

ISSN:1859 - 1868

TẠP CHÍ



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 3 - SỐ 1
2017

TẬP 452

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.tonghoiyo.vn

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

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ U MÀNG NÃO VÙNG CỬ YÊN CÓ RỐI LOẠN NỘI TIẾT

Đặng Vinh Hiệp**, Lê Đức Nam*, Nguyễn Hoàng Thịnh*,
Trịnh Tú Tâm*, Nguyễn Quốc Dũng*

TÓM TẮT¹

Mục đích nghiên cứu: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) của U màng não vùng cử yên (UMNVCY) có rối loạn nội tiết (RLNT). **Phương pháp:** Tiến hành hồi cứu mô tả cắt ngang 34 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán giải phẫu bệnh (GPB) là UMNVCY tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2011 đến tháng 4/2014 có chụp CHT và xét nghiệm nội tiết trước mổ. **Kết quả:** Qua nghiên cứu 34 BN, nữ: nam là 4,3/1, có độ tuổi trung bình 47,8 tuổi. Thời gian phát hiện sau 12 tháng là 82,4%. Triệu chứng đau đầu và mờ mắt có tỷ lệ 97,1%, rối loạn kinh nguyệt gặp ~ 2,9%, tiết sữa gặp 8,8%. Theo phân loại của Liu (2014) trên CHT thì nhóm III gặp 68%, nhóm II gặp 29%, nhóm I gặp 3%. Tỷ lệ biến đổi nội tiết ở UMNVCY nhóm III hay gặp với tỷ lệ ~ 66,67%, nhóm II gặp 33,33%, trong đó tỷ lệ rối loạn giảm LH 73,3% (11/15 BN), tỷ lệ rối loạn Prolactin là 26,1% (6/23 BN), rối loạn giảm FSH gặp trong 50% các trường hợp. Các UMNVCY có RLNT đồng tín hiệu trên T1W (67,7%), tăng tín hiệu trên T2W (79,4%), tăng tín hiệu FLAIR (88,2%), trên DWI tỷ lệ đồng tín hiệu là 50%, tăng tín hiệu 33,3%, sau tiêm thuốc đối quang từ tỷ lệ u đồng nhất là 60%. Khối u kích thước lớn 3-4cm là 50%. **Kết luận:** Rối loạn nội tiết do biến đổi hormone tuyến yên có thể do u tuyến yên chế tiết hoặc khối u ở vùng yên ngoài tuyến yên nhưng gây chèn ép vào tuyến yên hoặc cuống tuyến yên. CHT rất có giá trị trong chẩn đoán UMNVCY có RLNT và đưa ra phân loại về hình ảnh.

Từ khóa: U màng não vùng cử yên, rối loạn nội tiết, cộng hưởng từ...

SUMMARY

EVALUATION OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING CHARACTERISTICS FOR TUBERCULUM SELLAE MENINGIOMA WITH ENDOCRINE DISORDER

Objective: The purpose of this study was to evaluation of Magnetic resonance imaging (MRI) characteristics for Tuberculum Sellae Meningioma (TSM) with endocrine disorders. **Method:** A retrospectively study was done from January 2011 to April 2014 in the Cho Ray hospital, 34 cases of TSM who had been had MRI and endocrine blood tests. **Results:** Within 34 patients, Female/Male: 4,3/1, the mean age was 47,8 years. The mean follow-up after

12 months was in 82,4% of the patients. Headache and blindness were 97,1 % and menstrual period disorders in 2,9%, galactorrhea in 8,8% of the patients. TSM was had been divides three groups by Liu classification (2014) that included group I in 3%, group II in 29% and group III in 68% of the patients. Endocrine disorder of group III was in 66,67% and its group II in 33,33%, decreased LH in 73,3%, Prolactine disorder in 26,1%, FSH disorder in 50% of the patients. MRI characteristics for TSM had been included isointense on T1W in 67,7%, hyperintense on T2W in 79,4%, hyperintense on T2W FLAIR in 88,2%, isointense on DWI in 50%, hyperintense on DWI in 33,3%, homogeneous intense on T1W with C(+) in 60%, 3-4 centimeters of size in 50% of the patients. **Conclusion:** Endocrine disorders due to pituitary hormone changements had been done by pituitary tumor functional or tumor in the pituitary area that pressing to pituitary gland and pituitary stalk. MRI had been high value of TSM with endocrine disorder diagnosis and classification.

Keywords: Tuberculum Sellae Meningioma, endocrine disorder, MRI...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nội tiết (RLNT) trên lâm sàng do nhiều nguyên nhân và gây ra nhiều hội chứng trên lâm sàng, việc điều trị thường phức tạp và lâu dài. Rối loạn nội tiết do biến đổi hormone tuyến yên có thể do khối u tuyến yên chế tiết hoặc khối u ở vùng yên không thuộc bản chất tuyến yên nhưng gây chèn ép vào tuyến yên hoặc cuống tuyến yên [1]. U màng não vùng cử yên (UMNVCY) là một trong những ở vùng yên, phát triển ở cử yên, hoành yên, rãnh giao thoa thị giác (chiasmatic sulcus) và rìa xương bướm (limbus sphenodale) [2]. Do vị trí giải phẫu nên các UMNVCY có thể gây các biến đổi nội tiết trên lâm sàng với ca bệnh đầu tiên mô tả năm 1927 [3]. Cộng hưởng từ (CHT) là phương pháp chẩn đoán không xâm nhập rất có giá trị trong chẩn đoán bản chất các khối u vùng yên, tiên lượng điều trị cho bệnh nhân. Tuy nhiên, việc đánh giá hình ảnh CHT của UMNVCY có RLNT thì trên thế giới vẫn chỉ có các báo cáo với các ca bệnh hoặc nhóm ca bệnh với số lượng hạn chế. Riêng ở Việt Nam, theo chúng tôi được biết thì vẫn chưa có công trình nào nghiên cứu một cách hệ thống về vấn đề này. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: *Đánh giá hình ảnh CHT của UMNVCY có rối loạn nội tiết.*

* Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội

** Bệnh viện Chợ Rẫy, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Nam

Email: namxoanle.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 10/1/2017

Ngày duyệt bài: 16/1/2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Tiến hành hồi cứu mô tả cắt ngang 34 bệnh nhân (BN) với 27 nữ và 7 nam được chẩn đoán giải phẫu bệnh (GPB) sau phẫu thuật là UMNVCY, các BN này có phim chụp CHT và có làm xét nghiệm nội tiết trước mổ.

2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bv Chợ Rẫy từ tháng 1/2011 đến tháng 4/2014.

3. Các bước tiến hành:

- Bước 1: thu thập các dữ liệu về GPB có chẩn đoán là UMNVCY sau đó chọn các bệnh nhân có đồng thời cả xét nghiệm nội tiết và phim chụp CHT 1,5T (có đủ các chuỗi xung T1W trước và sau tiêm thuốc đối quang từ, T2W, FLAIR ở các hướng Axial, Sagital và Coronal, một số có thêm DWI).

- Bước 2: tiến hành đọc lại các phim CHT, đánh giá và phân loại UMNVCY trên CHT dựa vào phân loại của Liu và cộng sự năm 2014 [4] gồm 3 nhóm:

+ Nhóm I: u nằm chủ yếu ở củ yên - rìa xương bướm có hoặc không chèn ép thần kinh thị nhưng không chèn ép giao thoa hay cuống tuyến yên.

+ Nhóm II: u nằm chủ yếu ở củ yên – hoành yên có chèn ép thần kinh thị và giao thoa nhưng không chèn ép cuống tuyến yên.

+ Nhóm III: u phát triển có chèn ép cả giao thoa và cuống tuyến yên.

- Bước 3: thu thập thông tin theo bệnh án nghiên cứu về đặc điểm tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng bệnh nhân, đặc điểm về biến đổi nội tiết và các biến số về hình ảnh trên CHT. Tiến hành đối chiếu đặc điểm hình ảnh CHT và biến đổi nội tiết.

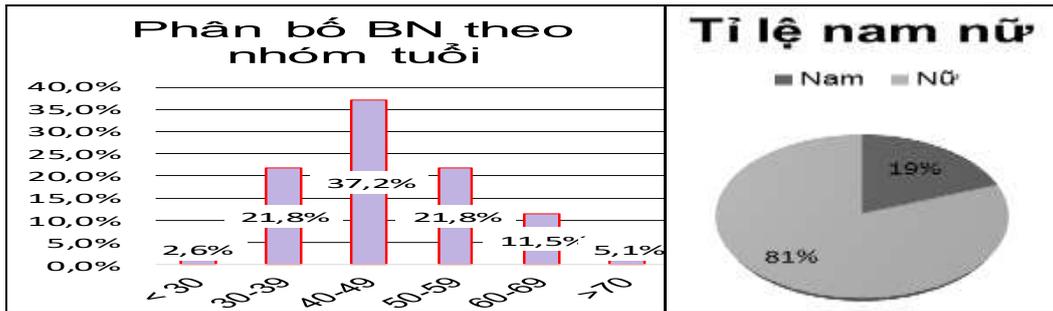
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm tuổi giới và lâm sàng:

1.1. Tuổi và giới:

- Tuổi trung bình 47,8 tuổi, hay gặp nhóm tuổi 40-49 tuổi với 37,2%.

- Tỷ lệ nữ/ nam ~ 4,3/1. (Biểu đồ 1.1)



Biểu đồ 1.1 Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

1.2 Triệu chứng lâm sàng:

Bảng 1.1 Các triệu chứng lâm sàng

	Đau đầu	Mờ mắt	Đau đầu + mờ mắt	Rối loạn kinh nguyệt	Tiết sữa
Có (%)	97,1	100	97,1	2,9	8,8
Không(%)	2,9	0	2,9	97,1	81,8

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp là đau đầu và mờ mắt với tỷ lệ 97,1%. Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt gặp ~ 2,9%, tiết sữa gặp 8,8%.

1.3 Thời gian phát hiện:

- Thời gian phát hiện bệnh muộn, trung bình từ 16,5±18,4 tháng.

Bảng 1.2 Thời gian phát hiện U

	N	Tỷ lệ(%)
<12 tháng	6	17,6
>12 tháng	28	82,4
Tổng	34	100

Trung bình: 16,5±18,4 tháng

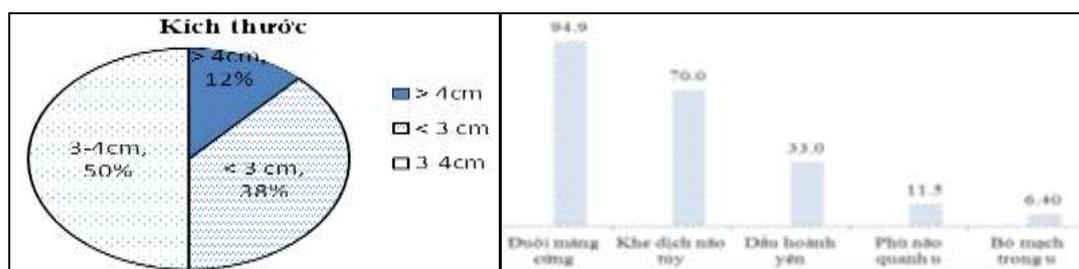
- Tỷ lệ BN phát hiện sau 12 tháng là 82,4%. (Bảng 1.2)

2. Đặc điểm hình ảnh trên CHT của UMNVCY có rối loạn nội tiết:

2.1 Kích thước và dấu hiệu thường gặp:

- Tỷ lệ u 3-4 cm gặp ~ 50%.

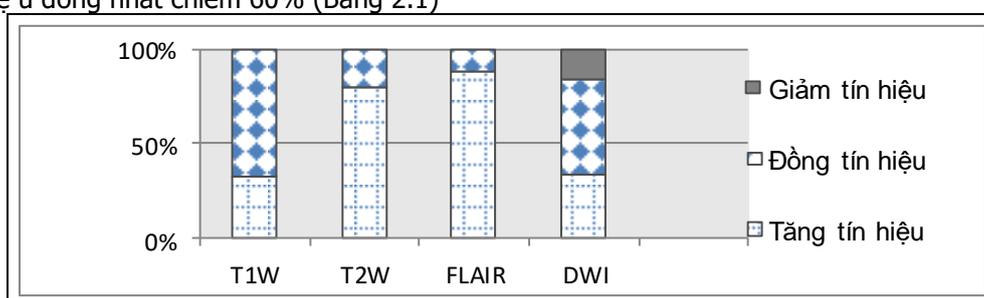
- Dấu hiệu đuôi màng cứng cao với 94,9%, dấu hoành yên gặp 33% (Biểu đồ 2.1).



Biểu đồ 2.1 Kích thước u và tỷ lệ xuất hiện các dấu hiệu

Đặc điểm tín hiệu u trên các chuỗi xung:

- UMNVCY có RLNT có đặc điểm đồng tín hiệu trên T1W (67,7%), tăng tín hiệu trên T2W (79,4%), tăng tín hiệu FLAIR (88,2%).
- Trên DWI với 20 BN, U đồng tín hiệu là 50%, tăng tín hiệu 33,3% (Biểu đồ 2.2).
- Tỷ lệ u đồng nhất chiếm 60% (Bảng 2.1)



Biểu đồ 2.2 Đặc điểm tín hiệu u trên các xung CHT

3. Rối loạn nội tiết và đặc điểm hình ảnh CHT của UMNVCY

3.1 Đặc điểm rối loạn nội tiết:

Bảng 3.1 Đặc điểm biến đổi nội tiết

	Tăng	Giảm	Bình thường	Tổng
LH(n=15)	0	11(73,3%)	4 (26,7%)	15
FSH(n=14)	0	7 (50%)	7 (50%)	14
Prolactin(n=23)	6 (26,1%)	0	17 (73,9%)	23
Cortisol (n=31)	3 (9,6%)	3 (9,6%)	25 (80,8%)	31

Nhận xét: Trong số 34 BN, các xét nghiệm được làm không đồng bộ. Tỷ lệ rối loạn giảm LH cao nhất với 73,3% (11/15 BN), tỷ lệ rối loạn Prolactin là 26,1% (6/23 BN), rối loạn giảm FSH gặp trong 50% các trường hợp (Bảng 3.1).

3.2. Liên quan rối loạn nội tiết và kích thước

Bảng 3.2: Liên quan rối loạn nội tiết và kích thước U

	< 3cm	3-4cm	>4cm	Tổng
Có RLNT	5	15	4	24
Không RLNT	8	2	0	10
Tổng	13	17	4	34

Nhận xét: U kích thước 3-4cm chiếm 62,5% số lượng u có RLNT. U > 4cm gây rối loạn nội tiết 100%.

III. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm tuổi giới và lâm sàng

Tuổi và giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi là 47,8 tuổi, nữ/nam = 4,3/1, tỷ lệ này tương đồng với các tác giả Falbusch và Schott (2002): 54,3 tuổi, nữ/nam = 4/1, tác giả Liu (2014) cho kết quả tương đồng. So sánh với nhóm UTY chế tiết thì thường gặp ở độ tuổi ~ 20- 40, theo Daly và cộng sự (2006) có với tỷ lệ ~ 45,58%, có thể gặp ở trẻ em và nữ hay gặp hơn do biểu hiện RLNT sớm và dễ nhận biết[4,5,6].

Triệu chứng thường gặp của UMNVCY có rối loạn nội tiết là đau đầu và mờ mắt với 97,1%, thời gian phát hiện muộn với 16,5±18,4 tháng, tỷ lệ BN phát hiện sau 12 tháng là 82,4%. Điều này cho thấy rằng, UMNVCY có rối loạn nội tiết thường gây triệu chứng khi u lớn và chèn ép vào các cấu trúc xung quanh. Nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn so tác giả Falbusch R (2002) với tỷ lệ cả 2 triệu chứng là 21%, sự khác biệt do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân khác nhau. Đối chiếu với các nghiên cứu về UTY chế tiết thì thời gian

xuất hiệu triệu chứng đến lúc đi khám theo tác giả Daly và cộng sự thì cả hai triệu chứng là khoảng 50% với thời gian phát hiện trung bình là 45,3 tháng [6], như vậy triệu chứng đau đầu và nhìn mờ của UMNVCY có rối loạn nội tiết là gặp nhiều hơn so với UTY chế tiết. Rối loạn kinh nguyệt và tiết sữa cũng được ghi nhận với tỷ lệ lần lượt là 2,7% và 8,8%. So sánh với các nghiên cứu về UTY, chúng tôi thấy rằng tỷ lệ của chúng tôi cho kết quả tương tự [6].

2. Đặc điểm hình ảnh CHT của UMNVCY có rối loạn nội tiết

CHT là phương pháp rất giá trị để chẩn đoán bản chất và liên quan lân cận của các khối u vùng yên trong đó có UMNVCY.

Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với tác giả Liu (2014) với tỷ lệ u kích thước 2,5-3,5 chiếm 60%.[4]. UMNVCY có RLNT mang nhiều đặc điểm của khối u ngoại trực. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy dấu hiệu đuôi màng cứng gặp ~ 94,9%, theo Osborn (2013), dấu hiệu này gợi ý nhiều đến chẩn đoán UMN nhưng không đặc hiệu, có thể gặp ở các trường hợp u thần kinh đệm, di căn não, u dây thần kinh thính giác, u bạch huyết, phình mạch [7].

Dấu hoành yên là một dấu hiệu quan trọng giúp phân biệt tuyến yên với khối u, thể hiện bằng hình ảnh dải giảm tín hiệu của hoành yên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần khối u lớn, đã có chèn ép vào tuyến yên cũng như cuống tuyến yên nên phân biệt được cấu trúc u thường khó, do đó dấu hoành yên gặp 33%.

Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ có phù não quanh u là 11,5%. Tỉ lệ phù não quanh u trong nhóm chúng tôi thấp hơn so với tác giả Osborn với 60%. Sự khác biệt này là do vị trí của UMNVCY rất ít tiếp xúc với mô não, u chỉ tiếp xúc khi đã quá lớn [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 20 BN được chụp chuỗi xung DWI. Trên DWI, UMNVCY có thể đồng tín hiệu so với mô não lân cận, tuy nhiên biến đổi của khối u trên DWI đơn thuần ít có ý nghĩa trong chẩn đoán mà cần phải kết hợp với bản đồ ADC. Giảm ADC được một số tác giả cho là dấu hiệu chỉ điểm của UMN ác tính hoặc không điển hình.

Tính chất không đồng nhất của UMN có thể do các thành phần trong u như vôi hóa, tạo nang, xuất huyết hay hoại tử. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ UMNVCY có RLNT không đồng nhất sau tiêm thuốc đối quang là 40%. Theo Osborn (2013) hoại tử và tạo nang nhỏ trong UMN gặp với tỉ lệ khá thay đổi 8-23%, tùy vị trí và kích thước khối u [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi hay gặp nhất là UMNVCY nhóm III với tỉ lệ 68%, nhóm II với tỉ lệ 29%, nhóm I với tỉ lệ 13%, các kết quả này không khác biệt nhiều so với kết quả của Liu (2014). Như vậy đa số các UMNVCY trong nghiên cứu có dấu hiệu chèn ép cuống tuyến yên và tuyến yên thường gây biến đổi nội tiết trên lâm sàng.

3. Nội tiết và đặc điểm hình ảnh CHT của UMNVCY có RLNT:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ giảm LH (73%), giảm FSH (50%), tăng prolactin (26,1%). Theo tác giả Kwancharoen và cộng sự (2013) trong UMNVCY tỉ lệ tăng tiết prolactin là 36,36%, tỉ lệ suy thượng thận là 6,25%, tỉ lệ suy giáp trung ương là 6,25%, có sự khác biệt với nghiên cứu chúng tôi [1]. So sánh với các nghiên cứu về UTY chế tiết thì theo tác giả Daly và cộng sự (2006), tỷ lệ giảm LH là 50%, giảm FSH là 40%, khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, tăng prolactin chiếm 66%, cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [6]. Tuy nghiên cứu của chúng tôi là hồi cứu và các xét nghiệm nội tiết thường không đồng bộ nhưng có thể thấy RLNT nội tiết trong UMNVCY là có ý nghĩa và cần có nghiên cứu đồng bộ và số lượng lớn hơn.

Tỷ lệ UMNVCY có RLNT chiếm 70,6% (24/34), rối loạn hormone chỉ xảy ra ở khối u nhóm III và nhóm II, không có trường hợp nào nhóm I, tỉ lệ rối loạn xuất hiện ở các u nhóm III nhiều hơn các u nhóm II. Kích thước u hay gây RLNT gặp ở nhóm 3-4 cm. Theo Liu và cs (2014), tỷ lệ UMNVCY có RLNT chiếm 55,7%, tỷ lệ gặp ở nhóm I (A) 9,1%, nhóm II (B) 33,3%, nhóm III (C1+C2) 84,2%, tỷ lệ này có sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi và tác giả cho rằng RLNT do UMNVCY là do chèn ép, sự rối loạn là do chèn ép, sự chèn ép phụ thuộc vào kích thước cũng như hướng lan của u, khối u lớn thường gây tổn thương trực hạ đồi – tuyến yên trước mỡ từ đó gây RLNT và sự rối loạn này có khả năng trở về bình thường sau mổ[4]. Tuy nhiên qua nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Liu cũng cho thấy rằng, những UMNVCY không gây chèn ép vào cuống tuyến yên hay tuyến yên vẫn gây RLNT (nhóm II) và u nhóm III nhưng không gây RLNT.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn nội tiết do biến đổi hormone tuyến yên có thể do khối u tuyến yên chế tiết hoặc khối u ở vùng yên không thuộc bản chất tuyến yên nhưng gây chèn ép vào tuyến yên hoặc cuống tuyến yên. CHT rất có giá trị trong chẩn

đoán UMNVCY và đưa ra phân loại về hình ảnh. UMNVCY gây RLNT là có cơ sở để thực hiện nghiên cứu đồng bộ và cỡ mẫu lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kwacharoen R, Blitz A. M., Tavares F. et al. "Clinical features of sellar and suprasellar meningiomas", *Pituitary* 2014, 17(4): 342-348.
2. Cushing H, Esenhardt L. Meningiomas arising from the TS with the syndrome of primary optic atrophy and bitemporal field defects combined with a normal sellae turcica in a middle-aged person. *Arch Ophthalmol* 1929;1:1-41, 168-206.
3. Holmes G, Sargent P. Suprasellar endotheliomata. *Brain* 1927;50:518-37.
4. Liu Y, Ming C. et al. Characteristics of midline suprasellar meningiomas based on their origin and growth pattern. *Clin Neurol Neurosurg.* (2014), 125, pp. 173-181.
5. Fahlbusch R. and Schott W. "Pterional surgery of meningiomas of the tuberculum sellae and planum sphenoidale: surgical results with special consideration of ophthalmological and endocrinological outcomes", *J Neurosurg.* (2002), 96(2), pp. 235-43
6. Adrian F. Daly et al. High Prevalence of Pituitary Adenomas: A CrossSectional Study in the Province of Liege, Belgium. *J Clin Endocrinol Metab*, (2006), 91(12):4769 – 4775.
7. Osborn Anne G. "Tumor of the meninges", *Osborn's Brain: Imaging, Pathology, and Anatomy*, (2013), pp. 584 – 613.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA KEM COLGATE SENSITIVE PRO-RELIEF TRÊN MỘT NHÓM BỆNH NHÂN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI

Phạm Thị Thu Hiền*, Bùi Thị Thanh Tâm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị tức thì của kem đánh răng giảm nhạy cảm ngà Colgate Sensitive Pro-Relief. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp trên 300 bệnh nhân với 898 răng khăm tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 3/2011 đến tháng 5/2011. Sử dụng thăm lâm và test Schiff để đánh giá nhạy cảm ngà, mức độ nhạy cảm được đánh giá theo chỉ số của Ash – Smith và Colgate. Sử dụng kem Colgate Sensitive Pro-Relief đối với các răng có mức độ nhạy cảm từ độ 1 trở lên rồi đánh giá lại. **Kết quả:** Số lượng bệnh nhân giảm nhạy cảm ngà trên lâm sàng sau khi được can thiệp bởi kem đánh răng Colgate Sensitive Pro-Relief là khá cao, trong đó các răng nhạy cảm ở mức độ 2 có tỷ lệ đáp ứng điều trị cao nhất (91% khi đánh giá bằng thăm lâm và 86,7% bằng phương pháp thử hơi). **Kết luận:** Sử dụng kem đánh răng Colgate Sensitive Pro-Relief có hiệu quả giảm nhạy cảm ngà, đặc biệt với những răng nhạy cảm ở mức độ 2.

Từ khóa: Nhạy cảm ngà, Colgate Sensitive Pro-Relief

SUMMARY

EVALUATING THE EFFICIENCY OF COLGATE SENSITIVE PRO-RELIEF IN REDUCING DENTIN HYPERSENSITIVITY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY HANOI

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Hiền

Email: phthhien638@gmail.com

Ngày nhận bài: 4/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 2/1/2017

Ngày duyệt bài: 16/1/2017

Objective: The aim of this study was to evaluate the efficiency of Colgate Sensitive Pro-Relief in reducing dentin hypersensitivity. **Method:** Cross-sectional study on 300 patients with 898 tooth who were examined at the National Hospital of Odontostomatology Hanoi from March 2011 to May 2011. Dentin hypersensitivity was clinically diagnosed by explorer and Schiff test, then was rated based on Ash-Smith and Colgate index. Applying Colgate Sensitive Pro-Relief to tooth which were dentin hypersensitive from level 1 and re-examined. **Results:** Prevalence of dentin hypersensitivity reducing after applying Colgate Sensitive Pro-Relief was high, while dentin hypersensitivity at level 2 occupied the highest rate (91% when evaluated by explorer and 86,7% in Schiff test). **Conclusion:** Colgate Sensitive Pro-Relief was effective in reducing dentin hypersensitivity, especially in dentin hypersensitive level 2 tooth.

Key word: Dentin hypersensitivity, Colgate Sensitive Pro-Relief

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhạy cảm ngà được định nghĩa là tình trạng răng bị đau buốt rõ, diễn ra nhanh xuất hiện từ vùng ngà bị lộ ra khi có các kích thích như : nhiệt độ , cọ sát , thẩm thấu, hóa chất mà không phải do khiếm khuyết hay bệnh lý nào khác [1]. Hiện tượng này xảy ra khi lớp ngà của răng bị lộ ra bởi những tổn thương men răng hoặc do lộ chân răng trong các bệnh lý nha chu, các trường hợp chải răng không đúng cách.

Ở Việt Nam, một bài báo tiến hành nghiên cứu trên 871 người tại thành phố Hồ Chí Minh cho kết quả 47,4% nhạy cảm ngà ở mức độ trung bình [4]. Theo một kết quả điều tra khác

của tác giả Tống Minh Sơn thực hiện tại công ty bảo hiểm Việt Nam thì tỷ lệ nhạy cảm ngà là 47,7% [5].

Tuy vậy, điều trị nhạy cảm ngà vẫn đang là một vấn đề gây ra nhiều khó khăn cho các bác sĩ Răng hàm mặt hiện nay bởi vẫn chưa có một quy trình điều trị chuẩn nào được đưa ra cho bệnh lý này. Một trong những phương pháp điều trị được đề nghị là sử dụng kem đánh răng chống ê buốt, trong đó có kem Colgate Sensitive Pro-Relief. Thành phần của kem bao gồm 8% arginine và canxi carbonate, cơ chế hoạt động là đóng kín các ống ngà bị lộ.

Nhạy cảm ngà tuy không phải là một tình trạng quá trầm trọng nhưng lại ảnh hưởng nặng nề đến sinh hoạt ăn uống hàng ngày, từ đó làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Hơn nữa nếu không được chẩn đoán, can thiệp kịp thời thì có thể tiến triển dẫn đến tổn thương tủy răng. Ở Việt Nam hiện nay vẫn chưa có nghiên cứu nào phân tích về hiệu quả của kem đánh răng Colgate Sensitive Pro-Relief trong điều trị nhạy cảm ngà. Xuất phát từ những thực tế trên, với mong muốn đóng góp một phần vào việc đáp ứng nhu cầu thực hành lâm sàng vấn đề nhạy cảm ngà ở Việt Nam, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu "Đánh giá hiệu quả của kem Colgate Sensitive Pro-Relief trên một nhóm bệnh nhân khám tại bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân khám tại khoa Điều trị Nội nha – Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 3/2011 đến tháng 5/2011.

1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi > 15 tuổi
- Không có các bệnh lý cấp tính
- Bệnh nhân hợp tác

1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Tuổi < 15 tuổi
- Bệnh nhân đang có các bệnh lý hay nhiễm trùng cấp tính
- Bệnh nhân không hợp tác

2. Phương pháp nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Hiệu quả điều trị của kem Colgate Sensitive Pro-Relief khi đánh giá bằng thăm lâm

Bảng 1. Số lượng răng nhạy cảm trước và sau can thiệp khi đánh giá bằng thăm lâm

	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3
Số lượng răng nhạy cảm ban đầu	351 ~ 39,1%	104 ~ 11,6%	8 ~ 0,9%
Số lượng răng nhạy cảm sau can thiệp	89 ~ 9,9%	9 ~ 1%	6 ~ 0,7%

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có can thiệp

2.2. Cỡ mẫu:

- Công thức mẫu: $N \geq (1,96/m)^2 \cdot p(1-p)$

Trong đó: p: tỷ lệ nhạy cảm ngà trong cộng đồng; m: sai số so với thực tế

Với sai số 6%, p=0,48, ta có $N \geq 266$

- Thực tế tiến hành nghiên cứu trên 300 bệnh nhân với tổng số 898 răng

2.3. Cách chọn mẫu:

Mẫu toàn bộ

2.4. Kỹ thuật thu thập thông tin

- Đánh giá bằng thăm lâm
- Cách ly răng thăm khám
- Dùng thăm lâm cọ sát vào vùng ngà bị lộ
- Phân loại mức độ nhạy cảm ngà theo Ash và Smith (1964) [7]

Độ 0	Không đau
Độ 1	Đau nhẹ hoặc không thoải mái
Độ 2	Đau khi kích thích
Độ 3	Sau kích thích vẫn đau

- Đánh giá bằng thổi hơi
- Cách ly răng thăm khám
- Sử dụng dụng cụ thổi hơi trong nha khoa thổi vào vùng ngà bị lộ
- Phân loại dựa theo thang đánh giá nhạy cảm hơi lạnh Schiff và thang điểm mô tả mức độ nhạy cảm ngà của Colgate

Độ 0	Không đau, không khó chịu
Độ 1	Khó chịu nhưng không đau
Độ 2	Đau trong suốt quá trình kích thích
Độ 3	Đau trong suốt quá trình kích thích và duy trì cả sau kích thích

- Can thiệp bằng kem Colgate Sensitive Pro-Relief
- Tiến hành bôi kem bằng đai cao su quay với tốc độ chậm vào các răng có mức độ nhạy cảm từ độ 1 trở lên. Đánh giá lại mức độ nhạy cảm

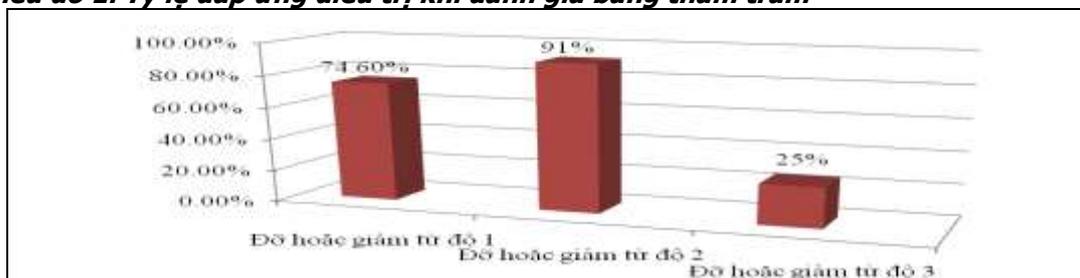
2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm xử lý số liệu SPSS 16.0

2.6. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu có sự đồng ý tự nguyện của các đối tượng nghiên cứu.
- Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật tuyệt đối.
- Nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích nâng cao công tác sức khỏe răng miệng, ngoài ra không còn mục đích nào khác.

