ lệ chung ba tỉnh có tổng số điểm trào ngược trên 7 điểm là 22,2%. Tỉnh Hải Dương có xu hướng thấp hơn các tỉnh khác.

IV. BÀN LUẬN

Nôn, trở thường xuất hiện ở trẻ khỏe mạnh ngay từ khi mới chào đời và có thể hết khi trẻ 12 - 14 tháng tuổi. Nhiều trẻ bị nôn trở được xử lý không đúng cách khi dùng thuốc trong những trường hợp nặng. Nôn trở thường gặp ở trẻ nhỏ dưới 6 tháng hoặc nhỏ hơn nữa, tỷ lệ nôn trở khác nhau phụ thuộc vào từng vùng địa lý, xã hội, dân tộc. Có những nơi tỷ lệ nôn trở ở trẻ nhỏ là 80% trong tháng đầu, có những nơi nôn trở đến 3-4 tháng là hết. Có nơi nôn trở không vượt quá 40% và kéo dài 6 - 7 tháng [2], [4]. Hầu hết các báo cáo đều cho rằng nôn trở bắt đầu giảm khi trẻ được 6-8 tháng và kết thúc trong năm đầu do đặc điểm của dạ dày chưa hoàn chỉnh, đặc biệt là cơ thắt giữa dạ dày và thực quản.

Kết quả điều tra tại 3 tỉnh (Vĩnh Phúc, Hải Dương, Nam Định) ở trẻ em dưới 12 tháng tuổi nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nôn trở trào ngược trong ngày hôm qua của trẻ là 28,4%. Tỷ lệ NTTN của trẻ < 6 tháng là 39,4% cao hơn có ý nghĩa so với nhóm trẻ từ 6-<12 tháng. Theo báo cáo Nelson và cộng sự: trẻ nôn trở ít nhất 1 lần trong ngày cao nhất ở thời điểm trẻ 4 tháng (chiếm 67% trẻ dưới 12 tháng) và giảm xuống còn 21% khi trẻ 6-7 tháng. Kết quả nghiên cứu của Martin và cộng sự trên trẻ em Úc cho thấy

tỷ lệ trẻ nôn trở đỉnh điểm khi trẻ được 3-4 tháng (41%), giảm xuống còn 35% khi trẻ 6-7 tháng, tiếp tục giảm còn 15% khi trẻ 8-9 tháng và 10% khi trẻ 10-11 tháng [6]. Nghiên cứu gần đây của Hegar và cộng sự ở Indonesia [2] cho thấy lượng trào ngược ở đỉnh điểm khi trẻ ở độ tuổi 4 tháng và giảm dần 35% khi trẻ ở độ tuổi 4-8 tháng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ trẻ nôn trở hàng ngày ở nhóm trẻ < 6 tháng chiếm 39,4% cao hơn có ý nghĩa so với nhóm trẻ ≥ 6 tháng (17,8%). Một trong những lý do giảm tỷ lệ nôn trở trào ngược ở trẻ trên 6 tháng do trẻ đã bắt đầu ăn thức ăn đặc (solid food).

Nôn trở do trào ngược ở trẻ nhỏ có thể là sinh lý nhưng có những trường hợp trào ngược bệnh lý. Đối với trào ngược sinh lý, tần suất nôn của trẻ ít hơn và không có những biểu hiện khác kèm theo như quấy khóc, viêm đường hô hấp, khó thở... việc xác định nôn trở trào ngược bệnh lý được xác định dựa vào đo pH hoặc sinh thiết thực quản. Hiện nay, trên cộng đồng việc sử dụng bộ câu hỏi đánh giá trào ngược (IGERQ: Infant Gastroesophageal Reflux Questionnaire) dựa vào tổng số điểm trào ngược với độ nhạy và độ đặc hiệu cao cho phép tiên lượng nguy cơ trẻ bị trào ngược bệnh lý cũng đã được sử dụng rộng rãi [5]. Bộ câu hỏi IGERQ do Orenstein và cộng sự thiết kế và được đánh giá độ nhạy và độ đặc hiệu giúp tiên lượng những đối tượng

mắc hội chứng NTTN. Orenstein và cộng sự đã sử dụng bộ câu hỏi nghiên cứu trên 100 trẻ bình thường có hội chứng nôn trớ trào ngược và 35 trẻ được chẩn đoán xác định bị bệnh trào ngược (bằng đo pH và sinh thiết thực quản): Bộ câu hỏi với 11 mục liên quan đến tần suất nôn trớ, lượng thức ăn nôn trớ trong ngày, và các dấu hiệu khác kèm theo, ưỡn lưng, nấc, tím tái, khó thở, chậm lên cân.... Mỗi mục được đánh giá và cho điểm theo các mức độ khác nhau. Điểm tối đa cho 11 mục là 25 điểm. Ngưỡng sàng lọc chẩn đoán trẻ mắc hội chứng trào ngược khi trẻ có tổng điểm của các dấu hiệu trào ngược >7 điểm với độ nhạy 74% và độ đặc hiệu là 100%. Như vậy những trẻ có tổng điểm NTTN > 7 điểm là trẻ có hội chứng trào ngược. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: trong số 460 trẻ có biểu hiện nôn trớ hàng ngày thì có 22,2% trẻ có tổng điểm trào ngược > 7 điểm. Như vậy trong tổng số 1620 trẻ thì có 6,3% trẻ có hội chứng NTTN.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ có biểu hiện nôn trớ ngày hôm qua cao nhất ở Nam Định (32,8%) sau đến Hải Dương (29,1%) và thấp nhất là ở Vĩnh Phúc (23,2%), tỷ lệ chung ở ba tỉnh là 28,4%. Nhóm trẻ dưới 6 tháng có tỷ lệ nôn trớ (39,4%) cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,001$) so với nhóm trẻ từ 6 - <12 tháng (17,8%). Tỷ lệ trẻ có hội chứng trào ngược chiếm 22,2% trong tổng số trẻ ngày hôm qua bị nôn trớ và chiếm 6,3% trong tổng số trẻ điều tra.

KHUYẾN NGHỊ

Bộ câu hỏi đánh giá nôn trớ IGEQ có thể sử dụng để đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp đối với tình trạng nôn trớ trào ngược của trẻ tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sherman PM, Hassall E, Fagundes-Neto U, Gold BD, Kato S, Koletzko S, et al (2009). A global, evidence-based consensus on the definition of gastroesophageal reflux disease in the pediatric population. *Am J Gastroenterol*;104:1278-95.
2. Hegar B, Boediarso A, Firmansyah A, Vandenplas Y (2004). Investigation of regurgitation and other symptoms of gastroesophageal reflux in Indonesian infants. *World J Gastroenterol*;10:1795-7.
3. Nelson SP, Chen EH, Syniar GM, Christoffel KK (1997). Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. A pediatric practice-based survey. *Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatr Adolesc Med*;151:569-72.
4. Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, Hassall E, Liptak G, Mazur L, et al (2009). Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*;49:498-547.
5. Orenstein SR, Shalaby TM, Cohn JF (1996). Reflux symptoms in 100 normal infants: diagnostic validity of the infant gastroesophageal reflux questionnaire. *Clin Pediatr*.35:607-14
6. Martin AJ, Pratt N, Kennedy JD, Ryan P, Ruffin RE, Miles H, et al (2002). Natural History and familial relationships of infant spilling to 9 years of age. *Pediatrics*: 109; 1061-7.

NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP VÀ MÔ LIÊN KẾT TẠI KHOA NGOẠI CHẤN THƯƠNG VÀ KHOA NỘI TỔNG HỢP CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH TỪ NĂM 2012 - 2014

Phạm Thế Hiền*, Dương Thuận Thiên*

TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 2561 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân vào điều trị tại khoa Ngoại chấn thương và khoa Nội tổng hợp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh từ 2012 đến 2014, kết quả như sau: Tỷ lệ BN điều trị nội trú bệnh CXK và mô liên kết tại BVĐK tỉnh Trà Vinh thuộc khu vực nông thôn chiếm cao nhất là năm 2013

(chiếm 82,72 năm 2012 là 81,03% và trong năm 2014 là 77,25% luôn cao hơn so với khu vực thành thị. Các bệnh thường gặp chiếm tỷ lệ cao từ năm 2012 đến 2014 là: [M.47] Hư cột sống (thoái hoá cột sống) (24,33%), [M47.9] Thoái hoá cột sống không xác định (9,84%), [M13] Các viêm khớp khác (8,71%). Tỷ lệ nữ mắc bệnh cơ xương khớp (66,30%) cao hơn tỷ lệ nam mắc bệnh cơ xương khớp (33,70%). Tỷ lệ người dân ở nông thôn mắc bệnh cơ xương khớp (80,20%) cao hơn tỷ lệ người dân ở thành thị mắc bệnh cơ xương khớp (19,80%).

Từ khóa: bệnh cơ xương khớp (CXK), Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh (BVĐK)

SUMMARY

*Khoa Y - Dược, Trường Đại học Trà Vinh
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền
Email: hien_fr@tvu.edu.vn
Ngày nhận bài: 15.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017
Ngày duyệt bài: 10.4.2017

**RESEARCH DISEASE MODELS
MUSCULOSKELETAL AND CONNECTIVE TISSUE
FOREIGN SCIENCE IN SCIENCE AND INTERNAL
INJURY OF GENERAL HOSPITAL TRA VINH
PROVINCE FROM 2012-2014**

Research 2561 Case medical records of patients treated at the surgical trauma and synthetic internal medicine at Hospital Tra Vinh province in the years between 2012 and 2014, the following results: Proportion of inpatient patients and connective tissue diseases CXK general hospital in Tra Vinh rural sector accounted for the highest is 2013 (accounting for 81.03% 82.72 in 2012 and in 2014 was 77.25 % are higher than in urban areas. The common diseases high percentage from 2012 to 2014 were: [M.47] Nowhere spine (spinal degeneration) (24.33%), [M47.9] degenerative spine unspecified (9.84%), [M13] The other OA (8.71%). The proportion of women suffering from musculoskeletal disorders (66.30%) higher than the percentage of men suffering from musculoskeletal disorders (33.70%). The percentage of people in rural areas suffering from musculoskeletal disorders (80.20%) was higher than the proportion of people in urban areas suffering from musculoskeletal disorders (19.80%).

Keywords: musculoskeletal disorders (CXK), General Hospital Tra Vinh (General Hospital)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc xác định mô hình bệnh cơ xương khớp giúp cho bệnh viện xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho nhân dân và cho nhân viên y tế

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ mắc bệnh cơ xương khớp và mô liên kết thường gặp theo ICD 10

Mã ICD10	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014		Tổng cộng	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
[M.47] Hư cột sống (thoái hoá cột sống)	222	23,54	148	20,30	253	28,60	623	24.33
[M47.9] Thoái hoá cột sống không xác định	95	10,07	59	8,09	98	11,02	252	9.84
[M13] Các viêm khớp khác	95	10,07	49	6,72	79	8.89	223	8.71
[M48] Các bệnh khác của thân đốt sống	80	8,48	47	6,45	77	8,66	204	7.97
[M48.3] Chấn thương cột sống	78	8,27	31	4,25	56	6,30	165	6.44
[M54.3] Đau dây thần kinh tọa	53	5,62	28	3,84	48	5,40	129	5.04
[M66.1] Phình vỡ màng hoạt dịch	53	5,62	24	3,29	41	4,61	118	4.61
[M15] Thoái hoá đa khớp	25	2,65	20	2,74	36	4,05	81	3.16
[M51] Các bệnh đĩa đệm gian đốt sống khác	25	2,65	19	2,61	29	3,26	73	2.85
[M67.4] Kén nang	25	2,65	15	2,06	18	2,02	58	2.26
Tổng cộng	943	100	729	100	889	100	256	100

Nhận xét: Ba bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là hư cột sống (24,33%), Thoái hóa cột sống không xác định (9,84%), Các viêm khớp khác (8,71%). Bệnh hư cột sống chiếm tỷ lệ cao nhất trong năm 2014 với 28,6%. Bệnh thoái hóa cột sống không xác định chiếm tỷ lệ cao nhất trong năm 2014 với 11,02%. Các viêm khớp khác chiếm tỷ lệ cao nhất trong năm 2012 với 10,07%.

Bảng 2: 10 loại bệnh cơ xương khớp thường gặp

một cách toàn diện, đầu tư cho công tác phòng chống bệnh có chiều sâu và trọng điểm, từng bước hạ thấp tỷ lệ tử vong cho cộng đồng, nâng cao chăm sóc sức khỏe nhân dân. Đáp ứng nhu cầu phục vụ và định hướng phát triển bệnh viện một cách bền vững cần có những thông tin về tình hình bệnh cơ xương khớp cùng với kết quả điều trị của những bệnh nhân. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 3 mục tiêu sau:

- *Xác định tỷ lệ mắc bệnh cơ xương khớp và mô liên kết thường gặp theo ICD 10.*

- *Xác định 10 loại bệnh cơ xương khớp thường gặp.*

- *Xác định sự phân bố bệnh theo các yếu tố dịch tễ học như: tuổi, giới, khu vực cư trú.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân điều trị nội trú các bệnh cơ xương khớp và mô liên kết tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh từ ngày 1/1/2012 đến 31/12/2014.

- **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

- **Thu thập số liệu** và phương tiện nghiên cứu:

+ Sổ lưu trữ số liệu bệnh nhân nằm viện tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh.

+ Nhập số liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng chương trình Excel.

- Kiểm soát sai lệch thông tin: theo chẩn đoán không có trong ICD 10.

TT	Bệnh thường gặp	ICD 10	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014		Tổng cộng	
			Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
1	Thoái hóa cột sống	M47	222	29.56	148	33.64	253	34.42	623	32,35
2	Thoái hóa cột sống không xác định	M7.9	95	12.65	59	13.41	98	13.33	252	13,08
3	Các viêm khớp khác	M13	95	12.65	49	11.14	79	10.75	223	11,58
4	Các bệnh khác của thân đốt sống	M48	80	10.65	47	10.68	77	10.48	204	10,59
5	Chấn thương cột sống	M48.3	78	10.39	31	7.05	56	7.62	165	8,57
6	Đau dây thần kinh tọa	M54.3	53	7.06	28	6.36	48	6.53	129	6,70
7	Phình vỡ màng hoạt dịch	M66.1	53	7.06	24	5.45	41	5.58	118	6,13
8	Thoái hóa đa khớp	M15	25	3.33	20	4.55	36	4.90	81	4,21
9	Các bệnh đĩa đệm gian đốt sống khác	M51	25	3.33	19	4.32	29	3.95	73	3,79
10	Kén nang	M67.4	25	3.33	15	3.41	18	2.45	58	3,01

Nhận xét: Ba bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là thoái hóa cột sống (32,35%), thoái hóa cột sống không xác định (13,08%), các viêm khớp khác (11,58%). Thoái hóa cột sống chiếm tỷ lệ cao nhất trong năm 2014 với 34,42%. Bệnh thoái hóa cột sống không xác định chiếm tỷ lệ cao nhất trong năm 2013 với 13,41%. Các viêm khớp khác chiếm tỷ lệ cao nhất trong năm 2012 với 12,65%.

Bảng 3. Phân bố bệnh cơ xương khớp và mô liên kết theo giới

Giới	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014		Tổng cộng	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Nam	415	44,01	231	31,69	217	24,41	863	33,70
Nữ	528	55,99	498	68,31	672	75,59	1698	66,30
Tổng	943	100	729	100	889	100	2561	100

Nhận xét: Tỷ lệ nữ mắc bệnh cơ xương khớp (66,30%) cao hơn tỷ lệ nam mắc bệnh cơ xương khớp (33,70%). Tỷ lệ nữ mắc bệnh cơ xương khớp cao nhất là trong năm 2014 với 75,59%.

Bảng 4. Phân bố bệnh cơ xương khớp và mô liên kết theo nhóm tuổi

Tuổi	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014		Tổng cộng	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
< 40	415	44.01	231	31.69	217	24.41	863	33.70
41 – 60	240	25.45	249	34.16	279	31.38	768	29.99
61 – 80	264	28.00	200	27.43	342	38.47	806	31.47
>80	24	2.55	49	6.72	51	5.74	124	4.84
Tổng	943	100	729	100	889	100	2561	100

Nhận xét: Nhóm tuổi mắc bệnh CXK cao nhất thuộc nhóm dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ là: 33,70%. Nhóm tuổi dưới 40 tuổi mắc bệnh CXK chiếm tỷ lệ cao nhất trong năm 2012 với 44,01%.

Bảng 5. Tình hình phân bố bệnh cơ xương khớp và mô liên kết theo khu vực cư trú

Khu vực cư trú	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014		Tổng cộng	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Nông thôn	766	81,23	603	82,72	685	77,05	2054	80.20
Thành thị	177	18,77	126	17,28	204	22,95	507	19.80
Tổng	943	100	729	100	889	100	2561	100

Nhận xét: Tỷ lệ người dân ở nông thôn mắc bệnh cơ xương khớp (80,20%) cao hơn tỷ lệ người dân ở thành thị mắc bệnh cơ xương khớp (19,80%). Tỷ lệ người dân ở nông thôn mắc bệnh cơ xương khớp cao nhất là trong năm 2013 với 82,72%.

IV. BÀN LUẬN

• *Tình hình phân bố bệnh cơ xương khớp và mô liên kết theo khu vực cư trú:* Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh cơ xương khớp và mô liên kết sống ở khu vực nông thôn đến điều trị nội trú tại bệnh viện luôn chiếm tỷ lệ cao hơn so với tỷ lệ bệnh

nhân mắc bệnh cơ xương khớp và mô liên kết sống ở khu vực thành thị. Điều này cho thấy được người dân ở khu vực thành thị luôn có nhu cầu chăm sóc sức khỏe và nhu cầu phòng bệnh cao, người dân ở thành thị có nhiều điều kiện thuận lợi để dễ dàng tiếp xúc với các dịch vụ y

tế. Còn một số bộ phận người dân ở khu vực nông thôn còn thiếu ý thức phòng bệnh, chưa có điều kiện thuận lợi để tiếp xúc với các dịch vụ khám chữa bệnh hiện đại, khó khăn trong việc đi lại nên tỷ lệ mắc bệnh cơ xương khớp và mô liên kết còn cao.

• *Về sự biến đổi mô hình bệnh cơ xương khớp và mô liên kết qua các năm (2012 đến 2014):* Trong 10 bệnh CXK và mô liên kết chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại BVĐK tỉnh Trà Vinh, 3 bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là: Hư cột sống (thoái hoá cột sống) tỷ lệ cao nhất (24,33%), đứng vị trí thứ hai là thoái hoá cột sống không xác định (9,84%) và các viêm khớp khác (8,71%).

Điều này cho thấy ba nhóm bệnh CXK và mô liên kết mắc tỷ lệ cao nhất tại BVĐK tỉnh Trà Vinh là: Hư cột sống (thoái hoá cột sống), Thoái hoá cột sống không xác, Các viêm khớp khác. Và đây cũng là ba nhóm bệnh phổ biến nhất mà nếu mắc bệnh thì để lại hậu quả nghiêm trọng về mặt sức khỏe cho cộng đồng.

• *Về sự biến đổi bệnh cơ xương khớp theo giới tính:* Qua các năm từ 2012 đến 2014 thì tỷ lệ nữ bị mắc CXK luôn cao hơn nam, có thể do thể trạng người nữ yếu hơn nam, cơ địa sức khỏe của nữ yếu hơn nam và do ảnh hưởng của thời kỳ sinh sản, không được nghỉ ngơi đầy đủ, làm ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe sau này.

• *Về sự biến đổi bệnh cơ xương khớp theo nhóm tuổi:* Nhóm tuổi mắc bệnh CXK cao nhất thuộc nhóm dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ là: 33,70%. Do lứa tuổi này thuộc nhóm tuổi lao động, làm việc vất vả (đặc biệt có những ngành nghề đòi hỏi sức lao động) nên cơ xương khớp bị ảnh hưởng nhiều dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh cơ xương khớp cao.

V. KẾT LUẬN

NHẬN XÉT KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT KẾT XƯƠNG NẠP KHÓA ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG GÓT

Nguyễn Lâm Bình*, Nguyễn Năng Giới*

TÓM TẮT

Từ những năm cuối Thế kỷ XX, nhiều loại nẹp khóa

*Viện Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lâm Bình

Email: bslambinh90@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

-Tỷ lệ BN điều trị nội trú bệnh CXK và mô liên kết tại BVĐK tỉnh Trà Vinh thuộc khu vực nông thôn chiếm cao nhất là năm 2013 (chiếm 82,72 năm 2012 là 81,03% và trong năm 2014 là 77,25% luôn cao hơn so với khu vực thành thị.

-Các bệnh thường gặp chiếm tỷ lệ cao từ năm 2012 đến 2014 là: [M.47] Hư cột sống (thoái hoá cột sống) (24,33%), [M47.9] Thoái hoá cột sống không xác định (9,84%), [M13] Các viêm khớp khác (8,71%).

-Tỷ lệ nữ mắc bệnh cơ xương khớp (66,30%) cao hơn tỷ lệ nam mắc bệnh cơ xương khớp (33,70%).

-Tỷ lệ người dân ở nông thôn mắc bệnh cơ xương khớp (80,20%) cao hơn tỷ lệ người dân ở thành thị mắc bệnh cơ xương khớp (19,80%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Bảng phân loại Quốc tế bệnh tật Việt Anh lần thứ 10 (ICD10), nhà xuất bản Y học, 2001
2. **Tạp chí Y học thực hành 2010.** Lê Thị Thanh, Trương Việt Dũng, Phạm Thị Bích Ngọc. Mô hình bệnh tật tại Bệnh viện và trạm y tế xã tại tỉnh Đồng Tháp năm 2008.
3. **Nguyễn Trọng Bài, Bùi Văn Chín (2010).** Nghiên cứu mô hình bệnh tật Bệnh viện đa khoa huyện Thới Bình trong 4 năm 2006- 2009.
4. **Lê Thị Phương Nam (2012).** Khảo sát tình hình bệnh tật tại Khoa Nội, Nhi Bệnh viện đa khoa khu vực An Khê, tỉnh Gia Lai từ 2009-2011.
5. **Nguyễn Thị Xuân Hương, Hoàng Thị Huế (2011).** Tình hình bệnh tật và tử vong so sinh tại bệnh viện tại khoa Nhi bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên trong 3 năm (2008-2010).
6. **Lawn JE (2004)** "Why are 4 million dying each year", *The lancet*, vol 364.
7. **No authors listed (2004),** "Morbidity and mortality among autborn neonates at 10 tertiary care institutions in India during the year 2000", *J Trop Pediatr*, Jun 50(3).

phù hợp hình thể giải phẫu xương gót ra đời đã thúc đẩy xu thế phẫu thuật điều trị gãy xương gót. Nẹp khóa xương gót được ứng dụng ở trong nước khoảng 2 năm trở lại đây. Mục tiêu của đề tài này là nhận xét kết quả sớm ứng dụng phẫu thuật kết xương gót bằng nẹp khóa xương gót. Nghiên cứu mô tả lâm sàng tiến cứu 16 BN với 17 xương gót gãy, loại Sanders II, III, IV, được phẫu thuật kết xương bằng nẹp khóa xương gót, trong thời gian từ 11/2014 đến 4/2016, tại Viện Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện TƯQĐ 108. Tất cả

BN đều được mổ theo đường mổ hình chữ L mặt ngoài vùng gót chân, kết xương bằng nẹp khóa xương gót. Kết quả chỉnh góc Böhler sau mổ đạt $30^{\circ} \pm 6^{\circ}$ (trước mổ là $5^{\circ} \pm 5^{\circ}$), góc Gissane đạt từ 115° đến 140° . Thời điểm phẫu thuật trung bình là $12,4 \pm 3,1$ ngày sau chấn thương. Vết mổ liền sẹo kỳ đầu 13 vết mổ, có 2 vết mổ thiếu dưỡng mềp vật da hình L, liền sẹo muộn và 2 vết mổ không liền phải tháo bỏ nẹp. Theo dõi được 14 ổ gãy sau mổ trên 6 tháng, đánh giá theo AOFAS Ankle-Hindfoot scale đạt 76,5 điểm ($\pm 15,5$ điểm). Phẫu thuật kết xương gót bằng nẹp khóa xương gót là một phương pháp điều trị gãy xương gót loại Sanders II, III, IV cho kết quả phục hồi chức năng tốt. Đường mổ mở rộng ở mặt ngoài hình chữ L bộc lộ rõ khớp sên gót sau và thành ngoài xương gót được bộc lộ rõ, thuận lợi cho chỉnh các mảnh gãy và kết xương. Cần thận trọng bóc tách vật chữ L đủ độ dày và dẫn lưu vết mổ để tránh nguy cơ thiếu dưỡng, hoại tử da, không liền vết mổ.

Từ khóa: gãy xương gót, nẹp khóa, nửa sau bàn chân

SUMMARY

THE PRELIMINARY RESULT OF THE OSTEOSYNTHESIS WITH LOCKING PLATE FOR TREATMENT OF THE CALCANEAL FRACTURE

Since the last of the 20th century, various anatomically locking calcaneal plates have been available, promote the surgical treatment trend for calcaneal fracture. In last 2 years, it has been used in Viet Nam. The objective of this project is to assess the early outcome of surgical treatment using calcaneal locking plate. Prospective observational study of 16 patients with 17 displaced calcaneal fractures type II, III, IV (Sanders' classification) had osteosynthesis using the calcaneal locking plate, between November 2014 and April 2016 at The Institute of Trauma and Orthopaedics, 108 General Military Hospital. All patients were operated with L shape incision at lateral aspect of the heel and used the calcaneal locking plate. The mean post-operative Böhler's angle was $30^{\circ} \pm 6^{\circ}$ (pre-op $5^{\circ} \pm 5^{\circ}$). The post-operative Gissane's angle range from 115° to 140° . Surgery was performed on an average of 12.4 days (± 3.1) after trauma. The incision was primary healing in 13 cases, delayed healing in 2 cases and not healing in 2 cases. In 14 cases follow up more than 6 months, the average AOFAS Ankle - Hindfoot scale was 76.5 points (± 15.5). Surgical treatment using The Locking Calcaneal Plate for calcaneus fracture grade II, III, IV provided good results. Using L shape incision gave good injuries exposition. Be careful to dissect L shape flap for preserve vessels.

Key words: calcaneus fracture, locking plate, hindfoot.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương gót chiếm tỉ lệ 1% đến 2% trong tổng số gãy xương trên cơ thể, là gãy xương thường gặp nhất trong số gãy các xương tụ cốt vùng cổ chân, bàn chân, và có tới 75% là gãy phạm khớp [4]. Trước đây, đối với những gãy xương gót phạm khớp có di lệch, chủ yếu là

được điều trị bảo tồn và được phẫu thuật đóng cứng khớp sên gót khi có di chứng đau, hư khớp sên gót. Một số phẫu thuật viên chủ trương sớm đóng cứng khớp sên gót ở những trường hợp gãy xương gót phạm khớp, di lệch nhiều để BN nhanh chóng trở lại công việc [5]. Điều trị phẫu thuật kết xương gót mới được đề cập đến nhiều trong khoảng 30 năm trở lại đây, từ khi có chụp cắt lớp vi tính (chụp CT) cho xương gót. Dựa trên hình ảnh chụp CT xương gót, phân loại gãy xương gót của Sander R. năm 1993, được nhiều phẫu thuật viên ưa dùng. Tuy nhiên, kỹ thuật kết xương khá phức tạp, kết quả phục hồi chức năng không đạt tương xứng với kết quả phẫu thuật. Trong nước, cũng có nhiều phẫu thuật viên thực hiện phẫu thuật điều trị gãy xương gót nhưng chưa có báo cáo nào về kết quả phẫu thuật kết xương gót. Nẹp khóa xương gót mới được nhập và ứng dụng vào điều trị phẫu thuật kết xương gót trong khoảng 2 năm trở lại đây. Chúng tôi đặt vấn đề nghiên cứu đề tài: "*Nhận xét kết quả bước đầu phẫu thuật kết xương nẹp khóa điều trị gãy xương gót*". Với mục tiêu: "*Nhận xét kết quả sớm ứng dụng phẫu thuật kết xương gót bằng nẹp khóa xương gót*".

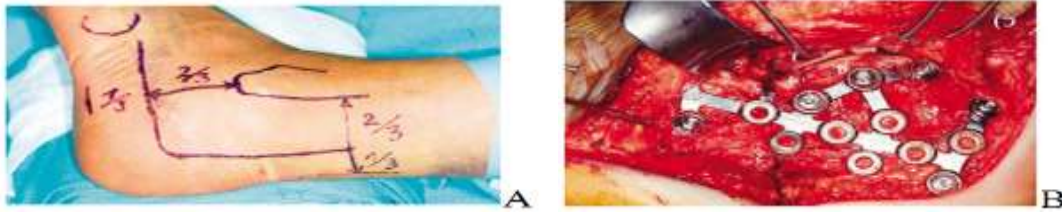
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 16 bệnh nhân (BN) gãy xương gót đã được phẫu thuật kết xương nẹp khóa (loại nẹp khóa cho xương gót), tại Viện Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện TƯQĐ 108 từ tháng 11/2014 đến tháng 4/2016, tuổi từ 21 đến 50 tuổi, gồm 15 nam và 1 nữ. Tất cả BN đều được mổ theo đường mổ hình chữ L mặt ngoài vùng gót chân, kết xương bằng nẹp khóa xương gót (chất liệu thép, của hãng Mikromed, Ba Lan).

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả lâm sàng tiến cứu, không nhóm chứng.

***Lựa chọn BN:** gãy kín xương gót, có hình ảnh gãy phạm khớp sên gót sau (posterior subtalar joint), di lệch trên phim Xquang thường quy và phim chụp cắt lớp vi tính (CT, Computer Tomography); di lệch mặt khớp $\geq 2\text{mm}$, loại II, III, IV theo phân loại của Sanders R.

***Kỹ thuật mổ:** BN nằm nghiêng về bên chân lành, bàn mổ có thể dùng được máy chụp Xquang tăng sáng (C-arm). Phẫu thuật theo đường mổ mở rộng của Seattle (*Seattle approach*), hình chữ L mặt ngoài vùng gót chân (hình 1A) [7]. Chỉnh mở ổ gãy, chú ý mặt khớp sên gót sau, đặt nẹp khóa mặt ngoài xương gót, kết xương nẹp khóa (hình 1B), kiểm tra dưới C-arm.



Hình 1: Đường mổ của Seattle và kết xương bằng nẹp khóa xương gót

**Tập luyện sau mổ:* đi lại chống 1 nạng từ sau mổ 6 tuần; đi không nạng từ sau mổ 8 đến 10 tuần.

**Chỉ tiêu đánh giá:* Đánh giá kết quả phẫu thuật: mức độ chỉnh trục kết xương dựa vào hình ảnh Xquang thường quy sau mổ; tình trạng tại chỗ sau mổ và khả năng liền vết mổ; các tai biến, biến chứng sớm. Đánh giá kết quả sớm (từ sau mổ 6 tháng đến 1 năm) dựa theo thang điểm đánh giá cho cổ chân và nửa sau bàn chân của Hội chính hình cổ chân – bàn chân Mỹ (AOFAS Ankle-Hindfoot scale).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 16 BN với 19 ổ gãy xương gót (3 BN gãy cả 2 xương gót) kết xương nẹp khóa cho 17 xương gót ($n = 17$), 2 BN chỉ kết xương nẹp khóa xương gót 1 bên còn bên kia điều trị bảo tồn.

Nguyên nhân chấn thương: 15 BN do ngã cao, 1 BN do tai nạn giao thông.

Chấn thương khác kết hợp: 3 BN chấn thương cột sống không liệt tủy.

1 BN gãy 1/3T xương chày (gãy 2 xương gót)
Tổn thương xương gót theo phân loại của Sanders ($n = 17$): 8 ổ gãy loại II, 7 ổ gãy loại III, 2 ổ gãy loại IV.

Thời điểm phẫu thuật: từ 5 ngày đến 19 ngày sau chấn thương, trung bình là $12,4 \pm 3,1$ ngày.

Kết quả chỉnh ổ gãy, kết xương:

- Góc Böhler trước mổ từ 20° đến -10° , trung bình là $5^\circ \pm 5^\circ$; sau mổ từ 20° đến 40° , trung bình là $30^\circ \pm 6^\circ$.

- Góc Gissane: từ 115° đến 140° , trung bình là $131^\circ \pm 5,5^\circ$.

Tình trạng tại chỗ sau mổ:

- Liền sẹo kỳ đầu: 13 vết mổ kết xương gót.
- Thiếu dưỡng mép vạt da hình L, liền sẹo muộn: 2 vết mổ.

- Không liền vết mổ, lộ nẹp: 2 vết mổ.

Theo dõi sau mổ trên 6 tháng được 13 BN với 14 ổ gãy xương gót, kết quả theo thang điểm AOFAS Ankle-Hindfoot scale: 76,5 điểm ($\pm 15,5$ điểm).

IV. BÀN LUẬN

Xương gót chịu lực "đội lên đầu mình" gần toàn bộ trọng lượng cơ thể và gãy xương gót thường là do lực chấn thương trực tiếp. Tổng hợp của nhiều nghiên cứu cho thấy nguyên nhân do ngã cao, chân tiếp đất luôn chiếm tỉ lệ cao

nhất 55% đến 85%. Trong 16 BN gãy xương gót có tới 15 trường hợp bị ngã cao từ trên 2 m và 1 trường hợp do tai nạn giao thông. Chấn thương khác kèm theo gồm có 1 BN bị gãy 1/3T xương chày, 3 BN bị chấn thương cột sống không liệt tủy. Những trường hợp tổn thương liệt tủy, chúng tôi không tiến hành kết xương gót. Phần lớn BN ngã cao do tai nạn lao động, lứa tuổi từ 21 đến 50 tuổi và tỉ lệ nam/nữ là 15/1.

Chấn thương gãy xương gót thường kèm theo phù nề nhiều ở vùng bàn chân. Nhiều trường hợp máu tụ, phù nề, phỏng nước hoặc mảnh xương di lệch đội dưới da gây thiếu dưỡng da. Buckley R. [2] khuyến cáo nên đợi cho phần mềm vùng nửa sau bàn chân giảm nề nhiều rồi hãy tiến hành phẫu thuật, thông thường phải chờ khoảng 8 đến 14 ngày. Có những trường hợp phẫu thuật phải chậm lại sau chấn thương 3 tuần, nhưng tác giả cũng khuyên không nên để quá 3 tuần, sẽ khó chỉnh ổ gãy do can xương hình thành. Zwipp H. và CS [7] đã tiến hành phẫu thuật cho 496 BN gãy xương gót vào thời điểm trung bình là 8,8 ngày sau chấn thương (từ ngày đầu đến ngày thứ 23) bằng nhiều đường mổ khác nhau. Thời điểm phẫu thuật 16 BN của chúng tôi trong khoảng từ 5 ngày đến 19 ngày sau chấn thương, trung bình là $12,4 \pm 3,1$ ngày. Theo Sanders R. [5], những trường hợp mảnh xương đội dưới da, nhất là trong loại gãy mảnh nửa trên sau xương gót di lệch chéo lên trên (Tongue type), nên được phẫu thuật sớm trong những giờ đầu khi mới chấn thương. Chúng tôi có gặp 2 trường hợp như vậy, nhưng BN đến muộn, bàn chân phù nề nhiều, đã phải lùi phẫu thuật sau 2 tuần.

Có nhiều đường mổ vào xương gót được Zwipp H. và CS [7], Sanders R. và CS [5], Cronier P. và CS [3] mô tả chi tiết cho từng loại gãy và từng kỹ thuật kết xương gót. Có 2 đường mổ được phẫu thuật viên ưa dùng mổ mở vào mặt ngoài xương gót: một đường có hình chữ L (mô tả của Seattle) và một đường mổ song song với gân 2 cơ mác dài, mác ngắn đi từ sau dưới mắt cá ngoài, vén 2 gân này xuống dưới (mô tả của Palmer) [7]. Đường mổ mở rộng hình chữ L có thể bộ lộ rõ khớp sên gót sau và mặt ngoài xương gót, thuận lợi cho nắn chỉnh mặt khớp,

trục xương gót và kết xương. Tuy nhiên, các tác giả cũng cảnh báo đường mổ của Seattle rất có nguy cơ thiếu dưỡng vật da chữ L nếu bóc tách không đủ độ dày hoặc để máu tụ dưới vật. Trong 453 BN, Zwipp H. và CS [7] gặp biến chứng máu tụ dưới vật da chiếm 4,7%, hoại tử một phần vật da 6,7%, nhiễm khuẩn phần mềm là 4,3%, nhiễm khuẩn xương 2,2%. Chúng tôi gặp 4 trường hợp biến chứng tại vết mổ, trong đó có 2 vết mổ đã liền sẹo muộn, còn 2 trường hợp không liền vết mổ, lộ nẹp. Vật da của 3/4 trường hợp này bị thiếu dưỡng dẫn đến 1 trường hợp hoại tử da, lộ nẹp và 2 trường hợp liền vết mổ muộn. Trường hợp hoại tử da đã được cắt lọc hoại tử, điều trị liệt pháp hút áp lực âm. BN đã được tháo bỏ nẹp ở thời điểm sau mổ kết xương 7 tuần, ghép da là liền vết mổ. Có 1 trường hợp không liền vết mổ do máu tụ dưới vật da được phát hiện muộn. BN đã được tách vết mổ, lấy máu tụ, khâu da kỳ hai nhưng vết mổ không liền hoàn toàn và phải tháo bỏ nẹp sau 2 tháng. Cả 2 trường hợp tháo bỏ nẹp sớm, xương gót không bị di lệch thứ phát và không có trường hợp nào bị viêm xương. Chúng tôi cho rằng, độ dày của vật da chữ L, động tác nhẹ nhàng khi nâng vật trong quá trình mổ và dẫn lưu dưới vật là yếu tố quan trọng để tránh biến chứng tại vết mổ. Băng đường mổ rộng hình chữ L, chỉnh các di lệch mặt khớp sên chày sau và thân xương gót thường rất thuận lợi. Trong quá trình mổ có thể kiểm soát bằng mắt mặt khớp sên chày sau, góc Bhler và góc Gissane.

Phân loại 17 ổ gãy xương gót theo Sanders R., có 8 ổ gãy loại II, 7 ổ gãy loại III, 2 ổ gãy loại IV. Chúng tôi nhận thấy trong phẫu thuật, kỹ thuật chỉnh mặt khớp mức độ khó tăng dần từ loại II đến loại IV. Qua đường mổ mặt ngoài, rất khó kiểm soát mảnh gãy di lệch phía bên trong, ở những trường hợp gãy loại IIC, IIIAC, IIIBC và IV. Đây chỉ là nhận xét chủ quan khi phẫu thuật và dựa vào Xquang thường quy sau mổ, kết quả đánh giá bị hạn chế do không chụp CT sau mổ. Theo Zwipp H. [7], những trường hợp gãy loại II, III, IV có đường gãy C nên mổ thêm 1 đường mổ mặt trong, theo trục bàn chân đi qua mỏm chân đế của xương gót (sustentaculum) để chỉnh mảnh gãy và cố định từ phía trong. Một nhận xét khác mà chúng tôi thấy ở những trường hợp nửa thân trước xương gót hoặc vùng củ gót bị gãy dập vụn, nhiều mảnh di lệch thì việc chỉnh về giải phẫu những vùng này khá khó khăn, khi khoan bắt vít có cảm giác như vào một khoang trống.

Vấn đề ghép xương cho những trường hợp gãy sập lún xương gót còn có quan điểm khác nhau. Các tác giả như Sanders R. [5], Zwipp H.

[7], Cronier P. [3] đều cho rằng không nhất thiết phải ghép xương cho những trường hợp sập lún xương gót. Điều quan trọng là chỉnh về giải phẫu mặt khớp và thành ngoài, thành trong của xương gót. Chúng tôi cũng đồng ý quan điểm không nhất thiết phải ghép xương sau khi nâng các mảnh xương lún. 17 ổ gãy đều chỉ chỉnh trục kết xương và không ghép xương. Chúng tôi không đủ tư liệu khảo sát phim CT xương gót theo dõi sau mổ, nhưng Xquang thường quy của 14 ổ gãy được theo dõi trên 6 tháng đều không có sự thay đổi về hình thể so với ngay sau mổ.

Thang điểm AOFAS Ankle-Hindfoot score luôn được các tác giả sử dụng đánh giá kết quả xa điều trị gãy xương gót. Nhiều nghiên cứu, gãy xương gót được điều trị phẫu thuật kết xương bằng nhiều phương tiện kết xương khác nhau, điểm AOFAS Ankle-Hindfoot scale đạt được từ 60 điểm đến 100 điểm. Trong nghiên cứu này, theo dõi sau mổ từ 6 tháng đến 1 năm được 14 ổ gãy xương gót, điểm AOFAS Ankle-Hindfoot score trung bình là 76,5 điểm ($\pm 15,5$ điểm). Đây là kết quả bước đầu, có thể được đánh giá là tương đối tốt so với các nghiên cứu khác, tuy nhiên còn cần nghiên cứu tiếp với mẫu lớn hơn và thời gian dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết xương bằng nẹp khóa xương gót là một phương pháp điều trị gãy xương gót loại II, III, IV (theo phân loại của Sanders) cho kết quả phục hồi chức năng tốt, điểm AOFAS Ankle-Hindfoot scale trung bình là $76,5 \pm 15,5$ điểm. Thời điểm phẫu thuật nên để chậm lại ở tuần thứ 2 sau chấn thương, chờ phần mềm tại chỗ đỡ phù nề. Băng đường mổ mở rộng mặt ngoài hình chữ L, khớp sên gót sau và thành ngoài xương gót được bộ lộ rõ, thuận lợi cho chỉnh các mảnh gãy, kết xương. Tuy nhiên, vết mổ hình chữ L có nguy cơ thiếu dưỡng vật da. Cần thận trọng bóc tách vật chữ L đủ độ dày và dẫn lưu vết mổ để tránh nguy cơ hoại tử da, không liền vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Agren P. H., Wretenberg P., Sayed-Noor A. S. (2013), "Operative versus nonoperative treatment of displaced intra-articular calcaneal fractures: a prospective, randomized, controlled multicenter trial", *J Bone Joint Surg Am*, 95 (15), 1351-7.
2. Buckley R., Sands A. (2016), *Calcaneus - Displaced fractures, ORIF - plate and screw fixation*, AO Foundation, 11/7.
3. Cronier P., Steiger V., Viel T., Talha A. (2012), Open reduction and internal fixation of calcaneal 'thalamic' fractures, *Orthopaedics and Trauma*. 155-170.

4. **Potter M. Q., Nunley J. A.** (2009), "Long-term functional outcomes after operative treatment for intra-articular fractures of the calcaneus", *J Bone Joint Surg Am*, 91 (8), 1854-60.
5. **Sanders R.** (2000) "Displaced intra-articular fractures of the calcaneus", *J Bone Joint Surg Am*, 82 (2), 225-50.
6. **Thordarson D. B., Krieger L. E.** (1996), "Operative vs. nonoperative treatment of intra-articular fractures of the calcaneus: a prospective randomized trial", *Foot Ankle Int*, 17 (1), 2-9.
7. **Zwipp H., Rammelt S., Barthel S.** (2004), "Calcaneal fractures--open reduction and internal fixation (ORIF)", *Injury*, 35 Suppl 2, 46-54.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA Ở TRẺ EM TẠI KHOA TIÊU HÓA, BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Việt Hà*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xuất huyết tiêu hóa là một cấp cứu thường gặp trong thực hành nhi khoa, với tỷ lệ mắc bệnh cao và gây nhiều biến chứng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em tại khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 82 trẻ xuất huyết tiêu hóa vào điều trị tại khoa Tiêu hóa, bệnh viện Nhi trung ương từ 10/2014 – 3/2015. **Kết quả:** Tuổi trung bình mắc bệnh là $6,9 \pm 3$; tỷ lệ nam/nữ: 3/1; 92,7% trẻ có biểu hiện đi ngoài phân máu trong đó 76,3% có biểu hiện đi ngoài phân đen; 89% có biểu hiện thiếu máu; Tỷ lệ trã đau bụng và nôn máu lần lượt là 45,1% và 36,6%. 71 trẻ được nội soi tiêu hóa trên: viêm loét dạ dày tá tràng gặp với tỷ lệ 52,1%; 19 trẻ được nội soi tiêu hóa dưới: polyp đại trực tràng chiếm chủ yếu (52,7%). **Kết luận:** Nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa trên ở trẻ em thường gặp nhất là viêm loét dạ dày tá tràng trong khi polyp đại trực tràng là nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa dưới thường gặp nhất.

Từ khóa: xuất huyết tiêu hóa, nội soi dạ dày, nội soi đại tràng, trẻ em.

SUMMARY

DESCRIPTION OF THE CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF GASTROINTESTINAL BLEEDING IN CHILDREN AT THE DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY, NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Background: Gastrointestinal bleeding is a one of the most serious problem in pediatric clinical practice with a high incidence and causes many complications. **Aim:** To describe the clinical manifestations and laboratory findings of gastrointestinal bleeding in children at the Department of Gastroenterology, National Children's Hospital. **Materials and**

methods: A prospective, cross-sectional study was carried on in 82 children at Gastroenterology Department, National Children's Hospital from 10/2014 - 3/2015. **Results:** The mean age was 6.9 ± 3 years; The male/female rate was 3/1; 92.7% of patients had bloody stool in which 76.3% got black stool; 89% had anemia; Prevalence of vomiting blood and abdominal pain was 36.6% and 45.1%, respectively. Among 71 children being done endoscopy, peptic ulcer was found in 52%. Among 19 children being done colonoscopy colorectal polyps rate was 52.7%. **Conclusion:** Gastrointestinal bleeding in children often express bloody stool and anemia, including peptic ulcer most common.

Keywords: gastrointestinal bleeding, endoscopy, colonoscopy, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa là một cấp cứu thường gặp trong thực hành lâm sàng, có tỷ lệ mắc cao và gây nhiều biến chứng ở mọi lứa tuổi. Trong thực hành nhi khoa, xuất huyết tiêu hóa cũng là một cấp cứu khá thường gặp, với các biểu hiện như nôn ra máu, đại tiện phân có máu hoặc đi ngoài phân đen [1, 2]. Xuất huyết tiêu hóa có thể xảy ra tại bất kỳ vị trí nào trong lòng ống tiêu hóa nhưng không phải lúc nào cũng dễ dàng xác định được điểm chảy máu. Bệnh có thể rất lành tính với các biểu hiện lâm sàng nhẹ, ít ảnh hưởng toàn thân, trong đó khoảng 80% số trẻ có khả năng tự giới hạn chảy máu tiêu hóa [3]. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em còn chưa nhiều. Xuất phát từ vấn đề này chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em tại khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các bệnh nhân tuổi từ 1 tháng đến 18 tuổi được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa vào điều trị tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian 6 tháng từ tháng 1/10/2014 đến tháng

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: phiquynhanhnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2017

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

31/3/2015. Cha mẹ/người chăm sóc trực tiếp cho trẻ và trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

- **Nhập và xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 12.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Cha mẹ hoặc người giám hộ của trẻ được cung cấp đầy đủ thông tin về bệnh và các phương pháp phòng bệnh, điều trị cụ thể, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, có quyền rút lui khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào. Đối với trẻ đến khám và điều trị vẫn được khám bệnh toàn diện, điều trị đúng phác đồ quy định, mọi thông tin liên quan đến trẻ được giữ bí mật. Nghiên cứu này chỉ nhằm phục vụ cho việc nâng cao khám chữa bệnh cho bệnh nhân, ngoài ra không có mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

Trong số 82 trẻ được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa vào điều trị tại khoa Tiêu hóa, Bệnh viện

Nhi Trung ương, tỷ lệ trẻ trai và trẻ gái bị xuất huyết tiêu hóa lần lượt là 73,2% và 26,8%. Tỷ lệ trai/gái là 3/1. Tuổi trung bình của trẻ là $6,9 \pm 3,9$ tuổi, trong đó nhỏ nhất là 1 tháng, lớn nhất là 15 tuổi. Tỷ lệ trẻ bị xuất huyết tiêu hóa ở nhóm tuổi từ 6 – 12 tuổi là cao nhất (56,1%).

1. Đặc điểm lâm sàng: Lý do vào viện thường gặp: 71,9% nôn ra máu và/hoặc đi ngoài phân đen; 22% mệt mỏi, da xanh xao; 6,1% đi ngoài phân máu đỏ tươi. 36,6% (30/82) trẻ có triệu chứng nôn ra máu, trong đó 80% trẻ nôn máu không có dấu hiệu gợi ý trước đó. Tỷ lệ trẻ nôn sau ăn và sau mỗi cơn đau bụng lần lượt là 13,3% và 6,7%. Trẻ thường nôn ra máu từ 3 lần trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (43,3%). Phần lớn trẻ nôn ra máu với số lượng ít và vừa (86,7%), tuy nhiên vẫn có 13,3% số trẻ nôn ra máu với số lượng nhiều. Tính chất nôn máu chủ yếu là máu đỏ tươi (76,7%), máu loãng (60%) và có lẫn thức ăn (43,3%).

Bảng 1 : Đặc điểm lâm sàng đi ngoài phân máu ở trẻ em

Đặc điểm đi ngoài phân máu			n (N=76)	%
Màu sắc phân	Đỏ tươi		16	21,1
	Nâu sẫm như bã cà phê		20	26,3
	Đen như nhựa đường		38	50,0
	Máu lẫn nhầy		2	2,6
Tính chất phân	Đặc điểm phân	Phân lỏng	12	15,8
		Phân nát	27	35,5
		Phân thành khuôn	37	48,7
	Mùi thối khẳn	Có	26	34,2
		Không	50	65,8
Thời điểm máu chảy	Toàn bãi		71	93,4
	Nhỏ giọt sau phân		5	6,6
Số lượng phân	Ít		34	44,8
	Vừa		21	27,6
	Nhiều		15	19,7
	Không rõ		6	7,9

Nhận xét: 92,7% (76/82) trẻ có biểu hiện đi ngoài phân máu trong đó chủ yếu là đi ngoài phân đen toàn bãi, số lượng từ ít đến trung bình.

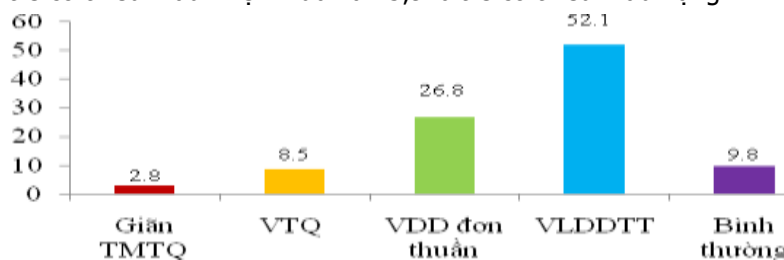
Bảng 2 : Đặc điểm các triệu chứng khác kèm theo

Các triệu chứng khác kèm theo			n	%
Đau bụng (N=37)	Vị trí	Thượng vị	21	56,8
		Quanh rốn	12	32,4
		Hạ vị	1	2,7
		Khác	3	8,1
	Tính chất	Đau quặn thành cơn	31	83,8
		Đau liên tục âm ỉ	6	16,2
Thăm trực tràng (N=82)	Sờ thấy polyp, u cục		4	4,9
	Có máu theo găng		19	23,2
	Không thấy máu, u cục		59	71,9
Biểu hiện thiếu máu	Hoa mắt chóng mặt		33	40,2

(N=82)	Móng tay khô, có khía	3	3,7
	Da, niêm mạc hồng	9	11,0
	Da xanh, niêm mạc nhợt	47	57,3
	Da xanh, niêm mạc rất nhợt	26	31,7
Tình trạng huyết động (N=82)	Mạch, huyết áp bình thường	31	37,8
	Mạch nhanh, huyết áp giảm nhẹ	49	59,8
	Mạch rất nhanh, huyết áp giảm nhiều	2	2,4
Các triệu chứng khác	Sốt	16	19,5
	Trướng bụng	6	7,3
	Tiêu chảy	4	4,9
	Táo bón	9	11,0
	Gan, lách to	2	2,4
	Sụt cân	13	15,9

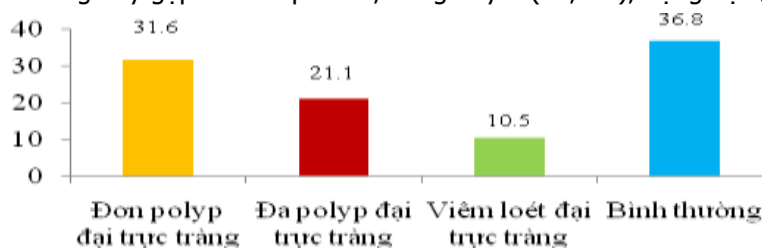
Nhận xét : 45,1% trẻ có biểu hiện đau bụng trong đó chủ yếu đau bụng vùng thượng vị và quanh rốn với tính chất đau bụng cơn. 89% có biểu hiện thiếu máu trong đó 31,7% có thiếu máu nặng và 62,2% trẻ có thay đổi mạch huyết áp.

2. Đặc điểm cận lâm sàng: Xét nghiệm công thức máu cho thấy số lượng hồng cầu trung bình : $3,42 \pm 1,0$ T/l ; nồng độ Hb trung bình là $83,8 \pm 25,0$ g/l ; Hct trung bình : $25,7 \pm 6,9\%$; Tiểu cầu trung bình : $310,0 \pm 126,1$ G/l. 85,4% trẻ có biểu hiện thiếu máu trên xét nghiệm công thức máu trong đó 69,5% trẻ có thiếu máu nhẹ – vừa và 15,9% trẻ có thiếu máu nặng.



Biểu đồ 1 : Các hình ảnh tổn thương trên nội soi tiêu hóa trên

Nhận xét: 71/82 trẻ được nội soi tiêu hóa trên, trong đó chủ yếu gặp viêm loét dạ dày – tá tràng (52,1%). Loại tổn thương hay gặp nhất là phù nề, xung huyết (88,7%), dạng hạt (66,2%).



Biểu đồ 2 : Các hình ảnh tổn thương trên nội soi tiêu hóa dưới

Nhận xét: 19/82 trẻ XHTH được nội soi đại trực tràng, trong đó polyp đại trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (52,7%), trong đó chủ yếu ở đại tràng (40%). 36,8% bệnh nhân có kết quả nội soi đại tràng bình thường

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng: Tỷ lệ nam/nữ bị xuất huyết tiêu hóa trong nghiên cứu khoảng 3/1. Trẻ nam có xu hướng mắc xuất huyết tiêu hóa cao hơn trẻ nữ cũng được ghi nhận trong một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới. Theo nghiên cứu của của Đinh Văn Thức trên

114 trẻ em, tỷ lệ trẻ trai và trẻ gái lần lượt là 61,4% và 38,6% [3]. Nguyễn Thị Diệu Vinh và cộng sự khi tìm hiểu về xuất huyết tiêu hóa trên 84 trẻ tại khoa Tiêu hóa bệnh viện Nhi Đồng 2 nhận thấy tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh gấp 2 lần trẻ nữ [4]. Nghiên cứu của Abdullah trên 58 trẻ nhận thấy có 34 trẻ trai, chiếm 58,5%, cao hơn

trẻ gái, tỷ lệ trai/gái = 1,4/1 [5]. Tuổi trung bình bị xuất huyết tiêu hoá của trẻ là $6,9 \pm 3,9$, trong đó tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 6 – 12 tuổi chiếm 56,1%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như một nghiên cứu khác được tiến hành bởi Dehgnani và cộng sự tại miền Nam Iran, tuổi trung bình của trẻ bị xuất huyết tiêu hoá là $7,7 \pm 4,7$, trong đó nhóm tuổi từ 6 – 12 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (44,9%), nhóm tuổi từ 1 – 5 tuổi chiếm 21,2%, còn lại nhóm dưới 1 tuổi và trên 12 tuổi chiếm tỷ lệ thấp hơn [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 30 trong 82 trẻ bị xuất huyết tiêu hoá có triệu chứng nôn ra máu, chiếm tỷ lệ 36,6%, chỉ gặp trong những trẻ bị xuất huyết tiêu hoá trên. Trong đó hầu hết trẻ nôn ra máu một cách đột nhiên không báo trước chiếm 80%; phần lớn trẻ nôn ra máu với số lượng ít và vừa (86,7%), tuy nhiên vẫn có 13,3% số trẻ nôn ra máu với số lượng nhiều; tính chất nôn máu chủ yếu là máu đỏ tươi (76,7%). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Đinh Văn Thúc, tỷ lệ nôn ra máu chiếm 40,4%, trong đó chủ yếu là nôn ra máu đỏ tươi chiếm 60,9%, nôn ra máu đen lẫn máu cục là 41,3% [3].

Kết quả từ bảng 1 cho thấy phần lớn trẻ có triệu chứng đi ngoài phân máu, chiếm tỷ lệ 92,7%, trong đó tỷ lệ trẻ đi ngoài phân đen chiếm chủ yếu (76,3%), đi ngoài phân máu đỏ tươi chiếm 21,1%. Đi ngoài phân máu nói chung và đi ngoài phân đen nói riêng là triệu chứng lâm sàng gặp ở cả nhóm xuất huyết tiêu hoá trên và dưới, do đó chiếm tỷ lệ khá cao. Đi ngoài phân máu đỏ tươi thường chỉ gặp ở nhóm xuất huyết tiêu hoá dưới, tuy nhiên khi trẻ bị xuất huyết tiêu hoá trên nặng vẫn có thể có dấu hiệu đi ngoài phân máu đỏ tươi. Tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đinh Văn Thúc, tỷ lệ trẻ có đi ngoài phân máu là 66,7% trong đó đi ngoài phân đen chiếm chủ yếu là 84,2%, đi ngoài phân máu đỏ tươi là 15,8% [3]. 42,2% trẻ đi ngoài phân đen được công bố trong nghiên cứu của Nguyễn Diệu Vinh ở nhóm trẻ xuất huyết tiêu hoá trên [4].

Triệu chứng kèm theo với xuất huyết tiêu hoá ở trẻ em hay gặp là đau bụng, chiếm 45,1%, trong đó chủ yếu là đau bụng vùng thượng vị (56,8%) và quanh rốn (32,4%), với tính chất đau quặn thành cơn (83,8%) (Bảng 2). Đau bụng thường gặp ở nhóm xuất huyết tiêu hoá trên, đặc biệt nguyên nhân từ bệnh lý dạ dày – tá tràng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Diệu Vinh, số trẻ bị

xuất huyết tiêu hoá có biểu hiện đau bụng chiếm 40%, trong đó đau bụng thượng vị chiếm 30,8%, đau bụng quanh rốn chiếm 6,2%, đặc biệt trong nhóm bệnh lý dạ dày – tá tràng có tới 43,5% trẻ có biểu hiện đau bụng thượng vị [4]. Triệu chứng toàn thân do ảnh hưởng của xuất huyết tiêu hoá ở trẻ em thường gặp là các biểu hiện của thiếu máu cấp và sự biến đổi về huyết động (mạch, huyết áp). Kết quả từ bảng 2 cho thấy tỷ lệ trẻ có biểu hiện thiếu máu cấp trên lâm sàng chiếm tỷ lệ khá cao (gần 90%). Ngoài ra còn gặp 3,7% trẻ có biểu hiện của thiếu máu mạn tính (móng tay khô, có khía), thường gặp ở những trẻ bị xuất huyết tiêu hoá nhiều lần do các bệnh lý mạn tính. Chủ yếu trẻ bị xuất huyết tiêu hoá có huyết động biến động nhẹ như mạch nhanh, huyết áp giảm nhẹ chiếm 59,8%, tuy nhiên vẫn có 2,4% trẻ có huyết động không ổn định (mạch rất nhanh, huyết áp giảm nhiều). Một số nghiên cứu khác cũng chỉ ra sự ảnh hưởng của xuất huyết tiêu hoá đến các triệu chứng toàn thân của trẻ. Trong nghiên cứu của Đinh Văn Thúc, tỷ lệ trẻ có biểu hiện thiếu máu chiếm hơn 80% trong đó, da xanh và niêm mạc nhợt nhạt chiếm 34,2%, da xanh và niêm mạc rất nhợt nhạt chiếm 46,5%, tỷ lệ trẻ có biểu hiện huyết động biến động nhiều khá cao (46,4%), ít biến động là 25,4% [3].

2. Đặc điểm cận lâm sàng: 85,4% trẻ bị xuất huyết tiêu hoá có thiếu máu nhẹ và vừa (69,5%), thiếu máu nặng gặp với tỷ lệ 15,9%. Tỷ lệ này gần tương xứng với tỷ lệ thiếu máu phát hiện trên lâm sàng bằng biểu hiện da xanh và niêm mạc nhợt (89,0%). Do đó, trên lâm sàng nếu đánh giá và theo dõi sát bệnh nhân có thể ước lượng được lượng máu mất và tình trạng thiếu máu của trẻ để định hướng điều trị phù hợp, khi chưa có xét nghiệm máu.

Kết quả từ biểu đồ 1 cho thấy 71 trong số 82 trẻ được tiến hành nội soi tiêu hóa trên, chúng tôi nhận thấy rằng hình ảnh tổn thương hay gặp nhất của những trẻ bị xuất huyết tiêu hoá là viêm loét dạ dày – tá tràng, chiếm tỷ lệ 52,1%, sau đó là viêm dạ dày đơn thuần (26,8%). Bệnh lý thực quản chiếm tỷ lệ thấp hơn, trong đó viêm thực quản độ 2 hoặc 3 chiếm 8,5%, giãn tĩnh mạch thực quản chiếm 2,8%. Ở trẻ bị xuất huyết tiêu hoá, khi tiến hành nội soi tiêu hóa trên, thường thấy những tổn thương phối hợp ở dạ dày và tá tràng, dạ dày và thực quản,...trong số đó, tổn thương phối hợp viêm và loét dạ dày – tá tràng. Kết quả đại thể trên nội soi tiêu hóa trên của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của

Nguyễn Diệu Vinh tại khoa Tiêu hóa của Bệnh viện Nhi Đồng 2, trong đó tỷ lệ viêm dạ dày – tá tràng chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,0%, tỷ lệ loét dạ dày – tá tràng là 45,2% [4]. Theo Abdullah và cộng sự, nguyên nhân phổ biến nhất gây xuất huyết tiêu hóa ở trẻ tại Baghdad là giãn tĩnh mạch thực quản (39,0%), viêm dạ dày (19,6%), loét dạ dày (9,7%), loét tá tràng (7,4%), viêm thực quản (4,9%) [5].

Kết quả từ biểu đồ 2 cho thấy, trong số 19 trẻ được tiến hành nội soi đại trực tràng tổn thương hay gặp nhất là polyp đại trực tràng (52,7%), trong vị trí hay gặp là polyp ở đại tràng (40%). Polyp đại trực tràng là bệnh hay gặp nhất trong nhóm nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa dưới cũng được ghi nhận trong một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Nguyễn Diệu Vinh, nghiên cứu 19 trẻ xuất huyết tiêu hóa dưới, có 6 trẻ polyp đại trực tràng, chiếm tỷ lệ 31,7% ; nút kế hậu môn có 5 trẻ, chiếm 26,3% ; viêm loét đại tràng có 2 trẻ chiếm 10,5%, viêm túi thừa Meckel có 1 trẻ, chiếm 5,3% [4]. Phân tích gộp của Yao – Jong Yang và cộng sự trên 201 trẻ được nội soi đại trực tràng, có 26,4% trẻ có polyp đại trực tràng, 22,7% trẻ viêm không đặc hiệu, 10,9% viêm đại trực tràng. Trong số trẻ có polyp đại trực tràng, 92,3% là đơn polyp, chủ yếu ở đại tràng, chiếm 53,8% [7].

V. KẾT LUẬN

Xuất huyết tiêu hóa là bệnh có xu hướng gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái với biểu hiện lâm

sàng chủ yếu là nôn ra máu và đi ngoài phân đen. Nhờ sự phát triển của nội soi nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa thường gặp nhất ở trẻ em được xác định là loét hành tá tràng và polyp đại tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Nam Trà, Nguyễn Gia Khánh (2013)**, "Xuất huyết đường tiêu hóa", Bài giảng Nhi Khoa tập 1, Trường Đại học Y Hà Nội, *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*, tr. 231-240.
2. **Derya Kalyoncu, Nafiye Urganci, Feyzullah Cetinkaya (2009)**, "Etiology of Upper Gastrointestinal Bleeding in Young Children", *Indian Journal of Pediatrics*, 76, p. 899-901.
3. **Nguyễn Diệu Vinh, Nguyễn Thị Thanh Lan (2006)**, "Đặc điểm xuất huyết tiêu hóa cấp ở trẻ em từ 2 tháng đến 15 tuổi tại Khoa Tiêu hóa 2 - Bệnh viện Nhi đồng II", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 10 (1), tr 88-93.
4. **Đinh Văn Thúc, Vũ Văn Ngo, Nguyễn Thu Hiền (2009)**, "Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và điều trị xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng 2002-2006", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2, tr 3-11.
5. **Abdullah J.Hassoon, Afrah A.AIMaeeni, Hunda Y.Matloub (2012)**, "Upper gastrointestinal bleeding in children", *J Fac Med Baghdad*, 54 (2), p. 223-227.
6. **Sayed Mohsen Dehghani, Mahmood Haghighat, et al (2009)**, "Upper Gastrointestinal Bleeding in Children in Southern Iran", *Indian Journal of Pediatrics*, 76, p. 635-638.
7. **Chien-Ting Wu, Chih-An Chen, Yao-Jong Yang (2015)**, "Characteristics and Diagnostic Yield Of Pediatric Colonoscopy in Taiwan", *Pediatrics and Neonatology*, 20, p.27-31.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, HÀNH VI NGUY CƠ VÀ TÌM KIẾM DỊCH VỤ Y TẾ CỦA BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM CÁC NHIỄM TRÙNG LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TW NĂM 2014

Hồ Thị Thanh Thủy¹, Đỗ Văn Dung³,
Nguyễn Văn Tiến², Nguyễn Thị Ngoan²

TÓM TẮT

Các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe sinh sản cho cả hai giới và trở thành gánh nặng cho ngành y tế

¹Bệnh viện Quốc tế Green Hải Phòng

²Trường Đại học Y dược Thái Bình

³Liên hiệp các hội Khoa học và kỹ thuật Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email: dungnb62@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2017

Ngày duyệt bài: 10.4.2017

và cho cộng đồng. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 235 đối tượng nhằm khảo sát kiến thức về các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STI), hành vi nguy cơ và tìm kiếm dịch vụ y tế của bệnh nhân đến khám STI tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2014, từ đó đưa ra các can thiệp nhằm nâng cao nhận thức giúp phòng ngừa STI cho cộng đồng. Kết quả cho thấy: đa số bệnh nhân có kiến thức yếu về STI (38,3%) trong khi có kiến thức tốt chỉ đạt 8,9%. Tuổi quan hệ tình dục lần đầu tập trung ở nhóm tuổi 19-23 tuổi (58,3%) và tỷ lệ đối tượng không sử dụng/ sử dụng BCS còn khá cao (42,5%). Lý do các bệnh nhân chọn cơ sở y tế đó trong tìm kiếm dịch vụ y tế chủ yếu vì cán bộ có chuyên môn tốt và có trang thiết bị tốt (55,3%).

Từ khóa: Các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục, kiến thức, hành vi, dịch vụ y tế, Bệnh viện Da liễu Trung ương.

SUMMARY

SITUATION OF KNOWLEDGE, RISK BEHAVIOR AND LOOK FOR HEALTH SERVICES OF PATIENTS VISIT THE INFECTION THROUGH SEXUAL TRANSMISSION IN THE CENTRAL GOVERNMENT HOSPITAL OF DERMATOLOGY IN 2014

The infection is spread through sexual contact (sexually transmitted infections - STI) caused serious influence to reproductive health for both sexes and trở burden for health and for the community. Cross-sectional descriptive study on 235 subjects to examine knowledge about the infection through sexual transmission (STI), risk behavior and search services to the health of patients with STIs at Hospital Central Dermatology 2014, given the intervention from the Ren raise awareness of AIDS prevention help to the community. The results showed that the majority of patients with essential knowledge about STI apparel (38.3%) have good knowledge khi only 8.9%. Age sex for the first time focused age group 19-23 years of age out (58.3%) and proportion of subjects do not used/condom use is quite high (42.5%). The reason all patients in selected health services search mà mainly because health services have good professional staff and has good equipment (55.3%).

Keywords: Sexually Transmitted Infections, knowledge, behavior, healthcare, National Hospital of Dermatology and Venereology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (Sexually transmitted infections – STI) hiện nay đang là vấn đề y tế đáng quan tâm của nhiều quốc gia trên thế giới. STI gây ảnh hưởng đến bệnh nhân, gia đình và cộng đồng. STI có thể gây vô sinh cho cả hai giới. Đối với phụ nữ STI có thể gây sảy thai, thai chết lưu, đẻ non, chửa ngoài tử cung, viêm tiểu khung mạn tính. Đối với trẻ sơ sinh STI có thể gây tử vong chu sinh, lậu mắt bẩm sinh, giang mai bẩm sinh, viêm phổi. Ở các nước đang phát triển, STI là nguyên nhân thứ hai ảnh hưởng đến sức khỏe của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, sau các nguyên nhân gây bệnh và tử vong mẹ có liên quan đến thai sản, và là nguyên nhân phổ biến khiến người trưởng thành sử dụng dịch vụ y tế. Các hậu quả về y tế và xã hội do STI gây ra đã trở thành gánh nặng cho ngành y tế và cho cộng đồng. Ngoài ra, STI là yếu tố quan trọng trong việc thúc đẩy việc nhiễm và lây truyền HIV, đặc biệt là các STI có loét [3].

Hàng năm có rất nhiều bệnh nhân đến khám STI ở Bệnh viện Da liễu Trung ương (BVDLTW). Đây là nhóm người có tỷ lệ mắc STI cao và có nguy cơ lây truyền nhanh STI trong cộng

đồng nên họ cần được chẩn đoán đúng, điều trị kịp thời và tư vấn tốt. Thực tế cho thấy nhiều người trong số họ thiếu kiến thức và có những hiểu biết sai lầm về STI dẫn đến những hành vi nguy cơ mắc STI, khi đã bị bệnh rồi thì họ lại lúng túng trong việc tìm kiếm dịch vụ y tế. Nhiều bệnh nhân trước khi đến khám ở BVDLTW đã từng đi khám ở nhiều tuyến y tế, điều trị đông y, phòng khám tư, thậm chí tự mua thuốc điều trị. Việc tìm hiểu kiến thức về STI, hành vi nguy cơ mắc STI, hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế của bệnh nhân khám STI sẽ cung cấp những thông tin hữu ích cho các nhà quản lý trong việc lập kế hoạch và đưa ra các hoạt động can thiệp thích hợp góp phần nâng cao hiệu quả của chương trình phòng chống STI/HIV/AIDS. Đề tài giải quyết mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức, hành vi nguy cơ và tìm kiếm dịch vụ y tế của người bệnh mắc các bệnh lây qua đường tình dục tại Bệnh viện Da liễu trung ương, năm 2014.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- *Địa điểm nghiên cứu:* Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Da liễu Trung ương

- *Đối tượng nghiên cứu:* Bệnh nhân đến khám bệnh lây truyền qua đường tình dục tại Bệnh viện Da liễu Trung ương trong thời gian nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

+ Bệnh nhân là người lớn > 18 tuổi

+ Bệnh nhân đến khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục tại khoa khám bệnh của BVDLTW

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- *Thời gian:* từ tháng 3/2014 đến tháng 8/2014

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- *Cỡ mẫu:* sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể

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

Với các thông số $\alpha = 0,05$, $p = 0,73$, ε (giá trị tương đối) là 0,1 và hiệu ứng thiết kế là 0,5. Cỡ mẫu (n) cần cho nghiên cứu là 205 bệnh nhân và trên thực tế $n = 235$ bệnh nhân.

- *Phương pháp chọn mẫu:* chọn các bệnh nhân đến khám STI trong thời gian nghiên cứu

- *Phương pháp thu thập thông tin:* hỏi bệnh phát hiện yếu tố nguy cơ, khám lâm sàng phát hiện các triệu chứng STI

- *Thu thập số liệu:* phỏng vấn trực tiếp những bệnh nhân này tại khoa khám bệnh của BVDLTW

bảng phiếu thu thập thông tin sẵn có, thu thập thông tin về chẩn đoán và xét nghiệm STI.

- *Xử lý số liệu:* Thông tin được xử lý chủ yếu trên phần mềm STATA.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng các hành vi nguy cơ mắc STI

Bảng 3.1. Phân bố tỷ lệ tuổi quan hệ tình dục lần đầu

Tuổi quan hệ tình dục lần đầu	Số bệnh nhân (n=235)	Tỷ lệ (%)
≤ 18 tuổi	37	15,7
19 -23 tuổi	137	58,3
24– 28 tuổi	56	23,9
≥ 29 tuổi	5	2,1
Tổng	235	100
Tuổi thấp nhất	15	
Tuổi cao nhất	37	
Tuổi trung bình	21	

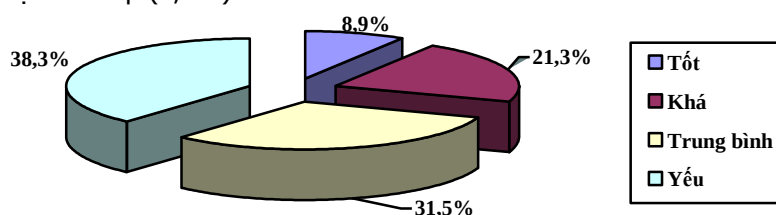
Qua kết quả bảng 1, ta thấy tuổi quan hệ tình dục lần đầu của đối tượng tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi 19-23 tuổi, chiếm tỷ lệ 58,3%; Nhóm đối tượng có quan hệ tình dục từ 18 tuổi trở xuống chiếm 15,7%. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm có tuổi quan hệ tình dục lần đầu ≥29 tuổi (2,1%).

3.2. Thực trạng về kiến thức các nhiễm trùng qua đường tình dục (STI)

Bảng 3.2. Tỷ lệ đối tượng sử dụng BCS đúng cách khi quan hệ tình dục

Sử dụng BCS	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Không sử dụng/sử dụng không đúng cách	100	42,5
Thỉnh thoảng	131	55,7
Thường xuyên	4	1,7
Tổng	235	100

Đa số các đối tượng thỉnh thoảng có sử dụng BCS khi quan hệ tình dục (55,7%). 42,5% không sử dụng BCS khi quan hệ tình dục hoặc sử dụng không đúng cách. Số đối tượng thường xuyên sử dụng BCS chiếm tỷ lệ rất thấp (1,7%).



Biểu đồ 3.1. Phân loại kiến thức của đối tượng nghiên cứu về STI

Từ biểu đồ 1 cho thấy trong số đối tượng nghiên cứu thì điểm kiến thức về STI ở mức độ yếu chiếm tỷ lệ cao nhất (38,3%), tiếp theo là số đối tượng có kiến thức trung bình (31,5%), nhóm kiến thức khá chỉ chiếm 21,3% và rất ít đối tượng có điểm kiến thức tốt (8,9%).

Bảng 3.3. Tỷ lệ đối tượng sử dụng BCS đúng cách khi quan hệ tình dục

Sử dụng BCS	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Không sử dụng/sử dụng không đúng cách	100	42,5
Thỉnh thoảng	131	55,7
Thường xuyên	4	1,7
Tổng	235	100

Đa số các đối tượng thỉnh thoảng có sử dụng BCS khi quan hệ tình dục (55,7%). 42,5% không sử dụng BCS khi quan hệ tình dục hoặc sử dụng không đúng cách. Số đối tượng thường xuyên sử dụng BCS chiếm tỷ lệ rất thấp (1,7%).

3.3. Thực trạng hành vi tìm kiếm DVYT của các bệnh nhân đến khám STI

Bảng 3.4. Lý do tìm kiếm dịch vụ y tế đầu tiên

Lý do	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Bí mật	23	11,6
Thuận tiện	74	37,2
Chuyên môn tốt/trang thiết bị tốt	110	55,3
Nhân viên niềm nở, không kì thị	35	17,6

Quen chữa	22	11,1
Người quen mạch bảo	54	27,1

Đa phần các đối tượng cho rằng họ tìm đến các cơ sở y tế đây vì cán bộ y tế có chuyên môn tốt hoặc có trang thiết bị tốt (55,3%). Tiếp theo là vì thuận tiện (37,2%); do có người quen mạch bảo (27,1%); Vẫn còn 11,6% lựa chọn vì có thể giúp đối tượng giữ được bí mật.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng về kiến thức các nhiễm trùng qua đường tình dục (STI)

Đánh giá chung về phân loại kiến thức, tỷ lệ đối tượng có kiến thức về STI đạt loại tốt là 8,9%, loại khá chiếm 21,3%, trung bình là 31,5%, và số đối tượng có kiến thức kém chiếm tỷ lệ cao nhất (38,3%). Sự đánh giá này có phần chủ quan do điểm kiến thức được đánh giá dựa trên bộ câu hỏi của chúng tôi thiết kế nên không thể so sánh với kiến thức của các đối tượng khác về STI trong nghiên cứu của các tác giả khác. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi cũng phần nào cho thấy thực trạng kiến thức về STI của một trong những nhóm nguy cơ cao còn rất thấp. Đó có thể là do STI là vấn đề nhạy cảm, đa số mọi người còn e dè trong việc tìm hiểu thông tin về bệnh hoặc do việc tiếp cận qua các kênh thông tin của các đối tượng còn hạn chế, cán bộ y tế địa phương, chính quyền và gia đình chưa quan tâm sát sao đến việc cung cấp và trao đổi thông tin về STI. Do vậy cần phải có các biện pháp can thiệp hiệu quả mang thông tin đến gần với nhóm đối tượng này, đặc biệt là công tác thông tin, giáo dục truyền thông sức khỏe, từ đó giúp nâng cao kiến thức của họ về các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

4.2. Hành vi nguy cơ mắc STI

4.2.1. Phân bố tỷ lệ tuổi quan hệ tình dục lần đầu: Tuổi quan hệ tình dục lần đầu cũng ảnh hưởng đến khả năng mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi quan hệ tình dục lần đầu của đối tượng tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi 19-23 tuổi chiếm tỷ lệ 58,3%, ở lứa tuổi này đối tượng đã phần nào có kiến thức nhất định về bệnh lây truyền qua đường tình dục. Tiếp theo đến nhóm tuổi từ 24-28 tuổi (23,9%). Nhóm đối tượng có quan hệ tình dục từ 18 tuổi trở xuống chiếm 15,7% đây là một yếu tố rất đáng quan tâm. Đối với độ tuổi nhỏ đối tượng chưa có nhiều hiểu biết tình dục cũng như cách phòng tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục do đó dễ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục hơn các nhóm tuổi khác. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm có tuổi quan hệ tình dục lần đầu ≥ 29 tuổi (2,1%). Để giúp cộng đồng có cái nhìn đúng đắn và hiểu biết được các bệnh lây truyền qua đường tình dục, việc giáo dục giới tính cho các nhóm đối tượng là rất cần thiết, đặc biệt là nhóm đối tượng trong độ tuổi dưới 18 tuổi. Đây

là nhóm đối tượng mới lớn, sự phát triển của cơ thể chưa hoàn chỉnh, suy nghĩ chưa thực sự chín chắn và bắt đầu thấy tò mò, muốn tìm hiểu về giáo dục giới tính. Do đó gia đình, nhà trường đóng vai trò quan trọng trong việc trao đổi, chia sẻ, giáo dục và định hướng cho các em về vấn đề này. Bên cạnh đó phía lãnh đạo các ban ngành, đoàn thể cần có nhận thức đúng và kịp thời để đưa ra các chính sách, biện pháp can thiệp hiệu quả về công tác phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

4.2.2. Hành vi sử dụng BCS đúng cách khi QHTD: Sử dụng BCS đúng cách khi quan hệ tình dục là một trong những biện pháp hiệu quả nhất trong phòng lây nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Có 55,7% các đối tượng được hỏi trả lời là thành thạo có sử dụng BCS khi quan hệ tình dục chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ các đối tượng sử dụng BCS khi quan hệ tình dục trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Bá Hòe là 38,5% [1], trong khi thường xuyên sử dụng BCS chỉ chiếm 1,8%. Tỷ lệ này cho thấy thói quen sử dụng BCS thường xuyên trong việc phòng tránh thai nói chung và phòng tránh các bệnh LTQĐTD nói riêng còn rất thấp. Số đối tượng không sử dụng BCS hoặc sử dụng không đúng cách khi QHTD chiếm tỷ lệ khá cao (42,5%) (Biểu đồ 2). Nguyên nhân là do đa số người dân Việt Nam thường không thích sử dụng BCS khi QHTD vì họ nghĩ BCS làm giảm khoái cảm. Mặt khác họ nghĩ rằng QHTD với vợ, người yêu sẽ không bị lây nhiễm STI do vậy không cần phải dùng BCS khi quan hệ. Nhưng điều này thật nguy hiểm vì họ có thể truyền bệnh hoặc bị lây bệnh từ vợ hoặc bạn tình của họ. Việc hiểu rõ tầm quan trọng cũng như lợi ích của việc sử dụng BCS khi QHTD vẫn còn rất nhiều hạn chế, do đó các chương trình can thiệp nhằm nâng cao tỷ lệ đối tượng sử dụng BCS đúng cách khi QHTD có ý nghĩa rất thiết thực.

4.3. Thực trạng hành vi tìm kiếm DVYT của các bệnh nhân đến khám STI

Bệnh lây truyền qua đường tình dục nếu không được điều trị hoặc điều trị không đúng thì bệnh sẽ không khỏi, tái phát hoặc để lại những biến chứng nặng nề. Do vậy việc lựa chọn dịch vụ y tế đầu tiên để điều trị đóng vai trò vô cùng quan trọng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lý do mà phần lớn các đối tượng tìm đến các cơ sở y tế trên vì cán bộ y tế có chuyên môn tốt hoặc có trang thiết

bị tốt (55,3%). Tiếp theo là vì thuận tiện (37,2%); do có người quen mạch bảo (27,1%); tuy nhiên vẫn còn 11,6% lựa chọn vì muốn giữ bí mật (11,6%). Chính vì tâm lý sợ bị phát hiện mà một số bệnh nhân mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục thường không điều trị, tự mua thuốc điều trị hoặc tìm đến các cơ sở tư nhân để điều trị. Điều này gây khó khăn cho công tác quản lý bệnh LTQĐTD. Chính vì vậy, cán bộ y tế cùng với chính quyền địa phương cần phối hợp thực hiện các chính sách giúp nâng cao nhận thức của nhóm đối tượng về STI để có thể đến các CSYT phát hiện và điều trị kịp thời, tránh nguồn lây nhiễm cho cộng đồng, giúp ổn định và phát triển kinh tế - xã hội địa phương.

V. KẾT LUẬN

- Đa số các đối tượng có kiến thức về STI ở mức độ yếu (38,3%) và ở mức độ tốt chiếm tỷ lệ thấp nhất (8,9%).

- Trong các hành vi nguy cơ mắc STI, tuổi QHTD lần đầu của đối tượng tập trung chủ yếu vào nhóm tuổi 19 – 23 tuổi (58,3%) và thấp

nhất là nhóm tuổi trên 29 tuổi (2,1%). Tỷ lệ các đối tượng sử dụng BCS thường xuyên rất thấp, chỉ chiếm 1,8%.

- Đa phần các đối tượng tìm đến các cơ sở y tế để sử dụng dịch vụ vì cán bộ y tế có chuyên môn tốt hoặc có trang thiết bị tốt (55,3%), sau đó vì thuận tiện (37,2%) và thấp nhất là do quen chữa tại đó (11,1%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Hòe (2008)**, "Xác định tỷ lệ mắc và nhận thức, thái độ, thực hành của phụ nữ 15-49 tuổi về viêm nhiễm đường sinh dục dưới tại huyện Vĩnh Bảo, thành phố Hải Phòng năm 2008".
2. **Nguyễn Văn Nghị (2011)**, *Nghiên cứu quan niệm, hành vi tình dục và sức khỏe sinh sản ở vị thành niên huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương 2006 – 2009*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
3. **WHO (2007)**, "Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015. Breaking the chain of transmission", Geneva.
4. **WHO (2005)**, "Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice", Geneva.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, THÍNH LỰC VÀ NHỊ LƯỢNG TRONG VIÊM TAI GIỮA TIẾT DỊCH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH

Ngô Thanh Bình*, Khiếu Hữu Thanh*

TÓM TẮT

Kết quả nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, thính lực và nhị lượng trên 33 bệnh nhân bị viêm tai giữa tiết dịch tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình chúng tôi thu được kết quả: Bệnh nhân bị bệnh 1 tai chiếm tỷ lệ 84,8%. Hình thái màng nhĩ lõm tỷ lệ 84,2%. Màng nhĩ trong, có bóng khí tỷ lệ 73,9%. Bệnh nhân nghe kém mức độ nhẹ và vừa, nhóm PTA $\geq$ 20 dB chiếm tỷ lệ 92,1%, PTA $\geq$ 30 dB chiếm tỷ lệ 31,6%. Có hiện tượng tắc vòi biểu hiện nhĩ đồ dạng C và B chiếm tỷ lệ 55,3% và 44,7%. Dịch thanh dịch có tỷ lệ 73,9%.

Từ khóa: Viêm tai giữa tiết dịch, Thính lực đồ, Nhị lượng.

SUMMARY

CLINICAL, AUDIOGRAM AND TYMPANOMETRY CHARACTERISTICS IN SECRETORY OTITIS MEDIA IN THAIBINH GENERAL HOSPITAL

The research results of clinical characteristics, hearing and tympanometry on 33 patients with secretory otitis media at Thaibinh general hospital showed that: patients with the disease in one ear accounted for 84.8%. 84.2% of patients had recessed eardrum forms. 73.9% of patients had clear eardrum with air bubbles. Patients with mild and medium hearing loss, PTA group $\geq$ 20 dB accounted for 92.1%, PTA $\geq$ 30dB was 31.6%. The patients with stuck atrial with the expression of type C and B accounted for 55.3% and 44.7%, respectively. Patients with clear ear liquid accounted for 73.9%.

Keywords: Secretory otitis media, audiogram, tympanometry.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa tiết dịch (VTGTD) là tình trạng ứ dịch của tai giữa phía sau một màng nhĩ đóng kín nhưng không có các triệu chứng viêm cấp tính. Đây là bệnh lý khá phổ biến, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây giảm sức nghe. Theo tác giả Nhan Trùng Sơn, tần suất chung VTGTD là 7,1%.

Bệnh viêm tai giữa tiết dịch diễn biến tiềm tàng, âm ỉ. Triệu chứng của bệnh không rõ ràng nên rất dễ bị bỏ sót khi thăm khám. Bệnh cũng

là nguyên nhân dẫn đến biến chứng và di chứng như: túi co kéo, viêm tai xơ dính, cholesteatoma, ... Theo Magnan và Bremond, tỷ lệ hình thành cholesteatoma từ VTGTD và xẹp nhĩ khoảng 30%. Nghe kém là triệu chứng chính trong viêm tai giữa tiết dịch làm ảnh hưởng rất lớn đến quá trình phát triển ngôn ngữ, kết quả học tập cũng như khả năng giao tiếp. Do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, thính lực và nhị lượng trong viêm tai giữa tiết dịch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ 01/2015 đến tháng 12/2015.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Tổng số 33 bệnh nhân, có 38 tai bị viêm tai giữa tiết dịch của được điều trị phẫu thuật đặt ống thông khí hòm nhĩ tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Được chẩn đoán xác định là VTGTD và điều trị phẫu thuật đặt ống thông khí hòm nhĩ.
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Bệnh án có đầy đủ hình ảnh chụp màng nhĩ qua nội soi, cách thức phẫu thuật và kết quả đo thính lực, nhị lượng trước phẫu thuật.
- Khám lại đầy đủ và được đo thính lực sau phẫu thuật 1 tuần và 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Những bệnh nhân kèm theo các bệnh khác có liên quan đến sức nghe.
- Những bệnh nhân không khám lại đầy đủ.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả: xác định đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân viêm tai giữa tiết dịch.

Các biến số nghiên cứu:

- *Thời gian mắc bệnh.
- *Khai thác các triệu chứng cơ năng:
 - + Nghe kém,
 - + ù tai,
 - + Thời gian ù tai,
 - + Đau tai.
- *Nội soi tai mũi họng (có chụp và lưu giữ hình ảnh):
 - + Tình trạng của tai còn lại.

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thanh Bình
Email: ngothanhbhinh@tbmc.edu.vn
Ngày nhận bài: 17.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.3.2017
Ngày duyệt bài: 10.4.2017

- + Các bệnh lý mũi họng kèm theo.
- + Thính lực đơn âm:
 - Ngưỡng nghe đường khí và đường xương ở các tần số 500, 1000, 2000 và 4000 Hz, đơn vị tính bằng dB.
 - Ngưỡng nghe trung bình của 4 tần số 500, 1000, 2000 và 4000 Hz, đơn vị tính bằng dB.
- + Nhĩ lượng:

- Hình dạng nhĩ đồ: theo phân loại Jerger và Nguyễn Tấn Phong.

- Chỉ số về độ thông thuận: là độ cao nhĩ đồ, đơn vị tính ml.

- Áp lực đỉnh nhĩ đồ: là vị trí nhĩ đồ trên trục hoành, đơn vị tính daPa.

Xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 15.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nghe kém	22	67,7
U tai	30	90,9
Đầy tức tai	9	27,3
Chảy mũi	14	42,4
Ngạt mũi	12	36,4

Nhận xét: U tai là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất có 30/33 BN chiếm tỷ lệ 90,9% sau đó là nghe kém với 14/33 BN chiếm tỷ lệ 82,2%.

Bảng 3.2. Các hình thái màng nhĩ

Hình thái màng nhĩ	N	Tỷ lệ (%)
Lõm	32	84,2
Bình thường	6	15,8
Tổng số (N)	38	100

Nhận xét: Hình thái màng nhĩ lõm gặp nhiều nhất với tỷ lệ 32/38 tai (84,2%).

Bảng 3.3. Màu sắc màng nhĩ

Màu sắc màng nhĩ	N	Tỷ lệ (%)
Trong, có bóng khí	28	73,9
Dày, đục, mất nón sáng	3	7,9
Màu vàng hồ phách	7	18,4
Tổng số (N)	38	100

Nhận xét: Màng nhĩ trong, có bóng khí gặp nhiều nhất với 28/38 tai chiếm tỷ lệ 73,9% sau đó là màng nhĩ màu vàng hồ phách với 7/38 tai chiếm tỷ lệ 18,4%.

Bảng 3.4. Ngưỡng nghe trung bình đường khí

PTA	N	Tỷ lệ (%)
0 - 20 dB	3	7,9
21 - 29 dB	23	60,5
≥ 30 dB	12	31,6
Tổng số (N)	38	100

Nhận xét: Nhóm PTA ≥ 20 dB chiếm tỷ lệ 35/38 tai (92,1%). Trong đó nhóm có PTA ≥ 30 dB chiếm tỷ lệ là 12/38 tai bệnh (31,6%).

Bảng 3.5. Hình dạng nhĩ đồ

Hình dạng nhĩ đồ	N	Tỷ lệ (%)
B	17	44,7
C	21	55,3
Tổng số (N)	38	100

Nhận xét: Hình thái nhĩ đồ dạng C gặp nhiều nhất với 21/38 tai chiếm tỷ lệ 55,3% sau đó là nhĩ đồ dạng B với 17/38 tai chiếm tỷ lệ 44,7%.

Bảng 3.6. Tính chất dịch trong hòm nhĩ

Tính chất dịch	N	Tỷ lệ (%)
Thanh dịch	28	73,9
Nhày keo	10	26,1
Tổng số (N)	38	100

Nhận xét: Thanh dịch thường gặp nhất với 28/38 tai chiếm tỷ lệ 73,9% sau đó là dịch nhày keo với 10/38 tai chiếm tỷ lệ 26,1%.

Bảng 3.7. Đối chiếu dịch hòm nhĩ với màu sắc màng nhĩ

Màng nhĩ	Dịch hòm tai	Thanh dịch	Nhầy keo	N
Trong, có bóng khí		28	0	28
Dày đục, mất nón sáng		0	3	3
Màu vàng hồ phách		0	7	7
Tổng số (N)		28	10	38

Nhận xét: Dịch nhầy keo thường biểu hiện màng nhĩ màu vàng hồ phách và dày đục mất nón sáng với tỷ lệ 100%. Tất cả các trường hợp thanh dịch có biểu hiện màng nhĩ trong, có bóng khí.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi ≥ 60 gặp nhiều nhất với tỷ lệ 39,4%, trong đó bệnh nhân lớn tuổi nhất là 84 tuổi. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $47 \pm 21,3$ tuổi. Theo tác giả Đỗ Thành Chung tỷ lệ này là 19,63% và tác giả Nguyễn Lệ Thủy là 18%. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi do 2 tác giả nghiên cứu trên cả bệnh nhân người lớn và trẻ em. Hiện nay tại Thái Bình, phần lớn bệnh nhi có chỉ định đặt OTK đều điều trị tại bệnh viện Nhi nên trong nghiên cứu của tôi, nhóm đối tượng này không nhiều.

Tất cả bệnh nhân của chúng tôi, màng nhĩ hơi lõm vào trong. Theo các tác giả Bluestone, Mandel, Tos (1991) trong những trường hợp viêm tai giữa tiết dịch kéo dài bao giờ cũng kèm theo tình trạng áp lực âm trong hòm tai. Chính áp lực âm này sẽ hút màng nhĩ lõm vào trong. Nếu tình trạng này kéo dài có thể dẫn tới xẹp nhĩ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp xẹp nhĩ độ II. Mỗi liên quan giữa viêm tai giữa tiết dịch và xẹp nhĩ đã được nhiều tác giả nước ngoài chứng minh. Theo Tos và Poulsen nghiên cứu trẻ em bị viêm tai giữa tiết dịch trong 3-8 năm thấy có 34% tiến triển thành xẹp nhĩ. Ở Việt Nam, tác giả Nguyễn Tấn Phong đưa ra giả thuyết về quá trình tiến triển từ giai đoạn tắc vòi đến viêm tai giữa tiết dịch, xẹp nhĩ và cuối cùng là cholesteatoma. Các tác giả nước ngoài cũng thống nhất quan về vấn đề hình thành cholesteatoma từ xẹp nhĩ và túi co kéo trong các nghiên cứu của họ. Vì vậy việc chẩn đoán, điều trị sớm các trường hợp viêm tai giữa tiết dịch là rất quan trọng. Ở giai đoạn này việc điều trị là tương đối đơn giản với đặt ống thông khí kết hợp điều trị các nguyên nhân gây tắc vòi. Nếu bỏ qua, không phát hiện sớm, bệnh sẽ tiến triển đến giai đoạn muộn như xẹp nhĩ độ III, độ IV thậm chí là hình thành cholesteatoma. Khi đó việc điều trị sẽ gặp rất nhiều khó khăn.

Đặc biệt có 6/38 (15,8 %) trường hợp màng nhĩ bình thường, không có lõm. Đây là triệu chứng dễ gây nhầm lẫn, bỏ sót chẩn đoán VTGTD. Bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn

gây nhiều hậu quả nặng nề, đặc biệt là ảnh hưởng đến sức nghe. Vì vậy với những màng nhĩ có thay đổi màu sắc ví dụ như dày đục, mất nón sáng hoặc màu vàng kèm theo có tiền sử viêm VA, viêm đường hô hấp trên cấp hoặc mạn tính thì nên đo nhĩ lượng để chẩn đoán sớm, tránh bỏ sót.

Trong nghiên cứu này, màng nhĩ trong, có bóng khí gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 73,9%, sau đó là dịch màng vàng hồ phách chiếm tỷ lệ 7,9%. Theo tác giả Đỗ Thành Chung (1999) tỷ lệ màng nhĩ dày đục, màng nhĩ màu vàng và màng nhĩ trong có bóng khí lần lượt là 41,1%, 25,96%, 18,38%. Chúng tôi nhận thấy rằng màng nhĩ trong, có bóng khí là dấu hiệu rất có giá trị để chẩn đoán dịch trong hòm nhĩ. Màng nhĩ dày đục, mất nón sáng là triệu chứng có thể gặp trong nhiều trường hợp khác ví dụ như sau các đợt viêm VA, viêm đường hô hấp trên cấp hoặc mạn tính, các đợt viêm tai giữa tiết dịch trước đó, nên rất dễ nhầm lẫn. Vì vậy, thăm khám lâm sàng kết hợp với đo nhĩ lượng là cần thiết để chẩn đoán xác định trong các trường hợp nghi ngờ, tránh bỏ sót. Chúng tôi không gặp trường hợp nào có màng nhĩ màu xanh trong nghiên cứu của mình. Trong khi đó Đỗ Thành Chung (1999) gặp 6/85 tai có màng nhĩ màu xanh và Nguyễn Lệ Thủy (2001) là 2/82 tai. Theo Rudolf và Gerhard (2006) màu sắc màng nhĩ có thể chuyển từ xám sang vàng hoặc xanh tùy thuộc vào sự thay đổi màu sắc của dịch trong hòm nhĩ. Theo một số tác giả, dịch màu xanh là do sự hình thành hạt cholesterol trong hòm nhĩ kết hợp với dịch keo màu nâu. Dịch màu xanh thường gặp trong các trường hợp VTGTD kéo dài.

Về tính chất dịch trong hòm tai, trong 38 tai bệnh được đặt ống thông khí, tất cả các tai đều chứa dịch với các mức độ khác nhau từ ít đến nhiều trong đó thanh dịch chiếm tỷ lệ cao nhất là 73,9%, dịch nhầy keo chiếm tỷ lệ ít hơn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Thành Chung (1999) là 70% và Lại Thị Hoài Thư (2008) là 58,3%. Theo Paparella (1991): dịch nhầy keo gặp thường xuyên nhất trong viêm tai giữa tiết dịch kéo dài.

Đối chiếu màu sắc màng nhĩ khi thăm khám

nội soi với loại dịch thu được sau khi chích rạch màng nhĩ, chúng tôi thấy kết quả như sau: Thanh dịch thường biểu hiện màng nhĩ trong, có bóng khí với 28/8 tại 73,7%. Màng nhĩ màu vàng hồ phách thường chứa dịch nhầy keo với 7/38 tại chiếm tỷ lệ 18,4%. Dịch nhầy keo cũng có biểu hiện màng nhĩ dày đục mất nón sáng với tỷ lệ 7,9%. Kết quả này phù hợp với nhận xét của Paparella (1991): màng nhĩ màu đục kem thường gặp khi bệnh ở giai đoạn muộn và dịch là nhầy keo.

Mức giảm thính lực trung bình là 36,03 dB. Kết quả này phù hợp kết quả của một số tác giả trong và ngoài nước như tác giả Đỗ Thành Chung là 39,1 dB, Paparella mức giảm thính lực từ 10-40dB, Bluestone, Klein (1988) và nhiều tác giả khác cũng có kết quả là 25- 30 dB. Mức giảm sức nghe này có ảnh hưởng ít đến khả năng giao tiếp của bệnh nhân, tuy nhiên chủ yếu gặp ở mức độ nhẹ và vừa nên rất nhiều bệnh nhân không để ý. Chúng tôi nhận thấy rằng những bệnh nhân có mức giảm thính lực lớn thường có nhiều dịch trong hòm tai, dịch thường keo, dính, khó hút sạch vì vậy nếu chỉ điều trị nội khoa đơn thuần sẽ khó hết được dịch trong hòm nhĩ.

Trong 38 nhĩ đồ thu được, chúng tôi nhận thấy không có nhĩ đồ nào bình thường. Hình dạng nhĩ đồ thường gặp nhất là nhĩ đồ dạng C với tỷ lệ 55,3%, nhĩ đồ dạng B ít gặp hơn với tỷ lệ 44,7%. Kết quả này phù hợp với kết luận của Lương Hồng Châu và Đỗ Thành Chung và nó giải thích cho nguyên nhân hình thành VTGTD là do rối loạn chức năng vòi tai. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Ren và Wang tỷ lệ nhĩ đồ dạng B là 91,7%; và của Abdullah (2007) là 84%.

V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi trung bình là $47 \pm 21,3$ tuổi.

- Nữ ít hơn nam với tỷ lệ lần lượt là 45,5% và 54,5%.

- Ủ tai và nghen kém là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất với tỷ lệ 90,9% và 82,2%.

- Đa số BN bị bệnh 1 tai chiếm tỷ lệ 84,8%.

- Hình thái màng nhĩ lõm gặp nhiều nhất với tỷ lệ 84,2%.

- Màng nhĩ trong, có bóng khí gặp nhiều nhất với tỷ lệ 73,9%.

- Bệnh nhân nghe kém mức độ nhẹ và vừa, nhóm PTA ≥ 20 dB chiếm tỷ lệ 92,1%, PTA ≥ 30 dB chiếm tỷ lệ 31,6%.

- Có hiện tượng tắc vòi biểu hiện nhĩ đồ dạng C và B gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 55,3% và 44,7%.

- Dịch thanh dịch thường gặp nhất với tỷ lệ 73,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hoài An (2003), Đặc điểm dịch tể viêm tai ứ dịch ở trẻ em một số phường ở Hà Nội, Đại học Y Hà Nội.
2. Lương Hồng Châu (2009), Đặc điểm hình thái nhĩ đồ trong viêm tai thanh dịch, Tạp chí Y học thực hành, số 10 (697), 34-37.
3. Lại Thị Hồng Thư (2008), Đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học trong viêm tai giữa ứ dịch, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. Armstrong BW (1954), A new treatment for chronic secretory otitis media, AMA Arch Otolaryngol, 59 (6), 653-4. 27.
5. Chadha SK, Gulati K, Garg S, et al. (2015), Prevalence of ear diseases in the children of Delhi, J Laryngol Otol, 129 (5), 425-9.
6. Erdolija M, Sotirovic J, Baletic M (2012), Early postoperative complications in children with secretory otitis media after tympanostomy tube insertion in the Military Medical Academy during 2000-2009, Vojnosanit Pregl, 69 (5), 409-413.
7. Jerger J (1970), Clinical experience with impedance audiometry, Arch Otolaryngol, 92 (4), 311-24.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Nguyễn Văn Dũng* và cộng sự

TÓM TẮT

Các triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt rất mơ hồ, không rõ ràng, dễ nhầm lẫn, ảnh hưởng nhiều

đến quá trình điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng trầm cảm trong giai đoạn cấp ở bệnh nhân TTPL.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang 36 bệnh nhân được chẩn đoán tâm thần phân liệt theo ICD-10 vào điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần. **Kết quả:** Một số đặc trưng của trầm cảm trong bệnh cảnh TTPL được nhận biết là: trầm cảm thường gặp ở ngay cơn cấp diễn đầu tiên. Trầm cảm chủ yếu biểu hiện bằng các triệu chứng về nhận thức (tư duy chậm chạp (52,8%), giảm tự trọng, tự tin (52,8%), bị quan với tương lai (44,4%), ý tưởng bị tội (33,3%), ý

*Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính:

Email: Drdungbm@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 19.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2017

Ngày duyệt bài: 10.4.2017

tưởng tự sát (11,1%)) và các triệu chứng cơ thể, sinh học của trầm cảm (mất ngủ, mất ngon miệng, mất sinh lực...). **Kết luận:** Các triệu chứng trầm cảm có từ giai đoạn sớm của TTPL khó nhận biết trong giai đoạn cấp vì bị che lấp bởi các triệu chứng loạn thần khác.

SUMMARY

SOME CHARACTERISTICS OF CLINICAL DEPRESSION IN PATIENTS SCHIZOPHRENIA

The symptoms of schizophrenia are vague, unclear, confusing, affect the course of treatment. Objective: Describe clinical characteristics of the acute phase of depression in patients with schizophrenia. Subjects and Methods: Description cut 36 patients diagnosed with schizophrenia according to ICD-10 in inpatient treatment at the Institute of Mental Health. The result: Some features of depression in patients with schizophrenia scene identified as: depression is common in acute debut soon. Major depressive symptoms manifested by cognitive (thinking slow (52.8%), decreased self-esteem, self-confidence (52.8%), pessimism for the future (44.4%), the idea being guilty (33.3%), suicidal ideation (11.1%)) and the physical symptoms, biology of depression (insomnia, loss of appetite, loss of vitality ...). Conclusion: The depression symptoms from the early stages of schizophrenia difficult to recognize in the acute phase because obscured by other psychotic symptoms.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh khá phổ biến. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ mắc TTPL là 1% dân số. Theo Kaplan & Sadock (1996) ở Mỹ, tỷ lệ này là 1-1,5%. Ở Việt Nam, tỷ lệ này chiếm khoảng 0,3-1% dân số.

Bệnh cảnh bệnh nhân Tâm thần phân liệt rất đa dạng. Tỷ lệ trầm cảm trong giai đoạn cấp chiếm khoảng 25% bệnh nhân [5]. Các triệu chứng âm tính của bệnh có thể lồng ghép vào trong bệnh cảnh nên các triệu chứng trầm cảm khó nhận biết. Trầm cảm có thể là biểu hiện của

bệnh tâm thần phân liệt, song cũng có thể là do tác dụng phụ của các thuốc an thần kinh hoặc trạng thái cảm xúc âm tính trước sự kỳ thị của cộng đồng. Tỷ lệ tự sát có liên quan đến trầm cảm chiếm khoảng 10% trong số những bệnh nhân Tâm thần phân liệt [5].

Ở nước ta, hiện vẫn chưa có nghiên cứu có hệ thống nào về trầm cảm trong giai đoạn cấp ở bệnh nhân Tâm thần phân liệt. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu là: *Mô tả đặc điểm lâm sàng trầm cảm trong giai đoạn cấp ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 36 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định tâm thần phân liệt, có biểu hiện trầm cảm trong giai đoạn cấp tại Viện sức khỏe tâm thần từ tháng 2 đến tháng 9/2016. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. Loại trừ những bệnh nhân có bệnh não rõ rệt hoặc bệnh cơ thể nặng, trạng thái nhiễm độc ma túy, các rối loạn phân liệt cảm xúc. Nghiên cứu có sử dụng các thang đánh giá trầm cảm (Addington, Beck,...) hỗ trợ cho chẩn đoán lâm sàng. Số liệu được xử lý bằng chương trình Epi-info 6.04.

III. KẾT QUẢ

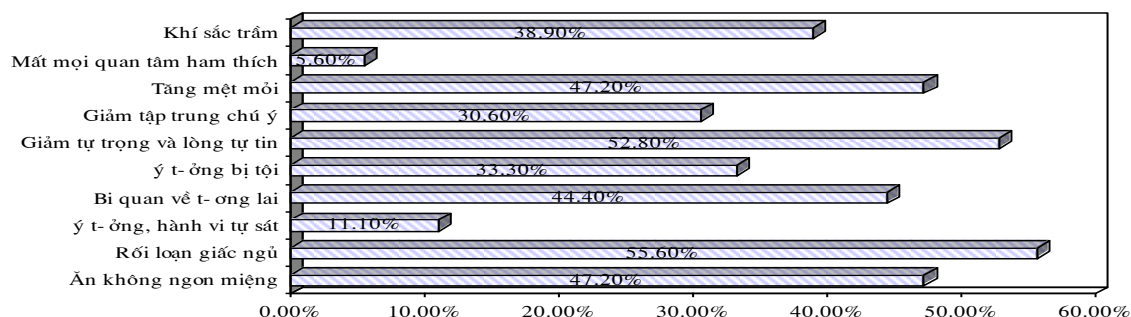
Nhóm bệnh nhân hay gặp nhất là từ 15-25 tuổi (44,4%), tuổi trung bình là 28,2±8,6 tuổi. 47,2% bệnh nhân là vào viện lần đầu. Siris và CS [7] đưa ra tỷ lệ trầm cảm ở những bệnh nhân tâm thần phân liệt nhập viện lần đầu là 33%. House [4] cũng thấy tỉ lệ bệnh nhân tâm thần phân liệt có trầm cảm trong giai đoạn đầu (22%). Trầm cảm xuất hiện nhiều nhất là tâm thần phân liệt thể Paranoid (83,3%).

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng giai đoạn sớm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

	Triệu chứng	n	%
Cơ thể	Cảm giác mệt mỏi, đuối sức	26	72,2
	Rối loạn giấc ngủ	33	91,7
	Đau đầu	19	52,8
	Rối loạn ăn uống	28	77,8
	Sút cân	3	8,3
Tâm thần	Giảm hiệu suất lao động	32	88,9
	Thu hẹp sự quan tâm, hứng thú	22	61,1
	Lo lắng bồn chồn	26	72,2
	Buồn chán vô cố	9	25,0
	Dễ bị kích thích, mất kiểm chế	17	47,2

Rối loạn giấc ngủ, giảm hiệu suất lao động, lo lắng bồn chồn, rối loạn bản năng ăn uống là những dấu hiệu thường gặp (72-92%). Thu hẹp sự quan tâm với chung quanh gặp ở 61,1% bệnh nhân. Trạng thái dễ bị kích thích, mất kiểm chế chiếm tỷ lệ 47,2%.

Biểu đồ 1: Biểu hiện trầm cảm ở giai đoạn cấp tâm thần phân liệt ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.



Nổi bật trong bệnh cảnh lâm sàng là nhận thức trầm cảm với sự giảm tính tự trọng và lòng tự tin (52,8%), chán nản bi quan về tương lai (44,4%), 33,3% bệnh nhân có ý tưởng tự buộc tội.

Bảng 2: Trạng thái tâm lý vận động.

Tâm lý vận động	n	%
Tư duy chậm chạp	19	52,8
Giảm hoạt động	20	55,6
Dễ bị kích thích	6	16,7
Sững sờ	0	0

Phần lớn BN biểu hiện trạng thái giảm hoạt động (55,6%), tư duy chậm chạp (52,8%).

Bảng 3: Các hình thái rối loạn trầm cảm.

Hình thái	n	%
Trầm cảm - lo âu	12	33,3
Trầm cảm - loạn cảm giác bản thể	5	13,9
Trầm cảm - nghi bệnh	2	5,6
Trầm cảm - suy nhược	17	47,2

Trầm cảm-suy nhược chiếm tỷ lệ cao nhất (47,2%). Tiếp đó là trầm cảm - lo âu (33,3%).

Bảng 4: Đặc điểm các triệu chứng loạn thần ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 1. Các triệu chứng và hành vi loạn thần ở nhóm 2 bệnh nhân nghiên cứu			
Triệu chứng		n	%
Hoang tưởng	Hoang tưởng bị chi phối	7	19,4
	Hoang tưởng bị xâm nhập	4	11,1
	Hoang tưởng kỳ quái	2	5,6
	Hoang tưởng bị theo dõi	23	63,9
	Hoang tưởng bị truy hại	25	69,4
Ảo giác	Ao thanh bình phẩm	15	41,7
	Ao thanh ra lệnh, xui khiến	6	16,7
	Ao thị	1	2,8
Rối loạn hành vi	Đi lang thang	5	13,9
	Kích động	6	16,7
	Chạy trốn	2	5,6
	Hành vi tự sát	2	5,6

Hay gặp nhất là hoang tưởng bị truy hại (69,4%) và hoang tưởng bị theo dõi (63,9%). Hoang tưởng bị chi phối chỉ chiếm 19,4%. Ảo thanh thường gặp nhất (58,3%). Hành vi kích động, căng thẳng (16,7%). Hành vi tự sát gặp 2/36 bệnh nhân (5,6%).

IV. BÀN LUẬN

Rối loạn giấc ngủ, giảm hiệu suất lao động, lo lắng, bồn chồn, rối loạn bản năng ăn uống là những tiền triệu thường gặp trong số bệnh nhân

nghiên cứu chiếm tỷ lệ từ 72-92%. Theo Kerbikoff thì trước cơn bùng nổ loạn thần, bệnh nhân thường có những giai đoạn tiền triệu ngắn. Khi đó, người bệnh thấy lo âu vô cớ, mất ngủ, khó tập trung... Theo Herz & Melville (1980),

những tiền triệu được bệnh nhân và gia đình đề cập nhiều nhất là: ăn uống kém, khó tập trung, rối loạn giấc ngủ, buồn chán và không muốn giao tiếp. Theo Nguyễn Viêt Thiêm [2], giảm hiệu suất lao động, lo lắng bồn chồn, rối loạn giấc ngủ, rối loạn ăn uống là dấu hiệu khởi phát thường gặp ở bệnh nhân tâm thần phân liệt. Ngô Ngọc Tân đã phân loại các kiểu khởi phát tâm thần phân liệt: có 32,7% khởi phát kiểu suy nhược, 32,7% khởi phát kiểu lo âu, 21,8% khởi phát kiểu thay đổi đặc tính cá nhân và 12,8% khởi phát kiểu trầm cảm.

Lưu ý phân biệt các tiền triệu này là triệu chứng âm tính của bệnh tâm thần phân liệt hay là các dấu hiệu trầm cảm. Các triệu chứng này thuyên giảm tốt khi được điều trị bằng các thuốc chống loạn thần và chống trầm cảm, trong khi các triệu chứng âm tính của tâm thần phân liệt thường có khuynh hướng tiến triển âm ỉ và kéo dài. Nhận xét này của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Koreen [4].

Về mối quan hệ của các triệu chứng trầm cảm với tái phát và tái nhập viện, Herz và CS đưa ra 10 triệu chứng thường được báo cáo cho thấy rừ sự hiện diện của trầm cảm là căng thẳng và lo lắng, rối loạn giấc ngủ, khí sắc trầm, ăn kém, ít thích thú với mọi việc, khó tập trung chú ý và bồn chồn. Những triệu chứng về cảm xúc có thể là biểu hiện một phản ứng tâm lý đối với cơn bệnh sắp đến, có thể phản ánh một quá trình sinh học nằm bên dưới. Dù sao, những triệu chứng trầm cảm được coi là tín hiệu báo trước sự xuất hiện hay tái phát bệnh. Shanfield và CS đã thấy rằng trầm cảm xuất hiện trong 2/3 bệnh nhân Tâm thần phân liệt từ lúc bắt đầu bị bệnh và đã bị che khuất bởi những triệu chứng Tâm thần phân liệt, và khi loạn thần lắng xuống thì các triệu chứng trầm cảm nổi lên. Birchwood và CS nghiên cứu thấy trầm cảm đi kèm với giai đoạn loạn thần cấp trong 70% trường hợp và thuyên giảm đi cùng triệu chứng loạn thần, trong đó có 36% bệnh nhân sau này hình thành nên trầm cảm sau loạn thần [5].

Trong giai đoạn toàn phát, chúng tôi không thấy bệnh nhân nào có đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán một giai đoạn trầm cảm điển hình theo ICD-10. Trong đó biểu hiện buồn rầu rõ rệt chiếm tỷ lệ 38,9%, mệt mỏi giảm hoạt động cũng chỉ thấy ở 47,2% bệnh nhân. Nổi bật trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là nhận thức trầm cảm với sự giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin (52,8%), chán nản bi quan về tương lai (44,4%), có 33,3% bệnh nhân có ý tưởng tự buộc tội. Planansky, Johnston, Drake & Cotton cũng thấy

những bệnh nhân Tâm thần phân liệt có trầm cảm bộc lộ các đặc trưng nhận thức của trầm cảm nhiều hơn so với rối loạn trầm cảm điển hình. Becker nhận thấy các khía cạnh về nhận thức trầm cảm như sự thất vọng, bất lực, ý nghĩ mặc cảm tội lỗi và lo âu có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm Tâm thần phân liệt có trầm cảm và không có trầm cảm [3].

Tuy nhiên, những bệnh nhân Tâm thần phân liệt có trầm cảm có thể có nét tương đồng với những bệnh nhân rối loạn cảm xúc, đó là nhận thức thất vọng có liên quan với tự sát. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4/36 bệnh nhân (11,1%) có ý định tự sát. Ở người bệnh Tâm thần phân liệt có trầm cảm, Drake & Cotton thấy rằng triệu chứng thất vọng có tương quan đáng kể với tự sát sau đó. Các đặc trưng nhận thức khác của trầm cảm như cảm giác vô giá trị có liên quan đến hành vi tự sát sau này [5].

Từ kết quả bảng 2 cho thấy 52,8% bệnh nhân nghiên cứu có biểu hiện chậm chạp trong tư duy, 55,6% bệnh nhân giảm hoạt động. Theo Phan Ngọc Hà [1], 89,7% số bệnh nhân Tâm thần phân liệt có trầm cảm biểu hiện bằng trạng thái ít hoạt động và 81,8% biểu hiện bằng trạng thái suy nghĩ chậm chạp.

Bảng 3 cho thấy phần lớn bệnh nhân có biểu hiện trầm cảm giống như trạng thái suy nhược (47,2%). Hình thái rối loạn trầm cảm này cũng đã được Nguyễn Viêt Thiêm [2] (1994) ghi nhận. Hiện chưa có tác giả nào đưa ra được những tiêu chuẩn chẩn đoán các dạng trầm cảm này nhưng thực tế lâm sàng điều trị bằng thuốc chống trầm cảm đã chứng minh sự xuất hiện triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân Tâm thần phân liệt với những triệu chứng cơ thể, rối loạn thần kinh thực vật...

Theo ICD-10, hoang tưởng bị chi phối, hoang tưởng kỳ quái, hoang tưởng bị xâm nhập là những hoang tưởng có giá trị chẩn đoán trong bệnh Tâm thần phân liệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 4), hay gặp nhất là hoang tưởng bị truy hại (69,4%) và hoang tưởng bị theo dõi (63,9%). Hoang tưởng bị chi phối chiếm 19,4% và hoang tưởng bị xâm nhập chỉ có 4/36 bệnh nhân (11,1%). Như vậy, ở bệnh nhân Tâm thần phân liệt có trầm cảm chủ yếu gặp hoang tưởng có nội dung bị truy hại, bị theo dõi. Kết quả này cũng phù hợp với nhận định của một số nghiên cứu trước đây [1], [2].

Bảng 4 còn cho thấy kích động chiếm 16,7%. Thực hiện hành vi tự sát có 5,6% bệnh nhân. Có nhiều bằng chứng cho thấy mối liên quan vừa trực tiếp vừa gián tiếp giữa trầm cảm với hành vi

tự sát ở bệnh nhân Tâm thần phân liệt. Roy báo cáo 26% bệnh nhân tâm thần phân liệt tự sát có trầm cảm. Điều này chỉ ra rằng cần chú ý nhận biết các triệu chứng trầm cảm của bệnh nhân Tâm thần phân liệt ngay trong giai đoạn loạn thần cấp vì có lẽ đó là lý do dẫn đến tự sát tại thời điểm này. Roy thấy rằng những bệnh nhân Tâm thần phân liệt thực hiện hành vi tự sát có tiền sử trầm cảm trong quá khứ và thường có trầm cảm trong giai đoạn loạn thần. Becker [3] nhận thấy 90% trường hợp tự sát xảy ra trong vòng 2 năm đầu tâm thần phân liệt. Đây có lẽ là hệ quả của sự suy giảm chức năng, bất lực về mặt xã hội và mất hy vọng hồi phục.

V. KẾT LUẬN

Tâm thần phân liệt có trầm cảm thường gặp ở nhóm tuổi 16-25 (44,4%), ngay từ cơn khởi phát đầu tiên (47,2%), trong thời gian đầu mắc bệnh (77,8%) và thường gặp ở bệnh nhân Tâm thần phân liệt thể Paranoid (83,3%).

Các tiền triệu gồm cảm giác mệt mỏi đuối sức (72,2%), rối loạn giấc ngủ (91,7%) rối loạn ăn uống (77,8%), giảm hiệu suất lao động (88,9%), thu hẹp sự quan tâm với xung quanh (61,1%) và lo lắng bồn chồn (72,2%).

Trong giai đoạn cấp, không có bệnh nhân nào có đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán một giai đoạn trầm cảm điển hình theo ICD-10. Nổi bật trong bệnh cảnh là các biểu hiện nhận thức của trầm cảm: tư duy chậm chạp (52,8%), giảm tính tự trọng và lòng tự tin (52,8%), chán nản bi quan

về tương lai (44,4%), ý tưởng tự buộc tội (33,3%), ý tưởng tự sát (11,1%). Các biểu hiện cơ thể cũng khá phổ biến là rối loạn giấc ngủ (55,6%), ăn không ngon miệng (47,2%), thiếu sinh lực (47,2%), chậm chạp vận động (55,6%).

Các triệu chứng loạn thần ở bệnh nhân TTPL có trầm cảm hay gặp nhất là hoang tưởng bị truy hại (69,4%) và hoang tưởng bị theo dõi (63,9%). Ảo thanh thường gặp chiếm tỷ lệ 58,3% (đặc biệt ảo thanh bình phẩm).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Ngọc Hà** (1995), "Nhận xét lâm sàng hội chứng trầm cảm trong bệnh tâm thần phân liệt theo ICD-10 ở Quảng Nam-Đà Nẵng", *Công trình nghiên cứu khoa học về Bảng phân loại Quốc tế lần thứ 10*, Bộ Y Tế, Tr.56-63.
2. **Nguyễn Việt Thiêm, Đông Thị Minh Tiệp** (1994), "Hội chứng trầm cảm trong tâm thần phân liệt", *Luận văn tốt nghiệp công nhận bác sỹ chuyên khoa cấp II*, Đại học Y Hà Nội.
3. **Becker R.E.** (1988) "Depression in Schizophrenia", *Hospital and Community Psychiatry*, Vol 39 No.12, P.1269-1274.
4. **Koreen A.R., Siris S.G. et al** (1993) "Depression in First-Episode Schizophrenia", *Am J Psychiatry*, **150**, P.1643-1648.
5. **Mulholland C., Cooper S.** (2000), *The symptom of depression in schizophrenia and its management*, Advance Psychiatric Treatment, P.169-177.
6. **Siris S.G.** (2000) "Depression in Schizophrenia: Perspective in the Era of "Atypical" Antipsychotic Agents", *Am J Psychiatry*, **157**, P.1379-1389.
7. **Siris S.G., Bench C.** (2004), "Depression and Schizophrenia", *Schizophrenia*, Blackwell, P.142-151.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT CẮT VẬT DA VỚI NẠO TUYẾN MỖ HÔI ĐẦU TIẾT TRONG ĐIỀU TRỊ HÔI NÁCH

Trần Trọng Kiềm*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội nách là một vấn đề buồn phiền với người bệnh. Phẫu thuật cắt bỏ tuyến đầu tiết là điều trị hiệu quả cho bệnh hôi nách. Các nghiên cứu trước đây đã cho thấy phẫu thuật nạo thủ công các tuyến đầu tiết là phương pháp hiệu quả nhất nhưng thường đi kèm với sự không hài lòng đáng kể, và tỉ lệ biến chứng còn cao. Chúng tôi báo cáo một kỹ thuật phẫu thuật sửa đổi cho việc điều trị của tình trạng bệnh này. **Mục đích:** Vì vậy mục đích của nghiên cứu

này nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật cắt da với nạo tuyến mồ hôi đầu tiết dưới da dựa trên những thông số: Sự tái phát mùi, sự hài lòng của bệnh nhân sau mổ, thời gian phẫu thuật, các biến chứng, sẹo sau mổ. **Phương pháp:** Từ tháng 1/2015 đến tháng 1/2016, 52 ca được tiến hành phẫu thuật cắt bỏ một phần da vùng nách với nạo tuyến mồ hôi đầu tiết dưới da. Đánh giá về tái phát mùi, sự hài lòng của bệnh nhân, biến chứng sau mổ và sẹo mổ sau 6 tháng. **Kết quả:** 51 bệnh nhân (98%) hài lòng với kết quả tốt sau mổ của phương pháp cắt nạo tuyến có cắt vật da vùng nách. Thời gian phẫu thuật trung bình 30 phút. Tỉ lệ biến chứng sau mổ: 2 bệnh nhân (3,8%) biến chứng sẹo lâu liền. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt nạo tuyến mồ hôi có cắt vật da vùng nách có hiệu quả tốt với tỉ lệ hài lòng của bệnh nhân sau mổ cao (98%). Với ít tái biến sau mổ và chỉ phí phẫu thuật thấp.

Từ khóa: Hội nách.

*Bệnh viện TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Kiềm

Email: dr.trantrongkiem4h108@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017

Ngày duyệt bài: 10.4.2017

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVE TREATMENT BY REMOVING OF FLAP SKIN COMBINED WITH CURETTAGING APOCRINE GLAND FOR AXILLARY OSMIDROSIS

Axillary osmidrosis is the depress problem of patient. Curettaging of apocrine glands is the effective method for axillary osmidrosis treatment. Manual curettaging of the apocrine glands is the most effective therapy but it is often accompanied by significant dissatisfaction. In this study, we show the modified surgical technique for axillary osmidrosis treatment.

Objective: The purpose of this study is to assess effectiveness of treatment by removing of flap skin combined with curettaging apocrine gland for axillary osmidrosis based on: the recurrence of smell, the satisfaction of patients after surgery, time of surgery, the complications, postoperative scarring. **Methods:** From January 2015 to March 2016, 52 cases have been enrolled and selected in this study. All patients have been removed a section of flap skin with curettage of apocrine gland. Evaluation of odor recurrence, patient satisfaction, postoperative complications and postoperative scar after 6 months treatment. **Results:** 51 patients (98%) are satisfied with the good postoperative results of the method of removing of flap skin combined with curettaging apocrine gland for axillary osmidrosis. Average surgical time is 30 minutes. The rate of side effects: 2 patients (3.8%) complications associated long scar. **Conclusion:** Surgical removing of flap skin combined with curettage of apocrine gland for axillary osmidrosis is effective and safety method with high satisfaction rates of postoperative patients (98%). This method is the little postoperative complications and the low-cost of surgery.

Keywords: Axillary osmidrosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt vấn đề: Hôi nách là một vấn đề phiền muộn đối với bệnh nhân, ảnh hưởng đến tâm lý, tiếp xúc và sinh hoạt hàng ngày. Nhiều phương thức điều trị đã được đề cập và phát triển như: tiêm Botox dưới da vùng nách. Phẫu thuật nạo tuyến cắt bỏ tuyến mồ hôi đầu tiết mỡ mở hoặc nội soi. Dùng la- de hoặc dao siêu âm phá hủy cấu trúc tuyến mồ hôi đầu tiết. Phẫu thuật điều trị hôi nách được áp dụng đầu tiên vào năm 1962 bởi Skoog và Thyresson [2]. Năm 1987

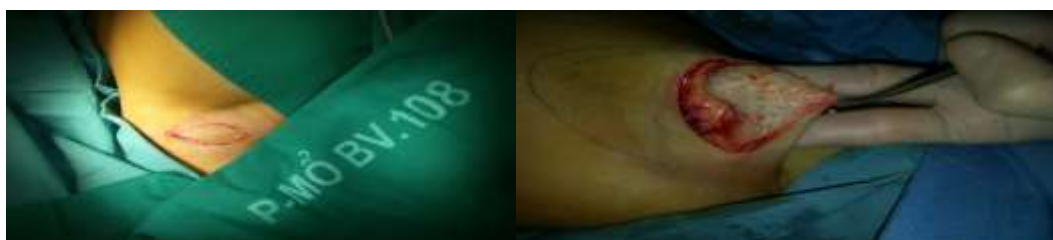
Bisbal và cộng sự đã chia kỹ thuật phẫu thuật điều trị hôi nách làm 3 loại. Loại một là những phẫu thuật loại bỏ phần mô dưới da mà không cắt da. Loại 2 là phẫu thuật cắt da và phần mô nằm dưới da. Loại 3 là cắt bỏ một phần da và vùng nách trung tâm và loại bỏ mô dưới da vùng lân cận. Phẫu thuật cắt nạo tuyến đầu tiết thủ công là phương pháp đã được coi là hiệu quả nhất [3], nhưng còn sự không hài lòng đáng kể, tỉ lệ tái phát còn cao.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “đánh giá hiệu quả của phẫu thuật cắt vạt da và nạo tuyến mồ hôi đầu tiết trong điều trị hôi nách” nhằm: Đánh giá tính hiệu quả và an toàn của phương thức phẫu thuật cắt bỏ một phần da vùng nách kết hợp với nạo tuyến mồ hôi đầu tiết trong điều trị bệnh lý hôi nách.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2015 đến tháng 1/2016, 52 ca (42 nữ và 10 nam giới; độ tuổi 16 đến 31 tuổi, tuổi trung bình 21,3 tuổi) được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ một phần da vùng nách với nạo tuyến mồ hôi đầu tiết dưới da.

Bệnh nhân được nằm ngửa, hai tay đưa lên đầu tạo với thân người góc 100 độ, bộc lộ rõ vùng nách 2 bên. Sát trùng vùng mổ bằng dung dịch betadin, che phủ vùng mổ [5]. Tiêm mê, tê tại chỗ mỗi bên bằng 50ml Lidocain 0,5%, kết hợp adrenalin 1:200000, đồng thời làm phỏng và bóc tách da. Rạch 3 cm hình e- líp trục dài song song theo nếp gấp nách (Hình 1). Tiến hành dùng kéo cong bóc tách lớp da và tổ chức dưới da tạo điều kiện cho vùng da tập trung tuyến mồ hôi đầu tiết di động thuận lợi. Dùng kéo phẫu tích cắt nạo toàn bộ tuyến mồ hôi đầu tiết dưới da vùng lân cận. Tiến hành khâu xóa khoang bằng các mũi rời chỉ Vicryl 4/0 toàn thể ngoài da, không dẫn lưu. Đóng da bằng chỉ Nilon 5/0 mũi dờn toàn thể. Băng ép nhẹ sau mổ 24h bằng băng thun ép. Dùng kháng sinh đường uống. Bệnh nhân xuất viện ngày thứ 2 sau mổ. Chỉ khâu đã được gỡ bỏ 8 ngày sau phẫu thuật.



Hình 1: Đường mổ cắt một phần da vùng nách và nạo tuyến mồ hôi vùng lân cận

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 52 trường hợp được phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận các kết quả như:

Bảng 1: Phân bố về tuổi

	Nhỏ nhất	Trung bình	Lớn nhất
Tuổi	16	21,3	31

Bảng 2: Phân bố về giới

	52 ca	Tỷ lệ (%)
Nam	10	19,2
Nữ	42	80,8

Bảng 3: biến chứng sau mổ

Biến chứng	52 ca	
	Số ca	Tỷ lệ (%)
Hoại tử da	1	1,9
Tụ dịch	1	1,9
Tổng	2	3,8

Bảng 4: Kết quả sau mổ (sau mổ 6 tháng)

Xếp loại	52 ca	
	Số ca	Tỷ lệ (%)
Tốt	51	98,1
Khá	1	1,9
Kém	0	0

Thời gian mổ trung bình cho cả hai bên là 30 phút. Không có bệnh nhân nào phải dẫn lưu sau mổ. Những trường hợp ổn định, bệnh nhân có thể sinh hoạt bình thường ngay sau mổ, mà không vướng bất cứ trở ngại nào.

Trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp các biến chứng: chảy máu sau mổ, tụ máu, tổn thương mạch máu thần kinh vùng nách. Kháng sinh chống đường uống cho tất cả bệnh nhân.

Bệnh nhân sau mổ có tình trạng đau nhẹ độ 2/10 độ 3/10 (thang điểm đau). Được điều trị bằng thuốc uống Paracetamol 0,5 x 2 viên/ ngày, trong 5 ngày đối với cả 2 phương pháp phẫu thuật. Tổng số 2 bệnh nhân có biến chứng được điều trị bảo tồn, thay băng hàng ngày, ngoại trú tại nhà, tái khám sau 2 tuần, đều có kết quả ổn định tốt. Kết quả sau mổ ở thời điểm 6 tháng bằng phỏng vấn qua điện thoại, hẹn kiểm tra những trường hợp biến chứng.

IV. BÀN LUẬN

Điều trị hôi nách có nhiều phương pháp và kỹ thuật khác nhau. Phẫu thuật điều trị hôi nách được áp dụng rộng rãi ở các nước Châu Á và Việt Nam do tính triệt để của phẫu thuật, chi phí thấp [5]. Phẫu thuật mỡ nạo tuyến mồ hôi đầu tiết điều trị hôi nách được coi là phương pháp điều trị hiệu quả nhất trong một thời gian dài, tuy nhiên, còn nhiều hạn chế về tỉ lệ hài lòng của bệnh nhân, tỉ lệ biến chứng còn cao. Trong nghiên cứu này chúng tôi thực hiện một kỹ thuật sửa đổi kết hợp giữa cắt một phần da và nạo

tuyến mồ hôi đầu tiết dưới da đem lại những kết quả tốt hơn. Thời gian phẫu thuật được rút ngắn, do giảm được thời gian bóc tách và xóa khoang (30 phút). Tỉ lệ khỏi và đạt kết quả tốt cao, 98,2%, so với mổ mỡ nạo tuyến thông thường là 92,3% [3],[6], kết quả tương đương với các phẫu thuật đường mổ nhỏ kết hợp laser hoặc máy hút mỡ nội soi. Kết quả của chúng tôi là khả quan hơn nghiên cứu của Yi- Ming Fan[4] là 95%. Điều này là do cắt một phần da tạo điều kiện bóc lột rộng rãi trường mổ, loại bỏ được nhiều hơn tuyến mồ hôi đầu tiết.

Tỷ lệ biến chứng giảm thấp hơn 3,8% so với Park YJ 7,7%[3] và Wu W H và cộng sự 6,7% [6]. Là do việc cắt vạt da giảm được diện tích khoang trống, quá trình khâu xóa khoang thuận lợi, kiểm soát biến chứng tốt hơn.

Hạn chế của nghiên cứu này là số lượng bệnh nhân chưa nhiều.

V. KẾT LUẬN

Cắt bỏ một phần da vùng nách với nạo tuyến mồ hôi đầu tiết dưới da là kỹ thuật phẫu thuật sửa đổi và cải tiến đem lại hiệu quả cao, an toàn và không tổn kém. Có thể áp dụng rộng rãi trong hệ thống y tế do không cần nhiều trang bị y tế, kỹ thuật gây mê và phẫu thuật đơn giản, an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Trọng Kiêm, Nguyễn Hồng Hải (2016)**, Đánh giá kết quả điều trị hôi nách bằng phẫu thuật tại bệnh viện trung ương quân đội 108, tài liệu chưa xuất bản đã được sự đồng ý của tác giả, Khoa phẫu thuật lồng ngực bệnh viện trung ương quân đội 108.
2. **Skoog T, Thyresson N. Hyperhidrosis of the axillae: a method of surgical treatment.** Acta Chir Scand 1962; 124: 531-538.
3. **Park YJ, Shin MS.** What is the best method for treating osmidrosis? Ann Plast Surg 2001, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11562036>>.
4. **Yi-Ming Fan, MD, Zhi-Hua Wu, MD, Shun-Fan Li, MD, and Qiu-Xia Chen,** Axillary osmidrosis treated by partial removal of the skin and subcutaneous tissue en bloc and apocrine gland subcision. International Journal of Dermatology 2001, 40, 714-716
5. **Shiro Niiyama,** Shinsaku Aiba, Kensei Katsuoaka, Yoshinori Ito, Noriyoshi Sumiya. Treatment of Osmidrosis Using the Ultrasonic Surgical Aspirator, 2006, Medicaljournal, <<http://www.medicaljournals.se/acta/content/?doi=10.2340/00015555-0078&html=1>>.
6. **Wu W-H et al.** Surgical Treatment of Axillary Osmidrosis, Plast Reconstr Surg, 1994, <<http://www.jwatch.org/jd199411010000005/1994/11/01/surgical-treatment-axillary-osmidrosis#sthash.y59XWKud.dpuf>>.
7. **P. C. Weaver M.B,** F.R.C.S., F.R.C.S.Ed. Axillary skin excision as a treatment for axillary hyperhidrosis, Postgraduate Medical Journal (July 1970) 46, 422-424.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT VÀ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG NỖI MÁY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Phạm Văn Bình*, Hồ Sỹ Thuyết**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét chỉ định cắt trực tràng nổi mảy điều trị ung thư trực tràng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt trực tràng nổi mảy điều trị ung thư trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 53 bệnh nhân ung thư trực tràng 2/3 trên được phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng nổi mảy nổi tại bệnh viện Quân Y 103 (14 bệnh nhân) và Bệnh viện K (39 bệnh nhân) từ tháng 12 năm 2014 đến tháng 7 năm 2016. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang không đối chứng, kết hợp hồi cứu và tiền cứu. **Kết quả:** Vị trí khối u cách rìa hậu môn trung bình là $10,5 \pm 3,1$ cm, thấp nhất là 6cm, cao nhất là 15cm. Tỷ lệ pT2, pT3, pT4 lần lượt là 13,2%; 71,7% và 15,1%. Diện cắt dưới ngắn nhất là 2cm, dài nhất là 8cm, trung bình là $4,3 \pm 1,4$ cm. Với u ở giai đoạn T4, diện cắt dưới tối thiểu 3cm. Diện cắt âm tính trong tất cả các trường hợp. Thời gian phẫu thuật trung bình chung là $136,7 \pm 34,5$ phút (mổ mở: $124 \pm 17,2$ phút, nội soi: $171,8 \pm 45,7$ phút). Không có trường hợp nào bị tai biến trong mổ. Biến chứng sớm sau mổ là 11,4%, bao gồm, chảy máu miệng nổi (1,9%), hẹp miệng nổi (3,8%), rối loạn chức năng bàng quang (3,8%), áp xe tồn dư (1,9%). Không có các tai biến khi sử dụng máy nổi. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $10,2 \pm 2,6$ ngày. **Kết luận:** Chỉ định cắt đoạn trực tràng nổi mảy chủ yếu cho bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình – cao. Kỹ thuật trên đảm bảo nguyên tắc ung thư học, an toàn trong điều trị UTTT.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, cắt đoạn trực tràng nổi mảy

SUMMARY

ASSESSMENT OF TECHNICAL CHARACTERISTICS AND SHORT-TERM OUTCOME OF STAPLER IN LOW ANTERIOR RESECTION FOR RECTAL CANCER

Objective: Comments about indications for using circumferential stapler for rectal cancer and evaluation the early results of these patients. **Patient:** 53 patients with upper and middle rectal cancer have been done anterior resection using circumferential stapler at 103 Military medical hospital (14 patients) and National cancer hospital (39 patients) from December 2014 to July 2016. **Methods study:** cross-sectional descriptive study without control, combined retrospective and prospective. **Results:** Average

distance from tumors to anal verge was 10.5 ± 3.1 cm (minimum:6 cm and maximum:15 cm). pT2, pT3, pT4 were 13.2% ; 71.7% and 15.1%, respectively. The average distal margin was 4.3 ± 1.4 cm. With T4 stage, the minimum distal margin was 3 cm. Negative distal margin in all cases. The mean operating time was 136.7 ± 34.5 minutes overall (open surgery: 124 ± 17.2 min, laparoscopic surgery: 171.8 ± 45.7 min). There was no accident during operation. Early postoperative complications was 11.4%, including anastomotic bleeding (1.9%), anastomotic stenosis (3.8%), bladder dysfunction (3.8%) and residual abscess (1.9%). There was no complications when using circumferential stapler. Postoperative hospital stay was 10.2 ± 2.6 days.

Methods: cross-sectional descriptive study.

Conclusion: Using circumferential stapler was suitable for upper and middle rectal cancer. This technique was effective about oncologic outcome and safe

Keywords: rectal cancer, rectal passage connecting cutting machine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những bệnh lý ác tính thường gặp. Theo GLOBOCAN năm 2012, UTĐTT đứng thứ 3 về tỷ lệ mắc mới và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 4 trong các bệnh ung thư thường gặp [7]. Ở Việt Nam, UTĐTT cũng nằm trong nhóm 5 bệnh ung thư thường gặp. Bệnh có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây.

Điều trị UTĐTT dựa trên phối hợp đa mô thức trong đó phẫu thuật có vai trò quan trọng nhất. Các miệng nối đại trực tràng, nhất là các miệng nối thấp thường khó thực hiện và nguy cơ xì, rò miệng nối cao. Rất nhiều các kỹ thuật làm miệng nối đại trực tràng, đại tràng-ống hậu môn khác nhau đã được áp dụng nhằm nâng cao tỉ lệ bảo tồn cơ thắt, mang lại chất lượng cuộc sống cho người bệnh, giảm tỉ lệ xì, rò miệng nối. Với sự phát triển của công nghệ, việc sử dụng máy khâu nối ruột (Stapler CDH) hỗ trợ trong phẫu thuật ung thư trực tràng cho phép rút ngắn thời gian phẫu thuật, ngoài ra nó dễ dàng thực hiện và hiệu quả đối với những bệnh nhân khung chậu hẹp và sâu, tăng cường khả năng bảo tồn cơ tròn hậu môn. Hiện nay, tại Việt Nam có rất ít đề tài đánh giá về chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt trực tràng nổi mảy điều trị ung thư trực tràng. Đó cũng chính là lý do chúng tôi thực hiện đề tài này với 2 mục tiêu sau:

* Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 20.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2017

Ngày duyệt bài: 10.4.2017

1. Nhận xét chỉ định cắt trực tràng nối máy điều trị ung thư trực tràng.

2. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt trực tràng nối máy điều trị ung thư trực tràng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: 53 bệnh nhân ung thư trực tràng 2/3 trên được phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng nối máy nối tại bệnh viện Quân Y 103 (14 bệnh nhân) và Bệnh viện K cơ sở 3 (39 bệnh nhân) từ tháng 12 năm 2014 đến tháng 7 năm 2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- BN được chẩn đoán là UTTT: qua lâm sàng, nội soi trực tràng, kết quả giải phẫu bệnh và cực dưới khối u cách rìa hậu môn ≥ 6 cm.

- BN được phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng và nối đại trực tràng bằng máy.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN được phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng nối máy nhưng kết quả giải phẫu bệnh không phải là UTTT

- BN UTTT được phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng nhưng miệng nối không được thực hiện bằng máy nối.

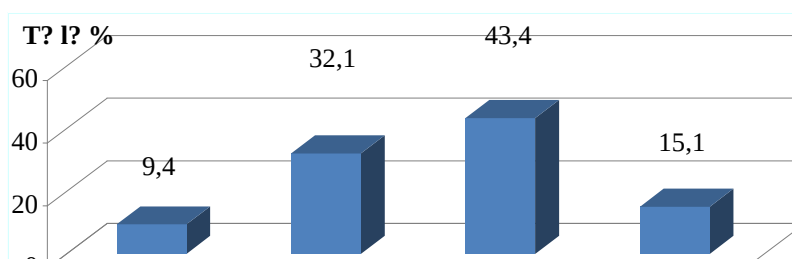
- Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hợp hồi cứu và tiền cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm bệnh nhân và chỉ định

Tuổi và giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Giới: Nam 58,5%, nữ 41,5%

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là $61,75 \pm 8,91$. Hay gặp nhất là tuổi từ 50-70 (chiếm 75,5%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,41.

Bảng 3.1: Khoảng cách từ cực dưới khối u đến rìa hậu môn

Vị trí khối u	Số lượng	Tỷ lệ (%)
6 – 10 cm	34	64,2
11 – 15 cm	19	35,8
Tổng	53	100

Nhận xét: U ở vị trí 1/3 giữa chiếm 64,2%, u ở vị trí 1/3 trên chiếm 35,8%.

Bảng 3.2: Phân chia giai đoạn theo TNM

TNM		Số lượng	Tỷ lệ (%)
T	T2	7	13,2
	T3	38	71,7
	T4	8	15,1
N	N0	35	66
	N1	15	28,3
	N2	3	5,7
M	M0	51	96,2
	M1	2	3,8

Nhận xét: Số bệnh nhân có khối u xâm lấn T3 chiếm tỷ lệ cao nhất 71,7%. Tuy nhiên số bệnh nhân có khối u di căn hạch chỉ chiếm tỷ lệ 34%, có 2 BN di căn xa chiếm 3,8% và đều di căn gan.

3.2 Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.3: Cách thức mổ

Cách thức mổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Thời gian mổ
Mổ mở	39	73,6	$124,10 \pm 17,16$
Nội soi	14	26,4	$171,79 \pm 45,68$
Tổng	53	100	$136,70 \pm 34,46$

Nhận xét: Có 14/53 BN được mổ nội soi chiếm 26,4%.

Bảng 3.4: Tai biến trong mổ

Tai biến	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tai biến trong mổ	0	0
Tai biến của việc sử dụng máy cắt, nối	0	0
Chuyển mổ mở (n = 14)	1	7,1
Tổng	53	100

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có tai biến nào xảy ra trong quá trình phẫu thuật, có 1/14 BN phải chuyển mổ mở.

Bảng 3.5: Khoảng cách từ cực dưới u đến diện cắt dưới

Khoảng cách (cm)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
2 – 3 cm	2	3,8
3 – 4 cm	18	34
4 – 5 cm	7	13,2
≥ 5 cm	26	49
Tổng	53	100

Nhận xét: Khoảng cách từ cực dưới u đến diện cắt dưới trung bình là $4,34 \pm 1,44$ cm. Diện cắt dưới u ngắn nhất là 2cm, dài nhất là 8 cm.

Bảng 3.6: Giải phẫu bệnh diện cắt trực tràng

GPB diện cắt	Diện cắt dưới u		Diện cắt trên u	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có tế bào ung thư	0	0	0	0
Không có tế bào ung thư	53	100	53	100

Nhận xét: Tất cả diện cắt trên và dưới u đều không có tế bào ung thư.

Bảng 3.7: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	1	1,9
Xì miệng nối khu trú (không mổ lại)	0	0
Xì miệng nối gây viêm phúc mạc phải mổ lại	0	0
Tắc ruột	0	0
Bí tiểu (phải đặt lại sonde tiểu)	2	3,8
Hẹp miệng nối	2	3,8
Áp xe tồn dư	1	1,9
Không biến chứng	46	88,6
Tổng	53	100

Nhận xét: Có 1 BN bị chảy máu miệng nối chiếm 1,9%, 2 BN bị hẹp miệng nối đều phải nong miệng nối chiếm 3,8%, 2 BN bị bí tiểu sau khi rút sonde tiểu chiếm 3,8%, 1 BN bị áp xe tồn dư chiếm 1,9%.

Bảng 3.8: Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≤ 7 ngày	4	7,5
8 – 10 ngày	32	60,4
≥ 11 ngày	17	32,1
Tổng	53	100

Nhận xét: Thời gian nằm viện sau mổ chủ yếu từ 8 – 10 ngày (chiếm 60,4%). Trung bình là $10,17 \pm 2,64$ ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 19 ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Bàn luận về đặc điểm bệnh nhân và chỉ định

Tuổi và giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 53 bệnh nhân có tuổi trung bình là 61,75. Kết quả này cũng tương đương với các tác giả Nguyễn Hoàng Bắc [1] là 60 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất của chúng tôi là từ 50 – 59 tuổi (35%) và ≥

60 tuổi (56,2%). Theo Trần Tuấn Thành nhóm tuổi gặp nhiều nhất từ 50 – 70 tuổi [1]. Chất lượng cuộc sống được các bệnh nhân rất quan tâm mặc dù đã trên 50 tuổi, do vậy, phẫu thuật giữ lại chức năng đại tiện cho bệnh nhân có vai trò quan trọng.

Về giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ là 1,41 phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước. Theo Trần Tuấn Thành [1] tỷ lệ này là

1,36. Đối với phẫu thuật trực tràng do ung thư, vì khung chậu của nam giới hẹp hơn nữ, đặc biệt là những trường hợp kích thước u lớn, chiếm toàn bộ vùng tiểu khung, hơn nữa ống hậu môn phẫu thuật ở nam giới thường dài hơn ở nữ giới và tiền liệt tuyến to cũng là lý do khiến phẫu thuật ở nam giới khó khăn hơn, nguy cơ xì rò miệng nối sau mổ cao hơn vì vậy phẫu thuật sử dụng máy cắt nối trong những trường hợp này là hết sức cần thiết.

Vị trí u: Vị trí khối u so với rìa hậu môn là một tiêu chí quan trọng trong chỉ định phương pháp phẫu thuật đối với UTTT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 34 trường hợp u ở trực tràng giữa (64,2%) và 19 ở trực tràng cao (35,8%).

Phân chia giai đoạn: Phân loại giai đoạn bệnh theo TNM của AJCC có vai trò quan trọng trong đánh giá, tiên lượng và định hướng điều trị. Trong 53 trường hợp UTTT được nghiên cứu, số BN có khối u xâm lấn T3 chiếm tỷ lệ cao nhất 71,7%, khối u xâm lấn T4 chiếm tỷ lệ 15,1%, T2 chiếm 13,2%. Di căn hạch là một yếu tố quan trọng nhất sau phẫu thuật triệt căn UTTT. Trong nghiên cứu này chúng tôi có tỷ lệ di căn hạch là 34%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiếu [2] là 36,1%.

4.2 Bàn luận về kết quả phẫu thuật

Phương pháp và cách thức mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian phẫu thuật trung bình là $136,7 \pm 34,5$ phút, theo Mai Đức Hùng là $204,2 \pm 62,2$ phút [2], theo Nguyễn Hoàng Bắc là $158,9 \pm 44$ phút [1], theo Kawahara và cộng sự là 200 phút [4]. Như vậy thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác, điều này được giải thích bởi trong 53 BN nghiên cứu chúng tôi có 39 BN mổ mở, sử dụng cả máy cắt và máy nối nên đã giảm thời gian phẫu thuật tối đa. Thời gian phẫu thuật ngắn giúp tránh những tai biến của gây mê hồi sức, giảm chi phí cho người bệnh và sức khỏe của phẫu thuật viên.

Tai biến trong mổ.

Tai biến do sử dụng máy cắt nối: Trong quá trình thực hiện, chúng tôi không gặp những trường hợp kẹt máy, chảy máu diện cắt, cắt không hết tổ chức trực tràng, rách ruột.

Tai biến sau khi thực hiện miệng nối: Trong tổng số 53 bệnh nhân, chúng tôi không gặp trường hợp này miệng nối đóng không kín, có 1 bệnh nhân chảy máu miệng nối tuy nhiên số lượng ít.

Tai biến do phẫu thuật: Một số tai biến có thể gặp như cắt vào niệu quản, tổn thương đáy bàng quang, tổn thương thành sau âm đạo khi phẫu tích mặt trước trực tràng, tổn thương thần kinh tiết niệu sinh dục và đám rối tĩnh mạch trước xương cùng khi phẫu tích mặt sau trực tràng.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi các BN được chọn là những bệnh nhân có u ở vị trí 2/3 trên nên quá trình phẫu tích nhiều có thuận lợi hơn, vì thế chúng tôi không gặp tai biến nào.

Diện cắt trực tràng: Theo Lê Văn Quang và cộng sự thì khoảng cách 2 cm dưới u là diện cắt an toàn không còn tế bào ung thư [2], khoảng cách từ diện cắt dưới đến cực dưới u của chúng tôi trung bình là 4,3 cm. Kết quả này gần giống với các nghiên cứu khác như của Morino [6] là 3,4cm, theo Nguyễn Hoàng Bắc [1] là 4,2 cm. Trong nghiên cứu này khoảng cách ngắn nhất từ cực dưới đến diện cắt là 2cm và kết quả diện cắt đều không có ung thư xâm lấn, đã thể hiện được tính triệt căn của phẫu thuật, đáp ứng được yêu cầu về mặt ung thư học, điều này là phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Văn Quang [2].

Biến chứng sớm sau mổ

Chảy máu: Chảy máu miệng nối thường xảy ra trong 2 tình huống sau: Chảy máu nặng phải mổ lại để cầm máu, nguyên nhân chủ yếu do mạch máu của mạc treo bị cuộn vào miệng nối và ghim của máy không đủ để cầm máu. Chảy máu nhẹ từ niêm mạc miệng nối, những trường hợp này có thể tự cầm máu hoặc có thể điều trị bảo tồn bằng bơm rửa liên tục nước ấm qua hậu môn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 1 trường hợp bị chảy máu miệng nối (chiếm 1,9%), sau khi chúng tôi bơm rửa bằng huyết thanh ấm thì bệnh nhân ổn định, hết chảy máu. Một số nghiên cứu khác cũng có gặp chảy máu miệng nối tuy nhiên với tỷ lệ thấp: Theo Nguyễn Hoàng Bắc tỷ lệ này là 2,2% [1].

Rò miệng nối: Các tác giả khác ghi nhận tỷ lệ rò miệng nối là rõ ràng, theo Nguyễn Minh Hải tỷ lệ rò miệng nối là 5% [1], theo Mai Đức Hùng là 4,8% [2]. Còn theo Eriksen M. T [3], thì tỷ lệ xì rò miệng nối là 11,6% và tỷ lệ này cao hơn đáng kể ở nam giới, ở những bệnh nhân xạ trị tiền phẫu và trong những miệng nối ở vị trí < 6 cm. Tác giả cho rằng đây chính là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong sau mổ, phân tích nguyên nhân xì rò, các tác giả cho rằng tỷ lệ này do các yếu tố sau: (1) vị trí miệng nối thấp, (2) thiếu máu nuôi dưỡng từ đầu đại tràng đưa xuống, (3) thiếu máu nuôi dưỡng mồm trực tràng, (4) kỹ thuật khâu nối không đảm bảo, miệng nối bị căng, (5) BN qua xạ trị tiền phẫu làm cho đại trực tràng bị phù nề, gây thiếu máu nuôi dưỡng. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào bị xì rò miệng nối, có lẽ do số lượng BN nghiên cứu ít hơn và chúng tôi chỉ chọn những bệnh nhân có u ở vị trí 2/3 trên.

Hẹp miệng nối: Dựa trên 7 nghiên cứu với 1042 bệnh nhân, so sánh nối máy và nối tay trong ung thư trực tràng. Kết quả cho thấy tỷ lệ bị hẹp miệng

nổi ở trong nhóm nổi tay là 8%, trong nổi máy là 2% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 2 trường hợp bị hẹp miệng nổi (chiếm 3,8%), thấp hơn so với các nghiên cứu của các tác giả, điều này cũng phù hợp vì số lượng mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn, cả 2 trường hợp của chúng tôi bị hẹp, sau khi nong miệng nổi đều ổn định.

Rối loạn chức năng bàng quang sau mổ: Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 2 BN bị rối loạn chức năng bàng quang sau mổ chiếm 3,8%, theo Phạm Văn Bình [2] khi nghiên cứu 90 BN UTĐT được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng tại bệnh viện K từ tháng 6 năm 2008 đến tháng 12 năm 2010, kết quả cho thấy tỷ lệ bị rối loạn chức năng bàng quang sau mổ là 3,3%, theo Mai Đức Hùng là 5,1% [2], còn theo tác giả Park Kwang-Kuk [4] thì tỷ lệ này là 2,2%. Như vậy kết quả của chúng tôi tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước.

Thời gian nằm viện sau mổ: Theo kết quả nghiên cứu, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 10,17 ngày, trong đó ít nhất là 6 ngày, nhiều nhất là 19 ngày (đây là trường hợp bị hẹp miệng nổi sau mổ). Theo Mai Đức Hùng là 8,25 ngày [2], theo Morino M là 16,6 ngày trong đó có 1 bệnh nhân nằm viện tới 31 ngày do nhiễm trùng vết mổ [6], theo Park Kwang-Kuk là 11,84 ngày [7]. Như vậy kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.

V. KẾT LUẬN

Chỉ định cắt đoạn trực tràng nổi máy phù hợp với bệnh nhân UTĐT trung bình – cao. Kỹ thuật

trên đảm bảo nguyên tắc ung thư học, an toàn trong điều trị UTĐT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh, Nguyễn Quốc Thái (2010)**, "Tai biến và biến chứng phẫu thuật nội soi cắt nổi máy điều trị ung thư trực tràng", Y học T.P. Hồ Chí Minh. 14(1), tr. 119-123.
2. **Phạm Văn Bình, Nguyễn Văn Xuyên (2011)**, "Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng trong ung thư trực tràng thấp: Kinh nghiệm qua 90 trường hợp", Tạp chí Y - Dược học Quân sự. Chuyên đề ngoại bụng, tr. 91-95.
3. **Eriksen M. T., Wibe A., Norstein J., Haffner J., Wiig J. N. (2005)**, "Anastomotic leakage following routine mesorectal excision for rectal cancer in a national cohort of patients", Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. 7(1), pp. 51-7.
4. **Kawahara H., Watanabe K., Ushigome T. và CS (2010)**, "Retrograde single stapling technique for laparoscopic ultralow anterior resection", Digestive surgery. 27(4), pp. 261-264.
5. **Lustosa S. A., Matos D., Atallah A. N., Castro A. A. (2002)**, "Stapled versus handsewn methods for colorectal anastomosis surgery: a systematic review of randomized controlled trials", Sao Paulo medical journal. 120(5), pp. 132-1326.
6. **Morino M., Parini U., Giraudo G. và CS (2003)**, "Laparoscopic total mesorectal excision: a consecutive series of 100 patients", Annals of surgery. 237(3), pp. 335-342.
7. **Park K. K., Lee S. H., Baek S. U., Ahn B. K. (2014)**, "Laparoscopic resection for middle and low rectal cancer", Journal of minimal access surgery. 10(2), pp. 68-71.

GÁNH NẶNG LAO ĐỘNG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ MỘT BỆNH VIỆN TUYẾN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thu Hà*, Tạ Tuyết Bình*, Nguyễn Đức Sơn*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm tìm hiểu gánh nặng lao động của nhân viên y tế (NVYT) tại một bệnh viện tuyến trung ương. 340 bác sĩ, y tá, hộ lý có tuổi đời trung bình 38±10 tuổi và tuổi nghề trung bình 15±12 năm đã tham gia nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Môi trường lao động của NVYT tại hầu hết các khoa đều nằm trong giới hạn cho phép trừ tại

một số vị trí đo có tiếng ồn, nồng độ CO₂, axit acetic, formon, vượt quá tiêu chuẩn cho phép (TTCP). Cường độ làm việc cao, thời gian làm việc kéo dài, phải trực đêm, trách nhiệm công việc lớn... là các yếu tố đặc thù nghề nghiệp của NVYT. Đánh giá trạng thái chức năng hệ tim mạch của bằng chỉ số toán học nhịp tim cho thấy NVYT có mức căng thẳng cao, khả năng thích nghi kém với độ lệch chuẩn thấp (0,037±0,014), chỉ số căng thẳng cao (243). Nghiên cứu chức năng hệ thần kinh trung ương cho thấy thời gian phản xạ thính-thị vận động của NVYT kéo dài ở mức trên trung bình (mức 3/7); tần số nhấp nháy ánh sáng tối hạn là 37±3,5 (mức 3/7); điểm trí nhớ hình trung bình là 3,5±1. NVYT có điểm tự kiểm định stress cao. Các tác giả khuyến nghị cần có biện pháp làm giảm gánh nặng lao động ở NVYT.

Từ khóa: Nhân viên y tế, gánh nặng lao động

**Viện Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hà
Email: thuahyld@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017
Ngày duyệt bài: 10.4.2017

SUMMARY**STUDY ON WORK LOAD AMONG HEALTH CARE WORKER IN ONE CENTRAL HOSPITAL**

This study was carried out to study on work load among health care worker in one central hospital. 340 health care workers, average aged 36 ± 8 , with 13 ± 9 working years took part in this study. The result showed that: health care worker's working environment was below the allowable limit value except for some places having noise lever, CO_2 lever, acid acetic, fomaldehyde exceeded the allowable limit value. A high intensity of work, a working long time, a night duty, a high responsibility... among health care worker was related occupational factors. Study on the function of the cardiovascular system by the heart rhythm mathematic statistical indices showed that health care worker has high strain lever with stand deviation = 0.037 ± 0.014 , high strain index(243). Study on the function of the central nervous system showed that: simple reaction time was longer than normal (3/7 lever), critical flicker-fusion frequency of eye was 37 ± 3.5 (3/7 lever), memory test score was 3.5 ± 1 . Stress assessment score among health worker was high. The author recommended that it is necessary to reduce work load among health care worker.

Keyword: Health care worker, workload

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao động NVYT là dạng lao động đặc thù, mỗi chuyên khoa có một đặc điểm riêng biệt về điều kiện lao động, nhiều chuyên khoa phải tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ trong môi trường lao động như: hóa chất, phóng xạ, máu, bệnh phẩm... gây ảnh hưởng xấu đến sức khỏe NVYT và nguy cơ lây nhiễm cao. Tuy chức trách của bác sĩ, y tá, hộ lý trong bệnh viện là khác nhau nhưng họ có chung một đặc điểm là có cường độ lao động rất cao (đặc biệt ở các bệnh viện tuyến trung ương như bệnh viện Bạch Mai...), trách nhiệm công việc lớn, thời gian làm việc kéo dài... Ngoài ra, các bác sĩ, y tá còn phải trực đêm. Nhiều nghiên cứu cũng đã chỉ ra ca kíp làm ảnh hưởng rõ rệt đến sự phát triển rối loạn hệ tim mạch, hệ thần kinh và bệnh dạ dày tá tràng [3], Salerno Silvana [4]. Chính vì vậy, nghiên cứu đánh giá gánh nặng lao động của NVYT để làm cơ sở cho các nghiên cứu can thiệp sau này nhằm làm giảm các yếu tố nghề nghiệp gây stress ở NVYT là việc làm cần thiết. Mục tiêu nghiên cứu:

- Đánh giá điều kiện lao động của NVYT tại một bệnh viện tuyến trung ương

- Đánh giá trạng thái chức năng hệ tim mạch và hệ thần kinh trung ương của NVYT bằng một số chỉ tiêu tâm sinh lý.

Bảng 1. Kết quả đo các yếu tố môi trường**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 340 bác sĩ, y tá, hộ lý thuộc một bệnh viện tuyến TW.

2. Phương pháp nghiên cứu

*Nghiên cứu cắt ngang mô tả

*Các phương pháp được thực hiện theo thường quy kỹ thuật Viện Y học lao động và Vệ sinh môi trường.

2.1. Đánh giá điều kiện lao động

- Đo các yếu tố môi trường lao động:

+ Đo vi khí hậu bằng máy: Model 37000-50 hãng Cole-Parmer của Mỹ.

+ Đo tiếng ồn bằng máy: NA-24 hãng RION của Nhật.

+ Đo bức xạ ion hoá bằng máy: Inspector của Mỹ

+ Đo hơi khí độc, các chỉ tiêu vi sinh

- Đánh giá gánh nặng lao động bằng phương pháp quan sát, phỏng vấn và bấm thời gian lao động

2.2. Đánh giá trạng thái chức năng hệ tim mạch và hệ thần kinh trung ương bằng một số chỉ tiêu tâm sinh lý:

- Đo và đánh giá biến thiên nhịp tim theo phương pháp Baevski (qua ghi 100 khoảng RR)

Trạng thái chức năng cơ thể và các chỉ số thống kê toán học nhịp tim được chia thành 4 mức thích nghi.

- Đo và đánh giá thời gian phản xạ thính-thị vận động

+ Đo 10 lần, tính giá trị trung bình

+ Thời gian phản xạ thính-thị vận động được chia thành 7 mức: Rất nhanh, nhanh, trên trung bình, trung bình, dưới trung bình, chậm và rất chậm.

- Đo và đánh giá tần số nhấp nháy ánh sáng tới hạn (CFF)

+ Đo 3 lần, tính giá trị trung bình

+ Tần số nhấp nháy ánh sáng tới hạn được chia thành 7 mức: rất cao, cao, trên trung bình, trung bình, dưới trung bình, thấp và rất thấp

- Đo và đánh giá thử nghiệm trí nhớ hình: Được chia thành 7 mức: Rất tốt, tốt, trên trung bình, trung bình, dưới trung bình, kém, rất kém

- Điều tra bằng bảng câu hỏi về: Mức điểm stress được chia thành 3 mức: thấp, trung bình và cao

+ Điều tra một số yếu tố stress nghề nghiệp

***Xử lý số liệu bằng** chương trình EPIINFO 6.04, SPSS và phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**1. Điều kiện lao động của NVYT****1.1 Môi trường lao động**

TT	Yếu tố	Tổng số mẫu đo	% số mẫu đạt TCVSCP
1	Vi khí hậu		
	- Nhiệt độ (°C)	92	100
	- Độ ẩm (%)	92	100
	- Tốc độ gió (m/s)	92	100
2	Tiếng ồn (dBA)	90	82
3	Ánh sáng (Lux)	85	74
4	Bức xạ ion hóa (liều suất $\mu\text{Sv/h}$)	78	92
5	Hơi khí độc (CO , CO_2)	131	75
6	Vĩ sinh vật	60	65

Kết quả đo môi trường lao động của NVYT thuộc bệnh viện cho thấy:

- Vi khí hậu (nhiệt độ, độ ẩm, tốc độ gió) tại các vị trí đo nằm trong TCCP
- Tiếng ồn vượt TCCP tại 1 số vị trí thuộc:
 - + Khoa khám bệnh, khoa nhi... (nơi chờ của bệnh nhân, nơi tiếp đón bệnh nhân, nơi thanh toán viện phí, phòng lấy bệnh phẩm)
 - + Khoa giải phẫu bệnh (hành lang, hai phòng lạnh (đề xác))
 - + Khoa chống độc (vị trí máy hấp)
 - Nồng độ CO_2 vượt TCCP tại các vị trí:
 - + Phòng hành chính-khoa nhi (cao gấp 1,2 lần)
 - + Buồng bệnh-khoa điều trị tích cực (ở ngưỡng giới hạn cho phép)
 - Phòng xử lý bệnh phẩm và phòng đại thể có nồng độ axit acetic, fomicol vượt quá giới hạn cho phép từ 1,09 đến 1,27 lần.
 - + Tổng số vi khuẩn hiếu khí thuộc loại không khí sạch, cầu khuẩn tan máu thuộc loại không khí sạch theo phân loại của Safir đối với không khí trong nhà về mùa đông.
 - + Tổng số nấm thuộc loại không khí bẩn theo phân loại của Romanovici.

+ Ngoài trời

*Tổng số vi khuẩn hiếu khí thuộc loại bẩn theo phân loại của Ginoscova

*Tổng số nấm thuộc loại không khí bẩn theo phân loại của Romanovici.

Nhìn chung môi trường làm việc ở các khoa đều nằm trong TCCP, một số nơi có tiếng ồn, vượt TCCP do nguồn ồn từ bệnh nhân hoặc từ các máy móc; nồng độ CO_2 , hơi khí độc vượt quá TCCP là do tính chất đòi hỏi của công việc tại một số vị trí đặc biệt.

1.2. Các yếu tố đặc thù nghề nghiệp của NVYT

- Lao động của NVYT là dạng lao động bao gồm cả gánh nặng lao động thể lực và gánh nặng lao động trí óc, giải quyết công việc có những tình huống phức tạp.

- NVYT có gánh nặng cảm xúc khá cao, trách nhiệm cao với công việc vì có thể ảnh hưởng tới tính mạng con người.

- Trên 80% thời gian lao động của NVYT phải làm việc một cách liên tục; cường độ làm việc cao.

- NVYT phải trực đêm, lao động ca kíp, thời gian làm việc kéo dài.

2. Đánh giá trạng thái chức năng hệ tim mạch và hệ thần kinh trung ương của NVYT bằng một số chỉ tiêu tâm sinh lý

Bảng 2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo chức danh nghề

	Số đối tượng nghiên cứu	Giới		Tuổi	Thâm niên (năm)
		Nam	Nữ		
Bác sĩ	55	25	30	42 ± 10	16 ± 11
Y tá	244	33	211	38 ± 11	15 ± 12
Hộ lý	41	1	40	37 ± 8	13 ± 8
Tổng số	340	59	281	$38 \pm 10,5$	15 ± 12

Nghiên cứu được tiến hành trên 340 bác sĩ, y tá, hộ lý (17,4% là nam; 82,6% là nữ) với tuổi đời trung bình $38 \pm 10,5$ tuổi và tuổi nghề trung bình là 15 ± 12 năm

Bảng 3. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo khoa

Khoa	Số đối tượng nghiên cứu	Giới (%)		Tuổi	Thâm niên (năm)
		Nam	Nữ		
1. Khám, cấp cứu	44	15,9	84,1	31 ± 8	8 ± 8
2. Ngoại, sản	35	11,4	88,6	41 ± 9	18 ± 10
3. Nội	117	12,1	87,9	38 ± 11	14 ± 12
4. Cận lâm sàng	72	36,1	63,9	40 ± 10	16 ± 10
5. Phục hồi chức năng, lão khoa	26	13,5	86,5	41 ± 9	17 ± 10
6. Khác	46	17,4	82,6	38 ± 11	15 ± 12

Sự phân bố NVYT theo khoa được thể hiện ở bảng 3

Bảng 4. Trạng thái chức năng hệ tim mạch và hệ thần kinh trung ương của NVYT theo chức danh nghề

	Bác sĩ	Y tá	Hộ lý	Chung	p
Tần số nhịp tim (nhịp/phút)	81±12	83±10	82±10	82±11	>0,05
Độ lệch chuẩn	0,034±0,013	0,038±0,014	0,039±0,019	0,037±0,014	>0,05
Chỉ số căng thẳng	301±275	235±230	232±153	243±224	>0,05
Tần số nhấp nháy ánh sáng tối hạn (Hz)	37±3,1	37±3,8	37±2,3	37±3,5	>0,05
TGFX thị vận động (ms)	186±18	190±26	199±31	190±25	<0,05
TGFX thính vận động (ms)	168±12	170±11	176±18	170±12	<0,02
Điểm trí nhớ hình	3,6±1,2	3,5±1,0	3,1±0,9	3,4±1,2	<0,05

Đánh giá trạng thái chức năng hệ tim mạch bằng chỉ số thống kê toán học nhịp tim cũng đã được nhiều nghiên cứu đề cập tới. Kovaleva, 1975[1] nghiên cứu chức năng hệ tim mạch ở những người lao động trí tuệ thấy có sự khác biệt đáng kể có ý nghĩa của các chỉ số nhịp tim (độ lệch chuẩn) và vào giai đoạn phải căng thẳng chỉ số này giảm rõ rệt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, NVYT có mức căng thẳng hệ tim mạch cao, khả năng thích nghi kém với độ lệch chuẩn thấp (0,037±0,014), chỉ số căng thẳng cao (243). Tuy tần số nhịp tim ở các nhóm NVYT khác nhau là

như nhau nhưng hệ tim mạch của nhóm bác sĩ có biểu hiện căng thẳng nhất (độ lệch chuẩn thấp nhất và chỉ số căng thẳng cao nhất), tiếp đó là nhóm y tá và cuối cùng là nhóm hộ lý, tuy nhiên có thể do số đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chưa nhiều nên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Trong đó, thời gian phản xạ thính-thị vận động ở nhóm hộ lý kéo dài nhất, tiếp đó đến nhóm y tá và cuối cùng là nhóm bác sĩ; điểm test trí nhớ hình thì ngược lại, ở nhóm bác sĩ có điểm tốt hơn so với nhóm y tá và hộ lý. Sự khác biệt này có lẽ do ảnh hưởng của sự khác nhau về trình độ văn hóa ở các nhóm nghề này.

Bảng 5. Trạng thái chức năng hệ tim mạch và hệ thần kinh trung ương của NVYT theo khoa

	Khám, cấp cứu	Ngoại, sản	Nội	Cận lâm sàng	PHCN, lão khoa	p
Tần số nhịp tim (nhịp/phút)	85±11	82±12	82±10	83±12	84±11	>0,05
Độ lệch chuẩn	0,039±0,016	0,036±0,011	0,036±0,012	0,034±0,012	0,040±0,021	>0,05
Chỉ số căng thẳng	236±195	318±433	224±151	293±259	220±151	>0,05
Tần số nhấp nháy ánh sáng tối hạn (Hz)	37±2,0	36±3,8	37±4,7	37±2,7	37±2,7	>0,05
TGFX thị vận động (ms)	182±15	197±43	189±18	191±29	191±28	>0,05
TGFX thính vận động (ms)	166±10	177±10	170±10	171±17	171±17	>0,05
Điểm trí nhớ hình	3,7±1,1	3,2±0,8	3,4±1,1	3,2±1,2	3,4±1,1	>0,05

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự khác biệt đáng kể về trạng thái chức năng hệ thần kinh trung ương và hệ tim mạch của các NVYT ở các khoa khác nhau.

Bảng 6. Điểm tự kiểm định stress của NVYT

	Stress		Mức điểm stress (%)			So sánh
	n	%	Thấp	TB	Cao	
1. Theo nhóm nghề (n=331)	152	46,0	54,1	37,2	8,8	Mức điểm stress cao: p (I,II) <0,05 p (I,III) >0,05 p (II,III) >0,05
- Bác sĩ (I)	26	44,1	55,9	27,2	16,9	
- Y tá (II)	113	47,0	53,0	39,8	7,2	
- Hộ lý (III)	15	37,2	58,3	31,6	5,6	
2. Theo khoa						Có biểu hiện stress: p < 0,05
- Khám, cấp cứu	23	52,3	47,7	38,6	13,6	
- Ngoại, sản	12	34,3	65,7	31,4	2,9	
- Nội	34	29,0	71,0	23,0	6,0	
- Cận lâm sàng	34	47,2	52,8	38,9	8,3	
- Phục hồi chức năng, lão khoa	8	30,8	69,2	26,9	3,9	

Trong số 340 NVYT tham gia nghiên cứu có 331 đối tượng đạt tiêu chuẩn để đánh giá điểm tự kiểm định stress (chiếm 97,4%). 46% NVYT có biểu hiện stress. Trong số đó, nhóm bác sĩ có

mức điểm stress ở mức cao là cao nhất (16,9%), cao hơn hẳn so với nhóm y tá và hộ lý. Phân tích theo khoa thấy: 52,3% NVYT khoa khám bệnh và khoa cấp cứu có biểu hiện stress, tỷ lệ này ở NVYT khoa cận lâm sàng là 47,2%; khoa ngoại, sản là 34,3%; khoa phục hồi chức năng, lão khoa là 30,8%; khoa nội là 29%. Sự khác biệt này giữa các khoa là có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Theo nghiên cứu của David Koh và cộng sự, 1998 [2] cho rằng: các y tá làm việc tại khoa hồi sức cấp cứu có mức độ stress cao nhất, các y tá khoa ngoại, phòng khám, khoa bệnh nhân ngoại trú có điểm đánh giá và tự cảm nhận stress ở các mức độ thấp hơn.

IV. KẾT LUẬN

1. Môi trường lao động của NVYT tại hầu hết các khoa đều nằm trong giới hạn cho phép trừ tại 1 số vị trí đo có tiếng ồn, nồng độ CO₂, axit acetic, fomcon, vượt quá tiêu chuẩn cho phép (TTCP). Cường độ làm việc cao, thời gian làm việc kéo dài, phải trực đêm, trách nhiệm công việc lớn... là các yếu tố đặc thù nghề nghiệp của NVYT.

2. Đánh giá trạng thái chức năng hệ tim mạch của bằng chỉ số toán học nhịp tim cho thấy NVYT có mức căng thẳng cao, khả năng thích nghi kém với độ lệch chuẩn thấp ($0,037 \pm 0,014$), chỉ số căng thẳng cao (243). Nghiên cứu chức năng hệ thần kinh trung ương cho thấy thời gian phản

xạ thính-thị vận động của NVYT kéo dài ở mức trên trung bình (mức 3/7); tần số nháy mắt tới hạn của mắt là $37 \pm 3,5$ (mức 3/7); điểm trí nhớ hình trung bình là $3,5 \pm 1$. NVYT có điểm tự kiểm định stress cao.

KHUYẾN NGHỊ

- Cải thiện tốt hơn môi trường lao động
- Giảm sự quá tải trong công việc (tăng cường nhân lực, tổ chức lao động hợp lý hơn...) cho NVYT.
- Sử dụng hợp lý các biện pháp phòng hộ cá nhân trong quá trình làm việc

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thanh Hà (1998)**, Nghiên cứu dự báo khả năng lao động của bộ đội tiêu binh. *Luận án thạc sĩ y khoa*, trường đại học Y hà nội
2. **David Koh et al (1998)**, Salivary IgA as abiomarker of stress a study in nursing staff. Abstract-*The 3rd National Scientific Conference on Occupational Health*. Printed in Viet nam, p.140
3. **Knauth Peter (1998)**, Hours of work. *Encyclopaedia of Occupational health and Safety-4th edition* (1998) Published by the International Labour Office (ILO)
4. **Salerno Silvana et al (1993)**, Application of the method of organizational congruences to assess to work stress among hospital nurses in two different countries. *24th congress of the international commission on occupational health*. Abstracts. Nice, p. 379

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NHÀ BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN MẮT

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT

Qua nghiên cứu khảo sát sự hài lòng của 468 bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân đến điều trị nội trú tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng: Tỷ lệ bệnh nhân nằm điều trị nội trú có độ tuổi > 45 chiếm 58,55%, tuổi 36 – 45 chiếm 23,50% và tuổi 18-35 chiếm 17,95%. Về việc phổ biến thông tin của điều dưỡng khi vào viện có 9,83% chưa hài lòng nhưng cách giải thích của bác sĩ điều trị thì hài lòng 100%. Nhân viên y tế giải thích chế độ ăn đạt sự hài lòng 100%. Việc công khai thuốc điều trị cũng đạt 100%. Hài lòng 100% về lời nói cử chỉ của nhân viên y tế. Sự tận tình cũng đạt được hài

lòng 100%. Cần thường xuyên giáo dục nâng cao ý thức, kỹ năng giao tiếp, kỹ năng chăm sóc cho nhân viên y tế, tăng cường nhân lực vào các khoa trọng điểm, đẩy mạnh công tác kiểm tra giám sát, cải cách thủ tục hành chính, nâng cấp cơ sở hạ tầng để tăng mức độ hài lòng của bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân khi đến điều trị nội trú tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

Từ khóa: Sự hài lòng của bệnh nhân

SUMMARY

THE SURVEY OF PATIENT SATISFACTION AND THEIR RELATIVES DURING THE IN-HOSPITALIZING TIME AT THE DANANG EYE HOSPITAL

Through survey on satisfaction of the 468 in-patients and their relatives who managed at the Danang Eye Hospital: The rate of in-patients aged > 45 were 58.55%, the group of age 36 to 45 were 23.50% and 18 to 35 were 17.95%. Regarding to announcing the hospital information by nurses at the

*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

hospitalizing day took 9.83% unsatisfied but the way to explain by treatment doctors took 100% satisfied. The medical staff made the consultation took 100% satisfied. Regarding to medicine prescription were 100% satisfied. There were 100% interviewees satisfied on the attitude, speech of the staff. The enthusiasm of the staff still attained 100% satisfied. It is necessary to regularly strengthen ethics education, communication skills for health workers, strengthening human resources in main departments, promote monitoring, administrative reform and upgrade the infrastructure to increase the level of satisfaction of patients and relatives of patients to inpatient care and treatment at the Danang Eye hospital.

Keyword: Patient satisfaction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay nhu cầu chăm sóc sức khỏe của cộng đồng ngày càng cao hơn. Vì vậy nội dung tư vấn về phòng bệnh và chữa bệnh kịp thời hướng tới những dịch vụ khám chữa bệnh hiện đại và an toàn nhất [2],[3].

