



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



Chào mừng Ngày Thầy thuốc Việt Nam 27/2

THÁNG 2 - SỐ 2
2017

TẬP 451

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 Vương

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

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

Huỳnh Anh Lan
Nguyễn Quốc Trường

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

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

NỒNG ĐỘ KẼM HUYẾT THANH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN NẶNG

Trương Thị Mai Hồng*

TÓM TẮT¹

Mục tiêu: nghiên cứu nồng độ kẽm huyết thanh, một số yếu tố ảnh hưởng đến nồng độ kẽm huyết thanh ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng tại khoa cấp cứu chống độc Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 41 bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng. **Kết quả:** có 97,6% số bệnh nhân có tình trạng thiếu kẽm với các mức độ 9,8% thiếu nhẹ, 19,5 % thiếu vừa và 68,3% thiếu nặng. Các yếu tố ảnh hưởng : bệnh nhân có tiền sử viêm phổi (64,5%), tiêu chảy cấp(100%), hội chứng thận hư(100%) có giảm kẽm nặng và các yếu tố khác : Cân nặng khi sinh, suy dinh dưỡng, sốc. **Kết luận:** Cần phải bổ sung kẽm cho những bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng.

Từ khóa: Kẽm huyết thanh, nhiễm khuẩn nặng

SUMMARY

THE CONCENTRATION OF ZINC IN SERUM: SOME RELATED FACTORS IN SEVERE INFECTIOUS PATIENTS

Objective: To assess some related factors to the concentration of zinc in the serum in severe infectious patients at Emergency Department, National Hospital of pediatrics. **Subject and methods:** a cross sectional study conducted for 41 patients with severe infection. **Results:** 97.6% of the participants had a lack of zinc in serum, in which, a mild shortage was of 9.8%, a medium lack was of 19.5 % and severe deficiency accounted to 68.3%. Some associated factors to severe low zinc concentration included pneumonia (64.5%), acute diarrhea (100%), nephrotic syndrome (100%); others included low birth weight, malnutrition and shock. **Conclusion:** Patients with severe infectious should be used zinc supply.

Keywords: Zinc in serum, severe infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn nặng ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe, tác động đến hàng triệu bệnh nhân trên toàn thế giới hàng năm, với tần suất mới mắc ngày càng tăng và tỉ lệ tử vong từ 40-60% [1]. Có nhiều yếu tố dẫn đến trẻ dễ mắc

nhiễm khuẩn trong đó thiếu các vi chất đặc biệt là kẽm làm cho tình trạng bệnh nặng hơn.

Kẽm đóng vai trò quan trọng trong việc kiểm soát và phòng ngừa các bệnh nhiễm trùng, là yếu tố ảnh hưởng đến hệ miễn dịch của cơ thể hiện diện trong hơn 100 loại enzym riêng biệt và có vai trò như một ion cấu trúc quan trọng trong các yếu tố phiên mã. Thiếu kẽm làm suy yếu chức năng miễn dịch dẫn đến tăng tỷ lệ mắc bệnh do nhiễm trùng, chậm phát triển, thiếu năng, suy dinh dưỡng và rối loạn nhận thức [2]. Đã có nhiều nghiên cứu về vai trò của kẽm trong các bệnh lý khác nhau, tuy nhiên đối với các bệnh nhân nhiễm trùng nặng chưa có nghiên cứu cụ thể nào. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Nồng độ kẽm và một số yếu tố ảnh hưởng đến nồng độ kẽm huyết thanh ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 2 tháng đến 5 tuổi

Thời gian: 1/11/2014-31/8/2015

Địa điểm: Khoa Cấp cứu chống độc Bệnh viện Nhi Trung ương

Chọn mẫu và cỡ mẫu: tất cả bệnh nhân từ 2 đến 5 tuổi được chẩn đoán mắc tình trạng nặng nhiễm khuẩn nặng bao gồm tình trạng nhiễm khuẩn trên lâm sàng và hội chứng đáp ứng viêm hệ thống và một trong các tiêu chuẩn sau:

- Nhiễm khuẩn gây tụt huyết áp
- Tăng lactate máu
- Thiếu niệu (nước tiểu 0,5 ml/kg/giờ)
- Tổn thương phổi cấp P/F < 250 nếu không có viêm phổi
- Tổn thương phổi cấp P/F < 200 nếu có viêm phổi kèm theo
- Creatinin > 2.0 mg/dl (hoặc 176,8µmol/l)
- Bilirubin > 2 mg/dl (34,2µmol/l)
- Tiểu cầu < 100.000 µl/l

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Phép thống kê mô tả sử dụng tính tần số, %, trung bình. Thống kê suy luận so sánh sự khác biệt giữa hai nhóm với p<0,05.

* Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Mai Hồng

Email: maihonghoa98@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 15/12/2016

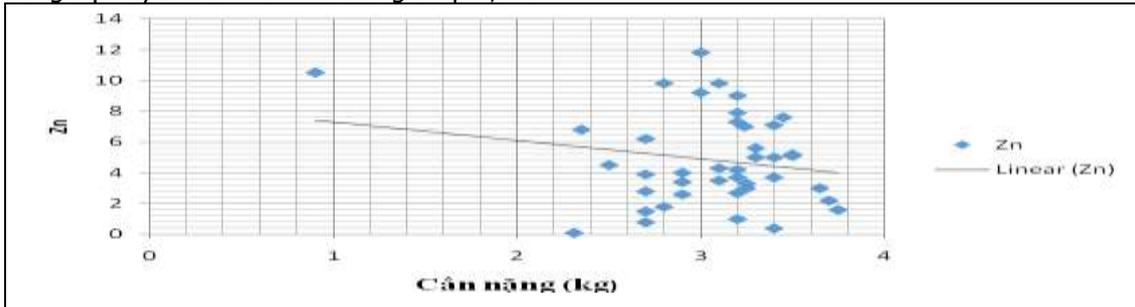
Ngày duyệt bài: 30/12/2016

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Các mức độ thiếu hụt kẽm ở đối tượng nghiên cứu

Nồng độ kẽm huyết thanh	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	1	2,4
Giảm nhẹ	4	9,8
Giảm vừa	8	19,5
Giảm nặng	28	68,3
Tổng số	41	100

Phần lớn đối tượng nghiên cứu có nồng độ kẽm huyết thanh giảm nặng (68,3%), tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ huyết thanh bình thường thấp 2,4%.



Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa cân nặng khi sinh và nồng độ kẽm huyết thanh

Trẻ có cân nặng cao, chỉ số nồng độ kẽm huyết thanh thấp.

Bảng 2. Nồng độ huyết thanh kẽm theo tình trạng dinh dưỡng

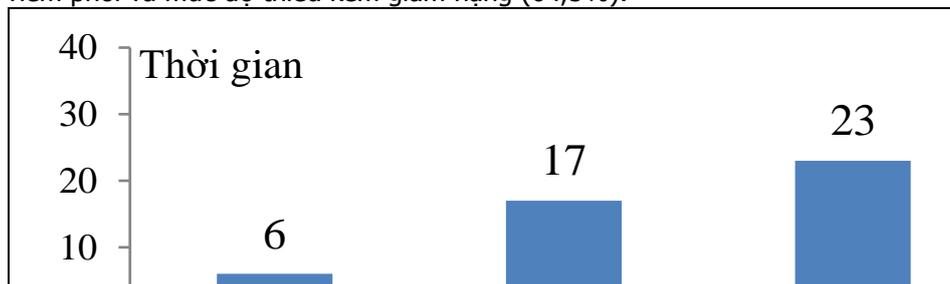
Tình trạng dinh dưỡng	n	X ± SD	p-value
Không suy dinh dưỡng	39	4,91±2,92	0,42
Suy dinh dưỡng	2	3,15±4,31	

Trẻ có tình trạng không suy dinh dưỡng 39/41 bệnh nhân với nồng độ 4,91±2,92 cao hơn so với tình trạng suy dinh dưỡng 3,15±4,31. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3. Nồng độ huyết thanh kẽm theo tiền sử mắc bệnh của đối tượng

Tiền sử	Mức độ thiếu kẽm							
	Bình thường		Giảm nhẹ		Giảm vừa		Giảm nặng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Viêm phổi	1	3,2	8	25,8	2	6,5	20	64,5
Suy dinh dưỡng	0	0	0	0	1	50	1	50
Tiêu chảy cấp	0	0	0	0	0	0	11	100
Hội chứng thận hư	0	0	0	0	0	0	1	100
Tổng số	1	3,2	8	25,8	3	22,1	33	86,4

Trẻ bị viêm phổi và mức độ thiếu kẽm giảm nặng (64,5%).



Biểu đồ 2. Mức độ thiếu hụt huyết thanh kẽm với thời gian điều trị

Trẻ có nồng độ kẽm huyết thanh giảm nặng điều trị lâu hơn so với trẻ có kẽm giảm nhẹ và bình thường.

Bảng 4. Nồng độ huyết thanh kẽm theo mức độ nhiễm trùng lúc vào viện của đối tượng

Chẩn đoán lúc vào viện		X ± SD (mmol/l)	p-value
Nhiễm trùng nặng	Có Shock nhiễm khuẩn	4,27±2,53	>0,05
	Không có Shock	4,98±2,74	

Nồng độ huyết thanh kẽm của trẻ có sock nhiễm khuẩn thấp hơn ($4,27 \pm 2,53$) so với trẻ không có sock nhiễm khuẩn ($4,98 \pm 2,74$). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

Bảng 5. Nồng độ huyết thanh kẽm theo kết quả điều trị của đối tượng

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân	X \pm SD (mmol/l)
Khỏi, ra viện	40	$4,98 \pm 3,65$
Nặng, tử vong, xin về	1	1,8

Bệnh nhân đều khỏi khi ra viện (40/41) và có nồng độ huyết thanh ($4,98 \pm 365$) cao hơn so với bệnh nhân có kết quả điều trị nặng, tử vong, xin về (1,8 mmol/l)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 41 trẻ có độ tuổi nhân từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán nhiễm khuẩn nặng lúc vào viện tại khoa Cấp cứu chống độc Bệnh viện Nhi trung ương. Chúng tôi có: có 97,6% số bệnh nhân có tình trạng thiếu kẽm với các mức độ 9,8% thiếu nhẹ, 19,5 % thiếu vừa và 68,3% thiếu nặng. Theo nghiên cứu của tác giả Pushpa và cộng sự tại Pakistan nhận thấy nồng độ kẽm huyết thanh ở nhóm bệnh nhân bị viêm phổi giảm rõ rệt, có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng, đặc biệt tất cả các trẻ bị giảm kẽm nặng đều bị viêm phổi rất nặng [3]. Daren L, Knoell và cộng sự cho rằng tình trạng thiếu kẽm ảnh hưởng tới tổn thương cơ quan và tỉ lệ tử vong ở mô hình chuột đa nhiễm khuẩn: tỉ lệ tử vong tăng cao ở những con chuột nhiễm trùng máu không được bổ sung kẽm. Như vậy thiếu kẽm cấp tính làm tăng đáng kể tình trạng nhiễm trùng, tổn thương cơ quan, và tỷ lệ tử vong cao trong một mô hình nhiễm trùng huyết đa khuẩn ở chuột [4]. Điều này gợi ý rằng việc bổ sung thêm kẽm trong điều trị nhiễm khuẩn làm tăng hiệu quả điều trị.

Các yếu tố ảnh hưởng: tình trạng dinh dưỡng: nồng độ kẽm huyết thanh của nhóm không suy dinh dưỡng cao hơn so với nhóm suy dinh dưỡng (bảng 2). Các nghiên cứu cho thấy kẽm tác động đến hơn 300 enzym (men) của cơ thể, trong đó có nhiều enzym đóng vai trò quan trọng trong quá trình tổng hợp protein, nên có tác động rất lớn đến các quá trình sinh trưởng và phát triển của cơ thể.

Chúng tôi có các bệnh nhân có nhiễm trùng nặng có tiền sử viêm phổi 64,5% đặc biệt tiêu chảy cấp có 100% giảm kẽm nặng. Tình trạng tiêu chảy cấp làm giảm nồng độ kẽm huyết thanh là do kẽm tham gia vào việc duy trì sự toàn vẹn của tế bào và biểu mô thông qua sự thúc đẩy sự phát triển của tế bào, bảo vệ tế bào chống lại sự phá hủy của các gốc tự do trong những phản ứng viêm. Trong trường hợp tiêu chảy, bổ sung đầy đủ kẽm có thể giúp cho việc duy trì sự toàn vẹn của niêm mạc ruột từ đó hạn chế hoặc ngăn chặn tình trạng mất nước [5].

Biểu đồ 2 cho thấy mối quan hệ giữa nồng độ huyết thanh và thời gian nằm viện. Nồng độ huyết thanh càng giảm nặng thời gian nằm viện càng kéo dài. Kết quả này cũng giống nghiên cứu Trần Trí Bình (2013) [6], thấy rằng những bệnh nhân bị viêm phổi nặng có nồng độ kẽm huyết thanh giảm nặng thì thời gian nằm viện kéo dài hơn so với những bệnh nhân có nồng độ kẽm huyết thanh giảm vừa hoặc giảm nhẹ.

Bệnh nhân có tình trạng shock nhiễm khuẩn lúc vào viện có nồng độ kẽm huyết thanh thấp hơn bệnh nhân không có tình trạng shock (bảng 4), kẽm là một vi chất dinh dưỡng thiết yếu có chức năng cải thiện lành vết thương, và sửa chữa mô tổn thương. Trong cơ thể con người, để đáp ứng với nhiễm trùng huyết hoặc nội độc tố, kẽm được tăng huy động tham gia vào quá trình trên. Hiện tượng một phản ứng bảo vệ cơ thể để tăng khả năng sinh học của kẽm cho sự tổng hợp protein, trung hòa các loài oxy phản ứng, và ngăn ngừa sự xâm nhập của vi khuẩn. Trong shock nhiễm khuẩn kẽm được tăng huy động nhiều hơn để đáp ứng các quá trình trên nên nồng độ kẽm huyết thanh giảm thấp ở những bệnh nhân này. Trong nghiên cứu của Hector.R và cộng sự [7], về biến đổi của kẽm trong 42 trẻ bị sốc nhiễm khuẩn tác giả thấy rằng nồng độ kẽm huyết thanh giảm rất nặng so với nhóm chứng ở 15 trẻ em khỏe mạnh. Như vậy nồng độ kẽm huyết thanh giảm thấp là một yếu tố tiên lượng tình trạng nặng của bệnh. Chúng tôi có 1 bệnh nhân tử vong nồng độ kẽm huyết thanh giảm rất nặng.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân nhiễm trùng nặng có nồng độ kẽm huyết thanh giảm so với bệnh nhân nhiễm trùng nhẹ. Các yếu tố ảnh hưởng: tiền sử viêm phổi, tiêu chảy cấp, hội chứng thận hư, cân nặng khi sinh, suy dinh dưỡng, sốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shock, G.f.M.o.S.S.a.S.** Surviving Sepsis Campaign International. Society of Critical Care Medicine, 2012. Volume 41:Page 580-63.

2. **ShankarAH, PrasadAS (1998)**, Zinc and immune function: the biological basis of resistance to infection changes, *Am J Clin Nutr*, **68** (2Suppl): 447S-463S.
3. **Pushpa, Mohan Lohano and Mumtaz Memon (2009)**: Association of Serum Zinc Level with Severe Pneumonia in Children | Volume: 8 | Issue: 12 | Page No: 1873-1876
4. **Daren L. Knoell (2010)**, Zinc deficiency increases organ damage and mortality in a murine model of polymicrobial sepsis.
5. **Gibson RS et al (1998)**. Assessment of dietary zinc in a population. *The American Journal of Clinical Nutrition*. **68**: p. 430S - 434S.
6. **Trần Trí Bình (2013)** "Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng và thiếu kẽm ở trẻ viêm phổi từ 1-24 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II,
7. **Hector R (2007)**, Genome-level expression profiles in pediatric septic shock indicate a role for altered zinc homeostasis in poor outcome *Physiological Genomics* Published, Vol. 30 no. 2, 146-155

NGHIÊN CỨU CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG VÀO ĐƯỜNG TIÊU HÓA

**Trịnh Tú Tâm*, Nguyễn Hữu Thắng*,
Nguyễn Quốc Dũng*, Nguyễn Xuân Hiền****

TÓM TẮT²

Lạc nội mạc tử cung (LNMTTC) gặp nhiều ở phụ nữ tuổi hoạt động sinh dục, tuy nhiên LNMTTC ở đường tiêu hóa, đặc biệt ở đại tràng chiếm tỷ lệ không cao, các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và các phương pháp hình ảnh còn gặp nhiều khó khăn trong chẩn đoán. Đa số các trường hợp không được chẩn đoán chính xác trước mổ mà thường nhầm lẫn với bệnh lý u đại-trực tràng. Nhân trường hợp lâm sàng của chúng tôi với một bệnh nhân nữ 47 tuổi, có tiền sử mổ cắt bán phần tử cung kèm theo các triệu chứng về rối loạn tiêu hóa, kết quả giải phẫu bệnh lý là LNMTTC trong cơ đại tràng, chúng tôi rút kinh nghiệm trong việc chẩn đoán là cần nghĩ tới bệnh lý LNMTTC để khai thác tiền sử, tính chất các triệu chứng và trong một số trường hợp cần phối hợp thêm xét nghiệm CA-125, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm đầu dò âm đạo, cộng hưởng từ và cắt lớp vi tính đa dãy để có thể giúp chẩn đoán sớm đặc biệt các trường hợp khối u nhỏ và đôi tượng bệnh nhân có thể điều trị bằng nội tiết, tránh được cuộc mổ không cần thiết.

Từ khóa: Lạc nội mạc tử cung vào đường tiêu hóa, chẩn đoán và điều trị.

SUMMARY

RESEARCH FOR INTESTINAL ENDOMETRIOSIS DIAGNOSIS AND TREATMENT

Endometriosis occurs more frequently in women at the age group of sexual activity; however, the proportion of intestinal endometriosis, especially in colon, is not high and there are lots of difficulties in the diagnosis of clinical and subclinical symptoms and

radiology methods. Majority of cases which are not diagnosed exactly before surgery are often confused with colorectal tumors. In a clinical case of our female patient, 47 years old, who had a history of partial hysterectomy surgery together with the symptoms of digestive disorders, with results in pathological anatomy is endometriosis of the muscular colon wall, the lesson we have drawn in the diagnosis is that we need to think about endometriosis in order to find out the history, the nature of symptoms. And in some cases, we should cooperate with CA-125 test as well as the radiology methods like transvaginal ultrasonography, magnetic resonance imaging and multidetector computerized tomography which can help early diagnosis, particularly with small tumor cases and the patients who can be treated with endocrine therapy to avoid unnecessary surgery.

Keywords: Intestinal endometriosis, diagnosis and treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc nội mạc tử cung (LNMTTC) được định nghĩa là sự hiện diện của mô nội mạc tử cung lạc chỗ bên ngoài lớp niêm mạc lòng tử cung. LNMTTC là một bệnh lý khá phổ biến ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, tuy nhiên LNMTTC sâu và đặc biệt là LNMTTC ở ruột là khá hiếm gặp, tỷ lệ chính xác của lạc nội mạc tử cung ở ruột trong dân số chung là không rõ, mặc dù người ta ước tính rằng nó chiếm từ 3,8% đến 37% phụ nữ mắc LNMTTC tùy theo các nghiên cứu [1]. Tần số cao nhất của lạc nội mạc tử cung ở ruột đứng đầu là trực tràng, tiếp đến là đại tràng sigma, sau đó đến hồi tràng, ruột thừa và manh tràng [2, 3]. Chẩn đoán chỉ được xác định sau mổ, điều này thực sự là một thách thức đối với các nhà lâm sàng và cận lâm sàng. Chúng tôi xin trình bày một trường hợp bệnh nhân LNMTTC ở

* *Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Tú Tâm

Email: tutambvhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 15/12/2016

Ngày duyệt bài: 29/12/2016

cơ đại tràng Sigma với các chẩn đoán trước mổ trên lâm sàng, nội soi và cắt lớp vi tính (CLVT) đều hướng tới u đại tràng sigma.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân nữ, 47 tuổi; vào viện ngày 08 tháng 6 năm 2015.

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu ca bệnh
Các bước tiến hành:

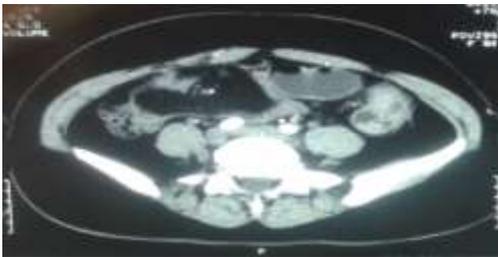
- Cách ngày vào viện khoảng 7 tháng bệnh nhân có biểu hiện đau tức bụng, chủ yếu vùng hố chậu trái, đau quặn, có lúc cảm thấy đầy bụng, đi ngoài phân táo có tính chu kỳ, không có nhày, máu, mức độ đau tăng dần nên vào viện.

- Tiền sử: cắt tử cung bán phần do u xơ năm 2013
- Khám lúc vào viện: thể trạng trung bình, không có biểu hiện thiếu máu, bụng mềm, không nôn, không sốt.

- Các kết quả xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, nước tiểu, chất chỉ điểm ung thư (AFP, CEA, CA 19-9) trong giới hạn bình thường.

- Siêu âm ổ bụng: polyp túi mật, nang thận trái.

- Nội soi đại tràng (BV Đại học Y Hà Nội) và cắt lớp vi tính 128 dãy (Bệnh viện 16A – Hà Đông) thấy: chít hẹp lòng đoạn cuối đại tràng xuống và đầu đại tràng Sigma chưa phân biệt được u hay viêm.



Hình 1: Ảnh axial sau tiêm thuốc cản quang



Hình 2: Ảnh 3D khung đại tràng

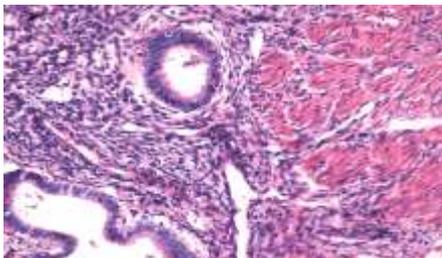
- Sinh thiết qua nội soi đại tràng: tổn thương dạng polyp tăng sản (29/5/2015 - BV Đại học Y Hà Nội)
- Bệnh nhân được phẫu thuật ngày 09 tháng 6 năm 2015 tại Bệnh viện Hữu Nghị với chẩn đoán trước mổ: chít hẹp đại tràng Sigma do u/ cắt bán phần tử cung; Chẩn đoán sau mổ: u đại tràng trái/ cắt bán phần tử cung.

- Phương pháp phẫu thuật: cắt đoạn đại tràng trái, nạo vét hạch, nối tận – tận đại tràng góc lách và đại tràng sigma

- Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật:

+ Bệnh phẩm hạch: Tổ chức xơ mỡ lành tính

+ Bệnh phẩm đại tràng: lạc nội mạc tử cung trong lớp cơ đại tràng.



Hình 3: Hình ảnh giải phẫu bệnh lạc nội mạc tử cung trong cơ đại tràng

- Sau mổ bệnh nhân không có biến chứng gì, ra viện sau 9 ngày điều trị.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

LNMTCT gặp nhiều ở phụ nữ tuổi hoạt động sinh dục. Theo Schirin hay gặp sau dậy thì 15 năm hay 5 năm sau lần có thai cuối cùng. Trong y văn cho thấy LNMTCT gặp ở 30-40 tuổi. Trong nghiên cứu Hội LNMTCT cho thấy LNMTCT gặp ở hơn 50% ở phụ nữ 20-40 tuổi. LNMTCT ở cô gái trẻ hiếm gặp, thường thấy ở trẻ có dị dạng sinh dục (bất thường eo tử cung, tử cung đôi). Cơ chế bệnh sinh còn chưa thống nhất, với nhiều giả thuyết khác nhau, nhiều tác giả cho rằng, hay gặp LNMTCT ở phụ nữ có tiền sử phẫu thuật phụ khoa và sản khoa (nạo, cắt tử cung, bảo tồn buồng trứng, mổ lấy thai, cắt khâu tầng sinh môn...). LNMTCT ở ruột là thể không thường gặp trong chiếm từ 3,8% đến 37% phụ nữ mắc LNMTCT tùy theo các nghiên cứu [1].

Khó có thể xác định một tổn thương LNMTCT ở ruột có góp phần vào triệu chứng đau bụng và vùng chậu hay không?. Nói chung, các tổn thương LNMTCT nhỏ ở dưới lớp thanh mạc không gây ra triệu chứng. Các tổn thương lớn xâm nhập vào lớp cơ ruột gây ra một loạt các triệu chứng bao gồm đại tiện khó, táo bón, tiêu chảy, đầy hơi, đau khi đại tiện, thông qua chất nhầy trong phân và trực tràng chảy máu theo chu kỳ [3]. Hiện vẫn chưa rõ làm thế nào LNMTCT ở ruột gây ra các triệu chứng đường ruột. Rõ ràng, các ổ LNMTCT lớn có thể chứa xơ hóa sâu rộng và làm dày thành ruột, dẫn đến hẹp lòng ruột và cản trở lưu thông. Ngoài ra, các tổn thương LNMTCT ở ruột xâm nhập và phá vỡ các đám rối thần kinh ruột, tổn thương tế bào kẽ Cajal, giảm mật độ của các sợi thần kinh giao cảm ruột và do đó, gây ra một sự thay đổi sinh lý trong ruột [3].

Đánh giá các triệu chứng và khám lâm sàng là không đủ để chẩn đoán xác định LNMTCT ở ruột. Do đó, kỹ thuật siêu âm hoặc kỹ thuật hình ảnh được yêu cầu để chẩn đoán xác định trước khi phẫu thuật. Mặc dù không có tiêu chuẩn vàng được chấp nhận rộng rãi để chẩn đoán LNMTCT ở ruột, tuy nhiên, chụp cộng hưởng từ (CHT) là một trong những kỹ thuật thường được sử dụng nhất. Một nghiên cứu gồm 195 bệnh nhân nghi ngờ LNMTCT chứng minh rằng CHT có độ nhạy 88%, độ đặc hiệu là 98%, giá trị dự đoán dương tính 95%, giá trị dự đoán âm tính 95%, và độ chính xác 95% trong chẩn đoán LNMTCT ở ruột [6]. Những phát hiện này sau đó đã được xác nhận bởi một số cuộc điều tra khác [4, 5, 7]. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, việc chẩn đoán LNMTCT ở ruột của CHT có thể

khó khăn vì các ổ với thành phần xuất huyết nhỏ có cường độ tín hiệu rất gần với các cấu trúc cơ xung quanh. Do đó, việc bơm gel siêu âm trong âm đạo và trực tràng trong CHT đã được đề xuất để tạo điều kiện cho việc xác định các tổn thương đường ruột.

Chụp CHT đường ruột với mục đích làm căng đại - trực tràng bằng cách sử dụng 250-300ml gel siêu âm pha loãng với dung dịch nước muối; Dùng sonde Foley 20-Fr bơm ngược dòng qua thụt hậu môn. Một số nghiên cứu đã chứng minh rằng siêu âm qua đường âm đạo có thể không chẩn đoán chính xác chỉ có sự hiện diện của lạc nội mạc tử cung trực tràng âm đạo nhưng nó cũng có thể ước tính chiều sâu của sự xâm nhập của các nốt ở thành ruột [1]. Tuy nhiên, chúng ta biết rằng sự chính xác trong chẩn đoán siêu âm phụ thuộc vào kinh nghiệm của người làm. Ngược lại, đưa nước vào trực tràng trong siêu âm qua đường âm đạo có thể tạo thuận lợi cho không chỉ xác định các tổn thương LNMTCT ở ruột nhưng cũng đánh giá các đặc điểm của các nốt sần (kích thước, số lượng, độ sâu xâm nhập vào thành ruột, mức độ hẹp của lòng ruột [1] bên cạnh đó, việc làm sạch đại trực tràng là cần thiết trước khi bơm nước tương phản vào trực tràng.

Chụp đại tràng đối quang kép đã được sử dụng rộng rãi trong quá khứ, tuy nhiên phương pháp này có hạn chế bởi mức độ xâm nhập của lạc nội mạc tử trong thành ruột không thể xác định được.

Cắt lớp vi tính đa dãy gần đây đã được đề xuất cho việc chẩn đoán lạc nội mạc tử ruột. Sau khi thụt sạch đại tràng bệnh nhân được đưa khoảng 2000ml nước vào đại tràng. Trong kỹ thuật CLVT đại tràng, để hạn chế nhu động của ruột có thể sử dụng tiêm tĩnh mạch hyoscine butylbromide. Được áp dụng với máy từ 16 dãy trở lên, chụp hai thì động mạch và tĩnh mạch của có tiêm thuốc cản quang iod. CLVT đa dãy cho phép đánh giá hình ảnh LNMTCT và những đặc điểm của tổn thương, đặc biệt độ sâu của sự xâm nhập của nội mạc tử cung trong thành ruột. Khi lớp cơ bị thâm nhập, CLVT đại tràng cho phép quan sát lớp của thành ruột dày, sự xâm nhập các lớp của thành ruột được chẩn đoán khi các nốt tổ chức xâm nhập vào lớp dưới niêm mạc ruột. Một thế mạnh của CLVT đa dãy là nó cho phép phát hiện các tổn thương LNMTCT ở manh tràng và đoạn hồi tràng thấp mà có thể không chẩn đoán được bằng các phương pháp khác.

Siêu âm qua đường trực tràng đã được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán LNMTC ở ruột [7]. Kỹ thuật này cho phép ước tính của độ sâu chính xác của sự xâm nhập của LNMTC trong thành ruột (đặc biệt, sự xâm nhập của các lớp), đường kính tối đa các tổn thương và khoảng cách của các tổn thương từ hậu môn [1]. Trong vài năm qua, siêu âm qua đường trực tràng đã được thay thế phần lớn bằng siêu âm qua đường âm đạo. Ngoài ra, các thiết bị để thực hiện siêu âm qua thường không sẵn có để bác sĩ phụ khoa, các bác sĩ lâm sàng.

Nội soi đại tràng có hạn chế trong việc chẩn đoán LNMTC ở ruột vì tổn thương xâm nhập thành ruột từ thanh mạc về phía niêm mạc do đó chỉ có các nốt sần lớn xâm nhập vào niêm mạc và/hoặc gây hẹp nghiêm trọng của lòng ruột mới có thể được chẩn đoán qua nội soi [1]. Trường hợp của chúng tôi, qua kết quả giải phẫu bệnh lý thấy hình ảnh LNMTC nằm hoàn toàn trong lớp cơ do đó khi sinh thiết qua nội soi, đầu kim không tới vị trí tổn thương nên kết quả giải phẫu bệnh trước mổ không chính xác. Trong đa số các trường hợp, nội soi đại tràng có thể được sử dụng để loại trừ bệnh ung thư đại trực tràng.

Một số xét nghiệm như CA 125, placenta protein 14, các xét nghiệm này không đặc hiệu.

Soi ổ bụng: là xét nghiệm duy nhất khẳng định chẩn đoán, tiên lượng, điều trị. Ngày nay nội soi được chỉ định rộng rãi để chẩn đoán và điều trị LNMTC, tuy nhiên, chỉ có ưu thế trong chẩn đoán LNMTC thể nông.

Về điều trị, liệu pháp nội tiết tố không áp dụng cho tất cả phụ nữ có LNMTC ở ruột. Bệnh nhân có u gây hẹp đường ruột và những người muốn thụ thai không phải là đối tượng tốt cho điều trị nội tiết lâu dài, ức chế sự rụng trứng. Các kỹ thuật hình ảnh như, X quang, siêu âm, CLVT, CHT cho phép ước lượng chính xác về sự hiện diện, số lượng và chiều sâu của sự xâm nhập của các thương tổn LNMTC ở ruột; Liệu pháp nội tiết tố có thể được chỉ định cho phụ nữ với ước tính hẹp dưới 60% lòng ruột. Trường hợp bệnh nhân chúng tôi đã trình bày có triệu chứng về rối loạn tiêu hóa, chủ yếu là táo bón và trên hình ảnh CLVT thấy tổn thương gây hẹp khí lòng ruột trên đoạn dài ~31mm, trên nội soi đại tràng vị trí tổn thương hẹp khí không đưa ống soi qua được (>60% lòng ruột), như vậy, mặc dù không được chẩn đoán chính xác về bản chất của khối trước mổ tuy nhiên chỉ định phẫu thuật cắt đại tràng là chính xác và cần thiết. Theo một số tác giả, các tổn thương nhỏ chỉ có ở thanh

mạc ruột thường không gây triệu chứng, do đó không được cắt bỏ. Tuy nhiên, với các tổn thương lớn, việc lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật được dựa một phần vào các đặc điểm của tổn thương đường ruột như số lượng, kích thước của nốt, độ sâu xâm nhập vào thành ruột và tỷ lệ phần trăm giữa chu vi đường ruột xâm nhập bởi LNMTC. Một số nghiên cứu đã cho thấy rằng, ở phụ nữ LNMTC ở đại trực tràng, triệu chứng đau, các triệu chứng đường ruột và chất lượng cuộc sống được cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật [1, 7].

IV. KẾT LUẬN

Các triệu chứng của LNMTC ở ruột không rõ ràng, chẩn đoán khó khăn, tuy nhiên cần được nghĩ tới trong những trường hợp có tiền sử phẫu thuật tử cung, phần phụ, phần này về các triệu chứng đường ruột... Việc khai thác tiền sử, tính quy luật xuất hiện các triệu chứng. Siêu âm qua đường âm đạo là kỹ thuật đầu tiên cho bệnh nhân nghi ngờ vì nó cho phép để xác định chính xác sự hiện diện của bệnh. Kỹ thuật hình ảnh bổ sung (như CHT và CLVT đường ruột) có ích trong xác định mức độ tổn thương LNMTC ở ruột [6].

Chiến lược điều trị của LNMTC ở ruột phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng, mức độ của bệnh về lâm sàng và hình ảnh, bệnh nhân còn nhu cầu sinh con và khả năng dung nạp liệu pháp hormon. Điều trị nội tiết tố có thể áp dụng cho phụ nữ bị hẹp của lòng ruột <60%, người muốn tránh phẫu thuật và không muốn sinh con tiếp [1]. Tuy nhiên, liệu pháp nội tiết tố có thể không ngăn chặn sự tiến triển của LNMTC ở ruột [1] do đó, bệnh nhân được điều trị lâu dài nên được theo dõi định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Simone Ferrero, Giovanni Camerini,** Umberto Leone Roberti Maggiore, Pier L Venturini, Ennio Biscaldi, and Valentino Remorgida. Bowel endometriosis: Recent insights and unsolved problems. *World J Gastrointest Surg.* 2011 Mar 27; 3(3): 31–38.
2. **Remorgida V, Ferrero S, Fulcheri E,** Ragni N, Martin DC. Bowel endometriosis: presentation, diagnosis, and treatment. *Obstet Gynecol Surv.* 2007;62:461–470.
3. **Remorgida V, Ragni N, Ferrero S, Anserini P,** Torelli P, Fulcheri E. The involvement of the interstitial Cajal cells and the enteric nervous system in bowel endometriosis. *Hum Reprod.* 2005;20:264–271.
4. **Abrao MS, Gonçalves MO, Dias JA Jr,** Podgaec S, Chamie LP, Blasbalg R. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for

the diagnosis of deep endometriosis. Hum Reprod. 2007;22:3092–3097.

5. **Bazot M, Lafont C, Rouzier R,** Roseau G, Thomassin-Naggara I, Darai E. Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis. Fertil Steril. 2009;92:1825–1833.
6. **Bazot M, Darai E, Hourani R, Thomassin I,** Cortez A, Uzan S, Buy JN. Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and

prediction of extension of disease. Radiology. 2004;232:379–389.

7. **Chapron C, Vieira M, Chopin N, Balleyguier C, Barakat H,** Dumontier I, Roseau G, Fauconnier A, Foulot H, Dousset B. Accuracy of rectal endoscopic ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of rectal involvement for patients presenting with deeply infiltrating endometriosis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2004;24:175–179.

THỰC TRẠNG Ô NHIỄM MÀM BỆNH KÝ SINH TRÙNG ĐƯỜNG RUỘT TRÊN RAU, CỦ QUẢ ĂN SỐNG VÀ HIỆU QUẢ CỦA BIỆN PHÁP RỬA RAU QUẢ DƯỚI VÒI NƯỚC CHẢY

Đinh Thị Thanh Mai *

TÓM TẮT³

Chúng tôi tiến hành xét nghiệm 1254 mẫu rau, củ, quả bằng phương pháp *Romanenko* cho thấy tỷ lệ nhiễm mầm bệnh chung ở rau, củ quả là 68,10%, nhiễm đơn bào 66,34%, nhiễm giun sán 38,91%, với $p > 0,05$. Tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng ở rau 90,76% cao hơn ở củ, quả 33,46%. Tỷ lệ nhiễm phối hợp 2 loại mầm bệnh ký sinh trùng ở rau, củ cao nhất 61,36%, nhiễm 1 loại mầm bệnh 22,60%, nhiễm 3 loại mầm bệnh 16,04%. Cường độ nhiễm ấu trùng giun cao nhất 28,3 ấu trùng/100gam rau, nhiễm trùng lông 27,2 trùng lông/100gam rau.

Với 758 mẫu rau ăn sống: sau 4 lần rửa dưới vòi nước chảy tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng giảm rõ rệt theo thứ tự 90,76%, 44,19%, 14,77.% và 4,08%.

Từ khóa: Mầm bệnh ký sinh trùng đường ruột, biện pháp rửa rau quả

SUMMARY

CONTAMINATED SITUATION OF INTESTINAL PARASITIC PATHOGENS ON RAW VEGETABLES/FRUITS AND EFFECTIVENESS OF CLEASING VEGETABLES UNDER RUNNING WATER

1254 vegetables/fruits samples were tested by Romanenko method showed that the prevalence of overall pathogens on vegetables/fruits was 68.10%, protozoan infestation was 66.34%, helminthiasis infestations was 38.91%, with $p > 0.05$. Parasitic infestation rate on vegetable was of 90.76%, higher

compared to these of fruits 33.46%. Prevalence of combination with two parasitic pathogens on vegetables and fruits was highest 61.36%, with only one pathogen was 16.04% and combination of three pathogens was of 16.04%. Intensity worm larvae infestation was highest with 28.3 eggs/100gam vegetable, ciliate infestation was 27.2 eggs / 100gam vegetables. With 758 samples of raw vegetables: after 4 times cleaning under running water, the rate of parasitic infestation was decreased significantly 90.76%, 44.19%, 14.77 % and 4.08%, respectively.

Key words: Intestinal parasitic pathogens, vegetables and fruits cleansing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ăn rau, củ quả sống là tập quán, thói quen, món ăn truyền thống của người Việt Nam, không thể loại bỏ. Các món ăn không thể thiếu rau sống như: gói cuốn, phở cuốn, bún chả, bún riêu cua, bún ốc, rau trộn... Do đó, số lượng rau, củ quả ăn sống được tiêu thụ hàng ngày rất nhiều, đặc biệt ở các thành phố lớn.

Việt Nam là nước nhiệt đới, rau, củ quả sống rất phong phú, nó là thực phẩm tốt, có lợi cho sức khỏe, cung cấp cho cơ thể nhiều vitamin, chất khoáng, các yếu tố vi lượng, chất xơ cần thiết trong quá trình tiêu hoá. Tuy nhiên nếu rau, củ quả sống không đảm bảo vệ sinh có chứa nhiều mầm bệnh: vi khuẩn, trứng giun sán, ấu trùng giun sán, kén đơn bào ký sinh trùng đường ruột... sẽ có hại cho sức khỏe. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO, 2000), ở các nước phát triển có hơn 1/3 dân số bị ảnh hưởng bởi các bệnh do thực phẩm gây ra. Đối với các nước đang phát triển, tình trạng này trầm

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Thanh Mai

Email: maityhp@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 6/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 1/12/2016

Ngày duyệt bài: 26/12/2016

trọng hơn rất nhiều, hàng năm gây tử vong trên 2,2 triệu người, trong đó hầu hết là trẻ em [1],[5].

Ở nước ta, vệ sinh an toàn thực phẩm là vấn đề thời sự nóng bỏng gây nhiều lo lắng, bức xúc trong xã hội hiện nay. Ngộ độc thực phẩm xảy ra thường xuyên và tại nhiều địa phương. Người dân lo ngại, đắn đo khi ra chợ, họ không biết dùng loại thực phẩm nào để bảo đảm an toàn. Trong các loại thực phẩm, đặc biệt là rau quả gây nên nhiều vụ ngộ độc [3], [4].

Hiện người dân đang sử dụng rộng rãi nhiều biện pháp giảm thiểu mầm bệnh sinh học trong rau, quả sống bằng ngâm rửa rau quả sống trong nước sục ozone, nước muối, thuốc tím, nước Vegy... Theo quảng cáo, người dân kỳ vọng rất nhiều vào hiệu quả của các biện pháp này, họ hy vọng, tin tưởng được ăn rau, quả sống an toàn, vệ sinh.

Tuy nhiên, sử dụng các biện pháp này có thể giảm thiểu mầm bệnh ký sinh trùng đường ruột trong rau, quả sống hay không? Vẫn còn là câu hỏi chưa có lời giải đáp. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Thực trạng ô nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng đường ruột ở rau, quả ăn sống và hiệu quả của biện pháp rửa rau quả dưới vòi nước chảy" với mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng đường ruột ở một số loại rau, củ quả ăn sống phổ biến tại Hà Nội và Hải Phòng.*

2. *Đánh giá hiệu quả của biện pháp rửa rau quả ăn sống 4 lần dưới vòi nước chảy*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Dựa vào kết quả điều tra, chúng tôi chọn các loại rau, củ quả sử dụng ăn sống phổ biến: 12 loại rau: mùi tàu, xà lách, mùi ta, húng chó, húng quế, tía tô, kinh giới, hành hoa, muống chẻ, bắp cá, lá mơ, rau ngổ; 08 loại củ, quả: dưa chuột, cà chua, cà rốt, mướp đắng, táo ta, ôi, khế, củ đậu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu

Chọn mẫu chủ đích: tại một số nơi trồng rau, quả và tiêu thụ rau, quả - chợ đầu mối ở hai thành phố Hà Nội và Hải Phòng.

- Tại Hà Nội

+ **Chọn nơi sản xuất rau, quả:** xã Tiên Dương và Vân Nội thuộc huyện Đông Anh, xã Tiên Yên và Song Phương thuộc huyện Hoài Đức, xã Tân Minh và Hà Hồi thuộc huyện Thường Tín.

+ **Chọn nơi tiêu thụ rau, quả - chợ đầu mối:** có khối lượng rau, quả được trung chuyển, phân phối và tiêu thụ nhiều trên địa bàn thành phố là: chợ Long Biên, chợ Hà Đông, chợ Cầu Giấy.

- Tại Hải Phòng

+ **Chọn nơi sản xuất rau, quả:** xã Thuỷ Đường và Thiên Hương thuộc huyện Thuỷ Nguyên, xã Hồng Phong và Tân Tiến thuộc quận An Dương, xã Vinh Quang và Đại Thắng thuộc huyện Tiên Lãng.

+ **Chọn nơi tiêu thụ rau, quả- chợ đầu mối:** có khối lượng rau, quả được trung chuyển, phân phối và tiêu thụ nhiều trên địa bàn thành phố là: chợ An Dương, chợ Đổ, chợ Cát Bi.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2009 đến tháng 12/2010.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

Phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu cho mục tiêu 1 [1]: Cỡ mẫu tối thiểu nghiên cứu là 384 mẫu. Để tăng độ tin cậy và giảm sai số trong nghiên cứu, chúng tôi lấy mỗi loại rau, quả là 60 mẫu (30 mẫu rau ở cơ sở sản xuất, 30 mẫu rau ở chợ đầu mối). Như vậy 20 loại rau, quả cần lấy số mẫu tối thiểu là 1200. Trên thực tế chúng tôi đã làm xét nghiệm 1254 mẫu rau, củ quả.

Cỡ mẫu cho mục tiêu 2: Chúng tôi lấy toàn bộ số rau ăn sống (n=758 mẫu)

2.3.1. Phương pháp thu thập mẫu

2.3.2. Thu thập mẫu nghiên cứu mô tả

+ Đối với rau, quả ở cơ sở sản xuất: lấy mỗi mẫu rau khoảng 200gam, mỗi mẫu quả lấy 400gam đến ngày thu hoạch, lấy buổi sáng. Mỗi mẫu rau lấy ở các vị trí trồng khác nhau sao cho đủ khối lượng rau, quả cần thiết. Mỗi mẫu rau, quả đựng vào một túi nilông, có dán nhãn ghi đầy đủ các thông tin sau: ngày lấy, nơi lấy, vị trí, những đặc điểm của khu vực lấy mẫu nghiên cứu và phải làm xét nghiệm trước 24 giờ.

+ Đối với rau, quả ở các chợ đầu mối: chọn các hàng rau, quả bán ở nhiều vị trí khác nhau để lấy mẫu. Mỗi mẫu rau lấy khoảng 200gam, mỗi mẫu quả lấy 400gam, lấy vào buổi sáng để đảm bảo rau, quả còn tươi. Các mẫu rau, quả sau khi được lấy cũng tiến hành ghi đầy đủ các thông tin và tiến hành tương tự như lấy mẫu tại cơ sở sản xuất .

2.4. Vật liệu và trang thiết bị nghiên cứu

Vật liệu: Các loại rau, củ quả nghiên cứu

Trang thiết bị: Nhãn băng giấy trắng, Bút dạ, Túi ly lồng sạch, Chậu thủy tinh loại 1000ml, Bô can, Máy ly tâm Rotanda 460 của Đức, Ống nghiệm, Pipép, Bông cotton, Lam kính, Giá để tiêu bản, Kính hiển vi Olumpus của Nhật..

Hoá chất, Dung dịch lugol kép, Nước muối sinh lý.

2.5. Kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu phương pháp Romanenko

Mô tả kỹ thuật **phương pháp Romanenko để xác định tỷ lệ, cường độ**

- Đổ nước sạch vào bôcan thủy tinh, đưa từng lá của mẫu rau cần xét nghiệm vào bô can để rửa. Rửa kỹ từng lá từ cuống đến ngọn, rửa mặt trên, mặt dưới. Rửa hết số lá trong mẫu rau cần xét nghiệm.

- Mỗi mẫu rau rửa 2 - 4 lần. Sau đó thu hồi tất cả số nước ở các lần rửa. Để lắng sau 6 giờ, gạn lấy nước ở dưới đem ly tâm, lấy cặn, xét nghiệm mầm bệnh ký sinh trùng.

- Khi xét nghiệm trộn với 2 giọt lugol kép để phát hiện bào nang.

Rửa rau ăn sống dưới vòi nước chảy 4 lần

- Thu hồi toàn bộ nước rửa rau, quả của từng loại, sau 4 lần rửa để lắng sau 6 giờ, ly tâm với tốc độ 1.500 vòng/phút, thời gian 2 phút, loại bỏ dịch nổi, lấy khoảng 1ml cặn. Sử dụng pipete lấy toàn bộ số dịch này làm tiêu bản quan sát. Đếm tất cả số trứng, ấu trùng giun sán, đơn bào... có trong mỗi tiêu bản.

2.6. Đánh giá kết quả: Đánh giá mầm bệnh ký sinh trùng đường ruột ở rau, quả ăn sống trước khi thử nghiệm các biện pháp giảm thiểu mầm bệnh.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 13.0 tại Bộ môn Sốt rét- Ký sinh trùng & Côn trùng - Học viện Quân y, Bộ môn Ký sinh trùng Trường Đại học Y Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thực trạng ô nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng đường ruột ở rau, củ quả ăn sống

Bảng 3.1. Chủng loại và tỷ lệ mẫu rau, củ quả ăn sống ở các nơi nghiên cứu

Chủng loại rau, củ, quả ăn sống	Nơi sản xuất		Nơi tiêu thụ (chợ)		
	Số mẫu	Tỷ lệ %	Số mẫu	Tỷ lệ %	
Rau	Chủng loại rau, củ, quả ăn sống	30	4,76	31	4,96
	Chủng loại rau, củ, quả ăn sống	31	4,92	30	4,80
	Chủng loại rau, củ, quả ăn sống	32	5,07	31	4,96
	Chủng loại rau, củ, quả ăn sống	33	5,23	30	4,80
	Chủng loại rau, củ, quả ăn sống	32	5,07	31	4,96
	Chủng loại rau, củ, quả ăn sống	30	4,76	32	5,12
	Chủng loại rau, củ, quả ăn sống	31	4,92	32	5,12
	Chủng loại rau, củ, quả ăn sống	32	5,07	30	4,80
	Chủng loại rau, củ, quả ăn sống	33	5,23	31	4,96
	Chủng loại rau, củ, quả ăn sống	31	4,92	32	5,12
	Chủng loại rau, củ, quả ăn sống	36	5,71	31	4,96
Chủng loại rau, củ, quả ăn sống	34	5,39	32	5,12	
Chủng loại rau, củ, quả	385	61,11	373	59,78	
Quả	Cà chua	31	4,92	31	4,96
	Cà rốt	30	4,76	32	5,12
	Dưa chuột	31	4,92	32	5,12
	Mướp đắng	30	4,76	30	4,80
	Táo ta	30	4,76	31	4,96
	ổi	30	4,76	33	5,28
	Khế	30	4,76	30	4,80
	Củ đậu	33	5,23	32	5,12
	Tổng mẫu quả	245	38,39	251	40,22
Tổng số mẫu	630	100	624	100	

Nhận xét: Tổng số có 1254 mẫu rau, củ quả thu được (12 loại rau, 8 loại củ quả). Trong đó bao gồm 630 mẫu rau, củ quả (385 mẫu rau và 245 mẫu củ quả) thu được tại nơi sản xuất và 624 mẫu rau, củ quả (373 mẫu rau và 251 mẫu củ quả) ở các chợ

Bảng 3.2. Tỷ lệ nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng chung ở rau, củ quả

Nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng	Nơi sản xuất (a) (n=630)		Nơi tiêu thụ (b) (n=624)		Nhiễm chung	
	Số mẫu (+)	Tỷ lệ %	Số mẫu (+)	Tỷ lệ %	Số mẫu(+)	Tỷ lệ %
TS nhiễm chung	459	72,85	395	63,30	854	68,10
Nhiễm KH(1)	265	42,06	201	32,21	466	37,16
TS nhiễm GS (2)	274	43,50	214	34,29	488	38,91
TS nhiễm ĐB (3)	450	71,42	382	61,21	832	66,34
So sánh (2-3)	p < 0,05		p < 0,05		p < 0,05	
So sánh (a-b)	p _{a-b} > 0,05				p _{a-b} > 0,05	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm giun sán chung 38,91% thấp hơn nhiễm đơn bào 66,34%, ở cả nơi sản xuất và tiêu thụ (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp các tác giả [6], [7] đều có nhận xét nhiễm mầm bệnh ở rau cao hơn ở quả.

Bảng 3.3. Số loại mầm bệnh ký sinh trùng ở các mẫu rau, củ quả

Rau, củ quả nhiễm MB KST	Nơi sản xuất (n=630)		Nơi tiêu thụ (chợ) (n=624)		Nhiễm chung	
	Số mẫu (+)	Tỷ lệ %	Số mẫu (+)	Tỷ lệ %	Số mẫu (+)	Tỷ lệ %
1 loại MB (1))	97	21,13	96	24,31	193	22,60
2 loại MB (2)	267	58,17	257	65,06	524	61,36
3 loại MB (3)	95	20,70	42	10,63	137	16,04
TS mẫu nhiễm	459	100	395	100	854	100
So sánh (1;2;3)	p _{1;3-2} < 0,05				p _{1;3-2} < 0,05	

Nhận xét: Ở 2 nơi nghiên cứu các mẫu rau, quả nhiễm số loại mầm bệnh tương đương nhau, trong đó chủ yếu nhiễm 2 loại mầm bệnh, sự khác biệt, với p < 0,05. Chúng tôi có nhận xét phù hợp với các tác giả [5], [7] .

Bảng 3.4. Tỷ lệ rau, củ quả nhiễm từng loại mầm bệnh ký sinh trùng

Mầm bệnh	Rau, củ quả		Nơi sản xuất (n=630)		Nơi tiêu thụ (chợ) (n=624)		Nhiễm chung	
	Loại mầm bệnh		n (+)	Tỷ lệ %	n (+)	Tỷ lệ %	n (+)	Tỷ lệ %
Giun sán	AT giun (1)		232	36,82	123	19,71	355	28,30
	Trùng GĐ(2)		31	4,92	51	8,17	82	6,53
	Trùng GT(3)		9	1,42	36	5,76	45	3,58
	Trùng sán dây (4)		2	0,31	4	0,66	6	0,04
Đơn bào	Trùng lông (5)		381	60,47	314	50,32	695	55,42
	Trùng roi thìa (6)		47	7,46	48	7,69	95	7,57
	Amíp lỵ (7)		22	3,49	20	3,20	42	3,34
So sánh (1-7)			p < 0,05		p < 0,05		p < 0,05	

Nhận xét: Tỷ lệ mẫu rau, củ quả nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng đơn bào cao hơn nhiễm giun sán ở 2 nơi nghiên cứu. Sự khác biệt giữa các tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05.

Tuy nhiên trong phạm vi nghiên cứu của đề tài, chúng tôi chưa có điều kiện, thời gian và kinh phí để phân biệt được trùng lông tự do và trùng lông ký sinh gây bệnh cho người, trứng giun đũa ký sinh ở người hay ở lợn...

Bảng 3.5. Tỷ lệ rau, củ quả nhiễm ký sinh trùng tại nơi sản xuất và nơi tiêu thụ

Loại rau, củ, quả	Nơi sản xuất (a) (n=630)			Nơi tiêu thụ (b) (n=624)			Nhiễm chung (n= 1254)		
	TS	n (+)	%	TS	n (+)	%	TS	n (+)	%
Rau (1)	385	374	97,14	373	314	84,18	758	688	90,76

quả (2)	245	85	34,69	251	81	32,27	496	166	33,46
Tổng mẫu rau, củ quả	630	459	72,85	624	395	63,30	1254	854	68,10
So sánh (1-2)	p < 0,01			p < 0,01			p < 0,01		
So sánh (a-b)	p < 0,05								

Nhận xét: Tỷ lệ các mẫu rau nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng cao hơn các mẫu quả ở cả hai nơi nghiên cứu (97,14%; 34,69%) và (84,18%; 32,27%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,01.

Bảng 3.6. Tỷ lệ rau nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng

Loại rau	Nơi sản xuất (n=385)			Nơi tiêu thụ (chợ) (n=373)			Nhiễm chung		
	TS	n (+)	%	TS	n (+)	%	TS	n (+)	%
Mùi tàu	30	30	100,00	31	28	90,32	61	58	95,08
Mùi ta	31	31	100,00	30	29	96,67	61	60	98,36
Xà lách	32	32	100,00	31	28	90,32	63	60	95,23
Hành hoa	33	32	96,97	30	26	88,67	63	58	92,06
Húng quế	32	31	96,97	31	27	87,09	63	58	92,06
Húng chó	30	29	96,67	32	25	78,12	62	54	87,09
Tía tô	31	29	93,54	32	26	81,25	63	54	85,71
Kinh giới	32	31	96,87	30	25	83,33	62	55	88,70
Dấp cá	33	33	100,00	31	23	74,19	64	56	87,50
Lá mơ	31	30	96,77	32	26	81,25	63	56	88,89
Muống chẻ	36	33	91,67	31	22	70,69	67	55	82,08
Rau ngò	34	33	97,05	32	29	90,62	66	62	93,94
Tổng	385	374	97,14	373	314	84,18	758	688	90,76
So sánh	p > 0,05			p > 0,05			p > 0,05		

Nhận xét: Tại nơi tiêu thụ tỷ lệ nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng chung 84,18%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với p > 0,05. Lý giải điều này, theo chúng tôi các loại rau bám càng thấp mặt đất, bề mặt tiếp xúc với đất càng nhiều thì tỷ lệ nhiễm các mầm bệnh ký sinh trùng càng lớn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận xét của các tác giả [6], [7].

Bảng 3.7. Tỷ lệ củ, quả nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng

Loại củ, quả	Nơi sản xuất (n=245)			Nơi tiêu thụ (chợ) (n=251)			Nhiễm chung		
	TS	n (+)	%	TS	n (+)	%	TS	n (+)	%
Cà chua	31	12	38,70	31	12	38,70	62	24	38,70
Cà rốt	30	16	53,34	32	14	43,75	62	30	48,38
Dưa chuột	31	9	29,03	32	9	28,12	63	18	28,57
Mướp đắng	30	9	30,00	30	8	26,67	60	17	28,34
Táo ta	30	7	23,33	31	8	25,80	61	15	24,60
ổi	30	6	20,00	33	6	18,18	63	12	19,04
Khế	30	7	23,34	30	7	23,34	60	14	23,34
Củ đậu	33	19	57,58	32	17	53,12	65	36	55,38
Tổng quả	245	85	34,69	251	81	32,27	496	166	33,46
So sánh	p > 0,05			p > 0,05			p > 0,05		

Nhận xét: Nhóm củ, quả tại nơi sản xuất và tại nơi tiêu thụ (chợ) nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng có tỷ lệ tương đồng, với p > 0,05. Mặc dù các loại quả ở trên cao nhưng trong quá trình nội chợ các bà, các mẹ đã để lẫn rau và quả. Mặt khác, môi trường sống bị ô nhiễm nhiều bụi, mầm bệnh ký sinh trùng có thể theo gió, bụi bám dính vào củ, quả, vì vậy tỷ lệ nhiễm mầm bệnh ở củ, quả không thấp.

Bảng 3.8. Cường độ nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng trên rau, củ quả (số mầm bệnh trung bình /100gam rau)

Mầm bệnh	Rau, củ quả	Nơi sản xuất (a) (n=630)	Nơi tiêu thụ (chợ)(b) (n=624)	Nhiễm chung
----------	-------------	--------------------------	-------------------------------	-------------

Loại mầm bệnh		n (+)	$\bar{X} \pm SD$	n (+)	$\bar{X} \pm SD$	n (+)	$\bar{X} \pm SD$
Giun sán	ẤT giun (1)	232	28,6±2,6	123	27,7±2,4	355	28,3±2,5
	Trứng GD(2)	31	5,9±1,3	51	6,7±1,7	82	6,4±1,6
	Trứng GT(3)	9	2,4±1,5	36	2,2±1,3	45	2,3±1,3
	Trứng sán (4)	2	1,5±0,7	4	2,5±1,0	6	2,1±0,9
Đơn bào	Trùng lông (5)	381	28,5±3,3	314	25,6±2,5	695	27,2±3,3
	Trùng roi thìa (6)	47	5,2±2,8	48	4,7±1,5	95	4,9±2,3
	Amíp lỵ (7)	22	1,7±0,7	20	1,9±0,8	42	1,8±0,8
So sánh (1- 7) của a, b		$p_1 < 0,05$; $p_3 > 0,05$; $p_2 < 0,05$; $p_4 > 0,05$; $p_5 < 0,05$; $p_6 > 0,05$; $p_7 > 0,05$;					

Nhận xét: Trong nhiễm mầm bệnh giun sán, cường độ nhiễm ấu trùng giun cao nhất. Trong nhiễm mầm bệnh đơn bào, cường độ cao nhất trùng lông. Cường độ nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng ở rau, củ, quả tại nơi sản xuất và nơi tiêu thụ không có sự khác biệt, với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nhiều tác giả [3], [5].

3. 2. Hiệu quả của rửa rau ăn sống bốn lần dưới vòi nước chảy

Bảng 3.9. So sánh tỷ lệ mầm bệnh ký sinh trùng sau 4 lần rửa rau ăn sống dưới vòi nước chảy

Loại rau	Số mẫu	Sau rửa lần 1		Sau rửa lần 2		Sau rửa lần 3		Sau rửa lần 4		p
		Số (+)	Tỷ lệ %	Số (+)	Tỷ lệ %	Số (+)	Tỷ lệ %	Số (+)	Tỷ lệ %	
Mùi tàu	61	58	95,08	27	44,26	13	21,31	4	6,55	< 0,05
Mùi ta	61	60	98,36	36	59,01	11	18,03	3	4,91	< 0,05
Xà lách	63	60	95,23	46	73,01	18	28,57	4	6,35	< 0,05
Hành hoa	63	58	92,06	29	46,03	15	23,80	4	6,35	< 0,05
Húng quế	63	58	92,06	20	31,74	7	11,11	3	4,76	< 0,05
Húng chó	62	54	87,09	20	32,25	7	11,29	2	3,22	< 0,05
Tía tô	63	54	85,71	28	44,45	8	12,69	3	4,76	< 0,05
Kinh giới	62	55	88,70	27	43,54	8	12,90	1	1,61	< 0,05
Dấp cá	64	56	87,50	25	39,06	7	10,93	2	3,12	< 0,05
Lá mơ	63	56	88,89	28	44,45	10	15,87	3	4,76	< 0,05
Muống chẻ	67	55	82,08	25	37,31	4	5,97	1	1,49	< 0,05
Rau ngổ	66	62	93,94	24	36,36	4	6,07	1	1,51	< 0,05
Tổng	758	688	90,76	335	44,19	112	14,77	31	4,08	< 0,05

Nhận xét: sau mỗi lần rửa rau, tỷ lệ mầm bệnh ký sinh trùng giảm đi rõ rệt, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ Kết quả phù hợp với nhận xét của Nguyễn Đức Ngân [6]

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ và cường độ nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng đường ruột ở rau, củ quả ăn sống cao.

- Tỷ lệ nhiễm mầm bệnh chung ở rau, củ, quả là 68,10%, nhiễm đơn bào 66,34%, nhiễm giun sán 38,91%, với $p > 0,05$.

- Tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng ở rau 90,76% cao hơn ở củ, quả 33,46%.

- Tỷ lệ nhiễm phối hợp 2 loại mầm bệnh ký sinh trùng ở rau, củ, quả cao nhất 61,36%, nhiễm 1 loại mầm bệnh 22,60%, nhiễm 3 loại mầm bệnh 16,04%.

- Cường độ nhiễm ấu trùng giun cao nhất 28,3 ấu trùng/100gam rau, nhiễm trùng lông 27,2 trùng lông/100gam rau.

2. Rửa rau, quả dưới vòi nước chảy: hiệu quả giảm thiểu mầm bệnh ký sinh trùng cao.

- Sau 4 lần rửa rau quả tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng giảm đi rõ rệt theo thứ tự 90,76%, 44,19%, 14,77.% và 4,08%.

KHUYẾN NGHỊ

- Tăng cường truyền thông giáo dục về lây truyền mầm bệnh ký sinh trùng đường ruột do ăn rau, quả sống. Từ đó giúp người dân có ý thức ăn uống để phòng bệnh.

- Tuyên truyền phổ biến cho người dân về hiệu quả của biện pháp: rửa rau, quả dưới vòi nước chảy nhiều lần làm giảm thiểu mầm bệnh ký sinh trùng đường ruột cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dịch tễ và thống kê ứng dụng trong nghiên cứu khoa học (2001)**, `Nghiên cứu cắt ngang`, Trường Đại học Y Hà Nội , mạng lưới đào tạo và tư vấn sức khoẻ cộng đồng, tr. 32.
2. **Nguyễn Văn Đề, Phan Thị Hương Liên, Trương Thị Kim Phượng và CS (2009)**, " Xác định mầm bệnh ký sinh trùng gây bệnh cho người trong rau và thủy sản được nuôi trồng từ nguồn nước thải tại một số thành phố và nông thôn miền Bắc", *Công trình khoa học báo cáo tại Hội nghị ký sinh trùng lần thứ 38, Viện sốt rét – Ký sinh trùng-Côn trùng Trung ương*, Nhà xuất bản Y học, tr. 111-118.
3. **Lê Thị Ngọc Kim, Vũ Đình Phương Ân, Trần Thị Hồng (2007)**" Khảo sát ký sinh trùng trên rau sống bán tại các chợ trên địa bàn thành phố Hồ

Chí Minh", *Y học thành phố Hồ Chí Minh, chuyên đề ký sinh trùng*, (2), Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh , tr. 130-135.

4. **Nguyễn Công Khẩn (2009)**, " Đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm ở Việt Nam: các thách thức và triển vọng(tổng quan) ", *Tạp chí Y - Dược học quân sự*,(9), tr. 88-93.
5. **Nguyễn Khắc Lực, Lê Trần Anh và cộng sự (2010)**, " Xác định tình trạng nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng trên rau quả trồng ở ngoại thành Hà Nội ", *Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng*, (1), tr. 65-70.
6. **Nguyễn Đức Ngân, Phạm Văn Thịnh và CS (2000)**"Đánh giá mức độ ô nhiễm trứng giun trên một số loại rau ở thành phố Thái Nguyên", *Nội san khoa học công nghệ y dược, Chuyên đề ký sinh trùng chào mừng hội nghị ký sinh trùng toàn quốc lần thứ 27*, Thái Nguyên, tr. 54-57.
7. **Lê Thanh Phương, Nguyễn Văn Đề, Phạm Ngọc Minh và cộng sự (2009)**, "Mầm bệnh ký sinh trùng trên rau được tưới bằng nước thải tại thành phố và nông thôn tỉnh Nam Định" *Tạp chí Y dược học quân sự*, (9), tr. 33-37.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CHỐT SỢI

Phó Bích Hà*, Phạm Thị Thu Hiền*

Từ khóa: Chốt sợi, phục hình thân răng.

TÓM TẮT⁴

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hình thân răng bằng chốt sợi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 60 răng phía trước có bệnh lý tủy hoặc bệnh lý cuống có chỉ định điều trị tủy tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ tháng 1-2013 đến tháng 4/2014. **Kết quả:** Sau 6 tháng kém: 1,67% , Trung bình: 6,67%, Tốt 91,66%. Ảnh hưởng chiều cao thành răng đến kết quả có tỷ lệ: Tốt 46,2%, trung bình 32,4%, kém 21,4%. Ảnh hưởng của chiều dài chốt và chiều dài chân răng: Tốt 91,67%, Trung bình: 6,67%, kém 1,67%. ảnh hưởng của đường kính chân răng đến kết quả lâm sàng: tốt 91,66%, trung bình: 6,67%, kém 1,67%. **Kết luận:** Kết quả phụ thuộc vào các yếu tố: đặc điểm răng tổn thương, kỹ thuật thực hiện. Đánh giá tình trạng răng trên lâm sàng để lựa chọn răng phù hợp với chốt sợi là rất cần thiết. Những răng mất gần hết tổ chức cứng thân răng không nên chọn để thực hiện chốt sợi và cùi giả composit. Với răng có ống tủy quá lớn hay quá nhỏ, khó chọn được cỡ chốt phù hợp với ống tủy vì chốt sản xuất sẵn chỉ có một số kích thước nhất định.

* *Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội*
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Hiền
 Email: phthhien638@gmail.com
 Ngày nhận bài: 6/10/2016
 Ngày phản biện khoa học: 6/11/2016
 Ngày duyệt bài: 5/12/2016

SUMMARY

EVALUATING THE RESULT OF FIBER POST-RESTORATION

Objective: The purpose of this study is evaluating the result of fiber post-restoration. Study method: 60 anterior teeth which were diagnosed with pulp or periapical diseases and were indicated for root canal treatment from January 2013 to April 2014 at the National hospital of Odonto-Stomatology. **Result:** After 6 months: bad results: 1.67%, average: 6.67%, good: 91.66%. Influence of tooth height results in : 46.2% good, 32.4% average, 21.4% bad. Effect of post length and root length: Good 91.67%, Average: 6.67%, bad 1.67%. Effects of root diameter to clinical results: 91.66% good, average: 6.67%, 1.67% bad. **Conclusion:** The results depend on the following factors: characteristics of tooth damage, the technical implementation. Clinical examination to choose suitable post is essential. The teeth of which almost crown is lost should not be indicated for fiber post and composite build-up. It is difficult to choose the size of fiber post if the canal is to big or small.

Keyword: Fiber post, crown.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một số răng không mất quá nhiều tổ chức cứng nhưng cổ răng nhỏ hoặc có lõm hình chêm ở cổ răng, sau một thời gian được làm chụp bảo vệ, dưới tác dụng của lực ăn nhai, phần cùi răng có thể gãy ngang cổ răng và làm rơi chụp. Với những răng này, việc tăng cường thêm chốt ống tủy là cần thiết.

Có nhiều loại chốt khác nhau: về cách sản xuất có chốt được chế tạo sẵn hoặc được thiết kế cho từng răng mang chốt, về cách thức lưu giữ: chốt lưu giữ chủ động gắn vào ống tủy bằng cách bắt vít hay chốt lưu giữ thụ động gắn bằng chất dán, về vật liệu có chốt kim loại, chốt zirconium, và gần đây là chốt sợi.

Chốt sợi được giới thiệu đầu tiên bởi Duret vào những năm đầu thập niên 90. Rosenstiel, Land, Fujimoto (2001) nghiên cứu về sự mài mòn của chốt sợi. G.Bateman, DNJ Ricketts (2003), Ingrid Peroz (2005) và Francesca Monticelli, Manuel Toledano (2008) nghiên cứu về tác dụng của chốt sợi lên tổ chức cứng còn lại của răng so với các chốt cổ điển bằng kim loại. Francesca Monticelli (2005) nghiên cứu về sự lưu giữ của chốt sợi trong ống tủy. Norman Hicks (2008) nghiên cứu mô đun đàn hồi của từng loại chốt, trong đó có chốt sợi, so với men ngà bình thường. Theo các tác giả này, chốt sợi có nhiều ưu điểm về thẩm mỹ, độ lưu, độ bền.

Chốt sợi mới được về Việt Nam vài năm gần đây, chưa có nhiều đề tài nghiên cứu về chốt sợi được thực hiện trên nhóm răng trước có mất tổ chức cứng và tái tạo cùi giả. Vì vậy nghiên cứu đánh giá kết quả phục hồi thân răng bằng chốt sợi nhằm tạo cơ sở lý thuyết cho việc thực hành sử dụng chốt trên lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Khoa phục hình Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội.

Thời gian: Từ tháng 01/2013 đến tháng 4/2014.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân có răng thuộc nhóm răng trước tổn thương thân răng mất nhiều

tổ chức cứng, đã được điều trị tủy tốt tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội trong thời gian từ tháng 1/2013 đến tháng 4/2014.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng, không đối chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu

Số lượng răng được tính theo công thức:

Như vậy chọn cỡ mẫu là 60 răng.

2.3.3. Các bước của quá trình điều trị

- Bước 1: thu thập thông tin trước điều trị: thông tin lâm sàng, thông tin X-quang.

- Bước 2: Tiến hành cắm chốt:

Vật liệu: chốt sợi của hãng BISCO

Dụng cụ: mũi khoan lấy bỏ gutta percha, mũi khoan chuẩn bị khoang đặt chốt, dụng cụ gắn chốt và tạo cùi giả. Gắn chốt, kiểm tra bằng X-quang sau gắn chốt, tạo cùi giả, mài cùi, lấy khuôn, so màu răng, thử và gắn chụp răng.

2.4. Xử lý số liệu: Tất cả số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê Y học bằng phần mềm SPSS 16.0. Kiểm định đối với các biến định tính bằng thuật toán khi bình phương lấy mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu:

- Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu.

- Nghiên cứu chỉ tiến hành trên những đối tượng hoàn toàn tự nguyện, không ép buộc và trên tinh thần hợp tác.

- Toàn bộ thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho bất kì mục đích nào khác.

- Trong quá trình nghiên cứu, nếu phát hiện các tình trạng bệnh lí về răng miệng, bệnh nhân sẽ được tư vấn điều trị hoặc tiến hành các biện pháp thăm khám khác để chẩn đoán chính xác.

- Các tác động của quá trình nghiên cứu đều nhằm mang lại thẩm mỹ, chức năng ăn nhai, phát âm và cải thiện sức khỏe răng miệng cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đánh giá kết quả ngay sau phục hình

Bảng 3.1: Đánh giá kết quả ngay sau phục hình qua lâm sàng

Răng	Kết quả	Tốt	TB	Kém	Tổng số	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	%
Răng cửa giữa hàm trên		29 (93,55)	2 (6,45)	0 (0)	31 (100)	51,66
Răng cửa bên hàm trên		16 (100)	0 (0)	0 (0)	16 (100)	26,67
Răng nanh hàm trên		2 (100)	0 (0)	0 (0)	2 (100)	3,33

Răng cửa giữa hàm dưới	3 (100)	0 (0)	0 (0)	3 (100)	5
Răng cửa bên hàm dưới	7 (100)	0 (0)	0 (0)	7 (100)	11,67
Răng nanh hàm dưới	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	1,67
Tổng số	58 (96,67)	2 (3,33)	0 (0)	60 (100)	100

Nhận xét: Hai răng cửa giữa hàm trên (chiếm 3,33%) bị đánh giá mức độ trung bình ngay sau khi gắn. Tất cả các răng còn lại đều được đánh giá tốt ngay sau khi gắn chốt

3.2 Đánh giá kết quả sau 6 tháng theo dõi

Bảng 3.2: Ảnh hưởng của số thành còn lại của răng mang chốt tới kết quả (sau 6 tháng)

Số thành răng	Kết quả			Tổng số	
	Tốt N (%)	TB N (%)	Kém N (%)	N (%)	%
0	2 (50)	1 (25)	1 (25)	4 (100)	6,67
1	4 (100)	0 (0)	0 (0)	4 (100)	6,67
2	23 (95,83)	1 (4,17)	0 (0)	24 (100)	40
3	19 (100)	0 (0)	0 (0)	19 (100)	31,66
4	7 (77,78)	2 (22,22)	0 (0)	9 (100)	15
Tổng số	55 (91,66)	4 (6,67)	1 (1,67)	60 (100)	100

Nhận xét: Sau 6 tháng, 1 trường hợp bị đánh giá kém (chiếm 1,67% trong tổng số răng nghiên cứu), do rơi chốt, nằm trong nhóm không còn thành răng (chiếm 25% số răng không còn thành). Tỷ lệ răng bị đánh giá trung bình và kém ở nhóm răng còn 2 hoặc 3 thành rất thấp (1,67%), trong khi nhóm này chiếm 71,67% đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.3: Ảnh hưởng của chiều cao thành còn lại tới kết quả (sau 6 tháng)

Chiều cao	Kết quả			Tổng số	
	2 ≤ x < 3 N (%)	3 ≤ x < 5 N (%)	x ≥ 5 N (%)	N (%)	%
Tốt	57 (85,1)	47 (100)	31 (100)	135 (93,1)	
TB	10 (14,9)	0 (0)	0 (0)	10 (6,9)	
Kém	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Tổng	67 (100)	47 (100)	31 (100)	145 (100)	
%	46,2	32,4	21,4	100	

Nhận xét: Răng có kết quả kém do rơi chốt không còn thành nên không nằm trong bảng đánh giá này. Các răng có thành từ 3mm trở lên (chiếm 53,8%) đều cho kết quả tốt. Răng có thành thấp <3mm có tới 14,9% cho kết quả trung bình.

Bảng 3.4: Ảnh hưởng của tỷ lệ chiều dài chốt so với chiều dài chân răng tới kết quả lâm sàng (sau 6 tháng)

Tỷ lệ	Kết quả			Tổng số	
	<1/2 N (%)	1/2-2/3 N (%)	>2/3 N (%)	N (%)	%
Tốt	0 (0)	34 (56,67)	21 (35)	55 (91,67)	
TB	0 (0)	3 (5)	1 (1,67)	4 (6,67)	
Kém	0 (0)	1 (1,67)	0 (0)	1 (1,67)	
Tổng	0 (0)	38 (63,33)	22 (36,67)	60 (100)	

Nhận xét: Ở nhóm răng có chiều dài chốt >2/3 chiều dài chân răng gồm 36,67% đối tượng nghiên cứu, chỉ có 1,67% đối tượng nghiên cứu có kết quả trung bình. Ở nhóm răng có chiều dài chốt từ 1/2 tới 2/3 chiều dài chân răng gồm 63,33% đối tượng nghiên cứu, có tới 6,67% đối tượng nghiên cứu có kết quả trung bình và kém.

Bảng 3.5: Ảnh hưởng của đường kính chân răng tới kết quả lâm sàng (sau 6 tháng)

Đường kính	Kết quả			Tổng số	
	x 3mm N (%)	3 < x 3,5 N (%)	x > 3,5mm N (%)	N (%)	%
Tốt	11 (100)	14 (93,33)	30 (88,24)	55 (91,66)	
TB	0 (0)	1 (6,67)	3 (8,82)	4 (6,67)	
Kém	0 (0)	0 (0)	1 (2,94)	1 (1,67)	
Tổng	11 (100)	15 (100)	34 (100)	60 (100)	

%	18,33	25,00	56,67	100
---	-------	-------	-------	-----

Nhận xét: Nhóm răng có đường kính nhỏ $\leq 3\text{mm}$ chiếm 18,33% số răng nghiên cứu đều có kết quả tốt. Nhóm răng có đường kính trung bình và lớn (chiếm 25% + 56,67% = 81,67%) có bốn răng có kết quả trung bình (6,67%), một răng có kết quả kém (1,67%) số răng nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá kết quả điều trị ngay sau

khí phục hình: Chúng tôi thực hiện phục hình sứ (chụp sứ và cầu sứ) trên răng sau khi cắ chốt và tạo hình cùi giả bằng composit. Các phục hình sứ được đảm bảo về mặt thẩm mỹ: hình dạng, kích thước, màu sắc phù hợp răng thật, khít sát ở cổ răng, tiếp xúc tốt với răng bên cạnh, khớp cắn đúng. Về mặt lâm sàng, có 2 răng (chiếm 3,33%) bị đánh giá trung bình do trục của răng chưa đảm bảo về mặt thẩm mỹ, hướng của chân răng chệch theo chiều ngoài trong, chốt và cùi giả phải theo đúng hướng này, nếu mài chỉnh thêm cùi giả sẽ ngắn, không đảm bảo độ lưu của chụp răng. Đây là một nhược điểm khó khắc phục của chốt sợi. Trong trường hợp trục răng quá chệch theo chiều ngoài trong, chốt đúc và cùi giả kim loại sẽ khắc phục nhược điểm này khi tạo được một cùi giả có hướng thuận lợi cho phục hình sau cùng

4.2. Đánh giá dựa trên X quang: Có 2 trong số 60 đối tượng nghiên cứu (chiếm 3,33%) có hình ảnh chốt không khít sát thành ống tủy và được đánh giá trung bình. Kết quả đánh giá: tốt 93,33%, trung bình 6,67%. Không có kết quả kém. Đánh giá sau 6 tháng theo dõi: đánh giá trên 60 răng. Kết quả tốt có 55 răng, chiếm 91,67%. Kết quả trung bình 4 răng (chiếm 6,67%) gồm các răng đã bị đánh giá ngay sau khi lắp trên cả 2 phương diện lâm sàng và X quang. Kết quả kém có một răng (chiếm 1,67%) bị rơi chốt. Răng này thuộc nhóm răng không còn thành nào cao đủ 1mm, phần tổ chức cứng còn lại rất ngắn không đảm bảo độ lưu giữ của chốt và cùi giả. Cagidiaco (2006) và cộng sự cũng có kết quả thất bại 4,3% nhưng sau thời gian theo dõi 23-25 tháng. Nếu so với kết quả nghiên cứu của Malferrari và cộng sự (2003) thì tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Theo nghiên cứu của Malferrari sau 30 tháng, tỷ lệ thành công tới 98,3%. Một số nghiên cứu của các tác giả khác đưa ra kết quả: Ferrari (2000) thành công 96,8%, Ferrari (2006) thành công 92%, Monticelli (2003) thành công 93,8%.

V. KẾT LUẬN

- Kết quả phục hồi răng, sử dụng chốt sợi và cùi giả composit phụ thuộc vào các yếu tố: đặc điểm răng tổn thương, kỹ thuật thực hiện. Ngay sau khi thực hiện, có 93,33% răng được đánh giá tốt, 6,67% trung bình, không có trường hợp nào bị đánh giá kém. Sau 6 tháng theo dõi, có 1 trường hợp bị đánh giá kém. Sau 12 tháng theo dõi, thêm 2 trường hợp bị đánh giá kém. Số trung bình không tăng thêm. Không có trường hợp nào bị gãy nứt chân răng sau 12 tháng theo dõi. Ba trường hợp rơi chốt khắc phục bằng cách gắn lại chốt. Thời gian thực hiện chốt sợi và cùi giả composit ngắn, có thể thực hiện cùng buổi lấy khuôn làm chụp răng, bệnh nhân không phải mất thêm một lần hẹn để lắp chốt răng như phương pháp cắ chốt kim loại đúc.

- Đánh giá tình trạng răng trên lâm sàng để lựa chọn răng phù hợp với chốt sợi là rất cần thiết. Những răng mất gần hết tổ chức cứng thân răng không nên chọn để thực hiện chốt sợi và cùi giả composit. Các răng có trục nghiêng nhiều theo chiều trong ngoài cũng không nên sử dụng chốt sợi vì chốt sợi và cùi giả composit không cải thiện được hướng của răng, chụp răng sau khó đảm bảo thẩm mỹ. Với răng có ống tủy quá lớn hay quá nhỏ, khó chọn được cỡ chốt phù hợp với ống tủy vì chốt sản xuất sẵn chỉ có một số kích thước nhất định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Marco Ferrari, A. Vichi, Garcia-Godoy** (2000), "Clinical evaluation of fiber-reinforced epoxy resin posts and cast post and cores", *Am J Dent* 2000, Volume 13, pp 15-18.
2. **Rosenstiel, Land, Fujimoto** (2001), "Restoration of the endodontically treated tooth", *Contemporary fixed prosthodontics third edition*, chapter 12, pp 173-174.
3. **Francesca Monticelli, Marco Ferrari** (2008), "Cement system and surface treatment selection for fiber post luting", *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008 Mar;13 (3); pp 214- 221.
4. **G.Bateman, DNJ Ricketts** (2003), "Fibre-based post systems: A review", *British Dental Journal* 195, pp 43-48.
5. **Ingrid Peroz** (2005), "Restoring endodontically treated teeth with posts and cores: A review", *Quintessence International*, Volume 36, number 9, pp 737-744.
6. **Francesca Monticelli** (2005), *A study into the application of fiber posts and composite core*

materials for restoring endodontically treated teeth, University of Seina – School of Dental Medicine, pp 13-15, 18-22, 60-62, 82-85, 98-118.

7. Norman Hicks (2008), "Esthetic fiber reinforced composite posts", *Smile magazine*, Issue 9, pp 43-47.

SO SÁNH ĐO THÂN RĂNG BẰNG LASER SCANNER VÀ THƯỚC KẸP ĐIỆN TỬ

Huỳnh Kim Khang*, Phạm Thị Vân Anh*

TÓM TẮT⁵

Mục tiêu: (1) Xác định *chiều cao thân răng lâm sàng* và kích thước *ngoài trong* các răng trước hàm trên bằng phương pháp đo gián tiếp qua mẫu hàm (laser scanner) và đo trực tiếp trên mẫu hàm (thước kẹp điện tử). (2) So sánh sự khác biệt giữa phương pháp laser scanner và phương pháp dùng thước kẹp điện tử. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, mẫu nghiên cứu gồm 65 mẫu hàm thạch cao của trẻ 18 đến 21 tuổi. *Chiều cao thân răng lâm sàng, kích thước ngoài trong* các răng trước hàm trên được đo bằng hai phương pháp: laser scanner và thước kẹp điện tử. **Kết quả:** *Chiều cao thân răng lâm sàng* các răng trước hàm trên đo bằng laser scanner và thước kẹp đều cho giá trị lớn nhất ở răng cửa giữa, nhỏ nhất ở răng cửa bên. *Chiều cao thân răng lâm sàng* đo bằng thước kẹp lớn hơn đo bằng laser scanner ở tất cả các răng khảo sát, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở phần lớn các răng ($p < 0,05$). Kích thước *ngoài trong* đo bằng cả hai phương pháp đều cho giá trị lớn nhất ở răng nanh, nhỏ nhất ở răng cửa bên. Kích thước *ngoài trong* của răng đo bằng thước kẹp lớn hơn đo bằng laser scanner. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). **Kết luận:** Ở cả hai phương pháp đo *chiều cao thân răng, kích thước ngoài trong* đều cho thấy tính chất đối xứng qua hai phần hàm. *Chiều cao thân răng lâm sàng* đo bằng laser scanner thì nhỏ hơn bằng thước kẹp có ý nghĩa thống kê. Kích thước *ngoài trong* không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai phương pháp.

Từ khóa: Chiều cao thân răng, kích thước ngoài trong, thước kẹp điện tử.

Ký hiệu: răng cửa giữa hàm trên bên phải, trái: 11, 21; răng cửa bên hàm trên bên phải, trái: 12, 22; răng nanh hàm trên bên phải, trái: 13, 23. Cao: C. Ngoài: N. Trong: T.

SUMMARY

*Trường Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Khang

Email: kimkhanghuynh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 6/12/2016

Ngày duyệt bài: 26/12/2016

COMPARISON OF CROWN MEASUREMENT USING LASER SCANNER AND ELECTRONIC CALIPER

Objectives: The aim of this study was: to determine the *clinical crown heights* and *buccolingual widths* of the maxillary anterior teeth by indirect method (laser scanner) and direct method (electronic caliper); to compare the differences between using laser scanner and electronic caliper methods.

Materials and method: With the descriptive cross-sectional study design, the sample consisted of 65 dental casts (at the age of 18-21). *Clinical crown heights, buccolingual widths* of the maxillary anterior teeth were measured by two methods: laser scanner and electronic caliper. **Results:** The *clinical crown heights* of the maxillary anterior teeth measured by indirect method (laser scanner) and direct method (electronic caliper) had the highest value in the central incisors, the lowest value in the lateral incisors. The value of *clinical crown heights* measured by electronic caliper were higher than laser scanner, there were significant differences ($p < 0.05$). The *buccolingual widths* measured by both methods had the highest value in the canines, the lowest value in the lateral incisors. The value of *buccolingual widths* measured by electronic caliper were higher than laser scanner, there were no significant differences ($p > 0.05$).

Conclusions: In both methods of *clinical crown heights* and *buccolingual* size measurement, it is displayed that the symmetry in both jaws. The value of *clinical crown heights* measured by laser scanner were lower than electronic caliper, there were significant differences. The value of *buccolingual widths* measured by both methods were no significant differences.

Key word: The crown height, the buccolingual width, the electronic caliper.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Vallapureddy (1985)⁽⁷⁾ kỹ thuật đo răng không phải là một công việc đơn giản, rất nhiều yếu tố gây khó khăn cho việc thu thập dữ liệu đo đạc kể cả đo trên răng thật, mẫu hàm hay răng khô mà nhà nghiên cứu phải đối mặt, đó là: sự phức tạp về hình dáng của răng (răng có thể thay đổi kích thước theo những chuẩn nhất định và có những mặt cong thay đổi); sự mòn có thể làm sai lệch kích thước và hình dáng; vôi răng có

thể che phủ răng và làm to thêm kích thước; sai lầm đo đạc, kết quả của những sai biệt nhỏ trong kỹ thuật có thể đưa đến sai lớn trong một số trường hợp; một vài số liệu đo đạc trên mẫu hàm thạch cao có thể không thích hợp với răng tự nhiên, nhất là kích thước vùng cổ răng. Trên thế giới đã có một số công trình nghiên cứu so sánh sự khác biệt khi thực hiện đo đạc chiều cao thân răng, kích thước ngoài trong trực tiếp trên mẫu hàm và gián tiếp qua laser scanner⁽³⁾⁽⁵⁾. Có thể là thực hiện trên răng trước hoặc răng sau hoặc cả hai nhưng phần lớn các nghiên cứu cho rằng trong đo đạc kích thước ngoài trong các răng trước bằng phương pháp trực tiếp hay gián tiếp đều không có sự khác biệt có ý nghĩa. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đo chiều cao thân răng lâm sàng và kích thước ngoài trong răng trước hàm trên bằng phương pháp đo trực tiếp trên mẫu hàm và gián tiếp qua laser scanner với *mục tiêu nghiên cứu*:

- *Xác định chiều cao thân răng lâm sàng và kích thước ngoài trong răng trước hàm trên bằng phương pháp đo gián tiếp qua mẫu hàm (laser scanner) và đo trực tiếp trên mẫu hàm (thước kẹp điện tử).*

- *So sánh sự khác biệt giữa phương pháp laser scanner và phương pháp dùng thước kẹp điện tử.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Chọn mẫu thuận tiện từ các mẫu hàm trên đang được lưu giữ tại labo nghiên cứu hình thái của khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược Tp.HCM.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: bộ răng vĩnh viễn có đủ răng cửa giữa, cửa bên và răng nanh hàm trên hai bên; tất cả răng được đánh giá là bình thường về mặt giải phẫu; mẫu hàm ghi được rõ ràng các chi tiết của răng, thể hiện rõ các điểm mốc để đo.

- Loại khỏi nghiên cứu những mẫu hàm bị bọt, bị khiếm khuyết ở những vị trí là điểm mốc đo.

***Cỡ mẫu**: 65 mẫu hàm thạch cao của trẻ 18 đến 21 tuổi.

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

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Phương pháp đo chiều cao thân răng bằng laser scanner:

- Bước 1: Số hóa dữ liệu hình học của mẫu hàm thạch cao bằng phương pháp quét laser

trên máy quét Ceramill Map 400 để tạo dựng mô hình ba chiều trong không gian đồ họa. Sau đó dựng lại dữ liệu hình học của mẫu hàm trong không gian đồ họa ảo trên máy vi tính.

- Bước 2: Dùng phần mềm Ceramill Mind để xác định các điểm mốc trên hình ảnh mẫu hàm: 13C, 13C', 12C, 12C', 11C, 11C', 21C, 21C', 22C, 22C', 23C, 23C' (nhìn từ phía mặt ngoài). Trong đó các điểm mốc 13C, 13C', 12C, 12C', 11C, 11C' theo Lavelle 1968 [21]⁽³⁾:

13C: đỉnh đường cong của viền nướu mặt ngoài R13

13C': điểm cao nhất trên cạnh cắn R13 theo trục răng

12C: đỉnh đường cong của viền nướu mặt ngoài R12

12C': điểm cao nhất trên cạnh cắn R12 theo trục răng

11C: đỉnh đường cong của viền nướu mặt ngoài R11

11C': điểm cao nhất trên cạnh cắn R11 theo trục răng

Các điểm mốc: 23C, 23C', 22C, 22C', 21C, 21C' cũng được xác định lần lượt tương tự như trên cho các răng: 23, 22, 21.

- Bước 3: đo chiều cao thân răng lâm sàng: dùng công cụ đo khoảng cách của phần mềm Ceramill Mind lần lượt đo khoảng cách từ các điểm đã chọn: 13C- 13C'; 12C-12C'; 11C- 11C'; 21C-21C'; 22C- 22C'; 23C- 23C' đó chính là chiều cao thân răng lâm sàng các răng: 13; 12; 11; 21; 22; 23

2.2. Phương pháp đo kích thước ngoài trong bằng laser scanner:

- Bước 1: giống bước 1 của đo chiều cao

- Bước 2: Dùng phần mềm Ceramill Mind để xác định các điểm mốc trên hình ảnh mẫu hàm: 13N, 13T, 12N, 12T, 11N, 11T, 21T, 21N, 22T, 22N, 23T, 23N (nhìn từ phía mặt nhai). Trong đó:

13N: đỉnh của đường viền mặt ngoài thân răng; thường ở 1/3 cổ răng.

13T: đỉnh của đường viền mặt trong thân răng; thường ở 1/3 cổ răng.

12N: đỉnh của đường viền mặt ngoài thân răng; thường 1/3 cổ răng.

12T: đỉnh của đường viền mặt trong thân răng; thường 1/3 cổ răng.

11N: đỉnh của đường viền mặt ngoài thân răng; thường 1/3 cổ răng.

11T: đỉnh của đường viền mặt trong thân răng; thường 1/3 cổ răng.

Các điểm mốc: 23N, 23T, 22N, 22T, 21N, 21T cũng được xác định lần lượt tương tự như trên cho các răng: 23, 22, 21.

- Bước 3: đo kích thước ngoài trong: dùng công cụ đo khoảng cách của phần mềm

Ceramill Mind lần lượt đo khoảng cách từ các điểm đã chọn: 13N- 13T; 12N- 12T; 11N- 11T; 21N-21T; 22N- 22T; 23N- 23T đó chính là kích thước ngoài trong các răng: 13; 12; 11; 21; 22; 23.

2.3. Đo chiều cao thân răng lâm sàng bằng thước kẹp điện tử:

Chiều cao thân răng lâm sàng: là khoảng cách từ đỉnh của đường viền nướu mặt ngoài đến cạnh cắn theo Lavelle (1968)⁽¹⁾

2.4. Đo kích thước ngoài trong bằng thước kẹp điện tử:

Kích thước ngoài trong là khoảng cách lớn nhất giữa mặt ngoài và mặt trong thân răng, thước đặt vuông góc với mặt phẳng được xác

định đo kích thước gần xa theo Moorrees (1957)⁽⁴⁾.

Xử lý số liệu

- Sử dụng Microsoft Excel để xử lý số liệu.
- Sử dụng phép kiểm t để so sánh các giá trị trung bình trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Chiều cao thân răng và kích thước ngoài trong các răng trước hàm trên giữa laser scanner và thước kẹp điện tử

Chiều cao thân răng lâm sàng các răng trước hàm trên đo bằng laser scanner và thước kẹp đều cho giá trị lớn nhất ở răng cửa giữa, nhỏ nhất ở răng cửa bên (bảng 1).

Kích thước ngoài trong đo bằng cả hai phương pháp đều cho giá trị lớn nhất ở răng nanh, nhỏ hơn ở răng cửa giữa và nhỏ nhất ở răng cửa bên (bảng 1).

Bảng 1: Chiều cao thân răng và kích thước ngoài trong các răng trước hàm trên giữa laser scanner và thước kẹp điện tử

Răng	Laser scanner (n=65) Trung bình (mm) (độ lệch chuẩn)		Thước kẹp điện tử (n=65) Trung bình (mm) (độ lệch chuẩn)	
	Chiều cao thân răng	Kích thước NT	Chiều cao thân răng	Kích thước NT
13	8,2 (1)	7,77 (0,8)	8,29 (1,05)	7,78 (0,82)
12	7,52 (0,84)	6,36 (0,71)	7,59 (0,84)	6,38 (0,72)
11	9,02 (0,9)	6,92 (0,55)	9,07 (0,91)	6,92 (0,57)
21	8,97 (0,78)	6,97 (0,53)	9 (0,79)	6,97 (0,54)
22	7,45 (1,03)	6,44 (0,54)	7,51 (1,01)	6,46 (0,64)
23	8,31 (0,96)	7,7 (0,8)	8,39 (0,97)	7,72 (0,8)

2. So sánh chiều cao thân răng, kích thước ngoài trong các răng trước hàm trên giữa laser scanner và thước kẹp điện tử

Chiều cao thân răng lâm sàng đo bằng thước kẹp lớn hơn đo bằng laser scanner ở tất cả các răng khảo sát, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở phần lớn các răng (p<0,05) (bảng 2)

Kích thước *ngoài trong* của răng đo bằng thước kẹp hơi lớn hơn đo bằng laser scanner. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05) (bảng 2).

Bảng 2: So sánh chiều cao thân răng, kích thước ngoài trong các răng trước hàm trên giữa laser scanner và thước kẹp điện tử

Răng n=65	Chiều cao thân răng			Kích thước ngoài trong		
	Laser scanner TB (ĐLC)	Thước kẹp TB (ĐLC)	p	Laser scanner TB (ĐLC)	Thước kẹp TB (ĐLC)	p
13	8,2 (1)	8,29 (1,05)	<0,001	7,77 (0,8)	7,78 (0,82)	0,577
12	7,52 (0,84)	7,59 (0,84)	<0,001	6,36 (0,71)	6,38 (0,72)	0,339
11	9,02 (0,9)	9,07 (0,91)	<0,01	6,92 (0,55)	6,92 (0,57)	0,996
21	8,97 (0,78)	9 (0,79)	0,074	6,97 (0,53)	6,97 (0,54)	0,749
22	7,45 (1,03)	7,51 (1,01)	<0,001	6,44 (0,54)	6,46 (0,64)	0,076
23	8,31 (0,96)	8,39 (0,97)	<0,001	7,7 (0,8)	7,72 (0,8)	0,205

* Với chiều cao thân răng lâm sàng, về phía cạnh cắn của răng, điểm cao nhất không phải lúc nào cũng nằm trên mặt phẳng trục thân răng,

trong khi đó cả thước kẹp và phần mềm Ceramill Mind đều không thể dựng được mặt phẳng cắn vuông góc với trục răng do đó việc đo đặc chiều

cao thân răng lâm sàng trong nghiên cứu này của chúng tôi chọn là khoảng cách từ điểm thấp nhất trên bờ viền nướu rời mặt ngoài đến cạnh cắn theo trục thân răng. Kích thước này ít được sử dụng trong các tài liệu hơn vì nó bị thay đổi bởi độ mòn, do đó một kết quả được cho là khách quan sẽ khó thu nhận được. Dù là mòn mặt bên hay mòn mặt nhai thì cả hai đều làm sai lệch các kích thước và chúng cần được loại ra khỏi các nghiên cứu về đo đạc. Một điều cần lưu ý là trên miệng và mẫu hàm lấy dấu từ miệng thì đường cổ răng là cổ răng sinh lý phụ thuộc vào các yếu tố thay đổi sinh lý và bệnh lý của nướu⁽²⁾.

* Tất cả các giá trị kích thước ngoài trong ở tất cả các răng đo được trên laser và đo thước đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, sự khác biệt nếu có chỉ trong khoảng từ 0,01mm đến 0,03 mm. Với kích thước ngoài trong, trong nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn là khoảng cách ngoài trong tối đa được lấy vuông góc với chiều gần xa khi nhìn từ phía mặt nhai và tương tự ở hai phương pháp. Vì kích thước ngoài trong ít chịu ảnh hưởng của đặc điểm cung răng có chen chúc hay không ngoại trừ những răng xoay 90° trên cung hàm, đồng thời mặt ngoài và mặt trong là những vùng được quét và số hóa chính xác lên mô hình 3D⁽⁶⁾. Chính vì vậy các điểm mốc xác định kích thước ngoài trong được ghi nhận trên mẫu hàm và mô hình 3D không có sự khác biệt đáng kể.

IV. KẾT LUẬN

MỐI LIÊN QUAN GIỮA UNG THƯ VÒM VÀ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRONG CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ

- Ở cả hai phương pháp đo chiều cao thân răng, kích thước ngoài trong đều cho thấy tính chất đối xứng qua hai phần hàm.

- Chiều cao thân răng lâm sàng đo bằng laser scanner thì nhỏ hơn bằng thước kẹp có ý nghĩa thống kê.

- Kích thước ngoài trong không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lavelle CLB. (1968)**, "Anglo-Saxon and modern British teeth". Journal of Dental Research 47: 811-815.
2. **Mi-young Lim et al (2009)**, "Comparison of model analysis measurements among plaster model, laser scan digital model, and cone beam CT image". Department of Orthodontics, School of Dentistry, Chosun University, 421, Seoseok-dong, Dong-gu, Gwangju 501-717, Korea.
3. **Moawia A.A., Abdelhakim A El-Gheriani and Donald J Ferguson(2015)**, "Validity of 3 Shape Scanner Techniques: A Comparison with the Actual Plaster Study casts". Biometrics & Biostatistics International Journal.
4. **Moorrees CFA., Selma Thomsen, Elli Jensen, Peter Kai-Jen Yen (1957)**, "Mesiodistal crown diameters of the deciduous and permanent teeth in individuals", J.D.Res.
5. **Richardson ME., Adams CP., & Mc Cartney TPG., (1963)**, "An Analysis of Tooth Measuring Methods on Dental Casts". Euro. Ortho. Soc.pp.285-301.
6. **Santoro M., Galkin S., Teredesai M., Nicolay OF., Cangialosi TJ.(2003)**. "Comparison of measurements made on digital and plaster models". Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2003;124(1):101-5
7. **Vallapureddy R. R. (1985)**, *Dental Anthropology: Application and Methods*.

TÓM TẮT⁶

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng TW

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Đào

Email: daoent@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 8/12/2016

Ngày duyệt bài: 27/12/2016

Phạm Thị Bích Đào¹, Phạm Thị Bích Thủy²

Ung thư vòm là loại ung thư có tỷ lệ cao nhất trong số các ung thư đầu mặt cổ tại Việt Nam. Giải phẫu bệnh ung thư vòm 75% - 85% là biểu mô không biệt hoá vì thể điều trị chủ yếu là xạ trị và hóa chất, tuy nhiên liệu tia cũng như phác đồ điều trị hóa chất phụ thuộc nhiều yếu tố nhưng trong đó tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đóng vai trò quyết định. Nghiên cứu thực hiện trên 120 bệnh nhân được điều trị ung thư vòm mũi họng bằng tia xạ và/ hoặc hóa chất kết hợp. Kết quả nam-nữ: 82,3%-17,7%. Tuổi:

47,2 (SD 16,5). Số bệnh nhân sụt giảm trên 10% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng chiếm 55,8%, giảm dưới 5% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng là 11,7%. Chỉ số (BMI) của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng < 18,5 kg/m², 18,5 – 24,9 kg/m², > 25 kg/m². Lượng Protein đưa vào cơ thể bệnh nhân ung thư vòm 78,8% dưới 1,5g/kg, 21,2% trên 1,5g/kg. Lượng Calo đưa vào cơ thể trên 35kcal/kg là 12,2%. Các yếu tố liên qua đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng: chứng chán ăn 13,3%, nuốt khó 74,2%, nuốt đau 80,8%, nôn 42,5%. BMI trung bình (SD) Giai đoạn I -II 22,3 (2,1) Giai đoạn III – IV 21,2 (2,7) Albumin trung bình (SD) Giai đoạn I – II 38,5(7,6) Giai đoạn III – IV 36,5 (7,9) Kcal trung bình (SD)) Giai đoạn I –II 39,2 (6,1) Giai đoạn III – IV 34,5 (13,3) Protein g/kg) Giai đoạn I –II 1,4 (0,3) Giai đoạn III – IV 1,03 (0,34). BMI trung bình (SD) IVB và muộn hơn 21,6 (2,4) IVC 19,3(2) Albumin trung bình (SD) IVB và muộn hơn 37,7 (7,6) IVC 29(4,6) Kcal trung bình (SD) IVB và muộn hơn 38,9(9,5) IVC 34,7(6,3), Protein g/kg IVB và muộn hơn 1,31(0,34) IVC 1,09 (0,28).

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng, BMI, Lượng Protein, lượng Calo, chứng chán ăn.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN MALNUTRITION IN NASOPHARYNGEAL CARCINOMA OF PATIENTS IN TREATMENT INDICATIONS

We assessed the prevalence and predictors of malnutrition in patients with nasopharyngeal carcinoma. The study was conducted with 120 patients for age and gender were included. Bio-data, dietary history, height, weight, body mass index (BMI), ideal body weight, and serum albumin levels were recorded. Male - female: 82.3% - 17.7%. Age: 47.2 (SD 16.5). under 5% reduction in body weight in 1 month 11.7% of subjects. Index (BMI) of patients with nasopharynx cancer < 18.5 kg/m², 18.5 – 24.9 kg/m², > 25 kg/m². Protein intake 78.8% < 1.5g/kg. Calorie intake > 35kcal/kg were 12.2%. Factors relating to the nutritional status of patients with nasopharynx cancer: anorexia 13.3%, 74.2% have difficulty swallowing, odynophagia 80.8%, vomiting 42.5%. The average BMI (SD) Stage I-II 22.3 (2.1) Stage III - IV 21.2 (2.7) average Albumin (SD) Phase I -II 38.5 (7.6) phase III - IV 36.5 (7.9) kcal mean (SD)) phase I-II 39.2 (6.1) stage III - IV 34.5 (13.3) Protein g/kg phase I-II 1.4 (0.3) phase III - IV 1.03 (0.34). The average BMI (SD) and later IVB 21.6 (2.4) 19.3 IVC (2) average Albumin (SD) and later IVB 37.7 (7.6) IVC 29 (4.6) average kcal (SD) and later IVB 38.9 (9.5) 34.7 IVC (6.3), Protein g / kg and later IVB 1.31 (0.34) 1.09 IVC (0,28).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đang trở thành vấn đề sức khỏe mang tính chất toàn cầu với tỷ lệ mắc và tử vong cao ở độ tuổi ngày càng giảm [1]. Các báo cáo phân tích về ung thư toàn cầu trong những năm gần đây cho thấy ung thư vòm họng (UTVMH) là một trong những loại ung thư phổ biến và mang tính khu vực [2]. Trên thế giới hàng năm có 80.000 trường hợp mới mắc, ở phía nam Trung Quốc tỉ lệ mắc cao 25 trường hợp trong 100000 dân, trong khi ở Mỹ và Châu Âu tỉ lệ mắc thấp hơn 0,5 đến 2 trên 100.000 dân [3]. Ở Việt Nam, tỉ lệ từ 5,2 đến 13,2 trường hợp trong 100.000 dân, theo thống kê ung thư trên địa bàn Hà Nội, UTVMH là loại ung thư hay gặp nhất trong các ung thư vùng mũi họng và đứng hàng thứ 5 trong 10 loại ung thư phổ biến ở Việt Nam [4]. Chẩn đoán giai đoạn theo phân loại AJCC^{7th} 2010 [5]. Giải phẫu bệnh ung thư vòm 75% - 85% là biểu mô không biệt hoá Loại ung thư biểu mô biệt hoá (CS-Carcinoma spinocellulaire) chiếm 10% - 15%. Ung thư liên kết (Sarcoma) hiếm gặp khoảng: 5%. UTVMH là bệnh đáp ứng tốt với điều trị nhưng điều trị phức tạp đòi hỏi điều trị đặc thù đa mô thức, đối với giai đoạn I (T1N0M0), giai đoạn II (T2N0M0) xạ trị đơn thuần, giai đoạn II (T1,2N1M0) cần cân nhắc hóa-xạ đồng thời. Ở giai đoạn III, IV chỉ định điều trị hóa-xạ trị đồng thời và xem xét lựa chọn hóa chất hỗ trợ sau hóa-xạ đồng thời [6]. Tất cả những phương pháp điều trị trên bên cạnh việc phụ thuộc về giai đoạn khối u còn phụ thuộc rất lớn vào tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân [7]. Nghiên cứu thực hiện trên những bệnh nhân ung thư vòm với mục đích đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ở từng giai đoạn của khối u để các bác sĩ lâm sàng có thể định hướng cách lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cho từng người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu được lựa chọn từ khoa ung bướu và khoa khám bệnh Bệnh viện đại học Y Hà Nội từ năm 2011 - 2015.

Tiêu chuẩn bệnh nhân: được chẩn đoán là ung thư vòm mũi họng (triệu chứng lâm sàng, giải phẫu bệnh). Được theo dõi đánh giá các thông số nghiên cứu và các chỉ định điều trị. Thực tế có 120 bệnh nhân phù hợp với các tiêu chuẩn lựa chọn.

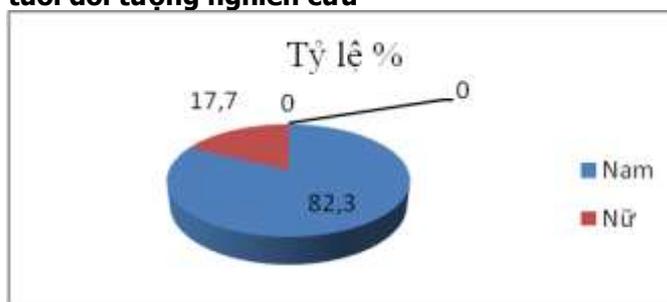
Phương pháp nghiên cứu: Mô tả từng ca bệnh

Các bước tiến hành nghiên cứu

Xây dựng bệnh án mẫu và thu thập số liệu theo các thông số nghiên cứu: giới, tuổi, Mức độ sụt giảm trọng lượng cơ thể, Chỉ số (BMI): < 18,5kg/m², 18,5 – 24,9kg/m², > 25kg/m², Lượng Protein và lượng Calo đưa vào cơ thể cho bệnh nhân NPC, Chứng chán ăn, Lượng thức ăn đưa vào, Nuốt khó, Nuốt đau, Nôn, Albumin trung bình

Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của các đối tượng tham gia. Không vi phạm các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y học. Nghiên cứu chỉ mang lại kết quả tốt cho người bệnh giúp người bệnh giảm bớt lượng kháng sinh phải sử dụng tránh tác dụng phụ của kháng sinh lên cơ thể người bệnh và tiết kiệm chi phí điều trị.