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân đáp ứng với điều trị sau khi được bôi kem đánh răng chống ê buốt Colgate.

Biểu đồ 1. Tỷ lệ đáp ứng điều trị khi đánh giá bằng thám trâm



Nhận xét: Nhạy cảm ở mức độ 2 có tỷ lệ đáp ứng điều trị cao nhất, chiếm 91%.

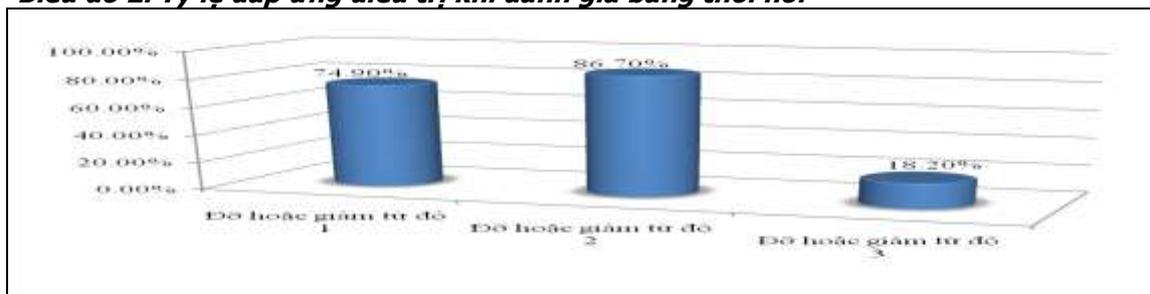
2. Hiệu quả điều trị của kem Colgate Sensitive Pro-Relief khi đánh giá bằng thổi hơi

Bảng 2. Số lượng răng nhạy cảm trước và sau can thiệp khi đánh giá bằng thổi hơi

	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3
Số lượng răng nhạy cảm ban đầu	358 ~ 39,67%	105 ~ 11,69%	11 ~ 1,24%
Số lượng răng nhạy cảm sau can thiệp	90 ~ 10%	14 ~ 1,56%	9 ~ 1%

Nhận xét: Hầu hết các răng có nhạy cảm đáp ứng điều trị khi bôi kem Colgate Sensitive Pro-Relief.

Biểu đồ 2. Tỷ lệ đáp ứng điều trị khi đánh giá bằng thổi hơi



Nhận xét: Các răng nhạy cảm ở mức độ 2 có tỷ lệ đáp ứng điều trị cao nhất với 86,7 %.

IV. BÀN LUẬN

Với mục tiêu là đánh giá hiệu quả điều trị giảm nhạy cảm tức thì của của kem Colgate Sensitive Pro-Relief dùng tại phòng nha nên 100% bệnh nhân được phát hiện có răng nhạy cảm từ mức độ 1 trở lên đều được tiến hành can thiệp.

Kết quả cho thấy đánh giá bằng cách cọ thám trâm hay phương pháp thổi hơi thì hầu hết các răng nhạy cảm đều có đáp ứng điều trị tốt sau khi được bôi kem Colgate Sensitive Pro-Relief, đa số bệnh nhân đều cảm thấy hài lòng về hiệu quả giảm nhạy cảm mà kem Colgate mang lại. Đặc biệt mức độ nhạy cảm 2 là nhóm có tỷ lệ đỡ giảm cao nhất, điều này được giải thích là do những bệnh nhân nhạy cảm ở mức độ 1 còn mơ hồ nên sự trả lời cho đáp ứng điều trị còn thiếu chính xác, còn với nhóm bệnh nhân nhạy cảm ở mức độ 3 thì cần có thêm những điều trị khác vì rất có thể tổn thương đã tới gần tủy răng.

Hiệu quả điều trị của kem Colgate Sensitive Pro-Relief cũng đã được chứng minh qua một số

nghiên cứu của các tác giả trong khu vực châu Á như: nghiên cứu về tác dụng của kem chải răng dùng tại phòng nha chứa 8% arginine và canxi carbonate trên bệnh nhân trưởng thành có răng nhạy cảm của bác sĩ Chun Hung Chu – Trường đại học Hồng Kông với thang điểm 10 đã cho thấy điểm số mức độ nhạy cảm ngày chỉ còn 3,24 sau can thiệp so với 6,74 lúc đầu, một nghiên cứu ở Trung Quốc cho kết quả 73,95% bệnh nhân nhạy cảm ngày có đáp ứng điều trị, bác sĩ Nannette Vergel de Dios- Nguyên chủ tịch hiệp hội nha khoa châu Á Thái Bình Dương (88,14% bệnh nhân nhạy cảm đỡ hoặc giảm ê buốt sau can thiệp). Các nghiên cứu đều cho kết quả có ý nghĩa thống kê về hiệu quả điều trị của kem Colgate Sensitive Pro-Relief.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng kem đánh răng Colgate Sensitive Pro-Relief có hiệu quả giảm nhạy cảm ngày, đặc biệt với những răng nhạy cảm ở mức độ 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Holland GR, Narhi MN, Addy M et al (1997).** *Guidelines for the design and conduct of clinical trials on dentin hypersensitivity.* J Clin Periodontol, 24(11), 808-813.
- Andrej M (2002).** *Dentin hypersensitivity: Simple steps for everyday Diagnosis and Management.* International dental journal, 52, 394-396.
- Bartold PM (2006).** *Dentinal hypersensitivity: a review.* Australian Dental Journal, 51(3), 212-218.
- Hoàng Đạo Bảo Trâm, Trần Ngọc Phương Thảo (2015).** *Tỷ lệ và phân bố nhạy cảm ngà răng ở người trưởng thành ở Thành phố Hồ Chí Minh.* Tạp chí Nghiên cứu Y học, 94(2), 16-23.
- Tông Minh Sơn (2013).** *Tình trạng nhạy cảm ngà răng của nhân viên công ty Bảo hiểm Nhân thọ tại Hà Nội.* Tạp chí Nghiên cứu Y học, 85(5), 31-36.
- Docimo R, Montesani L, Maturo P et al (2009).** *Comparing the efficacy in reducing dentine hypersensitivity of a new toothpaste containing 8.0% arginine, calcium carbonate, and 1450 ppm fluoride to a commercial sensitive toothpaste containing 2% potassium ion. An eight-week clinical study in Rome, Italy.* J Clin Dent, 20 (Spec Iss), 17-22.
- Smith AB, Ash MM (1964).** *Evaluation of a desensitizing dentifrice.* J Am Dent Assoc, 68, 639-647.

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG NỘI SOI MỀM NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG TÁN SỎI ĐÀI THẬN BẰNG LASER HOLMIUM

Phạm Ngọc Hùng¹, Lê Đình Khánh²

TÓM TẮT³

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và an toàn của kỹ thuật nội soi mềm niệu quản ngược dòng tán sỏi thận bằng Laser Holmium. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu trong 78 bệnh nhân sỏi đài thận đã được thực hiện kỹ thuật nội soi mềm tán sỏi bằng Laser Holmium trong thời gian từ tháng 9 năm 2010 đến tháng 12 năm 2015, tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Đại học Y dược Huế. **Kết quả:** Trong 78 bệnh nhân nghiên cứu: Tuổi: $49,31 \pm 11,45$ (26 – 77), kích thước sỏi: $17,78 \pm 7,21$ mm (8 – 45), sỏi đài dưới: 27 (34,6%). Sử dụng sheath niệu quản: 75 (91,6%). Thời gian mổ: $97,18 \pm 37,06$ phút. Theo dõi sau mổ: 3 bệnh nhân sốt sau mổ (3,8%). Thành công chung ngay trong mổ: 56 (71,8%), sạch sỏi sau 3 tháng: 58 (74,4%). **Kết luận:** Nội soi mềm tán sỏi thận bằng Laser là phương pháp an toàn và hiệu quả điều trị sỏi thận. Điều này cũng giúp cho phẫu thuật viên và bệnh nhân có thêm một lựa chọn điều trị nhằm đạt hiệu quả cao và giảm tai biến biến chứng.

Từ khóa: Nội soi niệu quản thận ngược dòng bằng ống mềm, sỏi thận

SUMMARY

LASER HOLMIUM FLEXIBLE URETERORENOSCOPY FOR MANAGEMENT OF RENAL STONE

Purpose: Evaluation of safety and effectiveness of Laser Holmium flexible ureterorenoscopy for management of renal stone. **Patients and Methods:**

¹Bệnh viện Trung ương Huế

²Trường Đại học Y Dược Huế.

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Hùng

Email: drhungg@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 2/1/2017

Ngày duyệt bài: 14/1/2017

Study was performed in 78 patients who were treated with flexible ureterorenoscopy/Laser, from 9/2010 to 12/2015, in Hue Central Hospital and Hue University of Medicine and Pharmacology Hospital. **Results:** In 78 patients, age: $49,31 \pm 11,45$ (26 – 77), mean stone size $17,78 \pm 7,21$ mm (8 – 45), stone in lower pole 27 (34,6%), ureteral access sheath used 75 (91,6%). Operation time: $97,18 \pm 37,06$ minutes. Fever post-operation 3 (3,8%), Overall success rate perioperation 56 (71,8%), stone-free-rate after 3 month 58 (74,4%). **Conclusions:** Flexible ureterorenoscopy/ Laser is safe and effective for management of renal stone.

Keyword: Flexible ureterorenoscopy, renal stone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là một bệnh xuất hiện ở loài người từ rất sớm, được tạo nên trên cơ sở lắng đọng và kết dính một lượng lớn các tinh thể và các thành phần hữu cơ khác, trong những điều kiện lý hóa nhất định [2]. Sỏi gây tắc đường tiết niệu, gây nhiễm khuẩn và suy thận, gây nguy hại sức khỏe và tính mạng người bệnh.

Với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, nhiều phương pháp xâm nhập tối thiểu đã được áp dụng để điều trị sỏi thận như tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi lấy sỏi thận qua da, nội soi niệu quản ngược dòng. Các phương pháp này đã mang lại những kết quả khả quan làm cho tỷ lệ mổ mở kinh điển điều trị sỏi tiết niệu ở các nước phát triển đến nay giảm rõ rệt. Tuy vậy, một trong những vấn đề tồn tại trong điều trị sỏi thận là điều trị các sỏi ở đài thận đặc biệt là các sỏi còn sót lại sau phẫu thuật hoặc sau các thủ thuật khác không thành công. Nhiều tác giả trong và ngoài nước đã cố gắng sử dụng các phương pháp khác nhau để có thể giảm thiểu tình trạng sót sỏi cũng như điều trị những sỏi ở các vị trí

khó tiếp cận. Một trong những phương pháp được chọn lựa cho những trường hợp này là nội soi niệu quản thận ngược dòng bằng ống mềm tán sỏi với Laser Holmium.

Việc áp dụng kỹ thuật nội soi niệu quản thận ngược dòng bằng ống mềm tán sỏi thận với năng lượng Laser Holmium chỉ mới ở một vài cơ sở y tế lớn như Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Bình Dân (TP Hồ Chí Minh),... mang lại những kết quả đáng kể. Chỉ định, phạm vi ứng dụng, các thao tác và cải tiến kỹ thuật... vẫn đang còn tranh luận. Chúng tôi nghiên cứu đề tài xuất phát từ tình hình thực tế đó.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi nghiên cứu tiến cứu 78 bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật nội soi mềm trong thời gian từ tháng 9 năm 2010 đến tháng 12 năm 2015, tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Đại học Y dược Huế.

Phương tiện nghiên cứu bao gồm: Máy nội soi mềm 6Fr của hãng Karl Storz, (Flex X). Sheath niệu quản 12 – 14 Fr. Máy Laser Holmium với probe 200 μ m và 230 μ m. Vỏ bảo vệ Laser cải tiến (làm từ vỏ Dormia hồng). Các loại guidewire. Dàn nội soi gồm màn hình, camera, nguồn sáng. Hệ thống bơm nước tưới rửa

Kỹ thuật: Bệnh nhân thường được đặt JJ niệu quản cùng bên trước mổ tối thiểu 1 tuần. Bệnh nhân được vô cảm bằng gây mê nội khí quản, tiến hành nội soi bàng quang, rút JJ niệu quản và đặt một guidewire có thân cứng lên niệu quản đến bể thận dưới quan sát của C-arm. Nhẹ nhàng đưa Sheath niệu quản lên dần theo guidewire đến bể thận. Rút bỏ nòng trong sheath, đưa ống soi mềm lên khảo sát từ bể thận vào các đài thận. Tiếp cận sỏi trong đài thận, sau đó sử dụng Laser với vỏ bọc để tán vỡ sỏi. Xác định sỏi vỡ bằng thấy trực tiếp trên quang trường hoặc không còn thấy mảnh sỏi trên C-arm.

Đánh giá kết quả ngay trong mổ: Thành công: chỉ còn bụi sỏi hoặc vụn sỏi ≤ 4 mm tại chỗ hoặc không thấy sỏi trên màn hình tăng sáng C-arm. Thất bại: không tiếp cận được sỏi, không tán được sỏi hoặc vẫn còn mảnh sỏi > 4 mm

Theo dõi bệnh nhân hậu phẫu với sốt, đái máu, đái ra sỏi và đau vùng hông. Sạch sỏi sau mổ 1 tháng và 3 tháng: Đánh giá dựa trên phim hệ tiết niệu không chuẩn bị hoặc siêu âm: không còn thấy vết cản quang tại vị trí thận có đường kính lớn nhất ≤ 4 mm. Sốt sỏi sau mổ: Các trường hợp còn sốt sỏi > 4 mm trên phim hệ tiết niệu không chuẩn bị hoặc siêu âm tại thận.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi	49,31 \pm 11,45 (26 – 77)
Tiền sử cùng bên (n=78)	
Chưa can thiệp	15 (19,2%)
MLS thận	27 (34,6%)
MLS niệu quản	8 (10,3%)
ESWL	19 (24,4%)
URS	27 (34,6%)

Có 4 trường hợp (5,1%) can thiệp NSM với thận độc nhất, trong đó 1 trường hợp thận độc nhất bẩm sinh, 1 trường hợp đã cắt thận đối diện do mất chức năng và 2 trường hợp thận đối diện mất chức năng.

Bảng 2: Đặc điểm sỏi thận và thận

Kích thước sỏi (mm)	17,78 \pm 7,21 (8 - 45)
Số lượng sỏi (viên)	1,78 \pm 1,04 (1 - 9)
Sỏi đài dưới	
Đài dưới đơn thuần (n)	27 (34,6%)
Đài dưới kết hợp vị trí khác (n)	31 (39,7%)
Độ ứ nước thận (n = 78)	
Không ứ nước	23 (29,5%)
Độ 1	33 (42,3%)
Độ 2	21 (26,9%)
Độ 3	1 (1,3%)

Có 31 trường hợp chỉ có 1 viên sỏi chiếm tỷ lệ 39,7%.

Tổng số có 139 viên sỏi trong 78 trường hợp.

Các trường hợp sỏi đài thận dưới kết hợp các vị trí khác trong thận hoặc niệu quản.

Bảng 3: Những yếu tố liên quan kỹ thuật nội soi mềm

Sheath niệu quản (n)	75 (96,1%)
Đặt JJ trước mổ (n)	69 (88,5%)
Vỏ bảo vệ Laser (n)	62 (79,5%)
Di chuyển sỏi (n)	17 (28,1%)
Thời gian mổ (phút)	97,18 ± 37,06

Bảng 4: Kết quả điều trị, tai biến và biến chứng

Kết quả ngay trong mổ	
Thành công	56 (71,8%)
Thất bại	22 (28,2%)
Sốt sau mổ	3(3,8%)
Sốc nhiễm trùng sau mổ	1 (1,3%)
Sạch sỏi sau 1 tháng	28 (35,9%)
Sạch sỏi sau 3 tháng	58 (74,4%)

Các trường hợp đái máu sau mổ trong nghiên cứu ở mức độ nhẹ, tự hết trong vòng 24 – 48 giờ, không cần truyền máu. Điều trị hỗ trợ sau mổ khi còn sỏi có 5 trường hợp tán sỏi ngoài cơ thể, 1 trường hợp lấy sỏi thận qua da và 6 trường hợp nội soi niệu quản giải quyết chuỗi sỏi niệu quản.

Kích thước sỏi được chia thành 2 nhóm với mốc 20 mm liên quan không có ý nghĩa thống kê với kết quả ngay trong mổ ($p = 0,207$). Số lượng viên sỏi liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả ngay trong mổ ($p = 0,003$) khi chia thành 2 nhóm có 1 viên và nhiều viên.

Đặt ống sheath niệu quản liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ thành công của thủ thuật ngay trong mổ ($p = 0,013$). Đặt thông JJ niệu quản trước mổ không liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ sạch sỏi tại hai thời điểm 1 tháng và 3 tháng ($p = 0,13$ và $p = 0,96$).

IV. BÀN LUẬN

Cho đến nay, nhiều phương pháp xâm nhập tối thiểu điều trị sỏi thận đã được áp dụng, trong đó lấy sỏi thận qua da được xem như tiêu chuẩn vàng được lựa chọn cho sỏi > 20mm với tỷ lệ sạch sỏi từ 85 đến 95%, hay tán sỏi ngoài cơ thể cho sỏi có kích thước < 20mm. Với mong muốn phát triển một kỹ thuật đạt được tỷ lệ thành công tương đương và giảm thiểu tối đa các biến chứng thì nội soi mềm là một lựa chọn lý tưởng trong thời kỳ phát triển ồ ạt của công nghệ và ứng dụng. Với kinh nghiệm trong thao tác và tiến bộ trong công nghệ góp phần tạo nên thành công của kỹ thuật. Nguồn năng lượng Laser tán sỏi đóng vai trò gần như quyết định. Với những dây tán nhỏ, không ảnh hưởng nhiều đến độ gập của ống soi giúp tăng khả năng tiếp cận và tán sỏi.

Tình hình thực tế trong nghiên cứu chúng tôi, phần lớn các trường hợp thất bại của các phương pháp khác hoặc là có tiền sử đã can thiệp. Trong nghiên cứu của tác giả Hyams có 35 trường hợp (29%) thất bại của tán sỏi ngoài cơ thể [5].

Trong nghiên cứu chúng tôi cũng đạt được tỷ lệ thành công ngay trong mổ là 71,8%. Schoenthaler cộng sự (2012) đề xuất, kết quả sạch sỏi tức thì được đánh giá qua nội soi và C-arm bởi phẫu thuật viên, tuy nhiên mốc kích thước sỏi mà tác giả chọn là < 1mm, đánh giá kết quả sạch sỏi tức thì bằng quan sát nội soi đạt tỷ lệ sạch sỏi 97% với kích thước sỏi trung bình 9,8 mm (4 – 40mm). Phan Trường Bảo (2016), sạch sỏi tức thì ngay sau mổ là bụi sỏi hoặc mảnh sỏi ≤ 2mm, với tỷ lệ 51,7% [1].

Tỷ lệ sạch sỏi sau 3 tháng với của chúng tôi là 74,4%. Với những quy trình kỹ thuật chuẩn cùng với trang thiết bị dụng cụ đầy đủ, đa số các tác giả trên thế giới đều đạt tỷ lệ sạch sỏi chung cao trên 80% như Grasso (1998): 91% [4], Bozkurt (2011): 89,3% [3], Miernik (2012): 96,7% [6], Resorlu (2012): 86% [7]. Trong nghiên cứu hồi cứu tại 3 trung tâm của tác giả Hyams với kỹ thuật nội soi mềm tán sỏi thận bằng Laser trên 120 bệnh nhân có kích thước sỏi 20 đến 30 mm cho một kết quả khả quan. Sau 2 tháng tỷ lệ sạch sỏi đạt 83% với mảnh sỏi còn lại < 4 mm [5]. Trong nghiên cứu chúng tôi chỉ thực hiện một lần tán, sau đó chúng tôi hỗ trợ tán sỏi ngoài cơ thể, lấy sỏi thận qua da và nội soi niệu quản ngược dòng.

Các tai biến và biến chứng của nội soi mềm cũng đã được nhiều tác giả đề cập như chảy máu, tổn thương niệu quản bể thận hay sốt, nhiễm trùng. Chúng tôi không gặp tai biến nào, chỉ có 3 trường hợp sốt và 1 trường hợp sốc nhiễm trùng sau mổ chỉ điều trị nội khoa. Tuy

nhien chúng tôi gặp trường hợp hỏng máy Laser Holmium hay ống soi mềm lúc đang thao tác. Đây cũng là vấn đề khó khăn gặp phải trong điều kiện chúng ta. Đặc biệt trong những trường hợp sỏi có kích thước lớn rất dễ hỏng ống soi và hỏng Laser.

V. KẾT LUẬN

Nội soi mềm tán sỏi bằng Laser là phương pháp cho thấy an toàn và hiệu quả cho điều trị sỏi thận. Mặc dù lấy sỏi thận qua da với cùng kích thước sỏi cho tỷ lệ sạch sỏi cao nhưng cũng có không ít những tai biến, biến chứng. Điều này cũng giúp cho phẫu thuật viên và bệnh nhân có thêm một chọn lựa điều trị nhằm đạt hiệu quả cao và giảm tai biến biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Bảo (2016), "Đánh giá vai trò nội soi mềm trong điều trị sỏi thận", Luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y Dược TP HCM.
2. Trần Văn Hình (2010), "Những vấn đề cơ bản về bệnh sỏi đường tiết niệu", NXB Khoa học kỹ thuật.
3. Bozkurt O. F., Resorlu B., Yildiz Y., et al (2011), "Retrograde Intrarenal Surgery Versus Percutaneous Nephrolithotomy in the Management of Lower-Pole Renal Stones with a Diameter of 15 to 20 mm", *Journal of Endourology*, 25(7), 1131-1135.
4. Grasso M., Bagley D. (1998), "Small diameter, actively deflectable, flexible ureteropyeloscopy", *The Journal of Urology*, 160, 1648-1654.
5. Hyams E. S., Munver R., Bird V. G., et al (2010), "Flexible Ureterorenoscopy and Holmium Laser Lithotripsy for the Management of Renal Stone Burdens That Measure 2 to 3 cm A Multi-Institutional Experience", *Journal of Endourology*, 24(10), 1583-1588.
6. Miernik A., Wilhelm K., Ardelit P. U., et al (2012), "Standardized Flexible Ureteroscopic Technique to Improve Stone", *Urology* 80(6), 1198-1202.
7. Resorlu B., Oguz U., Resorlu E. B., et al (2012), "The Impact of Pelviciceal Anatomy on the Success of Retrograde Intrarenal Surgery in Patients With Lower Pole Renal Stones", *Urology Journal*, 79(1), 61-66.

NGHIÊN CỨU QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN RỐI LOẠN GIỌNG DO CƠ THẦN KINH

Phạm Thị Bích Đào¹, Phạm Thị Bích Thủy²

NEUROMUSCULAR JUNCTION VOICE DISORDERS PROPOSAL OF A DIAGNOSTIC PROTOCOL

Voice altered due to many reasons, one of the reasons is due to neuromuscular disorders of the larynx. Pathologies should be diagnosed early and treated by a doctor specializing in neurology. The study was carried out for the purpose of early detection of causes of changes caused by voice neuromuscular larynx. With 95 patients visit for voice disorder. **Results:** The causes of neuromuscular by 21.3%. Female/male = 5/1. The average age of 41 (\pm 12). 76% of these are manifestations of neuromuscular disorders. Increased stimulation of laryngeal muscle serious 10%, 22% average and 68% mild irritation

Keywords: Myasthenia; Neurolaryngology; Electromyography; Repetitive nerve stimulation; Neuromuscular junction; Electroneurography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn giọng là nguyên nhân hay gặp trong chuyên ngành tai mũi họng tuy nhiên điều trị một số rối loạn giọng phải phối hợp với bác sĩ chuyên khoa thần kinh để điều trị [1]. Việc cân bằng giữa thanh quản và hệ thống thần kinh cơ của họng để điều hòa chức năng nuốt - nói - thở của bệnh nhân [2]. Bệnh nhân có rối loạn giọng

TÓM TẮT⁴

Giọng nói bị thay đổi do rất nhiều nguyên nhân, một trong những nguyên nhân là do rối loạn thần kinh cơ của thanh quản. Loại bệnh lý này nên được chẩn đoán sớm và được điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa thần kinh. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích phát hiện sớm nguyên nhân gây thay đổi giọng do nguyên nhân do cơ thần kinh thanh quản. Với 95 bệnh nhân đến khám vì thay đổi giọng nói. Kết quả: nguyên nhân do thần kinh cơ 21,3%. Nữ/ nam = 5/1. Tuổi trung bình 41(\pm 12). 76% trong số này có biểu hiện rối loạn thần kinh cơ. Tăng kích thích của cơ thanh quản 10% nặng, 22% trung bình và 68% kích thích nhẹ.

Từ khóa: Chức năng thần kinh, chuyên khoa thần kinh, điện thần kinh, điện cơ, kích thích thần kinh.

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng TƯ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Đào

Email: daoent@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 5/1/2017

Ngày duyệt bài: 20/1/2017

do thần kinh cơ sẽ đến với thầy thuốc tai mũi họng để phân nản triệu chứng thay đổi giọng nói và thầy thuốc tai mũi họng sẽ là người xác định chẩn đoán nguyên nhân nào gây ra tình trạng này [3]. Một số nguyên nhân gây rối loạn giọng như tổn thương dây thần kinh thanh quản trên, dây thần kinh thanh quản dưới, bệnh của vỏ dây thần kinh, bệnh học cơ và rối loạn chức năng cơ thần kinh thanh quản [4]. Bệnh rối loạn cơ thần kinh thanh quản là bệnh hiếm gặp thường biểu hiện ban đầu là thay đổi giọng nói [5]. Giai đoạn sau có thể có thêm triệu chứng nói mệt, nuốt khó, nuốt đau [6]. Theo các nghiên cứu về thần kinh vận động thanh quản, người ta nhận thấy để chẩn đoán được bệnh, người ta phải sử dụng các phương pháp như điện thần kinh (ENG – electroneurogram), điện cơ (EMG – electromyogram), kích thích thần kinh (RNS: repetitive nerve stimulation) [7].

Mục tiêu nghiên cứu đặt ra là xác định quy trình để chẩn đoán bệnh do nguyên nhân cơ thần kinh thanh quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng được chọn ra từ những bệnh nhân đến khám vì rối loạn giọng tại khoa khám bệnh Bệnh viện tai mũi họng trung ương và Khoa khám bệnh Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Bệnh nhân sẽ được khai thác những đặc trưng của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới, nghề nghiệp), thăm khám lâm sàng nghi ngờ tổn thương thần kinh cơ (giọng yếu, nói chóng mệt, dây thanh chùng và teo một hoặc hai bên). Thực hiện các phương pháp thăm dò chức năng như ENG, EMG, RNS.

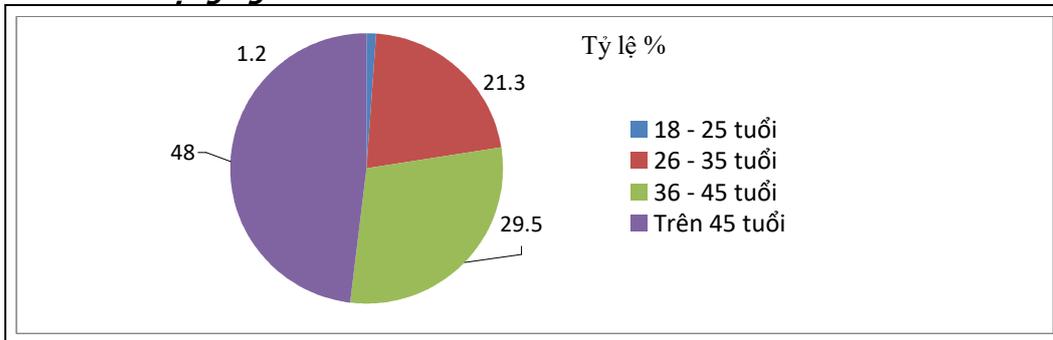
Đối tượng nghiên cứu được ghi chép bệnh án mẫu, có đủ các thông số nghiên cứu được đặt ra.

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 và tiết kiệm chi phí điều trị.