Theo Tổ chức y tế thế giới, chất lượng dịch vụ y tế tác động đến sự hài lòng của bệnh nhân và ngược lại sự hài lòng của bệnh nhân phản ánh hiệu quả của dịch vụ do bệnh viện cung cấp [5]. Ngoài chất lượng dịch vụ ra còn có yếu tố vô cùng quan trọng song hành đó là phong cách và thái độ phục vụ của nhân viên y tế nhằm hướng tới sự hài lòng của bệnh nhân [4].

Hàng năm, khi tiến hành kiểm tra bệnh viện, Bộ Y tế cũng xác định tiêu chí khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân điều trị nội trú làm cơ sở giúp bệnh viện cải tiến phương thức phục vụ và nâng cao chất lượng khám chữa bệnh [1].

Nhằm có cơ sở khoa học, căn cứ để tập thể cán bộ công chức viên chức Bệnh viện cải tiến phong cách phục vụ và nâng cao chất lượng khám chữa bệnh chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu này nhằm:

- 1- *Lượng giá sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Mắt.*
- 2- *Đề xuất các giải pháp nhằm cải tiến sự hài lòng của người bệnh, người nhà người bệnh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ 01/03/2013 đến 30/08/2013.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân điều trị nội trú ≥ 18 tuổi có khả năng nghe hiểu trả lời được các câu hỏi của điều tra viên.

- Đối với bệnh nhân nặng, già hoặc nhỏ tuổi sẽ khảo sát người nhà bệnh nhân ≥ 18 tuổi.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân, người nhà bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- + Mô tả cắt ngang.
- + Công cụ: Bộ câu hỏi được thiết kế sẵn bảo đảm tính giá trị và độ tin cậy cao.
- + Cỡ mẫu: Ước tính trong 6 tháng nghiên cứu có khoảng 4000 bệnh nhân ra viện. Khảo sát ít nhất 10% bệnh nhân nội trú và người nhà bệnh nhân tại 6 khoa lâm sàng BV Mắt Đà Nẵng [1].
- + Lấy mẫu ngẫu nhiên hệ thống cho đủ >400 người.
- + Phương pháp thu thập dữ liệu: Phiếu điều tra và phỏng vấn lúc ra viện.
- + Phân tích kết quả số liệu: xử lý bằng phần mềm Excel.

Sự hài lòng của bệnh nhân, người nhà bệnh nhân chia làm 3 mức độ: Rất hài lòng, hài lòng, chưa hài lòng. Kết quả của sự hài lòng chung là tổng trung bình của 9 nội dung trong bộ câu hỏi.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 3/2013 đến tháng 8/2013 chúng tôi đã khảo sát ngẫu nhiên sự hài lòng của 468 người bệnh và người nhà và kết quả sau:

3.1. Đặc điểm chung:

3.1.1. Tuổi và giới người được phỏng vấn

- Tuổi > 45 chiếm 58,55%; tuổi 36 – 45 chiếm 23,50% và tuổi 18-35 chiếm 17,95%.
- Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam, trong đó nữ 64,96%; nam 35,04%.

3.1.2. Phân bố về nghề nghiệp

- Cán bộ công chức viên chức: 44 người (9,40%)
- Kinh doanh buôn bán: 330 người (70,51%)
- Lao động phổ thông: 30 người (6,41%)
- Khác: 64 người (13,68%)

3.1.3. Người tham gia khảo sát:

Thành phần tham gia khảo sát: là người bệnh 124/468 (26,5%), là người nhà người bệnh (73,5%). Vậy người nhà chiếm gần 2/3 tổng số.

3.1.4. Thời gian nằm viện:

- Số ngày nằm viện: 3-5 ngày có 346 bệnh nhân (73,94%)
- Số ngày nằm viện trên 5 ngày: có 122 bệnh nhân (26,06%)

3.1.5. Phương pháp điều trị:

- Nội khoa: 86/468 bệnh nhân (18,37%)
- Ngoại khoa: 382/468 bệnh nhân (81,63%)

3.2. Khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân

Chúng tôi thu thập 9 tiêu chí đánh giá gồm 3 nhóm và mã hóa như sau:

K1: *Nhân viên y tế phổ biến về nội quy và những thông tin cần thiết cho BN và người nhà khi vào viện và trong quá trình điều trị.*

K2: *Bác sỹ giải thích về tình trạng bệnh, chẩn đoán, phương pháp điều trị cho người bệnh*

K3: *Nhân viên y tế giúp đỡ người bệnh trong việc chăm sóc, ăn uống, vệ sinh hàng ngày*

K4: *Nhân viên y tế giải thích và động viên người bệnh trước, trong và sau khi làm các kỹ thuật, thủ thuật cho người bệnh.*

K5: *Nhân viên y tế công khai thuốc trước khi sử dụng cho người bệnh*

K6: *Nhân viên y tế có lời nói, cử chỉ, thái độ thân thiện với người bệnh*

K7: *Nhân viên y tế tận tình giúp đỡ người bệnh, không có biểu hiện ban ơn, gợi ý tiền quà*

K8: *Các thủ tục hành chính của khoa và bệnh viện thuận tiện, không phiền hà và không làm mất nhiều thời gian chờ đợi của người bệnh*

K9: *Các nhân viên y tế hợp tác tốt trong quá trình điều trị, chăm sóc người bệnh*

3.2.1. Nhóm tiêu chí 1 gồm 3 nội dung

Nội dung	Rất hài lòng		Hài lòng		Chưa hài lòng		Tổng cộng	
	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %
K1	196	41,88	229	48,93	43	9,18	468	100
K2	144	30,67	324	69,24	0	0	468	100
K3	170	36,32	252	53,85	46	9,83	468	100

- Về sự tận tình của nhân viên bệnh viện khi vào viện là khá cao với tỷ lệ rất hài lòng 41,88% và hài lòng là 48,93% (K1)

- Bệnh nhân hài lòng 100% về sự giải thích của bác sỹ về tình trạng bệnh tật, chẩn đoán và phương pháp điều trị, trong đó mức độ rất tốt chiếm 30,76%, và tốt chiếm tỷ lệ khá cao 69,24% (K2).

- Về thái độ giúp đỡ người bệnh trong việc chăm sóc, ăn uống, vệ sinh, chúng tôi thấy hầu hết bệnh nhân hài lòng (90,17%), và chỉ có 9,83% người bệnh không hài lòng (K3).

3.2.2. Nhóm tiêu chí 2 gồm 3 nội dung

Nội dung	Rất hài lòng		Hài lòng		Chưa hài lòng		Tổng cộng	
	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %
K4	188	40,07	280	59,93	0	0	468	100
K5	198	42,30	270	57,70	0	0	468	100
K6	184	39,32	284	60,68	0	0	468	100

- Bệnh nhân đến điều trị tại Bệnh viện Mắt, thộc hệ ngoại khoa, hầu như đều được làm các thủ thuật, phẫu thuật vì vậy hài lòng 100% (K4).

- Khi bệnh nhân vào viện, mỗi bệnh nhân đều có bảng công khai thuốc ở đầu giường nằm, việc thực hiện y lệnh thuốc hằng ngày do điều dưỡng phụ trách phòng đảm nhiệm bằng việc cho bệnh nhân dùng thuốc tại giường (K5).

- Qua khảo sát kết quả lời nói cử chỉ và thái độ chúng tôi đạt được rất khả quan, hầu hết bệnh nhân và người nhà đều hài lòng 100% (K6).

3.2.3. Nhóm tiêu chí 3 gồm 3 nội dung

Nội dung	Rất hài lòng		Hài lòng		Chưa hài lòng		Tổng cộng	
	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %
K7	184	39,32	284	60,68	00	00	468	100
K8	161	34,40	307	65,60	00	00	468	100
K9	127	27,14	329	70,30	12	2,56	468	100

- Qua khảo sát kết quả chúng tôi đạt được rất khả quan, hầu hết bệnh nhân và người nhà đều hài lòng (100%) (K7)

- Không có bệnh nhân nào phiền hà về sự tận tình của nhân viên (K8).

- Khi bệnh nhân vào viện, tất cả thông tin được cập nhật hằng ngày, mức độ không hài lòng của bệnh nhân chiếm 2,56%.

tuổi là vì chúng tôi khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân và người nhà nằm điều trị nội trú tại bệnh viện, nên chúng tôi muốn đánh giá thực chất qua sự hiểu biết và nhận thức của người bệnh, để có sự nhìn nhận và đánh giá một cách trung thực, đúng đắn của người bệnh, nên đối tượng chúng tôi lựa chọn khảo sát là đối tượng từ 18 tuổi trở lên. Trong đó, chúng tôi ghi nhận độ tuổi > 45 chiếm tỷ lệ cao nhất 58,55%. Vấn đề này ta thấy cũng khá hợp lý bởi vì thường những người từ tuổi trung niên trở lên tỷ lệ bị bệnh cao hơn người trẻ tuổi và mắc các bệnh về mắt nhiều hơn đặc biệt là bị bệnh đục TTT tuổi già.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về bệnh nhân và người nhà trong mẫu

4.1.1. Tuổi: Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận người bệnh dưới 18

4.1.2. Giới: Chúng tôi nhận thấy, trong mẫu của chúng tôi có tỷ lệ nữ cao hơn, vì sở dĩ nghiên cứu của chúng tôi ngoài người bệnh nằm viện còn có những người nhà chăm sóc bệnh nhân, như chúng ta cũng thấy, thường người chăm lo săn sóc cho gia đình là những người phụ nữ, vì vậy người chăm sóc bệnh nhân là người phụ nữ nên tỷ lệ nữ cao hơn nam là điều phù hợp nên chúng tôi không bàn luận gì thêm.

4.1.3. Người tham gia khảo sát: Người nhà chiếm tỷ lệ 73,50% cao hơn tỷ lệ bệnh nhân tham gia 26,50%. Điều này giúp cho quá trình khảo sát của chúng tôi có kết quả càng trung thực hơn vì khi người tham gia là chính những người trực tiếp chăm sóc bệnh nhân, bệnh nhân sau mổ thường đau, khó chịu cũng như những người bệnh điều trị nội khoa họ cũng khó có thể tham gia khảo sát.

4.1.4. Nghề nghiệp bệnh nhân: Chúng tôi ghi nhận bệnh nhân chủ yếu ở nhóm nghề nghiệp lao động đến 70,51%. Điều này có thể lý giải, tầng lớp lao động chân tay có trình độ dân trí thấp nên hiểu biết về bảo vệ sức khỏe chưa cao, cộng với môi trường làm việc thiếu thốn, vất vả, và tầng lớp này xuất thân từ nông thôn, nên có thể nói nghề chính của họ là làm nông, đây cũng là môi trường thuận lợi dễ mắc bệnh toàn thân nói chung và bệnh về mắt nói riêng.

4.2. Khảo sát sự hài lòng:

4.2.1. Nhóm tiêu chí 1 gồm 3 nội dung K1, K2 và K3: Điều này có thể nói, do bệnh viện chúng tôi là bệnh viện chuyên khoa sâu, đội ngũ y tế được đào tạo về chuyên môn và cũng như xây dựng thái độ phục vụ ngày càng tốt, nên từ đó chúng tôi nhận được sự hài lòng của bệnh nhân rất cao. Tuy nhiên, chúng tôi cũng không thể là toàn diện về mọi mặt, và đôi khi sự khác nhau về giọng nói do địa phương sinh sống khác nhau nên trong quá trình giải thích vẫn chưa truyền đạt hết thông tin và thông tin đến với bệnh nhân nhiều khi không rõ ràng, vì vậy, chúng tôi có tỷ lệ nhỏ bệnh nhân thấy chưa hài lòng 9,19%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với Nguyễn Thị Ly, Ngô Thị Ngoãn (2007) tại Hải dương: sự truyền đạt thông tin chỉ đạt trên 90%, lý giải điều này là sự khác biệt về giọng nói và người giá nghe chậm.

4.2.2. Nhóm tiêu chí 3 gồm 3 nội dung K4, K5 và K6: Người nhà và bệnh nhân có thể kiểm tra thuốc của mình dựa vào bảng công khai thuốc, riêng thuốc nhỏ mắt bệnh nhân được lĩnh nguyên lọ tự quản lý, điều dưỡng thực hiện nhỏ thuốc theo giờ. Tất cả thuốc đều được công khai

và được xác nhận của bệnh nhân nên mức độ hài lòng của chúng tôi đạt 100%. So với Nguyễn Ngọc Lý và cộng sự (2013) thì tỉ lệ hài lòng việc công khai thuốc đạt 98,2% cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.3. Nhóm tiêu chí 3 gồm 3 nội dung:

Chúng tôi có tỷ lệ nhỏ bệnh nhân không hài lòng có thể lý giải, với nguồn bệnh nhập viện ngày càng cao, hàng ngày nhân viên y tế sau khi giải thích cho bệnh nhân về bệnh tật, chế độ chăm sóc, chế độ ăn uống cũng như vệ sinh cho từng bệnh, và hướng dẫn người nhà thực hiện... tuy nhiên, do lưu lượng bệnh nhân đông, số giường nằm còn hạn chế nên bệnh nhân cũng phàn nàn. Bên cạnh đó bệnh viện chưa có khoa dinh dưỡng nên việc phục vụ bệnh nhân về ăn uống chưa được đáp ứng tốt, trong khi bệnh nhân của chúng tôi là người ở xa và dân tộc thiểu số cũng chiếm số lượng đông (85,9%).

Về thông tin cập nhật có 2,5,6% chưa hài lòng, hạn chế này xảy ra ở khâu thanh toán ra viện do: chỉ có 1 phòng thanh toán ra viện trong khi bệnh viện có đến 6 khoa lâm sàng, đặc biệt có những ngày ra viện > 60 bệnh nhân nên không thể cùng một lúc thanh toán hết được, vì vậy những bệnh nhân ở xa hoặc người nhà bận việc nên họ không hài lòng.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả thu được chúng tôi thấy mức độ hài lòng của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân đối với bệnh viện chúng tôi cao, điều đó khích lệ tập thể chúng tôi rất nhiều. Ở đây chúng tôi tiến hành nghiên cứu cắt ngang chứ không phải toàn bộ đối tượng, vì vậy có thể có một tỉ lệ nhỏ không mang tính khách quan, nhưng nhìn chung vẫn đánh giá được chúng tôi đã rất cố gắng để thực hiện "đến đón tiếp niềm nở, ở chăm sóc tận tình, về dẫn dò chu đáo". Mặc dù vậy chúng tôi sẽ cố gắng nhiều hơn nữa để phục vụ người bệnh tận tình nhất, để người bệnh hài lòng nhất, mang lại hiệu quả điều trị cao nhất.

KIẾN NGHỊ

- Cải cách khâu thanh toán viện phí để giảm thiểu thời gian chờ đợi của người bệnh.
- Bổ sung nhân lực Điều dưỡng theo tỉ lệ qui định của Bộ Y Tế.
- Tăng số giường bệnh để giảm tỉ lệ bệnh nhân nằm ghép.
- Thành lập khoa Dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hồng Anh (2013).** "Nghiên cứu ảnh hưởng của các nhân tố đến sự hài lòng của bệnh nhân đối với dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện Hoàn Mỹ thành phố Đà Nẵng". *Luận văn Thạc sĩ Quản trị kinh doanh, Đại học Đà Nẵng*.
2. **Vương Kim Lộc, Trần Thị Hà & Ngô Huỳnh Chúc (2008).** "Làm thế nào để tăng cường sự hài lòng của người bệnh". *Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng Bệnh viện Xanh Pôn lần III, Hà Nội 3/2008*, tr. 12-20.
3. **Nguyễn Thị Ly, Ngô Thị Ngoãn (2007).** "Khảo sát sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại các bệnh viện tỉnh Hải Dương năm 2007". *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III*, tr. 163-168.
4. **Nguyễn Ngọc Lý và cộng sự (2013).** "Đánh giá sự hài lòng của người bệnh với công tác chăm sóc điều dưỡng tại khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện đa khoa Tỉnh Tuyên Quang". *Điều dưỡng Việt Nam*, tr. 56-58.
5. **Hà Thị Soạn (2007).** "Đánh giá sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh đối với công tác KCB tại một số bệnh viện tỉnh Phú Thọ năm 2006-2007". *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học Điều dưỡng Hội nghị khoa học Điều dưỡng toàn quốc lần thứ III*, tr. 17-23.
6. **Phạm Nhật Yên và cộng sự (2008).** "Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa Khám, chữa bệnh theo yêu cầu của Bệnh viện Bạch Mai - năm 2008". *Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng*.

YẾU TỐ NGUY CƠ LOÃNG XƯƠNG TRÊN CÁC BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Lưu Thị Bình*, Đoàn Anh Thắng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng mật độ xương (MĐX) và nguy cơ loãng xương của các bệnh nhân đái tháo đường typ 2 (ĐTĐ typ 2). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. 100 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTĐ theo tiêu chuẩn của WHO 2000, các bệnh nhân được đo MĐX bằng máy phương pháp hấp thụ năng lượng tia X kép và được chuẩn đoán loãng xương dựa vào MĐX theo tiêu chuẩn của WHO 1994. **Kết quả:** tỷ lệ nam/nữ = 1:4. Yếu tố nguy cơ loãng xương hay gặp nhất ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 là lối sống tĩnh tại (43%). MĐX của nhóm bệnh nhân có tiền sử gãy xương thấp hơn nhóm không có tiền sử; MĐX tại chỏm xương đùi (CXĐ) của nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh < 5 năm cao hơn nhóm có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm ($p < 0,05$). MĐX có mối tương quan thuận nhưng không chặt với các chỉ số cân nặng và chiều cao, mối tương quan nghịch không chặt với biến tuổi, nồng độ glucose máu lúc đói và thời gian mắc bệnh ĐTĐ. Tiền sử gãy xương trước đây và cân nặng thấp là các yếu tố có ảnh hưởng nhất tới loãng xương tại vị trí cột sống thắt lưng và CXĐ ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2. **Kết luận:** Có nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới MĐX và tình trạng loãng xương ở các bệnh nhân ĐTĐ typ 2.

Từ khóa: đái tháo đường (ĐTĐ), mật độ xương (MĐX), hấp thụ năng lượng tia X kép

SUMMARY

*Bộ môn Nội trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Thị Bình

Email: buubinh.ytn@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

RISK OF OSTEOPOROSIS IN DIABETE MELLITUS TYPE 2 PATIENTS

Aim: To determine the bone mass density of diabetes mellitus type 2 (DMT2). **Subjects and Methods:** Cross-sectional study 100 DMT2 patients diagnosed by using WHO 2000 criteria, diagnosed osteoporosis by WHO 1994 criteria base on bone mass density (BMD) accessed by dual energy Xray absorptiometry. **Result:** Male/Female ratio was 1:4. Inactive lifestyle was most common risk of osteoporosis seen on subjects (43%). Having correlation between BMD and height, weight, age ($p < 0.05$). Duration of DMT2 correlated to BMD at femoral neck ($p < 0.05$). Having strong correlation between the previous fracture, low weight and state of osteoporosis (at lumbar spine and femoral neck). **Conclusion:** There were a lot of risks which effected the BMD and state of osteoporosis in DMT2 patients.

Key word: diabetes mellitus type 2 (DMT2), bone mass density (BMD), dual energy Xray absorptiometry (DEXA)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh thường gặp nhất trong các bệnh nội tiết. Một trong số những vấn đề hiện nay đang được quan tâm trên các bệnh nhân đái tháo đường là tình trạng MĐX và tỷ lệ loãng xương trên các đối tượng này [6]. Loãng xương là hậu quả sự mất cân bằng giữa quá trình tạo xương và hủy xương, trong đó quá trình hủy xương chiếm ưu thế hơn, hậu quả dẫn đến gãy xương. Loãng xương không chỉ gây ra tình trạng đau đớn cho bệnh nhân mà còn mang đến gánh nặng kinh tế cực lớn cho gia đình và xã hội, đặc biệt khi có biến chứng gãy xương (gãy cổ xương đùi) còn làm tăng tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhân loãng xương. Các công trình

nghiên cứu khoa học trên thế giới đã chỉ ra rằng bệnh đái tháo đường có tác động tiêu cực lên chu chuyển xương, gây giảm mật độ xương. Những yếu tố nguy cơ gây loãng xương trên các bệnh nhân ĐTĐ sẽ làm tăng mức độ và tỷ lệ loãng xương đồng nghĩa làm tăng tần suất biến chứng gãy xương, tàn phế và tử vong ở các bệnh nhân ĐTĐ. Việc xác định các yếu tố nguy cơ gây loãng xương trên đối tượng bệnh nhân ĐTĐ là vô cùng cần thiết, giúp quyết định điều trị và dự phòng loãng xương sớm cho các bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Xác định một số các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng mật độ xương và nguy cơ loãng xương của các bệnh nhân đái tháo đường type 2.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu: mô tả; thiết kế nghiên cứu: cắt ngang; cỡ mẫu toàn bộ

2. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh đái tháo đường theo tiêu chuẩn WHO năm 2000, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa từ 04/2014 đến 11/2015.

- Các bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Loại trừ:** Các bệnh nhân có nguyên nhân gây loãng xương thứ phát

- Các bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng cấp tính, suy gan, suy thận...

- Các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

3. Nội dung nghiên cứu: Gồm 100 bệnh nhân đái tháo đường type 2 được khai thác bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng và làm xét nghiệm, đo mật độ xương bằng phương pháp hấp thụ năng lượng tia X kép, thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

+ Hỏi bệnh: hỏi tiền sử bệnh tật, nghề nghiệp và lối sống tĩnh tại hay hoạt động, các thói quen hút thuốc uống rượu, tình trạng kinh nguyệt với nữ, tiền sử gãy xương, tiền sử gãy xương đùi ở bố mẹ, tình trạng sử dụng thuốc, tiền sử đái tháo đường (thời gian mắc bệnh, chế độ điều trị, biến chứng).

+ Khám đánh giá toàn trạng: Đo huyết áp, chiều cao, cân nặng, vòng bụng, tính BMI, phát hiện các tình trạng gây loãng xương thứ phát kèm theo.

- Làm xét nghiệm máu: Bệnh nhân nhịn đói ít nhất 8 giờ, mẫu máu lấy buổi sáng, gồm: glucose máu, HbA1C, bilan can xi, bilan Lipid máu.

- Đo mật độ xương bằng máy MEDIX DR, nguyên lý hấp thụ năng lượng tia X kép tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Đo tại hai vị trí chỏm xương đùi (cổ xương đùi, mẫu chuyển lớn, liên mẫu chuyển, tam giác Ward) và cột sống thắt lưng (L1, L2, L3, L4). Kết quả cuối cùng được tính bằng trung bình cộng của các chỉ số ở các vùng được đo ở cột sống thắt lưng và vị trí cổ xương đùi.

***Chẩn đoán ĐTĐ theo tiêu chuẩn của WHO 2000:** khi bệnh nhân có bất kỳ 1 trong 3 tiêu chuẩn.

- Glucose huyết tương $\geq 11,1$ mmol/l (200mg/dl) ở bất kỳ thời điểm nào. Kèm theo các triệu chứng uống nhiều, đái nhiều, giảm cân và có glucose niệu, có thể có ceton niệu.

- Glucose huyết tương lúc đói ≥ 7 mmol/l (126mg/dl) xét nghiệm lúc bệnh nhân đã nhịn đói hơn 10 giờ.

- Glucose huyết sau làm nghiệm pháp tăng glucose huyết với 75 gam glucose sau 2 giờ $\geq 11,1$ mmol/l (200mg/dl).

***Chẩn đoán loãng xương theo tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) 1994 dựa vào MDX**

- Bình thường: MDX ≥ -1 SD

- Khối lượng xương thấp: MDX từ -1SD đến -2,5SD

- Loãng xương: MDX $\leq -2,5$ SD

- Loãng xương nặng: MDX $\leq -2,5$ SD và có ≥ 1 lần gãy xương

4. Xử lý phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ = 1/4; nữ giới chiếm 79%.

- Có 28% bệnh nhân <60 tuổi, 72% bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên. Tuổi trung bình của các bệnh nhân $66,6 \pm 9,3$.

- BMI trung bình: $22,9 \pm 2,85$

Bảng 1. Một số đặc điểm liên quan đến bệnh ĐTĐ type 2 ở các bệnh nhân

Đặc điểm	Bệnh nhân (n=100)	Tỷ lệ
Thời gian bị bệnh	< 5 năm	44,0
	≥ 5 năm	56,0
Chế độ điều trị	Uống thuốc	58,0
	Tiêm Insulin	18,0
	Kết hợp	24,0

Glucose máu	< 7,0 mmol/l	38	38,0
	≥ 7,0 mmol/l	62	62,0
Glucose niệu	Am tính	46	46,0
	Dương tính	54	54,0
Kiểm soát HbA1C	≤ 6,5%	15	15,0
	>6,5%	85	85,0
Giá trị trung bình của HbA1C ($\bar{X} \pm SD$) (%)		8,17 $\pm$ 1,32	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có thời gian mắc bệnh trên và dưới 5 năm xấp xỉ 1:1. Hầu hết các bệnh nhân ĐTĐ típ 2 đang điều trị bằng thuốc uống (79%). Có 85% đối tượng nghiên cứu kiểm soát ĐTĐ típ 2 ở mức kém với HbA1C > 6,5%.

Bảng 2. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ gây giảm mật độ xương của các bệnh nhân

Đặc điểm	Bệnh nhân (n=100)	Tỷ lệ
Hút thuốc	10	10,0
Uống rượu	25	25,0
Lối sống tĩnh tại	43	43,0
Tiền sử gãy xương CXĐ bố, mẹ	17	17,0
Tiền sử gãy xương trước đây	16	16,0
Giảm chiều cao > 3 cm	38	38,0
Chiều cao thấp	13	13,0
Thấp cân	17	17,0

Nhận xét: Các yếu tố lối sống tĩnh tại và giảm chiều cao > 3cm là các yếu tố chiếm tỷ lệ cao nhất ở các bệnh nhân ĐTĐ típ 2.

Bảng 3. So sánh MĐX trung bình ở CSTL và CXĐ theo tiền sử một số yếu tố nguy cơ

Đặc điểm		MĐX CSTL trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	MĐX CXĐ trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	p
Ts gãy xương	Có	0,58 $\pm$ 0,14	0,60 $\pm$ 0,15	>0,05
	Không	0,79 $\pm$ 0,13	0,70 $\pm$ 0,14	<0,001
	p (*)	<0,001	<0,01	
Ts bố mẹ	Có	0,73 $\pm$ 0,19	0,69 $\pm$ 0,15	>0,05
	Không	0,76 $\pm$ 0,14	0,68 $\pm$ 0,14	0,001
	p	>0,05	>0,05	
Hút thuốc	Có	0,77 $\pm$ 0,15	0,75 $\pm$ 0,15	>0,05
	Không	0,73 $\pm$ 0,18	0,67 $\pm$ 0,12	<0,001
	p	>0,05	>0,05	

Nhận xét: Sau loại bỏ các yếu tố nguy cơ ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ típ 2, MĐX CXĐ trung bình thấp hơn MĐX CSTL trung bình có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 4. Mối tương quan giữa tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI với MĐX

Chỉ số		MĐX CSTL		MĐX CXĐ	
		Nhóm ĐTĐ	Nhóm chứng	Nhóm ĐTĐ	Nhóm chứng
Tuổi	r	-0,398	- 0,356	- 0,251	- 0,492
	p	0,0001	0,0001	0,012	0,0001
Chiều cao	r	0,262	0,419	0,362	0,342
	p	0,008	0,0001	0,0001	0,0001
Cân nặng	r	0,307	0,51	0,371	0,53
	p	0,002	0,0001	0,0001	0,0001
BMI	r	0,147	0,345	0,151	0,415
	p	0,146	0,0001	0,134	0,0001

Nhận xét: Tuổi, chiều cao, cân nặng có mối tương quan với MĐX (p < 0,05). Không có mối tương quan giữa BMI nhóm ĐTĐ típ 2 và MĐX (p > 0,05).

Bảng 5. Mối tương quan giữa Glucose máu, HbA1C, thời gian mắc bệnh với MĐX

Đặc điểm	MĐX CSTL		MĐX CXĐ	
	r	p	r	p
Nồng độ Glucose máu lúc đói	-0,144	>0,05	-0,237	< 0,05
HbA1C	-0,132	>0,05	-0,155	>0,05
Thời gian mắc bệnh	-0,224	< 0,05	-0,272	< 0,05

Nhận xét: Nồng độ glucose máu lúc đói có mối tương quan nghịch không chặt với MĐX CXĐ ($p < 0,05$). Thời gian mắc bệnh ĐTD có mối tương quan nghịch không chặt với MĐX CSTL và CXĐ ($p < 0,05$).

Bảng 6. Liên quan giữa thời gian bị bệnh, chế độ điều trị với MĐX

Đặc điểm		Giá trị trung bình MĐX ($X \pm SD$) g/cm ²	
		CSTL	CXĐ
Thời gian bị bệnh	< 5 năm	0,791 $\pm$ 0,151	0,74 $\pm$ 0,146
	$\geq$ 5 năm	0,726 $\pm$ 0,146	0,634 $\pm$ 0,118
	p	>0,05	
Chế độ điều trị	Uống thuốc	0,759 $\pm$ 0,154	0,709 $\pm$ 0,144
	Tiêm Insulin	0,675 $\pm$ 0,147	0,624 $\pm$ 0,129
	Kết hợp	0,804 $\pm$ 0,124	0,658 $\pm$ 0,128
	p	< 0,05	

Nhận xét: MĐX trung bình ở CXĐ của nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh < 5 năm cao hơn nhóm có thời gian mắc bệnh $\geq$ 5 năm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 7. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân ĐTD type 2

Đặc điểm		Loãng xương (n,%)		p
		Có (n=60)	Không (n=40)	
Tuổi	<60 tuổi	11 (18,3)	18 (45,0)	<0,01
	$\geq$ 60 tuổi	49 (81,7)	22 (55,0)	
Giới	Nam	8 (13,3)	13 (32,5)	< 0,05
	Nữ	52 (86,7)	27 (67,5)	
Thấp cân	Có	15 (25,0)	2 (5,0)	<0,01
	Không	45 (75,0)	38 (95,0)	
Chiều cao thấp	Có	11 (18,3)	2 (5,0)	>0,05
	Không	49 (81,7)	38 (95,0)	
Giảm chiều cao	>3cm	31 (51,6)	7 (17,5)	<0,001
	$\leq$ 3cm	29 (48,3)	33 (82,5)	
BMI	<18,5	4 (6,7)	0 (0,0)	>0,05
	$\geq$ 18,5	56 (93,3)	40 (100)	
Tiền sử gãy xương	Có	15 (25,0)	1 (2,5)	<0,01
	Không	45 (75,0)	39 (97,5)	
Tiền sử gãy xương đùi bố mẹ	Có	8 (13,3)	8 (20,0)	>0,05
	Không	52 (86,7)	32 (80,0)	
Hút thuốc	Có	13 (21,6)	12 (30,0)	>0,05
	Không	47 (78,4)	28 (70,0)	

Nhận xét: Các yếu tố có liên quan đến loãng xương ở nhóm bệnh nhân ĐTD type 2 gồm: tuổi, giới, cân nặng thấp, giảm chiều cao > 3cm, tiền sử gãy xương ($p < 0,05$).

Bảng 8. Phân tích các yếu tố liên quan đến tình trạng loãng xương ở bệnh nhân ĐTD

Biến số	Nhóm ĐTD		
	OR	95% CI	p
Tuổi $\geq$ 60	3,19	1,15 – 8,85	<0,05
Giới nữ	3,75	1,12 – 12,5	<0,05
Thấp cân	5,49	1,08 – 27,9	<0,05
TSGX trước đây	10,5	1,1 – 92,9	<0,05

Nhận xét: Biến tiền sử gãy xương trước đây và cân nặng thấp là các yếu tố có ảnh hưởng lớn nhất tới loãng xương hai vị trí ở bệnh nhân ĐTD type 2.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Độ tuổi, chiều cao, cân nặng và chỉ số BMI là các yếu tố ảnh hưởng mạnh nhất đến MĐX và tăng nguy cơ gãy xương đã được chỉ ra ở nhiều nghiên cứu lớn trên thế giới và đều được đưa vào các mô hình tiên lượng mật độ xương và nguy cơ gãy xương. Kết quả trình bày trong bảng 1 có thể thấy đặc điểm nổi bật của các

bệnh nhân ĐTD type 2 trong nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên và dưới 5 năm khá đều nhau, kiểm soát đường huyết chủ yếu bằng thuốc uống là chủ yếu (58%), mức độ kiểm soát đường huyết ở mức kém chiếm tỷ lệ cao với 85% bệnh nhân có mức HbA1C > 6,5%. So sánh với một số nghiên cứu trong bệnh viện khác như nghiên cứu của Lê Tiến Vượng trên các bệnh nhân nam giới

ĐTĐ típ 2 từ 50 tuổi trở lên cho thấy tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát đường huyết ở mức không tốt là 77,1% [4]. Trong nghiên cứu của Bùi Văn Thụy về cấu trúc khối cơ thể và MĐX bằng phương pháp DEXA ở bệnh nhân nữ ĐTĐ típ 2, nhóm đối tượng nghiên cứu cũng có đặc điểm tương tự với nhóm có thời gian mắc bệnh trên 5 năm chiếm hơn 50% và hầu hết các bệnh nhân có mức kiểm soát HbA1C > 6,5% là 100% [2].

Trong nghiên cứu của Bùi Văn Thụy cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc để kiểm soát đường huyết là chủ yếu (83,3%) [2], tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. Vì các bệnh nhân nghiên cứu đều là các bệnh nhân ĐTĐ típ 2 nên các bệnh nhân còn đang ở mức thiếu hụt Insulin tương đối chiếm ưu thế. Việc kiểm soát đường huyết bằng thuốc uống cũng có thể là một nguyên nhân khiến các bệnh nhân có mức độ kiểm soát đường huyết ở mức kém là chủ yếu.

Bảng 2 trình bày tỷ lệ bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ gây giảm MĐX như: uống rượu, hút thuốc, lối sống tĩnh tại, tiền sử gãy xương trước đây, tiền sử gãy cổ xương đùi bố mẹ, giảm chiều cao trên 3cm, chiều cao thấp, thấp cân cho thấy các yếu tố lối sống tĩnh tại và giảm chiều cao trên 3cm là các yếu tố chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm ĐTĐ típ 2 và nhóm chứng, sự khác biệt tỷ lệ bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ ở hai nhóm bệnh nhân là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

2. Một số yếu tố liên quan đến mật độ xương và tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2: Khi so sánh MĐX trung bình ở CSTL và CXĐ theo một số yếu tố nguy cơ thuộc về tiền sử, thì MĐX trung bình ở CXĐ thấp hơn CSTL có ý nghĩa thống kê (bảng 3). Một giả thiết chúng tôi xin đưa ra để giải thích cho tình trạng này đó là: ở CXĐ với cấu trúc giải phẫu chỉ có một vòng mạch nuôi dưỡng, không có vòng nối nên khi bị tắc, giảm tưới máu từ mạch máu đó rất dễ dẫn đến tình trạng thiếu dưỡng và hoại tử. Đặc biệt trên các bệnh nhân ĐTĐ là đối tượng có tình trạng tổn thương vi mạch, rối loạn chuyển hóa Lipid đi kèm với các yếu tố nguy cơ thì tình trạng thiếu dưỡng ở CXĐ xảy ra nhiều hơn so với vị trí CSTL. Bằng chứng là vai trò và cơ chế bệnh sinh của bệnh hoại tử vô mạch chỏm xương đùi trên các bệnh nhân ĐTĐ. Chính vì thế mà MĐX CXĐ ở các bệnh nhân ĐTĐ bị ảnh hưởng lớn hơn so với CSTL.

Dựa vào các bảng kết quả 4 cho thấy các yếu tố tuổi, chiều cao, cân nặng có mối tương quan không chặt chẽ với MĐX các vị trí của các bệnh nhân ĐTĐ. Riêng biến tuổi có mối tương quan

ngược biến, còn cân nặng, BMI, chiều cao có mối tương quan đồng biến. Đặc điểm này là các đặc điểm đã được biết đến của MĐX CXĐ và CSTL. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thùy cho thấy mối liên quan tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi giữa MĐX CXĐ và MĐX CSTL với các biến tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI [3]. Các biến tuổi, chiều cao, cân nặng là các yếu tố ảnh hưởng đến MĐX kinh điển đã được biết đến trong nhiều năm nay. Các bệnh nhân ĐTĐ không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa BMI với MĐX ở cả hai vị trí.

Qua kết quả được trình bày ở bảng 5,6, cho thấy nồng độ Glucose máu lúc đói có mối tương quan nghịch không chặt tới MĐX CXĐ ($p < 0,05$); Thời gian mắc bệnh ĐTĐ típ 2 có mối tương quan nghịch không chặt tới MĐX; MĐX CXĐ trung bình ở nhóm có thời gian mắc bệnh trên 5 năm giảm rõ rệt so với nhóm có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm ($p < 0,05$); Chỉ số HbA1C không có mối tương quan với MĐX ($p > 0,05$); Ở các bệnh nhân có chế độ điều trị Insulin đơn thuần có MĐX trung bình thấp nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh MĐX CXĐ với nhóm uống thuốc đơn thuần và MĐX CSTL với nhóm chế độ điều trị kết hợp ($p < 0,05$).

Cơ chế chính gây giảm MĐX ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 là giảm cấu trúc xương nhưng đồng thời các marker chu chuyển xương giảm thấp, giảm hấp thụ và tạo xương mới. Quá trình này liên quan đến thời gian mắc bệnh. Thời gian mắc bệnh càng dài thì chu chuyển xương với tốc độ thay xương chậm hơn sẽ khiến cho bệnh nhân ĐTĐ típ 2 ít bị mất xương hơn nhóm chứng, là yếu tố bảo vệ bệnh nhân ĐTĐ típ 2 khỏi tình trạng giảm MĐX so với nhóm chứng khi thời gian mắc bệnh đủ dài. Nếu thời gian mắc bệnh chưa đủ dài thì tình trạng MĐX sẽ chịu ảnh hưởng của tình trạng giảm cấu trúc xương nhiều hơn gây giảm MĐX. Như vậy sự tương tác phức tạp giữa các yếu tố bảo vệ và tấn công trên MĐX ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 khiến cho việc kết luận về MĐX ở các bệnh nhân ĐTĐ hiện nay còn chưa rõ ràng. Điều này cũng giải thích cho các kết quả nghiên cứu khác nhau: thời gian mắc bệnh không có mối liên quan đến MĐX như trong nghiên cứu của Lê Tiến Vượng [4], Nguyễn Thị Phương Thùy [3]....

Một vấn đề khác cũng đang rất được quan tâm trên các bệnh nhân ĐTĐ típ 2 đó là chế độ điều trị liệu có ảnh hưởng gì đến MĐX bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Riêng đối với Insulin mặc dù được chỉ ra trong nghiên cứu này có liên quan đến giảm MĐX tuy nhiên sau khi loại trừ các yếu tố nhiễu

trong mô hình hồi quy tuyến tính đa biến thì không còn vai trò đối với MĐX. Kết quả này trái ngược với phân tích của Klein và cộng sự năm 2014 rằng điều trị bằng Insulin có thể làm giảm nguy cơ gây giảm MĐX ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2.

Đối với một số yếu tố ảnh hưởng tới loãng xương ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2, kết quả nghiên cứu của chúng tôi đưa ra trong bảng 7 về khảo sát ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ gây giảm MĐX đối với tỷ lệ loãng xương cho thấy: các yếu tố liên quan đến tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 gồm: tuổi, giới, cân nặng thấp, giảm chiều cao trên 3cm, tiền sử gãy xương với $p < 0,05$. Chúng tôi lựa chọn các yếu tố phù hợp đưa vào mô hình hồi quy Logistic với biến phụ thuộc là loãng xương hai vị trí ở bảng 8 cho kết quả: các yếu tố có ảnh hưởng lớn nhất tới loãng xương hai vị trí ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 là tiền sử gãy xương trước đây và thấp cân; còn đối với nhóm chúng là: tiền sử gãy xương trước đây và tuổi ≥ 60 .

Tầm quan trọng của yếu tố nguy cơ tiền sử gãy xương trước đây đối với chẩn đoán loãng xương và biến cố gãy xương ở phụ nữ được Morin và cộng sự nghiên cứu trong một nghiên cứu vào năm 2014. Nghiên cứu này chỉ ra: một tiền sử gãy xương trước đây không phải do chấn thương có mối liên quan đến loãng xương ở vị trí cổ xương đùi và đó cũng là vị trí có biến cố gãy xương tiếp theo trong tương lai, là yếu tố nguy cơ độc lập với mật độ xương. Như vậy, tiền sử gãy xương trước đây là một dự báo rất quan trọng và đơn giản cho chẩn đoán loãng xương và dự báo nguy cơ gãy xương trong tương lai. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

- Yếu tố nguy cơ loãng xương hay gặp nhất ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 là lối sống tĩnh tại (43%).

- MĐX trung bình ở nhóm bệnh nhân có tiền sử gãy xương thấp hơn nhóm không có tiền sử; MĐX trung bình ở CXĐ của nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh < 5 năm cao hơn nhóm có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm ($p < 0,05$).

- MĐX cột sống thắt lưng và chỏm xương đùi: có mối tương quan thuận nhưng không chặt với các chỉ số cân nặng và chiều cao, mối tương quan nghịch không chặt với biến tuổi, nồng độ glucose máu lúc đói và thời gian mắc bệnh ĐTĐ.

- Tuổi, giới nữ, cân nặng thấp, giảm chiều cao $> 3\text{cm}$, tiền sử gãy xương là các yếu tố liên quan đến tình trạng loãng xương ở các bệnh nhân ĐTĐ typ 2 ($p < 0,05$). Trong đó tiền sử gãy xương trước đây và cân nặng thấp là các yếu tố có ảnh hưởng lớn nhất tới loãng xương hai vị trí ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Thị Bích (2013)**, *Nghiên cứu yếu tố nguy cơ loãng xương và dự báo xác suất gãy xương theo mô hình GRAVAN và FRAX ở phụ nữ 60 tuổi trở lên*, chuyên ngành nội khoa, Luận văn thạc sỹ y học, thư viện đại học y Hà Nội, p.104.
2. **Bùi Văn Thụy (2013)**, *Nghiên cứu cấu trúc khối cơ thể và mật độ xương bằng phương pháp DEXA ở bệnh nhân nữ ĐTĐ type 2*, Luận văn Thạc sỹ y học, Thư viện Đại học y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Phương Thùy (2012)**, *Nghiên cứu tình trạng loãng xương ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 cao tuổi*, Luận văn Thạc sỹ y học, Thư viện Đại học y Hà Nội.
4. **Lê Tiên Vượng (2009)**, *Nghiên cứu mật độ xương ở nam giới Đái tháo đường type 2 từ 50 tuổi trở lên và một số yếu tố liên quan*, Luận văn Thạc sỹ y học, Thư viện Đại học Y Hà Nội.
5. **Abdulameer S. A., Sulaiman S. A., Hassali M. A., Subramaniam K., Sahib M. N. (2012)**, "Osteoporosis and type 2 diabetes mellitus: what do we know, and what we can do?", Patient Preference Adherence, 6, pp. 435-48.
6. **Inzucchi S. E., Bergenstal R. M., Buse J. B., Diamant M., Ferrannini E., Nauck M., Peters A. L., Tsapas A., Wender R., Matthews D. R. (2015)**, "Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes", Diabetes Care, 38 (1), pp. 140-9.
7. **Ivers R. Q., Cumming R. G., Mitchell P., Peduto A. J. (2001)**, "Diabetes and risk of fracture: The Blue Mountains Eye Study", Diabetes Care, 24 (7), pp. 1198-203.

THÁI ĐỘ XỬ TRÍ TẮC RUỘT DO UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Hoàng Minh Đức*, Lê Tư Hoàng*,
Thiều Sĩ Sắc*, Nguyễn Thanh Long*

TÓM TẮT

* Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tư Hoàng
Email: letuhoang89@gmail.com

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sớm và bàn luận thái độ xử trí cấp cứu đối với những TH tắc ruột do UTĐTT. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả 163 BN đã được phẫu thuật tắc ruột do UTĐTT tại bệnh viện Việt Đức trong 3 năm 2014-2016. **Kết quả:** Từ 2014-2016, 163 TH tắc ruột do UTĐTT được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức, chiếm tỷ lệ 9% trong tổng số UTĐTT được mổ. 65% từ giai đoạn 3 trở lên. 68,7% được phẫu thuật cắt u luôn thì một. Thời gian mổ, tỷ lệ biến chứng sau mổ (gồm chảy máu sau mổ, rò tiêu hóa, nhiễm trùng...), tỷ lệ tử vong của nhóm cắt u thì 1 cao hơn nhóm chỉ làm HMNT. **Kết luận:** Phẫu thuật cấp cứu cắt u thì 1 đối với tắc ruột do UTĐTT chiếm tỷ lệ lớn (68,7%) mặc dù thời gian mổ, tỷ lệ biến chứng và tử vong cao hơn chỉ làm HMNT.

Từ khóa: tắc ruột, UTĐTT, HMNT

SUMMARY

MANAGEMENT OF MALIGNANT COLORECTAL OBSTRUCTION

Object: To assess initial results and emergency management of malignant colorectal obstruction. **Methods:** Retrospective study. All 163 patients operated with malignant colorectal obstruction during 2014-2016 in Viet Duc hospital were reviewed. **Results:** During 2014-2016, 163 patients were operated due to malignant colorectal obstruction, they were 9% of operated colorectal cancer. 65% of them were in stage 3 and 4. 68,7% patients were treated with acute resection. Time of operation, surgical complications, mortality... of the group with acute resection were higher than the group with acute diverting colostomy. **Conclusion:** Malignant colorectal obstruction were treated with acute resection taking a high rate (68,7%) despite of the time of operation, hospitalisation, rate of surgical complication, mortality... higher than this of acute diverting colostomy.

Key words: obstruction, colorectal cancer, acute resection, colostomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột do UTĐTT là một tình trạng bệnh lý cấp cứu ở giai đoạn muộn có tiên lượng xấu. Bệnh gặp ở 15% số bệnh nhân (BN) bị UTĐTT [1]. Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật đối với loại bệnh lý này rất cao 25% [2]. Điều trị tắc ruột do UTĐTT kỳ vọng giải quyết được 2 vấn đề là: điều trị tắc ruột và điều trị ung thư. Có nhiều phương pháp xử trí trong cấp cứu và tùy thuộc vào từng hoàn cảnh, kinh nghiệm phẫu thuật viên (PTV), tình trạng BN, tổn thương u trong mổ... Ở các nước phát triển, nội soi đại trực tràng đặt stent qua khối u là một xu thế mới, tuy nhiên cần có trang thiết bị và không phải khối u đại trực tràng nào cũng có thể làm được. Ở nước ta, có 2

phương pháp xử trí còn đang tranh cãi là: chỉ làm hậu môn nhân tạo (HMNT) rồi cắt u thì 2 hoặc cắt u thì 1 phục hồi lưu thông ruột luôn hoặc làm HMNT. Việc lựa chọn phương pháp nào cho đến nay còn chưa thống nhất. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá ưu nhược điểm của từng phương pháp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu mô tả các BN được phẫu thuật cấp cứu tắc ruột do UTĐTT ở bệnh viện Việt Đức từ 1/2014 đến 12/2016 và có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư.

Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đặc điểm phẫu thuật (vị trí u, giai đoạn bệnh (theo AJCC 7th), thời gian phẫu thuật của từng phương pháp, thời gian có lưu thông ruột sau mổ, thời gian nằm viện điều trị sau mổ, tai biến, biến chứng trong và sau mổ). Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ

Trong 3 năm (2014-2016) đã có 163 BN bị tắc ruột do UTĐTT được mổ. Tuổi trung bình $65 \pm 13,92$ (21-103), Nam 100 (61,3%), nữ 63 (38,7%).

Ngày nhận bài: 7.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2017

Ngày duyệt bài: 5.4.2017

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh (GPB), thái độ xử trí

Đặc điểm lâm sàng, GPB, thái độ xử trí	Giá trị N (tỷ lệ %)
Triệu chứng lâm sàng	
Đau bụng cơn	163 (100%)
Nôn	156 (95,7%)
Bỉ trung đại tiện	149 (91,4%)
Thăm trực tràng phát hiện ra u	11 (6,7%)
Vị trí khối u (n=163)	
ĐT lên	29 (17,8%)
ĐT góc gan	15 (9,2%)
ĐT ngang	10 (6,1%)
ĐT góc lách	22 (13,5%)
ĐT xuống	19 (11,7%)
ĐT sigma và chỗ nối giữa sigma với trực tràng cao	38 (23,3%)
Trực tràng	26 (16%)
U nhiều vị trí hoặc đã di căn xâm lấn thành khối lớn	4 (2,5%)
Giai đoạn u	
II	52 (35,1%)
III	52 (35,1%)
IV	44 (29,8%)
Missing	15 (9,2%)
Cắt u (n=163)	
Có	112 (68,7%)
Không	51 (31,3%)
Phương pháp phẫu thuật (n=163)	
HMNT trên u	33 (20,2%)
Cắt u đưa 2 đầu ruột ra ngoài	47 (28,8%)
Cắt u nối ngay	43 (26,4%)
Mở thông hồi tràng	9 (5,5%)
Thăm dò, sinh thiết	5 (3,1%)
PT Hartman	21 (12,9%)
Nối tắt	4 (2,5%)
PT Miles	1 (0,6%)
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	14,51 ± 9,938 (1- 59)

Bảng 2. So sánh kết quả điều trị giữa 2 nhóm phẫu thuật cắt u và không cắt u

Biến	Không cắt u (n=51)	Cắt u (n=112)	P
Vị trí khối u			
ĐT	21 (41,2%)	11 (9,8%)	0,05
Trực tràng	30 (58,9%)	101 (90,2%)	
Giai đoạn bệnh (TMN)			
II	9 (6,1%)	43 (38,3%)	0,05
III	7 (4,7%)	45 (40,1%)	
IV	21 (41,2%)	23(20,5%)	
Phương pháp phẫu thuật			
HMNT	33 (64,7%)	69 (61,6%)	
Cắt u lập lại lưu thông ruột	0	43 (38,4)	
Mở thông hồi tràng	9 (17,6%)	0	
Thăm dò, sinh thiết	5 (9,8%)	0	
Nối tắt	4 (7,8%)	0	
Biến chứng – tai biến	6 (11,8%)	20 (17,9%)	
Chảy máu sau mổ	0	1 (0,9%)	
Nhiễm trùng vết mổ	6 (11,8%)	16 (14,3%)	
Rò tiêu hóa	0	3 (2,7%)	
Tử vong	2 (3,9%)	8 (7,1%)	
T mổ (phút)	92,92 (70,64)	184,7 (148,4)	0,001

T điều trị (ngày)	17,3 (11,03)	13,2 (9,15)	0,001
T phục hồi lưu thông ruột	3,69 ± 2,097	3,96 ± 1,367	0,05

IV. BÀN LUẬN

Tắc ruột do UTĐTT trong nghiên cứu của chúng tôi được định nghĩa là những TH UTĐTT có sự tắc nghẽn hoàn toàn trong lòng ruột, có bệnh cảnh lâm sàng rõ với đau bụng cơn, nôn, bí trung đại tiện, đồng thời có thể có bằng chứng của chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, Xquang, CT-Scan) như mức nước hơi, quai ruột giãn to [4]. Tỷ lệ tắc ruột do UTĐTT ở nam cao hơn ở nữ (61,3% so với 38,7%), tuổi trung bình là 65, lứa tuổi hay gặp nhất là từ 55-74 tuổi (48,5%). Đa số BN đến viện trong tình trạng tắc ruột thấp với các dấu hiệu: đau bụng cơn (100%), nôn (95,7%), bí trung đại tiện (91,4%). Có 39 TH (23,9%) tắc ruột trong khi chờ mổ phẫu thuật.

Chẩn đoán giai đoạn trong nghiên cứu của chúng tôi dựa vào phân loại AJCC 7th (TNM). Trong nghiên cứu có 29,8% TH ở giai đoạn IV, với di căn chủ yếu ở gan, phúc mạc. Có 35,1% TH được chẩn đoán giai đoạn III, 35,1% TH được chẩn đoán giai đoạn II. 9,2% TH không đánh giá được giai đoạn vì lúc mổ chỉ làm HMNT và BN sau mổ ở nơi khác. Không ghi nhận TH nào ở giai đoạn I.

Hiện nay việc điều trị tắc ruột UTĐTT chủ yếu bằng phẫu thuật cấp cứu. Tình trạng ruột non cũng như đại trực tràng không được chuẩn bị, trong lòng ruột chứa nhiều phân, khí và dịch tiêu hóa rất dễ nhiễm trùng. Chính vì vậy tỷ lệ tai biến, biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật cũng như tử vong còn rất cao. Tỷ lệ biến chứng theo các nghiên cứu trên thế giới là 32-64% và tỷ lệ tử vong 15-34%, mặc dù hiện nay đã có nhiều tiến bộ trong chăm sóc hậu phẫu [3], [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10 TH tử vong, chiếm 6,1%. Biến chứng sau mổ có 26 TH (16%) trong đó chảy máu sau mổ có 1 TH, BN được phẫu thuật lại do chảy máu từ tổn thương mạch của bờ cong lớn, 22 TH nhiễm trùng vết mổ (13,5%), chủ yếu là của nhóm phẫu thuật cắt u luân thì một, 3 TH rò tiêu hóa (2,7%) được điều trị bảo tồn, không phải phẫu thuật lại. Chính vì tỷ lệ biến chứng cũng như tử vong cao như vậy, nên hiện nay trên thế giới, đa số các trung tâm đại trực tràng chỉ định đặt stent cho những TH tắc ruột để điều trị trước phẫu thuật, đảm bảo chuẩn bị BN tốt nhất hoặc điều trị giảm nhẹ cho những TH giai đoạn muộn.

Về vị trí u: UTĐTT gây tắc ruột gặp ở tất cả các vị trí khác nhau, trong đó vị trí hay gặp nhất là: ĐT sigma và chỗ nối giữa sigma với trực

tràng cao (23,2%), tiếp đến là ĐT lên (17,8%), trực tràng (16%), góc lách (13,5%), ĐT xuống (11,7%), góc gan (9,2%), ngang (6,1%). Trong nghiên cứu, có 112 TH (68,7%) phẫu thuật cắt u luân thì 1, 51 TH (31,3%) không cắt u (chỉ mở thông, nối tắt, làm HMNT hoặc thăm dò sinh thiết).

Phẫu thuật tắc ruột do UTĐTT đặt ra 2 vấn đề cần giải quyết: vấn đề ưu tiên là giải quyết tắc ruột là chính rồi mới đến điều trị ung thư. Tùy thuộc tình trạng u ở nhiều hay ít, vị trí tắc và kinh nghiệm của PTV mà phương pháp xử trí khác nhau. Đối với những TH tắc ruột do ung thư ĐT lên, đa số tác giả thống nhất cắt ĐT phải nối ngay thì đầu vì ĐT sau u không bị giãn, hồi tràng thường không quá giãn do có van Bauhin, việc cắt ĐT phải cũng không quá phức tạp [3]. Đối với ung thư ĐT ngang, ĐT trái, ĐT sigma hay ung thư trực tràng, cách xử trí còn nhiều tranh cãi [4]. Theo tác giả Nguyễn Văn Vân [5]: với UTĐTT trái nếu u dễ lấy (tùy thuộc nhiều vào kinh nghiệm PTV) thì cắt bỏ đoạn ĐT có u, lập lại lưu thông hoặc làm HMNT. Còn một số tác giả nước ngoài khác như Parc, Fagniez [6] thì làm HMNT thì đầu là nguyên tắc trong điều trị tắc ruột do UTĐTT trái. Với UTĐTT tràng trái, nhiều tác giả đề xuất rửa ĐT trong mổ giúp tăng khả năng lập lại lưu thông tiêu hóa ngay thì 1. Một số tác giả cho rằng đối với UTĐTT trái cắt toàn bộ ĐT hoặc gần toàn bộ ĐT. Phẫu thuật một thì (cắt u, lập lại lưu thông luân) khi tình trạng toàn thân và ổ bụng tốt. Với BN già yếu hoặc tắc ruột muộn chủ trương mở thông trên chỗ tắc. Phẫu thuật hai thì: thì đầu chỉ làm HMNT trước u để giải phóng vấn đề tắc nghẽn, thì sau mổ cắt u. Thời gian giữa 2 thì là bao lâu thì tùy thuộc vào tình trạng toàn thân, giai đoạn u. Thời gian mổ trung bình giữa 2 thì trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,54 ± 7,29 ngày (5-31), do tính gộp ngày điều trị 2 lần mổ nên thời gian điều trị của nhóm mổ 2 thì cao hơn nhóm cắt u thì 1. Hiện nay đa số các tác giả trên thế giới ủng hộ việc mổ 2 thì, thì 1 chỉ giải quyết tắc ruột (làm HMNT trên u hay đặt stent) sau đó chuẩn bị BN tốt (đánh giá toàn thân, đại tràng, nuôi dưỡng, rửa ruột...) để cuộc mổ được thực hiện tốt cả về trang bị, PTV... đảm bảo tốt về ung thư học (nạo vét hạch, cắt rộng rãi...). Trên thế giới, việc điều trị những TH tắc ruột do UTĐTT thì 1 được thực hiện bằng nội soi ĐT đặt stent kim loại tự giãn (SEMS-self expanding metal stent) bắc cầu qua lòng đại trực tràng chỗ u tắc. Đây là một phương pháp mới

được mô tả lần đầu bởi Dohmoto năm 1991 [7] có nhiều ưu điểm tuy nhiên đòi hỏi có dụng cụ (SEMS), trang thiết bị và cũng có thất bại (do u to, dài, hẹp chắc...) và biến chứng (thủng, chảy máu...) phù hợp với những TH tắc ruột cấp cứu do u trực tràng và ĐT trái.

Hơn nữa trong cấp cứu khi mổ cắt u thì 1 sẽ kéo dài cuộc mổ, rất khó cắt u, nạo vét hạch tiêu chuẩn, PTV không chuyên khoa... dẫn đến nhiều biến chứng trong và sau mổ. Đa số các PTV của chúng tôi vẫn theo quan điểm cắt u thì 1 (68,7%) mặc dù thời gian mổ kéo dài (trung bình 184 phút), tỷ lệ biến chứng cao (17,9%), thời gian nằm viện dài (trung bình 13,2 ngày) chưa kể việc cắt u, nạo vét hạch khó đạt chuẩn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tắc ruột gặp 9% trong các UTĐTT được mổ. 65% ở giai đoạn 3 trở lên. Đa số cắt u luân thì 1 (68,7%) với thời gian mổ trung bình 184,7 phút, tỷ lệ biến chứng (16%), tử vong (6,1%) cao hơn so với nhóm BN chỉ làm HMNT thì đầu hơn nữa khả năng cắt u triệt để cũng khó khăn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ohman U.** Prognosis in patients with obstructing colorectal carcinoma. *Am J Surg.* 1982;143:742–747, Irvin TT, Greaney MG. The treatment of colonic cancer presenting with intestinal obstruction. *Br J Surg.* 1977;64:741–744.
2. **Mella J, Biffin A,** Radcliffe AG, et al. Population-based audit of colorectal cancer management in two health regions. *Br J Surg.* 1997; 84:1731–1736.
3. **Fielding LP,** Stewart-Brown S, Blesovsky L. Large-bowel obstruction caused by cancer: a prospective study. *BMJ.* 1979;2:515–17.
4. **Leitman IM, Sullivan JD, Brams D, DeCosse JJ:** Multivariate analysis of morbidity and mortality from the initial surgical management of obstructing carcinoma of the colon. *Surg Gynecol Obstet* 1992, 174:513-518.
5. **Nguyễn Văn Vân (1991).** *Ung thư ĐT. Bách khoa toàn thư bệnh học.* Từ điển bách khoa Việt Nam, tr 288-291.
6. **Parc R., et col., (1989),** Faut-il condamner la colotomie premier dans les cancers colique gauches en occlusions? *Chiurgie* tome 115, 112-116.
7. **Dohmoto M. New method:** endoscopic implantation of rectal stent in palliative treatment of malignant stenosis. *Endosc Dig.* 1991; 3:1507-1512.

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ CÁC KHỐI U TIỂU KHUNG BẰNG PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Lê Tư Hoàng*, Lê Nhật Huy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm điều trị các khối UTK bằng phẫu thuật tại BV Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả các bệnh nhân UTK được phẫu thuật tại BV Việt Đức giai đoạn 2011-2015. **Kết quả:** Có 92 BN được chẩn đoán UTK được phẫu thuật trong 5 năm, UTK thường có kích thước to, trên 5cm (94,6%), 52 BN (56,5%) BN có thể mổ cắt toàn bộ u, 40 BN (43,5%) không thể cắt được u hoặc chỉ cắt được 1 phần u. Biến chứng trong mổ 16 BN (17,4%), thường gặp là chảy máu. Không có tử vong trong và sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật UTK khó, khả năng không cắt bỏ hết u cao, nhiều biến chứng trong mổ, cần phối hợp nhiều chuyên khoa để phẫu thuật UTK.

Từ khóa: U tiểu khung, phẫu thuật, biến chứng

SUMMARY

INITIAL RESULT OF SURGICAL TREATMENT OF TUMORS IN PELVIC REGION IN VIET DUC HOSPITAL

Objectives: To assess initial results of treatment of operated tumors in pelvic region in the Viet Duc hospital. **Methods:** Retrospective descriptive of all operated patients who have tumor in pelvic region in the Viet Duc hospital. **Results:** 92 patients were diagnosed having tumors in pelvic region and were operated in 5 year. The size of the tumors usually are over 5cm (94.6%), 52 patients (56.5%) having the tumors could be resected totally, 40 tumors (43.5%) could not be removed totally. Surgical complications occurred in 16 patients (17.4%), the most common complication was bleeding. There was no deaths during and after the operations. **Conclusion:** Surgical treatment for tumors in pelvic region met with difficulties. It is very difficult to remove the tumors totally, there are a lot of complications (peri, post-operative complication). It is necessary to coordinate multiple surgical specialties.

Keywords: Tumor in pelvic region, surgical treatment, complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tiểu khung (UTK) là một thuật ngữ thường được sử dụng trong lâm sàng để chẩn đoán các khối u phát triển từ mô liên kết, thần kinh, mạch máu và bạch huyết... nằm trong vùng tiểu

khung. UTK không có nguồn gốc từ một tạng thuộc tiểu khung hoặc thành tiểu khung, cũng không phải là ung thư thứ phát từ một cơ quan khác trong cơ thể.

Vùng tiểu khung tuy nhỏ, hẹp nhưng lại chứa đựng nhiều cơ quan khác nhau: tiêu hóa, tiết niệu, sinh dục, mạch máu, thần kinh... do đó việc điều trị bằng phẫu thuật trong một số trường hợp bắt buộc phải có sự phối hợp của nhiều chuyên khoa khác nhau.

UTK hiện chưa được tập hợp và nghiên cứu nhiều, đã có nhiều thông báo lâm sàng về một vài trường hợp cụ thể, hoặc được đề cập như là các khối u dưới phúc mạc hoặc trong các nghiên cứu về u sau phúc mạc nói chung [1][2][3][4]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả sớm điều trị các khối UTK bằng phẫu thuật tại BV Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u tiểu khung được phẫu thuật có kết quả GBP đúng tiêu chuẩn định nghĩa UTK trong thời gian 5 năm từ năm 2011 đến 2015

2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả, số liệu xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn 2011-2015, đã có 92 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UTK và được phẫu thuật tại BV Việt Đức.

1. Đặc điểm dịch tễ học

1.1. **Tuổi trung bình:** Tuổi trung bình: 44,01 ± 18,24; Tuổi thấp nhất là 2 ngày tuổi, tuổi cao nhất là 83 tuổi

1.2. **Giới:** Nam: 41 BN chiếm 44,56%; Nữ: 51 BN chiếm 55,44%

1.3. Triệu chứng lâm sàng thường gặp

Triệu chứng	N	%
Đau hạ vị	53	57,6
Đại tiện khó	7	7,6
Tiểu khó	6	6,5
Đau tê bì chi dưới	17	18,5
Tự sờ thấy u bụng	6	6,5
Khác	18	19,6

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của các BN UTK là đau hạ vị và tê bì chi dưới, các triệu chứng này mang tính chất gợi ý chứ không mang tính đặc hiệu.

* Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tư Hoàng

Email: letuhoang89@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2017

Ngày duyệt bài: 12.3.2014

1.4 Chẩn đoán hình ảnh: tất cả các BN đều được siêu âm và chụp cắt lớp vi tính (CLVT). Siêu âm có giá trị sàng lọc, định hướng chẩn đoán, độ nhạy phát hiện u là 87%. Chụp CLVT giúp chẩn đoán chính xác vị trí, kích thước, liên quan của u với tạng xung quanh, mạch máu của u, tỷ trọng của u...

2. Kết quả phẫu thuật

2.1. Cách thức phẫu thuật:

2.1.1. Đường mổ: Đường mổ u tiểu khung

Bảng 1. Tạng bị xâm lấn trong mổ

Tạng bị xâm lấn	N	%
Trực tràng	5	5,4
Bàng quang	2	2,2
Niệu quản	6	6,5
Tử cung, buồng trứng	5	5,4
Tiền liệt tuyến, túi tinh	2	2,2
Động mạch chậu	2	2,2
Xương cùng cụt	16	17,4

2.1.4. Khả năng phẫu thuật lấy bỏ u.

Bảng 2. Phẫu thuật lấy bỏ u

Phẫu thuật	N	%
Lấy toàn bộ u	60	65,2
Lấy một phần u	16	17,4
Không cắt được u	16	17,4
Tổng số	92	100

Tỷ lệ cắt toàn bộ u là 65,2%. Tuy nhiên vẫn có 17,4% trường hợp không thể cắt bỏ được u triệt để.

2.1.5. Các phẫu thuật kèm theo khi phẫu thuật UTK

Bảng 3. Phẫu thuật kèm theo

Phẫu thuật kèm theo	N	%
Cắt trực tràng	9	9,8
Cắt, khâu bàng quang	2	2,2
Cắt đoạn niệu quản	6	6,5
Cắt tử cung, phần phụ	5	5,4
Cắt đoạn ĐM chậu	2	2,2
Cắt đoạn ruột non	1	1,1

UTK nằm sau trực tràng, dễ gây tổn thương, xâm lấn vào trực tràng do đó phẫu thuật trực tràng là thường gặp nhất.

2.1.6. Sinh thiết tức thì trong mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 47 trường hợp làm STTT. Kháng định ác tính đúng 9/11 trường hợp, kháng định lành tính đúng 27/29 trường hợp.

2.2. Biến chứng

2.2.1. Các tai biến và xử lý tai biến trong mổ:

Tai biến trong mổ hay gặp là chảy máu gặp ở 9 trường hợp (9,8%), 1 tổn thương niệu quản, 1 tổn thương trực tràng. Cách cầm máu trong mổ là đốt điện, khâu, có 3 trường hợp phải chèn gạc lớn vào tiểu khung.

2.2.2. Biến chứng sau mổ: Biến chứng sau mổ hay gặp nhất cũng là chảy máu, gặp ở 3 trường hợp (3,3%). Cả 3 trường hợp này phải mổ lại, chèn gạc cầm máu. Mỗi biến chứng: rò tiêu hóa, rò nước tiểu, bực vết mổ, tê yếu chi

chủ yếu là đường mổ đường giữa dưới – trên rốn chiếm 94,5% (87 BN), cả 3 trường hợp mổ đường sau hậu môn đều là trẻ em. Có duy nhất 1 trường hợp mổ qua đường âm đạo.

2.1.2. Kích thước khối u trong mổ: Đa số các trường hợp u tiểu khung thường rất to, chỉ có 5,4% số BN có kích thước khối u nhỏ hơn 5 cm. 43,5% u to trên 10cm, 51,5% u to từ 5 - 10 cm

2.1.3. Xâm lấn tiểu khung và cơ quan khác do u tiểu khung

dưới chỉ gặp 1 trường hợp. Trường hợp rò tiêu hóa phải làm HMNT đại tràng sigma. Không có BN tử vong trong và sau mổ.

2.3. Đặc điểm GPB: Tỷ lệ cao nhất là u có nguồn gốc trung mô (34,8%) và u bao dây thần kinh (27,2%). U nguồn gốc tế bào mầm 8,7%, có 12% u không xác định được nguồn gốc. Chúng tôi gặp 40 BN (43,4%) là u ác tính, 52 (56,6%) là u lành tính (các u không làm được hoá mô miễn dịch chúng tôi cho vào nhóm lành tính).

IV. BÀN LUẬN

1. Triệu chứng lâm sàng: Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của UTK là "triệu chứng muộn" của các cơ quan xung quanh, thường xuất hiện muộn khi u đã có kích thước khá lớn những dấu hiệu này không đặc biệt cho một loại u nào cả. Không có gợi ý về giới và độ tuổi cho các loại u. Một số nghiên cứu khác cũng có nhận xét tương

tự [1][2][3]

2. Cách thức mổ: Chuẩn bị, đánh giá UTK trước mổ rất quan trọng. Do đặc điểm của UTK mà nhiều chuyên khoa phẫu thuật (mạch máu, tiêu hóa, tiết niệu, nhi khoa và ngay cả ghép tạng) đều có liên quan đến. Điều đó phụ thuộc vào thăm dò chẩn đoán trước mổ để biết được mối liên quan giữa UTK với cơ quan tiêu hóa, tiết niệu và mạch máu lớn sau phúc mạc.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được mổ ở hầu hết các chuyên khoa do tỷ lệ cắt đại trực tràng cao nên nhiều tác giả khuyên chuẩn bị đại tràng sạch trước mổ cho mọi trường hợp UTK là cần thiết.

Đường mổ cũng là vấn đề đáng quan tâm của phẫu thuật viên. Nhiều tác giả cho rằng đường mổ trong phẫu thuật UTK phải bảo đảm thăm dò rộng rãi ổ bụng. Đường mổ trên dưới rốn được ưa dùng nhiều nhất đối với UTK do u thường có kích thước lớn và nằm sâu. Đối với UTK ở trẻ em đường mổ cần nhắc phối hợp đường sau cùng cắt. Chúng tôi có 87/92 BN mổ bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, mổ đường sau cùng cắt 3/92 và 1/92 qua thành âm đạo, 1 BN được mổ bằng PTNS.

3. Phương pháp phẫu thuật: UTK thường phát hiện muộn khi có chèn ép nên u to, xâm lấn tạng lân cận. Các tạng ở tiểu khung nhiều, liên quan giải phẫu phức tạp, phẫu trường hẹp nên gặp nhiều khó khăn khi mổ do vậy không phải trường hợp nào cũng có thể cắt được toàn bộ khối u. Đối với những trường hợp khối u còn di động chưa xâm lấn vào các tạng xung quanh có thể cắt bỏ được. Điều quan trọng là khi phẫu thuật cần phải đánh giá đầy đủ các thương tổn, tỉ mỉ, thận trọng bóc tách sạch sẽ tổn thương, nhận định và xử trí hợp lý các tạng xâm lấn để làm sao lấy gọn được khối u. Tỷ lệ cắt bỏ toàn bộ u của chúng tôi chỉ 65,2%.

Với khối u đã xâm lấn vào thành chậu hông, cứng chắc hay tạo thành màng, trong trường hợp này cố gắng bóc tách hết thương tổn là rất khó khăn. Nguy cơ chảy máu do u xâm lấn vào các mạch máu vùng chậu hông như ĐM chậu, ĐM chậu trong, chậu ngoài, các đám rối tĩnh mạch trước xương cùng. Khi u xâm lấn niệu quản, xương, thần kinh ... cũng để lại những tai biến và biến chứng nguy hiểm. Trong trường hợp đó có thể tiến hành lấy u trong vỏ tức là lấy khối u để lại lớp vỏ xâm lấn tổ chức xung quanh sau đó cầm máu vỏ bằng đốt điện hay khâu. Tuy không lấy được triệt để nhưng cũng giải quyết ngay cho bệnh nhân có những khối u lớn chèn ép hết vùng tiểu khung gây chèn ép các cơ quan

trong tiểu khung. 17,4% trường hợp chúng tôi chỉ cắt giảm được u.

Có một số thủ thuật phải thực hiện có tính chất chuyên khoa như: khâu nối mạch máu, niệu quản, tạo hình bàng quang... cần phối hợp với các phẫu thuật viên chuyên khoa để xử trí một cách hợp lý và đảm bảo không xảy ra các biến chứng và tai biến sau mổ. Các phẫu thuật phối hợp là 25/92 (27,2%). Số can thiệp phẫu thuật chuyên khoa mạch máu là 2/25, tiêu hóa: 9/25, tiết niệu: 6/11, cắt tử cung phần phụ 6/25.

Các khối UTK có nguồn gốc, đặc điểm giải phẫu bệnh rất đa dạng. U có thể lành tính hoặc ác tính. Phẫu thuật UTK là cần thiết vì ngoài việc cắt bỏ u còn có giá trị chẩn đoán xác định bản chất u, qua đó quyết định hướng điều trị tiếp theo cũng như tiên lượng cho bệnh nhân. Đối với UTK, nhận xét đại thể lúc mổ là u ác hay lành rất khó (chưa nói đến bản chất mô học của nó lại càng khó khăn hơn) do tính hiểm gập của UTK. STTT giúp xác định cắt u triệt để (diện cắt không còn tế bào ung thư). STTT còn giúp xác định tính chất u để định hướng xử trí trong mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 47 trường hợp làm STTT. Kháng định ác tính đúng 9/11 trường hợp, kháng định lành tính đúng 27/29 trường hợp.

Chẩn đoán được lymphoma ác tính và u tế bào mầm ác tính trong mổ là rất quan trọng. Các tác giả đều cho rằng nếu là lymphoma ác tính thì không nên cắt bỏ mà nên điều trị hóa chất, tia xạ ngay. Còn nếu là u tế bào mầm ác tính thì cũng phải cắt bỏ u và kết hợp điều trị hóa chất sớm sau mổ [5].

Mặc dù phẫu thuật UTK phức tạp, cắt bỏ nhiều tạng, nhiều phẫu thuật phối hợp nhưng biến chứng sau mổ của chúng tôi chỉ có 7 trường hợp, mổ lại 3 trường hợp đều do biến chứng chảy máu sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có BN tử vong trong và ngay sau mổ.

Kết quả theo dõi xa cần có nhiều thời gian, đánh giá ở nhiều khía cạnh (điều trị hóa chất, tia xạ hỗ trợ...), nhiều tiêu chí (thời gian sống, chất lượng sống...) chúng tôi chưa đề cập được trong khuôn khổ bài báo này.

V. KẾT LUẬN

UTK có nguồn gốc GPB phức tạp, có lành tính có ác tính thậm chí khó xác định. Bệnh thường phát hiện muộn, cắt bỏ u khó khăn, có thể phải cắt bỏ nhiều tạng, phối hợp nhiều chuyên khoa. Kết quả sớm sau mổ khả quan, không có tử vong sau mổ. Cần có thời gian để đánh giá kết quả xa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Dương Vương (1998), *Nghiên cứu chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng của các u sau phúc mạc thường gặp tại bệnh viện Việt- Đức*, Luận án Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Trương Nguyễn Duy Linh, Nguyễn Minh Hải, Phan Dương, Võ Tấn Long, Đinh Quang Tuyền, Võ Công Khanh, Đỗ Trọng Khanh (2007) " u trước xương cùng - đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị" *Tạp chí ngoại khoa*, số 6- 2007
3. Lê Ngọc Thành (1987), *Góp phần chẩn đoán các khối u sau phúc mạc*, Luận án Tốt nghiệp bác sĩ Nội trú, Đại học Y Hà Nội.
4. Lê Quý Sơn và Trần Thiện Trung (2007), " Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giải phẫu bệnh và xử trí u sau phúc mạc " *Tạp chí ngoại khoa*, số 5- 2007.
5. Bùi Trung Nghĩa, Trịnh Hồng Sơn (2009) "Chẩn đoán và điều trị các khối u trước xương cùng cụt" *Y học thực hành*, số 8-2009 Tr 75-80.
6. Pinson R. B., Stoner J. A., Walterhouse D. O. et al. (2004), "Results of treatment of fifty-six patients with localized retroperitoneal and pelvic rhabdomyosarcoma: a report from The Intergroup Rhabdomyosarcoma Study-IV, 1991-1997", *Pediatr Blood Cancer*, 42(7): 618-25.

PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY QUÁ KHỨ, HIỆN TẠI, TƯƠNG LAI

Phạm Văn Bình*, Trần Đình Tân**

TÓM TẮT

Ung thư dạ dày là một bệnh ung thư thường gặp của ung thư đường tiêu hoá. Phẫu thuật là phương pháp chính điều trị ung thư dạ dày. Với lịch sử trên 1 thế kỷ, phẫu thuật mổ mở nạo vét hạch đã được chuẩn hoá vẫn đóng một vai trò quan trọng trong điều trị ung thư dạ dày. Năm 1994 mở đầu một kỷ nguyên mới áp dụng phẫu thuật nội soi cắt ung thư dạ dày, tới nay đã có nhiều nghiên cứu đối chứng đa trung tâm chứng minh tính ưu việt của phương pháp này về phương diện ngoại khoa nhưng vẫn đảm bảo an toàn về mặt ung thư học so với phẫu thuật mổ mở kinh điển. Phẫu thuật nội soi rõ bắt đầu đang được ứng dụng trong những bước đi đầu tiên điều trị ung thư dạ dày đã cho những kết quả triển vọng. Câu hỏi về khía cạnh ung thư học của phẫu thuật nội soi rõ bắt đầu vẫn cần những nghiên cứu tiếp theo.

Từ khoá: Phẫu thuật, ung thư dạ dày

SUMMARY

SURGERY FOR GASTRIC CANCER: PAST-PRESENT-FUTURE

Gastric cancer is a common gastrointestinal cancer. Surgery is the main treatment method of gastric cancer. With a history of over one century, open surgery for lymphadenectomy was standardized that play an important role in the treatment of gastric cancer. 1994 begins a new era of laparoscopic surgery for gastric cancer. So far there have been many multicenter controlled studies proving the superiority of this method in terms of surgery, while ensuring safety in terms of oncology outcome in comparison with open surgery. Da Vinci Robot laparoscopic surgery has been applied for treatment of gastric

cancer that has showed promising results in first steps. Oncology outcome of Da Vinci Robot surgery still needs further studies.

Keywords: surgery, gastric cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho tới ngày hôm nay ung thư dạ dày (UTDD) vẫn là gánh nặng của ung thư đường tiêu hoá đối với chúng ta vì mỗi năm có gần 1 triệu ca UTDD mới mắc trên toàn thế giới (chiếm 6,8% và đứng thứ 5 trong các loại ung thư thường gặp), số tử vong vào khoảng gần 800.000 ca (đứng thứ 3 trong các loại ung thư gây tử vong)[4]. Phẫu thuật UTDD đã có lịch sử trên 1 thế kỷ nay và vẫn sẽ là một phương pháp điều trị chủ yếu hiện nay, chính vì thế sự tìm tòi để cải tiến các phương pháp phẫu thuật UTDD luôn là khao khát của các phẫu thuật viên ung thư tiêu hoá. Phẫu thuật mổ mở, phẫu thuật nội soi (PTNS), phẫu thuật nội soi robot Da Vinci (PTNSRB) là các phương pháp phẫu thuật UTDD đang được ứng dụng trên thế giới (chúng tôi không đề cập tới nội soi ống mềm cắt niêm mạc trong UTDD sớm ở bài viết này) [2],[3],[5]. Nhược điểm của phương pháp này đôi khi lại là ưu điểm của phương pháp kia và là động lực để các phẫu thuật viên tìm ra một phương pháp phẫu thuật mới hiệu quả hơn, chính vì vậy mục đích của bài viết này là:

1. *Tìm hiểu về lịch sử của phẫu thuật UTDD*
2. *Đánh giá vai trò của các phương pháp phẫu thuật UTDD tại thời điểm hiện nay và trong tương lai*

II. LỊCH SỬ CỦA PHẪU THUẬT UTDD

Ca UTDD đầu tiên biết đến trong lịch sử được mô tả trong cuốn "Ebers Papyrus" cuốn sách

* Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 20.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2017

Ngày duyệt bài: 11.4.2017

được viết vào khoảng những năm 1600 BC. Sau đó đến thế kỷ thứ 2 AD, Hypocrat, Ông tổ của nền y học hiện đại là người đầu tiên dùng thuật ngữ "cancer và carcinoma" theo tiếng Hy Lạp là "Karkinos và Karkinoma" để mô tả bệnh UTDD, ông cho rằng bệnh xâm nhập qua da vào trong cơ thể con người. Những luật lệ khắt khe của nền văn minh La Mã, Hy Lạp và Ai Cập cổ đại không cho phép nghiên cứu giải phẫu trên thân thể con người nên đã dẫn tới quan niệm này. Thế kỷ 11 Avicenna, một thầy thuốc Ả Rập xuất chúng thời bấy giờ đã viết về UTDD trong cuốn "Avicenna Medical Encyclopaedi" đây là cuốn sách nói lên những kiến thức về y học của nền văn minh đạo Hồi và Hy Lạp. Tuy nhiên phải đến thế kỷ 18 những giả thiết về ung thư mới thay đổi và được biết đến trong cuốn luận án của bác sĩ Peyrile, viện hàn lâm khoa học Lyon. Ở thế kỷ 18, với sự phát triển khoa học kỹ thuật trong thời kỳ Phục hưng, nhiều kiến thức, quan niệm thời Trung cổ đã có cơ hội được nghiên cứu và thay đổi như thuyết Nguồn gốc ung thư mới đã được ra đời. Năm 1774, luận án "Dissertatio Accademica de Cancro" của Dr. Peyrile được xuất bản tại Học viện Lyon, đã mở đầu thời kỳ phát triển của khoa học nghiên cứu bệnh ung thư. Mặc dù vậy UTDD vẫn là ẩn số cho các bác sĩ điều trị. Mãi cho đến năm 1835, J. Cruveilhier đã mô tả các trường hợp loét dạ dày lành tính và ác tính, đây chính là cột mốc của một kỷ nguyên mới về bệnh nguyên ung thư. Chính những hiểu biết về UTDD này đã giải thích cái chết của Napoleon, vị hoàng đế nước Pháp vào năm 1821 trong biên bản mổ tử thi mô tả khối u dạ dày bị thủng bít [7].

40 mười năm sau, lịch sử phẫu thuật UTDD được bắt đầu bởi Jules Emile Pean, một phẫu thuật viên người Pháp nổi tiếng thực hiện ca cắt dạ dày đầu tiên trên thế giới vào ngày 7 tháng 4 năm 1879. Thật không may bệnh nhân tử vong ở ngày thứ 5 sau mổ. Một năm sau giáo sư ngoại khoa Ludwig R.von Rydygier ở trường đại học Krakow lại một lần nữa cố gắng thực hiện phẫu thuật UTDD nhưng bệnh nhân lại ngừng thở ngay trong đêm sau mổ. Sau nhiều nỗ lực, cuối cùng ca phẫu thuật cắt dạ dày điều trị UTDD đầu tiên cũng đã thành công. Ca mổ được thực hiện ngày 22 tháng 1 năm 1881 bởi Theodor Billroth ở Vienna, báo cáo thành công của ca mổ sau đó được công bố vào năm 1882. Bệnh nhân UTDD đầu tiên được phẫu thuật thành công là Therese Heller, một phụ nữ 43 tuổi bị hẹp môn vị, đau bụng âm ỉ sau đó xuất hiện nôn liên tục trong 6 tuần. Kết quả là cơ thể bà trở nên xanh xao, hốc

hác, tự sờ thấy u ở vùng thượng vị. Vài ngày trước khi phẫu thuật, bà đã được rửa sạch dạ dày bằng 14 lít nước. Bệnh nhân được gây mê bởi Tiến sĩ Barbieri bằng hỗn hợp chloroform, rượu và ether. Với một đường mổ bụng dài 11cm, khối u môn vị đã được cắt bỏ, tá tràng được cắt ở 2cm dưới môn vị và dạ dày được cắt ở 3 cm ở phía trên rìa khối u. Miệng nối được thực hiện bằng cách đóng một phần của bờ cong lớn của dạ dày nối với tá tràng bằng đường khâu với tất cả 54 mũi khâu chỉ lín. Bệnh phẩm là phần dạ dày được cắt ra với bờ cong lớn dài 14cm và bờ cong nhỏ 10cm. Tổn thương ung thư được mô tả là một tổn thương dạng nhày, xơ cứng, cùng với nhiều hạch bạch huyết xung quanh cứng chắc. Quá trình hậu phẫu diễn ra thuận lợi, từ ngày thứ hai sau mổ, bệnh nhân đã có thể ăn một muỗng cà phê bơ sữa mỗi giờ. Bà được ra viện ngày thứ 26 sau khi phẫu thuật và mất sau đó 4 tháng vì tái phát. Tuy nhiên đối với Theodor Billroth, phẫu thuật cắt dạ dày thành công đã là một chiến thắng vĩ đại lúc bấy giờ. 14 năm sau cho đến khi nghỉ hưu, ông đã tiến hành phẫu thuật cắt dạ dày cho 257 trường hợp nữa. Năm 1897, Karl Schlatter, một bác sĩ trẻ mới có 32 tuổi đã thực hiện ca phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày lần đầu tiên ở Zurich tại khoa phẫu thuật dưới sự hướng dẫn của giáo sư Kronlein. Bệnh nhân là một phụ nữ 56 tuổi được phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày, nối thực quản với hồng tràng thành công nhưng đã qua đời vì khối u tái phát sau đó 14 tháng. Tin tức về sự thành công của Schlatter lan truyền nhanh chóng trên thế giới. Các ca phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày đã được thực hiện ở nhiều nơi bởi Charles B. Brigham ở San Francisco và Richardson ở Boston. Tính đến ngày hôm nay, sau hơn 100 năm kể từ ca phẫu thuật cắt dạ dày thành công đầu tiên của Billroth, hàng triệu bệnh nhân UTDD đã được chẩn đoán và phẫu thuật thành công [7].

Bệnh nhân UTDD nổi tiếng được rất nhiều người trên thế giới yêu mến là giáo hoàng Pope John XXIII. Ông là con trong một gia đình có 10 người, 2 trong số đó đã mất vì UTDD. Vào năm 1962, chỉ 4 năm sau khi nhậm chức, trong khi đang dành toàn tâm toàn lực cho các công việc cải tổ Công giáo, ông bắt đầu xuất hiện các triệu chứng của bệnh: buồn nôn, các đợt nôn xuất hiện thường xuyên và liên tục hơn. Đến tháng 10 /1962, bốn bác sĩ phẫu thuật nổi tiếng của Italia đã được mời khẩn cấp đến tòa thánh Vatican để khám bệnh cho ông. Trên phim X-quang chụp dạ dày, các bác sĩ đã phát hiện thấy tổn thương ung thư vùng hang môn vị dạ dày, gây chít hẹp gần

như hoàn toàn môn vị, và chính nó là thủ phạm gây ra triệu chứng nôn nhiều và liên tục của ông. Các phẫu thuật viên đều nhất trí không phẫu thuật cho vị giáo hoàng bởi khi phát hiện, khối u của ông đã quá lớn, có thể sờ thấy được ngay trên thượng vị. Hơn thế nữa, với thể trạng của một người khi đó đã 81 tuổi, nguy cơ thất bại của cuộc phẫu thuật là rất lớn. Giáo hoàng và các bác sĩ quyết định tiếp tục sống với căn bệnh của mình. Đến 2/6/1963, ông qua đời do khối u dạ dày biến chứng thủng, gây viêm phúc mạc toàn thể [7].

Lịch sử phương Đông cũng ghi nhận các ca UTDD trong lịch sử. Cùng với cuộc cách mạng trong phẫu thuật UTDD ở các nước phương Tây, tại Nhật Bản các tiến bộ trong điều trị ung thư, đặc biệt là phẫu thuật UTDD đã có những bước phát triển thần kì. Trong suốt những năm của thế kỉ 20 đến hiện nay, Nhật Bản là những nước đi đầu trong lĩnh vực điều trị căn bệnh ung thư UTDD [6],[7].

III. CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT UTDD TẠI THỜI ĐIỂM HIỆN NAY VÀ TRONG TƯƠNG LAI

Trải qua hơn một thế kỷ phẫu thuật mổ mở kinh điển điều trị UTDD vẫn là một phương pháp khẳng định được vị thế của mình. Kỹ thuật ngoại khoa cắt dạ dày gần toàn bộ và cắt dạ dày toàn bộ nạo vét hạch D2 đã trở thành kỹ thuật được chuẩn hoá trên toàn thế giới nên chúng tôi không đi sâu về phân tích kỹ thuật mổ trong bài viết này. Các tác giả Nhật bản luôn là những phẫu thuật viên tiên phong đi sâu về nghiên cứu UTDD với kết quả sống thêm sau mổ 5 năm trên các nghiên cứu đa trung tâm của hiệp hội nghiên cứu UTDD Nhật Bản đạt tới 70% đến 80%. Xuất phát từ sự khác biệt trong quan điểm nạo vét hạch D1 và D2, ở Châu Âu đã có 2 nghiên cứu lớn tiên cứu so sánh đối chứng đa trung tâm của Dutch Gastric Cancer Trail và British Medical Research Council Trail với mục tiêu nghiên cứu là: so sánh kết quả sống thêm sau phẫu thuật UTDD giai đoạn II, IIIA được nạo vét hạch D1 và D2 theo kỹ thuật Nhật Bản [4].