III. KẾT QUẢ**3.1. Giới tính và tuổi đối tượng nghiên cứu**

Biểu đồ 1: Tỷ lệ nam-nữ trong nghiên cứu

Nhận xét: - Bệnh nhân ung thư vòm mũi họng nam là 82,3%, nữ 17,7%.

- Tuổi: 47,2 (SD 16,5)

3.2. Sụt giảm trọng lượng cơ thể

Bảng 1: Mức độ sụt giảm trọng lượng cơ thể

Mức độ sụt giảm trọng lượng cơ thể	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Trên 10% trọng lượng cơ thể trong một tháng	67	55,8
5 – 10% trọng lượng cơ thể trong một tháng	39	32,5
Dưới 5% trọng lượng cơ thể trong một tháng	14	11,7

Nhận xét: Số bệnh nhân sụt giảm trên 10% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng chiếm 55,8%, giảm 5 -10% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng là 32,5%, giảm dưới 5% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng là 11,7%.

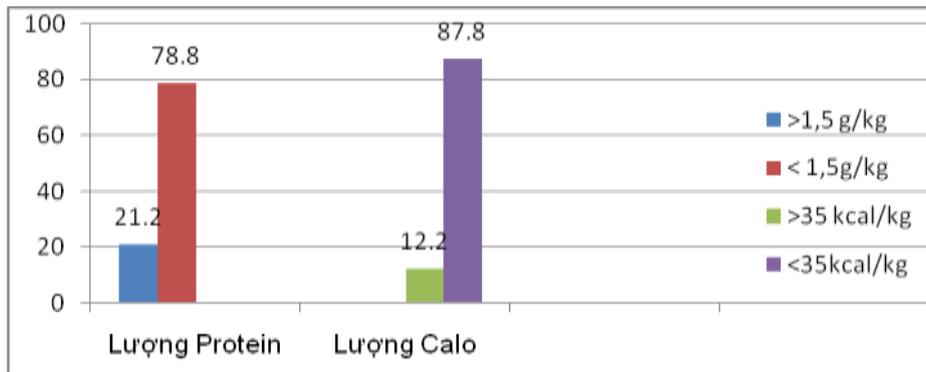
3.3. Chỉ số Boddy mass index (BMI)

Bảng 2: Chỉ số (BMI) của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng trong nghiên cứu

BMI	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 18,5 kg/m ²	69	57,5
18,5 – 24,9 kg/m ²	40	33,3
> 25 kg/m ²	11	9,2

Nhận xét: Chỉ số (BMI) của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng < 18,5 kg/m², 18,5 – 24,9 kg/m², > 25 kg/m².

3.4. Lượng Protein và lượng Calo đưa vào cơ thể cho bệnh nhân NPC



Biểu đồ 2: Lượng Protein và lượng Calo đưa vào cơ thể cho bệnh nhân NPC

Nhận xét: Lượng Protein đưa vào cơ thể bệnh nhân ung thư vòm 78,8% dưới 1,5g/kg, 21,2% trên 1,5g/kg, lượng Calo đưa vào cơ thể trên 35kcal/kg là 12,2%, và 87,8% dưới 35 kcal/kg.

3.5. Các yếu tố ảnh hưởng tới dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng

Bảng 3: Một số yếu tố ảnh hưởng tới dinh dưỡng của bệnh nhân NPC

Các yếu tố ảnh hưởng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chứng chán ăn	16	13,3
Nuốt khó	89	74,2
Nuốt đau	97	80,8
Nôn	51	42,5

Nhận xét: Chứng chán ăn 13,3%, nuốt khó 74,2%, nuốt đau 80,8%, nôn 42,5%.

3.6. Ảnh hưởng của các giai đoạn ung thư lên các thông số dinh dưỡng

Bảng 4: Ảnh hưởng của các giai đoạn ung thư lên các thông số dinh dưỡng

Thông số	Giai đoạn I -II	Giai đoạn III - IV	P
BMI trung bình (SD)	22,3 (2,1)	21,2 (2,7)	0,427
Albumin trung bình (SD)	38,5(7,6)	36,5 (7,9)	0,626
Kcal trung bình (SD)	39,2 (6,1)	34,5 (13,3)	0,557
Protein g/kg	1,4 (0,3)	1,03 (0,34)	0,039
	Giai đoạn I - III	Giai đoạn IV	
BMI trung bình (SD)	23,1 (2,0)	20,8 (2,6)	0,0046
Albumin trung bình (SD)	41,8 (6,9)	35,3 (7,5)	0,0067
Kcal trung bình (SD)	40,3 (9,7)	38,7(8,4)	0,5589
Protein g/kg	1,33 (0,36)	1,13 (0,51)	0,0751
	IVB và muộn hơn	IVC	
BMI trung bình (SD)	21,6 (2,4)	19,3(2)	0,0186
Albumin trung bình (SD)	37,7 (7,6)	29(4,6)	0,0046
Kcal trung bình (SD)	38,9(9,5)	34,7(6,3)	0,262
Protein g/kg	1,31(0,34)	1,09 (0,28)	0,1072

Nhận xét: BMI trung bình (SD) Giai đoạn I - II 22,3 (2,1) Giai đoạn III - IV 21,2 (2,7) Albumin trung bình (SD) Giai đoạn I -II 38,5(7,6) Giai đoạn III - IV 36,5 (7,9) Kcal trung bình (SD)) Giai đoạn I -II 39,2 (6,1) Giai đoạn III - IV 34,5 (13,3) Protein g/kg) Giai đoạn I -II 1,4 (0,3) Giai đoạn III - IV 1,03 (0,34).

BMI trung bình (SD) IVB và muộn hơn 21,6 (2,4) IVC 19,3(2) Albumin trung bình (SD) IVB và muộn hơn 37,7 (7,6) IVC 29(4,6) Kcal trung

bình (SD) IVB và muộn hơn 38,9(9,5) IVC 34,7(6,3), Protein g/kg IVB và muộn hơn 1,31(0,34) IVC 1,09 (0,28).

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân ung thư vòm mũi họng nam là 82,3%, nữ 17,7%. Tuổi trung bình là 47,2 (SD 16,5). Hockenbery DM [1] Jager-Wittenar H [5] bệnh nhân nam/nữ 2,5/1, độ tuổi trung bình 49,3 (SD 12,6).

Số bệnh nhân sụt giảm trên 10% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng chiếm 55,8%, giảm 5-10% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng là 32,5%, giảm dưới 5% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng là 11,7%. Capuano G và cộng sự trong nghiên cứu 709 bệnh nhân nhận thấy tình trạng dinh dưỡng trước điều trị có mối liên quan mật thiết với chất lượng sống của bệnh nhân sau điều trị cũng như làm giảm số ngày phải nằm viện [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân có chỉ định điều trị hóa xạ trị đồng thời diễn biến khả quan sau điều trị ở nhóm có giảm dưới 5% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng. Với nhóm sụt giảm trên 10% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng, việc điều trị đồng thời nên cân nhắc vì số bệnh nhân này có tới 43,6% tử vong ngay trong thời gian điều trị, thời gian nằm viện kéo dài trên 4 tuần, chất lượng cuộc sống sau điều trị không ổn định.

Chỉ số (BMI) của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng < 18,5 kg/m², 18,5 – 24,9 kg/m², > 25 kg/m². Lượng Protein đưa vào cơ thể bệnh nhân ung thư vòm 78,8% dưới 1,5g/kg, 21,2% dưới 1,5g/kg, lượng Calo đưa vào cơ thể trên 35kcal/kg 12,2%, và 87,8% dưới 35 kcal/kg. Như vậy bệnh nhân ung thư vòm thường có tình trạng suy dinh dưỡng nặng do chứng chán ăn 13,3%, nuốt khó 74,2%, nuốt đau 80,8%, nôn 42,5%. Ở giai đoạn II, IV lượng Calo và protein đưa vào cơ thể có giá trị quyết định phương pháp điều trị hơn là chỉ số BMI [7].

Tình trạng suy dinh dưỡng gặp ở mọi giai đoạn của ung thư vòm mũi họng tuy nhiên ở giai đoạn I, II và III còn tương đối ổn định. BMI trung bình (SD) Giai đoạn I -II 22,3 (2,1) Albumin trung bình (SD) Giai đoạn I -II 38,5 (7,6) Protein g/kg Giai đoạn I -II 1,4 (0,3). Đây là giai đoạn mà cơ thể bệnh nhân có thể điều trị được theo phác đồ đa mô thức [5][6]. Tuy nhiên ở giai đoạn muộn hơn: IV, IVB và IVC 87,8% bệnh nhân ở tình trạng suy dinh dưỡng nặng, việc đưa ra phương pháp điều trị đa mô thức là không thể thực hiện được. Những bệnh nhân này cần có chế độ dinh dưỡng đặc biệt trước khi bắt đầu điều trị thật sự. BMI trung bình (SD) IVB và muộn hơn 21,6 (2,4) IVC 19,3(2) Albumin trung bình (SD) IVB và muộn hơn 37,7

(7,6) IVC 29(4,6) Kcal trung bình (SD) IVB và muộn hơn 38,9(9,5) IVC 34,7(6,3), Protein g/kg IVB và muộn hơn 1,31(0,34) IVC 1,09 (0,28) [4].

V. KẾT LUẬN

Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước điều trị ung thư vòm mũi họng ảnh hưởng đến quyết định phương pháp điều trị cho bệnh nhân ung thư vòm. Với trình trạng suy dinh dưỡng nặng không nên điều trị phối hợp điều trị đa phương thức. Nên cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân ung thư vòm trước điều trị để tăng đáp ứng điều trị cũng như tỷ lệ sống cho bệnh nhân.

Lời cảm ơn: Trân trọng cảm ơn khoa ung bướu, khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, các bệnh nhân tham gia đã tạo điều kiện cho nhóm nghiên cứu hoàn thành đề tài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hockenbery DM, Tom M, Abikoff C et al (2013).** The Warburg effect and beyond: metabolic dependencies for cancer cells. *Cell Death in Biology and Dis-eases*;1:35–51.
2. **Capuano G, Gentile PC, Bianciardi F et al (2010).** Prevalence and influence of malnutrition on quality of life and performance status in patients with locally advanced head and neck cancer before treatment. *Support Care Cancer*;18(4):433–437.
3. **Evans WJ, Morley JE, Argilés J, et al (2008).** Cachexia: a new definition. *Clin Nutr.*; 27(6):793–799.
4. **Couch M, Lai V, Cannon T, et al (2007).** Cancer cachexia syndrome in head and neck cancer patients: part I. Diagnosis, impact on quality of life and survival, and treatment. *Head Neck*. 29(4):401–411.
5. **Jager-Wittenaar H, Dijkstra P, Arjan V, et al (2007).** Critical weight loss in head and neck cancer—prevalence and risk factors at diagnosis: an explorative study. *Support Care Cancer*.;15(9):1045–1050.
6. **Jayne J, Scrimgeour AG, Polhemus ME, et al (2011).** Dietary and socioeconomic correlates of nutritional status in a rural adult Kenyan population. *Global Development Network*.;11(4):5035.
7. **Gathere S, Mutuma G, Korir A, Musibi A (2011).** Head and Neck Cancers four year trend at the Nairobi Cancer Registry. *African Journal of Health Sciences*.;19: 30–35.

HIỆU QUẢ HOẠT ĐỘNG CAN THIỆP NÂNG CAO THỰC HÀNH CHĂM SÓC SƠ SINH CỦA CÁN BỘ Y TẾ XÃ VÀ HUYỆN,

TỈNH THANH HOÁ NĂM 2015-2016

Lương Ngọc Trương¹, Ngô Văn Toàn², Ngô Toàn Anh³TÓM TẮT⁷

Nghiên cứu được tiến hành tại 4 bệnh viện đa khoa huyện và 98 trạm y tế xã tại tỉnh Thanh Hoá từ tháng 4 năm 2015 đến tháng 3 năm 2016 với mục tiêu đánh giá hiệu quả hoạt động can thiệp nâng cao kiến thức chăm sóc sơ sinh tuyến huyện/xã tại tỉnh Thanh Hoá. Kết quả cho thấy tỷ lệ đạt của cán bộ y tế xã về thực hành chăm sóc sơ sinh đã tăng từ 60,4% trước can thiệp lên 68,6% sau can thiệp. Tỷ lệ đạt về thực hành chăm sóc sơ sinh của cán bộ y tế tuyến huyện tăng từ 46,3% trước can thiệp lên 55,6% sau can thiệp. Tỷ lệ cán bộ y tế xã xử trí đúng khi gặp các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh đã tăng từ 45% trước can thiệp lên 47,9% sau can thiệp. Sự thay đổi về thực hành cho con bú trong vòng 1h đầu sau sinh của cán bộ y tế huyện tăng từ 59,3% trước can thiệp lên 72,2% sau can thiệp. Hiệu quả thay đổi về thực hành cho con bú trong vòng 1h đầu sau sinh của CBYT xã 53,3% lên 66,9% nhóm can thiệp. Cần tiếp tục tăng cường công tác đào tạo bổ sung về chăm sóc sơ sinh tại khoa sản, khoa nhi cũng như tại trạm y tế xã và tăng cường đào tạo liên tục về chăm sóc sơ sinh thiết yếu và chăm sóc lồng ghép trẻ bệnh.

Từ khoá: Thực hành, dấu hiệu nguy hiểm, sơ sinh.

SUMMARY

**INTERVENTION EFFECTS TO IMPROVE
NEWBORN CARE PRACTICES AMONG
MEDICAL STAFFS IN DISTRICT AND
COMMUNES, THANH HOA PROVINCE IN
2015-2016**

The research was conducted at 4 district hospitals and 98 community health centers in Thanh Hoa province from April 2015 to March 2016 with the aim at evaluating the effectiveness of interventions to improve newborn care knowledge in district/commune in Thanh Hoa province. The result showed that prevalence of CHC staff who get good skill at newborn care practices has increased from 60,4% (before intervention) to 68,6% (after intervention). The rate on newborn care practices of health staffs at the district increased from 46.3% (before intervention) to 55.6% (after intervention). Percentage of CHC staff

who manage properly the danger signs of infant has increased from 45% (before intervention) to 47.9% (after intervention). The changing of practical knowledge about breastfeeding within 1 hour of birth of the district health staff increased from increased from 59.3% (before intervention) to 72.2% (after intervention). The effect of changes in the practice of breastfeeding within one hour of birth of CHC staff increased from 53,3% to 66,9% in intervention group. As can be seen that it should continue to strengthen additional training on neonatal care in obstetrics, pediatrics, as well as at commune health centers and strengthening ongoing training in essential newborn care and integrated medical health care for children

Keywords: Practice, danger signs, newborns

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong trẻ em đã giảm đáng kể từ 58/1000 năm 1990 xuống còn 23,3/1000 năm 2012 [1]. Tuy nhiên, tử vong sơ sinh giảm chậm và có sự khác biệt rất lớn giữa các vùng miền và tỷ lệ tử vong sơ sinh cao, đặc biệt là trong tuần đầu sau đẻ [1]. Chăm sóc sức khoẻ sơ sinh đã được nhà nước và ngành y tế quan tâm đặc biệt trong thập kỷ qua, tuy nhiên tốc độ giảm tử vong trẻ sơ sinh vẫn còn chậm hơn nhiều so với tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi và tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi. Theo báo cáo của Vụ Sức khoẻ trẻ em năm 2014, tỷ lệ tử vong sơ sinh đang chiếm khoảng 60% số tử vong trẻ dưới 5 tuổi và hơn 70% tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi [2]. Vì vậy, các can thiệp giảm tử vong sơ sinh vẫn cần được đặt ở vị trí ưu tiên hàng đầu trong các can thiệp về cứu sống trẻ em.

Vấn bản "Hướng dẫn tổ chức thực hiện đơn nguyên sơ sinh và góc sơ sinh tại các tuyến y tế" của Bộ Y tế ban hành năm 2011 là một văn bản pháp lý quan trọng nhằm cụ thể hóa Chỉ thị 04/BYT-CT về "tăng cường chất lượng chăm sóc và giảm tử vong sơ sinh" trong toàn quốc [3]. Để có thể thực hiện được các can thiệp nhằm cứu sống trẻ sơ sinh thì sự sẵn có nguồn nhân lực, vật lực và tài lực là rất quan trọng, đặc biệt nguồn nhân lực y tế. Trong điều kiện hiện nay, việc đào tạo cán bộ y tế tại Việt Nam vẫn còn những hạn chế nhất định ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ. Thanh Hóa là một trong những tỉnh thực hiện Chỉ thị 04/BYT-CT rất sớm ngay sau khi Chỉ thị được ban hành và đã giảm được

¹ Trung tâm CSSKSS Thanh Hoá

² Trường Đại học Y Hà Nội

³ Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lương Ngọc Trương.

Email: truongln_syth@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 04/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 15/12/2016

Ngày duyệt bài: 02/1/2017

đáng kể tỷ lệ tử vong sơ sinh. Tuy nhiên, việc triển khai các can thiệp về chăm sóc sơ sinh còn rất khó khăn ở các huyện miền núi, vì thế tỷ lệ tử vong còn cao ở các vùng này. Tại Việt Nam, trong những năm gần đây, mới chỉ có 1 số nghiên cứu tại một số tỉnh được thực hiện mô tả thực trạng kiến thức và thực hành chăm sóc sơ sinh ở một số tỉnh can thiệp của Quỹ dân số liên hiệp quốc và Tổ chức cứu trợ trẻ em quốc tế. Nhìn chung các kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức và thực hành của CBYT về CSSS chỉ đạt khoảng 10% và rất ít nghiên cứu can thiệp đánh giá hiệu quả sau can thiệp chăm sóc sơ sinh [4]. Chính vì vậy, đề tài được nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả đào tạo và giám sát nhằm nâng cao kiến thức, thực hành của cán bộ y tế xã và huyện tại tỉnh Thanh Hoá về chăm sóc sơ sinh thiết yếu và theo dõi xử trí các dấu hiệu nguy hiểm năm 2015- 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính theo công thức nghiên cứu can thiệp của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG):

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

Trong đó: n_1 : cỡ mẫu nghiên cứu nhóm đối chứng, n_2 : cỡ mẫu nghiên cứu nhóm can thiệp, α : mức ý nghĩa thống kê với $\alpha = 5\%$; Z_β lực mẫu ($\beta = 80\%$); p_1 : Tỷ lệ kiến thức đúng các hiểu biết dấu hiệu nguy hiểm 50%; p_2 : Tỷ lệ kiến thức đúng về dấu hiệu nguy hiểm trẻ sơ sinh kỳ vọng sau can thiệp (70%); p : Giá trị trung bình của p_1 và p_2 . Cỡ mẫu $n_1=n_2 = 384$. Kiến thức về chăm sóc sơ sinh được đánh giá bằng bảng hỏi

Là các cán bộ y tế tuyến cơ sở (bệnh viện huyện và trạm y tế xã) tại 4 huyện của tỉnh Thanh Hoá. Tại bệnh viện đa khoa huyện bao gồm các bác sỹ, hộ sinh, y sỹ sản nhi, điều dưỡng sản tại các khoa khám bệnh, khoa nhi, khoa cấp cứu, khoa sản. Tại trạm y tế bao gồm các bác sỹ, y sỹ sản nhi, hộ sinh, điều dưỡng.

2. Phương pháp nghiên cứu

- **Địa điểm nghiên cứu:** nhóm can thiệp tại 2 huyện Quan Sơn và Thọ Xuân. Nhóm đối chứng tại 2 huyện Thường Xuân, Yên Định.

- Thiết kế nghiên cứu

Thời gian thực hiện can thiệp 1 năm (tháng 4/2015- 3/2016). Trên cơ sở kết quả điều tra cơ bản xác định những vấn đề cần can thiệp trong đó lựa chọn 2 can thiệp chính là đào tạo về chăm sóc sơ sinh và giám sát thực hành chăm sóc sơ sinh. Thiết kế can thiệp cộng đồng, so sánh kết quả trước sau, nhóm chứng và nhóm can thiệp.

- Cỡ mẫu nghiên cứu

III. KẾT QUẢ

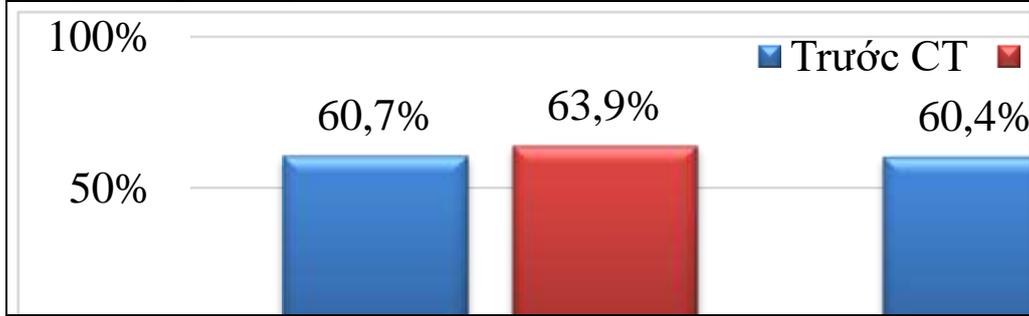
1. Một số đặc trưng cá nhân của cán bộ y tế

Bảng 1. Một số đặc trưng cá nhân của cán bộ y tế xã/ huyện

Yếu tố	Bệnh viện huyện		Trạm y tế xã		
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tuổi	<30	46	41,4	55	18,9
	>=30	65	58,6	236	81,1
Giới	Nam	29	26,1	99	34,0
	Nữ	82	73,9	192	66,0
Trình độ chuyên môn	Bác sỹ	20	18,0	48	16,5
	Điều dưỡng	42	37,8	16	5,5
	Nữ hộ sinh	30	27,0	61	21,0
	Khác	19	17,1	166	57,0
	Tổng	111	100	291	100

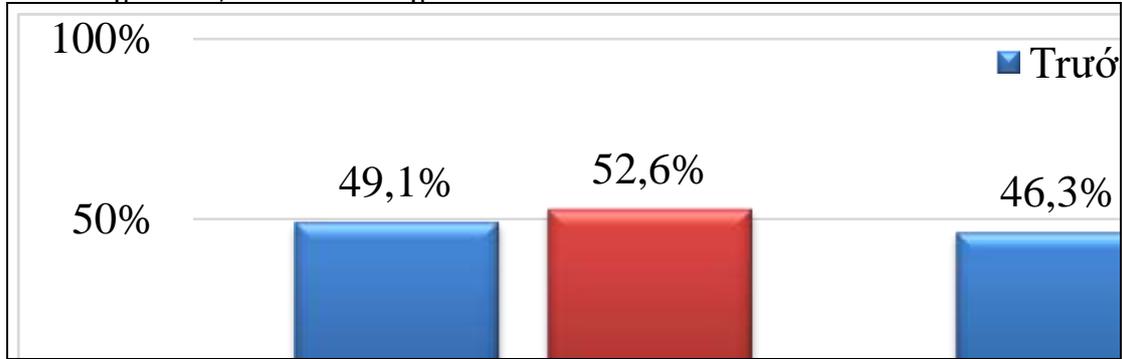
Bảng trên cho thấy đa số cán bộ y tế được nghiên cứu có độ tuổi từ 30 tuổi trở lên (74,9%), nữ giới chiếm tỷ lệ rất cao (70,6%). Trình độ bác sỹ chỉ chiếm 16,9%.

2. Hiệu quả nâng cao thực hành chăm sóc sơ sinh



Biểu đồ 1. Hiệu quả thay đổi về thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT tuyến xã

Kết quả cho thấy tỷ lệ đạt của cán bộ y tế xã về thực hành chăm sóc sơ sinh đã tăng từ 60,4% trước can thiệp lên 68,6% sau can thiệp.



Biểu đồ 2. Hiệu quả thay đổi về thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT huyện

Tỷ lệ đạt về thực hành chăm sóc sơ sinh của cán bộ y tế tuyến huyện tăng từ 46,3% trước can thiệp lên 55,6% sau can thiệp.

Bảng 3.1. Hiệu quả thay đổi về thực hành cho bú ngay trong giờ đầu sau sinh tại tuyến xã

Nội dung	Nhóm Đối chứng (n=122)		Nhóm can thiệp (n= 169)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	DC (%)	CT (%)		
Cho bú ngay trong giờ đầu	63,9	68,0	53,3	66,9	6,4	25,6	0,195	299
	P > 0,05		P<0,001					

Hiệu quả thay đổi về thực hành cho con bú trong vòng 1h đầu sau sinh của CBYT xã 53,3% lên 66,9% nhóm can thiệp.

Bảng 2. Hiệu quả thay đổi về thực hành cho bú ngay trong giờ đầu sau sinh tại Bệnh viện huyện

Nội dung	Nhóm Đối chứng (n= 57)		Nhóm can thiệp (n= 54)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	DC(%)	CT(%)		
Cho bú ngay trong giờ đầu	61,4	64,9	59,3	72,2	5,7	21,9	0,223	283
	P > 0,05		P<0,001					

Sự thay đổi về thực hành cho con bú trong vòng 1h đầu sau sinh của cán bộ y tế huyện tăng từ 59,3% trước can thiệp lên 72,2% sau can thiệp.

Bảng 3. Hiệu quả thay đổi về xử trí đúng khi có dấu hiệu nguy hiểm ở trẻ sơ sinh của CBYT xã

Hiệu quả	Nhóm Đối chứng	Nhóm can thiệp	Chỉ số hiệu	P	CSHQ
----------	----------------	----------------	-------------	---	------

Tỷ lệ xử trí đúng	(n= 122)		(n= 169)		quả (CSHQ)		CT/ĐC	CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
	35,2	36,1	45,0	47,9	2,3	6,6	0,205	183
P >0,05		P <0.001						

Tỷ lệ cán bộ y tế xử trí đúng khi gặp các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh đã tăng từ 45% trước can thiệp lên 47,9% sau can thiệp.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy tỷ lệ đạt của cán bộ y tế xã về thực hành chăm sóc sơ sinh đã tăng từ 60,4% trước can thiệp lên 68,6% sau can thiệp chỉ số hiệu quả là 13,7%. Trong những năm qua dưới tác động của nhiều dự án quốc tế về đào tạo nâng cao chất lượng chăm sóc sơ sinh tại tuyến xã cũng như tuyến huyện tuy nhiên kết quả nghiên cứu sau can thiệp của các dự án này cho thấy, kiến thức, thực hành của cán bộ y tế về chăm sóc sơ sinh đều có tăng nhưng ở mức độ rất khác nhau. Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng mức độ kiến thức, thực hành chăm sóc sơ sinh tăng trung bình khoảng 10%/năm [5], [6]. Một nghiên cứu khác tại Lào cũng cho kết quả tương tự [7]. Tỷ lệ đạt về thực hành chăm sóc sơ sinh của cán bộ y tế tuyến huyện tăng từ 46,3% trước can thiệp lên 55,6% sau can thiệp. Các nghiên cứu đánh giá kết thúc dự án cũng cho kết quả tương tự tại các tỉnh dự án tại Thái Nguyên, Thừa Thiên Huế và Vĩnh Long năm 2012 cũng như tại 7 tỉnh thuộc chương trình hợp tác giữa Việt Nam và Quỹ Dân số liên hiệp quốc năm 2010 [6].

Tỷ lệ cán bộ y tế xã xử trí đúng khi gặp các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh đã tăng từ 45% trước can thiệp lên 47,9% sau can thiệp. Kết quả nghiên cứu cao hơn nghiên cứu tại tỉnh Đắk Lắk năm 2016 cho thấy tỷ lệ cán bộ y tế kể được các bước chăm sóc thiết yếu cho trẻ sơ sinh của các cán bộ y tế tại huyện và xã còn rất thấp, đặc biệt, không có cán bộ y tế nào kể được cả 8 bước về chăm sóc thiết yếu cho trẻ sơ sinh sau sinh. Kiến thức, thực hành của các nhân viên y tế về nhận biết và xử trí các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh còn thấp. Mặc dù sau can thiệp tỷ lệ cán bộ y tế phát hiện và xử trí đúng các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh tăng từ 45% trước can thiệp lên 47,9% sau can thiệp tuy nhiên tỷ lệ sau can thiệp vẫn còn dưới 50%. Kết quả nghiên cứu này hoàn toàn phù hợp với các kết quả nghiên cứu ở trong nước trong giai đoạn 2010-2013. Điều này cho thấy chất lượng nhân

lực cán bộ y tế tuyến huyện đặc biệt là tuyến xã còn hạn chế. Thực hành của các đối tượng nghiên cứu về chăm sóc trẻ sơ sinh thiết yếu ngay sau sinh còn thấp, mặc dù can thiệp sau 1 năm đã có sự tăng lên đáng kể về tỷ lệ cán bộ thực hành được cả 8 bước chăm sóc sơ sinh thiết yếu thì tỷ lệ này còn dưới 70% đối với nhóm cán bộ tuyến xã và dưới 50% đối với nhóm cán bộ y tế tuyến huyện. Sự thay đổi về thực hành cho con bú trong vòng 1h đầu sau sinh của cán bộ y tế huyện tăng từ 59,3% trước can thiệp lên 72,2% sau can thiệp. Hiệu quả thay đổi về thực hành cho con bú trong vòng 1h đầu sau sinh của CBYT xã 53,3% lên 66,9% nhóm can thiệp. Tại cả hai nhóm can thiệp là cán bộ y tế tuyến huyện và xã đều có sự thay đổi rõ rệt về tỷ lệ cán bộ thực hành cho trẻ bú sớm trong vòng 1h đầu sau sinh tuy nhiên tỷ lệ này. Kết quả này cũng tương tự kết quả điều tra của một số dự án tại tỉnh.

Qua nghiên cứu ta thấy rằng tỷ lệ thực hành về chăm sóc sơ sinh thiết yếu, phát hiện và xử trí các dấu hiệu nguy hiểm ở trẻ sơ sinh tại cả tuyến huyện và xã còn thấp. Kết quả nghiên cứu cũng không có sự khác biệt nhiều so với các đánh giá của dự án, báo cáo cùng kỳ trên đại bàn tỉnh. Điều này cho thấy thực trạng chăm sóc sơ sinh tại tuyến cơ sở còn chưa thực sự tốt.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy tỷ lệ đạt của cán bộ y tế xã về thực hành chăm sóc sơ sinh đã tăng từ 60,4% trước can thiệp lên 68,6% sau can thiệp. Tỷ lệ đạt về thực hành chăm sóc sơ sinh của cán bộ y tế tuyến huyện tăng từ 46,3% trước can thiệp lên 55,6% sau can thiệp. Tỷ lệ cán bộ y tế xã xử trí đúng khi gặp các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh đã tăng từ 45% trước can thiệp lên 47,9% sau can thiệp. Sự thay đổi về thực hành cho con bú trong vòng 1h đầu sau sinh của cán bộ y tế huyện tăng từ 59,3% trước can thiệp lên 72,2% sau can thiệp. Hiệu quả thay đổi về thực hành cho con bú trong vòng 1 giờ đầu sau

sinh của CBYT xã 53,3% lên 66,9% nhóm can thiệp. Sau can thiệp thiệp các tỷ lệ thực hành đều có sự tăng lên một cách đáng kể và có sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm chứng và nhóm can thiệp. Tuy nhiên kết quả về các thực hành chăm sóc sơ sinh và phát hiện và xử trí các dấu hiệu nguy hiểm sơ sinh còn rất thấp.

Trong thời gian tới cần tiếp tục đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn về kiến thức cũng như thực hành về chăm sóc sơ sinh. Đặc biệt là kèm cặp tại chỗ, giám sát hỗ trợ và đào tạo liên tục nhằm nâng cao kỹ năng thực hành các chăm sóc sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization and Save the Children (2013)**, Surviving the First day - State of the world's Mother 2013.
2. **Vụ Sức khỏe Bà mẹ trẻ em- Bộ Y tế (2014)**, "Báo cáo Tổng kết công tác Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản 2014 - Phương hướng nhiệm vụ 2015".

3. **Bộ Y Tế (2003)**, Chỉ thị 04/CT-BYT ngày 10 tháng 10 năm 2003 về việc tăng cường chất lượng chăm sóc sơ sinh nhằm giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh
4. **Save the Children International (2013)**, MCH report in three provinces in Vietnam, Hanoi, Vietnam.
5. **Lê Thiện Thái, Ngô Văn Toàn (2012)**, "Đánh giá hiệu quả các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao kiến thức và thực hành chăm sóc sơ sinh của các bà mẹ tại 3 tỉnh Thái Nguyên, Thừa Thiên-Huế, Vĩnh Long giai đoạn 2008- 2011", Tạp chí Y học Thực hành, tr. 16-21.
6. **Lê Anh Tuấn, Bùi Văn Nhơn, Ngô Văn Toàn et al (2012)**, "Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức và thực hành về làm mẹ an toàn cho các bà mẹ 15-49 tuổi tỉnh Bo li khám xay, Lào năm 2011", Tạp chí Y học Thực hành.
7. **Ngô Văn Toàn, Lương Ngọc Trương, Bùi Văn Nhơn (2015)**, "Kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm và thực hành chăm sóc sơ sinh của cán bộ y tế Bệnh viện huyện và Trạm Y tế tại tỉnh Thanh Hoá 2014-2015", Tạp chí Y học Thực hành, số 11/2015, tr. 135-138.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH GIÃN ĐỘNG MẠCH PHẾ QUẢN TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY Ở BỆNH NHÂN HO RA MÁU

Nguyễn Xuân Hiền*, Trần Văn Biên**

TÓM TẮT⁸

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh giãn động mạch phế quản trên chụp cắt lớp vi tính đa dây.
Phương pháp: Nghiên cứu mô tả 33 bệnh nhân có tổn thương ĐMPQ trên máy MSCT 64 dây tại khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 2-6/2016. **Kết quả:** cho thấy tổn thương hệ ĐMPQ chiếm tỷ lệ 75,76%, tập chung chủ yếu ở phổi phải với 40,6% và 34,4%. Số thân ĐMPQ tổn thương chủ yếu gặp ở nhóm tổn thương 1 thân với tỷ lệ 71,8%. Kích thước của ĐMPQ tổn thương từ 2 – 3mm chiếm 72,73%. Đa số ĐMPQ tổn thương thường xuất phát ngang vị trí D5 – D6 là 2,7%. Hình thái tổn thương của ĐMPQ là giãn và phình cuống 68,2%. Hình thái tổn thương của ĐM ngoài hệ PQ là tăng sinh mạch và tạo vòng nối với ĐMP. **Kết luận:** Chụp cắt lớp vi tính đa dây có thể xác định được các hình thái tổn thương ĐMPQ trong bệnh nhân ho ra máu do giãn phế quản.

SUMMARY

STUDY CHARACTERISTICS IMAGE OF DILATED BRONCHIAL ARTERIES ON MSCT FILM IN PATIENTS HEMOPTYSIS

Objective: describe some characteristics of dilated bronchial arteries on multislices CT scanner in patients hemoptysis. **Methods:** Descriptive study carried out in 33 patients with bronchial arteries injuries by using 64-slice MSCT scan at Bach Mai hospital from 2/2016-4/2016. The results reveal: the injury at bronchial arteries system is accounted for 75.76%, majority of them focus at right lung (40.6%), and 34.4% of patients have injury in both of lung. Bronchial arteries lesion encounter mainly in group of a trunk (71.8%). The size of lesion from 2-3mm occupy 72.73%. The majority of bronchial arteries injury is normally starting horizontal position with D5-D6 (72.7%). The shape of injury commonly are dilated and bulge stem (68.2%). The injury shape of artery beyond bronchial system are intense angiogenesis and create connection circle with pulmonary artery. Conclusion: MSCT-64 slices can detect all of vessels supply for bronchiectasis which cause hemoptysis.

*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiền

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các nguyên nhân gây ho ra máu, nguyên nhân do tổn thương các nhánh của động mạch phế quản và các nhánh thuộc động mạch phế quản chiếm khoảng 87 – 92% [10]. Kỹ thuật chụp động mạch phế quản trên hệ thống CLVT đa dãy số hóa xóa nền (Multislice computer tomography- MSCT64) bằng cách cung cấp lớp cắt mỏng, và dựng hình 3D ở các hướng khác nhau còn cho ta hình ảnh đầy đủ và chính xác hệ thống động mạch phế quản, cũng như nhánh động mạch phế quản bệnh lý liên quan tới ho ra máu. Đồng thời cung cấp những thông tin hữu ích cho bác sỹ Xquang can thiệp trong việc chụp chọc lọc động mạch phế quản.

Nhằm tìm hiểu và làm rõ đặc điểm hình ảnh giãn động mạch phế quản trên hệ thống máy MSCT 64 dãy. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh giãn động mạch phế quản trên phim chụp cắt lớp vi tính đa dãy ở bệnh nhân ho ra máu tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai" nhằm mục tiêu: *Mô tả hình ảnh giãn động mạch phế quản trên phim chụp CLVT đa dãy ở bệnh nhân ho ra máu tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai.*

III KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Tỷ lệ HRM do giãn ĐMPQ theo nhóm tuổi [7]

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
< 20	0	0,00
20-29	6	18,18
30-39	2	6,06
40-49	2	6,06
50-59	11	33,33
60-69	7	21,21
>70	5	15,16
Tổng	33	100

Nhận xét: Theo nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy, độ tuổi tập trung chủ yếu thuộc nhóm tuổi 50-59 (33,33%), trong đó tuổi thấp nhất 21, tuổi cao nhất 94. Tuổi TB $53.12 \pm 18,26$.

Nguyễn Văn Tý nghiên cứu 60 bệnh nhân ho ra máu có độ tuổi TB là $48,02 \pm 16,75$. Tuổi thấp nhất là 16 và tuổi cao nhất là 88 [2].

Botenga và cộng sự nghiên cứu 22 bệnh nhân ho ra máu có độ tuổi từ 18- 75 tuổi, tuổi TB 50 tuổi [3]. Dupre HJ và cộng sự nghiên cứu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 33 bệnh nhân có tổn thương ĐMPQ, ho ra máu, chụp ĐMPQ trên máy MSCT 64 dãy tại khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 2 năm 2016 đến tháng 6 năm 2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: những bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là ho ra máu được chỉ định chụp MSCT 64 dãy động mạch phế quản.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

+ **Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang.**

+ **Phân tích và xử lý số liệu: sử dụng phần mềm Microsoft Excel 2010**

2.3. Biên số nghiên cứu : tuổi, giới.

+ **Số động mạch tổn thương:** ĐMPQ, ĐM liên sườn...

+ **Vị trí ĐMPQ tổn thương:** phổi phải, phổi trái hoặc cả hai.

+ **Số lượng thân ĐMPQ bị tổn thương:** 1 thân, 2 thân hoặc >2 thân.

+ **Kích thước ĐMPQ tổn thương:** Từ 2 -3 mm hay >3 mm.

+ **Vị trí xuất phát của ĐMPQ (từ ĐMC ngực):** D4, D5 – D6 hay vị trí khác.

3.2. Đặc điểm hình ảnh ĐMPQBL

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo ĐMPQBL

48 bệnh nhân có độ tuổi TB 55,7 trong độ tuổi 20 -82 tuổi [5].

Giới: Nam 57,5 %. Nữ 42,5 %), tỷ lệ Nam/nữ: 1,36/1

Nguyễn Văn Tý: Nam là 61,7%. Nữ là 38,3 %. Dupre HJ nghiên cứu 48 trường hợp ho ra máu thì có 39 nam và 9 nữ, ngoài ra các tác giả khác cùng cho kết quả tương tự với tỷ lệ Nam/Nữ từ 1,6/1 đến 4/1 [5].

ĐM tổn thương	ĐMPQ	ĐM ngoài hệ phế quản	Tổn thương phổi hợp	Tổng
Số bệnh nhân (n)	25	1	7	33
Tỷ lệ (%)	75,76	3,03	21,21	100

Nhận xét: Bệnh nhân bị tổn thương ở ĐMPQ với 25 bệnh nhân (75,76%). Tổn thương phổi hợp chiếm 21,21%. Theo Nguyễn Văn Tý, trong số 60 bệnh nhân nghiên cứu có 70% nguyên nhân tổn thương xuất phát từ ĐMPQ. Grion J và cộng sự nghiên cứu trên 214 bệnh nhân nhận thấy bệnh nhân có tổn thương động mạch phế quản chính thức là 64%. 77 bệnh nhân 36% có ít nhất một động mạch ngoài hệ phế quản [6]. Goh PYT và cộng sự (2002) [7]. Trên chụp cắt lớp 38 động mạch phế quản (27 ĐMPQ chính và 11 ĐM ngoài hệ phế quản) được xác định là tổn thương. Trong đó 34 động mạch phế quản (25 ĐMPQ chính thức và 9 động mạch ngoài hệ phế quản) gây ho ra máu.

3.2.1. Tổn thương ĐM thuộc hệ ĐMPQ

Bảng 3.3. Phân bố ĐMPQBL theo vị trí tổn thương

Vị trí phổi có ĐMPQ tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phổi phải	14	42,43
Phổi trái	8	24,24
Hai phổi	11	33,33
Tổng	33	100

Nhận xét: Tổn thương phổi phải chiếm ưu thế với 42,43%. Tổn thương phổi trái 24,24%. Tổn thương cả hai phổi 33,33%. Nghiên cứu của Dư Đức Thiện kết quả [1] Tổn thương rải rác hai trường phổi 38%. Tổn thương một trường phổi phải 37,1%. Tổn thương lan tỏa một trường phổi trái 24, 8%.

Bảng 3.4. Số lượng thân ĐMPQ bị tổn thương

Thân ĐMPQ tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1 thân	23	71,8
2 thân	9	28,2
Trên 2 thân	0	0
Tổng	32	100

Nhận xét: Trong số 32 bệnh nhân có tổn thương ĐMPQ, có 23 bệnh nhân có 1 thân ĐMPQ tổn thương (71,8 %), 9 bệnh nhân có 2 thân ĐMPQ tổn thương (28,2%). Không có trường hợp nào tổn thương trên 2 thân. Nguyễn Văn Tý nghiên cứu 57 bệnh nhân có thân ĐMPQ tổn thương. Trong đó 49,1 % trường hợp có 1 thân ĐMPQ giãn, 33,3% trường hợp có 2 thân ĐMPQ giãn, và tổn thương trên 2 thân ĐMPQ chiếm 17,6% [2].

Bảng 3.5. Kích thước của ĐMPQBL (n =44)

Kích thước ĐMPQBL	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
2 – 3 mm	32	72,73
>3 mm	12	27,27
Tổng	44	100

Nhận xét: Kích thước của ĐMPQBL từ 2 – 3mm chiếm 72,73%. Kích thước của ĐMPQBL >3 chiếm 27,27%. Nghiên cứu của chúng tôi thấy: Đường kính lớn nhất là 5mm, đường kính nhỏ nhất là 2,2mm. Kích thước thân động mạch chúng tôi chia thành hai mức bởi vì theo một số tác giả trong và ngoài nước đều cho rằng khi động mạch phế quản lớn hơn 2mm là có tổn thương và trên 3mm được coi là động mạch phế quản bệnh lý.

Bảng 3.6: Vị trí xuất phát của các ĐMPQBL (từ ĐMC)

Vị trí xuất phát của các ĐMPQ	Số ĐM	Tỷ lệ %
D4	9	20,4
D5-6	32	72,7
Vị trí khác	3	6,9
Tổng	44	100

Nhận xét: Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy các ĐMPQBL chủ yếu xuất phát ngang mức D5 – D6 (72,7%). Xuất phát ngang mức D4 ít gặp hơn với 20,4%. 3 trường hợp ĐMPQBL xuất phát từ vị trí khác (6,9%).

Nguyễn Văn Tý, 73,2% động mạch phế quản xuất phát từ thân động mạch chủ ngực ở ngang mức đốt sống D5-6; 23,7% xuất phát từ ngang mức D4, 3,1% xuất phát ở các vị trí khác [2].

Lenke J.C và cộng sự (2007), phần lớn các động mạch phế quản xuất phát từ quai động

mạch chủ xuống ngang mức đốt sống D5- D6. Các động mạch xuất phát ngoài vị trí trên được gọi là các động mạch phế quản phát sinh bất thường có tần xuất từ 8,3-35%.

Caudwell và cộng sự nghiên cứu trên 214 bệnh nhân nhận thấy hầu hết bệnh nhân có động mạch phế quản xuất phát ngang vị trí D5-D6 chiếm 74% (92/124 bệnh nhân) [4].

Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy rằng ĐMPQBL chủ yếu xuất phát từ ĐMC ngang mức D5 – D6.

Bảng 3.7. Các tuýp của động mạch phế quản(theo Cauldwell)

Tuýp	Đặc điểm từng tuýp ĐMPQ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	2 ĐMPQ trái + 1 thân ĐMPQ phải	16	48,49
2	1 ĐMPQ trái + 2 thân ĐMPQ phải	7	21,21
3	2 ĐMPQ trái + 2 thân ĐMPQ phải	8	24,24
4	1 ĐMPQ trái + 2 thân ĐMPQ phải	2	6,06
Tổng		33	100

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi tuýp 1 gặp nhiều nhất 48,49%. Tuýp 2 là 21,21%. Tuýp 3 và 4 lần lượt là 24,24% và 6,06%.

Theo Caudwel (1948) nghiên cứu thấy tuýp 1 chiếm 40,6%, tuýp 2 chiếm 21,3%, tuýp 3 chiếm 20,6% và tuýp 4 chiếm 9,7% [4].

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tý cho thấy tuýp 1 gặp nhiều nhất 36,9%, tít 2 chiếm 31,6%, tít 3 và 4 chiếm tỷ lệ thấp hơn (19,2% và 12,3%) [2].

Bảng 3.8. Hình thái tổn thương của ĐMPQBL

Dấu hiệu tổn thương của ĐMPQ	ĐMPQ tổn thương	
	Số lượng ĐMPQBL (n)	Tỷ lệ (%)
Giãn và phình cuống ĐM	30	68,2
Thân ĐM giãn ngoằn ngoèo, xoắn vặn	9	20,5
Mạch ngoại vi giãn thành búi	1	2,3
Tổn thương phối hợp	4	9
Tổng	44	100

Nhận xét: Kết quả của chúng tôi nhận thấy, trong số các ĐMPQ tổn thương hình thái giãn và phình cuống ĐM hay gặp nhất chiếm 68,2%. Hình thái tổn thương thân ĐM kéo dài, xoắn vặn chiếm 20,5% và tổn thương ngoại vi giãn thành búi chiếm 2,3 %. Tổn thương phối hợp chiếm 9%, trong đó chủ yếu bắt gặp kết hợp giữa tổn thương giãn phình cuống với thân ĐM kéo dài xoắn vặn. Theo Dư Đức Thiện nghiên cứu 108 bệnh nhân trên chụp mạch nhận thấy: Giãn và phình cuống động mạch chiếm 93,5% (101/108 BN), kéo dài và xoắn vặn thân động mạch 97,2% (105/108 bệnh nhân). Mạch ngoại vi giãn thành búi 94,4%(102/108 BN) [1].

3.2.2. Tổn thương động mạch ngoài hệ phế quản

Bảng 3.9. ĐM bệnh lý xuất hiện từ các ĐM ngoài hệ phế quản (n=10)

Vị trí xuất phát	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
ĐM liên sườn	5	50
Thân sườn cổ	1	10
ĐM hoành dưới	4	40
Tổng	10	100

Nhận xét: Các động mạch ngoài hệ phế quản về vị trí xuất phát chia thành 3 nhóm. Nhóm xuất phát từ động mạch liên sườn 50%. Nhóm có các nhánh xuất phát từ động mạch

dưới đòn và động mạch nách như ĐM ngực trên, ĐM ngực ngoài, ĐM vú trong, Thân sườn cổ, thân giáp cổ chiếm 10%. Nhóm xuất phát từ động mạch chủ bụng như nhánh của động mạch

hoành dưới chiếm 40%. Trong số vị trí các mạch ngoài phế quản tham gia cấp máu, chúng tôi nhận thấy vị trí xuất phát hay gặp nhất là động mạch liên sườn, tiếp theo là động mạch hoành dưới.

Theo Leneke J. C. Hartemann và cộng sự nghiên cứu trên 214 bệnh nhân nhận thấy có 147 động mạch ngoài hệ phế quản đã được mô tả, trong đó xuất phát từ động mạch liên sườn

chiếm 19%, các nhánh từ động mạch dưới đòn chiếm 10,5%, các nhánh từ động mạch hoành dưới là 8,5%.

Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt về tần suất xuất hiện của các ĐM ngoài PQ với các tác giả khác. Việc này có thể được lý giải do số lượng bệnh nhân của chúng tôi ít hay sự khác biệt về vị trí địa lý, thời gian nghiên cứu...

Bảng 3.10. Đặc điểm hình ảnh của các ĐM ngoài hệ phế quản (n=10)

Dấu hiệu	Số ĐMPQBL	Tỷ lệ %
ĐMPQ Tăng sinh mạch	4	40
Vòng nối với ĐMP	4	40
Phòng động mạch	2	20
Tổng	10	100

Nhận xét: Trong số bệnh nhân được nghiên cứu chúng tôi nhận thấy dấu hiệu tăng sinh mạch và vòng nối với ĐMP đều bắt gặp với tỷ lệ bằng nhau là 40%. Sau đó đến dấu hiệu phòng động mạch với tỷ lệ 20%. Chúng tôi không bắt gặp trường hợp nào có hình ảnh tăng sinh giả u.

IV.KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 33 bệnh nhân với 44 ĐMPQ và 10 ĐM ngoài PQ tổn thương, xác định là ho ra máu được chỉ định chụp cắt lớp vi tính 64 dãy có tiêm thuốc chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tổn thương hệ ĐMPQ chiếm tỷ lệ cao 75,76%.
- Tổn thương chủ yếu tập chung ở phổi phải với 13/33 bệnh nhân (40,6%), và 34,4% bệnh nhân có tổn thương cả hai phổi.
- Số thân ĐMPQ tổn thương chủ yếu gặp ở nhóm tổn thương 1 thân với tỷ lệ 71,8 %.
- Kích thước của ĐMPQ tổn thương chủ yếu từ 2 – 3mm (72,73%)
- Đa số ĐMPQ tổn thương thường xuất phát ngang vị trí D5 – D6 (72,7%)
- Hình thái tổn thương của ĐMPQ chủ yếu là giãn và phình cuống 68,2% và thân kéo dài xoắn vặn 20,5 %.
- Hay gặp nhất là ĐM liên sườn(50%), tiếp theo là ĐM hoành dưới(40%).
- Hình thái tổn thương chủ yếu của ĐM ngoài hệ PQ chủ yếu là tăng sinh mạch và tạo vòng nối với ĐMP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dur Đức Thiện (2003)**, "Nghiên cứu hình ảnh động mạch phế quản trong một số bệnh phổi mạn tính và khả năng gây tắc mạch điều trị ho ra máu", Luận án Tiến sĩ y khoa, Đại học Y Hà Nội. (-16)
2. **Nguyễn Văn Tý (2013)**, "Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính 64 dãy lồng ngực trên bệnh nhân ho ra máu", Luận văn Bác sỹ chuyên khoa II, Bệnh viện Bạch Mai.
3. **Botenga A.S.J(1970)** "Selective bronchial and intercosten arteriography" Leiden H.E, slenfert, Krosse19-70.
4. **Caudwell., Siekertrg et al (1948)** "The bronchial arteries; an anatomic studyof 150 humman cadavers" Surg Gynecol obstet 1948 apr 86(4): 395-412
5. **Dupree HJ., Lewejohann., Gleiss J., Muhl E., Bruch HP. (2001)**, "Fiberoptic bronchoscopy of intubated pateints with life-threatening hemoptysis", World J Surg ; 25:104-107
6. **Giron J., Sans N., Senac J. P. (1998)**. Manuel dimagerie thoracique. 2^e Edition, 1998, 337-348
7. **Goh PYT., Lia M., Teo N., Wong DES (2002)** "Embolisation for hemoptysis: a six year review" Cardiovasc Interven Radiol 25: 12 – 25

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG LO SỢ THEO DAS (DENTAL ANXIETY SCALE) TRƯỚC KHI CAN THIỆP PHẪU THUẬT RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI

Nguyễn Quang Bình*, Phạm Hoàng Tuấn*

TÓM TẮT⁹

Mục tiêu: Đánh giá mức độ lo sợ trước phẫu thuật răng khôn hàm dưới. **Đối tượng:** 162 bệnh nhân (nam: 111 và nữ: 51), tuổi từ 18 – 60, ASA I- II, tiến hành tại khoa Phẫu thuật Trong miệng. **Phương pháp:** Đánh giá mức độ lo sợ trước phẫu thuật theo thang điểm DAS của Corah: 20 điểm, trong đó: (< 4 điểm: không lo sợ; 4 – 8 điểm: lo sợ nhẹ; 9 – 12 điểm: lo sợ vừa; 13 – 20 điểm: lo sợ nặng). **Kết quả:** 88,27% lo sợ trước phẫu thuật răng khôn hàm dưới với các mức độ (41,98% nhẹ, 38,27% vừa, 8,02% nặng) và mức lo sợ trung bình là $9,04 \pm 3,65$ điểm. **Kết luận:** trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới hầu như bệnh nhân đều lo sợ trước phẫu thuật và ở mức lo sợ vừa.

Từ khóa: răng khôn, lo sợ, DAS

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE DENTAL ANXIETY SCALE BEFORE REMOVE WISDOM - TOOTH

Purpose: assessment of the dental anxiety scale before remove wisdom – tooth. **Participants:** 162 patients (male: 111 and female: 51), ASA I - II, age: 18 -60 in Oral surgery department. **Methods:** to measure anxiety scale before operation by CDAS with 20 points (in which: < 4 no anxiety, 4 -8 lower anxiety level, 9 – 12 moderate anxiety leved, 13 -20 high anxiety level). **Result:** 88,27 % patients indicated anxiety in 41,98 % lower level, 38,27 % moderate leved, 8,02 % high leved. Mean anxiety leved $9,04 \pm 3,65$ points. **Conclusion:** almost patients were nervous in moderate leved before remove wisdom - tooth.

Keywords: wisdom – tooth, anxiety, DAS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngậm chiếm một tỉ lệ khá cao khoảng từ 20 - 30%. Phẫu thuật răng khôn hàm dưới là một trong những can thiệp khó trong miệng, khi có chỉ định phẫu thuật loại bỏ răng khôn bệnh nhân thường có tâm lí lo sợ. Theo chẩn đoán thống kê về các rối loạn tâm lí cho biết lo sợ trong nha khoa là một trong những lo sợ thường gặp nhất và được xếp loại là lo sợ đặc biệt [1]. Việc đánh giá mức độ lo sợ trước phẫu thuật răng khôn giúp cho bác sĩ đưa ra biện pháp an thần thích hợp nhằm làm giảm tác hại của lo sợ trước phẫu thuật. Tuy nhiên, đánh giá mức độ lo sợ trong can thiệp nha khoa nói chung và trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới nói riêng ở Việt Nam đến nay vẫn

chưa có tác giả nào đề cập đến. Vì vậy, nghiên cứu đánh giá mức độ lo sợ trước can thiệp phẫu thuật răng khôn hàm dưới là cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu ở 162 bệnh nhân (111 nam và 51 nữ) có chỉ định phẫu thuật răng khôn hàm dưới, tuổi từ 18 – 60, tình trạng toàn thân ASA I – II.

Thực hiện tại khoa Phẫu thuật Trong miệng – Bệnh viện RHM trung ương Hà Nội từ 2/2009 đến 2/2010.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Phương tiện nghiên cứu:

- Sử dụng bảng điểm DAS (the dental anxiety scale) của Corah [3] được coi là " tiêu chuẩn vàng" để đánh giá mức độ lo sợ trước khi can thiệp nha khoa.

- Thang điểm DAS là 20 điểm với 4 câu hỏi trước khi can thiệp nha khoa và mỗi câu hỏi có 5 sự lựa chọn để trả lời tương ứng với 5 mức độ lo sợ khác nhau (từ 1 đến 5 điểm).

*Bệnh viện RHM TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Tuấn

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Bảng điểm đánh giá mức độ lo sợ trước phẫu thuật răng theo DAS	
Điểm	Nếu bạn phải đến gặp nha sĩ, bạn sẽ cảm thấy thế nào?
1.	Tôi sẽ mong đợi nó như là một trải nghiệm khá thú vị.
2.	Tôi sẽ không quan tâm gì hết.
3.	Tôi sẽ cảm thấy một chút khó khăn.
4.	Tôi sẽ e ngại rằng không được dễ chịu lắm và sẽ đau.
5.	Tôi sẽ rất sợ hãi về những việc nha sĩ sẽ làm.
	Trong khi bạn đợi đến lượt ở phòng khám răng, bạn thấy thế nào?
1.	Không lo sợ chút nào.
2.	Lo sợ một chút (không thoải mái).
3.	Bồn chồn.
4.	Lo sợ.
5.	Lo sợ đến mức vã mồ hôi hoặc gần như cảm thấy thực sự phát ốm.
	Khi bạn đã ngồi trên ghế răng và chờ đợi nha sĩ, bạn thấy thế nào?
1.	Không lo sợ chút nào.
2.	Lo sợ một chút (không thoải mái).
3.	Bồn chồn.
4.	Lo sợ.
5.	Lo sợ đến mức vã mồ hôi hoặc gần như cảm thấy thực sự phát ốm.
	Bạn đang trên ghế răng, chờ dụng cụ phẫu thuật, bạn thấy thế nào?
1.	Không lo sợ chút nào.
2.	Lo sợ một chút (không thoải mái).
3.	Bồn chồn.
4.	Lo sợ.
5.	Lo sợ đến mức vã mồ hôi hoặc gần như cảm thấy thực sự phát ốm.

* *Cách thức đánh giá:* Thang điểm DAS của Corah có tối đa là 20 điểm và được đánh giá theo các mức độ lo sợ như sau:

- Dưới 4 điểm: mức không lo sợ
- Từ 4 – 8 điểm: lo sợ mức độ nhẹ
- Từ 9 – 12 điểm: lo sợ mức độ vừa

- Từ 13 – 20 điểm: lo sợ mức độ nặng

* *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

* *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 của bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới và tình trạng toàn thân (ASA)

Tuổi (năm)		Giới		ASA	
17 – 30 (%)	31 – 60 (%)	Nam (%)	Nữ (%)	I (%)	II (%)
119 (73,46)	43 (26,54)	111 (68,52)	51 (31,48)	143 (88,27)	19 (11,73)
p < 0,05		p < 0,05		p < 0,05	

* *Về tuổi:* ở 162 bệnh nhân phẫu thuật răng khôn hàm dưới cho thấy ở độ tuổi từ 17 - 30 tuổi (73,46%) chiếm tỉ lệ cao hơn có ý nghĩa (p < 0,05) so với độ tuổi 31 - 60 tuổi (26,54%). Để lí giải vấn đề này là do răng khôn bắt đầu thường mọc ở tuổi trưởng thành trên cung hàm do thiếu chỗ nên khi mọc dễ bị biến chứng lệch, ngầm và đau có chỉ định phẫu thuật, vì vậy ảnh hưởng không nhỏ đến thái độ lo lắng của bệnh nhân trước khi phẫu thuật.

* *Về giới tính:* tổng số bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 68,52% cao hơn có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) so với bệnh nhân nữ 31,48%. Giới tính cũng là yếu tố ảnh hưởng đến tinh thần, sức chịu đựng và mức độ lo sợ của bệnh nhân.

* *Về tình trạng sức khỏe (ASA):* trong tổng số 162 bệnh nhân ASA loại I (88,27%) cao hơn có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) so với ASA loại II (11,73%). Như vậy, hầu như các bệnh nhân đều có tình trạng toàn thân khỏe mạnh, không mắc

các bệnh kèm theo nào trầm trọng trước khi phẫu thuật.

3.2. Mức độ lo sợ của bệnh nhân trước phẫu thuật răng khôn hàm dưới

Bảng 2: Tỷ lệ và mức độ lo sợ trước phẫu thuật theo DAS của Corah

Mức lo sợ	BN (n = 162)	Tỷ lệ %
Không lo sợ:	19	11,73
Lo sợ:	143	88,27
- Nhẹ:	68	41,98
- Vừa:	62	38,27
- Nặng:	13	8,02
Mức lo sợ trung bình $\bar{X} \pm SD$	9,04 \pm 3,65 điểm.	

* *Mức độ lo sợ trước phẫu thuật*

Kết quả cho thấy điểm lo sợ trung bình trước phẫu thuật theo DAS ở 162 bệnh nhân là 9,04 \pm 3,65 điểm. Theo thang điểm DAS, điểm lo sợ trung bình trước phẫu thuật là mức lo sợ vừa. Như vậy, ở mức lo sợ này việc sử dụng an thần trong can thiệp phẫu thuật răng khôn hàm dưới là cần thiết. Jaakkola (2009) nghiên cứu đánh giá mức độ lo sợ nha khoa ở 26 bệnh nhân theo thang điểm DAS, kết quả cho thấy điểm lo sợ trung bình trước phẫu thuật là 8,60 \pm 2,50 điểm [4]. Kaakko (1998) cho biết điểm lo sợ trung bình trước phẫu thuật theo DAS là 8,90 \pm 3,40 điểm [5]. Kết quả nghiên cứu của các tác giả cho thấy mức lo sợ trước phẫu thuật nha khoa thường ở mức lo sợ vừa. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả. Như vậy, việc sử dụng an thần trước và trong khi phẫu thuật giúp cho bệnh nhân dễ chấp nhận điều trị, hạn chế việc né tránh hoặc từ chối các can thiệp phẫu thuật. Rasa Racciene (2004) nghiên cứu về mối liên quan giữa lo sợ nha khoa và lo sợ chung ở 557 bệnh nhân. Tác giả cho rằng lo sợ trong can thiệp nha khoa có liên quan đến nhiều đặc tính như: sự nhút nhát, lo sợ quá mức đến vấn đề không quan trọng, các kích thích răng cơ bản và lo sợ nhìn thấy kim gây tê. Tác giả kết luận rằng mức độ lo sợ chung có sự tương quan thuận với mức lo sợ nha khoa [7]. Như vậy, lo sợ trước can thiệp nha khoa là yếu tố bất lợi có thể dẫn đến việc từ chối điều trị và ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng của bệnh nhân.

* *Tỷ lệ số bệnh nhân lo sợ trước phẫu thuật:*

Kết quả cho thấy 88,27% số bệnh nhân phẫu thuật răng khôn hàm dưới bị lo sợ trước phẫu thuật, trong đó 41,98% lo sợ nhẹ, 38,27% lo sợ vừa và 8,02% lo sợ nặng. Neverlien (1990) nghiên cứu ở 1351 bệnh nhân cần can thiệp nha khoa cho biết tỷ lệ số bệnh nhân có mức lo sợ

theo DAS như sau: 64% lo sợ nhẹ, 28% lo sợ vừa, 8% lo sợ nặng [6]. Như vậy, kết quả của chúng tôi về tỷ lệ số bệnh nhân có mức lo sợ nhẹ thấp hơn, mức lo sợ vừa cao hơn và mức lo sợ nặng tương đương so với kết quả nghiên cứu của tác giả. Chanpong và CS (2005) nghiên cứu ở 1101 bệnh nhân cần can thiệp nha khoa cho thấy 49,2% từ chối ở thời điểm lo sợ nhất, chỉ có 5,2% không hoặc ít lo sợ [2]. Như vậy, lo sợ là yếu tố bất lợi trong can thiệp nha khoa. Timothy (2004) cho rằng mức lo sợ trước mổ tăng là yếu tố dự báo tăng sử dụng tổng liều thuốc an thần, thuốc tê và cũng là yếu tố dự báo tăng mức cử động trong mổ. Những bệnh nhân lo sợ mức độ nhiều trước khi mổ sẽ phải tăng liều an thần để duy trì mức an thần chấp nhận trên lâm sàng. Như vậy, việc sử dụng an thần trong quá trình can thiệp phẫu thuật sẽ làm giảm liều lượng thuốc tê, giảm cử động trong mổ và giảm lo sợ giúp cho bệnh nhân thoải mái để chấp nhận phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

Trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới hầu như các bệnh nhân đều lo sợ trước phẫu thuật và ở mức lo sợ vừa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Psychiatric Association (2000)**, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.; DSM-IV-TR), Washington DC.
2. **Chanpong B., Haas D. A., Locker D. (2005)**, "Need and demand for sedation or general anesthesia in dentistry: a national survey of the Canadian population", *Anesth Prog*, 52(1), pp. 3-11.
3. **Corah N. L. (1969)**, "Development of a dental anxiety scale", *J Dent Res*, 48(4), pp. 596.
4. **Jaakkola S., Rautava P., Alanen P., Aromaa M., et al (2009)**, "Dental fear: one single clinical question for measurement", *Open Dent J*, 3, pp. 161-6.

5. Kaakk T., Milgrom P., Coldwell S. E., Getz T., *et al* (1998), "Dental fear among university students: implications for pharmacological research", *Anesth Prog*, 45(2), pp. 62-7.
6. Neverlien P. O. (1990), "Assessment of a single-item dental anxiety question", *Acta Odontol Scand*, 48(6), pp. 365-9.
7. Raciene R. (2004), "Dental Fear Among Teenagers. Individual Anxiety Factors", *Baltic dental and maxillofacial journal*, 6, pp. 118-121.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CỦA BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG ĐOẠN BÀN LỀ NGỰC THẮT LƯNG MẤT VỮNG CÓ TỔN THƯƠNG TỬY KHÔNG HOÀN TOÀN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2016

Nguyễn Lê Bảo Tiến*, Đinh Ngọc Sơn*, Võ Văn Thanh*

TÓM TẮT¹⁰

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân chấn thương cột sống đoạn bàn lề ngực thắt lưng mất vững có tổn thương tửy không hoàn toàn **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả lâm sàng. **Kết quả:** 100% bệnh nhân có rối loạn cảm giác và rối loạn vận động, 61,8% BN có rối loạn cơ tròn. Tổn thương thần kinh theo ASIA: nhiều nhất là AIS_D chiếm 55,1%; AIS_C chiếm 32,6%, còn lại AIS_B chiếm 12,3%. X-quang và CLVT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán CTCS mất vững. Vị trí tổn thương có 85,4% tổn thương một đốt đơn thuần và 14,6% tổn thương hai đốt liên tiếp. Gặp nhiều nhất là tổn thương đốt sống L1 chiếm 48,3%, L2 chiếm 19,1%, T12 chiếm 15,7%, T1 gặp ít nhất 2,2%. Tỷ lệ hẹp ống sống càng nặng thì nguy cơ tổn thương thần kinh càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, chấn thương cột sống đoạn bàn lề ngực thắt lưng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, DIAGNOSTIC IMAGES OF THORACOLUMBAR INJURY AT THE VIETNAMESE GERMAN HOSPITAL IN 2016

Objective: To describe clinical features, imaging of patient instability thoracolumbar injury has not fully cord injury. **Methods:** A prospective study of the clinical description. **Results:** 100% of patients with disorders of sensation and movement disorders, 61.8% of patients with disorders of circular muscle. Nerve damage according ASIA: most are accounted for 55.1% AIS_D; Accounting for 32.6% AIS_C

remaining 12.3% AIS_B. X-rays and CT-scanner have an important role in the diagnosis of spinal instability. Position with 85.4% hurt a burning lesions and 14.6% pure burned two consecutive injuries. Meet at most lesions accounted for 48.3% vertebrae L1, L2 accounted 19.1%, accounting for 15.7% T12, T11 having at least 2.2%. The rate more severe spinal stenosis, the risk of nerve damage higher, the difference was statistically significant at $p < 0.05$.

Keywords: *clinical, diagnostic imaging, thoracolumbar injury.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống nói chung là loại chấn thương thường gặp trong tai nạn lao động, giao thông và sinh hoạt. Trong đó chấn thương cột sống ngực- thắt lưng (CTCSTL) chiếm tới 70%. Hậu quả nặng nề nhất của CTCSTL ở đoạn này là gây mất vững cột sống và tổn thương thần kinh, tuy không đe dọa đến tính mạng như CTCSTL cổ, nhưng để lại nhiều di chứng nặng nề ảnh hưởng đến khả năng lao động và sinh hoạt hàng ngày, làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tại Mỹ, mỗi năm được ghi nhận có khoảng 20-64/100.000 trường hợp bị CTCSTL [1]. Tại bệnh viện Việt Đức từ 1996 đến 9/1997 trong 20 tháng thống kê có 63 trường hợp CTCSTL, nhưng tới 2002-2003 chỉ trong một năm riêng số trường hợp CTCSTL ngực thắt lưng đã lên đến 106 trường hợp [2]. Tại bệnh viện Chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh, năm 2005 có 184 trường hợp chấn thương CSLTL trong tổng số 234 bệnh nhân bị CTCSTL điều trị tại viện [3]. Ngày nay nhờ sự tiến bộ của y học, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh ngày càng phát triển hoàn thiện như X-quang quy ước, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ giúp công tác chẩn đoán chấn thương cột sống có nhiều thuận lợi và chính xác hơn

*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Bảo Tiến

Email: drtienvnspine@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

[1],[3]. Nhóm chấn thương cột sống vùng bản lề ngực- thắt lưng có mất vững và liệt tủy không hoàn toàn chiếm tỷ lệ khá cao nhưng chưa có những đánh giá riêng đầy đủ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân chấn thương cột sống đoạn bản lề ngực thắt lưng mất vững có tổn thương tủy không hoàn toàn tại khoa Phẫu thuật cột sống - Bệnh viện Việt Đức*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 89 bệnh nhân bị chấn thương cột sống đoạn bản lề ngực thắt lưng mất vững có tổn thương tủy không hoàn toàn được điều trị phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật cột sống - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 9/2015 đến hết tháng 5/2016.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến 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

3.2 Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân trong nghiên cứu

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau lưng	89	100
Rối loạn cảm giác	89	100
Rối loạn vận động	89	100
Rối loạn cơ tròn	55	61.8
Rối loạn dinh dưỡng	0	0
Hội chứng sốc tủy	0	0
Hội chứng Brown – Séquard	4	4.5

Trong 89 bệnh nhân đều gặp các triệu chứng đau vùng lưng, có biểu hiện rối loạn vận động và cảm giác ở các mức độ khác nhau chiếm tỷ lệ 100%. Rối loạn cơ tròn gặp ở 55 trường hợp chiếm 61.8%.

Tổn thương thần kinh: Thương tổn thần kinh AIS_D chiếm tỷ lệ cao nhất 55,1% với 49 bệnh nhân. Thương tổn thần kinh AIS_C chiếm 32,6% với 29 bệnh nhân. Thương tổn thần kinh AIS_B chiếm 12,3% với 11 bệnh nhân

3.3 Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Bảng 3.4. Vị trí đốt sống tổn thương

Vị trí tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
T11	2	2.2
T11- T12	1	1.1
T12	14	15.7
T12- L1	8	9.0
L1	43	48.3
L1- L2	4	4.5
L2	17	19.1
Tổng số	89	100

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.

2.4 Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được nhập và phân tích theo phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong 89 bệnh nhân được nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 44.29 ± 13.95 , tuổi cao nhất, thấp nhất là 13. Nhóm tuổi lao động từ 20 đến 60 tuổi chiếm tới 87,6%, còn lại nhóm tuổi dưới 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,4% và nhóm tuổi trên 60 là 9,0%. Tỷ lệ nam/nữ là 1.87/1. Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn lao động (42,7%), tai nạn sinh hoạt chiếm 32,6% và tai nạn giao thông chiếm 24,7%.

Trong 89 bệnh nhân nghiên cứu có 13 bệnh nhân tổn thương 2 đốt sống chiếm 14,6%. Các trường hợp tổn thương 1 đốt sống có: Tổn thương ở vị trí L1 gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 48,3%. Tổn thương ở vị trí L2 chiếm tỷ lệ 19,1%. Tổn thương ở vị trí T12 chiếm tỷ lệ 15,7%. Tổn thương ở vị trí T11 chiếm tỷ lệ 2,2%.

Bảng 3.7. Đặc điểm tổn thương trên X-quang quy ước và CLVT

Loại tổn thương	Kỹ thuật	X-quang quy ước		CLVT	
		n	%	n	%
Vỡ thân		87	97.6	89	100
Vỡ cổng		6	6.7	16	18.0
Vỡ cung sau		4	4.5	48	53.9
Gãy mỏm gai		20	22.5	23	25.8
Gãy mỏm ngang		41	46.1	42	47.2
Vỡ mỏm khớp		3	3.4	11	12.4
Xương vỡ chèn ống tủy gây HOS		0	0	80	89.88

Tổn thương vỡ xương gây hẹp ống sống chỉ phát hiện trên CLVT gặp 80 trường hợp (89,88%), phim X-quang không đánh giá được. Vỡ cung sau trên X-quang có 4,5%, trên CLVT là 53,9%

Bảng 3.9. Liên quan giữa tổn thương thần kinh theo ASIA và mức độ hẹp ống sống trên CLVT

AIS	Hẹp ống sống <50%		Hẹp ống sống >50%	
	n	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %
AIS B	2	18.18	9	81.82
AIS C	14	51.85	13	48.15
AIS D	31	73.81	11	26.19
Tổng số	47	58.75	33	41.25

Nhóm bệnh nhân AIS_B có tới 9/11 bệnh nhân hẹp ống sống trên 50% chiếm 81,82%, trong khi nhóm AIS_D chỉ có 11/42 bệnh nhân có hẹp ống sống trên 50%. Nhóm có hẹp ống sống dưới 50% tỷ lệ AIS_B là 2/47 trong khi bên nhóm hẹp ống sống trên 50% là 9/33. Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê với p = 0,003.

Ngoài ra, có 16/79 bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ trước phẫu thuật. Tổn thương gặp nhiều nhất là đưng dập tủy 12/16 trường hợp (75%). Tổn thương tụ máu ngoài màng cứng, thoát vị đĩa đệm gặp 5 trường hợp chiếm 31,25%. Tổn thương phức hợp dây chằng phía sau gặp 11/18 trường hợp, trong đó đứt hoàn toàn có 4 trường hợp chiếm 25%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng

Đau vùng lưng là triệu chứng sớm nhất sau chấn thương cột sống và chiếm tỉ lệ cao. Có 100% bệnh nhân vào viện đều đau vùng lưng sau chấn thương, đây là triệu chứng chủ quan của người bệnh, khi khám có thể giúp định hướng vị trí tổn thương đốt sống. Theo Võ Xuân Sơn (1998) có 122/150 (82,7%) bệnh nhân chấn thương cột sống lưng- thắt lưng được phẫu thuật biểu hiện rối loạn cảm giác [4].

Trước phẫu thuật chúng tôi gặp 55/89 bệnh nhân (61,8%) có rối loạn cơ tròn, biểu hiện là rối loạn đại tiểu tiện, không có khả năng tự chủ, không có cảm giác muốn đi tiểu phải đặt sonde tiểu. Ngô Tuấn Tùng (2015) có 42,1% bệnh nhân rối loạn cơ tròn [5]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn có thể do đối tượng của chúng tôi đều là những trường hợp có tổn thương thần kinh.

Chúng tôi sử dụng bảng điểm vận động và cảm giác của Hội chẩn thương cột sống Mỹ (ASIA-2006), từ đó phân loại tổn thương thần kinh theo các mức độ khác nhau. Trong tổng số 89 bệnh nhân chấn thương cột sống đoạn bản lể ngực thắt lưng mất vững có liệt tủy không hoàn toàn tỷ lệ AIS_B là 11 trường hợp (12,3%), AIS_C là 29 trường hợp (32,6%), cao nhất là AIS_D với 49 trường hợp (55,1%).

4.2 Đặc điểm về chẩn đoán hình ảnh

- **X-quang:** Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều được chụp phim lấy đầy đủ đoạn cột sống tổn thương dựa vào định hướng trên lâm sàng ở hai tư thế thẳng và nghiêng. chúng tôi quan sát được vị trí tổn thương 1 đốt gặp nhiều nhất là L1 chiếm 48,3%, tiếp theo L2 chiếm 19,1%, T12 chiếm 15,7%, T11 gặp ít nhất 2,2%. Như vậy tỷ lệ tổn thương L1 cao hơn hẳn các vị

trí khác, kết quả tương tự với nghiên cứu của các tác giả khác. Nguyên nhân có thể giải thích là do L1 là vị trí bàn lề, vị trí chịu lực lớn nhất khi bị tác động với cả lực ép từ trên xuống và lực dồn lại từ dưới lên.

- **Chụp cắt lớp vi tính:** So với X-quang, phim chụp cắt lớp vi tính giúp chúng ta xác định được chính xác hơn các tổn thương vỡ xương, tình trạng khớp hay mảnh xương di lệch gây hẹp ống sống (bảng 3) Các tổn thương về xương thấy được trên gồm vỡ thân đốt sống gặp 100%, vỡ cung sau gặp 53,3%, gãy mòm ngang gặp 47,2%; gãy mòm gai gặp 25,8%, vỡ cuống sống gặp 18%, đặc biệt tổn thương gây hẹp ống sống do mảnh xương chèn phát hiện ở 80/89 bệnh nhân chiếm 89,88%.

Dựa vào bảng 3.9 chúng tôi thấy mức độ hẹp ống sống càng cao thì tỷ lệ tổn thương thần kinh càng nặng. Trong số 11 bệnh nhân AIS_B thì có tới 9 bệnh nhân hẹp ống sống trên 50% chiếm 81,82%, con số này ở nhóm AIS_D chỉ có 26,19%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ khi so sánh mức độ hẹp ống sống ở các nhóm tổn thương thần kinh khác nhau. Kết quả tương tự nghiên cứu của Robert Meves và cộng sự nghiên cứu 198 trường hợp khi ống sống bị hẹp 25%, 50% và 75% thì nguy cơ tổn thương thần kinh tương ứng là 12%, 41% và 78% [6].

- **Chụp cộng hưởng từ:** Các tổn thương phát hiện được thể hiện trong bảng 3.10 cho thấy ưu điểm của phim cộng hưởng từ khi phát hiện được những thương tổn không thể đánh giá được trên X-quang quy ước và CLVT. Đó là có 12 trường hợp có tổn thương đưng dập, đứt tủy, 5 trường hợp tụ máu ngoài màng cứng, 11 trường hợp tổn thương phức hợp dây chằng phía sau... Việc phát hiện tình trạng thương tổn tủy sống giúp ta có đầy đủ thông tin hơn, xác định được rõ thương tổn để từ đó đưa ra phương pháp điều trị phẫu thuật phù hợp đạt kết quả cao nhất.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là 44.29 ± 13.95 , gặp nhiều nhất ở lứa tuổi lao động từ 20 đến 60 với 87,6%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,87/1. Nguyên nhân chủ yếu do TNLD chiếm 42,7%, TNSH 32,6%.

Triệu chứng lâm sàng: 100% bệnh nhân có rối loạn cảm giác và rối loạn vận động, 61,8% BN có rối loạn cơ tròn.

Tổn thương thần kinh theo ASIA: nhiều nhất là AIS_D chiếm 55,1%; AIS_C chiếm 32,6%, còn lại AIS_B chiếm 12,3%.

X-quang và CLVT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán CTCS mất vững. Trong khi X-quang giúp đánh giá cột sống một cách tổng thể thì CLVT cho thấy chính xác tổn thương các thành phần của cột sống giúp phân loại Denis. Vị trí tổn thương có 85,4% tổn thương một đốt đơn thuần và 14,6% tổn thương hai đốt liên tiếp. Gặp nhiều nhất là tổn thương đốt sống L1 chiếm 48,3%, L2 chiếm 19,1%, T12 chiếm 15,7%, T11 gặp ít nhất 2,2%. Tỷ lệ hẹp ống sống càng nặng thì nguy cơ tổn thương thần kinh càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Knoeller S.M., Seifried C. (2000).** Historical Perspective: History of spinal surgery. *Spine*, 25 (21), 2838-2843.
2. **Nguyễn Lê Bảo Tiên (2004).** *Nghiên cứu kết quả phẫu thuật chấn thương gãy cột sống lưng-thắt lưng bằng vít qua cuống với dụng cụ Moss Miami tại bệnh viện Việt Đức*; Trường ĐH Y Hà Nội.
3. **Võ Văn Thành (2006).** Lịch sử hình thành và phát triển ngành cột sống Việt Nam trong hơn ba mươi năm qua (1975-2006) tại TP. Hồ Chí Minh, *Kỷ yếu hội nghị thường niên lần thứ XIII - Hội chấn thương chỉnh hình, Hội y học Tp. HCM*, 94-103.
4. **Võ Xuân Sơn (1998).** Áp dụng phương pháp Roy-Camille trong mổ chấn thương cột sống lưng- thắt lưng tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 6/1994 - 6/1996. *Tạp chí y học Việt Nam*, 6,7,8 (1998), 72-82.
5. **Ngô Tuấn Tùng (2015).** *Đánh giá kết quả phẫu thuật chấn thương cột sống đoạn bàn lề ngực - thắt lưng mất vững tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*, Đại học Y Hà Nội.
6. **Robert F., McLain (2006).** The biomechanics of long versus short fixation for thoracolumbar spine fractures. *Spine*, 31, 70-79.

THỰC TRẠNG MẤT RĂNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI QUẬN CẦU GIẤY, HÀ NỘI NĂM 2015

Nguyễn Xuân Thục*, Vũ Thị Hoa**, Lộc Thị Thanh Hiền**

TÓM TẮT¹¹

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng mất răng ở người cao tuổi (NCT) tại quận Cầu Giấy, Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Một điều tra cắt ngang được triển khai trên 160 người trên 60 tuổi tại hai phường Mai Dịch và Trung Hòa, quận Cầu Giấy Hà Nội để đánh giá thực trạng mất răng. Đối tượng được thăm khám lâm sàng để ghi nhận các chỉ số nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ mất răng chung của NCT là 80,6%, trong đó tỷ lệ mất răng của nam là 76,1%, của nữ là 82,5%. Tổng số răng mất của 160 NCT tham gia nghiên cứu là 778 chiếc. Số lượng răng mất chủ yếu ở nhóm răng hàm lớn với 363 chiếc (46,6%). Số răng mất trung bình một người là 6 chiếc. Trong 129 người mất răng, hệ số nhai còn lại $\geq 75\%$ với tỷ lệ 38,0%, hệ số nhai còn từ 0 - 24% chiếm tỷ lệ 17,8%, từ 25% - 49% chiếm 10,9%, còn từ 50% - 74% chiếm 33,3%. Phân loại hàm mất răng theo Kuorliandsky: Loại I chiếm nhiều nhất với 69 người, loại II, loại III, loại IV lần lượt là 38, 21 và 1 người. Tỷ lệ mất răng ở nhóm có trình độ học vấn dưới THPT là 88,9%, cao hơn nhóm có trình độ học vấn từ THPT trở lên (76,4%). Những người làm công chức, viên chức về hưu có tỷ lệ mất răng (78,2%) thấp hơn những người làm nông dân và nghề nghiệp khác. Những người chải răng ít nhất 2 lần/ngày, nguy cơ mất răng chỉ bằng 0,16 lần nguy cơ mất răng ở nhóm chải răng < 2 lần/ngày. Nguy cơ mất răng ở nhóm chải răng dọc kết hợp chải xoay tròn chỉ bằng 0,19 lần nguy cơ mất răng ở nhóm không chải răng hoặc chỉ chải răng ngang. **Kết luận:** Tỷ lệ mất răng chung của NCT tại Hà Nội là khá cao, đã làm giảm đáng kể chức năng nhai của NCT. Tuy nhiên, chải răng đúng cách và vệ sinh răng miệng thường xuyên đã làm giảm nguy cơ mất răng ở NCT một cách có ý nghĩa.

Từ khóa: người cao tuổi, tình trạng mất răng, hệ số nhai

SUMMARY**THE EDENTULOUS SITUATION OF THE ELDERLY IN CAU GIAY DISTRICT, HANOI 2015**

Objectives: to evaluate the edentulous condition of the elderly in Cau Giay district, Hanoi. **Subjects and methods:** a cross-sectional study was conducted on 160 people over 60 years old in two wards Mai Dich and Trung Hoa, Cau Giay district Hanoi to evaluate the edentulous condition of the elderly. The subjects were examined directly to take study indexes. **Results:** the general edentulous rate of the elderly accounted for 80.6%. Among them, edentulous rate of male 76.1% and female 82.5%. Total missing teeth of 160 elderly people were 778. The main number of

missing teeth was at the molar group with 363 teeth (46.6%). The mean of number of missing teeth was 6. In 129 edentulous people, the coefficient of remaining mastication $\geq 75\%$ accounting for 38.0%, from 0 - 24% accounting for 17.8%, from 25 - 49% accounting for 10.9% and from 50 - 74% accounting for 33.3%. Missing teeth classification by Kuorliandsky: class I was the highest with 69 people, class II, III, IV in turn with 38, 21, 1. The percentage of missing of the elderly with under high school level accounted 88.9% higher than the others with high school and over level (76.4%). Retired civil servicers and retired officials had missing rate (78.2%) lower than the others as farmers or other professions. People brushing teeth at least 2 time per day, missing risk only 0.16 times in comparison with group of brushing under 2 times per day. Missing risk of group with vertical and turn around brushing combination was 0.19 times in comparison with group of non-brushing or horizontal only. **Conclusions:** the general edentulous rate of the elderly in Hanoi was too high, so remarkably reduced the elderly's chewing function. However, brushing in the right way and keeping oral hygiene frequently reduced missing risk of the elderly significantly.

Key words: the elderly, edentulous condition, coefficient of mastication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng bệnh tật ở người cao tuổi là vấn đề sức khỏe đáng báo động. Theo nghiên cứu của Viện Chính sách và Chiến lược Y tế tiến hành tại 3 tỉnh ở Việt Nam năm 2007, có 70% người cao tuổi mắc triệu chứng hay bệnh mạn tính, trong đó 42% bị đau khớp, 28% tăng huyết áp, đau lưng chiếm 21%, các bệnh về mắt chiếm tỷ lệ 25%, và bệnh không nhiễm trùng xảy ra chủ yếu ở người cao tuổi [1]. Theo điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc (2002), số răng mất của người trên 45 tuổi là 6,6 cao gấp 3 lần so với số răng sâu [2]. Tác giả Phạm Văn Việt cũng cho thấy người cao tuổi ở Hà Nội có tỷ lệ mất răng cao chiếm 91,1% [3]. Với tình hình trên, chính phủ và nhà nước cần có những chính sách và chiến lược chăm sóc sức khỏe phù hợp cho người cao tuổi nhằm giảm áp lực "già hóa dân số" đang ngày càng đè nặng lên xã hội.

Hà Nội là thủ đô của Việt Nam, là trung tâm kinh tế, văn hóa, xã hội của cả nước. Các cơ sở hạ tầng, dịch vụ được đầu tư phát triển, đời sống của người dân được quan tâm hơn. Với mục đích đánh giá công tác chăm sóc sức khỏe răng miệng, xây dựng mô hình bệnh tật của người cao tuổi trên địa bàn Hà Nội, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đạt mục tiêu "Đánh giá tình trạng mất răng ở người cao tuổi quận Cầu Giấy, Hà Nội năm".

*Bệnh viện Bạch Mai

**Trường ĐHY Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thực

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

2.1.1. Địa bàn nghiên cứu: phường Mai Dịch và phường Trung Hòa - Cầu Giấy - Hà Nội

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu:

Các đối tượng không phân biệt giới tính, có độ tuổi từ 60 tuổi trở lên, đang sinh sống tại phường Mai Dịch và Trung Hòa, quận Cầu Giấy, thành phố Hà Nội.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2014 đến tháng 05/2015.

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: Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên đơn lấy 2 phường Mai Dịch và Trung Hòa, lập danh sách NCT ở 2 phường này. Mỗi phường lấy 80 NCT cũng theo cách chọn mẫu ngẫu nhiên đơn "công liền công", đến khi đạt được cỡ mẫu theo yêu cầu của nghiên cứu.

2.2.3. Tiến hành nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng ghi nhận các chỉ số nghiên cứu bao gồm: tình trạng mất răng

và một số liên quan như: trình độ học vấn, nghề nghiệp, thói quen vệ sinh răng miệng.

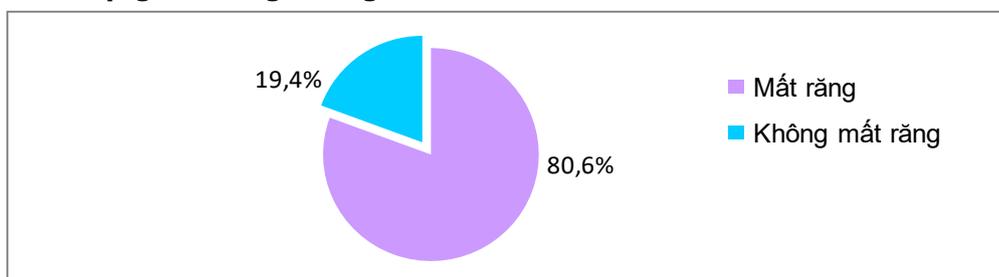
2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phương pháp toán thống kê y học và các test thống kê y học với mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Độ tuổi trung bình là 70. Tỷ lệ nữ (71,3%) cao hơn gấp 2,5 lần so với tỷ lệ nam (28,8%). Số người trong các độ tuổi 60 - 64, 65 - 74, ≥ 75 là tương đương nhau, lần lượt chiếm 31,88%, 36,88% và 31,25%. Đa số, NCT làm nông dân và các nghề khác như công nhân, nội trợ, buôn bán ... (65,6%), tỷ lệ NCT trước đây là công chức, viên chức chiếm 34,4%. Tỷ lệ NCT có trình độ từ THPT trở lên tương đối cao (66,3%), tỷ lệ NCT có trình độ dưới THPT lại khá thấp (33,8%). Phần lớn, NCT đều ý thức được việc chải răng ít nhất 2 lần/ ngày (74,4%), song chủ yếu vẫn là thói quen không chải răng hoặc chỉ chải răng ngang, phương pháp chải răng này chiếm 69,4%.

3.2. Tình trạng mất răng của người cao tuổi.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ mất răng chung ở NCT

Nhận xét: Kết quả cho thấy, trong 160 NCT được khám răng, có 80,6% NCT bị mất răng, không mất răng chiếm tỷ lệ 19,4%.

Bảng 3.1. Số răng mất theo vị trí răng của NCT

Vị trí mất răng	Số răng mất	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hàm trên	400	51,4
Hàm dưới	378	48,6
Nhóm răng trước	231	29,7
Nhóm răng hàm nhỏ	184	23,7
Nhóm răng hàm lớn	363	46,6
Tổng hai hàm	778	100

Nhận xét: Số răng mất ở hàm trên là 400 chiếc (chiếm 51,4%), số răng mất ở hàm dưới là 378 chiếc (48,6%). Mất răng chủ yếu xảy ra ở nhóm răng hàm lớn với 363 chiếc (46,6%), nhóm răng hàm nhỏ mất ít nhất với 184 chiếc (23,7%).

Bảng 3.2. Hệ số nhai còn lại của NCT bị mất răng theo nhóm tuổi

Tuổi	Hệ số nhai còn (%) - Tỷ lệ (%)				Tổng
	0 - 24	25 - 49	50 - 74	≥ 75	
60 - 64	3 (8,8)	1 (2,9)	10 (29,4)	20 (58,9)	34 (100)
65 - 74	9 (18,4)	2 (4,1)	17 (34,7)	21 (42,8)	49 (100)
≥ 75	11 (23,9)	11 (23,9)	16 (34,8)	8 (17,4)	46 (100)
Tổng	23 (17,8)	14 (10,9)	43 (33,3)	49 (38,0)	129 (100)

Nhận xét: Trong 129 người mất răng, số người có hệ số nhai chỉ còn từ 0 - 24% chiếm tỷ lệ là 17,8%, còn 25% - 49% là thấp nhất với 10,9%, hệ số nhai còn từ 50% - 74% chiếm 33,3% và cao nhất có hệ số nhai còn ≥ 75% với 38,0%. Nếu tính tổng số đối tượng mất hơn 50% hệ số nhai thì con số này là 28,7%.

Bảng 3.3. Tình trạng mất răng theo phân loại Kuorliandsy - theo nhóm tuổi và theo giới của NCT

		Tình trạng mất răng							
		Loại I		Loại II		Loại III		Loại IV	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	18	52,4	12	34,3	4	11,4	1	2,9
	Nữ	51	54,2	26	27,7	17	18,1	0	0,0
Tuổi	60 - 64	22	64,7	10	29,4	2	5,9	0	0,0
	65 - 74	31	63,3	9	18,4	8	16,3	1	2,0
	≥ 75	16	34,8	19	41,3	11	23,9	0	100,0
Tổng		69	53,5	38	29,4	21	16,3	1	0,8

Nhận xét: Từ bảng trên ta thấy, chủ yếu là mất răng loại I (nam là 52,4%, nữ là 54,2%). Trong số các đối tượng tham gia nghiên cứu, chỉ có 1 trường hợp duy nhất bị mất răng toàn bộ (mất răng loại IV), đối tượng này là nam giới, ở độ tuổi từ 65-74. Nếu như mất răng loại I tập trung chủ yếu ở độ tuổi 65 - 74 (63,3%) thì mất răng loại II, loại III lại tập trung chủ yếu ở NCT ≥ 75 tuổi (loại II và loại III ở nhóm ≥ 75 tuổi lần lượt là 41,3% và 23,9%).

3.3. Tình trạng mất răng của người cao tuổi và một số liên quan.

Bảng 3.4. Ảnh hưởng học vấn và nghề nghiệp đến tình trạng mất răng của NCT

		Mất răng		Còn răng	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trình độ học vấn	Dưới THPT	48	88,9	6	11,1
	Từ THPT trở lên	81	76,4	25	23,6
Nghề nghiệp chính trước đây	Nông dân và khác	86	81,9	19	18,1
	Công chức/ Viên chức	43	78,2	12	21,8

Nhận xét: Tỷ lệ mất răng ở những người có trình độ học vấn từ THPT trở lên (76,4%) thấp hơn so với tỷ lệ mất răng của người có trình độ học vấn dưới THPT (88,9%). Bên cạnh đó, những người trước đây là công chức, viên chức, tỷ lệ mất răng (78,2%) thấp hơn so với những người là nông dân hay làm ngành nghề khác (81,9%). Tuy nhiên các sự khác biệt trên không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa tình trạng mất răng và thói quen VSRM của NCT

		Mất răng		Không mất		OR	95% CI
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Số lần chải răng/ ngày	< 2 lần/ ngày	39	95,1	2	4,9	0,16	0,03-0,72
	≥ 2 lần/ ngày	90	75,6	29	24,4		
Phương pháp chải răng	Không chải/Chỉ chải ngang	99	88,2	12	10,8	0,19	0,07-0,46
	Phương pháp khác (chải dọc, xoay tròn, kết hợp)	30	61,2	19	38,8		

Nhận xét: Kết quả của nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ mất răng ở những người chải răng ít nhất 2 lần/ngày (75,6%) thấp hơn so với những người chải răng < 2 lần/ngày (95,1%). Giá trị OR

Test Khi bình phương, hệ số tương quan OR. = 0,16 và khoảng tin cậy 0,03 - 0,72 cho phép ta kết luận: Nguy cơ mất răng ở nhóm chải răng ít nhất 2 lần/ngày chỉ bằng 0,16 lần nguy cơ mất

răng ở nhóm chải răng < 2 lần/ngày và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy là 95%.

Theo nghiên cứu, tỷ lệ mất răng ở người không chải răng hoặc chỉ chải răng ngang (88,2%) cao hơn so với những người sử dụng phương pháp chải răng khác như chải dọc, chải xoay tròn, chải kết hợp ngang và dọc...(61,2%). Nguy cơ mất răng ở nhóm chải răng bằng phương pháp khác chỉ bằng 0,19 lần nguy cơ mất răng ở nhóm không chải răng hoặc chỉ chải răng ngang. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng mất răng của người cao tuổi.

Mất răng là tình trạng hay gặp ở NCT. Dựa theo tiêu chuẩn mất răng đề ra trong nghiên cứu: Răng mất là răng không còn thân khi thăm khám trên lâm sàng, tỷ lệ NCT mất răng trên 160 đối tượng là 80,6% (Biểu đồ 3.1). Tỷ lệ này thấp hơn so với tỷ lệ mất răng trong nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng tiến hành tại phường Nghĩa Tân, quận Cầu Giấy năm 2007 trên đối tượng là NCT (81,73%) [4]. Nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng thực hiện trước của chúng tôi 8 năm, do vậy, sự khác biệt này có thể được giải thích: Nhờ sự phát triển kinh tế, xã hội ở nước ta, đời sống người dân được nâng cao, NCT có nhiều cơ hội tiếp cận nền nha khoa hiện đại, do vậy việc chăm sóc răng miệng được quan tâm nhiều hơn.

So sánh với nghiên cứu của Chu Đức Toàn khi tiến hành trên NCT quận Đống Đa, Hà Nội năm 2012, tỷ lệ mất răng chúng tôi thu được thấp hơn (nghiên cứu của Chu Đức Toàn có 89,5% người mất răng) [5]. Hai nghiên cứu đều được tiến hành tại địa bàn thành phố Hà Nội, nhưng tại hai quận khác nhau vào hai thời điểm khác nhau: Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại quận Cầu Giấy năm 2015, trong khi Đống Đa là quận được Chu Đức Toàn lựa chọn tiến hành nghiên cứu năm 2012, đồng thời, cỡ mẫu nghiên cứu của Chu Đức Toàn cao hơn gấp hai lần so với cỡ mẫu của chúng tôi, điều này có thể giải thích cho sự khác biệt về tỷ lệ mất răng giữa hai nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 160 người từ 60 tuổi trở lên, hiện đang sinh sống tại quận Cầu Giấy, thành phố Hà Nội. Tổng số răng mất là 778 chiếc, trong đó hàm trên mất nhiều răng hơn hàm dưới nhưng không đáng kể (Bảng

3.1). Mất răng chủ yếu ở nhóm răng hàm lớn, ít nhất ở nhóm răng hàm nhỏ. Nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng cho kết quả tương tự: Số răng mất ở nhóm răng hàm lớn là 1693 chiếc, nhóm răng hàm nhỏ là 781 chiếc, nhóm răng cửa và răng nanh là 1061 chiếc [4]. Răng hàm lớn là răng ăn nhai chính, thức ăn thường đọng trên mặt nhai, đồng thời các răng này nằm phía trong góc hàm, vệ sinh răng miệng không tốt, tổn thương tổ chức cứng cũng như mô nha chu răng rất dễ xảy ra. Nếu các tổn thương không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời, việc phải nhổ bỏ răng là điều không thể tránh khỏi.

Với tổng số 778 chiếc răng mất trên 160 đối tượng tham gia nghiên cứu, số răng mất trung bình trên 1 người là 5,9 chiếc, hàm trên là 3,4 chiếc, hàm dưới là 3,1 chiếc. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với kết quả điều tra của Chu Đức Toàn (2012) trên 332 NCT ở quận Đống Đa, Hà Nội (số răng mất trung bình một người là 6,2 chiếc) [5] và Bùi Đức Xuyên (2014) trên 372 NCT tại huyện Ba Vì, Hà Nội (số răng mất trung bình một người là 9,0) [6]. Sự chênh lệch này có thể được giải thích do sự khác nhau về cỡ mẫu, địa điểm thực hiện giữa các nghiên cứu: Cỡ mẫu trong nghiên cứu của Chu Đức Toàn cao gấp hai lần so với cỡ mẫu mà chúng tôi thực hiện. Bên cạnh đó, Bùi Đức Xuyên chọn huyện Ba Vì làm địa điểm tiến hành nghiên cứu, đây là một huyện nông thôn, tình hình kinh tế xã hội còn kém phát triển, dịch vụ chăm sóc y tế thấp nên có thể vẫn đề về chăm sóc răng miệng chưa được quan tâm nhiều.

Hệ số nhai là một chỉ số quan trọng được dùng để đánh giá khả năng ăn nhai của đối tượng. Trước đây, hệ số nhai còn được dùng để đưa ra chỉ định cho việc làm phục hình. Trong bảng 3.2 cho thấy: Trong 129 đối tượng mất răng, số người có hệ số nhai trong khoảng từ 0 đến 24% chiếm 17,8%, hệ số nhai trên 75% chiếm 38,0%. Tỷ lệ này gần giống với tỷ lệ mà Đỗ Huy Dương thu được (hệ số nhai từ 0 đến 24% và trên 75% chiếm lần lượt 15,3% và 37,6%). Theo Duchange – một tác giả người Mỹ, ông tính toán rằng nếu mất hơn 50% hệ số nhai thì cần phải làm phục hình. Nếu tính như vậy, số đối tượng mất hơn 50% hệ số nhai cần làm phục hình của chúng tôi là 23,1% (trong tổng số 160 người). So sánh kết quả nghiên cứu của Đỗ Huy Dương năm 2011 cho tỷ lệ 25,7% [7] thì có thể thấy tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn, nhưng thấp hơn không đáng kể. Hiện nay, để đánh giá nhu

cầu làm hàm giả cho bệnh nhân, chúng ta khó có thể dùng hệ số nhai còn lại nữa, vì chỉ cần mất 1 răng, bệnh nhân cũng cần phải được điều trị (không kể răng 8), do vậy, có thể thấy là tỷ lệ cần làm phục hình của các đối tượng trên 60 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là rất cao, đến 80,6%. Điều này đòi hỏi sự quan tâm đặc biệt của ngành Răng Hàm Mặt mới có thể đáp ứng được.

Một cung hàm hoàn chỉnh có 32 chiếc răng, nếu coi mất một răng là một trường hợp bệnh lý thì có tới 130000 trường hợp mất răng. Để đơn giản hóa số loại mất răng, để xác lập mối tương quan giữa hai hàm và cụ thể hóa phương pháp điều trị, một số phân loại mất răng ra đời, bao gồm: Phân loại hàm mất răng theo Kuorliandsky, phân loại hàm mất răng theo Kennedy hay theo Kennedy – Applegate. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành khám và phân loại theo Kuorliandsky dựa trên xác định số điểm chạm, hay nói chính xác là số vùng chạm, thể hiện sự thẳng bằng khớp cắn, ảnh hưởng phần nào đến khả năng ăn nhai của bệnh nhân. Trong các đối tượng tham gia nghiên cứu, 69 người trên tổng 129 người bị mất răng thuộc mất răng loại I, tiếp theo là mất răng loại II với 38 người, loại III có 21 người và thấp nhất là loại IV, 1 người (bảng 3.3). Như vậy, mặc dù mất răng chiếm tỷ lệ cao (80,6%) nhưng đa số vẫn có được khớp cắn thẳng bằng với ba vùng chạm, điều này có thể do hai lý do, thứ nhất số răng mất trên cung hàm của một người là ít, thứ hai, bệnh nhân mất răng nhưng đã được tiến hành làm phục hình.

4.2. Tình trạng mất răng của người cao tuổi và một số liên quan.

Bảng 3.4 thể hiện ảnh hưởng của trình độ học vấn, nghề nghiệp đến tình trạng mất răng của NCT quận Cầu Giấy, Hà Nội. Tỷ lệ mất răng của những người có trình độ học vấn dưới THPT (88,9%) cao hơn những người học từ THPT trở lên (76,4%) và những người trước đây là nông dân hay nghề nghiệp khác có tỷ lệ mất răng (81,9%) cao hơn những người là công chức, viên chức về hưu (78,2%), điều này có thể do nguyên nhân: những người học vấn cao hay nghề nghiệp ổn định, việc hiểu biết, nhận thức, đánh giá một vấn đề thường tốt hơn những người trình độ học vấn thấp, đồng thời quan tâm chăm sóc sức khỏe răng miệng cũng được chú ý hơn ở những đối tượng này. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Chải răng có hiệu quả là sự kết hợp của nhiều yếu tố: Cách chải răng, bàn chải đánh

răng, kem đánh răng, thời gian chải răng hay tần suất chải răng... Chải tất cả các mặt của răng, chải theo phương pháp Bass cải tiến với bàn chải mềm, kem đánh răng có chứa fluor, chải đúng thời điểm, ít nhất 2 lần/ngày, mỗi lần 2 – 3 phút giúp kiểm soát quá trình hình thành mảng bám răng, giảm yếu tố vi khuẩn gây bệnh sâu răng, kích thích mô lợi phát triển, hạn chế hình thành cao răng, lợi săn chắc, giảm sang chấn lợi, răng sạch bóng. Theo kết quả nghiên cứu, nhóm chải răng ít nhất 2 lần/ngày tỷ lệ mất răng (75,6%) thấp hơn so với nhóm chải răng dưới 2 lần/ngày (95,1%) và nguy cơ mất răng ở nhóm chải răng ít nhất 2 lần/ngày chỉ bằng 0,16 lần nguy cơ mất răng ở nhóm chải răng < 2 lần/ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy là 95% (Bảng 3.5). Ở bảng 3.5, đa số NCT không chải răng hoặc chỉ chải răng ngang, thói quen xấu này rất khó được loại bỏ. Những đối tượng chải răng bằng phương pháp khác như chải dọc, chải xoay tròn hay kết hợp chải ngang với chải dọc, tỷ lệ mất răng (61,2%) thấp hơn so với những người không chải răng hoặc chỉ chải ngang (88,2%), đồng thời nguy cơ mất răng ở nhóm đối tượng này chỉ bằng 0,19 lần nguy cơ mất răng ở nhóm không chải răng hay chỉ chải răng ngang, với mức tin cậy 95%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Cần truyền thông giáo dục nha khoa đến cộng đồng nói chung, NCT nói riêng nhiều hơn nữa, nhằm cải thiện tình trạng răng miệng trong cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ mất răng chung của NCT là 80,6%, trong đó tỷ lệ mất răng của nam là 76,1%, của nữ là 82,5%. Tỷ lệ mất răng của các nhóm tuổi 60 – 64; 65 – 74 và ≥ 75 lần lượt là 65,4%, 84,5%, 92,0%. Tỷ lệ mất răng tăng theo nhóm tuổi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tổng số răng mất của 160 NCT tham gia nghiên cứu là 778 chiếc. Số lượng răng mất chủ yếu ở nhóm răng hàm lớn với 363 chiếc (46,6%). Số răng mất trung bình một người là 6 chiếc. Số răng mất trung bình mỗi người tăng theo nhóm tuổi.

- Trong 129 người mất răng, hệ số nhai còn lại chủ yếu $\geq 75\%$ với tỷ lệ 38,0%, hệ số nhai còn từ 0 – 24% chiếm tỷ lệ 17,8%, còn từ 25% - 49% chiếm 10,9%, còn từ 50% - 74% chiếm 33,3%. Tổng số đối tượng mất hơn 50% hệ số nhai chiếm 28,7%.

- Phân loại hàm mất răng theo Kuorliandsky: Loại I chiếm nhiều nhất với 69 người, loại II, loại III, loại IV lần lượt là 38, 21 và 1 người.

- Tỷ lệ mất răng ở nhóm có trình độ học vấn dưới THPT là 88,9%, cao hơn nhóm có trình độ học vấn từ THPT trở lên (76,4%). Những người làm công chức, viên chức về hưu có tỷ lệ mất răng (78,2%) thấp hơn những người làm nông dân và nghề nghiệp khác. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Chải răng 2 lần/ngày đúng phương pháp làm giảm nguy cơ mất răng với độ tin cậy 95%.

KIẾN NGHỊ

- Nâng cao sức khỏe răng miệng bằng cách tuyên truyền, hướng dẫn cho người cao tuổi cách chăm sóc sức khỏe răng miệng: Vệ sinh răng miệng đúng cách, khám răng định kỳ...

- Cần có những chính sách nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe răng miệng cũng như tình trạng mất răng, từ đó nâng cao chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Mai Oanh, Đàm Việt Cường, Dương Huy Lương và Khương Anh Tuấn (2007)**, Một số phát hiện chính của nghiên cứu đánh giá tình

hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam, *Viện Chiến lược và Chính sách Y tế*.

2. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ẩn và Trịnh Đình Hải (2002)**, Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc, *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*, 12-18.
3. **Phạm Văn Việt (2004)**, Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội, *Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.
4. **Trương Mạnh Dũng (2007)**, Tình trạng mất răng ở người cao tuổi phường Nghĩa Tân, quận Cầu Giấy, thành phố Hà Nội, *Tạp chí y học thực hành*, 686(11), 4-5.
5. **Chu Đức Toàn (2012)**, Nghiên cứu thực trạng mất răng và nhu cầu điều trị của người cao tuổi tại quận Đống Đa - Hà Nội, *Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.
6. **Bùi Đức Xuyên (2014)**, Thực trạng mất răng, nhu cầu điều trị mất răng ở người cao tuổi tại huyện Ba Vì, Hà Nội năm 2014, *Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội*.
7. **Đỗ Huy Dương (2011)**, Đánh giá tình trạng mất răng theo phân loại Kennedy - Applegate và nhu cầu điều trị phục hình của người cao tuổi tại phường Liễu Giai - Ba Đình - Hà Nội, *Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội*.

NGHIÊN CỨU CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN ĐANG ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Kim Liên*, Tôn Thanh Trà*, Phạm Thị Ngọc Thảo*

TÓM TẮT¹²

Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định điểm trung bình về chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan của bệnh nhân suy thận mạn đang điều trị bảo tồn tại phòng khám nội thận bệnh viện Chợ Rẫy. Tiến hành nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 319 bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên tại phòng khám Nội thận, bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/09/2016 đến 30/09/2016. **Kết quả** cho thấy điểm trung bình về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn đang điều trị bảo tồn bằng thuốc được đánh giá qua bộ câu hỏi SF36 là 42,5; trong đó điểm sức khỏe thể chất là 46,4 và sức khỏe tinh thần là 38,7; Có mối liên quan chung giữa điểm trung bình sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần với thời gian chẩn đoán suy thận đến điều trị; Điểm sức khỏe thể chất có mối liên quan với chỉ số xét nghiệm BUN, Creatinin máu. Điểm sức khỏe tinh thần có mối liên quan với nhóm tuổi, nơi cư trú, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp và độ lọc cầu thận ước đoán ($p < 0,05$). **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nghiên cứu được đánh giá qua thang đo SF36 có điểm dưới mức trung bình. Thời gian mắc bệnh càng lâu, chỉ số xét nghiệm BUN, Creatinin máu càng cao sức khỏe thể chất và tinh thần càng kém; Những bệnh nhân làm nghề nghiệp lao động trí óc có sức khỏe tinh thần tốt hơn so với những người về hưu/già.

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, suy thận mạn, SF-36.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE IN CHRONIC RENAL FAILURE PATIENTS WITH CONSERVATIVE CARE AND RELATED FACTORS

Aim of study to determine an average mark of quality of life and related factors to chronic renal failure out-patients who were in a conservative care at Cho Ray Hospital. A prospective cross-sectional study was conducted with 319 participants who were chosen by a systematic random sampling method from 01/09/2016 to 30/09/2016 at out-patient department, Cho Ray Hospital. The result showed that The average mark of SF36 of chronic renal failure patients with conservative care was 42.5; physical health mark was

46.4; mental health mark was 38.7; General correlation SF36 mark with patient's diagnosing time of kidney failure to treatment. The physical health mark general correlation with to the renal function test (BUN, Creatinin). The mental health mark was related to patient's age, residence, marital status, occupation, eGFR and diagnosing time. **Conclusion:** The quality of life in chronic renal failure out-patients valued by SF 36 was mark below the average. Patient who had longer time of disease, higher of blood BUN, Creatin got the lower physical and mental health marks. The brainworker patients got mental health better than those who retired /elderly.

Key: quality of life, chronic renal failure, SF 36.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn (STM) là hậu quả của nhiều bệnh mạn tính gây ra như đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh lý cầu thận... và trở thành nguyên nhân gây tử vong cho hàng triệu bệnh nhân mỗi năm [6]. Theo Trung tâm Kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC), năm 2007 có 110.000 bệnh nhân bắt đầu điều trị suy thận. Năm 2009, gần 38.000 người Canada đang sống chung với suy thận, gấp 3 lần so với năm 1990. STM không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất mà còn tác động đến sức khỏe tinh thần của bệnh nhân và do đó làm giảm chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân, đặc biệt là gánh nặng về chi phí [4]. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước được thực hiện để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân STM ở giai đoạn lọc máu định kỳ nhưng chưa có nhiều nghiên cứu thực hiện đánh giá CLCS của bệnh nhân ở giai đoạn điều trị bảo tồn. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm trả lời câu hỏi CLCS ở nhóm bệnh nhân này như thế nào và các yếu tố làm ảnh hưởng đến CLCS của họ.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định điểm trung bình chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn điều trị bảo tồn tại bệnh viện Chợ Rẫy và các yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn điều trị bảo tồn bằng thuốc ở độ tuổi trưởng thành, đang điều trị ngoại trú tại

*Phòng Quản lý chất lượng – Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Tôn Thanh Trà

Email: tonthanhtra@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

phòng khám nội thận, bệnh viện Chợ Rẫy từ ngày 01/09/2016 đến ngày 30/09/2016.

❖ Tiêu chí chọn mẫu

- Bệnh nhân STM giai đoạn điều trị bảo tồn ngoại trú

- Bệnh nhân có thời gian được chẩn đoán suy thận mạn trước đó ít nhất 6 tháng.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

❖ Tiêu chí loại trừ

- Bệnh nhân không có khả năng trả lời phỏng vấn (câm, điếc, tâm thần ...)

- Bệnh nhân nặng đang bị suy hô hấp (không thể lấy máu).

- Bệnh nhân bị kèm bệnh lý ung thư.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu (trình độ học vấn, hiểu biết...).

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả với phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Phỏng vấn trực tiếp bệnh

nhân dựa trên bộ câu hỏi phỏng vấn soạn sẵn và thu thập kết quả xét nghiệm cận lâm sàng.

Bộ câu hỏi SF36 CLCS gồm 11 câu hỏi lớn, chứa 36 câu hỏi nhỏ, chia làm 8 phần và hai lĩnh vực chính (sức khỏe tinh thần và sức khỏe thể chất).

Điểm của mỗi bệnh nhân sẽ là trung bình cộng của sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần. Số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 11.0.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu:

Có 319 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 49,5 ± 15, tỷ lệ nam/ nữ là 1/1. Bệnh nhân ở tỉnh chiếm 67 % và 75 % bệnh nhân đã kết hôn. Lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao nhất với 45%, trình độ học vấn cấp II chiếm 43% và dân tộc kinh chiếm 85 % dân số nghiên cứu.

2. Điểm chất lượng cuộc sống với đặc tính mẫu

Bảng 1. Thời gian chẩn đoán bệnh đến điều trị của bệnh nhân (đơn vị tháng) (n=319)

Đặc tính	Trung vị	Tứ vị dưới	Tứ vị trên	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Thời gian chẩn đoán bệnh	5	2	48	0,5	120

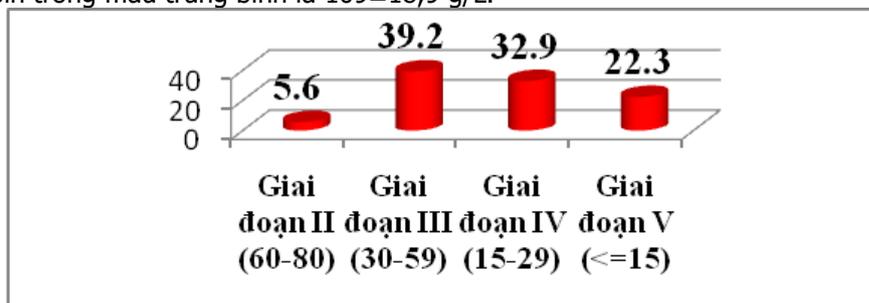
Đối tượng trong nghiên cứu được chẩn đoán bị STM cách thời điểm nghiên cứu trên dưới 5 tháng và 50% bệnh nhân được chẩn đoán bị STM đến điều trị cách thời điểm nghiên cứu từ 2 tháng đến 48 tháng. Người bị bệnh mới nhất được chẩn đoán cách thời điểm nghiên cứu là 15 ngày và người được chẩn đoán bị bệnh lâu nhất, cách thời điểm nghiên cứu là 120 tháng.

Bảng 2. Các chỉ số xét nghiệm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Chỉ số Xét nghiệm	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung vị [KTPV]	Nhỏ nhất	Lớn nhất
BUN (mg/dL)	280	43,9	24,4	36 [26 - 55]*	10	130
Creatinin (mg/dl)	319	3,2	2,3	2,5 [1,8-3,6]*	0,8	21
Hemoglobin (g/L)	319	109	18.9	109 [99-120]*	24,7	177

* trung vị [tứ vị dưới – tứ vị trên]

Chỉ số BUN đạt trung bình 43,9 mg/dL với độ lệch chuẩn 24,4; bệnh nhân có chỉ số BUN cao nhất là 130 mg/dl và thấp nhất là 10 mg/dL. Trong tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 50% bệnh nhân có chỉ số BUN từ 26 – 55 mg/dL. Về nồng độ creatinin trong máu trung bình là 3,2±2,3 mg/dL. Nồng độ hemoglobin trong máu trung bình là 109±18,9 g/L.



Biểu đồ 1: Phân loại chức năng thận theo độ thanh lọc cầu thận từ Creatinin huyết thanh (eGFR) (mL/phút/1,73)

Độ lọc cầu thận ước đoán (eGFR) ở giai đoạn III (39,2%) và IV (32,9%). Các bệnh nhân có độ lọc cầu thận (eGFR) trong khoảng 60 - 89 ml/phút/1,73m² chiếm tỷ lệ tương đối nhỏ (5,6%).

Bảng 3. Điểm trung bình SF-36 của 8 nội dung khảo sát (n=319)

Nội dung	Điểm trung bình/100	Độ lệch chuẩn	Trung vị	[KTPV]*
Nội dung 1 (PF): Sức khỏe liên quan hoạt động chức năng	75,0	19,2	80	65-90
Nội dung 2 (RP): Giới hạn hoạt động do khiếm khuyết chức năng	28,4	34,9	0	0-50
Nội dung 3 (BP): Sức khỏe liên quan cảm nhận đau đớn	63,0	25,3	55	45-100
Nội dung 4 (GH): Sức khỏe tổng quát	42,4	14,8	45	30-55
Nội dung 5 (VT): Sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống	48,5	9,6	50	40-55
Nội dung 6 (SF): Sức khỏe liên quan đến hoạt động xã hội	61,1	19,5	50	50-75
Nội dung 7 (RE): Giới hạn hoạt động do khiếm khuyết tâm lý	31,0	28,0	0	0-67
Nội dung 8 (MH): Sức khỏe tinh thần tổng quát	52,3	11,2	52	44-56

*[KTPV]: khoảng tứ phân vị

Điểm trung bình SF-36 của 8 nội dung khảo sát: nội dung sức khỏe liên quan đến hoạt động chức năng (PF) có điểm trung bình chiếm cao nhất và thấp nhất là điểm trung bình của nội dung giới hạn hoạt động do khiếm khuyết chức năng (RP). Điểm trung bình về sức khỏe tinh thần tổng quát (MH), sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống (VT) và nội dung sức khỏe tổng quát (GH) có điểm trung bình lần lượt là 52,3; 48,5 và 42,4.

Bảng 4. Điểm số sức khỏe thể chất (SKTC) và sức khỏe tinh thần (SKTT) SF-36 (N=319)

Chất lượng cuộc sống	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Sức khỏe thể chất	46,4	7,8	21,3	75
Sức khỏe tinh thần	38,7	11,2	23,7	73
Tổng điểm SF36	42,5	8,1	29,9	63,5

Điểm trung bình của thang đo SF-36 là 42,5± 8,1 và điểm số cao nhất là 63,5 và thấp nhất là 29,9 điểm. Điểm trung bình của CLCS về SKTC là 46,4 ±7,8. Điểm CLCS về SKTC có điểm số cao hơn điểm CLCS về SKTT.

Bảng 5. Điểm trung bình sức khỏe tinh thần (SKTT) theo đặc tính mẫu (N=319)

Đặc tính	Sức khỏe tinh thần			
	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Nhóm tuổi*				
20 – 29	27	42,4	10,1	0,02
30 – 39	46	38,8	10,1	
40 – 49	98	40,7	12,5	
50 – 59	109	36,2	10,7	
60 – 81	39	37,9	9,6	
Nơi cư trú				
Tỉnh	215	37,7	10,1	0,04
Thành phố	104	40,7	12,9	

Bệnh nhân càng lớn tuổi thì điểm SKTT càng giảm. Những người bệnh ở tỉnh có điểm SKTT ($37,7 \pm 10,1$) thấp hơn những người ở thành phố Hồ Chí Minh ($40,7 \pm 12,9$) (với $p < 0,05$).

Bảng 6. Điểm trung bình sức khỏe tinh thần theo đặc tính mẫu (n=319)

Đặc tính	Sức khỏe tinh thần			
	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Tình trạng hôn nhân				
Sống một mình	78	43,7	11,1	0,001
Sống chung vợ chồng	241	37,1	10,7	
Nghề nghiệp*				
Lao động trí óc	59	41,4	12,5	0,004
Lao động tay chân	145	40,1	11,6	
Khác (hưu trí /già)	115	35,5	9,1	

Điểm SKTT trung bình ở người sống một mình ($43,7 \pm 11,1$) cao hơn những người đã có gia đình ($37,1 \pm 10,7$). Người lao động trí óc và lao động chân tay có điểm SKTT cao hơn những người đã về hưu/già, với $p < 0,05$.

3. Các yếu tố liên quan đến CLCS

Bảng 7. Liên quan giữa điểm trung bình sức khỏe thể chất (SKTC) với thời gian chẩn đoán bệnh đến điều trị và các chỉ số xét nghiệm

Các yếu tố	Hệ số	KTC 95%	p
Thời gian chẩn đoán (tháng)	-0,04	-0,066 – -0,006	0,02
BUN (mg/dL)	-0,03	-0,064 – -0,005	0,04
Creatinin (mg/dL)	-0,19	-0,367 – -0,022	0,03
Hemoglobin (g/L)	0,02	-0,053 – 0,087	0,72

Có mối liên quan giữa điểm SKTC với thời gian chẩn đoán bệnh đến điều trị và các chỉ số xét nghiệm: BUN và Creatinin, với $p < 0,05$.

Bảng 8. Liên quan giữa điểm trung bình SKTT với thời gian chẩn đoán bệnh đến điều trị, và các chỉ số xét nghiệm

Các yếu tố	Hệ số	KTC 95%	p
Thời gian chẩn đoán (tháng)	-0,09	-0,127 – -0,043	<0,001

Có mối liên quan giữa điểm SKTT với thời gian chẩn đoán bệnh, với $p < 0,05$. Khi thời gian chẩn đoán tăng lên một tháng thì điểm SKTT giảm 0,09 điểm.

Bảng 9. Mối liên quan giữa điểm trung bình SKTT với độ lọc cầu thận ước đoán (eGFR) (ml/phút/1,73m²)

Độ lọc cầu thận ước đoán (eGFR)	Sức khỏe tinh thần			
	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Giai đoạn II (60 – 89)	18	37,8	12,8	0,04
Giai đoạn III (30 – 59)	125	38,4	11,3	
Giai đoạn IV (15 – 29)	105	38,4	11,2	
Giai đoạn V (≤15)	71	39,9	10,6	

Nhóm bệnh nhân giai đoạn II có điểm SKTT thấp hơn so với nhóm có giai đoạn III, IV, hoặc V. Có sự khác biệt về điểm SKTT giữa những bệnh nhân có độ lọc cầu thận ước đoán ở những giai đoạn khác nhau ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tổng số bệnh nhân STM tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 48 ± 12 tuổi, độ tuổi này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lê Việt Thắng (48 ± 13 tuổi) [1]. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi càng cao thì điểm trung bình chất lượng cuộc sống càng giảm. Trong nhóm nghiên

cứ của chúng tôi, bệnh nhân sống ở các tỉnh chiếm 67% gấp đôi bệnh nhân trong thành phố Hồ Chí Minh (33%). Đây là nhóm bệnh nhân ít có điều kiện tiếp cận với các dịch vụ y tế và ít kiểm tra sức khỏe tổng quát định kỳ. Người bệnh thường bỏ qua đến khi nào nhận thấy cơ thể có các biểu hiện triệu chứng bệnh mới đến bệnh

viện khám và điều trị. Vì vậy, thời điểm chẩn đoán, phát hiện bệnh có thể đã trễ và bệnh đã chuyển sang giai đoạn muộn.

- Các chỉ số xét nghiệm cho thấy bệnh nhân suy thận ở mức từ trung bình – nặng (độ II, III). Chỉ số BUN, Creatinin trung bình cao hơn so với trị số ở người bình thường. Chỉ số Hemoglobin thấp hơn so với giá trị tham khảo. Do đó, để giữ được sức khỏe ổn định, trạng thái tâm lý tích cực là điều khó khăn đối với những bệnh nhân suy thận.

- Nội dung sức khỏe liên quan hoạt động chức năng (PF) có điểm số trung bình cao nhất trong tổng số 8 nội dung khảo sát về chất lượng cuộc sống (75/100). So với kết quả nghiên cứu của Lâm Nguyễn Nhã Trúc thì điểm số này trong nghiên cứu chúng tôi cao gấp 15 lần so với bệnh nhân trước chạy thận nhân tạo và gấp đôi so với bệnh nhân sau khi chạy thận nhân tạo [2]. Các hoạt động bị hạn chế khi giảm chức năng (RP) có điểm trung bình thấp nhất, điểm trung bình nghiên cứu chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Seung tại Hàn Quốc năm 2009 (nhóm có và không suy thận mạn lần lượt là 65 và 71 điểm)[6]. Các nội dung sức khỏe tổng quát, sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống và giới hạn hoạt động do khiếm khuyết tâm lý trong nghiên cứu có điểm dưới mức trung bình và thấp hơn so với nghiên cứu của Seung [6].

- *Điểm trung bình sức khỏe tinh thần với nhóm tuổi và nơi cư trú:* Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi càng cao thì điểm trung bình CLCS về SKTT càng giảm, vì nhóm tuổi từ 40-60 tuổi là độ tuổi trung niên, giai đoạn này thường bắt đầu xuất hiện các bệnh lý liên quan đến tuổi tác, thói quen như: đái tháo đường, tim mạch, viêm gan, và những bệnh có thể liên quan đến suy thận [5]. Điều này phù hợp với mô hình bệnh tật tại Việt Nam và các nước trên thế giới hiện nay có các bệnh mạn tính không lây đang gia tăng mạnh trong nhóm tuổi này. Người làm việc và sinh sống ở thành phố Hồ Chí Minh có khả năng tự tin về tài chính, sự hiểu biết nhận thức lối sống, tiếp cận y tế hiện đại tốt hơn so với người dân ở những vùng nông thôn. Vấn đề sức khỏe họ ý thức được từ lối sống, chế độ dinh dưỡng...nên vì thế mà CLCS về SKTT tốt hơn. Người dân sống ở tỉnh chịu nhiều áp lực từ công việc và cuộc sống, còn chịu thêm gánh nặng từ bệnh tật, để điều trị bệnh suy thận họ phải đi lên tuyến trên điều trị nên tốn nhiều thời gian và chi phí hơn người sống tại thành phố Hồ Chí Minh.

- *Điểm trung bình sức khỏe tinh thần đối với tình trạng hôn nhân và nghề nghiệp:* người bệnh thường nghĩ rằng sức khỏe của họ sẽ gây ảnh hưởng đến cuộc sống gia đình và là gánh nặng cho người thân, do đó đã tạo nên những áp lực tâm lý ảnh hưởng lên CLCS của họ về mặt tinh thần [1]. Đối với người lớn tuổi, bệnh thực thể cùng với những rối loạn tâm lý là bạn đồng hành của họ. Bên cạnh đó, trong số những bệnh nhân nghỉ hưu có thể một số người đang chịu những áp lực, căng thẳng khi phải thích nghi với hoàn cảnh sống mới, khi phải chuyển từ giai đoạn làm việc tích cực sang giai đoạn nghỉ hưu. Họ phải trải qua một loạt các biến đổi tâm lý quan trọng do thay đổi nếp sinh hoạt, mối quan hệ xã hội bị hạn chế hoặc chịu đựng những hạn chế về tài chính. Có thể vì vậy mà nghiên cứu cho thấy điểm SKTT của những đối tượng hưu trí hoặc cao tuổi kém hơn những người lao động trí óc.

- *Liên quan giữa điểm trung bình sức khỏe thể chất (SKTC) với thời gian chẩn đoán bệnh đến điều trị và các chỉ số xét nghiệm:* Đối tượng tham gia nghiên cứu được chẩn đoán bị bệnh cách thời điểm khảo sát càng lâu thì điểm CLCS về SKTC và SKTT của đối tượng càng giảm sút. Khi thời gian chẩn đoán bệnh đến điều trị tăng lên một tháng thì điểm SKTC giảm 0,04 điểm. Điểm CLCS chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Seung [5]. Các chỉ số xét nghiệm cho thấy bệnh nhân tham gia nghiên cứu đang suy thận ở mức từ trung bình – nặng (độ III, IV). Khi chỉ số xét nghiệm BUN, creatinin tăng lên một đơn vị thì SKTC giảm đi 0,03 điểm và 0,19 điểm. Điều này có nghĩa là chỉ số xét nghiệm BUN, creatinin càng cao thì SKTC của bệnh nhân càng giảm (với $p < 0,05$). Khi nồng độ creatinin máu tăng cao người bệnh cảm thấy sức khỏe mình xuống dốc, tâm lý lo lắng thêm vào đó có thể bác sĩ đổi thuốc hoặc tăng liều có thể điều đó làm ảnh hưởng đến CLCS về SKTC người bệnh.

- *Điểm trung bình SKTT với độ lọc cầu thận ước đoán (eGFR):* Độ lọc cầu thận ước đoán hiện nay được ứng dụng rộng rãi trong thực tế lâm sàng, ứng dụng tại Việt Nam. eGFR được dùng làm tiêu chuẩn để định nghĩa bệnh thận mạn từ năm 2002 theo KDOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative), bên cạnh tiêu chuẩn tổn thương thận kéo dài, biểu hiện qua những thay đổi về bệnh học, tiểu đạm, tiểu máu... Nghiên cứu chúng tôi cho thấy rằng những bệnh nhân có eGFR càng thấp thì điểm số CLCS về SKTT càng giảm, mức độ suy thận tăng lên một đơn vị

thì điểm SKTT của bệnh nhân tham gia nghiên cứu giảm 1 điểm. Nghiên cứu của tác giả Yi-Chun Tsai và cộng sự đã chứng minh rằng điểm số CLCS về SKTC, SKTT càng giảm ở những bệnh nhân suy thận có eGFR càng thấp; và ở những bệnh nhân này có điểm CLCS thấp hơn dân số chung. Nghiên cứu của Chin và cộng sự tại Hàn Quốc cho thấy mối liên quan giữa điểm số CLCS về SKTC ở bệnh nhân STM với chỉ số eGRF đặc biệt ở những ở những bệnh nhân eGFR<45ml/phút/1,73m² có điểm CLCS về SKTC thấp nhất [5].

V. KẾT LUẬN

Điểm trung bình CLCS của bệnh nhân suy thận mạn đang điều trị bảo tồn theo thang đo SF 36 là 42,5 ± 8,1 điểm. Trong đó, điểm sức khỏe thể chất và tinh thần lần lượt là 46,4±7,8 điểm và 38,7 ±11,2 điểm.

- Những yếu tố liên quan đến điểm sức khỏe thể chất là: Nồng độ BUN, Creatinin/ máu.

- Những yếu tố liên quan đến điểm sức khỏe tinh thần là: nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, nơi cư trú, nhóm tuổi và chỉ số độ lọc cầu thận ước tính (eGFR).

- Yếu tố liên quan đến điểm sức khỏe thể chất và tinh thần là: thời gian chẩn đoán bệnh đến điều trị của bệnh nhân.

KIẾN NGHỊ

Tăng cường trợ giúp của người thân, nhân viên y tế đặc biệt là những trợ giúp về mặt tinh

thần. Khuyến cáo người dân nên đi khám sức khỏe định kỳ để có thể phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời tránh diễn tiến sang giai đoạn mạn tính nặng hơn, nhằm giảm gánh nặng cho người bệnh và gia đình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Việt Thắng (2012)** "*Khảo sát một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy thận mạn tính chạy thận nhân tạo chu kỳ bằng thang điểm SF-36*" *Y học thực hành* (1), tr.110 -115.
2. **Lâm Nguyễn Nhã Trúc (2011)** "*Đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối trước và giai đoạn sớm sau chạy thận nhân tạo*, Luận văn thạc sĩ chuyên ngành Nội khoa, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 51-59.
3. **Trần Thị Bích Hương (2010)** "*Ứng dụng EGFR trong thực hành lâm sàng đánh giá chức năng lọc cầu thận*". *Y Học Tp. Hồ Chí Minh*, 14 (2), tr.613-620.
4. **CDC (2012)** *National Chronic Kidney Disease Fact Sheet 2010*, Centers for Disease Control and Prevention, <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/factsheets/kidney.htm>, access on June 17th, 2012.
5. **Kroenke C H, Kubzansky, L D, Schernhammer, E S, Holmes, M D, Kawachi (2006)** "Social Networks, Social Support, and Survival After Breast Cancer Diagnosis". *Journal of Clinical Oncology*, 24 (7), pp.1105 - 1111.
6. **Seung Seok Han et al. Korea. (2009)** *Quality of life and mortality from a nephrologist's view: a prospective observational study*, <http://www.biomedcentral.com/1471-2369/10/39>, access on May 23th, 2012.
7. **World Health Organization (WHO) (2011)** "Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011". *World Health Organization*, p.5.

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH LÝ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN GÚT

Nguyễn Thị Phương Thủy^{1,2}, Hồ Thị Ngân Hà²

TÓM TẮT¹³

Mục tiêu: 1. Xác định tỷ lệ mắc các bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân gút. 2. Khảo sát các yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân gút. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, tiền cứu và hồi cứu trên 225 bệnh nhân chẩn đoán gút tại

¹Khoa Khớp bệnh viện Bạch Mai

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2014. **Kết quả và kết luận:** Trong 225 bệnh nhân nghiên cứu, số bệnh nhân gút mắc BLTM chiếm tỷ lệ 45,8%, trong đó tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (38,2%). Các bệnh lý tim mạch khác như nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, bệnh mạch ngoại vi và bệnh mạch vành chiếm tỷ lệ thấp hơn (0,9-2,2%). Các yếu tố làm tăng nguy cơ của BLTM ở bệnh nhân gút gồm: tuổi cao trên 60 tuổi, thời gian mắc bệnh gút kéo dài trên 3 năm, nồng độ acid uric máu tăng cao trên 420 nmol/l, protein C phản ứng tăng trên 0,5mg/dl, béo phì, rối loạn mỡ máu, đái tháo đường và bệnh thận mạn tính.

Từ khóa: Gút, bệnh lý tim mạch, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY**STUDY ON RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN PATIENTS WITH GOUT**

Objective: 1. To identify the prevalence of cardiovascular disease in patients had established gout. 2. To examine the cardiovascular risk factors in patients with gout. **Methods:** cross sectional, prospective and retrospective cohort study, 225 patients with gout at Rheumatology department, Bach Mai hospital from January, 2014 to December, 2014. **Results and conclusions:** Among 225 patients with gout, 45.8% of patients had cardiovascular disease and the prevalence of hypertension was highest (38.2%). Other cardiovascular disease such as myocardial infarction, cerebrovascular disease, peripheral arterial disease and coronary heart disease had lower prevalence (0.9- 2.2%). The cardiovascular risk factors in gout patients included age >60, disease duration was longer than 3 years, serum uric acid concentration was higher than 420 nmol/l, C-reactive protein was higher than 0.5mg/dl, obesity, dyslipidemia, diabetes and chronic kidney disease.

Key words: gout, cardiovascular disease, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là bệnh hay gặp nhất trong nhóm bệnh khớp do rối loạn chuyển hóa, gây ra bởi tình trạng lắng đọng các tinh thể urat ở các mô của cơ thể do hậu quả của quá trình tăng acid uric máu. Bệnh có xu hướng tiến triển mạn tính và gây tổn thương nhiều cơ quan trong cơ thể, trong đó có những biến chứng có thể gây tử vong. Các nghiên cứu gần đây về dịch tễ và lâm sàng tại nhiều quốc gia cho thấy, tỷ lệ mắc bệnh gút đã và đang gia tăng nhanh chóng. Ở bệnh nhân gút, xuất hiện nhiều yếu tố nguy cơ của các bệnh lý tim mạch như: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, uống bia rượu, hút thuốc lá, béo phì... Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy, có mối liên quan chặt chẽ giữa tình trạng tăng acid uric máu và các yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch. Ở bệnh nhân gút, các bệnh lý tim mạch là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong. Theo nghiên cứu của Niskanen, tăng acid uric máu có một vai trò quan trọng với tỷ lệ tử vong của các bệnh lý tim mạch trong bệnh gút [1]. Ở Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về dịch tễ, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh gút cũng như các bệnh lý tim mạch cụ thể ở bệnh nhân gút như bệnh gút và tăng huyết áp của Vũ Đình Hải (1993), bệnh gút và rối loạn chuyển hóa lipid của Nguyễn Kim Thủy (2002) nhưng chưa có nghiên cứu nào xác định các yếu tố nguy cơ của bệnh lý

tim mạch ở bệnh nhân gút. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân gút" với 2 mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ mắc các bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân gút.
2. Khảo sát các yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân gút.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**1. Đối tượng nghiên cứu:** gồm 2 nhóm

- Nhóm 1 (nhóm tiến cứu): 25 bệnh nhân gút được điều trị nội trú tại khoa khớp bệnh viện Bạch Mai.

- Nhóm 2 (nhóm hồi cứu): 200 bệnh nhân gút với mã bệnh M10 theo ICD-10 tại phòng lưu trữ hồ sơ bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu: các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh gút theo tiêu chuẩn của Bennett-Wood 1968 và đồng ý tham gia nghiên cứu [2]. Thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 12 năm 2014.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Loại hình nghiên cứu: mô tả cắt ngang, tiến cứu và hồi cứu. Cỡ mẫu: theo cỡ mẫu lâm sàng thuận tiện, tổng số bệnh nhân gút tham gia nghiên cứu là 225 bệnh nhân. Mỗi đối tượng nghiên cứu đều được lập hồ sơ bệnh án nghiên cứu theo một mẫu thống nhất.

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, thời gian bị bệnh gút, các triệu chứng khởi phát, khoảng cách giữa các cơn gút cấp, thời gian mắc cơn gút cấp, chỉ số khối cơ thể (BMI), tiền sử bản thân (uống rượu bia, hút thuốc lá, dùng thuốc: corticoid, thuốc đông y, colchicin, thuốc chống viêm giảm đau không steroid, allopurinol, thuốc điều trị bệnh lý tim mạch, thuốc điều trị tiểu đường), các bệnh lý kết hợp (bệnh tim mạch, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, bệnh thận mạn tính).

- Đặc điểm cận lâm sàng: chức năng thận (ure, creatinin), đường máu, protein C phản ứng (CRP), lipid máu, tổng phân tích nước tiểu (thực hiện tại Khoa Sinh hóa, Bệnh viện Bạch Mai), đặc điểm các tế bào máu ngoại vi và tốc độ máu lắng (thực hiện tại Khoa Huyết học, Bệnh viện Bạch Mai). Điện tâm đồ, siêu âm tim, siêu âm Doppler mạch (thực hiện tại Viện tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai), siêu âm thận tiết niệu (thực hiện tại Khoa Thận tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai).

- Những bệnh nhân gút được chọn vào nhóm bệnh lý tim mạch (BLTM) gồm: Có tiền sử bệnh lý tim (tăng HA, suy tim, nhồi máu cơ tim, rối loạn nhịp tim) hoặc bệnh lý mạch (xơ vữa mạch, huyết khối, tai biến mạch não, tắc mạch) hoặc trong đợt nằm viện phát hiện bệnh lý tim mạch (dựa vào khám lâm sàng, điện tâm đồ, siêu âm tim và Doppler mạch).

Xử lý số liệu: số liệu thu thập được xử lý bằng chương trình Stata 10.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Trong 225 BN gút nghiên cứu, 103 bệnh nhân có bệnh lý tim mạch kèm theo (chiếm tỷ lệ 45,8%). Đa số các bệnh nhân trên 50 tuổi (chiếm tỷ lệ 76,9%) và không có sự khác biệt về độ tuổi giữa nhóm BN gút có và không có BLTM kèm theo. Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 97,8%.

Bảng 3.1: Phân bố BN nghiên cứu theo thời gian mắc bệnh (n = 220)

Thời gian mắc bệnh	Có BLTM (n = 100)		Không có BLTM (n = 120)		p	OR	CI
	n	%	n	%			
≤ 3 năm	36	36	46	38,3	> 0,05	1,1	0,64 - 1,92
> 3 năm	64	64	74	61,7			
Thời gian mắc bệnh trung bình (năm)	6,82 ± 6,53		7,22 ± 7,05		> 0,05		

Nhận xét: Nhóm BN nghiên cứu có thời gian mắc bệnh trung bình là 7,03 ± 6,81 năm và thời gian mắc bệnh giữa 2 nhóm BN gút có và không có BLTM khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Bệnh nhân bị bệnh gút từ 3 năm trở lên có nguy cơ mắc BLTM cao gấp 1,1 lần so với bệnh nhân bị bệnh gút dưới 3 năm.

2. Khảo sát tỷ lệ mắc các bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân gút

Bảng 3.2: Phân bố các bệnh lý tim mạch của nhóm BN nghiên cứu

Bệnh lý tim mạch	Số BN (n = 225)	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp	86	38,2%
Bệnh mạch máu ngoại vi	5	2,2
Nhồi máu cơ tim	4	1,8
Tai biến mạch máu não	4	1,8
Bệnh mạch vành	2	0,9

Nhận xét: Trong 103 bệnh nhân gút có BLTM kèm theo, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (38,2%). Các BLTM khác như bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não ít gặp.

3. Khảo sát một số yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân gút

Bảng 3.3: Liên quan giữa BLTM và tuổi

Tuổi	Có BLTM (n = 103)		Không có BLTM (n = 122)		OR	CI
	n	%	n	%		
< 30	1	0,97	3	2,46	0,27	0,01 - 6,89
30 - 39	1	0,97	11	9,02		
40 - 49	13	12,62	23	18,85	1,7	0,15 - 18,67
50 - 59	32	31,07	49	40,16	2	0,19 - 20,03
≥ 60	56	54,37	36	29,51	4,67	0,45 - 48,38

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân gút trên 60 tuổi có nguy cơ mắc BLTM cao gấp 4,67 lần so với nhóm bệnh nhân gút dưới 30 tuổi.

Bảng 3.4: Liên quan giữa BLTM và các bệnh lý kết hợp

Các bệnh lý kết hợp	Có BLTM		Không có BLTM		OR	CI	
	n	%	n	%			
BMI	≤ 23	32	84,2	87	60	1,1	0,6 - 2,1
	> 23	6	15,8	58	40		
Acid uric máu (mmol/l)	≤ 420	29	29,6	42	37,2	1,41	0,79 - 2,52
	>420	69	70,4	71	62,8		
CRP	< 0,5	4	4,5	8	7,1	1,6	0,46 - 5,52
	≥ 0,5	84	95,5	105	92,9		
Rối loạn mỡ máu	Không	22	25,9	19	20,7	1,03	0,52 - 2,03

	Có	63	74,1	73	79,3		
Đái tháo đường	Không	81	78,6	103	84,4	1,47	0,71 - 2,91
	Có	22	21,4	19	15,6		
Bệnh thận mạn	Không	84	81,6	100	82	1,03	0,52 - 2,03
	Có	19	18,4	22	18		

Nhận xét: BN gút có acid uric máu tăng trên 420 mmol/l có nguy cơ mắc BLTM cao gấp 1,41 lần so với BN gút có acid uric máu dưới 420 mmol/l. Những BN có bệnh tiến triển với CRP trên 0,5 mg/dl có nguy cơ mắc BLTM cao gấp 1,6 lần so với BN có bệnh ổn định (CRP<0,5mg/dl). BN gút có kèm theo béo phì, rối loạn mỡ máu, đái tháo đường, bệnh thận mạn tính cũng có nguy cơ mắc BLTM cao hơn so với BN gút đơn thuần.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh gút gặp chủ yếu ở người trên 50 tuổi và tuổi cao là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh gút. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ mắc bệnh gút cao nhất ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi (40,9%) và nguy cơ mắc BLTM ở nhóm bệnh nhân này cao gấp 4,67 lần so với nhóm bệnh nhân gút dưới 30 tuổi. Theo nghiên cứu của Nakanishi, tình trạng tăng acid uric máu có liên quan chặt chẽ với các bệnh mạch máu ngoại vi, mạch cảnh, mạch vành và tai biến mạch máu não [3]. Bệnh gút đóng vai trò như một yếu tố tiên lượng độc lập đối với tỷ lệ tử vong do các bệnh tim mạch. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy, có mối liên quan chặt chẽ giữa mức độ tăng acid uric máu và bệnh lý tim mạch, đặc biệt là nguy cơ cao bị nhồi máu cơ tim ở các bệnh nhân gút. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguy cơ mắc BLTM ở bệnh nhân gút có acid uric máu trên 420 mmol/l cao gấp 1,41 lần so với nhóm bệnh nhân có acid uric máu dưới 420 mmol/l.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, bệnh nhân gút có tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (38,2%), bệnh nhân bị bệnh lý mạch ngoại vi chiếm 2,2%, bệnh nhân bị tai biến mạch máu não và nhồi máu cơ tim cùng chiếm tỷ lệ 1,8%. Kết quả của chúng tôi có tỷ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân gút thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Bá Khanh (57,8%) [4]. Trong nghiên cứu, 138/225 bệnh nhân có thời gian mắc bệnh gút kéo dài trên 3 năm, trong đó có 64 bệnh nhân mắc BLTM. Khi bệnh nhân mắc bệnh gút từ 3 năm trở lên thì nguy cơ mắc BLTM cao hơn 1,1 lần so với người mắc bệnh gút dưới 3 năm (với CI 0,64-1,92). Kết quả một số nghiên cứu cho thấy, thời gian bị bệnh gút có ảnh hưởng nhiều đến tỷ lệ mắc hội chứng rối loạn chuyển hóa và tăng huyết áp ở bệnh nhân gút. Khi bệnh gút tiến triển, khớp bị sưng đau nhiều, nồng độ acid uric máu và các chỉ số viêm ở trong máu tăng

cao gồm protein C phản ứng (CRP) và tốc độ máu lắng. Theo nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương, ở nhóm bệnh nhân gút có CRP tăng cao thì tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp cao gấp 1,8 lần so với nhóm bệnh nhân không tăng CRP [5]. Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy nguy cơ mắc BLTM ở bệnh nhân gút có chỉ số CRP $\geq 0,5$ mg/dl cao gấp 1,6 lần so với bệnh nhân gút có CRP < 0,5 mg/dl.

Tình trạng thừa cân hay béo phì đã được chứng minh là một yếu tố nguy cơ quan trọng của nhiều bệnh lý như tim mạch, rối loạn chuyển hóa và tăng acid uric máu... Trong nghiên cứu, bệnh nhân gút có BMI trên 23 chiếm tỷ lệ 34,97% và nguy cơ mắc BLTM ở nhóm bệnh nhân này cao gấp 1,1 lần so với nhóm bệnh nhân có BMI dưới 23. Theo nghiên cứu của Cohen, béo phì là một trong những yếu tố nguy cơ làm bệnh lý tim mạch tăng cao ở bệnh nhân gút [6]. Các rối loạn mỡ máu (RLMM) cũng là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh gút và có liên quan đến hội chứng rối loạn chuyển hóa. Nghiên cứu trên 225 bệnh nhân gút, chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân bị RLMM chiếm 76,8%. Theo nghiên cứu của Đinh Hữu Nghị, có mối liên quan giữa tình trạng RLMM và sự xuất hiện BLTM. Khi nồng độ lipoprotein có tỷ trọng thấp trong máu tăng 1% sẽ làm nguy cơ mắc bệnh mạch vành tăng 2- 3% vì lipoprotein có tỷ trọng thấp có xu hướng lắng đọng ở thành mạch, tạo thành các mảng xơ vữa [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguy cơ mắc BLTM ở bệnh nhân gút có RLMM cao hơn 1,03 lần so với các bệnh nhân không có RLMM.

Trong nghiên cứu, bệnh nhân gút bị đái tháo đường (ĐTĐ) chiếm tỷ lệ 18,2%, trong đó bệnh nhân gút có BLTM bị đái tháo đường chiếm 9,8%. Khoảng 70% nguyên nhân gây tử vong ở bệnh nhân ĐTĐ là do biến chứng mạch máu lớn, trong đó bệnh mạch vành chiếm chủ yếu, nguy cơ mắc bệnh mạch vành cao gấp 2- 4 lần so với

người không bị ĐTĐ. Chúng tôi khảo sát trên 225 bệnh nhân, thấy bệnh nhân gút bị ĐTĐ có nguy cơ mắc BLTM cao gấp 1,47 lần so với bệnh nhân không bị ĐTĐ. Như vậy nguy cơ mắc BLTM ở bệnh nhân gút có kèm theo ĐTĐ cao hơn so với bệnh nhân gút không bị ĐTĐ.

Khi nghiên cứu, chúng tôi thấy 18,2% bệnh nhân gút mắc bệnh thận mạn tính và nguy cơ mắc BLTM ở nhóm bệnh nhân này cao hơn 1,03 lần so với nhóm bệnh nhân gút không kèm theo bệnh thận mạn tính (CI 0,52– 2,03). Nguyên nhân do nồng độ acid uric máu tăng cao gây ra các tổn thương ở thận (sỏi thận, viêm thận kẽ...), cuối cùng dẫn đến suy thận và suy thận lại làm giảm khả năng đào thải acid uric qua đường nước tiểu, tạo thành một vòng xoắn bệnh lý. Nhiều nghiên cứu cho thấy, có mối liên quan giữa BLTM và bệnh thận mạn tính. Bệnh thận kéo dài làm trầm trọng thêm tình trạng tăng huyết áp do làm giãn nở thể tích mạch máu và tăng sức cản của mạch toàn thân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu và hồi cứu trên 225 bệnh nhân chẩn đoán gút tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2014, chúng tôi thu được kết quả sau:

- Số bệnh nhân gút mắc BLTM chiếm tỷ lệ 45,8%, trong đó tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (38,2%). Các bệnh lý tim mạch khác như

nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, bệnh mạch ngoại vi và bệnh mạch vành chiếm tỷ lệ thấp hơn (0,9- 2,2%).

- Các yếu tố làm tăng nguy cơ của BLTM ở bệnh nhân gút gồm: tuổi cao trên 60 tuổi, thời gian mắc bệnh gút kéo dài trên 3 năm, nồng độ acid uric máu tăng cao trên 420 nmol/l, protein C phản ứng tăng trên 0,5mg/dl, béo phì, rối loạn mỡ máu, đái tháo đường và bệnh thận mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Niskanen L.K. (2004)**, *Uric acid level as a risk factor for cardiovascular and all-cause mortality in middle-aged men: a prospective cohort study*, Arch Intern Med 164,1546
2. **Wortmann R.L (1998)**, Gout and other disorder of purin metabolism. *Harrison's principles of internal medicine*, 14 th edition, pp. 2158-63.
3. **Nakanishi N (1999)**, Serum uric acid: correlation with biological, clinical and behavioral factors in Japanese men, J Epidemiol, Vol 9(2): 99-106.
4. **Nguyễn Bá Khanh (2010)**, *Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ của xơ vữa động mạch trên bệnh nhân gút mạn tính*, Đại học Y Hà Nội.
5. **Trần Thị Thu Hương (2013)**, Nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ CRP hs với một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở cán bộ diện bảo vệ sức khỏe tỉnh Thái Nguyên. *Tạp chí y học thực hành*, số 9.
6. **Cohen M.G, Emmerson B.T(1997)**, Gout, crystal related arthropathies. *Rheumatology*, second edition, pp.8-21.
7. **Đình Hữu Nghị (2005)**, *Bước đầu tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ở viện tim mạch Việt Nam từ 2002-2004*, Đại học y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ U TỦY VÙNG CỔ

Trương Như Hiến¹, Vũ Văn Hòa²

TÓM TẮT¹⁴

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của u tủy vùng cổ. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 58 trường hợp u tủy cổ đã phẫu thuật tại bệnh viện Quân y 103 và bệnh viện Việt Đức từ tháng 01 năm 2011 đến tháng 01 năm 2014. **Kết quả:** Có 24 trường hợp neurinoma (41,4%), 13 u tế bào Schwann (22,4%), 6

u màng tủy (10,3%), 6 ependymoma (10,3%), 2 u xơ thần kinh (3,4%), 3 u nang (5,2%), 1 hemangioblastoma (1,7%), 1 u di căn (1,7%), 1 u hạch thần kinh (1,7%) và 1 u máu thể hang. Về vị trí có 33 trường hợp (56,9%) u tủy cổ cao, 25 BN (43,1%) u tủy cổ thấp. Trên hình ảnh cộng hưởng từ 98,3% có đồng hoặc giảm tín hiệu trên T1W, 82,8% tăng tín hiệu trên T2W. Sau tiêm thuốc đối quang từ 52 trường hợp (89,7%) ngấm thuốc, 33 u đồng nhất (56,9%). 4/6 (66,6%) u màng tủy có dấu hiệu đuôi màng cứng. **Kết luận:** U tủy vùng cổ chủ yếu là u vỏ bao dây thần kinh, u màng tủy và u màng ống nội tủy. Trên phim cộng hưởng u chủ yếu đồng và giảm tín hiệu trên T1W, tăng trên T2W.

¹Bệnh viện ĐK tỉnh Hòa Bình

²Bệnh viện 103

Chịu trách nhiệm chính: Trương Như Hiến

Email: hienhbhos@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

SUMMARY

MR IMAGING FEATURES OF CERVICAL SPINAL CORD TUMORS

Objectives: To study the MR imaging characteristics of the cervical spinal cord tumors. **Method:** We reviewed the Magnetic Resonance Imaging (MRI) examinations of 58 the cervical spinal cord tumors were operated at 103 and Viet Duc hospital from 01/2011 to 01/2014. **Results:** The series included 24 neurinoma (41.4%), 13 Schwannoma (22.4%), 6 meningioma (10.3%), 6 ependymoma (10.3%), 2 neurofibroma (3.4%), 3 cyst (5.2%), 1 hemangioblastoma (1.7%), 1 metastasis, 1 ganglioneuroma and 1 cavernoma. 33 tumors were significantly located at the high cervical level (56.9%), 25 tumors (43.1%) located at the low level. The tumors demonstrated isointensity or intermediate signal intensity on T1-weighted images (98.3%), high signal intensity on T2-weighted images (82.8%), and homogeneous enhancement on Gd-DTPA images. 52 cases demonstrated homogeneous enhancement on Gd-DTPA images (89.7%). The meningiomas have "dural tail sign" on 66.6%. **Conclusion:** All most of the cervical spinal cord tumors are nerve sheath tumors, ependymomas and meningiomas. The tumors tends to have signal intensity equal to, or less than, that of the spinal cord on T1-weighted images and mild to marked hyperintensity on T2-weighted images.

Key words: cervical spinal cord tumors, magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo các nghiên cứu về dịch tể học cho biết gần 20% các u của hệ thần kinh trung ương là nằm trong ống sống với tỷ lệ phân bố như sau: 25% ngoài màng cứng, 50% trong màng cứng ngoài tủy và 25% nội tủy. Trong số các u nằm trong màng cứng ngoài tủy thì u tế bào vô dây thần kinh và u màng não tủy chiếm tỷ lệ lớn. Mặt khác đây là hai loại u hầu như lành tính, phát triển rất chậm và tái phát rất thấp nếu phẫu thuật lấy hết u.

Hiện nay, cộng hưởng từ là kỹ thuật hình ảnh được chọn lựa đầu tiên để chẩn đoán các u trong ống sống. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này tập chung chủ yếu vào việc phân tích những đặc điểm hình ảnh của u tủy sống vùng cổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: 58 bệnh nhân được chẩn đoán u tủy cổ được phẫu thuật và có kết quả mô bệnh học tại bệnh viện Quân y 103 và bệnh viện Việt Đức từ tháng 01 năm 2011 đến tháng 01 năm 2014.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới.

Chụp cộng hưởng từ có tiêm thuốc đối quang từ cho tất cả trường hợp để chẩn đoán. Phân tích hình ảnh, thu thập các dữ liệu sau:

+ Hình ảnh cộng hưởng từ trước khi tiêm thuốc đối quang từ:

- Xác định chính xác hình dạng, vị trí, tính chất, bờ khối u...

- Đặc điểm trên các tín hiệu T1W, T2W như: đồng tín hiệu, giảm tín hiệu, hỗn hợp tín hiệu...

- Tình trạng phù quanh u, nốt vôi hóa, phá hủy xương cột sống...

+ Hình ảnh cộng hưởng từ sau khi tiêm thuốc đối quang từ:

Đánh giá mức độ ngấm thuốc đối quang từ (có ngấm thuốc, không ngấm thuốc), hình ảnh đồng nhất hay không đồng nhất, có hay không dấu hiệu nang, chảy máu hoại tử trong, dấu hiệu đuôi màng cứng "dural tail"?

+ Chẩn đoán vị trí u: tủy cổ cao từ C1-C4, tủy cổ thấp từ C5-C7.

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê Medcalc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

Giới: nam 25 (43,1%), nữ 33 (56,9%), tỷ lệ nam/nữ=1/1,3.

Tuổi: lứa tuổi thường gặp từ 20 –60 (82,7%), trung bình: 40,7 ±15,6.

2. Hình ảnh cộng hưởng từ

Vị trí u: 33 trường hợp (56,9%) u tủy cổ cao, 25 BN (43,1%) u tủy cổ thấp.

Bờ viền u: 41 trường hợp (70,7%) có bờ u rõ, 29,3% không rõ.

Bảng 1. Đặc điểm khối u trên phim CHT chưa tiêm thuốc đối quang

Tín hiệu	T1W		T2W	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tăng tín hiệu	1	1,7	48	82,8
Đồng tín hiệu	27	46,6	9	15,5
Giảm tín hiệu	30	51,7	1	1,7
Tổng	58	100	58	100

Hình ảnh của khối u tủy cổ trên CHT ở T1W chủ yếu là giảm hoặc đồng tín hiệu (98,3%) và trên T2W là tăng tín hiệu (82,8%). Sự khác biệt về tín hiệu u trên từng hình ảnh T1W và T2W có ý nghĩa với $P < 0,05$.

Bảng 2. Đặc điểm của khối u trên phim cộng hưởng từ sau tiêm thuốc đối quang từ

Dấu hiệu	Số BN	Tỷ lệ (%)
Ranh giới (bờ viền) rõ	41	70,7
Tính đồng nhất	33	56,9
Có nang trong u	16	27,6
Ngấm thuốc đối quang từ	52	89,7
Dấu hiệu đuôi màng cứng	4	6,9
Phá hủy xương	16	27,6
Rộng tủy	5	8,6
Phù tủy quanh u	5	8,6

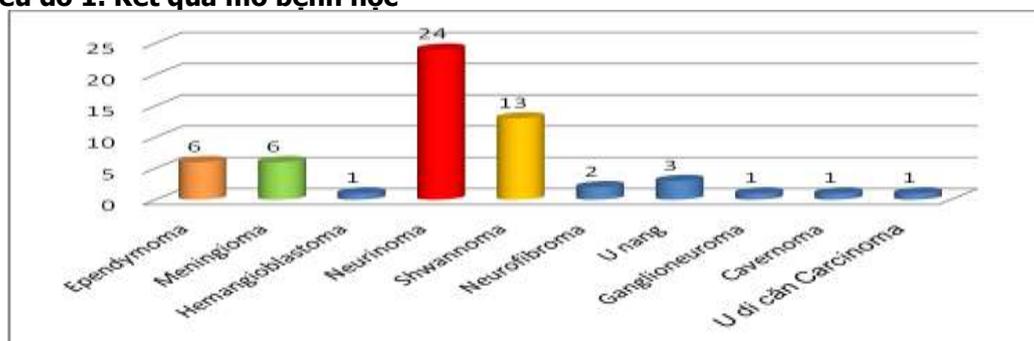


Hình 1. Hình ảnh khối u màng tủy kéo dài từ C2-C4 với dấu hiệu đuôi màng cứng rõ (BN Lý Thị H. SLT 42105/2013 – BV Việt Đức)



Hình 2. Hình ảnh neurinoma C2C3 giảm tín hiệu trên T1W (A), tăng trên T2W (B), ngấm thuốc đối quang mạnh (C), phá hủy xương gây phù tủy xung quanh (BN Bùi Thị H. SLT 16289/2013 – BV Việt Đức)

Biểu đồ 1. Kết quả mô bệnh học



IV. BÀN LUẬN

Các đặc điểm về giới và tuổi trong nghiên cứu chúng tôi cũng tương tự với ghi nhận trong y văn. Bao S. và cs (2004) ghi nhận u tủy cổ xuất hiện ở lứa tuổi từ 5-70, trung bình là 36,7 tuổi; Theo Yu Y. và cs (2011) cho thấy tuổi trung bình của các u dưới màng cứng ngoài tủy ở cổ là 44,5 (gặp từ 15 đến 64 tuổi).

4.1 Hình ảnh cộng hưởng từ:

Về vị trí phân bố u trên các đoạn tủy không có sự khác biệt có ý nghĩa. Các tác giả trên cũng có kết quả tương tự

Về ranh giới u trên phim cộng hưởng từ rõ nét ở 41/58 bệnh nhân (70,7%), ranh giới giữa u và tủy rõ trên phim T1W có tiêm thuốc đối quang từ. Chỉ có một trường hợp u nguyên bào mạch hình ảnh khó phân biệt với tủy sống trên phim CHT, đối chiếu trong mổ có hiện tượng xâm lấn một phần tủy sống. Kết quả này phù hợp với nhận xét của Hoàng Đức Kiệt (2001), Phạm Đức Hiệp (2003) [1]. Theo Friedman JA, những trường hợp u thần kinh tủy ác tính có thể không rõ ranh giới u trên phim chụp.

Một vài tác giả như Matsumoto, MC Cormick đã mô tả đặc điểm phân biệt giữa u tế bào Schwann và u màng não tủy dựa vào đường bờ. U màng não tủy có đường bờ đều và nhẵn, trong khi u tế bào Schwann có đường bờ và hình dạng không đều.

89,7% các trường hợp ngấm thuốc đối quang từ mạnh, tính đồng nhất gặp trên 33/58 BN (56,9%).

Tín hiệu của các u tủy cổ trên các phim CHT không có đối quang từ tương đối đặc thù. Nghiên cứu cho thấy trên các phim CHT các khối u tủy cổ có cường độ tín hiệu phần lớn tăng trên chuỗi xung T2W (82,8%), chỉ có 15,5% đồng tín hiệu và 1,7% giảm tín hiệu; Trên xung T1W u giảm (51,7%) hoặc đồng tín hiệu (46,6%), chỉ có 1,7% tăng tín hiệu. Sự khác nhau giữa hình ảnh các chuỗi xung này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Các tỷ lệ này cũng tương đương với các nghiên cứu của Lê Quyết Thắng (83,33% tăng tín hiệu trên T2W; 66,67% đồng và 30% giảm tín hiệu trên T1W); Parsa A. T. (2004) hầu hết các u tủy đều có hình ảnh giảm hoặc đồng tín hiệu trên T1W và tăng trên T2W.

+ Các u thần kinh tủy sống (Neurinoma, schwannoma, neurofibroma) có 39 trường hợp: trên hình ảnh T2W u thần kinh tủy sống thường biểu hiện tăng tín hiệu (36/39 – 92,3%), còn lại

số ít đồng tín hiệu; trên hình ảnh T1W không tiêm thuốc đối quang từ u thường biểu hiện là giảm (56,4%) hoặc đồng tín hiệu (43,6%). Số liệu này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Đức Hiệp (2003) là 87,9%, 81,8% và 12,1% [1].

Các u có các nang nhỏ, ngoài ra không chứa các tổ chức bất thường khác. Những u giảm tín hiệu trên T1W là những trường hợp trong cấu trúc của u có nhiều kén dịch, hay gặp nhất là các u vỏ bao dây thần kinh (53,8%).

Sau khi tiêm thuốc đối quang từ u thần kinh tủy sống ngấm thuốc mạnh (94,1%) và trở nên tăng tín hiệu rất rõ nét trên ảnh T1W, đây là tính chất giúp cho chẩn đoán bản chất u bằng MRI.

U hình quả tạ đôi phát triển vừa trong và ngoài ống sống qua lỗ ghép thường gặp ở u thần kinh tủy, chúng tôi gặp 23 BN (chiếm 58,9% u thần kinh tủy và 39,6% các u tủy cổ).

+ U màng tủy: tín hiệu của các u màng tủy trên các phim CHT không có đối quang từ ít đặc thù. Tín hiệu của u cả trên T1W và T2W có xu hướng gần tương đương với tín hiệu của mô tủy liền kề. Nghiên cứu cho thấy trên phim không đối quang từ u màng tủy có cường độ tăng trên T2W (1/6- 16,6%), đồng tín hiệu 66,6%; trên hình ảnh T1W đồng tín hiệu ở 83,3%, 12,7% là giảm tín hiệu. Theo Kalra R. R., Klekamp J. thì các u màng tủy thường là đồng tín hiệu trên cả hai xung T1W và T2W khi chưa tiêm thuốc, chỉ khi u có vôi hóa bên trong thì sẽ cho tín hiệu tăng.

Sau khi tiêm thuốc đối quang từ thì các u màng tủy bắt thuốc mạnh và đồng nhất, ranh giới rõ [5]. Nhóm nghiên cứu có 100% khối u màng tủy ngấm thuốc mạnh, đồng nhất và ranh giới rõ ngay cả khi u phát triển lan rộng, 1/6 BN chiếm 16,6% u phát triển ra ngoài ống sống.

4/6 trường hợp chiếm 66,6% u màng tủy của chúng tôi có hình ảnh đuôi màng cứng điển hình, là đặc điểm chẩn đoán u màng tủy [6] [2].

+ Ependymoma: Chúng tôi gặp 6 trường hợp ependymoma với tín hiệu tăng trên T2W (5/6 – 83,3%) còn lại là đồng tín hiệu; trên T1W thể hiện hình ảnh giảm tín hiệu 66,6%, đồng tín hiệu 33,3%. Ranh giới bờ u không rõ ràng (83,3%), sau tiêm thuốc đối quang từ ngấm thuốc trong 83,3%, không đồng nhất. Rong tủy kèm theo gặp trong 4/6 chiếm 66,7%, 83,3% có nang trong u. và phù quanh u chỉ gặp 1 trường hợp (16,6%).

Theo Kalra R. R. (2014) hình ảnh đặc trưng của ependymoma là tăng tín hiệu trên T2W, giảm trên T1W, kèm theo rong tủy, phù quanh u [5]

4.2 Kết quả mô bệnh học:

Kết quả mô bệnh học thường gặp nhất của nghiên cứu là các u vỏ dây thần kinh chiếm tỷ lệ 63,8% (trong đó neurinoma 41,4%, shwannoma 22,4%), u màng tủy 10,3%, u màng ống nội tủy ependymoma 10,3%, ngoài ra là các u hiếm gặp khác chiếm tỷ lệ thấp (u nguyên bào mạch-hemangioblastoma, u xơ thần kinh - neurofibroma, u hạch thần kinh - ganglioneuroma, u nang, cavernoma, u di căn carcinoma thể nhú).

Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của Lê Quyết Thắng [3] với u vỏ dây thần kinh 53,3%, shwannoma 30%, ependymoma 6,66%; Gần tương đương với kết quả của Bao S. và cs [4], sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê với u vỏ dây thần kinh chiếm 45,1%, 14,0% là meningioma, 9,6% ependymoma, còn lại là các u khác (astrocytoma, hemangioblastoma, neurofibroma, u nang và chordoma); Yu Y. và cs (2011) [7] nghiên cứu 39 u ngoài tủy cổ thấy phần lớn là các u vỏ dây thần kinh (26/39 – 66,6%), meningioma (11/39BN).

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một trường hợp bệnh nhân u shwannoma ác tính. Đây là u tương đối hiếm gặp dưới màng tủy, ngoài tủy.

V. KẾT LUẬN

U tủy cổ phần lớn là u vỏ dây thần kinh, ependymoma và u màng tủy.

Chụp CHT là tiêu chuẩn chẩn đoán xác định. U xuất hiện ở mọi vị trí của tủy cổ. U tủy cổ cao chiếm 56,9%, cổ thấp 43,1%.

Hình ảnh thường gặp: cường độ tín hiệu tăng trên T2W 82,8%, đồng hoặc giảm trên T1W 98,3%, ngấm đối quang từ mạnh 89,7%, đồng nhất 56,9%, ranh giới rõ 70,7%.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin được trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện 103, khoa Phẫu thuật thần kinh, Phòng Kế hoạch tổng hợp, tổ lưu trữ hồ sơ của hai Bệnh viện cũng như tất cả các người bệnh đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Đức Hiệp** (2003), "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của u thần kinh tủy sống", *Luận văn thạc sĩ y học chuyên ngành chẩn đoán hình ảnh; ĐH Y Hà Nội*.
2. **Phạm Ngọc Hoa** (2009), "Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ u tế bào shwann và u màng não trong màng cứng ngoài tủy", *Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 13 - Số 1, 2009*.
3. **Lê Quyết Thắng** (2006), "Nghiên cứu chẩn đoán sớm và kết quả điều trị phẫu thuật u tủy sống vùng cổ tại bệnh viện 103", *Luận văn thạc sĩ y học chuyên ngành Phẫu thuật đại cương, Học viện quân y, Hà Nội*.
4. **Bao S. et al.** (2004), Surgical treatment of cervical spinal cord tumors, *International Congress Series*, Elsevier, pp. 439-443.
5. **Kalra R. R. et al.** (2014), "Intradural Spinal Cord Tumors", *Spine surgery basics; springer*, pp. 453-462.
6. **Karagianis A. et al.** (2003), "MRI of cervical spine neoplasms", *Applied Radiology*. 32 (12), pp. 26-38.
7. **Yu Y. et al.** (2011), "Minimally invasive microsurgical treatment of cervical intraspinal extramedullary tumors", *Journal of Clinical Neuroscience*. 18 (9), pp. 1168-1173.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN MUỘN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TỪ 1/2010 ĐẾN 12/2014

Vũ Văn Du*, Nguyễn Quốc Tuấn**

TÓM TẮT¹⁵

*Bệnh viện Phụ sản Trung ương

**Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Du

Email: dutruongson@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn muộn tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 1/2010 - 12/2014. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, mẫu nghiên cứu gồm 46 bệnh nhân nữ. Đánh giá và phân loại giai đoạn bệnh theo thang phân loại FIGO 2014. **Kết quả:** Tuổi gặp nhiều nhất ở nhóm trên 40 (91,3%). Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau tức bụng dưới (54,3%). UTBMBT dạng thanh dịch là dạng hay gặp nhất (47,8%), tiếp đến là UTBM thể

nhày chiếm 15,2%. **Kết luận:** Bệnh UTBMBT là bệnh lý ung thư phụ khoa thường gặp ở phụ nữ trên 40 tuổi. Các triệu chứng của bệnh thường tiến triển âm thầm, ít đặc hiệu trong đó đau tức bụng dưới, bụng to ra... là các triệu chứng thường gặp.

Từ khóa: Ung thư biểu mô buồng trứng, lâm sàng, cận lâm sàng, giai đoạn muộn.

SUMMARY

THE CLINICAL CHARACTERISTICS AND SUBCLINICAL OF ADVANCED STAGE EPITHELIAL OVARIAN CANCER AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY FROM 1/2010-12/2014

Objective: To describe the clinical characteristics and preclinical of advanced-stage epithelial ovarian cancer at the National hospital of obstetrics and gynecology from 1/2010 - 12/2014.

Methods: A cross-sectional study was used. The sample of study consisted 46 female patients. Assessment and classification stage of the disease according to the taxonomy FIGO 2014. **Results:** Most patients are in the age group over 40 (91.3%). Functional symptoms are the most common abdominal pain (54.3%). The percentage of patients with Serous tumours typeis relatively large (47.8%), and had 15.2% of mucinous tumours of patients. **Conclusion:** Epithelial ovarian cancer is a common gynecological cancer among women over 40 years old. Symptoms of the disease usually progresses silently, less specificity in which abdominal pain,... are the common symptoms.

Keywords: epithelial ovarian cancer, clinical, preclinical, final stage

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) là một trong những bệnh ung thư nguy hiểm và thường gặp ở những người phụ nữ trưởng thành. Trên toàn thế giới, bệnh có xu hướng gia tăng và gây ra những hậu quả nghiêm trọng. Tại

Anh, UTBMBT là loại ung thư phổ biến nhất hàng đầu ở phụ nữ sau ung thư vú, ung thư cổ tử cung nhưng lại là nguyên nhân tử vong hàng đầu do ung thư phụ khoa[5]. Trong khi đó tại Mỹ, bệnh cũng chiếm 53% tổng số trường hợp tử vong do ung thư phụ khoa gây nên [7]. Còn tại Việt Nam, tỷ lệ mắc UTBMBT chưa được ghi nhận cụ thể, năm 2000, tỷ lệ này xấp xỉ mức 4,4/100.000 phụ nữ [3].

Bệnh thường tiến triển qua 3 giai đoạn: giai đoạn sớm, giai đoạn muộn và giai đoạn cuối. Ở giai đoạn sớm, bệnh thường diễn biến âm thầm không có triệu chứng rõ ràng, đôi khi chỉ là cảm giác đau tức nhẹ và kéo dài ở vùng bụng dưới. Do vậy phần lớn các trường hợp khi bệnh được phát hiện thì đã ở giai đoạn muộn, các triệu chứng có phần điển hình và diễn biến rầm rộ hơn.

Dù vậy, việc xác định đúng các triệu chứng lâm sàng và dấu hiệu cận lâm sàng vẫn có ý nghĩa vô cùng quan trọng trong việc gợi ý và hướng kiểm tra chẩn đoán và xử trí phù hợp. Bởi vì, dù trong giai đoạn muộn nhưng phát hiện càng sớm khi khối u chưa lan tràn, di căn thì khả năng sống sau 5 năm của bệnh nhân có thể được cải thiện đáng kể [5]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn muộn*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

*Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTBMBT.

Bảng 1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân chưa phẫu thuật	Bệnh nhân đã phẫu thuật
- Lâm sàng: Có u buồng trứng dày, dính	- Tổn thương được mô tả trong biên bản phẫu thuật: Có u buồng trứng, có thể thâm nhiễm tổ chức xung quanh.
- Cận lâm sàng: Có khối u buồng trứng, có thể thâm nhiễm tổ chức xung quanh (Siêu âm, CT scanner, IMR).	- Mô bệnh học (Buồng trứng, mạc nối lớn, các mảnh sinh thiết phúc mạc...): Có tế bào UTBMBT.
- Tế bào học: Có tế bào ung thư.	
- Nồng độ CA 125 huyết thanh: tăng cao.	

*Bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn UTBMBT giai đoạn muộn: giai đoạn mô bệnh học II-IV theo tiêu chuẩn FIGO 2014 [6].

*Bệnh nhân phải điều trị hóa chất trước phẫu thuật:

Số đợt điều trị hóa chất tùy thuộc đáp ứng thuốc từng bệnh nhân, sau mỗi đợt điều trị hóa chất, bệnh nhân sẽ được khám lại, đánh giá tình trạng.

*Bệnh nhân được phẫu thuật sau khi điều trị hóa chất.

*Không bị mắc ung thư khác kèm theo.

Tiêu chuẩn loại trừ

- UTBMBT nhưng đã qua điều trị ở tuyến trước.
- UTBMBT thứ phát hoặc nguyên phát ở giai đoạn I,II
- Bệnh nhân không phẫu thuật sau điều trị hóa chất
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu và tính toán cỡ mẫu

- Phương pháp chọn mẫu: Mẫu thuận tiện.
- Cỡ mẫu: Tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ ở trên.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

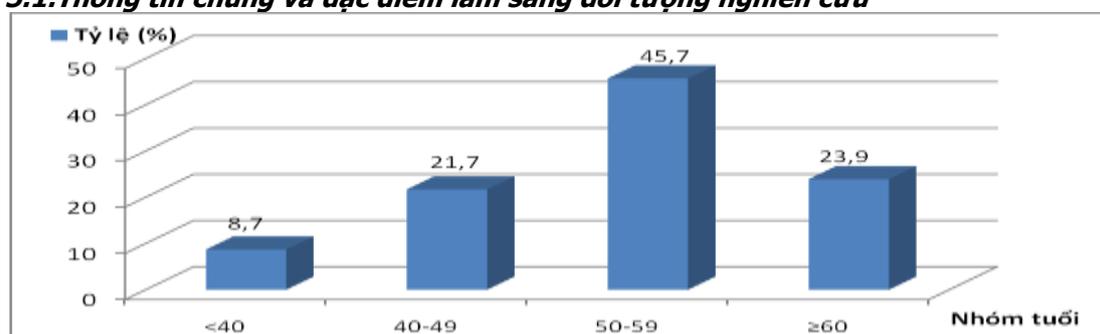
Phương pháp thu thập số liệu: Số liệu được thu thập từ bệnh án của bệnh nhân UTBMBT nguyên phát giai đoạn muộn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2010 đến tháng 12/2014.

Xử lý số liệu: Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2010 - 12/2014.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thông tin chung và đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh theo tuổi

Ung thư biểu mô buồng trứng gặp ở mọi lứa tuổi, chủ yếu là lứa tuổi >50. Tuổi trung bình là 51,8 ± 10,4; trong đó lớn nhất là 68 tuổi và có 2 trường hợp tuổi rất trẻ là 17 và 19 tuổi.

Bảng 2. Các triệu chứng cơ năng thường gặp

Biểu hiện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Bụng to ra	14	30,4
Đau tức bụng dưới	25	54,3
Sút cân	10	21,7
Ra máu âm đạo sau mãn kinh	2	4,3
Rối loạn kinh nguyệt	4	8,7
Tự sờ thấy u	2	4,3
Phát hiện ngẫu nhiên khi khám phụ khoa	3	6,5

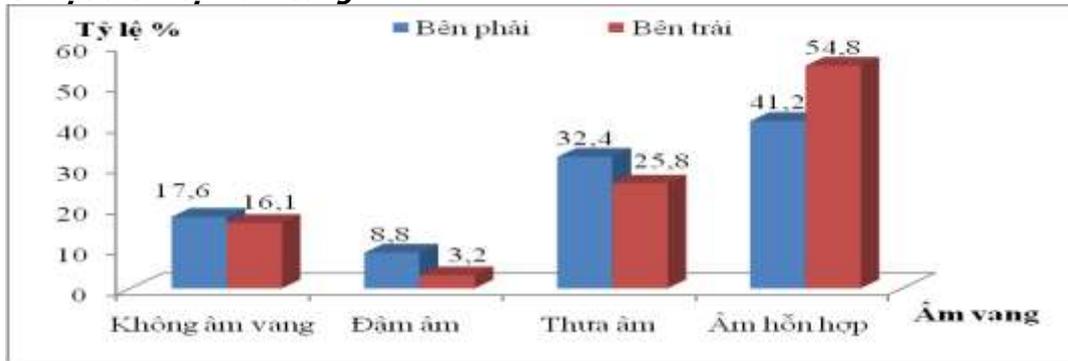
Đa số đều có các triệu chứng lâm sàng gợi ý, trong đó có tới 41/46 là có các triệu chứng bất thường liên quan đến ổ bụng. Trong đó, 54,3% bệnh nhân đau tức bụng dưới, 30,4% bệnh nhân thấy bụng to ra, các triệu chứng khác đều ít gặp hơn.

Bảng 3. Phân bố tổn thương u theo vị trí buồng trứng (n=46)

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ(%)
Khối u dính tiểu khung	9	19,6
Phải	13	28,3
Trái	10	21,7
Hai bên	14	30,4
Tổng số	46	100,0

UTBMBT gặp trên thăm khám lâm sàng thấy khối u ở cả hai bên là nhiều nhất chiếm 30,4%, với u ở 1 bên thì bên phải chiếm tỷ lệ cao hơn bên trái là 28,3% so với 21,7%. Tuy nhiên có đến 9 trường hợp chiếm 19,6% là u tạo thành khối dính chiếm toàn bộ tiểu khung và không phân biệt u bên phải hay bên trái.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng



Biểu đồ 2. Đánh giá hình ảnh cấu trúc u qua siêu âm (n=46)

Khối u là âm vang hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất, ở bên phải là 41,2%, bên trái là 54,8%, kế đến là hình ảnh khối thưa âm với u bên phải là 32,4%, u bên trái là 25,8%, thấp hơn là hình ảnh không âm vang với tỷ lệ tương tự là 17,6% và 16,1%. Thấp nhất là hình ảnh đậm âm với tỷ lệ 8,8% và 3,2%.

Bảng 4. Phân loại bệnh nhân theo nhóm u của UTBMBT (n=46)

Nhóm u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
UTBMBT dạng u thanh dịch	22	47,8
UTBMBT dạng u nhầy	7	15,2
UTBMBT dạng nội mạc	3	6,5
UTBMBT là các tế bào sáng	4	8,7
UTBMBT là các tế bào chuyển tiếp	1	2,2
UTBMBT biểu mô vảy	1	2,2
UTBMBT hỗn hợp	2	4,3
UTBMBT không biệt hóa	2	4,3
UBM tuyến nhú kém biệt hóa	4	8,7
Tổng số	46	100,0

Trong các ung thư biểu mô buồng trứng hay gặp nhất là u thanh dịch chiếm 47,8%, kế đến là u nhầy chiếm 15,2%, u các tế bào sáng và u tuyến nhú kém biệt hóa chiếm 8,7%. Các dạng u thư khác tỷ lệ thấp hơn là dạng nội mạc, hỗn hợp, không biệt hóa, biểu mô vảy,...

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi của các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gần tương đương với các kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Nguyễn Đức Phúc (2010) nghiên cứu 74 bệnh nhân UTBMBT ở giai đoạn III thì tuổi mắc trung bình là 52,8 tuổi, trong đó nhóm > 40 tuổi gặp nhiều nhất chiếm 75% [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Diệp (2012) trên bệnh nhân ở Bệnh viện K thì độ tuổi trên 40 tuổi chiếm 77,3%, trong đó độ tuổi từ 50-59 chiếm tỷ lệ cao nhất 37,3%, tuổi mắc trung bình là 49,5±12,8 tuổi; thấp nhất là 23 tuổi và cao nhất là 70 tuổi[2].

Các ung thư biểu mô buồng trứng nằm trong khoảng tuổi >40 là do quá trình tạo ung thư buồng trứng trải qua thời gian khá dài với hàng loạt các biến đổi khác nhau. Khi tuổi đời càng

cao thì khả năng đề kháng với các tế bào bất thường càng giảm, những sai lệch về bộ gen càng nhiều thì nguy cơ bị ung thư tăng cao.

Theo DeVita, Vincent (2008), triệu chứng đầy tức bụng dưới thường gặp nhất, tiếp theo là ra máu âm đạo bất thường, hội chứng dạ dày, triệu chứng về hệ thống tiết niệu. Như vậy có thể đưa ra khuyến cáo cho tất cả những phụ nữ có dấu hiệu đầy tức bụng dưới không rõ ràng cần phải nghĩ đến UTBT và thăm khám cẩn thận vùng tiểu khung bằng thăm âm đạo và trực tràng và làm siêu âm đầu dò âm đạo, cũng như làm các xét nghiệm để có thể phát hiện sớm bệnh [4]. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cũng phát cho thấy tỷ lệ khám thấy khối u vùng bụng dưới là rất cao, chiếm tới 80,4%. Điều này cho thấy, bệnh nhân thường chỉ phát hiện ra khối u ở giai đoạn muộn, khi kích thước khối u đã tương đối lớn.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Siêu âm: Trong nghiên cứu của Nguyễn Trọng Diệp tỷ lệ u có thành phần hỗn hợp (bao gồm cả thành phần dịch và đặc) và u đặc chiếm đa số các trường hợp 74,7%, còn lại là u dạng nang chiếm 25,3% [2]. Siêu âm đặc biệt là siêu âm đầu dò âm đạo kết hợp với Doppler màu có vai trò quan trọng trong phát hiện và chẩn đoán khối u buồng trứng, đồng thời phương pháp này cũng nhạy hơn các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác như CT trong việc đánh giá tính chất lành tính - ác tính. Các dấu hiệu gợi ý ác tính trên siêu âm bao gồm: u có thành phần hỗn hợp và đặc, có vách dày trên 3 mm và không đều, có nodule trong u, dịch ổ bụng và tăng sinh mạch trên Doppler màu... Khi có các dấu hiệu gợi ý ác tính trên việc chỉ định phẫu thuật thăm dò là bắt buộc.

Mô bệnh học: Mô bệnh học là phương pháp cận lâm sàng có giá trị cao trong xác định tính chất của khối u. Kết quả nghiên cứu của tôi tương đồng với kết quả mô bệnh học của tác giả Nguyễn Đức Phúc (2010) khi phát hiện UTBMBT thể thanh dịch là thường gặp nhất và tỷ lệ lần lượt là 54,1% [1].

V. KẾT LUẬN

Bệnh UTBMBT là bệnh lý ung thư phụ khoa thường gặp ở phụ nữ trên 40 tuổi. Các triệu

chứng của bệnh thường tiến triển âm thầm, ít đặc hiệu trong đó đau tức bụng dưới, bụng to ra... là các triệu chứng thường gặp (54,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Phúc (2003), *Nghiên cứu kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng của ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn III điều trị tại bệnh viện K (1998- 2001)*, Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. Nguyễn Trọng Diệp (2012), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IC-II bằng phẫu thuật kết hợp với hóa chất tại bệnh viện K*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Phạm Thị Hoàng Anh, Nguyễn Bá Đức và cộng sự (2001), "Tình hình bệnh ung thư ở Việt Nam", *Tạp chí thông tin Y Dược*. Số 2. tr. 23-25.
4. DeVita, Vincent T (2008), *"Principles & Practice of Oncology, 8th Edition", Part 3 - Practice of Oncology > Chapter 42 - Gynecologic Cancers > Section 5: Ovarian Cancer, Fallopian Tube Carcinoma, and Peritoneal Carcinoma*.
5. Doufekas K., Olaitan A. (2014), "Clinical epidemiology of epithelial ovarian cancer in the UK", *Int J Womens Health*. 6. 537-45.
6. Jayson G.C, Kohn E.C, Kitchener H.C (2014), "Ovarian cancer", *Lancet*. 384(9951). p. 1376-88.
7. Thomsen L.H, Schnack T.H (2016), "Risk factors of epithelial ovarian carcinomas among women with endometriosis: a systematic review".

THỰC TRẠNG BỆNH TẬT, ĐIỀU TRỊ THUỐC ARV VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ, XÃ HỘI CỦA NGƯỜI NHIỄM HIV TẠI QUẢNG TRỊ NĂM 2015

Nguyễn Văn Tiến¹, Đỗ Văn Dung², Đào Thị Minh Hồng³,
Trần Thị Khuyên¹, Đào Huy Cừ¹, Nguyễn Thế Duy¹

TÓM TẮT¹⁶

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng kết hợp định tính, cỡ mẫu 103 người, đối tượng trên 18 tuổi được quản lý tại Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS. Kết quả cho thấy thời gian phát hiện bị nhiễm HIV của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là lớn hơn hoặc bằng 3 năm chiếm tỷ lệ 71,8%. Giai đoạn

lâm sàng của người nhiễm HIV chủ yếu là giai đoạn I chiếm tỷ lệ 67,0%. Tỷ lệ người nhiễm HIV có tham gia điều trị ARV chiếm 79,6%. Về tuân thủ điều trị thuốc có 7,3% trong tổng số người điều trị chưa tuân thủ điều trị. Có 24,4% người nhiễm HIV uống thuốc ARV có tác dụng phụ của thuốc. Phần lớn người nhiễm HIV có tiếp cận và sử dụng dịch vụ hỗ trợ y tế chiếm 93,2% trong đó chủ yếu là tiếp cận điều trị ARV chiếm 78,6%.

Từ khóa: Bệnh tật, ARV, người nhiễm HIV, Quảng Trị

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF SITUATION ILLNESS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH HIV ARV DRUGS IN QUANG TRI 2015

This study was performed according to the method described cross-sectional study, quantitative study combining quality, sample size 103 people, the subjects over 18 are managed at the Center for HIV /

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Liên hiệp các Hội khoa học và kỹ thuật Ninh Bình

³Trung tâm y tế dự phòng tỉnh, tỉnh Quảng Trị

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

AIDS. The results showed that the detection time of the study subjects mainly HIV is greater than or equal to 3 years 71,8%. Clinical stage of HIV primarily Phase I 67,0% occupancy rate. HIV prevalence has joined ARV 79,6%. About 7,3% non compliance of the treatment of non-compliance. There are 24,4% of people with HIV taking antiretroviral drugs have side effects of HIV mainly thuốc. Most of them have access and use of health care services 93,2% of which are mainly ARV access 78.6%.

Keywords: Disease, ART, HIV infected people, Quang Tri

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay mặc dù tuổi thọ của người nhiễm HIV đã được kéo dài bằng việc sử dụng thuốc ARV nhưng một người sống chung với HIV không những phải đối phó với một loạt các triệu chứng liên quan đến HIV trong thời gian dài với các bệnh nhiễm trùng cơ hội do suy giảm miễn dịch, bên cạnh đó nhiều người trong số các bệnh nhân HIV/AIDS phải đối diện với các vấn đề xã hội như sự kỳ thị, nghèo đói, trầm cảm có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ không chỉ từ khía cạnh sức khỏe thể chất, mà còn cả về sức khỏe tâm thần và xã hội [5]. Do bị kỳ thị phân biệt đối xử nên người nhiễm HIV và bệnh nhân AIDS đã không dám tiết lộ thông tin về tình trạng nhiễm HIV/AIDS của mình. Những người có hành vi nguy cơ cao không dám đi xét nghiệm và không áp dụng các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm HIV cho người khác vì sợ bị phát hiện. Và cũng chính do bị kỳ thị làm cho người nhiễm HIV/AIDS đôi khi có những phản ứng tiêu cực, chẳng hạn như cố tình làm lây lan HIV cho người khác... Tất cả những điều này đã làm cho dịch HIV/AIDS ngấm ngấm lan ra trong cộng đồng. Trong năm 2015, cả nước ta đã phát hiện 10.195 trường hợp nhiễm mới HIV số bệnh nhân chuyển sang AIDS là 6130, tử vong do AIDS 2130 trường hợp. Tính đến cuối năm 2015 cả nước hiện có 227.154 trường hợp nhiễm HIV còn sống và ước tính hiện có 254.000 người nhiễm HIV trong cộng đồng. Tại Quảng Trị, từ ca nhiễm HIV đầu tiên năm 1997, tính đến ngày 31/12/2015, trên địa bàn tỉnh đã giám sát phát hiện được trường hợp nhiễm HIV/AIDS đang còn sống là 196 người, trong đó 153 trường hợp chuyển qua giai đoạn AIDS lũy tích và đã có 89 bệnh nhân AIDS đã tử vong [5]. Tỉnh Quảng trị từ trước đến nay chưa có một nghiên cứu đầy đủ nào về thực trạng bệnh tật, điều trị ARV và sử dụng các dịch vụ y tế, xã hội của người nhiễm HIV/AIDS, do

vậy nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu đề tài này, với mục tiêu "Mô tả thực trạng bệnh tật, điều trị thuốc ARV và sử dụng dịch vụ y tế, xã hội của người nhiễm HIV tại Quảng Trị năm 2015".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu

Phòng khám ngoại trú Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS và các phường, xã có người nhiễm HIV đang còn sống thuộc địa bàn tỉnh Quảng Trị.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nhiễm HIV từ 18 tuổi trở lên đang sinh sống tại Quảng Trị và có danh sách quản lý của Trung tâm phòng, chống HIV đến tháng 5 năm 2016.

2.3. Thời gian nghiên cứu: gian nghiên cứu từ tháng 4/ 2015 – tháng 5/2016

2.4. Phương pháp nghiên cứu: *Thiết kế nghiên cứu:*

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng kết hợp định tính

2.5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu:

* Đối với cỡ mẫu nghiên cứu định lượng: Đối tượng thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn lựa đều được đưa vào nghiên cứu, cỡ mẫu 103 người.

* Đối với cỡ mẫu nghiên cứu định tính:

- Với thảo luận nhóm: Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích cỡ mẫu 14 bệnh nhân. Chia thành 2 nhóm, mỗi nhóm từ 7 bệnh nhân. Mỗi cuộc 7 bệnh nhân.

- Với phỏng vấn sâu: Chọn chủ đích 5 bệnh nhân. Mỗi cuộc 1 bệnh nhân.

Chọn mẫu:

* Đối với nghiên cứu định lượng:

- Lấy danh sách quản lý người nhiễm HIV để tiếp cận, sàng lọc lại các bệnh nhân và lựa chọn những người đủ tiêu chuẩn để mời vào nghiên cứu.

- Đối với những người không tham gia điều trị ngoại trú nhưng có trong danh sách quản lý của Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS thì điều tra viên sẽ cùng cán bộ trạm Y tế đến tận hộ gia đình để thu thập thông tin.

*Đối với nghiên cứu định tính: Lựa chọn mẫu dựa vào danh sách người nhiễm HIV/AIDS để chọn đủ 2 cuộc thảo luận nhóm và 5 cuộc phỏng vấn sâu.

2.6. Phân tích số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Epi - Data 3.1 và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Các đặc điểm về tình trạng bệnh tật của người nhiễm HIV/AIDS

Bảng 3.1. Đặc điểm tình trạng bệnh tật (n=103)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Thời gian phát hiện nhiễm HIV		
≤1 năm	11	10,7
1 – 3 năm	18	17,5
≥3 năm	74	71,8
Lâm sàng		
Giai đoạn I	69	67,0
Giai đoạn II	26	25,2
Giai đoạn III	8	7,8
Giai đoạn IV	0	0
Bệnh lý mãn tính đi kèm		
Có	25	24,3
Không	78	75,7
Tình trạng sức khỏe hiện tại		
Mệt mỏi	24	23,3
Bình thường	79	76,7

Ở bảng 3.1, thời gian phát hiện bị nhiễm HIV của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là lớn hơn hoặc bằng 3 năm chiếm tỷ lệ 71,8%. Giai đoạn lâm sàng của người nhiễm HIV chủ yếu là giai đoạn I chiếm tỷ lệ 67,0%. Có 24,3% người nhiễm HIV có các bệnh lý mãn tính đi kèm, trong đó nhiễm lao chiếm tỷ lệ cao nhất 60% trong số người bị bệnh mãn tính. Về tình hình sức khỏe hiện tại, tỷ lệ người có dấu hiệu mệt mỏi chiếm 23,3%.

3.2. Tình hình điều trị thuốc ARV của người nhiễm HIV/AIDS

Bảng 3.2. Tình hình điều trị thuốc ARV của người nhiễm HIV (n=103)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Điều trị thuốc ARV		
Có	82	79,6
Không	21	20,4
Tuân thủ điều trị ARV (n=82)		
Có	76	92,7
Không	6	7,3
Tác dụng phụ của thuốc (n=82)		
Có	20	24,4
Không	62	75,6

Ở bảng 3.2, tỷ lệ người nhiễm HIV có tham gia điều trị ARV chiếm 79,6%. Về tuân thủ điều trị thuốc có 7,3% trong tổng số người điều trị chưa tuân thủ điều trị. Có 24,4% người nhiễm HIV uống thuốc ARV có tác dụng phụ của thuốc.

3.3 Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế và xã hội

Bảng 3.3. Tình hình tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế và xã hội (n=103)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ y tế		
Có	96	93,2
Không	7	6,8
Tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ xã hội		
Có	22	21,4
Không	81	78,6
Sử dụng các dịch vụ hỗ trợ y tế		
Có	96	93,2
Không	7	6,8
Sử dụng các dịch vụ hỗ trợ xã hội		
Có	22	21,4
Không	81	78,6

Ở bảng 3.3, phần lớn người nhiễm HIV có tiếp cận và sử dụng dịch vụ hỗ trợ y tế chiếm 93,2% trong đó chủ yếu là tiếp cận điều trị ARV chiếm 78,6% tiếp cận, có 21,4 % người nhiễm HIV có tiếp cận và được hỗ trợ về dịch vụ xã hội trong đó chủ yếu là vay vốn và được hỗ trợ nhà ở chiếm 15,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm về tình trạng bệnh tật của đối tượng nghiên cứu

Thời gian phát hiện bị nhiễm HIV của đối tượng nghiên cứu chủ yếu từ ≥ 3 năm trước (71,8%). Điều này có thể là do HIV có thời gian ủ bệnh dài nên số lượng đối tượng chủ động đi xét nghiệm để phát hiện sớm thường thấp. Giai đoạn lâm sàng của người nhiễm HIV chủ yếu là giai đoạn I chiếm tỷ lệ 67,0% và giai đoạn 2 là 25,2%, trên thực tế những đối tượng ở 2 giai đoạn này chiếm tỷ lệ nhiều hơn do đối tượng ở 2 giai đoạn sau tỷ lệ chết cao hơn vì giai đoạn 3, 4 bệnh thường biểu hiện nặng nề, sức khỏe suy giảm nghiêm trọng. Có 24,3% người nhiễm HIV có các bệnh lý mãn tính đi kèm có thể do các bệnh mãn tính có cùng đường lây nhiễm với HIV như viêm gan B, viêm gan C, theo như nghiên cứu thực trạng đồng nhiễm HBC, HCV ở người nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện A Thái Nguyên của tác giả Hoàng Ngọc Bích [1]. Do người nhiễm HIV có hệ thống miễn dịch giảm nên tỷ lệ mắc bệnh cao hơn. Bên cạnh đó tại tác dụng phụ của thuốc điều trị, chế độ dinh dưỡng chưa hợp lý có thể gây ra một số bệnh mãn tính cho bệnh nhân. Về tình hình sức khỏe hiện tại, tỷ lệ người có dấu hiệu mệt mỏi chiếm 23,3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn đối tượng ở nghiên cứu này đang mắc HIV ở giai đoạn I nên tình trạng sức khỏe hiện tại vẫn còn khỏe mạnh bình thường, số đối tượng mệt mỏi chiếm tỷ lệ thấp.

4.2. Tình hình điều trị thuốc ARV của người nhiễm HIV

Điều trị ARV đem đến cho người nhiễm HIV cuộc sống bình thường như người khỏe mạnh không nhiễm bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ người nhiễm HIV có tham gia điều trị ARV chiếm 79,6%. Trong những năm gần đây, chính phủ có sự quan tâm và chú trọng hơn đến công tác phòng chống và điều trị cho những người nhiễm HIV và đang triển khai việc sử dụng ARV miễn phí cho những đối tượng bị nhiễm HIV nên tỷ lệ người nhiễm HIV có tham gia điều trị ARV hiện nay chiếm tỷ lệ cao. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trần Xuân Bách, nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người nhiễm HIV được điều trị ARV trên 1 năm chiếm đa số [4]. Tỷ lệ điều trị

thuốc ARV trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ khá cao cũng là bởi phòng khám ngoại trú Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Quảng Trị không những đang triển khai điều trị ARV cho những người nhiễm HIV mà còn có phòng tư vấn và điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội và làm các xét nghiệm miễn phí cho người nhiễm HIV.

Theo kết quả TLN và PVS các thành viên chia sẻ: *"từ khi uống thuốc cho đến giờ sức khỏe của em được cải thiện lên rất nhiều, khỏe hơn, khi mới phát hiện bệnh em nghĩ em gần chết vì khi đó CD4 của em chỉ còn được 14 con, chỉ có một trường hợp là chia sẻ việc uống thuốc làm em đau đủ"* (TLN có nghề nghiệp tự do và nhóm có điều kiện kinh tế nghèo và cận nghèo và phỏng vấn sâu anh K)

Về tuân thủ điều trị thuốc có 92,7% đối tượng tuân thủ điều trị cho thấy sự nỗ lực rất lớn trong công tác điều trị HIV trên địa bàn tỉnh. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu này chỉ ra vẫn còn có 7,3% tổng số người điều trị chưa tuân thủ điều trị đây có thể là do công tác điều trị bằng ARV còn gặp một số khó khăn như các đối tượng quên không đến nơi để nhận thuốc hay các đối tượng không hợp tác hoặc còn thiếu cán bộ chuyên trách về lĩnh vực này nhắc nhở tư vấn nhắc lại. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần giống với kết quả nghiên cứu của Hồ Phong Điệp và cộng sự nghiên cứu năm 2013 đến năm 2014 tại Quảng Trị về đánh giá sự tuân thủ thuốc ARV cho kết quả có 18% quên uống thuốc trong tháng [2].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, đối tượng tham gia nghiên cứu đã có ý thức tốt về tuân thủ nhưng có lẽ do những nguyên nhân khách quan hay do ảnh hưởng của tâm lý nên vẫn còn tỷ lệ nhỏ đối tượng chưa tuân thủ việc điều trị ARV. Bên cạnh đó, việc điều trị HIV là rất khó khăn và phức tạp, bệnh nhân phải dùng nhiều thuốc trong một thời gian dài, do đó họ thường có cảm giác mệt mỏi, tác dụng phụ của thuốc nên ngại phải uống quá nhiều thuốc nên việc tuân thủ uống đúng số lần và đúng khoảng cách là khó thực hiện. Tuy nhiên, cải thiện chất lượng cuộc sống cho người nhiễm HIV thì các tác dụng phụ của ARV ảnh hưởng nhiều đến tiến trình điều trị vì phải thay đổi phác đồ khi có tác dụng phụ hoặc làm ảnh hưởng đến việc tuân thủ

của người bệnh, thậm chí có thể nguy hiểm đến tính mạng của người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có 24,4% người nhiễm HIV uống thuốc ARV thì chịu tác dụng phụ của thuốc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần với nghiên cứu của Tạ Thị Lan Hương tại Ninh Bình cho thấy, có 22,0% đối tượng nghiên cứu đang gặp tác dụng phụ khi điều trị ARV [3]. ARV có tác dụng làm giảm sự phát triển của virus HIV và làm chậm giai đoạn HIV sang AIDS. Dùng ARV cho người có HIV được nhìn nhận là một trong những biện pháp tích cực giúp người có HIV cải thiện sức khoẻ và kéo dài thời gian sống của mình tuy nhiên ARV không được chỉ định rộng rãi vì tỷ lệ gây ra tác dụng phụ cao, nó có thể gây ra các bệnh như các bệnh lý thần kinh ngoại vi, viêm tụy, phân bố lại mỡ, độc cho gan, độc với thần kinh trung ương. Tuy nhiên, hậu quả của HIV gây ra lớn hơn nhiều lại chưa có thuốc nào điều trị thay thế không gây tác dụng phụ nên cho dù có gây tác dụng phụ nhưng vẫn phải sử dụng ARV.

4.3 Thực trạng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế và xã hội

Nghiên cứu này cho thấy người nhiễm HIV có nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ hỗ trợ y tế chiếm 93,2%, phần lớn các dịch vụ những người nhiễm HIV lựa chọn sử dụng là tư vấn xét nghiệm tự nguyện, điều trị ARV, điều trị methadone... Điều này cho thấy những người nhiễm HIV đã có nhận thức về vấn đề sức khỏe của bản thân khá tốt, có mong muốn duy trì và cải thiện cuộc sống của mình, tỷ lệ người nhiễm HIV có tiếp cận và sử dụng các dịch vụ hỗ trợ xã hội còn thấp có thể có 2 lý do: Một là do chính bản thân họ không muốn tham gia vào các hoạt động xã hội vì sợ bị công khai. Hai là dịch vụ xã hội tại địa phương chưa đủ đáp ứng nhu cầu của họ và trong quá trình thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu họ cũng có đưa ra các ý kiến trên như: "*những người đã công khai họ rất muốn được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ xã hội như: chương trình bao cao su, tham gia các hoạt động truyền thông phòng, chống HIV AIDS tại cộng đồng, tham gia sinh hoạt thường xuyên với câu lạc bộ Yêu Thương, tiếp cận với các nguồn vốn vay để tăng gia sản xuất*" (TLN có nghề nghiệp tự do và nhóm có điều kiện kinh tế nghèo và cận nghèo, PVS anh K, chị C). Các mong muốn của họ đều chính đáng nhằm nâng

cao đời sống cho họ nói riêng và chất lượng cuộc sống nói chung. Điều này làm cho các nhà quản lý nên có các chiến lược lâu dài bền vững để hỗ trợ cho người nhiễm HIV hòa nhập với cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

- Thời gian phát hiện bị nhiễm HIV của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là lớn hơn hoặc bằng 3 năm chiếm tỷ lệ 71,8%. Giai đoạn lâm sàng của người nhiễm HIV chủ yếu là giai đoạn I chiếm tỷ lệ 67,0%.

- Tỷ lệ người nhiễm HIV có tham gia điều trị ARV chiếm 79,6%. Về tuân thủ điều trị thuốc có 7,3% trong tổng số người điều trị chưa tuân thủ điều trị. Có 24,4% người nhiễm HIV uống thuốc ARV có tác dụng phụ của thuốc.

- Phần lớn người nhiễm HIV có tiếp cận và sử dụng dịch vụ hỗ trợ y tế chiếm 93,2% trong đó chủ yếu là tiếp cận điều trị ARV chiếm 78,6%.

KHUYẾN NGHỊ

1. Tư vấn sâu hơn về nội dung tuân thủ điều trị để bệnh nhân thấy rõ được tầm quan trọng của việc tuân thủ uống thuốc và nâng cao chất lượng cuộc sống của đối tượng.

2. Tăng cường các biện pháp hỗ trợ tuân thủ điều trị để giúp bệnh nhân theo đúng lịch biểu của chương trình để việc điều trị bệnh cho bệnh nhân có hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Thị Ngọc Bích và cs (2014) "Thực trạng đồng nhiễm HBC, HCV ở người nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện A Thái Nguyên". Tạp chí Y học dự phòng, 25 (10), tr. 171-172.
2. Hồ Phong Điệp và cộng sự (2014) Đánh giá sự tuân thủ điều trị thuốc ARV và một số yếu tố liên quan của người nhiễm HIV/AIDS tại Quảng Trị từ 2013 đến 2014, tr. 38.
3. Tạ Thị Lan Hương (2012) Đánh giá sự tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV/AIDS tại các phòng khám ngoại trú tỉnh Ninh Bình năm 2012, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng,
4. Tran XB (2012) "Quality of life outcomes of antiretroviral treatment for HIV/AIDS patients in Viet Nam". Plos One, 7 (e41062)
5. WHO (2002) WHOQOL-HIV Instrument: Users Manual Scoring and Coding of the WHOQOL _HIV Instrucment, Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva.

MÔ HÌNH CHẤN THƯƠNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG THÁP NĂM 2014

Lê Văn Sen*, Hoàng Ngọc Sơn**, Nguyễn Thúy Quỳnh***

TÓM TẮT¹⁷

Với mục tiêu mô tả các loại hình chấn thương, đặc điểm chấn thương của các bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Đa khoa, nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu số liệu thứ cấp từ 4.100 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân bị chấn thương đến điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Đồng Tháp từ ngày 01/1 đến ngày 31/12/2014. Kết quả cho thấy, chấn thương xảy ra phần lớn ở nam giới (70,4%), trong độ tuổi từ 16 – 30 (31,6%) và nông nghiệp (38,2%) là nghề có tỷ lệ chấn thương nhiều hơn các nghề khác. Nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (49,5%), sau đó ngã (21%) và bị đánh đập/ tấn công (7,7%). Chấn thương chủ yếu tập trung ở đầu và phần mềm với lệ 38,1% và 36,8%. Kết luận, cần có biện pháp tuyên truyền, giáo dục người dân tham gia công tác phòng chống chấn thương giảm bớt gánh nặng kinh tế cho gia đình và xã hội.

Từ khóa: Tai nạn thương tích, chấn thương, tai nạn giao thông, ngã, vật sắc nhọn, bệnh viện.

SUMMARY

INJURY PATTERN AMONG PATIENTS ADMINISTRATED IN DONG THAP GENERAL HOSPITAL IN 2014

With a purpose of describing the types and characteristics of injury among patients administrated at the General Hospital, the study applied the retrospective method of reviewing secondary data from 4,100 medical records of injured patients treated at Dong Thap General hospital from 01/1 to 31/12/2014. The results showed that injury occurred mostly in men (70.4%), aged 16-30 (31.6%), and the agricultural sector (38.2%) had more injury patients than other occupations. Traffic accident was the leading cause of injury (49.5%), followed by falls (21%) and assault/ attack (7.7%). The percentages of head and soft tissue injury were the highest with 38.1% and 36.8%, respectively. In conclusion, there is need to promote education and communication to involve community in injury prevention to reduce the economic burden for families and society.

Keywords: Accident, injury, traffic accident/injury, fall, sharp injury, hospital.

*Trường Cao đẳng Y tế Đồng Tháp

**Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

***Trường đại học y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Ngọc Sơn

Email: hoangngocson69@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương hiện nay là một vấn đề sức khỏe gây ảnh hưởng xấu cho xã hội và và cộng đồng tại nhiều quốc gia trên thế giới, Tổ chức Y tế thế giới xếp chấn thương vào hàng thứ 4 trong 10 nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất và chiếm 11% gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu và là nguyên nhân gây nên có khoảng 78 triệu người tàn phế mỗi năm (Berger and Mohan, 1996) [3]. Ở các nước thuộc OECD, mỗi năm có khoảng 20.000 trẻ chết do chấn thương như tai nạn giao thông, đuối nước, ngã, bỏng, ngộ độc và chấn thương có chủ định gây ra [4].

Tại Việt Nam, theo kết quả sơ bộ cuộc điều tra chấn thương quốc gia VNIS năm 2010 cho thấy toàn quốc có 36.869 trường hợp tử vong do chấn thương, chiếm tỷ lệ 10,84% tổng số tử vong nói chung. Tỷ lệ chấn thương do tất cả các nguyên nhân ở Việt Nam là cao, trong đó có 5 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu là tai nạn giao thông, ngã, vật sắc nhọn, động vật tấn công và vật tù/vật rơi. Trong số các nguyên nhân chấn thương gây tử vong, tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu với tỷ suất là 16,6/100.000 [2]. Bài báo phân tích hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Đồng Tháp nhằm cung cấp thông tin về mô hình chấn thương trên địa bàn tỉnh để có các giải pháp can thiệp giảm thiểu tai nạn thương tích phù hợp với địa phương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Tất cả hồ sơ bệnh án của bệnh nhân bị chấn thương được điều trị đầu tiên tại bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp, từ ngày 01/1/2014 đến ngày 31/12/2014 ở mọi lứa tuổi, được lưu trữ tại Phòng kế hoạch tổng hợp bệnh viện phù hợp với tiêu chí: rõ ràng, đủ thông tin cá nhân, tình trạng thương tích và chi phí điều trị.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu số liệu thứ cấp.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Dựa vào tất cả hồ sơ bệnh án trên máy tính từ phòng

kế hoạch tổng hợp sau đó chọn ra những hồ sơ bệnh án có mã số lưu trữ (TN 01 đến TN 4800) có thời gian nhập viện từ ngày 01/1/2014 đến ngày 31/12/2014. Sau đó chọn hồ sơ bệnh án phù hợp với nghiên cứu, và loại trừ những hồ sơ bệnh án đã điều trị rồi nhập viện lại hoặc nhập viện lại để lấy vết, tháo bột hoặc không đủ thông tin cần thiết. Số hồ sơ bệnh án được chọn cuối cùng là 4100.

Phương pháp thu thập số liệu: mã hóa

hồ sơ bệnh án và trích những thông tin từ hồ sơ bệnh án có liên quan và điền vào Phiếu thu thập số liệu.

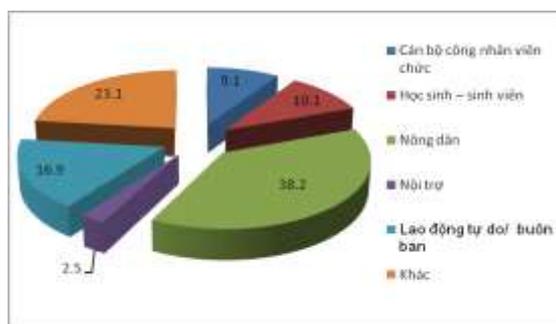
Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học – Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua tại Giấy chấp thuận số 013/2015/YTCC-HD3 ngày 25 tháng 2 năm 2015 và Hội đồng nghiên cứu khoa học, lãnh đạo bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp chấp thuận

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Phân bố nguyên nhân trực tiếp dẫn đến chấn thương theo nhóm tuổi và giới

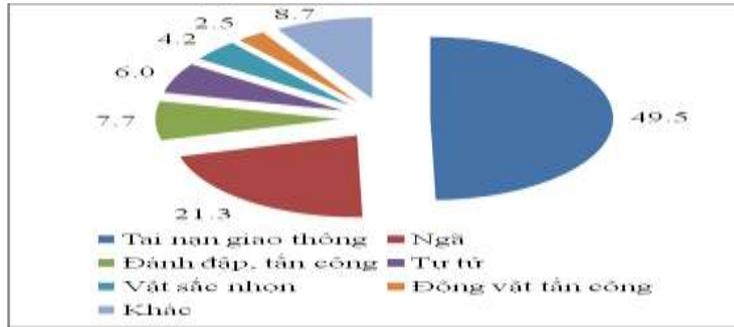
Nhóm tuổi	Giới tính				Tổng Số	
	Nam		Nữ		Tần số	Tỷ lệ %
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
0 – 15	448	10,9	228	3,9	676	16,5
16 – 30	1050	25,6	247	4,2	1297	31,6
31 – 45	720	17,6	226	3,8	946	23,1
46 – 60	451	11,0	204	3,5	655	16,0
> 60	217	5,3	309	5,2	526	12,8
Tổng	2886	70,4	1214	20,6	4100	100

Bảng 1 cho thấy trong quần thể đối tượng nghiên cứu tỷ lệ nam (70,4%) cao hơn so với nữ (29,6%). Các trường hợp chấn thương nhập viện điều trị xảy ra ở nhóm tuổi từ 16 – 30 (31,6%), từ 31 – 45 (23,1%). Đây là độ tuổi lao động tạo ra của cải vật chất và thu nhập cho gia đình, lực lượng lao động chính và dễ bị chấn thương nhất. Các nghiên cứu thực hiện tại phía Tây Nepal và Ấn Độ cũng cho tỷ lệ nam giới chấn thương 80% [2], [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Thu về chấn thương tại bệnh viện Đa khoa khu vực Tháp Mười tỉnh Đồng Tháp năm 2011 – 2012 cho thấy chấn thương thường tập trung trong nhóm tuổi từ 16 – 30 chiếm 38,5% và nhóm tuổi từ 30 – 45 chiếm 22,7% [5].



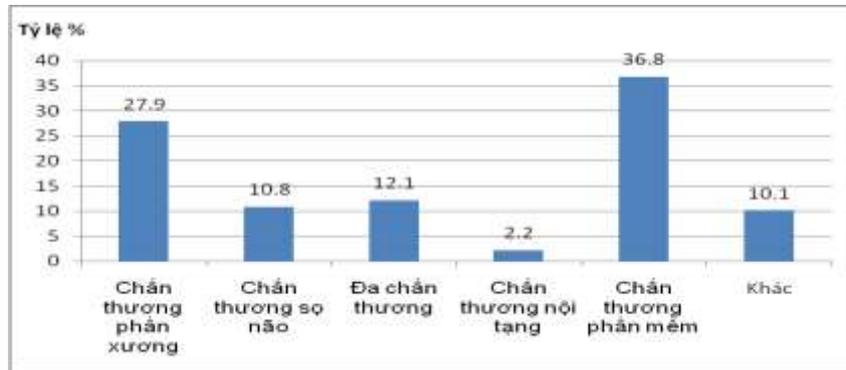
Biểu đồ 1. Phân bố chấn thương theo nghề nghiệp

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thúy Quỳnh và cộng sự tại 6 tỉnh (Hải Phòng, Ninh Bình, Thanh hóa, Quảng Nam, Đồng Nai, Tiền Giang), tỷ lệ cán bộ công nhân viên bị tai nạn thương tích chiếm 34,6%, tiếp theo nông dân chiếm 28,8% [7]. Nghiên cứu này cho thấy ngành nông nghiệp có tỷ lệ chấn thương nhiều nhất 38,2% (Biểu đồ 1), sự khác biệt này có thể do đặc điểm dân cư, địa bàn khác nhau về tỷ lệ nghề nghiệp.