III. KẾT QUẢ

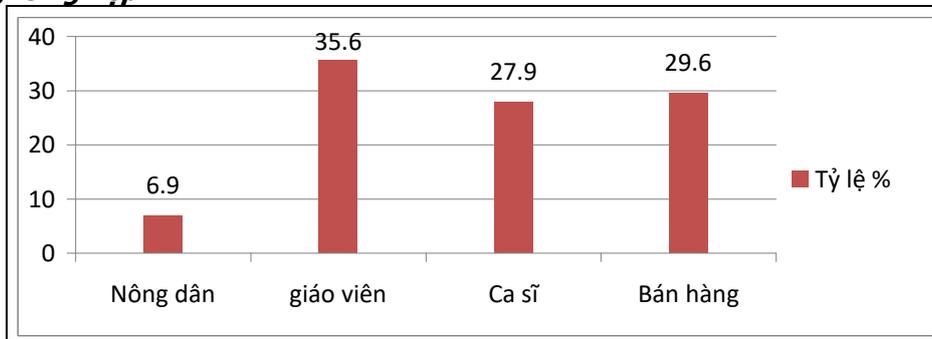
1.1. Tuổi đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1: Tuổi của nhóm đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tuổi độ tuổi nghiên cứu trên 46 tuổi là 48%, 36 – 45 tuổi là 29,5%, tuổi từ 25 – 35 là 21,3%.

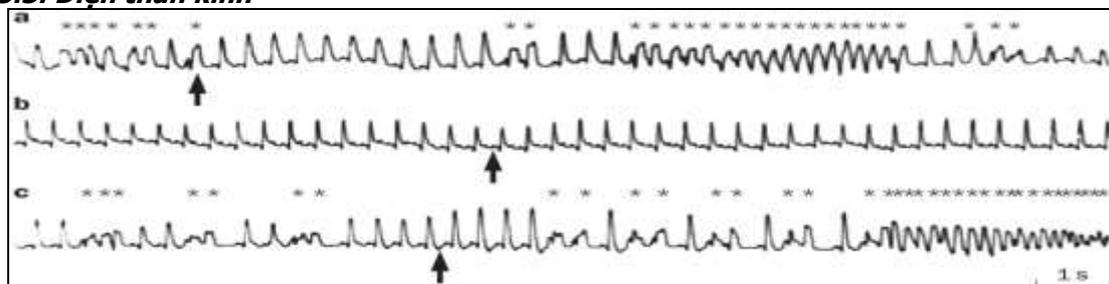
1.2. Nghề nghiệp



Biểu đồ 2: Nghề nghiệp đối tượng nghiên cứu

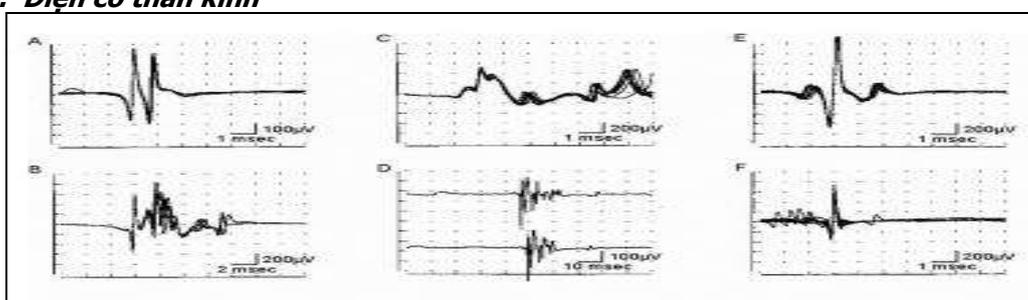
Nhận xét: Số người bị rối loạn giọng do cơ thần kinh ở giáo viên là 35,6%, bán hàng 29,6%, ca sĩ 27,9%, nông dân 6,9%.

3.3. Điện thần kinh



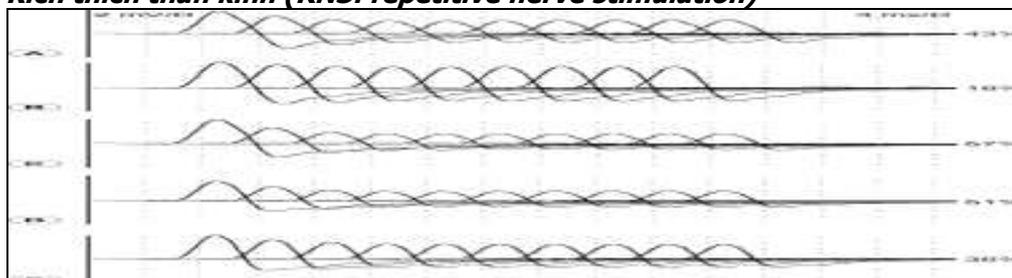
Hình ảnh 1: Biểu hiện bất thường của điện thần kinh ở bệnh nhân rối loạn giọng do cơ thần kinh Nguyễn Thị H [16448676]

3.4. Điện cơ thần kinh



Hình ảnh 2: Biểu hiện bất thường của điện cơ thần kinh ở bệnh nhân rối loạn giọng do cơ thần kinh Nguyễn Thị H [16448676]

3.5. Kích thích thần kinh (RNS: repetitive nerve stimulation)



Hình ảnh 3: Biểu hiện bất thường của kích thích thần kinh ở bệnh nhân rối loạn giọng do cơ thần kinh. Nguyễn Thị H [16448676]

IV. BÀN LUẬN

Bệnh rối loạn thần kinh cơ thể hiện đầu tiên là thay đổi giọng, người phát hiện bệnh thường là bác sĩ tai mũi họng [1]. Trong giai đoạn khởi phát những rối loạn do thần kinh cơ thường không phát hiện được bất cứ tổn thương nào trừ thanh quản tuy nhiên hơn 60% trong số này được chẩn đoán là viêm thanh quản [2]. Các nghiên cứu nhận thấy rằng bệnh rối loạn thần kinh cơ thường có yếu tố gia đình [3] tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy có bệnh nhân nào có người trong gia đình bị bệnh. Với 95 bệnh nhân đến khám vì thay đổi giọng nói. Kết quả: nguyên nhân do thần kinh cơ

21,3%. Kết quả này ít hơn của các tác giả Leite MI [6] là 38,2%, Jacob S [7] là 48,1%. Nữ/ nam = 5/1. Rubin AD [1] và Woodson G [2] tỷ lệ nam/nữ = 3/1, họ cũng đưa ra lý do một số bệnh thần kinh cơ có gen trội nằm trên nhiễm sắc thể Y của nam nên thể hiện ở nam nhiều hơn nữ. Có thể tại Việt Nam, việc thay đổi giọng ở nam ít được chú ý hơn nữ nên chủ yếu nữ đi khám bệnh khi giọng nói thay đổi. Tuổi trung bình 41(±12). Tác giả Liu WB [4] Naeije G [5] trong nghiên cứu đưa ra kết quả tuổi trung bình 19 ((±15). 76% trong số bệnh nhân đến khám vì rối loạn giọng có biểu hiện rối loạn thần kinh cơ ở những cơ khác trên lâm sàng. Biểu hiện bất

thường của kích thích thần kinh ở bệnh nhân rối loạn giọng do cơ thần kinh nhận thấy tăng kích thích của cơ thanh quản 10% nặng, 22% trung bình và 68% kích thích nhẹ. Theo thời gian suy giảm hô hấp của những bệnh nhân rối loạn thần kinh cơ sẽ làm cho chất lượng giọng ngày càng kém đi và không có khả năng phục hồi [7].

V. KẾT LUẬN

Rối loạn giọng do nguyên nhân cơ thần kinh cần phải phối hợp giữa bác sĩ tai mũi họng và các bác sĩ thần kinh để điều trị. Các thăm dò chức năng cần làm để xác định bệnh là Điện thần kinh, điện cơ, kích thích thần kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rubin AD (2007)** Neurolaryngologic evaluation of the performer. *Otolaryngol Clin North Am* 40(5): 971-989.

2. **Woodson G (2008)** Management of neurologic disorders of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 117(5): 317-326.
3. **Merati AL (2013)** In-office evaluation of swallowing: FEES, pharyngeal squeeze maneuver, and FEESST. *Otolaryngol Clin North Am* 46(1): 31-39.
4. **Liu WB, Xia Q, Men LN, Wu ZK, Huang RX (2007)** Dysphonia as a primary manifestation in myasthenia gravis (MG): a retrospective review of 7 cases among 1520 MG patients. *J Neurol Sci* 260(1-2): 16-22.
5. **Naeije G, Legros B, de Beyl DZ (2010)** Neuromuscular junction border conflict. *Journal of Neurology* 257(8): 1402-1403.
6. **Leite MI, Jacob S, Viegas S, Cossins J, Clover L, et al. (2008)** IgG1 antibodies to acetylcholine receptors in "seronegative" myasthenia gravis. *Brain* 131(Pt 7): 1940-1952.
7. **Jacob S, Viegas S, Leite MI, Webster R, Cossins J, et al. (2012)** Presence and pathogenic relevance of antibodies to clustered acetylcholine receptor in ocular and generalized myasthenia gravis. *Arch Neuro* 69(8): 994-1001.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY Mê TỈNH MẠCH BẰNG PROPOFOL CÓ VÀ KHÔNG CÓ KIỂM SOÁT NỒNG ĐỘ ĐÍCH TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG TẠI BỆNH VIỆN ĐKTƯ THÁI NGUYÊN

Lê Sáu Nguyên*, Đặng Quang Dũng**, Trần Đắc Tiệp***

TÓM TẮT⁵

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phương pháp gây mê tĩnh mạch bằng propofol có và không có kiểm soát nồng độ đích trên bệnh nhân phẫu thuật nội soi ổ bụng, các tác dụng không mong muốn gặp phải. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, 60 bệnh nhân có ASA 1-2, tuổi từ 18-60, có chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng, được tiến hành gây mê bằng propofol có và không có kiểm soát nồng độ đích tại bệnh viện ĐKTƯ Thái Nguyên. **Kết quả:** Thời gian khởi mê nhóm TCI là 92,9 ± 8,3 giây, dài hơn nhóm TIVA 78,0 ± 5,9 giây, thời gian thoát mê nhóm TCI 9,3 ± 1,4 phút, ngắn hơn nhóm TIVA 12,2 ± 2,1 phút. Liều propofol ở hai nhóm khi khởi mê và tổng liều lần lượt là 117,3/382,6mg nhóm TCI và 124,4/437,0 mg nhóm TIVA. Cả hai nhóm đều ít tác động lên tuần hoàn và hô hấp. Ở nhóm TIVA có 01 bệnh nhân buồn nôn, 01 bệnh nhân có cử động bất thường, nhóm TCI có 01 bệnh nhân bị run sau thoát mê. **Kết luận:** Gây mê tĩnh mạch bằng propofol có tác dụng tốt trong vô

cảm cho phẫu thuật nội soi ổ bụng. Phương pháp TCI giúp giảm liều propofol, ổn định độ mê và rút ngắn thời gian hồi tỉnh hơn so với TIVA.

Từ khóa: Propofol, TCI propofol, phẫu thuật nội soi ổ bụng.

SUMMARY

RESULTS OF TARGET CONTROLLED INFUSION AND TOTAL INTRAVENOUS ANESTHESIA OF PROPOFOL IN LAPAROSCOPIC SURGERY AT THAI NGUYEN NATIONAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of target controlled infusion (TCI) and total intravenous anesthesia (TIVA) of propofol in laparoscopic surgery.

Subjects and methods: Prospective observational study, analyzing on 60 patients with ASA 1-2, aged 18-60, had laparoscopic surgery, indicated TCI or TIVA of propofol at Thai Nguyen National General Hospital. **Results:** The induction phase time at TCI group was 92,9 ± 8,3 minutes, longer than 78,0 ± 5,9 minutes at TIVA group. Times to recovery of TCI group was 9,3 ± 1,4 mins, less than 12,2 ± 2,1 mins at TIVA group. Induction dose and total dose of propofol at TCI and TIVA group was 117,3/382,6mg and 124,4/437,0 mg, respectively. There was no side effect to circulatory and respiratory system at two groups. At TIVA group, one patient had nausea, one had abnormal motion. At TCI group, one patient had shivering. **Conclusion:** Intravenous Anesthesia with

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Bệnh viện Đa khoa TƯ Thái Nguyên

***Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Sáu Nguyên

Email: lesaunguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 16/12/2016

Ngày duyệt bài: 12/1/2017

propofol has a good for laparoscopic surgery. TCI propofol reduces the dose, stability and shorten recovery time than TIVA.

Keywords: Propofol, TCI propofol, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây mê nội khí quản là phương pháp được áp dụng để thực hiện vô cảm cho nhiều loại phẫu thuật, trong đó có phẫu thuật nội soi ổ bụng. Gây mê nội khí quản thường được sử dụng với thuốc mê hô hấp hoặc thuốc mê tĩnh mạch. Những năm gần đây, kỹ thuật gây mê tĩnh mạch có kiểm soát nồng độ đích được áp dụng vào lâm sàng và cho thấy có nhiều ưu điểm trong quá trình gây mê cho người bệnh. Nhiều công trình nghiên cứu về áp dụng kỹ thuật gây mê tĩnh mạch có kiểm soát nồng độ đích đã được áp dụng.

Propofol là thuốc mê tĩnh mạch được đưa vào sử dụng trên lâm sàng từ 1986. Đây là thuốc mê tĩnh mạch được biết đến với nhiều ưu điểm như khởi mê nhanh, êm dịu, thoát mê cũng êm dịu, thuốc có tác dụng làm giảm phản xạ vùng hầu họng. Năm 1996, kỹ thuật gây mê tĩnh mạch bằng propofol có kiểm soát nồng độ đích được áp dụng vào lâm sàng mang lại kết quả tốt cho người bệnh.

Ở Việt Nam nói chung và ở Thái Nguyên nói riêng, chưa có nghiên cứu nào so sánh về gây mê tĩnh mạch bằng propofol có và không có kiểm soát nồng độ đích trên bệnh nhân phẫu thuật nội soi ổ bụng, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên với mục đích.

1. *Đánh giá kết quả của phương pháp gây mê tĩnh mạch bằng propofol có và không có kiểm soát nồng độ đích trên bệnh nhân phẫu thuật nội soi ổ bụng.*

2. *Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp gây mê tĩnh mạch trên bệnh nhân phẫu thuật nội soi ổ bụng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng, tuổi 18 - 60, ASA 1-3, không có chống chỉ định gây mê bằng propofol. Tình nguyện tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: viêm phúc mạc toàn bộ. Thời gian phẫu

thuật kéo dài trên 6 giờ. Có tai biến và biến chứng về phẫu thuật.

2. Thời gian, địa điểm: 02 – 12/2016. Khoa Gây mê hồi sức BV ĐKTU Thái Nguyên.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu có phân tích và so sánh.

3.2. Thuốc và phương tiện kỹ thuật: Máy gây mê tĩnh mạch Terumo, bộ dụng cụ đặt nội khí quản: bóng bóp, ống nội khí quản, đèn đặt NKQ, mandrin. Máy gây mê kèm máy thở Fabius Plus. Monitor.

Thuốc gây mê propofol, fentanyl, rocuronium, các thuốc hồi sức atropin, ephedrin, adrenalin. Bảng điểm đánh giá PRST [2], MOAAS [2].

3.3. Phương pháp tiến hành: Bệnh nhân lên phòng mổ, được đặt đường truyền tĩnh mạch bằng kim 18G, theo dõi các chỉ số bằng monitor: Mạch, Huyết áp, SpO₂, EtCO₂ (trong thời gian gây mê). Cho bệnh nhân thở Oxy 3l/p trong 5 phút. Theo dõi bệnh nhân từ khi vào phòng mổ tới khi chuyển bệnh nhân về buồng bệnh. Ghi các chỉ tiêu nghiên cứu vào phiếu nghiên cứu.

3.4. Chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm bệnh nhân: Giới, tuổi, chiều cao (cm), cân nặng (kg), ASA (1 - 3).

Đặc điểm gây mê phẫu thuật: nhịp tim (l/ph), huyết áp TB (mmHg), SpO₂ (%).

Lượng propofol cần để đặt NKQ, tổng lượng propofol tiêu thụ, thời gian để đạt tiêu chuẩn đặt NKQ, thời gian chờ rút NKQ. Tổng liều thuốc giảm đau và giãn cơ.

Các tác dụng không mong muốn: Buồn nôn, nôn, run, cử động bất thường...

Các thời điểm nghiên cứu: T0 (trước gây mê), T1 (đặt NKQ), T2 (rạch da), T3 (bơm CO₂), T4 (sau bơm CO₂ 20 phút), T5 (dừng bơm CO₂), T6 (rút NKQ).

3.5. Xử lý số liệu: Bảng phần mềm SPSS 16.0 Số liệu được biểu diễn dưới dạng X ± SD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

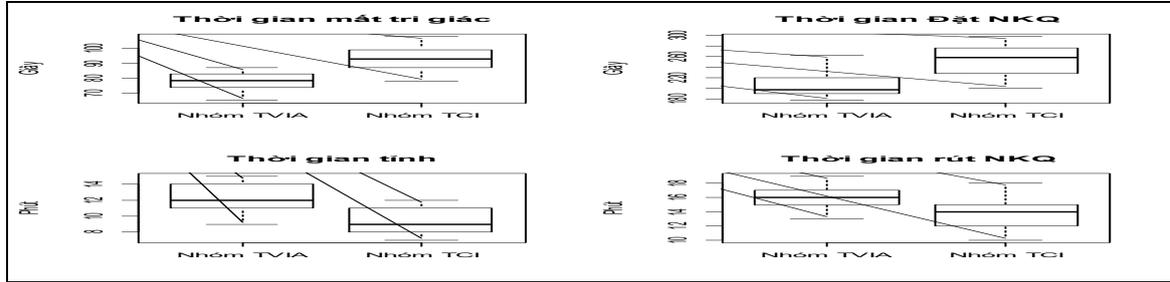
Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Nhóm		Tuổi	BMI	Cân nặng (kg)	
Nhóm TIVA	Mean	37.5	22,4	58.7	
	Std. Deviation	14.2	2,9	9.4	
Nhóm TCI	Mean	37.5	22,5	58.7	
	Std. Deviation	13.3	3,4	9.5	
Total		Mean	37.5	22,5	58.7

	Std. Deviation	13.6	3,2	9.4
--	----------------	------	-----	-----

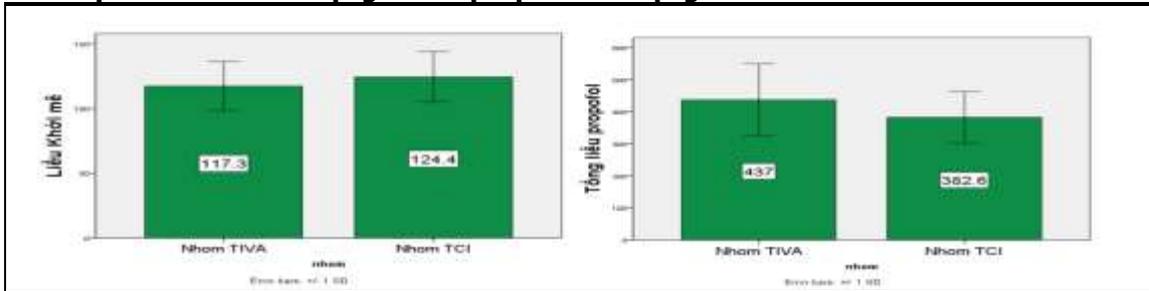
Trong đó tỷ lệ nam/nữ ở hai nhóm lần lượt là 12/18 ở nhóm TIVA và 15/15 ở nhóm TCI. Tỷ lệ ASA I/II/III ở nhóm TIVA là 21/9/0 và nhóm TCI là 20/10/0.

3.2. Đặc điểm về thời gian gây mê bằng propofol



Hình 1: Đặc điểm về thời gian gây mê bằng propofol ở hai nhóm

3.3. Đặc điểm về liều lượng thuốc propofol sử dụng ở hai nhóm



Hình 2: Liều lượng propofol ở hai nhóm khi khởi mê và tổng liều

3.4. Ảnh hưởng lên tuần hoàn và hô hấp

Bảng 2: Ảnh hưởng lên hô hấp và tuần hoàn

Chỉ tiêu	Nhóm	X ± SD						
		T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
Nhịp tim	TCI	81,0±8,4	75,4±5,0	81,6±4,5	76,2±5,4	77,5±5,5	80,3±5,6	78,0±5,3
	TIVA	78,9±9,0	76,4±7,5	81,2±5,2	76,4±5,6	79,5±5,7	77,7±5,8	78,6±4,7
HATB	TCI	80,6±8,5	75,7±6,7	77,4±5,9	79,0±5,8	78,6±5,6	77,8±5,2	78,3±3,4
	TIVA	81,0±7,6	74,8±5,3	77,0±4,9	81,4±5,2	80,1±4,7	78,4±4,5	81,3±4,4
SpO2	TCI	99,9±0,2	99,9±0,2	99,9±0,4	99,9±0,2	99,9±0,2	99,9±0,4	99,9±0,2
	TIVA	99,8±0,3	99,9±0,2	99,9±0,2	99,9±0,4	99,9±0,2	99,9±0,3	99,9±0,2

3.5. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3: Tác dụng không mong muốn trong và sau mổ

Tiêu chí	Nhóm TIVA		Nhóm TCI	
	n	%	N	%
Cử động bất thường	1	3,3	0	0
Nôn	0	0	0	0
Buồn nôn	1	3,3	0	0
Run	0	0	1	3,3
Suy hô hấp	0	0	0	0

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân: Không có sự khác biệt về độ tuổi, tỷ lệ giới, ASA, chiều cao, cân nặng ở hai nhóm trong nghiên cứu. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 37,5±13,6 cũng tương đương với tác giả Tạ Đức Luận [3] là 46,5±12,9, tác giả Hoàng Văn Bách [4] là 49,19±18,88.

Về cân nặng trong nghiên cứu của chúng tôi là 58,7±9,4kg. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với một số tác giả như Tạ Đức Luận 58,6±8,6kg. BMI trong nghiên cứu của chúng tôi là 22,5±3,2 tương tự với tác giả Tạ Đức Luận [3] là 22,7±2,9.

4.2. Đặc điểm về thời gian gây mê: Theo nghiên cứu của chúng tôi, thời gian làm mất ý

thức của nhóm TIVA là $78,0 \pm 5,9$ nhanh hơn so với nhóm TCI là $92,9 \pm 8,3$, kết quả của chúng tôi cũng tương đương với kết quả của các tác giả Hoàng Văn Bách [4] thời gian khởi mê ở nhóm TCI propofol là $95,87 \pm 23,94$ giây và thời gian để đạt độ mê OASS 1 là $112,7 \pm 32,6$ giây.

Thời gian khởi mê của nhóm TIVA nhanh hơn so với nhóm TCI vì thời gian bơm thuốc của nhóm TCI chậm hơn so với nhóm TIVA. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của tác giả Tạ Đức Luận [3] là thời gian mất tri giác ở nhóm TCI chậm hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm sử dụng bơm tiêm điện.

Thời gian thức tỉnh trong nghiên cứu của chúng tôi là $9,3 \pm 1,4$ phút ở nhóm TCI và $12,2 \pm 2,1$ phút ở nhóm TIVA. Theo nghiên cứu của Hoàng Văn Bách thời gian thoát mê là $12,6 \pm 7,4$ ở nhóm TCI. Có sự khác biệt này do chúng tôi ngừng thuốc mê trước khi kết thúc phẫu thuật do phẫu thuật nội soi thời gian để đóng bụng ít hơn so với phẫu thuật khác. Nghiên cứu của Tạ Đức Luận [3] cũng cho thấy thời gian hồi tỉnh ở nhóm TCI là thấp hơn so với nhóm sử dụng bơm tiêm điện. Tác giả Naser YegaNeh [5] cũng có kết quả là thời gian mở mắt ở nhóm TCI là 8,76 phút so với nhóm sử dụng bơm tiêm điện là 9 phút.

Thời gian rút ống NKQ là $15,7 \pm 1,6$ phút ở nhóm TIVA và $13,6 \pm 1,8$ phút ở nhóm TCI. Một số nghiên cứu của các tác giả Naser YegaNeh [5] và Tạ Đức Luận [3] đều kết luận thời gian thoát mê và phục hồi của nhóm TCI là ngắn hơn so với nhóm sử dụng bơm tiêm điện thông thường.

4.3. Đặc điểm về liều lượng thuốc: Lượng thuốc để khởi mê trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là $117,3 \pm 18,9$ mg ở nhóm TIVA và $124,4 \pm 19,3$ mg ở nhóm TCI. Lượng thuốc khởi mê của nhóm TCI lớn hơn không đáng kể so với nhóm TIVA, sự khác biệt này có thể do sau khi tiêm đủ liều theo cân nặng ở nhóm TIVA duy trì thuốc thấp hơn so với nhóm TCI. Kết quả này của chúng tôi có sự khác biệt với tác giả Hoàng Văn Bách [4] là nhóm TCI giảm liều propofol, tuy nhiên trong nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Bách lại chọn liều nhóm gây mê bằng bơm tiêm điện là từ 2-3mg/kg/phút so với nghiên cứu của chúng tôi chọn liều là 2mg/kg/phút.

Tổng lượng thuốc mê propofol cần dùng trong cuộc mê trong nghiên cứu của chúng tôi là $382,6 \pm 79,8$ mg ở nhóm TCI và $437,0 \pm 112,7$ mg ở nhóm TIVA. Như vậy nhóm TIVA có tổng liều thuốc mê cao hơn so với nhóm TCI. Tác giả Tạ Đức Luận [3] có kết quả tổng liều propofol ở nhóm TCI là 473,9mg so với 537,6mg ở nhóm sử

dụng bơm tiêm điện. Nghiên cứu của tác giả Naser YegaNeh [5] cũng cho thấy nhóm TCI có tổng liều propofol thấp hơn 872,7mg so với 1178,8mg ở nhóm sử dụng bơm tiêm điện.

4.4. Ảnh hưởng lên tuần hoàn và tác dụng không mong muốn

Từ bảng 2 ta thấy, tác động lên tuần hoàn ở cả hai nhóm là như nhau, trong đó huyết áp trung bình của bệnh nhân giảm sau khởi mê, sau đấy tăng dần và cao nhất ở thời điểm sau bơm hơi CO₂ 20 phút. Theo tác giả Nguyễn Quốc Kính [1] thời gian 20 phút đầu sau bơm CO₂ là thời điểm CO₂ thẩm vào hệ tuần hoàn cao nhất và đạt mức bình nguyên, đây cũng là thời điểm có ảnh hưởng nhiều lên tuần hoàn của việc bơm CO₂ làm tăng áp lực ổ bụng. Trong nghiên cứu của tác giả Małgorzata Witkowska [6], không có sự ảnh hưởng đáng kể lên nhịp tim khi gây mê bằng propofol.

Trong nghiên cứu chúng tôi có gặp một vài tác dụng không mong muốn, tuy nhiên ở tỷ lệ thấp và không có sự khác biệt nhiều giữa hai nhóm. Nhóm TIVA có 1 bệnh nhân (3,3%) buồn nôn, 1 bệnh nhân (3,3%) cử động bất thường. Nhóm TCI có 1 bệnh nhân (3,3%) run sau rút ống nội khí quản. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với tác giả Nguyễn Quốc Khánh [7] tỷ lệ buồn nôn là 7,7%, nôn là 4,6% và rét run là 1,5%.

V. KẾT LUẬN

Gây mê tĩnh mạch bằng propofol có và không có kiểm soát nồng độ đích đạt kết quả tốt cho phẫu thuật nội soi ổ bụng. Phương pháp TCI giúp kiểm soát độ mê tốt hơn, ít ảnh hưởng lên huyết động hơn so với TVIA. Ngoài ra phương pháp TCI còn giúp giảm liều propofol so với phương pháp TVIA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Kính (2013). *Gây mê hồi sức cho phẫu thuật nội soi*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
2. Trường Đại Học Y Hà Nội - Bộ môn Gây Mê Hồi Sức (2014). Bài giảng *Gây Mê Hồi Sức*, Nhà xuất bản Y học.
3. Tạ Đức Luận (2015). Đánh giá hiệu quả vô cảm và tính an toàn của gây mê propofol kiểm soát nồng độ đích cho nội soi tán sỏi niệu quản ngược dòng ở bệnh nhân ngoại trú. *Luận án tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108*.
4. Hoàng Văn Bách, Nguyễn Quốc Kính, Công Quyết Thắng (2011). So sánh gây mê hô hấp bằng Sevofluran với gây mê tĩnh mạch bằng propofol truyền kiểm soát nồng độ đích dưới sự điều khiển của điện não số hóa Entropi. *Y Học Thực Hành*, 764, 139-141.

5. **Naser YegaNeh, Mitra Yari and Afshin Almasi (2010).** Target Controlled Infusion anesthesia with propofol and remifentanil compared with manually controlled infusion anesthesia in mastoidectomy surgeries. *M.E.J. ANESTH 20 (6), 2010, 20 (6), 785-793.*
6. **Małgorzata Witkowska¹, Marta Rzaska¹, Seweryn Niewiadomski¹, Paweł Słoniewski (2012).** Comparison of target controlled infusion

and total intravenous anaesthesia with propofol and remifentanil for lumbar microdissectomy. *Anaesthesiology Intensive Therapy, 44 (3), 138-144.*

7. **Nguyễn Quốc Khánh (2013).** So sánh tác dụng của hai phương pháp gây mê tĩnh mạch hoàn toàn bằng propofol có và không kiểm soát nồng độ đích. *Luận án tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.*

Ý KIẾN CỦA SINH VIÊN VỀ HỌC PHẦN THỰC HÀNH ĐIỀU KHẮC RĂNG Ở KHOA RĂNG HÀM MẶT ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Huỳnh Kim Khang*

TÓM TẮT⁶

Mục tiêu: Khảo sát ý kiến của sinh viên về phần thực hành điều khắc răng, nhằm đánh giá tính hữu ích của việc điều khắc răng, giúp sinh viên rèn luyện kỹ năng khéo léo. **Phương pháp:** Ghi nhận ý kiến của sinh viên sau khi học xong phần thực hành điều khắc răng, sử dụng bảng câu hỏi thăm dò ý kiến của sinh viên về những khía cạnh khác nhau trong thực hành điều khắc răng. **Kết quả:** Đa số sinh viên cho rằng thực tập điều khắc răng giúp hiểu biết tốt hơn về hình thái răng (89,79%), giải phẫu răng theo 3 chiều (87,76%) và giúp phát triển sự khéo tay (71,43%). 79,59% sinh viên cho là thực tập điều khắc răng giúp làm quen với một số dụng cụ trong labo. Một số sinh viên không đồng ý là điều khắc răng bằng thạch cao dễ sử dụng, dễ điều khắc (52,04%). 76,53% sinh viên không đồng ý với quan điểm cho là thực hành điều khắc răng gây lãng phí thời gian. Hầu hết sinh viên đồng ý là việc học thực hành điều khắc răng là hữu ích (87,75%). **Kết luận:** Thực hành điều khắc răng hữu ích và giúp phát triển sự khéo tay cần thiết cho thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Răng hàm mặt, điều khắc răng.