Kết quả cho thấy tỷ lệ sống thêm 5 năm tăng lên rõ rệt từ 25% ở nhóm nạo vét hạch D1 lên tới 45 % ở nghiên cứu Dutch Gastric Cancer Trail và 50% ở nghiên cứu British Medical Research Council Trail ở nhóm nạo vét hạch D2. Hiện nay các phẫu thuật viên về UTDD trên khắp thế giới: Nhật bản, Hàn quốc, Châu Âu, Mỹ... đều nhất trí về chỉ định phẫu thuật nạo vét hạch D2 với UTDD giai đoạn II và III. Hơn một thế kỷ trôi

qua phẫu thuật mổ mở UTDD ngày nay đã khác với thời của Pean và Billroth đó là các mũi chỉ khâu bằng tay có thể thay thế bằng máy GIA, Stapler rút ngắn thời gian mổ và vẫn bảo đảm miệng nối tiêu hoá [4].

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt gần toàn bộ dạ dày được Kitano tiến hành lần đầu tiên trên thế giới vào năm 1994 tại Nhật Bản. Theo Japan Laparoscopic Surgery Study Group thông kê từ 1991 đến 2010 có 34645 UTDD được PTNS tại Nhật Bản, và chỉ riêng năm 2009 có tới 7341 ca. Hiện nay tỷ lệ PTNS chiếm 25% phẫu thuật UTDD tại Nhật Bản, một tỷ lệ cao trên thế giới [6]. Mặc dù vậy câu hỏi luôn được đặt ra là chỉ định PTNS trong UTDD như thế nào? Kết quả của PTNS so với mổ mở kinh điển UTDD có an toàn hay không? Để trả lời 2 câu hỏi này chúng ta cùng tìm hiểu các báo cáo có tính chất thông kê tổng quát phân tích Meta-Analyse

Về chỉ định PTNS của UTDD: trong những năm đầu của thập kỷ 90 PTNS được áp dụng cho UTDD sớm, nạo vét hạch giới hạn ở D1, sau đó cùng với sự hoàn thiện của kỹ năng phẫu tích nội soi chỉ định PTNS áp dụng nạo vét hạch D2. Trong hơn 2 thập kỷ nghiên cứu ứng dụng Nhóm nghiên cứu ung thư lâm sàng Nhật bản đã chỉ định PTNS cho UTDD giai đoạn tiến triển tại chỗ giai đoạn III với các bằng chứng lâm sàng an toàn về ung thư học [2],[3],[5],[6].

Về kết quả của PTNS điều trị UTDD so sánh với mổ mở truyền thống luôn là mục tiêu của các nghiên cứu so sánh đối chứng: Ở Mỹ 1 nghiên cứu tiên cứu so sánh đối chứng lớn tại Memorial Sloan-Kettering Cancer Center với 60 bệnh nhân chia 2 nhóm 30 bệnh nhân mổ mở, 30 bệnh nhân mổ nội soi, theo dõi sống thêm 5 năm sau mổ. Kết quả 2 nhóm về ngoại khoa thời gian mổ (270 – 126 phút), thời gian nằm viện (5- 7 ngày), biến chứng sau mổ nhóm mổ mở cao hơn nhóm nội soi, số lượng hạch nạo vét được như nhau, tỷ lệ tái phát và sống thêm 5 năm sau mổ là tương đương [5].

Kết quả: 2519 bệnh nhân thoả mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu, 1327 bệnh nhân mổ nội soi 52,7%, 1192 bệnh nhân mổ mở 47,3% tác giả rút ra kết luận thời gian mổ nội soi lâu hơn mổ mở 48,67 phút, lượng máu mất trong mổ nội soi ít hơn mổ mở (139,01ml – 174,51ml), thời gian nằm viện ngắn hơn (5 ngày- 7 ngày) số lượng hạch nạo vét được, khoảng cách diện cắt trên, tử vong sau mổ, tỷ lệ tái phát (29,1%- 30,5%) ở 2 nhóm không có sự khác biệt về thống kê. Đặc biệt về mặt ung thư học tác giả phân tích rất kỹ các bài báo tỷ lệ sống thêm không bệnh, sống

thêm toàn bộ 3 năm, 5 năm ở 2 nhóm mổ nội soi và mổ mở đều không có sự khác biệt. Kết luận của nghiên cứu phân tích Meta-analysis này là PTNS điều trị UTDD giai đoạn tiến triển tại chỗ có ưu điểm về ngoại khoa hơn mổ mở, tỷ lệ tái phát, sống thêm không khác biệt. Tuy nhiên vẫn cần có nghiên cứu mới được thiết kế chặt chẽ hơn về ung thư học để so sánh tiên cứu đối chứng đa trung tâm với thời gian theo dõi dài hơn nữa [2].

Năm 2015 Xin-Zu Chen đăng trên www.md-journal.com thông kê phân tích Meta-analysis tỷ lệ sống thêm sau mổ 5 năm giữa mổ nội soi và mổ mở UTDD trên Pub Med từ 1/1990 đến 2/2014. Có 23 bài báo trên tổng số 1137 báo cáo về PTNS mổ UTDD đáp ứng được các tiêu chuẩn nghiên cứu. 7336 bệnh nhân chia 2 nhóm 3368 PTNS và 3968 bệnh nhân mổ mở nạo vét hạch D2. Kết quả được rút ra là tỷ lệ tái phát, sống thêm toàn bộ, sống thêm có bệnh liên quan tới tử vong sau 5 năm của PTNS và mổ mở UTDD giai đoạn I, II, III là tương đương.

Tiến bộ của PTNS lên một bước nữa là Phẫu thuật nội soi rô bốt (PTNSRB) được áp dụng vào mổ UTDD. Chỉ định PTNSRB cho những UTDD giai đoạn T1N0M0, T2N0M0, T2N1M0, với những giai đoạn T4a hay T4b được khuyến cáo không nên áp dụng PTNSRB. Ưu điểm của PTNSRB so với PTNS và mổ mở kinh điển được các tác giả nêu ra là: đối với bệnh nhân: giảm lượng máu mất trong mổ, hồi phục sau mổ nhanh hơn, nhu động ruột trở lại sớm hơn, chất lượng cuộc sống sau mổ tốt hơn. Đối với phẫu thuật viên: được quan sát trường mổ 3D phẫu tích chính xác hơn, thao tác mổ linh hoạt hơn, chu trình đào tạo ngắn hơn. Bên cạnh đó là những nhược điểm: trang bị rô bốt đắt tiền hơn so với phương tiện mổ nội soi thông thường, thời gian mổ kéo dài hơn, chi phí cuộc mổ cao, có ít trung tâm đào tạo về PTNSRB [5].

Se-jin Baek đăng trên tạp chí *World journal gastrointestinal oncology* 2011 về ứng dụng PTNSRB điều trị UTDD trên thế giới cho thấy ca cắt dạ dày đầu tiên bằng robot Davinci vào năm 2003 bởi Hashizume [1]. Tính đến thời điểm 2010 báo cáo của Song có số bệnh nhân lớn nhất về PTNSRB cắt UTDD là 100 ca với thời gian mổ trung bình 231±43,2 phút, lượng máu mất trong mổ 128,2±217,5ml, thời gian nằm viện hậu phẫu 7,8±17,1 ngày, tỷ lệ biến chứng sau mổ 14%, số hạch nạo vét được 35,3±10,5. Sau khi phân tích 12 báo cáo từ 2003-2010 Tác giả rút ra kết luận: PTNSRB trong UTDD còn hạn chế về số lượng báo cáo và số bệnh nhân cung như

thời gian theo dõi sau mổ về mặt ung thư học ngoại trừ những ưu điểm như hồi phục nhanh sau mổ, lượng máu mất ít, số lượng hạch nạo vét nhiều, cần có các thống kê so sánh PTNSRB với PTNS thông thường và mổ mở kinh điển [1]. Hyun M.H đăng trên tạp chí *British journal of surgery* 2013 nghiên cứu tổng kết và Meta-Analysis trên Medline, Embase, the Cochrane từ 2003 (ca phẫu thuật cắt UTDD đầu tiên bằng Rô bốt là năm 2003) tới 10/2012 với tiêu chuẩn là các nghiên cứu so sánh đối chứng giữa PTNSRB với PTNS và mổ mở kinh điển điều trị UTDD có 9 bài báo đáp ứng được các tiêu chuẩn nghiên cứu với 7200 bệnh nhân. Kết quả thời gian mổ dài nhất (ví dụ 259 -203-126 phút), lượng máu mất trong mổ ít nhất, thời gian nằm viện ngắn nhất, biến chứng rò miệng nổi theo thứ tự: PTNSRB – PTNS- mổ mở. Về mặt ung thư học theo dõi ngắn sau mổ: số lượng hạch nạo vét được tương đương, diện cắt trên, sống thêm không bệnh không có sự khác biệt. Tuy nhiên nhược điểm là chi phí cao khi áp dụng PTNSRB, tác giả nhấn mạnh về PTNSRB cần có nghiên cứu sâu hơn nữa [5].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật là phương pháp chính điều trị UTDD với lịch sử phát triển hơn 1 thế kỷ trải qua rất nhiều tiến bộ về kỹ thuật, nhưng mổ mở kinh điển vẫn là phương pháp chuẩn được áp dụng ngày nay. PTNS đã và đang tiếp tục chiếm vị trí quan trọng trong phẫu thuật UTDD giai đoạn sớm và giai đoạn tiến triển tại chỗ với các ưu điểm về khía cạnh ngoại khoa: giảm đau sau mổ, hồi phục nhanh, giảm mất máu, nhưng vẫn đảm bảo về ung thư học: số lượng hạch nạo vét, diện cắt, tỷ lệ tái phát và sống thêm sau mổ tương đương với mổ mở. PTNSRB là một hướng phẫu thuật trong tương lai gần với nhiều triển vọng như tối ưu hoá hơn nữa những ưu điểm về ngoại khoa của PTNS và vẫn đảm bảo về mặt ung thư học so với mổ mở kinh điển, tuy nhiên vẫn cần có các nghiên cứu sâu hơn tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baek. S.J, Lee.DW, Park.S.S, Kim.S.H (2011) "Current status of robot-assisted gastric surgery", *World J Gastrointest Oncol*, 15; 3(10): 137-143
2. Chen.K, Xu.X.U, Mou.Y.P, Pan.Y, et al (2013) "Systematic review and meta-analysis of laparoscopic and open gastrectomy for advanced gastric cancer" *World Journal of Surgical Oncology*, 11:182
3. Chen.X.Z, Wen.L, Rui.Y.Y et al (2015) "Long-term survival outcomes of Laparoscopic Versus open gastrectomy for gastric cancer: A systematic review and Meta-analysis" www.md-journal.com

4. GLOBOCAN 2012 (IARC), Section of Cancer Surveillance (4/2/2017)
http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
5. Hyun.M.H, Lee.C.H, Kim.H.J et al (2013) "Systematic review and meta-analysis of robotic surgery compared with conventional laparoscopic and open resections for gastric carcinoma" British Journal of Surgery; 100: 1566–1578
6. Kitano.S (2012) "Trends in Laparoscopic Gastrectomy in Japan" Laparoscopic Gastrectomy for Cancer, 3-6
7. Santoro.E (2005) "The history of gastric cancer: legends and chronicles" Gastric Cancer 8:71–74, By International and Japanese Gastric Cancer Associations.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ CỦA CLONIDIN TRONG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CAI CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN

Nguyễn Văn Dũng* và cộng sự

TÓM TẮT

Ma túy là mối hiểm họa lớn của hành tinh chúng ta, lan tràn khắp các quốc gia trên thế giới với tốc độ nhanh. Nghiện ma túy gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng cho bản thân người nghiện, cho gia đình và xã hội. **Mục tiêu:** Áp dụng thuốc Clonidine trong hỗ trợ điều trị hội chứng cai các chất dạng thuốc phiện. **Phương pháp nghiên cứu.** Một thử nghiệm lâm sàng mở, tiến cứu để đánh giá kết quả của clonidine trong hỗ trợ điều trị hội chứng cai các chất dạng thuốc phiện ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả** cho thấy: 25% (10 bệnh nhân) đạt hiệu quả với clonidine đơn thuần và liều clonidine chủ yếu từ 0,6-0,9mg, 75% (30 bệnh nhân) đạt hiệu quả với clonidine phối hợp với thuốc khác và liều clonidine tập trung chủ yếu 0,9-1,2mg. Không gặp tác dụng phụ hạ huyết áp ở các đối tượng nghiên cứu. **Kết luận:** Thuốc clonidine làm thuyên giảm cường độ và tính chất triệu chứng của hội chứng cai rõ rệt từ ngày thứ 3 – 6 và hầu hết các triệu chứng mất hết vào ngày thứ 10, người bệnh trở lại trạng thái bình thường.

SUMMARY

RESEARCH RESULTS OF CLONIDINE TREATMENT IN SYNDROME SUPPORT CAI THE OPIATE

Drugs are big threats our planet, spread throughout the nations of the world at a rapid pace. Drug addiction causes many serious consequences for the attitude has been addicted themselves, for their families and society. Objective: Application of Clonidine in support drug withdrawal treatment of opiate substances. Research Methods. An open clinical trial, prospective to evaluate the results of treatment with clonidine in support withdrawal of opiates in patients with inpatient treatment at the Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital. The results showed

that: 25% (10 patients) achieved effectively with clonidine dose of clonidine alone and mainly from 0,6-0,9mg, 75% (30 patients) with clonidine effectively coordinate with other drugs and concentrated doses of clonidine 0,9-1,2mg. Not having hypotensive effects in the study subjects. Conclusion: The drug clonidine alleviate the intensity and nature of the symptoms of withdrawal syndrome markedly from day 3-6 and most of the symptoms are gone by the 10th, the patient returned to a normal state.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây tệ nạn nghiện ma túy đã và đang trở thành mối lo lắng, quan tâm của Đảng, Nhà nước và toàn xã hội. Nghiện ma túy (NMT) đang là vấn đề nhức nhối trên toàn thế giới, đó là mối hiểm họa lớn cho cả hành tinh chúng ta. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, hiện có khoảng 230 triệu người lạm dụng ma túy và các chất gây nghiện, con số này thực tế còn cao hơn nhiều. Ở Việt Nam, theo Bộ Lao động Thương binh và Xã hội số người NMT năm 2015 là 170.000 người có hồ sơ quản lý.

Clonidine là một chất đồng vận của thụ thể α_2 Adrenergic tiền synap, có tác dụng giảm huyết áp, làm giảm các triệu chứng của hội chứng cai heroin. Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu và ứng dụng clonidine trong hỗ trợ điều trị hội chứng cai heroin nhưng ở Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu cụ thể nào về hiệu quả của thuốc này. Chính vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả của clonidine trong hỗ trợ điều trị hội chứng cai các chất dạng thuốc phiện.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. **Đối tượng nghiên cứu:** gồm 40 bệnh nhân được điều trị bằng clonidine tại VSKTT và được chẩn đoán là nghiện heroin theo ICD 10, tuổi từ 21 trở lên. Thời gian từ tháng 6 năm 2013 đến tháng 6 năm 2015 Loại khỏi nghiên cứu những

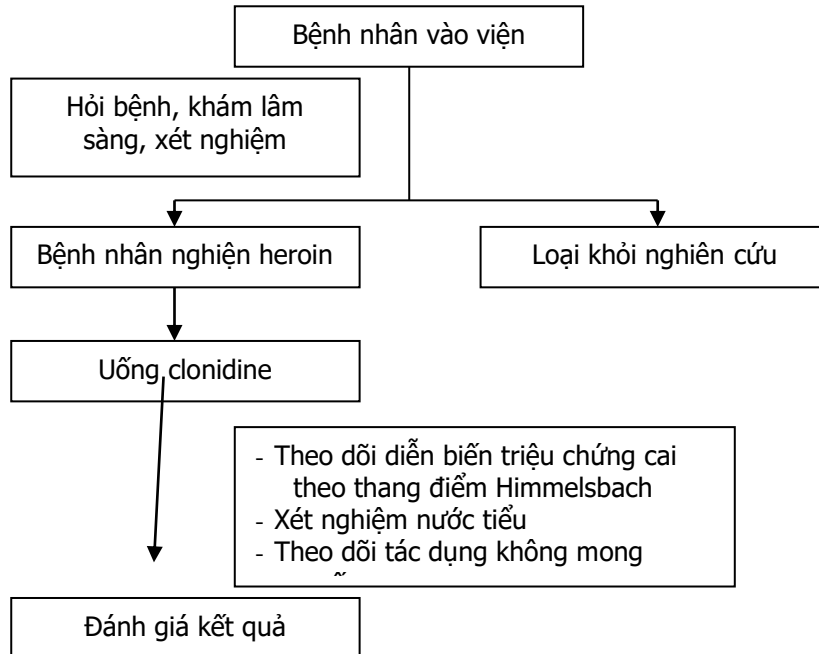
* Viện sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: drdungbm@yahoo.com
Ngày nhận bài: 13.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 15.3.2017
Ngày duyệt bài: 3.4.2017

bệnh nhân HIV, mắc bệnh cơ thể nặng và những bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

- Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng mở nhằm đánh giá trước sau trong quá trình điều trị.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Các bước tiến hành nghiên cứu:



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 40 bệnh nhân nghiên cứu, có 39 bệnh nhân nam và 1 bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $33,95 \pm 8,06$. Chủ yếu các đối tượng có thời gian nghiện trên 5 năm.

Bảng 3.1: Tỷ lệ triệu chứng cai

Triệu chứng	Số lượng	%
Ngáp	20	50,0
Thèm ma túy	3	7,5
Chảy nước mắt, nước mũi	20	50,0
Đau cơ	35	87,5
Mất ngủ	36	90,0
Toát mồ hôi	1	2,5
Dị cảm	31	77,5
Buồn nôn, nôn	3	7,5
Dẫn đồng tử	0	0
Tiêu chảy	12	30,0
Tăng thân nhiệt	0	0
Mạch nhanh	0	0

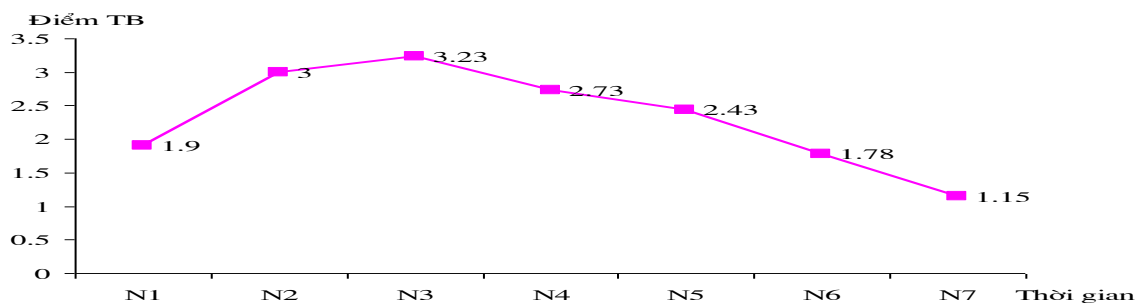
Nhận xét: Triệu chứng mất ngủ, đau cơ, dị cảm chiếm tỷ lệ cao nhất: 90%, 87,5% và 77,5%. Các triệu chứng gặp ít nhất là toát mồ hôi, thèm ma túy và buồn nôn, nôn: 2,5%, 7,5% và 7,5%.

Bảng 3.2: Phối hợp thuốc

	Diazepam		Tisersin		Danotal	
	SL	%	SL	%	SL	%
N1	20	87,0	2	8,7	1	4,3
N2	21	70,0	5	16,7	2	6,7
N3	20	83,3	4	16,7	0	0
N4	18	72,0	6	24,0	1	4,0
N5	17	73,9	5	21,7	1	4,4
N6	15	57,7	6	23,1	5	19,2

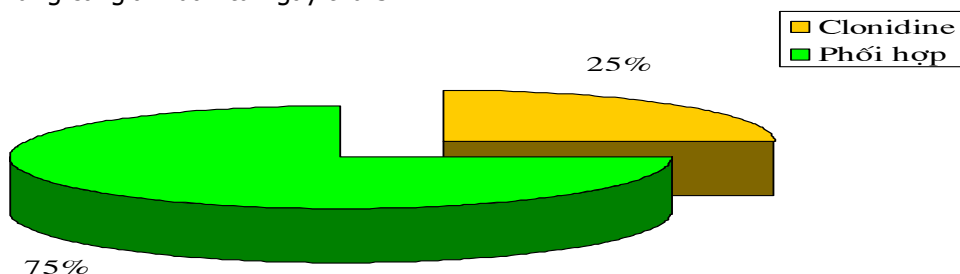
N7	15	57,7	6	23,1	5	19,2

Nhận xét: Tất cả các ngày điều trị đều có phối hợp thuốc. Ngày thứ 2 là ngày phối hợp thuốc nhiều nhất. Thuốc được phối hợp nhiều nhất là Diazepam trong tất cả các ngày.



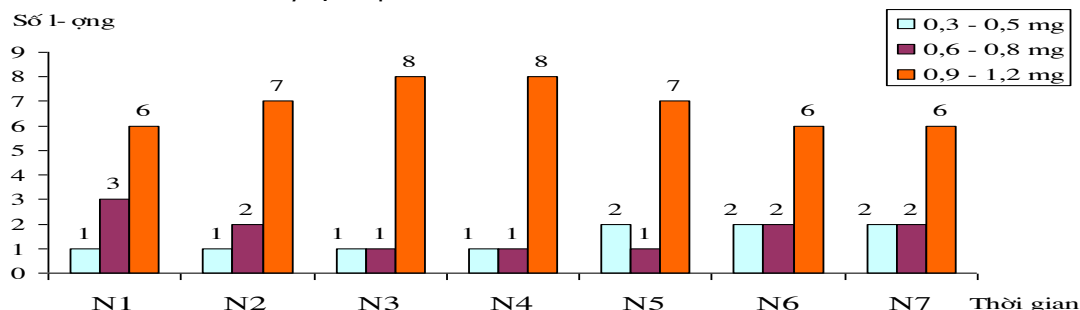
Biểu đồ 3.1: Diễn biến hội chứng cai theo thang Himmelsbach

Nhận xét: Điểm trung bình của hội chứng cai cao nhất vào ngày thứ 3: 3,23 điểm. Điểm trung bình của hội chứng cai giảm dần từ ngày thứ 3.



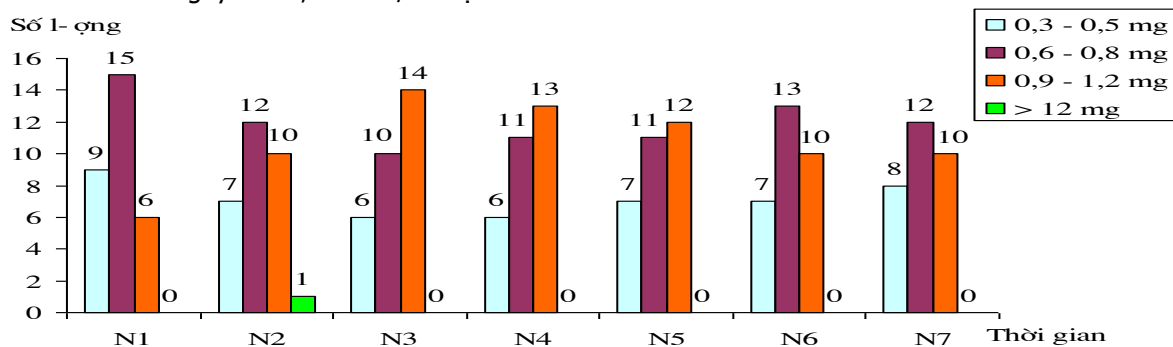
Biểu đồ 3.2: Phân bố thuốc

Nhận xét: 30 bệnh nhân có phối hợp thuốc chiếm tỷ lệ cao (75%). 10 bệnh nhân chỉ sử dụng đơn thuần clonidine chiếm tỷ lệ thấp hơn là 25%.



Biểu đồ 3.3: Phân bố liều clonidine theo ngày trong nhóm điều trị đơn thuần

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân trong nhóm điều trị đơn thuần sử dụng liều từ 0,9mg đến 1,2mg, nhiều nhất vào ngày thứ 3, 4 với 8/10 bệnh nhân.



Biểu đồ 3.4: Phân bố liều clonidine theo ngày trong nhóm điều trị phối hợp

Nhận xét: Ngày thứ nhất có 15/30 bệnh nhân sử dụng liều từ 0,6mg - 0,8mg, chiếm tỷ lệ cao nhất. Ngày thứ 3 có 14/30 bệnh nhân sử dụng liều từ 0,9mg - 1,2mg, chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 3.5: Các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

	Số lượng	%
Chóng mặt	14	35,0
Cơ giât	0	0
Dị ứng	0	0
Hạ huyết áp	0	0
Tác dụng khác	0	0

Nhận xét: Tác dụng không mong muốn gặp duy nhất là chóng mặt, chiếm tỷ lệ 35%. Không gặp tác dụng không mong muốn khác.

IV. BÀN LUẬN

Theo bảng 3.1, phần lớn bệnh nhân đều có triệu chứng mất ngủ, đau cơ bắp, dị cảm. Trong đó mất ngủ chiếm tỷ lệ cao nhất là 90%, đau cơ bắp là 87,5%, dị cảm là 77,5%, ngáp và chảy nước mắt, nước mũi là 50%, tiêu chảy 30%. Số bệnh nhân có triệu chứng thèm ma túy, nôn, toát mồ hôi chiếm tỷ lệ thấp nhất, trong đó thèm ma túy chiếm 7,5%, nôn 7,5% và toát mồ hôi là 1%. Cũng theo biểu đồ 3.1, điểm trung bình hội chứng cai cao nhất vào ngày thứ 2 và ngày thứ 3, từ ngày thứ 4 điểm trung bình giảm rõ rệt. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Văn Cường (2010).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân sử dụng clonidin đơn thuần có 10 bệnh nhân, chiếm 25%, còn lại 30 bệnh nhân có phối hợp clonidin với các thuốc khác (biểu đồ 3.2). Theo Douglas M. Ziedonis và cộng sự (2008), hầu hết các đối tượng tham gia nghiên cứu (84,6%) đều nhận được một số loại thuốc để hỗ trợ điều trị hội chứng cai, để làm giảm bớt các triệu chứng lo lắng, bồn chồn, mất ngủ, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau khớp...

Theo bảng 3.2, có sự phối hợp thuốc ngay từ ngày đầu tiên (20 bệnh nhân sử dụng diazepam, 2 bệnh nhân sử dụng tiscerin và 1 bệnh nhân sử dụng gardenal) và sự phối hợp này kéo dài từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 7 với Diazepam được phối hợp nhiều nhất. Lý do dẫn đến sự phối hợp thuốc chủ yếu là bệnh nhân mất ngủ, lo lắng, bồn chồn vật vã. Tương tự, theo Walter L và Douglas M (2006), 84,6% có phối hợp thuốc, chủ yếu là: oxazepam, lorazepam, phenobarbital.

Theo bảng 3.3, trong quá trình điều trị ít có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng, trong đó chỉ gặp tác dụng không mong muốn là chóng mặt, chiếm 35%, không gặp đối tượng nào hạ huyết áp tư thế. Elmer Yu (2008), khi tiến hành đánh giá lâm sàng về hiệu quả của lofexidine trong điều trị hội chứng cai heroin, nhận thấy tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

đáng kể so với giả dược là: chóng mặt 39% so với 12%, hạ huyết áp (huyết áp tâm thu < 80mmHg) 18% so với 0%, nhức đầu 24% so với 12%.

V. KẾT LUẬN

- Clonidin có hiệu quả hơn trên các triệu chứng: toát mồ hôi, thèm ma túy, nôn.

- Clonidin ít có hiệu quả đối với các triệu chứng: mất ngủ, đau cơ bắp và dị cảm.

- Điểm trung bình của hội chứng cai cao nhất vào ngày thứ 3 (3,23 điểm).

- Clonidin có hiệu quả trong hỗ trợ điều trị hội chứng cai heroin với 10 bệnh nhân (25%) dùng clonidin đơn thuần và 30 bệnh nhân dùng clonidin phối hợp với thuốc khác (75%), chủ yếu là Diazepam.

- Ít tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Lao động Thương binh và Xã hội, Cục Phòng chống tệ nạn xã hội (2013), "Khái quát tình hình nghiện ma túy ở Việt Nam và trên thế giới", *Tài liệu tập huấn điều trị nghiện ma túy*, Viện Sức khỏe Tâm thần, tr. 1-15.
2. Tổ chức Y tế Thế giới (1992), "Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng chất", *Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi*. Mô tả lâm sàng và nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán, tr1-10.
3. Nguyễn Việt (1995), "Phác đồ điều trị nghiện ma túy bằng thuốc hướng thần", *Kỷ yếu hội nghị khoa học về các phương pháp điều trị nghiện ma túy*, Bộ Y tế, Viện Sức khỏe Tâm thần, tr. 96-100.
4. Douglas M. Ziedonis, Leslie Amass (2010), "Predictors of Outcome for Short-Term Medically Supervised Opioid Withdrawal during a Randomized, Multi Center Trial of Buprenorphine-Naloxone and Clonidine in the NIDA Clinical Trials Network Drug and Alcohol Dependence", *Drug Alcohol Depend.* Vol 99, Issues 1-3, USA, pp 28-36.
5. Kahn A, Mumford JP, Rogers GA, Beckford H (1997), "Double-blind study of lofexidine and clonidine in the detoxification of opiate addicts in hospital". *UK, Drug Alcohol Depend.* 1997, 44(1), pp 57-61.
6. Kolb MR, Himmelsbach CK (2009). "Clinical studies of drug addiction. III, A critical review of the withdrawal treatments with method of

evaluating abstinence syndromes". *Amer. J. Psychiatry*, 2009; 94, pp 759-797.

7. **Ling W** (2006), "A multi-center randomize trial of Buprenorphine- naloxone versus clonidine for opioid detoxification", *Findings from the National Institute on drug Abuse Clinical Trials Network*, USA, pp 1-19.

ĐIỀU TRỊ GỠ HỖ THÂN XƯƠNG CHÀY BẰNG SỬ DỤNG KHUNG CỐ ĐỊNH NGOÀI VÀ NẠP KHÓA THEO 2 GIAI ĐOẠN

Nguyễn Năng Giới*, Nguyễn Lâm Bình*, và cộng sự.

TÓM TẮT

Gãy hờ xương chày thường là do các lực chấn thương lớn và kèm theo nhiều biến chứng. Đối với những chấn thương phức tạp loại này, chúng tôi áp dụng quy trình phẫu thuật làm 2 thì. Mục đích chính của nghiên cứu này là đánh giá kết quả điều trị các ổ gãy hờ của xương chày được điều trị theo quy trình trên. Từ tháng 6/2013 đến tháng 1/2016, 30 bệnh nhân gãy hờ phức tạp thân xương chày được điều trị theo quy trình 2 thì mổ. Thì 1: cắt lọc xử trí tổn thương phần mềm, nắn chỉnh ổ gãy và đặt cố định ngoài, thì 2: kết xương bên trong bằng nẹp khóa với kỹ thuật kết xương qua da ít xâm lấn. Có 19 nam, 11 nữ, với tuổi trung bình là 38 (từ 17–64 tuổi). Thời gian theo dõi trung bình là 22 tháng (từ 12–36 tháng). Tất cả các ổ gãy đều liền xương. Thời gian liền xương trung bình là 25 tuần (từ 16 đến 40 tuần). 25 bệnh nhân đạt kết quả rất tốt, 04 bệnh nhân đạt kết quả tốt, 01 bệnh nhân kết quả trung bình. Có 03 trường hợp chậm liền xương đều là ổ gãy 1/3 dưới xương chày. Mờ góc ra ngoài >5° xảy ra ở 03 bệnh nhân, ngắn chi >1cm xảy ra ở 02 bệnh nhân. Chúng tôi khuyến cáo áp dụng quy trình phẫu thuật 2 thì trong điều trị gãy hờ phức tạp thân xương chày, tỉ lệ liền xương cao, phục hồi vận động khớp cổ chân và khớp gối rất tốt, kết quả về chức năng tốt.

Từ khóa: Gãy hờ thân xương chày; nẹp khóa bên trong; cố định ngoài; kết xương qua da ít xâm lấn.

SUMMARY

TREATMENT OF OPEN TIBIAL SHAFT FRACTURE USING EXTERNAL AND INTERNAL LOCKING PLATE IN A TWO-STAGE PROTOCOL

The open tibial fractures usually follow high-energy trauma and are often associated with many complications. We designed a two-stage protocol for these complex injuries. The aim of this study was to assess the outcome of open tibial fractures treated according to this protocol. From June 2013 to January 2016, 30 patients with open tibial fractures were treated using a two-stage procedure. In the first stage, an external fixator to temporarily immobilize the fractures after anatomic reduction had been achieved followed by soft-tissue reconstruction. The second stage involved definitive internal fixation with a locking plate using a minimally invasive percutaneous osteosynthesis. There were 19 males and 11 females, with a median age of 38 years (range, 17–64 years).

*Viện Chấn thương Chỉnh hình - Bệnh viện TƯQĐ 108
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Năng Giới
Email: nanggioi108@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.3.2017
Ngày duyệt bài: 10.4.2017

The median follow-up was 22 months (range, 12 – 36 months). All fractures achieved union. The median time for the fracture union was 25 weeks (range, 16–40 weeks). Functional results were excellent in 25 patients, good in 4 patients and 1 patient got average result. There were three cases of delayed union of distal third of the tibia. Valgus malunion >5 degrees occurred in three patients, and length discrepancy >1 cm was observed in two patients. Use of the two-stage procedure for treatment of segmental tibial fractures is recommended. High union rates, our patients obtained excellent knee and ankle joint motion, good functional outcomes.

Key words: Open tibial fracture, internal locking plates, external fixator, Minimal invasive percutaneous osteosynthesis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp điều trị gãy 2 xương cẳng chân nói chung bao gồm: Điều trị bảo tồn, kết xương bằng đinh nội tủy, kết xương bằng cố định ngoài, kết xương bằng nẹp và vít. Mỗi phương pháp lại áp dụng cho một loại gãy cụ thể. Với gãy hờ 2 xương cẳng chân độ I, II đến sớm phần mềm ít tổn thương có thể kết xương đinh nội tủy hoặc nẹp vít. Nhưng với gãy hờ từ độ II trở, đến muộn phần mềm bầm dập tổn thương rộng, nếu sử dụng nẹp vít hoặc đinh nội tủy thì nguy cơ tổn thương thêm phần mềm, làm giảm nguồn máu nuôi dưỡng ổ gãy, nguy cơ nhiễm trùng cao dẫn đến chậm liền, không liền, viêm xương và thất bại trong điều trị. Do đó, cố định ngoài là phương pháp điều trị được lựa chọn đối với các ổ gãy hờ xương chày phức tạp (4).

Có nhiều loại khung cố định ngoài đã được sử dụng...Tuy nhiên, cố định ngoài có các nhược điểm là thời gian mang khung kéo dài, nguy cơ nhiễm trùng chân đinh cao, hạn chế vận động các khớp gối và khớp cổ chân, bệnh nhân rất bất tiện trong quá trình đi lại vận động. Để khắc phục những nhược điểm trên, sau thời gian mang khung đến khi vết thương ổn định, cẳng chân giảm nề, bệnh nhân được chuyển từ cố định ngoài vào kết xương bên trong bằng nẹp khóa với đường mổ tối thiểu. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu:

- Đánh giá kết quả bước đầu điều trị gãy hờ thân xương chày sử dụng cố định ngoài và nẹp khóa theo quy trình 2 giai đoạn.

- Rút ra một số kinh nghiệm về kỹ thuật mổ, ưu nhược điểm của phương pháp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Từ tháng 6/2013 đến tháng 1/2016, 30 bệnh nhân (19 nam, 11 nữ), độ tuổi từ 17 đến 64 (trung bình là 38 tuổi) gãy hở phức tạp thân xương chày được điều trị tại Khoa B1-A, Viện CT-CH, Bệnh viện TWQĐ 108 theo quy trình 2 thì mổ.

+Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân gãy hở xương chày độ II đến muộn tổn thương bầm dập phần mềm rộng, gãy hở độ III theo phân loại của Gustilo (7).

- Vết mổ liền mà không phải làm vạt vi phẫu che phủ khuyết hổng.

+Tiêu chuẩn loại trừ: sẹo mổ thì 1 xấu dính xương không có khả năng mổ luồn nẹp thì 2

Các ổ gãy hở được phân loại theo Gustilo (7), có 06 bệnh nhân gãy hở độ II đến muộn tổn thương phần mềm rộng, 15 bệnh nhân độ III-A, 6 bệnh nhân độ III-B, 03 bệnh nhân độ III-C.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, không có đối chứng

Đánh giá kết quả

+Kết quả gần: ngay sau mổ dựa vào diễn biến tại vết mổ, kết quả kết xương trên phim XQ dựa theo các tiêu chuẩn đánh giá kết quả của Larson-Bostman.

+Kết quả xa: sau 6 tháng theo tiêu chuẩn kết quả phục hồi chức năng của Ter-Schiphort. Chúng tôi xây dựng một bảng phân loại kết quả xa gồm 4 mức: Rất tốt, tốt, trung bình và kém.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng: Tuổi BN từ 17 đến 64, trung bình là 38 tuổi, có 19 BN nam và 11 BN nữ.

Nguyên nhân gãy xương chủ yếu là do TNGT: 25 BN (83,33%), TNSH: 05 BN (16,67%).

Phân loại gãy hở theo Gustilo: độ II có 06 BN, độ III-A có 15 BN, độ III-B có 06 BN, độ III-C có 03 BN.

Thời điểm phẫu thuật:

- Thì 1 trong ngày đầu sau khi gãy xương
- Thì 2 từ 4-6 tuần sau thì 1 (trung bình là 5 tuần), tùy thuộc phần mềm

Thời gian nằm viện trung bình:

- Thì 1 là 08 ngày (từ 5-14 ngày)

- Thì 2 là 04 ngày (từ 3-7 ngày)

3.2. Đánh giá kết quả gần

Diễn biến tại vết mổ: các bệnh nhân đều liền vết mổ kỳ đầu, không có nhiễm trùng sâu.

Kết quả kết xương chính trực:

- Nắn chỉnh tốt, xương thẳng trục là 25/30 BN (83,3%)

- Mở góc ra ngoài $>5^\circ$ là 03 BN (02 BN 6° , 01 BN 7°)

- Ngắn chi $>1\text{cm}$ là 02 BN (01 BN ngắn 1cm, 01 BN ngắn 2cm)

- Không có di lệch xoay

- Không có lỏng chân đinh cố định ngoài

- Có 12 BN nhiễm trùng nhẹ chân đinh, nhưng trước mổ thì 2 được tháo khung dùng kháng sinh, hết nhiễm trùng.

3.2. Đánh giá kết quả xa

- Sẹo mổ mềm mại không đau, không viêm rõ

- Đánh giá về xương: không có di lệch thứ phát so với mổ thì 1, các bệnh nhân đều liền xương, có 3 BN chậm liền xương với ổ gãy đầu xa.

- Chức năng vận động khớp gối và khớp cổ chân bình thường

- Đánh giá về độ dài chi: có 02 BN ngắn chi từ 1-2cm

Đánh giá chung kết quả xa: rất tốt 25 BN, tốt 04 BN, trung bình 01 BN.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng: Các BN đều tập trung vào tuổi lao động, nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông, tổn thương là gãy hở từ độ II trở lên với tổn thương phần mềm và xương phức tạp, nguy cơ nhiễm trùng cao, không cho phép kết xương bên trong thì đầu,

4.1. Lựa chọn phương pháp điều trị, chỉ định phẫu thuật 2 thì: Xương chày gãy hở phức tạp thường xảy ra khi bị lực chấn thương trực tiếp mạnh. 67-87% các trường hợp gãy hở, tổn thương nặng phần mềm. Với các tổn thương đó thì dẫn tới việc máu cung cấp kém tới ổ gãy, do đó làm kéo dài thời gian liền xương hoặc không liền xương, nhiễm trùng viêm xương.

Nguyên tắc quan trọng trong điều trị là phải ổn định ổ gãy và phục hồi tốt phần mềm để tạo môi trường thuận lợi cho liền xương. Kết xương bên trong sử dụng đinh nội tủy, nẹp vít trong phẫu thuật gãy xương chày có tỷ lệ liền xương cao. Tuy nhiên, việc sử dụng đinh nội tủy, nẹp vít trong điều trị gãy hở có thể làm giảm lượng máu nuôi dưỡng tại ổ gãy, tổn thương thêm phần mềm dẫn đến có nguy cơ chậm liền xương, khớp giả, cơ nhiễm trùng cao, nên chỉ áp dụng cho gãy hở độ I và độ II đến sớm, vết thương sạch, không có bầm dập tổn thương phần mềm lớn.

Việc sử dụng cố định ngoài được cho là giải pháp tạm thời hoặc cuối cùng đối với điều trị ổ gãy hở phức tạp xương chày từ độ II trở lên, bệnh nhân đến muộn, tổn thương bầm dập phần mềm rộng. Cố định ngoài để xử lý thì đầu ổ gãy hở phức tạp xương chày cho kết quả tốt

nhằm cố định vững ổ gãy tạo điều kiện lành vết thương (3).

Một số báo cáo về kết xương 2 thì cho điều trị các ổ gãy xương chày phức tạp có đoạn trung gian và gãy hở (4). Trong các báo cáo đó, bệnh nhân được điều trị thì đầu bằng cố định ngoài sau khi vết thương liền, căng chân giảm phù nề, chân đinh không viêm, được mổ thì 2 kết xương bên trong. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân bị đa chấn thương hoặc có vấn đề về bệnh toàn thân, những bệnh nhân đó khung cố định ngoài cần phải được duy trì trong thời gian dài, điều đó làm hạn chế vận động. Hơn nữa, các khung cố định ngoài thường to và cồng kềnh, bệnh nhân thường gặp khó khăn khi ngủ, mặc quần áo và đi lại.

Kerkhoff và các cộng sự (5) đã trình bày về một nhóm 31 bệnh nhân bị nhiễm trùng không liền xương hoặc gãy hở đã được điều trị thành công bằng phương pháp sử dụng nẹp AO như một cố định ngoài. Tuy nhiên, với tiến bộ của y học, sự ra đời của nẹp khóa được sử dụng để điều trị các ổ gãy do loãng xương, gãy nhiều mảnh rời vụn và gãy có đoạn trung gian, gãy xương phạm khớp. Cơ chế sinh học của loại nẹp khóa này khác với các loại nẹp thông thường, nó như một cố định ngoài nằm trong da. Nhóm của Kloen và của Ma (6) cùng cộng sự đã sử dụng nẹp khóa làm cố định ngoài trong điều trị gãy hở. Phương pháp này cho thấy tác dụng tốt, gọn nhẹ và thân thiện với bệnh nhân, do đó, phương pháp này đã được đề xuất sử dụng trong điều trị các ca gãy hở phức tạp. Tuy nhiên, với điều kiện ở Việt Nam, với giá thành nẹp khóa cao hơn rất nhiều so với khung cố định ngoài nên chúng tôi dùng khung cố định ngoài cho mổ thì đầu.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đề cập tới một phương pháp điều trị gãy xương gồm 2 thì để điều trị các ổ gãy hở phức tạp xương chày. Thì 1: sau khi cắt lọc phần mềm và nắn chỉnh ổ gãy, sẽ sử dụng một khung cố định ngoài để cố định ổ gãy. Trong số các bệnh nhân của chúng tôi, chất lượng nắn chỉnh ổ gãy thì đầu đều tốt. Thời gian trung bình nằm viện là 08 ngày. Thì 2: cố định ngoài tạm thời được thay thế bằng nẹp khóa bên trong sử dụng kỹ thuật MIPO (4). Kỹ thuật này nhanh chóng và dễ dàng vì xương đã và đang có can non sau thì 1 của quá trình điều trị, thời gian nằm viện trung bình là 04 ngày. Phương pháp sử dụng nẹp khóa với can thiệp tối thiểu, bảo tồn phần mềm ở mức tối đa, khả năng cố định xương vững chắc, làm giảm tỉ lệ bị nhiễm trùng, giảm ngày nằm điều trị và ổ gãy lành liền xương.

Không liền xương ở đầu xa cũng đã đề cập ở các báo cáo của một vài tác giả (2). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các ổ gãy đều liền xương, mặc dù có 03 ổ gãy đầu xa chậm liền xương. Tuy nhiên, không có sự khác biệt lớn về thời gian liền xương trung bình giữa đầu xa và đầu gần. Tỷ lệ liền xương cao có lẽ do 03 yếu tố. Thứ nhất, ổ gãy cần được bất động vững chắc bởi khung cố định ngoài ở thì đầu. Thứ hai, ổ gãy cần được nắn chỉnh tối đa về trục chi cũng như độ dài chi, đảm bảo tiếp xúc tối đa các mặt gãy. Thứ ba, cần cắt lọc phần mềm sớm, sạch, loại bỏ hết yếu tố nhiễm khuẩn, tạo điều kiện cho liền xương. Trong hai trường hợp ngắn chi, vì ổ gãy cả hai xương đều nhiều mảnh rời nhỏ nên việc nắn chỉnh rất khó để đạt được độ dài chính xác và đây là hai trường hợp gãy độ III-C, một trong 2 trường hợp này đạt kết quả trung bình vì vừa ngắn chi vừa mở góc ra ngoài 7^o, điều này cho thấy rõ tổn thương mức độ càng nặng việc phục hồi chức năng càng khó và để lại nhiều di chứng.

V. KẾT LUẬN

5.1. Kết quả điều trị: Kết quả liền xương 100%. Kết quả chung: rất tốt 25/30 BN, tốt 04/30 BN, trung bình 01/30 BN.

5.2. Rút ra một số nhận xét về chỉ định mổ, kỹ thuật mổ, ưu nhược điểm của phương pháp

- Với các ổ gãy hở thân xương chày từ độ II trở lên, đến muộn, tổn thương phần mềm nặng nề thì khuyến cáo nên dùng phương pháp kết xương làm hai thì với kỹ thuật mổ đã được mô tả.

- Kỹ thuật mổ không quá khó và phức tạp. Thì 1 tạo điều kiện liền vết mổ kỳ đầu. Thì 2 với đường mổ tối thiểu hạn chế được nguy cơ nhiễm trùng, bệnh nhân giải phòng được khung cố định ngoài, thuận lợi cho vận động, đi lại và sinh hoạt hàng ngày.

- Tuy nhiên, có hạn chế về giá thành của nẹp khóa tại Việt Nam còn tương đối cao nên có một số bệnh nhân từ chối phẫu thuật thì 2 do không có điều kiện kinh tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thành Tấn, Phạm Đăng Ninh, Trần Văn Hợp, Trần Đình Chiến (2015), "Nghiên cứu chuyển đổi từ cố định ngoài sang cố định bằng đinh nội tủy trong điều trị gãy hở thân hai xương cẳng chân", *Tạp chí Y-Dược học quân sự*, (4), tr. 138-144.
2. Van der Linden W., Larsson K. (1979), "Plate fixation versus conservative treatment of tibial shaft fractures: a randomized trial", *J Bone Joint Surg (Am)*; 61: 873-878.

3. Ozturkmen Y., Karamehmetoglu M., Karadeniz H., Azboy I., Canikliogolu M. (2009), "Acute treatment of segmental tibial fractures with the Ilizarov method", *Injury*, 40: 321–326.
4. Ego K.A., Tejwani N.C., Capla E.L., Wolinsky P.L., Koval K.J. (2005), "Staged management of high-energy proximal tibia fractures (OTA types 4.1): the results of a prospective, standardized protocol", *J Orthop Trauma*;19: 448–455.
5. Kerkhoffs G.M., Kuipers M.M., Marti R.K., Van der Werken C. (2003), "External fixation with standard AO-plates: technique, indications and results in 31 cases", *J Orthop Trauma*, 17:61– 64.
6. Kloe P. (2009), "Supercutaneous plating: use of a locking compression plate as an external fixator", *J Orthop Trauma*, 23:72–75.
7. Gustilo R.B., Mendoza R.M., Williams D.N. (1984), "Problems in the management of type III (severe) open fractures: a new classification of type III open fractures", *J Trauma*, 24:742–746.

PHÁT HIỆN KIỂU GEN 4 CỦA VIRUS VIÊM GAN D Ở VIỆT NAM

Nguyễn Minh Hùng¹, Hoàng Văn Tổng^{2,3},
Nguyễn Hồng Thắng⁴, Bùi Tiến Sỹ⁵

TÓM TẮT

Mục đích: Đồng nhiễm HBV và HDV thúc đẩy nhanh tiến triển của bệnh gan và làm cho bệnh viêm gan trở nên nặng hơn so với đơn nhiễm HBV. Mặc dù đã được phát hiện 40 năm qua, nhưng hiện nay vẫn chưa có phác đồ điều trị đặc hiệu và vắc xin phòng HDV có hiệu quả. Việc nghiên cứu về dịch tễ, phân bố kiểu gen của HDV ở Việt Nam vẫn còn rất hạn chế. Nghiên cứu này tiến hành giải trình tự và phân tích trình tự toàn bộ bộ gen của virus HDV. **Đối tượng và phương pháp:** Mẫu bệnh phẩm huyết thanh dương tính với HDV-RNA được sử dụng để nghiên cứu toàn bộ hệ gen của virus HDV bằng phương pháp nested RT-PCR và giải trình tự nucleotide. **Kết quả và kết luận:** Kết quả cho thấy kiểu gen của chủng nghiên cứu thuộc kiểu gen 4. Đây là lần đầu tiên kiểu gen này được phát hiện ở Việt Nam so với kiểu gen 1 và 2 thường phát hiện phổ biến ở Việt Nam trước đây.

Từ khóa: HDV, kiểu gen HDV, nhiễm HDV, hệ gen, viêm gan D

SUMMARY

IDENTIFICATION OF GENOTYPE 4 OF HEPATITIS DELTA VIRUS IN VIETNAM

Objectives: Both superinfection and coinfection with hepatitis D virus (HDV) progress more rapidly to liver diseases and cause more severe complications of liver diseases compared to mono-infection with hepatitis B virus (HBV). Although HDV was discovered 40 years ago, there is so far no effective vaccine or a

standard recommended therapy for HDV infection. In addition, epidemiological studies on the distribution of HDV genotypes in Vietnam are limited. This study aims to sequence and analysis full-length HDV genome. **Material and methods:** A serum samples positive for HDV-RNA were used to investigate the entire HDV genome by nested RT-PCR, nucleotide sequencing and phylogentic analysis. **Results and conclusion:** The results show that the studied HDV isolate belongs to HDV genotype 4. Our study indicates that, while HDV genotypes 1 and 2 have been commonly detected, the HDV genotype 4 is reported for the first time in Vietnam.

Keywords: HDV, HDV genotype, HDV infection, genome, D hepatitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Virus viêm gan D (HDV) được Rizzetto và cộng sự phát hiện lần đầu tiên vào năm 1977 trong các mẫu sinh khiết gan và huyết thanh của một nhóm bệnh nhân người Ý bị nhiễm virus viêm gan B (HBV) mạn tính. Hệ thống kháng nguyên-kháng thể này được gọi là Delta Ag/anti-delta, liên hợp với virus viêm gan B. Nhờ phương pháp miễn dịch huỳnh quang, Rizzetto đã phát hiện được một loại kháng nguyên mới chỉ có trong nhân tế bào gan của những bệnh nhân mang kháng nguyên bề mặt của HBV (HBsAg) gọi là kháng nguyên delta [1].

Từ huyết thanh của tình nhiễm virus, các nhà khoa học đã phân lập được các hạt virus nhỏ có kích thước khoảng 35-37 nm, được đặt tên là virus viêm gan D, thuộc chi *Deltavirus*. HDV là một loại virus RNA khiếm khuyết, có nhiều đặc điểm tương đồng với viroid thực vật hơn là virus động vật. Tính chất khiếm khuyết của virus HDV là do chúng sử dụng protein vỏ của HBV để lắp ráp thành virion hoàn chỉnh và tấn công vào tế bào gan. HDV gồm hai phần chính: lớp vỏ ngoài và nucleocapsid bên trong. Lớp vỏ ngoài được tạo thành từ ba loại protein

¹TT Sinh học phân tử, Viện Nghiên cứu và Phát triển Công nghệ cao, Đại học Duy Tân, Đà Nẵng

²TT nghiên cứu Sinh Y Dược học, Học Viện Quân Y

³Viện Y học Nhiệt đới, Trường Đại học Tübingen, CHLB Đức

⁴Bệnh viện Quân Y 103, Học Viện Quân Y

⁵Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hùng

Email: hungmolbio@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2017

Ngày duyệt bài: 11.4.2017

vỏ của HBV và lipid từ tế bào chủ. Nucleocapsid chứa một sợi RNA đơn, dạng vòng có kích thước khoảng 1680 nucleotides và hai loại kháng nguyên delta - kháng nguyên HD kích thước nhỏ (S-HDAg) và kháng nguyên HD kích thước lớn (L-HDAg). Chúng kết hợp với nhau tạo thành ribonucleoprotein [2].

Trong số khoảng 250 triệu người nhiễm HBV mạn tính [3], thì theo ước tính có khoảng 12,5 triệu người đồng nhiễm với HDV (chiếm khoảng 5%) [4]. Có hai dạng thức nhiễm HDV là đồng nhiễm (coinfection) hoặc bội nhiễm (superinfection). Các nghiên cứu gần đây cho thấy hầu hết những người bị nhiễm kép HBV/HDV đều bị viêm gan nặng hơn, xơ gan phát triển nhanh hơn và nguy cơ tử vong tăng lên so với những người chỉ bị đơn nhiễm HBV. Hiện nay, trên thế giới trình tự hệ gen của HDV đã được công bố khá phổ biến, tuy nhiên ở Việt Nam thì vẫn còn rất hạn chế. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã phát hiện ra kiểu gen 4, đây là kiểu gen đầu tiên được phát hiện ở Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mẫu huyết thanh: Từ hơn 500 mẫu huyết thanh của bệnh nhân dương tính với HBsAg đã được thu thập ở miền Bắc và miền Trung, Việt Nam, chúng tôi đã phát hiện ra có 66 mẫu huyết thanh đồng nhiễm với HBV/HDV. Dựa trên kết quả này, chúng tôi đã chọn ra một số mẫu huyết

thanh của bệnh nhân đồng nhiễm HBV/HDV để nghiên cứu phân tích toàn bộ hệ gen của HDV.

Tách chiết axit nucleic và tổng hợp Cdna: Axit nucleic (DNA và RNA) được tách chiết từ 200 µL huyết thanh bằng bộ kit High Pure Viral Nucleic Acid (Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Germany) theo hướng dẫn của nhà sản xuất và được bảo quản ở -80 °C cho đến khi cần sử dụng. Tổng hợp cDNA được thực hiện bằng bộ kit First Strand cDNA Synthesis for RT-PCR (Roche GmbH, Mannheim, Germany) theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

Nhân bản và phân tích hệ gen HDV: Để giải trình tự toàn bộ hệ gen của HDV, phương pháp nested RT-PCR đã được sử dụng để nhân bản các vùng DNA giao thoa với nhau. Tên, trình tự mỗi và vị trí gắn mỗi như trong Bảng 1. Phản ứng nested RT-PCR được thực hiện theo hai vòng, sử dụng bộ kit FastStart PCR Master (Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Germany) theo hướng dẫn của nhà sản xuất. Vòng 1 được thực hiện với 100 ng cDNA và vòng 2 được thực hiện với 2µL DNA là sản phẩm PCR của vòng 1. Phản ứng PCR được thực hiện ở 95°C trong 2 phút, tiếp theo là 95°C trong 30 giây, 58°C trong 45 giây, và 72°C trong 45 giây cho 35 chu kỳ, bước kéo dài chuỗi cuối cùng là 72°C trong 10 phút. Sản phẩm nested RT-PCR vòng hai được điện di trên gel agarose 1.5% để quan sát các băng DNA đặc hiệu.

Bảng 2. Danh sách mỗi được sử dụng trong nghiên cứu [5]

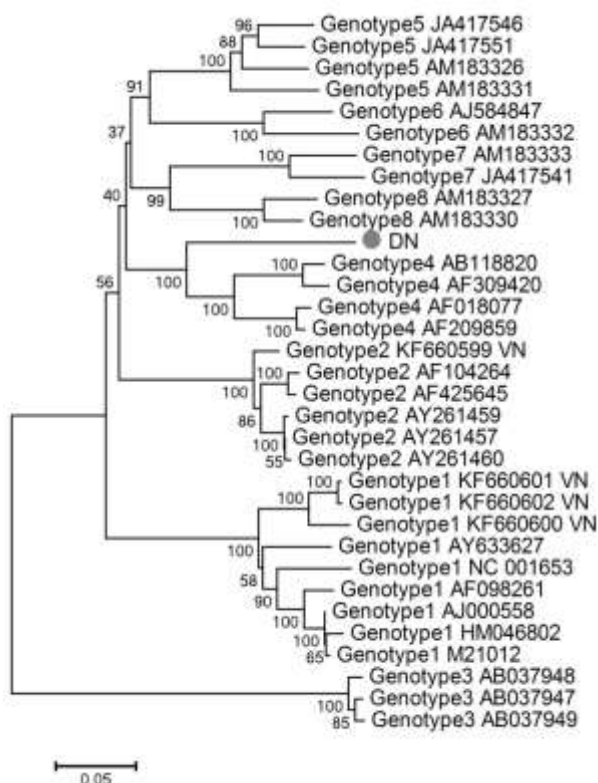
Tên mỗi	Trình tự (5'→3')	Vị trí gắn mỗi ¹	Phản ứng PCR
HDV-57	gagaamycacctccagagga	299-318	PCR1 và PCR3
HDV-58	cgtccactcggatggcta	825-842	PCR3
HDV-63	tccgtaatggcgaatgggr	752-770	PCR4
HDV-08	ggaaggccctcgagaacaag	1268-1287	PCR1 và PCR4
HDV-69	agttcctcttctcctcctgtgct	1212-1234	PCR2 và PCR5
HDV-46	aaggggtcctctggaggtg	306-324	PCR5
HDV-74	agstcctctcgagttcctc	1500-1519	PCR6
HDV-54	ccgggataagcctcactcg	467-485	PCR2 và PCR6

Giải trình tự và phân tích cây phát sinh chủng loại: Để xác định kiểu gen của HDV, sản phẩm nested RT-PCR đã được tinh sạch, sử dụng bộ kit GeneJET Gel Extraction (ThermoScientific, Lithuania) theo hướng dẫn của nhà sản. 5 µL sản phẩm PCR đã tinh sạch được sử dụng để giải trình tự, sử dụng 1,0 µL ABI Prism BigDye terminator cycle sequencing ready reaction kit (Applied Biosystems Inc., Foster city, California, USA). Việc giải trình tự được tiến hành theo hai chiều 5' và 3' tương ứng với cả hai mỗi xuôi và

¹Vị trí gắn mỗi được đánh số theo trình tự NC001653 mỗi ngược (Bảng 1) trên máy ABI 3500 Automated Genetic Analyser (Applied Biosystems Inc., Foster city, California, USA). Trình tự được phân tích bằng phần mềm BioEdit 9.7 và DNASTAR software V7. Cây phát sinh chủng loại được xây dựng bằng phần mềm MEGA 7 software theo phương pháp Neighbor-Joining sử dụng thuật toán maximum likelihood.

Để xác định kiểu gen và xây dựng cây phân loại, tám kiểu gen của HDV được truy suất từ ngân hàng gen Quốc tế (NCBI GenBank) đã được sử dụng (HDV-1: AF098261, AJ000558,

AY633627, HM046802, NC001653, KF660600, KF660601, KF660602; M21012; HDV-2: KF660599, AF104264, AF425645, AY261457, AY261459, AF261460; HDV-3: AB037947, AB037948, AB037949; HDV-4: AB118820, AF309420, AF018077, AF209859; HDV-5: AM183326, AM183331, JA417551, JA417546; HDV-6: AJ584847, AM183332; HDV-7: AM183333, JA417541; HDV-8: AM183327, AM183330).



bp (PCR1) và một cặp mồi thứ hai là HDV69-F/HDV54-R để nhân một phân đoạn DNA có kích thước 956 bp (PCR2). Trong vòng nested RT-PCR thứ hai, cặp mồi HDV57-F/HDV58-R và cặp mồi HDV63-F/HDV08-R được sử dụng để lần lượt nhân bản các phân đoạn DNA có kích thước 543 bp (PCR3) và 535 bp (PCR4), sử dụng khuôn DNA là sản phẩm của PCR1; cặp mồi HDV69-F/HDV46-R và cặp mồi HDV74-F/HDV54-R được sử dụng để lần lượt nhân bản các phân đoạn DNA có kích thước 759 bp (PCR5) và 668 bp (PCR6), sử dụng khuôn DNA là sản phẩm PCR2 (Hình B).

Xác định kiểu gen và xây dựng cây phát sinh chủng loại: Kết quả giải trình tự nucleotide được hiệu chỉnh và phân tích bằng phần mềm DNASTar và BioEdit. Cây phát sinh chủng loại được xây dựng bằng phần mềm MEGA7 sử dụng trình tự nucleotide sau khi được tổ hợp từ các phân đoạn DNA được giải trình tự cùng với 8 kiểu gen HDV được truy suất từ NCBI. Kết quả cho thấy mẫu nghiên cứu thuộc kiểu gen 4 với giá trị Bootstrap là 100 cùng với 04 trình tự HDV kiểu gen 4 tham chiếu là AF108077, AF209859, AB118820 và AF309420.

III. KẾT QUẢ

Thông tin cơ bản về bệnh nhân: Mẫu huyết thanh được sử dụng để phân tích trong nghiên cứu này là của bệnh nhân HBV mãn tính và dương tính với HDV-RNA. Bệnh nhân nam 35 tuổi đến từ Đà Nẵng; các chỉ số về gan: ALT 15 U/L, AST 37 U/L, bilirubin tổng số 11 μ M/L, bilirubin trực tiếp 1.8 μ M; tải lượng HBV log 10 là 6 copy/mL.

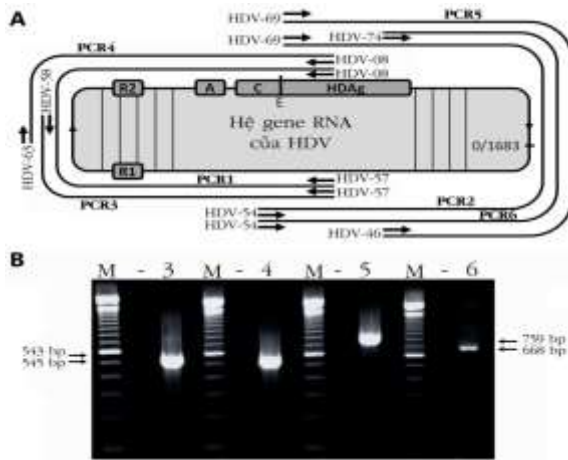
Hình 1. Phản ứng nested RT-PCR nhân bản các phân đoạn DNA đặc hiệu của HDV.

(A) Sơ đồ hệ gen của HDV (hình oval trong cùng) với các gạch thẳng đứng thể hiện sự bắt cặp nội phân tử RNA của các ribonucleotide. R1, R2 = domain ribozyme; C = vùng axit amin kéo dài đầu C của HDAg (C-terminal amino acid extension); A = PolyA. HDAg: kháng nguyên delta (hepatitis delta antigen); E = vị trí chỉnh sửa RNA (RNA editing site) (vị trí nt 1015). Các hình bán oval bên ngoài là sản phẩm PCR dự kiến (PCR1-PCR6) cùng với các vị trí gắn mồi.

(B) Hình ảnh điện di gel agarose của sản phẩm nested RT-PCR được nhân bản. (-) là đối chứng âm; 3, 4, 5 và 6 tương ứng là sản phẩm PCR1 đến PCR6; M là thang DNA chuẩn 100 bp. Việc nhân bản toàn bộ hệ gen của HDV bằng nested RT-PCR được thực hiện như Hình 1A với 6 tổ hợp của 8 mồi khác nhau. Các cặp mồi này được thiết kế dựa trên kết quả phân tích, so sánh trình tự 8 kiểu gen của HDV đã được công bố trên NCBI.

Kết quả khuếch đại các phân đoạn DNA của hệ gen HDV:

Trong vòng nested RT-PCR thứ nhất, sử dụng cặp mồi HDV57-F/HDV08-R để nhân bản một phân đoạn DNA có kích thước 988

Hình 2. Phân tích hệ gen và xây dựng cây phát sinh loài của mẫu HDV nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

HDV phân bố khắp nơi trên thế giới nhưng phổ biến nhất là ở một số nước Đông Âu, Đông Á, Trung Phi và Nam Mỹ. Hiện nay, số người nhiễm virus viêm gan D đang có xu hướng giảm toàn cầu do nỗ lực kiểm soát sự lây lan của HBV, tuy vậy vẫn có khoảng 12,5 triệu người bị nhiễm kép với HDV/HBV, chiếm khoảng 5% tổng số người bị nhiễm HBV. Ở châu Âu, viêm gan D giảm đáng kể từ những năm 1990. Ở các quốc gia Bắc Âu nơi có tỷ lệ nhiễm HBV thấp thì nhiễm HDV chỉ tập trung ở một vài nhóm người có nguy cơ cao như những người sử dụng ma túy. Ở các nước Tây Âu và Trung Âu thì tỷ lệ nhiễm HDV chiếm khoảng dưới 5%. Trong khi đó, tỷ lệ nhiễm HDV ở một số nước châu Phi rất cao. Tỷ lệ nhiễm HDV ở Gabon là khoảng 15,6% ở nhóm phụ nữ đang mang thai dương tính với HBsAg. Tại Cameroon, tỷ lệ kháng thể kháng HDV được phát hiện khoảng 17,6% trong tổng số 233 bệnh nhân có HBsAg dương tính [6]. Ở khu vực châu Á-Thái Bình Dương, Pakistan và Iran là hai quốc gia có tỷ lệ nhiễm HDV cao. Tuy nhiên, HDV ít phổ biến ở một số quốc gia khác như Nhật Bản, Indonesia, và Thái Lan. Ở Việt Nam, nghiên cứu về viêm gan virus D còn rất hạn chế. Năm 2007, trong một nghiên cứu tại tỉnh Thái Bình cho thấy tỷ lệ nhiễm HDV chiếm khoảng 1,3% trong nhóm những bệnh nhân HBsAg dương tính [7]. Nhưng theo số liệu nghiên cứu gần đây trên các bệnh nhân bị nhiễm các loại virus truyền theo đường máu thì tỷ lệ nhiễm HDV lên đến 10,7% trong tổng số người dương tính với HBsAg. Hay theo một nghiên cứu được tiến hành ở khu vực miền Bắc, Việt Nam thì tỷ lệ nhiễm HDV lên đến hơn 15% trong nhóm những người dương tính với HBsAg.

(a) Cây phát sinh loài được xây dựng dựa trên phân tích về khoảng cách theo phương pháp Kimura 2 parameter và sử dụng thuật toán neighbor-joining từ các trình tự hệ gen của HDV. Mẫu HDV nghiên cứu được ký hiệu là DN đi kèm với chấm tròn. Mẫu DN được so sánh với 8 trình tự hệ gen được truy suất từ NCBI (kiểu gen - genotype và mã số ID đi kèm).

Khi phân tích mức độ tương đồng về trình tự nucleotide của chủng HDV này chúng tôi nhận thấy có khoảng từ 18,2% đến 19,5% sai khác so với các chủng tham chiếu trong kiểu gene 4 và từ 25,4 đến 29,6% sai khác so với các chủng thuộc kiểu gene 1 và 2 của Việt Nam mà chúng tôi đã công bố gần đây.

Cho đến nay 8 kiểu gen khác nhau của HDV đã được chấp nhận rộng rãi với sự khác biệt trình tự nucleotide dưới 20% trong cùng một kiểu gen và từ 20%-36% giữa các kiểu gen khác nhau. Sự phân bố của các kiểu gen của HDV là rất khác nhau giữa các khu vực địa lý khác nhau trên thế giới và có liên quan điển biểu hiện lâm sàng do sự khác nhau về tính đặc trưng của kháng nguyên HDAg. Kiểu gen 1 phân bố khắp nơi trên thế giới và phổ biến ở châu Âu, Trung Đông, Bắc Mỹ, Bắc Phi. Kiểu gen này gây ra viêm gan ác tính và thường dẫn đến xơ gan. Ngược lại, kiểu gen 2 đến 8 được phát hiện theo từng khu vực địa lý khác nhau. Cụ thể là kiểu gen 2 và 4 phổ biến ở Đông Á như Nhật Bản Đài Loan và liên quan đến các bệnh lý về gan nhẹ hơn. Kiểu gen 3 khá phổ biến ở Nam Mỹ và liên quan chặt chẽ với bệnh viêm gan cấp. Kiểu gen 5-8 phổ biến ở châu Phi. Trong số 66 mẫu huyết thanh bệnh nhân Việt Nam đồng nhiễm HBV/HDV đã được phát hiện trong các nghiên cứu trước đây, chúng tôi đã công bố trình tự hệ gen của 5 chủng HDV, trong đó có 3 chủng mang kiểu gen 1, 1 chủng mang kiểu gen 2 và 1 chủng mang kiểu gen tổ hợp của hai chủng 1 và 2 [5]. Trong nghiên cứu này, lần đầu tiên chúng tôi phát hiện thấy kiểu gen 4 xuất hiện ở Việt Nam. Điều này, khác với các nhận định trước đây là kiểu gen này chỉ xuất hiện ở Nhật Bản và Đài Loan. Từ thực tế đó cho thấy các kiểu gen này có thể du nhập vào các nước thuộc các vùng địa lý khác nhau có thể thông qua con đường du lịch, làm cho việc phát tán và phân bố của các kiểu gen HDV nói riêng và dịch bệnh virus nói chung bị thay đổi.

V. KẾT LUẬN

Lần đầu tiên phát hiện thấy kiểu gen 4 của virus viêm gan D so với kiểu gen 1 và 2 thường được phát hiện phổ biến tại Việt Nam trước đây.

Tài trợ: Nghiên cứu này được tài trợ bởi Quỹ Khoa học và Công nghệ Quốc gia (Nafosted). Mã số tài trợ: 106-YS.02-2014.03.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Rizzetto, M. G. Canese, S. Aricò, O. Crivelli, C. Trepo, F. Bonino, and G. Verme,** "Immunofluorescence detection of new antigen-antibody system (delta/anti-delta) associated to hepatitis B virus in liver and in serum of HBsAg carriers," *Gut*, vol. 18, no. 12, pp. 997-1003, 1977.
2. **S. Gudima, J. Chang, G. Moraleda, A. Azvolinsky, and J. Taylor,** "Parameters of Human Hepatitis Delta Virus Genome Replication: the Quantity, Quality, and Intracellular Distribution of Viral Proteins and RNA," *J. Virol.*, vol. 76, no. 8, pp. 3709-3719, Apr. 2002.
3. **A. Schweitzer, J. Horn, R. T. Mikolajczyk, G. Krause, and J. J. Ott,** "Estimations of worldwide

prevalence of chronic hepatitis B virus infection: A systematic review of data published between 1965 and 2013," *Lancet*, vol. 386, no. 10003, pp. 1546-1555, 2015.

4. **H. Wedemeyer and M. P. Manns,** "Epidemiology, pathogenesis and management of hepatitis D: update and challenges ahead," *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.*, vol. 7, no. 1, pp. 31-40, 2010.
5. **B. T. Sy, H. M. Nguyen, N. L. Toan, L. H. Song, H. V. Tong, C. Wolboldt, V. Q. Binh, P. G. Kremsner, T. P. Velavan, and C. T. Bock,** "Identification of a natural intergenotypic recombinant Hepatitis delta virus genotype 1 and 2 in Vietnamese HBsAg-positive patients," *J. Viral Hepat.*, vol. 22, no. 1, pp. 55-63, 2014.
6. **Y. Foupouapouognigni, D. N. Noah, M. T. Sartre, and R. Njouom,** "High prevalence and predominance of hepatitis delta virus genotype 1 infection in Cameroon," *J. Clin. Microbiol.*, vol. 49, no. 3, pp. 1162-1164, Mar. 2011.
7. **V. T.-T. Nguyen, M.-L. McLaws, and G. J. Dore,** "Highly endemic hepatitis B infection in rural Vietnam," *J. Gastroenterol. Hepatol.*, vol. 22, no. 12, pp. 2093-100, Dec. 2007.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG CỦA PHỨC HỢP NANOCHITOSAN/PLA MANG NIFEDIPINE LÊN HỆ THẦN KINH TRUNG ƯƠNG

Cần Văn Mão*, Nguyễn Minh Núi**

TÓM TẮT

Mục đích nghiên cứu: đánh giá ảnh hưởng của phức hợp chitosan/PLA mang nifedipin lên hệ thần kinh. Đối tượng phương pháp nghiên cứu: 3 nhóm chuột cống: nhóm chứng (n=15) uống nước muối sinh lý; nhóm nifedipin (n=15) uống nifedipine; nhóm nifedipin-PLA (n=15) uống phức hợp chitosan/PLA mang nifedipin. Sau uống thuốc, chuột được thực hiện 3 bài tập hành vi: môi trường mở, mê lộ chữ thập và mê lộ hình chữ Y để đánh giá vận động, hành vi lo âu và trí nhớ ngắn hạn. Kết quả cho thấy, Nifedipin và tổ hợp tổ hợp Chitosan/PLA mang Nifedipin không làm ảnh hưởng đến chức năng vận động; làm giảm rõ rệt sự lo lắng, tăng sự khám phá và có xu hướng tăng trí nhớ tạm thời trên chuột.

Từ khóa: phức hợp nifedipin-PLA; hệ thần kinh trung ương, chuột cống.

SUMMARY

STUDY OF EFFECTS OF NIFEDIPINE-NANOCHITOSAN/PLACOMPLEX TO THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM IN RATS

The purpose of my experiment is to assess effects of nifedipin embedded nanochitosan/PLA complex to the central nervous system. The experiment is conducted in three groups of rats: a control group (n=15): administered with saline 9%; a nifedipine group (n=15): treated with nifedipine 3mg/Kg and a nifedipine-PLA group (n=15): treated with nifedipine-PLA 3mg/Kg. After drug treatments, animals were performed 3 behavioral tests: open field test, elevated plus maze and Y maze test to investigate locomotion activities, anxiety-like behaviors, navigation activities and working memories in rats. Results showed that nifedipin-PLA induced a decrease in anxiety-like behaviors and increases in navigation activities and working memories in rats.

Keywords: nifedipin-PLA complex, the central nervous system, rats

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các chất chẹn kênh canxi được cho là ảnh hưởng không chỉ lên hệ tim mạch mà là trên tất cả các hệ thống cơ quan trong cơ thể. Trên hệ thống tim mạch chúng có tác dụng điều chỉnh

*Bộ môn Sinh lý học, Học Viện Quân Y

**Khoa Khớp, Nội tiết, Viện 103

Chịu trách nhiệm chính: Cần Văn Mão

Email: canvanmao@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2017

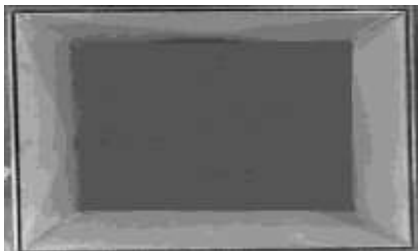
Ngày duyệt bài: 11.4.2017

các vấn đề như: cơn đau thắt ngực, cao huyết áp, loạn nhịp thì trên hệ thần kinh chúng có tác dụng trong giảm đau, co giật, giảm lo âu...[1,2]. Một số tác giả như: Srivastava và cộng sự đã nhận thấy các thuốc chẹn kênh canxi có tác dụng làm giảm sự hưng hăng và ức chế tác dụng của Amphetamin trên chuột bị gây shock bàn chân, Golestein và cộng sự ghi nhận rằng các chất này có tác dụng cải thiện tình trạng rối loạn hoảng sợ [3].

Trong các thuốc chẹn kênh canxi, nifedipine là một trong những thuốc được sử dụng phổ biến trên lâm sàng để điều trị cao huyết áp, nhất là trong trường hợp cấp cứu tăng huyết áp kịch phát. Nifedipine có tác dụng nhanh nhưng thời gian bán thải ngắn, khoảng 2-3 giờ, nên sử dụng nhiều lần trong ngày. Do đó, có thể gây nhiều biến chứng sau một thời gian sử dụng liên tục. Để hạn chế điều này, nhiều tác giả gợi ý sử dụng nanoparticle gắn với nifedipine sẽ làm tăng hiệu quả sử dụng cho nifedipine [4]. Dựa trên cơ sở này chúng tôi đã tổng hợp thành công được một loại nanoparticle là phức hợp chitosan/PLA. Sau đó, phức hợp này được gắn với nifedipine để chuẩn bị cho nghiên cứu sử dụng trên người. Một trong những vấn đề cần quan tâm đánh giá là tác động của phức hợp này lên hệ thần kinh như thế nào. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: Đánh giá tác dụng của tổ hợp vật liệu composit chitosan/PLA mang thuốc Nifedipin lên hệ thần kinh trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 45 chuột cống



Hình 1. A. Hình ảnh môi trường mở

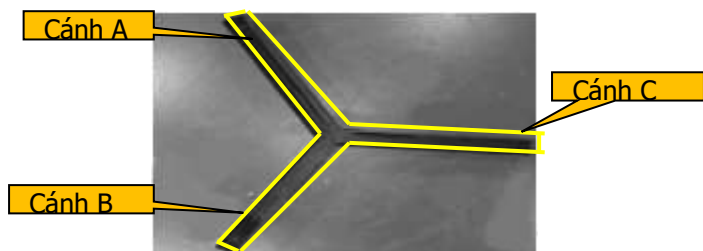
2.2.3. Bài tập mê lộ chữ thập: Mê lộ được làm bằng nhôm nhựa, sơn đen, có hình chữ thập với 2 cánh không có thành cao (cánh mở) và hai cánh có thành cao 10cm (cánh đóng), kích thước mỗi cánh dài 45cm, rộng 8cm. Nơi giao nhau giữa hai cánh gọi là vùng trung tâm có kích thước 8 x 8 cm. Toàn bộ mê lộ được đặt trên một giá có chiều cao 60cm so với mặt đất mà chuột không thể leo xuống được. Các hoạt động của chuột trong mê lộ được ghi lại bằng CCD camera, thời gian ghi cho mỗi chuột là 10

phút/ngày. Kết thúc mỗi lần ghi, thiết bị được lau sạch và khử trùng bằng cồn 70°. Phân tích và đánh giá các chỉ số: Số lần và thời gian chuột ở trong cánh mở, cánh đóng và vùng trung tâm

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Cách thức sử dụng thuốc: Dung dịch NaCl 0,9% và thuốc được uống với thể tích 0,5ml/100g thể trọng. Thuốc Nifedipin và tổ hợp thuốc Chitosan/PLA mang Nifedipin dạng bột được pha trong NaCl 0,9% với tỷ lệ 0,6 mg/ml. Chuột được uống NaCl 0,9%, Nifedipin, Chitosan/PLA mang Nifedipin 4 giờ trước khi ghi hành vi.

2.2.2. Bài tập môi trường mở: Buồng phân tích vận động là hình hộp, làm bằng kính, bốn mặt xung quanh và mặt đáy được dán giấy mờ, kích thước hộp: dài x rộng x cao là 80 x 80 x 60cm. Vùng trung tâm là vùng ở giữa đáy có kích thước 30 x 30 cm. Các hoạt động của chuột trong buồng phân tích vận động được ghi lại bằng CCD camera, thời gian ghi cho mỗi chuột là 10 phút/ngày. Kết thúc mỗi lần kiểm định, thiết bị được lau sạch và khử trùng bằng cồn 70°. Phân tích và nghiên cứu các thông số: Quảng đường, tốc độ, thời gian chuột vận động trong môi trường mở và vùng trung tâm.



B. Hình ảnh mê lộ chữ Y

phút/ngày. Kết thúc mỗi lần ghi, thiết bị được lau sạch và khử trùng bằng cồn 70°. Phân tích và đánh giá các chỉ số: Số lần và thời gian chuột ở trong cánh mở, cánh đóng và vùng trung tâm

2.2.4. Bài tập mê lộ chữ Y: Mê lộ được làm bằng nhôm nhựa, sơn đen, các cánh chia đều 3 hướng, chiều dài mỗi cánh 60 cm, rộng 5 cm, cao 10 cm (hình 2). Chuột được thả vào một cánh bất kỳ của mê lộ chữ Y, cho chuột tự vận động trong 10 phút. Hoạt động của chuột trong Y maze được ghi hình bằng CCD camera. Phân

tích các chỉ số: số lần chuột ra vào các cánh của Y maze; Quảng đường chuột vận động trong Y maze; số lần chuột đi vào 3 cánh liên tiếp được tính là 1 lần Alternation và % Alternation = $[\text{số lần Alternation} / (\text{tổng số lần vào các cánh} - 2)] \times 100$.

2.3. Phân tích và sử lý số liệu: Hoạt động của chuột trong các bài tập được ghi hình và phân tích tự động trên phần mềm Any maze (Stoelting-USA). Số liệu được tính toán giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, lập bảng và so sánh thống kê giữa các thông số thu được các nhóm chuột bằng phần mềm SPSS 16.0. Đánh giá sự khác biệt giữa các nhóm được phân tích bằng phương pháp phân tích sai một chiều

(One - way ANOVA). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả trong bài tập môi trường mở

3.1.1. Vận động trong toàn bộ môi trường mở: Kết quả nghiên cứu trên bảng 1 cho thấy: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về quảng đường, tốc độ cũng như thời gian đứng im (không vận động) giữa 3 nhóm động vật nghiên cứu ($p > 0,05$). Kết quả này cho thấy nifedipine và phức hợp nifedipine-PLA không ảnh hưởng đến chức năng vận động của chuột.

Bảng 1. Vận động trong toàn bộ môi trường mở

Nhóm	Thông số	Quảng đường (m)	Tốc độ (m/s)	Thời gian đứng im (s)
Chứng		6.77 ± 2.40	0.02 ± 0.01	212.97 ± 38.26
Nifedipin		6.07 ± 2.25	0.02 ± 0.01	204.95 ± 32.44
Chitosan/PLA		6.32 ± 1.88	0.02 ± 0.01	206.81 ± 20.11
p		$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$

3.1.2. Vận động ở vùng trung tâm: Kết quả phân tích hoạt động của động vật thực nghiệm ở vùng trung tâm của môi trường mở dưới ảnh hưởng của thuốc với các chỉ số nghiên cứu: số lần động vật vào vùng trung tâm, thời gian quảng đường và tốc độ vận động ở vùng trung tâm. Kết quả bảng 2 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các chỉ số nói trên giữa 2 nhóm chuột nghiên cứu. Với kết quả này, chúng tôi chưa có cơ sở khẳng định nifedipin và phức hợp nifedipin-PLA ảnh hưởng đến chức năng vận động khám phá và hành vi lo âu trên động vật thực nghiệm.

Bảng 2. Vận động trong vùng trung tâm của môi trường mở

Nhóm	Thông số	Số lần	Thời gian (s)	Quảng đường (m)	Tốc độ (m/s)
Chứng		3.87 ± 2.10	3.48 ± 1.72	0.27 ± 0.14	0.06 ± 0.03
Nifedipin		4.40 ± 1.80	3.91 ± 1.22	0.29 ± 0.12	0.08 ± 0.03
Chitosan/PLA		4.00 ± 2.14	3.34 ± 1.80	0.29 ± 0.12	0.10 ± 0.05
p		$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$

3.2. Kết quả trong bài tập mê lộ chữ thập

3.2.1. Tần suất chuột ra vào các vùng trong mê lộ: Kết quả nghiên cứu trên bảng 3 cho thấy: Tần suất ra vào cánh mở của chuột thuộc nhóm nifedipin và Chitosan/PLA không có sự khác biệt. Tuy nhiên giá trị này ở hai nhóm nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng trong thời gian 5 phút khi được đặt vào trong mê lộ chữ Y ($p < 0,05$). Trong khi, tần suất chuột ra vào ở vùng cánh đóng và trung tâm của mê lộ không có sự khác biệt giữa 3 nhóm ($p > 0,05$). So sánh tần suất ra vào các vùng cánh đóng, cánh mở ở các nhóm ta thấy: chuột nhóm chứng có tần suất ra vào các vùng tương đương nhau, trong khi ở chuột nhóm nifedipin và Chitosan/PLA có tần suất ra cánh mở cao hơn có ý nghĩa thống kê so với vùng trung tâm ($p < 0,05$).

Bảng 3. Tần suất chuột ra vào các vùng trong mê lộ

Nhóm	Thông số	Cánh mở	Cánh đóng	Trung tâm	p
Chứng		4.33 ± 1.59	5.53 ± 2.13	4.60 ± 1.45	$>0,05$
Nifedipin		7.47 ± 2.95	5.27 ± 1.83	4.40 ± 1.45	$<0,05$
Chitosan/PLA		6.33 ± 2.09	6.47 ± 2.33	4.27 ± 1.71	$<0,05$
p		$<0,05$	$>0,05$	$>0,05$	

3.2.2. Thời gian chuột ra vào các vùng trong mê lộ: Kết quả nghiên cứu trên bảng 4 cho thấy: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian ở cánh mở và cánh đóng mê lộ chữ thập của chuột thuộc nhóm nifedipin và Chitosan/PLA ($p > 0,05$). Tuy nhiên giá trị này ở hai nhóm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng trong thời gian 5 phút khi được đặt vào trong mê lộ chữ thập ($p < 0,05$). Ngược lại, thời gian chuột ở vùng trung tâm của mê lộ là không có sự khác biệt giữa 3

nhóm nghiên cứu ($p>0,05$). So sánh thời gian ở các vùng cánh đóng, cánh mở của các nhóm ta thấy: chuột ở các nhóm phần lớn sử dụng thời gian ở cánh đóng, còn lại ít thời gian là ở cánh mở, thời gian ở vùng trung tâm là ít nhất.

Bảng 4. Thời gian chuột ở các vùng trong mê lộ

Nhóm	Thông số	Cánh mở	Cánh đóng	Trung tâm
Chứng (1)		41.86 ± 18.13	239.76 ± 19.81	18.38 ± 5.45
Nifedipin (2)		76.36 ± 26.27	202.32 ± 25.23	21.32 ± 6.67
Chitosan/PLA (3)		65.30 ± 25.23	211.25 ± 31.24	23.45 ± 9.87
p		$p_{1,2}, p_{1,3}<0,05$	$p_{1,2}, p_{1,3}<0,05$	$>0,05$

Kết quả trên bảng 5 cho thấy: Quãng đường chuột vận động ở bài tập mê lộ chữ Y ở các nhóm gần tương đương nhau. Tương tự, tổng số lần chuột ra vào ở 3 cánh thời cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm nghiên cứu ($p>0,05$). Hai chỉ số này ở hai nhóm nifedipin và Chitosan/PLA có xu hướng cao hơn so với nhóm chứng ($p>0,05$). Tỷ lệ phần trăm thay đổi (% Alternation) của chuột ở nhóm Chitosan/PLA có xu hướng cao hơn thì chỉ số này của chuột thuộc nhóm nifedipin là cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p<0,05$).

Bảng 5. Vận động của chuột trong mê lộ

Nhóm	Thông số	Quãng đường	Số lần ra vào	Thay đổi (Alternation)	%Thay đổi (%Alternation)
Chứng (1)		10.68 ± 2.95	10.27 ± 2.71	6.40 ± 1.92	81.01 ± 17.62
Nifedipin (1)		11.29 ± 2.25	10.13 ± 2.67	7.40 ± 2.50	91.39 ± 12.78
Chitosan/PLA (1)		12.45 ± 3.67	12.36 ± 3.52	8.79 ± 2.75	85.58 ± 8.30
p		$>0,05$	$>0,05$	$p_{1,3}<0,05$	$p_{1,2}<0,05$

IV. BÀN LUẬN

4.1. Ảnh hưởng của tổ hợp Chitosan/PLA mang Nifedipin lên chức năng vận động và khám phá của chuột: Trong bài tập này các chỉ số như quãng đường vận động, tốc độ vận động thường được dùng để đánh giá khả năng, mức độ vận động. Trong khi chỉ số về thời gian ở vùng trung tâm thường cho thấy khả năng khám phá cũng như cảm giác an toàn của động vật. Một khi động vật không cảm thấy lo lắng trong môi trường mở thì chúng sẽ có thời gian khám phá nhiều hơn và như vậy thời gian chúng ở trong vùng trung tâm sẽ nhiều hơn [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy các chỉ số về quãng đường vận động, tốc độ vận động trung bình trong môi trường mở và thời gian ở vùng trung tâm của chuột ở cả 3 nhóm không có sự khác biệt. Điều đó chứng tỏ nifedipin và tổ hợp Chitosan/PLA mang nifedipin không ảnh hưởng đến chức năng vận động và khả năng khám phá của chuột. Thời gian không vận động trong môi trường mở giảm, trong khi thời gian và tốc độ vận động trong vùng trung tâm có xu hướng cao hơn so với nhóm chứng, phản ánh tác dụng của nifedipin và tổ hợp Chitosan/PLA mang nifedipin phần nào làm giảm sự lo lắng trên chuột.