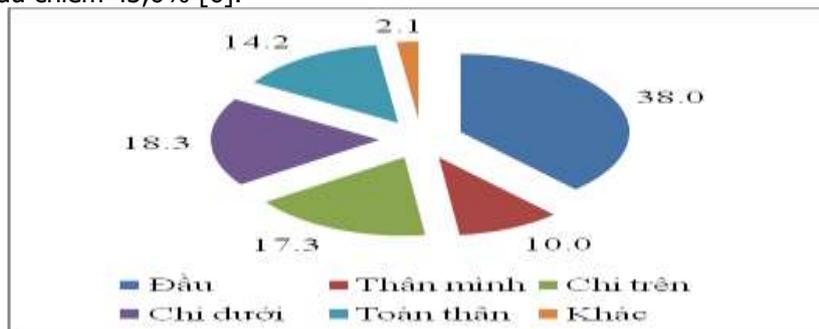
Biểu đồ 2: Nguyên nhân chấn thương

Biểu đồ 2 chỉ ra nguyên nhân của gần một nửa trường hợp nhập viện do chấn thương do tai nạn giao thông chiếm 49,5%, sau đó là ngã chiếm 21,3%. Kết quả nghiên cứu này cũng gần giống kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Hải tại bệnh viện Đa khoa thành phố Hòa Bình, tỉnh Hòa Bình năm 2008 – 2009, theo đó chấn thương do tai nạn giao thông chiếm 46% và do ngã chiếm 20% [1]



Biểu đồ 3: Vị trí chấn thương

Biểu đồ 3 cho số liệu về tình trạng chấn thương theo vị trí vết thương trong nghiên cứu này cũng tương tự như kết quả một số nghiên cứu trên thế giới và ở Việt Nam. Bộ phận bị chấn thương nhiều nhất là đầu (38,1%), kế đến là chi dưới (18,3%). Nghiên cứu 360 trường hợp tai nạn giao thông đường bộ nhập viện tại bệnh viện giảng dạy Manipal, phía Tây Nepal của tác giả Badrinarayan Mishra và cộng sự từ ngày 01/6/2004 đến ngày 31/5/2005 cũng cho thấy bộ phận chấn thương nhiều nhất là vết thương đầu chiếm 43,6% [6].



Biểu đồ 4. Bản chất của chấn thương

Kết quả tại biểu đồ 4 cho thấy phần lớn trường hợp chấn thương là chấn thương phần mềm với 1509 bệnh nhân (36,8%), tiếp theo chấn thương phần xương với 1145 bệnh nhân (27,9%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần giống với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hải, tỷ lệ chấn thương phần mềm chiếm cao nhất (37,5%), tiếp theo chấn thương phần xương (27,2%) [10] và theo nghiên cứu của Nguyễn Thúy Quỳnh và cộng sự, tỷ lệ chấn thương phần mềm chiếm cao nhất 46,6% [7].

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Chấn thương xảy ra cao hơn ở nam giới (70,4%); tỷ lệ chấn thương cao nhất ở độ tuổi từ 16 – 30 (31,6%). Nông dân là đối tượng bị chấn thương nhiều nhất (38,2%), cao hơn hẳn các ngành nghề khác (23,1%).

Chấn thương do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (49,5%) và ngã đứng thứ hai (21,3%). Chấn thương xảy ra ở tất cả các nhóm tuổi, trong đó cao nhất ở nhóm tuổi từ 31 – 45 tuổi. Đầu là bộ phận bị tổn thương nhiều nhất trong các trường hợp nhập viện (38,1%) so với các vị trí khác trên cơ thể. Đa số trường hợp bị chấn thương phần mềm (36,8%).

Kết quả nghiên cứu cho thấy cần có biện pháp tuyên truyền, giáo dục người dân tham gia công tác phòng chống chấn thương giảm bớt gánh nặng kinh tế cho gia đình và xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hải (2010). "Thực trạng chấn thương của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh

viện đa khoa thành phố Hòa Bình – tỉnh Hòa Bình trong 2 năm 2008-2009". Luận văn chuyên khoa I Y tế công cộng.

2. www.molisa.gov.vn
3. Lê Vũ Anh - Trần Hữu Bích (2003), "Chấn thương ở Việt Nam và trên thế giới. Một số khái niệm dịch tễ học chấn thương cơ bản". Giáo trình giảng dạy, Trường Đại học Y tế công cộng.
4. "A league table of child deaths by injury in rich nations", innocent report card, UNICEF Innocenti Research centre Forrence, Italy, Issue No. 2 february 2001, pp. 2-17.
5. Nguyễn Việt Thu (2012), "Nghiên cứu tình hình chấn thương vào khám cấp cứu tại bệnh viện Đa khoa khu vực Tháp Mười, tỉnh Đồng Tháp 2011 – 2012". Luận án chuyên khoa cấp 2 Quản lý Y tế.
6. Badrinarayan Mishra, Nidtri D Shinha et al (2010), "Epidemiological study of roat traffic accident case from Western Nepal", Indian journal of community Medicine, 35(1), pp.115-121.
7. Nguyễn Thúy Quỳnh và cs (2002), "Mô hình chấn thương dựa vào số liệu bệnh viện tại 6 tỉnh Hải Phòng, Ninh Bình, Thanh Hóa, Quảng Nam, Đồng Nai, Tiền Giang, 2001, Dự án phòng chống tai nạn thương tích cho trẻ em.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH BỆNH TẬT VỀ MẮT TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

Nguyễn Quốc Đạt *

TÓM TẮT¹⁸

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên mẫu ngẫu nhiên 1655 người ở mọi lứa tuổi đang sống trong cộng đồng thành phố Đà Nẵng năm 2008 cho thấy:

- Tỷ lệ có bệnh và tật về mắt khá cao (32,9%).
- Xu hướng tăng nhanh về tật cận thị, một nguyên nhân gây giảm thị lực cao nhất, chủ yếu gặp ở lứa tuổi phổ thông cơ sở trở lên.

- Dựa vào ICD 10 chúng tôi ghi nhận được 47 bệnh mắt xếp làm 9 nhóm bệnh hay gặp nhất: Tật khúc xạ 17,5%, đục TTT 7,4%, Mộng thị 3,3%, bệnh võng mạc -dịch kính 3%, Viêm bờ mi 1,9%, Glôcôm 0,5%, Sẹo Giác mạc 0,5%, Khô mắt 0,3%

Trong số những mắt có bệnh: tật khúc xạ 47,9%, đục TTT 20,2%, Mộng thị 9%, Bệnh võng mạc-dịch kính 8,2%, Viêm bờ mi 5,3%, Glôcôm 1,3%, Sẹo giác

mạc 1,2%

- Nếu không mang kính, tỉ lệ người mù chiếm 1,3% dân số, người có TL thấp chiếm 10,2% và chỉ có 80,3% TL gần bình thường và bình thường

- Nếu mang kính thích hợp: Tỉ lệ người mù 2 mắt chiếm 0,6%. Người có TL thấp 2 mắt chiếm 3,1% và có đến 94% có thị lực gần bình thường và bình thường. Tỉ lệ mù 1 mắt: 2,1%

Từ khóa: ICD 10, tỉ lệ người mù

SUMMARY

RESEACH ON THE STATUS OF EYE DISEASES IN DA NANG CITY

The cross-sectional descriptive research carried out on the systematic sampling of 1,655 people with all ages, who were living in the Da Nang City in 2008, the results as follows:

- The ratio of eye diseases and defects were rather high (32.9%).

- Myopia had a rapidly increasing tendency, a main cause to vision impairment, almost of them were secondary school children and higher age.

- Based on CD 10, We recognized in the researched

* Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

sample: 47 eye diseases that classified as the commonest groups: Refractive Error (17.5%), cataract (7.4%), Pterygia (3.3%), Vitreous Retinopathy (3%), blepharitis (1.9%), Glaucoma (0.5%), Dry eye (0.3%).

Among eyes had recognized diseases: Refractive Error 47.9%, cataract 20.2%, Pterygia 9%, Vitreous Retinopathy 8.2%, Blepharitis 5.3%, Glaucoma 1.3%, Corneal Scar 1.2%.

- With spectacles incorreption the ratio of the blind people take 1.3%. The low vision people 10.2%, and there were only 80.3% having normal/subnormal vision.

- With spectacles correction, the ratio of bilateral blind people were 0.6%, bilateral low vision were 3.1% and 94% having normal/subnormal vision. The ratio of unilateral blind people were 1.2%

Key words: ICD 10, blind people ratio.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước đây đã có nhiều công trình nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng các bệnh tật riêng lẻ khác nhau về mắt hoặc nghiên cứu về các nhóm tuổi có nguy cơ mắc bệnh để tìm ra giải pháp phòng tránh phù hợp.

Ngày nay đòi hỏi định hướng đầu tư thật phù hợp để phát triển ngành toàn diện. Việc nghiên cứu xác định mô hình bệnh tật về mắt trong cộng đồng, đồng thời xem xét những bệnh mắt có thể phòng tránh và điều trị được trong điều kiện thực tế của ngành mắt địa phương nếu như được phát hiện kịp thời là rất cần thiết.

Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: "*Nghiên cứu tình hình bệnh tật về mắt trên địa bàn thành phố Đà Nẵng*" nhằm các mục tiêu chính sau đây:

1. *Đánh giá tình hình đặc điểm các bệnh về mắt.*
2. *Đề xuất một số giải pháp giảm tỷ lệ bệnh mắt trong dân trên địa bàn thành phố*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân thành phố Đà Nẵng, không phân biệt tuổi và giới.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Thường trú hoặc tạm trú dài hạn tại thành phố Đà Nẵng

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người không có tên trong hộ khẩu.
- Những người có tên trong hộ khẩu nhưng đang tạm trú nơi khác

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: 12 tháng, từ tháng 10/2007 – hết tháng 9/2008.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Dùng phương pháp mô tả cắt ngang (Cross-sectional descriptive study)

2.2.2. Cỡ mẫu ngẫu nhiên: Theo NC trước

đây, tỷ lệ người mắc các bệnh về mắt là 21,9%.

$Z_{1-\alpha/2}$: độ tin cậy với ngưỡng 95% có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

p : tỷ lệ người có bệnh mắt trong nghiên cứu trước đây 21,9% (p=0,219)

q: q = 1- p = 0,781

e: là sai số dự tính = 10% của p. ta có e= 0,1 x 0,219 = 0,0219

Thế số vào công thức ta có:

$$N = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,219 \cdot 0,781}{(0,0219)^2} = 1.370 \text{ người}$$

Nghiên cứu tại cộng đồng thất thoát mẫu 15-20% nữa, chúng tôi có 1644. Dự kiến đạt 1650.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu:

a) *Chọn ngẫu nhiên xã phường:*

Sử dụng mẫu chùm C=30

b) *Dự tính số người cần điều tra trong mỗi xã/phường:*

Tỷ lệ người được điều tra/dân số của các xã phường giống nhau.

Hộ gia đình là đơn vị bốc ngẫu nhiên hệ thống điều tra khi đủ số lượng dự kiến

2.5. Phương tiện nghiên cứu:

2.5.1. Nhân lực: Chia làm 6 tổ điều tra, mỗi tổ gồm: 2 bác sĩ, 2KTV, 3 điều dưỡng

2.5.2. Phương tiện khám: Bảng thị lực người lớn và trẻ em, Hộp kính đầy đủ có gọng thử kính, Nhãn áp kế, Máy sinh hiển vi khám, Đèn soi đáy mắt, Kính soi đáy mắt Volk, Đèn pin, Máy đo khúc xạ tự động, Máy siêu âm mắt, Thuốc: các thuốc giãn đồng tử

2.5.3. Tiêu chuẩn đánh giá:

+ Về bệnh và tật: Sử dụng bảng phân loại bệnh tật ICD10,

+ Về mức độ trầm trọng: phân loại thị lực của Tổ chức Y tế thế giới

2.5.4. Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 13.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong tổng số 1655 người được điều tra.

- Tuổi: đủ mọi lứa tuổi, < 6 (7,1%), 6-15(35,6%), 16-20(15,5%), 21-30(6,4%), 31-40(5,3%), 41-60(17,9%), >60(8,6%). Nam 55,2%, nữ 44,8%

- Ghi nhận tất cả các nghề nghiệp của đối tượng NC, bao gồm đủ các vùng địa lý.

3.2. Kết quả thị lực:

Thị lực của mắt có TL cao nhất trong 2 mắt:

Bảng 1. Thị lực mắt có thị lực cao nhất trong 2 mắt đã có chỉnh kính

Thị lực	Số lượng	TL %	TL% cộng dồn	Xếp loại TL
ST (-)	0	0	0	Mù
ST (+)	0	0	0	
>ST (+) - < 3m ĐNT	10	0,6	0,6	
3mĐNT - 1/10	19	1,1	1,7	TL thấp
>1/10 - 3/10	23	1,4	3,1	
>3/10 - 6/10	47	2,8	5,9	TL giảm nhẹ
> 6/10	1556	94	100	Bình thường và gần bình thường
Tổng cộng	1655	100		

+ Căn cứ vào TL cao nhất trong 2 mắt chúng tôi nhận thấy:

- Nếu không mang kính, tỉ lệ người mù chiếm 1,3% dân số, người có TL thấp chiếm 10,2% và chỉ có 80,3% TL bình thường

- Nếu mang kính thích hợp thì sẽ thay đổi: tỉ lệ người mù chỉ chiếm 0,6%, người có TL thấp chiếm 3,1% và có đến 94% có TL bình thường.

+ Mù 1 mắt có 34 người, chiếm tỉ lệ 2,1%.

3.3. Kết quả về nhãn áp:

- Nhãn áp trong giới hạn bình thường chiếm

đa số (98,7%). Đây là giá trị trung bình giữa 2 mắt, không có trường hợp nào nhãn áp chênh lệch > 5mmHg giữa 2 mắt.

- Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $\cdot^2 = 1,45$ với $p = 0,512$

- Có 98,8% nhãn áp bình thường. Đối tượng < 50 và > 50 tuổi khác biệt có ý nghĩa, $\cdot^2 = 39,2$ và $p = 0,000$

3.4. Các bệnh về mắt: Tổng hợp số bệnh xuất hiện trên tổng số mắt:

Bảng 2. Tăng suất xuất hiện mắt có bệnh hay gặp:

STT	Các loại bệnh mắt	Số lượng bệnh xuất hiện	% trong số bệnh xuất hiện	% trong 3310 mắt
1	Viêm bờ mi	64	5,3	2
2	Quặm/lông xiêu	17	1,4	0,5
3	Viêm túi lệ mãn	3	0,2	0,09
4	Mộng thịt	109	9	3,3
5	Sẹo giác mạc	15	1,2	0,05
6	Đục TTT tuổi già	235	19,5	7,1
7	Đục TTT bệnh lý	6	0,5	0,18
8	Đục TTT chấn thương	2	0,2	0,06
9	Đục TTT bẩm sinh	1	0,1	0,03
10	Đục bao sau	4	0,3	0,12
11	Thoái hóa hắc võng mạc	30	2,5	0,9
12	Các bệnh lý võng mạc khác	2	0,2	0,06
13	Glôcôm góc mở	10	0,8	0,6
14	Glôcôm góc đóng	4	0,3	0,12
15	Glôcôm khác	2	0,2	0,06
16	Đục dịch kính	61	5	1,8
17	Bệnh lý thị thần kinh	2	0,2	0,06
18	Viên thị	112	9,3	3,4
19	Cận thị	388	32,1	11,7
20	Loạn thị	79	6,5	2,4
21	Khô mắt	11	0,9	0,33
22	Sụp mi bẩm sinh	2	0,2	0,06
23	Quặm bẩm sinh	1	0,1	0,03
24	U hốc mắt	1	0,1	0,03
25	Bong võng mạc	1	0,1	0,03
26	Bệnh võng mạc cao huyết áp	1	0,1	0,03
27	Lác	1	0,1	0,03
28	Bệnh võng mạc đái tháo đường	4	0,3	0,12
29	Bệnh mắt khác	40	3,3	1,2

Tổng cộng	1208	100%	
------------------	------	------	--

- Tổng số mắt là 1655 x 2= 3310 mắt. Có 1208 lần xuất hiện bệnh trong 3310 mắt.
- Tính theo số người: Trong mẫu có 1.111 người mắt bình thường. Có bệnh mắt là 544 người (chiếm 32,9%).
- Đục TTT tuổi già: nữ (85 người) nhiều hơn nam (45 người) (tỉ lệ 65,4% và 34,6%)
- + Đục TTT tuổi già: chiếm đa số (94,9%) và chỉ gặp ở người trên 40 tuổi.
- Người > 50 tuổi: có 124 người đục TTT, chiếm 90,5% số đục TTT
- Người >60 tuổi: đa số là đục TTT tuổi già (74,6%)

- Đục TTT khác chỉ gặp ở người trẻ từ 20 - 50 tuổi.
- Mộng thịt: Vùng đồng bằng có tỉ lệ cao nhất (55,7%), ít nhất ở vùng Trung du-miền núi (11,4%). Sự khác biệt tỉ lệ có ý nghĩa thống kê. (p<0,05)
- Tỉ lệ quặm/lông xiêu: đồng bằng cao nhất (0,7%), ven biển (0,3%) và thấp nhất là vùng núi-trung du (0%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).
- Bệnh lý mộng/quặm không khác biệt giữa các vùng ($\chi^2=7,18$, p 0,028)

IV. BÀN LUẬN

**4.1. Bàn luận kết quả nghiên cứu các bệnh về mắt:
Tỉ lệ các bệnh mắt hay gặp so với các tác giả khác:
Bảng 3. Tỉ lệ bệnh mắt của các tác giả khác**

	Tác giả	Một số bệnh tật về mắt					Tỉ lệ%	
		Đục TTT	Mộng thịt	Mắt hột	Quặm, lông xiêu	Tật KX		Glôcôm
1	Hà Huy Tài (1995)	5,96%	2,2%	7,04%	1,15%		21,9%	
2	Nguyễn Ngọc Trung (1995)	6,4%	0,9%	19,9%	3,85%		31%	
3	Nguyễn L Hương (2004)	1%		5%	0,6%	0,8%	7,42%	
4	Lim K. Hui (1999)	6,5%	0,7%		0,3%	13,4%	0,48%	18,2%
5	N Q Đạt (2009)	7,4%	3,3%	0%	0,5%	17,5%	0,5%	32,9%

Nhận xét: Các nghiên cứu trên tiến hành ở thời điểm khác nhau, một số bệnh mắt liên quan đến kết quả nghiên cứu của chúng tôi:

- Bệnh đục TTT: có tỉ lệ tương đối giống nhau
- Bệnh mộng thịt: Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của tác giả Lim K Hui nghiên cứu trên người dân Manila, và tác giả Nguyễn Ngọc Trung.
- Mắt hột: Các tác giả Việt Nam có kết quả mắt hột khá cao (19,9% và 7,04%). Riêng NC của chúng tôi và L K Hui không có trường hợp nào có bệnh mắt hột. Điều này có thể do thời điểm 1995 tại nước ta nhiều vùng chưa cải tạo tốt môi trường nước. Những nơi có nguồn nước sạch bệnh sẽ tự khỏi và thể hệ bệnh nhân bị mắt hột trước kia mang di chứng quặm/lông xiêu.
- Quặm /lông xiêu: hầu hết là di chứng của bệnh mắt hột không điều trị, rõ ràng những nơi có tỉ lệ mắt hột cao thì mới có quặm/lông xiêu nhiều
- Glôcôm: kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của BS L K Hui
- Tỉ lệ tật khúc xạ: 2 tác giả VN không nghiên cứu tật khúc xạ, tỉ lệ tật khúc xạ của L K Hui cũng tương đối giống nghiên cứu của chúng tôi.
- Tổng tỉ lệ bệnh mắt chung: NC của chúng tôi cao hơn L K Hui. Đối với VN, chúng tôi có sử

dụng thêm những kỹ thuật hiện đại hơn (siêu âm, KXK tự động...) nên phát hiện bệnh ở dịch kính-võng mạc rõ hơn trước đây, khiến tỉ lệ bệnh mắt cao hơn.

4.2. Kết quả thị lực và nhãn áp:

Tỉ lệ người mù chỉ chiếm 0,6%, người có TL thấp chiếm 3,1% và có đến 94% có TL bình thường. Điều này phù hợp với điều tra năm 1995. Nhãn áp không có sự khác biệt giữa hai mắt nhưng khác biệt theo lứa tuổi trong đó người trên 50 tuổi có nhãn áp cao hơn, nhóm tuổi này có nguy cơ bị bệnh glôcôm

4.3 Các bệnh về mắt

- Tật khúc xạ: theo điều tra này thì cận thị 15,7%, tổng tật khúc xạ là 17,8% dân số.
- Tuổi có tật Cận thị cao nhất: các nhóm tuổi 6-15 có 17,8%, nhóm 16-20 có 23% và nhóm 21-25 có 19,7%. Tật cận thị ở các nhóm tuổi trên 25 xấp xỉ ngang nhau. Vậy trong tương lai tật cận thị sẽ xuất hiện ở tuổi lớn. Điều này càng chứng tỏ cận thị đã tăng lên trong 2 thập niên gần đây.- Các nhóm tuổi lớn chủ yếu viễn thị
- Trong tổng số có tật khúc xạ, nhiều nhất là học sinh-sinh viên (57,2%), ít nhất là lực lượng vũ trang (0,4%), xấp xỉ ngang nhau: công nhân,

nông dân, hưu trí, dịch vụ.

- Vùng ven biển có tỉ lệ cao nhất (15,3%), vùng đồng bằng và trung du xấp xỉ ngang nhau (11,6% và 10%)

- So sánh giữa "Đồng bằng" với "Ven biển": khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p = 0,091$. So sánh giữa "Đồng bằng" với "Miền Núi": khác biệt không có ý nghĩa thống kê $\chi^2 = 0,174$ $p = 0,677$. So sánh "Ven biển" với "Miền Núi": khác biệt không có ý nghĩa thống kê $\chi^2 = 1,97$ $p = 0,16$

Vậy tật cận thị không có sự khác biệt giữa các vùng địa lý ($p = 0,185$)

Viễn thị: - So sánh "Ven biển" với "Miền Núi": khác biệt có ý nghĩa thống kê $\chi^2 = 6,24$, $p = 0,012 < 0,05$. "Miền Núi" có tật viễn thị cao hơn "Ven biển"

- Giữa "Đồng bằng" với "Ven biển": khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p = 0,491$

- Giữa "Đồng bằng" với "Miền Núi": khác biệt không có ý nghĩa thống kê $\chi^2 = 0,142$ và $p = 0,706$

- Giữa "Ven biển" với "Miền Núi": khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p = 0,886$

- Tổng cộng tật khúc xạ ở các vùng không có sự khác biệt: $p = 0,238$

- Tổng số bệnh Võng mạc-dịch kính chiếm 2,8%

- Tuổi càng lớn tỉ lệ bệnh dịch kính-võng mạc càng nhiều, chủ yếu là bệnh lý thoái hóa tuổi già (0,9%)

- Trong 71 trường hợp có bệnh toàn thân thì có 7 trường hợp có bệnh võng mạc dịch kính, tỉ lệ 9,6%. Trong 1584 trường hợp không có bệnh toàn thân thì chỉ có 41 trường hợp có bệnh võng mạc dịch kính, tỉ lệ 2,6%.

Vậy bệnh lý toàn thân làm tăng tỉ lệ bệnh VM-DK. So sánh tỉ lệ này, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $\chi^2 = 12,5$ và $p = 0,000 < 0,001$

- Mắt có tiền sử chấn thương và phẫu thuật mắt làm tăng tỉ lệ mắc bệnh VM-DK.

- Tỉ lệ người mắc bệnh glôcôm chung là 0,5%, chủ yếu tập trung ở thành phần hưu trí

- Tuổi < 45 không có trường hợp nào bị glôcôm

- Tuổi > 45: có 8/352 trường hợp, tỉ lệ 2,3% bị glôcôm

V. KẾT LUẬN

- Mô hình bệnh tật về mắt của nhân dân Đà

Nẵng tương tự theo mô hình các thành phố phát triển. Ghi nhận 29 bệnh mắt thường gặp. Phù hợp vpwis các NC nước ngoài.

- Tỉ lệ bệnh về mắt khá cao (32,9%), tật khúc xạ và đục TTT chiếm nhiều nhất.

- Tỉ lệ người mù 2 mắt chiếm 1,3% dân số, mù 1 mắt chiếm tỉ lệ 2,1% và người có TL thấp chiếm 10,2%. Tật khúc xạ không phụ thuộc vùng địa lý.

- Tuổi > 45: 2,3% bị glôcôm. Có mối liên quan thuận giữa tuổi và bệnh lý võng mạc.

VI. KIẾN NGHỊ

5.1. Triển khai ngay công tác khúc xạ học đường: tập huấn chuyên môn, tuyên truyền giáo dục, khám tầm soát tật khúc xạ cho lứa tuổi học sinh định kỳ 6 tháng/lần.

5.2. Đẩy mạnh công tác tư vấn chăm sóc mắt dưới nhiều hình thức

5.3. Tiến hành các nghiên cứu tiếp theo về: bệnh ở trẻ em như bệnh võng mạc trẻ đẻ non, khám thường qui tất cả trường hợp nhi sơ sinh trước xuất viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chi cục thống kê TP Đà Nẵng**, Dân số thành phố Đà Nẵng, tr.11 NXB Đà Nẵng, (2006)
2. **Kỷ yếu Hội nghị Phòng chống** Mù lòa và Khoa học kỹ thuật ngành Nhãn khoa toàn quốc, *Kiểm soát các bệnh gây mù tại TP Hồ Chí Minh*, tr. 48-52, (2006)
3. **NGUYỄN QUỐC ĐẠT**, *Kết quả nghiên cứu tình hình mù lòa do đục thể thủy tinh và đục bao sau tại tỉnh Quảng Nam- Đà Nẵng*, Kỷ yếu Hội nghị Nhãn khoa toàn quốc (1995), tr. 24-29.
4. **HOÀNG THỊ PHÚC**, *Nhận xét tình hình về Mắt công nhân xí nghiệp Dược phẩm Hà Nội*, Công trình nghiên cứu khoa học toàn quốc (1995), tr.202.
5. **TÔN THỊ KIM THANH, NGUYỄN CHÍ DŨNG**, *Đề án tổng thể về phòng chống mù lòa và chăm sóc mắt ở Việt Nam hướng tới mục tiêu thị giác năm 2020*, Kỷ yếu Hội nghị phòng chống Mù lòa toàn quốc, trang 1-16, 2006
6. **ALAN N. CARLSON**, *What's New in Ophthalmology*, Review of Ophthalmology, p. 1-8, USA, (2004)
7. **Asia-Pacific Academy of Ophthalmology**, *Leading lights in the Asia-Pacific*, Singapore, (2006)

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG TÁI PHÁT NHẠY PLATIN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Văn Quảng*, Mai Thị Kim Ngân*,
Nguyễn Xuân Hậu*, Trần Thị Hậu*

TÓM TẮT¹⁹

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư buồng trứng tái phát, nhạy platin và phân tích một số yếu tố liên quan đến đặc điểm tái phát. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu một chùm bệnh gồm 57 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị UTBMBT tái phát từ 2013 đến tháng 2/2015 tại bệnh viện K. **Kết quả:** Tuổi trung bình 54,4; giai đoạn III-IV 79%; UTBM tuyến thanh dịch 59,6%; thời gian tái phát trung bình sau điều trị hỗ trợ 18,3 tháng; đau bụng, chướng bụng 38,6%; nồng độ CA-125 trung bình 482,7 U/ml; vị trí tái phát gặp nhiều nhất là tiểu khung - ổ bụng 82,5%. Thời gian tái phát liên quan đến giai đoạn lúc chẩn đoán lần đầu; Nồng độ CA-125 không có mối liên quan đến số lượng và vị trí tái phát. **Kết luận:** ung thư buồng trứng hay tái phát ổ bụng, thời gian tái phát sau điều trị ban đầu sớm

Từ khóa: ung thư buồng trứng, tái phát

SUMMARY CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF RECURRENT OVARIAN CARCINOMASENSITIVE PLATINIUM AND RELATED FACTORS AT K HOSPITAL

Objects: Commenting some clinical and subclinical features of platinum - sensitive recurrent ovarian carcinoma and analyzing some factors collerating with recurrent characteristics at K hospital. **Methods:** Retrospective descriptive a beam study on 57 patients diagnosed getting platinum- sensitive recurrent ovarian cancer at K hospital from 2013 to 02/2016. **Results:** Average age 54.4; stage III-IV 79%; serous carcinoma 59.6%; The average time of relapse after adjuvant treatment of 18.3 months; abdominal pain, distention 38.6%; CA-125 concentrations average 482.7 U/mL; Location recurrent pelvic and abdomencavity 82.5%. The recurrent interval related with stage disease firstly; CA-125 concentration didn't collerate with the recurrent quantity and site. **Conclusions:** common ovarian cancer recurrent abdominal, time relapse after initial treatment early

Keywords: ovarian cancer, recurrence

* Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Quảng

Email: quanglevan72@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là một trong những ung thư phụ khoa hay gặp ở phụ nữ, tỷ lệ mắc bệnh cao nhất hay gặp ở nhóm phụ nữ da trắng (châu Âu và Bắc Mỹ), tỷ lệ thấp ở các nước châu Á. Ung thư buồng trứng tái phát nhạy Platin là bệnh xuất hiện trở lại sau 6 tháng kể từ lúc hoàn thành điều trị phác đồ có platin. Vì bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn muộn nên dù được điều trị đúng theo phác đồ, tỉ lệ tái phát của ung thư buồng trứng còn rất cao, thời gian tái phát ngắn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 57 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị UTBMBT tái phát nhạy platin từ 2013 đến tháng 2/2015

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Được chẩn đoán xác định UTBMBT bằng mô bệnh học.

- Được chẩn đoán UTBMBT tái phát sau phẫu thuật triệt căn và hóa trị bước 1 có platin.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trên

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu một chùm bệnh.

- Các bước tiến hành: Lập bệnh án nghiên cứu và lấy số liệu theo các chỉ tiêu.

- Các số liệu thu thập được mã hóa trên máy vi tính và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi BN: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 54,4±9,3. Tuổi cao nhất là 81, tuổi thấp nhất là 34. Nhóm tuổi từ 40-60 chiếm tỉ lệ cao nhất.

Giai đoạn lúc chẩn đoán ban đầu: Đa số bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu thuộc giai đoạn III, chiếm 70,2 %.

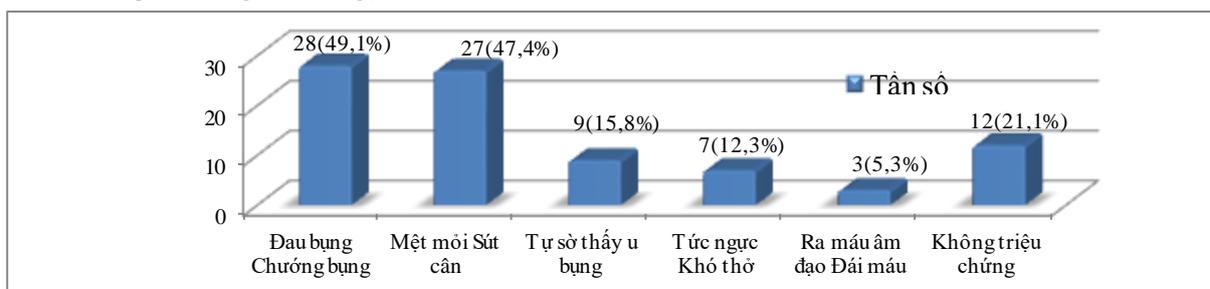
Loại mô bệnh học: UTBM tuyến thanh dịch chiếm tỉ lệ cao nhất 59,6%, UTBM thể nhày chiếm 14%, UTBM dạng NMTC chiếm 7%.

Thời gian tái phát, di căn: Thời gian tái phát, di căn trung bình $18,3 \pm 12,5$ tháng, tỉ lệ BN tái phát trong vòng 12 tháng là 40,4% và tái

phát trong vòng 24 tháng chiếm 80,2%. Bệnh nhân tái phát sớm nhất là 6 tháng, muộn nhất là 79 tháng.

Lí do vào viện: bệnh nhân đến viện khám định kì và chẩn đoán tái phát chiếm tỉ lệ cao nhất là 45,6%.

3.2 Triệu chứng cơ năng, toàn thân



Biểu đồ 3.1: Triệu chứng cơ năng, toàn thân

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là "đau bụng-chướng bụng" chiếm 49,1%

- **Triệu chứng thực thể:** Triệu chứng gặp nhiều nhất là có dịch ổ bụng, chiếm 45,6%.

- **Đặc điểm tổn thương trên siêu âm ổ bụng:** khối u tiểu khung có tỉ lệ cao nhất là 38,6%; tiếp theo là dịch ổ bụng 29,8%. Di căn hạch và gan thấy tương ứng ở 15,8% và 8,8% bệnh nhân.

- **Đặc điểm tổn thương trên CLVT và CHT**

Bảng 3.1: Tổn thương trên CLVT và CHT

Tổn thương	Tần số	Tỷ lệ %
Tiểu khung	29	50,9
Hạch	17	29,8
Dịch ổ bụng	13	22,8
Gan	10	17,5
Phúc mạc	5	8,8
Phổi - MP	5	8,8

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân tái phát trong ổ bụng phát hiện qua hình ảnh như khối u tiểu khung 50,9%, dịch ổ bụng 22,8%.

Nồng độ CA-125 huyết thanh: Có 49 bệnh nhân chiếm 86% có nồng độ CA-125 tăng khi được chẩn đoán tái phát.

3.3. Đặc điểm tái phát, di căn và môi liên quan với một số yếu tố

Vị trí tái phát, di căn

Bảng 3.2: Vị trí tái phát

Vị trí	Tần số	Tỷ lệ (%)
TK-ổ bụng	47	82,5
Hạch	18	31,6
Gan	13	22,8
Phổi	8	14,0
Không phát hiện được	1	1,8

Nhận xét: di căn hay gặp nhất là tiểu khung-ổ bụng chiếm 82,5% gồm các vị trí: tiểu khung, phúc mạc, lách, tụy. Tái phát, di căn hạch ổ bụng, sau phúc mạc, bẹn có tỉ lệ cao là 31,6%.

- **Số vị trí tái phát, di căn:** Hơn 50% bệnh nhân khi tái phát, di căn có tổn thương từ 2 vị trí trở lên. Có 1 BN không phát hiện ra vị trí tái phát. Tỉ lệ BN có 1 vị trí tái phát là 38,6%.

3.4 Môi liên quan giữa thời gian tái phát và một số yếu tố

Với tuổi (lúc chẩn đoán ban đầu): Không có sự khác biệt về thời gian tái phát, di căn trung bình của UTMBT tính theo tuổi

- **Giai đoạn bệnh ban đầu:** Nhóm bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu ở giai đoạn I có thời gian tái phát lâu nhất là $48,0 \pm 17,8$ tháng, giai đoạn II là $21,6 \pm 3,0$ tháng, giai đoạn III là $14,9 \pm 7,6$ tháng và giai đoạn IV trung bình là $11,2 \pm 3,7$ tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

- **Với loại mô bệnh học:** Sự khác biệt về thời gian tái phát, di căn trung bình giữa các thể mô bệnh học theo bảng trên không có ý nghĩa thống kê

3.5 Môi liên quan giữa đặc điểm tái phát, di căn và nồng độ CA-125

- **Số vị trí tái phát, di căn và nồng độ CA-125:** Không có sự khác biệt về tỉ lệ nồng độ CA-125 < 500 U/ml giữa 2 nhóm bệnh nhân có nhiều hơn hay ít hơn 2 vị trí tái phát. Ngoài ra, giá trị tuyệt đối của nồng độ CA-125 trung bình của 2 nhóm cũng không có sự khác biệt.

- **Vị trí tái phát, di căn và nồng độ CA-125:** Tỉ lệ BN có nồng độ CA-125 ≥ 500 U/ml giữa nhóm có di căn xa và không có di căn xa không có sự khác biệt. Giá trị tuyệt đối của nồng độ CA-125 trung bình cũng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- **Tuổi:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân khi được chẩn đoán UTBT tái phát là $54,4 \pm 9,3$. Kết quả này tương đương với một số tác giả như Trần Bá Khuyến (2013) nghiên cứu trên 52 BN, tuổi trung bình là $54,5 \pm 9,8$ [1], [2]. Tác giả Donovan HS Đại học Pittsburg Mỹ ghi nhận trên 60 BN thấy tuổi trung bình là $56,5 \pm 9,2$ [3].

- **Giai đoạn lúc chẩn đoán ban đầu:** Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chẩn đoán ban đầu thuộc giai đoạn III, chiếm 70,2%. Trong số này BN thuộc giai đoạn IIIc lại chiếm tỉ lệ cao nhất. BN được chẩn đoán lần đầu khi bệnh đã di căn xa chiếm đến 8,8% và cũng chỉ có 8,8% được chẩn đoán khi bệnh ở giai đoạn I. Tác giả Trần Bá Khuyến (2013) nhận thấy bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu ở giai đoạn III chiếm 59,6%, giai đoạn II có tỷ lệ 21,2% [2]. Theo nghiên cứu của nhóm tác giả Amate P, Huchon C, Dessapt AL (2013) tại Pháp ghi nhận: giai đoạn I, IIa có tỷ lệ 20%; giai đoạn

IIb đến giai đoạn IV chiếm 62,1% và 17,9% không xác định được giai đoạn [4].

- **Thể mô bệnh học:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, UTBM tuyến thanh dịch chiếm tỉ lệ cao nhất 59,6%, UTBM thể nhày chiếm 14%, UTBM dạng NMTC chiếm 7%. Ngoài ra, các thể khác xuất hiện trong mẫu nghiên cứu chiếm 19,4% gồm: U Brenner, UTBM kém biệt hóa, UTBM tế bào vảy,... Tác giả Trần Bá Khuyến (2013) thấy: UTBM tuyến thanh dịch gặp tỷ lệ cao nhất chiếm 59,6% tiếp đến là UTBM thể nhày chiếm 25%, các thể khác là 15,4% [2].

- **Thời gian tái phát, di căn:** Thời gian tái phát được tính từ thời điểm kết thúc điều trị bước 1 đến thời điểm xác định có triệu chứng tái phát. Chúng tôi nghiên cứu trên 57 BN thấy thời gian tái phát trung bình là $18,3 \pm 12,5$ tháng, tỉ lệ BN tái phát trong vòng 12 tháng là 40,4% và tái phát trong vòng 24 tháng chiếm 80,2%. Bệnh nhân tái phát sớm nhất là 6 tháng, muộn nhất là 79 tháng. Tác giả Trần Bá Khuyến (2013) thấy thời gian tái phát, di căn trung bình là $16,4 \pm 9,6$ tháng (6-46) [2]. Nghiên cứu của Ferrandina G nghiên cứu trên 175 bệnh nhân tại Italia cho thấy tái phát, di căn là 31 tháng (9-150 tháng) [5]. Từ các kết quả trên, chúng tôi cho rằng cần có kế hoạch theo dõi BN UTBT rất kĩ đặc biệt là 1-2 năm đầu sau khi kết thúc điều trị bước 1.

- **Lý do bệnh nhân vào viện:** Với các bệnh nhân đến viện vì có triệu chứng cơ năng thì "đau bụng - chướng bụng" là triệu chứng hay gặp nhất, chiếm 38,6% trong tổng số BN được chẩn đoán. Tác giả nước ngoài Menczer J (2006) nghiên cứu 69 BN ở Israel chỉ có 4,6% bệnh nhân được phát hiện tái phát bằng lâm sàng [6].

- **Triệu chứng cơ năng, toàn thân:** Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là "đau bụng-chướng bụng" chiếm 49,1%, theo sau là "mệt mỏi, sút cân" chiếm tỷ lệ 47,4%; Một bệnh nhân có thể có một hoặc nhiều triệu chứng. Số bệnh nhân không có triệu chứng cơ năng chiếm 21,1%. Ngoài ra, bệnh nhân có thể xuất hiện các triệu chứng cơ năng khác như: ra máu âm đạo, đái máu, tức ngực - khó thở. So sánh với nghiên cứu của nước ngoài, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt trong kết quả. Tác giả Sun HD (2012) theo dõi 167 bệnh nhân tái phát, triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau bụng chỉ chiếm 28,5% [7], tỷ lệ thấp chứng tỏ bệnh nhân được quản lý và theo dõi tốt và chẩn đoán sớm tái phát khi chưa có triệu chứng.

- **Triệu chứng thực thể:** Một số triệu chứng có thể phát hiện qua thăm khám là: cổ chướng, sờ thấy u ở bụng, thăm âm đạo, trực tràng thấy u hoặc nổi hạch ngoại biên. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả như sau: nhiều nhất là dịch ổ bụng chiếm 45,6%, sờ thấy u ở bụng chiếm 15,8%, thăm âm đạo, trực tràng thấy u chiếm 14%, chỉ có 1 bệnh nhân được sờ thấy hạch ngoại biên chiếm 2,1%. Tỷ lệ bệnh nhân không phát hiện triệu chứng thực thể khá cao chiếm 45,6%.

4.2 Cận lâm sàng

- **Chẩn đoán hình ảnh:** Trong nghiên cứu của chúng tôi: siêu âm ổ bụng quan sát thấy khối u tiểu khung có tỉ lệ cao nhất là 38,6%, tiếp theo là dịch ổ bụng 29,8%. Di căn hạch và gan thấy tương ứng ở 15,8% và 8,8% bệnh nhân. Di căn phúc mạc quan sát thấy ít nhất và tỉ lệ là 5,3%. Ngoài ra, trên siêu âm còn thấy di căn UTBT về các tạng khác như lách, ống mật nhưng rất hiếm gặp. Trên CLVT và CHT ổ bụng thấy khối u tiểu khung 50,9%; dịch ổ bụng 22,8%; hạch to chiếm 29,8% (mọc treo, ổ bụng, sau phúc mạc); di căn gan 17,5% và tổn thương phúc mạc thấy ở 8,8% BN. CT lồng ngực còn quan sát thấy tổn thương di căn phổi ở 8,8% BN. Độ nhạy của siêu âm và CT ổ bụng chẩn đoán u tiểu khung lần lượt là 64,7% và 85,3%.

- **Nồng độ CA-125:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi chẩn đoán tái phát, di căn thấy có 86% số BN có nồng độ CA-125 tăng (>35U/ml) khi được chẩn đoán và giá trị trung bình là $482,7 \pm 693,8$ U/ml, giá trị nhỏ nhất là 3,6 U/ml và cao nhất là 3521 U/ml. Nghiên cứu trên 92 bệnh nhân tái phát, Ayhan.B (2005) thấy nồng độ CA-125 trung bình là 251,7U/mL.

4.3 Đặc điểm tái phát, di căn và mối liên quan với một số yếu tố

- **Vị trí và số vị trí tái phát, di căn:** Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy: tổn thương tái phát hay gặp nhất là tiểu khung-ổ bụng chiếm 82,5%. Di căn hạch ổ bụng, sau phúc mạc, bệnh có tỉ lệ cao là 31,6%. Di căn gan và phổi lần lượt là 22,8% và 14%. Số BN tái phát từ 2 vị trí trở lên chiếm 59,6%. Có 1 BN không phát hiện ra vị trí tái phát. Tỷ lệ BN có 1 vị trí tái phát là 38,6%. Kết quả này phù hợp với vị trí giải phẫu buồng trứng và từ các kết quả này có thể thấy rất nhiều bệnh nhân khi được chẩn đoán thì tổn thương tái phát đã lan tràn, xâm lấn ra nhiều cơ quan trong cơ thể.

- Liên quan giữa thời gian tái phát, di căn và một số yếu tố

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy: nhóm bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu ở giai đoạn I có thời gian tái phát lâu nhất là $48,0 \pm 17,8$ tháng, giai đoạn II là $21,6 \pm 3,0$ tháng, giai đoạn III là $14,9 \pm 7,6$ tháng và giai đoạn IV trung bình là $11,2 \pm 3,7$ tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,000$). Với BN giai đoạn IV, bệnh nhân thường phải tiến hành điều trị lần 2 ngay trong năm đầu tiên. Với bệnh nhân giai đoạn II, III thường tái phát trong 2 năm đầu. Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh giai đoạn I có tiên lượng tốt nhất, thường tái phát trong năm thứ 3,4 sau điều trị.

Như vậy, có thể nói rằng: thời gian tái phát càng ngắn khi bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn càng muộn.

- Với tuổi (lúc chẩn đoán ban đầu)

Tuổi là yếu tố nguy cơ cũng là yếu tố tiên lượng đối với UTBT. Chúng tôi chia bệnh nhân thành 5 nhóm tuổi: <45, 45-49, 50-54, 55-59 và ≥ 60 và tiến hành so sánh thời gian tái phát trung bình giữa các nhóm. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chúng tôi thấy sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê. Cụ thể thời gian tái phát của 5 nhóm theo thứ tự là: $15,6 \pm 5,7$; $16,6 \pm 9,6$; $16,7 \pm 8,7$; $25,2 \pm 26,6$ và $20,6 \pm 13,9$ (tháng).

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả như sau: thời gian tái phát trung bình với UTBM tuyến nang nhú thanh dịch là $18,1 \pm 14,0$ tháng; với UTBM thể nhày là $19,5 \pm 11,4$ tháng; các thể khác là $18,0 \pm 9,9$ (tháng). So sánh các kết quả, chúng tôi thấy không có sự khác biệt về thời gian tái phát trung bình của UTBM tính theo mô bệnh học. Tác giả Liu S (2003) nghiên cứu trên 106 BN thấy nguy cơ tái phát thấp hơn ở nhóm BN thể nhày [11]. Kết quả của chúng tôi chưa cho thấy sự khác biệt có thể do cỡ mẫu còn nhỏ và bị ảnh hưởng bởi các yếu tố nguy cơ khác đặc biệt là giai đoạn bệnh.

- Mối liên quan giữa đặc điểm tái phát, di căn và nồng độ CA-125

Nồng độ CA-125 huyết thanh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $482,7 \pm 693,8$ U/ml, do đó chúng tôi lấy giá trị 500 U/ml để làm mốc định tính nồng độ CA-125 đồng thời tiến hành định lượng nồng độ CA-125 trung bình theo các nhóm về vị trí và số vị trí tái phát, di căn.

Về vị trí tái phát, chúng tôi chia thành 2 nhóm để so sánh là ≥ 2 và < 2 vị trí tái phát, di căn. Qua tính toán, so sánh nhận thấy không có sự khác biệt về định tính và định lượng nồng độ CA-125 với vị trí tái phát, di căn (tương ứng $p=0,685$ và $p=0,483$). Về số vị trí tái phát, di căn chia thành 2 nhóm có và không có di căn xa (gan, lách, phổi) chúng tôi cũng không tìm thấy sự khác biệt về nồng độ CA-125 cả về định tính và định lượng ($p=0,323$ và $0,334$).

Như vậy, mặc dù nồng độ CA-125 huyết thanh rất có ý nghĩa trong theo dõi, phát hiện tái phát UTBMBT nhưng giá trị của nó không phản ánh được mức độ tái phát.

V. KẾT LUẬN

UTBT là bệnh có tiên lượng xấu, hầu hết các bệnh nhân được chẩn đoán khi bệnh đã ở giai đoạn muộn, thời gian tái phát ngắn, hầu hết trong vòng 2 năm đầu sau điều trị. Khi bệnh tái phát, có thể phát hiện sớm dựa trên các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và sự tăng lên của CA-125. Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng có liên quan mật thiết đến thời gian tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel R, Ma J, Zou Z, et al (2014) Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin*, 64, 9-29
2. Trần Bá Khuyên (2013), *Đánh giá hiệu quả điều trị ung thư buồng trứng tái phát, di căn bằng Pegylated Liposomal Doxorubicin*, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại Học Y Hà Nội
3. Donovan HS, Ward SE, Sereika SM (2013), *Web-Based Symptom Management for Women With Recurrent Ovarian Cancer: A Pilot Randomized Controlled Trial of the Write Symptoms Intervention*, 318-327
4. Amate P, Huchon C, Dessapt AL (2013), *Ovarian cancer: sites of recurrence*, *Int J Gynecol Cancer*, 23, 1590-1596
5. Petrillo M, Ferrandina G (2013), *Timing and pattern of recurrence in ovarian cancer patients with high tumor dissemination treated with primary debulking surgery versus neoadjuvant chemotherapy*, 3955-3960
6. Menczer J, Chetrit A, Sadetzki S (2006), *Follow-up of ovarian and primary peritoneal carcinoma: the value of physical examination in patients with pretreatment elevated CA-125 level*, 137-140
7. Sun HD, Lin H, Jao MS, Wang KL (2012), *A long-term follow-up study of 176 cases with adult-type Recurrent Ovarian Cancer*, 244-249

CÁC BƯỚC PHẢI LÀM VÀ TIÊU CHUẨN LỰA CHỌN PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT TRONG ĐIỀU TRỊ CONG VẠO DƯƠNG VẬT

TÓM TẮT²⁰

Đặt vấn đề: Bên cạnh thành công, các phẫu thuật sửa chữa cong vẹo dương vật (CVDV) còn để lại những biến chứng đáng phải suy nghĩ, như ngắn dương vật, rối loạn cương dương (RLCD), vẫn còn CVDV, ... Mục đích của bài viết là mô tả các phương pháp phẫu thuật, nêu lên các bước phải làm và các tiêu chuẩn lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp để nâng cao kết quả điều trị. **Phương pháp:** Tham khảo sách và các công trình nghiên cứu trên thế giới, liên quan đến CVDV, được công bố trong thời gian gần đây. **Kết quả:** CVDV gồm 2 thể bệnh: bẩm sinh và mắc phải. Hỏi tiền sử, bệnh sử và khám bệnh để xác định vị trí, chiều hướng, mức độ, thể bệnh và ảnh hưởng của CVDV đối với bệnh nhân và vợ bệnh nhân.

Trần Văn Hình*, Nguyễn Phương Hồng**

Chụp cộng hưởng từ và siêu âm màu dương vật để biết vị trí, kích thước, tính chất của mảng tổn thương và bản chất của RLCD đi kèm (trong một số trường hợp). Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào thể bệnh, mức độ bệnh và bản chất của RLCD đi kèm (nếu có). **Kết luận:** Phẫu thuật sửa chữa CVDV như một sự đánh cược, không phải lần phẫu thuật nào cũng đạt kết quả mỹ mãn. Chẩn đoán được thể bệnh, mức độ bệnh và bản chất RLCD đi kèm (nếu có), trên cơ sở đó lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp với bệnh CVDV đóng vai trò quan trọng trong quá trình điều trị bệnh.

SUMMARY

MUST-DO STEPS AND CRITERIA FOR SELECTION OF METHODS OF SURGERY IN TREATMENT OF PENILE CURVATURE

Question: Besides successful cases, the surgeries of treatment of the penile curvature remain considerable complications such as small penis, erectile dysfunction (ED) or the disease cannot be treated... The purpose of the article is to describe the surgical approach to highlight the must-do steps and the criteria for selection of surgical approach to the

*Học viện Quân Y

**Phòng khám Đa khoa Âu Việt

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Hình

Email: hinhhvqy@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

penile curvature. **Methodology:** To refer books and most recently published research works in the world on the penile curvature. **Results:** There are two types of the penile curvature: congenital and acquired. To ask the patients about their medical history and medical examination to determine location, direction, level and effect of the disease to the patients and their wives. Magnetic resonance imaging (MRI) and Doppler ultrasound are done to determine location, size and nature of the damage and the symptom of the accompanied ED (in some cases). Selection of surgical approach depends on each type, level and the symptom of the accompanied ED (if any). **Conclusion:** Surgeries for treatment of the the penile curvature just like a wager, not all of the cases have satisfactory results. Diagnosis, the level and the symptom of the accompanied ED (if any) in order to select surgical methods for the penile curvature plays an important role during treatment process.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cong vẹo dương vật, nhất là khi ảnh hưởng đến quan hệ tình dục (QHTD), là lý do buộc người bệnh phải đi khám và điều trị [4]. Bệnh chiếm từ 3 – 7% nam giới đã trưởng thành [5]. Khi CVDV cản trở QHTD, phẫu thuật thường là phương pháp điều trị được lựa chọn. Chưa có phương thuốc nội khoa hoặc liệu pháp vật lý nào chứng minh được hiệu quả rõ ràng trong việc điều trị CVDV [4]. Trước nhiều phương pháp mổ xẻ khác nhau, với nhiều kết quả và biến chứng khác nhau, cần biết các bước phải làm và các tiêu chuẩn để lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho từng loại CVDV. Mục đích của bài viết là mô tả các phương pháp phẫu thuật thường được áp dụng, nêu lên các bước phải làm và các tiêu chuẩn lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp với từng loại tổn thương để nâng cao kết quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Các thì phẫu thuật chung: rạch da và bộc lộ vật hang

* au khi sát khuẩn, trải vải hoặc giấy mổ vô trùng che kín, chỉ để dương vật nằm trong vùng mổ. Chuẩn bị một bộ truyền dung dịch natriclorua 0,9% mà kim tiêm được chọc vào mặt bên của một vật hang và được cố định vào vải che phủ ở cạnh dương vật. Đặt một dây garô (garrot) nhỏ ở gốc dương vật. Thực hiện thử nghiệm cương dương để tìm mảng tổn thương và đánh giá độ cong của dương vật trước mổ bằng cách truyền dung dịch natriclorua 0,9% và thắt dây garô.

* hi đầu của cuộc mổ thường là cắt bỏ bao quy đầu để tránh các biến chứng sau mổ, như nhiễm trùng và nghẹt do bán chít hẹp bao quy đầu. Nhưng cắt bỏ bao quy đầu không còn là quy định bắt buộc trong các phẫu thuật ở dương vật [3]. Nó có thể được thực hiện khi bệnh nhân có hẹp bao quy đầu phối hợp [3].

* ường mổ vào vật hang có thể được thực hiện bằng nhiều cách: rạch da vừa phải, ở ngay trên mảng tổn thương hoặc đối diện với mảng tổn thương hoặc trên đường đan, ở giữa bìu-dương vật hoặc rạch niêm mạc, ở dưới rãnh quy đầu 1 cm, theo hết vòng chu vi của dương vật. Đường rạch niêm mạc, ở dưới rãnh quy đầu cho phép bóc tách, tụt toàn bộ da dương vật về gốc dương vật để bộc lộ tất cả 2 vật hang và vật xộp của dương vật (tới tận cân Buck). Đây là đường mổ thường được áp dụng cho loại CVDV mức độ nặng và phức tạp [1],[2],[4].

* óc tách các dải thần kinh và niệu đạo. Tùy theo vị trí của mảng xơ và kỹ thuật mổ đã lựa chọn, đôi khi phải phẫu tích, biệt lập các dải thần kinh và vật xộp ra khỏi vật hang để bảo vệ chúng. Việc phẫu tích phải được bắt đầu từ xa dải thần kinh và vật xộp để không làm tổn thương chúng. Một số phẫu thuật viên thích phẫu tích các dải thần kinh đi từ 12 h (ở chính giữa lưng dương vật) xuống 2 bên để không làm tổn thương các nhánh thần kinh bên của dương vật [1],[2]. Sau khi phẫu tích, luồn quanh dải thần kinh và quanh vật xộp bằng một ống cao su nhỏ (6 hoặc 8 Fr) hoặc bằng một dải "lacs". Hai thân ống cao su hoặc dải "lacs" được cặp lại bằng một "pince" nhỏ, giao cho người phụ mổ 2 cầm và kéo rất nhẹ sao cho dải thần kinh và vật xộp được tách ra khỏi 2 vật hang. Như vậy, một đoạn vật hang đủ dài đã được bộc lộ để khâu gấp nếp, rạch màng trắng, rạch màng tổn thương hoặc lấy bỏ mảng tổn thương.

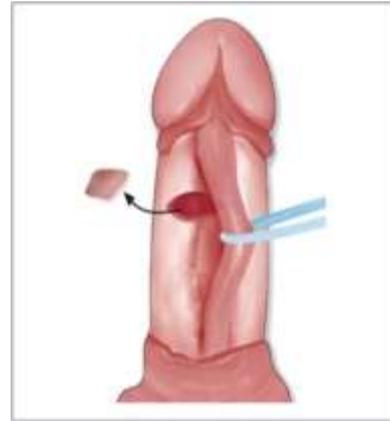
2.2. Phương pháp Nesbit

Kỹ thuật mổ được Nesbit mô tả năm 1964 và 1965 để điều trị cong vẹo bẩm sinh của dương vật [6]. Kỹ thuật bao gồm cắt bỏ màng trắng của vật hang, theo một hình elip (ellipse), xung quang một kẹp răng chuột (pincers d'Allis). Vị trí màng trắng được cắt bỏ ở bên đối diện so với mảng tổn thương. Mức rộng của màng trắng bị cắt bỏ được xác định khi gấp nếp màng trắng nhờ một pince d'Allis trong thử nghiệm cương dương. Hình elip màng trắng được cắt bỏ thường có kích thước là 1 x 0,5 cm và kích thước dài (1

cm) nằm theo chiều ngang. Vị trí, kích thước và chiều hướng của hình elip màng trắng được cắt bỏ có thể thay đổi tùy theo biến dạng của dương vật. Trung bình 1 mm màng trắng bị cắt bỏ chứa được khoảng 10⁰ cong [7]. Màng trắng được khâu lại theo chiều ngang bằng chỉ không tiêu, cỡ chỉ 3/0 hoặc 4/0, nơ chỉ đảo ngược (nút chỉ lộn vào trong màng trắng, để bệnh nhân không cảm thấy đau khi QHTD). Tiến hành thử nghiệm cương dương kiểm tra. Nếu còn cong vẹo dương vật, có thể cắt bỏ thêm màng trắng, vẫn theo phương pháp Nesbit hoặc theo phương pháp Yachia [7]. Không nên cắt bỏ màng trắng nhiều để tránh nguy cơ RLCD sau mổ.

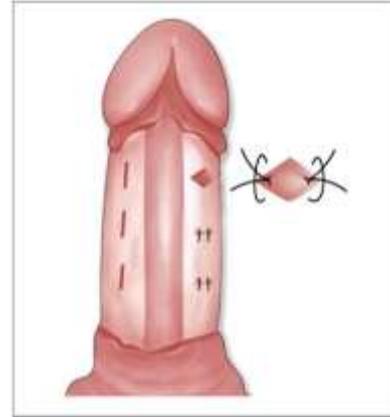
2.3. Phương pháp Yachia

Heineke-Mikulicz mô tả một kỹ thuật mổ không phải cắt bỏ màng trắng như trong phương pháp Nesbit mà là một đường rạch màng trắng theo chiều dọc và khâu lại màng trắng theo chiều ngang, bằng chỉ không tiêu, mũi rời, nơ chỉ đảo ngược. Yachia đề nghị không nên rạch màng trắng bằng một đường rạch dài mà nên rạch màng trắng bằng nhiều đường rạch ngắn hơn. Các đường rạch này nằm trên 2 trục song song, đối xứng với nhau và ở bên đối diện với màng tổn thương [4]. Ví dụ, nếu màng tổn thương ở mặt lưng của dương vật, các đường rạch được thực hiện ở mặt bụng của dương vật. Các đường rạch, theo chiều dọc, nằm trên 2 trục ở 2 bên và song song với niệu đạo. Các đường rạch này chỉ nên dài từ 2 – 5 mm. Sau đó, màng trắng được khâu lại theo chiều ngang, bằng 2 bình diện. Bình diện trong bằng 2 nơ chỉ không tiêu, đảo ngược và bình diện ngoài bằng 1 nơ chỉ tự tiêu chậm, đảo ngược để vùi 2 nơ chỉ của bình diện trong [4]. Vị trí và số đường rạch phụ thuộc vào vị trí và mức độ cong của dương vật. Đối với kỹ thuật Yachia, cũng như kỹ thuật Nesbit, các nơ chỉ không tiêu phải được khâu và buộc đảo ngược, vùi nút chỉ vào trong màng trắng để bệnh nhân không cảm thấy đau khi QHTD [4],[7].



Hình 1: Phương pháp Nesbit.

* Nguồn: theo Nesbit RM, năm 2002 [6].



Hình 2: Phương pháp Yachia.

* Nguồn: theo Hargreave TB, năm 2008 [4].

2.4. Phương pháp miếng vá vật hang:

Khi các phương pháp gấp nếp màng trắng (Nesbit hoặc Yachia) không cho phép sửa chữa hoàn toàn CVDV hoặc làm dương vật ngắn đi nhiều, có thể áp dụng phương pháp miếng vá vật hang [2].

2.4.1. Mảnh ghép lý tưởng: Mảnh ghép lý tưởng phải đạt tiêu chuẩn: được dung nạp và hòa nhập vào màng trắng thật tốt, có tính đàn hồi-bền vững gần giống màng trắng nhất và dễ sử dụng. Nhiều vật liệu đã được nghiên cứu và sử dụng, nhưng không có vật liệu nào đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn đã nêu ở trên. Các vật liệu tổng hợp (như Dacron, Goretex) đã được sử dụng, nhưng có vấn đề về sự dung nạp, nên chúng không còn thích hợp nữa [2]. Các vật liệu tự thân như tĩnh mạch hiển trong, cân cơ thái dương, màng cứng, màng ngoài tim, màng tinh hoàn, ... cũng được nghiên cứu, đưa vào sử dụng. Nhưng chưa có các nghiên cứu với số

lượng lớn bệnh nhân, được theo dõi dài hạn để biết vật liệu nào là thích hợp nhất.

2.4.2. Kỹ thuật mổ: Thử nghiệm cương dương được thực hiện để xác định màng tổn thương và mức độ cong vẹo của dương vật. Hiện nay, một đường rạch trên màng tổn thương hình chữ H, mà Eydigio đã cải tiến, được sử dụng nhiều nhất [1]. Đường rạch này được đánh dấu bằng bút phốt (feutre) ở ngay trên màng tổn thương. Nét gạch ngang của chữ H nằm ở giữa màng tổn thương và các nét gạch bên của chữ H nằm theo hướng trục dọc của dương vật. Đường rạch được thực hiện trên đường đánh dấu. Tiếp theo, dùng tay làm thẳng dương vật và đo chiều dọc, chiều ngang của vùng khuyết thiếu màng trắng. Việc thay thế vùng khuyết thiếu màng trắng bằng miếng vá phải được lợi về chiều dài của vật hang để chữa CVDV. Kích thước của miếng vá phải lớn hơn vùng khuyết thiếu màng trắng khoảng 30% và đường khâu giữa miếng vá và màng trắng phải kín để tránh rò rỉ sau phẫu thuật. Đường khâu bằng chỉ một sợi (Prolène 3/0 hoặc 4/0), không tiêu và được bắt đầu từ một góc của đường rạch màng tổn thương. Tiến hành thử nghiệm cương dương để đánh giá mức độ kín của đường khâu và kết quả sửa chữa CVDV.

Sau khi rạch hình chữ H trên màng tổn thương, có thể tiếp tục cuộc mổ bằng cách cắt bỏ màng tổn thương và thay thế vùng khuyết thiếu màng trắng bằng miếng vá. Kỹ thuật "đường rạch-miếng vá trên màng tổn thương" được sử dụng nhiều hơn kỹ thuật "cắt bỏ-miếng vá màng tổn thương" vì trong các bệnh nhân được "cắt bỏ-miếng vá màng tổn thương", tỷ lệ bị RLCD rất cao [2]. Trong một công trình nghiên cứu về bệnh Lapeyronie, Eydigio đề nghị cải tiến đường rạch hình chữ H để thích ứng với các loại CVDV: các nhánh đứng dọc của chữ H có thể được mở ra để tạo nên một góc 120° . Các nhánh này có thể không đối xứng với nhau nếu CVDV là loại phức tạp trong 2 bình diện [2]. Theo Eydigio, tất cả các loại CVDV đều có thể sửa chữa được, nếu đáp ứng tốt đối với các nguyên tắc về hình học [2].

2.5. Khâu lại vết mổ: Dẫn lưu vết mổ bằng 2 lam cao su hoặc tốt hơn là bằng hệ thống dẫn lưu Redon, cỡ nhỏ. Vết mổ được khâu lại theo 2 bình diện. Khâu các tổ chức dưới da bằng chỉ tự tiêu chậm, mũi rời, cỡ chỉ 4/0. Khâu da bằng chỉ tiêu nhanh, cỡ chỉ 4/0 hoặc bằng lin. Đặt ống

thông đái. Băng ép nhẹ vết mổ và để dương vật nằm lên bụng (theo hướng lên rốn - vị trí 12 giờ).

2.6. Điều trị sau mổ

2.6.1. Trong thời gian nằm viện: Việc dùng kháng sinh dự phòng, thuốc giảm đau, thuốc chống phù nề và truyền các dung dịch mặn ngọt tương tự như các phẫu thuật khác ở dương vật. Ngày thứ nhất sau mổ, thay băng kiểm tra. Nếu vết mổ không có tụ máu, dẫn lưu không chảy, rút dẫn lưu, rút ống thông đái và để bệnh nhân đi tiểu bình thường. Trong trường hợp rỉ máu vết mổ và / hoặc dẫn lưu còn ra máu, phải để dẫn lưu đến khi dẫn lưu không còn chảy ra máu nữa, mới được rút. Trong các ngày sau, việc chăm sóc vết thương tương tự như việc chăm sóc các vết mổ khác ở dương vật. Tuy nhiên, phải theo dõi sát sao hơn đối với các trường hợp được mổ bằng phương pháp miếng vá vật hang. Nếu hậu phẫu bình thường, sau mổ từ 5 - 7 ngày, bệnh nhân có thể ra viện.

2.6.2. Theo dõi sau khi ra viện: Hen bệnh nhân đến khám kiểm tra sau mổ 6 tuần. Trong 6 tuần đầu sau mổ, dặn bệnh nhân không được giao hợp, nhưng không cần cho bệnh nhân các thuốc ức chế cương dương. Ngược lại, cương dương hồi phục sớm đóng một vai trò quan trọng, đặc biệt đối với các bệnh nhân được dùng miếng vá vật hang, để chống hiện tượng co rút dương vật sau mổ [2],[4]. Sau mổ từ 2 - 3 tuần, khuyên bệnh nhân nên xoa bóp, kéo dương vật một cách nhẹ nhàng, từ từ và tăng dần hoặc phối hợp với dùng giác hút tạo ra sự cương dương đối với các bệnh nhân được dùng miếng vá vật hang [2],[4].

3. Các bước phải làm trước một bệnh nhân đến khám vì cong vẹo dương vật

3.1. Hỏi bệnh: Hỏi bệnh để xác định thời gian bị CVDV, chiều hướng cong, mức độ ảnh hưởng của CVDV đối với đời sống tình dục của bệnh nhân (RLCD, đưa dương vật vào âm đạo khó khăn, không giao hợp được, đau khi giao hợp, ...) và nguyên nhân chính buộc bệnh nhân phải đi khám bệnh. Hỏi tiền sử chấn thương dương vật; tiền sử điều trị ở dương vật, như tiêm thuốc vào vật hang, đặt ống thông đái, soi bàng quang, tán sỏi bàng quang, tán sỏi nội soi niệu quản ngược dòng, ... Hỏi bệnh còn để tìm các yếu tố nguy cơ tim mạch; phát hiện các bệnh thần kinh phối hợp, làm tăng nặng các rối loạn và hỏi tiền sử gia đình của bệnh nhân.

3.2. Khám bệnh: Sau khi khám toàn thân, khám dương vật khi dương vật mềm để tìm mảng tổn thương, xác định mật độ (mềm, chắc, cứng như xương hay có lắng đọng canxi) và đo kích thước của mảng tổn thương và dương vật, ở 2 trạng thái: khi dương vật mềm tự nhiên và được kéo dài ra tối đa. Đây là các thông số có giá trị để so sánh và đánh giá sau mổ. Khám dương vật khi dương vật cương (có thể tiêm Prostaglandin E1 vào vật hang, nếu cần), với việc chụp ảnh dương vật ở 2 tư thế (tư thế thẳng và tư thế nghiêng) để đánh giá vị trí, chiều hướng và mức độ CVDV. Đo các kích thước của dương vật.

Để đánh giá mức độ rối loạn cương dương, có thể dùng Bảng câu hỏi Chỉ số quốc tế về chức năng cương (International Index Erectile Function – IIEF). Nhưng đối với các trường hợp bị CVDV, bảng IIEF có những hạn chế và một bảng câu hỏi chuyên biệt, dành cho các bệnh nhân này đang được chờ đợi.

Đánh giá ảnh hưởng tâm lý bệnh tật đối với bệnh nhân và vợ bệnh nhân là cần thiết và quan trọng. Trên thực tế, 81% số bệnh nhân CVDV bị ảnh hưởng tâm lý, trong đó có 48% bị trầm cảm và 54% số bệnh nhân CVDV có các vấn đề về đời sống nam-nữ [4]. Các yếu tố nguy cơ chủ yếu của các rối loạn nêu trên là dương vật bị co ngắn, RLCD và không giao hợp được.

3.3. Các xét nghiệm cận lâm sàng

3.3.1. Chụp cộng hưởng từ dương vật: Vì có hiệu năng cao đối với các tổ chức mềm, nên chụp cộng hưởng từ cho phép thăm dò các vật hang một cách có hiệu quả. Màng trắng bình thường được nhìn thấy dưới dạng một dải dày đồng đều, tín hiệu rất thấp, vì màng trắng có nhiều sợi collagen. Tất cả các tổ chức ở xung quanh có tín hiệu cao hơn một cách rõ rệt. Tín hiệu của các vật hang ở mức trung gian trong T1 và tăng tín hiệu trong T2. Cân Buck, ấn định ranh giới của màng trắng ở bề mặt, có tín hiệu tương đối cao, tương phản rất rõ đối với màng trắng. Màng tổn thương có hình một đoạn màng trắng dày hơn bình thường, không đều. Hình này có thể trải dài trên các vật hang. Chụp cộng hưởng từ có thể được thực hiện sau khi gây cương dương (bằng tiêm Prostaglandin E1 vào vật hang, nếu cần). Chỉ có chụp cộng hưởng từ kết hợp với tiêm thuốc cản quang mới cho phép quan sát thấy các thành phần viêm trong màng xơ của bệnh Lapeyronie [4].

3.3.2. Siêu âm màu dương vật: Tiêm Prostaglandin E1 vào vật hang, sau đó siêu âm Doppler dương vật. Xét nghiệm này cho phép xác định hình thái, kích thước, sự lắng đọng canxi của mảng tổn thương. Xét nghiệm còn cho phép phát hiện RLCD có trước hay là phối hợp với CVDV (bằng việc tìm thấy các rò tĩnh mạch, các yếu tố động mạch, ...) [4]. Đối với các trường hợp CVDV nặng (trên 60^o) hoặc phức tạp, siêu âm Doppler dương vật còn cho phép xác định chất lượng cương dương và lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp [4].

4. Tiêu chuẩn lựa chọn phương pháp phẫu thuật

Theo nhiều công trình nghiên cứu [2],[5],[7], các phương pháp phẫu thuật được lựa chọn phải đảm bảo sau phẫu thuật, khi cương, dương vật dài ít nhất là 12 cm. Để đảm bảo điều này, sự lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào việc điều trị vị trí cong lồi hay điều trị chỗ lõm của dương vật.

4.1. Điều trị vị trí cong lồi của dương vật: Đối với các CVDV ở mức độ trung bình (từ 30^o – 60^o đối với bệnh Lapeyronie, 30^o đến 70^o đối với CVDV bẩm sinh), phương pháp phẫu thuật có thể là:

- + Rạch-khâu gấp nếp màng trắng (Yachia) hoặc
- + Cắt bỏ-khâu màng trắng (Nesbit).

4.2. Điều trị chỗ lõm của dương vật: Đối với các CVDV ở mức độ nặng (> 60^o đối với bệnh Lapeyronie và > 70^o đối với CVDV bẩm sinh) hoặc đối với các bệnh nhân, nếu điều trị vị trí cong lồi dẫn đến dương vật ngắn (< 12 cm), ảnh hưởng đến chất lượng đời sống tình dục, các phương pháp phẫu thuật có thể là:

- + Rạch màng tổn thương-ghép miếng vá vật hang hoặc
- + Cắt bỏ màng tổn thương-ghép miếng vá vật hang.

V. KẾT LUẬN

CVDV gồm 2 thể bẩm sinh và mắc phải, chiếm từ 3 – 7% nam giới trưởng thành. Hỏi và khám bệnh để xác định vị trí, chiều hướng, mức độ, thể bệnh của CVDV, có RLCD đi kèm hay không, cũng như ảnh hưởng của bệnh đối với bệnh nhân và vợ bệnh nhân. Chụp cộng hưởng từ và siêu âm Doppler dương vật để biết rõ vị trí, kích thước, tính chất của mảng tổn thương, cũng như bản chất của RLCD đi kèm (nếu có). Đối với CVDV có ảnh hưởng đến đời sống tình dục (mức

độ trung bình và nặng), phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả nhất. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào thể bệnh và mức độ của CVDV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brant WO, Bella AJ, Garcia MM et al. (2006). Surgical Atlas. Correction of Peyronie's disease: plaque incision and grafting. *BJU Int*; 97(6): 1353 – 1360.
2. Egydio PH, Sansalone S (2008). Peyronie's reconstruction for maximum length and girth gain: geometrical principles. *Adv Urol*; 205739.
3. Garaffa G, Sacca A, Christopher AN et al. (2010). Circumcision is not mandatory in penile surgery. *BJU Int*; 105(2): 222 – 224.
4. Hargreave TB (2008). Déformation érectile, don't la maladie de la Peyronie. *Traité d'androgologie à l'usage des cliniciens*. Springer; 93 – 99.
5. Lindsay MB, Schain DM, Grambsch P et al. (1991). The incidence of Peyronie's disease in Rochester, Minnesota, 1950 through 1984. *J Urol*; 146(4): 1007 – 1009.
6. Nessbit RM (2002). Congenital curvature of the phallus: report of three cases with description of corrective operation. 1965. *J Urol*; 167(2 Pt 2): 1187 – 1188 [discussion 1189].
7. Ralph DJ, al-Akraa M, Pryor JP (1995). The Nesbit operation for Peyronie's disease: 16-year-experience. *J Urol*; 154(4): 1362 – 1363.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH X QUANG SỐ HÓA TRONG CHUẨN ĐOÁN BỆNH THOÁI HÓA KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

Nguyễn Xuân Hiền*, Trần Văn Việt**

OF THE KNEE IN HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY

Objective: describe the characteristics of osteoarthritis of the Knee by Digital Radiography.

Method: cross-sectional descriptive study for all patients has done Digital Radiography of the knee in Hai Duong Medical Technical University from 1 January 2016 to 30 January 2016. **Results:** Knee degenerative disease incidence increases with age, the rate of men is less than in women, the incidence on the beside is more frequency than one side. There are 3 common radiographic signs, the signs of osteophytes has the highest rate (37,2%), joint space narrowing (32,4%) and the sub-cartilage sclerosis signs (30,2%). The disease is often accompanied by 2 or 3 signs but rarely appeared only one sign. Osteophyte occurs most common at patella, femorotibial joint is narrower than femoropatellar joint.

Key word: Osteoarthritis, Knee, DR

TÓM TẮT²¹

Mục tiêu: Mô tả hình ảnh thoái hóa khớp gối trên phim chụp X quang số hóa. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đối tượng nghiên cứu là tất cả bệnh nhân đến chụp X quang khớp gối tại Bệnh viện Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương từ 1/1/2016 đến 30/1/2016. **Kết quả:** Bệnh thoái hóa khớp gối có tỉ lệ mắc tăng theo độ tuổi, nữ gặp nhiều hơn nam, tỉ lệ mắc trên cả 2 gối cao hơn một gối. Có 3 dấu hiệu X quang thường gặp thì dấu hiệu mọc gai xương có tỉ lệ cao nhất (37,2%), sau đó đến dấu hiệu hẹp khe khớp (32,4%) và thấp nhất là dấu hiệu xơ xương dưới sụn (30,4%). Bệnh thường kèm theo 2 hoặc cả 3 dấu hiệu chứ ít khi xuất hiện chỉ 1 dấu hiệu. Xương bánh chè là vị trí có tỉ lệ mọc gai xương cao nhất, khớp đùi – chày có dấu hiệu hẹp cao hơn khớp bánh chè – đùi. **Kết luận:** Hình ảnh thoái hóa khớp gối tương đối đa dạng phụ thuộc từng giai đoạn thoái hóa của bệnh nhân.

Từ khóa: X- quang khớp gối, thoái hóa khớp gối, chụp x quang số hóa.

SUMMARY

STUDY THE CHARACTERISTICS OF DIGITAL RADIOGRAPH IN THE OSTEOARTHRITIS

*

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hoá khớp (THK) là hậu quả của quá trình cơ học và sinh học, làm mất cân bằng giữa tổng hợp và huỷ hoại của sụn và xương dưới sụn (cột sống và đĩa đệm). Sự mất cân bằng này có thể được bắt đầu bởi nhiều yếu tố như: di truyền, phát triển, chuyển hoá và chấn thương [1]. Thoái hoá khớp hay gặp ở những khớp chịu tải như khớp gối, khớp háng, cột sống. Triệu chứng lâm sàng gồm đau và hạn chế chức năng đi lại và sinh hoạt của người

bệnh khiến người bệnh phải thường xuyên đi khám bệnh và điều trị, do vậy ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và gây tổn hại đến kinh tế. Việc chẩn đoán thoái khớp dựa vào lâm sàng và X quang. Chụp X quang số hóa đã được áp dụng ở Việt Nam từ những năm đầu thế kỷ XXI, ngày càng thể hiện rõ vai trò ưu việt vì cho hình ảnh rõ nét hơn, độ tương phản hơn, liều tia thấp hơn... so với chụp X quang cổ điển. Ở Việt Nam đã có những công trình nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và một số biện pháp điều trị bệnh thoái hoá khớp tại một số bệnh viện, nhưng đánh giá dịch tễ học lâm sàng bệnh thoái hoá khớp gối và vấn đề chẩn đoán cũng như điều trị, tư vấn về bệnh thoái hoá khớp gối trong cộng đồng còn ít đặc biệt trên các phim chụp số hóa đã được quan tâm nhưng chưa nhiều. Để góp phần tìm hiểu vấn đề này, chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh X quang số hóa trong chuẩn đoán bệnh

thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện Trường đại học kỹ thuật y tế Hải Dương" với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh x quang của bệnh thoái hóa khớp gối.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 362 bệnh nhân được chụp 224 phim X quang số hóa khớp gối tại Bệnh viện Trường đại học kỹ thuật y tế Hải Dương từ 1/1/2016 đến 30/1/2016.

2. Thiết kế nghiên cứu: Tiến hành nghiên cứu theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3. Phương tiện nghiên cứu: Máy chụp X quang DR tại khoa CĐHA Bệnh viện đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, màn hình và đèn đọc phim, máy ảnh.

4. Phương pháp phân tích xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ

1. Tỷ lệ mắc và phân bố bệnh thoái hóa khớp theo tuổi.

Bảng 3.1: Phân bố bệnh theo tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân chụp	Mắc		Không mắc	
<50	122	62	27.6%	60	43.4%
50-70	156	80	35.7%	76	55.1%
>70	84	82	36.7%	2	1.5%
Tổng	362	224	100%	138	100%

Nhận xét: Trong tổng số 362 bệnh nhân chụp khớp gối thì có 224 được chẩn đoán mắc bệnh chiếm 61,9% số bệnh nhân có chẩn đoán là không mắc chiếm 38,1%. Trong số bệnh nhân mắc, bệnh nhân >50 tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất là 72,4%.

2. Môi liên quan giữa thoái hóa khớp gối với giới

Bảng 3.2 Môi liên quan giữa THK gối với giới

Giới	Số bệnh nhân chụp	Mắc		Không mắc	
Nam	182	106	47.3%	76	55.1%
Nữ	180	118	52.7%	62	44.9%
Tổng	362	224	100%	138	100%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nữ bị thoái hóa khớp gối (52,7%) cao hơn so với nam (47,3%).

3. Mô tả hình ảnh X quang của bệnh nhân có thoái hóa khớp gối.

Bảng 3.3: Mô tả hình ảnh X quang của bệnh nhân có thoái hóa khớp gối

Dấu hiệu X quang	Số bệnh nhân	Tỷ lệ(%)
Mọc gai xương (A)	153	37,2
Hẹp khe khớp(B)	133	32.4
Xơ xương dưới sụn(C)	125	30.4
Tổng	411	100

Nhận xét: Dấu hiệu mọc gai xương chiếm tỷ lệ cao nhất 37,2%.

4. Hình ảnh đặc điểm vị trí mọc gai xương.

Bảng 3.5: Mô tả hình ảnh X quang vị trí mọc gai xương

Vị trí mọc gai xương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Mâm chày	36	23.6
Xương bánh chè	58	37.9
Lồi cầu xương đùi	32	20.9
Lồi cầu xương chày	27	17.6

Tổng	153	100
-------------	-----	-----

Nhận xét: Trong số bệnh nhân THK có mọc gai xương, tỷ lệ mọc gai xương ở xương bánh chè là cao nhất chiếm 37,9% tiếp đến là ở mâm chày chiếm 23,6% , ở lồi cầu xương đùi chiếm 20,9% và thấp nhất là ở lồi cầu xương chày chỉ chiếm 17,6%.

5. Hình ảnh vị trí hẹp khe khớp.

Bảng 3.6: Mô tả hình ảnh Xquang vị trí hẹp khe khớp

Vị trí hẹp khe khớp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Khớp chè – đùi	58	43.6
Khớp đùi – chày	75	56.4
Tổng	133	100

Nhận xét: Trong số 133 bệnh nhân THK có hẹp khe khớp thì có đến 75 người hẹp ở khớp đùi – chày chiếm 56,4% và 58 người hẹp ở khớp chè – đùi chiếm 43,6%

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 362 bệnh nhân chụp khớp gối thì có 224 được chẩn đoán mắc bệnh chiếm 61,9% số bệnh nhân có chẩn đoán là không mắc chiếm 38,1%, trong số bệnh nhân mắc, bệnh nhân >50 tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất là 72,4%. Kết quả này cũng tương ứng với tác giả của Đinh Thị Diệu Hằng (2013) [2]. Như vậy tuổi không phải là nguyên nhân trực tiếp gây ra thoái hóa khớp nhưng tuổi làm lão hóa tế bào và mô, mất tế bào sụn làm cho khớp dễ bị tổn thương. Bên cạnh đó, bệnh thoái hóa khớp còn bị tác động bởi nhiều yếu tố nguy cơ khác nhau như bất thường cơ học, chấn thương khớp, bèo phì, do vậy tuổi càng cao các yếu tố này sẽ tăng lên làm tăng nguy cơ bị thoái khớp [3].

Tỷ lệ nữ bị thoái hóa khớp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nam với tỷ lệ là 52,7% so với 47,2%. Kết quả này cũng khá tương đồng với tác giả I Haq [4]. với tỷ lệ nữ/nam là 3/1 hay của Rosignol khi khảo sát 11.144 trường hợp với tỷ lệ nữ/ nam là 2/1 [5]. Sự khác biệt giữa tỷ lệ nữ và nam bị thoái hóa khớp có thể do sự thay đổi hormon ở những phụ nữ lớn tuổi làm cho họ dễ mắc thoái hóa khớp gối hơn.

Dấu hiệu mọc gai xương là dấu hiệu hay gặp nhất với 37,2% ở những bệnh nhân bị thoái khớp, và chủ yếu là gai xương ở mâm chày với 23.6% và gai xương bánh chè 37,9%, hình ảnh gai xương ở đầu dưới xương đùi và đầu trên xương chày ít gặp hơn. Tỷ lệ này cũng tương tự nghiên cứu của Y Nagasoasa cho thấy tỷ lệ gai xương bánh chày là cao nhất với 54,7% rồi đến mâm chày với 49,5% [6]. Có thể giải thích là do lồi cầu xương đùi không phẳng như mâm chày, gai xương đùi bị chõng lấn bởi cấu trúc xương phía trước và phía sau trên phim X quang thường qui khó phát hiện. Và sự mất cân bằng cơ học tại khớp là một yếu tố thúc đẩy sự hình

ảnh gai xương. Có thể sự hình ảnh các gai xương là nhằm bù trừ và bảo vệ sụn khớp khi phân bố lại các lực tác động lên khớp.

Dấu hiệu hẹp khe khớp là dấu hiệu hay gặp thứ hai trên phim X quang là dấu hiệu hay gặp nhất với tỷ lệ 37,2%, trong đó hẹp khe khớp đùi – chày là 56,4%, khớp đùi – chè là 43,6%. Điều này có thể giải thích do tình trạng trục khớp gối bị thay đổi (vào trong hoặc ra ngoài) ở những người chân vòng kiềng (chân chữ O) hoặc chân chữ X làm tăng lực đè lên sụn khớp khoang đùi chày khiến cho tỷ lệ thoái hóa khớp đùi – chày tăng cao.

Dấu hiệu xơ xương dưới sụn cũng là một trong dấu hiệu hay gặp ở những bệnh nhân thoái hóa khớp gối trong nghiên cứu chúng tôi với tỷ lệ 30,4%, dấu hiệu này cũng là dấu hiệu hay gặp trong các nghiên cứu của các khác về thoái hóa khớp. Nguyên nhân do xơ xương dưới sụn đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh và sự tiến triển của thoái hóa khớp gối [1].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 362 bệnh nhân với 224 phim chụp X quang số hóa được chẩn đoán là thoái hóa khớp gối trong tháng 1/2016 của bệnh nhân được chụp tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện trường đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Bệnh thoái hóa khớp gối có tỉ lệ mắc tăng theo độ tuổi, nữ gặp nhiều hơn nam, tỉ lệ mắc trên cả 2 gối cao hơn một gối.

- Có 3 dấu hiệu X quang thường gặp thì dấu hiệu mọc gai xương có tỉ lệ cao nhất, thấp nhất là dấu hiệu xơ xương dưới sụn. Bệnh thường kèm theo 2 hoặc cả 3 dấu hiệu chứ ít khi xuất hiện chỉ 1 dấu hiệu.

- Xương bánh chè là vị trí có tỉ lệ mọc gai xương cao nhất, khớp đùi – chày có dấu hiệu hẹp cao hơn khớp bánh chè – đùi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đoàn Văn Đệ (2004), Cơ chế bệnh sinh thoái hóa khớp**, Báo cáo khoa học chuyên đề: "Thoái hóa khớp và cột sống", Hội Thấp khớp học Việt Nam, Hà Nội, Tr 7-12.
- 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 Hải Dương, Luận văn tiến sỹ Y Học, Trường đại học Y Hà Nội.**
- K M Jordan, et al (2003), EULAR recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a task force of the standing committee for international clinical studies including therapeutic trial (ESCISIT).** Ann Rheum Dis: 62: 1145 -1155.
- I Haq, E Murphy, J Dacre (2003). Osteoarthritis.** Postgrad Med J 2003; 79: 377-383.
- M Rosignol, et al (2005). Primary osteoarthritis of hip, knee and hand in relation to occupational exposure.** Occup Environ Med: 62: 772-777.
- Y Nagaosa, P Lanyon, M Doherty (2002). Characterization of size and direction of osteophyte in knee osteoarthritis: a radiographic study.** Ann Rheum Dis: 61: 319-324.

PHÂN TÍCH TỔNG THỂ SẮC ĐỒ VÀ PHÂN LOẠI KIM NGÂN BẰNG SẮC KÝ LỎNG HIỆU NĂNG CAO

Ngô Thế Cường¹, Ngô Sĩ Thịnh¹, Chử Văn Mến², Đặng Văn Điệp²

TÓM TẮT²²

Kim ngân là một dược liệu cổ truyền quan trọng. Tác dụng điều trị của dược liệu này phụ thuộc nhiều vào nguồn gốc phân bố. Trong nghiên cứu trước của chúng tôi, phương pháp phân tích sắc ký lỏng hiệu năng cao được phát triển định lượng đồng thời 4 hoạt chất sinh học là coniferin, loganic acid, sweroside và loganin. Trong nghiên cứu này, phương pháp phân tích được áp dụng định lượng 4 hoạt chất sinh học trong 92 mẫu từ Hàn Quốc và Trung Quốc cùng với phân tích tổng thể sắc đồ nhằm phân biệt dược liệu từ các nguồn khác nhau. Hàm lượng của coniferin, loganic acid, sweroside và loganin được xác định là 0,03-1,21 mg/g, 0,03-20,43 mg/g, 0,02-10,09 mg/g, và 0,02-10,26 mg/g trong dược liệu khô. Phân tích tổng thể sắc độ được tiến hành dựa vào LDA cho thấy Kim ngân từ các vùng khác nhau có thể được phân biệt chính xác tới 80%.

Từ khóa: Kim ngân, HPLC, LDA, phân tích sắc đồ.

SUMMARY

CHROMATOGRAPHIC FINGERPRINT AND DISCRIMINANT ANALYSIS FOR THE QUALITY EVALUATION OF LONICERAE FOLIUM ET CAULIS BY HPLC

Lonicerae folium et caulis is an important traditional herbal drug. The therapeutic effectiveness

of this herb depends strongly on the geographical origin. In our previous report, the HPLC analytical method has been developed for the simultaneous determination of four bioactive compounds: coniferin, loganic acid, sweroside and loganin. In this study, the analytical method was applied to quantitate four bioactive compounds in 92 samples collected from Korea and China together with pattern recognition analysis to differentiate the herbs from different regions. Contents of coniferin, loganic acid, sweroside and loganin were calculated to be 0.03-1.21 mg/g, 0.03-20.43 mg/g, 0.02-10.09 mg/g, and 0.02-10.26 mg/g in dried plant. The pattern recognition analysis was carried out using LDA (Linear Discriminant Analysis) showed Lonicerae folium et caulis from different origins can be differentiated with the accuracy of 80%.

Keywords: Lonicerae folium et caulis, HPLC, LDA, pattern analysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kim ngân, còn gọi là Nhãn đông có tên khoa học là *Lonicera japonica* thuộc họ Cơm cháy (Caprifoliaceae) được mọc chủ yếu ở các nước Đông Á như Việt Nam, Trung Quốc, Hàn Quốc và Nhật Bản..., được sử dụng nhiều trong các bài thuốc chống viêm, chống dị ứng, mẫn ngứa trong y học cổ truyền [1]. Các nghiên cứu về thành phần hóa học và tác dụng sinh học của cây Kim ngân cho thấy các nhóm hoạt chất như phenolic, iridoids, saponin và flavonoids có tác dụng chống oxy hóa, chống viêm, chống dị ứng...[4,5]. Tuy nhiên, thành phần hóa học của kim ngân biến động nhiều do ảnh hưởng của khí

¹Bệnh viện Quân y 354- Tổng cục Hậu cần

²Học Viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Chử Văn Mến

Email: chuvanmen@gmail.com

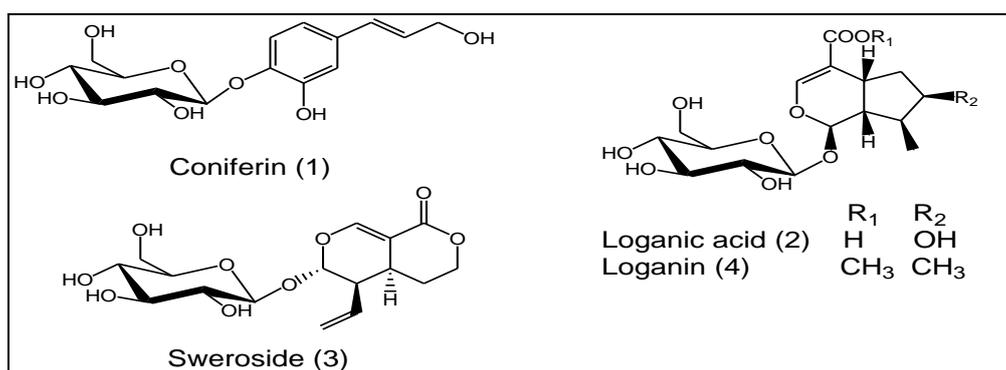
Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

hậu, thổ nhượng và thời gian thu hái đến hàm lượng các hoạt chất và tác dụng sinh học của Kim ngân. Ở Việt Nam, kim ngân chủ yếu được nhập khẩu từ các nước Đông Á như Trung Quốc, một số ít từ Hàn Quốc và Nhật Bản. Vì vậy, đánh giá chất lượng toàn diện nguyên liệu kim ngân được thu mua ở các nơi khác nhau là cần thiết và cấp bách góp phần đảm bảo chất lượng thuốc. Trong nghiên cứu trước, phương pháp định lượng đồng thời 4 hoạt chất sinh học: coniferin, loganic acid, sweroside và loganin

(Hình 1) trong dược liệu Kim ngân đã được tiến hành trên 60 mẫu thu mua tại các nơi khác nhau của Trung Quốc và Hàn Quốc có tính chọn lọc và chính xác cao [2,3]. Trong nghiên cứu này, phương pháp định lượng đồng thời các hoạt chất sinh học trong dược liệu Kim ngân được áp dụng cho số lượng mẫu lớn các mẫu cùng với phân tích tổng thể sắc đồ và phân tích phân loại các nguồn dược liệu Kim ngân để đánh giá chất lượng tổng thể của dược liệu này.



Hình 1: Cấu trúc của chất đánh dấu trong phân tích định lượng Kim ngân

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Nguyên liệu nghiên cứu

Hoá chất: nội chuẩn: methyl paraben; chuẩn coniferin, loganic acid, sweroside và loganin được chiết xuất, phân tách, tinh chế và xác định cấu trúc; methanol, nước cất, acid formic đạt tiêu chuẩn cho sắc ký lỏng. Mẫu kim ngân được thu mua ở các nơi khác nhau tại Trung Quốc, Hàn Quốc, mẫu được lưu tại Đại học Dược, ĐH Quốc gia Chungnam, Hàn Quốc. Thiết bị: Máy sắc ký lỏng hiệu năng cao Shimadzu, Detector

UV-VIS và Detector diode array được nối với máy tính IBM.

2. Phương pháp nghiên cứu

Cột: Cột phân tích pha đảo Optimapak RP₁₈ (250 x 4,6 mm; 5 μm) của công ty RS tech, Hàn Quốc; bước sóng phát hiện 254 nm; pha động: dung môi A: dung dịch methanol 10 % trong dung dịch acid formic 0.1 %; dung môi B: dung dịch methanol 90% trong dung dịch acid formic 0.1%; tốc độ dòng: 1,0 ml/phút; thể tích tiêm 10μl.

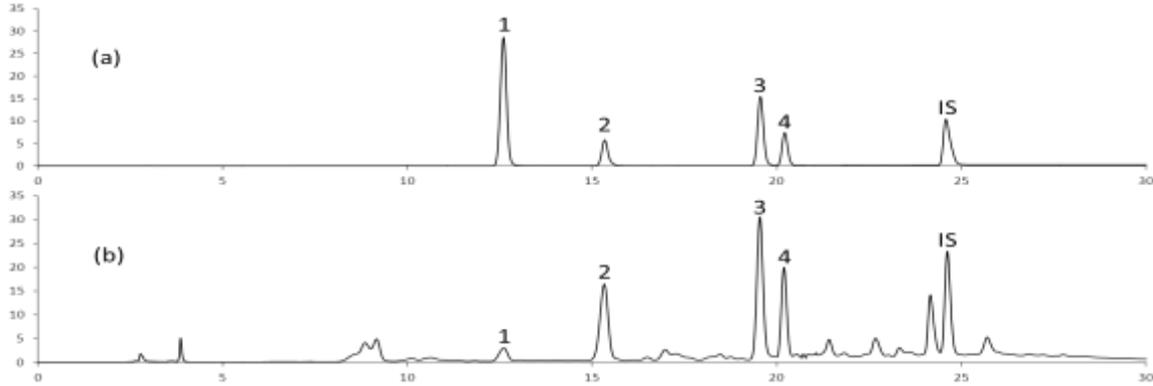
Với chương trình rửa giải như sau:

Thời gian (phút)	% A	% B
0→15	100 → 70	0 → 30
15→25	70 → 30	30→70
25→30	30	70
30→35	30→0	70→100
35→45	0 → 0	100 →100
45→50	0 → 100	100 →0

Chuẩn bị các dung dịch chuẩn và thử: Nội chuẩn (IS): Dung dịch methyl paraben: 1000 μg/ml trong methanol. Mẫu chuẩn: Dãy các dung dịch chuẩn coniferin, loganic acid, sweroside và loganin có nồng độ chính xác 0,5; 1, 5, 10; 25,0; 50,0; 100,0; và 200,0 μg/mL trong dung dịch chuẩn nội methyl paraben 200 (μg/mL) trong methanol. Mẫu thử: Cân chính xác khoảng 1 g bột dược liệu kim ngân. Thêm chính xác 9 ml ethanol 70% và 1 ml dung dịch chuẩn nội, cân, lắc siêu âm 30 phút, cân lại, bổ sung khối lượng mất bằng ethanol 70%, ly tâm, gạn lấy lớp trên, lọc qua màng lọc 0,45μm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Với điều kiện sắc ký và phương pháp xử lý mẫu đã lựa chọn, sắc ký đồ thu được cho các pic tách rõ ràng, nhiễu nền thấp, thể hiện qua sắc ký đồ của mẫu thử dược liệu kim ngân (Hình 1b), Trên các sắc ký đồ mẫu thử có các pic có thời gian lưu trùng với thời gian lưu của pic coniferin, loganic acid, sweroside và loganin trong sắc ký đồ của mẫu chuẩn lần lượt là 12,61, 15,34; 19,55; 20,21 (Hình 1a).



Hình 1: Sắc ký đồ và so sánh phổ của mẫu chuẩn (a) và mẫu thử (b); (1):coniferin; (2): loganic acid; (3): sweroside; (4): loganin; (IS): methyl paraben.

Đồng thời, tại thời gian lưu của các pic coniferin, loganic acid, sweroside và loganin trên các sắc ký đồ thử và chuẩn chúng tôi đã so sánh phổ hấp thụ UV thu được của pic. Kết quả cho thấy phổ thử và chuẩn trùng khít lên nhau với hệ số match lần lượt là 0,9995; 0,9994; 0,9996, và 0,9938. Điều này chứng tỏ pic thu được trên sắc ký đồ của mẫu thử là tinh khiết và các thành phần khác có trong mẫu thử không ảnh hưởng đến quá trình phân tích bốn chất đối chiếu

coniferin, loganic acid, sweroside và loganin ở điều kiện sắc ký đã lựa chọn, qua đó cho phép ta tiến hành định tính, định lượng.

Khoảng tuyến tính, giới hạn phát hiện và giới hạn định lượng.

Mỗi chuẩn bị một dãy gồm 8 dung dịch mẫu chuẩn có nồng độ từ 0,99 µg/ml đến 200 µg/ml, tiến hành sắc ký như điều kiện đã mô tả. Kết quả được thể hiện ở Bảng 1.

Bảng 1: Kết quả khảo sát khoảng tuyến tính, giới hạn phát hiện, giới hạn định lượng

Chất chuẩn	Nồng độ (µg/mL)	Phương trình hồi qui	r	LOD (µg/mL)	LOQ (µg/mL)
coniferin (1)	1,69-200	Y = 17,01X+0,015	0,9998	0,557	1,687
loganic acid (2)	0,99-200	Y = 2,58X - 0,007	0,9942	0,327	0,990
sweroside (3)	1,99-200	Y = 7,23X+0,0001	0,9998	0,657	1,990
loganin (4)	3,33-200	Y = 2,88X - 0,002	0,9999	1,098	3,327

Kết quả khảo sát trên cho thấy với khoảng nồng độ của coniferin, loganic acid, sweroside và loganin từ 1,69; 0,99; 1,99; 1,33µg/ml đến 200µg/ml có sự tương quan tuyến tính giữa nồng độ và diện tích pic tương ứng. Từ phương trình tuyến tính của các chất coniferin, loganic acid, swerosid và loganin cho phép xác định giới hạn phát hiện của các chất lần lượt 0,56; 0,33; 0,66 và 1,10µg/mL, giới hạn định của từng chất tương ứng với từng chất lần lượt 1,69; 0,99; 1,99 và 3,33µg/mL.

Độ đúng, độ lặp lại của phương pháp

Độ đúng (accuracy) và độ lặp lại (precision) của phương pháp được tiến hành trên các mẫu chuẩn đã biết trước nồng độ. Độ đúng và độ lặp lại trong ngày được tiến hành bằng cách phân tích mẫu chuẩn 5 lần trong một ngày; độ đúng và độ lặp lại giữa các ngày được tiến hành bằng cách phân tích mẫu chuẩn trong 5 ngày liên tiếp. Kết quả thể hiện ở Bảng 2 cho thấy độ đúng trong khoảng từ 99,31 đến 101,50 đối với độ đúng trong ngày và giữa các ngày. Độ lặp lại của phương pháp thể hiện ở độ lệch tương đối (RSD), kết quả cho thấy RSD của phương pháp thấp hơn 1,29% đối với độ lặp lại trong ngày và

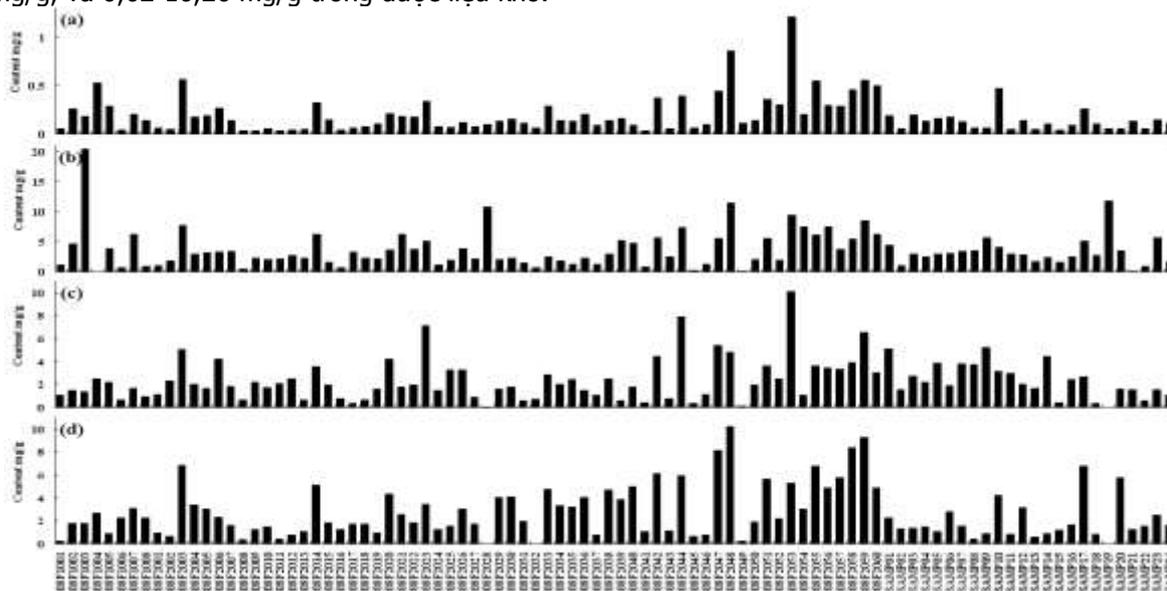
giữa các ngày. Kết quả chứng tỏ rằng phương pháp định lượng đồng thời các hoạt chất sinh học có độ chính xác và lặp lại cao.

Bảng 2: Kết quả xác định độ đúng và độ lặp lại của phương pháp.

Chất chuẩn	Nồng độ (µg/ml)	Trong ngày (n = 5)		Giữa các ngày (n = 5)	
		Độ đúng (%)	RSD (%)	Độ đúng (%)	RSD (%)
coniferin	2	101,19	0,45	100,62	0,46
	4	100,08	0,20	100,18	0,26
	8	99,90	0,23	100,72	0,27
loganic acid	2	101,49	1,15	101,50	1,29
	4	100,87	0,26	100,88	0,96
	8	100,00	0,56	100,10	0,58
sweroside	2	100,55	0,57	101,14	0,86
	4	99,81	0,16	100,27	0,48
	8	99,39	0,11	99,61	0,14
loganin	2	100,02	0,62	100,76	0,65
	4	99,64	0,45	100,15	0,67
	8	101,11	0,74	100,13	0,78

Kết quả phân tích định lượng các hoạt chất trong mẫu dược liệu Kim ngân

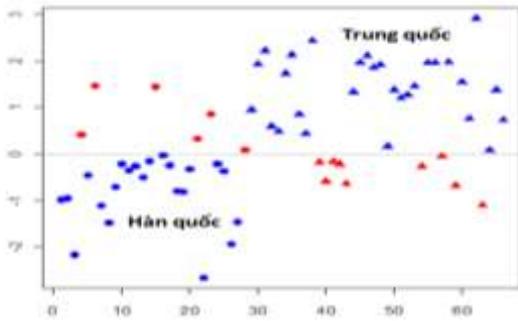
Kết quả khảo sát hàm lượng các hoạt chất sinh học coniferin, loganic acid, sweroside và loganin có trong 92 mẫu kim ngân dược thể hiện ở Hình 2. Kết quả chỉ ra rằng hàm lượng của coniferin, loganic acid, sweroside và loganin được xác định là 0,03-1.21 mg/g, 0,03-20,43 mg/g, 0,02-10,09 mg/g, và 0,02-10,26 mg/g trong dược liệu khô.



Hình 2: Phân bố hàm lượng hoạt chất trong các mẫu Kim ngân, (a) coniferin, (b) loganic acid, (c) sweroside và (d) loganin.

Kết quả phân loại Kim ngân bằng phân tích tổng thể sắc đồ

Tiến hành phân tích tổng thể sắc đồ dựa trên 11 pic chung bằng LDA (phân tích phân biệt tuyến tính-Linear discriminant analysis) cho thấy các mẫu Kim ngân từ các nguồn gốc khác nhau được phân biệt với độ chính xác tới 80%. Kết quả được thể hiện ở Hình 3.



Hình 3: Kết quả phân tích phân loại dược liệu Kim ngân từ các nguồn khác nhau

V. KẾT LUẬN

Kim ngân là một dược liệu cổ truyền quan trọng. Tác dụng điều trị của dược liệu này phụ thuộc nhiều vào nguồn gốc phân bố. Trong nghiên cứu trước của chúng tôi, phương pháp phân tích sắc ký lỏng hiệu năng cao được phát triển định lượng đồng thời 4 hoạt chất sinh học là coniferin, loganic acid, sweroside và loganin. Trong nghiên cứu này, phương pháp phân tích được áp dụng định lượng 4 hoạt chất sinh học trong 92 mẫu từ Hàn Quốc và Trung Quốc cùng với phân tích tổng thể sắc độ nhằm phân biệt dược liệu từ các nguồn khác nhau. Hàm lượng của coniferin, loganic acid, sweroside và loganin được xác định là 0,03-1,21 mg/g, 0,03-20,43 mg/g, 0,02-10,09 mg/g, và 0,02-10,26 mg/g trong dược liệu khô. Phân tích tổng thể sắc độ được tiến hành dựa vào LDA cho thấy Kim ngân

từ các vùng khác nhau có thể được phân biệt chính xác tới 80%. Nghiên cứu này một lần nữa khẳng định sự ảnh hưởng của các yếu tố ngoại cảnh, thổ nhưỡng tới hàm lượng hoạt chất trong dược liệu nói chung và Kim ngân nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Tất Lợi**, " Những Cây Thuốc và Vị Thuốc Việt Nam", Nhà Xuất Bản Y Học, 2004.
2. **Chữ Văn Mẫn, Nguyễn Văn Long, Nguyễn Tùng Linh, Hoàng Văn Lương, Kang Jong Seong**: " Định lượng đồng thời các hoạt chất sinh học trong dược liệu Kim Ngân (*Lonicera japonica*) bằng phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao", Tạp chí Y-Dược học Quân sự, số 7, 2010, trang 12-19.
3. **Chu Van Men, Jang Yu Seon, Nguyen Van Long, Lee Kwan Jun, Lee Sae Eun, Kim Young Ho, Bae Ki Hwan, Kang Jong Seong**: "Quality Evaluation of *Lonicerae folium et caulis* Using Multiple Component Analysis by High Performance Liquid Chromatography"; Proceeding of the Fall International Convention of The Pharmaceutical Society of Korea; October 21-2010, page: 254.
4. **Lee, E. J., Kim, J. S. Kim, H. P., Lee, J. H. and Kang, S. S.** : Phenolic constituents from the flower buds of *Lonicera japonica* and their 5-lipoxygenase inhibitory activities. Food Chem. 120(1), 134~9 (2010).
5. **Kumar, N., Bhandari, P., Singh, B. and Kaul, V. K.** : Saponins and volatile constituents from *Lonicera japonica* India. Nat. Prod. Commun. 2(6), 633~6 (2007).