SUMMARY

STUDENTS' OPINIONS OF TOOTH CARVING PRACTICAL MODULE AT FACULTY OF ODONTO-STOMATOLOGY UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY AT HO CHI MINH CITY

Objectives: The aim of this study was to survey the students' opinions of tooth carving practical module to evaluate their usefulness, to help them developed their manual dexterity. **Materials and method:** Students' opinions were sought upon completion of the tooth carving practical module using a questionnaire that probed into their views about

different aspects of the course. **Results:** The replies to the questionnaire suggest that tooth carving exercise helped students better understand tooth morphology (89.79%), the anatomy of teeth in three dimensions (87.76%) and tooth carving helped them developed their manual dexterity (71.43%). Students agreed that tooth carving helped them familiarize with some of the lab instruments (79.59%). Most students disagreed that the material used (plaster) was easy to handle (52.04%), the tooth carving waste of time (76.53%). Students found the tooth carving exercises very useful (87.75%). **Conclusions:** Tooth carving practice was useful and helped students developed their manual skills.

Key word: Odonto-stomatology, tooth carving.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giải phẫu răng là một môn nha khoa cơ sở nghiên cứu về hình thái, cấu tạo của từng răng, tương quan giữa các răng trên cung răng và tương quan giữa hai cung răng⁽³⁾⁽⁶⁾. Đối với nha khoa, giải phẫu răng là môn nha khoa cơ sở có vị trí then chốt cho việc tiếp thu kiến thức và rèn luyện kỹ năng thực hành các môn chuyên ngành khác của sinh viên. Cùng với sự phát triển chung, nội dung, phương pháp dạy-học giải phẫu răng cũng có những thay đổi để góp phần đưa nha khoa từ một ngành nặng về kỹ thuật thủ công trở thành một chuyên ngành khoa học kỹ thuật và nghệ thuật về bảo vệ và chăm sóc sức khỏe con người. Bộ răng người vốn chứa đựng một lượng thông tin khổng lồ, không phải chỉ để phục vụ việc phòng chống và điều trị bệnh tật răng miệng thuộc khoa học sức khỏe mà còn là môn khoa học bắc cầu giữa nhiều ngành và với nhiều ngành khoa học tương chừng như không có liên hệ gì với nhau: giải phẫu so sánh, giải phẫu tiến hóa, nhân học (cả nhân học hình thái và nhân học văn hóa), di truyền, pháp y⁽³⁾... Trong nha khoa, đối tượng cụ thể của giải phẫu răng là răng và bộ răng người; giải phẫu răng thường là môn học

* *Khoa Răng Hàm Mặt, ĐHYD TP.HCM*

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Khang

Email: kimkhanghuynh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 13/12/2016

Ngày duyệt bài: 9/1/2017

chuyên ngành đầu tiên mà sinh viên Nha khoa được làm quen. Thực hành giải phẫu răng nhằm củng cố kiến thức được học trong phần lý thuyết, giúp người học vận dụng được các phương pháp vẽ và điều khắc để rèn luyện các kỹ năng cần đến sự khéo léo và đức tính cần cù, tỉ mỉ, chính xác vốn cần thiết đối với sinh viên Răng Hàm Mặt cũng như thực hành nghề nghiệp sau này. Điều khắc răng thạch cao là một phần quan trọng về kỹ năng trong thực tập giải phẫu răng⁽¹⁾. Kỹ năng này giúp sinh viên cụ thể hóa những chi tiết đã được học trong giờ lý thuyết hoặc đã được vẽ trong thực hành. Khi đã tự tay điều khắc một răng, sinh viên sẽ ghi nhớ rất lâu hình ảnh đại thể và những chi tiết giải phẫu của răng, sẽ phân biệt và định danh chính xác răng đó trong labo cũng như trên lâm sàng⁽³⁾⁽⁵⁾. Đây cũng là một kỹ năng cơ bản cho sinh viên học tập và thực hành những môn nha khoa khác, đặc biệt là chữa răng và phục hình răng. Thông qua việc điều khắc răng, sinh viên học rèn luyện tính tỉ mỉ, chính xác, kiên trì và thái độ khoa học. Điều khắc răng bằng thạch cao trong thực hành giải phẫu răng sử dụng phương pháp gọt bớt được dạy cho sinh viên năm thứ ba, học ký 1. Từ khối chữ nhật có kích thước tương ứng đã được chuẩn bị trước, răng sẽ được điều khắc lần lượt để tạo hình các mặt ngoài (hay trong) và mặt gần (hay xa), sau đó được điều khắc tỉ mỉ để thành từng răng có đặc điểm giải phẫu đặc trưng. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát ý kiến của sinh viên về học phần thực hành điều khắc răng ở phân môn giải phẫu răng với *mục tiêu nghiên cứu là khảo sát ý kiến của sinh viên về phần thực hành điều khắc răng, nhằm đánh giá tính hữu ích của việc điều khắc răng, giúp sinh viên rèn luyện kỹ năng khéo léo.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Nội dung các câu hỏi và tỉ lệ % câu trả lời của sinh viên về các câu hỏi

Số câu hỏi	Nội dung câu hỏi	Rất đồng ý và đồng ý	Không có ý kiến	Rất không đồng ý và không đồng ý
1	Thực hành điều khắc răng giúp hiểu tốt hơn về hình thái răng	89,79%	7,14%	3,07%
2	Thực hành điều khắc răng giúp hiểu giải phẫu các răng theo 3 chiều	87,76%	9,18%	3,06%
3	Thực hành điều khắc răng giúp phát triển sự khéo tay	71,43%	21,42%	7,15%
4	Thực hành điều khắc răng giúp làm quen với một số dụng cụ trong labo (dao số 3, 7...)	79,59%	15,31%	5,10%
5	Thực hành điều khắc răng giúp biết cách sử	73,47%	20,41%	6,12%

1. Đối tượng nghiên cứu: 98 sinh viên Nha khoa năm thứ ba khóa 2013 đã được học môn giải phẫu răng là môn học chuyên ngành đầu tiên.

2. Phương pháp nghiên cứu: Bảng câu hỏi được sử dụng dựa theo nghiên cứu của Yara (2015); 12 câu hỏi không điền tên được đưa cho sinh viên viết những ý kiến sau khi thực tập phần điều khắc răng bằng thạch cao. Các câu hỏi liên quan đến tầm quan trọng của việc điều khắc răng, giúp hiểu tốt hơn về hình thái răng, giải phẫu răng theo 3 chiều, vai trò của việc điều khắc răng giúp phát triển sự khéo tay, điều khắc răng giúp làm quen với các dụng cụ trong labo, biết cách sử dụng thích hợp dụng cụ. Các câu hỏi về vật liệu sử dụng, vai trò người hướng dẫn và tiêu chuẩn đánh giá. Các câu hỏi đưa cho sinh viên điền vào sau cuối đợt học thực hành điều khắc răng.

Xử lý số liệu: Sử dụng Microsoft Excel để xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tất cả sinh viên năm thứ ba đã điền vào bảng câu hỏi với tỉ lệ 100%. Chúng tôi gom tỉ lệ sinh viên rất đồng ý và đồng ý; tỉ lệ rất không đồng ý và không đồng ý để dễ phân tích kết quả.

Kết quả phân tích được trình bày trong bảng 1. Đa số sinh viên cho rằng thực tập điều khắc răng giúp hiểu biết tốt hơn về hình thái răng (89,79%), giải phẫu răng theo 3 chiều (87,76%) và giúp phát triển sự khéo tay (71,43%). 79,59% sinh viên cho là thực tập điều khắc răng giúp làm quen với một số dụng cụ trong labo. Một số sinh viên cho là điều khắc răng bằng thạch cao gây bụi, mỏi tay do thạch cao cứng (52,04%). 76,53% sinh viên không đồng ý với quan điểm cho là thực hành điều khắc răng gây lãng phí thời gian. Hầu hết sinh viên đồng ý là việc học thực hành điều khắc răng là hữu ích (87,75%).

	dụng thích hợp dụng cụ			
6	Thạch cao dùng điều khắc dễ sử dụng, dễ điều khắc	35,71%	12,25%	52,04%
7	Labo thực tập tốt cho việc học thực hành điều khắc	69,39%	16,32%	14,29%
8	Người hướng dẫn giúp ích cho việc thực hành	93,88%	5,10%	1,02%
9	Tiêu chuẩn chấm điểm thực hành điều khắc thì hợp lý	76,53%	18,36%	5,10%
10	Thực hành điều khắc răng lãng phí thời gian	12,24%	11,23%	76,53%
11	Thực hành điều khắc răng không giúp có thêm bất kỳ kiến thức nào về hình thái răng	12,24%	5,01%	82,65%
12	Nhìn chung việc thực hành điều khắc răng là hữu ích	87,75%	9,18%	3,07%

Trong thực hành giải phẫu răng, điều khắc răng là một loại thực hành nhiều tính đặc trưng của nghề nghiệp, vừa để học tập được tốt hình thái học răng, vừa có tác dụng rất lớn đối với việc giáo dục các đức tính cần cù, tỉ mỉ. Việc điều khắc răng bằng thạch cao có thể gây bụi, mất thời gian; để hạn chế các bất tiện của thạch cao, có thể thay thế thạch cao bằng sáp⁽²⁾⁽⁷⁾. Nghiên cứu của Yara (2015) về thực hành điều khắc răng trên nhóm sinh viên năm thứ nhất của Đại học Jordan cho thấy: phần lớn sinh viên nhận thấy việc thực hành điều khắc răng là cần thiết (77,60%), tương tự kết quả của chúng tôi. Tuy nhiên sinh viên trường Đại học Jordan thực hiện việc điều khắc răng bằng xà phòng, các sinh viên không hài lòng về vật liệu sử dụng vì giòn, dễ gãy và có thể gây dị ứng. Theo nghiên cứu của Meghanand (2014)⁽⁴⁾ về nhận thức của các nha sĩ ở Ấn Độ liên quan đến điều khắc răng cho thấy: 62,3% nhận thấy điều khắc răng có ảnh hưởng đến kiến thức giải phẫu răng, 62,6% nhận thấy điều khắc răng cần thiết trong nha khoa phục hồi, 53,8% giúp hiểu biết về căn khớp và 65% giúp cải thiện các kỹ năng lâm sàng.

IV. KẾT LUẬN

Thực hành điều khắc răng hữu ích và giúp phát triển sự khéo tay cần thiết cho thực hành lâm sàng răng hàm mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abu Eid R., et al., (2013).** Self-directed study and carving tooth models for learning tooth morphology: perceptions of students at the University of Aberdeen, Scotland. J Dent. Educ, vol. 77 (9), pp. 1147-53.
2. **Gazit, E., et al., (1980).** The use of replacement wax carving technique in teaching dental morphology. J Dent, vol. 8 (3), pp. 270-4.
3. **Hoàng Tú Hùng (2003).** Giải Phẫu Răng. Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Meghanand T., Nayak P. (2014).** The perceived relevance of tooth carving in dental education: Views of practicing dentists and faculty in West India. Educ. Health (Abingdon), vol 27 (3), pp.238-242.
5. **Obrez A. (2011).** Teaching clinically relevant dental anatomy in the dental curriculum: description and assessment of an innovative module. J Dent Educ, vol. 75 (6), pp. 797-804.
6. **Patil PG (2012).** Tooth carving: A response. Indian J. Dent. Res.; vol.23, pp.691-2.
7. **Siessere S, Vitti M, de Sousa LG, Semprini M, Regalo SC. (2004).** Educational material of dental anatomy applied to study the morphology of permanent teeth. Braz Dent J; vol. 15 (3), pp. 238-242.

NGHIÊN CỨU CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LAO KHỚP ỨC ĐÒN

Lê Đức Nam*, Nguyễn Quốc Dũng*

TÓM TẮT

Laoph khớp ỨC ĐÒN là bệnh lý hiếm gặp và ít mô tả. Việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào sinh thiết. XQ, CLVT, CHT các phương tiện tốt giúp giúp xác định tổn thương, trong đó CHT thường hữu hiệu hơn trong việc phát hiện các tổn thương sớm của laoph khớp. Chúng tôi

gợi thiệu một trường hợp laoph khớp ỨC ĐÒN bên phải ở bệnh nhân 85 tuổi, được chẩn đoán, điều trị theo phác đồ và theo dõi trong 2 năm.

Từ khóa: Lao khớp ỨC ĐÒN, lao, MRI, CT.

SUMMARY

RESEARCH FOR TUBERCULOSIS OF STERNOCLAVICULAR JOINT DIAGNOSTIC AND TREATMENT

Tuberculosis of Sternoclavicular joint (TSJ) is rare and its had not been described. Diagnosis of TSJ is based by biopsy. Plan film, Computed tomography (CT), Magnetic resonance imaging (MRI) are good instrument that is helpful for determination of the TSJ. MRI is useful for early detection tuberculosis of joint.

* Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Nam

Email: namxoanle.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 10/1/2017

Ngày duyệt bài: 20/1/2017

In this report, we describe a 85 year – olds with right sternoclavicular joint tuberculosis who has been diagnosed, treatment with a follow up of two years.

Keyword: Tuberculosis of Stenorclavicular joint, tuberculosis, MRI, CT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao xương và khớp chiếm khoảng 1-3% trong số các bệnh nhân lao. Bệnh lý lao khớp ức đòn (LKUD) rất hiếm gặp, chiếm 1-2% của các bệnh nhân lao xương và khớp [1]. Chúng tôi tìm kiếm trên y văn thì có khoảng 30 bài báo mô tả về bệnh lý này, tuy nhiên chỉ dừng lại ở mô tả một trường hợp lâm sàng hoặc một nhóm các bệnh nhân [2-5]. Tại Việt Nam đến nay chưa có báo cáo nào về bệnh lý này. Việc chẩn đoán phân biệt viêm khớp do lao và các nguyên nhân gây viêm khác cũng như với các nguyên nhân ác tính vẫn là một thách thức với các nhà điều trị và chẩn đoán hình ảnh, vì vậy chúng tôi trình bày một trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán lao khớp ức đòn bên phải tại Bệnh viện Hữu Nghị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu ca bệnh.

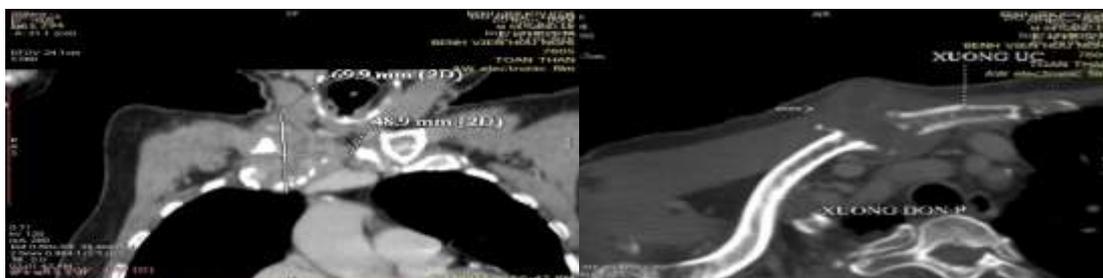
2. Đối tượng: Bệnh nhân nam 85 tuổi, vào viện vì sưng đau khớp ức đòn bên phải với diễn biến bệnh khoảng gần 2 năm, tăng nặng trước vào viện khoảng 10 ngày. Bệnh nhân, có tiền sử đái tháo đường 6 năm điều trị bằng thuốc viên.

Thăm khám lâm sàng thấy khối vị trí khớp ức đòn phải, KT~ 5x3cm, sưng nóng đỏ, mật độ chắc, bờ gồ ghề, ranh giới rõ, ấn lồi nhón (xem Hình 1).

Hình 1: Khối khớp ức đòn bên phải trên lâm sàng

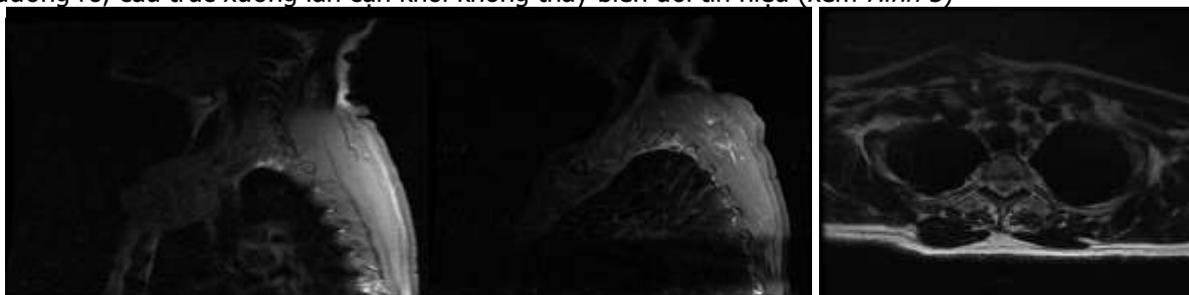


Bệnh nhân thể trạng trung bình, không ho, không sốt. Không thấy hạch to vùng cổ và hố thượng đòn. Cử động của vai phải bình thường. Trên X quang phổi không thấy hình ảnh tổn thương nhu mô phổi hai bên, không thấy tổn thương xương sườn và khớp ức đòn. Trên cắt lớp vi tính (CLVT) 64 dãy thấy khối vùng ức đòn bên phải KT ~ 58x74mm, ngấm thuốc mạnh và không đều sau tiêm, khối xâm lấn đầu trong xương đòn bên phải, một phần xương ức và xương sườn 1, phát triển ra phần mềm thành ngực kèm theo một số hạch trung thất (xem Hình 2).



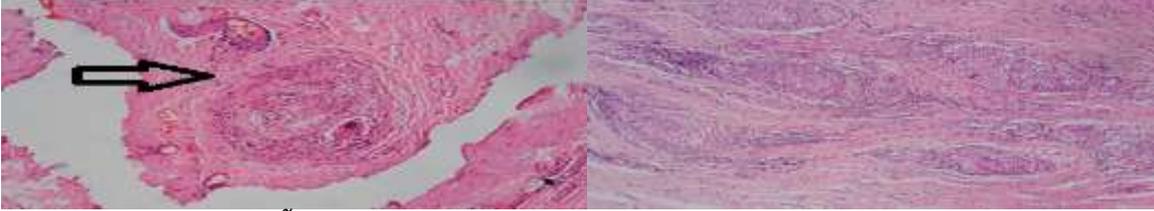
Hình 2: Ảnh CLVT 64 dãy trước và sau tiêm thuốc cản quang

Trên cộng hưởng từ (CHT) thành ngực cho thấy khối KT ~ 38x55x71 mm, tín hiệu hỗn hợp trên các ảnh T1W, sau tiêm thuốc đối quang từ thấy ngấm thuốc không đồng nhất, không thấy hình ảnh đường rò, cấu trúc xương lân cận khối không thấy biến đổi tín hiệu (xem Hình 3)



Hình 3: Ảnh CHT các chuỗi xung T1W Sagital trước và sau tiêm thuốc đối quang từ (ảnh Axial Dynamic).

Như vậy, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đều hướng tới một tổn thương u ác tính. Tiến hành sinh thiết cho bệnh nhân, kết quả giải phẫu bệnh không thấy tế bào ác tính, tổn thương là các nang lao không điển hình với các tế bào khổng lồ nhiều nhân, tế bào bán liên, lympho bào (*xem Hình 4*). Bệnh nhân được tiến hành điều trị ngoại trú theo phác đồ lao xương khớp.



Hình 4: Hình ảnh giải phẫu bệnh lao khớp ức đòn với các nang lao (mũi tên), không thấy tế bào ác tính.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Lao ở phổi vẫn là bệnh lý thường gặp hơn là lao ngoài phổi, lao xương và khớp chiếm khoảng 1-3% trong số các bệnh nhân lao và chiếm khoảng 10% bệnh nhân lao ngoài phổi, bệnh lý lao khớp ức đòn rất hiếm gặp, chiếm 1-2% của các bệnh nhân lao xương và khớp [1]. Theo tác giả Tuli SM báo cáo 1074 trường hợp lao xương khớp thì chỉ có 7 ca lao khớp ức đòn, tác giả Anuj Jain và cộng sự năm 2015 nghiên cứu 926 bệnh nhân lao xương khớp phát hiện 13 ca bệnh lao khớp ức đòn [2-5]. Viêm khớp ức đòn do vi khuẩn thường gặp do tụ cầu vàng và trực khuẩn mũ xanh hơn là do nguyên nhân lao [3]. Bệnh lý lao khớp ức đòn thường diễn biến từ từ không triệu chứng hơn 1 năm, thường phát hiện bệnh muộn với biểu hiện tại chỗ của một khối áp xe lạnh vỡ với đặc điểm sưng nóng đỏ, ổ dò dịch ra ngoài da [4-5-7]. Bệnh nhân của chúng tôi có biểu hiện và diễn biến tương đồng.

Chẩn đoán hình ảnh là phương tiện hữu hiệu giúp định hướng chẩn đoán, các phương tiện bao gồm XQ, CT và MRI. Bệnh nhân lao khớp ức đòn thường rất khó xác định tổn thương trên phim XQ, bệnh nhân chúng tôi có XQ phổi bình thường, không quan sát được các tổn thương xương. Hầu hết các tác giả khác trên thế giới đều cho kết quả tương tự, tác giả Anuj Jain (2015) tổng hợp 13 ca bị lao khớp ức đòn trên XQ phổi thì chỉ thấy một trường hợp duy nhất có hình ảnh bất thường dạng nang xương đòn [5]. Điều này được giải thích do khớp ức đòn nằm sau, thường là nơi hợp lưu của nhiều xương nên thường bị che lấp, tổn thương lao khớp là các tổn thương áp xe lạnh, mô mềm phát triển ra sau nên rất khó quan sát trên XQ phổi thường [6]. CLVT và CHT là các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại, giúp ích rất nhiều trong việc chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân. Hình ảnh trên CT giúp đánh giá mức độ phá hủy xương, hình ảnh ổ hoại tử và xâm lấn cấu trúc xung quanh... CHT là phương pháp có nhiều giá trị và phát hiện các

tổn thương lao của khớp sớm hơn so với CT. Trên CHT, tổn thương áp xe lao điển hình có đặc điểm đồng tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, ngấm thuốc mạnh sau tiêm, các xương lân cận biến đổi tín hiệu trên các ảnh STIR. Một số trường hợp thấy đường rò ra ngoài da với cấu trúc hình ống tăng tín hiệu trên T2W [7].

Bệnh nhân của chúng tôi được chụp CT và CHT, có các đặc điểm tổn thương nêu trên, tuy nhiên rất khó phân biệt với các tổn thương viêm khác cũng như tổn thương u ác tính, vì vậy bệnh nhân được tiến hành sinh thiết xác định mô bệnh học. Trên các mảnh sinh thiết cho thấy các nang lao không điển hình với tế bào khổng lồ nhiều nhân, tế bào bán liên, lympho bào. Qua sinh thiết cũng xác định được rằng không thấy tế bào ác tính. Bệnh nhân được điều trị theo hướng lao khớp và triệu chứng hoàn toàn cải thiện. Một số tác giả đều cho rằng việc sinh thiết là hoàn toàn cần thiết và không phải tất cả các trường hợp lao khớp ức đòn là dương tính. Tác giả Anuj Jain (2015) báo cáo có 2 trên tổng số 13 bệnh nhân lao khớp ức đòn có kết quả giải phẫu bệnh là âm tính và chẩn đoán dựa trên lâm sàng [5-9]. Bệnh nhân được điều trị phác đồ 2HRZE/ 6RHE gồm: Isoniazid (H), Rifampicin (R), Pyrazinamid (Z), Ethambutol (E) với giai đoạn tấn công 2 tháng và duy trì trong 6 tháng. Sau khoảng 2 năm, bệnh nhân hết triệu chứng và hoạt động bình thường. Nhiều báo cáo của các tác giả khác cũng điều trị theo phác đồ tương tự và cho kết quả rất tốt, tuy nhiên cần cần nhắc vấn đề phẫu thuật trong một số trường hợp [4-5-7].

V. KẾT LUẬN

Lao khớp ức đòn là bệnh lý hiếm gặp. CT và CHT rất có giá trị xác định các tổn thương, trong đó CHT thường hữu hiệu hơn trong việc xác định các tổn thương sớm của lao khớp. Chẩn đoán bệnh thường phải dựa vào sinh thiết hoặc sau mổ, tuy nhiên không phải tất cả các trường hợp đều cho chẩn đoán xác định. Việc điều trị lao

khớp đã có nhiều tiến bộ và kết quả khả quan, cần phối hợp với điều trị phẫu thuật trong một số trường hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Watts, H.G. and Robert, L. (1996)** Tuberculosis of Bones and Joints. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 78, 288-299.
2. **Tuli, S.M. (1993)** Tuberculosis of the Skeletal System. *Jay Pee Brothers Medical Publisher*, New Delhi, 121-123
3. **Enarson, D.A., Fuji, M., Nakielna, E.M. and Grzybowski, S. (1979)** Bone and Joint Tuberculosis: A Continuing Problem. *Canadian Medical Association Journal*, 120, 139-145.
4. **Dhillon MS., Gupta R., Nagi ON, et al.(2001)** Tuberculosis of the sternoclavicular joints. *Acta Orthop Scand*, 72(5): 514-517.
5. **Anuj Jain et al. (2015)**. Tuberculosis of the sternoclavicular joints. *Journal of Orthopaedic Surgery*;23(3):315-8.
6. **Yasuda, T., Trauma, K. and Fujiwara, M. (1995)** Tuberculosis Arthritis of the Sternoclavicular Joint—A Report of Three Cases. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 77,136-139.
7. **Shah, J., Patkar, D., Parikh, B., Parmar, H., Varma, R., Patankar, T. and Prasad, S. (2000)**. Tuberculosis of the Sternum and Clavicle: Imaging Findings in 15 Patients. *Skeletal Radiology*, 29, 447-453.

ĐẶC ĐIỂM CÁC TRƯỜNG HỢP TỬ VONG CỦA TRẺ TỪ 0 ĐẾN 15 TUỔI TRONG 24 GIỜ ĐẦU NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG TỪ THÁNG 12/2012 ĐẾN THÁNG 06/2013

Trương Thị Mai Hồng*

TÓM TẮT^B

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm các trường hợp tử vong của trẻ từ 0 đến 15 tuổi trong 24 giờ đầu nhập viện tại bệnh viện nhi trung ương từ tháng 12/2012 đến tháng 06/2013. Tổng cộng có 54 ca tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện và 262 ca tử vong tại bệnh viện sau 24 giờ nhập viện được lựa chọn vào nghiên cứu. Kết quả cho thấy, 63% là sơ sinh, đa số là nam giới (63%), 31,5% có nhân viên y tế; 31,5% có dụng cụ y tế trên xe; 31,5% được cấp cứu khi vận chuyển. 74,1% suy hô hấp từ độ 3 và 4; 24,1% tim ngừng đập, 16,7% sốc; 33,3% hôn mê giai đoạn 3; 5,6% hôn mê giai đoạn 2; sốt 44,4%, hạ nhiệt 55,5%, suy dinh dưỡng 63,5%; 20,4% số trường hợp nặng; 77,8% số trường hợp rất nặng. Nguyên nhân nhập viện và tử vong chủ yếu là viêm phổi, sốc nhiễm khuẩn, đẻ non.

Từ khóa: Tử vong, trẻ em, 24 giờ đầu, nhi trung ương.

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF DEATH CASES AMONG CHILDREN AGED FROM 0 TO 15 IN THE FIRST 24 HOURS OF HOSPITALIZATION IN NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS FROM DECEMBER 2012 TO JUNE 2013

A cross-sectional study was carried out to describe the characteristics of death cases among children aged from 0 to 15 in the first 24 hours of hospitalization in National Hospital of Pediatrics from

December 2012 to June 2013. A total of 54 deaths in the first 24 hours of hospitalization and 262 deaths after 24 hours of hospitalization was chosen to enroll in this study. The results indicated that 63% was neonatal, most of death cases were male (63%), 31.5% had accompanying health care providers, 31.5% had medical equipment in the ambulance; 31.5% was given first aid during transition. 74.1% suffered from respiratory failure from grade 3 and 4; 24.1% reported cardiac arrest, 16.7% got shock; 33.3% had coma stage 3; 5.6% had coma stage 2; 44.4% suffered from fever, 55.5% reported hypothermia, 63.5% had malnutrition; 77.8% was extremely severe cases; 20.4% was severe cases. The causes of hospitalization and mortality are mainly from pneumonia, septic shock, *premature*.

Keywords: Death, children, the first 24 hours, National Pediatric Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện tại bệnh viện chiếm tỷ lệ lớn so với tỷ lệ tử vong chung, 23% năm 2004 và duy trì trong ba năm 2005, 2006 và 2007 [3]. Có nhiều nghiên cứu cho thấy tình hình tử vong chung ở trẻ em giảm nhưng tỷ lệ tử vong trẻ em trong 24 giờ vào viện lại có xu hướng gia tăng hơn trước do bệnh nhi đến muộn và thường là nặng [6]. Nguyên nhân chủ yếu là do vấn đề kinh tế, xã hội, bệnh tật, đặc điểm cơ địa trẻ, dịch vụ khám chữa bệnh. Dịch vụ khám chữa bệnh hiện nay vẫn chưa đáp ứng được so với nhu cầu thực tiễn, đặc biệt là cấp cứu. Các nghiên cứu về hệ thống cấp cứu Nhi khoa hiện nay còn yếu kém và thiếu tính đồng bộ của hệ thống [4] [5].