4.2. Ảnh hưởng của tổ hợp Chitosan/PLA mang Nifedipin lên cảm xúc, sự lo lắng của chuột: Bài tập mê lộ chữ thập (elevated plus maze) là bài tập giúp khám phá, đánh giá được

cảm xúc, sự lo lắng của động vật thực nghiệm [6]. Chuột khi được cho vào mê lộ thường sợ độ cao nên có xu hướng nằm ở trong hai cánh có thành che (cánh đóng-closed arm) còn tần suất, thời gian lưu ở vùng cánh không có thành che (cánh mở-open arm) ít hơn. Khi chuột cảm thấy ít lo lắng, sợ hãi chúng sẽ sử dụng nhiều thời gian, số lần hơn để khám phá vùng trung tâm và vùng cánh mở nhiều hơn [6].

Kết quả nghiên cứu trong thí nghiệm này cho thấy: chuột thuộc nhóm nifedipin và Chitosan/PLA có tần suất, thời gian ở vùng cánh mở cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng. Như vậy, nifedipin và tổ hợp Chitosan/PLA mang nifedipin có tác dụng giảm lo lắng, sợ hãi cho chuột, giúp chúng tăng hoạt động khám phá.

4.3. Ảnh hưởng của tổ hợp Chitosan/PLA mang Nifedipin lên trí nhớ ngắn hạn của chuột: Báo cáo trước đây đã chỉ ra rằng thử nghiệm mê lộ chữ Y là mô hình thử nghiệm thích hợp để đánh giá tác dụng chống suy giảm trí nhớ của thuốc có nguồn gốc tự nhiên, [7]. Trong thí nghiệm này, chúng tôi đã sử dụng mê lộ chữ Y để nghiên cứu tác động của nifedipin và tổ hợp Chitosan/PLA mang nifedipin lên trí nhớ làm việc. Kết quả cho thấy chuột thuộc nhóm nifedipin và Chitosan/PLA có quãng đường vận động và tổng số lần ra vào các cánh của mê lộ tương tự như nhóm chứng. Điều này chứng tỏ nifedipin và tổ hợp Chitosan/PLA mang nifedipin không ảnh hưởng đến chức năng vận động trên chuột.

Trong khi đó chuột ở nhóm nifedipin có % thay đổi luân phiên tăng lên so với nhóm chứng. Kết quả này cho thấy rằng uống nifedipin có tác dụng tăng cường trí nhớ trên chuột bình thường. So sánh kết quả giữa chuột ở nhóm nifedipin và nhóm Chitosan/PLA không thấy có sự khác biệt. Như vậy tổ hợp Chitosan/PLA mang nifedipin không ảnh hưởng đến tác dụng của nifedipin lên trí nhớ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá ảnh hưởng của phức hợp chitosan/PLA mang nifedipin lên hệ thần kinh trung ương trên động vật thực nghiệm. Qua sử dụng 3 bài tập hành vi cơ bản là bài tập môi trường mở, bài tập mê lộ chữ thập và bài tập mê lộ hình chữ Y. Kết quả chúng tôi nhận thấy: Nifedipin và tổ hợp tổ hợp Chitosan/PLA mang Nifedipin không làm ảnh hưởng đến chức năng vận động của chuột; làm giảm rõ rệt sự lo lắng, tăng sự khám phá của chuột và có xu hướng tăng trí nhớ tạm thời trên chuột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pucilowski O.** Psychopharmacological properties of calcium channel inhibitors. *Psychopharmacol* 1992; 109: 12-29.
2. **Goldstein JA.** Calcium channel blockers in the treatment of panic disorders. *J. Clin. Psychiatry* 1985; 46: 546-47.
3. **Cook L, Weidley E.** Behavioral effects of some psychopharmacological agents. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1957; 66: 740-52.
4. **Ping Li, Ya-Ni Dai, Jun-Ping Zhang, Ai-Qin Wang, and Qin Wei.** Chitosan-Alginate Nanoparticles as a Novel Drug Delivery System for Nifedipine. *Int J Biomed Sci.* 2008 Sep; 4(3): 221-228.
5. **Laetitia Prut,** Catherine Belzung (2003). The open field as a paradigm to measure the effects of drugs on anxiety-like behaviors: a review. *European Journal of Pharmacology* Vol 463: 3-33.
6. **A. Holmesa, S. Parmigianib, P.F. Ferraric, P. Palanzab, R.J. Rodgersd.** Behavioral profile of wild mice in the elevated plus-maze test for anxiety. *Physiology & Behavior* 71 (2000) 509-516.
7. **Tijani Adeniyi Yahaya et al., (2012),** "Crinum zeylanicum bulb extract improves scopolamine-induced memory impairment in mice", *Molecular & Clinical Pharmacology*. Vol 3, p 21-29.

KẾT QUẢ KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG TẠI HAI THỜI ĐIỂM NĂM 2010 VÀ NĂM 2015 TẠI TRUNG TÂM HỖ TRỢ SINH SẢN QUỐC GIA

Nguyễn Xuân Hợi*, Bùi Văn Hiếu**

TÓM TẮT

Trong năm 2010 -2015 tại trung tâm Hỗ Trợ Sinh Sản Quốc Gia có nhiều thay đổi về phác đồ kích thích buồng trứng. Nghiên cứu với mục tiêu so sánh kết quả kích thích buồng trứng trong 2 năm 2010 và 2015. Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 2000 bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm tại trung tâm hỗ trợ sinh sản quốc gia trong 2 năm 2010 và năm 2015. Kết quả cho thấy đặc điểm của bệnh nhân vô sinh tương đồng giữa 2 năm. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $32,28 \pm 4,86$, nhóm bệnh nhân <35 tuổi tỷ lệ cao là 73,9%, thời gian vô sinh trung bình là $5,33 \pm 3,44$ năm, trong đó thời gian vô sinh nhỏ <5 năm chiếm tỷ lệ 61,6%, tỷ lệ vô sinh do tắc 2 vòi tử cung là 43,8%, tỷ lệ vô sinh không rõ nguyên nhân là 27%. Kết quả kích thích buồng trứng thu được số noãn trung bình năm 2015 là $11,9 \pm 6,6$ cao hơn có ý nghĩa so với năm 2010 ($7,49 \pm 6,1$), số phôi trung bình thu được năm 2015 ($7,8 \pm 4,7$) cao hơn có ý nghĩa so với số phôi thu được năm 2010 ($5,73 \pm 4,72$). Kết luận: Năm 2015 tỷ lệ kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist (44,3%) cao

hơn phác đồ ngắn (20,9%) và phác đồ dài (20,9%). Số lượng noãn và phôi chọc hút được năm 2015 cao hơn so với năm 2010

Từ khóa: Kích thích buồng trứng, Thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

OUTCOMES OF OVARIAN STIMULATION AT NATIONAL CENTER FOR ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY IN 2010 AND 2015

Objectives: To evaluate the ovarian stimulation outcomes in the two years 2010 and 2015. **Patients and methods:** A retrospective study on IVF patients at national center for assisted reproductive technology in the two years 2010 and 2015. **Results:** Infertile patients' features were similar in 2010 and 2015; mean age of patients was $32,28 \pm 4,86$, patients with age under 35 accounted for the highest rate (73,9%); mean time period of infertility was $5,33 \pm 3,44$ years and rate of cases with infertile time period under 5 years was highest (61,6%); ovarian tube obstruction was the leading cause of infertility, accounted for 43,8%, rate of infertile cases with unknown cause was 27%. Outcomes of ovarian stimulation: mean number of oocytes retrieved ($11,9 \pm 6,6$) and embryos ($7,8 \pm 4,7$) in 2015 were significantly higher than those in 2010 ($7,49 \pm 6,1$ and $73 \pm 4,72$ respectively). Conclusion: Rate of IVF cycles using antagonist protocol (44,3%) was significantly higher than that of IVF cycles using short agonist protocol (20,9%) or long agonist protocol (20,9%). Mean number

*Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương

**Đại học Y Dược Hải Phòng.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hợi

Email: phamlai7975@yahoo.com

Ngày nhận bài: 17.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2017

Ngày duyệt bài: 12.4.2017

of retrieved oocytes and embryos in 2015 were significantly higher than those in 2010.

Keyword: ovarian stimulation, IVF

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay có rất nhiều phác đồ kích thích buồng trứng với và nhiều loại gonadotropin khác nhau sử dụng trong 20 năm qua để kích thích buồng trứng làm thụ tinh trong ống nghiệm nhưng cho đến nay vẫn chưa thực sự có một phác đồ nào tốt nhất hay chuẩn hóa nào trong KTBĐT ở mỗi cá thể khác nhau. Việc lựa chọn phác đồ KTBĐT cho mỗi bệnh nhân để thu được số noãn tối ưu nhất đã trở thành thách thức lớn với lĩnh vực HTSS, có nhiều can thiệp được nghiên cứu với mục đích làm tăng đáp ứng buồng trứng, cũng như làm tăng tỷ lệ thành công của IVF nói chung như tăng liều cao gonadotropin (land và cs 1996) [6], (Al-Inany và Aboulghar năm 2011) [7]. Tất cả những thay đổi trên đều với mục đích rút ngắn thời gian điều trị, giảm tổng liều gonadotropin sử dụng, giảm đáng kể nguy cơ quá kích buồng trứng, cắt giảm chi phí điều trị mà kết quả có thai lâm sàng tăng lên. Tại trung tâm HTSS Quốc Gia trong những năm gần đây có nhiều thay đổi kỹ thuật HTSS trong năm 2013 như chuyển từ chuyển phôi ngày 2 sang chuyển phôi ngày 3 hoặc ngày 5, chấm điểm phôi trước chuyển, chuyển từ chuyển phôi bằng catheter cứng sang catheter mềm, tăng liều hỗ trợ hoàng thể đã tăng tỷ lệ có thai lâm sàng lên. Nhằm chứng minh hiệu quả của những thay đổi đó mang lại chúng tôi thực hiện đề tài "*Kết quả kích thích buồng trứng trong thụ tinh ống nghiệm tại hai thời điểm năm 2010 và 2015 tại Trung tâm Hỗ Trợ Sinh Sản Quốc Gia*" với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm của bệnh nhân thụ tinh ống nghiệm ở hai 2010 và 2015 tại trung tâm hỗ trợ sinh sản quốc gia.*

2. *So sánh kết quả kích thích buồng trứng trong ống nghiệm ở hai giai đoạn 2010 và 2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm các bệnh nhân làm thụ tinh trong ống nghiệm tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc Gia từ tháng 01/2010 đến tháng 12/2010 và 01/2015 đến 12/2015 phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và đồng thuận tham gia vào nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bao gồm tất cả các bệnh nhân được chọc hút noãn kích thích buồng

Bảng 3.1. Nguyên nhân vô sinh

Nguyên nhân vô sinh	Năm 2010		Năm 2015		p
	n	%	n	%	
Tắc vòi trứng	438	43,8%	437	43,7%	0,63

trứng và được chuyển phôi tươi tại Trung Tâm HTSS Quốc Gia đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Các bệnh nhân chuyển phôi đông lạnh, thông tin bệnh nhân không đầy đủ rõ ràng các tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả hồi cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2010 đến 12/2010 và 01/2015 đến 12/2015. Năm 2010 có 1000 bệnh nhân, năm 2015 có 1000 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu: được kích thích buồng trứng bằng phác đồ GnRH antagonist, phác đồ ngắn, phác đồ dài, sử dụng FSH tái tổ hợp, liều FSH ban đầu được xác định dựa trên tuổi bệnh nhân, AMH, AFC. Khi có ít nhất 2 nang noãn $\geq 18\text{mm}$, hCG được sử dụng để gây trưởng thành nang noãn. Chọc hút nang được tiến hành 36h-38h sau tiêm hCG.

Các biến số nghiên cứu là: tuổi của bệnh nhân, nguyên nhân vô sinh, thời gian vô sinh, đặc điểm quá trình kích thích buồng trứng, tổng liều FSH, số ngày sử dụng FSH. Kết quả kích thích buồng trứng được đánh giá theo số noãn và số phôi thu được.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu không can thiệp vào bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ kín bí mật và trung thực theo các quy định về nghiên cứu y sinh

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong hai thời điểm 2010 và 2015.

Nghiên cứu được thực hiện trên 2000 bệnh, kết quả nghiên cứu cho thấy:

Không có sự khác biệt về đặc điểm bệnh nhân vô sinh giữa 2 thời điểm năm 2010 và năm 2015. Độ tuổi trung bình là $32,28 \pm 4,86$, nhóm tuổi <35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 72%, tuổi nhỏ nhất là 20 và lớn nhất là 51 tuổi.

Năm 2010 tỷ lệ vô sinh I 58,4 %, vô sinh II 41,6 %. Năm 2015 tỷ lệ vô sinh I là 45,1 %, tỷ lệ vô sinh II là 55,9%. Thời gian vô sinh trung bình là $5,33 \pm 3,44$, thời gian vô sinh hay gặp nhất dưới 5 năm (năm 2010 tỷ lệ 51,8%, năm 2015 tỷ lệ là 61,6%) không có sự khác biệt về thời gian vô sinh giữa 2 thời điểm. thời gian vô sinh ngắn nhất là 1 năm, và thời gian lâu nhất là 22 năm

3.1.1. Nguyên Nhân vô sinh

Rối loạn phóng noãn	30	3%	38	0,38%
Tình dịch đồ bất thường	164	16,4%	148	14,8%
Do cả 2 vợ chồng	75	7,5%	97	9,7%
Không rõ nguyên nhân	270	27%	258	25,8%
Tử cung bất thường	15	1,5%	16	1,6%
Lạc nội mạc tử cung	3	0,3%	2	0,2%
Nguyên nhân khác	5	0,5%	4	0,4%

Nguyên nhân vô sinh dẫn đến phải TTON chủ yếu là do tắc vòi trứng chiếm 43,8% năm 2010 và 43,7% năm 2015. Không có sự khác biệt về nguyên nhân vô sinh giữa 2 thời điểm với $p = 0,63$.

3.1.2. Cách xét nghiệm hormon cơ bản

Bảng 3.2. Xét nghiệm nội tiết cơ bản ngày 2

Các hormone cơ bản	Năm 2010	Năm 2015	p
FSH ngày 3	6,55 ± 2,34	6,52 ± 1,8	0,58
LH ngày 3	4,87 ± 9,06	5,16 ± 3,26	0,35
E2 ngày 3	49,7 ± 45,11	38,6 ± 26,3	0,01
prolactin	366,23 ± 296	442,04 ± 386	0,01

Không có sự khác biệt nồng độ FSH, LH ngày 2 của bệnh nhân vô sinh năm 2010 và năm 2015 với p lần lượt là 0,58 và 0,35

3.1.3. Đặc điểm quá trình kích thích buồng trứng.

Bảng 3.3. Tỷ lệ phác đồ kích thích buồng trứng

Phác đồ KTBT	Năm 2010		Năm 2015		P
	n	%	n	%	
Phác đồ ngắn	353	35,3%	348	34,8%	0,01
Phác đồ dài	528	52,8%	209	20,9%	
Phác đồ antagonist	110	11,9%	443	44,3%	

Năm 2015 tỷ lệ sử dụng phác đồ antagonist tăng chiếm tỷ lệ 44,4%, có sự khác biệt có ý nghĩa với $p = 0,01$

- Tổng liều FSH trung bình là 1971,2 ± 753,4. Tổng liều thấp nhất 400, cao nhất là 6750.
- Số ngày kích thích buồng trứng trung bình 9,84 ± 1,16. Thấp nhất là 8 ngày, nhiều nhất là 15 ngày.
- Số nang noãn ≥ 14mm trung bình 12,09 ± 5,74. Thấp nhất 3 nang, nhiều nhất 30 nang.

3.2. Kết quả kích thích buồng trứng mỗi thời điểm

3.2.1 Số lượng noãn thu được mỗi thời điểm

Bảng 3.4. Tỷ lệ số lượng noãn thu được ở mỗi thời điểm

Số noãn	Năm 2010		Năm 2015		P
	n	%	n	%	
1 -4	298	29,8%	110	11%	0,01
5-10	449	44,9%	358	35,8%	
11-15	110	11%	270	27%	
>15	93	9,3%	265	26,5%	
X±SD	7,94 ± 6,1		11,9 ± 6,6		0,01

Số noãn chọc hút được trung bình 9,92 ± 7. Thấp nhất 0 noãn (có 6 bệnh nhân), nhiều nhất 48 noãn. Tỷ lệ <4 noãn năm 2010 29,8% cao hơn năm 2015 11% với $p=0,01$.

số noãn thụ tinh trung bình năm 2010 (6,35 ± 5,07) thấp hơn có ý nghĩa so với năm 2015 (8,41 ± 5,0) với $p = 0,01$

3.2.2. Số lượng phôi thu được mỗi thời điểm

Bảng 3.5. Tỷ lệ số phôi thu được ở mỗi thời điểm

Số phôi	Năm 2010		Năm 2015		P
	n	%	n	%	
1 -5	647	64,7%	356	35,6%	0,01
6-10	233	23,3%	403	40,3%	
11-15	81	8,1%	173	17,3%	
>15	49	4,9%	68	6,8%	

X $\pm$ SD	5,73 $\pm$ 4,72	7,8 $\pm$ 4,7	0,01

Số phôi trung bình năm 2010 (5,73 $\pm$ 4,72) thấp hơn có ý nghĩa so với năm 2015 (7,8 $\pm$ 4,7) với p = 0,01

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi trong 2 năm 2010 và 2015 thấy: Tuổi vợ thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 51 tuổi, tuổi trung bình là 32,28 $\pm$ 4,86, độ tuổi là một trong các yếu tố quyết định thành công của thụ tinh ống nghiệm. Nghiên cứu của Seng và cs tỷ lệ có thai của nhóm trên 40 tuổi là 12,3% (2005) nhóm dưới 40 tuổi là 32,9%, tuổi càng cao tỷ lệ thành công của IVF càng thấp. Theo Tsafirir và CS (2008) ở tuổi 45 tỷ lệ có thai chỉ còn 2,8% và không có báo cáo có thai ở nhóm tuổi cao hơn [4]. Theo Emmanuel Kalu và CS, ở nhóm phụ nữ dưới 40 tuổi tỷ lệ có thai, tỷ lệ sảy thai, tỷ lệ trẻ sinh sống lần lượt là 46,4%, 29,9%, 32,5% còn ở nhóm phụ nữ trên 40 tuổi các tỷ lệ này lần lượt là 21%, 52% và 10,1%. Nghiên cứu năm 2013 Vương Thị Ngọc Lan (2012) [7], thì tuổi vợ phân bố trong nhóm đáp ứng kém là 36,5 $\pm$ 50, nhóm đáp ứng tốt là 30,6 $\pm$ 5,9 và nhóm đáp ứng quá mức là 26,3 $\pm$ 5,2. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Thời gian vô sinh trung bình là 5,33 $\pm$ 3,44, thời gian vô sinh hay gặp nhất dưới 5 năm (năm 2010 là 51,8%, năm 2015 là 61,6%) không có sự khác biệt về thời gian vô sinh giữa 2 thời điểm. Thời gian vô sinh ngắn nhất là 1 năm, và thời gian lâu nhất là 22 năm. Năm 2010 nhóm vô sinh I hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 58,4%, tỷ lệ vô sinh II là 41,6%. Năm 2015 tỷ lệ vô sinh I là 45,1%, tỷ lệ vô sinh II là 55,9%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hợi thời gian vô sinh hay gặp nhất dưới 5 năm chiếm 52,2%. Trung bình là 5,0 $\pm$ 3,2. Có 33 đối tượng thời gian vô sinh lâu nhất là trên 10 năm. Loại vô sinh hay gặp nhất là vô sinh I chiếm 54,7%. Nguyên nhân vô sinh hay gặp nhất là nhóm chưa rõ nguyên nhân [6]. Kết quả nghiên cứu Cao Ngọc Thành (2013). Thời gian vô sinh trung bình là (5,2 $\pm$ 2,8), Loại vô sinh hay gặp là vô sinh I. Nguyên nhân vô sinh hay gặp là do nam.

Như vậy, thời gian vô sinh và loại vô sinh trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với hai tác giả trên. Nguyên nhân vô sinh của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm tắc vòi trứng 43,8%.

Theo nghiên cứu của chúng tôi số noãn chọc hút được năm 2010 nhóm < 5 noãn chiếm tỷ lệ cao nhất là 29,8%, tỷ lệ nhóm từ 10-15 noãn là 11%, số noãn trung bình của năm 2010 là 7,94 $\pm$ 6,1. Tỷ lệ này của Nguyễn Xuân Huy 2003 là 7,3 $\pm$ 3,2 tại BV Phụ Sản Trung Ương, của BV Từ Dũ là 10,5 $\pm$ 6,5 (2002). Kết quả này được cải thiện nhiều so với năm 2015 với số noãn trung

bình là 11,9 $\pm$ 6,6 và giảm đáng kể tỷ lệ số noãn chọc hút được từ 1-5 noãn là 11%, tỷ lệ chọc hút 10-15 noãn là 27%. Điều này có thể giải thích do sự thay đổi về phác đồ kích thích buồng trứng và kỹ thuật chọc hút noãn theo nghiên cứu của chúng tôi trong năm 2010 tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phác đồ dài là 52,8%, tỷ lệ bệnh nhân dùng phác đồ ngắn là 35,3%. Tỷ lệ này ở các nhóm đã thay đổi có ý nghĩa trong năm 2015, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phác đồ antagonist 44,3%, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phác đồ dài là 20,9%. Trong nghiên cứu của tôi có 06 bệnh nhân phải hủy chu kỳ không có noãn, tất cả các bệnh nhân này đều có dự trữ buồng trứng kém.

V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi trung bình của bệnh nhân 32,28 $\pm$ 4,86, tỷ lệ bệnh nhân < 35 tuổi là 73,9%. Thời gian vô sinh trung bình 5,33 $\pm$ 3,44, tỷ lệ thời gian vô sinh nhỏ < 5 năm là 61,6%, tỷ lệ vô sinh do tắc 2 vòi tử cung 43,8% cao nhất, nhóm tỷ lệ vô sinh không rõ nguyên nhân là 27%

- Tỷ lệ bệnh nhân làm IVF lần đầu là chủ yếu 82,4%, tỷ lệ bệnh nhân làm IVF > 2 lần 0,5%, tỷ lệ sử dụng phác đồ antagonist từ 11,9% năm 2010 lên 44,3% năm 2015, tỷ lệ còn sử dụng phác đồ dài năm 2015 28,4%

- Số noãn trung bình thu được năm 2015 tăng cao hơn so với năm 2010 từ 7,94 $\pm$ 6,1 lên 11,9 $\pm$ 6,6 năm 2015, tỷ lệ noãn số noãn > 10 noãn trong năm 2015 là 89%. Số phôi trung bình năm 2010 là 5,73 $\pm$ 4,72, số phôi này thấp hơn có ý nghĩa so với năm 2015 (7,8 $\pm$ 4,7)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Bích Loan (2008)**, *Đánh giá kết quả chuyển phôi ngày 3 của thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 2/2008 đến tháng 8/2008*. Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Nguyễn Xuân Huy (2004)**, *Nghiên cứu kết quả thụ tinh trong ống nghiệm tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2003*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Hồ Mạnh Tường, Vương Thị Ngọc Lan (2003)** "Một số cải tiến nhằm nâng cao tỷ lệ thành công của chương trình thụ tinh trong ống nghiệm" Vô sinh: Một vấn đề mới, NXB y học
4. **Tsafirir et al (2008)**, "Retrospective analysis of 1217 IVF cycles in women aged 40 years and old". *Reprod Biomed Online*. 14(3): p. 348-55
5. **Seng SW et al (2005)**, "IVF in women aged 40 years and above". *Singapore Med J*. 46(3), p. 132-6.
6. **Nguyễn thị Thu Lan (2010)**. *Tương quan giữa chất lượng trứng với tỷ lệ có thai sau IVF*. Hội thảo

các vấn đề tranh luận trong hỗ trợ sinh sản-Đà Nẵng. tr. 9

7. **Scott L (2009).** Analysis of fertilization In: Gardner DK, Weissman A, Howles CM, Shoham Z,

edt. Textbook of assisted reproductive technologies-laboratory and clinical perspectives, london:informa healthcare:207-218.

ĐIỀU TRA STRESS NGHỀ NGHIỆP Ở NHÂN VIÊN Y TẾ

Nguyễn Thu Hà*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 811 bác sĩ, y tá, hộ lý thuộc 8 bệnh viện/viện tuyến trung ương có tuổi đời trung bình 40 ± 10 và tuổi nghề trung bình 17 ± 10 năm nhằm tìm hiểu stress nghề nghiệp ở nhân viên y tế (NVYT). Kết quả nghiên cứu cho thấy: 10,7% NVYT có điểm stress ở mức cao (rất stress); 37,9% NVYT có điểm stress ở mức trung bình (stress) và 51,4% NVYT có điểm stress ở mức thấp (không có biểu hiện stress). Một số yếu tố nguy cơ stress nghề nghiệp là: các yếu tố không thuận lợi trong môi trường lao động; sự quá tải trong công việc (khối lượng công việc nhiều, cường độ làm việc lớn, thời gian làm việc kéo dài, trách nhiệm công việc cao); trực đêm. Các tác giả khuyến nghị một số biện pháp nhằm làm giảm stress nghề nghiệp ở các đối tượng này.

Từ khóa: Nhân viên y tế, stress

SUMMARY

STUDY ON OCCUPATIONAL STRESS AMONG HEALTH WORKER

Eight hundred and eleven (811) health care workers belong to 8 national hospital/ institute, average aged 40 ± 10 , with 17 ± 10 working years was carried out to study on occupational stress among health worker. The result showed that: 10.7 percent health care workers having high stress assessment score (SAS), 37.9 percent having moderate SAS and 51.4 percent having low SAS. A among 811 health care workers: 48.6 percent suffering from stress. Several risk factors of occupational stress: uncomfortable working environmental, workload (too much work, a high intensity of work, working long time, not allow to have mistake), night duty. The author recommended that it is necessary to apply some solutions for reduced stress at work.

Keyword: Health care worker, stress

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Stress nghề nghiệp được định nghĩa là sự mất cân bằng giữa yêu cầu và khả năng lao động [1]. Hiện nay, stress nghề nghiệp đang là vấn đề lớn, ước tính số tiền tiêu phí cho các bệnh stress năm 1987 là 60 tỉ đô la [5]. Theo một cuộc điều tra ở châu Âu thì hơn 60% người lao động đã từng có trên 50% thời gian làm việc với cường độ lớn [3], một trong những yếu tố gây stress nghề nghiệp.

NVYT là một trong những đối tượng có nguy cơ stress cao (do thời gian làm việc kéo dài, trực

đêm, nguy cơ mắc các bệnh truyền nhiễm cao...), đặc biệt là ở các nhân viên y tế thuộc các bệnh viện tuyến trung ương (do sự quá tải trong công việc, cường độ làm việc lớn, trách nhiệm cao trước tính mạng bệnh nhân, phải xử lý tình huống nhanh chóng...). Chính vì vậy, việc nghiên cứu tìm hiểu về stress ở các đối tượng này trong điều kiện hiện nay từ đó đề xuất các biện pháp phòng ngừa kịp thời cũng đang là vấn đề cấp thiết. Mục tiêu của nghiên cứu:

- *Đánh giá mức độ stress ở nhân viên y tế thuộc 8 Bệnh viện/viện tuyến Trung ương.*

- *Mô tả một số yếu tố nguy cơ stress nghề nghiệp ở nhân viên y tế*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 811 nhân viên y tế thuộc 8 bệnh viện/ viện tuyến trung ương đóng trên địa bàn thành phố Hà Nội. Các bệnh viện và các viện được chọn mẫu chủ đích.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: theo phương pháp mô tả cắt ngang

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Đánh giá stress ở nhân viên y tế: Sử dụng bảng "tự đánh giá stress dành cho người châu Á" (*Stress Assessment Score for Asians*) của trường đại học quốc gia Singapore. Bảng gồm 10 câu hỏi.

Cách tính điểm: Mỗi câu trả lời "có" được tính 1 điểm. Điểm stress được tính bằng tổng số điểm của 10 câu trả lời. Nếu ≥ 4 điểm: Có biểu hiện stress.

Mức điểm stress được phân loại như sau:

+ Mức 1 - Mức điểm thấp (không có biểu hiện stress): 0-3 điểm.

+Mức 2 -Mức điểm trung bình (stress): 4-6 điểm.

+Mức 3 - Mức điểm cao (rất stress): ≥ 7 điểm.

- Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ stress nghề nghiệp: sử dụng bảng hỏi kết hợp với phương pháp quan sát, phân tích các đặc điểm điều kiện lao động đặc thù, bấm thời gian lao động.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu được làm sạch và mã hóa trước khi nhập vào máy tính.

- Sử dụng các thuật toán thống kê trong Y học, phần mềm SPSS16. để phân tích trên máy vi tính.

III. KẾT QUẢ

1. Điều kiện lao động đặc thù của nhân viên y tế: Các NVYT làm việc tại các bệnh viện tuyến trung ương nhận hầu hết các bệnh nhân nặng, bệnh nhân hôn mê, đa chấn thương, ranh

*Viện Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hà

Email: thuahld@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2017

Ngày duyệt bài: 12.4.2017

giới giữa sự sống và cái chết là rất gần, cần phải đặt máy thở, phải được theo dõi thường xuyên bằng monitor các chỉ số về nhịp tim, nhịp thở, huyết áp, độ bão hoà oxy, đặt các dẫn lưu ngực, ổ bụng, nước tiểu, phân... Chính vì vậy các bệnh nhân đòi hỏi luôn phải được theo dõi sát sao và xử trí cấp cứu kịp thời khi cần thiết (mở khí quản, cấp cứu ngừng tim ngừng thở...). Họ thường xuyên làm việc với sự quá tải, căng thẳng, tiếp xúc với các đối tượng bệnh nhân, người nhà bệnh nhân khác nhau; nguy cơ tiếp xúc với máu, dịch của bệnh nhân, nguy cơ cao tổn thương do các vật sắc nhọn...

Tuy chức trách của bác sĩ, y tá, hộ lý, nhân viên trong bệnh viện là khác nhau nhưng họ có chung một đặc điểm là phải làm việc trong môi trường lao động có nhiều yếu tố độc hại: các yếu tố vật lý (bức xạ ion hóa...), các yếu tố hóa học (hơi khí độc: CO₂, hơi cồn, Ete, formon, HCl, Toluen, SO₂, CH₃COOH..., vi sinh vật (nấm, vi khuẩn, virut...). Tính chất lao động ở các NVYT cũng rất đặc biệt: phải tiếp xúc với bệnh lây nhiễm nguy hiểm và cực kỳ nguy hiểm (lao, SARS, HIV/AIDS...), nguy cơ bạo lực và xúc phạm nhân phẩm từ phía người nhà bệnh nhân và bệnh nhân, trực đêm, tổ chức lao động không hợp lý...; đặc biệt là ở các nhân viên y

tế thuộc các bệnh viện tuyến trung ương (do sự quá tải trong công việc, cường độ làm việc lớn, trách nhiệm cao trước tính mạng bệnh nhân, phải xử lý tình huống nhanh chóng...) gây stress công việc ở NVYT. Phân tích quỹ thời gian lao động của các nhân viên y tế ở đây cho thấy trên 80% thời gian các nhân viên phải thực hiện các công việc của mình liên tục như đi lại khám bệnh, thay băng, theo dõi, chăm sóc bệnh nhân..., không có thời gian nghỉ ngắn giữa ca.

Ngoài ra bác sĩ và y tá còn phải đảm nhiệm trực đêm, thậm chí sau ca trực còn phải tiếp tục làm việc thêm 4 giờ. Trong đêm trực, ngoài nhiệm vụ theo dõi và xử trí cấp cứu các bệnh nhân trong khoa, bác sĩ trực khoa cấp cứu, hồi sức tích cực, khoa ngoại... còn phải xử trí cấp cứu các bệnh nhân nặng khác, các bệnh nhân khi có yêu cầu. Theo dõi đêm trực của các y, bác sĩ hồi sức cấp cứu cho thấy trên 80% thời gian trực đêm các y, bác sĩ phải làm việc một cách liên tục. Các NVYT làm việc tại các viện dự phòng tuyến trung ương thường xuyên phải đi công tác xa, dài ngày trong điều kiện khí hậu khắc nghiệt và thực hiện nhiều xét nghiệm chuyên sâu, có nguy cơ lây nhiễm cao.

2. Stress ở nhân viên y tế

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu

Bệnh viện	Bác sĩ		Y tá, KTV		Hộ lý		Tổng số
	n	%	n	%	n	%	
Bệnh viện 1	58	17,6	235	71,4	36	11	329
Bệnh viện 2	21	32,3	39	60,0	5	7,7	65
Bệnh viện 3	15	26,3	31	54,4	11	19,3	57
Bệnh viện 4	20	26,7	49	65,3	6	8,0	75
Bệnh viện 5	22	16,5	70	52,7	41	30,8	133
Bệnh viện 6	22	24,7	58	65,2	9	10,1	89
Viện dự phòng 1	13	30,2	28	65,1	2	4,7	43
Viện dự phòng 2	14	77,8	4	22,2	0	0	18
Tổng số	186		515		110		811

Tổng số 811 nhân viên y tế thuộc 8 bệnh viện/viện tuyến trung ương tham gia nghiên cứu, trong đó nhóm bác sĩ là 186 người, y tá/KTV là 515 người và có 110 người là hộ lý.

Bảng 2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nhóm nghề	Số đối tượng	Giới				Tuổi	Thâm niên (năm)
		Nam		Nữ			
		n	%	n	%		
Bác sĩ	186	80	43,0	106	57,0	43±9	18±10
Y tá, KTV	515	69	13,4	446	86,6	39±10	17±11
Hộ lý	110	11	10,0	99	90,0	38±9	15±10
Tổng số	811	160	19,7	651	80,3	40±10	17±10

Trong số các đối tượng nghiên cứu: có 651 nhân viên nữ (80,3%) và 160 nhân viên nam (19,7%).

Bảng 3. Điểm tự đánh giá stress của NVYT theo nghề

Nhóm	n	Có stress		Mức điểm stress (%)			So sánh
		n	%	Thấp	TB	Cao	
I. Bác sĩ	186	92	49,5	50,5	36,6	12,9	p>0,05
II. Y tá, KTV	515	256	49,7	50,3	40,2	9,5	
III. Hộ lý	110	46	41,8	58,2	29,1	12,7	
Tổng số	811	394	48,6	51,4	37,9	10,7	

Mức điểm stress của NVYT được phân bố như sau: 10,7% NVYT có điểm stress ở mức cao; 37,9% NVYT có điểm stress ở mức trung bình và 51,4% NVYT có điểm stress ở mức thấp. Trong số 811 NVYT: 48,6% có biểu hiện stress; nhóm bác sĩ, y tá/KTV có xu hướng biểu hiện stress ở mức độ cao hơn so với nhóm hộ lý.

Bảng 4. Điểm tự đánh giá stress của NVYT theo khoa

Khoa	n	Có stress		Mức điểm stress (%)			So sánh
		n	%	Thấp	TB	Cao	
Khám, cấp cứu	114	45	39,5	60,5	30,7	8,8	p>0,05
Ngoại, sản	130	52	40,0	60,0	33,1	6,9	
Nội, nhi	220	109	49,5	50,5	39,5	10,0	
Cận lâm sàng	123	37	30,0	70,0	22,8	7,2	
Chuyên khoa	20	9	45,0	55,0	35,0	10,0	
Dự phòng	124	20	16,1	83,9	16,1	0	
Khác	80	25	31,2	68,8	20,0	11,2	

Không thấy có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ NVYT có biểu hiện stress giữa các khoa.

Bảng 5. Các biểu hiện chính của stress

TT	Biểu hiện	Nhóm nhân viên y tế (n=811)							
		Bác sĩ		Y tá, KTV		Hộ lý		Chung	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Thường xuyên cảm thấy bận rộn	119	64,0	299	58,1	48	43,6	466	57,5
2	Không thích thú với công việc hàng ngày	149	80,1	403	78,3	86	78,2	638	78,7
3	Nóng nảy và lo âu	165	88,7	430	83,5	84	76,4	679	83,7
4	Dễ hoảng sợ	88	47,3	214	41,6	44	40,0	346	42,7
5	Dễ mệt mỏi	160	86,0	436	84,7	89	80,9	685	84,5
6	Dễ hồi hộp	145	77,0	410	79,6	84	76,4	639	78,8
7	Hoa mắt, chóng mặt	135	72,6	370	71,8	77	70,0	582	71,8
8	Mặt nóng và đỏ	117	62,9	319	61,9	56	50,9	492	60,7
9	Đau đầu	103	55,4	313	60,8	63	57,3	479	59,1
10	Có biểu hiện đau dạ dày	140	75,3	377	73,2	68	61,8	585	72,1
11	Đau mỏi cơ, xương, khớp	174	93,5	473	91,8	97	88,2	744	91,7
12	Khó ngủ	164	88,2	406	78,8	75	68,2	645	79,5
13	Thường gặp ác mộng	114	61,3	284	55,1	55	50,0	453	55,9

Các triệu chứng của stress ở NVYT có biểu hiện khá cao (42,7 -91,7%)

3. Một số yếu tố nguy cơ stress nghề nghiệp ở nhân viên y tế

Bảng 6. Một số yếu tố nguy cơ stress nghề nghiệp

Một số yếu tố nguy cơ stress nghề nghiệp	Số đối tượng (n=544)	%
- Do môi trường lao động	391	71,9
- Do quá tải công việc	298	54,8
- Căng thẳng trong các ca xử trí khó	86	15,8
- Căng thẳng khi tiếp xúc với bệnh nhân	227	41,7
- Căng thẳng khi tiếp xúc với người nhà BN	182	33,5

Một số yếu tố nguy cơ stress nghề nghiệp ở nhân viên y tế là: Môi trường lao động không thuận lợi, quá tải công việc (khối lượng công việc nhiều, cường độ làm việc lớn, thời gian làm việc kéo dài, trách nhiệm công việc cao), căng thẳng khi tiếp xúc với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

Bảng 7. Mối liên quan giữa các yếu tố công việc với một số biểu hiện, triệu chứng của NVYT (hệ nội và ngoại và XN, cận LS) (n= 510)

Yếu tố liên quan	Các biểu hiện, triệu chứng	OR (khoảng tin cậy 95%)	p
Công việc căng thẳng, quá tải	Ngủ không ngon	1,547 (1,034 – 2,313)	0,034
	Mệt mỏi	2,510 (1,504 – 4,190)	0,000
	Luôn thấy bận rộn	1,671 (1,138 – 2,453)	0,009
	Đau đầu	1,485 (1,008 – 2,188)	0,045
	Dễ bị kích thích nóng nảy	2,150 (1,428 – 3,238)	0,000
	Đau mỏi cơ xương	1,679 (1,143 – 2,464)	0,008
	Ngủ không ngon	1,385 (1,051-1,824)	0,021

Trực đêm	Mệt mỏi	1,485 (1,159-1,904)	0,002
	Đau đầu	1,345 (1,054-1,715)	0,017
	Bị kích thích	1,405 (1,048-1,884)	0,023
	Đau mỗi cơ xương	1,384 (1,094-1,751)	0,007
Môi trường lao động độc hại	Ngủ không ngon	2,032 (1,529 – 2,701)	0,000
	Mệt mỏi	1,577 (1,242 – 2,002)	0,000
	Đau đầu	1,686 (1,327 – 2,141)	0,000
	Bị kích thích	1,737 (1,305 – 2,314)	0,000
	Lo lắng	1,526 (1,085 – 2,145)	0,015
	Đau mỗi cơ xương	1,918 (1,523 – 2,415)	0,000

Một số các yếu tố công việc có liên quan tới phần nản về trạng thái sức khỏe của NVYT sau ngày làm việc là: công việc căng thẳng, quá tải; trực đêm; môi trường lao động độc hại.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 811 nhân viên y tế thuộc 8 bệnh viện/viện tuyến trung ương cho thấy: Mức điểm stress ở NVYT được phân bố như sau: 10,7% NVYT có điểm stress ở mức cao (rất stress); 37,9% NVYT có điểm stress ở mức trung bình (stress) và 51,4% NVYT có điểm stress ở mức thấp (không có biểu hiện stress). Trong số 811 NVYT: 48,6% có biểu hiện stress – một tỷ lệ khá cao. Tuy vậy nghiên cứu này còn có những hạn chế nhất định do sử dụng phương pháp tự đánh giá.

Salerno Silvana [6] đã nghiên cứu và tìm thấy ca kíp và gánh nặng lao động là một trong các yếu tố nguy cơ có liên quan tới stress công việc ở các y tá bệnh viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ NVYT có biểu hiện stress giữa các khoa. Theo nghiên cứu của GM Henningsen [2] trên 10 y tá của khoa HSCC thấy có điểm stress ở mức thấp là 50%, mức trung bình là 30% và mức cao là 20%. Nghiên cứu của Bourbonnais [1] trên 1870 y tá của 6 bệnh viện đa khoa thì thấy có 30,9% có biểu hiện stress nghề nghiệp. 55% các nhà tâm lý học cho rằng lo âu cũng là một dạng phản ứng của stress [4] cũng như nghiên cứu của Norito Kawakami đã chỉ ra có mối liên quan chặt chẽ giữa các yếu tố stress công việc với các rối loạn tâm thần.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, từ các phân tích đặc điểm công việc, tính chất đặc thù nghề nghiệp của các NVYT kết hợp với điều tra các yếu tố nghề nghiệp liên quan bằng phỏng vấn chủ quan ở các đối tượng này cho thấy các yếu tố nguy cơ liên quan tới stress là: Môi trường lao động không thuận lợi, quá tải công việc (khối lượng công việc nhiều, cường độ làm việc lớn, thời gian làm việc kéo dài, trách nhiệm công việc cao), căng thẳng khi tiếp xúc với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả [2] [6] thấy “không đủ thời gian để hoàn thành nhiệm vụ”

(quá tải công việc)... là yếu tố chính gây stress nghề nghiệp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 811 nhân viên y tế thuộc 8 bệnh viện/viện tuyến trung ương cho thấy: Mức điểm stress ở NVYT được phân bố như sau: 10,7% NVYT có điểm stress ở mức cao (rất stress); 37,9% NVYT có điểm stress ở mức trung bình (stress) và 51,4% NVYT có điểm stress ở mức thấp (không có biểu hiện stress). Trong số 811 NVYT: 48,6% có biểu hiện stress.

Một số yếu tố nguy cơ stress nghề nghiệp là: các yếu tố không thuận lợi trong môi trường lao động; sự quá tải trong công việc (khối lượng công việc nhiều, cường độ làm việc lớn, thời gian làm việc kéo dài, trách nhiệm công việc cao); trực đêm.

KHUYẾN NGHỊ

- Tiếp tục nghiên cứu để có được đánh giá đầy đủ hơn
- Cải thiện tốt hơn môi trường lao động
- Giảm sự quá tải trong công việc (tăng cường nhân lực, tổ chức lao động hợp lý hơn...) cho NVYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bourbonnais R et al (1996)**, « Tension au travail et santé mentale chez des infirmières québécoises en centre hospitalier de courte durée », *accueil des résumés 25th congrès international de la médecine du travail*, AB Grafiska Gruppen, Stockholm.
2. **GM Henningsen et al (1992)**, “Measurement of salivary immunoglobulin A as an immunologic biomarker of job stress”, *Scand J work environment health*, vol 18, p.133-136
3. **John W. Hinton and Richard F. Burton (1992)**, “How can stress be taken seriously? A reply to richard Graveling”, *Work and stress*, Vol.6, N^o2, p.103-106
4. **Lee Won Chul et al (1994)**, The degrees related factors of the job stress among nurses, *Abstract. New epidemics in occupational health*, Helsinki, Filand, p. 95
5. **M. Frankenhaeuser**, Psycho-social factors and occupational health, *New epidemics in occupational*

health. *Proceeding of the international symposium on new epidemics in occupational health*, Helsinki, Finland, p.64-71

6. Salerno Silvana et al (1993), "application of the method of organizational congruences to assess to

work stress among hospital nurses in two different countries", 24th congress of the international commission on occupational health. Abstracts. Nice, p. 379

SỰ GIẢM KHUẾCH TÁN PHẾ NANG MAO MẠCH VÀ MỐI TƯƠNG QUAN CỦA NÓ VỚI ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Phạm Thị Phương Nam*, Đồng Khắc Hưng**, Nguyễn Huy Lực**

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Xác định thông số khuếch tán phế nang mao mạch và tỷ lệ BN sụt giảm khuếch tán ở 75 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BN BPTNMT) điều trị tại bệnh viện 103 từ tháng 10/2013 đến tháng 3/2016 bằng phương pháp đo thể tích toàn thân. 2. Xác định mối tương quan giữa thông số khuếch tán phế nang mao mạch với một số đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng của BPTNMT. **Phương pháp:** nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Thông số khuếch tán phế nang mao mạch giảm mạnh ở BN BPTNMT $12,4 \pm 11,2$ mmolCO/min/mmHg tương ứng $79,1 \pm 24,4$ % SLT và 51,3% BN BPTNMT có DLCO $\leq 75\%$. Khuếch tán khí có tương quan từ thấp đến cao với mức độ khó thở, thang điểm CAT, mức độ tắc nghẽn, phân nhóm toàn diện hóa, kiểu hình khí phế thũng, biến chứng tim phổi mạn ($r = 0,253$ đến $0,649$) ở BN BPTNMT. **Kết luận:** Có sự suy giảm thông số khuếch tán ở BN BPTNMT và sự suy giảm này liên quan với chỉ số BMI, đặc điểm khí máu, mức độ tắc nghẽn và mức độ nặng của bệnh, kiểu hình khí phế thũng và biến chứng tim phổi mạn ở BN BPTNMT $p < 0,05$.

Từ khóa: khuếch tán khí, BPTNMT, máy đo thể tích toàn thân.

SUMMARY

DECREASE OF DIFFUSING CAPACITY FOR CARBON MONOXIDE (DLCO) OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENTS

Objective: To determine the DLCO indices of 75 patients with COPD by Body plethysmography method at 103 Hospital. Identify correlations between DLCO% means with age, BMI, the severity of obstructive, stades, types of COPD and its complications. **Methods:** Prospective, cross-descriptive. **Results:** The mean of DLCO indices of 75 COPD patients was $11,14 \pm 4,59$ respectively $79,1 \pm 24,4\%$ predicting and 51,3% patients with decreased DLCO ($\leq 75\%$ PRED). There were the correlations

between DLCO with BMI, hypercapnie, hypoxemie, and the severity of obstructive, stades, types of COPD and its complications ($r = 0,253 - 0,649$), having the statistically significance $p < 0,05$. **Conclusions:** Noting the decrease of DLCO indices of patients with COPD. There was the relationship between severity of decrease in DLCO and decrease BMI, hypercapnie, hypoxemie, severity of obstructive, stades, types of COPD and its complications, having the statistically significance. Parameter DLCO is very important in strategie of prognosis and treatment COPD.

Key words: difusing capacity for carbon monoxide (DLCO), Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients, Whole body plethysmographie.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD) là bệnh lý hô hấp có tỷ lệ mắc và tử vong khá cao. Riêng ở Mỹ, bệnh nhân (BN) COPD hiện nay đã lên tới 32 triệu người và là 1 trong 3 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Tỷ lệ mắc bệnh tại Việt nam khá cao 6,7%, đứng đầu so với 12 nước trong khu vực Đông Nam Á. Cùng với các chỉ tiêu thông khí phổi, các chỉ tiêu về chức năng trao đổi khí phế nang mao mạch là rất quan trọng. Nghiên cứu Boutou A K [3] đã chỉ ra rằng chức năng trao đổi khí là yếu tố dự báo nguy cơ tử vong tốt nhất của BPTNMT. Đo thể tích toàn thân (Whole body plethysmographie) là một trong những phương pháp hiện đại, cho phép thăm dò chức năng hô hấp một cách toàn diện, trong đó có khuếch tán khí. Tại Việt Nam hiện nay, việc ứng dụng thăm dò chuyên sâu nhiều thông số chức năng hô hấp cho bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đặc biệt thông số khuếch tán phế nang mao mạch còn chưa được áp dụng thỏa đáng. Để tìm hiểu rối loạn các thông số khuếch tán phế nang mao mạch ở bệnh nhân BPTNMT chúng tôi nghiên cứu với mục tiêu sau: *Xác định các thông số khuếch tán khí ở người tình nguyện khỏe mạnh và bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bằng phương pháp đo thể tích toàn thân. Nghiên cứu mối liên*

*BV Việt Tiệp Hải Phòng

** Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Phương Nam

Email: ptpnam@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2017

Ngày duyệt bài: 7.4.2017

quan giữa thông số khuếch tán phế nang mao mạch với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân BPTNMT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: 75 bệnh nhân COPD được chẩn đoán xác định COPD (theo GOLD 2013) điều trị nội trú tại BV quân y 103 từ tháng 10/2013 đến hết tháng 3/2016, không chống chỉ định thăm dò CNHH, sau đợt bùng phát và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Vật liệu nghiên cứu: Máy đo thể tích toàn thân của hãng Care Fusion (Hoa Kỳ), sản xuất năm 2013. Được chuẩn định hàng ngày về tính chính xác, độ ổn định, độ sai số cho phép trước khi thăm dò chức năng hô hấp. Một số hệ thống khác đi kèm: bình khí nén Methan 0,3%, Cacbon monoxide 0,3%, oxygen 21%.

Thăm dò khuếch tán khí DLCO: đo theo quy trình đo của khoa chẩn đoán chức năng Bệnh viện quân y 103. Bệnh nhân nghỉ ít nhất 15 phút và không dùng các chất kích thích (thuốc lá, cà phê, bia rượu trong ngày đo), không được ăn no trước 1 giờ, thống nhất đo ở tư thế ngồi. Người đo nhập tên, tuổi, chiều cao, cân nặng, chỉ số hemoglobin của bệnh nhân vào máy. Đo khuếch tán khí bằng phương pháp ngừng thở, sau mỗi lần đo nghỉ 5 phút và thực hiện lại phép đo 3 lần. Chọn và in kết quả tốt nhất.

2. Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả kết hợp tiến cứu.

3.2. Sự giảm khả năng khuếch tán phế nang mao mạch của BN BPTNMT.

3.2.1. Xác định thông số khuếch tán khí ở BN BPTNMT và NTNKM

Bảng 3.1. Sự giảm khuếch tán phế nang mao mạch ở BN BPTNMT

Các thông số khuếch tán khí	Đơn vị	BNBPTNMT(n= 75)	
		Mean $\pm$ SD	đạt % SLT
DLCO	mmolCO/min/mmHg	12,4 $\pm$ 11,2	77,8 $\pm$ 29,6
VA	lít	3,9 $\pm$ 1,1	2,9 $\pm$ 0,9
KCO	mmolCO/min/mmHg/l	2,9 $\pm$ 0,9	77,6 $\pm$ 24,4

Thông số khuếch tán phế nang mao mạch giảm mạnh ở BN BPTNMT; 12,4 $\pm$ 11,2mmolCO/min/mmHg, tương ứng 79,1 $\pm$ 24,4 % so với số lý thuyết.

3.2.2. Mức độ sụt giảm thông số khuếch tán phế nang mao mạch ở BN BPTNMT.

Bảng 3.2. Mức độ sụt giảm thông số và khả năng khuếch tán ở BN BPTNMT.

Các mức độ	Thông số khuếch tán -DLCO		Khả năng khuếch tán -KCO	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Không giảm	35	46,7%	31	41,3%
Giảm nhẹ	18	24,0%	26	34,7%
Giảm vừa	16	21,3%	18	24,0%
Giảm nặng	6	8,0%	0	0
Tổng	75	100%	75	100%

Ở BN BPTNMT có tình trạng sụt giảm thông số khuếch tán CO phế nang mao mạch: sụt giảm nhẹ chiếm 24%, vừa 21,3%, nặng 8% tổng số BN. Khả năng khuếch tán cũng giảm: nhẹ 34,7%, vừa 24% BN BPTNMT.

3.3. Tương quan giữa khuếch tán khí với đặc điểm LS, CLS ở BN BPTNMT.

3.3.1. Với đặc điểm lâm sàng và khí máu.

Các dữ liệu thu thập và xử lý bao gồm:

- Các thông tin về tuổi, giới, cân nặng chiều cao, BMI (Body Mass Index)
- Phân loại mức độ tắc nghẽn và mức độ nặng A,B,C,D theo GOLD 2013.
- Khí máu [2]: tăng thán pCO₂ > 45mmHg; giảm oxy ĐM khi PO₂ < 80 mmHg.
- Kiểu hình BPTNMT: ưu thể KPT – VPQM.
- Biểu chứng tâm phế mạn và suy hô hấp mạn
- Xác định các thông số khuếch tán mao mạch phế nang và đánh giá khả năng khuếch tán mao mạch:

Giá trị DLCO lý thuyết điều chỉnh với Hb = DLCO lý thuyết x [(1,7 Hb/ (10,22+ Hb)]. Số lý thuyết (SLT) dựa trên tiêu chuẩn của Knudson xây dựng năm 1983 dành cho người da châu Á, được cài đặt sẵn trên máy đo.

Các số liệu được xử lý bằng SPSS 16.0 và EXEL 6.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu.

Giới: hầu hết là nam giới 74 BN chiếm 98,7%.

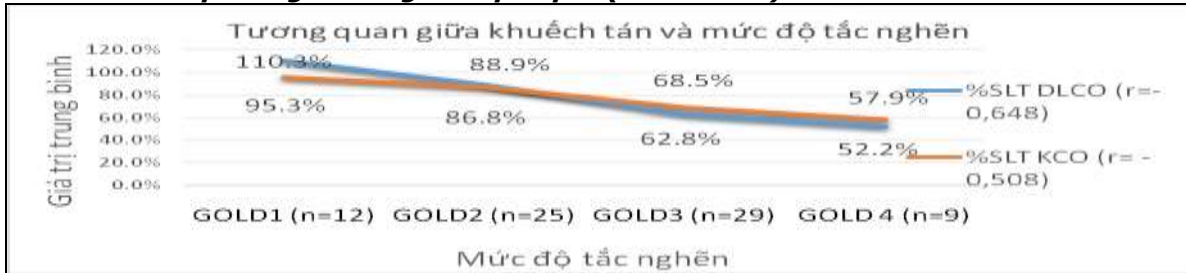
Tuổi trung bình là 65,4 $\pm$ 6,4 chia 3 nhóm từ 50 -59 tuổi có 14 BN (18,7%), từ 60 – 69 tuổi có 42 BN (56%), từ 70 – 79 có 19 BN (25,3%).

Chỉ số BMI trung bình 19,3 $\pm$ 2,8 chia 3 nhóm: 32 BN gầy (BMI < 18,5) 42,7%, 38 BN trung bình (18,5 $\leq$ BMI $\leq$ 23) 50,7%, 5 BN BMI >23 chiếm 6,6%.

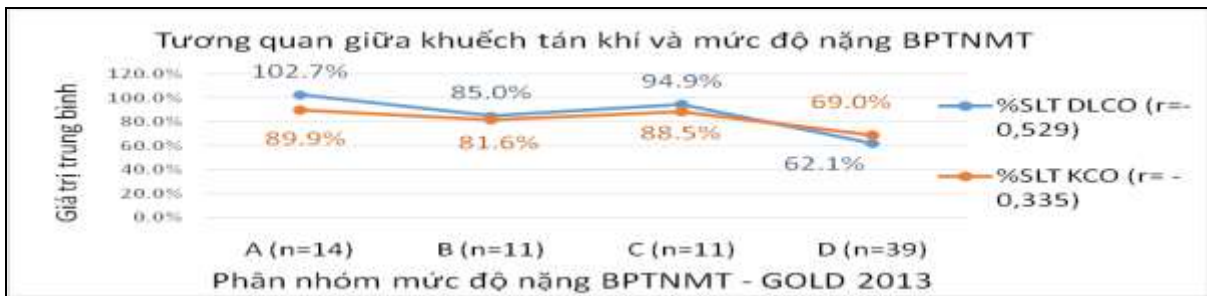
Bảng 3.3. Tương quan giữa khuếch tán khí với đặc điểm lâm sàng và khí máu.

Tương quan (R-pearson) với	%DLCO(*): p < 0,05	%KCO(*): p < 0,05
Phân nhóm tuổi	0,071	0,033
Phân nhóm BMI	0,255*	0,360*
mMRC	-0,338*	-0,470*
CAT	-0,570*	-0,456*
Giảm O ₂ ĐM	-0,452*	-0,242*
Tăng thán máu	-0,255*	-0,236*

Khuếch tán phế nang mao mạch đều có sự tương quan thuận yếu với phân nhóm BMI và tương quan nghịch với các mMRC, CAT, tăng thán, giảm O₂ máu động mạch mức độ yếu đến vừa ($r = -0,236$ đến $-0,570$) nhưng lại không thấy liên quan với nhóm tuổi, với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

3.3.2. Mức độ tắc nghẽn và giai đoạn bệnh (GOLD 2013)**Hình 3.1. Tương quan giữa khuếch tán khí với mức độ tắc nghẽn..**

Thông số khuếch tán -DLCO và khả năng khuếch tán (KCO) cho mức độ tương quan nghịch với mức độ tắc nghẽn, $r = -0,648$ và $-0,508$.

**Hình 3.2. Tương quan giữa khuếch tán khí với mức độ nặng của BPTNMT.**

Chúng tôi thấy thông số khuếch tán và khả năng khuếch tán đều cho mối tương quan nghịch vừa với sự phân chia giai đoạn BPTNMT theo hướng toàn diện hóa A, B, C, D ($r = -0,529$ và $r = -0,335$).

3.3.3. Với kiểu hình bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.**Bảng 3.4. Liên quan khuếch tán khí với kiểu hình BPTNMT.**

Kiểu hình BPTNMT	%DLCO			%KCO		
	Mean $\pm$ SD	Eta	P	Mean $\pm$ SD	Eta	P
Ưu thế KPT (n=58)	76,9 $\pm$ 30,8	0,058	>0,05	74,7 $\pm$ 23,4	0,217	<0,05
Ưu thế VPQM (n=17)	81,0 $\pm$ 25,8			87,4 $\pm$ 26,1		

Chỉ hiệu suất khuếch tán khí KCO giảm ở nhóm KPT ưu thế hơn so nhóm VPQM ưu thế 87,4% so với 74,1% số lý thuyết, mức liên quan thấp ($\eta = 0,217$ với, $p < 0,05$).

3.3.4. Biến chứng:**Bảng 3.5. Liên quan khuếch tán khí với biến chứng BPTNMT.**

Biến chứng BPTNMT	%DLCO		%KCO	
	Mean $\pm$ SD	P	%KCO	P
Tim phổi mạn (n=20)	60,2 $\pm$ 24,4	< 0,05	67,4 $\pm$ 23,0	<0,05
Không tim phổi mạn (n=55)	84,3 $\pm$ 28,9		81,4 $\pm$ 24,0	
Suy hô hấp mạn (n=10)	58,6 $\pm$ 11,3	<0,05	67,1 $\pm$ 23,6	>0,05
Không suy hô hấp mạn (n= 65)	80,8 $\pm$ 30,5		79,2 $\pm$ 24,3	

Hầu hết các thông số khuếch tán khí ở nhóm có biến chứng đều giảm hơn so với nhóm không có biến chứng, có sự khác biệt $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu: BN BPTNMT nam chiếm hầu hết 98,7%, độ tuổi từ 52 trở lên, kết quả trên giống nhiều nghiên cứu đều ghi nhận COPD gặp chủ yếu ở nam giới trên 40 tuổi. Nhóm bệnh nhân COPD có số lượng bệnh nhân gây khá cao 42,7%. Nghiên cứu của Mai Xuân Khấn 2005 cũng cho kết quả tương tự BMI <18 là 38% [1]. Một số tác giả cho rằng BN BPTNMT mà có chỉ số BMI thấp do bất kỳ nguyên nhân nào thì tiên lượng cũng xấu và là 1 trong những nguy cơ tử vong[5].

4.2. Sự giảm thông số khuếch tán phế nang mao mạch ở BN BPTNMT: Thông số khuếch tán ở BN BPTNMT được lấy khi đã hiệu chỉnh với Hb. Kết quả thông số khuếch tán phế nang mao mạch giảm mạnh ở BN BPTNMT; $12,4 \pm 11,2$ mmolCO/min/mmHg tương ứng $79,1 \pm 24,4$ % số lý thuyết (SLT). Nguyên nhân chính gây giảm thông số DLCO ở BPTNMT như đã biết đó tắc nghẽn đường dẫn khí mạn tính. Hiệu suất khuếch tán KCO cũng giảm sút $2,9 \pm 0,9$ và chỉ đạt $77,6 \pm 24,4$ % SLT. KCO hay DLCO/VA là kết quả của sự vận chuyển CO qua 1 đơn vị thể tích phổi. Một kết luận giảm khả năng khuếch tán KCO có ý nghĩa hơn ý nghĩa giảm tổng khả năng khuếch tán (DLCO total). Bởi vì nếu có sự giảm khuếch tán từng phần của phổi thông thường sẽ được bù bằng cách tăng thể tích phế nang nên tổng DLCO có thể không thay đổi. Tuy nhiên, ở BN khí phế thũng có sự phá hủy mao mạch phổi do giảm từng phần mạch máu đi kèm. Nên ngay cả khi tắc nghẽn đường thở nhỏ mặc dù các thể tích và các dung tích có thể tăng nhưng hiệu suất khuếch tán khí qua màng giảm.

Trong nghiên cứu này thấy hơn một nửa BN BPTNMT có tình trạng sụt giảm thông số khuếch tán CO phế nang mao mạch: giảm nhẹ chiếm 23,1%, vừa 20,5%, nặng 7,7% số BN BPTNMT. Khi đánh giá trên khả năng khuếch tán cũng phát hiện 33,3% BN giảm nhẹ, 23,1% BN BPTNMT giảm vừa. Chính vì vậy, có rất nhiều nghiên cứu thường sử dụng đánh giá sự khuếch tán khí bằng thông số khuếch tán.

4.3. Mối tương quan giữa khuếch tán khí với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN BPTNMT: Khuếch tán phế nang mao mạch đều có sự tương quan thuận yếu với phân nhóm BMI và tương quan nghịch với các mMRC, CAT, tăng thán, giảm O2 máu động mạch mức độ yếu đến vừa ($r = -0,253$ đến $-0,570$) nhưng lại không thấy liên quan với nhóm tuổi, với mức ý nghĩa $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với 1 số nghiên cứu cho rằng DLCO liên quan mật thiết với chỉ số

BMI[5]. Tác giả Hadeli cho rằng có tới 1/3 giảm khả năng khuếch tán khí ở BN BPTNMT và DLCO giảm tương quan với độ giảm thể tích phổi. Đồng thời độ bão hòa ô xi cũng giảm ở bệnh nhân giảm DLCO và DLCO giảm rõ rệt khi FEV1 < 50%[7]. Nghiên cứu của Diaz (2015) [5] thấy ở BN BPTNMT có khí phế thũng, sự giảm DLCO có ý nghĩa quan trọng trong việc đánh giá khả năng gắng sức của BN BPTNMT.

Bảng 3.4 thấy: chỉ hiệu suất khuếch tán khí KCO giảm hơn ở nhóm KPT ưu thế so nhóm VPQM ưu thế 87,4% so với 74,1%, tương quan mức thấp ($\eta = 0,217$ với, $p < 0,05$). Nhiều tác giả [5] đã khẳng định khí phế thũng gây giảm khuếch tán khí. Nghiên cứu này lại thấy thông số DLCO tính trên tổng thể tích phế nang không chênh lệch giữa 2 nhóm có thể do nhóm BN ưu thế KPT có thể tích phế nang tăng cao hơn (3,9 so với 2,9 lít). Tác giả Cerveri [4] đã chứng minh DLCO giảm khi có tình trạng khí phế thũng và DLCO giảm tương ứng với mức độ mức độ ứ khí.

Thông số khuếch tán - DLCO và hiệu suất khuếch tán - KCO cho mức độ tương quan nghịch từ thấp tới vừa với mức độ tắc nghẽn, với mức độ nặng của bệnh theo GOLD 2013 ($r = -0,335$ đến $-0,648$). Tâm phế mạn và suy hô hấp mạn là 2 biến chứng thường gặp ở giai đoạn muộn của BN BPTNMT. Bảng 3.5. thấy hầu hết các thông số khuếch tán ở nhóm có biến chứng đều giảm hơn so với nhóm không có biến chứng, có sự khác biệt $p < 0,05$. Tác giả Boutou A.K [3] nghiên cứu trên 604 BN BPTNMT trong 7 năm với thống kê đa biến cho rằng thông số DLCO là yếu tố dự báo tốt nhất cho tỷ lệ tử vong hơn các yếu tố khác như FEV1, FVC, các lưu lượng (FEF), PaO2... BN DLCO < 27,9% có nguy cơ tử vong cao hơn so với nhóm BN DLCO > 51% SLT.

V. KẾT LUẬN

Thông số khuếch tán phế nang mao mạch giảm mạnh ở BN BPTNMT $12,4 \pm 11,2$ mmolCO/min/mmHg tương ứng $79,1 \pm 24,4$ % SLT và 51,3% BN BPTNMT có DLCO ≤ 75 %. Khuếch tán khí có tương quan từ thấp đến cao với mức độ khó thở, thang điểm CAT, mức độ tắc nghẽn, phân nhóm toàn diện hóa, kiểu hình khí phế thũng, biến chứng tim phổi mạn ($[r] = 0,253$ đến $0,649$) ở BN BPTNMT. Từ đó thăm dò khuếch tán khí là rất cần thiết, cần được áp dụng rộng rãi hơn trong quá trình theo dõi, tiên lượng và điều trị cho BN BPTNMT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Xuân Khấn (2005), Một số đặc điểm lâm sàng, chức năng hô hấp, nội soi và tế bào dịch rửa

- phế quản của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y.
2. **Lê Thị Tuyết Lan (2004)**, *Phương pháp phân tích khí trong máu*, Nhà xuất bản Y học chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
 3. **Boutou AK et al. (2013)** "Lung function indice for predicting mortality in COPD" Eur Respir J. 8.
 4. **Cerveri, Isa(2004)**, Clinical investigations – COPD – Assessment of Emphysema in COPD: A functional and radiologic study, CHEST, vol 125 No 5, p 1714- 1718.
 5. **Diaz et al. (2015)** "BPCO – Emphysema – DLCO – Tdm6" *Respir Med*.
 6. **GOLD (2013)** – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention, A guide for Health Care Professionals Updated 2015.
 7. **Hadeli KO et al (2001)**, Predictors of oxygen desaturation during submaximal exercise in 8000 patients, CHEST 2001, 120, p88 – 92.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT SỎI MẬT SÓT, SỎI MẬT TÁI PHÁT CÓ SỬ DỤNG NỘI SOI TÁN SỎI TRONG MỔ TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Tuấn Anh*, Trần Đình Tho*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả phẫu thuật sỏi mật sỏi, sỏi mật tái phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các bệnh nhân có sỏi mật sỏi, tái phát phải mổ lại có sử dụng nội soi tán sỏi trong mổ từ tháng 06/2015 đến 06/2016, được nghiên cứu bằng phương pháp mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Qua 201 trường hợp sỏi mật sỏi, tái phát phải mổ lại; tỉ lệ có giun lên ống mật 12,4%, hẹp đường mật ở những bệnh nhân sỏi mật sỏi, sỏi mật tái phát chiếm 1 tỉ lệ cao (34,33%), sỏi lan tỏa cả 2 gan và hẹp đường mật có tỉ lệ sỏi sỏi lần lượt là 56,8% và 62,5%. Sử dụng nội soi tán sỏi có tỉ lệ biến chứng thấp (12,4%), tỉ lệ sỏi sỏi giảm xuống còn 34,5%. **Kết luận:** Giun chui ống mật, nhiễm trùng đường mật, sỏi trong gan lan tỏa, hẹp đường mật là những yếu tố liên quan chặt chẽ đến sỏi sỏi và tái phát sỏi. Sử dụng nội soi tán sỏi trong mổ là biện pháp an toàn, hiệu quả, tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ sỏi sỏi được cải thiện.

SUMMARY

RESEARCH THE RELATED FACTORS AND RESULTS OF SURGERY FOR THE MISSED GALLSTONES, GALLSTONES RECURRENCE USING LITHOTRIPSY CHOLEDOCHOSCOPIC SURGERY AT THE VIET DUC HOSPITAL

Objective: To find out some related factors and to evaluate the results of surgery missed gallstones, gallstones recurrence. **Materials and Methods:** Patients with missed gallstones, gallstones recurrence who underwent surgery with lithotripsy choledochoscopic during the period from June 2015 to

June 2016, were studied by retrospective cases of missed. **Results:** Through 201 reoperative cases of missed gallstones, gallstones recurrence; The rate of worms on the bile duct was 12,4% the stricture bile duct in patients with missed gallstones, gallstones recurrence accounted for a high rate (34,33%), stones spread to both the liver and stricture bile duct was 56,8% and 62,5%, respectively. Using the lithotripsy had a low incidence of complications (12,4%) and the rate of missed gallstones was reduced to 34,5%. **Conclusion:** Bile duct worms, bile duct infection, diffuse bile duct stones and stricture bile duct are closely related factors to missed stones and recurrence of stones. The use of lithotripsy choledochoscopic surgery is a safe and effective method, reduce the complication rate and missed gallstones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là một bệnh lý khá phổ biến, qua nhiều nghiên cứu cho thấy phần lớn sỏi mật ở nước ta chủ yếu là sỏi đường mật chính trong đó sỏi trong gan chiếm tỉ lệ rất cao. Mặc dù đã có nhiều phương tiện hỗ trợ song việc điều trị vẫn còn rất khó khăn, tỉ lệ sỏi sỏi còn cao. Mặt khác ở những bệnh nhân đã mổ lấy sỏi, niêm mạc đường mật thường tổn thương, sần sùi, phù nề, đường mật có chỗ dẫn, chỗ hẹp dẫn đến cản trở lưu thông của dịch mật tạo điều kiện thuận lợi cho việc hình thành và tái phát sỏi. Đề tài này nhằm tìm hiểu 1 số yếu tố liên quan đến sỏi sỏi, sỏi tái phát cũng như đánh giá kết quả phẫu thuật ở những bệnh nhân sỏi sỏi, sỏi tái phát có sử dụng nội soi tán sỏi trong mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Các bệnh nhân được chẩn đoán sỏi mật sỏi, sỏi mật tái phát được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn từ tháng 06/2015 đến tháng 06/2016 có sử dụng nội soi tán sỏi trong mổ.

* Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tuấn Anh

Email: Bsdotuananh16@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2017

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

+Khái niệm sốt sỏi, tái phát sỏi: Thời gian trong vòng 6 tháng tính từ lần mổ trước phát hiện sỏi được gọi là sốt sỏi, trên 6 tháng được gọi là tái phát nếu lần trước đã lấy hết sỏi. Tuy nhiên việc phân định 2 khái niệm này đôi khi có khó khăn, vì thế đề tài lựa chọn tất cả những bệnh nhân có sỏi sỏi, sỏi tái phát phải mổ lại vào đối tượng nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

3. Các bước tiến hành nghiên cứu: Căn cứ vào hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân (BN) thuộc đối tượng nghiên cứu, đánh giá các thông tin sau:

- Thông tin trước mổ: Ghi nhận các tiêu chí: tên, tuổi, giới tính, nghề; tiền sử giun chui ống mật; tiền sử mổ sỏi mật; Biểu hiện lâm sàng đợt vào viện; Kết quả xét nghiệm; Kết quả siêu âm chụp CT trước mổ

- Thông tin trong mổ: Hoàn cảnh mổ: cấp cứu?, mổ phiên?; Kỹ thuật thực hiện trong mổ;
- Thông tin sau mổ: Tỷ lệ sạch sỏi, sốt sỏi, tỷ lệ tái biến, biến chứng; 1 số yếu tố liên quan đến tỷ lệ sốt sỏi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Số liệu bệnh nhân:

- Từ tháng 06/2015 đến 6/2016, có 201 trường hợp thuộc đối tượng nghiên cứu.

- Tuổi trung bình: 55.31 ± 12.3 ; Tuổi cao nhất: 93; Tuổi thấp nhất: 24. Trong đó Nam: 88 BN (43,8%); Nữ: 113 BN (56,2%).

2. Tiền sử bệnh:

2.1. Tiền sử run chui ống mật: Kết quả trong 201 bệnh nhân có 25 trường hợp có tiền sử giun chui ống mật (12,4%).

2.2. Tiền sử mổ cũ:

Bảng 1. Tiền sử mổ sỏi mật

Số lần mổ cũ	n	Tỷ lệ %
1 lần	87	43.3
2 lần	59	29.4
3 lần	28	13.9
> 3 lần	27	13.4
Tổng	201	100

3. Biểu hiện lâm sàng:

Bảng 2. Biểu hiện lâm sàng.

STT	Triệu chứng lâm sàng	Tần suất	Tỷ lệ %
1	Đau bụng	194/201	96.5
2	Sốt	157/201	78.1
3	Vàng da	92/201	45.8
4	Bụng trướng	20/201	10
5	Gan to	20/201	10
6	Túi mật to	3/201	1.5
7	Biểu hiện thâm mật phúc mạc hoặc viêm phúc mạc mật	1/201	0.5
8	Biểu hiện sốc nhiễm trùng đường mật	15/201	7.5
9	Biểu hiện chảy máu đường mật, XHTH	1/201	0.5
10	Biểu hiện viêm tụy cấp do sỏi	6/201	3

Đau DSP là dấu hiệu hay gặp nhất khiến bệnh nhân đến khám (96.5%). Tiếp đó là sốt (78.1%), vàng da (45.8%).

4. Kích thước đường mật (dựa vào siêu âm và CT):

Bảng 3. Kích thước OMC

TT	Kích thước OMC	Tần suất	Tỷ lệ
1	< 0,8cm	33	16.4
2	0.8 -1.2 cm	77	38.3
3	>1.2 cm	91	45.3
	Tổng	201	100

- 45.3% các trường hợp OMC giãn >1.2cm.

- 16.4% các trường hợp OMC không giãn.

5. Tổn thương hẹp đường mật:

- Tỷ lệ có hẹp đường mật: 69/201 (34,33%).

- Hẹp đường mật ngoài gan: 9/201 (4,47%).

- Tỷ lệ hẹp đường mật trong gan: 60/201 (29,85%).

* Có 69 trường hợp có hẹp đường mật (34.3%) nhiều ở hai ống gan, PTS

6. Vị trí sỏi trên cây đường mật:

Bảng 4. Vị trí sỏi trên cây đường mật.

TT	Vị trí sỏi	Tần suất	Tỷ lệ %
1	Sỏi gan phải	35/168	20.8
2	Sỏi gan trái	38/168	22.7
3	Sỏi hai gan	95/168	56.5
	Tổng	168	100

Đặc điểm nổi bật là sỏi lan tỏa ở nhiều vị trí, phần lớn là sỏi phối hợp cả trong, ngoài gan.

7. Hoàn cảnh mổ:

- Mổ cấp cứu: 4 (1,99%)
- Mổ phiên: 197 (98,01%).

8. Kỹ thuật thực hiện trong mổ:**Bảng 5. Các kỹ thuật trong mổ.**

TT	Các kỹ thuật	Tần suất	Tỷ lệ %
1	Lấy sỏi dẫn lưu Kehr đường mật	183/201	91
2	Lấy sỏi + nối mật ruột	7/201	3.5
3	Lấy sỏi + cắt gan - dẫn lưu Kehr.	11/201	5.5
	Tổng	201	100

9. Kết quả phẫu thuật**9.1. Biến chứng trong và sau mổ.****Bảng 6. Các biến chứng**

STT	Các loại biến chứng	Tần suất	Tỷ lệ %
1	Tử vong	0	0
2	Nặng vết	1	0.5
3	Chảy máu	3	1.5
4	Nhiễm trùng vết mổ	14	7.0
5	Rò mật sau mổ, áp xe tồn dư	1	0.5
6	Viêm tụy cấp	6	3
	Tổng	23	12.5

*Tỷ lệ biến chứng chung: 23/201 (12,5%)

9.2. Tỷ lệ sạch sỏi và sót sỏi:**Bảng 7. Tỷ lệ sạch sỏi và sót sỏi sau mổ.**

STT	Kết quả	Tần suất	Tỷ lệ %
1	Sót sỏi	69	34.5
2	Sạch sỏi	131	65.5
	Tổng	200	100

9.3. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ sót sỏi

*Sót sỏi liên quan tới vị trí sỏi trong gan (gan trái, gan phải hoặc hai gan):

Bảng 8. Liên quan với sỏi trong gan

STT	Vị trí sỏi	Tần suất sót sỏi	Tỷ lệ %
1	Sỏi gan phải (n=35)	5/35	14.3
2	Sỏi gan trái (n=38)	10/38	26.3
3	Sỏi hai gan (n=95)	54/95	56.8

*Sót sỏi liên quan đến tình trạng hẹp đường mật:

Bảng 9. Liên quan vị trí sót sỏi với hẹp đường mật:

STT	Phân nhóm	Tần suất sót sỏi	Tỷ lệ %
1	Có hẹp	45/69	65.2
2	Không hẹp	24/131	18.3

Kiểm định bằng thuật toán X² cho thấy tỷ lệ sót sỏi của hai nhóm khác nhau có ý nghĩa thống kê với P < 0.001.

III. BÀN LUẬN**1. Một số yếu tố liên quan:**

a) Liên quan giữa tình trạng giun chui ống mật với sỏi sót, sỏi tái phát: Trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 25 trường hợp

(12,4%) có tiền sử giun lên đường mật. Các tác giả đều cho rằng giun chui ống mật gây ra tình trạng nhiễm trùng, tắc mật. Từ đó làm tổn thương niêm mạc đường mật dẫn đến mất độ trơn, bóng, cũng như việc cản trở lưu thông của dịch mật. Một số vi khuẩn đường mật tiết

ra men β glucuronidase, men này có tác dụng phân hủy các Bilirubine liên hợp thành Bilirubine tự do và axit Glucuronic, từ đó Bilirubine tự do kết hợp với Ca^{++} tạo muối mật để kết tủa trên nền những mảnh xác giun, là cơ sở để tạo nên sỏi đường mật.

b) Liên quan giữa vị trí sỏi với sỏi sỏi, sỏi tái phát: Sự phân bố sỏi đường mật trong gan trên một phạm vi rộng là yếu tố nguy cơ của sỏi sỏi do sỏi không được phát hiện ra trong quá trình NSDM và cũng làm tăng thời gian phẫu thuật.

Vị trí sỏi: bảng 4. Trong 201 trường hợp có 33 trường hợp sỏi ngoài gan đơn thuần, 83.5% (168/201) trường hợp sỏi đường mật trong và ngoài gan phối hợp, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Trần Đình Thơ [5] là 63.25% (74/117). Với sỏi đường mật trong gan chiếm đa số là sỏi lan tỏa hai bên đường mật 56.5% (95/168), sỏi gan trái 22.7% (38/168), sỏi gan phải 20.8% (35/168).

Sỏi lan tỏa ở đường mật trong gan hai bên khiến cho việc điều trị triệt để rất khó, thường những trường hợp sỏi thủy gan trái nhiều mà nhu mô gan xơ, đường mật chít hẹp phẫu thuật viên sẽ đưa ra chỉ định cắt gan để điều trị triệt để sỏi mật, tránh tái phát. Tuy nhiên sỏi gan phải ở nhiều phân thủy việc cắt gan phải rất hạn chế do có nhiều nguy cơ.

Như vậy sỏi ở mức hạ phân thủy có tỷ lệ tương đối cao, theo đánh giá của các phẫu thuật viên cho rằng việc chính phải để lại sỏi trong gan hoặc không phát hiện ra sỏi là sỏi nằm ở vị trí rất khó đưa ống soi và dụng cụ tới.

c) Liên quan giữa hẹp đường mật với tỉ lệ sỏi sỏi, sỏi tái phát:

Hẹp đường mật là vấn đề rất khó khăn trong phẫu thuật gan mật mặc dù có NSDM, việc điều trị hẹp đường mật rất khó. Đặc biệt những trường hợp xơ gan teo gan do sỏi mật, tắc mật, tái diễn lâu ngày, sỏi lan tỏa trong gan toàn bộ cây đường mật xơ hẹp ôm lấy sỏi, OMC, ống gan chỉ đủ cho ống soi vào.

Trong bệnh lý sỏi mật thì chỗ giãn là khoang chứa sỏi, nếu ta không phát hiện được chỗ hẹp đường mật thì vô tình đã để sót một số lượng lớn sỏi mật. Mặt khác khi lấy được sỏi sau chỗ hẹp mà tình trạng hẹp đường mật không được giải quyết thì đây là một nguyên nhân gây tái phát sỏi do có sự ứ đọng dịch mật sau chỗ hẹp cùng với sự phát triển của vi khuẩn đường mật trên nền bệnh nhân có nhiễm trùng đường mật.

Trong nghiên cứu này có 34.3% (69/201) có hẹp đường mật có tổng cộng 96 vị trí hẹp so với nghiên cứu của Trần Đình Thơ [5] là 32.48% (38/117). Tỷ lệ hẹp đường mật trong gan chiếm

ưu thế 78.1%, tỷ lệ hẹp đường mật ngoài gan là 21.9% trong đó hẹp Oddi 7.3%.

2. Kết quả phẫu thuật: Tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ: trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ biến chứng chung là 12,5% (bảng 6). Kết quả này có phần cao hơn một nghiên cứu khác của chúng tôi khi nghiên cứu về sỏi trong gan có sử dụng nội soi tán sỏi ở các bệnh nhân được mổ phôi nói chung: 8,54% [5]. Tuy nhiên trong nghiên cứu này tất cả các bệnh nhân đều có tiền sử mổ cũ, do vậy việc phẫu tích, bóc tách, gỡ dính... luôn là những khó khăn làm tăng tỷ lệ biến chứng, nhất là những biến chứng chảy máu, nhiễm trùng vết mổ... Kết quả ở bảng 6 cho thấy có tới 14/23 trường hợp (60,87%) bị nhiễm trùng vết mổ. Tỷ lệ này cao hơn hẳn đối với những bệnh nhân mổ mật lần đầu.

3. Tỷ lệ sạch sỏi và sỏi sỏi: Vai trò của nội soi tán sỏi điện thủy lực trong điều trị sỏi trong gan cũng đã được những công trình đề cập tới, đây là một kỹ thuật an toàn, hiệu quả, hạ thấp được tỷ lệ sạch sỏi một cách đáng kể, nếu trong mổ mở kinh điển, sỏi sỏi trong gan từ trên 80% - 100% [5] thì nay tỷ lệ đó xuống còn 34,5%. Tuy nhiên nếu xét ở nhóm những bệnh nhân có sỏi lan tỏa trong cả 2 gan thì tỷ lệ sỏi sỏi đã tăng lên 56% (bảng 8), đặc biệt nếu xét ở những bệnh nhân có hẹp đường mật thì tỷ lệ này còn cao hơn nữa: 65,2% (bảng 9). Có thể khẳng định vị trí sỏi lan tỏa trong gan 2 bên và hẹp đường mật là những yếu tố làm tăng tỷ lệ sỏi sỏi và tái phát sỏi.

+ Nguyên nhân do những trường hợp sỏi trong gan ở vị trí rất khó đưa ống soi tới, phân thủy giữa thường có đường mật gấp khúc, đường mật HPT V, HPT VI rất khó đưa ống soi vào cũng như TSĐTL.

+ Nguyên nhân do có quá nhiều sỏi trong gan, lan tỏa, sỏi cứng khó vỡ để tán và lấy hết sỏi sẽ tốn rất nhiều thời gian, đặc biệt những bệnh nhân già yếu không chịu được cuộc mổ kéo dài.

Đặc biệt khi có hẹp đường mật ống soi rất khó đưa vào để tiếp cận với sỏi, hơn nữa khi thao tác tán sỏi sau chỗ hẹp thường rất dễ chảy máu, đây là nguyên nhân phải dừng tán sỏi, từ đó dẫn đến sỏi sỏi (sỏi sỏi chủ động).

Còn một số nguyên nhân gây sỏi sỏi: Ở những bệnh nhân sỏi mật mổ lại, khi phẫu thuật sẽ gặp nhiều khó khăn do biến đổi giải phẫu gan, đường mật do tình trạng bệnh tái diễn kéo dài, tổn thương đường mật viêm hẹp đường mật hơn nữa tỷ lệ sỏi sỏi trong gan cũng cao hơn, là cản trở lớn đến việc giảm tỷ lệ sỏi sỏi.

V. KẾT LUẬN

- Giun lên đường mật, kết hợp với tình trạng nhiễm trùng đường mật là 1 trong những nguy cơ liên quan đến sỏi mật tái phát (12,4%)

- Ở những bệnh nhân có sỏi lan tỏa trong các đường mật cả 2 gan. Đặc biệt khi có tình trạng hẹp đường mật có tỉ lệ sỏi sỏi và tái phát sỏi cao (56,8% và 65,2%).

- Với việc sử dụng nội soi tán sỏi trong mổ đã giúp cho việc lấy sỏi một cách an toàn và hiệu quả: tỉ lệ biến chứng thấp (12,5% - trong đó chủ yếu là biến chứng nhiễm trùng vết mổ); tỉ lệ sạch sỏi cao (65,5%), tỉ lệ sỏi sỏi giảm xuống còn 34,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trọng Hải, (1991).** "Phẫu thuật điều trị sỏi mật tái phát và sỏi mật sỏi", *Hội thảo ngoại khoa. Apex gan amíp và sỏi đường mật, Cần Thơ - Hậu Giang.*

2. **Trần Gia Khánh, Đỗ Kim Sơn, Nguyễn Quang Nghĩa và cộng sự (1995).** "Thái độ xử trí cấp cứu sỏi mật: Kinh nghiệm trên 628 trường hợp mổ cấp cứu trong 4 năm (1990 -1993) tại bệnh viện Việt Đức", *Ngoại khoa.*

3. **Trần Bảo Long (2005).** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị các trường hợp sỏi mật mổ lại", Luận án tiến sĩ y học, trường đại học y Hà Nội.

4. **Đoàn Thanh Tùng, Trần Bảo Long, Đỗ Kim Sơn(1995),** "Sỏi mật sỏi ở Việt Nam: Kinh nghiệm của bệnh viện Việt Đức qua 136 trường hợp trong hai năm 1990-1991".

5. **Trần Đình Thơ (2009).** "Nghiên cứu ứng dụng siêu âm kết hợp với nội soi đường mật trong mổ để điều trị sỏi trong gan", Luận án tiến sĩ y học. Đại học y Hà Nội.

6. **Shore.J.M, Berci.G, (1979).** "Cholelithiasis", *Liver and biliary disease. Edited by Ralph Wright - W.B.Saunders company LTD: 529 – 540.*

7. **Lee.S.K et al, (2001).** "Percutaneous transhepatic cholangioscopic treatment for hepatolithiasis: an evaluation of long term result and risk factor for recurrence", *Gast.Endos.53,3 : 18 – 23.*

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHỐNG ĐÔNG BẰNG ENOXAPARIN TRONG LỌC MÁU HẤP PHỤ RENSIN TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Ngô Trung Hải¹, Ngô Đức Ngọc^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả chống đông màng lọc bằng enoxaparin trong lọc máu hấp phụ resin tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả. Bệnh nhân ngộ độc cấp paraquat có chỉ định lọc máu hấp phụ chất độc. Tiến hành lọc hấp phụ nhiều lần theo chỉ định từng trường hợp cụ thể, trong 1 lần lọc, nếu màng lọc đảm bảo lọc 4 tiếng liên tục không đông màng là đạt thành công. Theo dõi tốc độ máu, áp lực xuyên màng (TMP), nếu áp lực xuyên màng >300mmHg được coi là tắc quả lọc. Xét nghiệm anti-Xa để đánh giá hiệu quả chống đông máu. Giá trị kết quả nồng độ anti-Xa được coi là hiệu quả khi nồng độ anti-Xa từ 0,4 đến 1,2 UI/ml [1]. **Kết quả:** 167 bệnh nhân, 91 nam (54.5%) 76 nữ (45.5%), tuổi trung bình là 29.9 ± 13.06 tuổi. Số lần lọc 502 lần, số lần lọc đủ 4 giờ 483 lần (96.2%), số lần tắc quả lọc 7 lần (1.4%). Trước tiêm enoxaparin: 14/30 lần lọc (46,7%) có anti-Xa >0,4UI/ml. Sau tiêm enoxaparin 2 giờ: 98,4% số lần có anti-Xa > 0,4 UI/ml. Sau tiêm 4 giờ: Tỷ lệ số lần anti-Xa <0,4 là 15% (32/214) số lần lọc, anti-Xa>0,4 là 182/214 số lần lọc (85%). Sau tiêm 8 giờ: có 61/76

lần lọc (80,3%): nồng độ anti-Xa >0,4 UI/ml. Chỉ có 19,7% lần lọc nồng độ anti-Xa < 0,4 UI/ml. **Kết luận:** Dùng enoxaparin trong lọc máu hấp phụ resin ở bệnh nhân ngộ độc cấp paraquat là thực sự có hiệu quả chống đông màng lọc, đảm bảo thời gian lọc theo yêu cầu cho bệnh nhân.

Từ khóa: Enoxaparin, lọc máu hấp phụ resin, ngộ độc cấp paraquat, anti-Xa

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF HEMODIALYSIS ANTI-COAGULATION OF ENOXAPARIN IN RESIN HEMOPERFUSION AT POISON CONTROL CENTER OF BACH MAI HOSPITAL

Object: Evaluate the effectiveness of hemodialysis anti-coagulation of enoxaparin in resin hemoperfusion at Poison Control Center of Bach Mai hospital.