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ ANTI-MULLERIAN HORMON (AMH) HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

Nguyễn Thị Hà¹, Phạm Thiện Ngọc², Bùi Tuấn Anh²

TÓM TẮT²³

Mục tiêu: xác định giá trị xét nghiệm nồng độ AMH huyết thanh trong chẩn đoán hội chứng buồng trứng đa nang. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả, cắt ngang; tiến hành ở 90 phụ nữ bình thường

¹ Bệnh viện Phụ sản Hà nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Tuấn Anh

Email: anhbuituan@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

và 70 bệnh nhân buồng trứng đa nang lứa tuổi sinh đẻ. Nồng độ AMH huyết thanh được định lượng theo nguyên lý miễn dịch enzym (ELISA). **Kết quả:** Nồng độ AMH huyết thanh ở phụ nữ bình thường là $5,19 \pm 1,55$ ng/mL và ở nhóm bệnh nhân là $12,62 \pm 4,61$; sự khác biệt với $p < 0,01$. Nồng độ AMH huyết thanh thay đổi theo các nhóm kiểu hình bệnh buồng trứng đa nang. **Kết luận:** Nồng độ AMH huyết thanh có giá trị tốt để chẩn đoán hội chứng BTĐN với AUC = 0,963; $p < 0,01$. Nồng độ AMH huyết thanh = 6,85 ng/mL là điểm cắt (cut off) với độ nhạy (Se = 90%), độ đặc hiệu (Sp = 88,9%).

Từ khóa: AMH, ELISA, hội chứng buồng trứng đa nang

SUMMARY**STUDY ON SERUM ANTI-MÜLLERIAN HORMONE (AMH) LEVELS IN PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME**

Objective: Valuation tests of serum AMH concentration in diagnosis of polycystic ovary syndrome **Method:** a cross-sectional descriptive study on 90 normal women and 70 patients with polycystic ovary syndrome. Concentration of serum AMH concentration is measured by Enzyme linked Immunoassay (ELISA). **Result:** Serum AMH concentration in normal and polycystic ovary syndrome women and were 5.19 ± 1.55 ng/mL and $12,62 \pm 4,61$ ng/mL, respectively. Concentration of serum AMH vary with phenotype groups of polycystic ovary syndrome. **Conclusion:** Concentration of serum AMH have a good value for the diagnosis of the syndromes with AUC of 0.963 ; $p < 0.01$. Serum AMH concentration of 6.85 ng / mL was a cutoff point (cut off) with a sensitivity of 90%, specificity of 88.9%.

Key words: AMH, ELISA, polycystic ovary syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng buồng trứng đa nang (BTĐN) gây ra sự tăng bất thường nồng độ testosterone và LH, những chất này sẽ làm gián đoạn quá trình phát triển của nang noãn, trứng không thể trưởng thành và không có hiện tượng rụng trứng. Hội chứng BTĐN là một trong những nguyên nhân thường gặp gây vô sinh. Tỷ lệ mắc bệnh hội chứng BTĐN ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ là khá phổ biến, nếu theo tiêu chuẩn NICHD-1990 tỷ lệ gặp là 6 - 10%, nếu theo tiêu chuẩn Rotterdam-2003 tỷ lệ gặp là 14 -17% [3].

Hội chứng BTĐN có thể gây ra: Vô sinh, béo phì, kháng insulin, đái tháo đường typ 2, cao huyết áp, bệnh tim mạch, loãng xương, nhiễm độc thai nghén.[1],[2], [4].

AMH (Anti - Mullerian Hormon) là một hormon được sản xuất bởi các tế bào hạt của nang buồng trứng. Xét nghiệm AMH huyết thanh là một chỉ số tốt đánh giá khả năng dự trữ buồng trứng, không thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt và có thể ứng dụng trong chẩn đoán hội

chứng buồng trứng đa nang. Trong nghiên cứu trước, chúng tôi đã công bố giá trị của AMH huyết thanh và một số hormon sinh dục ở phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nghiên cứu với mục tiêu: *Khảo sát giá trị của AMH huyết thanh trong chẩn đoán hội chứng BTĐN.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:**

Địa điểm nghiên cứu tại: Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Thời gian : từ 2/2015 đến 10/2015.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:**2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:**

* Nhóm bệnh nhân hội chứng BTĐN: 70 bệnh nhân đến khám vô sinh hiếm muộn tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội được chẩn đoán là hội chứng BTĐN theo tiêu chuẩn của Rotterdam 2003

* Nhóm chứng : 90 phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt đều, siêu âm không có hình ảnh BTĐN, các xét nghiệm hormon sinh dục, hóa sinh máu, HA, BMI trong giới hạn bình thường.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Các phụ nữ mắc bất kỳ bệnh lý nào: Tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh, các loại u chế tiết androgen, hội chứng Cushing, chứng tăng prolactin huyết thanh...

2.3. Các kỹ thuật thực hiện nghiên cứu:

*Định lượng glucose: *Theo phương pháp hexokinase.*

*Phương pháp định lượng cholesterol toàn phần, Triglycerid: *Theo phương pháp enzym so màu.*

*Phương pháp định lượng LH, FSH, E2, testosterone, prolactin: *Theo phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang.*

*Phương pháp định lượng AMH: *Theo phương pháp miễn dịch enzym (Enzyme-linked immuno-sorbent assay: AMH Gen II ELISA).*

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu thu được xử lý theo phương pháp toán thống kê y học, theo chương trình SPSS 16.0, excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Một số đặc điểm chung ở nhóm bệnh nhân hội chứng BTĐN:**

3.1.1. Tần suất các triệu chứng chẩn đoán hội chứng BTĐN theo tiêu chí của Rotterdam:

Bảng 3.1. Tần suất các triệu chứng chẩn đoán hội chứng BTĐN theo tiêu chí của Rotterdam ở nhóm bệnh nhân hội chứng BTĐ

Triệu chứng	Nhóm hội chứng BTĐN (n=70)	
	n	%
AFC	>12	63 90%
	<12	7 10%

RLKN	Có	64	(91,4%)
	Không	6	(8,6%)
Rậm lông, trứng cá	Có	41	(58,6%)
	Không	29	(41,4%)
Testosteron (nmol/L)	> 2,5	3	4,3%
	< 2,5	67	95,7%

Nhận xét: Rối loạn kinh nguyệt là triệu chứng thường gặp nhất, 64/70 trường hợp chiếm 91,4%. Số lượng nang thứ cấp (AFC) >12 cũng là triệu chứng thường gặp như rối loạn kinh nguyệt, 63/70 trường hợp, chiếm 90%.

3.1.2. Nồng độ một số hormon sinh dục:

Bảng 3.2. Nồng độ LH, FSH, tỷ lệ LH/FSH, testosteron, E2, PRL

Chỉ số	Nhóm	Nhóm chứng (n = 90)	Nhóm hội chứng BTĐN (n = 70)	p
LH (IU/L)	X ± SD	3,87 ± 1,34	10,14 ± 4,51	< 0,01
FSH (IU/L)	X ± SD	5,86 ± 1,18	5,70 ± 1,14	> 0,05
Tỷ lệ LH/FSH		0,68 ± 0,26	1,77 ± 0,73	< 0,01
Testoster (nmol/L)	X ± SD	0,83 ± 0,27	1,51 ± 0,46	< 0,01
E2 (pg/mL)	X ± SD	34,29 ± 12,86	37,80 ± 13,23	> 0,05
PRL (mIU/L)	X ± SD	278,86 ± 71,75	278,00 ± 87,76	> 0,05

3.2. Nồng độ AMH huyết thanh:

3.2.1 Nồng độ AMH huyết thanh được trình bày trong bảng 3.3

Bảng 3.3. Nồng độ AMH huyết thanh của hai nhóm nghiên cứu

Nhóm	n	Nồng độ AMH huyết thanh (ng/mL) X ± SD	p
Nhóm chứng	90	5,19 ± 1,55	< 0,01
Nhóm hội chứng BTĐN	70	12,62 ± 4,61	

Nhận xét: kết quả cho thấy nồng độ trung bình AMH của nhóm bệnh nhân hội chứng BTĐN cao hơn nhóm chứng gấp 2,5 lần, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

3.2.2. Giá trị chẩn đoán hội chứng BTĐN của nồng độ AMH huyết thanh

Bảng 3.5. Giá trị chẩn đoán hội chứng BTĐN của nồng độ AMH huyết thanh

AMH (ng/mL)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Chỉ số J (0 - 1)
1,16	100	0	0
5,05	100	50,0	0,500
5,28	100	56,7	0,567
6,47	97,1	74,4	0,715
6,70	91,4	83,3	0,747
6,85	90,0	88,9	0,789
6,95	88,6	88,9	0,775
7,12	87,1	90,0	0,771
7,21	85,7	91,1	0,768
8,01	78,6	96,7	0,753
9,58	70,0	100	0,700
12,38	50,0	100	0,500
14,51	30,0	100	0,300
15,95	20,0	100	0,200
20,61	10,0	100	0,100
21,04	5,7	100	0,057
22,22	1,4	100	0,014
23,80	0	100	0

Ghi chú: - Chỉ số J = max (độ nhạy + độ đặc hiệu - 100)/100.

- *Xác định điểm cắt (cut off) là điểm có chỉ số J cao nhất.*

Nhận xét: Nồng độ AMH huyết thanh có giá trị tốt để chẩn đoán hội chứng BTĐN với AUC = 0,963; $p < 0,01$. Nồng độ AMH huyết thanh = 6,85 ng/mL là điểm cắt (cut off) với độ nhạy (Se = 90%), độ đặc hiệu (Sp = 88,9%).

IV. BÀN LUẬN

Nồng độ AMH huyết thanh: Nồng độ AMH huyết thanh tương quan trực tiếp với số lượng nang trứng cơ sở, ít thay đổi trong chu kỳ kinh nguyệt, nên có thể sử dụng để đánh giá khả năng sinh sản của buồng trứng tốt hơn so với FSH, LH, E2, inhibin B [6].

Ở BN hội chứng BTĐN, sự gia tăng nồng độ AMH huyết thanh do buồng trứng tăng tích tụ số lượng nang thứ cấp. Trong nghiên cứu này ở nhóm BN hội chứng BTĐN có nồng độ trung bình AMH là $12,62 \pm 4,61$ ng/mL, cao gấp 2,4 lần so với nhóm chứng có nồng độ trung bình AMH là $5,19 \pm 1,55$ ng/mL. Theo báo cáo của La Marca và các cộng sự (2009), đã tổng hợp một số đề tài nghiên cứu về nồng độ AMH huyết thanh của BN hội chứng BTĐN. Kết quả thu được của các đề tài đều có nồng độ AMH của BN hội chứng BTĐN cao hơn khác biệt so với nhóm phụ nữ không có hội chứng BTĐN (nồng độ trung bình cao gấp 2 - 3 lần) [5].

Cơ chế bệnh của hội chứng BTĐN vẫn chưa rõ ràng, nhưng tăng nồng độ AMH sẽ góp phần làm tăng mức độ nghiêm trọng của hội chứng BTĐN.

Sự tương quan giữa AMH với tuổi, AFC và một số hormon sinh dục: Theo Pigny và các cộng sự (2005), khi nghiên cứu trên 73 BN hội chứng BTĐN: Mỗi tương quan thuận giữa AMH và AFC với $r = 0,537$ (nhóm hội chứng BTĐN), mỗi tương quan thuận giữa AMH và testosterone với $r = 0,36$ [7].

Khảo sát giá trị của AMH huyết thanh trong chẩn đoán hội chứng BTĐN: Theo Homburg và các cộng sự (2013), đã nghiên cứu trên 90 phụ nữ khỏe mạnh, 35 phụ nữ có hình ảnh BTĐN trên siêu âm, 90 BN hội chứng BTĐN. Khi đánh giá hiệu lực chẩn đoán hội chứng BTĐN của AMH đã thu được diện tích dưới đường cong ROC (AUC) đạt 0,81. Giá trị ngưỡng của nồng độ AMH huyết thanh là 6,86 ng/mL, có độ nhạy = 60% và độ đặc hiệu = 98,2%. Khi kết hợp nồng độ AMH > 6,86 ng/mL và LH > 6 IU / l thì hiệu lực chẩn đoán hội chứng BTĐN có diện tích dưới đường cong ROC (AUC) đạt 0,826 [6].

Theo Budi Wiweko và cộng sự (2014), khi nghiên cứu trên 71 BN hội chứng BTĐN và 71 BN

nhóm chứng, đánh giá hiệu lực chẩn đoán hội chứng BTĐN của AMH đã thu được diện tích dưới đường cong ROC (AUC) đạt 0,87 (khoảng tin cậy 0,81 - 0,92). Giá trị ngưỡng của nồng độ AMH huyết thanh là 4,45 ng/mL, có độ nhạy = 76,1% và độ đặc hiệu = 74,6%. Theo báo cáo của Malpani - Malpani (2015), nếu BN có nồng độ AMH huyết thanh > 10ng/mL thì 97% là hội chứng BTĐN. Theo Tal R và cộng sự (2014), khi nghiên cứu 134 BN hội chứng BTĐN còn cho thấy nồng độ AMH có khả năng tiên đoán mạnh mẽ cho sự biểu hiện của vô kinh (diện tích dưới đường cong AUC= 0,87) [9].

Độ nhạy ở các điểm cắt (cut off) nồng độ AMH huyết thanh trong chẩn đoán hội chứng BTĐN của các nghiên cứu trên rất khác nhau và khá thấp từ 60% đến 92%: Homburg (60%), Dewailly (92%), P. Pigny (67%), Budi Wiweko (76,1%) và của chúng tôi (90%). Độ nhạy 60% là thấp nhất trong các nghiên cứu trên, nghĩa là ở phép đo này có tới 40 % BN hội chứng BTĐN không được chẩn đoán, bị bỏ sót (tỷ lệ âm tính giả 40% là quá cao).

Chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu trong nước nào đưa ra khoảng tham chiếu, độ nhạy, độ đặc hiệu của nồng độ AMH huyết thanh trong chẩn đoán hội chứng BTĐN.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu trên 70 BN nhóm hội chứng BTĐN và 90 BN nhóm chứng, chúng tôi đưa ra kết luận sau:

Nồng độ AMH huyết thanh có giá trị tốt để chẩn đoán hội chứng BTĐN với AUC = 0,963; $p < 0,01$.

Nồng độ AMH huyết thanh = 6,85 ng/mL là điểm cắt (cut off) với độ nhạy (Se = 90%), độ đặc hiệu (Sp = 88,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Azziz R, Carmina E, Dewailly D,** amanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, Futterweit W, Janssen OE, Legro RS, Norman RJ, Taylor AE et al (2006), Positions statement: criteria for defining polycystic ovary syndrome as a predominantly

- hyperandrogenic syndrome: an Androgen Excess Society guideline, *J Clin Endocrinol Metab*, Vol 91:4237-4245.
- Fanchin R¹, Schonäure LM, Righini C, Guibourdenche J, Frydman R, Taieb J (2003)**, Serum Anti-Müllerian hormone is more strongly related to ovarian follicular status than serum inhibin B, estradiol, FSH and LH on day 3, *Human Reproduction*, Vol 18(2): 323-327.
 - Fauser BC, Tarlatzis BC, Rebar RW, Legro RS, Balen AH, Lobo R, Carmina E, Chang J, Yildiz BO, Laven JS et al (2012)**, Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group, *Fertil Steril* Vol 97: 28-38.
 - Hoeger KM (2006)**, Role of lifestyle modification in the management of polycystic ovary syndrome, *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, Vol 20: 293-310.
 - La Marca, FJ Broekmans, A Volpe, BC Fauser and NS Macklon (2009)**, Anti-Müllerian hormone (AMH): what do we still need to know, *Human Reproduction*, Vol 24(9): 2264-2275.
 - La Marca, S Giulini, A Tirelli, E Bertucci, T Marsella, S Xella and A Volpe (2006)**, Anti-Müllerian hormone measurement on any day of the menstrual cycle strongly predicts ovarian response in assisted reproductive technology, *Hum Reprod*, Vol 29(11): 2530-2535.
 - Pigny P, Jonard S, Robert Y, Dewailly D (2005)**, Serum Anti-Müllerian hormone as a surrogate for antral follicle count for definition of the polycystic ovary syndrome, *J Clin Endocrinol Metab*, Vol 91(3): 941-945.

GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT TIM HỞ BẰNG MORPHIN KHOANG DƯỚI NHỆN: NGHIÊN CỨU 226 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Văn Minh*

TÓM TẮT²⁴

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng giảm đau sau phẫu thuật và tác dụng không mong muốn của morphin khoang dưới nhện trên bệnh nhân phẫu thuật tim hở. **Phương pháp:** Trong một nghiên cứu mô tả tiến cứu, bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật tim hở để điều trị các bệnh lý van tim, thông liên nhĩ, thông liên thất, có tiêu chuẩn dự kiến rút nội khí quản sớm được sử dụng 0,3 mg morphin đường khoang dưới nhện, gây mê hồi sức như thường qui. Sau phẫu thuật đánh giá điểm đau lúc nghỉ, lúc vận động, lượng morphin sử dụng qua bơm tiêm điện do bệnh nhân tự kiểm soát, thời gian rút nội khí quản và tác dụng không mong muốn trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật. **Kết quả:** Trong thời gian từ tháng 3/2011 đến tháng 3/2013 có 226 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu. Điểm đau sau phẫu thuật tại thời điểm 6 giờ, 12 giờ và 24 giờ lúc nghỉ dưới 3, lúc vận động dưới 5, lượng morphin tiêu thụ giờ thứ 12 là $5,2 \pm 3,7$ mg, giờ thứ 24 là $9,8 \pm 4,4$ mg, thời gian rút nội khí quản $6,2 \pm 2,1$ giờ. Tỷ lệ buồn nôn 21%, nôn 16%, ngứa 10%, không có trường hợp nào bị khối máu tụ tại điểm chọc hoặc bị ức chế hô hấp. **Kết luận:** Morphine khoang dưới nhện có tác dụng giảm đau sau phẫu thuật hiệu quả trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật với ít tác dụng không mong

muốn, có thể là thành phần chính trong giảm đau đa mô thức cho bệnh nhân phẫu thuật tim hở.

Từ khóa: Giảm đau sau phẫu thuật, phẫu thuật tim hở, morphin khoang dưới nhện

SUMMARY

PAIN RELIEF OF INTRATHECAL MORPHINE AFTER OPEN HEART SURGERY: A STUDY OF 226 CASES

Objective: To evaluate postoperative analgesic efficacy and side effects of intrathecal morphine in patients undergoing open heart surgery. **Methods:** In a prospective descriptive study, patients indicated for open-heart surgery to treat atrial, ventricular septal defects or valvular diseases with prediction of early extubation received 0.3 mg intrathecal morphine, anesthetic protocol as routine. Postoperative pain score at rest and during movement, morphine consumption via patient-controlled pump, extubation time and undesirable effects in the first 24 hours after surgery. **Results:** From March 2011 to March 2013, 226 patients were recruited into the study. Postoperative pain score at 6 hours, 12 hours and 24 hours at rest were less than 3, the amount of morphine consumption was 5.2 ± 3.7 mg at 12th hour and 9.8 ± 4.4 mg at 24th hour, extubation time was 6.2 ± 2.1 hours. The rate of nausea was 21%, vomiting 16%, pruritus 10%. No patient had respiratory depression or epidural hematoma. **Conclusion:** Intrathecal morphine provided effective postoperative analgesia with less adverse effects in the first 24 hours, may be the main component in multimodal pain relief for cardiac surgical patients.

*Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Minh

Email: nguyenvanminhdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Key words: Postoperative pain relief, open heart surgery, intrathecal morphine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau phẫu thuật là một vấn đề được đặc biệt chú trọng trong thời gian gần đây, là một trong những quan tâm hàng đầu của bệnh nhân khi phải trải qua phẫu thuật. Được điều trị đau sau phẫu thuật là quyền lợi của bệnh nhân, được xem như một quyền con người theo tuyên bố Montreal năm 2011. Mặc dầu được quan tâm và chú ý như vậy, nhưng các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ bệnh nhân chịu đau sau phẫu thuật vẫn còn cao, ở mức 53 - 80% [20]. Đau sau phẫu thuật không được điều trị hiệu quả không chỉ gây các tác hại trên hệ tim mạch, hô hấp, miễn dịch và đông máu mà còn làm chậm hồi phục sức khỏe, dẫn đến đau mạn tính, làm giảm chất lượng cuộc sống.

Phẫu thuật tim là một trong những loại phẫu thuật gây đau nhiều, thường phải dùng opioid sau phẫu thuật. Tuy nhiên, dùng liều cao opioid tĩnh mạch kèm theo các tác dụng không mong muốn của nó. Phương pháp giảm đau ngoài màng cứng (NMC) có hiệu quả giảm đau tốt trong phẫu thuật tim nhưng có những hạn chế là phải đặt catheter NMC hôm trước phẫu thuật để cách xa thời gian dùng heparin trong mổ, chọc vị trí cao và kim to, kỹ thuật khó, nguy cơ tụ máu NMC chèn ép tủy sống do dùng heparin trong phẫu thuật và cần đưa tình trạng đông máu về gần bình thường trước khi rút catheter sau phẫu thuật.

Dùng morphin khoang dưới nhện (KDN) vùng thắt lưng bằng kim nhỏ, ở vị trí thấp, dễ thực hiện, tiêm một lần ngay trước phẫu thuật cho tác dụng giảm đau kéo dài, nguy cơ tụ khoang máu ngoài màng cứng thấp hơn. Các nghiên cứu cho thấy morphin KDN có tác dụng trấn, dùng liều trên 0,3 mg làm tăng tác dụng không mong muốn nhưng không tăng tác dụng giảm đau [5]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là đánh giá tác dụng giảm đau sau phẫu thuật và tác dụng không mong muốn của morphin khoang dưới nhện trên bệnh nhân phẫu thuật tim hở.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân người lớn được phẫu thuật tim hở theo kế hoạch tại Trung tâm tim mạch Huế từ tháng 3 năm 2011 đến tháng 3 năm 2013 để sửa/thay van tim hoặc đóng các lỗ thông liên nhĩ, thông liên thất với

đường mổ có cửa xương ức, có ASA II-III, NYHA II-III, hợp tác nghiên cứu, không có chống chỉ định của sử dụng morphin và gây tê tủy sống.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có các rối loạn đông máu trước mổ, dùng thuốc chống đông, phân suất tống máu thất trái (EF: Ejection Fraction) dưới 50%, áp lực động mạch phổi trên 70mmHg, bệnh phổi mạn tính, suy gan, suy thận, khó giao tiếp, tai biến về gây mê, phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế: Nghiên cứu mô tả tiến cứu

2.2.2. Tiến hành: Bệnh nhân được chuẩn bị như thường qui, được giải thích cách sử dụng máy PCA và cách đánh giá điểm đau nhìn hình đồng dạng bằng thước VAS (Visual Analog Scale).

Bệnh nhân được chọc tủy sống ở tư thế nằm nghiêng, khe liên đốt L₂ - L₃, và tiêm vào khoang dưới nhện 0,3 mg morphin không chất bảo quản (Ophipine®) của hãng Hameln, Đức trong 3ml dung dịch nước muối sinh lý. Gây mê hồi sức như thường qui.

Sau phẫu thuật bệnh nhân được thở máy tiếp tục tại phòng Hồi sức tim, rút nội khí quản khi đủ tiêu chuẩn.

Tại phòng Hồi sức tim bệnh nhân dùng morphin qua bơm tiêm điện do bệnh nhân tự kiểm soát (Patient-controlled analgesia - PCA). Hoà 2 ống morphin 10mg/ml với dung dịch nước muối sinh lý trong bơm tiêm 20 ml (1mg/ml). Mỗi lần bấm, máy PCA bơm 1 ml morphin (01mg), thời gian khóa 7 phút, liều tối đa 20 mg/4 giờ, tốc độ cơ bản (basal rate) 0ml/giờ.

Tiêu chí đánh giá: Đánh giá điểm đau lúc nghỉ và lúc vận động tại các thời điểm 6, 12, 18, 24 giờ, thời gian thở máy, thời gian rút nội khí quản (NKQ), lượng morphin bệnh nhân dùng qua máy PCA. Tác dụng không mong muốn gồm ức chế hô hấp, buồn nôn, nôn, ngứa, khối máu tụ khoang ngoài màng cứng, khoang dưới nhện.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 15.0 for Windows.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 3 năm 2011 đến tháng 3 năm 2013 tại khoa Gây mê hồi sức tim mạch, Trung tâm tim mạch Bệnh viện Trung ương Huế, 226 bệnh nhân phẫu thuật tim hở được chọn vào nghiên cứu tác dụng giảm đau sau phẫu thuật của morphin khoang dưới nhện, 208 bệnh nhân hoàn thành nghiên cứu. Cần phẫu thuật lại 6 trường hợp, cung lượng tim thấp cần hỗ trợ huyết động 5 trường hợp, máy PCA hoạt động không tốt 7

trường hợp. Sau khi xử lý số liệu thu được kết quả sau:

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu, đặc điểm gây mê và phẫu thuật

Bảng 1. Đặc điểm chung

Thông số	Giá trị (n = 208)
Tuổi (năm)	35,4 ± 12,7
Chiều cao (cm)	158,3 ± 8,2
Cân nặng (kg)	51,67 ± 8,35
NYHA II/III n (%)	164/44 (79,8/21,2%)
EF (%)	55,6 ± 7,8
Áp lực động mạch phổi (mmHg)	45,7 ± 12,4

Bệnh nhân tuổi trung niên, phân suất tổng máu giảm nhẹ, tăng áp lực phổi mức độ nặng.

3.1.2. Loại phẫu thuật

Bảng 2. Loại phẫu thuật

Thông số	n (%)
Sửa, thay van hai lá	88 (42,3)
Thay van hai lá, sửa van ba lá	34 (16,3)
Thay van động mạch chủ	29 (13,9)
Thay van hai lá và van động mạch chủ	25 (12,0)
Đóng lỗ thông liên nhĩ, liên thất	32 (15,4)

Các phẫu thuật chủ yếu là can thiệp trên van tim, đóng lỗ thông nhĩ thất chiếm phần nhỏ.

3.1.3. Đặc điểm phẫu thuật, gây mê

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật, gây mê

Thông số	Giá trị (n = 208)
Thời gian phẫu thuật (phút)	205,5 ± 38,4
Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể (phút)	98,2 ± 28,5
Thời gian kẹp động mạch chủ (phút)	68,3 ± 24,5
Thời gian gây mê (phút)	245,5 ± 46,9
Etomidat (mg)	16,5 ± 1,8
Propofol (mg)	364,9 ± 95,7
Vecuronium (mg)	13,1 ± 2,6
Sufentanil (µg)	85,9 ± 17,5

3.2. Tác dụng giảm đau sau phẫu thuật

3.2.1. Điểm đau tại các thời điểm

Bảng 4. Điểm đau tại các thời điểm

Điểm đau VAS	6 giờ	12 giờ	18 giờ	24 giờ
Lúc nghỉ	2,9 ± 1,8	2,8 ± 1,7	2,5 ± 1,4	2,4 ± 1,3
Lúc vận động	4,9 ± 2,6	4,6 ± 2,3	4,8 ± 2,1	4,0 ± 1,8

Điểm đau VAS lúc nghỉ tại các thời điểm dưới 3 và lúc vận động dưới 5.

3.2.2. Lượng morphin tiêu thụ tại các thời điểm sau phẫu thuật

Bảng 5. Lượng morphin tiêu thụ sau phẫu thuật

Thời điểm	6 giờ	12 giờ	18 giờ	24 giờ
Lượng morphin (mg)	4,5 ± 2,6	5,2 ± 3,7	7,1 ± 2,6	9,8 ± 4,4

Lượng morphin dùng sau phẫu thuật qua máy PCA thấp.

3.3. Tác dụng không mong muốn: Tỷ lệ buồn nôn 21%, nôn 16%, ngứa 10%. Thời gian thở máy trung bình 4,6 ± 1,8 giờ. Thời gian rút nội khí quản 6,2 ± 2,1 giờ. Không có bệnh nhân nào suy hô hấp cần đặt lại nội khí quản, không có bệnh nhân nào bị máu tụ ngoài màng cứng, dưới màng cứng.

3.1.1. Đặc điểm chung

- **Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu như bảng 1.**

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tác dụng giảm đau và thời gian rút nội khí quản

Nghiên cứu cho thấy morphin khoang dưới nhện cho tác dụng giảm đau hiệu quả sau phẫu thuật vừa thể hiện ở giảm điểm đau lúc nghỉ dưới 3, lúc vận động dưới 5 tại các thời điểm trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật đồng thời giảm

lượng morphin sử dụng qua máy PCA ($5,2 \pm 3,7$ mg tại thời điểm 12 giờ và $9,8 \pm 4,4$ mg tại thời điểm 24 giờ). Thời gian rút nội khí quản $6,2 \pm 2,1$ giờ nằm trong khoảng thời gian rút nội khí quản sớm.

Gây mê hồi sức cho phẫu thuật tim hở đã có nhiều thay đổi kể từ khi phương pháp phẫu thuật tim cho bệnh nhân xuất viện sớm (Fast-track cardiac surgery) ra đời. Nội dung chính của phương pháp này là rút nội khí quản sớm, rút NKQ trong vòng 8 giờ sau khi chuyển bệnh nhân về phòng hồi sức và giảm đau hiệu quả sau phẫu thuật. Hiện nay, đây là xu hướng được áp dụng ở các trung tâm phẫu thuật tim mạch. Việc giảm liều và sử dụng các thuốc mê tĩnh mạch tác dụng ngắn hoặc sử dụng thuốc mê nhóm halogen, sử dụng các opioid tác dụng ngắn và hạn chế tổng liều opioid trong phẫu thuật là những điểm chính trong phương pháp gây mê rút NKQ sớm.

Để đáp ứng nhu cầu giảm đau hiệu quả sau phẫu thuật và rút NKQ sớm, các tác giả tiếp tục nghiên cứu ứng dụng điểm độc đáo về "tác dụng chọn lọc" của opioid khoang dưới nhện, đó là không ức chế vận động và giao cảm, nhưng cần xác định liều không ảnh hưởng tới thời gian rút NKQ. Hiện nay các tác giả lựa chọn liều 7 mcg/kg. Liều cao làm chậm rút NKQ, liều thấp dưới 5 mcg/kg không có tác dụng giảm đau [6]. Chúng tôi chọn liều 0,3 mg để cho việc pha thuốc trên lâm sàng và cũng phù hợp với đề xuất của Gehling trong một nghiên cứu tổng hợp gộp là không dùng liều quá 0,3 mg morphin KDN để hạn chế các tác dụng không mong muốn [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Phú Vân [1] dùng morphin liều 7 mcg/kg kết hợp với fentanyl 1,5 mcg/kg trước khởi mê, liều morphin trung bình $0,355 \pm 0,064$ mg. Tác giả thấy tác dụng giảm đau tốt với mức độ giảm đau ổn định, thời gian giảm đau kéo dài 47,2 giờ và lượng morphin tĩnh mạch sử dụng trong 24 giờ đầu và trong 24 giờ tiếp theo ít hơn nhóm chứng. Rút NKQ sớm trong vòng 8 giờ, không có tác dụng không mong muốn nặng đáng kể.

Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu ở nước ngoài thời gian gần đây. Dos Santos [40] đánh giá tác dụng giảm đau của morphin KDN 0,4mg lên chức năng phổi thấy mặc dù nhóm dùng morphin KDN có tác dụng giảm đau tốt hơn thể hiện ở điểm đau VAS lúc nghỉ, lúc hít vào sâu trong 36 giờ đầu, lượng morphin tĩnh mạch thấp

hơn nhóm chứng, nhưng dung tích sống gắng sức (FVC), thể tích thở ra gắng sức ở giây đầu tiên (FEV1), tỷ số FEV1/FVC và tỷ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ của hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tương tự, Yapici và cộng sự [7] đánh giá tác dụng giảm đau của morphin KDN ở bệnh nhân phẫu thuật bắc cầu mạch vành. Bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm, nhóm morphin KDN nhận 7 mcg/kg trước lúc khởi mê và nhóm chứng. Cả hai nhóm đều được sử dụng remifentanyl trong gây mê. Kết quả thấy nhóm morphin KDN có lượng pethidin tiêu thụ sau phẫu thuật thấp hơn, điểm đau VAS thấp hơn nhóm chứng tại các thời điểm ngay sau rút NKQ, 2, 4, 6, 18 giờ sau phẫu thuật, thời gian rút NKQ, thời gian nằm hồi sức ở nhóm morphin KDN ngắn hơn so với nhóm chứng ($p < 0,05$).

Với liều morphin thấp qua máy PCA như trong nghiên cứu, trên lâm sàng có thể thay thế bằng paracetamol hoặc thuốc kháng viêm không steroid và được ứng dụng trong phương pháp giảm đau đa mô thức. Hay nói cách khác morphin khoang dưới nhện có thể là thành phần chính trong phương pháp giảm đau đa mô thức.

4.2. Tác dụng không mong muốn

Ức chế hô hấp là tác dụng không mong muốn nguy hiểm và đáng sợ nhất của dùng morphin khoang dưới nhện. Ức chế hô hấp xảy ra muộn từ giờ thứ 6 đến giờ thứ 18 sau khi tiêm. Cơ chế có thể là do thuốc lan lên ức chế trung tâm hô hấp ở hành tủy làm mất sự nhạy cảm của trung tâm hô hấp với sự tăng khí CO_2 . Sự ức chế này phụ thuộc vào liều sử dụng. Sau phẫu thuật bệnh nhân được theo dõi tại phòng hồi sức sau phẫu thuật tim với đầy đủ phương tiện và bởi nhân viên được đào tạo và huấn luyện kỹ. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào có tần số thở dưới 12 lần/phút hoặc độ bão hòa oxy máu ngoại vi (SpO_2) dưới 94%. Tuy nhiên, đây là biến chứng nguy hiểm nên cần lưu ý theo dõi sát để phát hiện.

Trong phẫu thuật tim hở có dùng heparin 3mg/kg trước khi chạy tuần hoàn ngoài cơ thể. Việc dùng heparin này có thể có nguy cơ gây khối máu tụ ở khoang ngoài màng cứng hay khoang dưới nhện. Tuy nhiên, đây là biến chứng hiếm gặp khi tôn trọng các chống chỉ định của gây tê tủy sống, loại bỏ các nguy cơ gây chảy máu, thời gian từ lúc chọc kim đến lúc dùng heparin từ 60 phút trở lên. Chúng tôi dùng kim

27G, đa số các trường hợp thành công ở lần chọc kim đầu tiên, không chảy máu lúc chọc kim, các bệnh nhân có tình trạng đông máu bình thường lúc chọc kim, thời gian từ lúc chọc kim tủy sống đến khi dùng heparin trên 60 phút, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng này.

Tỷ lệ buồn nôn và nôn của opioid KDN và khoảng NMC khoảng 30%, tương đương khi dùng opioid đường tĩnh mạch.

Ngứa là tác dụng không mong muốn thường gặp nhất. Ngứa có thể xuất hiện toàn thân hoặc khu trú ở mặt, cổ hoặc phần trên của ngực. Ngứa nặng cần dùng naloxon để điều trị rất hiếm, xảy ra khoảng 1% [3]. Ngứa thường xảy ra 1 - 3 giờ sau khi dùng opioid KDN và xuất hiện trước khi có tác dụng giảm đau. Tỷ lệ ngứa trong nghiên cứu này thấp (10%), có thể do bệnh nhân được dùng an thần trước cho bệnh nhân bằng hydroxyzin vào tối hôm trước và trước khi lên phòng mổ 1 giờ. Hydroxyzin một thuốc kháng histamin, có tác dụng an thần.

Tỷ lệ bí tiểu khi dùng opioid KDN thay đổi từ 0 đến 80% và xảy ra ở nam nhiều hơn ở nữ giới. Tỷ lệ này không liên quan đến liều sử dụng. Trong ngày đầu bệnh nhân còn lưu xông tiểu nên không đánh giá được tác dụng này.

Hạn chế của nghiên cứu này là không đánh giá thời gian nằm hồi sức, các biến chứng tim phổi khác, các thay đổi về chức năng hô hấp.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu giảm đau trên 226 trường hợp phẫu thuật tim hở thấy, morphin khoảng dưới nhện dùng trước phẫu thuật có tác dụng giảm đau hiệu quả thể hiện ở giảm điểm đau lúc nghỉ và lúc vận động tại các thời điểm, giảm

lượng morphin sử dụng qua máy PCA, tác dụng không mong muốn thấp. Morphine khoảng dưới nhện có thể là thành phần chính trong giảm đau đa mô thức ở bệnh nhân phẫu thuật tim hở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phú Vân (2004), "Nghiên cứu giảm đau sau mổ tim mở bằng phương pháp tiêm hỗn hợp morphin - fentanyl vào tủy sống", *Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú bệnh viện*, Đại học Y Hà Nội.
2. Apfelbaum J.L., Chen C., Mehta S.S., Gan T.J. (2003), "Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged", *Anesth Analg*, 97, pp. 534-40.
3. Chaney M. A. (2006), "Intrathecal and epidural anesthesia and analgesia for cardiac surgery", *Anesth Analg*, 102, pp. 45-64.
4. Dos Santos L.M., Santos V.C.J., Malbouisson L.M.S., Carmona M.J.C. (2009), "Intrathecal morphine plus general anesthesia in cardiac surgery: Effects on pulmonary function, postoperative analgesia, and plasma morphine concentration", *Clinics*, 64(4), pp. 297-85.
5. Gehling, M., Tryba, M. (2009), "Risks and side - effects of intrathecal morphine combined with spinal anaesthesia: A meta - analysis", *Anaesthesia*, 64(6), pp. 643-651.
6. Parlow J.L., Steele R.G., O'Reilly D. (2005), "Low dose intrathecal morphine facilitates early extubation after cardiac surgery: Results of retrospective continuous quality improvement audit", *Canadian Journal of Anesthesia*, 52(1), pp. 94-9.
7. Yapici D., Altunkan Z., Atici S., Bilgin E., Doruk N., Cinel I., Dikmengil M., Oral U. (2008), "Postoperative effects of low - dose intrathecal morphine in coronary artery bypass surgery", *J Card Surg*, 23, pp. 140-5.

TÌNH TRẠNG NHA CHU CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Hồ Sỹ Minh Đức*, Nguyễn Văn Minh*

TÓM TẮT²⁵

* Khoa Răng Hàm Mặt - Trường Đại Học Y Dược Huế
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Minh
 Email: minhnguyenrhmhue@yahoo.com.vn
 Ngày nhận bài:
 Ngày phản biện khoa học:
 Ngày duyệt bài:

Đặt vấn đề: Bệnh đái tháo đường – đặc biệt là đái tháo đường típ 2, đã trở thành một trong những bệnh không lây phổ biến nhất trên toàn cầu. Đái tháo đường đã được xác định là một nguy cơ quan trọng đối với bệnh nha chu, gây ra sự phá hủy mô liên kết xung quanh răng. **Mục tiêu:** Xác định tình trạng nha chu (bao gồm chỉ số mảng bám PII, chỉ số nướu GI, độ sâu túi nha chu PPD, độ mất bám dính lâm sàng CAL, tỷ lệ và mức độ viêm nha chu) của bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Xác định mối liên quan giữa tình trạng nha

chu với thời gian mắc bệnh và nồng độ HbA1c của bệnh nhân ĐTĐ típ 2. **Phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng phiếu phỏng vấn để ghi nhận thời gian mắc bệnh, nồng độ HbA1c của bệnh nhân đồng thời khám trực tiếp trong miệng để đánh tình trạng nha chu trên 94 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 11/2015 đến tháng 3/2016. **Kết quả:** Kết quả trung bình các chỉ số nha chu PII $1,90 \pm 0,62$, GI $1,42 \pm 0,43$, PPD $3,21 \pm 1,40$ mm, CAL $3,38 \pm 1,18$ mm. Tỷ lệ viêm nha chu của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 là 68,1%. Tình trạng nha chu có mối liên quan với thời gian mắc bệnh đái tháo đường ($p < 0,05$). Chưa phát hiện mối liên quan giữa nồng độ HbA1c và tình trạng nha chu ($p > 0,05$). **Kết luận:** Thời gian mắc bệnh đái tháo đường càng dài càng góp phần làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh nha chu.

Từ khóa: Viêm nha chu, đái tháo đường típ 2, HbA1c

SUMMARY

PERIODONTAL STATUS OF TYPE 2 DIABETIC PATIENTS AT HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Background: Diabetes mellitus - particularly type 2 diabetes mellitus, is now arising as one of the most common non-communicable diseases in the world. It has been confirmed as a major risk factor for periodontal disease which causes the destruction of connective tissues surrounding the teeth. **Objective:** This study aims to identify the periodontal status (including Plaque Index (PII), Gingiva Index (GI), Periodontal Pocket Depth (PPD), Clinical Attachment Loss (CAL), prevalence and severity of periodontal disease) of type 2 diabetic patients. The second objective is to verify the relationship between periodontal status and duration of diabetes and glycosylated hemoglobin (HbA1c) level in type 2 diabetic patients. **Methods:** Using questionnaires, data on duration of diabetes and glycosylated hemoglobin (HbA1c) level was collected from 94 type 2 diabetic patients at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. Patients then get an oral examination to have their periodontal health evaluated. The study was conducted from November 2015 to March 2016. **Results:** The average periodontal indices of type 2 diabetic patients are PII $1,90 \pm 0,62$, GI $1,42 \pm 0,43$, PPD $3,21 \pm 1,4$ mm, CAL $3,38 \pm 1,18$ mm. The periodontitis prevalence of type 2 diabetic patients is 68.1%. Their periodontal status is also significantly correlated with the duration of diabetes ($p < 0,05$). Glycosylated hemoglobin (HbA1c) level does not show any relationship with periodontal status ($p > 0,05$). **Conclusions:** The longer diabetes develops, the worse the periodontal status of type 2 diabetic patients becomes.

Key words: Periodontitis, type 2 diabetes mellitus, glycosylated hemoglobin (HbA1c)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, đái tháo đường (ĐTĐ) đã trở thành một căn bệnh mạn tính không lây có tốc độ phát triển rất nhanh. Số liệu thống kê vào năm 2000 cho thấy đã có 171 triệu người trên thế giới mắc bệnh và con số này dự kiến sẽ tăng lên 366 triệu vào năm 2030.

Theo thống kê của Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ, ĐTĐ típ 2 chiếm khoảng 85% - 95% tổng số người mắc bệnh ĐTĐ [5]. Ở nước ta, từ năm 2005 đến 2015, số bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ tăng 211%. Với tỷ lệ như vậy, Việt Nam nằm trong số các quốc gia có tốc độ gia tăng bệnh nhân ĐTĐ cao nhất thế giới [1].

ĐTĐ ảnh hưởng đến nhiều cơ quan khác nhau, trong đó có biến chứng ở mô nha chu. Nó góp phần làm trầm trọng thêm bệnh lý nha chu - kết quả của một quá trình viêm mạn tính - gây ra sự phá hủy các mô liên kết xung quanh răng và dẫn đến tình trạng mất răng. Bệnh nha chu bao gồm viêm nướu và viêm nha chu (VNC), trong đó VNC nguy hiểm hơn vì việc điều trị không giúp phục hồi bệnh hoàn toàn như trước. Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ĐTĐ có nguy cơ mắc bệnh nha chu cao gấp 3 lần so với người bình thường [7].

Ở Việt Nam nói chung và thành phố Huế nói riêng, các nghiên cứu đa phần tập trung tìm hiểu tỷ lệ VNC theo các mức độ kiểm soát đường huyết, trong khi mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh, nồng độ HbA1c với tình trạng nha chu của bệnh nhân vẫn chưa được khảo sát kĩ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu "Tình trạng nha chu của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế" với hai mục tiêu sau:

- Xác định tình trạng nha chu (bao gồm chỉ số mảng bám PII, chỉ số nướu GI, độ sâu túi nha chu PPD, độ mất bám dính lâm sàng CAL, tỷ lệ và mức độ viêm nha chu) của bệnh nhân ĐTĐ típ 2.

- Xác định mối liên quan giữa tình trạng nha chu với thời gian mắc bệnh và nồng độ HbA1c của bệnh nhân ĐTĐ típ 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.2. Mẫu nghiên cứu: 94 bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 đến khám và điều trị tại Khoa Khám bệnh và Khoa Nội tổng hợp - Nội tiết, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 11 năm 2015 đến tháng 3 năm 2016.

2.3. Tiêu chí chọn mẫu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh ĐĐT típ 2 tối thiểu trong 1 năm.
- Còn ít nhất 10 răng trên 2 hàm.
- Chưa điều trị nha chu trong vòng 6 tháng tính đến thời điểm nghiên cứu.
- Không có bệnh lý toàn thân khác ảnh hưởng đến tình trạng nha chu (tim mạch, mang thai...).
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Quy trình nghiên cứu:

2.4.1. Cách thức thu thập số liệu: Dùng phiếu phỏng vấn để thu thập thông tin cá nhân, bệnh sử, thời gian mắc bệnh, chỉ số HbA1c và tình trạng nha chu của bệnh nhân. Việc khám nha chu được thực hiện ở tất cả các răng, với 6 vị trí ở mỗi răng: ngoài gần, ngoài giữa, ngoài xa, trong gần, trong giữa, trong xa. Các chỉ số nha chu được ghi nhận gồm: chỉ số nướu (GI), chỉ số mảng bám (PII), độ sâu túi nha chu (PPD) và độ mất bám dính lâm sàng (CAL).

2.4.2. Tiêu chuẩn đánh giá VNC: Chẩn đoán VNC theo Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa

bệnh Hoa Kỳ (CDC) và Viện Nha chu học Hoa Kỳ (AAP) [6].

- VNC trung bình: có ít nhất 2 vị trí tiếp cận (không cùng 1 răng) có CAL > 4 mm hoặc có ít nhất 2 vị trí tiếp cận (không cùng 1 răng) có PPD > 5mm.

- VNC nặng: có ít nhất 2 vị trí tiếp cận (không cùng 1 răng) có CAL ≥ 6 mm và có ít nhất 1 vị trí có PPD ≥ 5mm.

III. KẾT QUẢ

Mẫu nghiên cứu gồm 94 bệnh nhân ĐĐT típ 2, trong đó có 36 nam (38,3%), 58 nữ (61,7%). Tuổi trung bình là 62,67 ± 10,03, thấp nhất là 39 tuổi và cao nhất là 88 tuổi. Thời gian trung bình phát hiện bệnh ĐĐT típ 2 là 5,0 ± 3,7 năm. Trong đó, 52 bệnh nhân phát hiện bệnh ĐĐT dưới 5 năm, chiếm tỷ lệ cao nhất (55,4%), 32 bệnh nhân từ 5 đến 10 năm (34%) và 10 bệnh nhân trên 10 năm (10,6%). Nồng độ HbA1c trung bình là 8,20 ± 1,34%. Tỷ lệ viêm nha chu trên các bệnh nhân ĐĐT típ 2 là 68,1% (Bảng 2).

Bảng 1: Các chỉ số nha chu của bệnh nhân

Chỉ số	Giá trị (trung bình ± độ lệch chuẩn)
PII	1,90 ± 0,62
GI	1,42 ± 0,43
PPD (mm)	3,21 ± 1,40
CAL (mm)	3,38 ± 1,18

Bảng 2: Mức độ viêm nha chu trên bệnh nhân ĐĐT típ 2

Mức độ		Số ca (%)
Không VNC		30 (31,9)
VNC	VNC trung bình	14 (23,4)
	VNC nặng	38 (44,7)
	Tổng cộng	64 (68,1)

Bảng 3: Mức độ VNC theo thời gian mắc bệnh ĐĐT típ 2

Mức độ VNC	Thời gian mắc bệnh ĐĐT típ 2			p
	Dưới 5 năm Số bệnh nhân (%)	Từ 5-10 năm Số bệnh nhân (%)	Trên 10 năm Số bệnh nhân (%)	
Không VNC	22 (42,31)	8 (25,00)	0 (0)	p>0,05*
VNC trung bình	16 (30,80)	4 (12,50)	2 (20,00)	
VNC nặng	14 (26,90)	20 (62,50)	8 (80,00)	
Tổng	52 (100)	32 (100)	10 (100)	

*Kiểm định χ^2

Tỷ lệ VNC nặng ở nhóm bệnh nhân mắc ĐĐT típ 2 trên 10 năm là cao nhất (80%), tiếp đến là nhóm mắc bệnh từ 5-10 năm (62,5%) và thấp nhất ở nhóm dưới 5 năm (26,9%). Tỷ lệ không VNC ở nhóm trên 10 năm là thấp nhất (0%) và nhóm dưới 5 năm là cao nhất (42,31%). Sự khác biệt về mức độ VNC giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê (p<0,05) (Bảng 3).

Bảng 3: Nồng độ HbA1c và mức độ VNC

Mức độ VNC	HbA1c (trung bình ± độ lệch chuẩn)	p
Không VNC	8,13 ± 1,08	p>0,05*
VNC trung bình	7,89 ± 0,93	
VNC nặng	8,41 ± 1,65	

* Kiểm định Kruskal – Wallis

Nồng độ HbA1c trung bình ở nhóm VNC nặng là cao nhất ($8,41 \pm 1,65\%$), tiếp theo là nhóm không VNC ($8,13 \pm 1,08\%$) và thấp nhất ở nhóm VNC trung bình ($7,89 \pm 0,93\%$). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Bảng 3).

Bảng 4: Tương quan giữa thời gian mắc bệnh ĐĐT, nồng độ HbA1c với tình trạng nha chu

Tình trạng nha chu	Thời gian mắc bệnh ĐĐT		Nồng độ HbA1c	
	Hệ số tương quan	p*	Hệ số tương quan	p*
PII	0,286	<0,05	- 0,018	>0,05
GI	0,367	<0,05	0,050	>0,05
PPD	0,422	<0,05	0,095	>0,05
CAL	0,304	<0,05	- 0,062	>0,05
Mức độ VNC	0,292	<0,05	0,062	>0,05

*Tương quan Spearman

Thời gian mắc bệnh ĐĐT típ 2 và tình trạng nha chu của bệnh nhân có tương quan thuận với nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nồng độ HbA1c và tình trạng nha chu không có mối liên quan với nhau ($p > 0,05$) (Bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng nha chu:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ VNC ở bệnh nhân ĐĐT típ 2 là 68,1%. Kết quả này là thấp hơn so với các nghiên cứu của Hoàng Hải (79,6% theo độ mất bám dính, 68,6% theo độ sâu túi nha chu) [2], Trần Thị Triều Nhiên (77,4% theo độ mất bám dính, 76,7% theo độ sâu túi nha chu) [4], Kumar và c.s (91,7%), và cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Ái Kiên (61,5%) [3]. Điều này có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân khác nhau: tiêu chuẩn đánh giá bệnh nha chu, sự khác biệt về cỡ mẫu, đặc điểm dân cư từng địa phương, điều kiện chăm sóc sức khỏe... Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn đánh giá tình trạng bệnh nha chu của theo Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa bệnh Hoa Kỳ (CDC) và Hội Nha chu Hoa Kỳ (AAP) [6]. Tiêu chuẩn này dựa vào giá trị các chỉ số độ sâu túi nha chu (PPD), độ mất bám dính lâm sàng (CAL) có phần khắt khe hơn so với các tiêu chuẩn khác.

Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của Hoàng Ái Kiên, tình trạng nha chu ở nhóm bệnh nhân không ĐĐT cũng đã được đánh giá và tỷ lệ VNC ở nhóm bệnh nhân này là 15,4% [3]. Có thể thấy giá trị này thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ viêm nha chu ở những bệnh nhân đái tháo đường típ 2 của chúng tôi.

4.2. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh, nồng độ HbA1c và tình trạng nha chu:

Thời gian mắc bệnh ĐĐT típ 2 có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê với các giá trị của các chỉ số nha chu và mức độ VNC ($p < 0,05$) (Bảng 3 và Biểu đồ 1), điều này cho thấy bệnh

nhân ĐĐT típ 2 có thời gian mắc bệnh càng lâu thì tình trạng nha chu càng kém. Nhóm bệnh nhân mắc ĐĐT dưới 5 năm chỉ có tỷ lệ VNC nặng là 26,9% nhưng tỷ lệ này lại lên tới 80% ở nhóm mắc ĐĐT trên 10 năm ($p < 0,05$) (Biểu đồ 1). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Ái Kiên [3] và Kim Eun-Kyong và c.s.

Kết quả nghiên cứu cũng chưa cho thấy mối liên quan giữa nồng độ HbA1c và tình trạng nha chu ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Ái Kiên [3]. Tuy nhiên, nó lại không phù hợp với kết quả nghiên cứu của Kim Eun-Kyong và c.s khi kết luận rằng nồng độ HbA1c có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng nha chu của các bệnh nhân ĐĐT típ 2. Ngoài ra, liên quan đến sự thay đổi nồng độ HbA1c sau khi điều trị nha chu, phân tích meta về các nghiên cứu can thiệp trước đó của Janket và c.s cũng cho thấy chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết quả sau điều trị bệnh nha chu và sự thay đổi nồng độ HbA1c.

VNC và ĐĐT đều là những bệnh lý chịu sự ảnh hưởng của rất nhiều yếu tố nguy cơ. Do đó, các yếu tố gây nhiễu như hút thuốc lá, BMI, chế độ ăn uống... có khả năng làm sai lệch kết quả nghiên cứu. Chính vì vậy, cần tiếp tục tiến hành những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn với phân tích đa biến, nghiên cứu dọc, thử nghiệm lâm sàng, mẫu nghiên cứu đồng nhất hơn để xác định mối liên quan hai chiều giữa bệnh nha chu với bệnh đái tháo đường.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ và mức độ trầm trọng của viêm nha chu tăng dần theo thời gian mắc bệnh ĐĐT. Do

đó, bệnh nhân ĐTĐ típ 2 cần được khuyến cáo đi khám răng định kỳ ít nhất 6 tháng/lần. Những bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ càng lâu năm càng phải quan tâm đến sức khỏe răng miệng của mình nhiều hơn để hạn chế tình trạng mất răng do VNC. Ngoài ra, các bác sĩ Răng Hàm Mặt cũng cần phải chú ý hơn đến sức khỏe toàn thân của bệnh nhân và nên dành sự quan tâm sát sao hơn cho các bệnh nhân ĐTĐ típ 2 - nhất là những người bệnh ĐTĐ lâu năm - để sớm phát hiện và điều trị bệnh nha chu một cách hiệu quả.

Trong nghiên cứu này, mặc dù số liệu thống kê chưa cho thấy mối liên quan giữa nồng độ HbA1c và tình trạng nha chu của bệnh nhân ĐTĐ típ 2 nhưng vẫn còn tương đối sớm để đưa ra kết luận về mối liên quan giữa nồng độ HbA1c với tình trạng nha chu và của bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Cần phát triển những nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, sự kiểm soát các yếu tố nhiễu tốt hơn cùng các thử nghiệm lâm sàng thích hợp để có thể đưa ra một kết luận chính xác về mối liên hệ giữa hai yếu tố này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Daithaoduong.info (2015)**, "Tỷ lệ gia tăng bệnh đái tháo đường ở Việt Nam", <<http://daithaoduong.info/ty-le-gia-tang-benh-dai-thao-duong-o-viet-nam-cao-nhat-the-gioi/>>, xem ngày 3/6/2015.
2. **Hoàng Hải (2011)**, "Tình trạng bệnh nha chu của bệnh nhân đái tháo đường type 2", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 15, tr. 123-130.
3. **Hoàng Ai Kiên (2014)**, *Liên quan giữa tình trạng nha chu và bệnh đái tháo đường típ 2*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Trần Thị Triều Nhiên (2006)**, *Tình trạng viêm nha chu của bệnh nhân tiểu đường type 2 tại bệnh viện Trung Ương Huế*, Luận văn Thạc Sĩ Y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
5. **American Diabetes Association (2010)**, "Diagnosis and classification of diabetes mellitus", *Diabetes care*, 33, (Supplement 1), pp. S62-S69.
6. **Eke P.I., Genco R.J. (2007)**, "CDC Periodontal Disease Surveillance Project: background, objectives, and progress report", *Journal of periodontology*, 78, (7S), pp 1366-1371.
7. **Emrich L.J., Shlossman M., Genco R.J. (1991)**, "Periodontal disease in non-insulin-dependent diabetes mellitus", *Journal of periodontology*, 62, (2), pp. 123-131.

MỨC ĐỘ SUY GIẢM CHỨC NĂNG THẦN KINH THEO THANG ĐIỂM NIHSS CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thanh Bình*, Phạm Thị Bình*

Từ khóa: nhồi máu não, thang điểm NIHSS, suy giảm chức năng thần kinh, Bệnh viện Lão khoa Trung Ương.

SUMMMARY

EVALUATE THE NEUROLOGICAL FUNCTION IMPAIRMENT BY NIHSS IN CEREBRAL INFARCTION PATIENT AT NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Objective: To describe some characteristics and related factors of NIHSS in infarction patients at the National Geriatric Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted on 60 patients, 31 male, 29 female, who had been diagnosed with cerebral infarction. Using the NIHSS to evaluate the neurological function impairment. **Results:** This study showed that: The mean NIHSS score is 6,9±4,74, the rate of mild impairment was 75%, moderate 13,3 and severe 11,7%. Motor function deficit in upper limb was 86,7%, lower limb 85%. The rate of severe impairment increased by age, mean NIHSS score was higher in male than female.

Keywords: cerebral infarction, NIHSS scale, the neurological function impairment, National Geriatric Hospital.

TÓM TẮT²⁶

Mục tiêu: Tìm hiểu một số đặc điểm và yếu tố liên quan của thang điểm NIHSS trên bệnh nhân nhồi máu não tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân nhồi máu não gồm 31 nam, 29 nữ. Sử dụng thang điểm NIHSS để đánh giá bệnh nhân. **Kết quả:** điểm NIHSS trung bình là 6,9±4,74, tỷ lệ bệnh nhân suy giảm mức độ nhẹ là 75%, vừa là 13,3% và nặng là 11,7%. Suy giảm chức năng vận động tay gặp ở 86,7%, suy giảm chức năng vận động chân gặp ở 85% số bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm nặng tăng dần theo tuổi. Điểm NIHSS trung bình của nam cao hơn nữ (7,1±4,89 so với 6,7±4,65).

* Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới có nhiều thang điểm được sử dụng để đánh giá mức độ suy giảm chức năng thần kinh của bệnh nhân nhồi máu não. Ngày nay thang điểm NIHSS được sử dụng nhiều nhất. Thang điểm NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) do Viện nghiên cứu sức khoẻ đột quỵ xây dựng [1,2]. Thầy thuốc chỉ cần 5-10 phút đủ để đánh giá các chỉ số cơ bản của bệnh nhân. Kết quả thang điểm NIHSS góp phần đánh giá được mức độ nặng, khả năng hồi phục trên lâm sàng, chỉ định sử dụng tiêu sợi huyết cũng như việc lập kế hoạch phục hồi chức năng sớm cho bệnh nhân [1,3,4]. Chính vì những lí do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu "Mức độ suy giảm chức năng thần kinh theo thang điểm NIHSS của bệnh nhân nhồi máu não tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương" với mục tiêu tìm hiểu các đặc điểm và yếu tố liên quan của thang điểm

NIHSS trên nhóm bệnh nhân tai biến mạch máu não thể nhồi máu não.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên, được chẩn đoán tai biến mạch máu não theo tiêu chuẩn của Tổ chức y tế thế giới, xác định nhồi máu não dựa vào hình ảnh trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân điều trị tại Khoa Tâm Thần kinh, Bệnh viện Lão khoa Trung Ương trong thời gian từ tháng 12 năm 2015 đến tháng 3 năm 2016. Bệnh nhân được khám lâm sàng nội khoa và thần kinh, đánh giá thang điểm NIHSS và kết quả cận lâm sàng theo bệnh án dành riêng cho nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 60 bệnh nhân, gồm 31 bệnh nhân nam và 29 bệnh nhân nữ, tuổi trung bình là $72,4 \pm 11,22$.

3.1. Phân bố bệnh nhân theo điểm NIHSS

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo điểm NIHSS.

Điểm NIHSS	Số lượng BN	Tỷ lệ (%) (N=60)	TB
Suy giảm nhẹ (0-9 điểm)	45	75	6,9±4,74
Suy giảm vừa (10-14 điểm)	8	13,3	
Suy giảm nặng (15-20 điểm)	7	11,7	
Suy giảm rất nặng (Trên 20 điểm)	0	0	

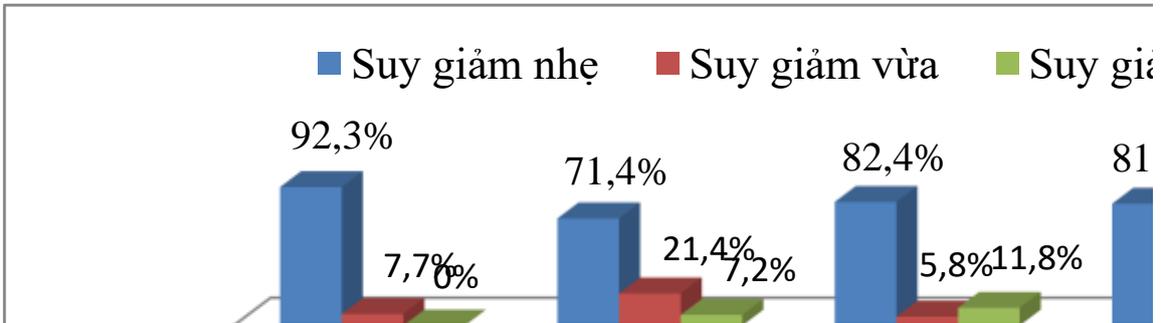
Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân giảm dần theo mức độ nặng của suy giảm chức năng thần kinh: số bệnh nhân có suy giảm nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất là 75%.

3.2. Mức độ thường gặp của tổn thương các chức năng thần kinh theo thang điểm NIHSS

Bảng 3.2: Mức độ thường gặp của tổn thương các chức năng thần kinh theo thang điểm NIHSS.

Chức năng thần kinh tổn thương	Số lượng BN	Tỷ lệ (%) (N=60)
Chức năng vận động tay	52	86,7
Chức năng vận động chân	51	85
Cử động của mặt	27	45
Ngôn ngữ	26	43,3
Cảm giác	19	31,7
Phân tán hoặc thờơ	16	26,7
Y thức	13	21,7
Câu hỏi định hướng	12	20
Đáp ứng với lệnh	11	18,3
Phát âm	10	16,7
Thất điều chi	3	5
Quy tụ hai mắt vào vật	2	3,3
Thị trường	1	1,7

Nhận xét: Chức năng thần kinh hay bị suy giảm nhất là chức năng vận động tay (86,67%) và chức năng vận động chân (85%), ít bị suy giảm nhất là tổn thương thị trường (1,67%) và quy tụ hai mắt (3,33%), thất điều chi (5%).



Biểu đồ 3.1: Phân bố điểm NIHSS theo nhóm tuổi của bệnh nhân.

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm nhẹ cao nhất ở nhóm ≤ 60 tuổi (92,3%). Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm nặng tăng dần theo tuổi. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,616>0,05$).

Bảng 3.3: Phân bố điểm NIHSS theo giới tính bệnh nhân.

Điểm NIHSS	Nam		Nữ		Tổng số	
	SL BN	Tỷ lệ (%) (N=31)	SL BN	Tỷ lệ (%) (N=29)	SL BN	Tỷ lệ (%) (N=60)
Suy giảm nhẹ	24	77,4	21	72,4	45	75
Suy giảm vừa	2	6,5	6	20,7	8	13,3
Suy giảm nặng	5	16,1	2	6,9	7	11,7

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm nhẹ và tỷ lệ bệnh nhân suy giảm nặng ở nam đều cao hơn ở nữ: 77,4% và 72,4%, 16,1% và 6,9%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,181>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố bệnh nhân theo điểm NIHSS

Nghiên cứu cho thấy: điểm NIHSS trung bình là $6,9 \pm 4,74$, tỷ lệ bệnh nhân giảm dần theo mức độ nặng suy giảm chức năng thần kinh, cụ thể suy giảm chức năng thần kinh nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 75%, 13,3% và 11,7%. Không có bệnh nhân nào bị suy giảm chức năng thần kinh mức độ rất nặng.

Nghiên cứu của Nguyễn Minh Hiện và cộng sự trên 119 bệnh nhân NMN bán cầu đại não tại Bệnh viện Quân đội 103 cũng thấy rằng suy giảm càng nặng thì tỷ lệ bệnh nhân càng thấp: suy giảm mức độ nhẹ là 57,9%, mức độ vừa là 31,1%, mức độ nặng là 9,2%, mức độ rất nặng là 1,7% [3]. Nghiên cứu của Trần Thị Thanh trên 55 bệnh nhân nhồi máu não mới vào viện thì bệnh nhân có mức điểm NIHSS 5-15 chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,7%, nhóm có điểm NIHSS 16-21 chiếm 25,5%, nhóm có điểm NIHSS trên 21 điểm chiếm 14,5%, thấp nhất là nhóm có điểm NIHSS 1-4 điểm chiếm 7,3% [4].

4.2.2. Mức độ thường gặp tổn thương của các chức năng thần kinh theo thang điểm NIHSS

điểm NIHSS

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chức năng vận động chi trên và chức năng vận động chi dưới là chức năng thần kinh thường bị tổn thương nhiều nhất; thị trường, quy tụ hai mắt và thăng bằng-phối hợp động tác là chức năng thần kinh ít khi bị tổn thương nhất.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân NMN của các tác giả trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Phạm Thị Kim Dung và cộng sự trên 133 bệnh nhân NMN trên lều điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Thái Nguyên cho thấy các triệu chứng lâm sàng hay gặp trong giai đoạn toàn phát là liệt nửa người (94,7%), rối loạn ngôn ngữ (51,2%) và rối loạn cảm giác (30,1%) [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Chương và cộng sự thì tỷ lệ liệt nửa người là 100%, rối loạn ý thức 32,7%, rối loạn tâm thần khác như thờ ơ, chậm chạp, phản ứng chậm với các kích thích, rối loạn cảm xúc... là 29%, thất ngôn là 35,5% [6]. Một nghiên cứu khác với quy mô lớn của Thomas Heinsius và cộng sự thấy tỷ lệ liệt vận động là 99%, rối loạn cảm giác là 92%, rối loạn

ý thức là 58%, 56% có thất ngôn, trong đó có 91% là thất ngôn hoàn toàn [7].

4.2.3. Phân bố điểm NIHSS theo nhóm tuổi và giới

Trong nghiên cứu này nhóm tuổi 61-70 có điểm NIHSS cao nhất rồi giảm dần về hai cực. Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm nhẹ cao nhất ở nhóm ≤ 60 tuổi còn tỷ lệ bệnh nhân suy giảm nặng thì tăng dần theo độ tuổi. Tương quan giữa tuổi bệnh nhân và các yếu tố nguy cơ của tai biến mạch máu não đã được chứng minh [1, 2]. Hơn nữa tuổi càng cao thì thể trạng, khả năng thích ứng và hồi phục càng kém. Kết quả cho thấy điểm NIHSS trung bình của nam cao hơn nữ. Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm nhẹ và tỷ lệ bệnh nhân suy giảm nặng ở nam đều cao hơn ở nữ. Theo chúng tôi, có lẽ do nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ hơn hẳn nữ giới vì vậy tổn thương nhồi máu não ở nam giới hay gặp và nặng nề hơn.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm NIHSS là một thang điểm đơn giản, thuận tiện sử dụng trong lâm sàng thần kinh. Dựa vào kết quả thang điểm NIHSS giúp cho bác sĩ đánh giá và theo dõi được tình trạng bệnh nhân, từ đó đưa ra các biện pháp can thiệp hợp lý. Nên sử dụng thang điểm NIHSS thường qui trong đánh giá mức độ suy giảm chức năng

thần kinh các bệnh nhân nhồi máu não trong thực hành lâm sàng hàng ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tan K.S, Tan C.T, Churilov.L et al. (2010)**, *Ischemic stroke in young adults: A comparative study between Malaysia and Australia*, Neurology Asia, Vol. 15, 1-9.
2. **Đặng Thị Bình (2015)**, *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học trên 130 bệnh nhân nhồi máu não điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, Đại học Y Hà Nội, 42.
3. **Nguyễn Minh Hiện, Đặng Phúc Đức và Hoàng Cao Xạ (2015)**, *Đánh giá công tác điều dưỡng bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não điều trị tiêu huyết khối tại Bệnh viện 103*, Tạp chí Y dược học quân sự số 3-2015, 95-102.
4. **Trần Thị Thanh (2012)**, *Nghiên cứu áp dụng thang điểm NIHSS và Orgogozo đánh giá bệnh nhân nhồi máu động mạch não giữa giai đoạn cấp*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú Đại học Y HN, 42.
5. **Phạm Thị Kim Dung và cộng sự (2011)**, *Đánh giá sự hồi phục một số chức năng thần kinh ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều điều trị tại Bệnh viện Đa khoa TƯ Thái Nguyên*, Tạp chí Khoa học và Công nghệ, 89, 53-58.
6. **Nguyễn Chương, Lê Đức Ninh và Ngô Đăng Thực và cộng sự (2007)**, *Đề xuất quy trình chẩn đoán lâm sàng, cận lâm sàng của nhồi máu não*, Kỷ yếu công trình khoa học Hội Thần Kinh Việt Nam-10 năm gia nhập ASNA, 27.
7. **Thomas Heinsius (1998)**, *Large infarcts in the middle cerebral artery territory*, Neurology, Vol. 50, 341-350.

NGHIÊN CỨU VỀ SỰ AN TOÀN CỦA PHƯƠNG PHÁP AN THẦN DO BỆNH NHÂN TỰ KIỂM SOÁT (PCS: PATIENT CONTROLLED SEDATION) BẰNG MIDAZOLAM TRONG THỦ THUẬT NHA KHOA

Nguyễn Quang Bình* Phạm Hoàng Tuấn**

TÓM TẮT²⁷

Mục tiêu: nghiên cứu về sự an toàn của phương pháp an thần do bệnh nhân tự kiểm soát bằng midazolam trong thủ thuật nha khoa. **Đối tượng phương pháp:** 70 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật răng khôn, tuổi 18 – 60, ASA I - II chia thành 2 nhóm ngẫu nhiên. Nhóm gây tê đơn thuần (n = 35) bằng lidocaine 2% và nhóm PCS (n = 35) gây tê kết hợp với

an thần bolus liều 0,5 mg midazolam do bệnh nhân tự điều khiển bơm tiêm chuyên dụng. **Kết quả:** nhóm PCS có mức an thần $4 < OAA/S < 5$ thấp hơn ($p < 0,01$); tần số tim, huyết áp tâm thu thấp hơn ($p < 0,01$ và $p < 0,05$) và huyết áp tâm trương tương đương ($p > 0,05$); $SpO_2 > 98\%$ ở 2 nhóm; nôn, buồn nôn và ho thấp hơn ($p < 0,05$) so với nhóm gây tê đơn thuần. **Kết luận:** Cả hai phương pháp đều an toàn do không có biến chứng. Phương pháp PCS bằng midazolam có ưu điểm là tần số tim, huyết áp luôn ổn định và tác dụng không mong muốn thấp hơn so với phương pháp gây tê đơn thuần trong phẫu thuật răng khôn.

Từ khóa: An thần, PCS, midazolam

SUMMARY

*Bệnh viện Răng hàm mặt TW Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính:
Email:
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

RESEARCH ON THE SAFETY OF SEDATION METHODS PCS (PATIENT CONTROLLED SEDATION) BY MIDAZOLAM IN DENTAL SURGERY

Objective: To research on the safety of sedation methods PCS by midazolam in the dental surgery. **Methods:** Randomized clinical trials, controlled, conducted in 70 patients, aged 18-60, ASA I - II. LANS group (n = 35): administered local anesthesia by lidocaine 2% with epinephrine 1/100,000 with a dose of 2 mg/kg, 5 minutes after surgery. PCS group (n = 35): dose 0.5 mg midazolam intravenous anesthetic before 1 minute (as LANS) and subsequent maintenance dose by installing electric pump bolus injection: 0.5 mg midazolam and refractory period (*lockout period*) between 2 visits of bolus is 1 minute. **Results:** The level of sedation, PCS group $4 < OAA/S < 5$ and LANS group $OAA/S = 5$ ($p < 0,01$); PCS group the heart rate (T_1 to T_5) lower ($p < 0.01$; $p < 0.05$), mean blood pressure (T_x) lower ($p < 0.05$) compared with LANS; $SpO_2 > 98\%$ in 2 different groups are not significant ($p > 0.05$); Side effects: PCS groups has no case of nausea, vomiting, cough and LANS group has nausea, vomiting 14.28%, cough 11.43% ($p < 0.05$); All 2 groups have no complications during surgery. **Conclusion:** In all 2 methods of anesthesia are safe because no surgical complications. PCS methods used by midazolam sedation combined with local anesthesia with sedation the province, always stable vital signs, no vomiting, nausea, cough compared with pure anesthetic method in dental surgery.

Keywords: sedation, PCS, midazolam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các can thiệp nha khoa (đại diện phẫu thuật răng khôn hàm dưới) là các can thiệp nằm sâu trong khoang miệng, phẫu thuật viên khó thực hiện kỹ thuật và bệnh nhân cũng khó hợp tác với phương pháp "truyền thống" dưới gây tê tại chỗ đơn thuần. Ngày nay, sử dụng các phương pháp an thần tĩnh kết hợp với gây tê tại chỗ được áp dụng rộng rãi trong các can thiệp nha khoa. Phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển (PCS = patient controlled sedation) bằng midazolam giúp cho bệnh nhân được an thần nhẹ, không quá tỉnh táo, thần kinh êm dịu, quên các sự việc trong khi mổ, giảm lo lắng, bệnh nhân ít cử động và hợp tác tốt với phẫu thuật. Phương pháp PCS bằng midazolam là "phương pháp mới" trong can thiệp nha khoa ở Việt nam. Tuy nhiên, cần đánh giá sự an toàn của phương pháp trên các tiêu chí "mức độ an thần, tần số tim, huyết áp, SpO_2 , tác dụng không mong muốn và các biến chứng trong phẫu thuật".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật một răng khôn hàm dưới (răng 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.

Bệnh nhân thực hiện phẫu thuật trên ghế nha khoa – tại khoa Phẫu thuật Trong Miệng, Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội bởi một phẫu thuật viên có kinh nghiệm và bác sĩ gây mê hồi sức.

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 hai nhóm:

- Nhóm 1 (GTĐT = gây tê tại chỗ đơn thuần): n = 35 bệnh nhân

- Nhóm 2 (PCS = an thần do bệnh nhân tự điều khiển): n = 35 bệnh nhân. Sử dụng gây tê tại chỗ kết hợp với an thần bằng midazolam 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.

- Phương pháp vô cảm

+ Nhóm 1 (GTĐT): gây tê tại chỗ ở gai spix vùng răng khôn hàm dưới bằng lidocain 2 % có epinephrin 1/100.000 với liều đầu 2 mg/kg, sau 5 phút tiến hành phẫu thuật, thêm liều lidocain 0,5 mg/kg nếu bệnh nhân đau (tổng liều lidocain < 6 mg/kg).

+ Nhóm 2 (PCS): bệnh nhân tự thực hiện tiêm tĩnh mạch bằng cách bấm nút điều khiển bơm tiêm điện chuyên dụng: liều đầu là 0,5 mg midazolam trước 1 phút khi gây tê tại chỗ như nhóm 1. Duy trì những liều tiếp theo bằng cách đặt liều bolus: 0,5 mg midazolam và đặt khoảng thời gian trở (*thời gian không tác dụng giữa 2 lần bolus*) là 1 phút và bệnh nhân có thể tự bấm mỗi khi lo sợ hay khó chịu.

2.2.3. Phương pháp đánh giá

* Tiêu chí đánh giá:

- Đặc điểm chung bệnh nhân: tuổi, giới, cân nặng, ASA, mức an thần OAA/S.

- Tần số tim: nhịp tim > 90 lần/ phút là tăng và nhịp tim < 60 lần/phút là giảm.

- Huyết áp tâm thu > 140 mmHg là tăng và < 90 mmHg là giảm; huyết áp tâm trương > 90 là tăng.

- Độ bão hòa o xy mao mạch (SpO₂): bình thường 95 ± 3 % (< 90 % là giảm).

- Tác dụng không mong muốn: nôn, buồn nôn, ho, nấc, tăng trương lực cơ

- Các biến chứng trong phẫu thuật: ngừng thở, tụt lưỡi, SpO₂ < 90% và huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc thay đổi 20 % so với giá trị ban đầu.

* 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 VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm về cân nặng, tuổi, giới tính, tình trạng sức khỏe (ASA)

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, cân nặng, giới và ASA

Đặc điểm bệnh nhân		Nhóm 1 (n = 35)	Nhóm 2 (n = 35)	p
Tuổi (năm)	X ± SD	30,37 ± 8,29	29,17 ± 7,97	> 0,05
	(min - max)	20 - 49	19 - 51	
Cân nặng (kg)	X ± SD	55,69 ± 8,03	56,40 ± 8,01	
	(min -max)	40 - 77	41 - 70	
Giới	Nam: (%)	25 (71,42)	25 (71,42)	
	Nữ: (%)	10 (28,58)	10 (28,58)	
ASA	I (%)	27 (71,58)	29 (82,29)	
	II (%)	8 (22,42)	6 (17,71)	

Nhóm PCS và GTĐT: về tuổi, giới tính, cân nặng và tình trạng sức khỏe ASA khác nhau không ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Như vậy, về tuổi, giới, cân nặng và tình trạng sức khỏe ASA ở 2 nhóm là tương đồng.

3.2. Mức độ an thần theo OAA/S

Bảng 2. Mức độ an thần theo OAA/S (điểm)

Thời điểm (phút)	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD
T ₀	5,00 ± 0,00	5,00 ± 0,00
T ₁	5,00 ± 0,00	4,37 ± 0,55*
T ₂	5,00 ± 0,00	4,34 ± 0,47*
T ₃	5,00 ± 0,00	4,29 ± 0,46*
T ₄	5,00 ± 0,00	4,46 ± 0,51*
T ₅	5,00 ± 0,00	4,71 ± 0,46*
T _x	5,00 ± 0,00	5,00 ± 0,00

Ghi chú: *: p < 0,01 so với giá trị tương ứng ở nhóm 1

Tại tất cả các thời điểm từ T₀ đến T_x ở nhóm GTĐT bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo và OAA/S = 5 điểm. Tại các thời điểm từ T₁ đến T₅ ở nhóm PCS điểm an thần thấp hơn có ý nghĩa (p < 0,01) so với nhóm GTĐT và 5 > OAA/S > 4 (giới hạn trong vùng an thần tỉnh). Leitch (2004) sử dụng PCS bằng midazolam để bệnh nhân dễ chấp nhận gây tê, không thấy bệnh nhân nào an thần quá mức bệnh nhân hợp tác tốt và kỹ thuật an toàn [1]. Như vậy, trong nghiên cứu với mức an thần này, bệnh nhân không bị tỉnh táo quá và thư giãn, tinh thần thoải mái mà không thấy lo sợ và hợp tác tốt với phẫu thuật.

3.3. Sự thay đổi về tần số tim và huyết áp trung bình

Bảng 3. Sự thay đổi về tần số tim và huyết áp trung bình

Thời điểm (phút)	Tần số tim (nhịp/phút)		Huyết áp trung bình (mmHg)	
	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD
T ₀	89,11 ± 16,74	86,20 ± 10,25	94,77 ± 11,57	95,60 ± 12,03
T ₁	95,54 ± 14,54	79,89 ± 9,39*	96,29 ± 13,29	93,00 ± 12,12
T ₂	95,63 ± 13,74	84,00 ± 9,08*	97,40 ± 9,69	91,80 ± 11,32
T ₃	95,29 ± 14,40	84,40 ± 11,00*	96,89 ± 10,21	91,29 ± 12,77
T ₄	94,94 ± 14,73	83,94 ± 11,07*	94,53 ± 9,58	89,09 ± 10,93
T ₅	91,29 ± 13,26	83,40 ± 11,29**	93,66 ± 11,50	87,86 ± 12,96

T_x	87,14 ± 12,93	82,23 ± 10,28	91,97 ± 8,44	86,57 ± 11,35**
----------------------	---------------	---------------	--------------	-----------------

Ghi chú: *: $p < 0,01$; **: $p < 0,05$ khác nhau có ý nghĩa so với nhóm 1.

Sự thay đổi về tần số tim từ T₁ đến T₅ ở nhóm PCS thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và $p < 0,05$) so với nhóm GTĐT. Điều này có thể lí giải là dưới tác dụng của midazolam nhịp tim ổn định gần với giá trị nền hơn là do bệnh nhân giảm lo sợ, trong khi đó ở nhóm GTĐT nhịp tim luôn có xu hướng tăng cao hơn so với giá trị nền là do bệnh nhân lo sợ trong quá trình phẫu thuật dưới tác động của môi trường xung quanh như kim gây tê, khoan cắt xương, kim chỉ phẫu thuật. Speilberger (1983) cho biết khi lo sợ làm tăng yếu tố thần kinh thể dịch, làm tăng hoạt động của cơ tim và tần số tim [4]. Như vậy, phương pháp PCS sử dụng midazolam có tác dụng làm ổn định nhịp tim hơn phương pháp GTĐT. Huyết áp trung bình của người bình thường là 90 - 95 mmHg, kết quả cho

thấy trong thì phẫu thuật (T₁ đến T₃) ở nhóm GTĐT có xu hướng tăng và nhóm PCS sử dụng midazolam có xu hướng ổn định gần với giá trị nền trong suốt quá trình phẫu thuật đến khi xuất viện (Tại T_x, huyết áp trung bình ở nhóm PCS khác nhau có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với nhóm GTĐT. Marty (1989) cho biết sau khi tiêm tĩnh mạch midazolam 5 phút, huyết áp trung bình giảm 14,7% và sau 15 phút giảm 15,6% [7]. Kienlen (1988) cho rằng midazolam gây giảm huyết áp động mạch vừa phải và trương lực mạch máu ít thay đổi [6]. Như vậy, nhận định của các tác giả cũng giống như kết quả của chúng tôi. Phương pháp PCS bằng midazolam luôn ổn định về tần số tim và huyết áp nên sử dụng an toàn trong phẫu thuật.

3.4. Sự thay đổi về SpO₂

Bảng 4. Sự thay đổi về SpO₂

Thời điểm (phút)	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD
T ₀	99,40 ± 0,76	98,94 ± 0,91
T ₁	99,03 ± 1,25	98,60 ± 0,98
T ₂	99,00 ± 1,06	98,57 ± 0,95
T ₃	99,06 ± 0,97	98,35 ± 0,86*
T ₄	99,15 ± 0,86	98,57 ± 0,98*
T ₅	99,06 ± 0,91	98,46 ± 0,92*
T _x	99,14 ± 0,77	98,83 ± 0,79

Ghi chú: *: khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm 1

Kết quả cho thấy SpO₂ từ T₃ đến T₅ nhóm PCS sử dụng midazolam và nhóm GTĐT khác nhau có ý nghĩa ($p < 0,05$). Kienlen (1988) cho biết midazolam ở liều 0,05 mg/kg không gây ảnh hưởng ức chế trên hô hấp ở người khỏe mạnh [6]. SpO₂ phản ánh tình trạng ức chế hô hấp, ở hai nhóm SpO₂ > 98 % trong điều kiện thở khí trời. Nhóm PCS sử dụng midazolam liều bolus 0,5 mg không bị thiếu oxy cho dù bệnh nhân thở tự nhiên. Trong hầu hết các nghiên cứu về an thần tĩnh bằng midazolam, SpO₂ trong giới hạn

bình thường. Tuy nhiên, trong nghiên cứu Park (1991) thấy có một bệnh nhân an thần bằng midazolam phối hợp fentanyl, dù cho thở oxy 3 lít/phút nhưng SpO₂ < 90% có lẽ liên quan đến fentanyl [3], Uyar (1996) thấy SpO₂ < 90% ở các bệnh nhân an thần midazolam phối hợp alfentanil [5], các tác giả cho thấy kiểm soát chặt chẽ giảm SpO₂ trong PCS sử dụng midazolam kết hợp với opioid. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi phương pháp PCS sử dụng midazolam đơn thuần không bị ức chế hô hấp là an toàn.

3.5. Một số tác dụng không mong muốn khác

3.5.1. Tỷ lệ số bệnh nhân ho, buồn nôn và nôn, nấc, tăng trương lực cơ

Bảng 5. Tỷ lệ số bệnh nhân ho, buồn nôn và nôn, nấc, tăng trương lực cơ

Tác dụng không mong muốn	Nhóm 1 (n = 35)		Nhóm 2 (n = 35)		p
	BN	%	BN	%	
Buồn nôn và nôn	05	14,28	0	0*	< 0,05
Ho	04	11,43	0	0*	
Tăng trương lực cơ	01	0,41	0	0	> 0,05
Nấc	0	0	0	0	

Ghi chú: *: $p < 0,05$ khác nhau có ý nghĩa thống kê so với nhóm 1.

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ nôn, buồn nôn và ho trong phẫu thuật ở nhóm PCS bằng midazolam và nhóm GTĐT khác nhau có ý nghĩa ($p < 0,05$). Pac – Soo (1996) cho rằng PCS bệnh nhân sau dùng midazolam hiếm gặp nôn và buồn nôn [2] và ho là yếu tố bất lợi đối với các can thiệp trong miệng. Như vậy, phương pháp PCS sử dụng midazolam ưu điểm là ít tác dụng không mong muốn và an toàn hơn phương pháp GTĐT.

3.5.2. Biến chứng trong phẫu thuật

Trong cả 2 nhóm không gặp trường hợp nào bị ngừng thở, tụt lưỡi, $SpO_2 < 90\%$ và huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc giá trị huyết áp thay đổi $> 20\%$ so với giá trị ban đầu. Để lí giải vấn đề này, midazolam ít có tác dụng phụ nặng về tim phổi như ức chế hô hấp, ngừng thở hoặc ngừng tim hiếm xảy ra ở người khỏe mạnh. Như vậy, phương pháp PCS sử dụng midazolam tính là an toàn.

IV. KẾT LUẬN

Cả hai phương pháp đều an toàn do không có biến chứng nhưng phương pháp PCS bằng midazolam có ưu điểm là tần số tim và huyết áp luôn ổn định, tác dụng không mong muốn thấp hơn và SpO_2 giới hạn bình thường so với phương

pháp gây tê đơn thuần trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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.
2. 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.
3. Park W. Y., Watkins P. A. (1991), "Patient-controlled sedation during epidural anesthesia", *Anesth Analg*, 72(3), pp. 304-7.
4. Speilberger C. (1983), State-Trait Anxiety Inventory for Adults, Mind Garden, Redwood City, Calif, pp. 4-12.
5. Uyar M., Ugur G., Bilge S., Ozyar B., *et al* (1996), "Patient-controlled sedation and analgesia during SWL", *J Endourol*, 10(5), pp. 407-10.
6. Kienlen. J - J. Du Cailar (1988), Pharmacologie du midazolam. Encycl, Méd, Chir Paris, Anesthésie – 36389 B10, pp 1 – 3.
7. Marty. J (1989), Effets Circulatoires des benzodiazepines et de leurs antagonists. Les benzodiazepines en anesthesia – reanimation, Arnette.

SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN VỚI ĐIỀU DƯỠNG CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT TẠI KHOA PHẪU THUẬT CỘT SỐNG, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đinh Ngọc Sơn^{1,2}, Nguyễn Lê Bảo Tiên¹,
Võ Văn Thanh^{1,2}, Phùng Kim Quang²

TÓM TẮT²⁸

Nghiên cứu này được tiến hành để mô tả sự hài lòng của bệnh nhân với bốn khía cạnh của điều dưỡng chăm sóc (thái độ, giao tiếp, chuyên môn và khả năng đáp ứng nhu cầu), xác định một số yếu tố liên quan tới sự hài lòng của bệnh nhân về từng khía cạnh. Các đối tượng của nghiên cứu này là bệnh nhân nội trú hậu phẫu tại khoa Phẫu thuật Cột sống tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Kết quả cho thấy phần lớn các bệnh nhân (83,5%) hài lòng với sự chăm sóc của điều

dưỡng và có một mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa mức độ hài lòng của bệnh nhân với giới tính, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn và thu nhập của họ.

Từ khóa: Sự hài lòng của bệnh nhân, bệnh nhân hậu phẫu, chăm sóc điều dưỡng, Việt Nam

SUMMARY

PATIENT SATISFACTION WITH POST-SURGERY NURSING CARE IN THE DEPARTMENT OF SPINAL SURGERY AT VIETNAM-GERMANY HOSPITAL

This study was conducted to describe the patient satisfaction with four aspects of nursing care (attitude, communication, practical ability and demand responding), and to identify some relative factors that contributed to the patient satisfaction on each aspect. The subjects of this study were postoperative inpatients at the Department of Spinal Surgery at Vietnam-Germany Hospital. The results revealed that a vast majority of these patients (83.5%) were satisfied

¹ Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

² Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Bảo Tiên

Email: drtienvnspine@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

with the nursing care and there was a significant correlation between patient satisfaction with nursing attitude and their gender and marital status. This study found that overall; most patients were satisfied with the nursing care. However, it also indicates that there is still room for improvements, especially in the aspect of nursing communication.

Keywords: Patient satisfaction, Postoperative inpatients, Nursing care, Vietnam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của bệnh nhân là thái độ của bệnh nhân đối với sự đáp ứng của cơ sở y tế với các nhu cầu, mục tiêu hay sự mong đợi của họ. Trong số nhiều yếu tố góp phần vào sự hài lòng của bệnh nhân như cơ sở vật chất và điều kiện vệ sinh, sự chăm sóc của điều dưỡng là yếu tố cốt yếu giúp nâng cao chất lượng dịch vụ y tế tại các bệnh viện, nhiều báo cáo đã chỉ ra rằng sự chăm sóc của điều dưỡng là yếu tố quan trọng nhất trong việc dự báo của mức độ hài lòng chung của bệnh nhân [1]. Một nghiên cứu nước ngoài được tiến hành trên 167 bệnh nhân hậu phẫu cho thấy đa số bệnh nhân (86%) hài lòng với mức độ kiến thức của điều dưỡng, 50,2% bệnh nhân hài lòng với chất lượng dịch vụ chăm sóc của điều dưỡng, tuy nhiên 41% bệnh nhân phàn nàn rằng các điều dưỡng đã thiếu việc giới thiệu bản thân khi gặp mặt [1]. Ở Việt Nam, một nghiên cứu tiến hành trên 123 bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên cho thấy bệnh nhân hài lòng với cách giao tiếp của điều dưỡng ở mức điểm trung bình ($3,5 \pm 0,49$)

và sự hài lòng của bệnh nhân tỷ lệ thuận với khả năng giao tiếp của điều dưỡng [2]. Một nghiên cứu trên bệnh nhân tại khoa Phẫu thuật cột sống tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cũng cho thấy hơn 90% bệnh nhân hài lòng với thái độ thân thiện, sự giải thích, và hướng dẫn của các điều dưỡng [3].

Khoa Phẫu thuật Cột sống tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức thuộc một trong những bệnh viện hàng đầu tại Việt Nam, điều trị 3500 bệnh nhân mỗi năm, trong đó 75% số bệnh nhân được điều trị phẫu thuật. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả sự hài lòng của bệnh nhân với bốn khía cạnh của điều dưỡng chăm sóc (thái độ, giao tiếp, chuyên môn và khả năng đáp ứng nhu cầu) và nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân đối với điều dưỡng chăm sóc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Khoa Phẫu thuật Cột sống – Bệnh viện Việt Đức từ tháng 12/2015 đến tháng 3/2016.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

170 bệnh nhân điều trị nội trú sau phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Cột sống – Bệnh viện Việt Đức.

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

2.4. Cách chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện
2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung	Tần số (n=170)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
18-30	24	14.1
31-44	56	32.9
45-60	79	42.4
>60	18	10.6
Giới		
Nam	99	58.2
Nữ	71	41.8
Tình trạng hôn nhân		
Chưa kết hôn	24	14.1
Đã kết hôn	142	84.1
Đã ly thân, ly hôn	2	1.2
Góa vợ/chồng	1	0.6
Nghề nghiệp		
Nông dân	60	35.3
Công nhân	37	21.8
Trí thức	12	7.1

Hưu trí	4	2.4
Tự do	57	33.5
Trình độ học vấn		
Không đi học	1	0.6
Trung học	19	11.2
Trung học cơ sở	78	45.9
Trung học phổ thông	46	27.1
≥ Trung cấp	26	15.2
Nơi sống		
Đô thị	31	18.2
Bán đô thị	34	20
Nông thôn	105	61.8
Thời gian nằm viện		
< 10 ngày	155	91.2
≥ 10 ngày	15	8.8

Kết quả bảng trên cho thấy 42,4% trong tổng số 170 bệnh nhân có độ tuổi từ 45-60, tiếp theo là độ tuổi 18-30 chiếm 14,1%; độ tuổi 31-44 chiếm 32,9% và trên 60 tuổi là 10,6%. Phần lớn bệnh nhân là nam (58,2%) và đã kết hôn (84,1%). Thêm vào đó, đa phần bệnh nhân là nông dân (35,3%) và làm nghề tự do (33,5%), 45,9% bệnh nhân có trình độ học vấn dưới cấp trung học cơ sở và 27,1% bệnh nhân học hết trung học phổ thông. Hơn nửa số bệnh nhân sống ở vùng nông thôn (61,8%) và 91,2% bệnh nhân nằm viện > 10 ngày.

Bảng 2: Điểm trung bình và tỷ lệ hài lòng về đánh giá các phương diện cho sự hài lòng của bệnh nhân

Nội dung	Điểm trung bình	Tỷ lệ (%)
Thái độ	4.09 ± 0.631	81.2
Giao tiếp	3.97 ± 0.563	78.2
Chuyên môn	4.17 ± 0.578	88.8
Đáp ứng các nhu cầu	3.82 ± 0.668	81.3

Đa số bệnh nhân hài lòng về thái độ, giao tiếp, chuyên môn, và nhu cầu đáp ứng của họ đối với điều dưỡng chăm sóc. Trong đó, bệnh nhân hài lòng nhất về chuyên môn của điều dưỡng chiếm tỷ lệ 88,8% và đạt điểm trung bình hài lòng cao nhất là 4,17 ± 0,578. Số bệnh nhân hài lòng về thái độ của điều dưỡng chăm sóc chiếm 81,2%, về giao tiếp của điều dưỡng trong quá trình chăm sóc là 78,2% và về việc đáp ứng nhu cầu cho bệnh nhân của điều dưỡng là 81,3%.

Bảng 3: Mối liên quan giữa sự hài lòng của bệnh nhân và các yếu tố liên quan

Đặc điểm	Thái độ		Giao tiếp		Chuyên môn		Đáp ứng nhu cầu	
	Tần số hài lòng	Tỷ suất chênh và khoảng tin cậy	Tần số hài lòng	Tỷ suất chênh và khoảng tin cậy	Tần số hài lòng	Tỷ suất chênh và khoảng tin cậy	Tần số hài lòng	Tỷ suất chênh và khoảng tin cậy
Age <45 ≥45	63 75	1.349 (0.624-2.917) p>0.05	57 76	2.190 (1.037-4.627) p≤0.05	69 82	1.634 (0.552-4.291) p>0.05	59 76	1.256 (0.575-2.744) p>0.05
Giới Nam Nữ	74 64	3.089 (1.253-7.616) p≤0.05	73 60	1.943 (0.888-4.252) p>0.05	85 66	2.714 (0.745-6.342) p>0.05	82 53	2.912 (1.175-7.216) p≤0.05
Trình độ học vấn	120	0.450	117	0.369 (0.151-	131	0.331 (0.113-	115	0.904 (0.311-

≤ THPT ≥Trung cấp	18	(0.176-1.153) p>0.05	16	0.903 p≤0.05	20	0.970 p≤0.05	20	2.632) p>0.05
Nghề nghiệp Nông dân, tự do Học sinh, công nhân	98	0.597 (0.269-1.322)	96	1.655 (0.659-4.158)	106	2.857 (0.979-8.343)	93	1.781 (0.674-4.705)
	40	p>0.05	37	p>0.05	45	p>0.05	42	p>0.05
Tình trạng hôn nhân Chưa kết hôn Đã kết hôn	18	2.609 (1.040-6.521) p≤0.05	19	0.506 (0.238-1.074)	21	0.584 (0.220-1.548)	19	0.948 (0.411-2.189)
	120		114	p>0.05	130	p>0.05	116	p>0.05

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa bình quân thu nhập, nghề nghiệp, số lần nằm viện, quá trình nằm viện với sự hài lòng của bệnh nhân ở cả 4 yếu tố: Thái độ, giao tiếp, chuyên môn và đáp ứng yêu cầu bệnh nhân (p>0,05). Tuy nhiên, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ hài lòng về khía cạnh thái độ với giới và tình trạng hôn nhân, khía cạnh giao tiếp giữa những bệnh nhân ở nhóm tuổi dưới 45 và nhóm từ 45 trở lên, giữa người có học vấn thấp và học vấn cao, về khía cạnh chuyên môn với trình độ học vấn của đối tượng, về khía cạnh nhu cầu chăm sóc và yếu tố về giới (p<0.05).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa phần bệnh nhân hài lòng với sự chăm sóc của điều dưỡng (83,5%). Bệnh nhân hài lòng nhất là về chuyên môn của trong quá trình chăm sóc của điều dưỡng (88,8%), kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Vũ Hoàng Anh năm 2015 (92,8%) [3]. Yếu tố chiếm tỷ lệ thấp nhất về sự hài lòng của bệnh nhân là giao tiếp của điều dưỡng (78,2%). Kết quả của chúng tôi là thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Vũ Hoàng Anh: 89,9% bệnh nhân hài lòng với giao tiếp của điều dưỡng đối với họ [3]. Có thể giải thích do nghiên cứu của chúng tôi khác nghiên cứu của tác giả về thời gian và đối tượng nghiên cứu. Đánh giá điểm trung bình giao tiếp của điều dưỡng là 3,97 ± 0,563, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Ngọc Thanh Đình tại Bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên là 3,3 ± 0,6 [2]. Lý do là Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là bệnh viện tuyến

Trung ương nơi chất lượng y tế là hàng đầu và điều đó đòi hỏi giao tiếp của nhân viên y tế với bệnh nhân cũng phải từ mức chấp nhận được.

Hai khía cạnh còn lại là thái độ của các điều dưỡng và sự đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân trong quá trình chăm sóc của điều dưỡng đạt được một mức độ khá cao của sự hài lòng, tương ứng 81,2% và 81,3%. Kết quả này thấp hơn khá nhiều so với nghiên cứu của Press Ganey tại viện ung bướu Roswell Park-Buffalo-Mỹ (99%). Giải thích cho kết quả này là do nước ta là nước đang phát triển nên các dịch vụ y tế còn chưa theo kịp các nước phát triển, đặc biệt là Mỹ [4]. Kết quả này cũng thấp hơn nghiên cứu của của Vũ Hoàng Anh [3]. Lý do là hai nghiên cứu trên khảo sát trên quy mô rộng hơn về Điều dưỡng chăm sóc và nghiên cứu được thiết kế với mẫu ngẫu nhiên và bộ câu hỏi chặt chẽ hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ hài lòng của bệnh nhân với chăm sóc điều dưỡng và giới tính (p<0,05, OR=3.089) nghĩa là giới nữ hài lòng gấp 3,1 lần giới nam; mỗi liên quan với sự hài lòng cũng được thấy ở tình trạng hôn nhân (p<0,05, OR=2.609) nghĩa là ở bệnh nhân đã kết hôn mức độ hài lòng cao gấp 2,6 lần ở bệnh nhân còn độc thân. Mối liên quan này cũng được xác định trong nghiên cứu của Vũ Hoàng Anh (2015) tại viện Chấn thương Chỉnh hình: Bệnh nhân có gia đình hài lòng gấp 10 lần bệnh nhân chưa có gia đình [3].

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ hài lòng về giao tiếp của điều dưỡng và nhóm tuổi của bệnh nhân (p<0,05, OR=2.190). Nhóm tuổi từ 45 trở lên hài lòng gấp 2,2 lần so

với nhóm tuổi dưới 45. Mỗi liên quan giữa sự hài lòng và tuổi này cũng được Korkmaz MH và cộng sự kết luận trong nghiên cứu về sự hài lòng và tuân thủ của bệnh nhân người lớn sử dụng máy trợ thính và đánh giá các yếu tố ảnh hưởng [5]. Và kết quả cũng cho biết sự hài lòng có mối liên quan có ý nghĩa với trình độ học vấn (OR=0.369, 95% CI=0.151-0.903) trong đó người có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở xuống hài lòng hơn nhóm có trình độ từ trung cấp, cao đẳng trở lên.

Kết quả cũng cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa giữa mức độ hài lòng về chuyên môn của điều dưỡng với trình độ học vấn của bệnh nhân ($p < 0,05$, OR=0.331) trong đó nhóm đối tượng có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở xuống hài lòng gấp hơn 3 lần nhóm đối tượng có trình độ từ trung cấp, cao đẳng trở lên. Nghiên cứu của Lê Hữu Thọ và Nguyễn Văn Đông cho kết quả bệnh nhân dưới 60 tuổi hài lòng về chất lượng dịch vụ gấp 3,8 lần bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên [6].

Một sự tương quan đáng kể đã được tìm thấy giữa sự đáp ứng nhu cầu từ điều dưỡng và giới tính ($p \leq 0,05$, OR = 2.912) có nghĩa là bệnh nhân nữ hài lòng hơn khoảng 2,9 lần so với bệnh nhân nam. Trong nghiên cứu của Thygesen MK và cộng sự (10/1015) cho kết luận: Có mối liên quan giữa sự xếp hạng độ hài lòng với kinh nghiệm của những bệnh nhân là nữ [7].

V. KẾT LUẬN

Nhìn chung, nghiên cứu này cho thấy hầu hết các bệnh nhân đều hài lòng với sự chăm sóc của điều dưỡng tại khoa Phẫu thuật Cột sống – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Theo nghiên cứu, bệnh nhân nữ có mức độ hài lòng cao hơn bệnh nhân nam. Các bệnh nhân có các đặc điểm như có gia đình, trình độ học vấn cao, thu nhập cao

có mức độ hài lòng với sự chăm sóc của điều dưỡng cao hơn những đối tượng tương ứng độ thân, trình độ thấp hay thu nhập thấp. Nghiên cứu cũng cho thấy chuyên môn của điều dưỡng là yếu tố bệnh nhân hài lòng nhất, yếu tố chuyên môn đồng thời có số điểm hài lòng trung bình cao nhất và tỷ lệ bệnh nhân hài lòng cao nhất. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với giao tiếp của điều dưỡng còn chưa cao, do đó vấn đề này cần được xem xét và đánh giá lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Elwin Shawa (2012)**, *Patient' perceptions regarding nursing care in the general surgical wards at Kenyatta national hospital* tr. 12-14.
2. **Đinh Ngọc Thành, Phạm Thị Phương Thảo, và Bùi Thị Hợi (2015)**, *Giao tiếp của Điều dưỡng và sự hài lòng của bệnh nhân nội trú tại các khoa nội, bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên*, Khoa học & Công nghệ, số 115, tr. 143-148.
3. **Vũ Hoàng Anh (2015)**, *Sự hài lòng của bệnh nhân phẫu thuật bệnh lý cột sống tại viện Chấn thương chỉnh hình-bệnh viện hữu nghị Việt Đức*, Luận văn thạc sỹ y học, tr. 38,47-48.
4. **Press Ganey (2008)**, *Nghiên cứu sự hài lòng của bệnh nhân tại bệnh viện ung bướu Roswell Park*, Tạp chí y học, số 24.
5. **M. H. Korkmaz, O. Bayir, S. Er, E. Isik, G. Saylam, E. C. Tatar, và A. Ozdek (2016)**, *Satisfaction and compliance of adult patients using hearing aid and evaluation of factors affecting them*, Eur Arch Otorhinolaryngol.
6. **Lê Hữu Thọ và Nguyễn Văn Đông (2014)**, *Đánh giá thực trạng và các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của bệnh nhân nội trú khoa y học cổ truyền tại một bệnh viện ở Khánh Hòa*, Tạp chí y học Việt Nam, số 416, tr. 13-14.
7. **M. K. Thygesen, M. Fuglsang, và M. M. Miiller (2015)**, *Factors affecting patients' ratings of health-care satisfaction*, Dan Med J, số 62(10), tr. A5150.

TỶ LỆ NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ Ở PHẪU THUẬT SẠCH, SẠCH NHIỄM KHI TUÂN THỦ SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG

Phạm Thị Ngọc Thảo*, Tôn Thanh Trà*, Phạm Thanh Việt*,

TÓM TẮT²⁹

**Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc Thảo
Email: thaocrh10@yahoo.com

Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân

Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

phẫu thuật sạch, sạch nhiễm khi tuân thủ sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật. **Tiền hành nghiên cứu** mô tả cắt ngang 311 bệnh nhân được phân loại phẫu thuật sạch, sạch nhiễm trong tháng 6 năm 2016 tại 6 khoa Ngoại, bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả** cho thấy, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở bệnh nhân phẫu thuật sạch, sạch nhiễm khi tuân thủ sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật là 4,2%, không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với các nghiên cứu được thực hiện trước đây tại bệnh viện Chợ Rẫy. Các yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ là phẫu thuật sạch nhiễm (OR = 3,47) và sử dụng kháng sinh dự phòng không đúng liều (OR = 6,75). Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ không có sự khác biệt ở các khoa Ngoại trong nhóm nghiên cứu. **Kết luận:** Tuân thủ sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật sạch, sạch nhiễm không làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ.

Từ khóa: Kháng sinh dự phòng, phẫu thuật sạch - sạch nhiễm, nhiễm khuẩn vết mổ

SUMMARY

SURGICAL SITE INFECTION RATE WHEN ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS COMPLIANCE AT CHO RAY HOSPITAL

Aim of study to identify surgical site infection (SSI) and the related factors in clean wound and clean contaminated wound operations. A retrospective case series study done at 6 surgical departments at Cho Ray hospital in June, 2016. There were 311 cases were enrolled. The result showed that the rate of SSI was 4.2%. The related factors to SSI were clean contaminated wound operation and wrong dose of antibiotic prophylaxis. There was no significant deference of SSI rate if antibiotic prophylaxis compliance but the wrong dose of prophylactic antibiotic increased risk of SSI. There was no significant deference in SSI rate in the diferent surgical departments at Cho Ray hospital. In conclusion: The antibiotic prophylaxis compliance did not increase the rate of SSI.

Key words: antibiotic prophylaxis, clean wound - clean contaminated wound, SSI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ là mối e ngại của các phẫu thuật viên, là nguyên nhân kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí, thậm chí gây tử vong [3]. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ từ đến 2 -

15 % tùy điều kiện [1]. Cùng với kiểm soát nhiễm khuẩn, kỹ thuật mổ, kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật được xem là một biện pháp hữu hiệu hạn chế tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ. Tuy nhiên, các phẫu thuật viên vẫn lo ngại tình trạng nhiễm khuẩn sau phẫu thuật vì vậy có xu hướng sử dụng kháng sinh kéo dài sau phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm trả lời câu hỏi liệu sử dụng kháng sinh dự phòng theo đúng phác đồ có làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sớm hay không ?