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Mai Hồng

Email: maihonghoa98@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 30/12/2016

Ngày duyệt bài: 18/1/2017

Ở Việt Nam, tỷ lệ tử vong trong 24 giờ ở trẻ sơ sinh cao hơn trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên. Tuy vậy, các nghiên cứu chủ yếu ở các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, tuyến huyện, hoặc vùng [5]. Trong khi đó, chưa có nghiên cứu chi tiết về tử vong trong 24 giờ tại bệnh viện Nhi Trung ương, là bệnh viện đầu ngành về lĩnh vực nhi khoa của cả nước. Trên cơ sở góp phần xây dựng các giải pháp trong việc giảm thiểu tỷ lệ tử vong trong 24 giờ tại bệnh viện, qua đó tăng khả năng sống ở trẻ tử đó giảm tỷ lệ tử vong chung ở trẻ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đặc điểm các trường hợp tử vong của trẻ từ 0 đến 15 tuổi trong 24 giờ đầu nhập viện tại bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 12/2012 đến tháng 06/2013".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: 1) Bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện. 2) Bệnh nhân xin về trong tình trạng nặng, chắc chắn tử vong ngay sau khi xuất viện, trong vòng 24 giờ đầu kể từ khi nhập viện. 3) Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án, thông tin tình trạng cấp cứu, nhập viện, chuyển viện phù hợp với các mục tiêu, chỉ tiêu trong nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: 1) Các bệnh nhi xin về trong tình trạng bệnh nặng mà không chắc chắn là tử vong trong 24 giờ nhập viện. 2) Các bệnh nhi tử vong trước khi đến bệnh viện. 3) Các bệnh nhi không có đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn nhóm chứng: 1) Trẻ tử vong sau 24 giờ đầu nhập viện. 2) Bệnh nhân xin về trong tình trạng chắc chắn tử vong trong năm 2013. 3) Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ, bệnh án và các thông tin cần thiết phù hợp với mục tiêu, chỉ tiêu trong nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ nhóm chứng: 1) Các bệnh nhi xin về trong tình trạng bệnh nặng mà không chắc chắn là tử vong trong năm 2013. 2) Các bệnh nhi tử vong sau năm 2013. 3) Các bệnh nhi không có đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.2 Thời gian nghiên cứu: 12/2012 – 06/2013

2.3 Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Nhi Trung ương

2.4 Cỡ mẫu và chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân tử vong từ 0 đến 15 tuổi tại bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 12/2012 đến tháng 06/2013 đủ tiêu chuẩn chọn mẫu. Qua khảo sát có tổng cộng 54 ca tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện và 262 ca tử vong tại bệnh viện sau 24 giờ nhập viện.

2.5 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang sử dụng kỹ thuật hồi cứu số liệu

2.6 Phương pháp TTSL: Hồi cứu trên hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân tử vong từ 0 đến 15 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 12/2012 đến tháng 06/2013 được lựa chọn vào nghiên cứu.

2.7 Xử lý số liệu: Nhập liệu và xử lý phân tích số liệu bằng SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu dựa trên số liệu hồi cứu từ tháng 12/2012 đến tháng 06/2013 tại Bệnh viện Nhi Trung ương, tổng cộng có 316 trường hợp trong đó có 54 ca tử vong trong 24 giờ chiếm 17,1%. Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số trẻ tử vong trong 24 giờ thuộc gia đình nghèo chiếm 16,7%. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 1: Xử trí của bệnh nhi trước khi vận chuyển đến BV Nhi Trung ương

Đặc điểm	Phân loại	Sơ sinh		>1 tháng		Tổng		P
		SL	TL	SL	TL	SL	TL	
Thời gian phát hiện đến khi vào viện	<24 giờ	17	50,0	2	10,0	19	35,2	<0,05*
	1-2 ngày	8	23,5	5	25,0	13	24,1	
	3-4 ngày	5	14,7	5	25,0	10	18,5	
	5-6 ngày	2	5,9	3	15,0	5	9,3	
	>7 ngày	2	5,9	5	25,0	7	13,0	
Chẩn đoán tuyến trước	Không phù hợp	0	0,0	1	5,0	1	1,9	>0,05*
	Phù hợp 1 phần	9	26,5	5	25,0	14	25,9	
	Phù hợp	17	50,0	5	25,0	22	40,7	
	Không chẩn đoán	8	23,5	9	45,0	17	31,5	
Đơn vị vận chuyển	Gia đình	7	20,6	10	50,0	17	31,5	<0,05
	Dịch vụ	27	79,4	10	50,0	37	68,5	
Nơi vận chuyển đến BV Nhi TW	Nhà	7	20,6	9	45,0	16	29,6	>0,05
	BV tỉnh	27	79,4	11	55,0	38	70,4	
Có nhân viên y tế		27	79,4	10	50,0	37	68,5	<0,05

Có dụng cụ y tế trên xe	27	79,4	10	50,0	37	68,5	<0,05
Được cấp cứu khi vận chuyển	27	79,4	10	50,0	37	68,5	<0,05
TỔNG	34	100	20	100	54	100	

(*Kiểm định Fisher's exact). Thời gian phát hiện đến khi vào viện <24 giờ ở trẻ sơ sinh cao hơn trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên. Tỷ lệ có đơn vị vận chuyển, có nhân viên y tế, có dụng cụ y tế trên xe, được cấp cứu khi vận chuyển ở nhóm trẻ sơ sinh cao hơn nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2: Nguyên nhân nhập viện chủ yếu ở trẻ tử vong trong 24 giờ

Bệnh chính	Phân loại		Sơ sinh		>1 tháng		Tổng		p
	SL	TL	SL	TL	SL	TL			
Viêm phổi	25	73,5	7	35,0	32	59,3	<0,05		
Sốc nhiễm khuẩn	6	17,6	2	10,0	8	14,8	>0,05*		
Đẻ non	8	23,5	0	0	8	14,8	-		
Viêm phế quản	1	2,9	6	30,0	7	13,0	<0,05*		
Tim bẩm sinh	5	14,7	2	10,0	7	13,0	>0,05*		
Nhiễm khuẩn máu	3	8,8	3	15,0	6	11,1	>0,05*		
Tay chân miệng	4	11,8	1	5,0	5	9,3	>0,05*		
Suy tim	0	0	3	15,0	3	5,6	-		
Vàng da	2	5,9	0	0	2	3,7	-		
Ngộ độc	0	0	2	10,0	2	3,7	-		
Các nguyên nhân khác	6	17,6	5	25,0	11	20,4	>0,05		

Kết quả cho thấy tỷ lệ viêm phổi ở trẻ sơ sinh cao hơn trẻ từ 1 tháng tuổi ($p < 0,05$); viêm phế quản ở trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên cao hơn trẻ sơ sinh ($p < 0,05$).

Bảng 3: Nguyên nhân chính khiến trẻ tử vong

Tên bệnh	Phân loại		Sơ sinh		>1 tháng		Tổng		p
	SL	TL	SL	TL	SL	TL			
Viêm phổi	18	52,9	0	0	18	33,3	-		
Sốc nhiễm khuẩn	4	11,8	8	40,0	12	22,2	<0,05*		
Đẻ non	9	26,5	0	0	9	16,7	-		
Nhiễm khuẩn máu	6	17,6	3	15,0	9	16,7	>0,05*		
Tay chân miệng	6	17,6	1	5,0	7	13,0	>0,05*		
Suy đa tạng	2	5,9	4	20,0	6	11,1	>0,05*		
Chảy máu phổi	4	11,8	1	5,0	5	9,3	>0,05*		
Suy tim	2	5,9	3	15,0	5	9,3	>0,05*		
Suy tuần hoàn	2	5,9	2	10,0	4	7,4	>0,05*		
Viêm phế quản	0	0	3	15,0	3	5,6	-		
Toan chuyển hóa	3	8,8	0	0	3	5,6	-		
Ngạt	1	2,9	1	5,0	2	3,7	>0,05*		
Các dấu hiệu khác	12	35,3	7	35,0	19	35,2	>0,05		

Nghiên cứu cho thấy viêm phổi, đẻ non và toan chuyển hóa là các nguyên nhân chỉ có ở trẻ sơ sinh, trong khi đó viêm phổi phế quản chỉ có ở trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên. Sốc nhiễm khuẩn ở nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi cao hơn ở nhóm trẻ sơ sinh ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ trẻ nhập viện trong khoảng thời gian phát hiện đến khi vào viện dưới 24 giờ chiếm đa số (35,2%). Trẻ sơ sinh tử vong trước 24 giờ được đưa vào bệnh viện sớm hơn trẻ trên 1 tháng tuổi ($p > 0,05$). Mặc dù hầu hết bệnh nhi trong nghiên cứu được nhập viện trong vòng 24 giờ từ khi phát hiện nhưng vẫn lâu hơn ở nghiên cứu của Phan Thị Thanh Hiền và Nguyễn Thành Đạt tại Bệnh viện Nhi Đồng II với 31,8% nhập viện từ 30-60 phút [4]. Thực tế, thời gian phát hiện đến khi vào viện chậm trong của nghiên cứu của chúng tôi do đa phần khoảng cách từ

nhà đến viện của bệnh nhân trên 50km. Việc trẻ sơ sinh thường được đưa đến bệnh viện đến sớm hơn trẻ thường có thể giải thích là các bậc cha mẹ dễ cảm nhận sự thay đổi ở trẻ sơ sinh hơn trẻ trên 1 tháng tuổi do thường xuyên ôm ấp con hơn. Mặc dù, trẻ sơ sinh thường được đưa đến bệnh viện sớm hơn trẻ thường, nhưng tỷ lệ tử vong lại cao hơn, điều này do trẻ sơ sinh yếu, không có đủ các điều kiện cấp cứu kịp thời để bị tử vong hơn [7] [2].

Tỷ lệ chẩn đoán không phù hợp ở tuyến trước còn cao cho thấy sự yếu kém trong công tác cấp cứu, khám bệnh và điều trị về nhi khoa ở tuyến cơ sở [1]. Nghiên cứu của chúng tôi có 29,6%

không được xử trí tuyến trước và 70,4% được xử trí ở tuyến trước.

Thực tế trong quá trình cấp cứu, việc vận chuyển phải phù hợp hoàn cảnh từng đối tượng. Tuy nhiên nếu vận chuyển bằng phương tiện cứu thương thì sẽ đảm bảo được các trang thiết bị xử trí kịp thời tình huống xảy ra khi cấp cứu. Nghiên cứu cho thấy có 29,6% số trường hợp được vận chuyển từ nhà và 70,4% trẻ vận chuyển từ các bệnh viện tuyến tỉnh. Kết quả này thấp hơn kết quả của Phan Thị Thanh Hiền và Nguyễn Thành Đạt [4].

Kết quả cũng chỉ ra có 31,5% số trường hợp không có nhân viên, 68,5% số trường hợp có nhân viên y tế trong quá trình vận chuyển. Nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về việc có nhân viên y tế trong vận chuyển giữa nhóm trẻ sơ sinh và nhóm trẻ từ 1 tháng tuổi ($p < 0,05$). Tỷ lệ có nhân viên trong vận chuyển trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các trường hợp chuyển tuyến cấp cứu trong nghiên cứu của Theo Lê Thanh Hải và cộng sự [3].

Số cán bộ vận chuyển cấp cứu nhi (không kể lái xe) chỉ có một người chiếm gần 90%, trong đó 81% là y tá, 9,3% nữ hộ sinh và chỉ có 5,8% là bác sỹ. Duke T và cộng sự (2000) khuyến cáo số người vận chuyển phải ít nhất là hai người.

Tỷ lệ có dụng cụ y tế trên xe là 68,5%; số trường hợp không có là 31,5%. Nghiên cứu cũng cho thấy có dụng cụ y tế trên xe ở nhóm sơ sinh cao hơn nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự ở các trường hợp chuyển tuyến cấp cứu tại bệnh viện Nhi Đồng I có 3,7% đầy đủ trang thiết bị tối thiểu để cấp cứu và theo dõi bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tử vong trong 24 giờ nhập viện: bệnh viện 18,3%; trong nghiên cứu 17,1%

Đặc điểm nhân khẩu học: 63% là sơ sinh, trong đó 24,1% là sơ sinh < 7 ngày; 38,9% là sơ

sinh > 7 ngày; nam 63%, nữ 37%; 57,4% số trẻ khoảng cách tới bệnh viện > 50km; trẻ thuộc hộ nghèo 16,7%.

Xử trí trước viện: dưới 24 giờ chiếm 35,2%; chẩn đoán trước tuyến không phù hợp hoặc phù hợp 1 phần 27,8%, tuyến trước không được xử trí hoặc xử trí chưa thích hợp 53,7%.

Quá trình vận chuyển: 31,5% số trường hợp gia đình tự túc trong vận chuyển; 29,6% vận chuyển trực tiếp từ nhà đến BV Nhi TW; phương tiện 25,9% là xe ô tô không phải cứu thương; 31,5% có nhân viên y tế; 31,5% có dụng cụ y tế trên xe; 31,5% được cấp cứu khi vận chuyển.

Nguyên nhân nhập viện và tử vong chủ yếu là viêm phổi, sốc nhiễm khuẩn, đẻ non.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (2008), *Quy chế Cấp cứu, Hồi sức tích cực và Chống độc*, Quyết định số: 01/2008/QĐ-BYT, ngày 21/1/2008, tr.3-24.
- Phan Hữu Nguyệt Diễm** (2000), *Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân*, Sổ tay xử trí lồng ghép bệnh trẻ em, Tài liệu dành cho sinh viên y khoa, Bộ môn Nhi ĐHY Dược TPHCM, tr.31-35
- Lê Thanh Hải và cs** (2010), *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá chương trình cấp cứu Nhi khoa nâng cao (APLS) nhằm góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong trong 24h đầu ở tuyến tỉnh*, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ, tr.1-57
- Phan Thị Thanh Hiền và Nguyễn Thành Đạt** (2007), *Tình hình ngưng tim ngưng thở trước nhập viện tại khoa Cấp cứu lưu bệnh viện Nhi đồng 2 từ năm 2004-2007*, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 11, tr.74-78
- Đinh Phương Hoà** (2000), *Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ trẻ đẻ non thấp cân và tử vong chu sinh ở một số vùng miền Bắc Việt Nam*, Luận án Tiến sĩ Y học
- Nguyễn Công Khanh và Lê Văn Thiêng** (1987), *Tình hình tử vong trước 24 giờ tại Viện bảo vệ sức khoẻ trẻ em Hà Nội*, Báo cáo chuyên ngành Nhi.
- Berkley JA and Robert M. Kliegman** (2003), *Pronostic indicators of early and late death in children admitted to district hospital in Kenia: Cohort study*, *BMJ* 2003 FEB 15, 326(7385).

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG SƠ CẤP CỨU BAN ĐẦU VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG ĐOẠN NGỰC THẮT LƯNG TẠI 7 BỆNH VIỆN VIỆT NAM

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

TÓM TẮT⁹

*Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn
** Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Bảo Tiến
Email: drtienvnspine@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.12.2017

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng sơ cấp cứu và ảnh hưởng của nó đến kết quả điều trị trên bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thắt lưng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Đối tượng:** 709 bệnh nhân chấn thương cột sống ngực-thắt lưng và điều trị tại 7 bệnh viện trên toàn quốc năm 2013. **Kết quả:** về thực trạng sơ cấp cứu, chỉ có 50,8% bệnh nhân được cố định cột sống trước khi nhập viện, thời gian chuyển bệnh nhân đến viện còn dài, 73,9% bệnh nhân được đưa đến trong vòng 24 giờ, 26,1% bệnh nhân sau 24 giờ. Về kết quả điều trị, 44,5% bệnh nhân có chấn thương tủy sống đã hồi phục về thần kinh. 55,1% bệnh nhân tổn thương không hoàn toàn và 10,3% bệnh nhân tê liệt hoàn toàn tiến triển hơn một hoặc nhiều hơn một thang điểm trong phân loại Frankel trong thời gian điều trị. Bất động cột sống sớm và thời gian chuyển đến viện ngắn có tác động tích cực lớn đến chất lượng điều trị thần kinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân trước bệnh viện gồm có cố định cột sống và giảm thời gian vận chuyển bệnh nhân nhằm nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thắt lưng.

Từ khóa: Cột sống ngực-thắt lưng, sơ cấp cứu, hậu quả thần kinh.

SUMMARY

ASSESSMENT OF FIRST AID QUALITY AND OUTCOME OF THORACOLUMBAR SPINE INJURY TREATMENT IN 7 HOSPITALS IN VIETNAM

Objective: To assess first aid status and its relationship with outcome of thoracolumbar spine injury. **Methods:** Retrospective descriptive study. **Subjects:** 709 patients who were diagnosed with thoracolumbar spine injury and received treatment in 7 hospitals in Vietnam in 2013. **Results:** 50.8% patients arrived in the first hospital with spine being immobilised, 73.9% presented at hospital within 24 hours from the accident. During the hospitalisation period, 44.5% spinal cord injury patients exhibit neurological recovery. 55.1% of incomplete injuries and 10.3% of complete injuries improved 1 or more grades in Frankel classification. Spine immobilisation and short time to hospital have positive influence on neurological outcome, the difference is statistically significant. **Conclusion:** Improving quantities of spine immobilisation and reducing time to hospital will make positive impact on neurological recovery.

Keywords: Thoracolumbar spine, first aid status, neurological outcome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống (CTCS) là một loại chấn thương thường để lại những hậu quả nặng nề, gây ra số lượng người tử vong và phải chịu đựng sự hoành hành bệnh tật đáng kể trên thế giới. Nghiên cứu ước tính có hơn 290,000 bệnh

nhân chấn thương cột sống đang sống tại Canada và Mỹ, cùng với 14,000 ca bệnh mới mỗi năm. Cột sống ngực- thắt lưng là phần đoạn lớn nhất của cột sống, chiếm tổng số 60-75% và chiếm 30-40% trong số những biến chứng thần kinh không hồi phục [2,3]. Việc chăm sóc người bệnh chấn thương cột sống là vô cùng quan trọng và một trong những yếu tố quyết định đó là công tác sơ cứu của cán bộ y tế tại hiện trường tai nạn. Quá trình điều trị dứt điểm hướng đến sự hồi phục hoàn toàn là cả một quá trình cộng tác của một số chuyên ngành. Tuy nhiên hiện nay chưa có một phác đồ điều trị hoàn chỉnh được thực hiện trên tất cả các trung tâm y tế do sự khác biệt trong chuyên môn của từng cơ sở và trang thiết bị có sẵn tại đó. Công tác cải thiện và khắc phục hậu quả của chấn thương cột sống ngực thắt lưng còn gặp nhiều khó khăn. Hiện nay đã có một vài nghiên cứu tại Việt Nam về chấn thương cột sống ngực thắt lưng, tuy nhiên vẫn chưa có sự đánh giá mang tính hệ thống. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá thực trạng sơ cấp cứu và ảnh hưởng của nó đến kết quả điều trị chấn thương cột sống ngực thắt lưng."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 709 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống ngực- thắt lưng, đồng ý tham gia nghiên cứu và tiến hành điều trị tại 7 bệnh viện trên toàn quốc năm 2013: Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Quân đội 103, Bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên, Bệnh viện Đa khoa Thanh Hóa, Bệnh viện trung ương Huế, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Quân đội 105.

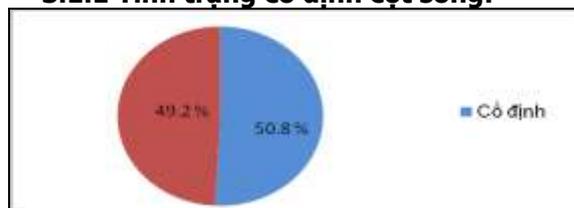
2.2 Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ

3.1 Thực trạng sơ cấp cứu ban đầu:

3.1.1 Tình trạng cố định cột sống:

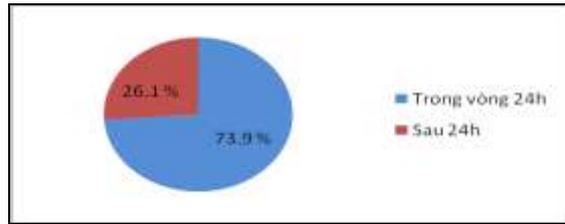


Biểu đồ 1: Thực trạng cố định cột sống

Trong nghiên cứu này có 360 (50,8%) bệnh nhân nhập viện với cột sống được cố định, còn

lại 349 (49.2%) bệnh nhân không nhận được phương pháp cố định trên.

3.1.2 Thời gian chuyển đến bệnh viện sau chấn thương



Biểu đồ 2: Thời gian đến viện sau chấn thương

524 bệnh nhân (73.9%) được đưa đến bệnh viện kịp thời trong vòng 24 giờ, 185 (26.1%) bệnh nhân bị chậm trễ và đến viện sau 24 giờ kể từ khi chấn thương.

3.2 Kết quả điều trị

3.2.1 Sự hồi phục hệ thần kinh

Bảng 1. Sự hồi phục thần kinh

	Nhập viện		Ra viện	
	n	%	n	%
Frankel A	29	4.1	26	3.7
Frankel B	22	3.1	12	1.7
Frankel C	83	11.7	65	9.1
Frankel D	129	18.2	80	11.3
Frankel E	438	61.8	518	73.1
Chết	8	1.1	8	1.1
Tổng	709	100	709	100

Trong suốt quá trình điều trị, 117 bệnh nhân có chấn thương tủy sống đã hồi phục về thần kinh. 55.1% bệnh nhân tiến triển hơn một hoặc nhiều hơn một thang điểm trong phân loại Frankel trong thời gian điều trị. Trong số các bệnh nhân có tổn thương hoàn toàn (Frankel A), 3 bệnh nhân (10.3%) tiến triển đến Frankel B.

3.2.2 Môi tương quan giữa hậu quả về thần kinh với tình trạng bất động cột sống.

Tại thời điểm ra viện, trong số các bệnh nhân được cố định cột sống, 39 (11.1%) bệnh nhân ở thang điểm A, B, C và 313 (88.9%) bệnh nhân ở thang điểm D, E. Trường hợp các bệnh nhân không được cố định cột sống, 64 (18.3 %) bệnh nhân ra viện ở điểm Frankel A, B, C và 285 bệnh nhân (81.7%) ở điểm D, E.

3.2.3 Môi tương quan giữa những hậu quả thần kinh với thời gian chuyển tới bệnh viện.

Đối với những bệnh nhân nhập viện trong vòng 24h, tại thời điểm ra viện có 65 (12.6%) bệnh nhân ở Frankel A, B, C, còn lại 451 (87.4%) bệnh nhân ở mức điểm Frankel D, E. Các bệnh nhân nhập viện sau 24h, 38 (20.5%) bệnh nhân ở Frankel A, B, C và 147 (79.5%) bệnh nhân ở thang điểm Frankel D, E. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tình trạng sơ cấp cứu ban đầu

Sơ cấp cứu ban đầu với cố định cột sống là biện pháp phòng ngừa tối cao trong chấn thương cột sống. Trong nghiên cứu này có gần một nửa

số bệnh nhân không được cố định cột sống trước khi nhập viện và khoảng thời gian từ khi gặp chấn thương đến khi đến cơ sở y tế kịp thời vẫn còn khá dài (26% bệnh nhân đến sau 24 giờ). Nghiên cứu của Oliver M tại Mỹ [4] cho thấy 89% bệnh nhân tiếp cận với trang thiết bị y tế trong vòng 6 giờ, 8% bệnh nhân tiếp cận từ 6 đến 24 giờ và 3% còn lại tiếp cận sau 24 giờ. So với nghiên cứu trên các nước khác cho thấy chất lượng chăm sóc, vận chuyển bệnh nhân ở nước ta còn rất thấp. Sự thiếu sót và chậm trễ này do sự thiếu hiểu biết về những nguyên tắc quan trọng trong cấp cứu chấn thương cột sống và sự hạn chế của những dịch vụ y tế khẩn cấp.

4.2 Kết quả điều trị

Trong 44.5% bệnh nhân chấn thương tủy sống có sự phục hồi thần kinh trong nghiên cứu, 34% bệnh nhân với chấn thương không hoàn toàn và 10.3% bệnh nhân chấn thương tủy liệt hoàn toàn cho thấy sự tiến triển ít nhất một mức trong thang Frankel. Tại Việt Nam, Nguyễn Trung Đình [1] cũng tìm thấy trong nghiên cứu của mình 36.7% bệnh nhân tiến triển ít nhất 1 thang điểm trong phân loại Frankel trong phục hồi thần kinh. Tại Anh năm 2011, Oppenheimer chỉ ra 60% trên 225 bệnh nhân chấn thương tủy sống phục hồi thần kinh trong quá trình điều trị. Trong đó 73.7% chấn thương không hoàn toàn và chỉ 6% chấn thương hoàn toàn thể hiện sự tiến triển [2]. Hiện nay, nước ta đã có những tiến triển đáng kể trong chăm sóc người bệnh, tạo nên những kết quả điều trị tích cực, song tỷ

lệ tử vong cao và tỷ lệ hồi phục thần kinh hạn chế vẫn thể hiện trên một loạt các bệnh nhân mặc dù được chăm sóc bởi các bác sỹ giàu kinh nghiệm ở những bệnh viện hàng đầu, điều này cho thấy cần phải có những chỗ cải tiến đáng kể trong chăm sóc những bệnh nhân như vậy.

4.3 Môi trường quan giữa hậu quả về thần kinh với tình trạng bất động cột sống.

Nghiên cứu chỉ ra việc cố định cột sống có ảnh hưởng tích cực đến kết quả điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với kết quả của những nghiên cứu trước đó và ghi nhận trên nhiều bằng chứng lâm sàng. Năm 1989, Garfin đã tìm ra rằng cố định cột sống như là một nhân tố cốt yếu trong việc giảm tỷ lệ chấn thương cột sống hoàn toàn từ 55% năm 1970 xuống 39% năm 1980 và việc giảm đáng kể tỷ suất tử của bệnh nhân đa chấn thương với chấn thương cột sống cổ [6].

4.4 Môi trường quan giữa những hậu quả thần kinh với thời gian chuyển tới bệnh viện.

Phân tích đa biến trong nghiên cứu này cho thấy thời gian dài từ lúc chấn thương đến khi được chuyển đến bệnh viện làm gia tăng nghiêm trọng hơn mức độ tổn thương thần kinh. Tác giả Burney đã quan sát 51 bệnh nhân (84%) được vận chuyển kịp thời trong vòng 24 giờ, không có bệnh nhân nào có chấn thương thần kinh tăng dần. Bệnh nhân được chuyển đến viện trong vòng 24 giờ có tỷ lệ phục hồi tốt (25 trong 51 bệnh nhân) hơn đáng kể so với nhóm còn lại (1 trong 10 bệnh nhân) [7]. Nghiên cứu này có kết quả phù hợp với các nghiên cứu của chúng tôi, thời gian chuyển đến viện càng ngắn, tỷ lệ hồi phục càng cao.

V. KẾT LUẬN

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN Ở BỆNH NHÂN CÓ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Lê Tư Hoàng*, Phạm Trung Hiếu**

TÓM TẮT¹⁰

*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

**Bệnh viện Đa khoa Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tư Hoàng

Email: Letuhoang89@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.2.2017

Ngày duyệt bài: 21.2.2017

Qua nghiên cứu này chúng tôi rút ra được một số kết luận sau: thực trạng chăm sóc ban đầu cho bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thắt lưng còn hạn chế hơn nhiều so với các nước phát triển, cần chú trọng đẩy mạnh số lượng và chất lượng các dịch vụ vận chuyển và công tác sơ cấp cứu ban đầu. Kết quả hồi phục thần kinh sớm trong nghiên cứu này khá phù hợp với các nghiên cứu trước, tuy nhiên vẫn còn thấp hơn so với các nước phát triển. Điều này cho thấy vẫn cần tiếp tục cải tiến phương thức điều trị. Cố định cột sống kịp thời trước khi chuyển đến bệnh viện và thời gian vận chuyển ngắn là những điều kiện hàng đầu quyết định, nâng cao chất lượng điều trị, cụ thể là nâng cao tỷ lệ hồi phục thần kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh, N.T.**, *Nghiên cứu kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống vùng lưng-Thắt lưng có liệt tuỷ tại bệnh viện Việt Đức (2002-2003)* Chuyên khoa cấp II 2004 p. 84.
2. **Oppenheimer, M. and H. Williams**, *Early recovery of spinal cord injury: a retrospective study of 225 cases*. British Medical Journal, 2011. 44(9).
3. **Liu, P., et al.**, *Spinal trauma in mainland China from 2001 to 2007: an epidemiological study based on a nationwide database*. Spine (Phila Pa 1976), 2012. 37(15): p. 1310-5.
4. **Oliver, M., et al.**, *The changing epidemiology of spinal trauma: a 13-year review from a Level I trauma centre*. Injury, 2012. 43(8): p. 1296-300.
5. **Dijk, T. and F. Axelsson**, *Outcome of thoracolumbar spine injury: a multicentre study*. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 1990. 23.
6. **Burney, R.E., R. Waggoner, and F.M. Maynard**, *Stabilization of spinal injury for early transfer*. J Trauma, 1989. 29(11): p. 1497-9.

Đặt vấn đề: CTBK khó chẩn đoán hay kèm với chấn thương khác. Khi có kèm CTSN chẩn đoán và điều trị trở nên khó khăn hơn. **Đổi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu những BN có CTBK kèm CTSN (Glasgow \leq 12 điểm) từ 1/2015 đến 6/2016. **Kết quả:** 75 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. 80,3% có sốc sau tai nạn. Tất cả được SA ổ bụng, chụp CLVT sọ não và ổ bụng. Xử trí: mổ cả CTSN và CTBK (6BN), mổ CTSN, theo dõi CTBK (17BN), mổ CTBK theo dõi CTSN (9BN), chỉ theo dõi 43 BN. Trong đó 1 BN phát hiện vỡ tạng rỗng muện, 2 BN vừa mổ CTSN, CTBK tình trạng nặng gia đình xin về, các BN

còn lại ổn định ra viện. **Kết luận:** CTBK kèm CTSN tình trạng nặng, khó chẩn đoán và xử trí. Chẩn đoán hình ảnh giúp nhiều cho chẩn đoán. Kết quả điều trị tương đối khả quan.