Subjects and methods: An observational study on acute paraquat poisoning patients were required hemoperfusion. We conducted 1-3 times of hemoperfusion. The success was considered as 4-hours continuously hemoperfusion without coagulation of dialysis membrane. We tracked the hemodynamic and transmembrane pressure of the patients. Dialyzer occlusion was considered as transmembrane pressure was greater than 300 mmHg. Anti-Xa test was conducted to assess anti-coagulation effect. Anti-Xa value was good effect in a range 0.4 – 1.2 UI/ml. **Results:** 167 patients were included in this study with 91 males (54.5%) and 76 females (45.5%), the average age was 29.9±13.06. Total hemoperfusion times was 502, enough-time

¹Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai

²Bộ môn HSCC Trường Đại học Y Hà Nội

³Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Ngọc

Email: ngoducngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2017

Ngày duyệt bài: 7.4.2017

hemoperfusion times was 483 (96.2%), dialyzer occlusion times was 7 (1.4%). Before enoxaparin infusion: Anti-Xa >0.4 UI/ml at 13/30 times (46.7%). 2 hour-after enoxaparin infusion: anti-Xa>0.4 UI/ml at 98.4% times. 4 hour-after enoxaparin infusion: Anti-Xa <0.4 UI/ml at 32/214 times (15%) and anti-Xa>0.4 UI/ml at 182/214 times (85%). 8 hour-after enoxaparin infusion: anti-Xa >0.4 UI/ml at 61/76 times (80.3%) and anti-Xa <0.4 UI/ml at 15/76 times (19.7%). **Conclusion:** Enoxaparin utilization in resin hemoperfusion for paraquat poisoning patients determined the hemodialysis anti-coagulation effect, guaranteed enough time hemoperfusion.

Keyword: Enoxaparin, resin hemoperfusion, acute paraquat poisoning, anti-Xa

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lọc máu là một biện pháp quan trọng trong cấp cứu bệnh nhân ngộ độc nặng. Để đảm bảo cuộc lọc hiệu quả, tuổi thọ màng lọc đương nhiên là vấn đề then chốt. Nếu không sử dụng các chất chống đông, Hiện nay, trong lọc máu heparin vẫn là thuốc chống đông được sử dụng phổ biến vì dễ dùng, dễ điều chỉnh liều và giá rẻ. Tuy nhiên, khi dùng heparin phải theo dõi xét nghiệm đông máu nhiều lần trong ngày và cũng có một số biến chứng gây chảy máu nặng, thậm chí nguy hiểm đến tính mạng. Enoxaparin có nhiều ưu điểm hơn heparin: an toàn, ít phải theo dõi và dễ sử dụng hơn vì không phải truyền tĩnh mạch liên tục như heparin[1]. Đối với những bệnh nhân không bị suy thận nặng thì hầu như không phải làm xét nghiệm để theo dõi tình trạng đông cầm máu. Chỉ những bệnh nhân bị suy thận có độ thanh thải creatinin dưới 30 ml/phút, bệnh nhân béo phì hoặc phụ nữ có thai mới cần phải theo dõi và điều chỉnh liều [2][3][4]. Sử dụng enoxaparin trong lọc máu thẩm tách đã được nhiều nghiên cứu chứng

minh, tuy nhiên việc sử dụng enoxaparin để chống đông khi sử dụng màng lọc hấp phụ resin vẫn còn là câu hỏi để mở[5]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên với mục tiêu: "*Đánh giá hiệu quả chống đông màng lọc bằng enoxaparin trong lọc máu hấp phụ resin tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân ngộ độc paraquat có chỉ định lọc máu hấp phụ tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân rối loạn đông máu nặng (có một trong những tiêu chuẩn sau: INR>2,5; tiểu cầu<60 G/l; APTT>60s).

- Dị ứng với enoxaparin, heparin hoặc một heparin không phân đoạn khác.

- Bệnh nhân đang dùng các thuốc chống đông đường uống như warfarin, aspirin và các thuốc ảnh hưởng đến tác dụng chống đông của heparin (tetracyclin, kháng histamin, digitalis, v.v.).

2.2 Nhập và xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý bằng phần mềm STATA với các test thống kê phù hợp. Lấy $\alpha=0.05$ được coi là mức ý nghĩa thống kê, $\beta=0.2$.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 167 bệnh nhân, trong đó có 91 bệnh nhân nam (54,5%) và 76 bệnh nhân nữ (45,5%). Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là 29.9 ± 13.06 tuổi, nhỏ nhất là 13 tuổi, cao nhất là 71 tuổi. Liều paraquat bệnh nhân uống trung bình là $180 \pm 156,7$ mg/kg, liều lớn nhất 870 mg/kg.

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung về cuộc lọc

Đặc điểm	n	($\bar{X} \pm SD$)/%
Số lần lọc máu trung bình (lần)	502	$3,1 \pm 1,66$ [1-9]
Thời gian 1 lần lọc máu (giờ)	502	$3,9 \pm 0,44$ [0,5-4]
Liều enoxaparin trong lọc máu hấp phụ (UI/kg)	502	68.3 ± 18.26
Số lần lọc đủ thời gian 4 giờ	483	96.2%
Số lần kết thúc lọc sớm	19	3.8%

Nhận xét: Tổng số 167 bệnh nhân với 502 lần lọc máu hấp phụ, số lần lọc máu trung bình $3,1 \pm 1,66$ lần; lọc hấp phụ nhiều lần nhất có 1 bệnh nhân với 9 lần lọc, số bệnh nhân chỉ lọc một lần hấp phụ là 35 bệnh nhân. Tỷ lệ đảm bảo thời gian lọc với chống đông bằng enoxaparin là 96,2%. Số lần lọc phải kết sớm là 19 lần chỉ chiếm 3,8%.

Bảng 3.2. Tác động của LMHP resin tới một số chỉ tiêu huyết học

Chỉ số	n	Trước HP	Sau HP	p
Hồng cầu (T/l)	502	$4,4 \pm 0,72$	$4,2 \pm 0,72$	<0,001
Hemoglobin (g/l)	502	$130,9 \pm 19,30$	$124,1 \pm 19,77$	<0,001
Hematocrit (%)	502	$0,38 \pm 0,05$	$0,36 \pm 0,05$	<0,001
Bạch cầu (G/l)	502	$16,8 \pm 7,48$	$17,9 \pm 8,32$	<0,001
Tiểu cầu (G/l)	502	$192,6 \pm 81,00$	$152,1 \pm 65,62$	<0,001

Nhận xét: Đa số các chỉ tiêu huyết học đều giảm sau lọc, giảm rõ nhất là tiểu cầu. riêng bạch cầu có xu hướng tăng lên sau lọc.

Bảng 3.3. Tác động của LMHP resin tới một số chỉ tiêu sinh hóa

Chỉ số	n	Trước HP	Sau HP	p
Ure (mmol/l)	502	4,1 ± 4,27	2,9 ± 1,79	<0,001
Creatinin (μmol/l)	502	110,9 ± 81,57	101,4 ± 54,65	0,01
AST (U/L)	502	61,5 ± 95,54	91,5 ± 159,52	<0,001
ALT (U/L)	502	49,6 ± 87,31	73,5 ± 126,63	<0,001
Na (mmol/l)	502	136,5 ± 3,16	135,9 ± 2,60	<0,001
K (mmol/l)	502	3,13 ± 0,40	3,08 ± 0,38	0,03
Cl (mmol/l)	502	100,6 ± 4,07	100,6 ± 3,81	0,839

Nhận xét: Ure, creatinin giảm rõ rệt sau lọc. Các enzym gan tăng sau lọc. Na giảm nhẹ sau lọc, K thấp cả trước và sau lọc, Cl không thay đổi trước và sau lọc.

Bảng 3.4. Kết quả nồng độ anti-Xa

Thời điểm lấy mẫu	Hấp phụ 1	Hấp phụ 2	Hấp phụ 3	Hấp phụ 4
Trước tiêm	n X ± SD (UI/ml)	6 0,65±0,79 (0,06-1,74)	11 0,55±0,57 (0,01-1,77)	11 0,45±0,45 (0,05-1,72)
Sau tiêm 2 giờ	n X ± SD (UI/ml)	64 1,10±0,55 (0,47-3,41)	59 1,46±0,58 (0,56-2,80)	38 1,18±0,56 (0,25-2,40)
Sau tiêm 4 giờ	n X ± SD (UI/ml)	80 0,66±0,37 (0,18-2,51)	64 0,96±0,42 (0,27-2,17)	43 0,73±0,44 (0,11-1,97)
Sau tiêm 8 giờ	n X ± SD (UI/ml)	4 0,54±0,27 (0,29-0,89)	35 0,87±0,52 (0,03-1,96)	19 0,91±0,66 (0,06-2,26)

Nhận xét: Với tất cả lần lọc: nồng độ anti-Xa trung bình thời điểm 2 giờ sau tiêm enoxaparin là cao nhất so với các thời điểm sau 4 giờ và sau 8 giờ.

Bảng 3.5. Hiệu quả chống đông của enoxaparin theo nồng độ anti-Xa

Nồng độ anti-Xa	< 0,4 UI/ml	0,4- 1,2 UI/ml	> 1,2 UI/ml
Trước tiêm	n %	16 53,3%	9 30%
Sau tiêm 2 giờ	n %	3 1,6%	104 55,3%
Sau tiêm 4 giờ	n %	32 15%	145 67,8%
Sau tiêm 8 giờ	n %	15 19,7%	41 53,9%

Nhận xét: Trước tiêm enoxaparin: 14/30 lần lọc (46,7%) có anti-Xa >0,4UI/ml. Sau tiêm enoxaparin 2 giờ: 98,4% số lần có anti-Xa > 0,4 UI/ml. Sau tiêm 4 giờ: Tỷ lệ số lần anti-Xa <0,4 là 15% (32/214) số lần lọc, anti-Xa>0,4 là 182/214 số lần lọc (85%). Sau tiêm 8 giờ: có 61/76 lần lọc (80,3%): nồng độ anti-Xa >0,4 UI/ml. Chỉ có 19,7% lần lọc nồng độ anti-Xa < 0,4 UI/ml.

Bảng 3.6. Đặc điểm các chỉ số ĐMCB trước lọc hấp phụ resin

Chỉ số	Tắc quả	Không tắc quả
	n X ± SD	n X ± SD
PT (%)	7 85,8 ± 15,94 (70,0 - 113,5)	472 83,4 ± 16,22 (18,1 - 144,60)
INR	7 1,1 ± 0,12 (0,94 - 1,29)	472 1,2 ± 0,21 (0,86 - 3,23)
APTT (giây)	7 27,9 ± 8,96 (20,0 - 47,2)	472 41,5 ± 28,51 (18,3 - 271,9)
Fibrinogen (g/l)	7 2,1 ± 0,59 (1,52 - 3,10)	472 2,4 ± 0,98 (0,60 - 12,80)

Nhận xét: APTT, INR, fibrinogen trước lọc nhóm tắc quả thấp hơn nhóm không tắc quả nhưng không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Hiệu quả chống đông màng qua tuổi thọ màng trên thực tế: Trong nghiên cứu của

chúng tôi, số lần lọc máu trung bình 3,1 lần, thời gian lọc máu trung bình cho 1 cuộc lọc là 3,9±0,44 giờ, thời gian lọc ngắn nhất là 0,5 giờ (do tắc quả), dài nhất là 4 giờ (đủ thời gian theo

yêu cầu). Kết quả này so với một số nghiên cứu về LMHP ở trong nước cho thấy: nghiên cứu của Bế Hồng Thu và cộng sự đã lọc trung bình trên một bệnh nhân là $2,5 \pm 1,29$ lần cho 28 bệnh nhân [6] đều thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Số lần lọc trung bình của chúng tôi cao hơn vì chúng tôi lọc tích cực hơn, cố gắng tối đa rút ngắn khoảng cách giữa hai lần lọc liên tiếp.

Kết quả thời gian lọc của chúng tôi giống với Jin K. và cộng sự [7]. So với nghiên cứu trước đây của Bế Hồng Thu và cộng sự thời gian trung bình một lần lọc là $4,3 \pm 0,67$ giờ (3,5 - 6 giờ) [6] dài hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Thời gian một lần lọc của chúng tôi tối đa là 4 giờ còn của Bế Hồng Thu và cộng sự tối đa là 6 giờ [6]. Thời gian một lần lọc bao lâu là phù hợp vẫn phải căn cứ vào đặc điểm của quả lọc hấp phụ. Quả lọc hấp phụ HA230 có thể lọc từ 2 đến 4 giờ, nhưng tốt nhất vẫn trong khoảng từ 2 đến 2,5 giờ (120 đến 150 phút) [4]. Với tiêu chí như trên, chúng tôi đã đánh giá kết quả chống đông bằng enoxaparin cho 167 bệnh nhân ngộ độc paraquat với 502 lần lọc máu hấp phụ. Số lần lọc đủ thời gian yêu cầu (4 giờ) là 483 lần lọc HP (chiếm 96,2%). Số lần kết lọc sớm là 19/502 lần lọc HP (3,8%), trong đó số lần kết thúc sớm thực sự do tắc quả là 7/502 lần (1,4%). Còn lại có 12 lần kết lọc sớm khác là do các nguyên nhân khác như: suy hô hấp nặng 7/502 lần (1,4%), đau đầu dữ dội 2/502 lần (0,4%), ngừng tim 2/502 lần (0,4%), tụt huyết áp 1/502 lần (0,2%).

So với một số tác giả khác trong nước về kết quả lọc máu trong điều trị bệnh nhân ngộ độc, Nguyễn Trung Nguyên và cộng sự nghiên cứu về tác dụng phụ và biến chứng của thay huyết tương với chống đông bằng heparin trong bệnh nhân ngộ độc thấy tỷ lệ tắc quả lọc sớm là 1/134 (chiếm 0,8%) [5].

Hồng cầu, hemoglobin, hematocrit nhóm tắc quả cao hơn nhóm không tắc quả, tiểu cầu nhóm tắc quả thấp hơn nhóm không tắc quả tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Về các chỉ tiêu đông máu cơ bản trước cuộc lọc giữa hai nhóm tắc quả sớm và không tắc quả kết quả từ bảng 3.6. cho thấy: các chỉ số PT%, INR, fibrinogen tương tự nhau ở cả hai nhóm; chỉ có APTT nhóm tắc quả thấp hơn so với nhóm không tắc quả nhưng khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuy nhiên phân tích kỹ số liệu thấy hemoglobin và hematocrit ở nhóm tắc quả lọc sớm có xu hướng tăng hơn so với nhóm không tắc (hemoglobin: $141,1 \pm 20,10$ và $131,0 \pm 19,28$ g/L); (hematocrit: $0,40 \pm 0,05$ và $0,38 \pm 0,05$). Phân tích kết quả cụ thể trên 7 bệnh nhân tắc quả lọc, ở bệnh nhân thứ nhất liều enoxaparin

thấp < 60 mg/kg, nồng độ anti-Xa thời điểm 2 giờ cũng ở mức thấp là 0,4 UI/ml, tuy nhiên bệnh nhân này thời gian lọc đạt 3h (nếu theo khuyến cáo nhà sản xuất HA 230 cũng có thể coi là đạt yêu cầu trong khoảng 120 đến 150 phút).

Mặc dù số liệu so sánh là chưa đảm bảo độ mạnh bằng chứng, nhưng qua phân tích ở trên chúng tôi cho rằng, trên thực tế lâm sàng để hạn chế tối đa tắc quả lọc, một trong những yếu tố cần chú ý là cần tăng bù dịch, làm loãng máu, giảm hematocrit (tránh để hematocrit tăng) sẽ góp phần không nhỏ vào việc làm giảm nguy cơ tắc quả lọc.

Diễn biến nồng độ anti-Xa: Enoxaparin có tác dụng chống đông do gắn với antithrombin III, làm ức chế yếu tố X hoạt hóa và ức chế hình thành thrombin (IIa). Do cơ chế tác dụng của enoxaparin ức chế Xa nhiều hơn IIa, vì vậy trên lâm sàng trên bệnh nhân cần được theo dõi bằng anti-Xa[1].

Kết quả của nghiên cứu tại bảng 3.4 cho thấy: với tất cả các cuộc lọc, nồng độ anti-Xa 2 giờ sau tiêm là cao nhất so với nồng độ anti-Xa sau 4 giờ và 8 giờ. Nồng độ anti-Xa sau tiêm 2 giờ lần lọc hấp phụ thứ 2 là cao nhất $1,46 \pm 0,580$ UI/ml so với các lần lọc thứ nhất, thứ 3 và thứ tư lần lượt là: $1,10 \pm 0,550$; $1,18 \pm 0,559$; $1,16 \pm 0,490$ (UI/ml). Lý giải điều này chúng tôi cho rằng đó là kết quả của tích lũy liều enoxaparin ở lần lọc 2 do khoảng cách giữa hai lần lọc hấp phụ 1- hấp phụ 2 là ngắn nhất $4,6 \pm 6,42$ giờ so với các lần lọc khác. Như vậy thời gian giữa hai lần lọc ngắn có liên quan với tích lũy liều enoxaparin, biểu hiện bằng tăng nồng độ anti-Xa 2 giờ sau lần lọc hấp phụ 2. Nồng độ anti-Xa sau tiêm 8 giờ có kết quả trung bình từ 0,54 UI/ml đến 0,95 UI/ml, diễn biến kết quả anti-Xa 8 giờ cũng có dao động nhiều giữa các lần lọc, nhiều lần kết quả này vẫn còn rất cao tương đương với thời điểm sau tiêm 4 giờ.

Kết quả nghiên cứu từ bảng 3.5 của chúng tôi thống kê được tại thời điểm sau khi tiêm enoxaparin 2 giờ có 185/188 (98,4%) số lần xét nghiệm đảm bảo anti-Xa trên 0,4 UI/ml, tại thời điểm sau khi tiêm 4 giờ có 182/214 (85%) số lần xét nghiệm đảm bảo anti-Xa trên 0,4 UI/ml, tại thời điểm sau khi tiêm 8 giờ vẫn có 76/81 (80,2%) số lần xét nghiệm anti-Xa trên 0,4 UI/ml. Như vậy đa số trong thời gian cuộc lọc (sau 2 giờ và 4 giờ) đã đảm bảo được anti-Xa trên 0,4 UI/ml, giúp đảm bảo thời gian lọc. Bởi vì nồng độ anti-Xa thời điểm 8 giờ sau tiêm còn có tỷ lệ cao trên 0,4 UI/ml nên cần nhiều nghiên cứu thêm để có thể giảm liều enoxaparin trong lần hấp phụ tiếp theo nếu khoảng cách đến thời gian kết thúc lọc lần trước là nhỏ hơn 8 giờ.

Như vậy so sánh với các nghiên cứu trước đó về lọc máu hấp phụ resin, thì đây là lần đầu tiên tại Việt Nam chúng tôi công bố tỷ lệ lần lọc thành công về thời gian lọc máu hấp phụ với chống đông bằng enoxaparin. Chúng tôi cho rằng tỷ lệ lần lọc thành công về thời gian lọc như vậy là rất tốt.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên chúng tôi kết luận sử dụng chống đông màng lọc hấp phụ resin bằng enoxaparin trong điều trị bệnh nhân ngộ độc cấp là có hiệu quả cao, đảm bảo thời gian lọc máu 4 giờ (96.2%). Sau tiêm 4 giờ: Tỷ lệ số lần anti-Xa <0,4 là 15% (32/214) số lần lọc, anti-Xa >0,4 là 182/214 số lần lọc (85%). Sau tiêm 8 giờ: có 61/76 lần lọc (80,3%): nồng độ anti-Xa >0,4 UI/ml. Chỉ có 19,7% lần lọc nồng độ anti-Xa < 0,4 UI/ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guillet B, Simon B et al (2003). Pharmacokinetic study of the low molecular weight heparin enoxaparin during 48 h after bolus

administration as an anticoagulant in haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* 18: 2348-2353

2. Nutescu E.A, Spinler S.A et al (2009). Low-molecular-weight heparins in renal impairment and obesity: available evidence and clinical practice recommendations across medical and surgical settings. *Ann Pharmacother*. 43(6):1064-1083.
3. Lim W, Dentali F et al (2006). Meta-analysis: low-molecular-weight heparin and bleeding in patients with severe renal insufficiency. *Ann Intern Med*. 144(9):673-684
4. Jafro Biomedical company. HA230 resin hemoperfusion cartridge. http://en.jafro.com/Home/product_info/id/20
5. Nguyễn Trung Nguyên, Lê Quang Thuận, Phạm Duệ (2012). Nhận xét một số kỹ thuật, biến chứng trong quá trình thay huyết tương ở bệnh nhân ngộ độc nặng. *Tạp chí Thông tin Y Dược*. Số 4, 25-29.
6. Bế Hồng Thu, Lê Quang Thuận, Phạm Duệ (2013). Đánh giá hiệu quả lọc máu hấp phụ than hoạt và resin trong ngộ độc paraquat. *Kỷ yếu hội nghị Chống độc quốc tế Hà Nội*. 52 - 66
7. Jin K, Guo L.H et al (2015). Intensity of hemoperfusion in acute paraquat-poisoned patients and analysis of prognosis. *Chin Crit Care Med*. 27 No.4

NGHIÊN CỨU CÁC BIẾN CHỨNG TRONG PHẪU THUẬT PHACO PHỐI HỢP CẮT BÈ CÙNG GIÁC MẠC

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT

Phẫu thuật phaco phối hợp với cắt bè cùng giác mạc ngày nay rất phổ biến. Nghiên cứu chia các biến chứng phẫu thuật làm 3 giai đoạn: trong lúc phẫu thuật, trong thời gian hậu phẫu và sau khi xuất viện. Mục tiêu: Tổng hợp các biến chứng gặp phải trong các giai đoạn và theo dõi diễn tiến của các biến chứng. Phương pháp: mô tả tiền cứu can thiệp lâm sàng. Kết quả: trong thời gian 2 năm, từ 2/2012 đến 2/2014, đã có 159 mắt của 142 bệnh nhân được tiến hành nghiên cứu. Các biến chứng trong mổ bao gồm: xé bao trước không hoàn chỉnh có 20 mắt (12,6%); tổn thương mỏng có 13 mắt (8,2%); rách bao sau có 5 mắt (3,1%); xuất huyết tiền phòng có 6 mắt (3,8%). Biến chứng hậu phẫu gồm phù giác mạc có 47 mắt (29,55%); xẹp tiền phòng 8 mắt (5,05%); viêm màng bồ đào phản ứng có 23 mắt (14,46%); tăng nhãn áp có 2 mắt (1,25%). Các biến chứng muộn sau khi xuất viện 1-3 tháng: chủ yếu là đục bao sau, mỏng mắt dính sau, đồng tử biến dạng với tỷ lệ thấp. Kết luận: Đây là những trường hợp khó phẫu thuật, cần chuẩn bị kỹ chống viêm trước mổ và không chế tốt các biến chứng viêm sau mổ.

*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

Từ khóa: Phaco phối hợp với cắt bè, phaco trên mắt nhãn áp cao.

SUMMARY

RESEARCH ON SURGICAL COMPLICATIONS IN PHACO COMBINED TO TRABECULECTOMY

The operation of phaco combined to trabeculectomy, nowadays, are very common. The research divided the complications into three stages: intraoperation, postoperation and hospital-leaved times. Purpose: Overview the complications noted in the stages and evaluate the severity and process of the complications. Method: prospective description with clinical trial. Results: During the the time of two years, from Feb 2012 to Feb 2014, the study recruited 159 eyes of 142 patients. The intraoperative complications included: inadequate anterior capsulorhexis 20 eyes (12.6%), iris damage 13 eyes (8.2%), posterior capsular tear 5 eyes (3.1%), anterior chamber hemorrhage 6 eyes (3.8%). The postoperative stage: corneal edema 47 eyes (29.55%), anterior chamber collapse 8 eyes (5.05%), hypersensitive uveitis 23 eyes (14.46%), high intraocular pressure 2 eyes (1.25%). The late complications were mainly posterior capsule opacification, synechia malformed pupil with the low rate. Conclusion: These are the difficult cases of surgery, need to be carefully prepared preoperatively inflammation and good control postoperative complications.

Keywords: Phaco combined to trabeculectomy, phaco on high IOP eyes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đục thể thủy tinh (TTT) và glôcôm đều là các bệnh gây mù và thường gặp ở người lớn tuổi. Đục TTT đơn thuần là bệnh có thể đảo ngược được thị lực bằng phẫu thuật phaco trong khi đó glôcôm là bệnh lý tổn hại thần kinh thị giác không hồi phục. Khi 2 bệnh này kết hợp nhau trên cùng một mắt sẽ làm cho tiên lượng xấu đi.

Phẫu thuật phối hợp này đã được áp dụng từ lâu ở nhiều nước trên thế giới [5]. Ở Việt Nam, từ sau năm 1992 kỹ thuật mổ lấy thể thủy tinh ngoài bao, đặt thể thủy tinh nhân tạo (TTTNT) bắt đầu phát triển nhờ vào sự giúp đỡ của Quỹ Fred Hollows. Kỹ thuật mổ phối hợp lấy TTT đặt TTT nhân tạo phối hợp với cắt bè củng giác mạc dần dần thay đổi kỹ thuật tốt hơn [1]. Ngày nay phaco ra đời với vết mổ rất nhỏ giúp thao tác phối hợp trong điều kiện nhãn cầu kín, tăng khả năng thành công của phẫu thuật hơn [2]. Chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mô tả một số đặc điểm của mắt phẫu thuật và các biến chứng chính, đồng thời đánh giá kết quả theo dõi sự hồi phục các biến chứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những mắt phẫu thuật phaco phối hợp với cắt bè củng giác mạc tại khoa Phaco Bệnh viện mắt Đà Nẵng trong 02 năm, từ 2/2012 đến 2/2014.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa:

- Mắt đục TTT có nhãn áp vào viện cao >25 mmHg kèm theo tổn thương đĩa thị kiểu glôcôm.
- Đã có tiền sử điều trị nội khoa và theo dõi tình trạng glôcôm rõ rệt.
- Đục TTT tương ứng với thị lực (TL) hiện có, tổn thương võng mạc do glôcôm chưa quá trầm trọng.
- Mắt đục TTT mà có nhãn áp bán điều chỉnh với thuốc hạ nhãn áp (NA)

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh toàn thân quá nặng nề hoặc tuổi quá già.

Bảng 1: Phân loại bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	<50	51 - 60	61 - 70	> 70	Cộng
Số bệnh nhân	13	17	53	59	142
Tỷ lệ %	9,2	12,0	37,3	41,5	100

Bảng 1 cho thấy nhóm tuổi trên 70 chiếm tỷ lệ cao nhất với 41,5%. Nếu tính bệnh nhân trên 60 tuổi thì có đến 78,8%. Tuổi cao nhất là 95 thấp nhất là 34, tuổi trung bình là $67,4 \pm 11,2$.

3.1.2. Giới: Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 36,4%, nữ 63,6%.

3.2. Đặc điểm của mắt trước phẫu thuật: Số mắt được phẫu thuật là 159 mắt (60 mắt phải, 99 mắt trái)

- Mắt đục TTT và glôcôm nhưng mù hoàn toàn và không đau nhức.

- Các tổn thương khác ở giác mạc (sẹo, loạn dưỡng), bong võng mạc...

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu can thiệp lâm sàng.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu: Máy phaco Infiniti - Alcon. Áp dụng kỹ thuật kiểu xoay của kim phaco với vết mổ 2,2mm, máy siêu âm A B, máy Javal đo công suất TTT nhân tạo, dụng cụ vi phẫu với kính hiển vi phẫu thuật OMS-900

2.2.3. Cách tiến hành: Mở vạt củng mạc vị trí 12 giờ, chọc lỗ phụ đưa nhầy vào tiền phòng có hay không thuốc nhuộm bao, chọc lỗ chính phía thái dương với dao 2,2mm, xé bao tròn liên tục, đào rãnh giữa nhân và dùng kỹ thuật stop and chop, nhũ tương và rửa hút nhân, thượng nhân và lớp vỏ, đánh bóng bao sau, đặt kính nội nhãn vào bao. Tiến hành cắt bè, khâu vạt củng mạc, rửa nhầy khỏi tiền phòng.

2.2.4. Các tiêu chí đánh giá:

- Ghi nhận tất cả các biến chứng ở 03 thời kỳ: trong lúc phẫu thuật, hậu phẫu và sau khi ra viện. Theo dõi sau 3 tháng.

- Đánh giá kết quả nhãn áp, thị lực
- Đánh giá diễn biến các biến chứng.

2.2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Được sự đồng ý của Hội đồng Y đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Mắt.

2.2.6. Xử lý số liệu: dùng thống kê y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 2/2012 đến 02/2014 thu thập được 159 mắt của 142 bệnh nhân

3.1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật:

3.1.1. Tuổi:

3.2.1. Các hình thái chính: Có 78 mắt glôcôm góc đóng (49,05%). Glôcôm góc mở 15 mắt (9,43%). Đục TTT căng phòng tăng nhãn áp 21 mắt (13,2%). Glôcôm đã mổ nhãn áp không điều chỉnh 15 mắt (9,43%). Đục TTT quá chín 8 mắt (5%), Đục TTT trắng có 16 mắt (10,06%), Già long vỏ bao có 6 mắt (3,77%).

3.2.2. Thị lực của bệnh nhân trước phẫu thuật: Trước phẫu thuật 85 mắt có TL <1/10

(53,45%) trong đó thị lực BBT-1mĐNT là 18 mắt (11,32%). TL 1/10 có 24 mắt (15,09%). TL 2/10 có 14 mắt (8,8%), TL 3/10 có 18 mắt (11,32%). Không có mắt nào TL >3/10.

3.2.3. Nhãn áp của bệnh nhân trước phẫu thuật: Nhãn áp 20 - 25mmHg có 123 mắt (77,35%). NA >25 mắt có 38 mắt (23,9%).

Nhãn áp này đo vào ngày phẫu thuật, đã trải qua điều trị nội khoa hạ nhãn áp.

3.3. Kết quả của phẫu thuật:

3.3.1. Kết quả thị lực sau phẫu thuật:

- Lúc xuất viện thị lực nhìn chung còn thấp: TL < 3mĐNT: 20 mắt (12,57%). Đa số nằm trong khoảng từ ĐNT 3m-3/10: 109 mắt (68,55%) thị lực > 3/10 có 30 mắt (18,86%).

- Thời điểm 01 tuần sau khi xuất viện: TL <

3m ĐNT có 10 mắt (6,28%). TL ĐNT 3m-3/10: 103 mắt (64,77%). TL >3/10 có 46 mắt (28,93%)

- Thời điểm 01 tháng sau phẫu thuật: TL < 3m ĐNT có 8 mắt (5,03%). TL ĐNT 3m-3/10: 94 mắt (59,1%). TL >3/10 có 57 mắt (35,84%)

- Thời điểm 03 tháng sau phẫu thuật: TL < 3m ĐNT có 6 mắt (3,77%). TL ĐNT 3m-3/10: 85 mắt (53,45%). TL >3/10 có 68 mắt (42,67%)

TL cải thiện dần qua các thời điểm. Nhóm có TL ĐNT 3m-3/10 ổn định tại thời điểm sau 01 tháng. (ĐNT: đếm ngón tay; 3m: 3 mét)

3.3.2. Kết quả về nhãn áp: Sau phẫu thuật 03 tháng nhãn áp trung bình là: NATb = 19,23 ± 10mmHg. Có 157 mắt nhãn áp điều chỉnh (98,74%). Có 2 mắt nhãn áp 25mmHg

3.4. Các biến chứng trong phẫu thuật:

Bảng 2: Biến chứng gặp trong phẫu thuật (n=159)

STT	Biến chứng	Số mắt	Tỷ lệ %
1	Xé bao trước không hoàn toàn	20	8,2%
2	Tổn thương mống mắt	13	8,2%
3	Bong màng Descemet	5	3,1%
4	Tăng áp lực hậu phòng	11	6,9%
5	Đồng tử co lại trong mổ	10	6,3%
6	Xuất huyết tiền phòng	6	3,8%
7	Rách bao sau	5	3,1%
8	Đứt chân mống mắt	3	1,9%
9	Rơi mảnh nhân vào buồng dịch kính	1	0,6%
Tổng cộng		74	46,54%

Bảng 2 thể hiện biến chứng gặp nhiều nhất là tổn thương mống mắt (8,2%), sau đó là đồng tử co nhỏ và tăng áp lực hậu phòng. Cho thấy biến chứng chủ yếu ở bán phần trước, chỉ có 01 mắt mảnh nhân vào võng mạc, ảnh hưởng đến bán phần sau.

3.5. Các biến chứng sớm sau phẫu thuật

Bảng 3: Biến chứng sớm sau phẫu thuật (n=159)

STT	Biến chứng	Số mắt	Tỷ lệ %
1	Phù giác mạc	47	29,55
2	Hở vết mổ, xẹp tiền phòng	8	5,05%
3	Phản ứng màng bồ đào	23	14,46%
4	Sốt chất nhân	5	3,14
5	Lệch thể thủy tinh nhân tạo	5	3,14
6	Xuất huyết tiền phòng	4	2,51%
7	Tăng nhãn áp	2	1,25%
Tổng cộng		94	59,1%

Hậu phẫu ngày đầu tiên biến chứng phù giác mạc hay gặp nhất với 29,55% bao gồm nhiều mức độ khác nhau. Hầu hết là những mắt có nhãn áp cao > 25mmHg trước phẫu thuật, giác mạc chưa đủ thời gian hồi phục. Phản ứng viêm màng bồ đào khá phổ biến nhưng là các hình thái nhẹ.

Phù giác mạc liên quan với tình trạng phù và tăng nhãn áp khi vào viện

3.6. Biến chứng lúc 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật

Bảng 4: Biến chứng tại thời điểm 01 và 03 tháng sau phẫu thuật (n=159)

STT	Biến chứng	Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
		SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
1	Phù giác mạc	1	0,62%	0	0%
2	Hở vết mổ, xẹp tiền phòng	0	0%	0	0%
3	Phản ứng màng bồ đào	2	1,26%	0	0,6%
4	Sốt chất nhân	5	3,14%	0	0%

5	Lệch thể thủy tinh nhân tạo	5	3,14%	2	1,18%
6	Xuất huyết tiền phòng	4	2,51%	0	0%
7	Đục bao sau	1	0,62%	3	1,88%
8	Tăng nhãn áp	2	1,25%	0	0%
Tổng cộng		20	12,57%	5	3,14%

Sau 01 tháng còn 01 ca phù giác mạc nhưng đã giảm nhiều, không cần dùng thuốc chống viêm, 02 mắt phản ứng màng bồ đào nhẹ là do cơ địa dị ứng và vừa được mổ lại chỉnh vị TTT nhân tạo. Riêng xuất huyết tiền phòng tự tan sao hơn 1 tháng. Sau 3 tháng có 2 trường hợp capture mống mắt và 3 trường hợp đục bao sau thể thủy tinh. Các biến chứng khác không có gì đặc biệt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật: Hầu hết bệnh nhân ở tuổi hưu và nữ nhiều hơn nam. Thông thường sau 40 tuổi bệnh lý glôcôm xuất hiện nhiều dần, cùng lúc đó diễn tiến xơ cứng TTT làm cho TTT dày lên, góc tiền phòng hẹp dần gây tăng nhãn áp. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Đặng Xuân Nguyên [3].

4.2. Đặc điểm của mắt trước phẫu thuật: Một nửa số mắt là glôcôm góc đóng, phù hợp với tỷ lệ chung của người Á đông theo điều tra về glôcôm của Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2008 và của Bệnh viện Mắt Đà Nẵng năm 2012: Glôcôm góc đóng 39 (63,9%) và góc mở 22(36,1%) [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có ba đặc điểm nổi bật của mắt phẫu thuật là: tăng nhãn NA, biến đổi mống mắt và dạng TTT đục bất thường. Đó là lý do khó khăn trong phẫu thuật.

4.2.1. Nhãn áp của bệnh nhân trước phẫu thuật: Nhãn áp 20 - 25mmHg có 123 mắt (77,35%). NA >25 mắt có 38 mắt (23,9%).

Nhãn áp này đo vào ngày phẫu thuật, đã trải qua điều trị nội khoa hạ nhãn áp.

4.2.2. Thị lực của bệnh nhân trước phẫu thuật: Trước phẫu thuật, TL rất thấp do tình trạng nhãn áp và bệnh lý màng bồ đào, có 85 mắt có TL <1/10 (53,45%), trong các nguyên nhân giảm TL này có phần quan trọng của việc tổn thương đáy mắt do glôcôm. Phù hợp với nghiên cứu của Vũ Thị Thanh năm 2008 [4].

4.3. Kết quả phẫu thuật

4.3.1. Kết quả thị lực: Nguyên nhân thị lực sau xuất viện còn thấp vì các mắt chậm ổn định do chịu ảnh hưởng của cơn glôcôm và biến chứng sau phẫu thuật. Đây là điểm khác cơ bản so với phẫu thuật đặt TTTNT đơn thuần không có tăng nhãn áp.

4.3.2. Kết quả nhãn áp: So sánh các phẫu thuật cắt bè khác: Nguyễn Trọng Nhân (1979) tỷ lệ điều chỉnh nhãn áp 91,5%, Khúc Thị Nhun (1995) lấy thể thủy tinh ngoài bao phôi hợp cắt bè thì tỷ lệ điều chỉnh NA là 97,95%, tỷ lệ nhãn áp điều chỉnh của chúng tôi 157/159 (94,33%). Qua kết quả này chúng tôi cho rằng phẫu thuật TT hoặc phaco phôi hợp cắt bè có tỷ lệ điều chỉnh nhãn áp cao và có thể chỉ định rộng rãi để điều trị cho các bệnh nhân bị glôcôm có đục TTT.

4.4. Các biến chứng trong phẫu thuật:

Phẫu thuật phức tạp này gặp nhiều biến chứng, thất bại lớn nhất là không đặt được TTT nhân tạo vào trong bao do rách bao. Các biến chứng bong màng Descemet, tổn thương mống mắt là thường gặp nhất. So với các nghiên cứu khác thì chúng tôi ít biến chứng hơn lý do là đã có thời gian thực hành lâu dài và được trang bị máy móc sớm [4]. Hơn nữa việc xử lý tốt biến chứng ngay lúc mổ sẽ giảm đi biến chứng hậu phẫu và thời gian sau 1 tháng và 3 tháng.

4.5. Các biến chứng sớm sau phẫu thuật:

Sở dĩ phù giác mạc gặp nhiều nhất là do giác mạc đã phù trước đó vì tăng NA. Khi nhãn áp vừa mới hạ đủ để phẫu thuật thì bắt buộc phải phẫu thuật nếu không thì sẽ tăng lên trở lại [1]. Phản ứng màng bồ đào là một lý do phải điều trị nội khoa sau mổ phức tạp. Kết quả này trùng hợp với nghiên cứu của Vũ Thị Thanh 2008 [4]. Lý do còn là máy phaco khác nhau, chúng tôi dùng máy Infiniti các bộ quản lý dịch tốt hơn thể hệ trước.

4.6. Biến chứng muộn sau phẫu thuật:

Thời điểm 03 tháng sau phẫu thuật không có mắt nào sót chất nhân là vì chúng tôi đã rửa hút chất vỏ trong 1 tuần lễ đầu. Sau 01 tháng có 2 mắt NA cao nhưng chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt bè giác cùng mạc bổ sung nên NA mới điều chỉnh. Còn đục bao sau thì 2 mắt nhưng trong tương lai sẽ còn cao đối với các bệnh nhân trẻ tuổi [2]. Theo y văn, các bệnh nhân lớn tuổi tế bào bao sau không còn hoạt tính nên tỉ lệ đục bao sau thấp [5].

V. KẾT LUẬN

- Biến chứng thường gặp trong phẫu thuật gây khó khăn cho phẫu thuật viên cộng thêm giải phẫu bị biến đổi: tiền phòng nông, giác mạc mờ, dính mống-TTT, đồng tử co... tổng tỷ lệ là

rất cao (33,9%). Chủ yếu gặp ở tiền phòng.

- Biến chứng hậu phẫu và sau khi xuất viện tái khám có tỷ lệ cao (59,1%) nhưng sau đó ổn định dần sau 01 tháng và sau 03 tháng.

- Sau 01 tháng và 03 tháng kết quả không khác biệt nên không cần theo dõi các biến chứng phẫu thuật nhiều hơn 03 tháng. Tình trạng glôcôm trước phẫu thuật có mối liên quan chặt chẽ với biến chứng.

- Phẫu thuật phaco kết hợp cắt bè giác cùng mạc là một phẫu thuật khó khăn, chấp nhận tỉ lệ biến chứng cao và giải quyết hợp lý thì sau 03 tháng mới ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Đạt (2017), "Đánh giá hiệu quả

của kỹ thuật Ozil trong phẫu thuật phaco cho nhân cứng độ V", *Tạp chí Y học Việt Nam*, tháng 1:2(450), tr. 117-120.

2. Nguyễn Quốc Đạt (2017), "Đánh giá kết quả điều trị Laser kết hợp với thuốc trên bệnh nhân glôcôm góc đóng mạn", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 1:1(450): 141-144.

3. Đặng Xuân Nguyên (2005), "Đánh giá kết quả phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh đục trên mắt có hội chứng giả bong bao", *Luận văn thạc sĩ Y học*, trường Đại Học Y Hà Nội.

4. Vũ thị Thanh (2008), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng kết quả điều trị bệnh đục thể thủy tinh có hội chứng giả bong bao", *Tạp chí Nhân Khoa Việt Nam*, (12), tr.7-1

5. Basic and Clinical Science Course (2014), *Lens and cataract*, American Academy of Ophthalmology, pp.143-185.

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC CỦA BỆNH VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP VÀ VIÊM KHỚP CỘT SỐNG CHƯA CÓ TỔN THƯƠNG X QUANG

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp (VCSDK) và viêm khớp cột sống thể trục chưa có tổn thương trên X quang, một thể bệnh thường được coi là giai đoạn sớm của VCSKD. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang trên những bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp cột sống theo tiêu chuẩn ASAS, tại khoa Nội Cơ Xương Khớp, BV. Chợ Rẫy từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2016. Các bệnh nhân được xét nghiệm HLA-B27, chụp X quang và MRI khớp cùng chậu. Những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn New York cải biên được phân loại là VCSKD. Những bệnh nhân còn lại được phân loại là viêm khớp cột sống không x quang (VKCSKXQ). **Kết quả:** Nghiên cứu thu nhận 140 bệnh nhân (69,6% nam giới), tuổi trung bình $27,8 \pm 7,4$, trong đó có 78 (55,7%) bệnh nhân được chẩn đoán VKCSKXQ, còn lại là VCSKD. Gộp chung, những triệu chứng thường gặp gồm đau lưng kiểu viêm (87,9%), hạn chế vận động cột sống thắt lưng (63,6%), viêm khớp ngoại biên (70%); đáp ứng với thuốc NSAIDs (50%), tăng CRP (87,9%), HLA-B27 (+) (85%), bất thường X quang (65%) và MRI (87,9%). Tần suất nam giới ở nhóm VKCSKXQ thấp hơn so với nhóm VCSKD (61,5% so với 77,4%), tỷ lệ đáp ứng với

Nguyễn Đình Khoa*, Trần Ngọc Hữu Đức*

NSAIDs cao hơn (57,7% so với 40,3%), tỷ lệ giảm độ dẫn cột sống ngực và thắt lưng thấp hơn (25,6% và 48,7% so với 62,9% và 82,3%). Các triệu chứng lâm sàng khác cũng như CRP, HLA-B27 và bất thường trên MRI không khác biệt giữa hai nhóm. **Kết luận:** VKCSKD có đặc điểm lâm sàng và MRI tương tự như VCSKD, ngoại trừ các tổn thương khớp cùng chậu còn ở giai đoạn sớm, chưa có biểu hiện trên X quang và vận động cột sống ít hạn chế hơn.

Từ khóa: Viêm khớp cột sống không x quang, viêm cột sống dính khớp, chụp cộng hưởng từ

SUMMARY

COMPARISON OF CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS BETWEEN ANKYLOSING SPONDYLOSIS AND NON-RADIOGRAPHIC SPONDYLOARTHRITIS

Objectives: The study aimed to compare clinical and imaging features of ankylosing spondylitis (AS) and non-radiographic axial spondyloarthritis (nr-axSpA), a condition considered as the early stage of the AS. **Patients and Methods:** A cross-sectional study was carried out on patients diagnosed with axial spondyloarthritis according to the ASAS criteria, in the Department of Rheumatology, Cho Ray Hospital, from Jan. 2013 to Dec. 2016. The subjects underwent HLA-B27 testing and conventional X-ray and MRI of sacroiliac (SI) joints. Patients who satisfied the modified New York criteria on X-ray were classified as AS and the rest as nr-axSpA. **Results:** The study recruited 140 patients (69,6% males) with mean age of 27.8 ± 7.4 years, of which 78 (55.7%) were diagnosed with nr-axSpA and the remainder as AS. Overall, the most common clinical manifestations were

*Khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Khoa

Email: kn386@nyu.edu

Ngày nhận bài: 4.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2017

Ngày duyệt bài: 11.4.2017

inflammatory back pain (87.9%), peripheral arthritis (70%), lumbar movement restriction (63.6%), elevated CRP (87.9%), positive HLA-B27 (85%) and sacro-iliac joint abnormalities on MRI (87.9%). Compared to the AS group, the nr-axSpA group had lower male frequency (61.5% vs 77.4%, $p=0.044$), higher NSAID response rate (57.7% vs 40.3%, $p=0.041$) and lower rate of spinal movement restriction. Other clinical symptoms and rates of elevated CRP, HLA-B27 positivity and abnormal MRI findings were similar between the 2 groups.

Conclusion: nr-axSpA patients exhibit similar clinical and MRI characteristics of AS, except for the fact that there are no obvious manifestations on conventional X ray and less likelihood of the spinal movement restriction.

Keywords: non-radiographic axial spondyloarthritis, ankylosing spondylitis, MRI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lâu nay trên thế giới cũng như ở Việt Nam, việc chẩn đoán VCSDK vẫn chủ yếu dựa trên tiêu chuẩn New York cải biên. Tiêu chuẩn này đòi hỏi phải có bằng chứng tổn thương viêm khớp cùng chậu rõ ràng trên phim X quang qui ước, trong khi những biểu hiện này thường xuất hiện muộn, có thể nhiều năm sau khi khởi phát triệu chứng đầu tiên và do đó người bệnh thường đã có biến chứng dính cứng khớp và cột sống [3],[4]. Trong khi đó, trên thực tế lâm sàng gặp nhiều bệnh nhân thỏa có các đặc điểm của bệnh lý viêm khớp cột sống huyết thanh âm tính, nhưng lại chưa có biểu hiện tổn thương rõ ràng trên x quang qui ước hoặc không thỏa các tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh lý đặc hiệu khác như viêm khớp vảy nến và do vậy về mặt chẩn đoán thường bỏ sót và chậm trễ trong điều trị. Gần đây, nhiều ý kiến chuyên gia cho rằng nhóm bệnh viêm khớp cột sống là một phổ bệnh liên tục, trong đó bệnh lý viêm khớp cột sống thể trực chưa có tổn thương X quang khớp cùng chậu (non-radiographic axial spondyloarthritis, nr-axSpA, tạm viết tắt là VKCSKXQ), được coi là giai đoạn sớm của bệnh VCSDK. Ngoài ra, các nghiên cứu cũng cho thấy các biện pháp điều trị VCSDK, trong đó có các thuốc kháng TNF- α , có hiệu quả trên cả nhóm VKCSKXQ lẫn VCSDK [1]. Thực tế, những khuyến cáo của thế giới gần đây đã đưa ra các hướng dẫn điều trị áp dụng chung cho cả hai thể bệnh này.

Ở nước ta, các xét nghiệm HLA-B27 và chụp cộng hưởng từ (MRI) khớp cùng chậu đã bắt đầu được ứng dụng trong chẩn đoán sớm nhóm bệnh viêm khớp cột sống tại các cơ sở chuyên khoa. Dù vậy, chưa có nghiên cứu nào đánh giá về đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của nhóm bệnh này được tiến hành ở nước ta. Nhằm giúp các thầy thuốc lâm sàng hiểu rõ hơn về bệnh cảnh

lâm sàng của các bệnh viêm khớp cột sống nói chung và VCSDK nói riêng, từ đó nhận biết, chẩn đoán bệnh VCSDK sớm hơn, qua đó giúp điều trị bệnh sớm hơn, góp phần giảm thiểu nguy cơ tàn phế cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *So sánh đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ giữa những bệnh nhân viêm khớp cột sống chưa tổn thương x quang và viêm cột sống dính khớp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

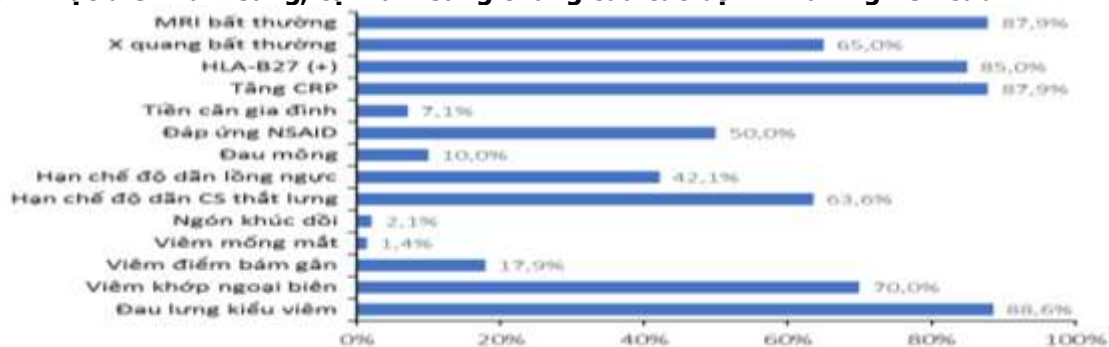
Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên những bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý viêm khớp - cột sống (spondyloarthritis) theo tiêu chuẩn ASAS [6], điều trị tại khoa Nội Cơ Xương Khớp và phòng khám Nội Cơ Xương Khớp Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2016. Loại trừ những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn ASAS nhưng có biểu hiện rõ ràng của viêm khớp vảy nến, viêm khớp phản ứng và viêm khớp liên quan đến bệnh lý viêm ruột.

Nội dung nghiên cứu gồm hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng, ghi nhận các triệu chứng đặc trưng của nhóm bệnh viêm cột sống huyết thanh âm tính, xét nghiệm HLA-B27 bằng phương pháp tế bào học dòng chảy, chụp X quang khung chậu qui ước. Một số bệnh nhân, trong đó bao gồm những bệnh nhân có hình ảnh tổn thương khớp cùng chậu trên X quang không thỏa tiêu chuẩn New York được chỉ định MRI khớp cùng chậu. Phân độ tổn thương khớp cùng chậu trên phim X quang theo tiêu chuẩn New York cải biên. Tổn thương khớp cùng chậu trên MRI được đọc và phân loại theo hướng dẫn của ASAS [5]. Kết quả MRI gọi là dương tính khi có hình ảnh viêm khớp cùng chậu đang hoạt động, biểu hiện bằng phù tủy xương (kèm hoặc không kèm các tổn thương khác) trên xung STIR hoặc xung T1 có tiêm thuốc đối quang từ. Những bệnh nhân có tổn thương X quang cùng chậu thỏa tiêu chuẩn New York cải biên (cả 2 bên từ độ II trở lên hoặc ít nhất một bên có tổn thương độ III hoặc độ IV) sẽ được xếp nhóm VCSDK; nếu không thỏa tiêu chuẩn New York, sẽ được coi là viêm khớp cột sống không có tổn thương x quang (VKCSKXQ). Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu thu nhận 140 bệnh nhân, có tuổi trung bình là $27,8 \pm 7,4$, nhỏ nhất 16 tuổi, lớn nhất 52 tuổi. Trong đó có 96 bệnh nhân nam (chiếm 68,6%) và 44 nữ (31,4%), với tỷ lệ nam/nữ bằng 2,2/1.

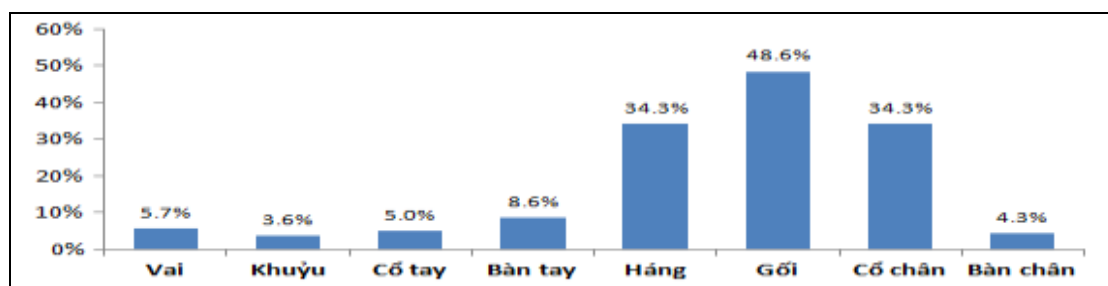
3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chung của các bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 1. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Như trình bày trong biểu đồ 1, nhóm bệnh nhân nghiên cứu có nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau. Trong đó, những triệu chứng thường gặp nhất gồm đau lưng kiểu viêm (87,9%), hạn chế vận động cột sống thắt lưng (63,6%), viêm khớp ngoại biên (70%) và khoảng một nửa bệnh nhân có đáp ứng với các thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs).

Về đặc điểm cận lâm sàng, bất thường trên X quang chỉ gặp trong 65% các trường hợp, trong đó tổn thương đủ để thỏa tiêu chuẩn New York cải biên chỉ thỏa 40,7% trường hợp. Chụp cộng hưởng từ khớp cùng chậu cho kết quả dương tính đến 87,9% các trường hợp. Hầu hết bệnh nhân (87,9%) có tăng CRP, với nồng độ trung bình cao và 85% bệnh nhân có HLA-B27 dương tính.



Biểu đồ 2. Tần suất viêm khớp theo vị trí

Số liệu tính chung trong toàn bộ nhóm nghiên cứu cho thấy hầu hết các khớp đều có thể bị ảnh hưởng, tuy nhiên biểu hiện bệnh ở các khớp vừa và lớn ở chi dưới như khớp háng, gối, cổ chân là thường gặp nhất, với tỷ lệ lần lượt là 34,3%, 48,6% và 34,3% (Biểu đồ 2).

3.2. So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm VCSDK và nhóm VKCSKXQ

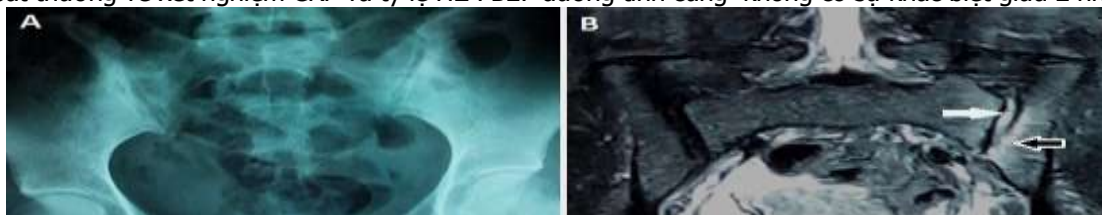
Căn cứ chẩn đoán bệnh theo tiêu chuẩn ASAS và phân nhóm dựa vào tổn thương X quang khớp cùng chậu, nghiên cứu ghi nhận được 78 (55,7%) bệnh nhân với chẩn đoán VKCSKXQ và 62 (44,3%) bệnh nhân với chẩn đoán VCSDK. Các dữ kiện về lâm sàng và cận lâm sàng của 2 nhóm bệnh được mô tả trong Bảng 1.

Bảng 1. So sánh đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa 2 nhóm bệnh nhân

Các đặc điểm	VKCSKXQ (N=78), n (%)	VCSDK(N=62), n (%)	P
Tuổi (năm, trung vị)	26,5 [21,0;31,3]	27,5 [22,8;34,3]	0,240
Giới nam	48 (61,5)	48 (77,4)	0,044
Đau lưng kiểu viêm	67 (87)	57 (91,9)	0,352
Viêm khớp ngoại biên	57 (73,1)	41 (66,1)	0,373
Viêm điểm bám gân	10 (12,8)	15 (24,2)	0,081
Viêm mống mắt	0 (0)	2 (3,2)	0,110
Ngón khúc đôi	3 (3,8)	0 (0)	0,119
Hạn chế độ dẫn thắt lưng	38 (48,7)	51 (82,3)	0,000
Hạn chế độ dẫn lồng ngực	20 (25,6)	29 (62,9)	0,000
Đau mông	25 (32)	25 (40,4)	0,267
Đáp ứng NSAID	55 (57,7)	25 (40,3)	0,041
Tiền căn gia đình	5 (6,4)	5 (8,1)	0,706

CRP (mg/L, trung vị)	59,1 [29,9;94,8]	41,6 [17,9;87,7]	0,419
Tăng CRP	69 (88,5)	54 (87,1)	0,806
HLA-B27 (+)	67 (85,9)	52 (83,9)	0,739
X quang bất thường	29 (37,2)	62 (100)	0,000
MRI bất thường	34 (85)	17 (94,4)	0,42

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm VKCSKXQ có tỷ lệ nam giới thấp hơn so với nhóm VCSDK và tần suất đáp ứng với NSAID cao hơn so với nhóm VCSDK. Đáng lưu ý là tần suất bệnh nhân có hạn chế vận động cột sống thắt lưng và cột sống ngực ở nhóm VCSDK cao hơn so với nhóm viêm khớp cột sống sớm (với $P < 0,001$). Các triệu chứng lâm sàng khác không khác biệt so với những bệnh nhân VCSDK. Tần suất có bất thường về xét nghiệm CRP và tỷ lệ HLA-B27 dương tính cũng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.



Hình 1. Hình ảnh khớp cùng chậu của một bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp cột sống không tổn thương X quang. A) Khớp cùng chậu 2 bên bình thường trên X quang. B) Hình cộng hưởng từ xung STIR cho thấy phù tủy xương cạnh khớp cùng chậu trái (mũi tên nền đen) và tụ dịch trong khớp cùng chậu (mũi tên trắng).

Bảng 2. So sánh đặc điểm hình ảnh học giữa 2 nhóm bệnh nhân

		VKCSKXQ (N=78), [n (%)]	VCSDK (N=62), [n (%)]	Chung [n (%)]	P
X quang khớp cùng chậu trái	Độ 1	18 (23,1)	0 (0)	18 (12,9)	0,000
	Độ 2	10 (16,1)	22 (35,5)	32 (22,9)	
	Độ 3	0 (0)	32 (51,6)	32 (22,9)	
	Độ 4	0 (0)	8 (12,9)	8 (5,7)	
X quang khớp cùng chậu phải	Độ 1	21 (26,9)	3 (4,8)	24 (17,1)	0,000
	Độ 2	1 (1,61)	17 (27,4)	18 (12,9)	
	Độ 3	0 (0)	28 (45,2)	28 (20,7)	
	Độ 4	0 (0)	10 (16,1)	10 (7,1)	
Bất thường trên MRI		34 (85)	17 (94,4)	51 (87,9)	0,42
Phù tủy xương		25 (62,5)	16 (88,9)	41 (70,7)	0,06
Hẹp khe khớp		3 (7,5)	7 (38,9)	10 (17,2)	<0,01
Đỉnh khớp		0 (0)	8 (53,3)	8 (13,8)	<0,01
Bào mòn khớp		2 (5)	4 (22,2)	6 (10,3)	0,07
Dịch khớp		2 (5)	2 (11,1)	4 (6,9)	0,58

Tương ứng với triệu chứng học, hình ảnh học x quang qui ước có bất thường chỉ gặp trong 37,2% các trường hợp VKCSKXQ, thấp hơn hẳn so với nhóm VCSDK (Bảng 2). Trong khi đó, trong số 58 bệnh nhân được chụp MRI (40 thuộc nhóm VKCSKXQ và 18 thuộc nhóm VCSDK), tỷ lệ cao có bất thường ở cả nhóm sớm và nhóm VCSDK, với tỷ lệ không khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm. Dấu hiệu phù tủy xương là bất thường thường gặp nhất trên MRI với tỷ lệ 62,5% ở nhóm VKCSKXQ và 88,9% ở nhóm VCSDK. Hình 1 minh họa cho một trường hợp không có tổn thương khớp cùng chậu trên phim X quang qui ước nhưng có biểu hiện viêm khớp cùng chậu trên MRI.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có đa số bệnh nhân là nam giới trẻ tuổi, có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng. Các triệu chứng hay gặp ở nhóm bệnh này là đau lưng mạn tính kiểu viêm, hạn chế vận động cột sống, đồng thời có tỷ lệ đáng kể kèm viêm khớp ngoại vi, mà chủ yếu là các khớp ở chi dưới. Đáng chú ý là biểu hiện

đau lưng kiểu viêm gặp trong gần 90% các trường hợp và đây cũng là lí do khiến bệnh nhân đến khám nhiều nhất và là gợi ý ban đầu để chúng tôi hướng tới chẩn đoán nhóm bệnh này. Về xét nghiệm, tỷ lệ HLA-B27 dương tính tới 85%, hầu hết bệnh nhân có gia tăng dấu ấn viêm CRP và có bất thường trên MRI, chứng tỏ đang có bệnh tiến triển. Như vậy nhóm bệnh nhân nghiên cứu có những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng rất đặc trưng cho nhóm bệnh lý

viêm khớp cột sống huyết thanh âm tính, trong đó có VCSDK, tương tự như mô tả trong y văn về nhóm bệnh này. Việc chú ý nhận biết những dấu hiệu đặc trưng và hay gặp kể trên có vai trò quan trọng trong chẩn đoán sớm các bệnh lý này.

Trong toàn bộ dân số nghiên cứu, số bệnh nhân VKCSKXQ chiếm tới 55,7% so với 44,3% là VCSDK đã xác lập. Điều này cho thấy VKCSKXQ cũng là bệnh lý khá phổ biến cần được quan tâm bên cạnh VCSDK. Kết quả so sánh đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa 2 nhóm bệnh cho thấy có nhiều điểm tương đồng, kể cả về độ tuổi, riêng phân bố về giới tính nhóm VKCSKXQ có tần suất nam giới thấp hơn so với nhóm VCSDK, tương tự như những báo cáo trước đây [2],[7]. Các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp và có tần xuất tương tự giữa 2 nhóm như tình trạng đau lưng kiểu viêm, viêm khớp ngoại vi, tăng CRP, bất thường trên MRI. Đáng lưu ý là kết quả so sánh giữa hai nhóm cho thấy nhóm VCSDK đã xác lập có tần xuất giảm độ dẫn cột sống thắt lưng và độ dẫn lồng ngực cao hơn và có tỷ lệ bất thường trên X quang qui ước cao hơn có ý nghĩa so với nhóm sớm. Điều này cũng phù hợp bởi so với VKCSKXQ, thì VCSDK có thể coi là giai đoạn muộn hơn, khi mà tổn thương trên x quang đã rõ ràng và ở giai đoạn muộn thì nguy cơ biến chứng dính cứng cột sống tất yếu sẽ cao hơn; tương tự như kết quả của một số nghiên cứu khác [2],[3].

Về hình ảnh học, chúng tôi nhận thấy biểu hiện viêm khớp cùng chậu trên phim X quang qui ước của nhóm VKCSKXQ thường nhẹ hơn so với nhóm bệnh nhân bị VCSDK, thậm chí nhiều trường hợp không có tổn thương khớp cùng chậu trên X quang qui ước. Điều này cũng là tất yếu do phân nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu đã dựa vào đặc điểm trên x quang và cũng đã được ghi nhận trong y văn trước đây [3]. Vấn đề rất đáng lưu ý là dù đã có hay chưa có tổn thương rõ ràng trên X quang, MRI khớp cùng chậu cho thấy hình ảnh phù tủy xương rất thường gặp ở cả hai nhóm bệnh nhân, dấu hiệu của viêm khớp cùng chậu đang hoạt động [5]. Sở dĩ có sự khác biệt này vì X quang chỉ phát hiện được các thay đổi về mặt "cấu trúc", nghĩa là các hình ảnh bào mòn xương và hủy khớp, chứ không phát hiện được hiện tượng "viêm" đang hoạt động như khả năng của MRI. Như vậy, so với chụp X quang qui ước, MRI có ưu thế vượt trội không chỉ giúp xác định sớm viêm khớp cùng chậu mà còn cho biết mức độ hoạt động, tiến triển của bệnh. Đã có nhiều chứng cứ cho thấy hiện tượng viêm kéo dài nhiều năm sẽ làm thay

đổi cấu trúc tại chỗ viêm, cụ thể là hình thành các cầu xương, xơ xương và làm dính các đốt sống cũng như khớp cùng chậu. Nói cách khác, hiện tượng viêm là biểu hiện sớm của biến đổi về cấu trúc và MRI có khả năng phát hiện tổn thương ở giai đoạn rất sớm so với X quang qui ước. Với những ưu thế đó, MRI ngày càng được khuyến cáo sử dụng để chẩn đoán sớm các bệnh viêm khớp – cột sống nói chung và VCSDK nói riêng. Ngoài MRI, HLA-B27 cũng là một xét nghiệm có giá trị để chẩn đoán nhóm bệnh này. Tần suất HLA-B27 dương tính trong nhóm VKCSKXQ dao động từ 70 - 84% tùy theo nghiên cứu [3]. Tương tự, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tần suất HLA-B27 dương tính trong nhóm VKCSKXQ là 85,9%.

Như vậy, nhìn chung triệu chứng lâm sàng của VKCSKXQ và VCSDK tương tự nhau, ngoại trừ những biểu hiện dính cứng, hạn chế vận động cột sống xuất hiện nhiều hơn ở nhóm VCSDK đã xác lập. Biểu hiện viêm khớp cùng chậu trên phim X quang qui ước của VKCSKXQ nhẹ hơn, thậm chí vắng mặt, tuy nhiên hiện tượng viêm khớp cùng chậu quan sát được trên phim MRI lại tương đương nhau ở cả 2 nhóm và xét nghiệm đáp ứng viêm (CRP) tương tự nhau ở cả 2 nhóm. Một số các tác giả đồng ý rằng VCSDK và VKCSKXQ mặc dù có một số đặc điểm khác biệt, song nhìn chung ở đa số bệnh nhân là một phổ bệnh liên tục, trong đó VKCSKXQ là giai đoạn sớm và VCSDK là giai đoạn muộn đã có tổn thương cấu trúc xương khớp [2],[7]. Thực vậy, các nghiên cứu tiền cứu cũng cho thấy sau khoảng 3 -10 năm có khoảng 60 - 70% số bệnh nhân viêm khớp cột sống chưa có tổn thương x quang sẽ diễn tiến thành VCSDK điển hình [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gợi ý rằng VKCSKXQ có thể là giai đoạn sớm của VCSDK. Tuy nhiên cũng cần có thêm các nghiên cứu khác, đặc biệt là các nghiên cứu theo dõi dọc để làm sáng tỏ hơn vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Viêm khớp cột sống chưa có tổn thương X quang có đặc điểm lâm sàng, bilan viêm, tần xuất HLA-B27 (+) và tổn thương MRI khớp cùng chậu tương tự như những bệnh nhân VCSDK đã xác lập, ngoại trừ chênh lệch giới tính thấp hơn (tỷ lệ nam giới 61,5% so với 77,4%), tỷ lệ đáp ứng với NSAID cao hơn (57,7% so với 40,3%) và tần suất giảm độ dẫn cột sống ngực và thắt lưng thấp hơn (25,6% và 48,7% so với 62,9% và 82,3%) so với VCSDK. Biểu hiện tổn thương khớp cùng chậu trên phim X quang của

nhóm VKCSKXQ nhẹ hơn so với VCSDK, trong khi cả hai nhóm có tổn thương trên MRI tương tự nhau.

Kết quả nghiên cứu gợi ý rằng VKCSKXQ có thể là giai đoạn sớm của VCSDK. Việc áp dụng tiêu chuẩn ASAS sử dụng xét nghiệm HLA-B27 và MRI khớp cùng chậu có ý nghĩa quan trọng giúp chẩn đoán sớm các bệnh nhân viêm khớp cột sống ở giai đoạn tiền X quang, từ đó có can thiệp điều trị sớm giúp nâng cao hiệu quả điều trị, giảm gánh nặng bệnh tật và nguy cơ tàn phế cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Corbett M, Soares M, Jhuti G, et al. (2016). Tumour necrosis factor- α inhibitors for ankylosing spondylitis and non-radiographic axial spondyloarthritis: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*; 20(9):1-334.
2. Kiltz U, Baraliakos X, Karakostas P et al. (2012). "Do patients with non-radiographic axial spondylarthritis differ from patients with ankylosing spondylitis?" *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 64:1415–22.
3. Mau W, Zeidler H, Mau R et al. (1998). Clinical features and prognosis of patients with possible ankylosing spondylitis. Results of a 10-year followup. *J Rheumatol*; 15:1109–14.
4. Rohekar S, Pope J (2010). "Assessment of work disability in seronegative spondyloarthritis". *Clin Exp Rheumatol*. 28(1):35-40.
5. Rudwaleit M, Jurik AG, Hermann KGA, et al. (2009). "Defining active sacroiliitis on magnetic resonance imaging (MRI) for classification of axial spondyloarthritis: a consensual approach by the ASAS/OMERACT MRI group". *Ann Rheum Dis*. 68:1520–1527.
6. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, et al. (2009). "The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection". *Ann Rheum Dis*. 68(6):777-783.
7. Wallis D, Haroon N, Ayearst R, Carty A, Inman RD (2013). "Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis: Part of a Common Spectrum or Distinct Diseases?" *J Rheumatol*. 40:2038–41.

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA NỒNG ĐỘ β HCG 14 NGÀY SAU CHUYỂN PHÔI ĐỐI VỚI SỐ LƯỢNG THAI SAU THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

Nguyễn Xuân Hợi*, Vũ Thị Thu Huyền**

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định điểm cắt của nồng độ β HCG trong tiền lượng số lượng thai trên sản phụ được thụ tinh trong ống nghiệm. **Đối tượng:** 1078 bệnh nhân được thụ tinh trong ống nghiệm có xét nghiệm β HCG ngày 14 sau chuyển phôi ≥ 5 mIU/mL và kết quả siêu âm đầu dò âm đạo 28 ngày sau chuyển phôi khi có ít nhất 1 túi ối trong buồng tử cung. **Phương pháp:** theo phương pháp hồi cứu mô tả. **Kết quả:** Nồng độ β HCG trung bình ở nhóm chứa 3 thai là $1211,21 \pm 779,69$ mIU/mL, nhóm chứa 2 thai là $934,01 \pm 663,99$ mIU/mL, nhóm chứa 1 thai là $581,86 \pm 670,22$ mIU/mL sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $P < 0,001$. Điểm cut-off của nồng độ β HCG tiên lượng chứa đa thai là 600,5 mIU/mL với độ nhạy 71,4%, độ đặc hiệu 69,1%, AUC = 0,759. **Kết luận:** Điểm cut-off của nồng độ β HCG có giá trị trong việc tiên lượng chứa đa thai.

Từ khóa: thụ tinh trong ống nghiệm, β HCG, đa thai.

SUMMARY

PREDICTIVE VALUE OF β -HCG ON THE DAY 14 AFTER EMBRYO TRANSFER TO NUMBER OF FETUS IN IVF

Objective: to determine the cut-off point of β -hCG levels in prognosis of number of fetus in vitro fertilization. **Subjects:** This study conducted in 1078 IVF patients. β -hCG was done on day 14 after embryo transfer and vaginal ultrasound was done on day 28 after embryo transfer. **Methods:** this was a retrospective, cross-sectional study. **Results:** The mean level of β -HCG concentration in triplet was 1211.21 ± 779.69 mIU/mL, twin was 934.01 ± 663.99 mIU/mL, singleton was 581.86 ± 670.22 mIU/mL. The cut-off level of β -hCG of multiple pregnancies was 600.5 mIU/mL with 71.4% sensitivity, 69.1% specificity, AUC = 0.759. **Conclusion:** The cut-off point of β -hCG level is useful in predicting multiple pregnancies.

Key word: In Vitro Fertilization, β HCG, multiple pregnancies.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thụ tinh ống nghiệm (IVF - In Vitro Fertilization) là chọc hút một hay nhiều noãn đã trưởng thành từ buồng trứng cho thụ tinh với tinh trùng (đã lọc rửa) trong ống nghiệm. Sau khi noãn thụ tinh phát triển thành phôi, chuyển phôi tốt vào buồng tử cung để phôi làm tổ và phát triển thành thai nhi. Thông thường, trong

*TT hỗ trợ sinh sản Quốc Gia, Bệnh viện Phụ sản TW
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hợi
Email: phamlai7975@yahoo.com
Ngày nhận bài: 12.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 17.3.2017
Ngày duyệt bài: 3.4.2017

thụ tinh ống nghiệm bệnh nhân được chuyển nhiều hơn 1 phôi, do vậy khả năng cao bệnh nhân sẽ chữa đa thai. Chửa đa thai là tình trạng thai nghén nguy cơ cao. Các thai kỳ chửa đa thai thường liên quan đến việc tăng tỷ suất đẻ non, tử vong chu sinh và các biến chứng thai kỳ... Vì vậy, nhiều biện pháp đã được thực hiện để giảm tỷ lệ chửa đa thai, một trong các biện pháp đó là giảm thiểu thai. Tuy nhiên, việc giảm thiểu ở tuổi thai càng lớn thì càng khó, nguy cơ cho mẹ và thai càng tăng. Thông thường, kỹ thuật này được thực hiện khi thai được 7 – 8 tuần dưới sự hướng dẫn của siêu âm, tuy nhiên có nhiều trường hợp đến viện khi tuần thai lớn, không thể giảm thiểu được vì có thể gặp nhiều biến chứng cho mẹ và thai. Như vậy, nếu có thể chẩn đoán sớm chửa đa thai từ đó tư vấn bệnh nhân nhập viện đúng thời điểm để giảm thiểu là việc vô cùng quan trọng. Một trong những xét nghiệm giúp chẩn đoán sớm là định lượng nồng độ β hCG vào ngày thứ 14 sau chuyển phôi. Phụ nữ chửa đa thai, nồng độ β hCG thường cao hơn phụ nữ chửa đơn thai. Nhằm xác định mối liên quan giữa nồng độ β hCG với số lượng thai làm tổ trong buồng tử cung, góp phần chẩn đoán sớm chửa đa thai và tư vấn cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Giá trị tiên lượng của nồng độ β hCG 14 ngày sau chuyển phôi đối với số lượng thai sau thụ tinh trong ống nghiệm" với mục tiêu: *Xác định điểm cut-off của nồng độ β hCG 14 ngày sau chuyển phôi đối với số lượng thai sau thụ tinh trong ống nghiệm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bao gồm 1078 bệnh nhân được thụ tinh trong ống nghiệm năm 2014 – 2015 tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc gia – bệnh viện Phụ sản Trung ương, phù hợp với tiêu

chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ đều được đưa vào nghiên cứu.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được thụ tinh trong ống nghiệm tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc gia - bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2104 – 2015, có xét nghiệm β hCG ngày 14 sau chuyển phôi ≥ 5 mIU/mL, kết quả siêu âm sau 4 tuần chuyển phôi có ít nhất 1 túi ối trong buồng tử cung, có đầy đủ thông tin và yếu tố nghiên cứu.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ: Thai sinh hóa; sau chuyển phôi có tiêm hCG; bệnh nhân được thụ tinh trong ống nghiệm tại cơ sở khác, không đủ thông tin nghiên cứu.

2.4. Tiêu chuẩn nghiên cứu: Có thai: xét nghiệm β hCG 14 ngày sau chuyển phôi ≥ 5 mIU/mL; Siêu âm đầu dò âm đạo đánh giá số lượng thai vào thời điểm 4 tuần sau chuyển phôi (thời điểm này tương đương thai được 6 tuần tuổi). Đa thai là có ≥ 2 túi thai được quan sát thấy trên siêu âm.

2.5. Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả

2.6. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ đều được đưa vào nghiên cứu.

2.7. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0 với các test: T-test, sử dụng đường cong ROC (Receiver Operating Characteristic Curve) tìm điểm cut-off của nồng độ β hCG trong tiên lượng số thai sau thụ tinh ống nghiệm... Dùng chỉ số Youden (Youden index) J để xác định nồng độ β hCG nào có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất. Chỉ số J là trị số cao nhất của tổng độ nhạy và độ đặc hiệu trừ đi 1. $J = \max (Se+Sp - 1)$ với Se (Sensitivity) là độ nhạy và Sp (specificity) là độ đặc hiệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Tần số	Tỷ lệ %	Tuổi trung bình $\bar{X} \pm SD$
<25	45	4,2	31,4 $\pm$ 4,6
25 – 30	448	41,6	
31 – 35	386	35,8	
36 – 40	163	15,1	
> 40	36	3,3	
Tổng	1078	100%	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: 31,4 $\pm$ 4,6 bệnh nhân tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 25 – 30 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 20 và lớn nhất là 52.

Bảng 2. Nguyên nhân gây vô sinh ở đối tượng nghiên cứu

Nguyên nhân vô sinh	Tần số	Tỷ lệ %
Do vòi tử cung	414	38,4

Rối loạn phóng noãn	14	1,3
Tình trạng bất thường	222	20,6
Không rõ nguyên nhân	334	31,0
Tử cung bất thường	49	4,5
Do cả 2 vợ chồng	17	1,6
Nguyên nhân khác	20	1,9
Lạc nội mạc tử cung	8	0,7
Tổng	1078	100%

Nhận xét: Nguyên nhân gây vô sinh ở đối tượng nghiên cứu chủ yếu do vòi tử cung (38,4%); không rõ nguyên nhân chiếm 31,0%; các nguyên nhân do lạc nội mạc tử cung, rối loạn phóng noãn và tử cung bất thường chiếm tỷ lệ rất thấp.

Bảng 3: Số phôi chuyển vào buồng tử cung

Số phôi chuyển	Tần số	Tỷ lệ %	Số phôi chuyển trung bình $\bar{x} \pm SD$
1	24	2,2	3,08 $\pm$ 0,58
2	68	6,3	
3	781	72,4	
4	205	19	
Tổng	1078	100%	

Nhận xét: Số phôi chuyển trung bình là 3,08 $\pm$ 0,58. Chuyển ít nhất 1 phôi, nhiều nhất là 4 phôi. Trong đó hay gặp nhất là chuyển 3 phôi (72,4%).

Bảng 4: Liên quan giữa số phôi chuyển vào buồng tử cung và tỷ lệ chứa đa thai

Tình trạng thai		Đơn thai	Đa thai	Tổng	p
Số phôi chuyển					
1	n	24	0	24	0,001
	Tỷ lệ %	3,9%	0%	2,2%	
2	n	49	19	68	
	Tỷ lệ %	8,0%	4,1%	6,3%	
3	n	425	356	781	
	Tỷ lệ %	69,8%	75,9%	72,4%	
4	n	111	94	205	
	Tỷ lệ %	18,2%	20,0%	19,0%	
Tổng	n	609	469	1078	
	Tỷ lệ %	100%	100%	100%	

Nhận xét: Tỷ lệ chứa đa thai tỷ lệ thuận với số phôi chuyển vào buồng tử cung. Tỷ lệ chứa đa thai ở nhóm chuyển 3 phôi (75,9%) cao hơn nhiều lần so với nhóm chuyển 2 phôi (4,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2 Giá trị nồng độ β hCG trong việc tiên lượng số túi thai

Bảng 5: Liên quan giữa số lượng túi thai và nồng độ β hCG trung bình

Số túi thai	β hCG	Tần số	Tỷ lệ %	Nồng độ β hCG trung bình $\bar{x} \pm SD$	p
1		609	56,5	581,86 $\pm$ 670,22	0,001
2		358	33,2	934,01 $\pm$ 663,99	
3		105	9,7	1211,21 $\pm$ 779,69	
4		6	0,6	1069,27 $\pm$ 646,01	
Tổng		1078	100%		

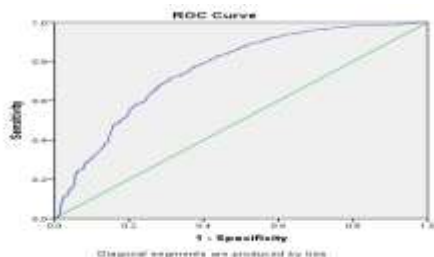
Nhận xét: Nồng độ β hCG trung bình ở nhóm chứa 1 thai là 581,86 $\pm$ 670,22mIU/mL, ở nhóm chứa 2 thai là 934,01 $\pm$ 663,99mIU/mL, ở nhóm chứa 3 thai là 1211,21 $\pm$ 779,69, và nhóm chứa 4 thai là 1069,27 $\pm$ 646,01mIU/mL. Nồng độ β hCG trung bình ở nhóm chứa đa thai cao hơn nhóm chứa đơn thai có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 6: Giá trị tiên lượng của β hCG đối với tình trạng thai

β hCG (mIU/mL)	Giá trị chẩn đoán	Độ nhạy %	Độ đặc hiệu %	Giá trị J
592,0		72,7	66,3	0,39
594,5		72,7	66,5	0,392
597,0		72,5	66,5	0,390
598,5		72,5	67,0	0,395

599,5	72,5	67,3	0,398
600,5	71,4	69,1	0,405
601,5	71,0	69,1	0,401
602,5	70,8	69,1	0,399
603,5	70,6	69,1	0,397
604,5	70,6	69,3	0,399
606,0	70,6	69,5	0,41

Nhận xét: Điểm cut-off của β hCG tiên lượng cho chữa đa thai là 600,5 mIU/mL, với độ nhạy 71,4%, độ đặc hiệu 69,1%, và giá trị J lớn nhất 0,405.



Biểu đồ 1: Diện tích đường cong ROC trong tiên lượng đa thai

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC (AUC = 0,759) có giá trị trong việc chẩn đoán chữa đa thai, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, CI (0,73 – 0,79).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu: $31,4 \pm 4,6$ tuổi, bệnh nhân tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 25 – 30 tuổi (41,6%), tuổi nhỏ nhất là 20, lớn nhất là 52. Đây cũng là nhóm đang trong độ tuổi sinh đẻ, đồng thời là độ tuổi có nhu cầu và nguyện vọng sinh con cao nhất. Độ tuổi có khá nhiều ảnh hưởng đến kết quả có thai ở đối tượng thụ tinh trong ống nghiệm, do có liên quan đến dự trữ buồng trứng, người ta nhận thấy tuổi càng cao thì dự trữ buồng trứng càng giảm, đặc biệt sau tuổi 35. Theo nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, tuổi càng cao thì càng bất lợi cho sự thụ thai và sự phát triển của thai, đồng thời ảnh hưởng không tốt với chính sức khỏe của người mẹ, đặc biệt là các thai kỳ đa thai. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy, nguyên nhân gây vô sinh chủ yếu do vòi tử cung chiếm 36,6%, đây cũng là nguyên nhân vô sinh có tiên lượng tốt nhất trong thụ tinh ống nghiệm. Nghiên cứu của Vương Thị Ngọc Lan (2003) tỷ lệ vô sinh do vòi tử cung là 84% [1]; Nguyễn Xuân Huy (2004) là 81,9% [2]. Tỷ lệ vô sinh do vòi tử cung trong những năm gần đây có xu hướng thấp hơn so với trước là do hiệu quả của giáo dục vệ sinh sinh sản làm giảm bệnh lý lây truyền qua đường tình dục, tình trạng nạo hút thai, và kỹ thuật mổ nội soi gỡ dính vòi ngày càng được hoàn thiện làm giảm

các chỉ định thụ tinh ống nghiệm do nguyên nhân tắc vòi tử cung.

Liên quan giữa số phôi chuyển vào buồng tử cung và tỷ lệ chữa đa thai: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm chuyển 3 phôi, tỷ lệ đa thai cao nhất chiếm 75,9% (356/469), nhóm chuyển 2 phôi tỷ lệ này là 4,1% (19/469), và ở nhóm chuyển 4 phôi là 20% (94/469), tỷ lệ chữa đa thai ở nhóm chuyển 3 phôi cao gấp 18 lần so với nhóm chuyển 2 phôi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tuy nhiên, sự phân bố về tần số số lượng phôi chuyển giữa các nhóm là không đồng đều, cụ thể nhóm chuyển 2 phôi 6,3% (68/1078), nhóm chuyển 3 phôi 72,4% (781/1078), nhóm chuyển 4 phôi 19% (205/1078), chuyển 1 phôi 2,2% (24/11078).

Chuyển bao nhiêu phôi trong 1 chu kỳ để làm giảm tỷ lệ chữa đa thai nhưng vẫn giữ được tỷ lệ có thai lâm sàng cao là vấn đề chưa được thống nhất giữa các trung tâm hỗ trợ sinh sản, bởi nó phụ thuộc vào nhiều yếu tố như đối tượng điều trị, số phôi thu được, kinh nghiệm người chuyển, tôn giáo, quy định pháp luật... Theo Nguyễn Xuân Huy (2004) nghiên cứu 519 trường hợp thụ tinh ống nghiệm thấy: tỷ lệ thai lâm sàng bằng 10% ở nhóm chuyển 1 phôi, 19,2% khi chuyển 2 phôi và 37,8% nếu chuyển 3 phôi [2]. Hassan N Sallam (2004) nhận thấy tỷ lệ thành công trong 1 chu kỳ điều trị tỷ lệ thuận với số phôi chuyển, tỷ lệ có thai là 13% ở nhóm chuyển ≤ 3 phôi, 23% ở nhóm chuyển 4 phôi và 27% ở nhóm chuyển 5 phôi [7]. Tuy nhiên, chuyển nhiều phôi trong 1 chu kỳ điều trị cũng làm tăng tỷ lệ chữa đa thai. Mặc dù vậy, với những tiến bộ về hỗ trợ sinh sản hiện nay, cùng với sự phát triển trong nuôi cấy phôi cho phép giảm số lượng phôi chuyển trong mỗi chu kỳ mà tỷ lệ có thai lâm sàng vẫn được đảm bảo.

Liên quan giữa số lượng túi thai và nồng độ β hCG trung bình: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nồng độ β hCG trung bình ở nhóm chữa 3 thai cao nhất ($1211,21 \pm 779,69$ mIU/mL), nhóm chữa 2 thai và nhóm chữa 1 thai thấp hơn, lần lượt là $934,01 \pm 663,99$ mIU/mL và $581,86 \pm 670,22$ mIU/mL. Nồng độ β hCG

trung bình giữa các nhóm chữa 1 thai, 2 thai và 3 thai có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Theo nghiên cứu của P. Poikkeus (2002) nồng độ β hCG trung bình ngày thứ 12 sau chuyển phôi ở nhóm chữa 1 thai (115mIU/mL), gần gấp đôi nhóm chữa đa thai (201mIU/mL) với $p < 0,001$ [3]. Nghiên cứu của Krithika Devi Jayachandran và cộng sự (2010) cho kết quả: nếu chuyển phôi ngày 2, nồng độ β hCG trung bình 14 ngày sau chuyển phôi ở nhóm chữa đơn thai là 381mIU/mL, nhóm chữa song thai là 503 mIU/mL; nếu chuyển phôi ngày 3, nồng độ β hCG trung bình 14 ngày sau chuyển phôi ở nhóm chữa đơn thai là 503mIU/mL, ở nhóm chữa song thai là 1503mIU/mL [4].

Như vậy, nồng độ β hCG trung bình của các nhóm đối tượng nghiên cứu của mỗi tác giả là không hoàn toàn giống nhau, nó phụ thuộc vào nhiều yếu tố như ngày chuyển phôi, thời điểm định lượng β hCG... Tuy nhiên, có thể thấy rằng nồng độ β hCG trung bình ở nhóm chữa nhiều thai cao hơn ở nhóm chữa ít thai, hay nói cách khác nồng độ β hCG trung bình tỷ lệ thuận với số lượng túi thai mà sản phụ mang.

Giá trị tiên lượng của nồng độ β hCG ngày thứ 14 sau chuyển phôi đối chữa đa thai: Nghiên cứu của chúng tôi tìm ra điểm cut-off tiên lượng chữa đa thai là 600,5mIU/mL, độ nhạy 71,4%, độ đặc hiệu 69,1%, AUC = 0,759, với $p < 0,001$. Nghiên cứu của Guth B và cộng sự (1995) theo dõi 111 chu kỳ IVF có dương tính với β hCG sau chuyển phôi 14 ngày cho kết quả: Nếu β hCG < 300 mIU/mL tỷ lệ đa thai tiến triển là 9% (5/57), nếu β hCG từ 300 – 600mIU/mL tỷ lệ đa thai 40% (10/25), nếu β hCG > 600mIU/mL tỷ lệ đa thai 100% (7/7) [5]. Xiao-yan HUANG (2007) nghiên cứu 384 trường hợp IVF, được định lượng β hCG vào ngày thứ 11 sau chuyển phôi thấy rằng nồng độ β CG ở nhóm chữa đa thai cao hơn nhóm chữa đơn thai; nếu β hCG > 250mIU/mL, giá trị tiên đoán dương tính chữa đa thai là 83,3%, giá trị tiên đoán âm tính là 74,4%[6]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, giá trị 600,5mIU/mL là điểm cut-off gợi

ý chuẩn đoán chữa đa thai, có nghĩa rằng nếu thai phụ có nồng độ β hCG huyết thanh $\geq 600,5$ mIU/mL thì có nhiều khả năng chữa đa thai, nếu nồng độ β hCG < 600,5mIU/mL thì tiên lượng chữa đơn thai.

V. KẾT LUẬN

- Nồng độ β hCG trung bình ở nhóm chữa 3 thai cao hơn nhóm chữa 2 thai và cao hơn nhóm chữa 1 thai.