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở bệnh nhân phẫu thuật sạch, sạch nhiễm khi tuân thủ sử dụng kháng sinh dự phòng và các yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng:** Bệnh nhân được phân loại phẫu thuật sạch, sạch nhiễm tại 6 khoa ngoại bệnh viện Chợ Rẫy gồm: Ngoại thần kinh nam, Ngoại thần kinh nữ, Ngoại tiêu hóa, Ngoại gan mật tụy, Ngoại chỉnh hình, Ngoại tiết niệu.

- **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang

- **Cách thức chọn mẫu:** Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật sạch, sạch nhiễm tại 6 khoa ngoại trong tháng 6 năm 2016.

- **Đối tượng loại trừ:** Bệnh nhân có phân loại nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ sai

- **Thu thập và xử lý số liệu:** Số liệu thu thập dựa vào hồ sơ lưu trữ. Phân loại nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ theo tiêu chuẩn của Trung tâm kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) và hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2012.

III. KẾT QUẢ

Có 311 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 50,1 + 13,2 tuổi. Tỷ lệ nam/ nữ là 1,24/1. Đa số bệnh nhân (64,3%) ở độ tuổi lao động (16 - 60 tuổi). Số phẫu thuật sạch là 210 chiếm 67,5%, phẫu thuật nhiễm 91 ca, chiếm 32,5%.

Bảng 1: Liều kháng sinh dự phòng

Liều kháng sinh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đúng liều	214	68,8
Sai liều	79	25,4
Không sử dụng	18	5,8
Tổng	311	100

Nhận xét. Có 25,4% trường hợp sử dụng kháng sinh dự phòng thiếu liều, thường là Cefazolin hoặc Cefazidim. Có 18 trường hợp không sử dụng kháng sinh dự phòng ở các trường hợp phẫu thuật sạch.

- Trong nhóm nghiên cứu có 203 trường hợp sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật (65%). Trong số đó, 128 ca sử dụng theo hướng dẫn kháng sinh dự phòng hoặc có bằng chứng nhiễm khuẩn cần sử dụng kháng sinh (62,4%). Có 77 ca sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật không theo hướng dẫn chiếm tỷ lệ 37,6%.

- Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 4,2% (13 trường hợp) và 96% (298 trường hợp) không có tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ trong bệnh viện.

Bảng 2: Mối liên quan giữa loại phẫu thuật và kháng sinh trước phẫu thuật

Loại phẫu thuật	Kháng sinh trước phẫu thuật		p
	Có	Không	
Sạch nhiễm	99 (97,1%)	3 (2,9%)	< 0,05
Sạch	194 (92,8%)	15 (7,2%)	
Tổng số	293 (94,2%)	18 (5,8%)	

Nhận xét: Vẫn còn 3 trường hợp phẫu thuật sạch nhiễm nhưng không được dùng kháng sinh dự phòng và chỉ có 15 trường hợp phẫu thuật sạch không dùng kháng sinh dự phòng

Bảng 3: Mối liên quan giữa loại phẫu thuật và nhiễm khuẩn vết mổ

Loại phẫu thuật	Nhiễm khuẩn vết mổ sớm		OR	p
	Có	Không		
Sạch nhiễm	8 (7,8%)	94 (92,2%)	3,47 (2,95-3,69)	<0,01
Sạch	5 (2,4%)	204 (97,6%)		
Tổng số	13 (4,2%)	298 (95,8%)		

Nhận xét: Nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ cao hơn 3,47 lần ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật sạch nhiễm.

Bảng 4: Mối liên quan giữa liều kháng sinh và nhiễm khuẩn vết mổ

Liều kháng sinh	Nhiễm khuẩn vết mổ 2016		OR	p
	Có	Không		
Sai	9 (11,4%)	70 (88,6%)	6,75 (5,87-7,1)	<0,05
Đúng	4 (1,9%)	228 (98,1%)		
Tổng số	13 (4,2%)	298 (95,8%)		

Nhận xét: Sử dụng kháng sinh dự phòng không đúng liều làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ lên 6,75 lần

Bảng 5: Mối liên quan giữa khoa điều trị và nhiễm khuẩn vết mổ.

Khoa	Nhiễm khuẩn vết mổ		p
	Có	Không	
Ngoại thần kinh nữ	0 (0%)	49 (100%)	>0,05
Ngoại thần kinh nam	0 (0%)	47 (100%)	
Ngoại tiêu hoá	8 (14,3%)	48 (85,7%)	
Ngoại gan mật tụy	2 (4,4%)	43 (95,6%)	
Ngoại tiết niệu	1 (2,6%)	38 (97,4%)	
Ngoại chỉnh hình	2 (2,7%)	73 (97,3%)	
Tổng	13 (4,2%)	298 (95,8%)	

Nhận xét: Không có sự liên quan giữa khoa điều trị và nhiễm khuẩn vết mổ với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

- **Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ:** Nhiễm khuẩn vết mổ là một biến chứng thường gặp trong ngoại khoa. Tại Hoa Kỳ, nhiễm khuẩn vết mổ trung bình là 4,1% (dao động từ 2 - 5%) trong số 30 triệu trường hợp phẫu thuật mỗi năm [6]. Một nghiên cứu dịch tễ trên diện rộng đã chỉ ra có ít nhất 2% số bệnh nhân phẫu thuật bị nhiễm khuẩn vết mổ, trong khi các dữ liệu khác cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ dao động trong khoảng 3 đến 20% tùy theo mức độ nguy cơ [5]. Theo báo cáo điều tra năm 2005

của Bộ Y tế trên quy mô 19 bệnh viện trên toàn quốc thì tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 6,8% [1]. Nghiên cứu cắt ngang tiến hành từ tháng 5 đến tháng 7 năm 2009 về tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Y Dược thành phố Hồ Chí Minh cho kết quả tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ chung là 3,0%. Tỷ lệ này ở một số bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh ở miền bắc giai đoạn tháng 11 năm 2009 đến tháng 2 năm 2010 thậm chí lên tới 7,5% [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ

chiếm 4,2% giảm 2% so với năm 2015 nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật được dùng với mục đích đạt được nồng độ tối đa trong huyết thanh và trong mô vào thời điểm rạch da và được duy trì trong suốt thời gian nguy hiểm (ví dụ giữa lúc rạch da và đóng ổ bụng) để ngăn ngừa những đợt nhiễm khuẩn có thể xảy ra trong thời gian đó. Kháng sinh dự phòng đã được chứng minh có khả năng làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong các thử nghiệm lâm sàng, qua đó sẽ giảm được số ngày nằm viện và chi phí điều trị cho người bệnh [4]. Tuy nhiên, sử dụng kháng sinh dài ngày sau phẫu thuật trở thành một thói quen của các phẫu thuật viên trong nhiều năm qua. Mặt khác, điều kiện môi trường bệnh viện, kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện vẫn chưa tạo được tâm lý yên tâm cho các phẫu thuật viên khi tuân thủ sử dụng kháng sinh dự phòng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tuân thủ kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật 62,4%. Đây là một kết quả của chương trình giám sát sử dụng kháng sinh dự phòng vì trước năm 2016, phần lớn các trường hợp phẫu thuật đều sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật. Theo thống kê của bệnh viện, năm 2016 có hơn 42.000 trường hợp được phẫu thuật, trong số đó có khoảng 50% là phẫu thuật sạch, sạch nhiễm. Vì vậy, hạn chế sử dụng kháng sinh không cần thiết sau phẫu thuật đã tiết kiệm được một khoảng tiền rất lớn cho người bệnh. Chưa kể các lợi ích khác từ việc hạn chế tình trạng đề kháng kháng sinh, giảm thời gian nằm viện và giảm những tác dụng không mong muốn do kháng sinh gây ra.

- Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ:

Theo phân tích gộp từ 5 nghiên cứu của Deverick J Anderson và cộng sự (2013), tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ tùy vào loại phẫu thuật như: phẫu thuật sạch có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 1,3% - 2,9%; phẫu thuật sạch - nhiễm (2,4% - 7,7%), phẫu thuật nhiễm (6,4% - 15,2%), phẫu thuật bẩn (7,1% - 40%) [4]. Theo Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) phẫu thuật sạch có nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ từ 1 - 5%, phẫu thuật sạch - nhiễm có nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 5 - 10%. Chính vì vậy, kết quả của chúng tôi có sự liên quan giữa loại phẫu thuật và nhiễm khuẩn vết mổ, phẫu thuật sạch nhiễm sẽ có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ cao hơn phẫu thuật sạch. Từ đó,

cần phân loại phẫu thuật cho tất cả trường hợp phẫu thuật nhằm đánh giá nguy cơ nhiễm khuẩn để có biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn một cách hiệu quả. Kết quả nghiên cứu Fennesy B.G và cộng sự cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ còn tùy thuộc vào quy mô của bệnh viện. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở bệnh viện có giảng dạy dưới 500 giường là 6,4% so với 8,2% ở bệnh viện có trên 500 giường [1]. Trong khi đó, Bệnh viện Chợ Rẫy là bệnh viện đa khoa hạng đặc biệt, trực thuộc Bộ Y Tế, phục vụ cho nhân dân từ 23 tỉnh thành phía Nam, là môi trường giảng dạy thực hành cho nhiều học viên như bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, chuyên khoa, bác sĩ nội trú... cùng với số giường bệnh thực tế trên 2700 giường.

Ngoài ra, nhiễm khuẩn vết mổ còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: yếu tố thuộc về bệnh nhân: tình trạng miễn dịch, chế độ dinh dưỡng, bệnh lý kèm theo.... Liên quan đến phẫu thuật có cấy ghép hay không, liên quan đến vi khuẩn và liên quan đến kháng sinh dự phòng. Kháng sinh dự phòng có thể phòng ngừa 30% nhiễm khuẩn vết mổ [5]. Kháng sinh dự phòng phải cho với liều có thể cho một nồng độ trong mô có hiệu quả trước khi vết mổ có thể bị lây nhiễm. Liều kháng sinh hiệu quả được tính theo cân nặng của bệnh nhân [5]. Nhiều công trình nghiên cứu của các tác giả cho thấy sử dụng kháng sinh dự phòng đúng liều đã giúp hạ thấp tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ một cách rõ rệt. So sánh tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ giữa 2 nhóm bệnh nhân dùng kháng sinh dự phòng đúng liều và dùng kháng sinh dự phòng sai liều cho thấy kết quả rất rõ rệt nên các tác giả đều nhận định rằng phẫu thuật không dùng kháng sinh đúng liều là không an toàn [2]. Sử dụng kháng sinh dự phòng đúng bao hàm đúng thuốc, đúng liều, đúng đường và đúng thời điểm. Điều này giúp cho nồng độ kháng sinh đạt được tối đa tại vị trí vết mổ ở thời điểm rạch da giúp hạn chế nhiễm khuẩn vết mổ trong thời gian hậu phẫu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ cao hơn ở bệnh nhân phẫu thuật sạch nhiễm và bệnh nhân sử dụng kháng sinh dự phòng không đúng liều. Ngoài ra, giám sát chặt chẽ sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật giúp giảm chi phí điều trị, giảm tình trạng đề kháng kháng sinh và góp phần giảm thời gian nằm viện.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ khi sử dụng kháng sinh dự phòng theo hướng dẫn là 4,2%. Tỷ lệ này không có sự khác biệt với nhóm bệnh nhân sử dụng kháng sinh dài ngày sau phẫu thuật. Các yếu tố làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là sử dụng kháng sinh không đúng liều và phẫu thuật sạch nhiễm.

KIẾN NGHỊ: Tiếp tục khuyến cáo sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật đúng theo hướng dẫn và không sử dụng kháng sinh kéo dài sau phẫu thuật nếu không có bằng chứng nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2012)**, "Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ". *Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ - BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế*.
2. **Lê Thị Anh Thư, Đặng Thị Vân Trang (2011)**, "Những rào cản trong áp dụng hướng dẫn sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân ngoại khoa tại Bệnh viện Chợ Rẫy". *Y học TP.Hồ Chí Minh*, 15(2), tr. 35-38.
3. **Deverick J Anderson, (2013)**, "Surveying the Surveillance: Surgical Site Infections Excluded by the January 2013 Updated Surveillance Definitions". *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35(5), pp 570 - 573.
4. **Fennessy B.G., O'sullivan M.J, Fulton G.J., Kirwan W. O, Redmond H. P. (2006)**, "Prospective study of use of perioperative antimicrobial therapy in general surgery, Surgical Infections". *Surgical Infections*, 7(4), pp. 355-360
5. **Kirby J. P, Mazuski J.E (2009)**, "Prevention of surgical site infection". *Surgical Clinics of North America*, 89(2), pp. 365 -369.
6. **Mangram A. J, Horan T. C (1999)**, "Guideline for prevention of surgical site infection, Hospital Infection Control Practices Advisory Committee". *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 20(4), pp. 250 -280.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH PHÒNG BỆNH RĂNG MIỆNG CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH NĂM 2014

Nguyễn Xuân Thực*, Vũ Đức Minh**

TÓM TẮT³⁰

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành phòng bệnh răng miệng của bệnh nhân ĐTĐ typ 2. **Đối tượng và phương pháp:** Một điều tra cắt ngang được triển khai trên 385 bệnh nhân ĐTĐ typ 2, được theo dõi và điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 04/2014 đến tháng 6/2014. Các bệnh nhân được phỏng vấn trực tiếp để ghi nhận các chỉ số nghiên cứu. **Kết quả:** Hiểu biết sức khỏe răng miệng có ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân là 89,6%, nguyên nhân sâu răng là 54,8%, nguyên nhân VQR là 59,5%, mối liên quan giữa VQR và đái tháo đường là 42,9%. Thái độ chủ động đi khám răng chiếm 11,9%, tự chữa theo kinh nghiệm chiếm 15,8%; đi khám răng ngay khi thấy đau là 35,1%, khi bệnh đã nặng là 37,1%. Thực hành chải răng được hướng dẫn tỷ lệ 16,4%, chải răng không được hướng dẫn 75,8%, còn 7,8% không chải răng; Thực hành

chải răng với kem chải răng chiếm 81,8%; Có thói quen súc miệng sau ăn là 61,5%, sử dụng nước muối làm nước để súc miệng là 35,6%. **Kết luận:** Kiến thức, thái độ, thực hành phòng bệnh răng miệng của đối tượng nghiên cứu còn hạn chế. Cần tăng cường công tác tuyên truyền kiến thức VSRM cho người bệnh ĐTĐ trên các phương tiện thông tin đại chúng, và đẩy mạnh hình thức giáo dục, tư vấn trực tiếp tại các phòng khám bệnh ĐTĐ.

Từ khóa: đái tháo đường typ 2, viêm quanh răng, chải răng, súc miệng.

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICES OF TYPE 2 DIABETIC PATIENTS REGARDING THEIR ORAL DISEASE PREVENTION AT NINH BINH GENERAL HOSPITAL, 2014

Objectives: to evaluate knowledge, attitude, and practices of type 2 diabetic patients regarding their oral disease prevention. **Subjects and Methods:** a cross-sectional study was conducted on 385 type 2 diabetic patients, who were followed up and treated as outpatients at Ninh Binh general hospital from 04/2014 to 06/2014. Patients were interviewed directly to record the study indexes. **Results:** Knowledge about the influence of oral health on

*Bệnh viện Bạch Mai

**Sở Y tế Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thực

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

general health accounting for 89.6%, the cause of dental caries and the cause of periodontitis turning about 54.8% and 59.5%, the relation between periodontitis and diabetes accounting for 42.9%. Attitude of going to the dentists regularly accounting for 11.9%, as soon as feeling of pain 35.1%, when serious 37.1%. Practice: brushing teeth with guidance accounting for 16.4%, without guidance 75.8%, and non-brushing 7.8%. Brushing teeth with toothpaste accounting for 81.8%, habit of rinsing mouth after meal 61.5%, using salt water to rinse 35.6%. **Conclusions:** Knowledge, attitude, and practice for oral diseases prevention of the subjects were poor. Need to strengthen the propaganda of dental health education for diabetics on the mass media, and consulting dental health on the diabetic clinics.

Key words: Type 2 diabetic, periodontitis, brushing teeth, rinsing mounth.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây đã có nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng các bệnh răng miệng (RM) nói chung, bệnh viêm quanh răng (VQR) nói riêng chịu sự tác động của các yếu tố nguy cơ, trong đó đái tháo đường (ĐTĐ) được coi là yếu tố nguy cơ có sự tác động mạnh tới sự phát sinh và phát triển của bệnh. Tại Việt Nam, theo công bố của Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2012 có 3,16 triệu người dân mắc bệnh ĐTĐ, chiếm gần 5,3% dân số trưởng thành tính từ 20 đến 70 tuổi. Tốc độ phát triển của bệnh ĐTĐ tỷ lệ thuận với tốc độ phát triển công nghiệp, đô thị hóa, sự thay đổi kinh tế và lối sống của người dân. Bệnh ĐTĐ đang thực sự là gánh nặng của xã hội khi số người bị bệnh không ngừng gia tăng, chi phí điều trị bệnh tốn kém với thời gian điều trị kéo dài và người bệnh ĐTĐ có nguy cơ mắc phải các bệnh RM cao hơn những người khác [1].

Hiện nay trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về mối liên quan giữa bệnh VQR và ĐTĐ, đặc biệt là vấn đề điều trị chăm sóc răng miệng có tác động tích cực như thế nào đến việc kiểm soát đường máu. Để có thể đưa ra những chương trình hành động, tuyên truyền nhằm nâng cao sức khỏe răng miệng, hạn chế tình trạng mất răng, ảnh hưởng quá trình ăn nhai, phát âm, thẩm mỹ và giảm chi phí cho việc điều

trị các bệnh răng miệng của người bệnh ĐTĐ đến khám điều trị tại Khoa Nội tiết – Đái tháo đường Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đạt được mục tiêu: "đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành phòng bệnh răng miệng của bệnh nhân đái tháo đường tít 2"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu: NC được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 04/2014 đến tháng 6/2014.

2.1.3. Cỡ mẫu: 385 người là những bệnh nhân ĐTĐ tít 2 theo tiêu chuẩn của IDF – 2005 [2], được đăng ký quản lý, khám và điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội tiết Khoa khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Áp dụng phương pháp NC mô tả cắt ngang.

2.2.2. Tiến hành nghiên cứu: Toàn bộ bệnh nhân ĐTĐ tít 2 điều trị ngoại trú đến khám tại phòng khám Nội tiết của Khoa khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 4 đến tháng 6 năm 2014 đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu, sẽ được chuyển sang phòng khám Răng Hàm Mặt của Khoa Khám bệnh để phỏng vấn kiến thức, thái độ thực hành phòng bệnh RM.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập vào máy tính và xử lý theo phần mềm thống kê Y học SPSS 11.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Trong tổng số 385 đối tượng nghiên cứu, nam chiếm 56,1%, nữ chiếm 43,9%; nhóm tuổi từ 60 trở xuống chiếm 75,6%, nhóm tuổi trên 60 chiếm 24,4%. Thời gian phát hiện ĐTĐ từ 5 năm trở xuống chiếm 50,9%, từ 6 - 10 năm chiếm 33,5% và trên 10 năm chiếm 15,6%.

3.2. Kiến thức phòng chống bệnh răng miệng.

Bảng 3.1. Sự hiểu biết về sức khỏe răng miệng

Hiểu biết về SKRM	Nam (n=216)		Nữ (n=169)		Chung (n=385)	
	n	%	n	%	n	%
RM kém ảnh hưởng đến SKTT	195	90,3	150	88,8	345	89,6
Bệnh viêm quanh răng	141	65,3	115	68,0	256	66,5
Sâu răng	134	62,0	107	63,3	241	62,6

Nguyên nhân bệnh VQR	125	57,9	104	61,5	229	59,5
Nguyên nhân sâu răng	117	54,2	94	55,6	211	54,8
Liên quan VQR và ĐTD	88	40,7	77	45,6	165	42,9

Nhận xét: Tỷ lệ hiểu biết về SKRM ảnh hưởng đến SK toàn thân là 89,6%, trong đó nam là 90,3%, nữ là 88,8%. Tỷ lệ hiểu biết nguyên nhân gây ra các bệnh về răng như: sâu răng, VQR lần lượt là 54,8% và 59,5%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu hiểu biết mối liên quan VQR và ĐTD chiếm tỷ lệ 42,9%, trong đó nam là 40,7%, nữ là 45,6%.

3.3. Thái độ phòng chống bệnh răng miệng.

Bảng 3.2. Thái độ của đối tượng nghiên cứu khi mắc bệnh răng miệng

Cách xử lý khi có bệnh răng miệng	Nam (n=216)		Nữ (n=169)		Chung (n=385)	
	SL	(%)	SL	(%)	SL	(%)
Khám ngay khi có triệu chứng	78	36,1	57	33,7	135	35,1
Khám khi bệnh nặng	79	36,5	64	37,8	143	37,1
Tự điều trị theo kinh nghiệm	31	14,4	30	17,8	61	15,9
Chưa thấy răng miệng có vấn đề	28	13,0	18	10,7	46	11,9

Nhận xét: Tỷ lệ của đối tượng nghiên cứu có thái độ chủ động đi khám răng miệng còn ít chiếm 11,9%. Còn chủ động tự chữa theo kinh nghiệm chiếm 15,8%; Tỷ lệ có thái độ đi khám răng ngay khi thấy đau là 35,1%. Khám khi bệnh đã nặng là 37,1%.

3.4. Thực hành phòng chống bệnh răng miệng.

Bảng 3.3. Thực hành chải răng

Biên số		Nam (n=216)		Nữ (n=169)		Chung (n=385)	
		SL	(%)	SL	(%)	SL	(%)
Chải răng	Không chải	9	4,2	21	12,4	30	7,8
	Được HD	35	16,3	28	16,6	63	16,4
	Không được HD	172	79,6	120	71,0	292	75,8
Hình thức chải răng							
Với nước lã		13	6,0	18	10,7	31	8,1
Với muối		3	1,4	6	3,6	9	2,3
Với kem chải răng		191	88,4	124	73,4	315	81,8

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu không chải răng chiếm 7,8%, tỷ lệ chải răng được hướng dẫn 16,4%, tỷ lệ chải răng không được hướng dẫn là 75,8%. Tỷ lệ chải răng với kem chải răng chiếm 81,8%.

Bảng 3.4. Thói quen súc miệng

Thói quen súc miệng		Nội thành (n=144)		Ngoại thành (n=103)		Nông thôn (n=138)	
		SL	(%)	SL	(%)	SL	(%)
Súc miệng	Thường xuyên, sau ăn	88	61,1	62	60,2	87	63,0
	Khi thấy hôi miệng	56	38,9	41	39,8	51	37,0
Loại nước súc miệng	Nước lã	12	8,3	16	15,5	28	20,3
	Nước chín, nguội	62	43,1	41	39,8	45	32,6
	Nước muối	50	34,7	34	33,0	53	38,4
	Dung dịch sát khuẩn	13	9,0	9	8,7	12	8,7
Bất kì		7	4,9	3	2,9	0	0,0

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có thói quen súc miệng thường xuyên sau ăn là rất cao cả ba khu vực từ 60,2- 63%; Tỷ lệ sử dụng nước muối làm nước để súc miệng ở nội thành là 34,7%, ngoại thành 33,0%, nông thôn 38,4%, sử dụng nước đun sôi để nguội làm nước để súc miệng ở nội thành là 43,1%, ngoại thành 39,8%, nông thôn 32,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức phòng chống bệnh răng miệng.

Bảng 3.1 cho thấy mức độ hiểu biết của người bệnh ĐTD về SKRM. Đa số người bệnh biết rằng SKRM kém sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân. Tuy nhiên mức độ người bệnh hiểu biết cụ thể về các bệnh RM, nguyên nhân bệnh

lý cũng như mối liên quan giữa bệnh QR và ĐTD là chưa cao. Qua nghiên cứu cho thấy có 66,5% người bệnh biết về bệnh QR, trong đó biết về nguyên nhân dẫn đến căn bệnh này là 59,5%; có 62,6% người bệnh biết về bệnh sâu răng và 54,8% biết về nguyên nhân dẫn đến bệnh sâu

răng. Đặc biệt chỉ có 42,9% người bệnh ĐTD biết về mối liên quan giữa bệnh VQR và ĐTD.

So sánh với nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Việt chúng tôi nhận thấy vấn đề kém hiểu biết về SKRM không chỉ có ở nhóm đối tượng bệnh nhân mắc ĐTD mà còn có ở cộng đồng dân cư nói chung. Tác giả Phạm Văn Việt khi nghiên cứu về SKRM của người cao tuổi đại diện cho khu vực Hà Nội cũng đưa ra kết quả: số đối tượng không hiểu nguyên nhân gây bệnh là rất cao: 80,8% với bệnh sâu răng và 79,1% với bệnh VQR [3].

Nghiên cứu của tác giả Abid Ullah Khan từ tháng 1/2010 đến tháng 1/2011 trên 300 bệnh nhân ĐTD ở Rawalpindi, Pakistan đã đưa ra kết luận: 13% số bệnh nhân không biết về mối liên quan giữa bệnh ĐTD và bệnh RM, 23% đối tượng nghiên cứu phủ nhận về mối liên quan giữa bệnh ĐTD và bệnh RM [4].

Tóm lại từ các kết quả nghiên cứu trên cho thấy mức độ hiểu biết về SKRM, thông tin về nguyên nhân gây ra các bệnh sâu răng, viêm quanh răng của nhân dân nói chung, của người bệnh ĐTD nói riêng là còn rất hạn chế.

4.2.2. Thái độ phòng chống bệnh răng miệng

Đánh giá về thái độ đối với SKRM của nhóm người bệnh ĐTD nhiều nghiên cứu cho thấy có rất ít người có thói quen đi khám RM định kỳ để phát hiện và điều trị sớm. Đa số trong nhóm đối tượng này chỉ đến với các dịch vụ CSSKRM khi có cảm giác đau, thẩm mỹ bị ảnh hưởng, giao tiếp xã hội bị hạn chế. Bảng 3.2 cho thấy thái độ của bệnh nhân khi mắc bệnh răng miệng: 35,1% số đối tượng mắc bệnh ĐTD đi khám ngay khi có các triệu chứng, 37,1% số đối tượng chỉ đi khám khi bệnh RM đã ở mức độ nặng. Thái độ CSSKRM ở cả hai giới nam và nữ tỷ lệ tương đương nhau. Đặc biệt có tới 15,8% người bệnh ĐTD khi có bệnh RM vẫn tự điều trị theo kinh nghiệm tại nhà bằng các phương pháp dân gian, số đối tượng này có tỷ lệ cao hơn ở khu vực nông thôn chiếm 18,8%. Những đối tượng này có nhiều đặc điểm liên quan bất lợi tới tình trạng răng. Như đã phân tích ở trên, nhóm đối tượng ở khu vực nông thôn với nghề nghiệp chủ yếu là lao động chân tay, có nhiều người ăn trầu, nhuộm răng, không chải răng vì vậy tình trạng có bệnh RM của họ là rất cao, họ lại chịu những tác động bất lợi về tình hình kinh tế xã hội tại chỗ như hệ thống cơ sở khám chữa, điều trị nha khoa tại khu vực còn hạn chế, đi lại xa xôi tốn kém nên

dẫn đến việc chưa có thái độ tích cực trong việc chăm sóc SKRM. Tác giả Nguyễn Xuân Thực trong nghiên cứu về bệnh QR trên đối tượng bệnh nhân ĐTD cũng đưa ra kết luận: Thái độ quan tâm và sử dụng các dịch vụ CSSKRM của đối tượng nghiên cứu là rất kém, có tới 90,1% đối tượng chưa từng thăm khám răng miệng trong vòng 1 năm. Tác giả Phạm Văn Việt đã điều tra và nhận thấy khi trả lời câu hỏi về cách xử lý mỗi khi RM có vấn đề, đa số đối tượng nghiên cứu cho biết họ thường chịu đựng và tự chữa bằng thuốc nam, theo kinh nghiệm cá nhân và sự mách bảo của những người xung quanh. Số đối tượng nói có đi khám định kỳ là rất thấp (0,7%). Nhiều người chưa từng đi khám răng miệng bao giờ. Có 18,8% đối tượng đã trả lời là không cần thiết khi được hỏi có cần biết thêm thông tin về SKRM hay không. Mặc dù đối tượng nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Việt là nhóm người bệnh cao tuổi khác với đối tượng trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Thực và chúng tôi nhưng qua phần so sánh trên cũng có thể rút ra kết luận về thái độ đối với sức khỏe RM của nhân dân nói chung và của người mắc bệnh ĐTD là chưa quan tâm nhiều đến các bệnh về răng miệng cũng như mối liên quan giữa ĐTD và bệnh RM, chính điều này đã dẫn đến việc thực hành chăm sóc SKRM chưa đem lại hiệu quả thích hợp, làm cho những bệnh RM mà người ĐTD mắc phải ngày càng trở nên trầm trọng [3], [5].

Trong nghiên cứu, chúng tôi cũng phỏng vấn đối tượng nghiên cứu về lí do mà họ không tìm đến với các dịch vụ CSSKRM, câu trả lời đa số liên quan đến hiểu biết (họ không biết mình có bệnh). Một số khác đưa ra lí do về phí tổn khám chữa răng được cho là quá cao so với mức thu nhập của họ. Bên cạnh đó việc chờ đợi lâu, đi lại nhiều lần, xa xôi không thuận lợi, tâm lý e ngại sợ nhổ răng đau, sợ lây nhiễm bệnh khác cũng là những lí do mà một số ít đối tượng đưa ra khi được phỏng vấn về thái độ chăm sóc SKRM.

4.2.3. Thực hành phòng chống bệnh răng miệng

Tự chăm sóc SKRM quan trọng nhất đối với mỗi người là vệ sinh sạch sẽ răng miệng hàng ngày bằng biện pháp hợp lý. Các đối tượng trong nghiên cứu này sử dụng nhiều biện pháp vệ sinh răng miệng như chải răng, súc miệng, dùng khăn, vải, xác cau khô.... trong đó hai biện pháp chủ yếu được sử dụng là chải răng và súc miệng.

Chải răng là một công việc tưởng như đơn giản nhưng lại hết sức cần thiết và rất quan trọng. Muốn chải răng có hiệu quả cần biết cách lựa chọn bàn chải, lựa chọn kem chải và biết cách chải răng đúng phương pháp.

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy số đối tượng chải răng hàng ngày là 92,2%, trong đó có tới 75% số đối tượng chải răng theo ý thức tự nhận biết của cá nhân, chỉ có 16,4% số đối tượng chải răng theo sự hướng dẫn của các chuyên gia về nha khoa, đặc biệt có tới 7,8% số đối tượng không chải răng mà dùng các hình thức VSRM như dùng vải, dùng khăn...(tập trung ở nhóm đối tượng cao tuổi thuộc khu vực nông thôn và những người có uống rượu, bia, hút thuốc lá). Về hình thức chải răng, đa số các đối tượng có chải răng đã thực hiện chải răng với kem chải răng, số đối tượng này chiếm tỷ lệ 81,8%. Chỉ có 8,1% số đối tượng chải răng với nước lã và 2,3% số đối tượng chải răng với muối.

Bên cạnh việc chải răng thì súc miệng cũng là một thói quen phổ biến của các đối tượng trong nghiên cứu. Bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ về thói quen súc miệng theo khu vực phân bố người bệnh. Đa số các đối tượng ở cả 3 khu vực có thói quen súc miệng thường xuyên, sau khi ăn (chiếm tỷ lệ 60,2% - 63%), có thể lý giải điều này là bởi người dân Việt Nam từ xưa đến nay thường có thói quen xỉa răng, súc miệng, uống nước sau khi ăn. Trong đó loại nước súc miệng mà các đối tượng thường sử dụng là nước chín, để nguội (từ 32,6% - 43,1%) hoặc nước muối (33,0% - 38,4%), rất ít đối tượng sử dụng dung dịch sát khuẩn (8,7% - 9,0%).

Tóm lại từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy hiểu biết thái độ thực hành VSRM của những bệnh nhân ĐTĐ týp 2 trong nghiên cứu cũng nằm trong hoàn cảnh chung của cộng đồng dân cư. Có nhiều người không hiểu về các kiến thức răng miệng cơ bản, cần thiết và có biểu hiện của sự tự quan tâm chăm sóc VSRM kém. Nhiều bệnh nhân ĐTĐ có cách VSRM chưa tốt, chưa có hiểu biết đúng về kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống bệnh RM. Trên cơ sở đó, chúng ta cần tìm ra các biện pháp và hướng đi thích hợp mới có thể đem lại hiệu quả cho công tác giáo dục nha khoa, góp phần nâng cao chất lượng sống của những người mắc bệnh ĐTĐ nói chung và ĐTĐ týp 2.

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh răng miệng của các bệnh nhân ĐTĐ týp 2 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Hiểu biết sức khỏe răng miệng có ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân là 89,6%, nguyên nhân sâu răng là 54,8%, nguyên nhân VQR là 59,5%, mối liên quan giữa VQR và đái tháo đường là 42,9%.

- Thái độ chủ động đi khám răng chiếm 11,9%, tự chữa theo kinh nghiệm chiếm 15,8%; đi khám răng ngay khi thấy đau là 35,1%, khi bệnh đã nặng là 37,1%.

- Thực hành chải răng được hướng dẫn tỷ lệ 16,4%, chải răng không được hướng dẫn 75,8%, còn 7,8% không chải răng; Thực hiện chải răng với kem chải răng chiếm 81,8%; Có thói quen súc miệng sau ăn là 61,5%, sử dụng nước muối làm nước để súc miệng là 35,6%.

KIẾN NGHỊ: Tăng cường công tác tuyên truyền và giáo dục nâng cao kiến thức vệ sinh răng miệng cho cộng đồng, đặc biệt là người bệnh đái tháo đường trên các phương tiện thông tin đại chúng, đẩy mạnh hình thức giáo dục, tư vấn trực tiếp tại phòng khám bệnh ĐTĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Xuân Thực (2012)**, Bệnh quanh răng ở bệnh nhân đái tháo đường, *Tạp chí Nội tiết*, 7, tr. 94-97.
2. **Tạ Văn Bình (2006)**, Bệnh Đái tháo đường - tăng glucose máu, *Nhà xuất bản Y học*, 24-36.
3. **Phạm Văn Việt (2004)**, Nghiên cứu tình trạng nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi Hà Nội, *Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội*.
4. **Abid Ullah Khan (2011)**, Diabetic patients: level of awareness about oral health knowledge, attitude and Pakistan, *Oral & Dental Journal* Vol 31, No. 2
5. **Nguyễn Xuân Thực (2011)**, Nghiên cứu bệnh quanh răng ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương và đánh giá hiệu quả can thiệp, *Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội*.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG LOÃNG XƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Nguyễn Thị Phương Thủy^{1,2}, Nguyễn Thị Thuyết²

TÓM TẮT³¹

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng loãng xương và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân VKDT điều trị nội trú tại Khoa Khớp, bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tiến cứu kết hợp hồi cứu, gồm 150 bệnh nhân VKDT điều trị nội trú tại Khoa Khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2011 đến tháng 3/2012. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ loãng xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 46% và giảm mật độ xương là 36,7%, trong đó, gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 55 đến 69 tuổi. Có 5,3% trường hợp bị gãy xương, tập trung chủ yếu ở nhóm loãng xương và giảm MĐX. Những bệnh nhân VKDT có trọng lượng cơ thể thấp (BMI <18,7), đã mãn kinh và có tiền sử dùng corticoid có tỷ lệ loãng xương cao hơn rõ rệt so với các bệnh nhân có cân nặng bình thường, chưa mãn kinh và không dùng corticoid ($p < 0,05$). Loãng xương và giảm MĐX gặp nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân VKDT có bệnh hoạt động mức độ mạnh. Ở nhóm bệnh nhân có bệnh không hoạt động và hoạt động nhẹ, loãng xương ít gặp (tỷ lệ 2,9%).

Từ khóa: viêm khớp dạng thấp, loãng xương, yếu tố liên quan.

SUMMARY

STUDY ON THE FREQUENCY OF AND RISK FACTORS FOR OSTEOPOROSIS IN RHEUMATOID ARTHRITIS

Objective: To investigate the prevalence of osteoporosis in rheumatoid arthritis patients treating in Rheumatology Department, Bach Mai hospital and to analyze the risk factors in these patients.

Methods: cross sectional, prospective and retrospective cohort study, 150 patients with rheumatoid arthritis treated in Rheumatology department, Bach Mai hospital from May, 2011 to March, 2012. **Results and conclusions:** Among the patients with rheumatoid arthritis, 46% and 36.7% of patients were in the osteoporosis and osteopenia, mostly in the 55-69 years age group. Osteoporotic fractures occurred in 5.3% of patients and were highest among patients with osteoporosis and osteopenia. These patients with low body mass index (<18.7), postmenopause and use of glucocorticoids had significantly higher frequency of osteoporosis compared with patients had normal body weight,

normal mense and no use of glucocorticoids ($p < 0.05$). Osteoporosis and osteopenia were highest in patients with severe disease activity. Osteoporosis was less common in patients with low disease activity and inactivity (2.9%).

Key words: rheumatoid arthritis, osteoporosis, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là tình trạng giảm mật độ xương (MĐX), gây tổn hại đến vi cấu trúc của xương, làm cho xương trở nên giòn và dễ gãy. Gãy xương do loãng xương là nguyên nhân chính gây tàn tật, làm giảm chất lượng sống và có thể dẫn đến tử vong ở người cao tuổi. Kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy, các yếu tố nguy cơ có những ảnh hưởng khác nhau đến tình trạng loãng xương, trong đó có bệnh viêm khớp dạng thấp (VKDT), một bệnh hay gặp nhất trong nhóm bệnh khớp viêm mạn tính. Loãng xương là một trong những biểu hiện ngoài khớp thường gặp ở các bệnh nhân VKDT. Tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân VKDT cao hơn so với người cùng độ tuổi, cùng giới không bị bệnh. VKDT. Các di chứng của bệnh, trong đó có loãng xương đã ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe, khả năng lao động và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Có nhiều yếu tố gây ảnh hưởng đến MĐX ở bệnh nhân VKDT: các cytokine gây viêm (interleukin-1, interleukin-6, TNF- α) làm giảm sự tái hấp thu xương, lớn tuổi, giảm vận động do sưng đau khớp, thời gian mắc bệnh kéo dài, dùng corticoid điều trị bệnh, thay đổi nội tiết do mãn kinh, tình trạng dinh dưỡng kém và giảm trọng lượng cơ thể do bệnh tiến triển [1]. So với những người khỏe mạnh, cùng tuổi cùng giới, bệnh nhân VKDT có nguy cơ bị gãy cổ xương đùi cao gấp hai lần và gãy xương đốt sống cao gấp bốn lần [2]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu 1. Khảo sát tình trạng loãng xương và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân VKDT điều trị nội trú tại Khoa Khớp, bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 150 bệnh nhân VKDT điều trị nội trú tại Khoa Khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2011 đến tháng 3/2012.

¹Khoa Khớp bệnh viện Bạch Mai.

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: bệnh nhân được chẩn đoán xác định VKDT theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội thập khớp học Mỹ (ACR)- 1987.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tiến cứu kết hợp hồi cứu. Tất cả các bệnh nhân VKDT tham gia nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán bệnh và đánh giá các yếu tố nguy cơ gây loãng xương.

Các đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, BMI, thời gian mắc bệnh, thời gian cứng khớp buổi sáng, số khớp sưng, số khớp đau (trong tổng số 28 khớp theo DAS 28), điểm mức độ hoạt động của bệnh theo DAS 28, mức độ đau theo thang điểm VAS, tiền sử (dùng thuốc, mãn kinh, hút thuốc lá, uống rượu, các bệnh lý kèm theo).

Đặc điểm cận lâm sàng: công thức máu, máu lắng, tìm yếu tố dạng thấp trong huyết

thanh, protein C phản ứng (CRP), tìm kháng thể anti-CCP trong huyết thanh, đo mật độ xương của cổ xương đùi và cột sống thắt lưng từ L1-L4 bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép bằng máy DEXA được thực hiện tại khoa Ung bướu bệnh viện Bạch Mai. Đánh giá MĐX theo 4 mức độ: bình thường, giảm MĐX, loãng xương và loãng xương nặng dựa trên tiêu chuẩn của tổ chức y tế thế giới (WHO).

Khảo sát các yếu tố nguy cơ gây LX: tiền sử mãn kinh, hút thuốc, uống rượu, gãy xương, loãng xương và điều trị loãng xương, các bệnh kèm theo (đái tháo đường, cường giáp, cường vỏ thượng thận, cắt buồng trứng), dùng thuốc (corticoid, insulin, thuốc chống đông, thuốc chống động kinh).

Xử lý số liệu: số liệu thu thập được xử lý bằng chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	n	Tỷ lệ %	p
Nữ	119	79,3	<0,05
Nam	31	20,7	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tỷ lệ nữ/nam là 3,84/1, sự khác biệt giữa 2 giới có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

- Các bệnh nhân có tuổi mắc bệnh trung bình là 58,4 ± 11,5 tuổi, trong đó, ít tuổi nhất là 17 tuổi và lớn tuổi nhất là 83 tuổi.

2. Tình trạng loãng xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

2.1. Tỷ lệ loãng xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.2: Tỷ lệ loãng xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Mật độ xương	n	Tỷ lệ %	p
Bình thường	26	17,3	>0,05
Giảm	55	36,7	
Loãng xương	69	46	

Nhận xét: Trong 150 bệnh nhân nghiên cứu, loãng xương gặp ở 69 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 46%).

Bảng 3.3: Tỷ lệ gãy xương do loãng xương ở bệnh nhân VKDT

Mật độ xương	Gãy xẹp đốt sống		Gãy xương khác	
	n	%	n	%
Bình thường	0	0	0	0
Giảm	1	20	1	33,3
Loãng xương	4	80	2	66,7
Tổng	5	100	3	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, có 5,3% (8/150) trường hợp bị gãy xương, tập trung ở nhóm loãng xương và giảm MĐX.

Bảng 3.4: Tỷ lệ phân bố loãng xương theo nhóm tuổi

Tuổi	MĐX bình thường (n = 26)	Giảm MĐX (n = 55)	Loãng xương (n = 69)
------	--------------------------	-------------------	----------------------

	n	%	n	%	n	%
≤ 39	5	19,2	5	9,1	0	0
40 - 54	15	57,8	17	30,9	17	24,6
55 - 69	5	19,2	29	52,7	40	58
≥ 70	1	3,8	4	7,3	12	17,4

Nhận xét: Loãng xương và giảm MĐX gặp nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân 55- 69 tuổi. Không có bệnh nhân nào dưới 40 tuổi bị loãng xương.

2.2. Một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Bảng 3.5: Phân bố tỷ lệ loãng xương theo một số yếu tố liên quan

Các yếu tố liên quan	MĐX bình thường		Giảm MĐX		Loãng xương		p	
	n	%	n	%	n	%		
BMI	Gầy	13	50	27	49,1	37	53,6	<0,05
	Bình thường	8	30,8	17	30,9	22	31,9	
	Béo	5	19,2	11	20	10	14,5	
Mãn kinh	Chưa	12	45,5	11	19,1	3	3,6	<0,001
	Có	14	54,5	44	80,9	66	96,4	
Corticoid	Không	8	30,8	17	30,9	20	29	<0,05
	Có	18	69,2	38	69,1	49	71	

Nhận xét: Những bệnh nhân VKDT có trọng lượng cơ thể thấp (BMI <18,7), đã mãn kinh và có tiền sử dùng corticoid có tỷ lệ loãng xương cao hơn so với các bệnh nhân có cân nặng bình thường, chưa mãn kinh và không dùng corticoid.

Bảng 3.6: Mối liên quan giữa mức độ hoạt động bệnh theo DAS28 và loãng xương

Điểm DAS28	MĐX bình thường		Giảm MĐX		Loãng xương	
	n	%	n	%	n	%
Không hoạt động	1	3,8	0	0	2	2,9
Hoạt động nhẹ	1	3,8	0	0	2	2,9
Hoạt động trung bình	4	15,4	9	16,4	20	29
Hoạt động mạnh	20	76,9	46	83,6	45	65,2

Nhận xét: Loãng xương và giảm MĐX gặp nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân VKDT có bệnh hoạt động mức độ mạnh. Ở nhóm bệnh nhân có bệnh không hoạt động và hoạt động nhẹ, loãng xương ít gặp (2,9%).

IV. BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy, MĐX ở bệnh nhân VKDT giảm so với những người khỏe mạnh cùng độ tuổi, cùng giới do tăng hoạt động của hủy cốt bào có liên quan đến sự gia tăng nồng độ các chất chuyển hóa xương gồm những yếu tố phản ánh quá trình tạo xương và yếu tố phản ánh sự hủy xương như: PICP (procollagen type I C-terminal propeptide), PINP (procollagen type I N-terminal propeptide), ICTP (procollagen type I C-terminal telopeptide). Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 69/150 bệnh nhân VKDT bị loãng xương (chiếm tỷ lệ 46%) và 36,7% bệnh nhân bị giảm mật độ xương, trong đó tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 55 đến 69 tuổi. Theo nghiên cứu của Cortet, có sự gia tăng tốc độ chuyển hóa luân hoàn của xương, đặc biệt ở cổ xương đùi, dẫn đến tình trạng mất xương trong

bệnh VKDT [3]. Nhiều yếu tố cũng ảnh hưởng đến mật độ xương ở bệnh nhân VKDT như các yếu tố gây viêm khớp, ít hoạt động do viêm khớp, thời gian mắc bệnh kéo dài, dùng corticoid điều trị bệnh, mãn kinh, dinh dưỡng kém và lớn tuổi. Haugerberg và cộng sự nghiên cứu trên 721 bệnh nhân nữ VKDT, từ 20– 70 tuổi, thấy MĐX ở cột sống giảm dần khi tuổi càng cao [2]. Loãng xương nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời sẽ gây ra gãy xương, làm giảm chất lượng cuộc sống và có thể dẫn đến tử vong. Bệnh nhân thường bị gãy xương ở vùng cổ xương đùi, lún xẹp đốt sống và 1/3 dưới của xương cẳng tay. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu bị loãng xương và giảm MĐX, có 8 trường hợp bị gãy xương, trong đó có 5 trường hợp bị lún xẹp đốt sống.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân có chỉ số BMI thấp có tỷ lệ loãng xương và giảm mật độ xương cao hơn so với nhóm có BMI trung bình và béo phì (tỷ lệ tương ứng là 53,6%, 31,9% và 14,5%). Trong nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Thủy cũng cho thấy, trọng lượng cơ thể thấp (<42kg) là một yếu tố nguy cơ gây lún đốt sống do loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh [4]. Phụ nữ sau khi mãn kinh, nồng độ estrogen trong máu giảm, dẫn đến giảm hoạt động của tế bào xương, giảm khung protein của xương và giảm lắng đọng calci, phosphate ở xương gây hiện tượng xương xốp, làm xương dễ bị gãy và biến dạng. Quá trình già hóa của cơ thể làm cho chức năng của tế bào xương giảm, sự hấp thu calci và tổng hợp vitamin D kém đi, ảnh hưởng nhiều đến cấu trúc của xương. Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy tỷ lệ loãng xương ở nhóm bệnh nhân VKDT đã mãn kinh cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân chưa mãn kinh. Theo nhiều nghiên cứu, ở phụ nữ mãn kinh, sự mất xương tăng khoảng 1- 3% mỗi năm. Những phụ nữ trên 80 tuổi có thể bị mất từ 35% đến 50% khối lượng xương trong cuộc đời họ, trong khi nam giới chỉ mất từ 20% đến 35% khối lượng xương [5].

Bệnh VKDT tiến triển làm các khớp bị viêm, sưng đau nhiều và hạn chế vận động. Bệnh nhân thường ít vận động, kết hợp với tình trạng viêm sẽ làm tăng nguy cơ loãng xương của bệnh nhân. Nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu với mức độ hoạt động bệnh mạnh (DAS28 \geq 5,1) có 65,2% bệnh nhân bị loãng xương, trong khi nhóm bệnh nhân với tình trạng bệnh ổn định và bệnh hoạt động nhẹ chỉ có 2,9% bệnh nhân bị loãng xương. Trong điều trị bệnh VKDT giai đoạn bệnh hoạt động mạnh, thuốc corticoid thường được các bác sỹ chuyên ngành khớp chỉ định để kiểm soát sự tiến triển của bệnh. Khi corticoid được dùng liều cao và kéo dài sẽ gây mất xương, làm tình trạng loãng xương của bệnh nhân VKDT ngày càng nặng hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ loãng xương và giảm mật độ xương ở nhóm bệnh nhân có dùng corticoid cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân không dùng corticoid (71% so với 29%, 69,1% so với 30,9%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng

tương tự với nghiên cứu của Đoàn Thị Tuyết về MĐX ở bệnh nhân VKDT, thấy MĐX của những bệnh nhân VKDT có sử dụng corticoid giảm hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân không dùng corticoid và tỷ lệ loãng xương cũng tăng lên tương ứng [6].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ loãng xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 46% và giảm mật độ xương là 36,7%, trong đó, gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 55 đến 69 tuổi. Có 5,3% trường hợp bị gãy xương, tập trung chủ yếu ở nhóm loãng xương và giảm MĐX.

- Những bệnh nhân VKDT có trọng lượng cơ thể thấp (BMI <18,7), đã mãn kinh và có tiền sử dùng corticoid có tỷ lệ loãng xương cao hơn rõ rệt so với các bệnh nhân có cân nặng bình thường, chưa mãn kinh và không dùng corticoid ($p < 0,05$).

- Loãng xương và giảm MĐX gặp nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân VKDT có bệnh hoạt động mức độ mạnh. Ở nhóm bệnh nhân có bệnh không hoạt động và hoạt động nhẹ, loãng xương ít gặp (tỷ lệ 2,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Joffe I, Epstein F (1991)**, Osteoporosis associated with rheumatoid arthritis: pathogenesis and management, *Semin rheumatoid arthritis*, Vol 20(4): 256- 272.
2. **Haugeberg G (2000)**, Bone mineral density analog frequency of osteoporosis in female patients with rheumatoid arthritis, *Arthritis Rheumatology*, Vol 43(3), pp 522-30
3. **Cortet B (2000)**, Factors influencing bone loss in rheumatoid arthritis, *Clinical Experimental Rheumatology*, Vol 18(6): 683-90.
4. **Vũ Thị Thanh Thủy (1996)**, Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến nguy cơ lún đốt sống do loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh, Luận án tiến sỹ khoa học y dược, Trường đại học Y Hà Nội.
5. **Fallon M (1990)**, Metabolic and other nontumorous disorders of bone Anderson's pathology, the C.V Mosby Company, pp1929-2017.
6. **Đoàn Thị Tuyết (2002)**, Đánh giá mật độ xương ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có sử dụng glucocorticoid bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ VI PHẪU THUẬT U TỦY VÙNG CỔ

Trương Như Hiền¹, Vũ Văn Hòa²

TÓM TẮT³²

Mục tiêu: Phân tích các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả vi phẫu thuật u tủy sống vùng cổ. **Đối tượng và Phương pháp:** Phân tích các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả vi phẫu 58 bệnh nhân u tủy cổ từ 1.2011 đến 1.2014. **Kết quả:** Nghiên cứu 58 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 1/1,3, độ tuổi thường gặp là 20-60 tuổi (82,7%). Đặc điểm lâm sàng: đau cột sống cổ lan theo rễ thần kinh 98,3%; rối loạn cảm giác 89,7%, xuất hiện sớm ở các u ngoài tủy; rối loạn vận động các chi 89,6% và thường biểu hiện nặng, liệt tứ chi chiếm 37,9%; rối loạn cơ tròn 19,0%; rối loạn dinh dưỡng 31,0%. Trên hình ảnh cộng hưởng từ 98,3% u có đồng hoặc giảm tín hiệu trên T1W, 82,8% tăng tín hiệu trên T2W. Sau tiêm thuốc đối quang từ 89,7% ngấm thuốc, đồng nhất 56,9%. Kết quả sau phẫu thuật tốt (McCormick 1,2) 84,5%; McCormick 3 là 6,9%; McCormick 4+5 5,1%; 2 BN (3,4%) tử vong do không hồi phục và các biến chứng suy kiệt, bội nhiễm. **Kết luận:** Các u tủy sống vùng cổ nên được điều trị bằng vi phẫu thuật. Lựa chọn phương pháp mổ phụ thuộc vào vị trí, kích thước, sự xâm lấn và phân loại mô bệnh học của khối u.

Từ khóa: u tủy cổ, vi phẫu thuật.

SUMMARY

CERVICAL SPINAL CORD TUMORS: CLINICORADIOLOGICAL FINDINGS AND MICROSURGICAL RESULTS

Objectives: Analysing the clinic-radiological findings and microsurgical results of cervical spinal cord tumors. **Methods:** Reviews of clinical presentations, imagings and microsurgical treatments of 58 cases with cervical spinal cord tumors from 01.2011 to 01.2014. **Results:** 58 cases (25 males/33 females) with mean age (20-60). Significant clinical findings: cervical spine pain and nerve roots spread 98.3%; sensory disturbances 89.7%; movement disorders 89.6%; circular muscle disorders 19.0%; nutritional disorder 31.0%. The tumors demonstrated isointensity or intermediate signal intensity on T1-weighted images 98,3%, high signal intensity on T2-weighted images 82,8%, and 89,7% homogeneous enhancement on Gd-DTPA images; demonstrated homogeneous enhancement on Gd-DTPA images 56,9%. The postoperative results: McCormick 1,2

84,5%; McCormick 3 6,9%; McCormick 4+5 5,1%; death 2/58 (3,4%). **Conclusions:** Cervical spinal cord tumors should be treated with microsurgical technique. Surgical approaches were chosen according to the location, size, extension and histopathological classification of tumors.

Keyword: cervical spinal cord tumors, microsurgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tủy là tổ chức tân sinh (do sự gia tăng số lượng và có thể có sự thay đổi về bản chất của các tế bào) chèn ép tủy sống và các rễ thần kinh gây ra những biểu hiện bệnh lý phức tạp như mất cảm giác, liệt, rối loạn chức năng hô hấp, tuần hoàn, cơ tròn... U tủy là một bệnh hiếm gặp, chiếm tỷ lệ 2,06% so với các khối u trong cơ thể nói chung và chiếm tỷ lệ 15%-20% các u thuộc hệ thống thần kinh trung ương. U tủy ít hơn u não 4 - 6 lần ở người lớn; ở trẻ em tỷ lệ này nhỏ hơn.

U tủy cổ chỉ chiếm khoảng 16%- 18% u tủy sống nhưng nếu xuất hiện sẽ có các tác động rất nặng, nhất là u vùng tủy cổ cao [1]. Khối u chèn ép gây ra các hội chứng tiểu não, liệt, rối loạn các trung khu hô hấp tuần hoàn... Theo M. Greenberg (2016) u ngoài màng cứng chiếm 55%, u trong màng cứng - ngoài tủy là 40%, khoảng 5% là u nội tủy. U tủy ở vùng cổ có thể phát triển trong một thời gian dài không có biểu hiện các triệu chứng điển hình, mặt khác với đặc điểm giải phẫu chức năng đặc biệt nên việc phẫu thuật lấy bỏ u tủy vùng này khó khăn, để lại nhiều di chứng nặng cho người bệnh.

Chẩn đoán sớm và điều trị đúng, kịp thời u tủy sống vùng cổ vẫn là một vấn đề thời sự. Hiện nay với sự giúp đỡ của các phương tiện chẩn đoán hiện đại giúp phát hiện sớm như cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính đa dãy (MSCT), chụp mạch máu tủy số hóa xóa nền và các phương pháp phẫu thuật can thiệp tối thiểu, kính vi phẫu thuật, dao mổ siêu âm, laser, xạ phẫu (Gamma knife, Cyber knife), hóa trị liệu... đã mang đến một diện mạo mới cho công tác chẩn đoán, điều trị u tủy nói chung và u tủy vùng cổ nói riêng.

Để có một nghiên cứu về triệu chứng, phương tiện chẩn đoán sớm, vi phẫu thuật u tủy

¹Bệnh viện ĐK tỉnh Hòa Bình

²Bệnh viện 103

Chịu trách nhiệm chính: Trương Như Hiền

Email: hienhbhos@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

cổ cũng như các phương pháp điều trị hỗ trợ khác chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với các mục tiêu:

1. **Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u tủy vùng cổ.**
2. **Đánh giá kết quả vi phẫu thuật.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm 58 bệnh nhân u tủy sống vùng cổ được chẩn đoán, vi phẫu thuật, có kết quả mô bệnh học tại Khoa Phẫu thuật thần kinh Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Việt

Đức trong thời gian 3 năm từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 1 năm 2014.

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu kết hợp hồi cứu, không đối chứng.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

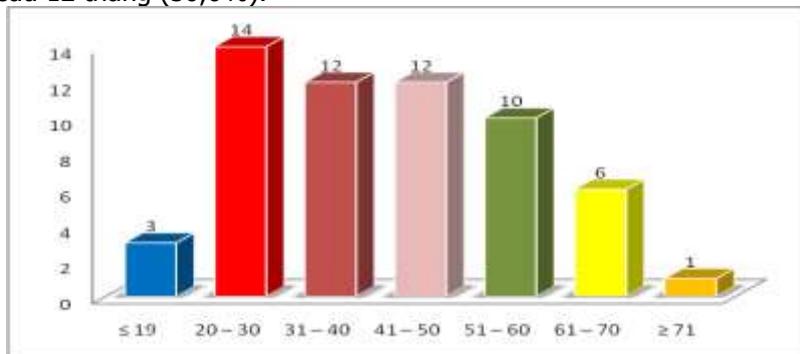
- Tuổi, giới, vị trí u, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp vi phẫu thuật, và kết quả mô bệnh học.

- Đánh giá kết quả gần sau phẫu thuật và kết quả xa ít nhất sau 6 tháng qua thang điểm Mc Cormick.

Thang điểm McCormick	Biểu hiện lâm sàng
I	Không có triệu chứng, không có tổn thương thần kinh.
II	Thiếu hụt thần kinh không ảnh hưởng chức năng của chi, không phản xạ bất thường, dáng đi bình thường.
III	Thiếu hụt thần kinh có ảnh hưởng chức năng của chi liên quan, đi lại khó khăn nhưng độc lập.
IV	Thiếu hụt thần kinh nặng, cần có sự trợ giúp khi đi lại.
V	Nằm liệt giường hoặc ngồi xe lăn.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm người bệnh: Trong nghiên cứu có 33 BN nữ (56,9%), 25 BN nam (43,1%), tuổi từ 3 đến 75, độ tuổi trung bình là 40,7±15,6 năm. Thời gian biểu hiện triệu chứng kéo dài, đa số BN đến viện muộn, sau 12 tháng (50,0%).



Biểu đồ 1. Các nhóm tuổi

3.2 Triệu chứng lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng thường gặp của u tủy cổ trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là đau, rối loạn cảm giác theo rễ hoặc mất cảm giác từ vùng u chi phối trở xuống, rối loạn vận động phối hợp với một số các rối loạn khác như rối loạn cơ tròn, dinh dưỡng...

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đau	57	98,3
Đau tại CS cổ	37	63,8
Đau theo rễ TK	32	55,2
Rối loạn cảm giác	52	89,7
Không RL	6	10,3
Dị cảm, giảm cảm giác theo rễ	38	65,5
Mất cảm giác từ vùng tủy có u chi phối xuống	14	24,1
Rối loạn vận động	52	89,6
Liệt cơ do rễ tổn thương chi phối	10	17,2

Liệt chi	42	72,4
Liệt tứ chi	22	37,9
HC Brown-Sequard	4	6,9
Dấu hiệu Babinski (+)	24	41,4
Dấu hiệu Hofmann (+)	21	36,2
Rối loạn cơ tròn	11	19,0
Rối loạn dinh dưỡng	18	31,0

Bảng 2. Thang điểm McCormick trước mổ

Điểm McCormick trước mổ	Số BN	Tỷ lệ (%)
1	0	0,0
2	15	25,9
3	21	36,2
4	12	20,7
5	10	17,2
Tổng	58	100

3.3 Đặc điểm cận lâm sàng: 58 BN trong nhóm nghiên cứu đều được chụp Cộng hưởng từ (MRI) cột sống cổ. Trên phim MRI cho phép chẩn đoán chính xác vị trí, kích thước, tính chất của khối u và các thông tin như rỗng tủy thứ phát, phù tủy, xuất huyết hay nang trong u...Hình ảnh của u tủy cổ chủ yếu là giảm hoặc đồng tín hiệu trên T1W (98,3%) và tăng tín hiệu trên T2W (82,8%), sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Các khối u ở tủy cổ cao (C1-C4) gặp 33 BN (56,9%), cổ thấp (C5-C7) 25 BN (43,1%).

3.4 Phương pháp phẫu thuật: Tất cả các khối u đều được lấy bỏ qua vi phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật được lựa chọn theo yêu cầu bộc lộ và loại mô bệnh học đối với các u ngoài tủy.

54 BN (93,1%) chỉ cần đường mổ vào ống sống qua lỗ sau để lấy u, chỉ có 4 BN cần phải

phối hợp thêm đường mổ phía trước. Trong đó 01 trường hợp phải cắt thân đốt sống để lấy hết u, 3 BN còn lại mổ phía trước đơn thuần lấy u nằm ngoài ống sống không cắt xương.

3.5 Kết quả phẫu thuật

- Mức độ phẫu thuật triệt để u: hầu hết các trường hợp lấy được toàn bộ u 47/58 (81,0%); 8 trường hợp lấy gần hết u, chỉ để lại phần u nhỏ dính chặt vào tủy, mạch máu chiếm 13,8%; 3,4% chỉ lấy được một phần u; có 1 (1,7%) trường hợp u trong tủy không lấy được u, chỉ lấy làm giải phẫu bệnh do u xâm lấn nhiều vào tổ chức tủy, khó phân biệt ranh giới.

- Tai biến chứng sau phẫu thuật: Tai biến trong mổ chỉ gặp 2 BN (3,4 %) có chảy máu nhiều, 5 BN (8,5%) có tổn thương rễ thần kinh liên quan; Biến chứng sau mổ: 3 trường hợp (5,1%) sau phẫu thuật có hiện tượng phù tủy thứ phát, 01 trường hợp tử vong sau 10 ngày.

Bảng 3. Kết quả mô bệnh học khối u

Kết quả mô bệnh học	Số BN	Tỷ lệ (%)
Ependymoma	6	10,3
Meningioma	6	10,3
Hemangioblastoma	1	1,7
Neurinoma	24	41,4
Shwannoma	13	22,4
Neurofibroma	2	3,4
U nang	3	5,2
Ganglioneuroma	1	1,7
Cavernoma	1	1,7
U di căn Carcinoma	1	1,7
Tổng	58	100

- Kết quả gần sau mổ: Có 2 trường hợp biểu hiện hết các triệu chứng ngay sau mổ (3,4%); Tỷ lệ BN tiến triển tốt sau mổ, có điểm McCormick 2 và 3 chiếm cao nhất 48/58 (82,8%); 7 BN (12,0%)

biểu hiện rối loạn chức năng tủy nặng như trước mổ; 01 BN tử vong sau 10 ngày do tiến triển nặng lên, suy hô hấp.

Bảng 4. Thang điểm McCormick khi khám lại

Điểm McCormick sau phẫu thuật	Số BN	Tỷ lệ (%)
1	20	34,5
2	29	50,0
3	4	6,9
4	2	3,4
5	1	1,7
Tử vong	2	3,4
Tổng	58	100

Khi khám lại cho bệnh nhân chúng tôi chụp CHT kiểm tra lại cho 42 trường hợp (chiếm 72,4%). Tỷ lệ tái phát u xảy ra ở 8/42 BN chiếm tỷ lệ 19,0%. Thời gian tái phát từ 1 – 35 tháng.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Triệu chứng lâm sàng

Đau tại cột sống cổ hoặc lan theo rễ thần kinh là triệu chứng thường gặp nhất, chúng tôi gặp 57 BN (98,3%) có biểu hiện đau. Đau là triệu chứng xuất hiện đầu tiên trong đa số BN, khởi phát kín đáo và tăng dần theo quá trình phát triển bệnh.

Diễn biến đau kiểu rễ được mô tả qua bảng 1 cho thấy 55,2% bệnh nhân có biểu hiện đau kiểu rễ lan dọc chi trên - đau theo dải rễ thần kinh chi phối với tính chất đau thắt, đau trong sâu, thời gian đau lâu và rất trung thành với phát triển của bệnh. Điều này giải thích có những bệnh nhân thời gian diễn biến kéo dài lâu năm mà vẫn có biểu hiện đau kiểu rễ. Theo Nguyễn Hùng Minh [1], Phạm Anh Tuấn [3] trong u rễ thần kinh u thường biểu hiện kiểu đau rễ vì khối u xuất phát trực tiếp và chèn ép vào rễ.

Các u rễ thần kinh phần lớn biểu hiện dị cảm và giảm cảm giác theo rễ; các u ngoài tủy có rối loạn cảm giác sớm và rõ hơn. Mooij J. (2010) [8] cũng có nhận xét như vậy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 52 BN (89,6%) đến viện đã ở giai đoạn có rối loạn vận động, trong đó có 10 BN ở giai đoạn liệt hoàn toàn hoàn toàn còn lại là giai đoạn liệt hoàn toàn. Đa số các BN khi khai thác kỹ tiền sử diễn biến bệnh đều có khoảng thời gian liệt tiến triển từ từ tăng dần. Dấu hiệu liệt từ từ tăng dần cho thấy u hầu hết phát triển chậm, mặt khác do ống sống đoạn tủy cổ rộng hơn so với tủy nên chỉ khi có sự mất bù trừ của ống sống, thiếu máu nuôi dưỡng và thoái hóa các bó tủy cũng như rễ thần kinh mới có biểu hiện liệt nặng.

Hình ảnh cộng hưởng từ

Tín hiệu của các u tủy cổ trên các phim CHT không có đối quang từ tương đối đặc thù. Nghiên cứu cho thấy trên các phim CHT các khối u tủy cổ có cường độ tín hiệu phần lớn tăng trên chuỗi xung T2W (82,8%), chỉ có 15,5% đồng tín hiệu và 1,7% giảm tín hiệu; Trên xung T1W u giảm (51,7%) hoặc đồng tín hiệu (46,6%), chỉ có 1,7% tăng tín hiệu. Các tỷ lệ này cũng tương đương với các nghiên cứu của Lê Quyết Thắng [2] (83,33% tăng tín hiệu trên T2W; 66,67% đồng và 30% giảm tín hiệu trên T1W); Andrew T. (2004) hầu hết các u tủy đều có hình ảnh giảm hoặc đồng tín hiệu trên T1W và tăng trên T2W [4].

Hình ảnh CHT các u sau tiêm thuốc đối quang từ: đa số các khối u có ranh giới rõ trên phim CHT 41/58 chiếm 70,7%, 89,7% các trường hợp ngấm thuốc đối quang từ mạnh, tính đồng nhất gặp trên 33/58 BN (56,9%).

4.2. Phương pháp phẫu thuật: Cùng với mục đích cắt bỏ khối u và giải phóng chèn ép tủy sống, điều quan trọng là phải đảm bảo các mạch máu, dây thần kinh và phòng ngừa sự suy giảm chức năng thần kinh càng nhiều càng tốt. Chúng tôi lựa chọn đường mổ và phương pháp phẫu thuật theo các yếu tố sau đây.

+ Sự cần thiết để bộc lộ khối u

Đường mổ phía sau có thể bộc lộ từ phía sau khớp cổ chẩm và toàn bộ tủy sống cổ. Chúng tôi thực hiện mổ phía sau đơn thuần trên 54/58 BN (93,1%), 4/58 (6,9%) phối hợp thêm đường mổ phía trước. Với các phẫu thuật viên thần kinh đường mổ này đã là thường quy, an toàn, đơn giản và tiêu chuẩn cho các khối u tủy nhất là u trong tủy. Cắt cung sau hoàn toàn hay chỉ cắt một bên bản sống tủy theo yêu cầu phẫu thuật. Đối với hầu hết các u dưới màng cứng ngoài tủy

đơn thuần thì mở một bên cung sau với kính vi phẫu là đủ để quan sát và lấy u [5]. Gần đây phương pháp mở có tạo hình cung sau được ủng hộ nhiều vì lợi ích của việc ổn định cột sống sau mổ. Trong nghiên cứu chúng tôi thực hiện cắt cả cung sau ở 50 trường hợp (86,2%), 6 BN (10,3%) cắt nửa bàn sống và 2 BN (3,4%) cắt tạo hình cung sau. Tỷ lệ cắt tạo hình cung sau có lẽ còn phụ thuộc vào điều kiện kinh tế của người bệnh.

+ Kích thước, vị trí và tính chất của khối u.

+ Với các u ngoài tủy cổ có nhiều xu hướng phát triển thành các u hình quả tạ đôi, nhất là các u dây thần kinh vùng tủy cổ cao [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 23/58 BN có khối u hình quả tạ đôi chiếm 39,6% và chủ yếu là u rễ thần kinh. Theo phân loại của Eden đối với các loại u này có 12/23 (52,2%) Eden type 2, 11/23 (47,8%) type 3, không có loại 1 và 4.

Phương pháp phẫu thuật khối u hình quả tạ đôi tủy cổ gồm các đường mổ trước, sau và kết hợp. Trong phần lớn các trường hợp, khối u này có thể được loại bỏ bằng cắt cung sau và khối khớp bên. Mặt khác, đường mổ trước là thích hợp cho các khối u Eden loại 4 (bên ngoài ống sống và lỗ tiếp hợp). Các trường hợp loại 2 và 3 thành phần ngoài ống sống của khối u chèn ép và phát triển ra phía trước ngoài động mạch đốt sống thì cách tiếp cận trước và sau kết hợp sẽ thuận lợi hơn.

Để phẫu thuật lấy bỏ hết các u hình quả tạ đôi vùng cột sống cổ có các điểm chính cần xem xét như sau: 1. Với các u vỏ bao thần kinh, có nên cắt các rễ thần kinh không? 2. Làm thế nào để các khuyết màng cứng được giải quyết sau cắt bỏ khối u? 3. Làm thế nào để bảo vệ động mạch đốt sống trong cuộc phẫu thuật? 4. Làm thế nào để sau phẫu thuật cột sống cổ được ổn định?

+ Đối với các u trong tủy: Phẫu thuật khối u trong tủy cổ có lẽ là một thách thức phẫu thuật do nhiều khó khăn khi cắt bỏ u triệt để và có

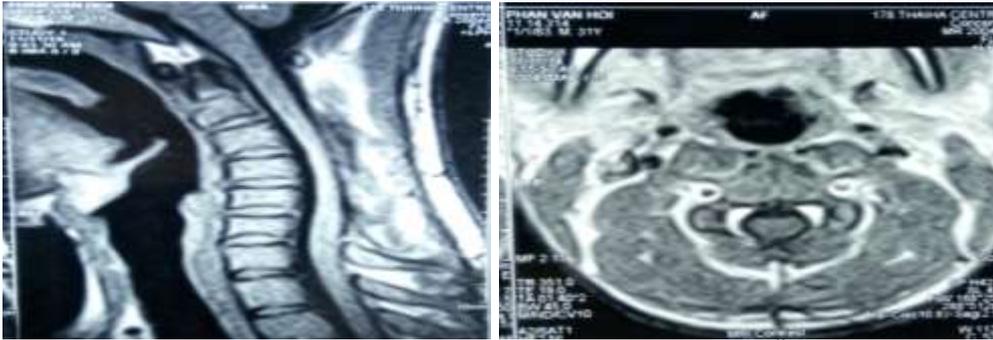
nguy cơ cao gây tổn thương tủy sống trong mổ. Tuy nhiên ngày nay với những tiến bộ trong chẩn đoán và thực hành phẫu thuật, việc lấy toàn bộ khối u có thể an toàn trong đa số các trường hợp, kết quả xa tốt với tỷ lệ di chứng thấp [6]. Cấu trúc u tổ chức liên quan xung quanh được đánh giá chính xác dựa vào hình ảnh CHT với độ phân giải cao.

Trong hầu hết các trường hợp tủy sống được mở ở rãnh giữa sau. Khi mổ u tủy sống phía sau phẫu thuật viên nhìn thấy rõ ràng ranh giới khối u qua kính vi phẫu. Các mạch máu vùng này cũng được nhìn thấy chính xác hơn.

Điều cần lưu ý khi phẫu thuật những khối u trong tủy sống không nên sử dụng đốt điện lưỡng cực để cầm máu, nếu quá cần thiết nên sử dụng đốt điện lưỡng cực với nhiệt độ rất thấp để tránh gây tổn thương mô tủy. Phần lớn chảy máu từ những vi mạch, chỉ sử dụng Gelfoam tạm thời sẽ cầm được máu dễ dàng mà không làm tổn thương đến mô tủy, giúp khả năng cải thiện chức năng sau mổ nhanh hơn. Vi phẫu thuật với độ phóng đại lớn nhằm bảo tồn bền vững những mạch máu cực nhỏ, vừa không gây tổn thương đến những vi mạch vừa không làm tổn thương mô tủy trắng và xám là một thuận lợi vô cùng quan trọng, giúp phục hồi chức năng thần kinh nhanh chóng sau mổ mà còn có thể đạt đến mức độ hồi phục cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 trường hợp u trong tủy (12,1%) gồm 6 ependymoma và 01 u nang. 100% các ca chúng tôi vào tủy qua rãnh giữa sau để lấy u sau khi cắt hoàn toàn cung sau cột sống cổ đoạn tương ứng. Qua kính vi phẫu chúng tôi đã đánh giá rõ khối u, sự liên quan với tủy xung quanh, tiến hành dùng Bipolair lấy hoàn toàn 5 khối u (71,4%), 1 trường hợp lấy gần hết u và 1 trường hợp còn lại chỉ lấy u làm giải phẫu bệnh.





Hình 1. Hình ảnh cộng hưởng từ trước mổ (trên) và kiểm tra sau phẫu thuật (dưới); khối u kèm theo nang từ C2C7, có rỗng tủy trên và dưới u; đồng tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, sau tiêm thuốc đối quang từ ngấm thuốc ở vùng trung tâm; BN đã được vi phẫu thuật cắt cung sau C2C7, mở rãnh giữa sau lấy toàn bộ u ở ống tủy trung tâm mật độ mềm, ranh giới rõ. Sau PT hồi phục về cảm giác tốt, không rối loạn cơ tròn, còn yếu hai tay; Kiểm tra lại sau 15 tháng bệnh nhân hoàn toàn hồi phục về vận động và cảm giác, MRI không tái phát u.

* Nguồn: BN Phan Văn H. số lưu trữ 27728/2013 – BV Việt Đức

V. KẾT LUẬN

Các khối u tủy sống cổ thường được phát hiện chậm do các triệu chứng không điển hình, dễ nhầm với các bệnh lý thoái hóa cột sống, nhất là đối với các u trong tủy do triệu chứng đau ít xuất hiện. Chụp MRI có đối quang từ dễ dàng chẩn đoán khối u và nên được chỉ định sớm đối với người bệnh có các triệu chứng đau rễ thần kinh cột sống cổ.

Vi phẫu thuật là phương pháp nên được áp dụng để loại bỏ khối u, mang đến sự hồi phục tốt nhất cho người bệnh. Lựa chọn phương pháp mổ phụ thuộc vào vị trí, kích thước, sự xâm lấn và phân loại mô bệnh học của khối u.

LỜI CẢM ƠN: Chúng tôi xin được trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện 103, khoa Phẫu thuật thần kinh, Phòng Kế hoạch tổng hợp, tổ lưu trữ hồ sơ của hai Bệnh viện cũng như tất cả các người bệnh đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hùng Minh** (1994), "Nghiên cứu chẩn đoán sớm và điều trị ngoại khoa bệnh u tủy tại Bệnh viện 103", *Luận án Phó tiến sĩ khoa học y được chuyên ngành Phẫu thuật đại cương – Học viện quân y, Hà Nội.*
2. **Lê Quyết Thắng** (2006), "Nghiên cứu chẩn đoán sớm và kết quả điều trị phẫu thuật u tủy sống vùng cổ tại bệnh viện 103", *Luận văn thạc sĩ y học chuyên ngành Phẫu thuật đại cương, Học viện quân y, Hà Nội.*
3. **Phạm Anh Tuấn** (2013), "U trong màng cứng ngoài tủy sống", *Phẫu thuật thần kinh; NXB Y học, Tp Hồ Chí Minh.*, pp. 501-508.
4. **Andrew T., Lee J., Parney I. et al.** (2004), "Spinal Cord and Intradural-Extraparenchymal Spinal Tumors: Current Best Care Practices and Strategies", *Journal of neuro-oncology.* **69** (1-3), pp. 291-318.
5. **Gu R., Liu J. B., Xia P. et al.** (2014), "Evaluation of hemilaminectomy use in microsurgical resection of intradural extramedullary tumors", *Oncol Lett.* **7** (5), pp. 1669-1672.
6. **Klekamp J.** (2013), "Treatment of intramedullary tumors: analysis of surgical morbidity and long-term results", *J Neurosurg Spine.* **19** (1), pp. 12-26.
7. **Maurya P., Singh K., Sharma V.** (2009), "C1 and C2 nerve sheath tumors: Analysis of 32 cases", *Neurology India | Jan-Feb 2009 | Vol 57 | Issue 1*, pp. 31-35.

SO SÁNH HIỆU QUẢ VÔ CẢM VÀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA ROPIVACAINE VỚI LIDOCAINE TRONG GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG ĐỂ MỔ LẤY THAI

Đỗ Văn Lợi*, Vũ Văn Du*

TÓM TẮT³³

Mục tiêu: So sánh hiệu quả vô cảm và các tác dụng không mong muốn lên mẹ và con của ropivacain với lidocain trong gây tê ngoài màng cứng để mổ lấy thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 60 sản phụ có chỉ định mổ lấy thai chủ động, được chia thành 2 nhóm. Sau khi đặt catheter ngoài màng cứng (NMC), nhóm I bơm 120 mg ropivacain 0,5% phối hợp với 0,1mg fentanyl; nhóm II bơm 300 mg lidocain kết hợp với 0,1mg fentanyl qua catheter NMC. Đánh giá hiệu quả phong bế cảm giác, vận động, và tình trạng trẻ sơ sinh. **Kết quả:** Ropivacain có hiệu quả phong bế cảm giác, vận động trong mổ tương đương lidocain (100% các trường hợp trong cả 2 nhóm có chất lượng vô vảm tốt; độ mềm cơ bụng tốt: 90% so với 86,67%). Ropivacain có thời gian giảm đau sau mổ kéo dài hơn ($4,16 \pm 0,82$ so với $2,45 \pm 2,16$ giờ), ít gây tụt huyết áp hơn (20% so với 10%), và ít gây chậm nhịp tim hơn so với lidocain (3,33% so với 23,33%). Cả ropivacain và lidocain không ảnh hưởng đến trẻ sơ sinh. **Kết luận:** Gây tê NMC để mổ lấy thai bằng ropivacain 0,5% có hiệu quả vô cảm và mềm cơ tương tự lidocain, có thời gian giảm đau sau mổ kéo dài và ít ảnh hưởng lên huyết động hơn lidocain.

Từ khóa: Ropivacain, Lidocain, Gây tê ngoài màng cứng.

SUMMARY

COMPARATIVE THE EFFECACY AND SIDE EFFECTS OF ROPIVACAINE TO LIDOCAINE IN EPIDURAL ANESTHESIA FOR CAESAREAN SECTION

Purpose: To compare the efficacy and side effects on the mother and neonatal of ropivacaine with lidocaine in epidural anesthesia for caesarean section. **Subject and method:** 60 women in indication caesarean section, they were divided into 2 groups. After epidural catheters were inserted, we inject into epidural catheter 120 mg ropivacaine 0,5% combined with 0.1 mg fentanyl (group I), and 300 mg lidocaine combined with 0.1 mg fentanyl (group II). Evaluate the effectiveness blocking sensation, movement, and status of the newborn. **Result:** Ropivacaine effectively blocking sensation, movement in the surgical equivalent of lidocaine (100% of the cases in both groups were very good in blocking

sensation quality, and abdominal muscle tenderness: 90% versus 86.67%). Postoperative analgesia time of ropivacaine is longer (4.16 ± 0.82 versus 2.45 ± 2.16 hours), less likely to cause hypotension (20% versus 10%), and less likely to cause slow heart rate than lidocaine (3.33% versus 23.33%). Both ropivacaine and lidocaine did not affect to infants. **Conclusion:** Epidural anesthesia for cesarean section by ropivacaine, wich have effective in blocking sensation and movement similar to lidocaine. Postoperative analgesia time of ropivacain is longer and less impact on hemodynamics than lidocaine.

Key words: Ropivacain, Lidocain, Epidural anesthesia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê ngoài màng cứng là một trong những phương pháp vô cảm có nhiều ưu điểm để mổ lấy thai. Có nhiều loại thuốc tê như lidocain, bupivacain, levobupivacain, ropivacain. Mỗi thuốc có những ưu, nhược điểm riêng. Bupivacain là một thuốc tê mạnh nhưng gây độc trên thần kinh trung ương và tim mạch [1], và thời gian chờ tác dụng thuốc tê kéo dài do đó không được ưa dùng để gây tê ngoài màng cứng trong mổ lấy thai. Do đó, các trường hợp gây tê ngoài màng cứng để mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương hiện nay thường dùng lidocain. Lidocain có thời gian chờ tác dụng ngắn nhưng thời gian tác dụng cũng ngắn và tiềm tàng nguy cơ độc tim mạch và thần kinh. Ropivacain ít gây độc tính trên thần kinh và tim mạch hơn Bupivacain. Thuốc có tác dụng chọn lọc hơn trên các sợi thần kinh cảm giác so với các thuốc tê khác do đó ít gây ức chế vận động hơn. Khi tiêm nhầm vào mạch máu, ropivacain ít gây hậu quả trên tim mạch hơn so với bupivacain [2].

Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào về Ropivacain phối hợp với Fentanyl gây tê NMC để mổ lấy thai, do đó chúng tôi tiến hành đề tài này với hai mục tiêu sau:

1. So sánh hiệu quả vô cảm của ropivacain phối hợp với fentanyl gây tê ngoài màng cứng để mổ lấy thai.

2. So sánh các tác dụng không mong muốn của các thuốc sử dụng trong nghiên cứu trên lên mẹ và trẻ sơ sinh.

* Bệnh viện Phụ sản Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Du
Email: dutruongson@gmail.com
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh. 60 sản phụ có chỉ định mổ lấy thai chủ động được chia làm 2 nhóm.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 6/2015 đến tháng 6/2016 tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Sản phụ trong độ tuổi sinh đẻ (18-35), ASA I - II, đủ điều kiện gây tê NMC, một thai, thai đủ tháng - phát triển bình thường, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Sản phụ không thuộc tiêu chuẩn lựa chọn ở trên, có chống chỉ định gây tê NMC, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp nghiên cứu

- Chuẩn bị bệnh nhân: đo mạch, huyết áp, bão hòa oxy, thiết lập đường truyền tĩnh mạch.
- Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ, máy móc, và thuốc.
- Tiến hành gây tê NMC.

- Thuốc và liều dùng: Nhóm I: 120mg ropivacain 0,5% + 0,1mg fentanyl

Nhóm II: 300mg lidocain 2% + 0,1mg fentanyl

2.6. Các chỉ số theo dõi và đánh giá

- Đánh giá đặc điểm các đối tượng nghiên cứu: tuổi, chiều cao, cân nặng của sản phụ, tuổi thai.
- Hiệu quả phong bế cảm giác đau và tác dụng mềm cơ thành bụng.
- Các tác dụng không mong muốn trên mẹ và con.

2.7. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 16.0; P < 0.05 sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm các đối tượng nghiên cứu

- Tuổi, chiều cao, cân nặng của sản phụ và tuổi thai giữa 2 nhóm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê.
- Tỷ lệ sản phụ ASAI - ASAI, tỷ lệ sản phụ mổ cũ - mổ mới, vị trí chọc kim gây tê giữa hai nhóm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Hiệu quả phong bế cảm giác đau và tác dụng dẫn cơ.

Bảng 3.1. Thời gian khởi tê đến D₁₂, D₁₀, D₆ và D₄

Thời gian khởi tê (phút)	Nhóm nghiên cứu		P
	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)	
D ₁₂	15,1 ± 0,70 (12 - 16)	15,93 ± 1,13 (12 - 17)	> 0,05
D ₁₀	15,95 ± 1,53 (13 - 17)	14,26 ± 1,15 (13 - 17,5)	> 0,05
D ₆	16,62 ± 1,46 (13 - 18)	16,95 ± 1,68 (14 - 19)	> 0,05
D ₄	17,85 ± 1,62 (14,5 - 19)	18,79 ± 1,56 (16 - 20)	> 0,05

Nhận xét: thời gian khởi tê đến D₁₂, D₁₀, D₆, D₄. Giữa hai nhóm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

***Thời gian vô cảm để mổ:** Thời gian kéo dài ức chế cảm giác đến D₆ của hai nhóm:

Nhóm 1 là: 86,33 ± 18,84 phút (55 - 105 phút).

Nhóm 2 là: 76,9 ± 15,38 phút (65 - 125 phút).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Bảng 3.2. Chất lượng vô cảm trong mổ

Mức độ	Nhóm nghiên cứu		P
	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)	
Tốt	30 (100%)	30 (100%)	> 0,05
Trung bình	0	0	> 0,05
Kém	0	0	> 0,05

Nhận xét: 100% các trường hợp của cả hai nhóm nghiên cứu đều có chất lượng vô cảm tốt. không có trường hợp nào phải chuyển phương pháp vô cảm.

Bảng 3.3. Đánh giá của phẫu thuật viên về độ mềm cơ bụng

Độ mềm cơ bụng	Nhóm 1	Nhóm 2	P
Tốt	27 (90%)	26 (86,67%)	> 0,05
Trung bình	3 (10%)	4 (13,33%)	> 0,05
Kém	0	0	> 0,05

Nhận xét:

- Độ mềm cơ bụng ở nhóm 1 đạt tỷ lệ tốt là 90%.

- Ở nhóm 2 có 13,33% đạt mức trung bình, nhiều hơn so với nhóm 1 (10%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- Không có trường hợp nào độ mềm cơ kém.

**Thời gian giảm đau sau mổ của các phương pháp vô cảm*

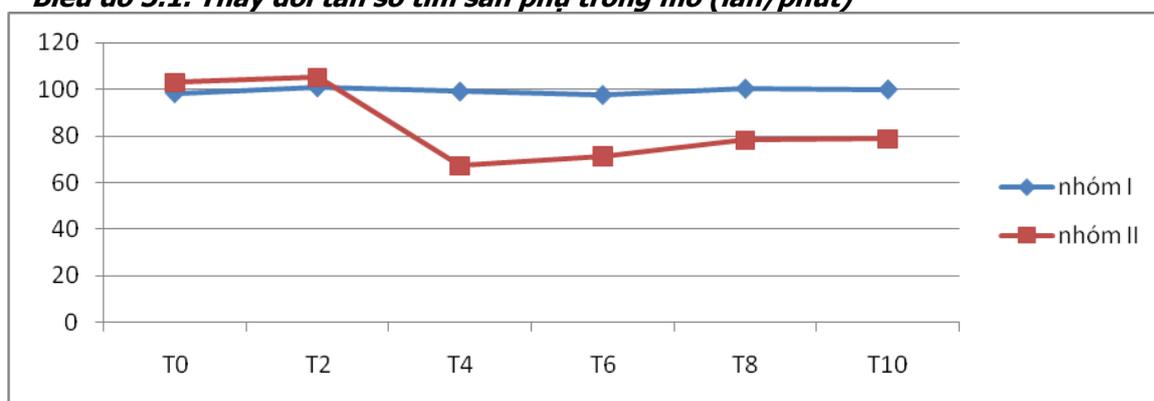
Thời gian giảm đau ngay sau mổ của các nhóm rất khác biệt ($p < 0,05$):

Nhóm I là : $4,16 \pm 0,82$ giờ (3 - 6 giờ).

Nhóm II là : $2,45 \pm 2,16$ giờ (1 - 4 giờ).

3.3. Các tác dụng không mong muốn

Biểu đồ 3.1. Thay đổi tần số tim sản phụ trong mổ (lần/phút)



Nhận xét: Từ T₀ đến T₂ thay đổi tần số tim giữa hai nhóm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

- Từ T₃ đến T₁₅ tần số tim nhóm II thấp hơn nhóm I có ý nghĩa thống kê.

- Từ T₁₆ đến T₂₀ sự khác biệt về tần số tim giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.4. Tỷ lệ bệnh nhân có các thay đổi về huyết động

Chỉ tiêu nghiên cứu	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)	p
Giảm HA > 30%	3 (10,0%)	6 (20,0%)	< 0,05
TS tim giảm > 20%	1 (3,33%)	7 (23,33%)	< 0,05
TS tim tăng > 20%	3 (10,0%)	2 (6,67%)	> 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ giảm huyết áp > 30% của nhóm II (20%) nhiều hơn có ý nghĩa so với nhóm I (10%).

- Tỷ lệ sản phụ có tần số tim giảm trên 20% của nhóm II nhiều hơn nhóm I ($P < 0,05$).

- Tỷ lệ sản phụ có tần số tim tăng trên 20% giữa hai nhóm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$).

Bảng 3.5. Các tác dụng không mong muốn khác

Tác dụng phụ	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)	p
Ngứa	6 (20,0%)	7 (23,33%)	> 0,05
Rét run	3 (10,0%)	3 (10,0%)	> 0,05
Bí tiểu	2 (6,67%)	1 (3,33%)	> 0,05
Đau đầu	1 (3,33%)	0 (0%)	> 0,05
Nôn	3 (10,0%)	1 (3,33%)	> 0,05

Nhận xét: các tác dụng không mong muốn: ngứa, rét run, bí tiểu, đau đầu, nôn giữa hai nhóm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.6. Cân nặng của trẻ sơ sinh và chỉ số Apgar

Chỉ tiêu nghiên cứu	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)	p
Cân nặng sơ sinh (gam)	$2825,4 \pm 620,0$ (2800 - 3900)	$2856,9 \pm 668,1$ (2800 - 3600)	> 0,05
Apgar phút thứ 1 (min - max)	$8,7 \pm 1,2$ (8 - 9)	$8,5 \pm 0,7$ (8 - 9)	> 0,05
Apgar phút thứ 5 (min - max)	$9,4 \pm 0,5$ (9 - 10)	$9,3 \pm 0,4$ (9 - 10)	> 0,05

Nhận xét: Trọng lượng trẻ sơ sinh, chỉ số áp ga phút thứ nhất và phút thứ năm giữa hai nhóm

nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm về tuổi, chiều cao, cân nặng của sản phụ và tuổi thai giữa hai nhóm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Như vậy các đối tượng nghiên cứu giữa hai nhóm tương đối đồng nhất.

4.2. Hiệu quả phong bế cảm giác và dẫn cơ

- Thời gian khởi tê đến D₁₂, D₁₀, D₆ và D₄: để đảm bảo cho rạch da thì mức tê phải tới D₁₀; để co kéo phúc mạc mà không đau, không tức thì mức tê tối thiểu phải đạt tới D₆; hoàn toàn không có cảm giác đau và tức khi mổ thì mức tê phải tới D₄.

- Mức độ phong bế phụ thuộc nồng độ thuốc tê, thể tích thuốc tê và độ mạnh thuốc tê. Thể tích thuốc tê trong hai nhóm nghiên cứu bằng nhau (20ml), như vậy nồng độ và độ mạnh của hai thuốc là tương đương.

- Thời gian khởi tê đến D₄ của hai nhóm nghiên cứu đều từ 14,5 đến 20 phút, như vậy có thể tiến hành mổ sau khi bơm thuốc tê 15 đến 20 phút. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Sanders RD và cs [3].

- Thời gian vô cảm để mổ cũng là một chỉ số cần đặc biệt quan tâm vì nó ảnh hưởng đến sự đáp ứng thời gian cho những trường hợp phẫu thuật dính, phải gỡ dính cần kéo dài cuộc mổ. Thời gian kéo dài ức chế cảm giác đến D₆ của nhóm I là: 86,33 ± 18,84 phút (55 – 105 phút) có dài hơn so với nhóm II là: 76,9 ± 15,38 phút (65 – 125 phút) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (P > 0,05). Như vậy ropivacain có thể đáp ứng được cho những cuộc mổ có thể kéo dài tới 105 phút. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết luận của Masota P và cộng sự [4].

- 100% các trường hợp của cả hai nhóm nghiên cứu đều có chất lượng vô cảm tốt. không có trường hợp nào phải chuyển phương pháp vô cảm.

- MichelaCamorcia [8] cho rằng Ropicacain có đặc điểm là ít ức chế vận động nhất trong nhóm thuốc tê amid. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phục hồi vận động sau mổ ở mức Bromage 1 của nhóm I là: 135,8 ± 21,12 phút (110 – 170 phút) ngắn hơn so với nhóm II là: 145,6 ± 16,24 phút (100 – 160). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

- Một trong những yếu tố đặc biệt quan tâm của phẫu thuật viên là thuốc có đảm bảo độ mềm cơ tạo điều kiện thuận lợi cho việc lấy thai hay không? Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi: Độ mềm cơ bụng ở nhóm I đạt tỷ lệ tốt là 90% tốt hơn so với nhóm II là 86,67%. Tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Nhưng ở nhóm II có 13,33% đạt mức trung bình, nhiều hơn so với nhóm I (10%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Không có trường hợp nào độ mềm cơ kém.

- Thời gian giảm đau sau mổ của các phương pháp vô cảm rất khác biệt nhau (p < 0,05): Nhóm I là : 4,16 ± 0,82 giờ (3 – 6 giờ) dài hơn so với nhóm II là : 2,45 ± 2,16 giờ (1 – 4 giờ). Đây cũng là một ưu điểm của ropivacain so với lidocain.

4.3. Các tác dụng không mong muốn

4.3.1. Ảnh hưởng lên huyết động

- Từ T3 đến T14 nhịp tim của nhóm II chậm hơn so với nhóm I có ý nghĩa thống kê (P < 0,05). Kết quả trên chứng tỏ ảnh hưởng trên tần số tim của ropivacain ít hơn so với lidocain.

- Tỷ lệ sản phụ giảm huyết áp > 30% của nhóm II (20%) nhiều hơn có ý nghĩa so với nhóm I (10%) kết hợp với tổng lượng thuốc ephedrin dùng để điều trị hạ huyết áp của nhóm II cao hơn nhóm I có ý nghĩa (P < 0,05). Như vậy về tổng thể, lidocain có ảnh hưởng lên tim mạch nhiều hơn so với ropivacain. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của MichelaCamorcia [5]. Sanders RD [3] và Bachmann-Mennenga B [6].

4.3.2. các tác dụng không mong muốn khác trên mẹ và con

Các tác dụng không mong muốn: ngứa, rét run, bí tiểu, đau đầu, nôn giữa hai nhóm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ các tác dụng không mong muốn thấp của hai nhóm nghiên cứu đều rất thấp tương tự kết quả nghiên cứu của Jonathan Stewart, MBChB, Norma Kellett và cs [7].

4.3.3. Ảnh hưởng lên sơ sinh

Chỉ số áp ga phút thứ nhất và phút thứ năm giữa hai nhóm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê và không có trường hợp nào ngạt appa dưới 7 điểm. Như vậy cả hai thuốc đều không ảnh hưởng tới sơ sinh. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự các kết quả nghiên cứu của

Sanders RD, Bachmann-Mennenga B, Masota P [3],[6],[4].

V. KẾT LUẬN

1. Hiệu quả giảm đau và dẫn cơ

- Thời gian khởi tê của nhóm ropivacain tương tự lidocain.

- Thời gian giảm đau sau mổ của nhóm ropivacain dài hơn nhóm lidocain.

- Tỷ lệ sản phụ có độ mềm cơ bụng ở mức độ tốt khi lấy thai cao hơn ở nhóm sử dụng ropivacain.

2. Các tác dụng không mong muốn

- Ropivacain ít ảnh hưởng đến huyết động hơn lidocain.

- Cả ropivacain và lidocain đều không ảnh hưởng đến hô hấp của sản phụ và trẻ sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thu, Đào Văn Phan, Công Quyết Thăng (2000), "Thuốc sử dụng trong gây tê", NXB Y học Hà Nội, tr180-220 và tr 269-301.
2. Tô Văn Thịnh, Nguyễn Thị Hồng Vân (1998), "Giảm đau chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng

cứng với bupivacaine", Hội nghị khoa học Gây mê hồi sức toàn quốc lần thứ 3, Huế, tr 111-7.

3. Sanders RD, Mallory S, Lucas DN, Chan T, Yeo S (2004). "Extending low-dose epidural analgesia for emergency Caesarean section using ropivacaine 0,75%." Anaesthesia. 2004 Oct; 59(10):998-92.
4. Masota P, Batistaki C, Kostopanagiotou G (2011). "Patient-controlled epidural analgesia after Caesarean section: levobupivacaine 0,15% versus ropivacaine 0,15% alone or combined with fentanyl 2 mcg/ml: a comparative study" Arch Med Sci. 2011 Aug;7(4):685-93.
5. Michela Camorcia, MD, Giorgio Capogna, MD, Malachy O. Columb, FRCA, Cristiana Berritta, MD (2007), "The Relative Potencies for Motor Block After Intrathecal Ropivacaine, Levobupivacaine, and Bupivacaine" Anesth Analg 2007;104:904-7
6. Bachmann-Mennenga B, Veit G, Biscopling J, Steinicke B, Heesen M (2005). "Epidural ropivacaine 1% with and without sufentanyl addition for Caesarean section." Acta Anaesthesiol Scand 2005 Apr;49(4):525-31.
7. Jonathan Stewart, MBChB Norma Kellett MBChB and Dan Castro MD (2003) "The Central Nervous System and Cardiovascular Effects of Levobupivacaine and Ropivacaine in Healthy Volunteers" Anesth Analg 2003;97:412-6.

NGHIÊN CỨU TÁC ĐỘNG CỦA TƯ THẾ NẪM SẤP LÊN CÁC THÔNG SỐ CƠ HỌC PHỔI Ở BỆNH NHÂN THÔNG KHÍ NHÂN TẠO DO SUY HÔ HẤP CẤP TIẾN TRIỂN

Đỗ Minh Dương*, Nguyễn Văn Chi**

TÓM TẮT³⁴

Đặt vấn đề: Thông khí nhân tạo (TKNT) tư thế nằm sấp nhằm cải thiện oxy máu, giảm tổn thương phổi, làm giảm tỷ lệ tử vong. Tư thế nằm sấp có tác động như thế nào đến cơ học phổi là những vấn đề còn tiếp tục được nghiên cứu. **Mục tiêu:** Đánh giá ảnh hưởng của tư thế nằm sấp lên cơ học phổi trong thông khí nhân tạo ở bệnh nhân suy hô hấp cấp tiến triển. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 26 bệnh nhân ARDS có $PaO_2/FiO_2 \leq 100$ hoặc $PaO_2/FiO_2 \leq 150$ nhưng đang có xu hướng giảm, với PEEP ≥ 5 và $FiO_2 \geq 60\%$. Các bệnh nhân được thở máy theo hướng dẫn của ARDSNet ở cả 2 tư thế nằm

ngửa và nằm sấp. **Kết quả:** Áp lực cao nguyên có xu hướng giảm, độ giãn nở phổi có xu hướng tăng lên khi bệnh nhân nằm sấp. **Kết luận:** Thông khí nhân tạo tư thế nằm sấp cải thiện cơ học phổi trong điều trị bệnh nhân ARDS.

Từ khóa: Thông khí nhân tạo tư thế nằm sấp, hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển, ARDS.

SUMMARY

EFFECTS OF PRONE POSITION ON RESPIRATORY MECHANICS IN PATIENTS WITH ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME

Background: Acute respiratory distress syndrome (ARDS) is a serious pathological condition, commonly seen in emergency department and ICU with high mortality rate (from 30 to 60%). Prone ventilation has been shown to improve blood oxygenation, to reduce ventilation induced lung injury and mortality. However, how this procedure effects hemodynamic and respiratory mechanics is the topic for this study.

* Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

** Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chi

Email: chinvv@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Objectives: to evaluate effects of prone ventilation in respiratory mechanics in patients with ARDS.

Methods: This was a prospective observatory study. We assigned 26 patients with ARDS. The ratio of PaO₂/FiO₂ was less than 100 or 150 and on decrease on PEEP ≥ 5, FiO₂ ≥ 60%. All of patients were implemented a protective ventilation strategy following ARDSNet in both supine and prone position. **Results:** The plateau pressure tend to decrease and the static compliance tend to increase but not statistical significance. **Conclusions:** Prone ventilation improved respiratory mechanics in patients with ARDS.

Keywords: prone ventilation, acute respiratory distress syndrome, ARDS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) là một tình trạng bệnh lý thường gặp trong Hồi sức cấp cứu, có tỷ lệ tử vong cao [1]. Tổn thương đặc trưng của ARDS là làm giảm thể tích và độ giãn nở của phổi [7]. Phương pháp thông khí nhân tạo tư thế nằm sấp trong điều trị bệnh nhân ARDS được áp dụng từ 40 năm nay [4] và đã được chứng minh cải thiện oxy máu, giảm tổn thương phổi do thở máy và giảm tỷ lệ tử vong từ 32,8% xuống 16% [1]. Cơ chế nào giúp tư thế nằm sấp có hiệu quả tốt đối với bệnh nhân (BN) ARDS. Tư thế nằm sấp tuy làm giảm đàn hồi của thành ngực phía xương ức nhưng lại làm tăng giãn nở của vùng phổi phía lưng. Ngoài ra tư thế nằm sấp còn làm giảm đè ép của tim lên phổi, giảm đè ép của các tạng trong ổ bụng lên cơ hoành và tăng bài xuất dịch ra ngoài. Vì vậy phương pháp này có tác dụng làm giảm tình trạng căng giãn phế nang ở vùng phổi phía xương ức, hạn chế hiện tượng đóng mở phế nang ở vùng phổi giữa và đặc biệt là làm mở phế nang ở vùng phổi phía lưng nên làm tỷ lệ thông khí/tưới máu (V/Q) được đồng bộ hơn ở các vùng phổi.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu tác động của tư thế nằm sấp lên cơ học phổi ở bệnh nhân thông khí nhân tạo do suy hô hấp cấp tiến triển*" nhằm mục tiêu: *Đánh giá ảnh hưởng của tư thế nằm sấp lên cơ học phổi trong thông khí nhân tạo ở bệnh nhân suy hô hấp cấp tiến triển.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 26 bệnh nhân được chẩn đoán ARDS có PaO₂/FiO₂ ≤ 150, được điều trị tại khoa Cấp cứu, khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2013 đến tháng 1/2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn BN

Theo định nghĩa Berlin về ARDS năm 2012 [5]:

- Thời gian: Tiến triển cấp tính, trong vòng 1 tuần của bệnh hoặc các triệu chứng hô hấp nặng lên hay mới xuất hiện.

- Hình ảnh X quang phổi: mờ lan tỏa hai phổi không do tràn dịch hay xẹp phổi.

- Suy hô hấp không do suy tim hay quá tải dịch. Siêu âm tim để loại trừ phù phổi cấp huyết động nếu không có yếu tố nguy cơ.

Bệnh nhân được TKNT theo ARDSNet và huy động phế nang nhưng trong vòng 24 giờ mà oxy máu không cải thiện: Tỷ lệ PaO₂/FiO₂ ≤ 100 mmHg hoặc PaO₂/FiO₂ ≤ 150 mmHg nhưng đang có xu hướng tiếp tục giảm, với PEEP ≥ 5 cmH₂O, FiO₂ ≥ 60%.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân dưới 16 tuổi.

- Gia đình bệnh nhân không đồng ý

- PaO₂/FiO₂ ≤ 150 nhưng đang cải thiện nhanh và có xu hướng tăng lên.

- Bệnh nhân có chống chỉ định với tư thế nằm sấp:

▪ Chấn thương sọ não, chấn thương cột sống, chấn thương hàm mặt.

▪ Gãy xương chậu, xương sườn mới phẫu thuật vùng bụng, ngực.

▪ Sốc hoặc loạn nhịp tim nặng đe dọa tính mạng.

▪ Bệnh nhân đang lọc máu liên tục.

▪ Phụ nữ có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả.

2.2.2. Tiến hành nghiên cứu: BN được thông khí nhân tạo xâm nhập theo ARDSNet [6]

- Cài đặt thông số máy thở:

+ Phương thức thở: VCV, VC+, PCV

+ Vt = 6 - 8 ml/kg cân nặng lý tưởng (PBW)

+ Tần số thở f ≤ 35 lần/phút để đạt thông khí phút cần thiết

+ Tỷ lệ thời gian thở vào, thở ra I:E = 1:1 đến 1:3

+ Cài đặt PEEP và FiO₂ theo bảng hướng dẫn của ARDS - Network

- Mục tiêu cần đạt:

+ SpO₂ từ 88 - 95% hay PaO₂ từ 55 - 80 mmHg.

+ pH máu ĐM từ 7,3 - 7,45.

+ P_{plat} ≤ 30 cm H₂O.

Bệnh nhân được huy động phế nang với mức CPAP 40 cmH₂O trong 40 giây.

Tiến hành TKNT tư thế nằm sấp:

- Thời điểm thực hiện thay đổi tư thế bệnh nhân nằm sấp: Trong vòng 24 giờ từ khi BN

được chẩn đoán là ARDS và đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn.

- Đo các thông số cơ học phổi: Các thông số cơ học phổi được đo tại thời điểm trước khi chuyển từ TKNT tư thế nằm ngửa sang tư thế nằm sấp và thời điểm sau khi chuyển sang TKNT tư thế nằm sấp: 1 giờ, 6 giờ, 12 giờ và khi chuyển lại bệnh nhân về tư thế nằm ngửa. Thời điểm đo: khi tình trạng TK đã ổn định.

- Duy trì TKNT tư thế nằm sấp tối đa là 16 - 17 giờ/ngày khi oxy máu cải thiện và không có biến chứng nguy hiểm như tụt huyết áp, ngừng tim, tuột nội khí quản...

- Sau khi bệnh nhân nằm ngửa trở lại 7 - 8 giờ thì đánh giá lại tình trạng bệnh nhân, nếu PaO₂/FiO₂ vẫn trong tiêu chuẩn lựa chọn và không có chống chỉ định thì tiếp tục cho bệnh nhân nằm sấp. Thời gian thực hiện trong vòng 5 ngày (Đây là giai đoạn cấp của ARDS).

- Dừng TKNT tư thế nằm sấp:

+ Khi oxy máu không cải thiện sau 3 - 4 giờ hoặc có biến chứng nguy hiểm như: tắc, tuột NKQ, ngừng tuần hoàn, tụt HA.

+ Bệnh nhân không còn chỉ định: PaO₂/FiO₂ ≥ 150 với PEEP ≤ 10, FiO₂ ≤ 60%

- TKNT trong khi bệnh nhân nằm sấp: Theo ARDSNet như khi nằm ngửa.

- Theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂ liên tục. Xét nghiệm khí máu động mạch, đo cơ học phổi trước và sau khi thay đổi tư thế nằm sấp 1 giờ và cách 6 giờ một lần.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thông khí nhân tạo tư thế nằm sấp cho 26 bệnh nhân ARDS có PaO₂/FiO₂ ≤ 150 tại khoa Cấp cứu, khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2013 đến tháng 1/2016 chúng tôi thu được kết quả như sau:

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 40,8 ± 17,3, thấp nhất là 16, cao nhất là 68. Tỷ lệ bệnh nhân nam là 69,2%, nữ là 30,80%. Điểm Apache II là 25,2 ± 4,4, cao nhất là 32, thấp nhất là 17.

1. Thay đổi áp lực cao nguyên và độ giãn nở phổi

Bảng 1: Thay đổi áp lực cao nguyên

	Trước NS	NS 1h	NS 6h	NS 12h	NS sau 12h	Nằm ngửa
P_{plat} (cmH₂O)	28,7 ± 4,4	28,3 ± 3,9	28,1 ± 4,1	27,8 ± 4,5 *	27,7 ± 4,4	27,4 ± 3,7 *

(*): P_{plat} không có khác biệt so với trước nằm sấp với p > 0,05.

NS: nằm sấp, P_{plat}: áp lực cao nguyên

Nhận xét: P_{plat} không thay đổi khi BN nằm sấp.