SUMMARY

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BLUNT ABDOMINAL TRAUMA ACCOMPANING CRANIAL TRAUMA

Introduction: Blunt abdominal trauma often accompany another traumas, it is very difficult to diagnose the lesions. Diagnosis and treatment of blunt abdominal trauma with cranial trauma become more difficult. **Objects and method:** Retrospective method. The patients having blunt abdominal trauma and cranial trauma (Glasgow \leq 12 pts) from 1/2015 to 6/2016. **Result:** 75 patients had criterias. 80,3% had soc after accident. All patients had been examined by abdominal echography, abdominal scanner, cranial scanner. Treatment: blunt abdominal trauma (BAT) and cranial trauma (CT) operated in 6 patients, CT operated and BAT observed in 17 patients, BAT operated and CT observed in 9 patients, BAT and CT observed in 43 patients. 1 patient having jejunal rupture was diagnosed lately, 2 patients having BAT and CT operated had bad post-operation result and they came back home to die. Another patients had good result. **Conclusion:** It is difficult to diagnose and treat in patients have BAT and CT, Almost of them are soc. Diagnostic image is very useful for diagnosis and treatment. Results of treatment are enough good.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay các loại tai nạn gia tăng rất nhanh đặc biệt là tai nạn giao thông. Các loại tai nạn đều có tác động ngoại lực rất mạnh vì vậy bệnh nhân thường có nhiều chấn thương. Chấn thương bụng kín (CTBK) cũng nằm trong bối cảnh như vậy. Tại bệnh viện Việt Đức trong 5 năm gần đây trung bình có khoảng 400 CTBK trong 1 năm. Khoảng 65% CTBK nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương (ĐCT), 18,3% có kèm chấn thương sọ não (CTSN) [1]. Trong ổ bụng có rất nhiều tạng, mức độ tổn thương cũng khác nhau vì vậy chẩn đoán chính xác được tạng nào tổn thương, tổn thương ở mức độ nào là rất khó. Khi bệnh nhân bị CTSN việc chẩn đoán trở nên khó khăn hơn do không tỉnh, thăm khám khó và dễ bỏ sót [2].

Hiện nay nhiều phương tiện chẩn đoán hiện đại ra đời như siêu âm (SA), chụp cắt lớp vi tính (CLVT), chụp cộng hưởng từ... đã giúp cho việc

chẩn đoán chính xác hơn tuy nhiên còn nhiều trường hợp vẫn không chẩn đoán được dẫn đến mổ bụng không cần thiết hoặc bỏ sót tổn thương [1].

CTBK cũng làm cho tình trạng CTSN nặng hơn cho nên việc quyết định can thiệp tổn thương ở bụng hay ở sọ não hay cả hai là một điều khó khăn. Trên thế giới cũng như Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chấn thương bụng kín ở bệnh nhân có CTSN.*
2. *Đánh giá kết quả điều trị chấn thương bụng kín ở bệnh nhân có CTSN.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: là những bệnh nhân CTSN Glasgow \leq 12 chỉ có kèm theo tổn thương tạng ổ bụng được chẩn đoán, điều trị tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2015 đến tháng 6/2016. Loại trừ những bệnh nhân có tổn thương khác (chấn thương ngực, chấn thương chi...) và đã mổ ở tuyến trước.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian 1/2015 đến 6/2016 có 75 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu gồm 62 nam (82,7%), 13 nữ (17,3%), tuổi trung bình $35,60 \pm 12,76$ (16-68).

74,7% (56 BN) có sơ cứu trong đó 45 BN bị sốc. Khi đến viện 36 BN còn trong tình trạng sốc (30 BN đã qua sơ cứu. 6 BN đến thẳng viện). 70 BN có Glasgow từ 9-12 điểm, 5 BN từ 3-8 điểm.

Khi thăm khám lâm sàng có 61,3% có phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc 12%, tổn thương thành bụng (sây sát, tụ máu...) 58,7%, bụng trướng 77,3%. Chính vì vậy chẩn đoán ban đầu có tới 30,7% (23BN) chỉ là có CTBK, vỡ gan 34,7% (26BN), vỡ lách 14,7% (11BN), vỡ tạng rỗng 5,3% (4 BN)...

100% BN được SA ổ bụng. SA phát hiện được dịch ổ bụng ở 59 BN (78,67%), không phát hiện được dịch ở 16 BN (21,33%). SA xác định được vỡ tạng (đường vỡ, đưng giáp) ở 31 BN (18 vỡ gan, 9 vỡ lách, 3 vỡ thận, 1 vỡ tụy)

100% BN được chụp CLVT ổ bụng và sọ não

Bảng 1 Những tổn thương tạng ổ bụng phát hiện được trên phim chụp CLVT

Tạng tổn thương	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	Độ V	Độ VI	Tổng
Gan	2	10	11	5	0	0	28
Lách	3	5	8	1	0	0	17
Thận	1	2	2	0	0	0	5
Tụy	0	0	1	1	0	0	2

Ông tiêu hóa	0	2	5	0	0	0	7
Bàng quang	0	0	2	0	0	0	2

Bảng 2. Những tổn thương sọ não phát hiện trên phim chụp

Tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tụ máu ngoài màng cứng	13	17,3
Tụ máu dưới màng cứng	6	8,0
Máu tụ trong não	49	65,4
Máu tụ phối hợp	7	9,3
Tổng	75	100

Sau khi có các thăm dò chẩn đoán hình ảnh, theo dõi các BS có các quyết định xử trí: mổ cả CTSN và CTBK (6BN), mổ CTSN, theodõi CTBK (17BN), mổ CTBK theo dõi CTSN (9BN), chỉ theo dõi 43 BN.

Bảng 3. Số BN được mổ và điều trị bảo tồn CTBK

Số BN	BN mổ		BN bảo tồn	Tổng
	Nội soi	Mổ mở		
	5	10	60	75

Thời gian theo dõi trung bình từ khi vào viện đến khi mổ trung bình là $14,36 \pm 11,33$ h, sớm nhất là 20ph, muộn nhất là 82 giờ

Bảng 4. Số BN được điều trị phẫu thuật và điều trị bảo tồn CTSN

Số BN	BN phẫu thuật	BN bảo tồn	Tổng
	23	52	75

Trong 6 BN vừa mổ CTSN vừa mổ CTBK có 2 BN mổ lấy xương lún kèm mổ vỡ gan (1) và vỡ lách (1), 4 BN mổ lấy máu tụ trong sọ kèm mổ vỡ thận (1), tụy (1), hồng tràng (1), vỡ gan và tụy (1).

Kết quả tổng hợp tổn thương tạng sau mổ và điều trị

Bảng 4: Các loại tổn thương tạng

Tạng tổn thương	Số BN	Tỷ lệ (%)
Vỡ tạng đặc đơn thuần (gan, lách, ...)	52	69,33
Vỡ từ 2 tạng đặc trở lên	15	20
Vỡ tạng đặc kèm ông tiêu hóa	0	0
Vỡ ông tiêu hóa	6	8
Vỡ bàng quang đơn thuần	1	1,33
Vỡ bàng quang kèm theo tổn thương tạng khác	1	1,33
Tổng số	75	100

Kết quả điều trị: Có 1 BN đã bị thủng đụng ruột non hoại tử sau 3 ngày vào viện.

- Có 1 BN chấn thương thận mổ ngày thứ 3 sau khi vào viện do quá trình theo dõi thấy khối máu tụ quanh thận tăng lên, và huyết động không ổn định.

- Có 1 BN chấn thương tụy độ IV sau điều trị 22 ngày hình thành nang giả tụy đã được mổ nối nang tụy – dạ dày, sau mổ ổn định ra viện.

- Không có BN tử vong ở nhóm BN điều trị bảo tồn CTBK-CTSN

- Không có biến chứng chảy máu sau mổ, xì bục chỗ khâu nối tạng rỗng, sót tổn thương tạng hay áp xe tồn dư sau mổ.

- Có 2 BN bị nhiễm trùng vết mổ trong đó có 1 BN mổ viêm phúc mạc do đụng ruột non hoại tử (sau 82h vào viện), 1 BN bị vỡ D3 tá tràng.

- Có 2 BN diễn biến nặng sau mổ: 1 BN được chẩn đoán sốc ĐCT: CTSN, TMDMC bán cầu trái Glasgow 8 điểm + CTBK vỡ gan độ II, vỡ eo tụy đã được chuyển thẳng nhà mổ phẫu thuật lấy khối máu tụ giải tỏa não, nối tụy ruột, mở thông hồng tràng, sau mổ chuyển khoa hồi sức tích cực

điều trị, BN suy đa tạng do sốc ĐCT, gia đình xin cho BN về. 1 BN được chẩn đoán CTSN, tụ máu DMC Glasgow 12 điểm kèm vỡ D2 tá tràng, đụng dập mạc treo đại tràng đã được xử lý lấy khối máu tụ giải tỏa não, khâu tá tràng, nối vị tràng. Sau mổ 3 ngày thấy tri giác của BN giảm dần (Glasgow 10 điểm), chụp lại CLVT sọ não thấy ổ đụng dập tụ máu tăng lên. BN sốt cao, bụng trướng, điều trị theo dõi 2 ngày sau tình trạng chung xấu đi gia đình xin về.

IV. BÀN LUẬN

BN chủ yếu là nam giới, tuổi còn trẻ cũng phù hợp với nguyên nhân tai nạn giao thông là chính ở Việt Nam, cũng giống như các mẫu nghiên cứu liên quan đến tai nạn đặc biệt là tai nạn giao thông [3]. Vì BN trong mẫu nghiên cứu có 2 chấn thương nên tình trạng toàn thân nặng, bằng chứng là có 51 BN (68%) có sốc sau tai nạn. Tuy nhiên do trình độ sơ cứu ban đầu có tiến bộ, thời gian vận chuyển BN được rút ngắn nên tình trạng sốc khi đến viện được cải thiện mặc dù còn 48%. Do tình trạng sốc, kèm theo có

CTSN nên việc thăm khám lâm sàng ban đầu gặp nhiều khó khăn do phải khám nhanh, BN không hợp tác (kích động, lơ mơ, hôn mê...), thành bụng có tổn thương (đụng giập, sây sạt, tụ máu...) nên chẩn đoán ban đầu thường mơ hồ. Chẩn đoán ban đầu đặt ra CTBK chiếm 30,7%, các chẩn đoán khác dựa vào các sây sạt ở thành bụng, chân tay nghĩ đến vỡ gan, lách... Ngay từ 1956 Morton.JH và cs đã nhận thấy trong 120 CTBK có 2/14 BN vỡ tạng rỗng bị bỏ sót tổn thương do có CTSN kèm theo [4]

Hầu hết các BN được hồi sức ổn định làm tiếp các thăm dò, chỉ có 2 BN cần chuyển mổ sớm do tình trạng sốc không cải thiện. Để giúp chẩn đoán các tổn thương giải phẫu ở sọ não cũng như trong ổ bụng, tất cả các BN đều được siêu âm ổ bụng, chụp CLVT sọ não và ổ bụng

SA ổ bụng là thăm dò bắt buộc ở BN có nhiều chấn thương khi cấp cứu tại BV Việt Đức. SA có tính sàng lọc tốt, dễ thực hiện, làm tại giường, làm nhiều lần. SA phát hiện dịch ổ bụng tốt. Có 59 BN (78,67%) phát hiện được dịch trên siêu âm ở các vị trí, độ dày mỏng lớp dịch khác nhau; có 12 BN (17,33%) phát hiện có tụ máu sau phúc mạc. Theo một số nghiên cứu, để phát hiện được dịch ở Morison, lượng dịch trung bình phải trên 500ml [5]. SA phát hiện đường vỡ tạng kém hơn. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, siêu âm phát hiện ra được 18/28 tổn thương gan; 9/17 tổn thương lách; 3/6 tổn thương thận; và 1/2 tổn thương tụy.

Chụp CLVT là phương tiện tuy đắt tiền, khó thực hiện, không di động nhưng lại chẩn đoán chính xác các tổn thương: dịch ổ bụng, đường vỡ, ổ đựng giập nhu mô... Thậm chí có những tổn thương đánh giá chính xác hơn cả mổ mở: tổn thương mạch, đựng giập sâu trong nhu mô...[6]. Nhưng chụp CLVT lại không đánh giá được những tổn thương tạng rỗng nhất là tổn thương nông (rách thanh mạc, đựng giập...), đây lại là những tổn thương có thể dẫn đến hoại tử gây viêm phúc mạc [7]. Chính vì vậy sau khi chụp CLVT ổ bụng việc đánh giá có tổn thương tạng không, độ tổn thương khá chính xác nó giúp cho chẩn đoán và thái độ xử trí tốt hơn nhiều. Trong số 75 BN được chụp CLVT có 71 trường hợp xác định có dịch ổ bụng đều có tổn thương tạng và ở những BN có chỉ định mổ thì khi mổ đều có dịch. Chính vì khả năng phát hiện dịch ổ bụng rất chính xác này trong nhiều nghiên cứu người ta xem phim chụp CLVT như chuẩn vàng để đánh giá các chỉ số khác nhất là ở nhóm CTBK không có chỉ định mổ bụng. Trong các BN bị vỡ tạng rỗng có 1 BN chụp CLVT không phát

hiện được tổn thương (dịch, khí tự do) từ đầu, sau 3 ngày khi xuất hiện viêm phúc mạc mới phát hiện được, có lẽ do tổn thương kín đáo diễn biến thủng ruột.

Các tổn thương tạng đặc ở nhóm mổ đều đúng với kết quả chụp trước mổ, còn ở nhóm bảo tồn tuy không có kiểm chứng trực tiếp chỉ đánh giá gián tiếp bằng BN ra viện không có biến chứng. Đối với CTSN, chụp CLVT là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán tổn thương là cơ sở chính để quyết định có mổ hay không.

Trong thực tế lâm sàng tuy chẩn đoán hình ảnh chỉ ra được dịch ổ bụng, tổn thương tạng đặc nhưng không loại trừ được tổn thương tạng rỗng, thăm khám lâm sàng có phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc, bụng trướng... nhiều khi vẫn phải quyết định kiểm tra ổ bụng. Chính sự đan xen giữa 2 tổn thương đòi hỏi chỉ định điều trị là một nghệ thuật. Có tới 23 BN có mổ CTSN chỉ có 6 BN kèm mổ CTBK, 17 BN theo dõi tình trạng CTBK. Nhiều khi nếu chỉ có CTBK có thể theo dõi nhưng có chỉ định mổ CTSN thì nên phối hợp nội soi kiểm tra ổ bụng vì cùng cuộc và tránh khó khăn cho theo dõi. Ngược lại nhiều khi chỉ có CTBK có thể theo dõi nhưng nguy cơ tụt huyết áp, huyết áp thấp dễ gây phù não nên mổ bụng để hồi sức thuận lợi hơn. Khi quyết định mổ lại cần cân nhắc giữa mổ nội soi và mổ mở vì mổ nội soi có nhiều ưu điểm nhưng có nhược điểm bơm CO₂ dễ làm ưu thán, phù não, tiến hành lâu hơn, khó giải quyết tổn thương lớn...

Cũng chỉ có 15 BN (20%) cần mổ, trong đó 5 BN được mổ NSOB đa số là do vỡ tạng rỗng (7/15). Các BN đều phát hiện tổn thương từ rách thanh cơ ruột đến tổn thương gan, lách tụy. Các BN mổ NSOB không chuyển mổ mở. Như vậy các chỉ định mổ đều xác đáng không có mổ bụng không cần thiết.

Đa số tổn thương là tổn thương tạng đặc nên tỷ lệ điều trị bảo tồn cao. Trong đó có 1 BN khi vào không phát hiện được tổn thương, theo dõi CTSN đến ngày thứ 3 mới xuất hiện sốt, bụng trướng, CLVT có dịch khí ổ bụng, BN phải mổ do vỡ hồng tràng. Các diễn biến tổn thương tạng đặc cần phải mổ chỉ có 1 chấn thương thận (mổ lấy máu tụ sau phúc mạc), 1 chấn thương tụy (mổ nối nang tụy dạ dày sau 22 ngày), còn lại 60 BN khác tình trạng bụng đều ổn định ra viện. 2 BN nặng về đều có tổn thương sọ não và bụng nặng nề, tình trạng sốc, đều phải mổ cả 2 tổn thương, diễn biến sau mổ tri giác đều xấu đi, suy đa tạng. 13 BN khác phải mổ bụng kết quả đều tốt.

V. KẾT LUẬN

75 BN bị CTBK kèm CTSN (Glasgow dưới 13 điểm) đa số bị sốc sau tai nạn (80,3%). 13,9% có Glasgow dưới 9 điểm. Chẩn đoán ban đầu rất khó khăn. Tất cả đều được SA ổ bụng, chụp CLVT sọ não và ổ bụng. Chẩn đoán hình ảnh giúp định hướng xử trí rất tốt.

Xử trí: mổ cả CTSN và CTBK (6BN), mổ CTSN, theo dõi CTBK (17BN), mổ CTBK theo dõi CTSN (9BN), chỉ theo dõi cả hai 43 BN. Trong đó 1 BN phát hiện vỡ tạng rỗng ruột, 2 BN cần mổ vỡ tạng đặc do diễn biến ruột, 2 BN vừa mổ CTSN, CTBK tình trạng nặng gia đình xin về, các BN còn lại ổn định ra viện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Tư Hoàng (2009). "Nghiên cứu ứng dụng nội soi ổ bụng trong chẩn đoán và điều trị chấn thương bụng kín", Luận án tiến sỹ y học, Hà Nội.
2. David J.J. (1976). Diagnosis and management of blunt abdominal trauma. *Ann. Surg.* 183 (6), 672 – 678.
3. Nguyễn Đức Chính, Cao Đức Lập, Nguyễn Đức Hiệp, Nguyễn Văn Oánh, Nguyễn Văn Lăng, Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Tiến Quyết (2006), "Bước đầu triển khai giám sát tai nạn thương tích tại bệnh viện Việt Đức năm 2006", *Hội nghị khoa học quốc tế phòng chống tai nạn thương tích xây dựng cộng đồng an toàn*, tr. 433-443.
4. Morton J.H, Hinshaw J.R, Oxon D.P, Morton J.J (1956), "Blunt trauma to the abdomen", *Ann Surg*, 145(5), pp. 699-710.
5. Phạm Minh Thông (1999). "Nghiên cứu giá trị của siêu âm trong chẩn đoán vỡ gan, vỡ lách do chấn thương". Luận án tiến sỹ y học, Hà Nội.
6. Rhea. J.T, Garza. D.H, Novelline. R.A (2004), "Controversies in emergency radiology CT versus ultrasound in the evaluation of blunt abdominal trauma", *Emergency Radiology*, 10, pp. 289-295.
7. Becker. C.D, Mentha. G, Terrier (1998). "Blunt Abdominal trauma in adults: role of CT in the diagnosis and management of visceral injuries. Part 2: Gastrointestinal tract and retroperitoneal organs", *Eur.Radio.* 8, 772-780

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC THÁI ĐỘ HÀNH VI CHĂM SÓC CỦA CHA MẸ CÓ TRẺ THỪA CÂN BÉO PHÌ TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM TIỀN GIANG NĂM 2016

Tạ Văn Trâm*, Phạm Thế Hiền**

TÓM TẮT¹¹

Đặt vấn đề: Béo phì ở trẻ em ngày nay đã trở thành mối quan tâm lớn về sức khỏe cho các bác sĩ, cha mẹ, và các cơ quan y tế trên toàn thế giới. **Mục tiêu:** Đánh giá kiến thức thái độ hành vi chăm sóc của cha mẹ có trẻ thừa cân béo phì tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2016 và các yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả. **Kết quả:** 12 cha mẹ (18,2%) chưa có kiến thức đúng về thừa cân béo phì ở trẻ em. Nhiều cha mẹ không đồng ý trẻ đang bị thừa cân béo phì (32 cha mẹ, 48,5%). Đa số cha mẹ cho rằng việc kiểm soát ăn uống của trẻ là khó khăn nhất trong việc duy trì quản lý cân nặng phù hợp cho trẻ. Vẫn còn nhiều phụ huynh chỉ thực hiện 1 trong 2 phương pháp là chỉ kiểm soát việc ăn uống hoặc chỉ kiểm soát việc tập thể dục để duy trì cân nặng phù hợp cho trẻ. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy cha mẹ có thái độ đúng về thừa cân béo phì sẽ có xu hướng tìm kiếm các thông tin về duy trì, kiểm soát cân nặng phù hợp cho

trẻ nhiều hơn các cha mẹ có thái độ không đúng, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Kiến thức thái độ, hành vi, Béo phì,

SUMMARY

EVALUATE PARENTAL KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIOURS WHOSE THEIR CHILDREN WITH OVERWEIGHT AND OBESITY AT PEDIATRIC DEPARTMENT, TIEN GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2016

Background: Obesity among children today has become a major concern about the health of doctors, parents, and health authorities around the world. **Objective:** To evaluate parental knowledge, attitudes and behaviours whose their children with overweight and obesity at pediatric department, tien giang general hospital in 2016 and it's associated factors. **Methods:** Cross-sectional description. **Results:** 12 parents (18.2%) have incorrect knowledge about childhood overweight and overweight. Most parents don't recognize that their children are overweight and obesity (32 parents, 4.5%). Most parents said that eating control is the most difficult way in maintaining their children healthy weight status. Many parents do only one way to maintain their children healthy weight status: eating control or doing exercise. **Conclusion:** There is a relationship between parental attitude of childhood obesity and proportion of parents help their children control healthy weight status, the relationship has statistically significant, $p < 0.05$.

*Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

**Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền

Email: hien_fr@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 13.2.0217

Ngày duyệt bài: 27.2.2017

Key words: Knowledge, attitudes, behaviours, Obesity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Béo phì ở trẻ em ngày nay đã trở thành mối quan tâm lớn về sức khỏe cho các bác sĩ, cha mẹ, và các cơ quan y tế trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, các cuộc điều tra dịch tễ trước năm 1995 cho thấy tỷ lệ thừa cân không đáng kể, béo phì hầu như không có. Nhưng với những điều tra thừa cân, béo phì ở người trưởng thành Việt Nam năm 2005 thấy 16,3% bị thừa cân, béo phì và tỷ lệ ở thành thị là 32,5%, cao hơn so với 13,8% ở nông thôn.

Những nghiên cứu ở trẻ em tuổi học đường cũng cho thấy tỷ lệ thừa cân, béo phì đang có xu hướng gia tăng. Năm 2014, một nghiên cứu ở nhóm trẻ từ 6-14 tuổi thấy tỷ lệ thừa cân là 10,7%, một nghiên cứu khác về tỉ lệ trẻ mẫu giáo thừa cân béo phì là 21,2% tại thành phố Hồ Chí Minh, nơi có tỷ lệ thừa cân, béo phì trẻ em cao nhất trên toàn quốc. Theo Viện dinh dưỡng quốc gia công bố điều tra thực hiện tháng 11 và tháng 12 năm 2012 tại hai trường mầm non Quận Hoàn Kiếm Hà Nội có 39,9% trẻ từ 4-9 tuổi bị thừa cân béo phì.

Thực tế chưa có nhiều số liệu về tình trạng thừa cân béo phì của trẻ em tại bệnh viện. Các nhân viên y tế thường chỉ chú trọng đến bệnh lý nhập viện của trẻ mà lại ít quan tâm đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ, đặc biệt là vấn đề thừa cân béo. Ý thức được tầm quan trọng của vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá kiến thức thái độ hành vi chăm sóc

của cha mẹ có trẻ thừa cân béo phì tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2016". Mục tiêu tổng quát: *Đánh giá kiến thức thái độ hành vi chăm sóc của cha mẹ có trẻ thừa cân béo phì tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2016 và các yếu tố liên quan.* Mục tiêu cụ thể:

Khảo sát đặc điểm nhân khẩu xã hội học của đối tượng nghiên cứu

Xác định tỷ lệ cha mẹ có kiến thức, thái độ và hành vi đúng về cân béo phì

Xác định tỉ lệ cha mẹ có kế hoạch duy trì quản lý cân nặng phù hợp cho trẻ

Xác định mối liên quan của các yếu tố: kiến thức, thái độ hành vi có liên quan đến việc duy trì cân nặng phù hợp cho trẻ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: trẻ thừa cân béo phì tại khoa Nhi bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2016 và cha mẹ trẻ.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: điều tra cắt ngang mô tả
+ Điều tra cắt ngang xác định tỉ lệ thừa cân béo phì.

+ Thời gian nghiên cứu: năm tháng 1 năm 2016 đến tháng 6 năm 2016.

+ Cỡ mẫu và cách chọn mẫu cho điều tra cắt ngang: Lấy trọn mẫu, tất cả các trẻ thừa cân béo phì được ghi nhận được điều trị trong thời gian nghiên cứu. Trong thời gia nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 66 trường hợp trẻ thừa cân béo phì phù hợp tiêu chí chọn mẫu.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm dân số - xã hội học

Bảng 1: Tần số và tỉ lệ trẻ phân bố theo giới, lứa tuổi (n=66)

Đặc tính		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	35	53,0
	Nữ	31	47,0
	Tổng	66	100
Lứa tuổi	4 tuổi	11	16,7
	5 tuổi	7	10,6
	6 tuổi	12	18,2
	7 tuổi	10	15,2
	8 tuổi	20	30,3
	9 tuổi	6	9,1
	Tổng	66	100

Nhận xét: Trong 66 trẻ thừa cân béo phì được khảo sát, có 35 trẻ trai (53%) và 31 trẻ gái (47%). Lứa tuổi chủ yếu của trẻ là 8 tuổi (20 trẻ, chiếm 30,3%), thấp nhất là trẻ 9 tuổi (6 trẻ, 9,1%).

Bảng 2: Phân bố đặc điểm học vấn và nghề nghiệp của cha mẹ

Đặc tính	Cha		Mẹ		
	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	
Trình	Không biết chữ	3	4,5	2	3,0

độ học vấn	Cấp I	2	3,0	3	4,5
	Cấp II	14	21,2	16	24,2
	Cấp III	30	45,5	23	34,8
	Trung cấp, cao đẳng	11	16,7	22	33,3
	Đại học, sau đại học	6	9,1	0	0
	Tổng	66	100,0	66	100,0
Nghề nghiệp	Nhân viên	17	25,8	33	50,0
	Buôn bán	21	31,8	15	22,7
	Lao động	12	18,2	12	18,2
	Nội trợ, thất nghiệp	16	24,2	6	9,1
	Tổng	66	100,0	66	100,0

Nhận xét: Trình độ học vấn chủ yếu của cha là cấp III (30 người, 45,5%) với nghề nghiệp chủ yếu là buôn bán (21 người, 25,8%). Trình độ học vấn chủ yếu của mẹ là cấp III (23 người, 34,8%) với nghề nghiệp chủ yếu là nhân viên (33 người, 50%).

Bảng 2: Phân bố tình trạng kinh tế của gia đình

Đặc tính	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Hộ nghèo	0	0
Hộ cận nghèo	2	3,1
Hộ thu nhập trung bình	45	68,1
Hộ thu nhập khá	19	28,8
Tổng cộng	66	100,0

Nhận xét: Thu nhập bình quân của các hộ gia đình chủ yếu ở mức thu nhập trung bình (45 hộ gia đình, 68,1%), chiếm tỉ lệ thấp nhất là các cận nghèo (2 hộ gia đình, 3,1%)

Kiến thức thái độ hành vi của cha mẹ lên thừa cân béo phì của trẻ.

Bảng 4: Tỉ lệ kiến thức đúng của cha mẹ về béo phì và các vấn đề sức khỏe do thừa cân béo phì (n=66)

Nội dung	Tần số	Tỉ lệ %
Nguyên nhân gây ra thừa cân béo phì	24	36,4
Phương pháp để quản lý cân nặng phù hợp cho trẻ	23	34,8
Sữa bột có thành phần dinh dưỡng như sữa mẹ	46	69,7
Nước ngọt tốt cho sức khỏe	62	93,9
Uống nhiều nước trái cây tốt cho sức khỏe	66	100
Thức ăn chế biến sẵn (khoai tây chiên, bắp rang, bánh ngọt,..) tốt cho sức khỏe của trẻ	60	90,9
Thức ăn nhanh (gà rán, pizza, sandwich, bánh mì) có thành phần dinh dưỡng tốt cho sức khỏe của trẻ	55	83,3
Thức ăn đóng hộp tốt hơn thức ăn tươi sống	62	93,9
Trẻ vận động ngoài trời tốt hơn trong nhà	48	72,7
Cho trẻ ăn nhiều dầu mỡ sẽ tốt cho sức khỏe	47	71,2
Ăn hợp lý các nhóm thức ăn giúp trẻ tránh thừa cân béo phì	57	86,4
Ăn vừa đủ theo lứa tuổi giúp trẻ phòng tránh thừa cân béo phì	60	90,9
Tăng vận động giúp trẻ phòng ngừa thừa cân béo phì	66	100
Giảm thức ăn có nhiều dầu mỡ giúp trẻ phòng ngừa thừa cân béo phì	57	86,4
Giảm các loại thức ăn nhanh giúp trẻ phòng ngừa thừa cân béo phì	63	95,5
Cho trẻ ăn nhiều loại trái cây tốt cho sức khỏe của trẻ	63	95,5
Kiến thức chung:		
Đúng (≥ 12 câu)	54	81,8
Không đúng (< 12 câu)	12	18,2

Nhận xét: Đa số cha mẹ có kiến thức đúng về thừa cân béo phì (54 cha mẹ, 81,8%). Tuy nhiên, vẫn còn 12 phụ huynh (18,2%) chưa có kiến thức đúng về thừa cân béo phì ở trẻ em.

Bảng 5: Tỉ lệ thái độ đúng của cha mẹ về béo phì và các vấn đề sức khỏe do thừa cân béo phì (n=66)

Nội dung	Đồng ý		Không đồng ý	
	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %
Trẻ của anh/chị đang bị thừa cân béo phì	32	48,5	34	51,5

Thừa cân béo phì có ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe của trẻ	19	28,8	47	71,2
Thừa cân béo phì ở trẻ em cần phải phòng ngừa	38	57,6	28	42,4
Trẻ mập mạp thì xinh xắn đáng yêu	63	95,5	3	4,5
Trẻ mập béo thì sẽ khỏe mạnh hơn trẻ bình thường	56	84,8	10	15,2
<i>Thái độ chung</i>	Tần số		Tỉ lệ	
Đúng (trả lời đúng đủ 5 câu)	8		12,1	
Không đúng	58		87,9	

Nhận xét: Phân nửa cha mẹ không đồng ý trẻ đang bị thừa cân béo phì (32 cha mẹ, 48,5%), chỉ 19 cha mẹ cho rằng thừa cân béo phì có ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe của trẻ (28,8%), 38 cha mẹ đồng ý thừa cân ở trẻ em cần phải phòng ngừa (57,6%). Nhiều cha mẹ vẫn còn quan niệm rằng trẻ mập mạp thì xinh xắn đáng yêu (63 cha mẹ, 95,5%) và quan niệm trẻ mập béo thì sẽ khỏe mạnh hơn trẻ bình thường (56 cha mẹ, 84,8%).