- Tỷ lệ chữa đa thai tăng lên theo số lượng phôi chuyển vào buồng tử cung

- Điểm cut-off nồng độ β hCG tiên lượng cho chữa đa thai là 600,5mIU/mL, với độ nhạy 71,4%, độ đặc hiệu 69,1%, AUC = 0,759. Giá trị này rất có ý nghĩa trong việc tiên lượng tình trạng thai và tư vấn cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vương Thị Ngọc Lan, Hồ Mạnh Tường (2003), "Một số cải tiến nhằm nâng cao tỷ lệ thành công của chương trình thụ tinh trong ống nghiệm", *Vỏ sinh – Một số vấn đề mới*, Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Xuân Huy (2004), *Nghiên cứu kết quả thụ tinh trong ống nghiệm tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2003*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 3 – 52.
3. Poikkeus P, Hiilesmaa V, Tiitinen A(2002), Serum HCG 12 days after embryo transfer predicting pregnancy outcome, *Hum Reprod*; 17(7):1901- 5.
4. Krithika Devi Jayachandran, Pandiyan Natarajan, Radha Pandiyan (2010), First postembryo transfer beta-hCG level and pregnancy outcome in an assisted reproductive technology program, *International Journal of Infertility and Fetal Medicine*, Vol. 3, No. 2.
5. Guth B, Hudelson J, Higbie J, Solomon B, Polley S, Thomas S, Gentry WL (1995). Predictive value of hCG level 14 days after embryo transfer. *J Assist Reprod Genet*; 12(1):13-4.
6. Xiao-yan HUANG, Yuna ZANG, Hai-qin YU (2007). Serum beta hCG of 11 day after embryo transfer to predict pregnancy outcome. *Journal of Reproduction and Contraception* 18(3):213-219.
7. Hassan N Sallam (2004), "Embryo transfer – a critique of the factor involved in optimizing pregnancy success", *Advance in fertility and reproductive medicine*, IFFS, 111-117.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SƠM ĐIỀU TRỊ ĐIẾC ĐỘT NGỘT TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG - BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Công Hoàng*, Nguyễn Thị Ngọc Anh*

TÓM TẮT

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Hoàng

Email: giapson2000@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.3.2017

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm điều trị điếc đột ngột tại khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả từng trường hợp. **Kết quả:** Tuổi trung bình 49,3; nhóm tuổi >55 tuổi chiếm 57,7%. Tỷ lệ giới: nam (40,4%), nữ (59,6%). Một số yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp (17,3%), cảm cúm (9,6%), đái tháo đường (5,8%), quai bị (3,8%). Triệu chứng cơ năng: nghe kém (100%), ù tai (86,5%), chóng mặt (48,1%). Hình thái thính lực đồ: loại B (50,9%), loại C (21,8%), loại D (10,9%), loại A (9,1%), loại E (7,3%). Tỷ lệ cải thiện triệu chứng cơ năng: nghe kém (80%), ù tai (68,3%), chóng mặt (100%). Tỷ lệ hồi phục thính lực sau điều trị (94,6%), không hồi phục (5,4%). **Kết luận:** Điếc đột ngột là một cấp cứu với các triệu chứng điển hình là nghe kém, ù tai. Thính lực đồ có giá trị tiên lượng điều trị. Kết quả áp dụng phác đồ kết hợp tại khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên cho kết quả tốt.

Từ khóa: Điếc đột ngột, thính lực đồ, oxy cao áp, tiêm corticoid xuyên màng nhĩ, liệu pháp kết hợp.

SUMMARY

TO EVALUATE EARLY TREATMENT OF SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS AT OTORHINOLARYNGOLOGY DEPARTMENT – THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate early treatment results of sudden sensorineural hearing loss at otorhinolaryngology department – Thai Nguyen National Hospital. **Method:** Prospective descriptive method with clinical intervention. **Result:** Mean age was 49,3. Gender: male (40,4%), female (59,6%). Risk factors: hypertension (17,3%), flu (9,6%), diabetes (5,8%), mumps (3,8%). Audiogram patterns: type B (50,9%), loại C (21,8%), loại D (10,9%), loại A (9,1%), loại E (7,3%). The rate of functional symptoms recovery: hearing loss (80%), tinnitus (63,8%), vertigo (100%). The rate of hearing recovery after treatment was 94,6%. **Conclusions:** Sudden sensorineural hearing loss was an emergency with the typical symptoms (hearing loss, tinnitus). Audiogram helps to predict treatment result. Result of applying combination regimen at Otorhinolaryngology department - Thai Nguyen National hospital has good result.

Keywords: Sudden sensorineural hearing loss, audiogram pattern, hyperbaric oxygen method, intratympanic injection, combination therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điếc đột ngột (ĐĐN) là điếc tiếp nhận từ 30dB trở lên, ít nhất ở 3 tần số liên tiếp, mới xuất hiện trong vòng 3 ngày. Đây là một cấp cứu trong chuyên ngành Tai mũi họng, tiên lượng thời gian điều trị và hồi phục thính lực sau điều trị phụ thuộc rất nhiều vào thời gian đến viện từ lúc khởi phát bệnh [1]. Nguyên nhân của ĐĐN vẫn chưa rõ ràng và rất phức tạp, trong nhiều trường hợp để tìm nguyên nhân phải có sự phối hợp của rất nhiều chuyên khoa: tai mũi họng,

nội khoa, tim mạch... Nhiều giả thuyết được đưa ra như co thắt mạch, nhiễm virus, bệnh tự miễn, chấn thương..., tuy nhiên việc chẩn đoán nguyên nhân điếc đột ngột cho đến hiện nay vẫn còn rất khó khăn, phần lớn ĐĐN là không rõ nguyên nhân. Do đó, vấn đề điều trị ĐĐN còn gặp nhiều khó khăn, chủ yếu vẫn là điều trị bao vây sử dụng các thuốc giãn mạch, tăng tuần hoàn tai trong, hồi phục thần kinh, corticoid toàn thân hoặc tiêm hòm nhĩ, kháng histamine... và phải điều trị cấp cứu ngay trong những giờ đầu. Một số phương pháp điều trị mới được áp dụng như tiêm corticoid xuyên màng nhĩ, oxy áp lực cao....[2].

Điều trị đã được tiến hành thường qui tại Khoa Tai mũi họng – Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên với phác đồ kết hợp điều trị nội khoa kèm theo tiêm corticoid xuyên màng nhĩ. Tuy nhiên cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào tổng kết và đánh giá kết quả điều trị cụ thể, chi tiết và đầy đủ. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài với 2 mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh ĐĐN.

- Đánh giá kết quả sớm kết quả điều trị bệnh ĐĐN tại Khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Đối tượng: 52 bệnh nhân ĐĐN được điều trị tại Khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

- Địa điểm: Khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

- Thời gian: từ tháng 01/2016 đến 10/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả từng trường hợp.

2.3. Các chỉ số nghiên cứu

+ Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.

+ Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng cơ năng.

+ Đặc điểm cận lâm sàng: Kết quả thính lực đồ.

+ Đánh giá kết quả điều trị:

.Mức độ cải thiện các triệu chứng cơ năng: hết, giảm, không thay đổi.

.Mức độ cải thiện thính lực đồ: đánh giá các mức độ

Hồi phục hoàn toàn: PTA tai bệnh trở về $\leq$ 20dB hoặc bằng tai lành.

Hồi phục tốt: PTA cải thiện > 30 dB.

Hồi phục nhẹ: PTA cải thiện 10 -30 dB.

Không hồi phục: PTA cải thiện ≤ 10 dB[2].

Ngày duyệt bài: 11.4.2017

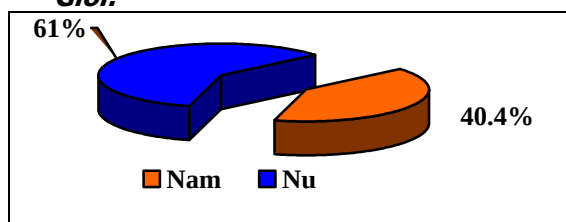
2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Phòng vấn, thăm khám lâm sàng bằng nội soi tai mũi họng, đo thính lực trước và sau điều trị.

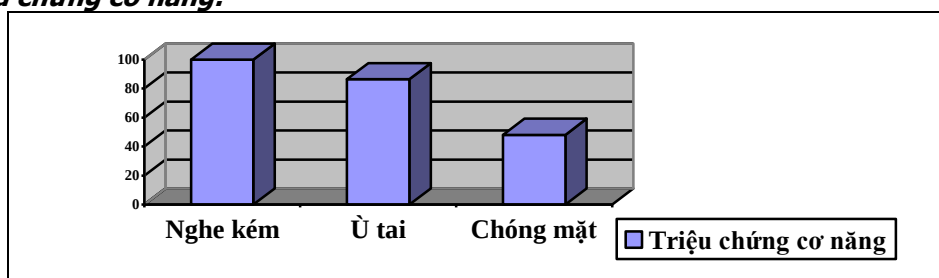
2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

Phân tích số liệu từ 52 bệnh nhân điếc đột ngột (55 tai bệnh) được điều trị tại Khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên kết quả thu được như sau:

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

Nhận xét: Tỷ lệ giới: nữ chiếm đa số với 59,6%, nam là 40,4%.

*** Triệu chứng cơ năng:****Biểu đồ 2: Triệu chứng cơ năng**

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất là nghe kém với 100% bệnh nhân. ù tai chiếm tỷ lệ cao với 86,5%.

Hình thái thính lực đồ:*Bảng 3: Hình thái thính lực đồ**

Hình thái thính lực đồ	Số tai bệnh	Tỷ lệ %
Loại A	5	9,1
Loại B	28	50,9
Loại C	12	21,8
Loại D	6	10,9
Loại E	4	7,3
Tổng số	55	100

Nhận xét: Thính lực đồ dạng B (dạng năm ngang) chiếm đa số với 50,9%, tiếp theo là dạng C. (dạng đi xuống).

Mức độ cải thiện các triệu chứng cơ năng:**Tuổi:****Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi**

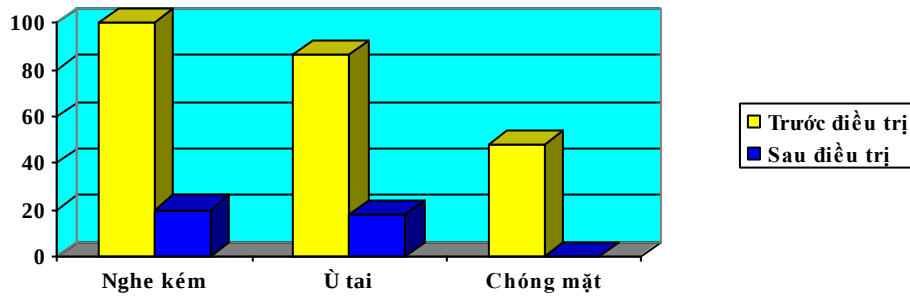
Tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤15	2	3,8
16-30	6	11,5
31-55	14	27
>55	30	57,7

Nhận xét: Tuổi trung bình là 49,3; thấp nhất là 7 tuổi, cao nhất là 76.

Yếu tố thuận lợi*Bảng 2: Các yếu tố thuận lợi**

Yếu tố thuận lợi	Số ca	Tỷ lệ %
Tiền sử đái tháo đường	4	7,7
Tiền sử tăng huyết áp	3	5,8
Tiếp xúc tiếng ồn	3	5,8
Sau cảm cúm, lạnh	5	9,6
Sau nhiễm virus	2	3,8
Đột ngột tự phát	37	71,2

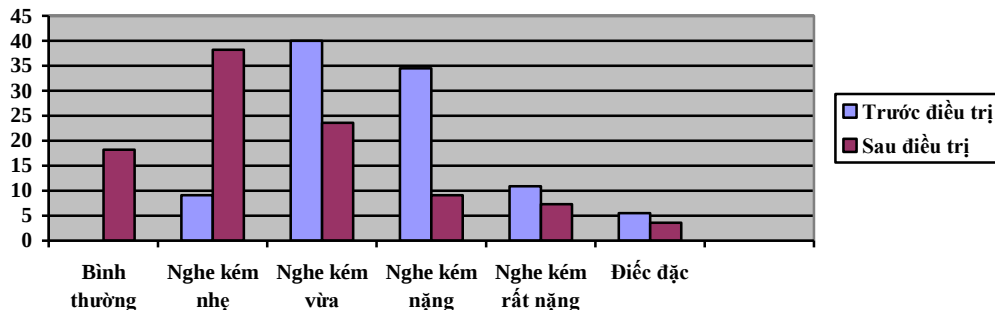
Nhận xét: Đa số các trường hợp không xác định rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ 71,2%.



Biểu đồ 3: Mức độ cải thiện triệu chứng cơ năng

Nhận xét: Triệu chứng nghe kém và chóng mặt được cải thiện rõ rệt. Triệu chứng ù tai sau điều trị vẫn chiếm tỉ lệ cao (19%).

***Mức độ nghe kém trước và sau điều trị**



Biểu đồ 4: Thính lực đồ trước và sau điều trị

Nhận xét: Thính lực đồ trước điều trị: chiếm đa số là nghe kém mức độ vừa và nặng chiếm 74%. Thính lực đồ sau điều trị: Trên 80% bệnh nhân nghe kém mức độ vừa, nhẹ hoặc bình thường.

***Mức độ hồi phục thính lực**

Bảng 4: Mức độ hồi phục thính lực

Hồi phục thính lực	Số tai bệnh	Tỷ lệ %
Hồi phục hoàn toàn	20	36,4
Hồi phục tốt	27	49,1
Hồi phục nhẹ	5	9,1
Không hồi phục	3	5,4

Nhận xét: Tỷ lệ hồi phục thính lực sau điều trị (94,6%), trong đó có 20 bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, 27 bệnh nhân hồi phục tốt và 5 bệnh nhân hồi phục nhẹ. Chỉ có 3 bệnh nhân thính lực không hồi phục.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng điếc đột ngột

***Tuổi và giới:**

- Tuổi: Nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 49, cao nhất là 76, thấp nhất là 7 tuổi. Theo Đoàn Thị Hồng Hoa, tuổi trung bình là 41 tuổi [2]. Như vậy tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác.

- Giới: Tỷ lệ nữ/ nam = 1,47/1. Kết quả này phù hợp với các tác giả Đoàn Thị Hồng Hoa, Võ Tá Kiêm[2], [3].

***Các yếu tố thuận lợi:** Xác định chính xác nguyên nhân ĐĐN vẫn là một thách thức đặt ra đối với các bác sĩ chuyên ngành tai mũi họng. Trong số 52 bệnh nhân có tới 37 bệnh nhân (71,2%) không tìm thấy các yếu tố nguy cơ. Một số yếu tố nguy cơ trong nghiên cứu như tăng huyết áp, đái tháo đường gặp với tỷ lệ thấp[4]. Đặc biệt trong nghiên cứu gặp 2 trường hợp bị quai bị trong đó có 1 bệnh nhân 7 tuổi bỏ sót ĐĐN và được phát hiện sau 01 tháng do vậy kết quả điều trị hạn chế.

***Triệu chứng cơ năng:** Tất cả tai bệnh đều có triệu chứng nghe kém (55/55). Tỷ lệ ù tai gặp

ở 86,5%. Trong nghiên cứu 48,1% bệnh nhân có chóng mặt, chủ yếu là cảm giác mất thăng bằng. Có 01 trường hợp có cơn chóng mặt thực sự xảy ra sau tiêm corticoid xuyên màng nhĩ, chúng tôi nghĩ nhiều đến do tác dụng phụ của thủ thuật này.

***Thính lực đồ:** Hình dáng thính lực đồ đơn âm có ý nghĩa trong việc gọi ý vị trí tổn thương cũng như tiên lượng điều trị. Theo phân loại của Plaza và cộng sự [5], thính lực đồ phân thành 5 loại, trong đó loại B là hay gặp nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi thính lực đồ loại B chiếm 50,9%. Theo Đoàn Thị Hồng Hoa thính lực đồ loại B hay gặp nhất chiếm 28,3% [2].

4.2. Đánh giá kết quả điều trị:

***Mức độ cải thiện các triệu chứng cơ năng:** Kết quả biểu đồ 3 cho thấy đa số các triệu chứng ù tai giảm hoặc hết sau điều trị chiếm 80%, chỉ có 20% không giảm ù tai. Về triệu chứng chóng mặt kết quả cho thấy có 25 bệnh nhân có chóng mặt trước điều trị, 100% hết chóng mặt sau điều trị. Chỉ có duy nhất 01 trường hợp chóng mặt tăng lên sau 02 ngày điều trị, tuy nhiên hết sau 10 ngày điều trị. Kết quả này phù hợp với Cenkin và Dundar [6],[7].

Chúng tôi cho rằng, đa số bệnh nhân có phục hồi thính lực sẽ có cải thiện các triệu chứng cơ năng khác. Tuy nhiên cũng có trường hợp thính lực không cải thiện song các triệu chứng ù tai hoặc chóng mặt giảm, điều này làm nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [7].

***Mức độ phục hồi thính lực:** kết quả tại Bảng 4 và biểu đồ 4 cho thấy kết quả hồi phục thính lực trong nghiên cứu đạt kết quả tốt với đa số bệnh nhân (94,6%) hồi phục thính lực. Có 3 bệnh nhân không hồi phục trong đó có 2 bệnh nhân có tiền sử quai bị, 01 bệnh nhân có chóng

mặt tăng lên khi áp dụng phác đồ tiêm corticoid xuyên màng nhĩ. Đây là vấn đề cần quan tâm trong việc tuyên truyền phòng bệnh và phát hiện bệnh sớm, từ đó nâng cao hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Điếc đột ngột là một cấp cứu với các triệu chứng điển hình là nghe kém, ù tai. Thính lực đồ có giá trị tiên lượng điều trị. Kết quả áp dụng phác đồ kết hợp tại khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chu Lan Anh, Nguyễn Thành Lợi, Nguyễn Phương Nam (2003), "Điều trị điếc đột ngột bằng oxy cao áp tại Bệnh viện Tai mũi họng thành phố Hồ Chí Minh", *Hội nghị khoa học kỹ thuật y dược toàn quốc, Cần Thơ*, 2 (2), tr. 15-30.
2. Đoàn Thị Hồng Hoa, Ngô Hồng Thiện (2012), "Điếc đột ngột và các yếu tố tiên lượng", *Tạp chí y học Việt Nam*, 11(1), tr. 7-11.
3. Võ Tá Kiêm, Nguyễn Phương Nam, Nguyễn Kim Phong, Chu Lan Anh, Nguyễn Thành Lợi (2010), "Đánh giá hiệu quả của oxy cao áp trong điều trị điếc đột ngột", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14 (1), tr. 44-51.
4. Bùi Thị Ngọc Thúy, "Nghiên cứu diễn tiến lâu dài của điếc đột ngột và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của bệnh", *Luận văn thạc sĩ y học*, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, tr. 5-55.
5. Plaza G., Durio E., Heraiz C., et al (2011), "Consensus on diagnosis and treatment of sudden hearing loss", *Acta Otorrinolaringol*, 62 (2), pp. 144 -157.
6. Cekin E., Cincik H., Ulubil S.A., Gungor A (2009), "Effectiveness of hyperbaric oxygen therapy in management of sudden hearing loss", *Journal of Otolaryngology*, Epub, 123 (6), 609-12.
7. Dundar K, Gumus T, Ay H, Yestiser S, Ertugrul E (2007), "Effectiveness of hyperbaric oxygen on sudden sensorineural hearing loss: prospective clinical research", *Journal of Otolaryngology*, 36 (1), 32-7.

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ ĐỘ THANH THẢI LACTATE MÁU ĐỘNG MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT NẶNG VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN

Trương Dương Tiễn*, Phạm Thị Ngọc Thảo*
Đỗ Quốc Huy **, Đặng Vạn Phước***

TÓM TẮT

*Bệnh viện Chợ Rẫy.

**Bệnh viện nhân dân 115.

***Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm chính: Trương Dương Tiễn

Email: drtruongduongtien@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2017

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

Mục tiêu: xác định giá trị tối ưu độ thanh thải lactate (ĐTTLT) máu động mạch cần đạt đến trong điều trị bệnh nhân (BN) nhiễm khuẩn huyết (NKH) nặng và sốc nhiễm khuẩn (SNK). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang phân tích. Tiến hành đo nồng độ và độ thanh thải lactate động mạch (ĐM) tại các thời điểm T₀, T₆, T₁₂, T₁₈, T₂₄, T_{out}. **Kết quả:** Có 71 BN NKH nặng và SNK, tỉ lệ tử vong 57,75%. Có sự khác biệt nồng độ lactate máu ĐM giữa 02 nhóm sống và tử vong từ sau 12 giờ nhập HSTC trở đi. Ngưỡng cắt lactate máu ĐM ≥ 2mmol/L sau 24 giờ nhập HSTC OR 3,96(1,03–

15,27) với $p = 0,0305$. Sau 12 giờ nhập HSTC có sự khác biệt ĐTTTLT máu ĐM giữa nhóm sống -20(-41 – 9)% và nhóm tử vong 10(-7 – 43.5)% với $p=0,0018$. Đường cong ROC ĐTTTLT máu ĐM sau nhập HSTC 12 giờ có diện tích dưới đường cong 0,7192 với điểm cắt -11% tiên đoán BN tử vong với độ nhạy (sensitivity) 85%, độ đặc hiệu (specificity) 63,33%. **Kết luận:** Ngưỡng cắt lactate máu động mạch $\geq 2\text{mmol/L}$ sau 24 giờ nhập HSTC, giá trị tiên đoán tử vong là OR 3,96 (1,03– 15,27) với $p = 0,0305$.

Từ khóa: Độ thanh thải lactate máu động mạch, sốc nhiễm khuẩn.

SUMMARY

STUDY THE ROLE OF ARTERIAL LACTATE CLEARANCE IN THE TREATMENT OF SEVERE SEPSIS AND SEPTIC SHOCK

Aims of study: Determination of optimal arterial lactate clearance value must to be achieved in treating patients with severe sepsis and septic shock.

Subjects and methods of study: A prospective cross-sectional analysis study. Measurement of lactate concentration and clearance at $T_0, T_6, T_{12}, T_{18}, T_{24}, T_{out}$.

Result: There were 71 sepsis and septic shock patients enrolled. Mortality rate 57.75%. It was statistically significant about lactate concentration between survive group and death group from 12 hours onward. At cut point of arterial lactate clearance $\geq 2\text{mmol/L}$ after 24 hours admission ICU, mortality predict OR 3.96 (CI 95% 1.03– 15.27) with $p=0.0305$. After 12 hours admission ICU, there was statistically significant about arterial lactate clearance between survive group -20 (-41 – 9)% and death group 10(-7 – 43.5)% with $p=0.0018$. ROC curve analysis showed that arterial lactate clearance at after 12 hours admission ICU (AUC 0.7192), at cut point -11%, it predicted mortality with sensitivity 85%, specificity 63.33%.

Conclusions: At cut point of arterial lactate clearance $\geq 2\text{mmol/L}$ after 24 hours admission ICU, mortality predict OR 3.96 (CI 95% 1.03– 15.27) with $p=0.0305$.

Key words: Arterial lactate clearance, septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong NKH và SNK, việc diễn tiến từ nhiễm khuẩn sang NKH và SNK cũng như nguyên nhân hình thành và tiến triển của suy đa cơ quan là một mạng lưới phức tạp của các tác động bên trong tế bào và giữa các tế bào. Suy đa cơ quan có thể liên quan với rất nhiều thay đổi về bệnh học. Rối loạn chức năng tế bào do thiếu oxy mô là yếu tố quan trọng khởi phát suy đa cơ quan. Mặc dù tích cực hồi sức ban đầu có thể phục hồi lại huyết động và cung cấp oxy ở mức độ toàn cơ thể, nhưng vẫn có thể xảy ra rối loạn tưới máu và thiếu hụt oxy mô ở mức độ vùng hoặc tiểu vùng ở hệ tiêu hóa, ở não. Để đánh giá tình trạng tưới máu và cung cấp oxy cho mô, thông số nồng độ lactate máu động mạch phản ánh gián tiếp các quá trình này đang được các nhà khoa học lựa chọn[6].

Lactate máu động mạch một trong những dấu chỉ điểm sự hiện diện của tình trạng sốc gây ra sự giảm tưới máu các cơ quan, nồng độ này trong chẩn đoán NKH và SNK. Tuy nhiên sự biến thiên nồng độ lactate máu động mạch trong điều trị NKH và SNK hiện nay vẫn chưa được thống nhất. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: xác định giá trị tối ưu độ thanh thải lactate máu động mạch cần đạt đến trong điều trị và xác định mối tương quan giữa độ thanh thải lactate máu động mạch và tỉ lệ sống còn ở bệnh nhân NKH và SNK.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân trên 18 tuổi, hội đủ tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn dựa theo định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội nghị quốc tế đồng thuận về nhiễm khuẩn huyết để xuất năm 2001[4] và cập nhật 2013[5], nhập vào khoa HSTC bệnh viện Chợ Rẫy từ 4/2015.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân là phụ nữ có thai. Bệnh nhân đã có ngưng tim trước khi vào khoa HSTC do bệnh lý cơ bản hoặc nhiễm khuẩn huyết quá nặng. Bệnh lý ung thư giai đoạn cuối, suy thận mạn giai đoạn cuối, xơ gan mức độ Child C. Bệnh nhân có chống chỉ định đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang phân tích.

Thu thập số liệu: Lấy máu xét nghiệm đo nồng độ lactate máu động mạch tại các thời điểm: Lúc vào nghiên cứu T_0 sau đó lần lượt lấy cách mỗi 06 giờ ($T_6, T_{12}, T_{18}, T_{24}$) trong 24 giờ đầu nhập HSTC, và lấy mẫu cuối cùng lấy mẫu máu NC (T_{out}) khi bệnh nhân không còn tiêu chuẩn NC (Bệnh nhân không còn SNK hay NKH). Sau đó tính ra độ thanh thải lactate máu động mạch theo công thức:

$$Cl_{Lactate} = \frac{\text{Lactate } T_0 - \text{Lactate } T_{out}}{\text{Lactate } T_0} \times 100$$

Thực hiện các xét nghiệm thường quy, xét nghiệm để chẩn đoán và theo dõi điều trị thực hiện như bình thường.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 12 hoặc R.

Số liệu được trình bày: Biểu số định tính dưới dạng tỷ lệ phần trăm, biểu số định lượng: trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và độ tứ phân vị nếu không có phân phối chuẩn. Phân tích số liệu: So sánh tỉ lệ phần trăm bằng phép kiểm χ^2 . So sánh trung bình bằng phép kiểm student (t), hoặc phép kiểm phi tham số Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney). Phân tích đơn biến bằng phép kiểm χ^2 , tính nguy cơ tử

vong tương đối OR. Dùng đường cong ROC (Receiver Operating Characteristic Curve), diện tích dưới đường cong (AUC), để so sánh các thang

điểm với nhau. Diện tích dưới đường cong ROC càng lớn thì mô hình càng có giá trị tiên lượng tốt.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 4.2015 đến tháng 1.2017. Tổng số bệnh nhân đưa vào nghiên cứu là 71 bệnh nhân.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

Tên biến	Trung bình hoặc tỉ lệ (n=71)	Độ lệch chuẩn (SD)
Tuổi	58,92 (19 - 91)	17,38
Giới (Nam/nữ)	37/34	52.11% nam
Thời gian sốc (ngày)	2,68 (1 - 3)	11,18
Thời gian điều trị tại HSTC (ngày)	10,35 (1 - 66)	11,89
Thời gian nằm viện (ngày)	18,32 (2 - 66)	13,77
Điểm APACHE II nhập HSTC	20,83 (6-34)	6,38
Điểm SOFA nhập HSTC	10,43 (3-20)	3,57

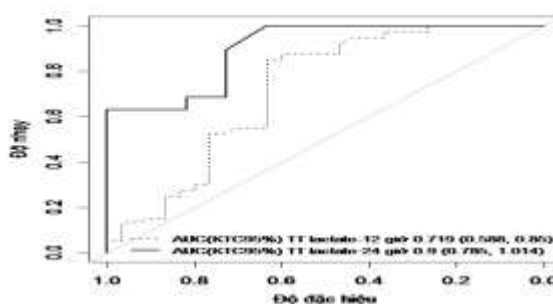
Trong 71 bệnh nhân đưa vào NC, có 37 (52,11%) nam, có độ tuổi trung bình là $58.91 \pm 17,38$ tuổi, nhỏ nhất là 19 và lớn nhất là 91 tuổi (bệnh nhân nữ).

Điểm APACHE II tại thời điểm nhập HSTC là $20,83 \pm 6,38$, điểm nhỏ nhất là 6 và cao nhất là 34. Trong đó nhóm sống là $7,37 \pm 1,47$, nhóm tử vong là $22,7 \pm 1,00$ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0314$.

Điểm SOFA tại thời điểm nhập HSTC là $10,43 \pm 3,57$, điểm nhỏ nhất là 3 và cao nhất là 20. Trong đó nhóm sống là $10 \pm 0,65$ nhóm tử vong là $10,73 \pm 0,57$ và sự khác biệt này không ý nghĩa thống kê với $p = 0,6578$.

Số ngày nằm viện trung bình trong NC là $18,32 \pm 13,77$ ngày, ngắn nhất là 02 ngày và dài nhất là 66 ngày. Trong đó, nhóm sống có thời gian nằm viện trung bình là $17,4 \pm 1,67$ ngày và nhóm tử vong là $19 \pm 2,57$ ngày. Sự khác biệt về số ngày nằm viện giữa 02 nhóm là không có ý nghĩa với $p = 0,3015$. Tuy nhiên, số ngày nằm HSTC trung bình trong NC là $10,35 \pm 11,89$ ngày ngắn nhất là 01 ngày và dài nhất là 66 ngày. Trong đó, nhóm sống có thời gian nằm HSTC trung bình là $7,37 \pm 1,47$ ngày và nhóm tử vong là $11,81 \pm 2,16$ ngày. Sự khác biệt về số ngày nằm HSTC giữa 02 nhóm có ý nghĩa với $p = 0,0472$.

Tỉ lệ sống và tử vong: Số bệnh nhân sống xuất viện trong NC là 30 (42,25%), số bệnh nhân tử vong trong NC là 41 (57,75%), trong đó tử vong tại HSTC là 29 (40,85%) bệnh nhân. Tỉ lệ tử vong trong nhóm bệnh nhân có tổn thương hô hấp là 37/67 (55,22%) so với nhóm không tổn thương hô hấp là 30/67 (44,78%) và khác biệt này có ý nghĩa với $p = 0,038$. Tỉ lệ tổn thương nhóm tuần hoàn (có hạ huyết áp) là 36/63 (57,14%) so với nhóm không có tổn thương là 27 (42,86%) với $p = 0,035$. Tổn thương các cơ quan còn lại không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ vong giữa 02 nhóm có tổn thương và không có tổn thương cơ quan.



Biểu đồ: Đường cong ROC độ thanh thải lactate máu động mạch T₁₂ và T₂₄

Bảng 2. Nồng độ lactate máu động mạch nhóm bệnh nhân sống và tử vong.

Tên biến	BN sống (n = 30)	BN tử vong (n = 41)	Giá trị p
Lactate T ₀ (mmol/L) ^{††}	2,3 (1,5-4,6)	3 (1,4-7,3)	p = 0,3424
Lactate T ₆ (mmol/L) ^{††}	2,4 (1,6-3,7)	3,5 (1,5-7,1)	p = 0,2586
Lactate T ₁₂ (mmol/L) ^{††}	1,8 (1,4-2,5)	3,6 (1,9-6,9)	p = 0,0013
Lactate T ₁₈ (mmol/L) ^{††}	1,6 (1-2,7)	4,05 (2,4-8,4)	p = 0,0001
Lactate T ₂₄ (mmol/L) ^{††}	1,2 (1,1-1,9)	4 (2,6-13,6)	p = 0,0015
Lactate T _{out} (mmol/L) ^{††}	2 (1-2)	4,3 (2,5-8,2)	p = 0,0001

Bảng 3. Phân tích hồi quy đơn biến điểm cắt trung vị nồng độ lactate máu động mạch tại các thời điểm.

Đặc điểm	Sống	Tử vong	Tỉ số chênh (OR) (95% KTC)	p
Lactate T ₁₂				

≥ 3,6 mmol/L	24 (53,33%)	21 (46,67%)	4,20(1,32 – 13,28)	0,0079
< 3,6 mmol/L	6 (23,08%)	20 (76,92%)		
Lactacte T ₁₈				
≥ 4 mmol/L	7 (22,58%)	24 (77,42%)	4,64 (1,50 – 14,34)	0,0034
< 4mmol/L	23 (57,50%)	17 (42,50%)		
Lactacte T ₂₄				
≥ 2 mmol/L	21 (36,21%)	37 (63,79)	3,96 (1,03– 15,27)	0,0305
< 2 mmol/L	9 (69,23%)	4 (30,77%)		

Bảng 4. Độ thanh thải lactate máu động mạch nhóm sống và tử vong.

Tên biến	BN sống (n = 30)	BN chết (n = 41)	Giá trị p
Độ TT Lactate T ₆ (x100%)	2 (-23 – 29)	0 (-16 – 27)	p = 0,6964
Độ TT Lactate T ₁₂ (x100%)	-20 (-41 – 9)	10 (-7 – 43,5)	p = 0,0018
Độ TT Lactate T ₁₈ (x100%)	-13 (-44 – 7)	14,5 (-14 – 44)	p = 0,0012
Độ TT Lactate T ₂₄ (x100%)	-39 (-73 – -14)	36 (-19 – 60)	p = 0,0003
Độ TT Lactate Tout (x100%)	-30 (-56 – 12)	23,5 (-20,5 – 114,5)	p = 0,0005

IV. BÀN LUẬN

Nồng độ lactate máu động mạch 02 nhóm bệnh nhân sống và tử vong được ghi nhận trong bảng 2. Nhận thấy nồng độ lactate máu trong nhóm sống có trung vị và khoảng tứ phân vị thấp nhất tại thời điểm sau 24 giờ nhập HSTC 1.2mmol/L (1.1-1.9) và cao nhất tại thời điểm sau 06 giờ nhập HSTC 2.4mmol/L(1.6-3.7). Bảng 2. Nhóm bệnh nhân tử vong ghi nhận nồng độ lactate máu có trung vị và khoảng tứ phân vị thấp nhất tại thời điểm nhập HSTC 3mmol/L (1.4-7.3) và cao nhất tại thời điểm lấy mẫu cuối NC 4.3 (2.5-8.2).

Thời điểm sau 12 giờ nhập HSTC nồng độ lactate máu có trung vị và khoảng tứ phân vị nhóm bệnh nhân sống là 1.8mmol/L (1.4-2.5) và nhóm bệnh nhân tử vong là 3.6mmol/L (1.9-6.9). Sự khác biệt này có ý nghĩa với $p = 0,0013$.

Tại thời điểm sau 18 giờ nhập HSTC nồng độ lactate máu có trung vị và khoảng tứ phân vị nhóm bệnh nhân sống là 1.6mmol/L (1-2.7) và nhóm bệnh nhân tử vong là 4.05mmol/L (2.4-8.4). Sự khác biệt này có ý nghĩa với $p = 0,0001$.

Tương tự thời điểm sau 24 giờ nhập HSTC và thời điểm lấy mẫu cuối cùng NC nồng độ lactate máu có trung vị và khoảng tứ phân vị nhóm bệnh nhân sống lần lượt là 1.2mmol/L (1.1-1.9) và 2mmol/L (1-2), nhóm bệnh nhân tử vong lần lượt là 4mmol/L (2.6-13.6) và 4.3mmol/L (2.5-8.2). Các sự khác biệt này đều có ý nghĩa với $p = 0,0001$ và $p = 0,0001$.

Bảng 2 cho thấy tại thời điểm sau 12 giờ nhập HSTC với điểm cắt nồng độ lactate máu động mạch ≥ 3,6 mmol/L bệnh nhân có nguy cơ tử vong cao hơn 4,20 lần (95% CI 1,32 – 13,28) với $p = 0,0079$. Tương tự tại thời điểm sau 18 giờ nhập HSTC với điểm cắt nồng độ lactate máu động mạch ≥ 4 mmol/L bệnh nhân có nguy cơ

tử vong cao hơn 4,64 lần (95% CI 1,50 – 14,34) với $p = 0,0034$. Tuy nhiên tại thời điểm sau 24 giờ nhập HSTC chỉ với điểm cắt nồng độ lactate máu động mạch ≥ 2 mmol/L bệnh nhân có nguy cơ tử vong cao hơn 3,96 lần (95% CI 1,02 – 15,27) với $p = 0,0305$.

Mỗi NC khác nhau trên bệnh nhân NKH nặng và SNK có chung đặc điểm là nồng độ lactate máu đều > 2mmol/L và nhóm tử vong là >3mmol/L, với điểm cắt > 4mmol/L đều đưa ra giá trị dự báo nguy cơ tử vong có ý nghĩa ở mức khá cao[7]. Trong NC chúng tôi tại thời điểm sau 18h nhập HSTC có 31 bệnh nhân có nồng độ lactate máu ≥ 4mmol/L nhưng tử vong là 24 bệnh nhân chiếm tỉ lệ rất cao 77,24% và 06 giờ sau đó nghĩa là sau 24 giờ nhập HSTC ở ngưỡng nồng độ lactate máu ≥ 2mmol/L có 58 bệnh nhân và tử vong là 37 bệnh nhân chiếm 63,79%. Qua đó chúng tôi thấy, mặc dù nồng độ lactate máu khi đưa bệnh nhân vào NC chỉ có trung vị và số tứ vị 2,3(1,5-4,6)mmol/L nhưng sau 24 giờ được hồi sức tích cực nếu nồng độ lactae máu vẫn còn ≥ 2mmol/L nguy cơ tử vong bệnh nhân vẫn còn rất cao hơn 3,96 (1,03– 15,27) lần so với nhóm thấp hơn.

Độ thanh thải lactate máu động mạch 02 nhóm bệnh nhân sống và tử vong được ghi nhận bảng 4: Nhóm bệnh nhân sống độ thanh thải tại thời điểm 24 giờ (T₂₄) sau nhập HSTC có trung vị và khoảng tứ phân vị cao nhất -39% (-73 – 14) và thấp nhất là tại thời điểm sau 6 giờ (T₆) nhập HSTC 2% (-23 – 29). Nhóm bệnh nhân tử vong độ thanh thải tại thời điểm 6 giờ (T₆) sau nhập HSTC có trung vị và khoảng tứ phân vị cao nhất 0% (-16 – 27) và thấp nhất là tại thời điểm sau 24 giờ (T₂₄) nhập HSTC 36% (-19 – 60).

Sau 12 giờ nhập HSTC trung vị và khoảng tứ phân vị độ thanh thải lactate máu động mạch nhóm bệnh nhân sống là -13% (-44 – 7) và

nhóm tử vong là 10% (-7 – 43.5). Sự khác biệt này là có ý nghĩa với $p = 0,0018$. Tại thời điểm 24 giờ (T_{24}) nồng độ lactate máu động mạch có trung vị và khoảng tứ phân vị -39% (-73 – -14) cao nhất nhóm sống so với nhóm tử vong 36% (-19 – 60). Khác biệt này có ý nghĩa với $p = 0,0003$.

Tương tự, tại các thời điểm sau 18 giờ (T_{18}) nhập HSTC và thời điểm cuối cùng lấy mẫu NC trung vị và khoảng tứ phân vị độ thanh thải lactate máu động mạch nhóm bệnh nhân sống lần lượt là -20% (-41 – 9) và -30% (-56 – 12), nhóm tử vong lần lượt là 14.5% (-14 – 44) và 23.5% (-20.5 – 114.5). Những sự khác biệt này là có ý nghĩa với $p = 0,0012$ và $p = 0,0005$.

Trong NC của Jansen và CS[2] ghi nhận hồi sức với mục tiêu đạt giảm 20% trong 02 giờ của 08 giờ đầu sẽ giảm được tỉ lệ tử vong. NC Jason Chertoff và CS 2015[3] ghi nhận rằng độ thanh thải lactate >10% trong 02-06 giờ đầu hồi sức là dấu hiệu dự đoán sống bệnh nhân NKH nặng và SNK, và NC chứng minh cứ mỗi 10% độ thanh thải tăng lên sẽ làm giảm tỉ lệ tử vong trong bệnh viện 11%.

Đường cong ROC biểu diễn sự thay đổi độ thanh thải lactate máu động mạch tại thời điểm 12 giờ (T_{12}) sau nhập HSTC có diện tích dưới đường cong thấp nhất 0,7192 tương ứng với log likelihood thấp nhất -44,38556, độ nhạy (sensitivity) 85%, độ đặc hiệu-độ đặc hiệu (specificity) 63,33% và điểm cắt - 11%, có nghĩa là tại thời điểm này nếu độ thanh thải lactate máu động mạch thấp hơn -11% thì bệnh nhân có khả năng tử vong với độ nhạy là (sensitivity) 85% và độ đặc hiệu (specificity) 63,33%. Thời điểm 24 giờ (T_{24}) sau nhập HSTC có diện tích dưới đường cong cao nhất 0,8995 và log likelihood cao nhất -11,085064, tương ứng với độ nhạy 89,47%, độ đặc hiệu 72,73% và điểm cắt - 21%, có nghĩa là tại thời điểm này nếu độ thanh thải lactate máu động mạch thấp -21% thì bệnh nhân có khả năng tử vong với độ nhạy là 89,47% và độ đặc hiệu 72,73%.

V. KẾT LUẬN

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nồng độ

lactate máu ĐM giữa 02 nhóm sống và tử vong từ thời điểm sau nhập HSTC 12 giờ.

Ngưỡng cắt lactate máu động mạch > 4mmol/L tại thời điểm sau 18 và ngưỡng cắt lactate máu động mạch ≥ 2 mmol/L tại thời điểm sau 24 giờ nhập HSTC với giá trị tiên đoán tử vong là 4,64(1,50-14,34) với $p = 0,0034$ và 3,96 (1,03– 15,27) $p = 0,0305$

Thời điểm 12 giờ sau nhập HSTC đường cong ROC biểu diễn độ thanh thải lactate tiên đoán bệnh nhân tử vong với điểm cắt -11% độ nhạy 85% và độ đặc hiệu 63,33%. Thời điểm sau 24 giờ nhập HSTC với ngưỡng cắt -21% với độ nhạy cao 96,77% và độ đặc hiệu 52,17%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Green J P, Berger T, Garg N, Shapiro N I (2011), "Serum lactate is a better predictor of short-term mortality when stratified by C-reactive protein in adult emergency department patients hospitalized for a suspected infection". *Ann Emerg Med*, 57(3), 291-295.
2. Jansen T C, van Bommel J, Schoonderbeek F J, Sleeswijk Visser S J, van der Klooster J M, Lima A P, et al. (2010), "Early lactate-guided therapy in intensive care unit patients: a multicenter, open-label, randomized controlled trial". *Am J Respir Crit Care Med*, 182(6), 752-761.
3. Rivers E P, Yataco A C, Jaehne A K, Gill J, Disselkamp M (2015), "Oxygen extraction and perfusion markers in severe sepsis and septic shock: diagnostic, therapeutic and outcome implications". *Curr Opin Crit Care*, 21(5), 381-387.
4. Dellinger R P, Carlet J M, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J (2004), "Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock". *Crit Care Med.*, 32.
5. Dellinger R P, Levy M M, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal S M (2013), "Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012". *Crit Care Med.*, 41.
6. JEAN-LOUIS VINCENT M, PhD. EDWARD ABRAHAM, MD. FREDERICK A. MOORE, MD, FACS, FCCM (2012), *Organ Dysfunction Pathophysiology of Sepsis and Multiple*, ELSEVIER SAUNDER, 983-991.
7. Lee Y K, Hwang S Y, Shin T G, Jo I J, Suh G Y, Jeon K (2016), "Prognostic Value of Lactate and Central Venous Oxygen Saturation after Early Resuscitation in Sepsis Patients". *PLoS One*, 11(4).

TÌM HIỂU MỐI LIÊN QUAN GIỮA SỰ THAY ĐỔI KẾT QUẢ MỘT SỐ CHỈ SỐ MÁU VỚI MỨC ĐỘ NẶNG CỦA VIÊM TỤY CẤP Ở TRẺ EM

Nguyễn Thị Việt Hà¹, Lê Thanh Hải²

TÓM TẮT

¹Đại học Y Hà Nội

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa sự thay đổi kết quả một số chỉ số máu với mức độ nặng của viêm tụy cấp ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả trên 62 trẻ được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta 2012 điều trị tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** Trẻ viêm tụy cấp thể nặng có số lượng bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính, tiểu cầu trung bình cũng như nồng độ amylase, lipase cao hơn so với trẻ viêm tụy cấp thể nhẹ, $p < 0,05$. Lipase máu tăng kéo dài và giảm chậm hơn so với amylase. Không có mối liên quan giữa nhóm tuổi và các biểu hiện lâm sàng của viêm tụy cấp ở trẻ em. Không có mối liên quan giữa Hematocrite, CRP, Ca toàn phần, Creatinin, Glucose và albumin trong máu giữa mức độ nặng của viêm tụy cấp. **Kết luận:** Theo dõi một số chỉ số huyết học và sinh hóa như số lượng bạch cầu, tiểu cầu và nồng độ amylase và lipase máu là thông tin quan trọng để tiên lượng mức độ nặng của viêm tụy cấp ở trẻ em.

Từ khóa: viêm tụy cấp, amylase, lipase, bạch cầu, trẻ em.

SUMMARY

INVESTIGATION OF THE CORRELATION BETWEEN THE CHANGES OF PANCREATIC ENZYME, THE BIOCHEMICAL MARKER AND THE SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS IN CHILDREN

Objective: To investigate the correlation between the changes of pancreatic enzyme, the biochemical markers and the severity of acute pancreatitis in children. **Materials and Methods:** A total of 62 patients with acute pancreatitis according to Atlanta criteria 2012 were documented at the Gastroenterology Department, National Children's Hospital. **Results:** Mean levels of white blood cells, neutrophil cells, platelets as well as amylase and lipase levels among children with severe acute pancreatitis were significantly higher compared to mild acute pancreatitis group, $p < 0.05$. Amylase levels returned to normal much faster than lipase levels in acute pancreatitis. There was no association between age group and clinical manifestations of acute pancreatitis. No relationship between hematocrite, CRP, total Calcium, Creatinine, Glucose and albumin and the severity of acute pancreatitis was found. **Conclusions:** Monitoring several biochemical markers such as white blood cell, platelet count, amylase and lipase levels are useful to predict the severity of acute pancreatitis in children.

Keywords: abdominal pain, acute pancreatitis, amylase, lipase, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

²Bệnh viện Nhi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: bsviethabmn@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2017

Ngày duyệt bài: 12.4.2017

Viêm tụy cấp là tình trạng viêm cấp tính của tuyến tụy gây tổn thương tế bào nang tuyến do sự tiêu hủy của các men tụy [1]. Bệnh cảnh lâm sàng khá đa dạng, có thể tự giới hạn hay diễn biến nặng gây ảnh hưởng đến tính mạng của người bệnh. Bệnh sinh của viêm tụy cấp rất phức tạp, tổn thương không chỉ diễn ra tại tuyến tụy mà còn xảy ra ở những cơ quan và các tổ chức khác dẫn đến bệnh diễn biến nặng và gây ra nhiều biến chứng [2]. Với sự phát triển của y học hiện đại, diễn biến nặng của viêm tụy cấp có giảm nhưng tỷ lệ tử vong vẫn còn lên tới 30-40% ở những bệnh nhân viêm tụy hoại tử [3]. Trong nhiều thập kỷ qua, có khá nhiều nghiên cứu đánh giá vai trò của các dấu ấn sinh học trong chẩn đoán, điều trị và tiên lượng sớm diễn biến của viêm tụy cấp tuy nhiên các kết quả còn chưa được thống nhất vì vậy việc tập hợp các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng một cách hệ thống, phát hiện các dấu hiệu quan trọng giúp tiên lượng sớm và nhanh diễn biến của bệnh, góp phần theo dõi và điều trị sớm nhằm hạn chế các biến chứng và tử vong ở trẻ em là rất quan trọng [2]. Xuất phát từ vấn đề này, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: *Tìm hiểu mối liên quan giữa sự thay đổi kết quả một số chỉ số máu với mức độ nặng của viêm tụy cấp ở trẻ em.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm tụy cấp tại khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2011 đến tháng 3/2015 được lựa chọn theo tiêu chuẩn của Atlanta 2012 [1]. Bệnh nhân có ít nhất 2 trong 3 biểu hiện sau: (1) Đau bụng cấp, (2) Amylase máu ≥ 660 U/L hoặc P- amylase máu ≥ 150 U/L hoặc lipase máu ≥ 93 U/L, (3) Có hình ảnh VTC trên siêu âm, CT ổ bụng hoặc MRI mật tụy. Thiết kế nghiên cứu: mô tả loạt ca bệnh viêm tụy cấp vào điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học STATA 12, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng với nhóm tuổi mắc viêm tụy cấp

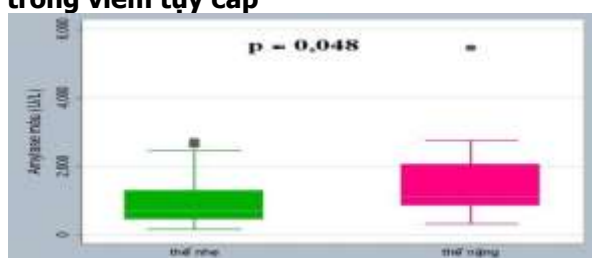
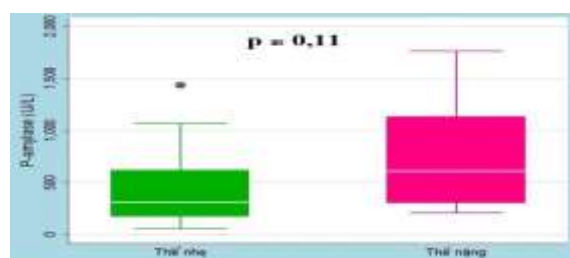
Nghiên cứu trên 62 bệnh nhi được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta 2012 từ 3/2011 đến 3/2015. Tuổi trung bình của bệnh nhi mắc viêm tụy cấp là $6,5 \pm 3,5$ (1,5 - 15 tuổi). 22,6% trẻ mắc viêm tụy cấp thể nặng chủ yếu là do có xuất hiện biến chứng ở tụy (u nang giả tụy, hoại tử tụy) và có phẫu thuật tại tụy.

Bảng 3.1. Liên quan giữa biểu hiện lâm sàng với tuổi mắc bệnh viêm tụy cấp

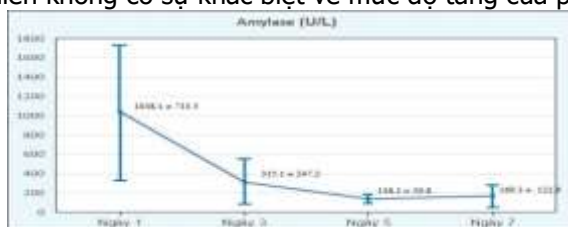
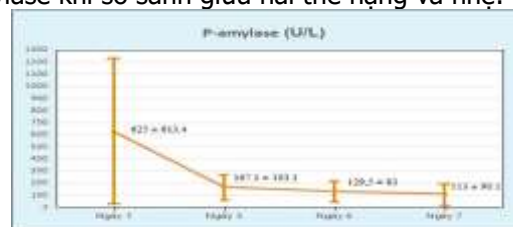
Triệu chứng lâm sàng		< 6 tuổi (n = 30)		≥ 6 tuổi (n = 32)		p
		n	%	n	%	
Đau bụng cấp		29	96,7	33	100	0,298
Vị trí	Thượng vị	9	34,6	17	54,8	0,317
	Quanh rốn	14	53,9	11	35,5	
	Hạ sườn P	2	7,7	1	3,2	
	Hạ sườn T	1	3,85	2	6,5	
Nôn		27	93,1	25	75,8	0,056
Sốt		12	40	12	36,3	0,174
Phản ứng thành bụng		7	29,2	11	36,7	0,502
Bụng trướng		10	41,7	12	49	0,7

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi và các biểu hiện lâm sàng của viêm tụy cấp ở trẻ em.

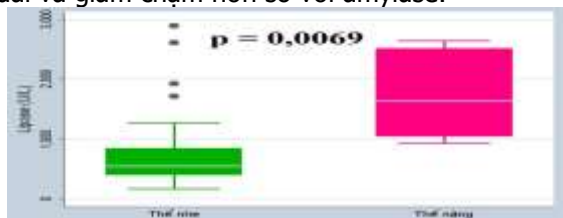
3.2. Liên quan giữa sự thay đổi các chỉ số sinh hóa và huyết học với mức độ nặng nhẹ trong viêm tụy cấp

**Nồng độ amylase****Nồng độ p-amylase****Biểu đồ 3.1. Liên quan giữa nồng độ amylase, p-amylase máu với mức độ nặng**

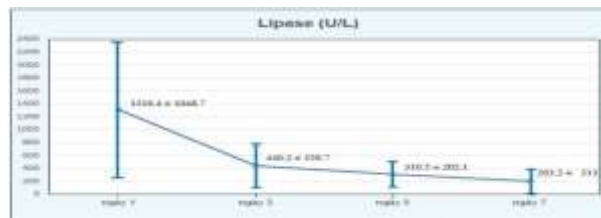
Nhận xét: Nồng độ amylase máu trung bình ở thể nặng cao hơn so với thể nhẹ, $p = 0,048$ tuy nhiên không có sự khác biệt về mức độ tăng của p-amylase khi so sánh giữa hai thể nặng và nhẹ.

**Nồng độ Amylase****Nồng độ P-amylase****Biểu đồ 3.2: Diễn biến nồng độ amylase và p-amylase theo ngày điều trị**

Nhận xét: Nồng độ amylase máu tăng cao ở ngày điều trị thứ 1, giảm nhanh vào ngày thứ 3 và về mức bình thường vào ngày thứ 5 của bệnh. Nồng độ p-amylase tăng cao ở ngày 1 của bệnh, kéo dài và giảm chậm hơn so với amylase.

**Biểu đồ 3.3. Liên quan giữa sự thay đổi nồng độ lipase máu với mức độ nặng của viêm tụy cấp**

Nhận xét: Nồng độ lipase máu trung bình ở bệnh nhi viêm tụy cấp là $1342,1 \pm 1358,1$ U/L. Thể nặng có nồng độ lipase máu tăng cao hơn thể nhẹ, $p = 0,0069$. Nồng độ lipase máu tăng cao ở ngày điều trị 1 của bệnh, kéo dài và giảm chậm hơn so với amylase.

**Biểu đồ 3.4. Diễn biến nồng độ lipase theo ngày điều trị**

Bảng 3.2. Liên quan giữa một số chỉ số sinh hóa và huyết học với mức độ nặng của viêm tụy cấp ở trẻ em

Xét nghiệm	Thế nhẹ	Thế nặng	p
	(X ± SD)	(X ± SD)	
Số lượng bạch cầu (G/L)	15 ± 2,7	11,8 ± 5,1	0,004
Bạch cầu trung tính (G/L)	12,3 ± 2,6	8,4 ± 4,4	0,002
Tiểu cầu	412,6 ± 136,2	331,8 ± 125,4	0,025
Hematocrite	31,7 ± 12,7	38,1 ± 10,2	0,38
CRP	32,6 ± 44,2	50,7 ± 58,6	0,47
Ca toàn phần	2,3 ± 0,2	2,2 ± 0,2	0,71
Creatinin	5,5 ± 1,3	4,8 ± 0,8	0,35
Glucose	5,5 ± 1,3	4,8 ± 0,8	0,25
Albumin	37,6 ± 9	37,1 ± 4,8	0,39

Nhận xét: Trẻ viêm tụy cấp thể nặng có số lượng bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính và tiểu cầu trung bình cao hơn so với trẻ viêm tụy cấp thể nhẹ, $p < 0,05$. Không có sự khác biệt về các chỉ số Hematocrite, CRP, Ca toàn phần, Creatinin, Glucose và albumin trong máu giữa mức độ nặng và nhẹ của viêm tụy cấp trẻ em, $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 62 bệnh nhi được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta 2012 tại bệnh viện Nhi Trung ương từ 1/2011 đến 3/2015. Bệnh nhân được chia làm hai nhóm < 6 tuổi và ≥ 6 tuổi dựa trên sự nhận thức của trẻ với những triệu chứng của bệnh đặc biệt là triệu chứng đau bụng. Tỷ lệ đau bụng vùng thượng vị gặp ở nhóm trẻ ≥ 6 tuổi với tỷ lệ lần lượt là 100% và 54,8%. Các triệu chứng đau bụng quanh rốn, nôn lại gặp ở trẻ < 6 tuổi với tỷ lệ lần lượt là 53,9% và 93,1%. Tuy nhiên, chúng tôi không ghi nhận được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa triệu chứng lâm sàng và nhóm tuổi của trẻ (bảng 3.1). Kết quả này của chúng tôi tương tự như kết quả của các tác giả khác [3,4].

Khi tìm hiểu về mối liên quan giữa các biểu hiện lâm sàng và nhóm tuổi, Park đã chia 271 bệnh nhân trong nghiên cứu của mình thành 3 nhóm < 3 tuổi, 3 – 10 tuổi và > 10 tuổi. Kết quả từ nghiên cứu này cho thấy trẻ < 3 tuổi có ít biểu hiện lâm sàng hơn trẻ lớn. Đau bụng gặp với tỷ lệ trên 93% ở nhóm trẻ > 3 trong khi tỷ lệ gặp triệu chứng này chỉ 43% trẻ < 3 tuổi. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ gặp phản ứng thành bụng giữa nhóm trẻ > 3 và < 3 tuổi (86 % và 57,1%, $p < 0,05$). Tỷ lệ trẻ có biểu hiện nôn ở nhóm > 3 tuổi, 3 và < 3 tuổi lần lượt là 76% và 29% [4]. Kết quả này cũng tương tự như những ghi nhận của Kandula trên 87 trẻ bị viêm tụy cấp. Theo Kandula, đau bụng chỉ gặp với tỷ lệ 46% ở trẻ < 3 tuổi trong khi triệu chứng nôn lại gặp ở 50% trẻ ở nhóm tuổi này. Các triệu chứng khác bao gồm bụng chướng và sốt gặp lần lượt ở 16% và 40% [3].

77,5% bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi mắc viêm tụy cấp thể nhẹ theo phân loại của Atlanta. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự

như ghi nhận của các tác giả trong nước và trên thế giới [3-6]. Trong một nghiên cứu tại Việt Nam với nguyên nhân gây viêm tụy cấp chủ yếu là do giun đũa Phạm Thị Minh Khoa ghi nhận thấy tỷ lệ viêm tụy cấp thể nặng là 28% và có mối liên quan giữa mức độ nặng của bệnh với thời gian nhập viện muộn [7].

Kết quả từ biểu đồ 3.1 cho thấy viêm tụy cấp thể nặng có mức tăng amylase máu cao rõ rệt khi so sánh với nhóm trẻ viêm tụy cấp thể nhẹ. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như những ghi nhận của Coffey. Điều này có thể gợi ý rằng sự tăng amylase có thể là một dấu hiệu dự báo mức độ nặng của viêm tụy cấp. Tuy nhiên, có sự liên quan giữa nồng độ amylase máu với mức độ nặng của viêm tụy cấp hay không còn là vấn đề có nhiều tranh cãi vì thời gian tăng nồng độ amylase trong máu thường ngắn và sự thay đổi nồng độ amylase máu còn có thể xảy ra ở một số bệnh lý khác ngoài tụy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi P-amylase tăng cao gặp 3 lần bình thường là ở mức 150 U/L, ở điểm cắt này có 84,8% bệnh nhi có tăng p-amylase. p-amylase tăng nhanh vào ngày 1 và giảm nhanh vào ngày thứ 5 của bệnh, tương tự nghiên cứu của các tác giả khác [3, 5, 9]. Nồng độ trung bình trong viêm tụy cấp của p-amylase là $518,9 \pm 423,9$. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về mức độ tăng p-amylase giữa viêm tụy cấp thể nặng và thể nhẹ. Kết quả từ biểu đồ 3.2 cho thấy, nồng độ amylase máu tăng vào ngày thứ 1 của bệnh, giảm nhanh vào ngày thứ 3 đến 5 của bệnh, tương tự như ghi nhận trong nghiên cứu của Phạm Thị Minh Khoa [7].

Nồng độ lipase máu trung bình của bệnh nhi viêm tụy cấp là $1342,1 \pm 1358,1$ U/L. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy viêm tụy cấp thể nặng có mức tăng lipase máu cao hơn so với

viêm tụy cấp thể nhẹ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (Biểu đồ 3.3). Điều này có thể gợi ý lipase có thể là yếu tố tiên lượng mức độ nặng của bệnh. Một nghiên cứu gần đây của Coffey đã chứng minh rằng lipase máu tăng gấp 7 lần so với giới hạn bình thường có thể chẩn đoán mức độ nặng của viêm tụy cấp với độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 85% và 56%. Nồng độ lipase máu tăng vào ngày thứ 1 của bệnh và tăng kéo dài hơn amylase và máu cho đến ngày 5 đến ngày 7 của bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả của Phạm Thị Minh Khoa [6].

Kết quả từ bảng 3.2 cho thấy sự biến đổi của các chỉ số huyết học trong viêm tụy cấp trẻ em. Ở nhóm trẻ mắc viêm tụy cấp thể nặng số lượng bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính và tiểu cầu trung bình tăng cao rõ rệt so với nhóm mắc viêm tụy cấp thể nhẹ. Chúng tôi không ghi nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự thay đổi hematocrit và hemoglobin. Sự tăng bạch cầu ở bệnh nhi viêm tụy cấp trong tuần đầu có thể do tình trạng đáp ứng viêm hệ thống gây ra bởi quá trình viêm của tuyến tụy tụy. Ở nhóm trẻ mắc viêm tụy cấp thể nặng, hầu hết trẻ có các biến chứng hoại tử, nang giả tụy, nhiễm trùng hoặc suy tạng dẫn đến sự gia tăng bạch cầu và bạch cầu trung tính. Khi đó số lượng bạch cầu có thể lên đến $\geq 18,5$ G/l. Ở điểm cắt này, số lượng bạch cầu được xem như là một tiêu chí để đánh giá viêm tụy cấp mức độ nặng trong các thang điểm về mức độ VTC ở trẻ như của De Banto [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng CRP và hạ calci máu gặp ở 66% và 42,1% bệnh nhi trong nhóm nghiên cứu (bảng 3.2) tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các chỉ số CRP, Ca toàn phần, Creatinin, Glucose và albumin làm trong 48 h giữa mức độ nặng và nhẹ. Nồng độ CRP ở bệnh nhi mắc viêm tụy cấp thể nặng cao hơn một cách rõ rệt khi so sánh với nhóm viêm tụy cấp thể nhẹ ở ngày thứ 3

được ghi nhận trong nghiên cứu của Pezzilli. Tại Việt Nam, Phạm Thị Minh Khoa cũng ghi thấy thể nặng có nồng độ CRP trung bình trong máu tăng cao gấp 4 lần thể nhẹ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê [7]. Theo nhiều nghiên cứu, CRP tăng cao trong máu là triệu chứng dự báo mức độ nặng của bệnh chính vì thế chỉ số này cũng có trong nhiều thang điểm lâm sàng chẩn đoán mức độ nặng của bệnh như của De Banto [1].

V. KẾT LUẬN

Theo dõi một số chỉ số huyết học và sinh hóa như số lượng bạch cầu, tiểu cầu và nồng độ amylase và lipase máu là thông tin quan trọng để tiên lượng mức độ nặng của viêm tụy cấp ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Suzuki M., Saito N., Naritaka N., et al. (2015). Scoring system for the prediction of severe acute pancreatitis in children. *Pediatr Int*. 57(1): p. 113-8.
2. Benifla M., Weizman Z. (2003). Acute pancreatitis in childhood: analysis of literature data. *J Clin Gastroenterol*. 37(2): p. 169-72.
3. Kandula L, Lowe M. E. (2008). Etiology and outcome of acute pancreatitis in infants and toddlers. *J Pediatr*. 152(1): p. 106-10, 110 e1.
4. Park A. J, Latif S. U, Ahmad M. U., et al. (2010). A comparison of presentation and management trends in acute pancreatitis between infants/toddlers and older children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 51(2): p. 167-70.
5. Trần Thị Thanh Tâm, Tăng Lê Châu Ngọc, (2007), Đặc điểm viêm tụy cấp ở trẻ em ở bệnh viện nhi đồng 1 và bệnh viện nhi đồng 2. *Y học TP. Hồ Chí Minh*. 11: p. 143-147.
6. Sanchez-Ramirez C. A, Larrosa-Haro A, Flores-Martinez S, et al. (2007). Acute and recurrent pancreatitis in children: etiological factors. *Acta Paediatr*. 96(4): p. 534-7.
7. Phạm Thị Minh Khoa (2008), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm tụy cấp ở trẻ, *Luận án tiến sĩ y học*, Trường Đại học Y Hn.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN NỘI SOI TRUNG THẤT TRONG CHẨN ĐOÁN BẢN CHẤT KHỐI U VÙNG TRUNG THẤT

Ngô Quốc Hưng*, Vũ Hữu Vĩnh*, Lê Nữ Thị Hòa Hiệp**

TÓM TẮT⁷⁰

* Bệnh viện Chợ Rẫy

** Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quốc Hưng

Email: drhung91@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.01.2017

Đặt vấn đề: Nội soi trung thất được Carlen thực hiện từ năm 1959, cho tới hiện nay, nội soi trung thất được xem là "tiêu chuẩn vàng" cho chẩn đoán bản chất các khối u, hạch vùng trung thất. Tỷ lệ thất bại của nội soi trung thất từ 3-5%, tỉ lệ biến chứng thấp

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017

Ngày duyệt bài: 12.4.2017

1-2%. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tìm các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của nội soi trung thất trong chẩn đoán bản chất các khối u vùng trung thất. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, từ 10/2010 tới 02/2015, tại 2 bệnh viện Phạm Ngọc Thạch và Bệnh viện Chợ Rẫy với cỡ mẫu là 170 bệnh nhân. **Kết quả:** Qua 170 TH được nội soi trung thất ở 2 bệnh viện, chúng tôi ghi nhận có 51 TH u trung thất, 50 TH hạch trung thất trên u phổi và 69 TH hạch trung thất đơn thuần. Các yếu tố ảnh hưởng đến lượng máu mất: Hội chứng chèn ép TM chủ trên (OR:16,6, KTC 95%: 10,3-22,9), Kích thước u (OR: 8,2, KTC 95%: 0,4-16), xâm lấn các cấu trúc xung quanh (OR: 13,8, KTC 95%: 7,6-20,1), tăng quang sau bơm thuốc cản quang (OR:9,2, KTC 95%: 0,98 – 17,42) có liên quan có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi không tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê của các yếu tố với khả năng sinh thiết thất bại. **Kết luận:** Nội soi trung thất an toàn và hiệu quả trong chẩn đoán bản chất bệnh lý lồng ngực. Các yếu tố: chèn ép TM chủ trên, kích thước u, xâm lấn cấu trúc xung quanh, tăng quang ảnh hưởng đến khả năng sinh thiết và kết quả của nội soi trung thất.

Từ khóa: nội soi trung thất, u trung thất, hạch trung thất

SUMMARY

THE FACTORS EFFECT TO RESULTS OF MEDIASTINOSCOPY IN DIAGNOSIS PATHOLOGY OF MEDIASTINAL MASS

Introduction: Mediastinoscopy was performed by Carlen in 1959. Thought now, mediastinoscopy is the "gold standard" in diagnosis the pathology of mediastinal tumour. The failure rate is 3-5% and complications is 1-2%. We maked this research to find the factors which effect to the results of mediastinoscopy. **Method:** Case report, from 10/2010 to 2/1015, at Cho Ray hospital and Pham Ngoc Thach hospital. **Result:** We collected 170 cases which were performed mediastinoscopy to diagnosis pathology of mediastinal mass: 61 cases medisatinal tumour, 50 cases mediastinal lymph node with lung tumour and 69 cases mediastinal lymph node unknown original. The factors effect to blood loss in operation: obstructive superior vena cava syndrome (OR:16,6, KTC 95%: 10,3-22,9), size of tumour (OR: 8,2, KTC 95%: 0,4-16), invasion structures around (OR: 13,8, KTC 95%: 7,6-20,1), increase HU in constract CT scan (OR: 9,2, KTC 95%: 0,98 – 17,42). No factors was found to relative with failure biopsy. **Conclusion:** Mediastinoscopy is safe and useful in diagnosis pathology of mediastinal mass. The factors: obstructive superior vena cava syndrom, size of tumor, invasion structures around, increase HU in constract CT scan effect to capacibility biopsy and the result of mediastinoscopy.

Key word: cervical mediastinoscopy, mediastinal tumor, lymphom mediastinal nodes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U vùng trung thất hiện nay vẫn còn là một thách thức trong điều trị. Bản chất của các u

vùng trung thất phức tạp, các hướng điều trị, tiên lượng khác nhau với các loại tế bào u khác nhau. Các khối choán chỗ vùng trung thất có thể là u hoặc hạch trung thất, thường phát triển một cách âm thầm và không có triệu chứng đặc hiệu, chính vì vậy bệnh nhân chỉ đến khám bệnh khi bệnh đã ở giai đoạn tiến triển xa. Chẩn đoán bản chất khối choán chỗ có nhiều phương pháp, tuy nhiên nội soi trung thất vẫn được xem là "tiêu chuẩn vàng" trong chẩn đoán bản chất các khối u vùng trung thất^{1,2}. Nội soi trung thất kinh điển được Carlen¹ mô tả năm 1959 và phát triển vượt bậc cho tới ngày nay. Theo các báo cáo, tỉ lệ biến chứng khoảng 1-2% và tỉ lệ thất bại khoảng 4-5%, độ nhạy và độ đặc hiệu cao trên 95%^{3,4}. Tại Việt Nam, nội soi trung thất đã được triển khai tại một số bệnh viện miền Bắc và miền Nam^{5,6}. Tuy nhiên các công trình nghiên cứu chuyên sâu về nội soi trung thất chưa nhiều. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm kiểm các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả của nội soi trung thất trong chẩn đoán bản chất các khối u vùng trung thất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả hàng loạt các trường hợp tại 2 bệnh viện Phạm Ngọc Thạch và Bệnh viện Chợ Rẫy, từ 10/2010 đến 2/2015. Chúng tôi thu nhận được 170 trường hợp được phẫu thuật nội soi trung thất chẩn đoán các u vùng trung thất.

Chúng tôi chia thành 2 nhóm bệnh nhân theo hình ảnh và tính chất khối choán chỗ trung thất

Nhóm 1: Bệnh nhân được chẩn đoán u trung thất.

- Bệnh nhân có hình ảnh CLĐT ngực u trung thất trước hay trung thất giữa xâm lấn cơ quan quan trọng trong trung thất.

- Bệnh nhân có u trung thất xâm lấn kèm hạch vùng cổ hay vùng khác, đã sinh thiết nhưng vẫn chưa có chẩn đoán xác định.

Nhóm 2: Bệnh nhân được chẩn đoán u phổi có hạch trung thất vị trí hạch số 2, 4 (P, T), 7.

Nhóm 3: Bệnh nhân được chẩn đoán có hạch trung thất đơn thuần.

- Bệnh nhân được chẩn đoán có hạch trung thất trên CLĐT ngực khi hạch trung thất lớn hơn 1cm và có nhiều hơn 2 hạch.

- Bệnh nhân có thể có các hạch vùng khác đi kèm theo. Bệnh nhân có thể đã được sinh thiết hạch các vùng khác làm chẩn đoán nhưng chưa có kết quả giải phẫu bệnh.

Phương pháp phẫu thuật: soi trung thất qua đường mổ cổ: đưa ống soi trung thất qua vùng tam giác vô danh nằm giữa thân động mạch

cánh tay đầu và động mạch cánh trái, đi vào vùng trước khí quản và phía dưới quai động mạch chủ, các nhánh của động mạch chủ và tĩnh mạch vô danh. Đường vào này dùng để sinh thiết các u trung thất trước, u trung thất giữa, sinh thiết các hạch quanh khí quản và hạch dưới carina. *Chúng tôi định nghĩa:*

1. NSTT sinh thiết thành công: kết quả giải phẫu bệnh giúp chẩn đoán được bản chất bệnh lý.

2. NSTT sinh thiết thất bại: Bệnh nhân sinh thiết an toàn nhưng kết quả giải phẫu bệnh không chẩn đoán được bệnh: mô viêm xơ mạn, mô mỡ, mô liên kết

Tất cả các số liệu của bệnh nhân đều được thu thập trước, trong và sau mổ. Biến số kết cục chúng tôi chú ý là tỉ lệ thất bại, tỉ lệ biến chứng và lượng máu mất trong mổ. Từ đó tìm các yếu tố ảnh hưởng đến các biến số kết cục này bằng các phép kiểm. Phần mềm sử dụng là SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

Từ 10/2010 đến 2/2015. Chúng tôi thu nhận được 170 trường hợp được phẫu thuật nội soi trung thất chẩn đoán các u vùng trung thất tại 2 bệnh viện:

Nhóm 1: U trung thất 51 bệnh nhân.

Nhóm 2: Hạch trung thất kèm u phổi 50 bệnh nhân.

Nhóm 3: Hạch trung thất khác 69 bệnh nhân

Bảng 1: Đặc điểm nhóm nghiên cứu.

Đặc điểm	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n(%)	Nhóm 3 n(%)	Tổng số (n=170)
Tuổi trung bình	41,3 ± 17,7	56,9 ± 10,8	41,2 ± 15,6	45,8 ± 16,6
Đau ngực	13 (25,5)	10 (20)	14 (20,3)	37 (21,8)
Tình cờ	6 (11,8)	10 (20)	11 (15,9)	27 (15,9)
Chèn ép TMC trên	36 (70,6)	5 (10)	4 (5,8)	45 (26,5)
Kích thước khối u (cm)	8,3 ± 2,7	3,3 ± 2,1	3,6 ± 3,1	6,1 ± 3,6
Giới hạn không rõ trên CT scan	47 (92,2)	32 (64)	30 (43,5)	109 (64,1)
Tăng quang sau bơm cản quang	44 (86,3)	30 (60)	31 (44,9)	105 (61,8)
Ôm mạch máu	14 (27,5)	13 (26)	7 (10,1)	34 (20)

Qua nghiên cứu 170 trường hợp, chúng tôi nhận thấy độ tuổi trung bình của người bệnh là 45,8%. Trong đó nhóm bệnh nhân có hạch trung thất kèm theo u phổi cao nhất 56,9 tuổi. Có đến 15% bệnh nhân không có dấu hiệu trước đó và phát hiện bệnh tình cờ khi đi tham khám tổng quát hay một bệnh lý khác. Kích thước khối choán chỗ trung bình là 6,1cm. Có 26,5% bệnh nhân có biểu hiện chèn ép tĩnh mạch chủ trên khi thăm khám lâm sàng và chiếm cao nhất ở nhóm bệnh nhân u trung thất. Đa phần các u có giới hạn không rõ với các cấu trúc xung quanh và tăng quang khi tiêm thuốc cản quang.

Bảng 2: Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả giải phẫu bệnh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mô xơ, mô liên kết	8	4,7
Lao	44	25,9
Carcinoma	72	42,4
Hạch viêm	12	7,1
U tuyến ức	6	3,5
Lymphôm	21	12,4
U tế bào mầm	4	2,4
Sarcoidosis	3	1,8

Tỉ lệ sinh thiết thất bại trong nghiên cứu là 4,7% với kết quả giải phẫu bệnh là mô viêm xơ hay mô liên kết. Carcinoma chiếm tỉ lệ cao nhất với 42,9%, kế tiếp là hạch lao chiếm 25,9%.

Bảng 3: Các yếu tố ảnh hưởng đến mất máu, tỉ lệ thất bại và biến chứng.

Yếu tố	Mất máu trong mổ		Sinh thiết thất bại	
	OR (CI 95%)	p value	OR (CI 95%)	p value
Hội chứng TMC trên	16,6 (10,3-22,9)	<0,001	1,1 (0,2-5,6)	0,923
Kích thước u ≥5cm	8,2 (0,4-16,0)	0,04	1,07 (0,82-4,37)	0,59

Xâm lấn cấu trúc xung quanh	13,8 (7,6-20,1)	<0,001	1	-
Phân bố u dạng khối	25,9 (16,2-35,6)	<0,001	1	-
Tăng quang sau bơm cản quang	9,2 (1,2-17,42)	0,029	2,8 (0,7-12,3)	0,164

Có 8 trường hợp thất bại:

- 4 TH u trung thất: tất cả NB đều có hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên lâm sàng. CLĐT ghi nhận kích thước u từ 8-11cm, đều có tình trạng tăng quang sau bơm cản quang, xâm lấn TM chủ và TM vô danh, chèn ép các nhánh ĐM trên quai và khí quản. Trong quá trình phẫu thuật ghi nhận có tình trạng u dính vào các cấu trúc xung quanh, khó bóc tách và dễ chảy máu.

- 4 TH hạch trung thất: Không ghi nhận tình trạng chèn ép tĩnh mạch chủ trên ở lâm sàng. CLĐT ghi nhận kích thước u 3- 4,5cm, tăng quang sau bơm cản quang, xâm lấn 1 phần TM chủ trên, vỏ bao không rõ. Trong quá trình phẫu thuật, ghi nhận có tình trạng u xâm lấn cấu trúc xung quanh và mặt trước khí quản, khó bóc tách và dễ chảy máu. Chúng tôi ghi nhận chỉ có 1/170 TH có biến chứng là chảy máu. TH này cần mở xương ức xử trí tổn thương.

IV. BÀN LUẬN

Nội soi trung thất từ đường cổ chẩn đoán bản chất các khối u ở vùng trung thất đã được triển khai ngày một nhiều tại Việt Nam. Tuy nhiên, do sự khác biệt về địa lý, trình độ dân trí và hệ thống y tế nên các bệnh nhân ở Việt Nam có những khác biệt nhất định so với các nghiên cứu trên thế giới. Chúng tôi ghi nhận 15% TH phát hiện bệnh tình cờ, điều này cũng tương tự như tác giả Huỳnh Quang Khánh⁷ và Trương Thanh Thiết⁵. Qua đó cho thấy, các bệnh lý vùng trung thất thường phát triển âm thầm và không có triệu chứng đặc hiệu, bệnh nhân thường phát hiện bệnh ở giai đoạn trễ.

Đặc điểm của khối u là điều mà phẫu thuật viên quan tâm nhất khi thực hiện phẫu thuật sinh thiết qua nội soi trung thất. Vị trí u, kích thước, xâm lấn ra cấu trúc xung quanh và tình trạng tăng sinh mạch máu đều ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng lấy mẫu trong nội soi trung thất. Tác giả Trương Thanh Thiết⁵ ghi nhận biến chứng chảy máu trong mổ chiếm 5,4% trên những bệnh nhân có tình trạng khối u dính vào các cấu trúc xung quanh và xâm lấn mạch máu.

Khi phân tích đơn biến các yếu tố ảnh hưởng tới khả năng chảy máu trong mổ chúng tôi nhận thấy bệnh nhân có các yếu tố sau sẽ làm tăng

khả năng chảy máu: Hội chứng chèn ép TMC trên (tăng gấp 16 lần), kích thước u > 5cm (tăng 8,2 lần), xâm lấn cấu trúc xung quanh (tăng gấp 13 lần), tăng quang sau bơm cản quang (tăng gấp 9,2 lần) có ý nghĩa thống kê. Khi u lớn và xâm lấn cấu trúc xung quanh sẽ làm tăng khả năng chảy máu khi bóc tách và khi sinh thiết. Hiện tượng tăng quang sau bơm thuốc cản quang cho thấy tình trạng tăng sinh mạch máu gián tiếp của khối u. Chúng tôi ghi nhận 1TH biến chứng chảy máu cần mở xương ức phẫu thuật cầm máu. Bệnh nhân này cũng có u lớn và xâm lấn mạch máu, tăng quang mạnh sau khi bơm cản quang.

Tác giả Theodosios Dosios⁸ nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu các bệnh nhân được nội soi trung thất sinh thiết, tác giả so sánh trên 39 trường hợp có chèn ép TMC trên với 367 bệnh nhân không có biểu hiện chèn ép TMC trên được nội soi trung thất sinh thiết ghi nhận kết quả: Ở nhóm bệnh nhân có chèn ép TMC trên, tỷ lệ biến chứng là 15,4%, trong đó biến chứng thường gặp là chảy máu chiếm 33,3%, kể đến là biến chứng tắc nghẽn khí quản chiếm 33,3%. Còn ở nhóm bệnh nhân không có tình trạng chèn ép TMC trên, tác giả ghi nhận tỷ lệ biến chứng là 1,1% với các biến chứng tương đối nhẹ là nhiễm trùng vết mổ và tổn thương dây thần kinh quặt ngược. Tác giả Tommaso⁹ và Jahangiri¹⁰ nhận thấy người bệnh có hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên khi NSTT có biến chứng nhiều hơn, chủ yếu là chảy máu trong lúc sinh thiết. Nguyên nhân thường gặp là chảy máu do bóc tách và mổ giải phẫu bị đẩy lệch do u to chèn ép

Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ sinh thiết thất bại là 4,7%. Tác giả Trương Thanh Thiết⁵ và Porte³ cũng ghi nhận tương tự, tỉ lệ thất bại 4%. Khi phân tích đơn biến, chúng tôi không tìm thấy sự liên quan giữa các yếu tố với khả năng sinh thiết thất bại. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy tất cả các trường hợp sinh thiết thất bại đều có u lớn, xâm lấn các cấu trúc xung quanh và dễ chảy máu trong quá trình bóc tách khi làm nội soi trung thất. Tác giả Hujala¹¹ nhận thấy khi u to xâm lấn, chèn ép mạch máu sẽ làm chảy máu trong lúc sinh thiết và làm giảm độ chính xác khi làm sinh thiết.

V. KẾT LUẬN

Nội soi trung thất an toàn và hiệu quả trong chẩn đoán bản chất bệnh lý lồng ngực. Các yếu tố: chèn ép TM chủ trên, kích thước u, xâm lấn cấu trúc xung quanh, tăng quang ảnh hưởng đến khả năng sinh thiết và chảy máu trong lúc sinh thiết của nội soi trung thất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Carlens E. (1959)**, "Mediastinoscopy: a method for inspection and tissue biopsy in the superior mediastinum". *Dis Chest*, 36, pp. 343-52.
2. **Ahmad U., Detterbeck C.F (2014)**, "Diagnostic Evaluation of Anterior Mediastinal Masses and Clinical and Surgical Approach to Thymic Tumors via Sternotomy". *Mastery of Cardiothoracic Surgery*, Lippincott Williams & Wilkin, Philadelphia, USA, pp. 124-33.
3. **Porte H et al (1998)**, "The role of mediastinoscopy in the diagnosis of mediastinal lymphadenopathy". *Eur J Cardiothorac Surg*, 13 (2), pp. 196-9.
4. **Lemaire A. et al (2006)**, "Nine-year single center experience with cervical mediastinoscopy: complications and false negative rate". *Ann Thorac Surg*, 82 (4), pp. 1185-9.
5. **Trương Thanh Thiết, Nguyễn Hoài Nam (2016)**, "Vai trò hiện nay của nội soi trung thất chẩn đoán bệnh lý hạch trung thất". *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 5(20), tr. 120-5.
6. **Nguyễn Đức Thắng, Trần Trọng Kiểm, Lê Hải Sơn, Ngô Vi Hải (2013)**, "Kết quả nội soi trung thất sinh thiết u và hạch tại Bệnh viện TƯQĐ 108". *Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*, 1(3), tr. 40-5.
7. **Huỳnh Quang Khánh, Nguyễn Hoài Nam (2016)**, "Vai trò phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị một số u trung thất ác tính". *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 5 (20), tr. 92-101.

ĐẶC ĐIỂM CÁC BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG CÓ GÂY ĐAU TRÊN XƯƠNG ĐÙI

Lưu Thị Bình*, La Thị Thoa*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, tình trạng mật độ xương (MĐX) ở các bệnh nhân loãng xương có gây đau trên xương đùi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 50 bệnh nhân gãy cổ xương đùi điều trị tại bệnh viện Đa khoa TƯ Thái Nguyên từ tháng 7/2015 đến tháng 9/2016. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ = 0,85. Tuổi trung bình của các bệnh nhân: $78,1 \pm 8,71$. Lâm sàng thường gặp: đau dọc theo các xương dài (40%), giảm chiều cao >3cm so với lúc trẻ (38%). Trên x-quang: 70% bệnh nhân gãy đầu trên xương đùi theo đường liên mẫu chuyển cổ xương đùi, 62% bệnh nhân loãng xương độ 3 (theo Singh). MĐX trung bình đo bằng phương pháp hấp thụ năng lượng tia X kép (DEXA) tại cổ xương đùi (CXĐ) là: $-2,9 \pm 0,39$, tại cột sống thắt lưng (CSTL) là: $-3,72 \pm 0,72$. Có mối tương quan chặt, đồng biến giữa MĐX đánh giá theo Singh và MĐX đo theo phương pháp DEXA. **Kết luận:** Các bệnh nhân loãng xương có gây đau trên xương đùi thường có giảm MĐX nặng ở cả vị trí CXĐ và CSTL. Có sự tương đồng khi đánh giá MĐX trên x-quang và bằng phương pháp DEXA.

Từ khóa: mật độ xương (MĐX), hấp thụ năng lượng tia X kép

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS AND FRACTURE OF THE FEMORAL NECK

Aim: Describe clinical characteristics, state bone density in osteoporosis patients with femoral neck fractures. **Subjects and Methods:** cross-sectional descriptive study of 50 patients with femoral neck fractures treated at Thai Nguyen Central Hospital from 7/2015 to 9/2016. **Result:** Ratio of male/female = 0,85. The average age: $78,14 \pm 8,71$. The clinical symptoms are common in patients with: pain along the long bones (40%), reduced height > 3cm than when younger (38%), feeling maggot crawling, sad, bone pain is not clear (28%). On x-rays: 70% of patients in the femoral head fractures associated line along the femoral neck, the prevalence of osteoporosis in the femoral neck at 3 according Singh is 62%. The average bone density in the femoral head measured by DEXA method was: $-2,9 \pm 0,39$, in the lumbar spine position was: $-3,72 \pm 0,72$. There is correlation, covariates between bone density according to Singh and measured DEXA method. **Conclusion:** patients

with severe osteoporosis fractured femoral neck bone density lower lumbar spine bone mineral density at the femoral head. There are similarities when evaluating bone density on the x-rays and DEXA method.

Key word: femoral neck, bone mass density (BMD), dual energy Xray absorptiometry (DEXA)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một bệnh lý của xương, đặc trưng bởi sự giảm khối lượng xương kèm theo hư biến cấu trúc của xương, dẫn đến tăng tính dễ gãy của xương, tức là có nguy cơ gãy xương. Loãng xương diễn biến tự nhiên và thầm lặng, triệu chứng lâm sàng không điển hình, người bệnh thường chủ quan cho đến khi có biểu hiện lâm sàng hay gặp biến chứng gãy xương thì khối lượng xương đã mất trên 30%. Gãy CXĐ là biến chứng nặng nề nhất của tình trạng loãng xương nặng có gãy xương gây nên. Trên thế giới có khoảng 1,7 triệu người gãy cổ xương đùi năm 1999 sẽ tăng lên 6,3 triệu người vào năm 2050 và 50% của số đó sẽ xảy ra ở châu Á. Ở Pháp, hàng năm có 150.000 người bị gãy xương do loãng xương, trong đó có 70.000 gãy đầu trên xương đùi. Hậu quả của nó là: 80% sau điều trị không lấy lại sự tự lập như trước gãy xương, 40% đi lại cần hỗ trợ, 25% chết trong vòng 1 năm. Chi phí điều trị 1 tỷ Euro. Ở Mỹ, có 1,5 triệu gãy xương do loãng xương/năm; 20% gãy lại lần hai, 50% còn đi lại được, 3 - 10% chết tại bệnh viện, 14 - 36% chết sau 1 năm. Chi phí điều trị hơn 10 tỷ đô la [7]. Ở Việt Nam, ước tính có 2,8 triệu người loãng xương, chiếm 30% phụ nữ trên 50 tuổi [1]. Để phòng gãy xương do loãng xương thì việc nhận dạng được yếu tố nguy cơ của loãng xương, phát hiện sớm tình trạng loãng xương và điều trị dự phòng tích cực nhằm tránh được biến chứng gãy xương do loãng xương gây ra là vấn đề thật sự cần thiết. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, tình trạng mật độ xương ở các bệnh nhân loãng xương có gây đau trên xương đùi điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu: mô tả;

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang, phân tích từng trường hợp; cỡ mẫu toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, nhập viện Đa khoa TƯ Thái Nguyên từ tháng 8/2015 đến tháng 7/2016.

* Bộ môn Nội trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Lưu Thị Bình
Email: luubinh.ytn@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017
Ngày duyệt bài: 10.4.2017

2. Đối tượng nghiên cứu: 50 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn sau: Được chẩn đoán loãng xương theo tiêu chuẩn của WHO (T-score $\leq -2,5$) và x-quang có gãy đầu trên xương đùi; Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Loại trừ:* Bệnh nhân bị ung thư; Bệnh nhân không có khả năng trả lời phỏng vấn.