Bảng 2: độ giãn nở phổi

	Trước NS	NS 1h	NS 6h	NS 12h	NS sau 12h	Nằm ngửa
C_{stat}(ml/cmH₂O)	23,7 ± 4,6	24,3 ± 4,7	25,1 ± 5,1	25,4 ± 4,2	26,1 ± 3,3 *	24,5 ± 4,7 *

(*): C_{stat} không có khác biệt so với trước nằm sấp với p > 0,05.

NS: nằm sấp, C_{stat}: độ giãn nở phổi tĩnh

Nhận xét: C_{stat} có xu hướng tăng lên khi BN nằm sấp.

2. Các thông số máy thở

Bảng 3: Các thông số máy thở

	Trước NS	NS 1h	NS 6h	NS 12h	NS sau 12h	Nằm ngửa
Vt (ml/kg)	6,4 ± 0,8	6,4 ± 0,8	6,5 ± 0,8	6,5 ± 0,8	6,3 ± 0,7	6,4 ± 0,7
TS thở (lần/ph)	28,4 ± 5,1	28,4 ± 5,1	29 ± 5,5	29,1 ± 5,4	29,1 ± 5,8	29,3 ± 5,7
MV (lít/ph)	10,9 ± 1,4	10,9 ± 1,4	11,2 ± 1,4	11,3 ± 1,4	11,3 ± 1,7	11,3 ± 1,5
PEEP	13,2 ± 3,2	13,2 ± 3,2	13,1 ± 2,9	12,8 ± 2,9	11,9 ± 3,4	12,4 ± 3,1

(cmH ₂ O)						
FiO ₂ (%)	79,6 ± 17,1	75,4 ± 15,5 *	70,4 ± 16,8	61,3 ± 14,1	61,3 ± 14,1	66,3 ± 17,1*

Vt: thể tích khí lưu thông, MV: thông khí phút, FiO₂: nồng độ oxy khí thở vào, PEEP: áp lực dương cuối thì thở ra.

(*): FiO₂ so với trước khi nằm sấp có khác biệt, với $p < 0,01$.

Nhận xét: PEEP có xu hướng giảm, FiO₂ được giảm đi sau khi bệnh nhân nằm sấp 1 giờ và tiếp tục giảm ở các thời điểm tiếp theo.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi đã áp dụng phương pháp thông khí nhân tạo tư thế nằm sấp trên 26 bệnh nhân ARDS với PaO₂/FiO₂ ≤ 100 hoặc PaO₂/FiO₂ ≤ 150 nhưng đang có xu hướng giảm. Điểm Apache II là 25,2 ± 4,4; cao nhất là 32, thấp nhất là 17. Trong khi nằm sấp, bệnh nhân tiếp tục được thở máy theo hướng dẫn của ARDSNet và điều trị như khi nằm ngửa [6].

Các thông số về cơ học phổi cho thấy sự giãn nở phổi (C_{stat}) có xu hướng tăng lên sau khi được thông khí nhân tạo tư thế nằm sấp (bảng 2). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Jozwiak và cộng sự khi tiến hành TKNT tư thế nằm sấp trên 18 bệnh nhân thì thấy độ giãn nở phổi cũng có xu hướng tăng lên [2]. Nghiên cứu của Nakos cũng cho rằng TKNT tư thế nằm sấp làm tăng giãn nở phổi khi BN được nằm ngửa trở lại [3]. Điều này cho thấy tư thế nằm sấp tuy làm giảm giãn nở của lồng ngực phía xương ức nhưng do tăng huyết động phế nang ở vùng phổi phía lưng đồng thời giảm đè ép của tim lên phổi cũng như đè ép của tạng trong ổ bụng lên cơ hoành nên làm cho độ giãn nở của phổi không bị giảm đi mà còn có xu hướng tăng lên [1].

Áp lực cao nguyên đường thở (P_{plat}) cũng có xu hướng giảm đi nhưng không có ý nghĩa thống kê (bảng 1). Trước khi nằm sấp, các BN có áp lực cao nguyên khá cao 28,7 ± 4,4 cmH₂O nên khi áp lực cao nguyên không tăng lên hoặc giảm đi thì sẽ làm giảm nguy cơ chấn thương phổi do áp lực [6]. Nghiên cứu của Nakos cũng cho rằng TKNT tư thế nằm sấp làm giảm áp lực cao nguyên [3]. Áp lực cao nguyên được giữ ở mức ≤ 30 cmH₂O nhờ điều chỉnh Vt và thời gian thở vào [6] do đó những thay đổi thông số cài đặt có thể ảnh hưởng đến thông số này. Tuy nhiên các số liệu của chúng tôi cho thấy: Khi BN nằm sấp thì các thông số máy thở tiếp tục được duy trì như khi BN nằm ngửa sau đó được điều chỉnh theo đáp ứng của BN (bảng 3). Nhìn chung các thông số thể tích lưu thông, tần số thở, thời gian

thở vào cũng không thay đổi nhiều khi BN nằm sấp. Chúng tôi điều chỉnh áp lực dương cuối thì thở ra (PEEP) và nồng độ oxy khí thở vào (FiO₂) theo hướng dẫn của ARDSNet [6]. PEEP có xu hướng giảm dần còn FiO₂ được giảm rõ ngay sau khi BN nằm sấp 1 giờ với $p < 0,01$. FiO₂ tiếp tục được giảm đi ở các thời điểm tiếp theo và khi BN nằm ngửa trở lại (bảng 3).

V. KẾT LUẬN

- Độ giãn nở phổi có xu hướng tăng lên khi BN nằm sấp
- Áp lực cao nguyên giảm có xu hướng giảm đi khi BN nằm sấp
- Áp lực dương cuối thì thở ra (PEEP) có xu hướng giảm.
- FiO₂ giảm sau khi bệnh nhân nằm sấp 1 giờ với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Guerin C** (2014). "Prone Positioning in Acute Respiratory Distress Syndrome". *Eur Respir Rev* 2014; 23: 249-257 | DOI: 10.1183/09059180.00001114.
2. **Jozwiak M, Teboul JL, Angual N, et al** (2013). "Beneficial Hemodynamic Effects of Prone Positioning in Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome". *Am J Respir Crit Care Med* Vol 188, Iss. 12, pp 1428-1433
3. **Nakos G, Tsangaris I, Kostanti E, et al** (2000). "Effect of the Prone Position on Patients with Hydrostatic Pulmonary Edema Compared with Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome and Pulmonary Fibrosis". *Am J Respir Crit Care Med* Vol 161, pp 360-368.
4. **Piehl MA, Brown RS** (1976). "Use of extreme position changes in acute respiratory failure", *Crit Care Med*, 4(1):13 - 14.
5. **Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson BT, et al.** (2012) "Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition", *JAMA*, 307:2526 - 33.
6. **The Acute Respiratory Distress Syndrome Network** (2000). "Ventilation with Lower Tidal Volumes as Compared with Traditional Tidal Volumes for Acute Lung Injury and the Acute Respiratory Distress Syndrome". *NEJM*, vol 342, No 18, 1301- 1308.

7. Ware LB, Mathay MA (2000). "The acute respiratory distress syndrome". *N Engl J Med*, Vol 342 No.18, 1334 - 1348.

TÌNH HÌNH HIẾN MÁU TÌNH NGUYỆN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HOẠT ĐỘNG HIẾN MÁU TÌNH NGUYỆN Ở HAI KHỐI SINH VIÊN Y2K44 VÀ Y3K43 TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH

Đặng Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Thị Hiền¹, Nguyễn Văn Tiến¹,
Đỗ Văn Dung², Ngô Mạnh Quân³

TÓM TẮT³⁵

Mục tiêu: Mô tả tình hình hoạt động hiến máu tình nguyện và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động hiến máu tình nguyện ở sinh viên hai khối Y2K44 và Y3K43 Trường Đại học Y Dược Thái Bình. **Phương pháp nghiên cứu:** phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ sinh viên đã từng hiến máu ở năm 2 là 43,4% thấp hơn năm 3 (51,6%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tập tục, tôn giáo là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất gây cản trở việc hiến máu của cả sinh viên năm 2 (26,3%) và sinh viên năm 3 (77,2%). Có 3 yếu tố ảnh hưởng đến hành vi hiến máu: dân tộc, khối và tham gia CLB hiến máu.

Từ khóa: Hiến máu tình nguyện, yếu tố ảnh hưởng, sinh viên, Thái Bình.

SUMMARY

VOLUNTEER BLOOD DONOR SITUATION AND SOME FACTORS AFFECTING VOLUNTARY BLOOD DONATION ACTIVITIES IN TWO BLOCKS STUDENTS Y3K43 AND Y2K44 IN THAI BINH UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

Objectives: Describing the situation of voluntary blood donation activities and some factors affecting voluntary blood donation activities in two blocks students in two blocks students Y3K43 and Y2K44 in Thai Binh university of medicine and pharmacy. **Method:** Epidemiological methods described via surveys, horizontal coins. **Results:** The percentage of students used to give blood in year 2 is 43.4% lower than in 3 (51.6%) had statistically significant at $p < 0.05$. Mores, religion is the cause accounted for the highest proportion obstruct the blood donors of all students in 2 (26.3%) and third-year students (77.2%). There are three factors that affect the behavior of blood donation: ethnicity, block and join the club.

Keywords: Volunteer blood donation, factors of influence, students, Thai Binh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu là loại thuốc điều trị đặc biệt quý và chưa có chất thay thế. Trong những năm gần đây nhu cầu máu ngày càng tăng do phương tiện kỹ thuật hiện đại nên việc chẩn đoán bệnh sớm hơn, một phần nữa là do tai nạn giao thông ngày càng gia tăng. Theo ước tính của tổ chức Y tế thế giới, mỗi năm nước ta cần khoảng 1,8 triệu đơn vị máu/năm, tức khoảng 4.500 đơn vị máu/ngày. Nhưng trên thực tế, mỗi năm các bệnh viện chỉ thu được khoảng 700.000 đơn vị máu, trong đó tỷ lệ hiến máu tình nguyện đạt 59% [4].

Tại Thái Bình, Trường Đại học Y Dược là một trường tiên phong trong phong trào vận động hiến máu tình nguyện nhắc lại nhiều lần, đây được coi là nguồn máu sạch để cung cấp cho người bệnh. Càng ngày phong trào hiến máu tại trường càng đi lên với năm 2013 là 1385 đơn vị chiếm 17,98%, năm 2014 là 1423 chiếm 17,55%, năm 2015 là 1574 chiếm 21,15% tổng số lượng máu hiến tình nguyện của tỉnh Thái Bình. Sinh viên trường Đại học Y Dược Thái Bình luôn là tấm gương đi đầu trong công tác truyền truyền, vận động hiến máu cũng như hiến máu tình nguyện của tỉnh. Tuy nhiên sinh viên đến từ các địa bàn khác nhau và các tập tục, kiến thức khác nhau, mới chỉ có khoảng 20% sinh viên của trường tham gia hiến máu, còn lực lượng lớn chưa tham gia, và cũng chưa có nhiều đề tài nghiên cứu về hiến máu ở sinh viên tình nguyện do đó chúng tôi tiến hành đề tài "Tình hình hiến máu tình nguyện và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động hiến máu tình nguyện ở hai khối sinh viên Y2K44 VÀ Y3K43 trường Đại học Y Dược Thái Bình" nhằm mô tả tình hình hoạt động hiến máu tình nguyện và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động hiến máu tình nguyện ở sinh viên hai khối Y2K44 và Y3K43 Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Liên hiệp các Hội khoa học và kỹ thuật Ninh Bình

³Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

- **Địa điểm nghiên cứu:** Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

- **Đối tượng nghiên cứu:** Hai khối sinh viên K43 và K44 trường đại học Y Dược Thái Bình tình nguyện tham gia nghiên cứu.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức ước tính cho một tỷ lệ:

n là cỡ mẫu cần tính; $Z^2(1- \alpha/2)$ là giá trị thu được từ bảng Z và bằng 1,96 với độ tin cậy 95%; p là tỷ lệ có nhận thức đầy đủ về hiến máu. Ước tính theo nghiên cứu trước của Nguyễn Thị Huyền Trang năm 2011 $p = 0,47$ [6]; $q = 1- p = 0,39$. p : độ chính xác tương đối. Lấy $=0,05$;

Thay vào công thức trên ta tính được cỡ mẫu là 884; Thực tế nhóm nghiên cứu phỏng vấn 1087 sinh viên, chọn chủ đích sinh viên của 2 khối Y2K44 và Y3K43.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hoạt động hiến máu tình nguyện ở hai khối sinh viên Y2K44 và Y3K43.

Bảng 3.1. Hành vi về hiến máu nhân đạo ở 2 khối sinh viên

Khối Hiến máu	Y2 (n = 509)		Y3 (n = 578)		p
	n	%	n	%	
Đã từng	221	43,4	298	51,6	<0,05
Chưa từng	288	56,6	280	48,4	

Tỷ lệ sinh viên đã từng hiến máu ở năm thứ 2 là 43,4% thấp hơn năm thứ 3 (51,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Tỷ lệ số lượt hiến máu nhắc lại

Khối Số lượt hiến máu	Y2 (n = 222)		Y3 (n = 292)		p
	n	%	n	%	
1 lần	125	56,3	117	40,1	<0,05
2-5 lần	97	43,7	157	53,8	
6-10 lần	0	0,0	18	6,2	

Với sinh viên khối Y2, tỷ lệ hiến máu 1 lần cao nhất (56,3%) sau đó đến tỷ lệ hiến 2 – 5 lần 43,7% và không có sinh viên nào hiến từ 6 lần trở lên. Với sinh viên năm thứ 3 tỷ lệ hiến 2 – 5 lần chiếm cao nhất 53,8%, thấp nhất là hiến trên 6 lần 6,2%. Tỷ lệ hiến máu của sinh viên năm thứ 3 cao hơn năm thứ 2. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động hiến máu tình nguyện

Bảng 3.3. Tỷ lệ các nguyên nhân làm sinh viên chưa hiến máu

Khối Cản trở Gia đình	Y2		Y3		p
	n	%	n	%	
	34	11,4	11	35,5	<0,05
Tập tục, tôn giáo	79	26,3	61	77,2	<0,05
Sợ ảnh hưởng đến sức khỏe	7	2,3	1	4,8	>0,05

Kể cả sinh viên năm thứ 2 và năm thứ 3 đều có tỷ lệ sợ ảnh hưởng đến sức khỏe thấp nhất 2,3% với khối Y2 và 4,8% với khối Y3. Tập tục, tôn giáo ảnh hưởng chiếm tỷ lệ cao nhất là 26,3% (khối Y2) và 77,2% (khối Y3).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa các đặc điểm với hành vi hiến máu của sinh viên.

Hành vi hiến máu Đặc điểm		Đã từng		Chưa từng		p
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
		Giới	Nam	238	47,6	
	Nữ	271	46,2	316	53,8	
Dân tộc	Kinh	501	50,6	490	49,4	<0,05
	Khác	8	8,3	88	91,7	
Khối	Y2	221	42,6	298	57,4	<0,05
	Y3	288	50,7	280	49,3	
Tham gia CLB hiến máu	Có	36	73,5	13	26,5	<0,05
	Không	473	45,6	565	54,4	

Qua bảng 3.4 ta thấy có 3 yếu tố ảnh hưởng đến hành vi hiến máu: dân tộc, khối và tham gia câu lạc bộ hiến máu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hoạt động hiến máu tình nguyện ở hai khối sinh viên Y2K44 và Y3K43

Hiến máu nhân đạo là một trong những nghĩa cử cao đẹp của con người nói chung và của người Việt Nam nói riêng. Hiến máu nhân đạo lại là một trong những hành động thiết thực nhất đối với các hoạt động nhân đạo của ngành y, nó đem lại một nguồn máu vô cùng quý giá, có thể cứu sống người bệnh trong gang tấc, giành giật người bệnh từ tay tử thần. Khi đã bước vào giảng đường đại học hơn nửa lại tại trường y thì sinh viên càng ý thức hơn về việc một giọt máu cho đi, một cuộc đời ở lại.

Sinh viên trường Đại học Y Dược Thái Bình luôn là tấm gương đi đầu trong công tác truyền truyền, vận động hiến máu cũng như hiến máu tình nguyện của tỉnh. Tuy nhiên, nghiên cứu về hành vi hiến máu ở 2 khối sinh viên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng tỷ lệ sinh viên đã từng hiến máu ở năm 2 là 43,4% thấp hơn năm 3 (51,6%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hiến máu cần phải có khoảng thời gian nhất định mới được hiến máu lại. Ví dụ như hiến máu toàn phần thì tối thiểu là 12 tuần mới được hiến lại do đó sinh viên năm 2 gặp được các buổi tổ chức hiến máu ít hơn sinh viên năm 3 dẫn tới tỷ lệ hiến máu ở sinh viên năm 2 thấp hơn so với năm 3. Sinh viên càng khóa trên thì tỷ lệ hiến máu lặp lại càng nhiều. Đây cũng là mặt tích cực của những bạn đã từng vượt qua sợ hãi, rào cản để tham gia hoạt động tình nguyện nhưng cũng là một vấn đề trăn trở vì tỷ lệ các bạn hiến máu lặp lại cao điều đó nói lên tỷ lệ những bạn chưa đi hiến máu và sẽ không hiến máu cũng cao. Vậy vấn đề ở đây là làm sao để những bạn chưa đi hiến máu vượt qua mọi trở ngại để hiến máu cứu người.

Kết quả nghiên cứu về số lượt hiến máu nhắc lại của chúng tôi cho thấy sinh viên Y2, tỷ lệ hiến máu 1 lần cao nhất (56,3%) sau đó đến tỷ lệ hiến 2 – 5 lần 43,7% và không có sinh viên nào hiến máu từ 6 lần trở lên. Với sinh viên năm 3 hiến 2 – 5 lần chiếm cao nhất 53,8%, thấp nhất là hiến trên 6 lần 6,2%. Tỷ lệ hiến máu của sinh viên năm 3 cao hơn năm 2 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả trong nghiên cứu của Rakhshani F vào năm 2010, nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành của người dân tỉnh Zahedan về hiến

máu tình nguyện thì chỉ có 40,1% đối tượng cho máu lần đầu [5]. Thực tế cho thấy sinh viên y ngày nay càng ngày càng năng động hơn trong các hoạt động đoàn đội và đặc biệt hơn là hoạt động cứu người vì hơn ai hết sinh viên trường đại học y ý thức được rằng máu quan trọng như thế nào đối với cơ thể mỗi người, hiến 1 giọt máu của mình có thể đem lại sức khỏe và có khi cả mạng sống cho người khác.

Hiến máu nhắc lại là một trong những nguồn người hiến máu vô cùng đảm bảo vì họ thường xuyên được sàng lọc, đảm bảo an toàn cho người bệnh cũng như cho nhân viên y tế. Bên cạnh đó việc hiến máu có lợi cho chính sức khỏe của người hiến máu, đó là lý do vì sao mà những người trung tuổi ở trên thế giới đi hiến máu nhắc lại nhiều lần, bởi vì họ hiểu được hiến máu nhắc lại có lợi ích cho sức khỏe của mình như thải sắt, giảm nguy cơ tim mạch, ung thư. Ngoài ra khi hiến máu nhắc lại làm cho cơ thể luôn có phản ứng với việc thiếu máu, giúp cho tùy có phản ứng thực hiện chức năng. Nhận thức được điều đó thì ngày càng có nhiều người không thờ ơ và nhiều người tham gia hiến máu, đặc biệt là hiến máu nhắc lại nhiều lần [2],[3].

4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động hiến máu tình nguyện

Hiến máu là hành động cao đẹp mà mỗi sinh viên đều cần nhận thức được, hơn ai hết là sinh viên trường y thì điều đó càng quan trọng hơn, tuy nhiên vẫn có một số nguyên nhân gây cản trở hành vi hiến máu, nghiên cứu về vấn đề này kết quả của chúng tôi cho thấy cả sinh viên năm 2 và năm 3 đều có tỷ lệ sợ ảnh hưởng đến sức khỏe là thấp nhất 2,3% với Y2 và 0,4% với Y3. Tập tục, tôn giáo ảnh hưởng chiếm tỷ lệ cao nhất là 26,5% (Y2) và 21,8% (Y3). Sau đó đến ảnh hưởng do cản trở của gia đình, sinh viên năm 2 có ảnh hưởng của gia đình là 11,1% lớn hơn sinh viên năm 3 (3,9%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So với nghiên cứu của Nguyễn Minh Hiếu năm 2014[1] thì tỷ lệ sinh viên sợ ảnh hưởng đến sức khỏe chiếm tỷ lệ cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi rất nhiều 44,8% sinh viên quân đội và 51,4% sinh viên ngoài quân đội. Điều này cũng dễ hiểu vì sinh viên ngoài ngành y thì sự hiểu biết về hiến máu không bằng sinh viên trong ngành. Quan niệm của những người ngoài ngành là máu vô cùng giá trị, máu

nuôi sống con người, không có máu hay thiếu máu đều làm ảnh hưởng đến sức khỏe, máu quý giá như vậy làm sao có thể cho đi khi mình không có thừa máu. Điều này cũng dễ hiểu vì mọi người không hề biết rằng máu của chúng ta luôn luôn có sự thay cũ đổi mới, ví như hồng cầu, đời sống trung bình của hồng cầu trong máu ngoại vi là 120 ngày. Theo thời gian, màng hồng cầu sẽ mất dần tính mềm dẻo và cuối cùng hồng cầu sẽ vỡ khi đi qua các mao mạch nhỏ của lách và bị thực bào. Theo chương trình thì hồng cầu mới sẽ được sinh ra từ tủy xương thay thế cho các hồng cầu đã bị thực bào. Nếu hiến máu thì cơ thể sẽ có cơ chế kích thích quá trình sinh máu tại tủy nhanh hơn bù cho lượng máu hiến do đó không hại đến sức khỏe.

Mối quan hệ giữa nhận thức, thái độ và hành vi của con người nói chung và người hiến máu nói riêng có liên quan mật thiết đến môi trường sống. Đó là mối quan hệ tác động chi phối lẫn nhau được thể hiện rất đa dạng. Chính vì thế nên từ thái độ đến hành vi vẫn còn là một vấn đề khá xa. Điều này thể hiện trong kết quả bảng 3.4: sinh viên dân tộc Kinh đã hiến máu chiếm 50,6% trong đó các dân tộc khác chỉ có 8,3%. Sự khác biệt về hành vi đã từng hiến máu ở sinh viên dân tộc kinh với các dân tộc khác có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sinh viên dân tộc Kinh hiến máu cao hơn các dân tộc khác 11,2 lần. Ở đây có thể do phong tục tập quán ở các dân tộc khác nhau là khác nhau nên làm ảnh hưởng đến hành vi hiến máu. Qua đây chúng ta thấy nhiều phong tục lạc hậu cần phải xóa bỏ trong các dân tộc, nó kiềm chế sự phát triển, tình yêu thương đồng loại của các dân tộc. Như vậy không có sự tương xứng hoàn toàn giữa nhận thức, thái độ và hành vi vì môi trường sống có vai trò rất quan trọng. Không phải tất cả những người có nhận thức đầy đủ, thái độ đúng đắn đều có hành vi tham gia hiến máu tình nguyện và ngược lại.

Kết quả bảng 3.4 cũng cho thấy sinh viên năm 3 đã hiến máu có tỷ lệ cao hơn sinh viên năm 2, sự khác biệt giữa sinh viên năm 3 và sinh viên năm 2 về hành vi đã từng tham gia hiến máu là có ý nghĩa thống kê. Sinh viên năm 2 đã từng hiến máu chiếm 42,6%, vẫn còn 57,4% chưa hiến máu. Sinh viên năm 3 đã hiến máu chiếm tỷ lệ 50,7% và vẫn còn 49,3% sinh viên chưa tham gia hiến máu. Như vậy mặc dù sinh viên năm 3 có tỷ lệ hiến máu nhiều hơn năm 2 nhưng cả 2 khối sinh viên đều có tỷ lệ chưa hiến

máu là khá cao. Người hiến máu an toàn được tuyển chọn từ cộng đồng nguy cơ thấp[4]. Đó là những người được trang bị kiến thức cơ bản về hiến máu, có thái độ tích cực rằng hiến máu là hoàn toàn tự nguyện, vì sức khỏe của người bệnh và có hành vi phù hợp để hiến máu an toàn, đồng thời duy trì hành vi hiến máu thường xuyên và vận động cộng đồng cùng hiến máu. Cộng đồng người có nguy cơ thấp đó chính là cộng đồng sinh viên. Vậy làm thế nào để cho những sinh viên chưa hiến máu bao giờ xuất hiện hành vi hiến máu thì đó là một bài toán đặt ra đối với những người làm công tác tuyên truyền hiến máu [3].

Câu lạc bộ hiến máu tình nguyện của trường là một trong những đơn vị tham gia tích cực vào việc tuyên truyền vận động các sinh viên trong trường tham gia hiến máu. Nghiên cứu về mối quan hệ giữa tham gia CLB hiến máu và hành vi hiến máu chúng tôi thấy rằng những sinh viên đã tham gia hiến máu tỷ lệ đã từng hiến máu là 73,5% cao hơn so với sinh viên không tham gia câu lạc bộ (45,6%). Sinh viên tham gia câu lạc bộ chưa từng hiến máu chỉ có 26,5% trong khi sinh viên không tham gia câu lạc bộ chưa từng hiến máu rất cao 54,4%. Như vậy các sinh viên tham gia câu lạc bộ và đã từng hiến máu cao gấp 3,3 lần so với sinh viên không tham gia câu lạc bộ hiến máu có ý nghĩa thống kê. Câu lạc bộ hiến máu nhân đạo trường thành lập năm 2001, câu lạc bộ ra đời với mục đích tạo được nhận thức đầy đủ, thái độ đúng đắn về hiến máu tình nguyện cho các bạn sinh viên trong trường, từ đó mong muốn mọi người thay đổi hành vi. Như chúng ta đã biết nhận thức đóng vai trò quyết định đến sự thay đổi hành vi của đối tượng hiến máu. Muốn thay đổi nhận thức thì trước hết phải thay đổi thái độ và thay đổi nhận thức bằng các hoạt động cụ thể tác động vào các giác quan.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ sinh viên đã từng hiến máu ở năm thứ 2 là 43,4% thấp hơn năm thứ 3 (51,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tập tục, tôn giáo là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất gây cản trở việc hiến máu của cả sinh viên năm thứ 2 (26,3%) và sinh viên năm thứ 3 (77,2%).

- Có 3 yếu tố ảnh hưởng đến hành vi hiến máu: dân tộc, khối và tham gia câu lạc bộ hiến máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Minh Hiếu, Nguyễn Thị Phi Nga và cộng sự (2014)**, "Thực trạng một số yếu tố tác động tác nhận thức, hành động của sinh viên về hiến máu tình nguyện và hiệu quả của các loại hình thông tin tuyên truyền hiện nay", Tạp chí Y – Dược học quân sự, số 5, tr. 23 – 30.
2. **Đỗ Trung Phần (2012)**, "Truyền máu cập nhật hiện đại và ứng dụng trong lâm sàng,, Nxb Y học Việt Nam, tr 13-250.
3. **Ngô Mạnh Quân, Lê Thanh Hằng, Nguyễn Anh Trí (2014)**, "Nghiên cứu kiến thức, thái độ, hành vi trong công tác vận động và tuyển chọn người hiến máu", Một số chuyên đề Huyết học – truyền máu, tập V, tr. 51 – 61.
4. **Tổ chức y tế thế giới (2011)** Cho máu an toàn. NXB Lao động, Hà Nội, tập 1, 32-33, 35-51, 69-83.
5. **Rakhshani F, Sainei Moghadam E et al (2010)**, "Knowledge, attitude and practice of the population of Zahedan province about blood donation", Sci J Iran Blood Transfus Org, Vol 7, No 1, pp: 9 – 16.
6. **Salaudeen AG, Odeh E (2011)**, "Knowledge and behavior towards voluntary blood donation among students of a tertiary institution in Nigeria", Original article, 14(3), pp 303 – 307.

THỜI GIAN VÀ CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CỦA BỆNH NHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG THÁP NĂM 2014

Lê Văn Sen*, Hoàng Ngọc Sơn**, Nguyễn Thúy Quỳnh***

TÓM TẮT³⁶

Trong số 4100 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Đồng Tháp từ ngày 01/1/2014 đến ngày 31/12/2014 được chọn vào nghiên cứu chi phí điều trị cho bệnh nhân bị chấn thương, có tổng số 27.393 ngày nằm viện với chi phí trực tiếp điều trị chấn thương gần 4.627.233.071 đồng. Trung bình mỗi trường hợp chấn thương sẽ phải chi khoảng 1.128.593 đồng. Chi phí điều trị chấn thương trung bình cho một bệnh nhân đến nhập viện do máy móc hoặc công cụ lao động cao nhất với 2.572.226 đồng, đứng thứ hai là đuối nước/ ngạt với 2.306.045 đồng, đứng thứ ba chấn thương vô tình do dao/vật nhọn/súng, chất nổ với 2.282.373 đồng, đứng thứ tư đánh đập/ tấn công với 1.826.216 đồng, tai nạn giao thông có chi phí thấp nhất là 565.767 đồng. Kết quả nghiên cứu cho thấy để giảm thiểu chấn thương cần tăng cường các biện pháp phòng chống tai nạn thương tích trong cộng đồng đặc biệt là chấn thương do máy móc hoặc công cụ lao động, các vật sắc nhọn.

Từ khóa: Chi phí điều trị, chấn thương, tai nạn giao thông, vật sắc nhọn, bệnh viện.

SUMMARY

DAYS AND COSTS OF INJURY TREATMENT AMONG PATIENTS ADMINSTRATED IN DONG THAP GENERAL HOSPITAL IN 2014

* Trường Cao đẳng Y tế Đồng Tháp,

** Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức,

*** Trường đại học y tế công cộng.

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Ngọc Sơn

Email: hoangngocson69@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

In total 4100 medical records of patients in Dong Thap General Hospital from 01/01/2014 to 31/12/2014 which was selected to study the cost of injury among administrated patients, there were 27,393 days of hospitalization with the total cost of nearly 4,627,233,071 VND or approximately 1,128,593 VND per patient. The average cost of injury administrated due to machinery or working tools were the highest with 2,572,226 VND, followed by drowning /asphyxiation (2,306,045 VND), unintentional injury by knife/sharps/ rifles/explosives (2,282,373 VND) and assault/ attack (1,826,216 VND). Traffic accident had the lowest cost with 565,767 VND. Results showed that it was necessary to enhancing measurements to prevent accidents and injuries in the community especially those caused by machinery or working tools and sharp objects.

Keywords: Costs of Injury, injury, traffic accident/injury, sharp injury, hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam hiện nay, chấn thương vẫn đang là một vấn đề sức khỏe đáng quan tâm của toàn xã hội, đặc biệt trong giai đoạn các hoạt động công nghiệp hóa đang được đẩy mạnh. Ngoài ảnh hưởng đến sức khỏe, chi phí điều trị chấn thương cũng là gánh nặng kinh tế lớn đối với gia đình bệnh nhân và xã hội. Hiện nay, các bệnh viện trang bị máy móc, kỹ thuật hiện đại trong điều trị, chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân nhằm góp phần làm giảm thời gian điều trị cho người bệnh. Nhưng chính vì lý do đó giá điều trị và viện phí cũng tăng cao. Theo báo cáo giám sát chấn thương tại bệnh viện năm 2006, tổng viện phí cho hơn 10.000 trường hợp là 11.820.010.000 đồng, đáng chú ý có 10 trường

hợp (0,09%) tổng viện phí điều trị trên 25 triệu đồng và chi phí điều trị của từng loại hình chấn thương là khác biệt [1]. Để góp phần tìm hiểu gánh nặng kinh tế do điều trị chấn thương tại viện trên địa bàn tỉnh Đồng Tháp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Thời gian và chi phí điều trị chấn thương của bệnh nhân tại bệnh viện đa khoa Đồng Tháp năm 2014*” nhằm mô tả kết quả điều trị và chi phí điều trị trực tiếp của các bệnh nhân chấn thương tại bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp năm 2014.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án của 4100 bệnh nhân điều trị chấn thương đầu tiên tại bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp, từ ngày 01/1/2014 đến ngày 31/12/2014 ở mọi lứa tuổi.

Hồ sơ được chọn đảm bảo thông tin rõ ràng, đầy đủ về tình trạng chấn thương và chi phí điều trị.

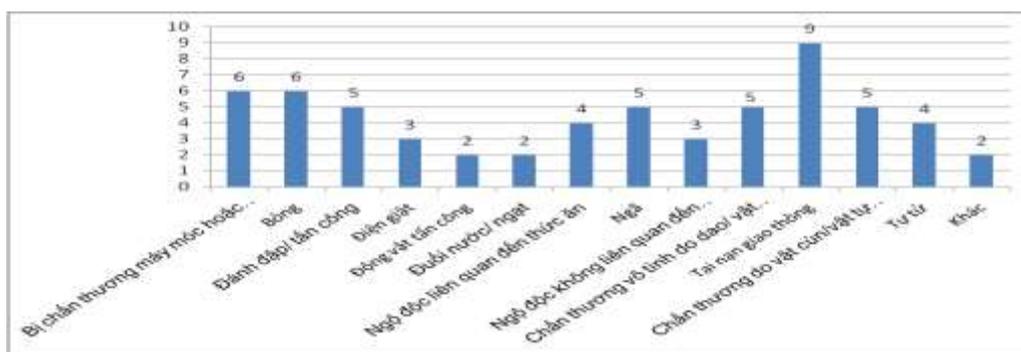
2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế cắt ngang hồi cứu số liệu thứ cấp từ các hồ sơ bệnh án được lưu trữ tại Bệnh viện, có thời gian nhập viện ngày 01/1/2014 đến ngày 31/12/2014 và loại bỏ những hồ sơ không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Các thông tin trong hồ sơ bệnh án sẽ được trích dẫn vào phiếu thu thập số liệu đã được thiết kế sẵn với những thông tin cần phân tích.

2.3 Đạo đức nghiên cứu: Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học – Trường Đại học Y tế Công cộng đã chấp thuận các vấn đề đạo đức trong nghiên cứu tại Giấy chấp thuận số 013/2015/YTCC-HD3 ngày 25 tháng 2 năm 2015.

Nghiên cứu cũng được Ban lãnh đạo Viện và hội đồng nghiên cứu khoa học của bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp chấp nhận

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



Biểu đồ 1: Số ngày nằm viện trung bình

Số ngày điều trị trung bình cho một bệnh nhân là (4,4 ngày) với tổng số ngày điều trị là 27.393 ngày. Biểu đồ 1 cho thấy số ngày nằm viện do tai nạn giao thông có số ngày điều trị trung bình dài nhất (9 ngày), tiếp theo là bỏng và bị tổn thương do máy móc hoặc công cụ lao động (6 ngày). Các chấn thương không chủ định do dao/vật nhọn/súng, chất nổ, ngã, tổn thương do vật cùn/vật tự nhiên, bị đánh đập/ tấn công có số ngày điều trị trung bình ít hơn (5 ngày).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Lê Ngọc Quang và Nguyễn Thị Chính về điều trị chấn thương trong bệnh viện năm 2013 với số ngày điều trị trung bình là 4,9 ngày [3] nhưng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Hải về điều trị chấn thương cho bệnh nhân tại bệnh viện đa khoa thành phố Hòa Bình năm 2008-2009 với số liệu tương ứng là 10 ngày, 13 ngày, 8 ngày và 7 ngày [2].

Bảng 2: Chi phí điều trị và số ngày điều trị trung bình cho từng nguyên nhân trực tiếp dẫn đến chấn thương cho một bệnh nhân

Nguyên nhân trực tiếp gây chấn thương	TS bệnh nhân	Số ngày nằm viện	Chi phí điều trị TB/ngày	Đơn vị: Đồng	
				Chi phí trung bình/ đợt cho một bệnh nhân	Tổng chi phí của tất cả bệnh nhân
Bị chấn thương máy móc hoặc	60	366	421.676	2.572.226	154.333.575

công cụ lao động					
Bông	88	531	236.550	1.427.366	125.608.220
Đánh đập/ tấn công	315	1433	401.436	1.826.216	575.258.075
Điện giật	13	34	280.292	733.073	9.529.944
Động vật tấn công	104	249	424.742	1.016.932	105.760.877
Đuối nước/ ngạt	2	4	1.153.022	2.306.045	4.612.089
Ngộ độc liên quan đến thức ăn	6	21	203.480	712.182	4.273.089
Ngã	874	4340	363.523	1.805.137	1.577.689.333
Ngộ độc không liên quan đến thức ăn	46	121	266.876	702.001	32.292.050
chấn thương vô tình do dao/ vật nhọn/ súng/ chất nổ	173	794	497.293	2.282.373	394.850.609
Tai nạn giao thông	2031	18052	63.653	565.767	1.149.072.572
Chấn thương do vật cùn/vật tự nhiên	44	216	288.643	1.416.977	62.346.969
Tự tử	248	1002	366.433	1.480.509	367.166.356
Khác	96	230	280.171	671.243	64.439.313
Tổng	4100	27393	387.563	1.128.593	4.627.233.071

Kết quả nghiên cứu thể hiện ở bảng 2 mô tả tổng chi phí trực tiếp cho các trường hợp chấn thương tại bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp trong năm 2014 là gần **4.627.233.071** đồng, trong đó chi phí điều trị chấn thương do ngã chiếm nhiều nhất **1.577.689.333** đồng, thấp nhất là **4.273.089** đồng cho điều trị ngộ độc liên quan đến thức ăn. Trung bình mỗi trường hợp chấn thương sẽ phải chi khoảng **1.128.593** đồng, thấp nhất là **565.767** đồng điều trị chấn thương tai nạn giao thông, cao nhất là **2.572.226** đồng điều trị chấn thương máy móc hoặc công cụ lao động, đuối nước/ ngạt với 2.306.045 đồng, tiếp theo do chấn thương vô tình do dao/vật nhọn/sung, chất nổ với 2.282.373 đồng. Nghiên cứu của Hồ Ngọc Thành về chi phí điều trị chấn thương tại bệnh viện đa khoa Đồng Tháp năm 2008-2009 cho thấy chi phí trực tiếp trung bình cho một trường hợp chấn thương là 355.820 đồng, thấp nhất là 140.000 đồng, cao nhất là 2.150.000 đồng, chấn thương do máy móc hoặc công cụ lao động 1.600.000 đồng, đuối nước/ ngạt 500.000 đồng, đánh đập/ tấn công với 1.400.000 đồng [4]. Chi phí điều trị trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu khác có lẽ do việc chênh lệch theo thời giá cũng như các loại dịch vụ ở từng bệnh viện, thời gian nằm viện.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa Đồng Tháp trên những người bệnh nhập viện do chấn thương trong năm 2014 cho thấy tổng cộng

27393 ngày nằm viện với gần 4.627.233071 đồng chi phí trực tiếp điều trị chấn thương, trung bình mỗi trường hợp chấn thương sẽ phải chi khoảng 1.128.593 đồng. Chi phí điều trị trung bình cao nhất ở những bệnh nhân nhập viện với chấn thương do máy móc hoặc công cụ lao động (2.572.226 đồng), thấp nhất ở nhóm bị tai nạn giao thông (565.767 đồng).

Kết quả nghiên cứu cho thấy cần tăng cường các biện pháp phòng chống tai nạn thương tích trong cộng đồng đặc biệt là chấn thương do máy móc hoặc công cụ lao động, các vật sắc nhọn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. www.mt.gov.vn/m/tin-tuc/1005/29742/ket-qua-phong-chong-tngt-duong-bo-tai-viet-nam-cua-nganh-y-te-va-ke-hoach-trien-khai-giai-doan-2011-2015.aspx.
2. Nguyễn Văn Hải (2010). "Thực trạng chấn thương của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa thành phố Hòa Bình – tỉnh Hòa Bình trong 2 năm 2008-2009". Luận văn chuyên khoa I Y tế công cộng.
3. Lê Ngọc Quang, Nguyễn Thị Chính (2013), "Thực trạng chấn thương của các trường hợp nhập viện và điều trị bệnh viện Đức Giang năm 2013". Y học thực hành (879) – Số 9/2013
4. Hồ Ngọc Thành (2010), *Mô hình chấn thương của các nạn nhân nhập viện tại bệnh viện Đa khoa Tam Nông, Đồng Tháp từ 01/6/2008 – 31/5/2009*. Luận văn chuyên khoa I Y tế công cộng.
5. Lê Vũ Anh - Trần Hữu Bích (2003), "Chấn thương ở Việt Nam và trên thế giới. Một số khái niệm dịch tễ học chấn thương cơ bản". Giáo trình giảng dạy, Trường Đại học Y tế công cộng.
6. "A league tabl of chil deaths by injuery in rich nations", innocent report card, UNICEF Innocenti Research centre Forrence, Italy, Issue

GLÔCÔM THỨ PHÁT DO CHẤN THƯƠNG NHÃN CẦU

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT³⁷

Nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị tăng nhãn áp do chấn thương. Dùng phương pháp quan sát mô tả lâm sàng có can thiệp 45 mắt tăng nhãn áp do chấn thương đã được điều trị và theo dõi trong 2 năm (2004-2006). Kết quả như sau: nam nhiều hơn nữ (8:2), lứa tuổi bị nhiều nhất là 21-60 tuổi (62,2%), nguyên nhân gặp nhiều nhất là tai nạn trong sinh hoạt (73,4%). Chấn thương đung dập có 40 mắt (88,9%), và chấn thương xuyên nhãn cầu (11,1%). Nhóm chấn thương đung dập được chia thành những nhóm theo hình thái lâm sàng: nhóm tăng nhãn áp thoáng qua (11,1%), nhóm tăng nhãn áp do XHTP(6,7%), nhóm tăng nhãn áp do lệch thể thủy tinh (33,3%), nhóm tăng nhãn áp do lùi góc tiền phòng (37,3%). Kết quả điều trị theo từng nhóm khác nhau, nhóm tăng nhãn áp thoáng qua và nhóm tăng nhãn áp do XHTP có kết quả điều trị tốt nhất. Kết luận rút ra là: Tăng nhãn áp sau chấn thương là một loại glôcôm thứ phát có cơ chế bệnh sinh rất phức tạp. Điều trị tùy theo cơ chế bệnh sinh và bệnh cần phải được theo dõi lâu dài.

Từ khóa: tăng nhãn áp do chấn thương, glôcôm thứ phát

SUMMARY**SECONDARY GLAUCOMA DUE TO THE OCULAR TRAUMA**

The research aims the evaluation on clinical characteristics and treatment results of high intraocular pressure due to trauma. Using the method of clinical intervention describe observation on 45 high IOP eyes due to trauma followed and treated for 2 years (2004 to 2006). The results of the research as follows: the male has the number higher than female (8:2), the majority are 21 to 60 years of age (62.2%), the trauma in living activities occupied the highest rate (73.4%). The blunt trauma consist of 40 eyes (88.9%), penetrating ocular trauma (11.1%). The group of penetrating ocular trauma were divided into the different subgroups based on clinical morphology: temporary high intraocular pressure (11.1%), due to anterior chamber hyphema (37.3%), due to crystalline lens dislocation (33.3%), due to anterior chamber angle recession (37.3%). The outcomes of treatment

were different from subgroups, the good prognosis belongs to subgroup of temporary and anterior chamber hyphema. Final conclusion: Increased intraocular pressure due to ocular trauma is a type of secondary glaucoma that having a complicated pathogenesis. The treatment methods depend on own pathogenesis and need to be a long time follow-up.

Keywords: high intraocular pressure due to trauma, secondary glaucoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng nhãn áp sau chấn thương là một loại glôcôm thứ phát sau chấn thương. Bệnh này xuất hiện trong khoảng 5-10% ở những mắt bị thương [3]. Glôcôm thứ phát có thể xuất hiện dưới nhiều hình thái lâm sàng khác nhau và xuất hiện ở những giai đoạn khác nhau. Bệnh này có thể xuất hiện như glôcôm góc đóng cấp hoặc mãn tính hoặc glôcôm lùi góc (giống glôcôm góc mở). Chính vì sự đa dạng và phức tạp của bệnh càng gây khó khăn trong chẩn đoán và điều trị.

Ở mắt chấn thương đung dập, do áp lực từ ngoài đột ngột tác động vào nhãn cầu làm cho trục trước sau của nhãn cầu ngắn lại, đẩy tổ chức nội nhãn ra xung quanh gây giãn căng xích đạo của nhãn cầu trong một khoảng thời gian rất ngắn, chính tác động này tạo ra lực xé rách các tổ chức nội nhãn như rách bờ đồng tử, đứt chân móng mắt, rách vùng bè trabeculum, bong thể mi, đứt dây treo thể thủy tinh, lệch thể thủy tinh khỏi vị trí của nó, rách và bong võng mạc chu biên, co kéo dịch kính nền. Tất cả những tổn thương này làm rối loạn cầu trúc nhãn cầu gây ra nghẽn góc tiền phòng và nghẽn đồng tử, nhãn áp tăng nhanh chóng sau chấn thương. Ở mắt có vết thương xuyên thủng nhãn cầu, vết thương làm thay đổi cấu trúc giải phẫu của nhãn cầu, gây xơ hoá và dính góc tiền phòng. Đồng thời do quá trình viêm móng mắt dai dẳng làm dính chân móng mắt vào vùng bè trabeculum và dính móng mắt vào mặt trước thể thủy tinh, hoặc mắt trước dịch kính, sẹo trắng giác mạc. Tất cả những tổn thương trên đều gây tăng nhãn áp.

Trong báo cáo này chúng tôi xin trình bày 45 trường hợp tăng nhãn áp sau chấn thương với những hình thái glôcôm thứ phát sau chấn thương

* Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

khác nhau mà chúng tôi đã điều trị tại khoa Chấn thương Bệnh viện Mắt Đà Nẵng trong 2 năm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả có 45 mắt trên 45 bệnh nhân bị chấn thương nhãn cầu đã được điều trị tại khoa chấn thương Bệnh viện mắt Đà Nẵng từ 5/2004 đến 30/6/2006 .

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Những bệnh nhân được phát hiện có tăng nhãn áp sau chấn thương ở nhiều thời gian khác nhau.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tiền sử đã được phát hiện, hoặc đã và đang điều trị glôcôm góc mở hoặc góc đóng, nay bị chấn thương vào mắt.
- Trẻ em đã được khám và điều trị glôcôm bẩm sinh này bị chấn thương.
- Bệnh nhân có bệnh lý bẩm sinh hoặc mắc phải tại mắt không phải do chấn thương hoặc không có di chứng của chấn thương.

Phương pháp nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân sau khi bị chấn thương đung dập nhãn cầu đều được khám hai mắt toàn diện và theo dõi nhãn áp hàng ngày trong thời gian nằm viện và sau khi xuất viện, theo dõi định kỳ sau 15 ngày, sau 1 tháng, sau 3 tháng, sau 6 tháng, hàng năm. Tất cả đều được soi góc tiền phòng sau 15 ngày kể từ khi bị chấn thương và được đo thị trường sau một tháng kể từ khi bị thương và đánh giá lại thị trường sau 6 tháng. Tình trạng đĩa thị được đánh giá ngay sau chấn thương và qua mỗi lần tái khám.

Tất cả được khám chi tiết chi tiết gồm: thị lực, nhãn áp (đo bằng nhãn áp kế Schiottz hoặc Goldman), khám sinh hiển vi đánh giá tình trạng tổn thương giác, củng mạc, tiền phòng, mống mắt, phản xạ đồng tử, thể thủy tinh, dịch kính, võng mạc, soi góc tiền phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm về tuổi

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Tuổi	< 6	7- 20	21-60	>60	Tổng số
Số bệnh nhân	1	14	28	2	45
Giá trị %	2,2	31,1	62,2	4,4	100,0
Giá trị % tích lũy	2,2	33,3	95,5	99,9	P<0,001

Lứa tuổi học sinh chiếm tỉ lệ khá cao tai nạn đều nhằm vào lứa tuổi từ 7 đến 60 tuổi. Đây là thành phần quan trọng nhất trong xã hội nhưng cũng là thành phần hoạt động nhiều nhất trong môi trường có nguy cơ cao không có phương tiện bảo vệ.

Trong số nghiên cứu, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 3 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 75 tuổi, tuổi trung bình là 30,24tuổi ± 16,33

Tỉ lệ tai nạn xảy ra cao nhất ở lứa tuổi lao động từ 20 đến 60 tuổi (63%).

3.2 Đặc điểm bệnh nhân theo giới

Nam có 36 bệnh nhân chiếm 80%. Nữ có 9 bệnh nhân chiếm 20%

Tỉ lệ nam chiếm cao hơn nữ

3.3 Đặc điểm bệnh nhân theo nghề nghiệp

Chúng tôi chia làm 3 nhóm: lao động phổ thông có 19 bệnh nhân (42,2%), học sinh sinh viên có 16 bệnh nhân (35,6%) và lao động chuyên môn có 10 bệnh nhân (22,2%)

Trong số nghiên cứu tỉ lệ những người lao động phổ thông và học sinh chiếm tỉ lệ cao

3.4 Hoàn cảnh xảy ra chấn thương

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo hoàn cảnh xảy ra tai nạn

Hoàn cảnh xảy ra tai nạn	Số bệnh nhân	Giá trị %
Tai nạn giao thông	4	8,9
Tai nạn sinh hoạt	33	73,4
Tai nạn công nghiệp	6	13,3
Tai nạn nông nghiệp	2	4,4
Tổng số	45	100,0

Tai nạn xảy ra trong sinh hoạt chiếm tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu này.

Qua các kết quả trên cho thấy rằng tỉ lệ giữa nam và nữ 8:2

3.5 Phân loại chấn thương

Chấn thương đụng đập gây tăng nhãn áp có 40 mắt chiếm tỉ lệ 88,9% cao hơn vết thương xuyên thủng nhãn cầu chỉ có 11,1%

Bảng 3: Tăng nhãn áp theo hình thái lâm sàng

Hình thái lâm sàng	Số bệnh nhân	Giá trị %
Tăng nhãn áp thoáng qua	5	11,1
Tăng nhãn áp do XHTP	3	6,7
Tăng nhãn áp liên quan đến thể thủy tinh	15	33,3
Tăng nhãn áp liên quan đến lồi góc tiền phòng	17	37,8
Tăng nhãn áp sau VTXNC	5	11,1
Tổng số	45	100,0

Hình thái lâm sàng lồi góc tiền phòng và sa lệch thể thủy tinh chiếm nhiều nhất

3.6 Tình trạng nhãn áp: Chỉ có 1 mắt có tăng nhãn áp nhẹ, còn lại số đo nhãn áp cao đáng kể. Nhãn áp từ 25 đến 40 mmHg chiếm đa số với 37 mắt (82%). Nhãn áp cao nhất là 60mmHg và nhãn áp thấp nhất là 24mmHg, nhãn áp trung bình là $32,82 \pm 8,1$

3.7 Kết quả điều trị

Bảng 4: So sánh chỉ số nhãn áp trước và sau điều trị

Nhóm bệnh	Nhãn áp trước điều trị		Phương pháp điều trị	Nhãn áp sau điều trị	
	Từ thấp nhất – cao nhất	Trị số trung bình \pm độ lệch chuẩn		Từ thấp đến cao	Trị số trung bình \pm độ lệch chuẩn
Tăng nhãn áp thoáng qua	25→37	$30 \pm 5,09$	Thuốc	15→19	$16,2 \pm 1,64$
Tăng nhãn áp do XHTP	34→49	$39,67 \pm 8,14$	Rửa máu tiền phòng	13→17	$15,3 \pm 2,08$
Tăng nhãn áp do lệch thể thủy tinh	25→60	$36,6 \pm 10,6$	thuốc và phẫu thuật	16→30	$18,2 \pm 3,8$
Tăng nhãn áp do lồi góc tiền phòng	25→43	$29,6 \pm 5,6$	thuốc và phẫu thuật lỗ dò	16→25	$20,2 \pm 3$
Tăng nhãn áp sau VTXNC	24→39	31 ± 6	Phẫu thuật lỗ dò	15→16	$15,8 \pm 0,4$

Mỗi một nhóm hình thái lâm sàng có một mức độ tăng nhãn áp khác nhau. Đối với nhóm tăng nhãn áp thoáng qua chỉ cần điều trị nội khoa, cá hình thái khác phải dùng nhiều biện pháp can thiệp phẫu thuật

Bảng 5: So sánh kết quả thị lực của 45 bệnh nhân.

Thị lực	Trước điều trị	Tỉ lệ %	Sau điều trị	Tỉ lệ %
ST(-)	0	0	0	0
ST(+)-< 0,02	19	42	3	7
0,02-<0,05	2	4	7	15,5
0,05-<0,1	4	9	6	13,3
0,1<0,3	8	18	2	4,4
0,3-<0,6	5	11	4	8,8
0,6-<0,8	0	0	12	26,6
0,8-1,0	7	16	11	24,4

Bảng 7 nhằm so sánh kết quả thị lực ở lần khám cuối cùng. Thị lực sau điều trị có cải thiện hơn nhưng chủ yếu là nhóm bệnh nhân tăng nhãn áp thoáng qua, và nhóm xuất huyết tiền phòng, tiếp theo là nhóm lồi góc, nhóm có thị lực tăng chậm nhất là nhóm tăng nhãn áp do lệch thể thủy tinh.

IV. BÀN LUẬN

1. Tuổi và giới: Rõ ràng tỉ lệ giữa nam và nữ 8:2, có lẽ do nam giới thường hoạt động trong môi trường có nguy cơ cao. Tai nạn xảy ra trong sinh

hoạt hàng ngày, trong chơi thể thao, trong các trò chơi nguy hiểm của các em học sinh nam.

2. Tỉ lệ tăng nhãn áp: Theo tác giả Christopher[2] nguy cơ phát triển glôcôm sau vết thương xuyên thủng nhãn cầu là 2,67%. Còn theo tác giả John F. Salmon[1] thì nguy cơ phát

triển glaucoma sau chấn thương đung dập là 5,5%. Mặc dù hai tác giả có những công trình nghiên cứu khác nhau về tăng nhãn áp sau chấn thương nhưng những tỉ lệ của hai tác giả đưa ra cũng cho thấy tỉ lệ nguy cơ tăng nhãn áp sau chấn thương đung dập nhãn cầu cao hơn vết thương xuyên nhãn cầu.

3. Tăng nhãn áp theo hình thái lâm sàng: Hình thái lồi góc tiền phòng và lệch thể thủy tinh là có tỉ lệ tăng nhãn áp cao nhất. Góc tiền phòng lồi về phía sau làm nghẽn phần lớn đường thoát thủy dịch qua vùng bè và cả bờ đồng tử. Hình thái này cũng rất khó điều trị vì màng bồ đào trước đã biến dạng và thường kèm theo sự bong hắc mạc.

Hình thái lệch thể thủy tinh hầu như tất cả đều tăng nhãn áp. Lý giải điều này bằng cơ chế cơ học: phần dịch kính lấp đầy khoang thể thủy tinh làm bít kín hết đường thoát thủy dịch từ sau ra trước.

4. Kết quả điều trị: Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau điều trị thị lực đều khôi phục. Nhóm thị lực 0,3 trước điều trị chỉ có 12 mắt. Sau điều trị tăng lên 23 mắt. Nhãn áp được điều chỉnh trong hầu hết các trường hợp.

V. KẾT LUẬN

- Tăng nhãn áp sau chấn thương nhãn cầu là một trong những nguyên nhân gây mù một mắt chiếm tỉ lệ cao trong lứa tuổi học sinh và người đang ở tuổi lao động.

- Vấn đề kiểm soát nhãn áp sau chấn thương khi có tăng nhãn áp, cần ưu tiên hàng đầu cho điều trị bằng thuốc và cuối cùng là phẫu thuật.

- Nhóm bệnh tăng nhãn áp do chấn thương đung dập có lồi góc tiền phòng điều trị lâu dài giống như bệnh glaucoma góc mở nguyên phát. Phẫu thuật lổ dò có áp mitomicin C có hiệu quả tốt nhất trong điều trị những trường hợp không kiểm soát được bằng thuốc.

- Nhóm bệnh tăng nhãn áp tạm thời có lồi góc tiền phòng cần được xếp vào nhóm có nguy cơ cao và theo dõi suốt đời.

- Nhóm bệnh tăng nhãn áp sau vết thương xuyên nhãn cầu nên được điều trị giống như bệnh glaucoma góc đóng thứ phát.

KIẾN NGHỊ

- Nhóm bệnh này cần được quan tâm theo dõi của thầy thuốc rất lâu dài và có hệ thống.

- Tuyên truyền rộng rãi trong học sinh và nhân dân về nguy cơ chấn thương mắt có thể xảy ra bất ngờ trong sinh hoạt hàng ngày, và mức độ nghiêm trọng của các biến chứng sau chấn thương đặc biệt là biến chứng tăng nhãn áp sau chấn thương, bệnh có thể xuất hiện sau 20 đến 30 năm sau khi bị chấn thương vào mắt.

- Thuốc điều trị nhỏ tại mắt nên được bắt đầu bằng nhóm beta blocker hoặc nhóm alpha agonists. Nhóm thuốc CAI (Carbonate Andraza Inbitors) nhỏ tại mắt hoặc dùng toàn thân có tác dụng phối hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andre Mermoud, John F. Salmon, Clive Straker, Anthony D N Murray (1993), "Post-traumatic angle recession glaucoma: a risk factor for bleb failure after trabeculectomy" Br J of Ophthalmology
2. Christopher A. Girkin, Gerald MCGWin, Robert morris, Ferenc Kuhn (2005), "Glaucoma following penetrating ocular trauma", Ophthalmol
3. Joseph Anthony J. Tumbocom, Mark A. latina (2002), "Angle recession glaucoma", Br J Ophthalmol
4. R Stanie and R Stanie (2001), "Traumatic glaucoma", Coll. Antropol.
5. Sihota R, Sood NN, Agarwal HC (1995), "traumatic glaucoma", Acta Ophthalmol Scand
6. Schlote T. (2004), "Surgical management of secondary angle closure glaucoma after trauma", SpringerLink
7. Takeo Fukuchi, Kazuo Iwata, Shoichi Sawaguchi, Toru Nakayama, Joji Watanabe (1993), "Nd: YAG laser trabeculopuncture (YLT) for glaucoma with traumatic angle recession", Graefe Archive for clinical and experimental ophthalmology.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÌNH TRẠNG DI CẢN HẠCH CỦA UNG THƯ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Xuân Hậu*, Lê Văn Quảng*
Mai Thị Kim Ngân*, Đỗ Thị Thanh Mai*

TÓM TẮT³⁸

* Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá tình trạng di căn hạch của các bệnh nhân ung thư tuyến giáp được chẩn đoán và phẫu thuật tại khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu một chùm bệnh gồm 97 bệnh nhân ung thư tuyến giáp được chẩn đoán và phẫu thuật tại Khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/2015 đến 03/2016. **Kết quả:** Tuổi trung bình 44,1; nữ/nam 6,5/1; u trên lâm sàng 91,8%; 1 u 70,1%; hạch trên lâm sàng 17,5%; hạch trên siêu âm 23,7%; TIRADs 4 trên siêu âm 74,3%; chọc hút tế bào dương tính 90,2%; phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ vét hạch 83,5%; di căn hạch sau mổ 58%; ung thư biểu mô thể nhú 96,9%; giai đoạn I 63,9%. **Kết luận:** chẩn đoán ung thư tuyến giáp dựa vào lâm sàng, siêu âm và chọc hút tế bào. Tỷ lệ di căn hạch sau mổ ung thư tuyến giáp cao.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp, di căn hạch

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES AND LYMPH NODE METASTASIS OF THYROID CANCER AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objects: Commenting some clinical, subclinical features and evaluating lymph node metastasis of patients getting thyroid cancer diagnosed and operated at Oncology and Palliative Care Department, Ha Noi Medical University Hospital. **Method:** Retrospective and prospective disease cluster descriptive study on 97 patients getting thyroid cancer diagnosed and operated at Oncology and Palliative Care Department, Ha Noi Medical University Hospital from 01/2015 to 03/2016. **Results:** Average age 44.1; female / male 6.5/1; Clinical tumor 91.8%; single tumor 70.1%; clinical node 17.5%; nodes on ultrasound 23.7%; TIRADs 4 on ultrasound 74.3%; needle aspiration 90.2% positive; total thyroidectomy and lymphadenectomy 83.5%; lymph node metastasis after surgery 58%; papillary carcinoma 96.9%; stage I 63.9%. **Conclusions:** The diagnosis of thyroid cancer based on clinical, ultrasound and needle aspiration. The rate of lymph node metastasis of thyroid cancer after surgery higher.

Keywords: thyroid cancer, lymph node metastasis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là bệnh lý hay gặp nhất trong các bệnh ung thư tuyến nội tiết, chiếm tỷ lệ khoảng 90%. Tại khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, UTTG là một trong những loại ung thư được chẩn đoán,

điều trị phổ biến và hiệu quả bằng phương pháp phẫu thuật và có tỉ lệ cao bệnh nhân phát hiện sớm khi khám sức khỏe. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá tình trạng UTTG được phẫu thuật tại khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 97 bệnh nhân UTTG được chẩn đoán và phẫu thuật tại khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2015 đến 3/2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Chẩn đoán UTTG dựa trên dấu hiệu lâm sàng, siêu âm, chọc tế bào.
- Được phẫu thuật cắt tuyến giáp.
- Giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến giáp.

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trên

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu
- Các bước tiến hành: Lập bệnh án nghiên cứu và lấy số liệu theo các chỉ tiêu.
- **Nhập và xử lý số liệu** bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi: Tuổi trung bình là 44,1±12,3, trong đó lớn nhất là 72 tuổi và nhỏ nhất là 14 tuổi. Nhóm tuổi từ 46 đến 60 gặp nhiều nhất với tỷ lệ 42,2%.

Giới: Đa số bệnh nhân là nữ, chiếm tỉ lệ 86,6%; tỉ lệ nữ/nam là 6,5/1.

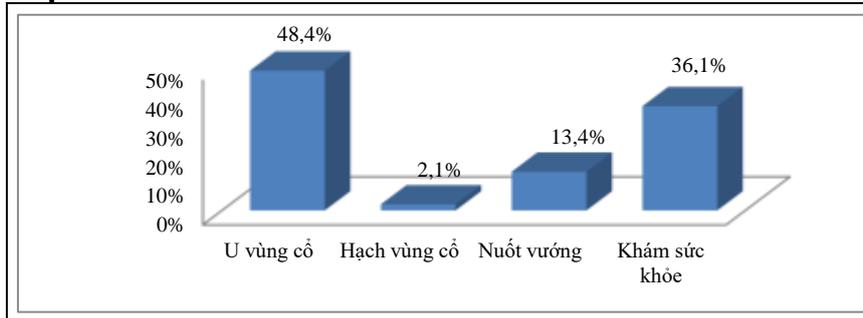
Email: hxn86@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Lý do vào viện



Biểu đồ 1: Lý do vào viện

Nhận xét: 48,4% BN đến khám vì sờ thấy khối vùng cổ; tỷ lệ bệnh nhân vào viện vì phát hiện tình cờ qua khám sức khỏe khá cao chiếm 36,1%.

3.2 Đặc điểm u trên lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm u trên lâm sàng

Số lượng u	Số BN	Tỷ lệ %
1 u	68	70,1
≥ 2 u	21	21,7
Không có u	8	8,2
Tổng	97	100
Vị trí u		
U tuyến giáp thùy (P)	38	42,7
U tuyến giáp thùy (T)	30	33,7
U hai thùy tuyến giáp	17	19,1
U eo tuyến giáp	4	4,5
Tổng	89	100
Kích thước u		
< 2 cm	68	76,4
2 - 4 cm	18	20,2
> 4 cm	3	3,4
Tổng	89	100
Mật độ u		
Cứng, chắc	85	95,5
Mềm	4	4,5
Tổng	89	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có 1 u trên lâm sàng chiếm 70,1%. Tỷ lệ gặp ở 1 thùy phải hoặc trái lần lượt là 42,7% và 33,7%, u ở eo tuyến giáp gặp ít nhất với tỷ lệ là 4,5%. Kích thước chủ yếu dưới 2 cm chiếm 76,4%, có 3,4% trường hợp u trên 4 cm. Hầu hết u có mật độ cứng chắc chiếm tỷ lệ 95,5%.

3.3 Đặc điểm u trên siêu âm

Bảng 2: Đặc điểm u trên siêu âm

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
1 u	62	63,9
≥ 2 u	35	36,1
Vị trí u		
U thùy phải	36	37,1
U thùy trái	31	32,0
U hai thùy	28	28,9
U eo tuyến giáp	2	2,0
Kích thước u		
< 2 cm	76	78,3
2 - 4 cm	19	19,6

> 4 cm	2	2,1
TIRADs		
2	1	1,0
3	7	7,2
4	72	74,3
5	17	17,5
Tổng	97	

Nhận xét: 63,9% trường hợp siêu âm chỉ thấy 1 u. Tỷ lệ gặp u ở thùy phải và trái lần lượt là 37,1% và 32%. U kích thước dưới 2 cm chiếm đa số 78,3%, có 2,1% u trên 4 cm. 74,3% trường hợp có phân độ TIRADs 4 trên siêu âm.

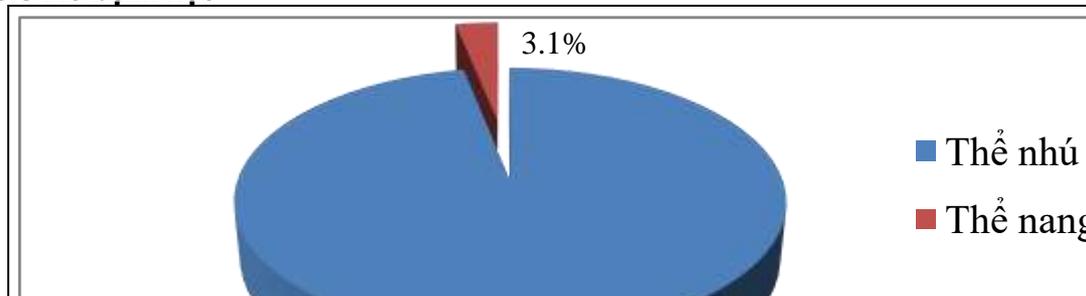
3.4 Kết quả tế bào học

Bảng 3: Kết quả tế bào học

Tế bào học	Số BN	Tỷ lệ %
Có tế bào ác tính	64	90,2
Nghi ngờ	4	5,6
Lành tính	3	4,2
Tổng	71	100

Nhận xét: Tế bào học có độ chính xác cao với độ nhạy lên tới 95,8%.

3.5 Mô bệnh học



Biểu đồ 2: ThỂ mô bệnh học

Nhận xét: ThỂ nhũ và biến thể chiếm tỉ lệ rất cao tới 96,9%; 3,15% còn lại là thể nang.

- **Giai đoạn bệnh:** Giai đoạn I chiếm 63,9% là giai đoạn hay gặp nhất.

3.6. Tình trạng di căn hạch

- **Hạch trên lâm sàng:** Tỷ lệ sờ thấy hạch trên lâm sàng thấp, chiếm 17,5%.

- **Đặc điểm hạch trên siêu âm:** Có 23,7% trường hợp phát hiện hạch trên siêu âm.

- **Tình trạng di căn hạch (sau phẫu thuật)**

Bảng 4: Tình trạng di căn hạch

Di căn hạch	Số BN	Tỷ lệ %
Có	47	58,0
Không	34	42,0
Tổng	81	100

Nhận xét: Trong tổng số 81 bệnh nhân được tiến hành vét hạch trong phẫu thuật thì có đến 58% bệnh nhân có di căn hạch

- **Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch và hạch trên lâm sàng:** tỉ lệ di căn hạch ở nhóm sờ thấy và không sờ thấy hạch trên lâm sàng khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p=0,238$.

- **Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch và hạch trên siêu âm:** sự khác biệt tỉ lệ di căn hạch ở nhóm có hạch trên siêu âm và không có hạch trên siêu âm không có ý nghĩa thống kê ($p=0,068$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Tuổi và giới

UTTĐ có thể gặp ở mọi lứa tuổi từ bệnh nhân trẻ dưới 10 tuổi cho tới những người già trên 70 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là $44,1 \pm 12,3$. Tỷ lệ này tương

đương với nghiên cứu của Trần Văn Thông (2014) là $43,3 \pm 14,7$ [1]. Theo Lin, tuổi trung bình $46,8 \pm 15,1$ [2]. Như vậy UTTG tập trung nhiều ở độ tuổi trung niên.

Nhóm tuổi hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là từ 31-60 tuổi với tỷ lệ 77,4%. Theo Chử Quốc Hoàn (2013) nhóm tuổi hay gặp là 31-45 tuổi với tỷ lệ 43,4% [3]. Nghiên cứu của Trần Văn Thông (2014) lứa tuổi hay gặp là 21-60 tuổi (85,7%) với đỉnh cao là 31-40 tuổi (34,3%) [1]. Qua đây ta nhận thấy phạm vi phân bố lứa tuổi mắc UTTG rất rộng tập trung vào khoảng 31-60 tuổi.

Tỷ lệ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 86,6%, tỷ lệ nữ/nam là 6,5/1, tỉ lệ này cao hơn nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2002) tỷ lệ nữ/nam là 2,5/1 [4]. Nghiên cứu của Kluijfhout, UTTG có 80% là nữ, tỷ lệ nữ/nam là 4/1 [5]. Theo Lin, tỷ lệ nữ/nam là 3,1/1 [2]. Như vậy tỷ lệ nữ/nam không tương đương giữa các nghiên cứu với nhau. Nhưng đều chỉ ra UTTG có xu hướng gặp chủ yếu ở nữ giới.

- Lí do vào viện: Đa số bệnh nhân đến viện với lý do xuất hiện u giáp đơn thuần chiếm tỷ lệ 48,4%, sau đó đến nhóm vào viện vì tình cờ khám phát hiện bệnh qua khám sức khỏe chiếm tỷ lệ 36,1%, tỷ lệ nuốt vướng gặp 13,4% và chỉ có 2,1% vào viện vì có hạch cổ.

Tỉ lệ vào viện vì khối u giáp quả trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số nghiên cứu khác. Theo Lê Văn Quảng (2002) u giáp chiếm 68,5% [4]. Nghiên cứu của Chử Quốc Hoàn (2013) u giáp chiếm 59,9% [3].

- Đặc điểm u trên lâm sàng: Qua khám lâm sàng 91,8% trường hợp phát hiện u trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, trong số đó có 70,1% là có 1 u và 21,7% là từ 2 u trở lên. Kết quả của chúng tôi giống với các nghiên cứu khác. Theo Lê Văn Quảng (2002) cho thấy triệu chứng u giáp trên lâm sàng có ở 96,6% bệnh nhân [4]. Nghiên cứu của Trần Văn Thông có 100% khám lâm sàng có u và 22,9% có từ 2 u trở lên [1]. Qua kết quả trên cho thấy u giáp là triệu chứng lâm sàng xuất hiện ở hầu hết bệnh nhân UTTG, u giáp cũng hay gặp đa ổ.

Về vị trí, tỉ lệ u nằm ở thùy phải là 42,7%, thùy trái là 33,7%, u hai thùy gặp 19,1% và u eo chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,5%. Tỷ lệ này gần giống so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tiến Lãng (2008), u ở thùy phải gặp 33,8% và u ở thùy trái gặp 32,3%, u hai thùy gặp 27,2% [6]. Nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2002), u ở thùy phải là 48,5%, thùy trái là 32% [4]. Theo Trần Văn

Thông (2014) u ở thùy phải gặp 44,14%, thùy trái là 43,14% [1]. Như vậy hầu hết các tác giả đều thấy rằng khối u chủ yếu là một thùy, ít gặp u ở eo tuyến giáp.

Về kích thước, nghiên cứu của chúng tôi u có kích thước < 2 cm chiếm 76,4% và u có kích thước 2-4 cm chiếm 20,2%, có 3,4% u có kích thước > 4 cm. Trong đó tỷ lệ u có kích thước < 2 cm lớn hơn và tỷ lệ u > 4 cm nhỏ hơn so với các nghiên cứu khác. Theo Lê Văn Quảng (2002) tỷ lệ u lớn hơn 4 cm là 26,4% [4]. Theo Chử Quốc Hoàn (2013) u dưới 2 cm là 19,3%, 2-4 cm là 37,3%, trên 4 cm là 43,4% [3].

- Siêu âm tuyến giáp: Trong nghiên cứu của chúng tôi siêu âm phát hiện được 100% có u tuyến giáp, trong đó tỷ lệ 1 u là 63,9% và ≥ 2 u là 36,1%. Tỷ lệ gặp u ở thùy phải là 37,1%, u ở thùy trái là 32% và u hai thùy là 28,9%, có 2% là u ở eo tuyến giáp. Theo Lee, có 7,3% khối u ở eo tuyến giáp được phát hiện qua siêu âm [7], trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ gặp nhiều nhất là TIRADS 4 với 74,2% và TIRADS 5 là 17,5%, có 1% là TIRADS 2 trên siêu âm. Tương đương với nghiên cứu của Lê Văn Thông năm 2014 là 71,1% với TIRADS 4 và 17,9% với TIRADS 5 [1].

- Xét nghiệm tế bào học: Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy của tế bào học lên đến 95,8%. Nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn năm 2012 tỷ lệ này là 76,23% [8]. Nguyên nhân có thể là do sinh thiết tế bào học tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội được tiến hành thường quy hơn.

- Mô bệnh học: Qua nghiên cứu chúng tôi thấy có tới 96,9% là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, nhú nang và có 3,1% là thể nang và không có trường hợp nào thể tủy hoặc thể không biệt hóa. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của các tác giả Lê Văn Quảng, thể nhú chiếm tỷ lệ 79,5% và thể nang là 16,5% [4].

4.2. Tình trạng di căn hạch

- Hạch trên lâm sàng và siêu âm: Qua nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ hạch được khám phát hiện trên lâm sàng là 17,5% trường hợp. Tỷ lệ phát hiện hạch trên siêu âm cao hơn chiếm tỷ lệ 23,7% chứng tỏ siêu âm nhạy hơn trong việc phát hiện hạch.

- Di căn hạch: Tỷ lệ di căn hạch trong nghiên cứu của chúng tôi là 58%, cao hơn so với các tác giả khác. Theo Yale và cộng sự (2005) tỷ lệ di căn hạch ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa là 49,7%.

Đối chiếu giữa hạch trên lâm sàng và siêu âm với kết quả giải phẫu bệnh hạch sau mổ nhận thấy: Có 70,6% bệnh nhân khám thấy hạch trên lâm sàng phát hiện di căn hạch và 54,7% bệnh nhân không khám thấy hạch trên lâm sàng có di căn hạch. Theo Chử Quốc Hoàn (2013) có 93,5% hạch trên lâm sàng khẳng định là di căn, có 10,2% di căn hạch cổ không phát hiện được trên lâm sàng [3]. Với siêu âm ta cũng cho kết quả tương đương với 73,9% hạch phát hiện qua siêu âm có di căn và 51,7% bệnh nhân có di căn hạch tiềm ẩn.

V. KẾT LUẬN

UTTG gặp nhiều ở nữ trung niên với biểu hiện nổi khối ở vùng cổ.

Siêu âm là phương tiện đơn giản, hiệu quả để phát hiện u tuyến giáp; tế bào học có độ nhạy cao lên đến 95,8% và thể mô bệnh học hay gặp nhất là thể nhú.

Di căn hạch gặp ở 58% bệnh nhân, nhiều trường hợp có di căn tiềm ẩn, không phát hiện được hạch trên lâm sàng cũng như siêu âm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Thông (2014).** *Đánh giá kết sớm của phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Lin J, Hsueh C. and Chao C. (2016).** Soft tissue invasion of papillary thyroid carcinoma, *Clin Exp Metastasis*.
3. **Chử Quốc Hoàn (2013).** *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, tỉ lệ các nhóm mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K*, Luận văn Bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
4. **Lê Văn Quảng (2002).** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992 - 2000, *Tạp chí Y học*. 431, 323-326.
5. **Kluijfhout W. et al (2016).** Frequency of High Risk Characteristics Requiring Total Thyroidectomy for 1 -4 cm Well Differentiated Thyroid Cancer, *Thyroid*.
6. **Nguyễn Tiến Lãng (2008).** *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp phối hợp với I131 điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa*, Luận văn tốt nghiệp BS CK II, Đại học Y Hà Nội.
7. **Lee Y., et al(2016)** Clinicopathologic characteristics and pattern of central lymph node metastasis in papillary thyroid cancer located in the isthmus, *Laryngoscope*.

VIÊM TUYẾN TIỀN LIỆT MẠN TÍNH VÀ HỘI CHỨNG ĐAU VÙNG CHẬU HÔNG-TẦNG SINH MÔN MẠN TÍNH

Trần Văn Hinh*, Nguyễn Phương Hồng**

TÓM TẮT³⁹

Đặt vấn đề: Viêm tuyến tiền liệt mạn tính (VTTL MT) và hội chứng đau vùng chậu hông-tầng sinh môn mạn tính (HC ĐVCH-TSM MT) do nhiều nguyên nhân gây ra. Chẩn đoán và điều trị còn nhiều khó khăn. Mục đích của bài viết là nêu lên cơ sở của việc chẩn đoán, điều trị căn bệnh và hội chứng này. **Phương pháp:** Tham khảo các công trình nghiên cứu về VTTL MT và HC ĐVCH-TSM MT đã được công bố trong những năm gần đây. **Kết quả:** VTTL MT và HC ĐVCH-TSM MT là thường gặp, trong đó VTTL MT do vi khuẩn (loại II) chỉ chiếm từ 5 – 15%, còn lại nguyên nhân của đại đa số HC ĐVCH-TSM MT là phản ứng viêm tuyến tiền liệt không do vi khuẩn (loại IIIA) và không do phản ứng viêm tuyến tiền liệt (loại IIIB). Chẩn đoán dựa vào thử nghiệm Stamey- Meares hay đơn giản hơn là xét nghiệm nước tiểu được lấy sau xoa nắn tuyến tiền liệt (NT LSXN TTL) và xét nghiệm tinh dịch. Liệu pháp kháng sinh dài hạn, dựa theo kháng sinh đồ được chỉ định khi thử nghiệm hoặc các xét nghiệm nói trên tìm thấy vi khuẩn gây bệnh. Xoa nắn tuyến tiền liệt, nhất là khi bệnh nhân được trừ đau, góp phần hỗ trợ cho liệu pháp kháng sinh. **Kết luận:** VTTL MT và HC ĐVCH-TSM MT là thường gặp. Cơ sở của chẩn đoán và điều trị là thử nghiệm Stamey-Meares hoặc đơn giản hơn là xét nghiệm NT LSXN TTL và xét nghiệm tinh dịch.

SUMMARY

CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS AND CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME

Purpose: Chronic Bacterial Prostatitis (CPB) and chronic pelvic pain syndrome (CPPS) are due to many causes. Diagnosis and treatment remain obstacles. The purpose of the article is to raise basis of the diagnosis and treatment of the disease and the syndrome. **Method:** To refer research projects on CBP and CPPS which have been published in recent years. **Results:** the CBP and CPPS are common, in which the CBP is caused by a type of bacteria (Category 2) representing only 5-15%, remaining causes of majority cases of the CPPS is inflammatory CPPS (category IIIA) and noninflammatory CPPS (category IIIB). The diagnosis is based on Meares-Stamey tests or simply giving post-message urine sample to be tested and semen analysis. Long-term

antibiotic use, based on antibiogram is indicated when malignant bacterium are found by above-mentioned tests. Prostate massage helps support to the antibiogram. **Conclusion:** The CBP and CPPS is common. The basis of diagnosis and treatment are Meares-Stamey tests or simply giving post-message urine sample to be tested and semen analysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nam giới trên 50 tuổi, bị đau vùng chậu hông-tầng sinh môn kéo dài trên 3 tháng, có thể kèm theo các rối loạn đường tiểu dưới và rối loạn xuất tinh, họ bị VTTL MT hay bị bệnh nằm trong HC ĐVCH-TSM MT. Đây là vấn đề được thảo luận rất nhiều trong các hội nghị khoa học quốc tế chuyên ngành. Mục đích của bài viết là thông qua các công trình nghiên cứu, đã được công bố trên các sách báo khoa học trong những năm gần đây để nêu lên cơ sở cho việc chẩn đoán và điều trị căn bệnh và hội chứng nói trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Dịch tễ học: Dựa vào số liệu của Medline (PubMed), năm 2010, Sibert L. và cs. cho biết: Tỷ lệ gặp của hội chứng đau vùng chậu hông mạn tính/VTTL MT là 10 000/100 000 dân, của hội chứng đau bàng quang / viêm bàng quang kể là 239 – 306/100000 dân, của đau mào tinh hoàn-tinh hoàn sau thắt-cắt ống dẫn tinh là 15000 – 20000/100000 dân, của đau khi phóng tinh và cực khoái là 1000–9000/100 000 dân (4). Tỷ lệ gặp của các đau vùng chậu hông-tầng sinh môn mạn tính khác ít được ghi chép trong y văn (4). Như vậy, VTTL MT và HC ĐVCH-TSM MT là rất thường gặp.

2.2. Phân loại: Theo phân loại cũ, viêm tuyến tiền liệt bao gồm các hội chứng nhiễm trùng, đau vùng chậu hông, rối loạn tiểu tiện và dấu hiệu tuyến tiền liệt đau khi thăm trực tràng. Khi bệnh kéo dài trên 3 tháng, bệnh nhân bị VTTL MT. Đây là nguyên nhân thường gặp, buộc người bệnh phải đi khám chuyên khoa tiết niệu – nam học. Ở độ tuổi trên 50, bệnh chiếm khoảng 10% (1). VTTL MT có ảnh hưởng rất xấu đối với chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Chẩn đoán viêm tuyến tiền liệt cấp tính do vi khuẩn luôn luôn là chắc chắn và chính xác. VTTL

*Học viện Quân Y

** Phòng khám Đa khoa Âu Việt.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Hinh

Email: hinhhvqy@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

MT do vi khuẩn, gây ra các đợt nhiễm trùng đường tiết niệu cấp tính tái phát, cũng được chẩn đoán một cách rõ ràng. Nhưng, các thể bệnh gặp nhiều nhất là HC ĐVCH-TSM MT do phản ứng viêm tuyến tiền liệt, không do vi khuẩn và không do phản ứng viêm tuyến tiền liệt (Prostatodynie) được định nghĩa một cách chưa chặt chẽ. Các thể bệnh này được xác định tùy thuộc vào sự có hay không có các tế bào viêm và / hoặc các vi khuẩn gây bệnh trong dịch tiết của tuyến tiền liệt (DT TTL), trong NT LSXN TTL hoặc trong tinh dịch. Lợi ích của số lượng tế bào viêm và vi khuẩn gây bệnh trong chẩn đoán viêm tuyến tiền liệt chưa bao giờ được hợp thức hóa. Về vấn đề này, còn có nhiều ý kiến khác biệt (1),(2),(3).

Năm 1999, Học viện Sức khỏe Quốc gia Hoa Kỳ (National Institute of Health – NIH) đã đưa ra

một phân loại (3), trong đó có những vấn đề còn để mở để các công trình nghiên cứu mới có thể tiếp tục giải quyết các vấn đề còn tồn đọng. Trong phân loại này, thuật ngữ “hội chứng đau vùng chậu hông-tầng sinh môn mạn tính” được dùng để chỉ HC ĐVCH-TSM MT, gây ra bởi phản ứng VTTL MT, không do vi khuẩn và không do phản ứng VTTL MT. Đến đây lại có một khái niệm mới, đó là viêm tuyến tiền liệt không có triệu chứng. Có lẽ các tình trạng viêm mạn tính bất thường khác của cơ quan tiết niệu – sinh dục, đã có một thời kỳ viêm cấp tính rõ rệt, phải được coi như là một chuỗi liên tục của viêm tuyến tiền liệt. Về phương diện logic, có thể coi viêm bàng quang mạn tính, viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn mạn tính, viêm niệu đạo mạn tính và VTTL MT như là nằm trong một tổng thể.

Bảng 1: Phân loại VTTL MT và HC ĐVCH-TSM MT của NIH, 1999.

* Nguồn: Theo Bishop M. C., năm 2008 (1)

Loại	Tên	Các đặc trưng của định nghĩa	Phân loại cũ (Drach và cs., 1978)
I	Viêm tuyến tiền liệt cấp tính do vi khuẩn.	Nhiễm trùng cấp tính của tuyến tiền liệt.	Viêm tuyến tiền liệt cấp tính do vi khuẩn.
II	Viêm tuyến tiền liệt mạn tính do vi khuẩn.	Viêm ĐTN tái phát, BC và cấy DT TTL, ...khi không có triệu chứng.	Viêm tuyến tiền liệt mạn tính do vi khuẩn.
IIIA	Hội chứng đau vùng chậu hông-tầng sinh môn mạn tính do phản ứng viêm tuyến tiền liệt.	Các triệu chứng của HC ĐVCH-TSM MT. BC trong DT TTL / trong NT LSXN TTL / trong tinh dịch.	Viêm tuyến tiền liệt mạn tính không do vi khuẩn.
IIIB	Hội chứng đau vùng chậu hông-tầng sinh môn mạn tính không do phản ứng viêm tuyến tiền liệt.	Các triệu chứng của HC ĐVCH MT. Số lượng BC trong DT TTL ít, không có ý nghĩa.	“Prostatodynie”.
IV	Viêm tuyến tiền liệt không có triệu chứng.	Không có triệu chứng lâm sàng. Được phát hiện tình cờ (ví dụ PSA tăng), BC ± nhiễm trùng trong mẫu NT LSXN TTL, Phản ứng viêm trong nhu mô tuyến tiền liệt.	

Các cụm từ viết tắt, ĐTN: đường tiết niệu; BC: bạch cầu; PSA: kháng nguyên đặc hiệu của tuyến tiền liệt.

2.3. Cơ sở để chẩn đoán (thử nghiệm Stamey – Meares)

2.3.1. Các bước tiến hành thử nghiệm

*Trong 3 giờ trước khi làm xét nghiệm, không đi tiểu. * Uống nước để bàng quang đầy nước tiểu. * Rửa sạch quy đầu và bộ phận sinh dục ngoài bằng nước máy và xà phòng. Rửa 2 lần. Thấm khô quy đầu và bộ phận sinh dục ngoài bằng khăn tay bông khô, sạch. * Đi tiểu và lấy từ 5 – 10 ml nước tiểu đầu bãi (V1), sau đó lấy từ 5 – 10 ml nước tiểu ở giữa bãi (V2). * Xoa nắn tuyến tiền liệt (XN TTL) mạnh trong vòng 1 phút ở đường giữa của vùng ngoại vi và ở cả vùng ngoại vi. Lấy dịch tiết, chảy ra ở lỗ niệu đạo. Đó là DT TTL.* Sau khi XN TTL xong, đi tiểu ngay và lấy từ 5 – 10 ml nước tiểu (V3). * Quan sát và đếm ngay số lượng BC ở V1, V2, V3 và DT TTL trên kính hiển vi có độ phóng đại lớn.

2.3.2. Cách đọc kết quả. [Bảng 2: Đọc kết quả. * Nguồn: Theo Bishop M. C., năm 2008 (1)].

Loại	XN	V1, NT NĐ	V2, NT BQ	V3, NT TTL	DT TTL	Bàn luận
I	ĐKL,BC	>10 ⁵ /ml, +	>10 ⁵ /ml, +	chống chỉ định xoa bóp TTL	chống chỉ định xoa bóp TTL	
II	ĐKL,BC	Ít 0	Ít ±	> 10 ⁴ /ml +	> 10 ⁴ /ml +	+ nhiễm trùng ĐTN cấp tính, tái phát.
IIIA	ĐKL,BC	0 0	0 0	0 +	0 +	cấy V3, DT TTL, đôi khi có vi khuẩn. Không có nhiễm trùng ĐTN cấp tính, tái phát.
IIIB	ĐKL,BC	0 0	0 0	0 0	0 0	
IV	ĐKL,BC	0 0	0 0	0 +	0 +	cấy V3, DT TTL, đôi khi có vi khuẩn.
VBQ	ĐKL,BC	> 10 ⁵ / ml	> 10 ⁵ / ml	> 10 ⁵ / ml	± >10 ⁵ / ml	V1, V2, V3, DT TTL có thể có BC khi có VNĐ phối hợp. Điều trị bằng Nitrofurantoin và nhắc lại.
VNĐ	ĐKL, BC	±>10 ⁵ / ml +	0 +	0 +	0 0	

Các cụm từ viết tắt, XN: xét nghiệm; ĐKL: đếm khuẩn lạc; BC: bạch cầu; VBQ: viêm bàng quang; VNĐ: viêm niệu đạo; NT: nước tiểu; NĐ: niệu đạo; BQ: bàng quang; TTL: tuyến tiền liệt

Thử nghiệm này khó thực hiện vì DT TTL ít khi thu thập được, hơn nữa các âm tính giả là rất thường gặp. Trên thực tế, các bệnh nhân bị HC ĐVCH-TSM MT thường đã được điều trị bằng kháng sinh. Rất có thể sự sinh sôi nảy nở của vi khuẩn gây bệnh sẽ bị ức chế, ngay cả khi thôi dùng kháng sinh một tháng trước khi làm thử nghiệm. Ngoài trực khuẩn đường ruột, đối với các vi khuẩn khác và khi soi tươi nghi ngờ, cần phải nuôi cấy phân lập vi khuẩn (ví dụ vi khuẩn Gram dương). Một bất lợi quan trọng khác là kết quả thử nghiệm không cho phép dự kiến kết quả điều trị. Một cách đơn giản hơn là sử dụng nước tiểu trước và sau khi XN TTL (để soi tươi và nuôi cấy) như một giải pháp xen kẽ (1),(3). Các triệu chứng của viêm niệu đạo, viêm bàng quang cũng thường phối hợp với VTTL MT loại II. Trong trường hợp này, các tế bào viêm tăng lên và cấy NT LSXN TTL phân lập được vi khuẩn gây bệnh, nhưng kết quả của xét nghiệm cấy tinh dịch thường không chắc chắn (1).

4. Chẩn đoán

4.1. Viêm tuyến tiền liệt mạn tính do vi khuẩn

Viêm tuyến tiền liệt mạn tính do vi khuẩn là một bệnh nhiễm khuẩn mạn tính hoặc tái phát của tuyến tiền liệt. Bệnh thường gặp ở độ tuổi

trẻ và trung niên. Bệnh lý này được đề cập rất nhiều trong y văn, nhưng bệnh chỉ chiếm từ 5 – 15% tổng số VTTL MT nói chung (2). Trên lâm sàng, thường gặp các triệu chứng kích thích (đái rắt, đái buốt) hoặc ít gặp hơn là các triệu chứng tắc nghẽn (đái khó, bí đái) của đường tiết niệu dưới. Bệnh nhân thường than phiền đau tăng sinh môn, đau vùng bụng dưới rốn, đau bìu-tinh hoàn, đau thắt lưng hoặc đau phần dưới của trực tràng. Một dấu hiệu đặc trưng của VTTL MT do vi khuẩn là bệnh nhân thường bị viêm đường tiết niệu, viêm niệu đạo, viêm mào tinh cấp tính tái phát, với sự nặng lên của các triệu chứng kích thích bàng quang, đôi khi phối hợp với sốt và tăng cường độ đau vùng chậu hông-tăng sinh môn, gây ra bởi cùng một loại vi khuẩn (thường là *Escherichia Coli*)(2). VTTL MT do vi khuẩn dễ xảy ra ở các bệnh nhân, có bệnh ở đường tiết niệu dưới (hẹp niệu đạo, u tuyến tiền liệt, xơ cứng cổ bàng quang) hoặc được làm các thủ thuật ở đường tiết niệu dưới. Nhưng thường gặp nhất là nhiễm khuẩn ngược dòng, trào ngược nước tiểu vào các ống tuyến tiền liệt, khi có các dị dạng giải phẫu của các ống tuyến này (1).

Mầm bệnh đặc trưng của VTTL MT có thể được phân lập từ mẫu NT LSXN TTL, trong các giai đoạn viêm cấp tính tái phát. Giữa các giai đoạn đó, nguồn gốc của viêm đường tiết niệu tái phát là từ VTTL MT, được chẩn đoán nhờ thử nghiệm Stamey – Meares kinh điển (xem bảng

2). Các mầm bệnh này được phân lập từ các chất dịch, được coi như là của tuyến tiền liệt (DT TTL, NT LSXN TTL và tinh dịch). Ngoài các trực khuẩn Gram âm và enterococcus faecalis, đã được biết từ lâu, các nghiên cứu gần đây (1),(2) cho biết tỷ lệ gặp tăng lên của vi khuẩn Gram dương, Chlamydia trachomatis và nấm đường sinh dục. Cho đến nay, giá trị của thử nghiệm Stamey-Meares vẫn đang được tranh luận trong các hội nghị khoa học chuyên ngành (1).

4.2. Hội chứng đau vùng chậu hông-tăng sinh môn mạn tính

HC ĐVCH-TSM MT là đau vùng chậu hông-tiết niệu-sinh dục không do vi khuẩn, tiến triển ít nhất từ 3 tháng trở lên, đôi khi phối hợp với các rối loạn tiểu tiện và chức năng tình dục (1),(3). Cho đến nay, sinh bệnh học của hội chứng này vẫn đang được thảo luận, nhưng căn nguyên của nó có thể do nhiễm trùng hoặc do phản ứng viêm. Nhiễm trùng hoặc phản ứng viêm bị kéo vào quá trình sinh bệnh học của hội chứng này không phải như các nguyên nhân trực tiếp mà như là các yếu tố khởi đầu của hiện tượng tăng nhạy cảm thần kinh (1). Như vậy, HC ĐVCH-TSM MT không phải là một bệnh nhiễm trùng, nhưng đôi khi một bệnh, có nguồn gốc nhiễm trùng, trở thành một bệnh lý chức năng của việc điều hòa các thông điệp đau của vùng chậu hông-tăng sinh môn (1).

Trong đa số các trường hợp mắc HC ĐVCH-TSM MT, bệnh nhân không có tiền sử viêm đường tiết niệu tái phát. Các triệu chứng lâm sàng của hội chứng này cũng tương tự như các triệu chứng lâm sàng của VTTL MT do vi khuẩn. Đối với các loại IIIA và IIIB của HC ĐVCH-TSM MT, tính chất tuyến tiền liệt đau khi thăm trực tràng thay đổi thất thường. Trong xét nghiệm NT LSXN TTL, số lượng bạch cầu bình thường và số khuẩn lạc của vi trùng gây bệnh ở dưới mức quy định gây ra viêm tuyến tiền liệt. Chẩn đoán phân biệt giữa 2 loại IIIA và IIIB dựa vào sự hiện diện của các tế bào bạch cầu trong DT TTL và trong mẫu NT LSXN TTL và / hoặc trong tinh dịch (1),(3) (xem bảng 2).

Khi làm siêu âm qua trực tràng, có thể quan sát thấy nhiều dấu hiệu bất thường, nhưng sự hợp thức của chúng vẫn đang được thảo luận. Ý nghĩa của các lắng đọng canxi trong nhu mô tuyến tiền liệt chưa được xác định. Ung thư tuyến tiền liệt đôi khi được gợi ra ở các bệnh nhân, bị đau vùng chậu hông, có tăng PSA huyết

thanh, tuyến tiền liệt không đều và đau khi thăm trực tràng, mật độ âm thay đổi (ổ ung thư thường có mật độ âm giảm). Chẩn đoán được khẳng định nhờ sinh thiết tuyến tiền liệt. Các triệu chứng của đường tiết niệu dưới và đái máu dẫn đến chỉ định đo lưu lượng dòng tiểu, làm xét nghiệm niệu động học, soi bàng quang và làm xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh đường tiết niệu trên. Trong một số ít trường hợp, đau tuyến tiền liệt được coi như thuộc về bệnh lý thần kinh cùng và các thăm dò chuyên biệt được chỉ định làm tùy theo các triệu chứng lâm sàng khác gợi ý (1),(3).

5. Điều trị

5.1. Điều trị theo quy ước

* Kháng sinh: Chỉ định điều trị kháng sinh cho VTTL MT do vi khuẩn (loại II, theo phân loại của NIH) là hợp lý (5). Liệu pháp kháng sinh được dùng theo kháng sinh đồ của xét nghiệm nuôi cấy nước tiểu, được làm trong các giai đoạn viêm đường tiết niệu cấp tính tái phát. Nếu kết quả điều trị không rõ ràng, nuôi cấy DT TTL hoặc NT LSXN TTL cho phép sự lựa chọn kháng sinh chính xác hơn (5). Đối với một số bệnh nhân, ở giữa nhóm II và IIIA (không có tiền sử viêm đường tiết niệu cấp tính tái phát, nhưng viêm tuyến tiền liệt do vi khuẩn là rõ ràng – cấy DT TTL, V3 phân lập được vi khuẩn gây bệnh), chỉ định điều trị kháng sinh là hợp logic. Các kháng sinh thuộc nhóm fluoroquinolon được khuyến dùng cho các vi khuẩn Gram âm (1),(7). Gần đây, các xét nghiệm sinh học phân tử vi khuẩn cho biết mầm bệnh kháng tetracyclin rất hay xảy ra. Hơn nữa, hiệu quả điều trị của tetracyclin là không chắc chắn (1).

Đối với các bệnh nhân loại III (theo phân loại của NIH), đáp ứng với liệu pháp kháng sinh có thể dự kiến được tùy theo có các mảnh của bộ gien đơn bội vi khuẩn, trong xét nghiệm sinh học phân tử, hay không (1),(6). Nhìn chung, khi nuôi cấy và xét nghiệm sinh học phân tử âm tính, không nên dùng kháng sinh vì tốn kém và các tác dụng phụ của thuốc (1),(6). Cũng không có dữ liệu để biết dùng thêm các thuốc chống viêm có tốt hơn việc chỉ chuyên dùng kháng sinh hay không ?

* XN TTL có thể có hiệu quả, đặc biệt khi bệnh nhân được gây tê vùng hoặc gây mê toàn thân. XN TTL có tác dụng khai thông các đường ống của tuyến tiền liệt bị tắc, giải thoát các vi khuẩn bị ứ đọng, cho phép kháng sinh thấm vào mô tuyến tiền liệt tốt hơn. Các viên sỏi nhỏ có

thể là một trong các nguyên nhân làm tắc các đường ống và ngăn cản việc giải thoát vi khuẩn, cũng như sự thâm vào nhu mô tuyến tiền liệt của kháng sinh. Cắt tuyến tiền liệt bằng nội soi qua niệu đạo có mục đích lấy bỏ các túi sỏi, nhưng chỉ định này phải được cân nhắc kỹ, dựa trên các yếu tố như tuổi, tiền sử viêm đường tiết niệu cấp tính tái phát, đái khó và ý kiến của bệnh nhân.

* Thuốc chẹn anfa/finasterid: Sử dụng các thuốc chẹn anfa vẫn đang được tranh luận. Các tác giả ủng hộ cho rằng: Có bằng chứng cho thấy ở các bệnh nhân bị VTTL MT / HC ĐVCH-TSM MT, cơ thắt vân niệu đạo hoạt động quá mức. Nhưng không có mối liên hệ giữa đáp ứng điều trị và tắc các ống tuyến, được chứng minh bằng xét nghiệm niệu động học. Hơn nữa, một thử nghiệm lâm sàng, được tiến hành với việc sử dụng các thuốc chẹn anfa, đã không cho các bằng chứng rõ ràng (1). Bằng chứng về hiệu quả của fenasterid có tính thuyết phục hơn, nhưng ở dưới mức định giá (1).

5.2. Điều trị khác

Năm 1999, trong nghiên cứu có đối chứng với giả dược, Shoskes và cs. đã cho biết "bioflavonoid quercetin" có tác dụng cải thiện các triệu chứng của HC ĐVCH-TSM, loại IIIA và IIIB (6). Thuốc có nguồn gốc tự nhiên và có nhiều tác động khác biệt, như ức chế monoxit nitơ, "tyrosin kinase" và ức chế nhiều "cytokins" viêm (6). Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng trong DT TTL và tinh dịch của bệnh nhân loại IIIA, tỷ lệ IL1 và TNF- α tăng cao hơn trong DT TTL và tinh dịch của bệnh nhân loại IIIB. Hình như "quercetin" làm giảm các tỷ lệ "isoprostan", một chất đánh dấu stress oxy hóa của dịch tuyến tiền liệt (1).

V. KẾT LUẬN

HC ĐVCH-TSN MT là rất thường gặp và do nhiều nguyên nhân gây nên, trong đó VTTL MT

do vi khuẩn chỉ chiếm từ 5 – 15%, còn lại đa số nguyên nhân là do phản ứng viêm tuyến tiền liệt, không do vi khuẩn và không do phản ứng viêm tuyến tiền liệt. Chẩn đoán dựa vào thử nghiệm Stamey-Meares hoặc đơn giản hơn là dựa vào xét nghiệm (soi tươi và nuôi cấy) NT LSXN TTL và xét nghiệm (soi tươi và nuôi cấy) tinh dịch. Liệu pháp kháng sinh dài hạn dựa theo kháng sinh đồ được chỉ định, khi nuôi cấy các dịch thể (được coi là của tuyến tiền liệt) trong các đợt viêm đường tiết niệu cấp tính tái phát, tìm thấy vi khuẩn gây bệnh. Ngoài ra, XN TTL nhất là khi bệnh nhân được trừ đau, có thể hỗ trợ cho liệu pháp kháng sinh. Nhìn chung, chẩn đoán và điều trị hội chứng này còn là một thách thức đối với giới y học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bishop M. C. (2008). Prostatite. *Traité d'andrologie a l'usage des cliniciens*. Springer; 217 – 224.
2. Delavierre D. (2014). La prostatie chronique est-elle une maladie infectieuse ? *Prog. en Urol.-FMC*; 24: 111 – 114.
3. Krieger J. N., Nyberg L. et Nickel J. C. (1999). NIH consensus, definition and classification of prostatitis. *JAMA*; 282:236 – 237.
4. Sibert L., Rigaud J., Delavierre D. et al. (2010). Épidémiologie et aspects économiques des douleurs pelvipérineales chroniques. *Prog. en Urol*; 20: 872 – 885.
5. Shoskes D. A. et Shahed A. (2000). Presence of bacterial signal in expressed prostatic secretions predicts response to antibiotic therapy in men with chronic pelvic pain syndrome. *J. Urol.*; 163, Suppl.: 23.
6. Shoskes D. A., Zeitlin S. I., Shahed A. et al. (1999). Quercetin in men with category III chronic prostatitis: a preliminary prospective, double blind, placebo controlled trial. *Urology*; 54: 960 – 963.
7. Weidner W., Ludwig M., Brahler E. et al. (1999). Outcome of antibiotic therapy with Ciprofloxacin in chronic bacterial prostatitis. *Drugs*; 58, Suppl. 2: 103 – 106.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH SỎI NIỆU QUẢN

Nguyễn Xuân Hiền*, Nguyễn Văn Khải**

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh sỏi niệu quản trên chụp cắt lớp vi tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 113 bệnh nhân

TÓM TẮT⁴⁰

*

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

với 122 viên sỏi niệu quản trên phim chụp CLVT đa dãy (64 dãy) lớp cắt 0,75mm trước, sau tiêm và thì muộn có tái tạo MIP và 3D tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2016 đến tháng 10/2016. **Kết quả:** sỏi niệu quản thường gặp ở độ tuổi 50-59 là (37,74%). Độ tuổi trung bình 50,95 ± 15,05. Tỷ lệ nữ/nam là 1:2,14. Tỷ lệ sỏi ở vị trí niệu quản 1/3 trên chiếm 45,9%, ít gặp hơn sỏi ở vị trí niệu quản 1/3 dưới (36,9%). Sỏi ở niệu quản 1/3 giữa chiếm tỷ lệ thấp nhất (17,2%). Số lượng sỏi NQ thường gặp là 1 viên có tỷ lệ cao nhất (93,8%). Kích thước của sỏi NQ >10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất 41%, sỏi từ 6-10 mm chiếm tỷ lệ tương đối (37,7%), thấp nhất là sỏi có kích thước ≤ 5 mm chiếm tỷ lệ (21,3%). Hầu hết các trường hợp niệu quản phía trên sỏi NQ thường giãn chiếm 98,23%. **Kết luận:** Chụp cắt lớp vi tính là phương pháp tốt để tìm sỏi niệu quản trong các trường hợp siêu âm bị hạn chế.

Từ khóa: sỏi niệu quản, chụp cắt lớp vi tính

SUMMARY

STUDY THE CHARACTERISTICS OF URETERAL STONES BY COMPUTER TOMOGRAPHY SCANNER

Objective: Describe the characteristics of ureteral stone on CT scanner. **Methods:** Cross-sectional descriptive study is performed on 113 patients (122 stones) who underwent computed tomography multislices (64 slices) having ureteral stones with protocols (thickness slice 0,75mm; non contrast media, contrast media, delay phase and reconstruction MIP, 3D) at Bach Mai hospital from Jan. 2016 to Oct. 2016. **Results:** show that the common age is 50-59 years (mean age: 50.95±15.05), occupy 37,74%, female is less than male with ratio of 1 / 2.14. Stone locating at 1/3 upper ureter (45,9%) is common more than 1/3 under ureter (36,9%), and at 1/3 mid ureter occupy smallest percent (17,2%). Number of ureteral stone popularly is a stone with 93,8%. The size of stone >10mm is accounted for highest percent (41%), size of 6-10mm show the relative proportion (37,7%), and lowest is stone size of ≤ 5 mm (21,3%). Most of cases have dilation above location of stone with 98.23%. **Conclusion:** CT scanner is the best way to find out ureteral stone in case difficulty using ultrasound.

Keyword: CT scanner, ureteral stone

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh phổ biến, đứng hàng đầu trong các bệnh của hệ tiết niệu. Theo thống kê tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, tỷ lệ mắc sỏi tiết niệu chiếm 30%-40% tổng số các bệnh nhân đến khám tiết niệu [1]. Tỷ lệ bệnh nhân phải can thiệp phẫu thuật chiếm tới 50% - 60% tổng số phẫu thuật tiết niệu. Trong các loại sỏi đường tiết niệu thì sỏi niệu quản là loại sỏi thường gây

bít tắc và ảnh hưởng sớm đến chức năng thận [2]. Sỏi niệu quản có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm như thận ứ nước, thận ứ mủ, suy thận, vô niệu....

Việc chẩn đoán sỏi niệu quản bằng siêu âm bị hạn chế trong một số trường hợp như: bệnh nhân béo phì hay bụng nhiều hơi, sỏi nhỏ chỉ gây giãn nhẹ niệu quản.... Sỏi không cản quang sẽ không phát hiện được trên X quang bụng. Chụp cắt lớp vi tính không những không bị ảnh hưởng bởi bệnh nhân béo phì hay hơi mà còn xác định được vị trí, kích thước sỏi, mức độ cản quang của sỏi, mức độ giãn niệu quản phía trên sỏi, có thể thấy được sỏi kích thước nhỏ hơn 2mm và đánh giá được tổn thương phần mềm quanh vùng có sỏi [5]. Để tìm hiểu sâu về đặc điểm hình ảnh sỏi niệu quản trên chụp cắt lớp vi tính chúng tôi nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sỏi niệu quản". Với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sỏi niệu quản".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có hình ảnh sỏi niệu quản trên phim CLVT hệ tiết niệu với lớp cắt 3mm, trước, sau tiêm và thì muộn.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tại khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh Bạch Mai từ tháng 15/01/2016 đến tháng 15/10/2016

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp mô tả cắt ngang.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu. Các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học SPSS 16.0.

2.5. Các biến số nghiên cứu

- **Các biến số về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Tuổi: < 30, 30 – 39, 40 – 49, 50 – 59, ≥ 60; giới: nam, nữ.

- **Các biến số về đặc điểm hình ảnh CLVT của sỏi niệu quản**

Vị trí SNQ: niệu quản 1/3 trên, niệu quản 1/3 giữa, niệu quản 1/3 dưới.

Số lượng SNQ: 1 viên, 2 viên, >2 viên.

Kích thước SNQ: ≤ 5mm, 6 mm - 10 mm, > 10 mm.