Bảng 6: Tỉ lệ hành vi đúng của cha mẹ về liên quan đến thừa cân béo phì (n=63)

Nội dung	Tần số	Tỉ lệ %
Trẻ không xem tivi hơn 2h mỗi ngày	22	33,3
Trẻ không xem tivi hoặc máy vi tính trong khi đang ăn	21	31,8
Cha mẹ không để trẻ là người quyết định muốn xem tivi trong bao lâu	23	34,8
Cha mẹ không để trẻ là người quyết định số lượng kẹo và thức ăn ngọt mà trẻ muốn ăn	22	33,3
Trẻ không ăn thức ăn vặt, như khoai tây chiên, bánh quy, kem hoặc kẹo giữa các bữa ăn	15	22,7
Mẹ hạn chế chế biến các món chiên xào cho trẻ	8	12,1
<i>Kiến thức chung</i>		
Đúng (trả lời ≥ 5 câu)	3	4,5
Không đúng (trả lời < 5 câu)	63	95,5

Nhận xét: Đa số cha mẹ không thực hiện các hành vi đúng liên quan đến thừa cân béo phì cho trẻ (63,3 cha mẹ, 95,5%), chỉ có 3 cha mẹ (4,5%) thực hiện đúng các hành vi có lợi, giúp trẻ phòng ngừa thừa cân béo phì cho trẻ.

Chiến lược quản lý cân nặng phù hợp cho trẻ

Bảng 7: Khó khăn của cha mẹ trong quá trình duy trì cân nặng phù hợp cho trẻ

	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Kiểm soát việc ăn uống	30	45,5
Tập thể dục	18	27,3
Kiểm soát ăn uống và tập thể dục	12	18,2
Y kiến khác	6	9,1
Tổng cộng	66	100,0

Nhận xét: Trong 66 cha mẹ có quan tâm tìm kiếm thông tin duy trì cân nặng phù hợp cho trẻ, đa số cha mẹ (30 người, 45,5%) cho rằng việc kiểm soát ăn uống của trẻ là khó khăn nhất trong việc duy trì quản lý cân nặng phù hợp cho trẻ.

Bảng 8: Thực hành của cha mẹ để quản lý cân nặng phù hợp cho trẻ

	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Chỉ chế độ ăn	12	18,2
Chỉ tập thể dục	21	31,8
Kiểm soát ăn uống và tập thể dục	30	50,0
Y kiến khác	0	0
Tổng cộng	66	100,0

Nhận xét: Có 50% phụ huynh kiểm soát việc ăn uống kết hợp tập thể dục cho trẻ để giúp trẻ duy trì cân nặng phù hợp.

Mối liên quan giữa kiến thức thái độ đúng của cha mẹ về thừa cân béo phì với hành vi tìm kiếm thông tin duy trì cân nặng phù hợp cho trẻ

Bảng 9: Mối liên quan giữa kiến thức của cha mẹ về thừa cân béo phì với hành vi tìm kiếm thông tin duy trì cân nặng phù hợp cho trẻ:

	Tìm kiếm thông tin		Tổng cộng	p
	Có	Không		

Kiến thức về thừa cân béo phì	Đúng	n	20	34	54	> 0.01
		%	37,0%	63,0%	100,0%	
	Sai	n	2	10	12	
		%	16,7%	83,3%	100,0%	
Tổng		22	44	66		

Nhận xét: Tỷ lệ cha mẹ có kiến thức đúng về thừa cân béo phì tìm kiếm thông tin về quản lý cân nặng phù hợp cho trẻ cao hơn cha mẹ có kiến thức không đúng, tuy nhiên kết quả mối liên quan không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,01$

IV. BÀN LUẬN

4.1 Kiến thức thái độ hành vi của cha mẹ lên thừa cân béo phì của trẻ

Đa số cha mẹ có kiến thức đúng về thừa cân béo phì (54 cha mẹ, 81,8%). Tuy nhiên, vẫn còn 12 phụ huynh (18,2%) chưa có kiến thức đúng về thừa cân béo phì ở trẻ em. Trần Thị Hồng Loan phát hiện kiến thức bà mẹ có liên quan với tình trạng thừa cân béo phì của trẻ. Điều này cho thấy cung cấp kiến thức về dinh dưỡng cho bà mẹ là một phần rất quan trọng trong việc phòng chống thừa cân béo phì ở trẻ. Kiến thức về phòng chống suy dinh dưỡng đã được phổ biến khá rộng rãi trong xã hội, nhưng kiến thức dinh dưỡng hợp lý phòng chống thừa cân béo phì chưa được truyền thông đầy đủ đến các tầng lớp dân cư, nhất là phụ nữ có con dưới 5 tuổi và cha mẹ có trẻ đang bị thừa cân béo phì.

Tuy đa số cha mẹ có kiến thức đúng về thừa cân béo phì, nhưng nhiều cha mẹ không đồng ý trẻ đang bị thừa cân béo phì (32 cha mẹ, 48,5%). Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số cha mẹ không nhận thức đúng tình trạng thừa cân béo phì của trẻ. Nhiều cha mẹ vẫn còn quan niệm rằng trẻ mập mạp thì xinh xắn đáng yêu (63 cha mẹ, 95,5%) và quan niệm trẻ mập béo thì sẽ khỏe mạnh hơn trẻ bình thường (56 cha mẹ, 84,8%). Kết quả nghiên cứu này giống với nhiều nghiên cứu đã thực hiện để đánh giá nhận thức của cha mẹ về tình trạng cân nặng của trẻ. Đa số cha mẹ cho rằng trẻ ốm trong khi trẻ có cân nặng bình thường, và nhiều cha mẹ cho rằng trẻ vừa cân trong khi trẻ đang thừa cân béo phì. Nhận thức không đúng của cha mẹ về tình trạng thừa cân béo phì của trẻ làm cho cha mẹ có hành vi không đúng trong việc chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ, làm tăng thêm nguy cơ gây thừa cân béo phì cho trẻ. Hơn nữa, việc cung cấp kiến thức cho bà mẹ về nguy cơ và tác hại của thừa cân béo phì thì dễ dàng hơn việc thay đổi thái độ của bà mẹ về mong muốn có một trẻ béo mập đáng yêu. Việc bà mẹ thích và có thái độ đồng ý rằng trẻ béo mập sẽ khỏe hơn trẻ bình thường là thái độ chưa đúng của bà mẹ và làm cho trẻ có nguy cơ thừa cân béo phì cao hơn. Kết quả nghiên cứu ghi nhận, đa số cha mẹ không thực

hiện các hành vi đúng liên quan đến thừa cân béo phì cho trẻ (63 cha mẹ, 95,5%), chỉ có 3 cha mẹ (4,5%) thực hiện đúng các hành vi có lợi, giúp trẻ phòng ngừa thừa cân béo phì cho trẻ.

4.2 Chiến lược quản lý cân nặng phù hợp cho trẻ

Trong 66 cha mẹ có quan tâm tìm kiếm thông tin duy trì cân nặng phù hợp cho trẻ, đa số cha mẹ (30 người, 45,5%) cho rằng việc kiểm soát ăn uống của trẻ là khó khăn nhất trong việc duy trì quản lý cân nặng phù hợp cho trẻ.

Trong 66 cha mẹ có quan tâm tìm kiếm thông tin duy trì cân nặng phù hợp cho trẻ, đa số cha mẹ (10 người, 45,5%) cho rằng việc kiểm soát ăn uống của trẻ là khó khăn nhất trong việc duy trì quản lý cân nặng phù hợp cho trẻ. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu của Đỗ Minh Loan và các nghiên cứu đã thực hiện trên thế giới cho thấy các bậc cha mẹ đều cảm thấy bối rối trước việc từ chối cho trẻ ăn những thức ăn có nguy cơ gây ra thừa cân béo phì cho trẻ. Nhân viên y tế cần có kế hoạch giúp cha mẹ giúp trẻ kiểm soát được thói quen ăn uống có lợi để phòng ngừa được thừa cân béo phì.

Có 50% đều kiểm soát việc ăn uống kết hợp tập thể dục cho trẻ để giúp trẻ duy trì cân nặng phù hợp. Vẫn còn nhiều phụ huynh chỉ thực hiện 1 trong 2 phương pháp là chỉ kiểm soát việc ăn uống hoặc chỉ kiểm soát việc tập thể dục để duy trì cân nặng phù hợp cho trẻ. Như vậy, qua kết quả nghiên cứu cho thấy nhân viên y tế cần có những chương trình giáo dục sức khỏe để giúp cha mẹ thực hiện đúng phương pháp duy trì cân nặng phù hợp cho trẻ.

4.3 Mối liên quan giữa kiến thức thái độ đúng của cha mẹ về thừa cân béo phì với hành vi tìm kiếm thông tin duy trì cân nặng phù hợp cho trẻ

Tỷ lệ cha mẹ có kiến thức đúng về thừa cân béo phì tìm kiếm thông tin về quản lý cân nặng phù hợp cho trẻ cao hơn cha mẹ có kiến thức không đúng, tuy nhiên kết quả mối liên quan không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,01$

Kết quả nghiên cứu cho thấy cha mẹ có thái độ đúng về thừa cân béo phì sẽ có xu hướng tìm kiếm các thông tin về duy trì, kiểm soát cân

nặng phù hợp cho trẻ nhiều hơn các cha mẹ có thái độ không đúng, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Kết quả các nghiên cứu trong nước như của Ngô Trọng Khánh, Phùng Đức Nhật cho thấy phụ huynh có kiến thức đúng về thừa cân béo phì chưa đủ để giúp trẻ phòng ngừa thừa cân béo phì, mà cha mẹ cần có thái độ đúng về thừa cân béo phì trẻ em, từ đó cha mẹ sẽ sẵn sàng tìm kiếm các phương pháp duy trì cân nặng phù hợp cho trẻ, giúp trẻ phòng ngừa được đại dịch thừa cân béo phì. Kết quả nghiên cứu phù hợp theo lý thuyết niềm tin sức khỏe Health Belief Model. Lý thuyết niềm tin sức khỏe khẳng định rằng khi một người tin rằng nếu họ có nguy cơ bị một vấn đề y tế với hậu quả nghiêm trọng, niềm tin của họ về việc phòng ngừa bệnh, giảm được tỉ lệ mắc bệnh hoặc giúp họ có chất lượng cuộc sống tốt hơn, sẽ giúp họ vượt qua các rào cản nhận thức cản trở việc thay đổi hành vi của họ, từ đó họ sẽ chủ động tìm ra chiến lược để thay đổi hành vi, chủ động tìm kiếm thông tin hướng dẫn nâng cao sức khỏe, nâng cao nhận thức để thay đổi hành vi theo hướng có lợi cho sức khỏe. Như vậy, để thay đổi thái độ của cha mẹ, hướng họ đến hành vi có lợi phòng ngừa TCBP cho trẻ, thì nhân viên y tế, đặc biệt là người bác sĩ và điều dưỡng phải giúp cha mẹ trẻ nhận thức được tình trạng thừa cân béo phì của trẻ, cung cấp những chiến lược, hỗ trợ cha mẹ tìm kiếm thông tin và phương pháp trong việc thực hành hành vi phòng ngừa TCBP, từ đây cha mẹ trẻ sẽ sẵn sàng thay đổi hành vi phòng ngừa TCBP cho trẻ.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Cần đẩy mạnh các hoạt động tư vấn, truyền thông phòng chống béo phì bằng nhiều hình thức, nhiều kênh thông tin. Tăng cường phổ biến kiến thức về phòng chống béo phì cho bà mẹ, nhấn mạnh tác hại của béo phì: bệnh tật, ảnh hưởng tâm lý, năng suất lao động, tầm quan trọng của vận động, tập luyện thể dục thể thao, hạn chế ăn ngọt, ăn béo, uống sữa, tăng cường rau xanh, trái cây trong khẩu phần ăn.

Để thay đổi hành vi của cha mẹ về chăm sóc phòng chống béo phì ngoài việc nâng cao hiểu biết về cách phòng chống béo phì, còn phải giúp cha mẹ có nhận thức đúng về tình trạng thừa cân béo phì của trẻ, giúp cha mẹ trẻ có thái độ đúng về thừa cân béo phì. Ngành y tế phải tăng cường các chương trình truyền thông sức khỏe để bà mẹ và trẻ có thể tham gia, từ đó hành vi mới sẽ được củng cố và được duy trì để trở thành thói quen, hình thành nếp sống mới cho trẻ.

Tiếp tục nghiên cứu và đề xuất các mô hình can thiệp phòng chống béo phì tại cơ sở y tế và cộng đồng để kiểm soát và phòng vấn nạn béo phì đang chiều hướng tăng nhanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Viện dinh dưỡng, Unicef (2011) Báo cáo tóm tắt tổng điều tra dinh dưỡng 2009-2010. Tình hình dinh dưỡng Việt Nam năm 2009-2010. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2.
2. Ngô Trọng Khánh (2014) Tình trạng dinh dưỡng học sinh tiểu học tại thành phố Mỹ Tho tỉnh Tiền Giang năm 2014 và các yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thấp còi và thừa cân béo phì, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, 87 trang.
3. Phùng Đức Nhật (2014) Thừa cân béo phì ở trẻ mẫu giáo quận 5 TP Hồ Chí Minh và hiệu quả giáo dục sức khỏe, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, 120 trang.
4. Trần Thị Hồng Loan (2003) "Tình trạng thừa cân và béo phì các tầng lớp dân cư thành phố Hồ Chí Minh năm 1996-2001". Chuyên san Béo phì và cập nhật thông tin. Trung tâm Dinh Dưỡng thành phố Hồ Chí Minh. Thành phố Hồ Chí Minh.
5. Do L M, Viveca Larsson, T K Tran, H T Nguyen, Bo Eriksson, Benry Ascher (2016) "Vietnamese mother's conceptions of childhood overweight: findings from a qualitative study". Glob Health Action, 9 (30215)
6. Nicole Mareno (2013) "Parental perception of child weight: a concept analysis". Journal of Advanced Nursing, 70 (1), 34-45.
7. Nizal Sarrafzadegan, Katayoun Rabiei, Fatemeh Nouri, Noushin Mohammadifard, Fariborz Moattar, Hamidreza Roohafza, Shaghayegh Haghjooy Javanmard, Sonia Zarfeshani, Masoud Pourmoghaddas (2013) "Parental perceptions of weight status of their children". ARYA Atherosclerosis Journal, 9 (1), 61-69.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP CHỤP XQUANG PHỔI TRONG CHẨN ĐOÁN LAO PHỔI TẠI BỆNH VIỆN LAO VÀ BỆNH PHỔI HẢI DƯƠNG

Trần Văn Việt*, Nguyễn Xuân Hiền**

TÓM TẮT¹²

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh lao phổi và giá trị chẩn đoán của chụp X quang trong lao phổi. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 50 bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Lao và bệnh phổi Hải Dương trong tháng 12 năm 2014 được bác sĩ chỉ định chụp X-quang và làm xét nghiệm đờm tìm trực khuẩn lao. Thời gian nghiên cứu: từ ngày 1/12/2014 đến 30/12/2014. **Kết quả:** Nhóm tuổi trên 60 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất (33,3%). Tỷ lệ mắc lao của nam: nữ là 3:1. Dấu hiệu hình ảnh tổn thương bao gồm đám mờ nhạt không rõ ranh giới (83,33%), xơ hoá (54,17%), nốt mờ rải rác (12,5%), nốt mờ tập trung, hang lao và co kéo vòm hoành (4,17%). Vị trí tổn thương thường gặp ở thùy trên hai phổi, thùy trên phổi phải (70,83%), thùy trên phổi trái (54,17%). Một số tổn thương kèm theo như dày màng phổi và tràn dịch màng phổi. Độ nhạy của phương pháp X- quang rất cao (100%), tuy nhiên độ đặc hiệu không cao (11,54%). **Kết luận:** Phương pháp chụp Xquang có độ nhạy rất cao (100%), đây được coi là phương pháp sàng lọc có giá trị đánh giá được các tổn thương sớm, rẻ tiền, nhanh chóng và hiệu quả cao.

Từ khóa: X- quang phổi, Lao phổi.

SUMMARY

RESECHER THE VALUE DIAGNOSTIC OF CHEST X RAY IN LUNG TUBERCULOSIS

Objective: analysis some charactics of lung tuberculosis and value diagnostic of chest X ray in lung tuberculosis. **Method:** Corsse discrible 50 patient in Lung and tuberculosis hospital in Hai Duong from 1/12/2014 to 30/12/2014. All patient has taken chest Xray and tested BK sputum. **Resulte:** 60-year-old age group had the highest incidence (33.3%). TB incidence of male: female is 3: 1. These signs of lung tuberculosis are lesion opacity heterogenous and unknown boundary (83.33%); fibrosis (54.17%); matt scattered notes (12.5%), matt finish concentration, labor and cave stretched dome diaphragm (4.17%). The lesion are seen more frequency in the uper lobe (upper right lung: 70.83% and in the upper left lung: 54.17%). Sometimes we find out of pleural thickening and pleural effusion. The sensitivity of the method of X-ray is very high (100%), but not high specificity (11.54%). **Conclusion:** Chest Xray is verry sensitivity for lung tuberculosis. It can be used for screening of lung tuberculosis.

Keyword: Tuberculosis, Chest Xray

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao là một bệnh xã hội, đang là vấn đề thời sự, ảnh hưởng nhiều tới sức khỏe cộng đồng trên thế giới. Theo báo cáo kiểm soát lao toàn cầu 2012 của tổ chức Y tế thế giới, trong năm 2011 trên thế giới có 8,7 triệu người mắc bệnh lao. Tại Việt Nam, có 30.000 người chết vì bệnh lao, 180.000 người mắc lao. Mặc dù được điều trị và quản lý, bệnh lao vẫn là một vấn đề sức khỏe đáng lo ngại của Việt Nam [1]. Chẩn đoán lao phổi dựa vào các hình ảnh cận lâm sàng như Xquang phổi, xét nghiệm nhuộm soi đờm trực tiếp tìm vi khuẩn lao, nuôi cấy và xét nghiệm PCR. Trong đó, kỹ thuật xét nghiệm nhuộm soi đờm trực tiếp được sử dụng phổ biến như một phương pháp xác định vì nó có độ đặc hiệu cao, kỹ thuật thực hiện đơn giản, ít tốn kém, thời gian ngắn. Tuy nhiên, với vai trò là một kỹ thuật sàng lọc chẩn đoán sớm Xquang phổi chuẩn vẫn giữ một vai trò quan trọng trong việc định hình tổn thương, mô tả tổn thương và các hình ảnh liên quan định hướng tới lao phổi. Xquang phổi có một lợi thế đó là thực hiện nhanh, rẻ tiền, độ nhạy cao và dễ thực hiện qua đó nhằm tạo tiền đề cho các kỹ thuật chẩn đoán xác định khác. Để làm rõ điều này chúng tôi quyết định thực hiện đề tài: "Nghiên cứu giá trị của phương pháp chụp Xquang phổi trong chẩn đoán lao phổi tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Hải Dương" với mục đích: Mô tả đặc điểm hình ảnh lao phổi trên phim X quang và xác định giá trị

* Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương

**Khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiền

Email: ngochienduylocbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 2.2.2017

Ngày duyệt bài: 13.2.2017

của phương pháp chụp X quang phổi trong chẩn đoán lao phổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 50 bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Lao và bệnh phổi Hải Dương trong tháng 12 năm 2014 được bác sĩ chỉ định chụp X-quang và làm xét nghiệm đờm tìm trực khuẩn lao. Thời gian nghiên cứu: từ ngày 1/12/2014 đến 30/12/2014.

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

2.3. Phương pháp phân tích xử lý số liệu

Sử dụng phương pháp thống kê y học.

Để tính được độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác, chúng tôi dựa trên các chỉ số sau:

- Dương tính thật: bệnh nhân có dấu hiệu lao phổi trên X quang và xét nghiệm soi trực tiếp cho kết quả AFB(+)

- Dương tính giả: bệnh nhân có dấu hiệu lao phổi trên X quang và xét nghiệm soi trực tiếp cho kết quả AFB (-)

- Âm tính thật: bệnh nhân không có dấu hiệu lao phổi trên X quang và xét nghiệm soi trực tiếp cho kết quả AFB (-)

- Âm tính giả: bệnh nhân không có dấu hiệu lao phổi trên X quang và xét nghiệm soi trực tiếp cho kết quả AFB (+)

III. KẾT QUẢ

3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới và nhóm tuổi

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	AFB(+)		AFB(-)	
	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
15 – 30	6	25	7	26,92
31 – 45	4	16,67	6	23,08
46 – 60	6	25	5	19,23
>60	8	33,33	8	30,77
Tổng	24	100	26	100

Nhận xét: Nhóm tuổi >60 có tỷ lệ mắc lao cao nhất chiếm tỷ lệ 33,33%. Nhóm tuổi 31 - 45 có tỷ lệ mắc lao thấp nhất chiếm tỷ lệ 16,67%.

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Giới	AFB(+)		AFB(-)	
	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
Nam	18	75	18	69,23
Nữ	6	25	8	30,77
Tổng	24	100	26	100

Nhận xét: Từ bảng số liệu ta thấy tỷ lệ mắc lao của nam là 75% cao hơn hẳn so với nữ là 25% (tỷ lệ nam/nữ là 3:1) Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy có sự chênh lệch lớn giữa tỷ lệ nam mắc bệnh (75%) so với nữ (25%). Như vậy, tỷ lệ nam giới mắc bệnh gấp 3 lần so với nữ giới.

3.2. Hình ảnh tổn thương lao phổi trên X quang

3.2.1. Tỷ lệ các dấu hiệu hình ảnh lao phổi trên X quang.

Bảng 3.3: Tỷ lệ các dấu hiệu hình ảnh lao phổi trên X quang

Dấu hiệu lao phổi trên X quang	AFB(+)		AFB(-)	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đám mờ không rõ ranh giới	20	83,33	18	69,23
Nốt mờ tập trung	1	4,17	1	3,85
Nốt mờ rải rác	3	12,50	2	7,69
Hang lao	1	4,17	1	3,85
Xơ hóa phổi	13	54,17	7	26,92
Co kéo vòm hoành	1	4,17	0	0

Nhận xét: Dấu hiệu đám mờ không rõ ranh giới được tìm thấy trên 20 BN, chiếm tỷ lệ cao nhất (83,33%). Các dấu hiệu nốt mờ tập trung, hang lao và xẹp phổi, co kéo vòm hoành chiếm tỉ lệ thấp nhất (4,14%). Dấu hiệu nốt mờ tập trung, hang lao và co kéo vòm hoành chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,17%).

3.2.2. Tỷ lệ vị trí tổn thương trên X quang.

Bảng 3.4: Tỷ lệ vị trí tổn thương trên X quang

Vị trí tổn thương	Phân thùy phổi	AFB(+)		AFB(-)	
		Số lượng BN	Tỉ lệ (%)	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
Phổi phải	Thùy trên	17	70,83	17	65,38
	Thùy giữa	6	25	5	19,23

	Thùy dưới	6	25	6	23,08
Phổi trái	Thùy trên	13	54,17	10	38,46
	Thùy dưới	9	37,5	5	19,23
	Hai bên	12	50	9	34,62

Nhận xét: Vị trí tổn thương lao phổi thường gặp ở thùy trên hai bên phổi, trong đó thùy trên phổi phải (70,83%), thùy trên phổi trái (54,17%).

3.2.3. Các tổn thương kèm theo

Bảng 3.5. Tỷ lệ vị trí tổn thương trên X quang.

Các tổn thương kèm theo	Số lượng BN	Ti lệ (%)
Tràn dịch màng phổi	2	8,33
Tràn khí màng phổi	0	0
Dày màng phổi	3	12,5
Viêm phổi	0	0
Xẹp phổi	0	0

Nhận xét: Tổn thương dày màng phổi chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 12,5%. Ngoài ra, tổn thương tràn dịch màng phổi chiếm tỷ lệ 8,33%. Không thấy có tổn thương như viêm phổi, xẹp phổi và tràn khí màng phổi trên nhóm đối tượng nghiên cứu.

3.3. Giá trị chẩn đoán lao của chụp X quang tim phổi.

3.3.1. Giá trị chẩn đoán lao phổi của dấu hiệu đám mờ không rõ ranh giới trên XQ

Bảng 3.6: Đối chiếu dấu hiệu hình ảnh đám mờ không rõ ranh giới trên XQ với XN

XQ \ XN	Dương tính	Âm tính	Tổng số
	Có	20	17
Không	4	9	13
Tổng số	24	26	50

Kết quả: Độ nhạy (Se): 83,33 %. Độ đặc hiệu (Sp): 34,62%; Độ chính xác (Acc): 58,0 %

3.3.2. Giá trị chẩn đoán lao phổi của dấu hiệu nốt mờ tập trung trên XQ

Bảng 3.7: Đối chiếu dấu hiệu hình ảnh nốt mờ tập trung trên XQ với XN

XQ \ XN	Dương tính	Âm tính	Tổng số
	Có	1	1
Không	23	25	48
Tổng số	24	26	50

Kết quả: Độ nhạy (Se): 4,17%. Độ đặc hiệu (Sp): 96,15%; Độ chính xác (Acc): 52,0%

3.3.3. Giá trị chẩn đoán lao phổi của dấu hiệu nốt mờ rải rác trên XQ

Bảng 3.8: Đối chiếu dấu hiệu hình ảnh nốt mờ rải rác trên XQ với XN

XQ \ XN	Dương tính	Âm tính	Tổng số
	Có	3	2
Không	21	24	45
Tổng số	24	26	50

Kết quả: Độ nhạy (Se): 12,5%. Độ đặc hiệu (Sp): 92,31%; Độ chính xác (Acc): 54,0%

3.3.4. Giá trị chẩn đoán lao phổi của dấu hiệu hang lao trên XQ

Bảng 3.9: Đối chiếu dấu hiệu hình ảnh hang lao trên XQ với XN

XQ \ XN	Dương tính	Âm tính	Tổng số
	Có	1	1
Không	23	25	48
Tổng số	24	26	50

Kết quả: Độ nhạy (Se): 4,17%. Độ đặc hiệu (Sp): 96,15%; Độ chính xác (Acc): 52,0

3.3.5. Giá trị chẩn đoán lao phổi của dấu hiệu xơ hóa phổi trên XQ:

Bảng 3.10: Đối chiếu dấu hiệu hình ảnh xơ hóa phổi trên XQ với XN

XQ \ XN	Dương tính	Âm tính	Tổng số
	Có	13	7
Không	11	19	30
Tổng số	24	26	50

Kết quả: Độ nhạy (Se): 54,17%. Độ đặc hiệu (Sp): 73,08%; Độ chính xác (Acc): 64,0%

3.3.6. Giá trị chẩn đoán lao phổi của dấu hiệu xẹp phổi, co kéo vòm hoành trên XQ

Bảng 3.11: Đối chiếu dấu hiệu hình ảnh xẹp phổi và co kéo vòm hoành trên XQ với XN

XQ \ XN	Dương tính	Âm tính	Tổng số
Có	1	0	1
Không	23	26	49
Tổng số	24	26	50

Kết quả: Độ nhạy (Se): 4,17%. Độ đặc hiệu (Sp): 96,15%; Độ chính xác (Acc): 52,0%

3.3.7. Giá trị chẩn đoán lao phổi của chụp XQ:

Bảng 3.12: Đối chiếu kết quả chụp XQ với XN

XQ \ XN	Dương tính	Âm tính	Tổng số
Có dấu hiệu lao phổi	24	23	47
Không có dấu hiệu lao phổi	0	3	3
Tổng số	24	26	50

Kết quả: Độ nhạy(Se): 100%; độ đặc hiệu (Sp): 11,54%; Độ chính xác (Acc): 54,0%

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy nhóm tuổi trên 60 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất 33,33% đây là nhóm tuổi người già sau lao động thể trạng và sức đề kháng yếu. Theo nghiên cứu của Lê Thành Tài và Nguyễn Văn Lành (2007) tỷ lệ mắc cao nhất (60%) của lao phổi thường ở lứa tuổi trên 50 tuổi[2]. Tỷ lệ nam giới mắc bệnh gấp 3 lần so với nữ giới. Điều này phù hợp với kết quả của Huỳnh Bá Hiếu và cộng sự (2012) [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Lành và cộng sự (2010) cũng chỉ ra rằng tỷ lệ nam mắc bệnh lao cao hơn nữ, lao động nặng cao hơn lao động nhẹ [2]. Tỷ lệ nam nữ có sự khác biệt có thể do thói quen hút thuốc và không mang khẩu trang khi ra ngoài, bên cạnh đó môi trường làm việc nặng nhọc độc hại, cường độ lao động cao, các bệnh lý về phổi khác làm cho tỷ lệ mắc bệnh của nam giới cao hơn nữ.

Các dấu hiệu thường gặp trên X quang là đám mờ không rõ ranh giới chiếm tỷ lệ cao nhất (83,33%). Dấu hiệu nốt mờ tập trung, hang lao và co kéo vòm hoành chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,17%). Dấu hiệu nốt mờ rải rác (12,5%) và xơ hoá phổi (13%). Các tổn thương lao phổi kèm theo thường ít gặp, chủ yếu là: dày màng phổi chiếm tỷ lệ 12,5%, và tràn dịch màng phổi chiếm tỷ lệ 8,33%. Các trường hợp này là những tổn thương do lao gây biến chứng tại phổi. Tỷ lệ các tổn thương kèm theo thấp chứng tỏ chất lượng chăm sóc y tế ngày càng được cải thiện, các phương pháp điều trị bệnh mới đem lại hiệu quả cao giảm thiểu được các biến chứng xảy ra.

Vị trí của tổn thương lao phổi trên quang thường gặp ở thùy trên hai phổi, thùy trên phổi phải (70,83%), thùy trên phổi trái (54,17%). Nguyên nhân do đặc điểm của vi khuẩn lao là

hiếu khí, chúng phát triển mạnh ở những nơi có phân áp oxy cao như vùng đỉnh phổi và hạ đòn hai bên (thuộc thùy trên) của hai phổi. Bên cạnh đó cấu trúc về giải phẫu hệ mạch máu ở vùng thùy trên hai phổi làm cho dòng máu chảy chậm so với vùng khác, vì vậy vi khuẩn dễ dừng lại gây bệnh. Điều này cũng phù hợp với tác giả Trần Văn Sáng (2007) [4].