3. Nội dung nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân gãy cổ xương đùi được khai thác bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng và làm xét nghiệm, đo mật độ xương, thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

**Các chỉ tiêu nghiên cứu*

+ Hồi bệnh: lối sống tĩnh tại hay hoạt động, các thói quen hút thuốc, uống rượu, tình trạng kinh nguyệt với nữ, tiền sử gãy xương, tiền sử gãy xương đùi ở bố mẹ, tình trạng sử dụng thuốc, tiền sử bệnh tật...

+ Khám đánh giá toàn thân, các cơ quan và tổn thương kèm theo: Đo huyết áp, chiều cao (chiều cao thấp: nữ < 1,47m, nam < 1,57m), cân nặng (cân nặng thấp: nữ < 42kg, nam < 50kg), tính BMI, phát hiện các tình trạng gây loãng xương thứ phát kèm theo.

- Chụp x-quang khớp háng 2 bên tư thế thẳng: mô tả đường gãy xương, đánh giá độ loãng xương theo Singh.

+ Độ loãng xương theo Singh: dựa vào sự tiêu hủy dần của các bề xương thấy được trên phim X-quang tiêu chuẩn, Singh chia chất lượng xương thành 6 độ

- Đo mật độ xương bằng đo hấp thụ năng lượng tia X kép do hãng MEDIX DR của Pháp tại hai vị trí chòm xương đùi (cổ xương đùi, mẫu chuyển lớn, liên mẫu chuyển, tam giác Ward) và cột sống thắt lưng (L1, L2, L3, L4). Kết quả cuối cùng được tính bằng trung bình cộng của các chỉ số ở các vùng được đo ở cột sống thắt lưng và vị trí cổ xương đùi.

Chẩn đoán loãng xương theo tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) 1994 dựa vào MĐX (Bình thường: MĐX ≥ -1 SD; Khối lượng xương thấp: MĐX từ -1SD đến -2,5 SD; Loãng xương: MĐX $\leq -2,5$ SD; Loãng xương nặng: MĐX $\leq -2,5$ SD và có ≥ 1 lần gãy xương).

4. Xử lý phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

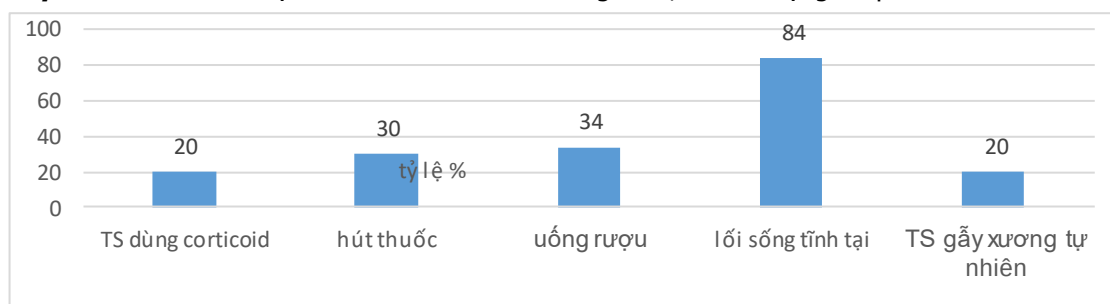
- Tỷ lệ bệnh nhân nam là 46%, nữ là 54%

- Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 78,14 $\pm$ 8,71 tuổi (thấp nhất 63, cao nhất 100)

Bảng 1. Đặc điểm chiều cao, cân nặng, BMI của ĐTNC

Đặc điểm	Kết quả ($\bar{X} \pm SD$)		
	Nam	Nữ	Chung
Chiều cao (m)	1,62 $\pm$ 0,04	1,47 $\pm$ 0,05	1,53 $\pm$ 0,09
Cân nặng (kg)	50,77 $\pm$ 5,9	43,32 $\pm$ 4,95	46,6 $\pm$ 6,51
BMI	19,33 $\pm$ 2,01	19,88 $\pm$ 1,71	19,64 $\pm$ 1,84

Nhận xét: đa số các bệnh nhân có chiều cao trung bình, và cân nặng thấp.



Biểu đồ 1. Tiền sử một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến mật độ xương

Nhận xét: lối sống tĩnh tại là yếu tố nguy cơ gặp cao nhất chiếm tới 84%.

Bảng 2. Một số yếu tố nguy cơ loãng xương trên ĐTNC là nữ giới

Yếu tố nguy cơ	n (Tỷ lệ %)
Mãn kinh sớm	4 (14,8)
Mãn kinh ≥ 30 năm	18 (66,7)
Sinh con > 3 lần	18 (66,7)

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân có số năm sau mãn kinh ≥ 30 năm, số lần sinh con > 3 lần.

Bảng 3. Mắc bệnh kèm theo ở các ĐTNC

Bệnh kèm theo	n (Tỷ lệ %)
Bệnh đái tháo đường typ 2	6 (12,0)
Bệnh lý da dày tả trắng	8 (16,0)
Bệnh thận mạn tính	5 (10,0)
Bệnh khớp mạn tính	16 (32,0)
Bệnh phổi mạn tính	4 (8,0)
Bệnh tăng huyết áp	14 (28,0)

Nhận xét: tỷ lệ bệnh kèm theo là các bệnh khớp mạn tính là cao nhất chiếm 32%.

2. Đặc điểm lâm sàng, mật độ xương

Bảng 4. Triệu chứng lâm sàng gợi ý loãng xương trước khi gãy xương

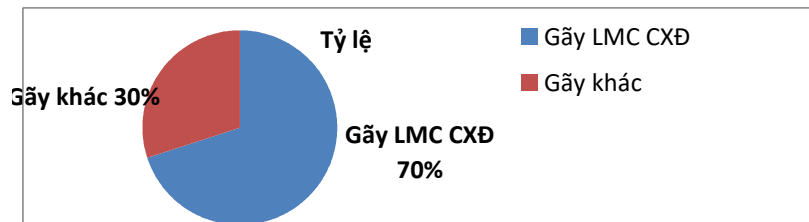
Triệu chứng	n (Tỷ lệ %)
Đau dọc theo các xương dài	20 (40,0)
Cảm giác rời bỏ, buồn bực, đau không rõ ràng dọc theo các xương dài	14 (28,0)
Gù, cong CSTL	15 (30,0)
Giảm chiều cao > 3cm so với lúc trẻ	19 (38,0)

Nhận xét: các triệu chứng lâm sàng gợi ý loãng xương thường gặp nhất là đau dọc theo các xương dài và giảm chiều cao > 3cm so với lúc trẻ, chiếm tỷ lệ 40% và 38%.

Bảng 5. Triệu chứng lâm sàng tại thời điểm khám

Triệu chứng	n (Tỷ lệ %)
Đau chói	46 (92,0)
Ngăn chỉ	40 (80,0)
Giảm vận động	13 (26,0)
Mất vận động	37 (74,0)
Triệu chứng không rõ ràng	1 (2,0)

Nhận xét: Triệu chứng của bệnh nhân lúc đến khám thường gặp nhất là đau chói tại vị trí CXĐ (92%) tiếp đến là ngăn chỉ (80%) và mất vận động (74%)

**Biểu đồ 2. Đặc điểm đường gãy đầu trên xương đùi trên x-quang**

Nhận xét: 70% bệnh nhân có gãy đầu trên xương đùi theo đường liên mẫu chuyển.

Bảng 6. Tỷ lệ loãng xương đánh giá trên x-quang (theo phân độ Singh)

Phân độ loãng xương CXĐ theo Singh	n (tỷ lệ %)
Độ 1	0
Độ 2	14 (28,0)
Độ 3	31 (62,0)
Độ 4	5 (10,0)
Độ 5, 6	0

Nhận xét: 62% bệnh nhân loãng xương trên x-quang ở độ 3 (theo Singh)

Bảng 7: MĐX trung bình của các ĐTNC (đo theo phương pháp DEXA)

Vị trí	X ± SD		
	Nam	Nữ	Chung
CXĐ	-2,87 ± 0,87	-2,92 ± 0,42	-2,9 ± 0,39
CSTL	-3,58 ± 0,66	-3,84 ± 0,76	-3,72 ± 0,72

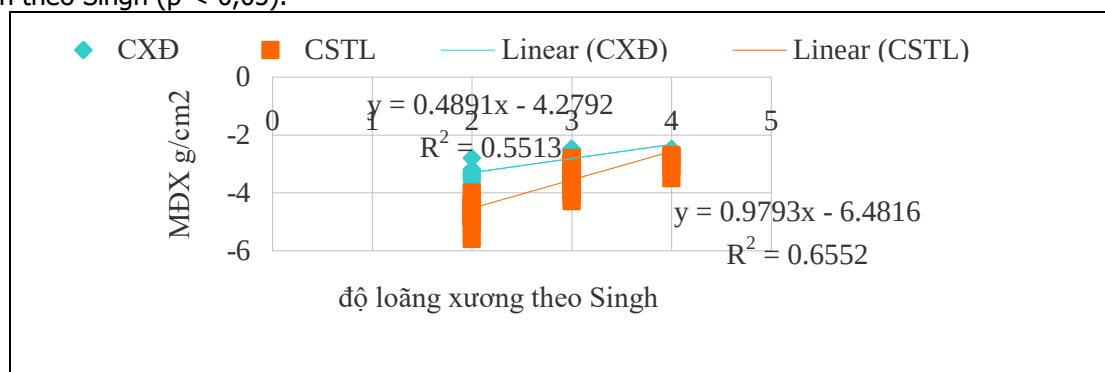
Nhận xét: MĐX trung bình đo tại CXĐ cao hơn MĐX trung bình đo tại CSTL

Bảng 8. Môi tương quan giữa MĐX CXĐ và CSTL với độ loãng xương theo Singh

Chỉ số	MĐX CXĐ	MĐX CSTL
Độ loãng xương theo r	0,743	0,809

Singh	p	< 0,001	< 0,001

Nhận xét: có mối tương quan giữa MĐX đo bằng phương pháp DEXA với độ loãng xương xác định theo Singh ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3. Mối tương quan giữa MĐX CXĐ và CSTL với độ loãng xương theo Singh

Nhận xét: có mối tương quan đồng biến, chặt giữa MĐX CXĐ và CSTL theo phương pháp DEXA với phân độ loãng xương theo Singh trên x-quang.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân nam là 46%, nữ là 54%, tuổi trung bình là $78,1 \pm 8,71$. 70% bệnh nhân gãy xương theo đường liên mấu chuyển cổ xương đùi, tỉ lệ loãng xương ở cổ xương đùi ở độ 2-3 theo Singh là 82%.

Chỉ số khối cơ thể (BMI): Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng thừa cân và béo phì như là 1 yếu tố bảo vệ mật độ xương. Như nghiên cứu của Đào Thị Vân Khánh và cộng sự (2009) khi khảo sát tình hình loãng xương ở phụ nữ lớn tuổi cũng thấy rằng BMI < 23 tỷ lệ loãng xương ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng những bệnh nhân có BMI < 23 chiếm tỷ lệ cao trong nhóm nghiên cứu (88%) [2].

Lối sống tĩnh tại cũng gây ảnh hưởng tới MĐX, tập luyện thể dục thể thao thường xuyên đặc biệt quan trọng với người cao tuổi, bởi vì sau khi nghỉ hưu đại đa số họ sẽ nghỉ ngơi, ở trong nhà nhiều hơn, ít vận động hơn vì vậy hoạt động thể lực đều đặn mỗi ngày 30 phút ít nhất 5 ngày trong tuần ngoài việc nâng cao sức khỏe, tăng mật độ xương, cải thiện tuần hoàn, giảm đường máu... nó còn giúp cho cơ bắp của người già không bị teo nhỏ, giảm té ngã như vậy phần nào ngăn ngừa được loãng xương và gãy xương ở người cao tuổi [1],[5]. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có lối sống tĩnh tại chiếm tới 84%.

Các nghiên cứu đã chứng minh: sau mãn kinh lượng estrogen giảm đột ngột, giai đoạn mất xương nhanh xảy ra trong 5-15 năm đầu sau mãn kinh, sau đó người phụ nữ tiếp tục bước vào giai đoạn mất xương chậm do thiếu estrogen và kèm theo đó là mất xương do tuổi già, vì vậy khi tuổi

càng cao đồng nghĩa với thời gian sau mãn kinh càng kéo dài hệ quả là mất xương càng nhiều, nguy cơ loãng xương và gãy xương do loãng xương của phụ nữ càng cao [1], [2].

Số con sinh ra là một trong những đặc điểm quan trọng về sinh sản của người phụ nữ. Nghiên cứu của Reginster và cộng sự (2005) nhận thấy rằng: những phụ nữ sinh nhiều con thì nguy cơ loãng xương cao hơn so với phụ nữ sinh ít con. Điều đó được giải thích rằng: sinh con nhiều lần sẽ làm ảnh hưởng đến quá trình chuyển hóa calci của người mẹ do sự dịch chuyển calci của mẹ sang con trong quá trình có thai và cho con bú, nếu không bổ sung đầy đủ calci trong lúc mang thai và ngay cả sau khi sinh thì phụ nữ sinh đẻ nhiều lần sẽ có nguy cơ loãng xương cao, thêm vào đó người Việt Nam lại có thói quen kiêng vận động, kiêng ăn trong những tháng đầu sau sinh... Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sinh con trên 3 lần cũng chiếm rất cao 66,7%.

Loãng xương được biết đến là một bệnh lý âm thầm, không có các triệu chứng lâm sàng rõ ràng, vì vậy nhiều người bệnh không hề biết bản thân bị loãng xương cho đến khi bị gãy xương, đặc biệt là nam giới. Nhưng ở đối tượng người cao tuổi khi đến khám, chúng tôi nhận thấy rằng: đa phần trong số họ có một hay một vài triệu chứng như chúng tôi liệt kê trong bảng 4. Mặc dù không phải không có biểu hiện lâm sàng thì không loãng xương, cũng không phải bệnh nhân nào có biểu hiện lâm sàng như vậy đều bị loãng xương. Vì vậy, tuy không đặc hiệu riêng cho loãng xương nhưng khi gặp một người cao tuổi có những biểu hiện đó sẽ giúp cho bác sỹ lâm sàng không quên định hướng về chẩn đoán loãng xương bởi vì tỷ lệ loãng

xương của những người có các biểu hiện lâm sàng như vậy rất cao [3] [7].

Đối với người già, vì chất lượng xương kém, nên mặc dù cơ chế té ngã đơn giản và lực gây gãy xương không lớn nhưng vẫn gây gãy đầu trên xương đùi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ gãy đầu trên xương đùi theo đường liên mẫu chuyển chiếm tới 70%, gãy khác chiếm 30%, phù hợp với các nghiên cứu lớn của Guyton J.L [4], Lorich D.G [6]. Phân loại gãy xương vùng mẫu chuyển có thể giúp ích cho thầy thuốc trong việc lựa chọn phương pháp và dụng cụ kết hợp xương.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy MĐX ở vị trí CXĐ cao hơn MĐX tại CSTL. Điều này hoàn toàn phù hợp với y văn vì vị trí CSTL bao gồm các đốt sống từ L1 đến L4, đốt sống là xương xốp nên tỷ lệ mất xương hàng năm cao hơn xương đặc vì vậy loãng xương vùng CSTL thường biểu hiện sớm hơn CXĐ. Độ loãng xương theo Singh ở các bệnh nhân chủ yếu là loãng xương độ 3 (62%). Có mối tương quan chặt, đồng biến giữa MĐX đo theo phương pháp DEXA và phân độ loãng xương theo Singh trên x-quang.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ = 0,85. Tuổi trung bình: $78,1 \pm 8,71$.

- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp trên bệnh nhân: đau dọc theo các xương dài (40%), giảm chiều cao > 3cm so với lúc trẻ (38%), cảm giác rời bỏ, buồn bực, đau không rõ ràng trong xương (28%)

- Trên x-quang: Có 70% bệnh nhân gãy đầu trên xương đùi theo đường liên mẫu chuyển cổ xương đùi, 62% bệnh nhân loãng xương độ 3 theo phân độ Singh.

- MĐX trung bình đo bằng phương pháp DEXA tại CXĐ là: $-2,9 \pm 0,39$, tại CSTL là: $-3,72 \pm 0,72$.

Có mối tương quan chặt, đồng biến giữa MĐX theo Singh và MĐX đo theo phương pháp DEXA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lưu Ngọc Giang, Nguyễn Thị Trúc (2011), "Mối liên quan giữa loãng xương và thời gian mãn kinh của phụ nữ ở thành phố Mỹ Tho", *Y học thực hành* (751), số 2, tr. 21-24.
2. Đào Thị Vân Khánh, Nguyễn Hoàng Thanh Vân, Nguyễn Thị Huyền Trang (2009), "Khảo sát tình hình loãng xương ở phụ nữ lớn tuổi bằng máy siêu âm định lượng", *Y học thực hành* (644+645), số 2/2009, tr. 20-22
3. Lê Thị Hải Yến, Vũ Thị Bích Hạnh, Nguyễn Thanh Thủy (2009), "Nghiên cứu tình trạng loãng xương ở phụ nữ bị đau thắt lưng mạn tính và liên quan tới một số yếu tố nguy cơ", *Tạp chí Y học lâm sàng* (44), tr.22-28.
4. Guyton J.L. (2003), "Fractures of hip – Acetabulum and Pelvis", *Campbells operative orthopaedics*, 9th Edit., Mosby, pp.2181 – 2262.
5. Kanis J. A., Hans D., Cooper C., Baim S., et al. (2011), "Interpretation and use of FRAX in clinical practice", *Osteoporos Int*, 22 (9), pp. 2395-411.
6. Lorich D.G., Geller D.S., Nielson J.H. (2004), "Osteoporotic pertrochanteric hip fractures. Management and current controversies", *J.Bone Joint Surg Am.*, 86, pp. 398 – 410.
7. Mary Anderson, Pierre Demals (2000), "Osteoporosis an underdiagnosed and undertreated public health issue", *Karger Gazette*, pp.3-5.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA HẠCH TRUNG THẤT TRÊN CT NGỰC VỚI KẾT QUẢ MÔ BỆNH HỌC SAU MỔ TRONG UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Trần Trọng Kiểm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định một số đặc điểm về hình thái trên CT ngực có liên quan tới tính chất di căn của hạch trung thất trong ung thư phổi không tế bào nhỏ. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu 293 hạch trung thất của 67 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được phẫu thuật. Thống kê các đặc điểm về kích thước, tỷ trọng, tính chất vôi hóa, tính chất

tăng sinh mạch của hạch trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực, kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật. Lập bảng mối liên quan giữa các đặc điểm hình thái của hạch với kết quả mô bệnh học. **Kết quả:** Tỷ lệ hạch ác tính ở nhóm trên 20mm là 60,9%, nhóm 10 – 20mm là 53,6%. Tỷ lệ ác tính ở nhóm hạch có tỷ trọng trên 70HU là 36,8%. Tỷ lệ ác tính ở nhóm hạch có đồng thời hai dấu hiệu tăng sinh mạch và vôi hóa là 61,1%. **Kết luận:** khả năng di căn hạch trung thất trong ung thư phổi không tế bào nhỏ liên quan tới một số thay đổi về hình thái của hạch trên phim CT ngực.

SUMMARY

RELATIONSHIPS BETWEEN CHARACTER OF LYMPH NODE ON CHEST CT AND POST-OPERATIVE PATHOLOGY IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER

*Bệnh viện TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Kiểm

Email: dr.trantrongkiem.B4.H108@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2017

Ngày duyệt bài: 12.4.2017

Objective: Define some morphologic characters of lymph node on chest CT which are related to lymph node metastasis in non-small cell lung cancer.

Method: Retrospective study on 293 mediastinal lymph nodes of 67 patients who were underwent surgery. Statistics about size, density, calcification, vascular increasing and post-operative pathology result of lymph nodes. Make the table about the relationships between morphologic character and pathology result. **Result:** Malignant rate following diameter was 60,9% in over 20mm group. 53,6% in 10-20mm group, respectively. Malignant rate following density was 36,8% in over 70HU group. Malignant rate in lymph node which had both calcification and vascular increasing was 61,1%.

Conclusion: Metastasis ability to mediastinal lymph node in non-small cell lung cancer was related to morphologic deformity of lymph node chest CT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tính chất di căn hạch ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn chiến lược điều trị cho từng bệnh nhân trong ung thư phổi không tế bào nhỏ. Do vậy việc chẩn đoán hạch di căn hay không di căn dựa trên hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực có vai trò rất quan trọng trong điều trị. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm góp phần đưa ra một số gợi ý định hướng cho chẩn đoán

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Một số đặc điểm của hạch trên CT ngực

Đặc điểm	Trung bình	Min	Max	Tổng
Kích thước (mm)	13,0 ± 4,0	8,0	23	293
Tỷ trọng (HU)	65,0 ± 10,3	57	114	293

Nhận xét: kích thước trung bình của hạch là 13,0±4,0mm; tỷ trọng trung bình là 65,0±10,3HU.

Bảng 2: Môi tương quan giữa kích thước hạch và mô bệnh học

Kích thước	Lành tính		Ác tính		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
5 - 10mm	159	89,3	19	10,7	178	60,8
10 - 20mm	32	46,4	37	53,6	69	23,5
≥20mm	18	39,1	28	60,9	46	15,7
Tổng	209	71,3	84	28,7	293	100

Nhận xét: hạch có kích thước càng lớn, tỷ lệ ác tính càng cao; với hạch có đường kính trên 20mm, tỷ lệ ác tính là 60,9%.

Bảng 3: Môi tương quan giữa tỷ trọng hạch và mô bệnh học

Tỷ trọng	Lành tính		Ác tính		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
< 70HU	125	78,1	35	21,9	160	54,6
≥ 70HU	84	63,2	49	36,8	133	45,4
Tổng	209	71,3	84	28,7	293	100

Nhận xét: tỷ lệ hạch ác tính ở nhóm tỷ trọng trên 70HU cao hơn nhóm tỷ trọng dưới 70HU.

Bảng 4: Môi tương quan giữa các đặc điểm khác của hạch và mô bệnh học

Đặc điểm	Lành tính		Ác tính		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Vôi hóa	21	65,6	11	34,4	32	100
Tăng sinh mạch	25	61,0	16	39,0	41	100
Vôi hóa và tăng sinh mạch	7	38,9	11	61,1	18	100

tính chất di căn của hạch trung thất trên CT lồng ngực [3].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả bệnh chứng

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 293 hạch trung thất của 67 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được phẫu thuật cắt thùy phổi, vết hạch tại Khoa Ngoại lồng ngực - Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 01/2014 đến tháng 12/2016.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Bước 1: Thống kê các đặc điểm hình thái của hạch trên phim CT lồng ngực có tiêm thuốc cản quang

- Kích thước hạch: thông số nghiên cứu là đường kính trục ngắn nhất của hạch trên lát cắt có kích thước lớn nhất: 5 - 10mm; 10 - 20mm; Trên 20mm

- Tỷ trọng của hạch: Trên 70HU; Dưới 70 HU

- Tính chất khác: Vôi hóa; Tăng sinh mạch

Bước 2: thống kê kết quả mô bệnh học của hạch sau phẫu thuật: Lành tính; Ác tính

Bước 3: Lập bảng mối liên quan giữa các đặc điểm hình thái của hạch với kết quả mô bệnh học sau mổ

Nhận xét: hạch có đồng thời cả hai dấu hiệu vôi hóa và tăng sinh mạch chiếm tỷ lệ ác tính cao nhất (61,1%).

IV. BÀN LUẬN

Với CT ngực, các hạch trung thất có đường kính trên 5mm đều có thể xác định được [4]. Trong nghiên cứu này, với 67 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ, chúng tôi đã xác định được 293 hạch trung thất trên phim CT ngực. Đối chiếu về kích thước hạch với kết quả mô bệnh học sau mổ thấy rằng: tỷ lệ ác tính ở những hạch có đường kính dưới 10mm là 10,7%, từ 10 - 20mm là 53,6%, trên 20mm là 60,9%. Như vậy, hạch có kích thước càng lớn thì tỷ lệ ác tính càng cao. Kết quả của chúng tôi thu được tương đồng với kết quả của nhiều tác giả khác. Theo Adrianus và cộng sự, tỷ lệ di căn đối với hạch trung thất có đường kính 10 - 15mm là 29%, đặc biệt tỷ lệ này tăng gấp hai lần đối với những hạch có đường kính lớn hơn 15mm. Andrea Bille và cộng sự nghiên cứu 1001 hạch trung thất trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ thấy rằng tỷ lệ chẩn đoán đúng là 32,4% với hạch dưới 10mm, 85,3% với hạch trên 10mm. Hầu hết các tác giả đều cho rằng đường kính trực ngắn nhất trên 1cm là tiêu chí để đánh giá khả năng ác tính của hạch trên phim CT ngực, tỷ lệ chẩn đoán chính xác dựa vào CT trước mổ là 57% [1],[2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ một số ít các hạch có tăng sinh mạch hoặc vôi hóa đơn thuần là ác tính (39,0% và 34,4%); tuy nhiên, nếu hạch có đồng thời cả hai dấu hiệu trên thì tỷ lệ ác tính tăng lên đáng kể (61,1%). Phần lớn hạch được nghiên cứu là lành tính, tuy nhiên, tỷ lệ ác tính ở nhóm có tỷ trọng trên 70HU cao hơn hẳn nhóm có tỷ trọng dưới 70HU (36,8% so với 21,9%). Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Kim và cộng sự: 83% số hạch có calci hóa hoặc tăng tỷ trọng (> 70 HU) là lành tính [6].

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số điểm hạn chế. Thứ nhất, số lượng bệnh nhân và số mẫu hạch nghiên cứu chưa đủ lớn do vậy chúng tôi không phân type mô bệnh học ung thư phổi không tế bào nhỏ, đồng thời việc xác định hình thái hạch cũng chỉ mang tính tổng quát trên toàn bộ hạch trung thất, chưa phân rõ vị trí các nhóm hạch. Thứ hai, do hạn chế về các phương tiện hỗ trợ chẩn đoán giai đoạn trước mổ như sinh thiết xuyên thành phế quản dưới hướng dẫn siêu âm, sinh thiết xuyên thành thực quản dưới hướng dẫn siêu âm hoặc chụp PET/CT nên chúng tôi

chưa có sự so sánh về thay đổi giai đoạn chẩn đoán trước và sau mổ. Với một số nghiên cứu trên thế giới, tính chính xác trong chẩn đoán căn cứ vào CT ngực có thể đạt 57 - 69%. Nghiên cứu của Izbicki và cộng sự, tỷ lệ hạch trung thất được chẩn đoán là 81% với độ nhạy là 29%, độ đặc hiệu là 93%, giá trị tiên đoán dương là 49%, giá trị tiên đoán âm là 85%. Với những trường hợp này, mô bệnh học sau mổ xác chẩn tính chính xác ở 69% với độ nhạy là 90%, độ đặc hiệu 63%, giá trị tiên đoán dương là 39%, giá trị tiên đoán âm là 96% [5].

V. KẾT LUẬN

Sự thay đổi về kích thước, tỷ trọng, vôi hóa, tăng sinh mạch của hạch trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực là các dấu hiệu có tính chất gợi ý đến khả năng di căn hạch trong ung thư phổi không tế bào nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrea Bille, Ettore Pelosi, Andrea Skanjeti, Vincenzo Arena, Luca Errico, Piero Borasio, Maurizio Mancini, Francesco Ardisson (2009), "Preoperative intrathoracic lymph node staging in patients with non-small-cell lung cancer: accuracy of integrated positron emission tomography and computed tomography", *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 36: 440—445
2. Adrianus J. de Langen, Pieter Raijmakers, Ingrid Riphagen, Marinus A. Paul, Otto S. Hoekstra (2006), "The size of mediastinal lymph nodes and its relation with metastatic involvement: a meta-analysis", *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 29: 26—29
3. Ngô Quý Châu (chủ biên) (2012), *Bệnh hô hấp, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam*, Hà Nội.
4. Phạm Ngọc Hoa, Lê Văn Phước (2011), CT ngực, *Nhà xuất bản y học*, Hà Nội.
5. Izbicki JR, Thetter O, Karg O, Kreusser T, Passlick B, Trupka A, Häussinger K, WoECKel W, Kenn RW, Wilker DK (1992), "Accuracy of computed tomographic scan and surgical assessment for staging of bronchial carcinoma. A prospective study", *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 104(2):413-420.
6. Yoon Kyung Kim, Kyung Soo Lee, Byung-Tae Kim, Joon Young Choi, Hojoong Kim, O. Jung Kwon, Young Mog Shim, Chin A. Yi, Ha Young Kim, Myung Jin Chung, (2007), "Mediastinal Nodal Staging of Non-small Cell Lung Cancer Using Integrated 18F-FDG PET/CT in a Tuberculosis-Endemic Country: Diagnostic Efficacy in 674 Patients", *Cancer*, 109:1068—77.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA TIẾT DỊCH BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐẶT ống THÔNG KHÍ HÒM NHỈ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH

Ngô Thanh Bình*, Khiếu Hữu Thanh*

TÓM TẮT

Kết quả nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, thính lực và nhĩ lượng trên 33 bệnh nhân bị viêm tai giữa tiết dịch tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình chúng tôi thu được kết quả như sau: Tỷ lệ nghe kém giảm từ 66,7% xuống 15,2% và 7,4% sau 1 tuần, 6 tháng. Tỷ lệ ù tai giảm từ 90,9% xuống 9,1% sau 1 tuần, 22,2% sau 6 tháng. Sau 1 tuần, tình trạng ống thông khí khô, thông còn trên màng nhĩ gặp nhiều nhất với tỷ lệ 92,1%. Sau 6 tháng, tỷ lệ ống đẩy ra ngoài là 35,5%, tỷ lệ tắc ống là 16,1%. Tỷ lệ ống thông, khô trên màng nhĩ là 48,4%. 90,9% màng nhĩ liền kín tại thời điểm phát hiện ống thông khí bị đẩy ra. Sau PT có sự cải thiện ngưỡng nghe đường khí. Nhóm PTA từ 0 - 20 dB trước phẫu thuật là 7,9%, sau phẫu thuật đã tăng lên là 63,2% sau 1 tuần, 80,6% sau 6 tháng.

***Từ khóa:** Viêm tai giữa tiết dịch, Ống thông khí.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF SECRETORY OTITIS MEDIA BY INSERTING VENTILATION TUBE IN THAI BINH GENERAL HOSPITAL

The research results of clinical characteristics, hearing and tympanometry on 33 patients with secretory otitis media at Thaibinh general hospital showed that: The rate of hearing loss decreased from 66.7 % to 15.2% and 7.4% after 1 week, 6 months of treatment. The rate of tinnitus decreased from 90.9% to 9.1% after one week and 22.2% after 6 months of treatment. After 1 week, the states of dry and ventilated ear tubes and remain in the tympanic membrane accounted for 92.1%. After 6 months, the rate of patients with ventilation tubes, which fell out of the eardrum was 35.5%, the rate of those with stuck ventilation tubes was 16.1%. The rate of dry and ventilated ear tubes was 48.4%. 90.9% patients got closed tympanic membranes at the time of detecting ejected ventilation tube. After operations, airway thresholds were improved. The group with PTA from 0-20 dB before surgery made up 7.9% but after surgery it increased to 63.2% after 1 day, 80.6% after 6 months.

Keywords: Secretory otitis media, ventilatory tube (diabolo).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa tiết dịch (VTGTD) là tình trạng ứ dịch của tai giữa phía sau một màng nhĩ đóng

kín nhưng không có các triệu chứng viêm cấp tính. Đây là bệnh lý khá phổ biến, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây giảm sức nghe. Việc phát hiện, chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời giúp hồi phục tốt thính lực, đồng thời ngăn ngừa các biến chứng và di chứng gây diếc không hồi phục ở giai đoạn sau, góp phần làm giảm gánh nặng cho xã hội. Tại Thái Bình, đây vẫn là một bệnh lý còn bỏ sót nhiều do chẩn đoán khó khăn, thiếu sự quan tâm của người dân đến mặt bệnh này.

Đặt ống thông khí hòm nhĩ giúp đạt được hai mục đích: tạo cân bằng áp lực của tai giữa và dẫn lưu dịch trong hòm nhĩ từ đó cải thiện được sức nghe, hạn chế các biến chứng và di chứng của viêm tai giữa tiết dịch. Ở Việt Nam nói chung cũng như ở Thái Bình nói riêng chưa có hướng dẫn cụ thể, thống nhất về chỉ định đặt ống thông khí hòm nhĩ trong điều trị viêm tai giữa tiết dịch. Việc thăm khám kiểm tra định kỳ sau phẫu thuật là rất cần thiết nhằm theo dõi, chăm sóc ống thông khí và kịp thời điều trị các biến chứng để đạt được hiệu quả cao. Do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị viêm tai giữa tiết dịch bằng phương pháp đặt ống thông khí hòm nhĩ tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ 01/2015 đến tháng 12/2015.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Tổng số 33 bệnh nhân, có 38 tai bị viêm tai giữa tiết dịch của được điều trị phẫu thuật đặt ống thông khí hòm nhĩ tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Được chẩn đoán xác định là VTGTD và điều trị phẫu thuật đặt ống thông khí hòm nhĩ.- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Bệnh án có đầy đủ hình ảnh chụp màng nhĩ qua nội soi, cách thức phẫu thuật và kết quả đo thính lực, nhĩ lượng trước phẫu thuật.

- Khám lại đầy đủ và được đo thính lực sau phẫu thuật 1 tuần và 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

**Trường Đại học Y Dược Thái Bình*

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thanh Bình

Email: ngothanhbhinh@tbmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2017

Ngày duyệt bài: 11.4.2017

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Những bệnh nhân kèm theo các bệnh khác có liên quan đến sức nghe.
- Những bệnh nhân không khám lại đầy đủ.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả: xác định đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân viêm tai giữa tiết dịch.

Các biến số nghiên cứu:

- *Thời gian mắc bệnh.
- *Khai thác các triệu chứng cơ năng: Nghe kém; ù tai; Thời gian ù tai; Đau tai.
- *Nội soi tai mũi họng (có chụp và lưu giữ hình ảnh):
- + Tình trạng của tai còn lại.
- + Các bệnh lý mũi họng kèm theo.

+ Thính lực đơn âm:

- Ngưỡng nghe đường khí và đường xương ở các tần số 500, 1000, 2000 và 4000 Hz, đơn vị tính dB.

- Ngưỡng nghe trung bình của 4 tần số 500, 1000, 2000 và 4000 Hz, đơn vị tính dB.

+ Nhĩ lượng:

- Hình dạng nhĩ đồ: theo phân loại Jerger và Nguyễn Tấn Phong.

- Chỉ số về độ thông thuận: là độ cao nhĩ đồ, đơn vị tính ml.

- Áp lực đỉnh nhĩ đồ: là vị trí nhĩ đồ trên trục hoành, đơn vị tính daPa.

Xử lý số liệu: bằng chương trình SPSS 15.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tính chất dịch trong hòm nhĩ

Tính chất dịch	N	Tỷ lệ (%)
Thanh dịch	28	73,9
Nhày keo	10	26,1
Tổng số (N)	38	100

Nhận xét: Thanh dịch thường gặp nhất với 28/38 tai chiếm tỷ lệ 73,9% sau đó là dịch nhày keo với 10/38 tai chiếm tỷ lệ 26,1%.

Bảng 3.2. Đối chiếu dịch hòm nhĩ với màu sắc màng nhĩ

Dịch hòm tai	Thanh dịch	Nhày keo	N
Màng nhĩ			
Trong, có bóng khí	28	0	28
Dày đục, mất nón sáng	0	3	3
Màu vàng hồ phách	0	7	7
Tổng số (N)	28	10	38

Nhận xét: Dịch nhày keo thường biểu hiện màng nhĩ màu vàng hồ phách và dày đục mất nón sáng với tỷ lệ 100%. Thanh dịch biểu hiện ở tất cả màng nhĩ trong, có bóng khí, tỷ lệ 100%.

Bảng 3.3. Đối chiếu nhĩ lượng với các loại VTGTD

Loại VTGTD	Thanh dịch	Nhày keo	N
Dạng nhĩ đồ			
B	7	10	17
C	21	0	21
Tổng số (N)	28	10	38

Nhận xét: Dịch nhày keo thường biểu hiện nhĩ đồ dạng B với tỷ lệ 100%. Thanh dịch thường biểu hiện nhiều nhất với nhĩ đồ dạng C chiếm tỷ lệ 75%.

Bảng 3.4. Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật

Thời gian	Trước PT (n=33)		1 tuần (n=33)		6 tháng (n=27)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Nghe kém	22	66,7	5	15,2	2	7,4
Ù tai	30	90,9	3	9,1	6	22,2
Đầy tức tai	9	27,3	0	0	0	0

Nhận xét: Sau phẫu thuật, không còn bệnh nhân nào đầy tức trong tai. Tỷ lệ nghe kém giảm từ 66,7% xuống 15,2% sau 1 tuần và chỉ còn 7,4% sau 6 tháng. Tỷ lệ ù tai giảm từ 90,9% xuống 9,1% sau 1 tuần, 22,2% sau 6 tháng.

Bảng 3.5. Tình trạng của ống thông khí

Tình trạng	Thời gian		1 tuần		6 tháng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Chảy dịch	1	2,6	0	0	0	0
Đẩy ra ngoài	0	0	11	35,5		

Tắc ống thông khí	2	5,4	5	16,1
Khô, thông, còn trên MN	35	92,1	15	48,4
Tổng số (N)	38	100	31	100

Nhận xét: Sau 1 tuần, tình trạng OTK thông và khô còn trên MN gặp nhiều nhất với tỷ lệ 92,1%. Sau 6 tháng, tỷ lệ ống đẩy ra ngoài là 35,5%, tỷ lệ tắc ống là 16,1%. Tỷ lệ ống thông, khô trên màng nhĩ là 48,4%

Bảng 3.6. Tình trạng màng nhĩ sau khi OTK bị đẩy ra

Tình trạng	SL	%
Liên kín	10	90,9
Thủng	1	9,1
Tổng số (N)	11	100

Nhận xét: Phần lớn MN liên kín tại thời điểm phát hiện OTK bị đẩy ra (10/11 tai). Có 1/11 MN còn lỗ thủng tại thời điểm phát hiện OTK bị đẩy ra.

Bảng 3.7. Ngưỡng nghe trung bình đường khí trước và sau phẫu thuật

PTA	Thời gian	Trước PT		1 tuần		6 tháng	
		SL	%	SL	%	SL	%
	0 – 20 dB	3	7,9	24	63,2	25	80,6
	21 – 29 dB	23	60,5	14	36,8	6	19,4
	> 30 dB	12	31,6	0	0	0	0
	Tổng số (N)	38	100	38	38	31	100

Nhận xét: Nhóm PTA từ 0 - 20 dB trước phẫu thuật là 7,9%, sau phẫu thuật đã tăng lên là 63,2% sau 1 tuần, 80,6% sau 6 tháng. Nhóm PTA > 30 dB trước phẫu thuật là 31,6%, sau phẫu thuật không còn tai nghe kém mức độ này.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 38 tai được đặt OTK trên 33 bệnh nhân. Để đánh giá kết quả của phẫu thuật đặt ống thông khí chúng tôi đã theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật tại các thời điểm 1 tuần và 6 tháng.

Sau phẫu thuật các triệu chứng được cải thiện rõ rệt. Triệu chứng nghe kém giảm từ 66,7% xuống còn 15,2% sau 1 tuần và 7,4% sau 6 tháng. Triệu chứng ù tai giảm từ 90,9% xuống 9,1% và 22,2% sau phẫu thuật 1 tuần và 6 tháng. Không còn bệnh nhân thấy đầy tức trong tai sau phẫu thuật. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Đỗ Thành Chung và Lại Thị Hoài Thư.

Chúng tôi gặp nhiều tình trạng OTK khác nhau trong quá trình theo dõi BN. Sau 1 tuần, những OTK khô, thông, còn lưu trên màng nhĩ là những tai có đáp ứng tốt với phẫu thuật. Tỷ lệ OTK đáp ứng cao hơn nhiều so với nhóm có biểu hiện không mong muốn với tỷ lệ 92,1%. Kết quả này phù hợp với nhận xét của Đỗ Thành Chung và Nguyễn Lệ Thủy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng chảy dịch qua OTK chỉ gặp ở 1 tai với tỷ lệ 2,6% sau 1 tuần. Theo tác giả Mandel (1994) chảy dịch tai qua OTK là biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật với tỷ lệ trong khoảng 15 -50%, trung bình là 20%. Theo Kay và Nelson (2001), khoảng 16,5% bệnh nhân có biến chứng này sau phẫu thuật. Theo Steven Gray và Rodney Lusk, 2

nguyên nhân chính thường gặp, là do nước vào tai hoặc một đợt viêm tai mới tái phát. Tuy nhiên hiện tượng chảy dịch tai ngay trong tuần đầu tiên của chúng tôi là do bệnh nhân bị viêm mũi xoang dị ứng bội nhiễm, chức năng vòi nhĩ kém, khi điều trị bệnh nhân vẫn còn hiện tượng dị ứng nên chảy tai còn tiếp diễn. Sau điều trị tiếp bằng corticoid toàn thân, nhỏ tai bằng kháng sinh ofloxacin chống bội nhiễm, dịch chảy tai nhày của bệnh nhân hết ở tuần thứ 2. Theo Dohar và Giles điều trị bằng kháng sinh nhỏ tai có tác dụng tốt, có những trường hợp không cần sử dụng kháng sinh toàn thân.

Tắc OTK là tình trạng ít gặp trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ 5,4% sau 1 tuần và 16,1% sau 6 tháng. Theo tác giả Nguyễn Lệ Thủy (2001) tỷ lệ là 6,45%. Theo Erdolija và Sotirovic (2012) tỷ lệ này là 9,5%. Nguyên nhân tắc OTK có thể do dịch đặc, vảy máu khô hoặc tổ chức hạt làm bít tắc OTK. Tất cả các trường hợp chúng tôi gặp đều do dịch keo đặc làm tắc ống. Các bệnh nhân được lấy bỏ nút tắc bằng que móc và kê đơn thuốc kháng sinh nhỏ tai. Tất cả các OTK tắc chúng tôi theo dõi đều thông thoáng sau điều trị, không có trường hợp nào phải thay OTK.

OTK bị đẩy ra ngoài sớm là những trường hợp OTK bị đẩy ra trước 6 tháng sau phẫu thuật. Sau 6 tháng theo dõi có 13,5% tai có OTK bị đẩy ra ngoài. Chúng tôi gặp 1 trường hợp sau khi ống thông khí đẩy ra, màng nhĩ lõm, hòm nhĩ có dịch trở lại. Theo chúng tôi, trong trường hợp này

nguyên nhân khiến OTK bị đẩy ra sớm có thể là do sự tương thích của tai và OTK, kích thước lựa chọn OTK. Chúng tôi gặp 1 tai có VTGTD kèm theo xẹp nhĩ, OTK đẩy ra ngoài vào tháng thứ 2. Nguyên nhân có thể là do màng nhĩ xẹp bị tiêu mất một phần lớp sợi nên khả năng giữ OTK trên màng nhĩ kém hơn so với các tai khác. Trong nhóm có hiện tượng OTK bị đẩy ra ngoài sớm, chúng tôi gặp nhiều nhất là nhóm nhày keo với 8/11 OTK. Nhóm thanh dịch ít gặp hơn với 3/11 OTK. Theo chúng tôi nguyên nhân có thể do dịch nhày keo có độ quán tính cao khó dẫn lưu được qua ống thông khí và thường khiến OTK dễ bị tắc hơn, làm hiện tượng thải loại ống diễn ra nhanh hơn. Vì vậy ở những bệnh nhân có dịch nhày keo trong hòm nhĩ cần được theo dõi, chăm sóc tốt sau đặt OTK để hạn chế biến chứng có thể xảy ra.

Chúng tôi không gặp trường hợp nào tụt OTK vào trong hòm nhĩ mặc dù theo Kay và Nelson tỷ lệ này vào khoảng 0,5%. Chúng tôi cho rằng có thể có 2 nguyên nhân khiến chúng tôi chưa gặp biến chứng tụt OTK vào hòm nhĩ là: thứ nhất, nghiên cứu của chúng tôi chỉ là một nghiên cứu nhỏ trên một số lượng bệnh nhân chưa đủ lớn và thời gian theo dõi chưa dài. Nguyên nhân thứ hai có thể do biến chứng này thường hiếm khi gây khó chịu nên bệnh nhân không đến khám và kiểm tra.

Đánh giá tình trạng màng nhĩ tại thời điểm phát hiện OTK bị đẩy ra, chúng tôi thấy phần lớn màng nhĩ tự liền kín 10/11 tai chiếm 90,9%. Trong 1 trường hợp màng nhĩ còn lỗ thủng, đây là màng nhĩ có tình trạng xẹp nhĩ độ II kèm theo. Khi đó, lớp sợi đã bị tiêu mất một phần nên màng nhĩ mỏng hơn và khả năng tự liền chậm hơn so với các màng nhĩ không có tình trạng xẹp nhĩ. Tỷ lệ thủng màng nhĩ kéo dài theo tác giả Kay và Nelson là 2,2 % với OTK ngắn hạn và 16,6 % với ống thông khí dài hạn. Thời gian đặt OTK càng dài thì tỷ lệ thủng màng nhĩ kéo dài sau khi OTK bị đẩy ra càng tăng. Vì chúng tôi chỉ theo dõi bệnh nhân trong thời gian ngắn nên chưa có nhận xét gì về tình trạng thủng màng nhĩ kéo dài. Trong số 10 màng nhĩ liền kín sau khi ống đẩy ra có 1 trường hợp màng nhĩ ứ dịch trở lại. Có 2 khả năng xảy ra: thứ nhất do ống thông khí bị đẩy ra trong khi hòm nhĩ vẫn còn dịch, thứ hai do VTGTD tái phát. Chúng tôi cho rằng đây là trường hợp thứ 2 do VTGTD xảy ra trên nền 1 viêm mũi xoang dị ứng bội nhiễm, bệnh nhân vẫn thường xuyên có những đợt dị ứng kéo dài. Tất cả các trường hợp này đều được điều trị nội khoa kháng sinh, chống viêm, kháng histamin, loãng dịch. Theo dõi bệnh nhân chúng tôi thấy bệnh nhân đáp ứng tốt, dịch tiêu hết sau 2 tuần điều trị.

Khi so sánh kết quả thính lực trước và sau phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy nhóm PTA $\leq$ 20 dB trước PT là 3/38 tai chiếm 7,9% đã tăng lên sau phẫu thuật là 24/38 tai sau 1 tuần (63,2%), 25/31 tai sau 6 tháng (80,6%). Theo tiêu chuẩn của ủy ban thính học và tiền đình Mỹ, bệnh nhân đạt kết quả phẫu thuật tốt nếu PTA $\leq$ 20 dB. Những bệnh nhân có PTA $>$ 30 dB đạt kết quả kém sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm PTA $>$ 30 dB trước PT là 12/38 tai (31,6%) sau PT đều giảm xuống dưới 30dB. Sau PT 6 tháng tỷ lệ nhóm bệnh nhân có cải thiện thính lực là 100%. Như vậy đặt ống thông khí màng nhĩ thường cho kết quả hồi phục thính lực tốt.

V. KẾT LUẬN

- Sau phẫu thuật, không còn bệnh nhân nào đẩy tụt trong tai.
- Có sự cải thiện triệu chứng cơ năng, tỷ lệ nghe kém giảm từ 66,7% xuống 15,2% và 7,4% sau 1 tuần, 6 tháng. Tỷ lệ ù tai giảm từ 90,9% xuống 9,1% sau 1 tuần, 22,2% sau 6 tháng.
- Có sự cải thiện hình dạng, màu sắc màng nhĩ. Sau 1 tuần, tình trạng ống thông khí khô, thông còn trên MN gặp nhiều nhất với tỷ lệ 92,1%. Sau 6 tháng, tỷ lệ ống đẩy ra ngoài là 35,5%, tỷ lệ tắc ống là 16,1%. Tỷ lệ ống thông, khô trên màng nhĩ là 48,4%.
- 90,9% MN liền kín tại thời điểm phát hiện ống thông khí bị đẩy ra.
- Sau PT có sự cải thiện ngưỡng nghe đường khí. Nhóm PTA từ 0 - 20 dB trước phẫu thuật là 7,9%, sau phẫu thuật đã tăng lên là 63,2% sau 1 tuần, 80,6% sau 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Hoài An (2003)**, Đặc điểm dịch tễ viêm tai ứ dịch ở trẻ em một số phường ở Hà Nội, Đại học Y Hà Nội.
2. **Lương Hồng Châu (2009)**, Đặc điểm hình thái nhĩ đồ trong viêm tai thanh dịch, Tạp chí Y học thực hành, số 10 (697), 34-37.
3. **Nguyễn Lệ Thủy (2001)**, *Nghiên cứu chỉ định và kết quả đặt ống thông khí trong tắc vòi nhĩ tại viện Tai Mũi Họng*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hn.
4. **Lại Thị Hồng Thư (2008)**, Đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học trong viêm tai giữa ứ dịch, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Armstrong BW (1954)**, A new treatment for chronic secretory otitis media, AMA Arch Otolaryngol, 59 (6), 653-4. 27.
6. **Chadha SK, Gulati K, Garg S, et al. (2015)**, Prevalence of ear diseases in the children of Delhi, J Laryngol Otol, 129 (5), 425-9.
7. **Erdolija M, Sotirovic J, Baletic M (2012)**, Early postoperative complications in children with secretory otitis media after tympanostomy tube

insertion in the Military Medical Academy during 2000-2009, Vojnosanit Pregl, 69 (5), 409-413.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ THỰC TRẠNG MỘT SỐ BỆNH TAI MŨI HỌNG TRÊN BỆNH NHÂN CÓ DỊ HÌNH HỐC MŨI QUA THĂM KHÁM NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Công Hoàng*, Nguyễn Thị Ngọc Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả những hình thái lâm sàng các dị hình hốc mũi thường gặp, tìm hiểu thực trạng các bệnh lý tai mũi họng trên các bệnh nhân có dị hình hốc mũi. **Đối tượng:** Gồm 225 bệnh nhân khám tại mũi họng bằng nội soi để chẩn đoán các dị hình hốc mũi và các bệnh lý tai mũi họng tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Thái Nguyên. **Phương pháp nghiên cứu:** Dịch tễ mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả và kết luận:** Triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất là ngạt tắc mũi (81,3%) và chảy mũi (68,9%). Tỷ lệ dị hình vách ngăn và dị hình vách mũi xoang là tương đương, trong đó dị hình vách ngăn chủ yếu thuộc vùng 4 (58,9%) và dị hình vách mũi xoang 100% thuộc tầng giữa. Các bệnh lý mũi xoang vòm chiếm đa số (81,3%). Có mối liên quan rõ rệt giữa dị hình vách ngăn và dị hình vách mũi xoang với các bệnh lý mũi xoang vòm và bệnh lý họng ($p < 0,001$).

SUMMARY

SUSPENSION OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND SITUATION OF SOME ENT DISEASE OF HEPATITIS PATIENTS NASAL CAVITY THE INNOVATION AT HOSPITAL THAI NGUYEN CENTRAL

Objective: Describe the clinical features of common nasal deformities, find out the real situation of otorhinolaryngology department pathology in patients with nasal deformities. **Subjects:** Includes 225 patients with ENT examination and endoscopy for diagnosis of nasal deformities and diseases of ENT at Thai Nguyen General Hospital. **Research Methods:** Epidemiological cross-sectional descriptive analysis. **Results and Conclusions:** Symptoms of the most common function is stuffy nasal congestion (81.3%) and runny nose (68.9%). The percentage of malformed septum and nasal sinus wall deformities is equivalent, in which deformities of the main bulkhead 4 (58.9%) and sinus nasal septum deformities 100% of the middle tier. The nasal sinus pathology surround the majority (81.3%). There is a clear correlation between septal deformities and nasal septum deformities with sinus disease and nasal sinuses surround throat disease ($p < 0.001$).

Key words: nasal deformities, ENT pathology, sinus disease.

*Đại học y dược Thái nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Hoàng

Email: nguyenconghoang@tnmc.udu.vn

Ngày nhận bài: 20.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2017

Ngày duyệt bài: 12.4.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị hình hốc mũi là vấn đề đã được quan tâm tới từ lâu. Tỷ lệ dị hình hốc mũi trên lâm sàng khá cao, theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết dị hình hốc mũi gặp 15% [4], theo Nguyễn Thị Thanh Bình là 17% [1]. Tuy nhiên theo các tác giả nước ngoài tỷ lệ này cao hơn như theo Gyua Settupane gặp 40% [5]. Trước đây bằng phương pháp thăm khám thông thường chỉ có thể phát hiện được những dị hình của vách ngăn mũi, những dị hình khác của hốc mũi nhất là dị hình khe giữa thường bị bỏ qua. Hiện nay nhờ việc áp dụng thăm khám bằng nội soi bằng ánh sáng lạnh nên việc phát hiện và chẩn đoán các dị hình hốc mũi không khó, nhưng việc đánh giá mức độ và sự ảnh hưởng của dị hình đến bệnh lý tai mũi họng là yêu cầu rất thực tiễn.

Trong những năm vừa qua đã có một số nghiên cứu trong và ngoài nước chỉ ra mối liên quan giữa các dị hình trong hốc mũi với các bệnh lý tai mũi họng. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm mong muốn cung cấp những hiểu biết đầy đủ hơn, khái quát hơn về các dị hình trong hốc mũi nói chung và các bệnh lý tai mũi họng có liên quan. Đồng thời với các kết quả nghiên cứu của đề tài cũng cung cấp những số liệu trong giảng dạy và học tập cho các đối tượng. Mục tiêu:

- Mô tả những hình thái lâm sàng các dị hình hốc mũi thường gặp.

- Tìm hiểu thực trạng các bệnh lý tai mũi họng trên các bệnh nhân có dị hình hốc mũi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2. Đối tượng, thời gian nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân có dị hình hốc mũi qua thăm khám nội soi tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

- Thời gian nghiên cứu: 01/2016 - 10/2016.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Số lượng mẫu nghiên cứu được tính theo công thức

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times P(1-P)}{d^2}$$

p: Tỷ lệ có dị hình hốc mũi ước lượng theo nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Bình năm 2001 là 17% ($p = 0,17$) [1].

Từ đó xác định cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu là 218 đối tượng.

Trong thời gian từ tháng 1/2016 đến tháng 10/2016 có 225 bệnh.

2.4. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên và phát hiện có dị hình hốc mũi qua thăm khám nội soi.

2.5. Các chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, dân tộc,...

- Các triệu chứng cơ năng: ngạt mũi, đau đầu, ngủ kém...

- Đặc điểm lâm sàng các dị hình hốc mũi: tỷ lệ các dị hình, sự phối hợp...

- Đặc điểm các bệnh lý tai mũi họng có liên quan...

Phòng vấn trực tiếp bệnh nhân những thông tin hành chính

2.7. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:

Số liệu được nhập và xử lý trên chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung:

Bảng 1. Phân bố theo tuổi

Tuổi	N	%
18 - 30	82	36,4
31 - 45	70	31,1
46 - 60	52	23,1
> 60	21	9,3
Tổng số	225	100

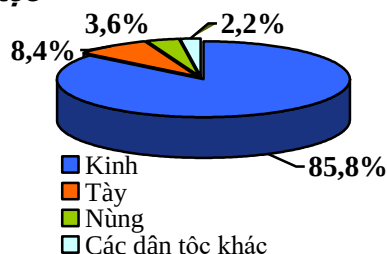
Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu bệnh nhân đến khám tập trung vào nhóm tuổi từ 18-50, trong đó nhóm tuổi từ 18-30 chiếm tỷ lệ cao nhất (36,4%).

Bảng 2. Phân bố giới của đối tượng nghiên cứu

Giới	N	%
Nam	119	52,9
Nữ	106	47,1
Tổng số	225	100

Nhận xét: Những bệnh nhân có dị hình hốc mũi trong nghiên cứu ở nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn so với nữ giới.

Bảng 4. Đối tượng nghiên cứu xếp theo dân tộc



Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu dân tộc kinh chiếm tỷ lệ cao nhất (85,8%).

Bảng 3. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu theo nơi sống

	Thành thị	Nông thôn	Tổng số
Số lượng	140	85	225
%	62,2	37,8	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, bệnh nhân xuất thân từ thành thị (62,2%) cao hơn nông thôn (37,8%).

Bảng 5: Phân bố theo nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ %
Cán bộ - Công nhân viên chức	116	51,6
Học sinh sinh viên	24	10,7
Làm ruộng	45	20,0
Khác	40	17,7
Tổng số	225	100

Nhận xét: Qua bảng ta thấy tỷ lệ bệnh nhân là cán bộ công nhân viên chức chiếm đa số (51,6%).

3.2. Các triệu chứng cơ năng - Đặc điểm các dị hình hốc mũi

Bảng 6. Phân bố các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Số lượng	Tỷ lệ %
Ngạt tắc mũi	183	81,3
Chảy mũi	155	68,9
Đau đầu	134	59,6
Hắt hơi	79	35,1
Ngứa mũi	79	35,1
Rối loạn ngủ	29	12,9
Nuốt vướng	21	9,3
Ù tai	16	7,1

Nhận xét: Trong các triệu chứng cơ năng thường gặp, tỷ lệ các triệu chứng ở mũi chiếm tỷ lệ cao nhất như ngạt tắc mũi (81,3%), chảy mũi (68,9%).

Bảng 7. Phân bố dị hình chung ở hốc mũi

Vị trí dị hình	SL	%
Một bên	73	32,4
Hai bên	152	67,6
Tổng số	225	100

Nhận xét: Các bệnh nhân có dị hình hốc mũi trong nghiên cứu gặp dị hình có cả ở hai bên hốc mũi (67,6%) nhiều hơn một bên (32,4%).

Bảng 8. Sự kết hợp giữa dị hình vách ngăn và dị hình khe giữa

Vị trí dị hình	SL	%
DH khe giữa đơn thuần	113	50,2
DH vách ngăn đơn thuần	25	11,1
Phối hợp DH vách ngăn và khe giữa	87	38,7
Tổng số	225	100

Nhận xét: Dị hình vách ngăn đơn thuần gặp tỷ lệ thấp nhất trong khi dị hình khe giữa đơn thuần chiếm đa số với 50,2%. Tuy nhiên tỷ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu như của Hoàng Thái Hà là 68,1% [2].

Bảng 8. Tỷ lệ các nhóm dị hình

Dị hình	SL	%
Cuốn giữa	88	39,1
Mồm mồm	65	28,9
Bóng sàng	58	25,8
Tế bào để mũi	10	4,4
Vách ngăn	112	49,8

Nhận xét: Trong các dị hình tỷ lệ dị hình vách ngăn cao nhất (49,8%), sau đó tới dị hình cuốn giữa (39,1%), ít gặp nhất là dị hình tế bào để mũi với 10 trường hợp.

Bảng 9. Đối chiếu dị hình vách ngăn theo 5 vùng của Cottle

Hình thái Vị trí	Lệch, vẹo	Mào	Gai	N	%
Vùng 3	40	6	1	47	32,1
Vùng 4	34	10	11	55	58,9
Vùng 5	0	1	9	10	9,0
Tổng số	74	17	21	112	100

Nhận xét: Dị hình vách ngăn tập trung chủ yếu ở vùng 4 (58,9%), Tỷ lệ này cũng phù hợp với Hoàng Thái Hà là 60,9%[2].

Bảng 10. Phân bố dị hình vách mũi xoang theo 3 tầng [5]

Vị trí dị hình	N	%
Tầng trên	0	0
Tầng giữa	200	100
Tầng dưới	0	0
N	200	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu gặp 100% trường hợp dị hình vách mũi xoang thuộc tầng giữa (tương ứng với vùng cuốn và khe giữa).

3.3. Đặc điểm các bệnh lý tai mũi họng**Bảng 11. Cơ cấu bệnh tai mũi họng**

Bệnh lý	N	%
Tai giữa	25	11,1
Mũi xoang vòm	183	81,3
Họng	138	61,3

Nhận xét: Trong các bệnh lý ở TMH nhóm bệnh về mũi xoang vòm chiếm tỷ lệ cao nhất (81,3%), sau đó là các bệnh lý ở họng (61,3%) và tai giữa (11,1%).

Bảng 12. Các bệnh lý ở tai giữa

Các bệnh lý tai	SL	%
Rối loạn chức năng vòi	18	8,0
Viêm tai giữa cấp tính	2	0,9
Viêm tai giữa mạn tính	5	2,2
Tổng số	25	11,1

Nhận xét: Trong các bệnh lý của tai, đứng đầu là Rối loạn chức năng vòi (tắc hoặc bán tắc vòi) là 8,0%. Viêm tai giữa cấp tính gặp ít nhất với 2 trường hợp.

Bảng 13. Các bệnh lý ở mũi xoang vòm

Các bệnh lý mũi xoang – vòm	SL	%
Viêm mũi xoang cấp tính, dị ứng	28	12,4
Viêm mũi xoang mạn tính	125	55,6
Viêm V.A cấp tính	12	5,3
Viêm V.A mạn tính	18	8,0
Tổng số	183	81,3

Nhận xét: Trong các bệnh lý của mũi xoang, đứng đầu là viêm mũi xoang mạn tính (55,6%), sau đó là viêm mũi xoang cấp tính, dị ứng (12,4%).

Bảng 14. Các bệnh lý ở họng

Các bệnh lý họng	SL	%
Viêm họng cấp tính, mạn tính đợt cấp	21	9,3
Viêm họng mạn tính	36	16,0
Viêm Amidan cấp tính, mạn tính đợt cấp	15	6,7
Viêm Amidan mạn tính	66	29,3
Tổng số	138	61,3

Nhận xét: Trong các bệnh lý của họng, đứng đầu là Viêm amidan mạn tính là 29,3%, sau đó là bệnh họng mạn tính (16%).

Bảng 15. Mối liên quan giữa các dị hình vách ngăn với bệnh lý tai giữa

Dị hình vách ngăn		Bệnh tai giữa		p
		Có bệnh	Không bệnh	
Có dị hình	SL	12	100	
	%	10,7	89,3	
Không dị hình	SL	12	101	
	%	10,6	89,4	

Nhận xét: Chưa có sự liên quan rõ rệt giữa dị hình vách ngăn với bệnh viêm tai giữa ($p > 0,05$).

Bảng 16. Mối liên quan giữa dị hình vách ngăn với bệnh lý mũi xoang vòm

Dị hình vách ngăn		Bệnh tai lý mũi xoang vòm		p
		Có bệnh	Không bệnh	
Có dị hình	SL	103	8	
	%	92,8	7,2	
Không dị hình	SL	80	33	
	%	70,8	29,2	

Nhận xét: 92,8% những đối tượng có bệnh lý mũi xoang vòm là có dị hình vách ngăn, 70,8% Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,001$).

Bảng 17. Mối liên quan giữa dị hình vách ngăn với bệnh lý họng

Dị hình vách ngăn		Bệnh tai lý họng		p
		Có bệnh	Không bệnh	

Có dị hình	SL	112	0	0,000 < 0,001
	%	100	0	
Không dị hình	SL	26	87	
	%	23	77	

Nhận xét: 100% những đối tượng có dị hình vách ngăn là có bệnh lý ở họng, chỉ có 26% những đối tượng có bệnh họng nhưng không có dị hình vách ngăn ($p < 0,001$).

Bảng 18. Mối liên quan giữa dị hình vách mũi xoang với bệnh lý tai giữa

Dị hình vách mũi xoang		Bệnh tai giữa		P
		Có bệnh	Không bệnh	
Có dị hình	SL	21	179	0,516 > 0,05
	%	10,5	89,5	
Không dị hình	SL	3	22	
	%	12,0	88,0	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý tai mà có dị hình vách mũi xoang hoặc không có dị hình là gần tương tự nhau lần lượt là 10,5% và 12%.

Bảng 19. Mối liên quan giữa dị hình vách mũi xoang với bệnh lý mũi xoang vòm

Dị hình vách mũi xoang		Bệnh tai lý mũi xoang vòm		P
		Có bệnh	Không bệnh	
Có dị hình	SL	159	40	0,034 < 0,05
	%	79,9	20,1	
Không dị hình	SL	24	1	
	%	96,0	4,0	

Nhận xét: 159 bệnh nhân có dị hình vách mũi xoang mà có bệnh lý mũi xoang trong khi chỉ có 24 bệnh nhân có bệnh mà không có dị hình này ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, kết quả nghiên cứu từ các bảng 1 - 5 cho thấy không có sự khác biệt về nhóm tuổi, giới tính. Trong số các triệu chứng cơ năng thì nhóm các triệu chứng về mũi chiếm tỷ lệ cao nhất với ngạt tắc mũi (81,3%) và chảy mũi (68,9%). Kết quả trên thấp hơn một số nghiên cứu khác như của Hoàng Thái Hà tỷ lệ chảy mũi và ngạt tắc mũi lần lượt là 95,8% và 95,8% [2], của Nguyễn Thị Tuyết là 100% và 92% [4].

Nghiên cứu về đặc điểm các dị hình hốc mũi cho thấy phần lớn dị hình gặp ở hai bên (67,6%), chiếm đa số là các dị hình khe giữa đơn thuần (50,2%) trong khi tỷ lệ dị hình phối hợp khá cao (38,7%). Về cơ cấu của các bệnh TMH, kết quả tại bảng 11 cho thấy: trong các bệnh lý ở TMH nhóm bệnh về mũi xoang vòm chiếm tỷ lệ cao nhất (81,3%), sau đó là các bệnh lý ở họng (61,3%) và tai giữa (11,1%).

Khi tìm hiểu sâu hơn về các bệnh lý của tai mũi họng trên đối tượng nghiên cứu, kết quả tại các bảng 12, 13, 14 cho thấy. Đối với các bệnh lý mũi xoang vòm đứng hàng đầu là viêm mũi xoang mạn tính (55,6%), kết quả cũng phù hợp với Hoàng Thái Hà với 57,3% [2].

Khi tìm hiểu mối liên quan giữa bệnh lý trong TMH và các dị hình trong hốc mũi các kết quả nghiên cứu từ bảng 15 - 20 cho thấy: Các bệnh lý mũi xoang vòm và bệnh lý họng có mối liên

quan rõ rệt với dị hình vách ngăn cũng như dị hình vách mũi xoang.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất là ngạt tắc mũi (81,3%) và chảy mũi (68,9%), trong đó dị hình vách ngăn chủ yếu thuộc vùng 4 (58,9%) và dị hình vách mũi xoang 100% thuộc tầng giữa. Các bệnh lý mũi xoang vòm chiếm đa số (81,3%). Có mối liên quan rõ rệt giữa dị hình vách ngăn và dị hình vách mũi xoang với các bệnh lý mũi xoang vòm và bệnh lý họng ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thanh Bình (2001), "Nghiên cứu dị hình khe giữa qua nội soi và chụp cắt lớp vi tính trên bệnh nhân viêm xoang mạn tính", Luận án thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, tr 32-40.
2. Hoàng Thái Hà (2008), "Nghiên cứu dị hình hốc mũi qua nội soi và chụp cắt lớp vi tính", Luận án thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, tr 45-50.
3. Nguyễn Tư Thế (2000), "Nghiên cứu dịch tễ và đặc điểm lâm sàng bệnh lý vẹo vách ngăn vào khám và điều trị tại khoa Tai mũi họng bệnh viện trung ương Huế", Luận án thạc sỹ y học, Đại học Y Huế, tr 32 -40.
4. Nguyễn Thị Tuyết (2007), "Đặc điểm lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính về dị hình hốc mũi trên bệnh nhân viêm xoang mạn tính". Luận án thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, tr 12-14.
5. Gary N.; Settupane, Russell A.; Ford, Linda B.; Kelley, Leith; Tantry, Sudeesh K (2013) "Patient satisfaction with beclomethasone dipropionate nasal aerosol device with integrated dose counter during daily use".

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 454 - THÁNG 5 - SỐ 1 - 2017

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o1 - MAY - 2017

- 1 **Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ tim mạch ảnh hưởng đến hiệu quả kiểm soát tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam** 1
Study some risk factors affecting effective of hypertension management in general hospital of Ha Nam province

Lê Quang Minh
- 2 **Khảo sát mối liên quan của chỉ số kháng insulin với một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân gút** 5
Relationship between insulin resistance with some cardiovascular risk factors in gouty patients

Nguyễn Minh Núi, Cấn Văn Mão
- 3 **Đặc điểm lâm sàng trầm cảm trên bệnh nhân động kinh cơn lớn (thể co cứng - co giật)** 8
Clinical characteristics of depressive disorder in patients with generalized tonic-clonic seizures

Đàm Đức Thắng, Bùi Quang Huy, Ngô Ngọc Tản, Cao Tiên Đức
- 4 **Ảnh hưởng của phối hợp ezetimibe và simvastatin so với simvastatin đơn trị ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Trung Ương** 11
Effects of ezetimibe and simvastatin combination versus simvastatin monotherapy in diabetes type 2 patients treated at national hospital of endocrine

Nguyễn Thu Hiền, Hoàng Trung Vinh, Nguyễn Vinh Quang
- 5 **Đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính của răng lạc chỗ vùng mũi xoang** 15
The clinical features, image ct scan of the sinuses around the nose ectopic teeth

Phạm Thị Bích Đào
- 6 **Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang tại Bệnh viện y học Cổ truyền Trung Ương** 18
Clinical characteristics of patients with polycystic ovary syndrome in national hospital of traditional medicine

Thái Thị Hoàng Oanh
- 7 **Nâng cao kiến thức về ung thư vú và tự khám vú sau can thiệp giáo dục cho phụ nữ xã Ngọc Liên - Cẩm Giàng- Hải Dương** 22
Effects of health education intervention on improving women's knowledge of breast cancer and breast self-examination in Ngoc Lien - Cam Giang, Hai Duong

Nguyễn Thị Hằng, Lê Thanh Tùng
- 8 **Tác dụng của ngũ tử diên tông hoàn trong điều trị rối loạn kinh nguyệt do hội chứng buồng trứng đa nang** 26
The effect of "ngu tu dien tong" remedy in treatment disturbance menstruation caused by polycystic ovary syndrome (PCOS)

Thái Thị Hoàng Oanh
- 9 **Đánh giá hiệu quả sửa soạn ống tủy bằng trâm xoay protaper trên thực nghiệm** 30
Experimental evaluation of the effectiveness of root canal preparation by protaper rotary files

Nguyễn Thế Hạng, Dương Thị Phương Linh, Ngô Thị Hương Lan
- 10 **Phân tích một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học giúp tiên lượng bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp tính được điều trị bằng liệu pháp tiêu huyết khối alteplase ở Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam** 34
Analysis of clinical characteristics and imaging features help to prognosis of outcome for acute ischemic stroke patients were treated with alteplase thrombolytic therapy in general Hospital of Hanam province

Lê Quang Minh
- 11 **Đặc điểm cận lâm sàng hội chứng trào ngược bàng quang niệu quản ở bệnh nhân tổn thương tủy sống tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2014-2015** 38
Subclinical characteristics of vesicoureteral reflux in spinal cord injured patients at Bach Mai in 2014-2015

Đỗ Đào Vũ

- 12 **Hiệu quả bổ sung sản phẩm dinh dưỡng có probiotics và prebiotic đến rối loạn tiêu hóa và nhiễm khuẩn hô hấp của trẻ 24-60 tháng tuổi** 42
Efficacy of nutritional product supplemented probiotics and prebiotic on digestion disorder and respiratory infection of children aged 24 - 60 months
Ngô Thị Thu Huyền, Cao Thị Thu Hương
- 13 **Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm loét giác mạc tại khoa mắt Bệnh viện Đa khoa Sơn La trong 5 năm (2011-2015)** 46
Clinical features and treatment results corneal ulcers department of ophthalmology, Son La Hospital in 5 years (2011-2015)
Trần Thị Khuyên, Lương Thị Tuyết Mai, Đỗ Văn Dung
- 14 **Nghiên cứu đặc điểm biểu hiện tại mắt trên bệnh nhân u trong sọ tại Bệnh viện Mắt Trung Ương** 50
Ophthalmic manifestations in patients with intracranial tumours
Nguyễn Xuân Hiệp
- 15 **Nghiên cứu bệnh rối loạn tâm thần và hành vi tại khoa Thần kinh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2012 – 2014** 52
Research situation of mental diseases and disorders in acts of nerve science general hospital in Tra Vinh province from 2012 to 2014
Phạm Thế Hiền, Huỳnh Tấn Đô
- 16 **Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân phẫu thuật thoát vị cột sống thắt lưng-cùng tại Bệnh viện Việt Đức** 56
Clinical characteristics and diagnostic images of sacral-lumber spine herniated disc at vietnam-germany friendship Hospital in 2011
Nguyễn Lê Bảo Tiến, Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Duy Luật
- 17 **Nghiên cứu vai trò của nồng độ troponin T độ nhạy cao và NT-PROBNP huyết tương trong tiên lượng ngắn hạn ở bệnh nhân hội chứng vành cấp** 60
The role of high-sensitivity troponin T and NT-PROBNP plasma in the short-term prognosis in patients with acute coronary syndrome
Cao Đoàn Thị Bích Huyền, Trần Việt An
- 18 **Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả nội soi tán sỏi niệu quản bằng laser tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình** 63
Look at some of the factors affecting treatment outcomes ureteral stones using laser energy at the general Hospital in Thai Binh
Vũ Sơn
- 19 **Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng với thực trạng viêm lợi ở phụ nữ có thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương** 68
Describe the relationship between knowledge, attitudes and behaviors of oral health care with the reality of gingivitis in pregnant women in national hospital of obstetrics and gynecology
Nguyễn Xuân Thực, Nguyễn Tuấn Linh, Lộc Thị Thanh Hiền
- 20 **Đặc điểm vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2016** 73
Characteristics of bacteria in hospital infection caused intensive care faculty Bospital in Phu Tho 2016
Nguyễn Huy Ngọc
- 21 **Đánh giá sự thay đổi khúc xạ của học sinh tiểu học có tật khúc xạ** 78
To evaluate the changes of refractive errors in primary school children
Nguyễn Quốc Đạt
- 22 **Đánh giá kết quả bước đầu điều trị thoái hóa khớp gối bằng huyết tương tươi giàu tiểu cầu tự thân** 82
To evaluate the innitial results of treatment of knee osteoarthritis by self platelet-rich fresh plasma
Cao Trường Sinh, Nguyễn Trung Chính, Lê Thị Thanh Huyền
- 23 **Sự an toàn của phương pháp pcs (patient controlled sedation) sử dụng midazolam và propofol trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới** 86
The safety of pcs (patient controlled sedation) using midazolam and propofol in lower wisdom teeth surgery
Nguyễn Quang Bình, Ngô Thanh Nam

- 24 **Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp kéo giãn cột sống tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2015** 90
Evaluation of effectiveness of using traction therapy to treat herniated lumbar disc at Bach Mai in 2015
Đỗ Đào Vũ, Vũ Thị Huế
- 25 **Đánh giá tỷ lệ bệnh mắt hột hoạt tính trên trẻ em tại xã Lũng Hồ huyện Yên Minh tỉnh Hà Giang Việt Nam** 93
External assessment of the prevalence of trachoma in children of Lung Ho commune, Yen Minh district, Ha Giang province, Viet Nam
Nguyễn Xuân Hiệp
- 26 **Hiệu quả bổ sung sản phẩm dinh dưỡng có bổ sung đa vi chất, Tryptophan và Cholin đến giấc ngủ và phát triển tâm vận động của trẻ 24-60 tháng tuổi** 97
Efficacy of nutrition product containing multi-micronutrient, tryptophan and cholin on sleep and motor-cognitive skills of children aged 24-60 months
Ngô Thị Thu Huyền, Cao Thị Thu Hương
- 27 **Khảo sát sự hài lòng của người bệnh đối với quy trình khám bệnh ngoại trú bảo hiểm y tế tại Trung tâm y tế huyện Tân Phước tỉnh Tiền Giang năm 2016** 101
Patients' satisfaction of health insurance outpatient examination procedure in Tan Phuoc medical center Tien Giang province in 2016
Tạ Văn Trâm, Phạm Thế Hiền
- 28 **Thực trạng kiến thức và thực hành của người dân về thuốc kháng sinh tại xã Bình Minh, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2014** 105
Situation of knowledge and practice of people about antibiotics in Binh Minh commune, Kien Xuong district, Thai Binh Province in 2014
Trần Thị Khuyên, Nguyễn Văn Tiến, Đỗ Văn Dung
- 29 **Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân được mổ thay khớp háng toàn phần không xi măng cán ngắn tại Bệnh viện Việt Đức** 110
Clinical characteristic and diagnostic image of patients with spiron cementless total hip arthroplasty at Viet Duc Hospital
Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Lê Bảo Tiến
- 30 **Nghiên cứu giá trị tiên lượng ngắn hạn của nồng độ HS-CRP huyết thanh và sự thay đổi sau điều trị bằng atorvastatin ở bệnh nhân hội chứng vành cấp** 113
Study of short-term prognosis value of serum HS-CRP concentration and change after treat by atorvastatin in patients with acute coronary syndrome
Võ La Cường, Trần Viết An
- 31 **Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, x.quang ở bệnh nhân gãy xương hàm dưới được điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai** 117
Evaluate some of the clinical and radiographic features of patients with mandibular fracture, treated at department of odontostomatology, Bachmai Hospital
Nguyễn Xuân Thực
- 32 **Nghiên cứu vai trò độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trung tâm trong điều trị nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn** 122
Study the role of central venous oxygen saturation in the treatment of severe sepsis and septic shock
Trương Dương Tiến, Phạm Thị Ngọc Thảo
- 33 **Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng nội soi tán sỏi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình** 126
Evaluation of treatment outcomes ureteral stones by method endoscopic lithotripsy in Hospital Thai Binh Province
Đỗ Quốc Huy, Đặng Vạn Phước
Vũ Sơn
- 34 **Đánh giá mức độ nặng của bệnh thoái hóa khớp gối bằng chỉ số Lequesne và mối tương quan với tổn thương Xquang** 131
Assessment of the severity of knee osteoarthritis by lequesne index and correlation with radiographic lesions
Nguyễn Đình Khoa, Ngô Văn Kiên
- 35 **Đánh giá tác dụng giảm đau của phương pháp từ trường kết hợp với điện châm trong điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng** 135
Evaluating pain-reducing effect of magnetic method combined with electro – acupuncture in the treatment of low back pain caused by spinal spondylosis
Nguyễn Đức Minh

36	Nghiên cứu hiệu quả giảm đau tự điều khiển bằng morphin sau phẫu thuật tim hở Studying the analgesic efficacy of intravenous patient controlled analgesia with morphine after open heart surgery	140
	Nguyễn Thị Mai Lý, Nguyễn Trung Kiên, Trần Đắc Tiệp	
37	Nghiên cứu bào chế bột cao khô chỉ thống bằng phương pháp phun sấy Study on preparing chi thong dried extract powder by spray drying	144
	Phạm Văn Hiến, Ngô Xuân Trình, Văn Khắc Tuyên, Trịnh Thanh Hùng	
38	Đánh giá kết quả sớm 35 trường hợp u màng não vùng liềm đại não được điều trị bằng phẫu thuật Evaluation of early surgical result of 35 cases of falcine meningiomas	148
	Nguyễn Xuân Phương, Đồng Văn Hết, Vũ Văn Hòe	
39	Nghiên cứu mối liên quan giữa vị trí tổn thương tủy sống với hiện tượng trào ngược bàng quang niệu quản ở bệnh nhân tổn thương tủy sống tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2014-2015 A study on the relationship between spinal cord injury level and vesicoureteral reflux in spinal cord injured patients at Bach Mai in 2014-2015	152
	Đỗ Đào Vũ, Lê Nguyên Vũ	
40	Hội chứng nôn trớ trào ngược ở trẻ nhỏ dưới 12 tháng tuổi Gastroesophageal reflux in children under 12 months old	155
	Cao Thị Thu Hương, Ngô Thị Thu Huyền	
41	Nghiên cứu mô hình bệnh cơ xương khớp và mô liên kết tại khoa ngoại chấn thương và khoa nội tổng hợp của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh từ năm 2012 – 2014 Research disease models musculoskeletal and connective tissue foreign science in science and internal injury of general Hospital Tra Vinh province from 2012-2014	159
	Phạm Thế Hiền, Dương Thuận Thiên	
42	Nhận xét kết quả bước đầu phẫu thuật kết xương nẹp khóa điều trị gãy xương gót The preliminary result of the osteosynthesis with locking plate for treatment of the calcaneal fracture	162
	Nguyễn Lâm Bình, Nguyễn Năng Giới	
43	Tìm hiểu mối liên quan giữa hiệu quả điều trị, tái nhiễm <i>h.pylori</i> và tình trạng kháng clarithromycin của các bệnh nhân viêm dạ dày tá tràng Evaluation of clarithromycin resistance status in relation to treatment outcome and reinfection rate in vietnamene children	165
	Nguyễn Thị Việt Hà	
44	Thực trạng kiến thức, hành vi nguy cơ và tìm kiếm dịch vụ y tế của bệnh nhân đến khám các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục tại Bệnh viện Da liễu TW năm 2014 Situation of knowlege, risk behavior and look for health services of patients visit the infection through sexual trasmission in the central government Hospital of dermatology in 2014	170
	Hồ Thị Thanh Thủy, Đỗ Văn Dung, Nguyễn Văn Tiến, Nguyễn Thị Ngoan	
45	Đặc điểm lâm sàng, thính lực và nhĩ lượng trong viêm tai giữa tiết dịch tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình Clinical, audiogram and tympanometry characteristics in secretory otitis media in Thaibinh general Hospital	174
	Ngô Thanh Bình, Khiếu Hữu Thanh	
46	Một số đặc điểm lâm sàng trầm cảm ở bệnh nhân tâm thần phân liệt Some characteristics of clinical depression in patients schizophrenia	177
	Nguyễn Văn Dũng, và cộng sự	
47	Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật cắt vạt da với nạo tuyến mồ hôi đầu tiết trong điều trị hôi nách Evaluatingthe effective treatment byremoving of flap skincombined withcurettaging apocrine gland for axillary osmidrosis	181
	Trần Trọng Kiềm	
48	Đánh giá đặc điểm kỹ thuật và kết quả sớm phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nối máy điều trị ung thư trực tràng Assessment of technical characteristics and short-term outcome of stapler in low anterior resection for rectal cancer	184
	Phạm Văn Bình, Hồ Sỹ Thuyết	

49	Gánh nặng lao động của nhân viên y tế một Bệnh viện tuyến Trung Ương Study on work load among health care worker in one central hospital	188
	Nguyễn Thu Hà, Tạ Tuyết Bình, Nguyễn Đức Sơn	
50	Khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Mắt The survey of patient satisfaction and their relatives during the in-hospitalizing time at the danang eye Hospital	192
	Nguyễn Quốc Đạt	
51	Yếu tố nguy cơ loãng xương trên các bệnh nhân đái tháo đường týp 2 Risk of osteoporosis in diabete mellitus type 2 patients	196
	Lưu Thị Bình, Đoàn Anh Thắng	
52	Thái độ xử trí tắc ruột do ung thư đại trực tràng Management of malignant colorectal obstruction	201
	Hoàng Minh Đức, Lê Tư Hoàng, Thiều Sĩ Sắc, Nguyễn Thanh Long	
53	Kết quả sớm điều trị các khối u tiểu khung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức Initial result of sugical treatment of tumors in pelvic region in viet duc hospital	205
	Lê Tư Hoàng, Lê Nhật Huy	
54	Phẫu thuật ung thư dạ dày quá khứ, hiện tại, tương lai Surgery for gastric cancer: past- present-future	208
	Phạm Văn Bình, Trần Đình Tân	
55	Nghiên cứu kết quả của clonidin trong hỗ trợ điều trị hội chứng cai các chất dạng thuốc phiện Research results of clonidine treatment in syndrome support cai the opiate	212
	Nguyễn Văn Dũng, và cộng sự	
56	Điều trị gãy hở thân xương chày bằng sử dụng khung cố định ngoài và nẹp khóa theo 2 giai đoạn Treatment of open tibial shaft fracture using external and internal locking plate in a two-stage protocol	216
	Nguyễn Năng Giới, Nguyễn Lâm Bình, và cộng sự	
57	Phát hiện kiểu gen 4 của virus viêm gan d ở việt nam Identification of genotype 4 of hepatitis delta virus in vietnam	219
	Nguyễn Minh Hùng, Hoàng Văn Tổng, Nguyễn Hồng Thắng, Bùi Tiến Sỹ	
58	Nghiên cứu tác dụng của phức hợp nanochitosan/pla mang nifedipine lên hệ thần kinh Trung Ương Study of effects of nifedipine-nanochitosan/placomplex to the central nervous system in rats	223
	Cần Văn Mão, Nguyễn Minh Núi	
59	Kết quả kích thích buồng trứng tại hai thời điểm năm 2010 và năm 2015 tại Trung tâm hỗ trợ Sinh sản Quốc gia Outcomes of ovarian stimulation at national center for assisted reproductive technology in 2010 and 2015	227
	Nguyễn Xuân Hợi, Bùi Văn Hiếu	
60	Điều tra stress nghề nghiệp ở nhân viên y tế Study on occupational stress among health worker	231
	Nguyễn Thu Hà	
61	Sự giảm khuếch tán phế nang mao mạch và mối tương quan của nó với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính Decrease of difusing capacity for carbon monoxide (DLCO) of chronic obstructive pulmonary disease patients	235
	Phạm Thị Phương Nam, Đồng Khắc Hưng, Nguyễn Huy Lực	
62	Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và kết quả phẫu thuật sỏi mật sót, sỏi mật tái phát có sử dụng nội soi tán sỏi trong mổ tại Bệnh viện Việt Đức Research the related factors and results of surgery for the missed gallstones, gallstones recurrence using lithotripsy choledochoscopic surgery at the viet duc hospital	239
	Đỗ Tuấn Anh, Trần Đình Thor	

- 63 **Đánh giá kết quả chống đông bằng enoxaparin trong lọc máu hấp phụ rensin tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai** 243
Evaluate the effectiveness of hemodialysis anti-coagulation of enoxaparin in resin hemoperfusion at poison control Center of Bach Mai Hospital
Ngô Trung Hải, Ngô Đức Ngọc
- 64 **Nghiên cứu các biến chứng trong phẫu thuật Phaco phối hợp cắt bè củng giác mạc** 247
Research on surgical complications in phaco combined to trabeculectomy
Nguyễn Quốc Đạt
- 65 **So sánh đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh viêm cột sống dính khớp và viêm khớp cột sống chưa có tổn thương Xquang** 251
Comparison of clinical and imaging characteristics between ankylosing spondylosis and non-radiographic spondyloarthritis
Nguyễn Đình Khoa, Trần Ngọc Hữu Đức
- 66 **Giá trị tiên lượng của nồng độ β HCG 14 ngày sau chuyển phôi đối với số lượng thai sau thụ tinh trong ống nghiệm** 256
Predictive value of β -HCG on the day 14 after embryo transference to number of fetus in ivf
Nguyễn Xuân Hợi, Vũ Thị Thu Huyền
- 67 **Đánh giá kết quả sớm điều trị điếc đột ngột tại khoa tai mũi họng – Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên** 260
To evaluate early treatment of sudden sensorineural hearing loss at otorhinolaryngology department – Thai Nguyen National Hospital
Nguyễn Công Hoàng, Nguyễn Thị Ngọc Anh
- 68 **Nghiên cứu vai trò độ thanh thải Lactate máu động mạch trong điều trị nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn** 264
Study the role of arterial lactate clearance in the treatment of severe sepsis and septic shock
Trương Dương Tiễn, Phạm Thị Ngọc Thảo
Đỗ Quốc Huy, Đặng Vạn Phước
- 69 **Tìm hiểu mối liên quan giữa sự thay đổi kết quả một số chỉ số máu với mức độ nặng của viêm tụy cấp ở trẻ em** 268
Investigation of the correlation between the changes of pancreatic enzyme, the biochemical marker and the severity of acute pancreatitis in children
Nguyễn Thị Việt Hà, Lê Thanh Hải
- 70 **Các yếu tố ảnh hưởng đến nội soi trung thất trong chẩn đoán bản chất khối u vùng trung thất** 272
The factors effect to results of mediastinoscopy in diagnosis pathology of mediastinal mass
Ngô Quốc Hưng, Vũ Hữu Vĩnh, Lê Nữ Thị Hòa Hiệp
- 71 **Đặc điểm các bệnh nhân loãng xương có gãy đầu trên xương đùi** 276
Characteristics of patients with osteoporosis and fracture of the femoral neck
Lưu Thị Bình, La Thị Thoa
- 72 **Mối liên quan giữa một số đặc điểm của hạch trung thất trên CT ngực với kết quả mô bệnh học sau mổ trong ung thư phổi không tế bào nhỏ** 280
Relationships between character of lymph node on chest ct and post-operative pathology in non-small cell lung cancer
Trần Trọng Kiềm
- 73 **Kết quả điều trị viêm tai giữa tiết dịch bằng phương pháp đặt ống thông khí hòm nhĩ tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình** 283
Results of treatment of secretory otitis media by inserting ventilation tube in Thai Binh general Hospital
Ngô Thanh Bình, Khiếu Hữu Thanh
- 74 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và thực trạng một số bệnh tai mũi họng trên bệnh nhân có dị hình hốc mũi qua thăm khám nội soi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên** 287
Suspension of clinical characteristics and situation of some some ent disease of hepatitis patients nasal cavity the innovation at Hospital Thai Nguyen Central
Nguyễn Công Hoàng, Nguyễn Thị Ngọc Anh