Tình trạng niệu quản phía trên SNQ: có giãn, không giãn.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Giới		Tỷ lệ %
	Nam	Nữ	
Dưới 30	5	4	7,97
30 – 39	8	4	10,05
40 – 49	16	7	20,35
50 – 59	28	14	37,74
Trên 60	20	7	23,89
Tổng số	77 (68,14%)	36 (31,86%)	113 (100%)

Tuổi: Tỷ lệ sỏi NQ cao nhất ở nhóm 50-59 tuổi (37,74%). Tiếp đó, là nhóm > 60 tuổi (23,89%). Nhóm 40-49 tuổi và nhóm 30-39 tuổi ít gặp hơn lần lượt là (20,35%) và (10,05%). Nhóm < 30 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (7,97%). 100% sỏi niệu quản là ở 1 bên (phải hoặc trái).

Giới: Tỷ lệ mắc sỏi NQ ở nam cao hơn nữ (nam 68,14%, nữ 31,86%). Tỷ lệ Nam/Nữ bằng 2,14.

3.2. Đặc điểm hình ảnh sỏi niệu quản trên phim chụp cắt lớp vi tính

3.2.1. Vị trí sỏi niệu quản

Bảng 3.1. Vị trí sỏi NQ trên hình ảnh phim chụp CLVT theo hướng coronal.

Vị trí	Số lượng sỏi (viên)	Tỷ lệ (%)
Niêu quản 1/3 trên	56	45,9
Niêu quản 1/3 giữa	21	17,2
Niêu quản 1/3 dưới	45	36,9
Tổng số	122	100

Nhận xét: Tỷ lệ sỏi ở vị trí niệu quản 1/3 trên chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm 45,9%), ít gặp hơn sỏi ở vị trí niệu quản 1/3 dưới (chiếm 36,9%). Sỏi ở niệu quản 1/3 giữa chiếm tỷ lệ thấp nhất (chiếm 17,2%).

3.2.2. Số lượng sỏi

Bảng 3.2. Số lượng sỏi

Số viên sỏi	Số bệnh nhân	Số lượng sỏi (viên)	Tỷ lệ%
1	106	106	93,8
2	6	12	5,3
>2	1	4	0,9
Tổng số	113	122	100

Nhận xét: Số lượng sỏi NQ thường gặp là 1 viên có tỷ lệ (93,8%), số lượng sỏi 2 viên chiếm tỷ lệ thấp (5,3%), ít gặp nhất số lượng sỏi > 2 viên chiếm tỷ lệ (0,9%).

3.2.3. Kích thước sỏi

Bảng 3.3. Kích thước sỏi NQ trên hình ảnh phim chụp CLVT

Kích thước (mm)	Số lượng sỏi (viên)	Tỷ lệ %
<5	26	21,3
6-10	46	37,7
>10	50	41
Tổng số	122	100

Nhận xét: Kích thước của sỏi NQ >10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (41%), sỏi từ 6-10 mm chiếm tỷ lệ tương đối (37,7%), thấp nhất là sỏi có kích thước ≤ 5 mm chiếm tỷ lệ (21,3%).

3.2.4. Tình trạng niệu quản phía trên sỏi

Bảng 3.4. Tình trạng niệu quản phía trên sỏi NQ trên hình ảnh phim chụp CLVT theo hướng coronal.

Tình trạng NQ	Số lượng niệu quản	Tỷ lệ (%)
Cổ giãn	111	98,23
Không giãn	2	1,77
Tổng	113	100

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp niệu quản phía trên sỏi NQ thường giãn (chiếm 98,23%), ít gặp trường hợp không giãn (chiếm 1,77%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Qua nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 10 tuổi và cao

nhất là 83 tuổi, trung bình $50,95 \pm 15,05$ tuổi, cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả A.Lan J.W và cộng sự là 49,4 tuổi [5].

Theo tác giả Dương Văn Trung và cộng sự, độ tuổi mắc bệnh là 44,25 tuổi [4]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn một chút so với các kết quả nghiên cứu này. Nguyên nhân dẫn đến sự khác nhau về độ tuổi trung bình này có thể do đặc thù vùng miền cũng như số lượng bệnh nhân từ cộng đồng hoặc đến điều trị tại cơ sở y tế.

Số bệnh nhân trong độ tuổi từ 30 đến 60 tuổi của nghiên cứu này chiếm 77 trường hợp tỷ lệ 68,14%. Điều này cho thấy bệnh sỏi niệu quản thường gặp ở tuổi trung niên (trong độ tuổi lao động). Kết quả này tương đồng với nhận xét của tác giả Babayan với 77% gặp sỏi niệu quản ở lứa tuổi lao động từ 30 – 60 tuổi [7]. Theo các nghiên cứu khác như tác giả Dương Văn Trung tỷ lệ gặp sỏi niệu quản cao nhất từ 20 đến 60 tuổi [4]. Tác giả Alan J.W cũng ghi nhận bệnh sỏi niệu quản hiếm khi gặp ở lứa tuổi nhỏ hơn 20, tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở lứa tuổi 40-60 ở cả 2 giới [5]. Ở nữ sau 60 tuổi tương ứng với thời kỳ mãn kinh cũng có tỉ lệ mắc bệnh cao. Các tác giả cho rằng điều này có liên quan đến vai trò của estrogen chống lại sự hình thành sỏi

Theo y văn, sỏi niệu quản thường gặp ở nam nhiều hơn ở nữ giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì ghi nhận 77 bệnh nhân là nam chiếm 68,14%; 36 bệnh nhân là nữ chiếm 31,86%, tỷ lệ nữ/nam là 1:2,14.

Theo tác giả Nguyễn Bửu Triều và Nguyễn Mễ, tại Việt nam, tỷ lệ nam giới mắc bệnh sỏi niệu quản gần gấp đôi nữ giới [3]. Các nghiên cứu về dịch tễ học sỏi niệu quản ở châu Âu và Hoa Kỳ nhận thấy tỷ lệ nam mắc bệnh sỏi niệu gấp 2 đến 3 lần nữ giới. Như vậy trên nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các tác giả này.

Theo một số nghiên cứu khác thì tỷ lệ của chúng tôi đa phần cao hơn như tác giả Dương Văn Trung tỷ lệ nữ/nam là 1:1,04 [4]. Tuy nhiên đây là tỷ lệ mắc bệnh trong cộng đồng, trong khi đó tỷ lệ của chúng tôi là tỷ lệ bệnh nhân đến khám.

4.2. Đặc điểm hình ảnh sỏi niệu quản trên phim chụp cắt lớp vi tính

4.2.1. Vị trí sỏi

Trong 113 bệnh nhân với 122 viên sỏi được chúng tôi nghiên cứu thì sỏi niệu quản chủ yếu gặp ở hai vị trí niệu quản 1/3 trên và niệu quản

1/3 dưới, tỷ lệ lần lượt là 45,9% và 36,9%. Còn vị trí sỏi ở niệu quản 1/3 giữa ít gặp hơn, chiếm 17,2%, điều này khá tương đồng với một số kết quả của các tác giả khác.

Tác giả Dương Văn Trung vị trí gặp sỏi ở 1/3 niệu quản trên; giữa; dưới là 40,8%; 16,5%; 42,7% [4], tác giả Lê Ngọc Từ có nhận xét vị trí gặp chủ yếu ở niệu quản trên và dưới gấp 2 đến 3 lần so với niệu quản giữa [5]. Tuy nhiên các kết quả này cho thấy rằng việc gặp sỏi ở niệu quản 1/3 dưới sát bàng quang là hay gặp nhất. Sự khác biệt này có thể do các nghiên cứu này hướng về các giải pháp điều trị, còn chúng tôi nghiên cứu trên sự phát hiện ra sỏi nên sự xuất hiện sỏi có thể ở vị trí sớm hơn.

Một số nghiên cứu khác cũng tương tự như tác giả Finlayson đưa ra vị trí gặp sỏi niệu quản 1/3 trên là 45,64%, vị trí sỏi niệu quản 1/3 dưới là 40,51% [9]. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của tác giả Vũ Hồng Thịnh và cộng sự [2].

4.2.3. Số lượng sỏi

Trong 113 bệnh nhân mà chúng tôi nghiên cứu thì nhóm có 1 viên sỏi chiếm tỷ lệ cao nhất là 93,8%, nhóm có 2 viên sỏi chiếm tỷ lệ 5,3% và nhóm có số lượng > 2 viên sỏi ít gặp nhất chiếm tỷ lệ 0,9%. Kết quả của nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của tác giả Dương Văn Trung với tỷ lệ gặp 1 viên sỏi là 91,93%, gặp 2 viên sỏi là 6,1% và >2 viên là 1,97% [4]. Theo nghiên cứu của các tác giả Lưu Huy Hoàng nhận xét về sỏi niệu quản thường gặp là 1 viên chiếm tỷ lệ cao từ 80%-90%, đôi khi gặp 2 hoặc >2 viên nằm cả hai bên niệu quản [1]

4.2.4. Kích thước sỏi

Tác giả Nguyễn Huy Hoàng với nghiên cứu tán sỏi bằng laser tại bệnh viện Việt Đức với 67 bệnh nhân thì có 5 bệnh nhân có sỏi 2 bên và 4 bệnh nhân có 2 viên sỏi nằm sát bàng quang [1]. Tương tự với tác giả George và cộng sự [9]. Với nhận xét này thì số lượng nhóm có 2 viên và >2 viên lớn hơn nghiên cứu của chúng tôi (chiếm <10%). Có sự khác biệt như vậy là do tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng của các tác giả này có tính chọn lọc cao và thực hiện trên điều trị trực tiếp cho bệnh nhân còn nghiên cứu của chúng tôi trên số lượng bệnh nhân đến khám và chụp CLVT để chẩn đoán.

Nhìn chung qua các nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng tỷ lệ thường gặp số lượng 1 viên sỏi chiếm tỷ lệ cao 70% - 90%, số lượng 2 viên và >2 viên là 10% - 30% [1,3,5].

Về kích thước SNQ thì theo nghiên cứu của chúng tôi trên 122 viên sỏi của 113 bệnh nhân, thấy sỏi có kích thước ≤ 5 mm có tỷ lệ thấp nhất (chiếm 21,3%), sỏi có kích thước từ 6-10mm có tỷ lệ chiếm 37,7% và sỏi có kích thước > 10 mm chiếm tỷ lệ 41%. Kích thước viên sỏi trung bình là $11,01 \pm 5,64$.

Tác giả Nguyễn Huy Hoàng ghi nhận được kích thước viên sỏi trung bình là $11,95 \pm 4,61$ mm, sỏi có kích thước nhỏ nhất là 4 mm, lớn nhất là 26mm [1]. Kết quả này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra một số tác giả khác như tác giả Nguyễn Hữu Triều (1998) tán sỏi nội soi cho sỏi có kích thước 5 – 12 mm [3], tác giả Dương Văn Trung (2004) tán sỏi nội soi sỏi có kích thước trung bình 12,1 mm [4], đều có tỷ lệ sỏi và kích thước trung bình tương tự như kết quả nghiên cứu trên.

Hầu hết, nghiên cứu của chúng tôi có kết quả phù hợp với hầu hết các tác giả đã nghiên cứu về vấn đề này, có được sự chính xác này có thể là do chúng tôi đo được kích thước trên phim chụp CLVT đa dãy với rất nhiều hướng và bao quát hết được chu vi viên sỏi của các bệnh nhân được thăm khám bằng xét nghiệm này.

4.2.5. Tình trạng niệu quản phía trên sỏi

Trên 113 bệnh nhân với 113 niệu quản trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì có 111 trường hợp có sỏi niệu quản gây giãn niệu quản phía trên chiếm tỷ lệ 98,23% và chỉ có 2 trường hợp không gây giãn niệu quản chiếm tỷ lệ 1,77%. Trên nghiên cứu chúng tôi thấy rằng 2 trường hợp này đều có sỏi nhỏ dưới 5mm, phù hợp với giải phẫu sinh lý của niệu quản.

Trên nghiên cứu của Nguyễn Huy Hoàng cũng như Dương Văn Trung thấy sỏi niệu quản gây giãn niệu quản phía trên là 100% [1],[4].

Qua các nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy hầu hết các bệnh nhân có sỏi niệu quản thì đều có giãn niệu quản ở vị trí phía trên của sỏi, chỉ một số ít trường hợp niệu quản không giãn mặc dù có sỏi niệu quản. Điều này được giải thích là do sỏi nhỏ hoặc rất nhỏ nên không gây ảnh hưởng tới sự lưu thông nước tiểu trong lòng niệu quản do đó không gây ứ nước tiểu trong lòng niệu quản. Tất cả những trường hợp này thường được phát hiện tình cờ khi thăm khám vì những lý do khác.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 113 bệnh nhân với 122 viên sỏi niệu quản trên phim chụp cắt lớp vi tính 64 dãy, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Bệnh lý sỏi NQ thường gặp ở độ tuổi 50 – 59 (37,74%). Độ tuổi trung bình $50,95 \pm 15,05$ tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 1:2,14.

- Tỷ lệ sỏi ở vị trí niệu quản 1/3 trên chiếm tỷ lệ cao nhất (45,9%), ít gặp hơn sỏi ở vị trí niệu quản 1/3 dưới (36,9%). Sỏi ở niệu quản 1/3 giữa chiếm tỷ lệ thấp nhất (17,2%).

- Số lượng sỏi NQ thường gặp là 1 viên có tỷ lệ cao nhất (93,8%), số lượng sỏi 2 viên chiếm tỷ lệ thấp (5,3%), ít gặp nhất số lượng sỏi > 2 viên chiếm tỷ lệ (0,9%).

- Kích thước của sỏi NQ > 10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (41%), sỏi từ 6-10 mm chiếm tỷ lệ tương đối (37,7%), thấp nhất là sỏi có kích thước ≤ 5 mm chiếm tỷ lệ (21,3%).

Hầu hết các trường hợp niệu quản phía trên sỏi NQ thường giãn (chiếm 98,23%), ít gặp trường hợp không giãn (chiếm 1,77%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Huy Hoàng (2013), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả sớm nội tán sỏi niệu quản bằng laser Holmium tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*, Luận văn bác sỹ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên.
2. Vũ Hồng Thịnh, Nguyễn Minh Quang, Nguyễn Hoàng Đức, Trần Lê Linh Phương (2005), "Tán sỏi niệu quản dưới qua nội soi tại bệnh viện Đại học Y dược TP HCM", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 9(1): tr. 23-33.
3. Nguyễn Hữu Triều, Trần Quán Anh, Trần Đức Hòa, Nguyễn Kỳ (1998), *Bệnh học tiết niệu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Dương Văn Trung (2004), "Kết quả tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng cho 1519 bệnh nhân tại bệnh viện Bưu Điện Hà Nội", *Tạp chí Y học thực hành*, (491): tr. 601-604.
5. Lê Ngọc Từ (1993), "Sỏi tiết niệu", *Bệnh học Ngoại khoa*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 82-100.
6. Alan J. W., Louis R. K., Andrew C. N., Alan Q. P. (2007), "Surgical anatomy of the Retroperitoneum ureter", *Campell-Walsh Urology*, Elsevier, pp.150-57.
7. Babayan R. K. (1999), "Urinary calculi and endourology", *Manual of urology, diagnosis and therapy*, Lippincott Williams & Wilkins Co, Philadelphia, pp. 127-128.

PHÂN LOẠI MỘT SỐ LOÀI ĐẠI HOÀNG BẰNG ĐỊNH LƯỢNG ĐỒNG THỜI CÁC HOẠT CHẤT VÀ PHÂN TÍCH TỔNG THỂ SẮC ĐỒ

Chữ Văn Mến¹, Ngô Sĩ Thịnh², Ngô Thế Cường²

TÓM TẮT⁴¹

Đại hoàng là một dược liệu cổ truyền quan trọng bao gồm ba loài *Rheum tanguticum*, *Rheum palmatum* và *Rheum officinale*. Hiệu quả điều trị của dược liệu này phụ thuộc phần lớn vào nguồn gốc loài. Việc xác định phân loại loài dựa trên phân tích mô học là cực kỳ khó khăn với các mẫu Đại hoàng trên thị trường. Do vậy, việc tiêu chuẩn hóa và thẩm định loài sử dụng các đặc trưng hóa học là rất quan trọng. Trong nghiên cứu này, một phân tích thẩm định loài đơn giản bằng định lượng đồng thời 5 hoạt chất chính là aloe-emodin, rhein, emodin, chrysophanol và physcion được tiến hành để đánh giá chất lượng Đại hoàng. Năm hoạt chất chính được phân tách trên cột pha đảo Optimapak C₁₈ với pha động gồm 0.1% phosphoric acid trong nước: methanol tỷ lệ 15:85. Tốc độ dòng là 1.0 ml/phút và bước sóng phát hiện là 254 nm. Phân tích tổng thể sắc đồ sử dụng LDA cho thấy rằng các loài Đại hoàng từ các nguồn gốc thực vật khác nhau có thể được phân biệt với độ chính xác tới 100%.

SUMMARY

CLASSIFICATION OF SOME RHUBARB SPECIES BY SIMULTANEOUS QUANTITATION OF BIOACTIVE COMPOUNDS AND PATTERN ANALYSIS

Rhubarb is an important traditional herbal drug containing three species *Rheum tanguticum*, *Rheum palmatum* and *Rheum officinale*. The therapeutic effectiveness of this herb depends significantly on the species. The morphological taxonomical identification between species is too difficult during on-site inspection for species authentication among commercial samples in the market. Thus, the standardization and the species authenticity verification using the chemical characteristics would be very important. In the present study, a simple species authentication by HPLC analysis of five main components like aloe-emodin, rhein, emodin, chrysophanol and physcion from Rhubarb samples was carried out to evaluate the quality of Rhubarb. Five main components were base line separated on a Optimapak C₁₈ column with the mobile phase of 0.1% aqueous phosphoric acid: methanol = 15:85. The flow

rate was 1.0 mL/min and detection was carried out at 254 nm. Pattern recognition analysis using LDA revealed that Rhubarb species from different botanical origins could be discriminated with the accuracy of up to 100%.

Keywords: Rhubarb, HPLC, quality evaluation, LDA, authentication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại hoàng (Rhubarb) là một tập hợp các loài trong chi *Rheum* thuộc họ Polygonaceae. Có ba loài của chi *Rheum* được chính thức công nhận trong Dược điển Việt Nam, Hàn Quốc và Trung Quốc dưới một tên chung "Daehoang" bao gồm *R. tanguticum*, *R. palmatum* và *R. officinale* [1-3]. Dược điển Nhật Bản, ngoài ba loài trên công nhận thêm *Rheum coreanum* và những loài lai giữa các loài trên là dược liệu Đại hoàng [4]. Ngoài ra, các loài không chính thức như *Rheum undulatum*, *Rheum rhaponticum*, *Rumex crispus*, *Rumex aquatica* và *Reynoutria elliptica* cũng thường bị sử dụng nhầm như là Đại Hoàng. Dược liệu Đại hoàng được biết đến rõ ràng nhất có chứa các anthraquinone [5,6] đóng vai trò quan trọng trong các tác dụng sinh học khác nhau như nhuận tràng, lợi gan mật, bảo vệ gan, chống viêm, chống ung thư [7].... Trong nghiên cứu này, năm hoạt chất chính được sử dụng để đánh giá chất lượng và thẩm định các loài Đại hoàng bao gồm aloe-emodin, rhein, emodin, chrysophanol và physcion (hình 1). Phân tích tổng thể sắc đồ sử dụng LDA (Linear Discriminant Analysis) cho các loài Đại hoàng được tiến hành để phân loại 30 mẫu Đại hoàng từ 5 loài khác nhau.

¹Học Viện Quân Y

²Bệnh viện Quân y 354 - Tổng cục Hậu cần.

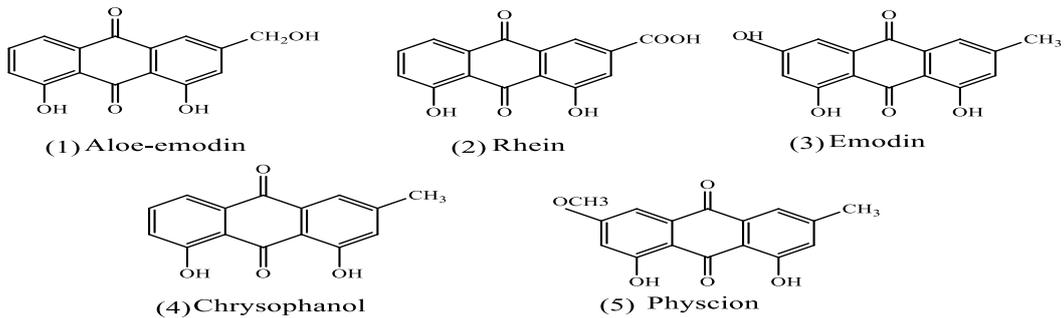
Chịu trách nhiệm chính: Chữ Văn Mến

Email: chuvanmen@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:



Hình 1: Cấu trúc hóa học của các hoạt chất chính trong Đại hoàng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Nguyên liệu nghiên cứu

Các chất chuẩn aloe-emodin, rhein, emodin, chrysophanol, physcion được chiết xuất, phân tách, tinh chế và xác định cấu trúc, methanol, nước cất, acid phosphoric đạt tiêu chuẩn cho sắc ký lỏng hiệu năng cao, các hóa chất khác đạt tiêu chuẩn phân tích. Mẫu đại hoàng được thu hái từ các vùng khác nhau của Trung Quốc và Hàn Quốc, mẫu được thẩm định bởi GS. Jae Hyun Lee, Khoa Y Học Cổ Truyền, Đại học Dongguk và được lưu trữ tại Khoa Dược, Đại học Quốc gia Chung Nam, Hàn Quốc. Máy sắc ký lỏng hiệu năng cao Shimadzu bao gồm bơm LC-20AD, detector SPD-20A UV/Vis, hệ thống tiêm mẫu tự động SIL-20A, bộ phận ổn nhiệt CTO-20A (Shimadzu, Japan). Phân tích được thực hiện trên cột C₁₈ (4.6 x 250 mm, 5 μm, Optimapak, RStech Corp, Korea).

2. Phương pháp nghiên cứu

Điều kiện sắc ký: Cột: cột phân tích pha đảo Optimapak C₁₈ (250 x 4,6; 5 μm) của công ty RS tech, Hàn Quốc; bước sóng phát hiện 254 nm; pha động gồm dung dịch acid phosphoric 0,1% trong nước và methanol với tỷ lệ 15:85; tốc độ dòng 1 ml/phút, thể tích tiêm 10 μl [2].

Chuẩn bị dung dịch chuẩn và thử: Mẫu chuẩn: Cân chính xác một lượng phù hợp aloe-emodin, rhein, emodin và physcion, hòa tan trong methanol để được các dung dịch gốc tương ứng có nồng độ là 80 μg/ml với aloe-emodin, rhein, emodin, chrysophanol và 40 μg/ml với physion. Lấy chính xác 2 ml của mỗi dung dịch gốc trên trộn lẫn để được dung dịch chuẩn có nồng độ 16 μg/ml với aloe-emodin, rhein, emodin, chrysophanol và 8 μg/ml với physion [2]. Mẫu thử: Cân chính xác một lượng 0,15 g của bột dược liệu, cho vào bình nón có

nắp, bổ sung 25 ml methanol và cân. Chiết xuất hồi lưu trong thời gian 60 phút, để nguội, cân lại, bổ sung lượng methanol bị mất do bay hơi, trộn đều và lọc. Lấy chính xác 5 ml dịch lọc cho vào bình nón, loại dung môi, thêm 10 ml dung dịch HCl 8%, siêu âm trong 2 phút, thêm 10 ml chloroform. Tiếp tục chiết hồi lưu trong 60 phút, để nguội, chuyển sang bình gạn, rửa lại bình nón với một lượng nhỏ chloroform, kết hợp dịch rửa vào bình gạn. Tách lấy lớp chloroform, chiết lặp lại 3 lần, mỗi lần 10 ml chloroform, kết hợp các dịch chiết chloroform, cất thu hồi chloroform trong bình cất quay chân không tới khô. Hòa tan cặn trong methanol, chuyển sang bình định mức 10 ml, thêm methanol tới đúng thể tích và lắc đều [2].

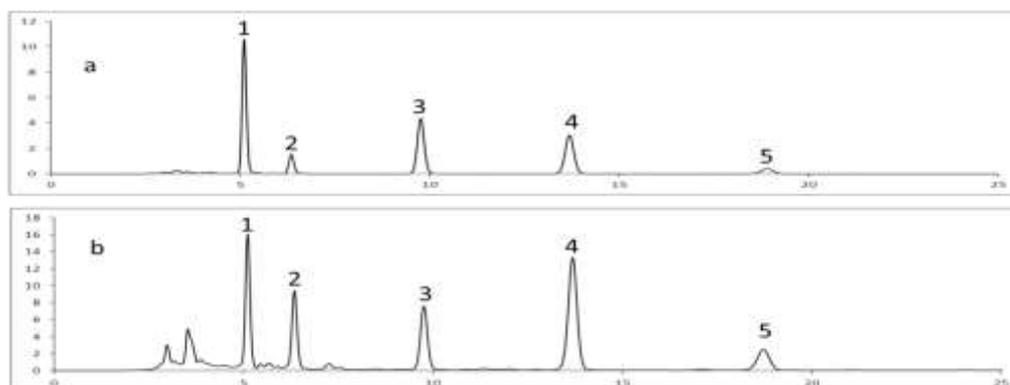
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Với điều kiện sắc ký và phương pháp xử lý mẫu đã lựa chọn, sắc ký đồ thu được cho các pic tách rõ ràng, nhiều nền thấp thể hiện qua sắc ký đồ của mẫu thử Đại hoàng và hỗn hợp chuẩn. Trên sắc ký đồ, mẫu thử có thời gian lưu trùng với thời gian lưu của pic aloe-emodin, rhein, emodin, chrysophanol, physcion trong sắc ký đồ của mẫu chuẩn lần lượt là 5,10; 6,34; 9,76; 13,68; 18,72 phút (hình 2). Tại thời gian lưu pic aloe-emodin, rhein, emodin, chrysophanol, physcion trên các sắc đồ mẫu thử và mẫu chuẩn, chúng tôi đã so sánh phổ hấp thụ UV thu được của pic. Kết quả cho thấy phổ mẫu thử và mẫu chuẩn trùng khít lên nhau với hệ số phù hợp lần lượt là 0,9996; 0,9999; 0,9997; 0,9994 và 0,9995. Điều này chứng tỏ: pic thu được trên sắc ký đồ của mẫu thử tinh khiết và các thành phần khác có trong mẫu thử không ảnh hưởng đến quá trình phân tích năm chất đối chiếu aloe-

emodin, rhein, emodin, chrysophanol, physcion, qua đó cho phép tiến hành định tính, định lượng.

Tính thích hợp của hệ thống sắc ký: Để đánh giá tính thích hợp của hệ thống sắc ký, pha

mẫu chuẩn theo chỉ dẫn ở mục 2.2, tiêm 6 lần mẫu chuẩn vào hệ thống HPLC, tiến hành sắc ký với điều kiện đã chọn.



Hình 2: Sắc ký đồ và so sánh phổ của mẫu chuẩn (a) và mẫu thử (b); (1): aloe-emodin; (2): rhein; (3): emodin; (4): chrysophanol; (5): physcion.

Bảng 2: Kết quả khảo sát tính thích hợp của hệ thống.

Hoạt chất	RSD của thời gian lưu	RSD của diện tích pic	Số đĩa lý thuyết trung bình (n)	Hệ số bất đối trung bình (T)
Aloe-emodin	0,11	0,12	12560	1,11
Rhein	0,12	0,17	13444	1,06
Emodin	0,15	0,18	14426	1,12
Chrysophanol	0,17	0,21	14500	1,09
Physcion	0,18	0,23	15124	1,07

Các điều kiện sắc ký đã lựa chọn và hệ thống HPLC sử dụng là phù hợp và đảm bảo ổn định của phép phân tích định lượng aloe-emodin, rhein, emodin, chrysophanol, physcion.

Kết quả định lượng: Tiến hành định lượng các mẫu Đại hoàng theo phương pháp trên, kết quả cho thấy tất cả các mẫu Đại hoàng giả đều đạt tiêu chuẩn đặt ra của Dược điển Trung Quốc ngoại trừ hai mẫu 1019 và 1020 tương ứng với hai loài *R. elliptica* và *R. crispus* (bảng 3). Hàm lượng hoạt chất chính trong các mẫu Đại hoàng biến động nhiều trong tất cả các mẫu (hình 3), không cho thấy sự khác biệt giữa các loài Đại hoàng thật và giả. Như vậy việc phân tích định lượng đơn thuần các thành phần hoạt chất chính trong dược liệu Đại hoàng không đủ mạnh để phân biệt các loài Đại hoàng.

Bảng 3: Kết quả phân tích hàm lượng hoạt chất trong các mẫu Đại hoàng:

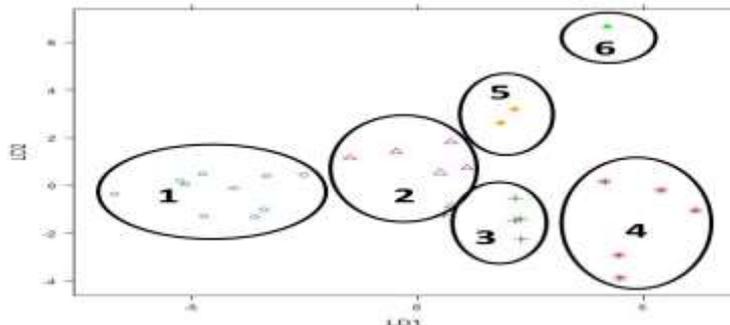
STT	Loài	Tổng hàm lượng anthraquinone (%)	≥ 1,5%
1001	<i>R. tanguticum</i>	9.16	Đạt
1002	<i>R. palmatum</i>	2.4	Đạt
1003	<i>R. palmatum</i>	3.46	Đạt
1004	<i>R. palmatum</i>	3.92	Đạt
1005	<i>R. palmatum</i>	4.28	Đạt
1006	<i>R. tanguticum</i>	3.15	Đạt
1007	<i>R. tanguticum</i>	3.42	Đạt
1008	<i>R. tanguticum</i>	3.92	Đạt
1009	<i>R. officinale</i>	2.3	Đạt
1010	<i>R. officinale</i>	2.51	Đạt
1011	<i>R. officinale</i>	6.58	Đạt
1012	<i>R. officinale</i>	3.48	Đạt
1013	<i>R. palmatum</i>	5.14	Đạt

1014	<i>R. undulatum</i>	2.61	Đạt
1015	<i>R. undulatum</i>	4.3	Đạt
1016	<i>R. undulatum</i>	5.82	Đạt
1017	<i>R. undulatum</i>	3	Đạt
1018	<i>Rumex crispus</i>	1.77	Đạt
1019	<i>Rumex crispus</i>	1.19	Không đạt
1020	<i>R. elliptica</i>	1.24	Không đạt
1021	<i>R. palmatum</i>	4.4	Đạt
1022	<i>R. tanguticum</i>	4.26	Đạt
1023	<i>R. tanguticum</i>	3.33	Đạt
1024	<i>R. tanguticum</i>	5.13	Đạt
1025	<i>R. tanguticum</i>	4.21	Đạt
1026	<i>R. tanguticum</i>	4.22	Đạt
1027	<i>R. tanguticum</i>	3.74	Đạt
1028	<i>R. palmatum</i>	5.15	Đạt
1029	<i>R. officinale</i>	2.36	Đạt
1030	<i>R. undulatum</i>	3.92	Đạt



Hình 3: Phân bố hoạt chất trong các loài Đại hoàng (mg/g); (1): aloe-emodin; (2): rhein; (3): emodin; (4): chrysophanol; (5): physcion.

Phân tích tổng thể sắc đồ (pattern recognition analysis): Tiến hành phân tích toàn bộ sắc đồ: tỷ lệ tương đối giữa các pic trên sắc ký đồ sẽ tương đồng trong cùng một loài, đặc trưng cho loài đó và khác biệt với các loài khác. Kết quả phân tích trên LDA dựa vào 5 pic và 6 pic chung cho kết quả phân biệt các loài với độ chính xác tương ứng là 93,10% và 100% (hình 4). Như vậy, phân tích tổng thể sắc đồ cho thấy, các loài Đại hoàng thật (gồm có *R. tanguticum*, *R. palmatum* và *R. officinale*) không những phân biệt được với các loài Đại hoàng giả (*R. undulatum*, *R. elliptica* và *R. crispus*) mà còn phân biệt chi tiết từng loài cụ thể với độ chính xác cao.



Hình 4: Kết quả phân tích LDA của các loài Đại hoàng: *R. tanguticum* (1); *R. palmatum* (2); *R. officinale* (3); *R. undulatum* (4); *R. crispus* (5) và *R. elliptica* (6).

V. KẾT LUẬN

Bảng định lượng đồng thời 5 hoạt chất chính trong Đại hoàng kết hợp với phân tích tổng thể sắc đồ, các loài Đại hoàng đã được phân loại với độ chính xác cao. Phân tích tổng thể sắc đồ cần được kết hợp với phân tích định lượng các hoạt chất chính trong dược liệu nói chung và trong Đại hoàng nói riêng để đánh giá đầy đủ chất lượng của dược liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dược điển** Việt Nam IV (2010).
2. **Pharmacopoeia** of the People's Republic of China, 2005.
3. **Korean Pharmacopoeia**, 2007.
4. **The Japanese Pharmacopoeia**, 2001.
5. **Yoshiki Kashiwada**, Gen-ichiro Nonaka, and Itsuo Nishioka, Studies on Rhubarb (Rhei Rhizoma). XV. Simultaneous Determination of Phenolic Constituents by High-Performance Liquid Chromatography, Chem. Pharm. Bull. 37(4), 999-1004(1989).
6. **Komatsu K, Nagayama Y, Tanaka K**, Ling Y, Cai SQ, Omote T, Meselhy MR, Comparative Study of Chemical Constituents of Rhubarb from Different Origins, Chem. Pharm. Bull. 54(11): 1491-1499 (2006).
7. **Li Z, Li LJ, Sun Y**, Li J, Identification of natural compounds with anti-hepatitis B virus activity from *Rheum palmatum* L. ethanol extract, Chemotherapy. 53 (5): 320-6 (2007).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM KHỚP TỰ PHÁT THIỂU NIÊN THỂ VIÊM ĐIỂM BẨM GÂN

Trương Thị Mai Hồng*

TÓM TẮT⁴²

Viêm khớp tự phát thiếu niên (VKTPN) thể bầm gân là thể ít gặp nhưng lại khó chẩn đoán. Qua nghiên cứu 12 bệnh nhân vào điều trị tại bệnh Viện nhi Trung ương từ tháng 9/2010 đến 9/2013, viêm khớp thiếu niên thể bầm gân: chỉ gặp ở trẻ trai (100%), tuổi khởi bệnh trung bình: $10,30 \pm 3,27$. Tổn thương khớp ở chi dưới chiếm trên 90% trong đó khớp cổ chân: 91,7%; khớp gối: 75,0%. Cận lâm sàng: thiếu máu ít gặp; các thông số liên quan phản ứng viêm như CRP, tốc độ máu lắng, C3 đều tăng cao hơn 50%, HLA- B 27 (+) chiếm 75%. Diễn biến lâm sàng: 16,7% số bệnh nhân tiến triển thành viêm cột sống dính khớp.

Từ khóa: viêm khớp tự phát thiếu niên thể bầm gân

SUMMARY

CLINICAL AND SUB-CLINICAL OF ENTHESITIS-RELATED ARTHRITIS IN CHILDREN

Enthesitis-related juvenile idiopathic arthritis in children was rare and difficult to be diagnosed. Objective: to investigate the clinical and sub-clinical of enthesitis related juvenile idiopathic arthritis in children. Subject and method: 12 patients with Enthesitis-related juvenile idiopathic arthritis were treated in the Viet nam children hospital from September of 2010 to September of 2013. Results: all

patients with ERJIA were males, with average age of first presentation were 10.30 ± 3.27 . 90% of the participants had joint inflammation in the lower extremities, in which knee accounted to 75% and ankle were 91.7%. Sub-clinical results: anemia was uncommon. Increase of inflammation markers such as CRP, erythrocyte sedimentation rate, C3 were found in half of the participants; HLA-B27 positive in 75% of the participants. 30% the participants developed ankylosing spondylitis. Conclusion: ERJIA was rare, mostly in males, characterized by the inflammation of joints in the low extremities, and could develop to ankylosing spondylitis in 16.7 of the cases.

Keywords: Enthesitis-related arthritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp tự phát thiếu niên (VKTPN) là một bệnh khớp viêm mạn tính phổ biến nhất ở trẻ em và lứa tuổi thiếu niên, bệnh có nhiều thể, trong đó thể bầm gân là thể ít gặp nhưng lại khó chẩn đoán [1]. Nhận biết thể viêm điểm bầm gân là quan trọng để có phương pháp điều trị thích hợp, hiệu quả, quản lý tình trạng viêm để tránh hủy khớp, tránh tàn phế, bình thường hóa quá trình phát triển và cải thiện chất lượng cuộc sống cho trẻ mắc bệnh. Chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm khớp tự phát thiếu niên thể viêm điểm bầm gân.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 12 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp tự phát thanh thiếu niên thể

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Mai Hồng

Email: maihonghoa98@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

viêm điểm bám gân tại bệnh viện Nhi Trung ương từ 9/2010 đến 9/2013.

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Viêm khớp và viêm điểm bám gân hoặc viêm khớp hoặc viêm điểm bám gân với ít nhất 2 trong các dấu hiệu sau:

(1) Bàn thân hoặc gia đình đau khớp cùng chậu và hoặc viêm cột sống lưng.

(2) HLA - B27 (+), (3) Khởi bệnh ở trẻ trai > 6 tuổi, (4) Triệu chứng viêm màng bồ đào phía trước cấp tính

Tiền sử viêm cột sống dính khớp, viêm điểm bám gân liên quan viêm khớp, viêm khớp cùng chậu với bệnh viêm ruột, hội chứng Reiter hoặc viêm màng bồ đào phía trước cấp tính ở thể hệ thứ 1.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh lý khớp khác. Bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 . Phương pháp nghiên cứu. Mô tả cắt ngang

2.3 . Xử lý số liệu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Một số đặc điểm chung của các bệnh nhân thể viêm điểm bám gân

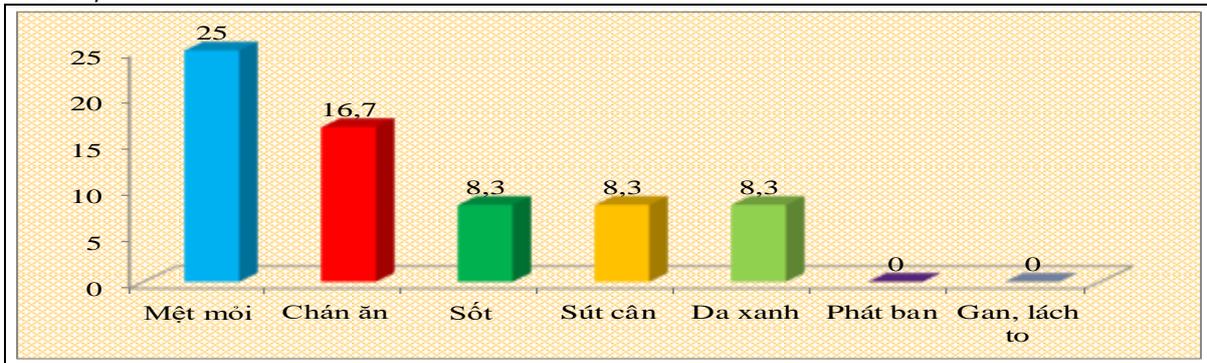
Đặc điểm	Thể viêm điểm bám gân
Giới: Nam (n, %)	12 (100%)
Tuổi khởi bệnh trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (tuổi)	10,30 \pm 3,27
Thời gian phát hiện bệnh trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (tháng)	14,02 \pm 22,89
Tuổi tại thời điểm nghiên cứu T(0)	11,90 \pm 3,31

Nhận xét: - 100% là các trẻ trai - Tuổi khởi bệnh trung bình là: 10,30 \pm 3,27 tuổi. Thời gian phát hiện bệnh trung bình là 14,02 \pm 22,89 tháng.

Bảng 2. Chẩn đoán ban đầu của các bệnh nhân thể viêm điểm bám gân

Chẩn đoán ban đầu	n = 12	%	P
Đau xương phát triển	2	16,7	< 0,05
Đau khớp sau chấn thương	5	41,7	
Viêm gân	3	25,0	
Viêm khớp phản ứng	1	8,3	
Viêm khớp nhiễm khuẩn	1	8,3	
Tiền sử gia đình có viêm cột sống dính khớp	2	16,7	

Nhận xét: số bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu là đau khớp sau chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất 41,7%.



Biểu đồ 1. Đặc điểm toàn thân thể viêm điểm bám gân

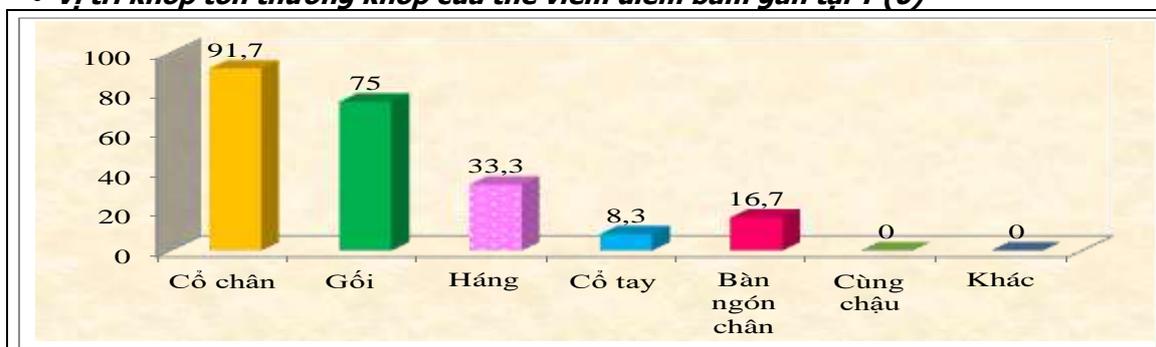
Nhận xét: 8,3% bệnh nhân có sốt, mệt mỏi 25%, chán ăn 16,7%, da xanh 8,3%.

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương khớp của thể viêm điểm bám gân

Số khớp viêm	Thể viêm điểm bám gân	n = 12, (%)
Số khớp viêm trung bình ($\bar{X} \pm SD$), (min – max)		3,0 \pm 2,38 (2 - 6)
Viêm khớp chi dưới (n, %)		11 (91,7)
Viêm khớp đối xứng (n, %)		7 (58,3)

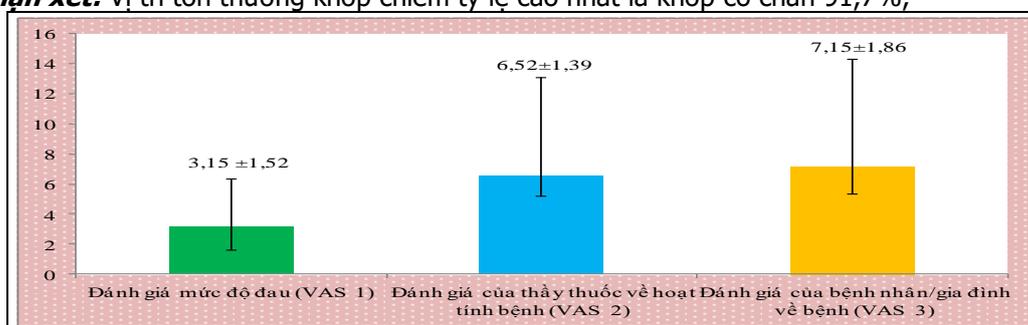
Nhận xét: - Số khớp viêm trung bình là $3,0 \pm 2,38$ khớp. - Tổn thương khớp chi dưới chiếm tỷ lệ cao nhất 91,7%.

• **Vị trí khớp tổn thương khớp của thể viêm điểm bám gân tại T(0)**



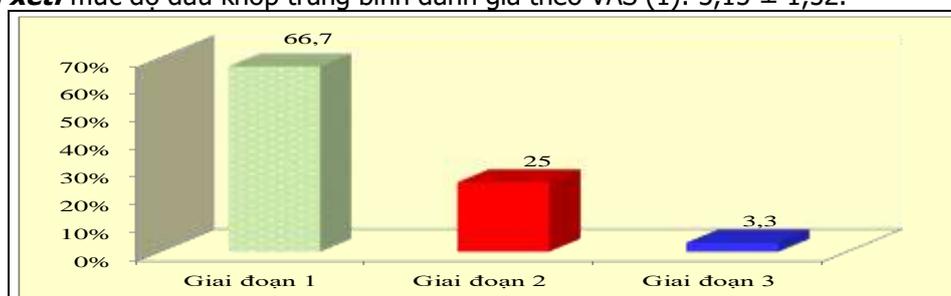
Biểu đồ 2. Vị trí tổn thương tại khớp của thể viêm điểm bám gân tại T(0)

Nhận xét: Vị trí tổn thương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất là khớp cổ chân 91,7%,



Biểu đồ 3. Đánh giá trên thang điểm VAS về mức độ đau khớp, hoạt tính bệnh của thầy thuốc, của bệnh nhân/ gia đình thể viêm điểm bám gân tại T(0)

Nhận xét: mức độ đau khớp trung bình đánh giá theo VAS (1): $3,15 \pm 1,52$.



Biểu đồ 4. Chức năng vận động khớp thể viêm điểm bám gân

Nhận xét: chức năng vận động khớp đánh giá theo Steinbrocker giai đoạn 1 chiếm tỷ lệ cao nhất (66,7%). Sự khác biệt có nghĩa ($p < 0,05$).



Biểu đồ 5. Hoạt tính bệnh của bệnh nhân thể viêm điểm bám gân

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân có hoạt tính bệnh mức độ cao (chiếm 58,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa với ($p < 0,05$).

3.2. Đặc điểm tế bào máu ngoại vi của các đối tượng nghiên cứu tại T(0)

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của các bệnh nhân tại T(0)

Các chỉ số	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hb < 100g/L	1	8,3
BC >12 G/L	7	58,3
TC > 400 G/L	6	46,1
CRP >10 mg/l	7	58,3
Máu lắng >20mm/h	8	61,5
C3 >1,6 g/l	1	8,3
C4 > 0,4 g/l, Anti CCP(+)	0	
HLA B27(+)	9	75

Nhận xét: Các thông số liên quan phản ứng viêm như CRP, tốc độ máu lắng, C3 đều tăng cao hơn 50%, HLA B27(+) chiếm 75%.

3.3. Diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 5. Diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng

Các chỉ số	Khi vào viện	12 tháng
Tỷ lệ bệnh hoạt động	100%	75%
Hb	11,08±20,01	11,05 ± 39,81
BC	10,08±4,26	9,79 ± 2,92
TC	393±125,39	346,82 ± 111,82
CRP	34,44±30,57	12,24 ± 12,37
Máu lắng	77,15±36,6	26.91 ± 15,23
C3	1,32±0,29	1,05 ± 0,35
C4	0,28±0,27	0.17 ± 0,22

Nhận xét: Tình trạng viêm cải thiện rõ trong quá trình điều trị thông qua các chỉ số như CRP, tốc độ máu lắng, số lượng tiểu cầu. Sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng: Thể viêm điểm bám gân chúng tôi gặp trên 12 bệnh nhân, đó đều là những bệnh nhân nam trên 6 tuổi, với tuổi khởi bệnh là $10,30 \pm 3,2$, thời gian phát hiện bệnh trung bình là $14,02 \pm 22,89$ tháng. Đây là nhóm bệnh nhân VKTPTN có thời gian phát hiện bệnh dài nhất so với các thể lâm sàng khác của bệnh. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của N. Adib với thời gian phát hiện bệnh trung bình của thể này là 8,6 tháng [2]. Tìm hiểu lý do khiến các bệnh nhân đến khám muộn chúng tôi thấy rằng ở thể bệnh này hầu hết đều gặp ở trẻ trai đang trong độ tuổi đi học. Trẻ thường tham gia các hoạt động thể thao nhiều và cha mẹ có xu hướng cho rằng lý do con đau khớp, đau các điểm bám gân có thể do ảnh hưởng của các hoạt động thể thao đó. Nghiên cứu của chúng tôi, thể bệnh này ban đầu 41,7% các trẻ được chẩn đoán là đau khớp sau chấn thương, 25% được chẩn đoán bong gân và 16,7% các trẻ được chẩn đoán đau xương phát triển.

**Về đặc điểm toàn thân của thể viêm điểm bám gân:* ít xuất hiện các triệu chứng toàn thân: sốt (chỉ 8,3%), da xanh (8,3%). Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài

**Về triệu chứng tổn thương tại khớp của thể viêm điểm bám gân*

Nghiên cứu của chúng tôi đặc điểm tổn thương khớp nổi bật ở thể viêm điểm bám gân là tổn thương các khớp của chi dưới như khớp cổ chân chiếm phần lớn (91,7%), khớp gối chiếm 75,0%, ngoài ra còn gặp tổn thương ở các khớp bàn ngón chân (16,7%). Với số khớp tổn thương trung bình là $3,0 \pm 2,38$, mức độ đau khớp đánh giá theo VAS tương ứng là $5,15 \pm 1,52$.

** Về hoạt tính bệnh và chức năng vận động khớp của thể viêm điểm bám gân*

Thể bệnh này chúng tôi có 66,7% bệnh nhân có chức năng vận động khớp ở giai đoạn 1; 25% bệnh nhân có chức năng vận động khớp giai đoạn 2, chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 8,3% có chức năng vận động khớp ở giai đoạn 3. Đây là một bệnh nhân có tổn thương khớp háng cho nên chức năng vận động của trẻ đã bị giảm nhiều ngay từ khi bắt đầu bị bệnh. Mức độ hoạt động

bệnh của thể viêm điểm bám gân theo chúng tôi: gần 50% (58,3%) số bệnh nhân có hoạt tính bệnh cao tại thời điểm nghiên cứu, số bệnh nhân còn lại thì có hoạt tính bệnh thuộc mức nhẹ và trung bình. Theo đánh giá của thầy thuốc về hoạt tính bệnh trên thang điểm VAS thì hoạt tính bệnh của nhóm trẻ này là $6,54 \pm 1,39$ điểm

4.2. Cận lâm sàng: - HLA – B 27

Tỷ lệ HLA –B 27 (+) ở thể viêm điểm bám gân chiếm 9/12 bệnh nhân (75%). HLA B 27 (+) cũng chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu của tác giả Chang – Ching Shen. Viêm khớp khởi phát ở một trẻ trai trên 6 tuổi với HLA -B 27 (+) là một gợi ý để chẩn đoán thể bệnh viêm điểm bám gân theo phân loại của ILAR sau khi đã loại trừ các thể lâm sàng khác. Điều đáng quan tâm là bệnh nhân với HLA- B 27 (+) thì bệnh có xu hướng sẽ hoạt động liên tục hoặc bệnh có thể thuyên giảm nhưng sau đó lại có thể tái phát. Một số nghiên cứu gần đây đã đề cập về yếu tố tiên lượng xấu của các bệnh nhân VKTPTN với HLA-B 27 (+) [4]. Hsu và cs thấy rằng bệnh nhân mang gen HLA B 27 (+) thì không đạt được tình trạng lui bệnh đầu tiên khi bệnh nhân mới được chẩn đoán [5]. Pruuslid và cs cho biết bệnh nhân VKTPTN với HLA - B 27 (+) có một giai đoạn tăng cao kéo dài các chỉ số viêm so với các bệnh nhân mà HLA- B 27 (-) [6]. Hsin-Hui Yu cho biết tần suất (+) của HLA- B 27 thay đổi rõ rệt trên thế giới: 24% ở miền bắc Scandinavi, 4 % ở Bắc Phi, 2 – 9% ở Trung Quốc...[7]. Chúng tôi có tỷ lệ bệnh không hoạt động 25% sau 12 tháng điều trị. Theo tác giả[7], các bệnh nhân của thể viêm điểm bám gân mang HLA- B 27 (+) thì có xu hướng bệnh hoạt động xảy ra liên tục hoặc tái phát, một điểm tiên lượng xấu hơn so với thể viêm ít khớp và viêm đa khớp, cho nên bệnh nhân cần phải được theo dõi trên khoảng thời gian dài hơn, tác giả cũng cho rằng cần thiết

phải điều trị tích cực bệnh này đặc biệt là đối với HLA(+) và có tiền sử gia đình mắc bệnh.

V. KẾT LUẬN

Viêm khớp thiếu niên thể bám gân: trẻ trai (100%), tuổi khởi bệnh trung bình: $10,30 \pm 3,27$. Tổn thương khớp ở chi dưới chiếm trên 90%. Cận lâm sàng: thiếu máu ít gặp; phản ứng viêm như CRP, tốc độ máu lắng, C3 đều tăng cao hơn 50%, HLA- B 27 (+) chiếm 75%; tỷ lệ bệnh hoạt động giảm 75% sau 1 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Colber RA, (2010), Classification of juvenile spondyloarthritis: Enthesitis- related arthritis and beyond. *Nat Rev Rheumatol*; 6 (8), 477 -485.
2. N. Adib et al, (2008), Association between duration of symptoms and severity of disease at first presentation to paediatric rheumatology: results from the Childhood Arthritis Prospective Study, *Rheumatology*; 47:991-995.
3. Shen CC, Yeh KW, Ou LS, et al (2013), Clinical features of children with juvenile idiopathic arthritis using the ILAR classification criteria: a community-based cohort study in Taiwan., *J Microbiol Immunol Infect.*;46(4):288-94. doi: 10.1016/j.jmii.2012.03.006. Epub 2012 Jun 21.
4. Chang-Ching Shen et al (2013), Clinical features of children with juvenile idiopathic arthritis using the ILAR classification criteria: A community-based cohort study in Taiwan, *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 46, 288 – 294.
5. Hsu CT, Lin YT et al, (2004), Factors affecting clinical and therapeutic outcomes of patients with juvenile rheumatoid arthritis, *Scand J Rheumatol* ;33:312e7
6. Pruunsild C et al, (2007), Incidence of juvenile idiopathic arthritis in children in Estonia: a prospective population – base study, *Scand J Rheumatol*. 2007 Jan-Feb; 36(1):7-13.
7. Hsin-Hui Yu, et al, (2013), Juvenile Idiopathic Arthritis-Associated Uveitis: A Nationwide Population-Based Study in Taiwan, 8(8), 1 – 8.

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA CÁC THÔNG SỐ CHỨC NĂNG HÔ HẤP VỚI MỨC ĐỘ NẶNG VÀ KIỂU HÌNH CỦA BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH

Phạm Thị Phương Nam*, Đồng Khắc Hưng**, Nguyễn Huy Lực**

TÓM TẮT⁴³

*Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

** Học viện quân y

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Phương Nam

Email: ptpnam@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Mục tiêu: 1. Xác định các thông số thông khí phổi, thể tích tĩnh, cơ học phổi của 117 BN BPTNMT tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10/2013 đến tháng 3/2016 bằng phương pháp đo thể tích toàn thân. 2. Nghiên cứu mối liên quan giữa thông số này với mức độ nặng và kiểu hình của BN BPTNMT. **Phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Có sự sụt giảm các thông số thông khí phổi (MVV giảm rõ nhất) và sự gia tăng các thông số thăm dò căng giãn phổi và của thông số sức cản đường thở. Sự rối loạn này có tương quan với mức độ nặng của bệnh và kiểu hình BPTNMT. Do rối loạn rõ các thông số ở nhóm D, nghiên cứu đề xuất khi MVV <35 % SLT, Raw >500% SLT, RV/ TLC >60% có giá trị tiên lượng bệnh nặng. Ngoài các thông số thông dụng như VC, FEV1 ... thì MVV, RV, Raw có giá trị quan trọng không kém trong tiên lượng và điều trị BPTNMT. **Kết luận:** Có mối tương quan giữa sự rối loạn thông số CNHH với mức độ nặng của bệnh và kiểu hình BPTNMT.

Từ khóa: Thăm dò chức năng hô hấp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, kiểu hình, mức độ nặng, đo thể tích toàn thân.

SUMMARY

CORRELATIONS BETWEEN THESE VALUES OF RESPIRATORY FUNCTIONAL EXPLORATION WITH THE SEVERITY AND TYPES OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Objective: 1. Determine the indices of respiratory functional exploration of 117 patients with COPD at 103 Hospital from Octobre 2013 to March 2016 by Body plethysmography methode. 2. Identify correlations between these indices with the severity and types of COPD. **Methods:** Prospective, cross-descriptive. **Results:** Noting the decrease of the pulmonary ventilatory indices and the increase of airway resistance of distention pulmonary indices in patients with COPD. There was the correlations between these indices with stades and types of COPD. **Conclusions:** There was the disorders of respiratory functional exploratory indices and these disorders correlated with the severity and types of COPD. MVV, Raw, RV/TLC parameters are very important in strategie of prognosis and treatment COPD.

Key words: Respiratory functional exploration, Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients, Whole body plethysmographie, Stades and Types of COPD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính - BPTNMT là bệnh lý hô hấp có tỷ lệ mắc và tử vong khá cao. Ở Hoa Kỳ hiện nay số bệnh nhân (BN) mắc BPTNMT đã lên tới 32 triệu người và là 1 trong 3 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Việt nam có tỷ lệ mắc bệnh khá cao 6,7%, đứng đầu 12 nước khu vực Đông Nam Á.

Cùng với các thông số thông khí phổi, các thông số căng giãn phổi, sức cản đường thở cũng rất quan trọng. Tác giả Agusti [4] đã nhấn mạnh vai trò của thăm dò căng giãn phổi trong việc đánh giá toàn diện BPTNMT, đó là 1 trong 3 thành phần chính đánh giá tiêu chí nặng của BPTNMT cùng với tình trạng lâm sàng và hạn chế lưu lượng thở ra. Đo thể tích toàn thân (Whole body plethysmographie) là một phương pháp hiện đại, cho phép thăm dò chức năng hô hấp một cách toàn diện và chính xác cao. Tại Việt Nam hiện nay, việc ứng dụng thăm dò chuyên sâu nhiều thông số chức năng hô hấp cho BN BPTNMT, đặc biệt thông số thông khí tự ý tối đa, các thể tích cận, sức cản đường thở còn chưa được áp dụng thỏa đáng. Để tìm hiểu rối loạn các thông số khuếch tán phế nang mao mạch ở BN BPTNMT chúng tôi nghiên cứu với mục tiêu sau: *Xác định các thông số thông khí phổi, thể tích tĩnh, cơ học phổi của 117 BN BPTNMT tại Bệnh viện quân đội 103 từ tháng 10/2013 đến tháng 3/2016 bằng phương pháp đo thể tích toàn thân. Nghiên cứu mối liên quan giữa thông số này với mức độ nặng và kiểu hình của BN BPTNMT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: 117 bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc BPTNMT (GOLD 2013: chỉ số Geansler sau test phục hồi phế quản dưới 70%) điều trị nội trú tại BV trung ương quân đội 103 từ tháng 3/ 2015 đến hết tháng 9/2013, không có 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 Care Fusion được kiểm định về tính chính xác, độ ổn định, độ sai số cho phép và được chuẩn định hàng ngày.

Thăm dò chức năng hô hấp: Tất cả các đối tượng đều được ghi tên, tuổi, chiều cao, cân nặng bằng thước và cân bàn. Đối tượng được nghỉ ít nhất 15 phút và không dùng các chất kích thích, thống nhất đo ở tư thế ngồi. BN được đo thông khí phổi, test phục hồi phế quản, thể tích phổi tĩnh, sức cản đường thở. Sau mỗi lần đo nghỉ 5 phút và thực hiện lại phép đo 3 lần. Kết quả được lấy giữa 2 lần đo tốt nhất chênh nhau không quá 10%.

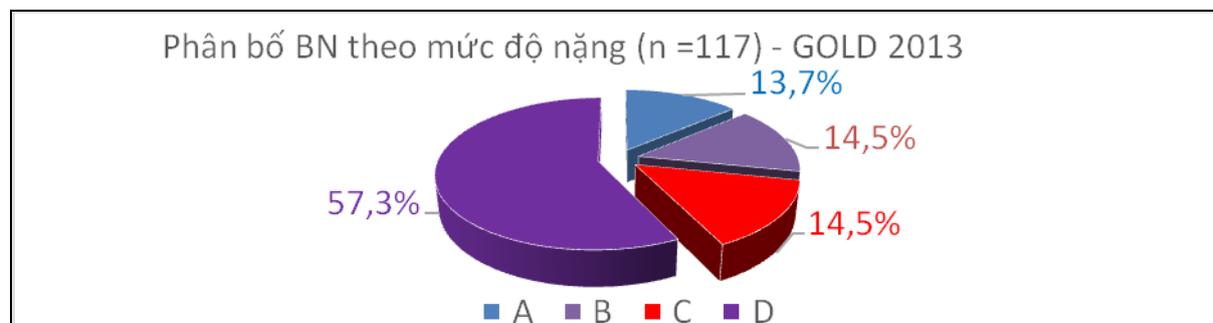
2.2. Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả kết hợp tiến cứu

Các số liệu được xử lý bằng SPSS 16.0 tính mean, tính hệ số tương quan.

- Giới : chủ yếu nam giới (98,3%), tuổi trung bình: $65,7 \pm 6,6$ (50 – 80 tuổi).
- Chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index) trung bình là $19,13 \pm 2,65$.
- Mức độ nặng BPTNMT

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân BPTNMT nghiên cứu.



Hình 3.1. Phân bố BN BPTNMT theo mức độ nặng của bệnh.

- Kiểu hình BPTNMT:



Hình 3.2. Kiểu hình bệnh nhân BPTNMT trong nghiên cứu

3.2. Các thông số chức năng hô hấp của BN nghiên cứu

Bảng 3.1. Các thông số CNHH của BN BPTNMT trong nghiên cứu.

Thăm dò CNHH	Thông số	mean \pm SD	Đơn vị	Đạt tỷ lệ %SLT
Thông khí phổi	VC	$2,36 \pm 0,71$	lít	$84,3 \pm 24,3$
	FEV1	$1,19 \pm 0,59$	lít	$52,3 \pm 23,6$
	MVV	$43,5 \pm 22,5$	lít	$39,4 \pm 19,6$
Thăm dò phổi tĩnh	TLC	$6,44 \pm 1,41$	lít	$130,2 \pm 26,0$
	FRC	$4,74 \pm 1,50$	lít	$145,5 \pm 42,0$
	RV	$4,08 \pm 1,55$	lít	$206,8 \pm 77$
Cơ học phổi	Rav	$0,62 \pm 0,13$	cmH ₂ O/lít/	$581,6 \pm 347,9$

Nhận xét: Có sự sụt giảm tĩnh, cơ học phổi ở BN BPTNMT

3.3. Môi tương quan thô

3.3.1. Tương quan với m

3.3.1.1. Thông số thông khí



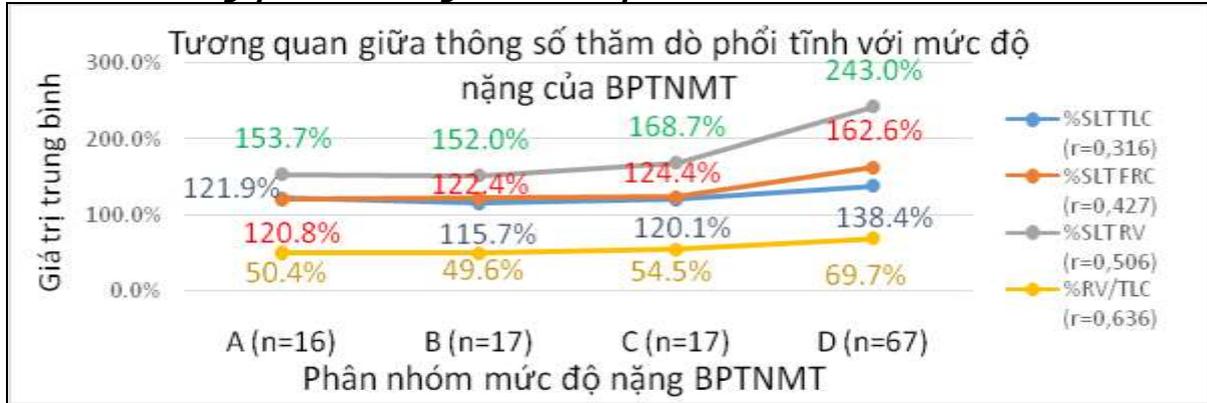
ing các thông số thăm dò phổi

3.3.1.1. Kiểu hình của BN BPTNMT .

Hình 3.3a. Tương quan giữa thông khí phổi và mức độ nặng của bệnh.

Nhận xét: FEV1 cho mỗi tương quan nghịch cao nhất $r = -0,710$, tiếp đến thông số MVV ($r = -0,65$), cuối cùng là VC ($r = -0,524$) với $p < 0,05$.

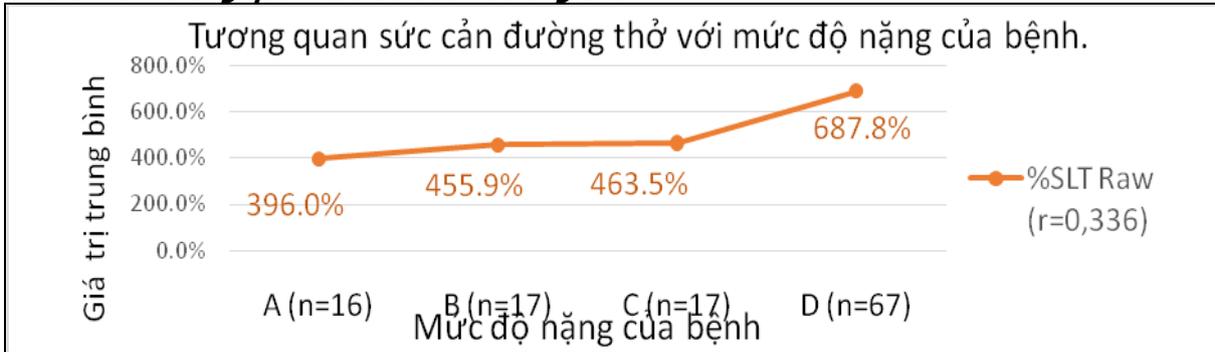
3.3.4.1. Tương quan của thông số thăm dò phổi tĩnh.



Hình 3.3b. Tương quan giữa thông số căng giãn phổi với phân nhóm toàn diện.

Các thông số thăm dò phổi tĩnh đều tương quan với mức độ nặng của bệnh trong đó tỷ lệ RV/TLC cho mỗi tương quan thuận cao nhất ($r = 0,636$).

3.3.4.3. Tương quan của sức cản đường thở.



Hình 3.3c. Tương quan giữa sức cản đường thở với mức độ nặng của bệnh.

Sức cản đường thở cho mỗi tương quan mức độ thuận yếu với mức độ nặng của BPTNMT ($r = 0,336$ với $p < 0,05$).

Trên các hình 3.3 a,b,c thấy sự rối loạn rõ ở nhóm D theo mức độ nặng của bệnh. Nhóm D có MVV = $28,5 \pm 8,7$ %SLT, Raw = $687,8 \pm 328,5$ %SLT, RV/ TLC = $69,7 \pm 12,0$ %. Điều này gợi ý điểm cut-off nhóm D với tiêu chí sau:

Bảng 3.3. Các giá trị thông số CNHH giúp tiên lượng bệnh.

Thông số CNHH	Điểm cut-off nhóm D	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị dự báo (+) (%)	Giá trị dự báo (-) (%)
Thông khí phổi	MVV ≤ 35 %SLT	83,6	80	84,8	78,4
Sức cản	Raw ≥ 500 %SLT	68,7	61,8	74,2	61,8
Căng giãn phổi	RV/TLC $\geq 0,6$	86,6	74	81,7	80,4

3.3.4. Kiểu hình ưu thế khí phế thũng và ưu thế viêm phế quản mạn.

Bảng 3.4. Liên quan giữa CNHH của kiểu hình KPT và VPQM ưu thế.

Thông số CNHH	KPT ưu thế (n=92)	VPQM ưu thế (n=34)	P	Đợt cấp thường xuyên (n=57)	Ít đợt cấp (n=60)	P
VC	84,1 \pm 24,6	84,9 \pm 23,6	>0,05	88,8 \pm 24,9	80,0 \pm 22,7	>0,05
FEV1	48,7 \pm 24,1	60,1 \pm 21,5	<0,05	59,0 \pm 25,1	49,9 \pm 19,4	<0,05
MVV	37,0 \pm 20,1	46,3 \pm 16,6	<0,05	45,6 \pm 20,8	35,4 \pm 19,2	<0,05
TLC	137,4 \pm 24,2	110,3 \pm 19,9	<0,05	123,7 \pm 19,9	137,2 \pm 30,1	<0,05
FRC	155,9 \pm 38,9	116,4 \pm 36,5	<0,05	134,6 \pm 32,1	157,0 \pm 48,6	<0,05

RV	224,7 ± 71,2	156,9 ± 71,2	<0,05	182,8 ± 61,6	231,2 ± 83,4	<0,05
RV/TLC	64,7 ± 12,2	54,3 ± 14,4	<0,05	58,3 ± 12,3	66,2 ± 14,5	<0,05
Raw	622,5 ± 362,7	468,1 ± 277,9	>0,05	634,1 ± 334,8	524,2 ± 343,4	>0,05

Nhóm BN BPTNMT ưu thế KPT và đợt cấp thường xuyên đều sụt giảm rõ về tỷ lệ %SLT FEV1, MVV và tăng mạnh các thông số thăm dò phổi tĩnh, $p < 0,05$

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu.

Bệnh nhân thuộc nhóm D (nhóm nhiều triệu chứng nhiều nguy cơ) là nhiều nhất 54,8%. Nghiên cứu này giống nhiều tác giả [1],[2] cũng cho thấy BN BPTNMT nhóm D hay gặp nhất. Như vậy BN BPTNMT thường nhập viện ở giai đoạn muộn, từ đó đặt ra vấn đề, việc theo dõi chức năng hô hấp toàn diện góp phần quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng điều trị bệnh.

BN BPTNMT kiểu hình KPT ưu thế chiếm tỷ lệ cao nhất 73%. BN có đợt cấp thường xuyên cũng hay gặp 47,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự của Nguyễn Huy Lực [2] cho tỷ lệ BN BPTNMT kiểu hình ưu thế KPT chiếm tỷ lệ lớn hơn VPQM, 58% so với 42%, của Đặng Hùng Minh [3] (2016) cho 47,8% BN BPTNMT có đợt cấp thường xuyên.

4.2. Xác định các thông số CNHH ở bệnh nhân BPTNMT

Ở BN BPTNMT có sự sụt giảm các thông số thông khí phổi, trong đó thông số thông khí tự ý tối đa (Maximal Voluntary Ventilation - MVV) sụt giảm rõ rệt nhất: VC = 84,3±%, FEV1 = 52,3±%, MVV = 39,4±% SLT. Như vậy để đánh giá khả năng thông khí của BN BPTNMT ngoài các thông số hay dùng như VC, FEV1... nên tiến hành đo MVV cho giá trị đánh giá thông khí hiệu quả, rõ nét. Bởi MVV không những là chỉ số phản ánh tình trạng toàn bộ hệ cơ học hô hấp mà kỹ thuật đo cũng không phức tạp nhưng lại cung cấp thông tin thông khí rõ và sớm. Mặt khác một nghiên cứu đã chỉ ra rằng nếu MVV > 60% SLT thì ít có nguy cơ biến chứng hô hấp sau phẫu thuật. Như vậy để điều trị BN BPTNMT bằng giảm thể tích phổi cũng rất cần tiến hành thăm dò thông khí tự ý tối đa, từ đó có thể tiên lượng bệnh và lựa chọn kỹ thuật giảm thể tích phổi như đặt van hay phẫu thuật nội soi hay mở ngực... nhằm hạn chế tối đa nguy cơ biến chứng hô hấp sau phẫu thuật hoặc giúp tiên lượng nguy cơ biến chứng.

Bảng 3.1 cho thấy sự gia tăng các thông số thăm dò căng giãn phổi TLC = 130,2%, FRC = 145,5%, RV = 206,8% SLT, RV/ TLC = 62,8%

và của thông số sức cản đường thở Raw = 581,6% SLT. Sự thay đổi đầu tiên về các thể tích phổi ở BN BPTNMT là tăng thể tích cận (RV) khi bệnh nhân nặng hơn thì RV càng tăng và làm giảm dung tích sống; FRC và TLC cũng tăng. Chen H. [6] chứng minh tổn thương khí phế thũng (thể tích phổi cuối thì hít vào) tương quan vừa đến mạnh với RV ($r = 0,68$) nhưng chỉ tương quan yếu với hạn chế lưu lượng thở ra hay mức độ tắc nghẽn (FEV1) với $r = -0,013$. Tăng sức cản đường thở là 1 dấu hiệu sớm trong chẩn đoán tắc nghẽn đường thở ở BN BPTNMT, lý do được đưa ra là đối với BN BPTNMT sức cản những đường thở đường kính nhỏ hơn 2 mm chiếm tới hơn 50% sức cản phổi chung, trong khi đó ở người khỏe mạnh chỉ chiếm 25% mà tắc nghẽn đường thở nhỏ lại chính là giai đoạn sớm của BPTNMT. Vì vậy mặc dù trên thực hành lâm sàng, thăm dò sức cản đường thở dường như ít được áp dụng do ít lợi ích hơn phép đo FEV1 nhưng đây là thông số có độ nhạy cao và khách quan trong chẩn đoán sớm BPTNMT.

4.3. Môi trường quan giữa thông số CNHH với độ nặng, kiểu hình BPTNMT.

Bảng 3.4 cho kết quả nhóm BN BPTNMT KPT ưu thế có sự sụt giảm rõ về tỷ lệ %SLT của thông số FEV1, MVV và tăng mạnh các thông số thăm dò căng giãn phổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả trên đồng thuận với nhiều nghiên cứu: Nguyễn Huy Lực [2] đã chứng tỏ các thông số RV, TLC, FRC tăng nhiều ở BN BPTNMT thể KPT hơn nhóm ưu thế VPQ mạn. Tuy nhiên tác giả lại thấy ở nhóm BN ưu thế VPQ mạn, FEV1 lại giảm nhiều hơn so nhóm BN KPT ưu thế. Có lẽ do nghiên cứu của chúng tôi rất nhiều BN KPT ưu thế đã đi điều trị tại nhiều nơi và hiệu quả điều trị hạn chế và họ nhập viện với nguyện vọng được giảm thể tích phổi và đây thường là những BN ở giai đoạn nặng nên đã làm gia tăng tình trạng suy giảm thông khí ở nhóm BN này.

Ở BN BPTNMT đợt cấp thường xuyên (≥ 2 đợt/năm) có sự sụt giảm mạnh về các thông số thông khí phổi và các thể tích sung tích phổi tĩnh ($p < 0,05$). Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Cao Z (2006) [5] cũng cho rằng nhóm BN

BPTNMT mà FEV1<50% có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 2,6 lần nhóm FEV1> 50% (p < 0,05). Mullerova H (2014) chứng minh nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên tăng lên cùng mức độ nghiêm trọng của tắc nghẽn đường thở (OR= 1,2 với tắc nghẽn vừa và OR = 2,4 với tắc nghẽn mức độ rất nặng).

V. KẾT LUẬN

Ở BN BPTNMT có sự sụt giảm các thông số thông khí phổi (thông khí tự ý tối đa sụt giảm mạnh nhất) và sự gia tăng các thông số thăm dò căng giãn phổi và của thông số sức cản đường thở. Sự rối loạn này có tương quan với mức độ nặng của bệnh và kiểu hình BPTNMT. Sự biến đổi rõ các thông số CNHH ở nhóm D đã đề xuất các giá trị thông số MVV <35 %SLT, Raw >500% SLT, RV/ TLC >60% tiên lượng bệnh nặng. Ngoài các thông số thông khí phổi VC, FEV1 ... rất cần thiết đo MVV, thể tích tĩnh, Raw để giúp tiên lượng và điều trị tối ưu BPTNMT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Khắc Bảo** (2015), *Khảo sát tương quan giữa các chỉ số phế thân ký với mức độ khó thở, khả năng gắng sức, chất lượng cuộc sống trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, Luận án tiến sỹ y học năm 2015.
2. **Nguyễn Huy Lực** (2010). "Nghiên cứu đặc điểm thông khí phổi và khí máu động mạch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)", *Y học thực hành*, tập 4 (712), tr. 34 – 35
3. **Đặng Hùng Minh** (2016) "Nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có suy hô hấp", *Y học lâm sàng số 96* (10/2016) tr 56 – 62.
4. **Agusti A., et al.**(2013) "Characteristics, stability and outcomes of the 2011 GOLD COPD groups in the ECLIPSE cohort", *Eur Respir J*, vol 42, p.636-46.
5. **Cao Z., et al** (2006) "Frequent hospital readmissions for acute exacerbation of COPD and their associated factors", *Respirology*,11(2),188 – 195.
6. **Chen H., et al.** (2014). "Correlation of pulmonary function indexes determined by low-dose MDCT with spirometric pulmonary function tests in patients with chronic obstructive pulmonary disease", *AJR Am J Roentgenol*, vol 202 (4), pp. 711-8
7. **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.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VI SINH GÂY VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN SỚM VÀ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN MUỘN Ở BỆNH NHÂN THỞ MÁY TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Chi*

TÓM TẮT⁴⁴

Đặt vấn đề: Viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân thở máy làm tăng thời gian nằm viện, chi phí và tăng tỉ lệ tử vong, tìm hiểu căn nguyên vi sinh là rất quan trọng trong cho chiến lược điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Tìm hiểu căn nguyên vi sinh gây viêm phổi bệnh viện sớm và viêm phổi bệnh viện muộn ở bệnh nhân thở máy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** từ 9/2009 đến 8/2011 có 77 bn đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** có 30 bn viêm phổi liên quan thở máy. Căn nguyên vi sinh gây viêm phổi bệnh viện sớm gặp nhiều nhất là Acinetobacter, chiếm 40%; tiếp đến là Pseudomonas aeruginosa, chiếm 26.7%, các vi khuẩn khác là Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa và Staphylococcus aureus.

Vi khuẩn gây viêm phổi muộn chủ yếu là Acinetobacter và Pseudomonas aeruginosa, đa kháng kháng sinh, tỷ lệ kháng cao đối với Ampicillin+Sulbactam, Amikacin, Ceftazidime và Ciprofloxacin. **Kết luận:** căn nguyên vi sinh chủ yếu gây viêm phổi bệnh viện liên quan thở máy là Acinetobacter và Pseudomonas aeruginosa, kháng với nhiều loại kháng sinh thường dùng hiện nay.

SUMMARY

RESEARCHING THE ETIOLOGIES OF EARLY AND LATE NOSOCOMIAL PNEUMONIA IN VENTILATED PATIENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF BACH MAI HOSPITAL

Ventilator- Associated Pneumonia (VAP) is a common complication in patient who is on ventilator with the prevalence is about 25-50%. It also impacts on hospitalized duration, treatment cost as well as mortality. **Subject:** To analysis the etiologies of ventilator- associated pneumonia. **Objects and method:** from 9/2009 to 8/2011 at the Emergency Department and ICU Bach Mai hospital, there were 77

*Khoa Cấp cứu A 9, Bệnh viện Bạch Mai
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chi
 Email: chinvv@yahoo.com
 Ngày nhận bài:
 Ngày phản biện khoa học:
 Ngày duyệt bài:

patients who had met all the criteria selected to the study. **The results:** The most of causes were *Acinobacter baumanniae* (account for 40%), the others were *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, and *Staphylococcus aureus*. The major causes of late-onset VAP are *Acinetobacter baumannii* and *Pseudomonas aeruginosa*, which are high resistant with variety kinds of antibiotics such as: Ampicillin+Sulbactam, Amikacin, Ceftazidime and Ciprofloxacin. Conclusion: The major causes of VAP are *Acinetobacter* and *Pseudomonas aeruginosa*, which are highly resistant stains.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thở máy là một trong các biện pháp hồi sức quan trọng để điều trị các bệnh nhân (BN) nặng. Tuy nhiên, viêm phổi do thở máy là một trong các biến chứng thường gặp, chiếm 25% đến 50% số bệnh nhân thở máy [1] [2] [3] [4]. Viêm phổi do thở máy làm tăng thời gian nằm viện, tăng tỉ lệ tử vong, tăng chi phí điều trị [1] [2] [5] [6]. Có nhiều nghiên cứu áp dụng các biện pháp khác nhau mục đích để làm giảm tỉ lệ viêm phổi do thở máy, như rửa tay, nằm đầu cao, dùng phin lọc ẩm, hút liên tục dịch trên bóng chèn nội khí quản,..[6] [7]

Lựa chọn KS theo kinh nghiệm một cách hợp lý sẽ thực sự cứu sống nhiều BN hơn tất cả các liệu pháp điều trị khác tại các khoa hồi sức cấp cứu. Lựa chọn kháng sinh không thích hợp làm tăng tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân viêm phổi liên quan thở máy [5].

Việc lựa chọn kháng sinh cho bệnh nhân viêm phổi liên quan đến thở máy phải dựa vào căn nguyên vi sinh của từng khoa, từng bệnh viện khác nhau. Việc nghiên cứu căn nguyên vi sinh gây viêm phổi liên quan thở máy phải được tiến hành thường xuyên, dựa vào đó các bác sĩ xây dựng các phác đồ kháng sinh hợp lý cho bệnh nhân.

Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm vi sinh gây viêm phổi bệnh viện sớm và viêm phổi bệnh viện muộn ở bệnh nhân thở máy tại khoa Cấp cứu bệnh viện Bạch mai*"
Mục tiêu: *Tìm hiểu đặc điểm vi sinh gây viêm phổi bệnh viện sớm và viêm phổi bệnh viện muộn ở bệnh nhân thở máy.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

- Bệnh nhân được đặt ống nội khí quản thở máy trên 48 giờ.

- Thời gian nghiên cứu: 09/2009-08/2011

2.1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi do thở máy (VAP)

2.1.2.1. Chẩn đoán lâm sàng:

- Dựa theo bảng điểm lâm sàng viêm phổi CPIS (Clinical pulmonary infection score) của Schurink: Bệnh nhân được chẩn đoán là VAP khi có điểm viêm phổi ≥ 6 sau thở máy ít nhất 48 giờ hoặc sau thời gian ngừng thở máy không quá 48 giờ.

- Viêm phổi sớm khi thời gian từ khi thở máy đến khi bị viêm phổi dưới 5 ngày, viêm phổi muộn từ 5 ngày trở lên

2.1.2.2. Chẩn đoán vi sinh.

- Kết quả nuôi cấy dịch phế quản dương tính.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ.

- Bệnh nhân có bằng chứng viêm phổi từ trước: sốt, tăng bạch cầu, có thâm nhiễm phổi...

- Bệnh nhân tử vong trong vòng 48 giờ sau khi được đặt nội khí quản thở máy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

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

2.2.2. Thu thập số liệu

2.2.3.1. Các thông số nền

- Tuổi, giới, điểm APACHE II (The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation score)

- Tiền sử bệnh: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đái tháo đường, chấn thương, phẫu thuật...

- Chẩn đoán vào khoa điều trị

2.2.3.1. Các thông số trong quá trình điều trị

- Hàng ngày tính điểm viêm phổi theo bảng điểm CPIS (Clinical pulmonary infection score) của Schurink.

- Chẩn đoán viêm phổi vào ngày thứ mấy sau thở máy.

- Khi điểm lâm sàng viêm phổi ≥ 6 điểm, bệnh phẩm đờm được lấy bằng rửa phế nang qua nội soi phế quản hoặc lấy bằng chổi quét có nòng bảo vệ.

- Định danh vi khuẩn bằng máy Phoenix, nuôi cấy theo phương pháp bán định lượng tại khoa vi sinh Bệnh viện Bạch mai, kết quả được coi là dương tính có ý nghĩa với ngưỡng $\geq 10^3$ vi khuẩn/ml tương đương $\geq 10^3$ vi khuẩn/ml bệnh phẩm.

- Kháng sinh đồ được thực hiện bằng phương pháp khuếch tán đĩa

- Kết thúc nghiên cứu khi bệnh nhân được rút nội khí quản, khi bệnh nhân tử vong hoặc được chẩn đoán viêm phổi do thở máy.

- Các bệnh nhân nghiên cứu sẽ được theo dõi cho đến khi ra khỏi khoa Cấp cứu hoặc khoa Hồi sức tích cực

và lý do đặt ống nội khí quản chủ yếu là do bệnh lý thần kinh (bảng 3.1)

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung:

- Có 77 BN đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình 56.1 ± 23.7, điểm APACHE II trung bình 16.9 ± 7.2, bệnh lý nguyên nhân

- Số BN bị viêm phổi liên quan thở máy là 30 bệnh nhân, chiếm 38.9%. trong đó số BN bị viêm phổi sớm liên quan thở máy là 12/77, chiếm 15.6%; số BN viêm phổi muộn là 18/77, chiếm 23.4%.

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của 2 nhóm

		n=77
Tuổi (trung bình ± SD)		56.1 ± 23.7
Nam		43 (55.8%)
Nữ		34 (44.2%)
APACHE II (trung bình ± SD)		16.9 ± 7.2
Bệnh lý nguyên nhân (n, %)	COPD	10 (12.9)
	Tai biến mạch não	35 (44.5)
	Bệnh thần kinh khác	11 (14.3)
	Bệnh lý tim mạch	15 (19.5)
	Sốc nhiễm khuẩn	6 (7.8)
Lý do đặt ống nội khí quản (n, %)	Suy hô hấp cấp	12 (15.6)
	Sốc	10 (12.9)
	Suy tim	9 (11.7)
	Bệnh lý thần kinh	46 (59.7)

Tai biến mạch não bao gồm: nhồi máu não, xuất huyết não và xuất huyết dưới nhện

Bệnh lý thần kinh khác gồm: nhược cơ, Guillain Barre, trạng thái động kinh

3.2. Đặc điểm vi sinh gây viêm phổi:

3.2.1. Loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy: vi khuẩn gặp nhiều nhất gây viêm phổi liên quan thở máy là *Acinetobacter*, chiếm 40%; tiếp đến là *Pseudomonas aeruginosa*, chiếm 26.7%, tiếp đến là *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Serratia marcescens*, *Burkholderia cepacia*, *Stenotrophomonas maltophilia* (bảng 3.2)

Bảng 3.2: loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy

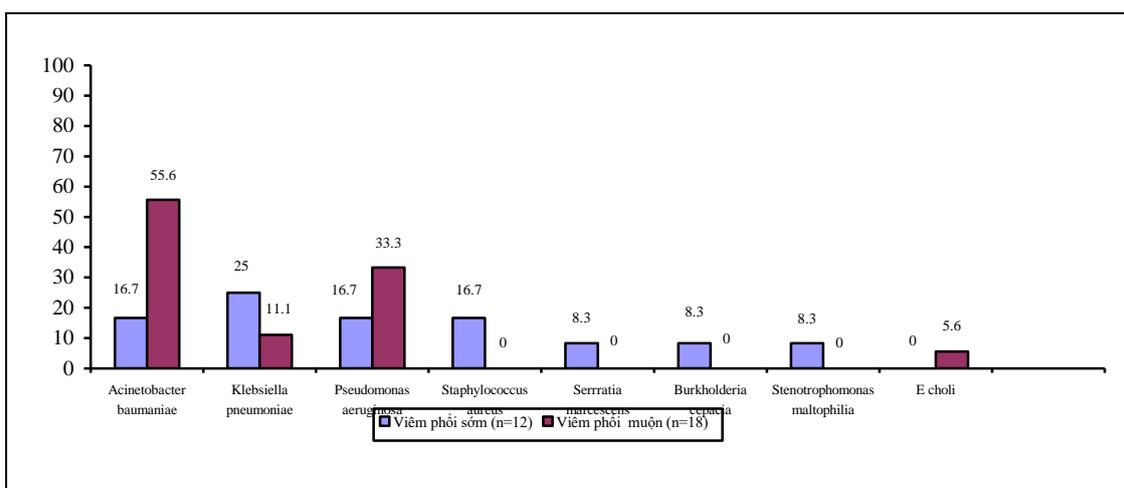
Số TT	Loại vi khuẩn thường gặp	Tỷ lệ gặp chung (%)
1	<i>Acinetobacter Humaniae</i>	40
2	<i>Pseudomonas Earuginosa</i>	26,7
3	<i>Serratia marcescens</i>	13,4
4	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	6,7
5	<i>Klebsiella Pneumonia</i>	3,3
6	<i>Staphylococcus Aureus</i>	3,3
7	<i>Burkhoderia Cepacia</i>	3,3
8	<i>E. coli</i>	3,3

3.2.2. Loại vi khuẩn gây viêm phổi sớm và muộn:

- Nhóm viêm phổi sớm: các vi khuẩn gây viêm phổi chủ yếu là *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Serratia marcescens*, *Burkholderia cepacia*, *Stenotrophomonas maltophilia* (biểu đồ 3.2)

- Nhóm viêm phổi muộn: vi khuẩn gây viêm phổi chủ yếu là *Acinetobacter* và *Pseudomonas aeruginosa* (biểu đồ 3.1)

phần trăm



Biểu đồ 3.1: loại vi khuẩn gây viêm phổi sớm và muộn

3.2.3. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của Acinetobacter và Pseudomonas aeruginosa:

- Đối với *Acinetobacter*: đề kháng cao nhất đối với kháng sinh ceftazidime và Ciprofloxacin (75%), chỉ có Colistin hoàn toàn không bị kháng (bảng 3.3)
- Đối với *Pseudomonas aeruginosa*: đề kháng cao nhất đối với kháng sinh Ampicillin+sulbactam và Amikacin (bảng 3.3)

Bảng 3.3: Tỷ lệ đề kháng KS của Acinetobacter (n=12) và tỷ lệ đề kháng kháng sinh của Pseudomonas aeruginosa (n=8)

Số TT	Thuốc kháng sinh	Acinetobacter (%)	Pseudomonas (%)
1	Ampicillin + Sulbactam	58,30	62,50
2	Ceftazidime	75,00	50,00
3	Piperacillin+Tazobactam	66,70	37,50
4	Imipenem	58,30	25,00
5	Moropenem	58,30	25,00
6	Ciprofloxacin	75,00	50,00
7	Amikacin	66,70	62,50
8	Doxycycline	41,70	
9	Monocycline	16,70	
10	Colistin	0	0

IV. BÀN LUẬN

4.1. Loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy:

xác định chính xác loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy rất quan trọng cho các bác sỹ lâm sàng trong việc điều trị kháng sinh hợp lý cho bệnh nhân. Việc nhận biết loại vi khuẩn thường gặp gây viêm phổi liên quan thở máy sẽ giúp ích cho các bác sỹ lâm sàng lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm một cách hợp lý.

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy vi khuẩn gặp nhiều nhất gây viêm phổi liên quan thở máy là *Acinetobacter*, chiếm 40%; *Pseudomonas aeruginosa* đứng hàng thứ 2, chiếm 26.7%; tiếp đến là *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Serratia marcescens*, *Burkholderia cepacia*, *Stenotrophomonas*

maltophilia (bảng 3.3). Loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy trong nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Thomas và Babcock [3], vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy nhiều nhất là *Pseudomonas aeruginosa*, chiếm 18% và 25.2%, trong khi đó *Acinetobacter* chỉ chiếm 8% và 5.8%. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự của Giang Thục Anh [1] và Vũ Hải Vinh [2], vi khuẩn gặp nhiều nhất là *Acinetobacter* lần lượt là 43.3 và 46.6%, tiếp đến là *Pseudomonas aeruginosa*.

4.2. Vi khuẩn gây viêm phổi sớm và muộn: loại vi khuẩn gây viêm phổi sớm trong nghiên cứu chúng tôi lần lượt là *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Serratia marcescens*, *Burkholderia cepacia*,

Stenotrophomonas maltophilia (biểu đồ 3.1). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Hilary M. Babcock [3], Valles [5], Kess Smulders [6]. Trong khi đó vi khuẩn gặp nhiều nhất gây viêm phổi muện là *Acinetobacter* (55.6% - bảng 3.3), tiếp đến là *Pseudomonas aeruginosa* (33.3% - biểu đồ 3.2). Nhận xét này khác với nghiên cứu của Babcock [3], Valles [5], Kess Smulders [6], loại vi khuẩn hay gặp gây viêm phổi muện do thở máy là *Pseudomonas aeruginosa*.

4.3. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh: viêm phổi liên quan thở máy là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ tử vong, thời gian thở máy, thời gian nằm viện cũng như chi phí điều trị cho bệnh nhân. Để giúp cho các bác sỹ trong việc lựa chọn kháng sinh hợp lý và việc xuống thang kháng sinh, việc làm kháng sinh đồ để xác định vi khuẩn nhạy cảm hay đề kháng với các loại kháng sinh thường dùng rất quan trọng.

Trong nghiên cứu, chúng tôi đánh giá tỷ lệ đề kháng đối với 2 loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy thường gặp nhất hiện nay là *Acinetobacter* và *Pseudomonas aeruginosa*. Bảng 3.3 cho thấy *Acinetobacter* và *Pseudomonas aeruginosa* kháng lại nhiều loại kháng sinh thường dùng hiện nay với tỷ lệ khá cao, trong đó *Acinetobacter* có tỷ lệ đề kháng với Ceftazidime và Ciprofloxacin đến 75%; *Pseudomonas aeruginosa* kháng cao nhất với Ampicillin + Sulbactam và Amikacin (62.5%). Ngay cả với nhóm kháng sinh phổ rộng, hoạt lực mạnh như Imipenem và Meropenem, tỷ lệ đề kháng của *Acinetobacter* cũng lên đến hơn 50%. Trong nghiên cứu chúng tôi, duy nhất Colistin chưa bị *Acinetobacter* và *Pseudomonas aeruginosa* đề kháng. Nghiên cứu năm 2009 ở bệnh viện Việt Đức và Chợ Rẫy cũng cho thấy *Acinetobacter* và *Pseudomonas aeruginosa* cũng đề kháng với nhiều loại kháng sinh, tỷ lệ đề kháng cao với Ceftazidime, Amikacin, Ciprofloxacin, tiếp đến là nhóm Carbapenem.

V. KẾT LUẬN

1. Loại vi khuẩn gây viêm phổi sớm liên quan thở máy thường gặp là *Acinetobacter baumanniae*, tiếp đến là *Pseudomonas aeruginosa*, các vi khuẩn khác ít gặp hơn là *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Serratia marcescens*, *Burkholderia cepacia*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *E.coli*. Vi khuẩn gây viêm phổi muện chủ yếu là *Acinetobacter* và *Pseudomonas aeruginosa*.

2. *Acinetobacter* và *Pseudomonas aeruginosa* đề kháng với nhiều loại kháng sinh, cao nhất đối với Ampicillin+Sulbactam, Amikacin, Ceftazidime và Ciprofloxacin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giang Thục Anh** (2004). "Nhận xét tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn BV tại khoa ĐTTC BV Bạch Mai 2003 – 2004". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Vũ Hải Vinh** (2005). "Đánh giá nhiễm khuẩn phổi trong điều trị bệnh nhân thở máy bằng bảng điểm nhiễm khuẩn phổi". Luận văn thạc sỹ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Babcock M H.** (2003). "Ventilator associated pneumonia in a Multi-Hospital System: Differences in microbiology by location". Infection control and hospital epidemiology. Vol 24, No 11: 853-858.
4. **Kollef MH.** "Inadequate antimicrobial treatment: an important determinant of outcome for hospitalized patients". *Clin Infect Dis* 2000; 31: S131-S138
5. **Valles J** (1995). "Continuous aspiration of subglottic secretions in preventing ventilator-associated pneumonia". *Annals of Internal Medicine*. Vol 122 no 3. 179-186
6. **Smulders K.** (2002). "A randomized clinical trial of intermittent subglottic secretion drainage in patients receiving mechanical ventilation". *Chest* 121(3):858-62
7. **Schurink C.A.** (2004). "The Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS). Clinical pulmonary infection score for ventilator-associated pneumonia: accuracy and inter-observer variability". *Intensive Care Med.*, 30 (2):217-24.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 451 - THÁNG 2 - SỐ 2 - 2017 VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o2 - FEBRUARY - 2017

----- 000 -----

- 1 **Nồng độ kẽm huyết thanh và một số yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng**
The concentration of zinc in serum: Some related factors in severe infectious patients
Trương Thị Mai Hồng
- 2 **Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung vào đường tiêu hóa**
Research for intestinal endometriosis diagnosis and treatment
**Trịnh Tú Tâm, Nguyễn Hữu Thắng,
Nguyễn Quốc Dũng, Nguyễn Xuân Hiền**
- 3 **Thực trạng ô nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng đường ruột trên rau, củ quả ăn sống và hiệu quả của biện pháp rửa rau quả dưới vòi nước chảy**
Contaminated situation of intestinal parasitic pathogens on raw vegetables/fruits and effectiveness of cleasing vegetables under running water
Đinh Thị Thanh Mai
- 4 **Đánh giá kết quả phục hình thân răng bằng chốt sợi**
Evaluating the result of fiber post-restoration
Phó Bích Hà, Phạm Thị Thu Hiền
- 5 **So sánh đo thân răng bằng laser scanner và thước kẹp điện tử**
Comparision of crown measurement using laser scanner and electronic caliper
Huỳnh Kim Khang, Phạm Thị Vân Anh
- 6 **Mối liên quan giữa ung thư vòm và tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trong chỉ định điều trị**
Relationship between malnutrition in nasopharyngeal carcinoma of patients in treatment indications
Phạm Thị Bích Đào, Phạm Thị Bích Thủy
- 7 **Hiệu quả hoạt động can thiệp nâng cao thực hành chăm sóc sơ sinh của cán bộ y tế xã và huyện, tỉnh Thanh Hoá năm 2015-2016**
Intervention effects to improve newborn care practices among medical staffs in district and communes, Thanh Hoa province in 2015-2016
Lương Ngọc Trương, Ngô Văn Toàn, Ngô Toàn Anh
- 8 **Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh giãn động mạch phế quản trên phim chụp cắt lớp vi tính đa dãy ở bệnh nhân ho ra máu**
Study characteristics image of dilated bronchial arteries on msct film in patients hemoptysis
Nguyễn Xuân Hiền, Trần Văn Biên
- 9 **Đánh giá tình trạng lo sợ theo das (dental anxiety scale) trước khi can thiệp phẫu thuật răng khôn hàm dưới**
Assessment of the dental anxiety scale before remove wisdom - tooth
Nguyễn Quang Bình, Phạm Hoàng Tuấn
- 10 **Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân chấn thương cột sống đoạn bản lè ngực thắt lưng mất vững có tổn thương tủy không hoàn toàn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2016**
Clinical characteristics, diagnostic images of thoracolumbar injury at the Vietnamese german Hospital in 2016
Nguyễn Lê Bảo Tiến, Đinh Ngọc Sơn, Võ Văn Thanh
- 11 **Thực trạng mất răng ở người cao tuổi quận Cầu giấy, Hà Nội năm 2015**
The edentulous situation of the elderly in Cau giay district, Hanoi 2015

- Nguyễn Xuân Thực, Vũ Thị Hoa, Lộc Thị Thanh Hiền**
- 12 **Nghiên cứu chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn đang điều trị bảo tồn và các yếu tố liên quan**
Quality of life in chronic renal failure patients with conservative care and related factors
- Nguyễn Thị Kim Liên, Tôn Thanh Trà, Phạm Thị Ngọc Thảo**
- 13 **Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân gút**
Study on risk factors of cardiovascular disease in patients with gout
- Nguyễn Thị Phương Thủy, Hồ Thị Ngân Hà**
- 14 **Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ u tủy vùng cổ**
Mr imaging features of cervical spinal cord tumors
- Trương Như Hiền, Vũ Văn Hòe**
- 15 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn muộn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1/2010 đến 12/2014**
The clinical characteristics and subclinical of advanced stage epithelial ovarian cancer at the national Hospital of obstetrics and gynecology from 1/2010-12/2014
- Vũ Văn Du, Nguyễn Quốc Tuấn**
- 16 **Thực trạng bệnh tật, điều trị thuốc ARV và sử dụng dịch vụ y tế, xã hội của người nhiễm HIV tại Quảng Trị năm 2015**
Characteristics of situation illness and treatment of patients with HIV ARV drugs in Quang tri 2015
- Nguyễn Văn Tiến, Đỗ Văn Dung, Đào Thị Minh Hồng,
Trần Thị Khuyên, Đào Huy Cừ, Nguyễn Thế Duy**
- 17 **Mô hình chấn thương điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp năm 2014**
Injury pattern among patients administrated in Dong Thap general Hospital in 2014
- Lê Văn Sen, Hoàng Ngọc Sơn, Nguyễn Thúy Quỳnh**
- 18 **Nghiên cứu tình hình bệnh tật về mắt trên địa bàn Thành phố Đà Nẵng**
Reseach on the status of eye diseases in da nang city
- Nguyễn Quốc Đạt**
- 19 **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư biểu mô buồng trứng tái phát nhạy platin và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện K**
Clinical and subclinical features of recurrent ovarian carcinomasensitive platium and related factors at K Hospital
- Lê Văn Quảng, Mai Thị Kim Ngân,
Nguyễn Xuân Hậu, Trần Thị Hậu**
- 20 **Các bước phải làm và tiêu chuẩn lựa chọn phương pháp phẫu thuật trong điều trị cong vẹo dương vật**
Must-do steps and criteria for selection of methods of surgery in treatment of penile curvature
- Trần Văn Hình, Nguyễn Phương Hồng**
- 21 **Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh x quang số hóa trong chuẩn đoán bệnh thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương**
Study the charactics of digital radiograph in the osteoarthritis of the knee in hai duong medical technial university
- Nguyễn Xuân Hiền, Trần Văn Việt**
- 22 **Phân tích tổng thể sắc đồ và phân loại kim ngân bằng sắc ký lỏng hiệu năng cao**
Chromatographic fingerprint and discriminant analysis for the quality evaluation of *lonicerae folium et caulis* by hplc
- Ngô Thế Cường, Ngô Sĩ Thịnh, Chử Văn Mến, Đặng Văn Điệp**
- 23 **Nghiên cứu nồng độ anti-mullerian hormon (AMH) huyết thanh ở bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang**

- Study on serum anti-müllerian hormone (AMH) levels in patients with polycystic ovary syndrome
Nguyễn Thị Hà, Phạm Thiện Ngọc, Bùi Tuấn Anh
- 24 **Giảm đau sau phẫu thuật tim hở bằng morphin khoang dưới nhện: Nghiên cứu 226 trường hợp**
Pain relief of intrathecal morphine after open heart surgery: A study of 226 cases
Nguyễn Văn Minh
- 25 **Tình trạng nha chu của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế**
Periodontal status of type 2 diabetic patients at hue university of medicine and pharmacy Hospital
Hồ Sỹ Minh Đức, Nguyễn Văn Minh
- 26 **Mức độ suy giảm chức năng thần kinh theo thang điểm NIHSS của bệnh nhân nhồi máu não tại bệnh viện lão khoa trung ương**
Evaluate the neurological function impairment by NIHSS in cerebral infarction patient at national geriatric Hospital
Nguyễn Thanh Bình, Phạm Thị Bình
- 27 **Nghiên cứu về sự an toàn của phương pháp an thần do bệnh nhân tự kiểm soát (pcs: patient controlled sedation) bằng midazolam trong thủ thuật nha khoa**
Research on the safety of sedation methods pcs (patient controlled sedation) by midazolam in dental surgery
Nguyễn Quang Bình Phạm Hoàng Tuấn
- 28 **Sự hài lòng của bệnh nhân với điều dưỡng chăm sóc sau phẫu thuật tại khoa phẫu thuật cột sống, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức**
Patient satisfaction with post-surgery nursing care in the department of spinal surgery at Vietnam-germany Hospital
Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Lê Bảo Tiến, Võ Văn Thanh, Phùng Kim Quang
- 29 **Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở phẫu thuật sạch, sạch nhiễm khi tuân thủ sử dụng kháng sinh dự phòng**
Surgical site infection rate when antibiotic prophylaxis compliance at Cho Ray Hospital
Phạm Thị Ngọc Thảo, Tôn Thanh Trà, Phạm Thanh Việt
- 30 **Kiến thức, thái độ, thực hành phòng bệnh răng miệng của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Ninh Bình năm 2014**
Knowledge, attitude, and practices of type 2 diabetic patients regarding their oral disease prevention at Ninh Bình general Hospital, 2014
Nguyễn Xuân Thực, Vũ Đức Minh
- 31 **Nghiên cứu tình trạng loãng xương và một số yếu tố liên quan trong bệnh viêm khớp dạng thấp**
Study on the frequency of and risk factors for osteoporosis in rheumatoid arthritis
Nguyễn Thị Phương Thủy, Nguyễn Thị Thuyết
- 32 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả vi phẫu thuật u tủy vùng cổ**
Cervical spinal cord tumors: Clinicoradiological findings and microsurgical results
Trương Như Hiền, Vũ Văn Hòe
- 33 **So sánh hiệu quả vô cảm và tác dụng không mong muốn của ropivacaine với lidocaine trong gây tê ngoài màng cứng để mổ lấy thai**
Comparative the efficacy and side effects of ropivacaine to lidocaine in epidural anesthesia for caesarean section
Đỗ Văn Lợi, Vũ Văn Du
- 34 **Nghiên cứu tác động của tư thế nằm sấp lên các thông số cơ học phổi ở bệnh nhân thông khí nhân tạo do suy hô hấp cấp tiến triển**

Effects of prone position on respiratory mechanics in patients with acute respiratory distress syndrome

Đỗ Minh Dương, Nguyễn Văn Chi

- 35 **Tình hình hiến máu tình nguyện và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động hiến máu tình nguyện ở hai khối sinh viên Y2K44 và Y3K43 trường Đại học Y Dược Thái Bình**
Volunteer blood donor situation and some factors affecting voluntary blood donation activities in two blocks students Y3K43 and Y2K44 in Thai Binh university of medicine and pharmacy

**Đặng Thị Thu Hằng, Nguyễn Thị Hiên, Nguyễn Văn Tiến,
Đỗ Văn Dung, Ngô Mạnh Quân**

- 36 **Thời gian và chi phí điều trị chấn thương của bệnh nhân tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp năm 2014**
Days and costs of injury treatment among patients administrated in Dong Thap general Hospital in 2014

Lê Văn Sen, Hoàng Ngọc Sơn, Nguyễn Thúy Quỳnh

- 37 **Glôcôm thứ phát do chấn thương nhãn cầu**
Secodery glaucoma due to the ocular trauma

Nguyễn Quốc Đạt

- 38 **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng di căn hạch của ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội**
Clinical, subclinical features and lymph node metastasis of thyroid cancer at Ha Noi medical university Hospital

Nguyễn Xuân Hậu, Lê Văn Quảng

Mai Thị Kim Ngân, Đỗ Thị Thanh Mai

- 39 **Viêm tuyến tiền liệt mạn tính và hội chứng đau vùng chậu hông-tăng sinh môn mạn tính**
Chronic bacterial prostatitis and chronic pelvic pain syndrome

Trần Văn Hình, Nguyễn Phương Hồng

- 40 **Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sỏi niệu quản**
Study the characteristics of ureteral stones by computer tomography scanner

Nguyễn Xuân Hiên, Nguyễn Văn Khải

- 41 **Phân loại một số loài đại hoàng bằng định lượng đồng thời các hoạt chất và phân tích tổng thể sắc đồ**
Classification of some rhubarb species by simultaneous quantitation of bioactive compounds and pattern analysis

Chữ Văn Mến, Ngô Sĩ Thịnh, Ngô Thế Cường

- 42 **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm khớp tự phát thiếu niên thể viêm điểm bám gân**
Clinical and sub-clinical of enthesitis- related arthritis in children

Trương Thị Mai Hồng

- 43 **Mối tương quan giữa các thông số chức năng hô hấp với mức độ nặng và kiểu hình của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính**
Correlations between these values of respiratory functional exploration with the severity and types of chronic obstructive pulmonary disease

Phạm Thị Phương Nam, Đồng Khắc Hưng, Nguyễn Huy Lực

- 44 **Nghiên cứu đặc điểm vi sinh gây viêm phổi bệnh viện sớm và viêm phổi bệnh viện muộn ở bệnh nhân thở máy tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai**
Researching the etiologies of early and late nosocomial pneumonia in ventilated patients in the emergency department of Bach Mai Hospital

Nguyễn Văn Chi