Giá trị chẩn đoán lao phổi của dấu hiệu đám mờ không rõ ranh giới có độ nhạy cao nhất(83,33%) trong tất cả các dấu hiệu tổn thương, điều này rất có ích trong việc khám phát hiện các bất thường ở phổi và rất có giá trị trong sàng lọc vì dấu hiệu này có kết quả âm tính giả thấp. Nghiên cứu của Hoàng Thanh Vân (2012) cũng chỉ ra rằng dấu hiệu tổn thương thâm nhiễm đám mờ không rõ ranh giới chiếm tỷ lệ cao nhất (59,8%) trong tổng số các tổn thương lao ở phổi[5]. Tuy nhiên dấu hiệu này chỉ có ý nghĩa định hướng ban đầu, khó phân biệt được đó là tổn thương do lao hay do các bệnh lý khác. Giá trị chẩn đoán lao phổi của dấu hiệu nốt mờ tập trung có độ nhạy thấp (4,17%) nhưng lại có độ đặc hiệu cao (96,15%), dấu hiệu này biểu hiện một tổn thương khu trú theo từng vùng, có hình thái là các nốt nhỏ tập trung tạo thành một vùng mờ, ranh giới tương đối rõ. Giá trị chẩn đoán lao phổi của dấu hiệu nốt mờ rải rác có độ nhạy (12,5%) thấp và độ đặc hiệu (92,31%) cao. Do vậy, đây được coi là dấu hiệu có vai trò quan trọng trong chẩn đoán hình ảnh tổn thương lao phổi trên phim Xquang phổi. Giá trị chẩn đoán lao phổi của dấu hiệu hang lao và co kéo vòm hoành, đây là hai dấu hiệu có độ nhạy và độ đặc hiệu giống nhau tương ứng là 4,17% và 96,15%, những dấu hiệu biểu hiện của một tổn thương lao tái phát hay một biến chứng của lao đã điều

trị tạo lên các hình ảnh hang xơ hoá gây co kéo nhu mô xung quanh.

Đặc biệt phương pháp chụp Xquang phổi có độ nhạy tuyệt đối (100%), chứng tỏ khi BN mắc lao phổi thì phim Xquang phổi đều phát hiện có tổn thương. Kết quả này cũng gần tương đương với tác giả MRA van Cleeff và cộng sự công bố 2005, với độ nhạy là 92%[6]. Tùy vào giai đoạn và tình trạng BN trên phim Xquang thể hiện đa dạng các tổn thương về số lượng, mức độ, tính chất tổn thương và các hình ảnh liên quan. Do độ nhạy cao nên chúng ta có thể dùng phương pháp chụp Xquang làm phương pháp sàng lọc chẩn đoán sớm lao phổi, nhằm phát hiện sớm các tổn thương phổi kết hợp với các phương pháp chẩn đoán xác định khác nhằm khẳng định tổn thương do lao để có phương pháp điều trị sớm kịp thời đem lại hiệu quả cao nhất cho BN. Tuy nhiên, độ đặc hiệu của phương pháp chụp Xquang phổi còn hạn chế (11,54%) điều này được lý giải bởi có rất nhiều tổn thương khác ở phổi không do lao gây ra.

V. KẾT LUẬN

Hình ảnh tổn thương lao trên phim X quang đa dạng, tùy thuộc vào giai đoạn. Phương pháp

chụp Xquang có độ nhạy rất cao (100%), đây được coi là phương pháp sàng lọc có giá trị đánh giá được các tổn thương sớm, rẻ tiền, nhanh chóng và hiệu quả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hữu Lâm (2012)**, "Cập nhật tình hình dịch tễ bệnh lao- chẩn đoán điều trị lao phổi", *Y học TP.HCM*. Tập 12 (số 2), Trang 35-36
2. **Nguyễn Văn Lành và Lê Thành Tài (2007)**, "Sự tuân thủ nguyên tắc điều trị của bệnh nhân lao phổi tại thị xã Ngã Bảy, tỉnh Hậu Giang", *Y học TP.HCM*. Tập 12 (số 4), Trang 41-43.
3. **Huỳnh Bá Hiếu và cộng sự (2012)**, " Nghiên cứu tình hình bệnh nhân mắc bệnh lao được quản lý và điều trị tại Thừa Thiên Huế từ năm 2008 – 2012", *Báo cáo hội nghị khoa học bệnh phổi toàn quốc lần thứ III*.
4. **Trần Văn Sáng (2007)**, *Bệnh học lao*. Nhà xuất bản y học, Trang 31-32.
5. **Hoàng Thanh Vân (2012)**, *Luận văn tiến sỹ y học*, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **MRA van Cleeff, LE Kivihya – Ndugga, H Meme**, The role and performance of chest X-ray for the diagnosis of tuberculosis: A cost-effectiveness analysis in Nairobi, Kenya. *BMC Infectious Diseases*, 5: 111

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG BỆNH RĂNG MIỆNG CỦA HỌC SINH LỚP 5 TẠI 2 TRƯỜNG TIỂU HỌC THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH, NĂM 2013

Nguyễn Xuân Thực*, Mai Thị Liên**

TÓM TẮT¹³

Mục tiêu: đánh giá tình trạng bệnh răng miệng của học sinh lớp 5 tại hai trường tiểu học của thành phố Nam Định. **Đối tượng và phương pháp:** áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 270 học sinh lớp 5 tại hai trường tiểu học Kim Đồng và Lộc An thành phố Nam Định. Đối tượng được khám răng miệng trực tiếp để ghi nhận tình trạng bệnh thông qua các chỉ số nghiên cứu bao gồm: DI-S, CPI, và DMFT. **Kết quả:** tổng số đối tượng nghiên cứu là 270, trong đó trường Kim Đồng là 157, trường Lộc An là 113, tỷ lệ nam nữ là tương đương nhau. Tình trạng vệ sinh răng miệng theo chỉ số DI-S: kết quả khá chiếm đa số với 91,1%. Tình trạng quanh răng theo chỉ số CPI: CPI1 (chảy máu lợi) chiếm 11,9%, CPI2 (cao răng) chiếm 50,3%. Trường Lộc An có tỷ lệ viêm lợi nhiều hơn trường Kim Đồng với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Trung bình vùng lục phân CPI0 (bình thường) = 1,9, CPI1 (chảy máu) = 2,1, CPI3 (cao răng) = 2. Không có sự khác biệt về số trung bình vùng lục phân lành mạnh và có bệnh giữa 2 trường với độ tin cậy 95%. Tỷ lệ mắc sâu răng là 77,8%. Trường Kim Đồng có tỷ lệ mắc sâu răng cao hơn Trường Lộc An với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Tình trạng sâu răng qua chỉ số DMFT: chỉ số sâu mất trám răng (DMFT) = 1,37, trong đó sâu (D) = 1,11, mất (M) = 0,23, trám (F) = 0,03. Không có sự khác biệt về chỉ số sâu mất trám răng giữa 2 trường với độ tin cậy 95%. **Kết luận:** vệ sinh răng miệng của học sinh lớp 5 tại hai trường tiểu học Kim Đồng và Lộc An thành phố Nam Định ở mức khá, tỷ lệ viêm lợi ở trường ngoại ô (Lộc An) cao hơn, ngược lại tỷ lệ sâu răng lại thấp hơn trường nội thành (Kim Đồng). Chỉ số sâu mất trám ở mức thấp = 1,37.

Từ khóa: sâu răng, viêm lợi, vệ sinh răng miệng.

SUMMARY

TO EVALUATE ORAL DISEASES STATUS OF 5th GRADERS AT TWO PRIMARY SCHOOL NAM DINH CITY, 2013

Objectives: to evaluate oral diseases status of 5th graders at two primary school, Nam Dinh city. **Subjects and methods:** applying a cross-sectional study on 270 5th graders at two primary schools Kim Dong (urban) and Loc An (suburban), Nam Dinh city. The study subjects were evaluated the oral health status by oral exam directly with study indexes

*Bệnh viện Bạch Mai,

**TT truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thực

Email: thuchrmbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 01.2.2017

Ngày duyệt bài: 8.2.2017

including DI-S, CPI and DMFT. **Results:** total numbers of study subjects were 270, among them Kim Dong with 157 students and Loc An with 113 students, the proportion of male and female were equal. The oral hygiene status by DI-S: mostly seen the quite good results with 91.1%. The periodontal status by CPI: CPI1 (bleeding) accounted for 11.9%, CPI2 (calculus) accounted for 50.3%. Loc An primary school had a larger proportion of gingivitis than Kim Dong primary school with $p < 0.05$. The mean number of sextants of CPI0 (normal) = 1.9; CPI1 (bleeding) = 2.1; CPI2 (calculus) = 2.0. There were no difference in the mean number of sextants between two primary school with 95% reliability. The dental caries status by DMFT: the caries incidence was 77.8%. Kim Dong primary school got more cavities than Loc An primary school with $p < 0.05$. DMFT = 1.37; D = 1.11; M = 0.23; F = 0.03. There were no difference in the DMFT between two primary school with 95% reliability. **Conclusions:** oral hygiene of 5th graders in two primary school were fulfilled. Suburban primary school (Loc An) had a higher rate of gingivitis but a lower rate of tooth decay than urban primary school (Kim Dong). DMFT with low level as 1.37.

Key words: gingivitis, dental caries (tooth decay), oral hygines.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của WHO khoảng 90% trẻ em tuổi đến trường trên toàn thế giới, và hầu hết người trưởng thành từng mắc bệnh sâu răng. Tỷ lệ bệnh cao nhất là ở Châu Á, Châu Mỹ Latinh và tỉ lệ thấp ở Châu Âu. Tại Việt Nam theo kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001 tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn ở trẻ em đang tuổi đến trường ở độ tuổi 9 – 11 tuổi là 56,6%; độ tuổi 12- 14 tuổi là 64,1% và độ tuổi 15- 17 là 68,6% [1]. Do tính chất phổ biến, tỷ lệ mắc cao trong cộng đồng, nên điều trị bệnh răng miệng tốn kém cho cá nhân và xã hội cả về kinh phí cũng như thời gian. Chính vì vậy, từ lâu bệnh răng miệng đã được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và nhiều quốc gia đặc biệt quan tâm.

Thành phố Nam Định là thành phố trực thuộc tỉnh và là tỉnh lỵ của tỉnh Nam Định. Trong những năm qua, chương trình Nha học đường đã được triển khai và thực hiện đến tất cả các trường học trên địa bàn thành phố nhằm làm giảm tỷ lệ mắc bệnh răng miệng và nâng cao sức khỏe cho học sinh tuổi học đường nói riêng và sức khỏe nhân dân trên địa bàn nói chung. Tuy nhiên, việc thực hiện còn gặp nhiều khó

khăn, công tác tổ chức còn mang tính hình thức và chưa được quan tâm đúng mức, do đó tỷ lệ bệnh răng miệng của học sinh phổ thông còn cao. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành đề tài này, nhằm đạt được mục tiêu: "đánh giá tình trạng bệnh bệnh răng miệng của học sinh lớp 5 tại hai trường tiểu học của thành phố Nam Định".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu.

- Trường Tiểu học Kim Đồng - phường Quang Trung - thành phố Nam Định: đại diện cho các trường tiểu học ở trung tâm thành phố.

- Trường Tiểu học Lộc An - xã Lộc An - thành phố Nam Định: đại diện cho các trường tiểu học ở các xã ven thành phố.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh lớp 5 của hai trường tiểu học Kim Đồng và Lộc An

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các học sinh lớp 5 của hai trường tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các học sinh từ chối tham gia nghiên cứu. Các học sinh không hợp tác tốt với thầy thuốc. Các học sinh vắng học tại thời điểm nghiên cứu

2.1.3. Thời gian tiến hành nghiên cứu.

Từ tháng 01/2013 đến tháng 06/2013.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.

Sử dụng phương pháp dịch tễ học mô tả dựa trên cuộc điều tra cắt ngang nhằm xác định tỷ lệ mắc các bệnh về răng miệng.

3.2. Tình trạng vệ sinh răng miệng và bệnh vùng quanh răng.

Bảng 3.1 Tình trạng vệ sinh răng miệng của học sinh lớp 5

Chỉ số DI-S	Kim Đồng (n=157)		Lộc An (n=113)		Chung (n=270)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Rất tốt	1	0,6	1	0,9	2	0,7
Tốt	12	7,7	10	8,8	22	8,2
Khá	144	91,7	102	90,3	232	91,1

Nhận xét: Tình trạng vệ sinh răng miệng của học sinh khối 5 ở hai trường chủ yếu đều đạt loại khá chiếm tới 91,1%; loại tốt chỉ đạt 8,2% và không có bất kỳ học sinh nào xếp loại kém.

Bảng 3.2 Tình trạng nha chu của học sinh lớp 5

Đặc điểm	Trường Kim Đồng(n=157)		Trường Lộc An (n=113)		Trường Chung (n=270)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
CPI1 (chảy máu lợi)	2	1,3	30	26,5	32	11,9	< 0,05
CPI2 (có cao răng)	89	56,7	47	41,5	136	50,3	< 0,05

Nhận xét: Tình trạng chảy máu lợi của Lộc An là 26,5% cao hơn Kim Đồng là 1,3%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.3 Tình trạng nha chu theo trung bình vùng lục phân

Đặc điểm	Trường Kim Đồng(n=157)		Trường Lộc An(n=113)		Trường Chung(n=270)	
	Số lục phân	TB VLP	Số lục phân	TB VLP	Số lục phân	TB VLP
CPI0 (lành mạnh)	269	1,7	238	2,1	507	1,9
CPI1 (chảy máu lợi)	277	1,8	290	2,6	567	2,1
Có cao răng	396	2,5	150	1,3	546	2,0

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu.

* **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu của nghiên cứu mô tả cắt ngang.

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

Trong đó: n là số học sinh cần điều tra.

- $p = 0,637$ là tỷ lệ sâu răng của học sinh lớp 5 theo kết quả nghiên cứu của Đào Lê Nam Trung và cộng sự (2010) [2].

- Mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

- Mức độ sai số chấp nhận được $d = 0,06$

Với các dữ kiện trên, thay vào công thức chúng tôi tính được cỡ mẫu là 247 học sinh. Trên thực tế, chúng tôi phỏng vấn và khám 270 học sinh.

2.2.3. Tiến hành nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu được khám răng miệng trực tiếp tại trường để ghi nhận tình trạng bệnh răng miệng thông qua các chỉ số nghiên cứu bao gồm: chỉ số DI-S, CPI và DMFT.

2.3. Phân tích số liệu.

- Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1.

- Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Số liệu phân tích thống kê mô tả biểu thị bằng bảng tần số, tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Tổng số đối tượng nghiên cứu là 270, trong đó trường Kim Đồng là 157, trường Lộc An là 113, tỷ lệ nam nữ là tương đương nhau (nam 47,8% và nữ 52,2%).

Nhận xét: Trung bình mỗi học sinh có khoảng 2 vùng lục phân lành mạnh, 2 vùng lục phân chảy máu lợi và 2 vùng lục phân có cao răng. Sự khác biệt về số vùng lục phân có bệnh quanh răng giữa học sinh 2 trường Kim Đồng và Lộc An không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

3.3. Tình trạng sâu răng.

Bảng 3.4 Tỷ lệ sâu răng của học sinh lớp 5.

Đặc điểm	Trường Kim Đồng(n=157)		Lộc An(n=113)		Chung(n=270)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Có sâu răng	133	84,7	77	68,1	210	77,8	< 0,05
Không sâu răng	24	15,3	36	31,9	60	22,2	< 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ sâu răng chung là 77,8%. Trường Kim Đồng có tỷ lệ sâu răng cao hơn trường Lộc An, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5 Chỉ số sâu mất trám răng của học sinh lớp 5.

Chỉ số	Kim Đồng(n=157)	Lộc An(n=113)	Chung(n=270)
DT	1,1	1,13	1,11
MT	0,32	0,09	0,23
FT	0,0	0,08	0,03
DMFT	1,42	1,3	1,37

Nhận xét: Chỉ số sâu mất trám (DMFT) của hai trường ở mức thấp là DMFT = 1,37, với tỷ lệ răng sâu DT = 1,11; tỷ lệ răng mất MT = 0,23 và tỷ lệ răng trám FT = 0,03. Sự khác biệt về chỉ số DMFT giữa hai trường không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng vệ sinh răng miệng và bệnh vùng quanh răng.

Kết quả bảng 3.1 cho thấy tình trạng vệ sinh răng miệng của hai trường chủ yếu đạt loại khá chiếm tới 91,1% cao hơn nghiên cứu của Tạ Quốc Đại tại một số trường tiểu học ngoại thành Hà Nội năm 2012 là 77,6% [3]. Tuy nhiên, tỷ lệ vệ sinh răng miệng rất tốt của học sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,7% lại thấp hơn so với nghiên cứu của Tạ Quốc Đại là 4,8%. Chỉ số vệ sinh răng miệng (DI- S) đạt loại khá của hai trường là tương đương nhau: trường Kim Đồng là 91,7% và Lộc An là 90,3%.

Tình trạng bệnh quanh răng của học sinh hai trường, theo kết quả nghiên cứu tại bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ cao răng ở học sinh chiếm 50,3%; kết quả này thấp hơn kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001 của Trần Văn Trường tỷ lệ có cao răng của trẻ từ 9 - 11 tuổi khu vực đồng bằng sông Hồng là 59,6% [1], và kết quả nghiên cứu của Đào Lê Nam Trung và cộng sự (2010) trên 204 học sinh lớp 5 tại Hà Nội cho thấy tỷ lệ cao răng tại đây là 55,9% [2]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn kết quả nghiên cứu của Đào Thị Dung (2007) trên học sinh tiểu học tại quận Đống Đa, Hà Nội là 11,07% [4].

So với các nghiên cứu trên, tỷ lệ học sinh có cao răng trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao hơn, điều này có lẽ là do các học sinh trong nghiên cứu của chúng tôi còn thiếu kiến thức và thực hành phòng chống các bệnh về răng như:

chải răng không đúng cách, chỉ chải ngang trên thân răng, hoặc chỉ chải một mặt răng, tạo điều kiện thuận lợi mảng bám răng và cao răng hình thành. Bên cạnh đó, gia đình các em còn chưa có ý thức đến việc khám răng định kỳ để loại bỏ cao răng cho con em mình. Cũng theo bảng 3.2 cho thấy tình trạng cao răng của học sinh trường Kim Đồng là 56,7% cao hơn trường Lộc An là 41,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này cho thấy, do điều kiện kinh tế khá hơn khu vực ngoại thành nên học sinh khu vực nội thành có thói quen ăn quà vặt nhất là trước khi đi ngủ nên thực trạng vệ sinh răng của học sinh ở đây còn kém hơn so với học sinh khu vực ngoại thành.

Tỷ lệ chảy máu lợi của học sinh trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 11,9% tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Nghĩa (2009) trên học sinh tiểu học tại huyện Văn Chấn tỉnh Yên Bái có tỷ lệ chảy máu lợi là 8,5% [5]; nghiên cứu của Đào Thị Dung năm 2008 trên đối tượng học sinh tiểu học là 6,10% [4]. Tuy nhiên, kết quả điều tra của chúng tôi lại thấp hơn các kết quả nghiên cứu của các tác giả như: Lê Bá Nghĩa nghiên cứu năm 2009 trên đối tượng là học sinh 12- 15 tuổi tại Hà Nội có tỷ lệ chảy máu lợi là 29,8% [6]; tác giả Đào Lê Nam Trung năm 2010 trên học sinh lớp 5 với tỷ lệ chảy máu lợi là 46,6% [2].

Theo kết quả bảng 3.3 cho thấy trung bình vùng lục phân lành mạnh của học sinh hai trường là 1,9; trung bình vùng lục phân có chảy máu lợi là 2,1; trung bình vùng lục phân có cao

răng của học sinh là 2,0. Khi so sánh kết quả này với bảng đánh giá mức độ bệnh vùng quanh răng của WHO năm 1997 thì bệnh viêm lợi của học sinh trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức cao và cao răng ở mức trung bình. Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001 của Trần Văn Trường ở học sinh có độ tuổi 9- 11 tuổi tại vùng đồng bằng sông Hồng có trung bình vùng lục phân có chảy máu lợi là 1,97; trung bình vùng lục phân có cao răng ở độ tuổi 9- 11 là 2,41 [1].

4.2. Tình trạng sâu răng.

Theo kết quả bảng 3.4 tỷ lệ sâu răng chung là 77,8% tương đương với kết quả điều tra của Nguyễn Thị Kim Anh và Hồ Văn Dzi năm 2011 tại thị xã Thủ Dầu Một - Bình Dương có tỷ lệ sâu răng của học sinh 12 tuổi là 74,25% [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ sâu răng của học sinh trong nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn kết quả nghiên cứu của Đào Lê Nam Trung năm 2010 trên đối tượng học sinh lớp 5 tại Đông Anh, Hà Nội là 63,7% [2]; kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc của Trần Văn Trường ở tuổi 12 là 56,6% [1]; nghiên cứu của tác giả Đào Thị Dung năm 2007 tại một số trường tiểu học quận Đống Đa, Hà Nội có tỷ lệ sâu răng là 65,63% [4]. Sự khác nhau về tỷ lệ học sinh sâu răng của học sinh trong nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu trên có thể là do các trường trong các nghiên cứu trên đã triển khai chương trình Nha học đường tốt hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.

Tỷ lệ sâu răng của học sinh khối 5 trường Kim Đồng là 84,7% cao hơn so với trường Lộc An chỉ với 68,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thực trạng này cho thấy có rất nhiều yếu tố làm tăng nguy cơ bị sâu răng của học sinh trong độ tuổi này, trong đó phải nói tới việc hướng dẫn và giám sát thực hành vệ sinh răng miệng của học sinh tại khu vực nội thành còn rất hạn chế mặc dù điều kiện kinh tế, nhận thức của các bậc cha mẹ của học sinh về thực hành phòng chống các bệnh răng miệng có tốt hơn khu vực ngoại thành, cùng với đó phải nói đến những thói quen có hại cho răng miệng như: ăn vặt nhiều, ăn đồ ăn nhiều đường trước khi đi ngủ... của học sinh khu vực nội thành cũng cao hơn so với học sinh các khu vực ngoại thành nơi đời sống kinh tế còn khó khăn.

Theo bảng 3.5 cho thấy chỉ số răng sâu mất trám của học sinh lớp 5 tại hai trường tiểu học trong nghiên cứu của chúng tôi là DMFT = 1,37. Khi so sánh kết quả này với phân loại sâu răng

theo chỉ số sâu, mất, trám của WHO năm 1997 thì chỉ số sâu mất trám trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức thấp. Kết quả này tương đương với kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001 của Trần Văn Trường có chỉ số DMFT là 1,87 [1] và tác giả Đào Lê Nam Trung (2009) trên 204 học sinh lớp 5 của trường Tiểu học Tiên Dương, Đông Anh, Hà Nội với chỉ số DMFT là 1,32 trong đó DT = 1,11; MT = 0,15; FT = 0,06 [2]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn kết quả nghiên cứu của Lê Bá Nghĩa (2009) trên 451 học sinh từ 12-15 tuổi tại trường Tân Mai, Hoàng Mai, Hà Nội có chỉ số DMFT là 2,85 trong đó DT = 2,75; MT = 0,02; FT = 0,08 [6]; Mặt khác, tỷ lệ răng sâu mất trám trong nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Nghĩa (2009) trên 400 học sinh tiểu học tại hai trường tiểu học Nghĩa Lộ và Mận Búng huyện Văn Chấn Tỉnh Yên Bái viễn là DMFT = 0,37 [5].

Cũng trong bảng 3.5, tỷ lệ răng sâu DT = 1,11 và răng trám là FT = 0,03. Kết quả này cho thấy tổng số răng sâu mà chưa được điều trị hay can thiệp gì còn cao và số răng đã được trám chỉ chiếm một lượng rất nhỏ, số răng được điều trị còn quá thấp. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Đào Lê Nam Trung với DT = 1,11 và FT = 0,06 [2]; nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Anh và Hồ Văn Dzi năm 2011 ở lứa tuổi 12 là DT = 1,8 và FT = 0,1 [7]. Điều này gợi ý cho chúng ta biết nhu cầu điều trị cho các em còn rất lớn, và ngoài việc làm giảm tỷ lệ bệnh chúng ta còn cần một kế hoạch chăm sóc sức khỏe răng miệng cả trước mắt và lâu dài. Nếu chỉ tính tới tỷ lệ bệnh đã mắc thì việc điều trị đã là cấp bách và nếu không chữa trị sẽ dẫn đến các biến chứng, các em có thể sẽ mất răng và mất sức nhai, làm trẻ biếng ăn và dẫn đến suy dinh dưỡng, đó là chưa kể tới sự gia tăng của của bệnh nếu không được can thiệp kịp thời.

V. KẾT LUẬN

- Tình trạng vệ sinh răng miệng theo chỉ số DI-S: kết quả khá chiếm đa số với 91,1%.
- Tình trạng quanh răng theo chỉ số CPI: CPI1 (chảy máu lợi) chiếm 11,9%, CPI2 (cao răng) chiếm 50,3%. Trường Lộc An có tỷ lệ viêm lợi nhiều hơn trường Kim Đồng với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Trung bình vùng lục phân CPI0 (bình thường) = 1,9, CPI1 (chảy máu) = 2,1, CPI3 (cao răng) = 2. Không có sự khác biệt về số trung bình vùng lục phân lành mạnh và có bệnh giữa 2 trường với độ tin cậy 95%.

- Tỷ lệ mắc sâu răng là 77,8%. Trường Kim Đồng có tỷ lệ mắc sâu răng cao hơn Trường Lộc An với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Tình trạng sâu răng qua chỉ số DMFT: chỉ số sâu mất trám răng (DMFT) = 1,37, trong đó sâu (D) = 1,11, mất (M) = 0,23, trám (F) = 0,03. Không có sự khác biệt về chỉ số sâu mất trám răng giữa 2 trường với độ tin cậy 95%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải (2002)**, Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001, *Nhà xuất bản Y học*, tr 51- 108.
2. **Đào Lê Nam Trung, Đào Thị Dung, Tạ Thúy Loan (2010)**, Thực trạng sức khỏe răng miệng và kiến thức, thái độ, hành vi về chăm sóc sức khỏe răng miệng của học sinh lớp 5 trường tiểu học Tiên Dương- Đông Anh- Hà Nội, *Tạp chí Y học thực hành* (705):2, tr 3-6.
3. **Tạ Quốc Đại (2012)**, Đánh giá hiệu quả kiểm soát mảng bám răng trong dự phòng sâu răng,

viêm lợi ở học sinh 12 tuổi tại một số trường ở ngoại thành Hà Nội, *Luận văn Tiến sĩ Y học chuyên ngành Dịch tễ học, Viện Vệ sinh Dịch tễ TW*.

4. **Đào Thị Dung (2007)**, Đánh giá hiệu quả can thiệp chương trình Nha học đường tại một số trường tiểu học quận Đống Đa Hà Nội, *Luận án Tiến sĩ Y học, chuyên ngành Vệ sinh xã hội và Tổ chức Y tế, trường Đại học Y Hà Nội*.
5. **Nguyễn Ngọc Nghĩa (2009)**, Nghiên cứu thực trạng và kiến thức- thái độ- thực hành về bệnh răng miệng của học sinh tiểu học tại huyện Văn Chấn- tỉnh Yên Bái, *Luận văn Thạc sĩ y học chuyên ngành Y học Dự phòng, trường Đại học Thái Nguyên*.
6. **Lê Bá Nghĩa (2009)**, Nghiên cứu mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, hành vi chăm sóc răng miệng và sâu răng vĩnh viễn ở học sinh 12- 15 tuổi tại trường THCS Tân Mai, *Luận văn Thạc sĩ Y học, trường Đại Học Y Hà Nội*.
7. **Nguyễn Thị Kim Anh, Hồ Văn Dzi (2011)**, Tình trạng sức khỏe răng miệng của học sinh 12 và 15 tuổi tại thị xã Thủ đầu một- Bình Dương, *Cập nhật Nha khoa tập 16, Nhà xuất bản Y học*, tr 13- 21.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VỀ VI KHUẨN GÂY BỆNH VIÊM PHỔI TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH

Lương Đức Sơn¹, Trần Thị Khuyên², Đỗ Văn Dung³

TÓM TẮT¹⁴

Nghiên cứu được thực hiện trên 250 bệnh nhi dưới 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi nhằm mô tả một số đặc điểm về vi khuẩn gây bệnh viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2013. Kết quả cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính là 55,2%. Nhóm trẻ dưới 2 tháng kết quả nuôi cấy dương tính là 50%; Nhóm trẻ 2 tháng đến dưới 12 tháng kết quả nuôi cấy dương tính là 63,2%; Nhóm trẻ 12 tháng đến dưới 60 tháng kết quả nuôi cấy dương tính là 44,2%. Cơ cấu vi khuẩn gây viêm phổi, tỷ lệ do *S.pneumoniae* 38,4%, *H.influenzae* 30,4%, *M.Catarrhalis* 21,7%, *S.aureus* 7,9%, *P.aeruginosa* 0,7%, *Enterobacter* 0,7%.

Từ khóa: vi khuẩn, viêm phổi, trẻ em dưới 5 tuổi.

SUMMARY

STUDY ON SOME CHARACTERISTICS OF THE BACTERIA THAT CAUSE PNEUMONIA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT CHILDREN'S HOSPITAL IN THAI BINH PROVINCE

The study was conducted on 250 under-5-year-old infant patients who were diagnosed with pneumonia to describe some characteristics of bacteria causing pneumonia in children under 5 years old at Thai Binh Children's Hospital in 2013. The result showed that the proportion of children with positive bacterial culture was 55.2%. Besides, the proportion of children of under-two-month age with their positive culture result was 50%; the proportion of children of 2 months to less than 12 months age with positive culture results was 63.2%; The proportion of children between 12 months and under 60 months age with positive culture results was 44.2%. The structure of the bacteria that caused pneumonia was due to *S. pneumoniae* (38.4%), *H.influenzae* (30.4%), *M.Catarrhalis* (21.7%), *S.aureus* (7.9%), *P.aeruginosa* (0.7%), *Enterobacter* (0.7%).

Key word: bacteria, pneumonia, children under 5 years old

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu về mắc bệnh và tử vong ở trẻ em. Bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp là một bệnh lành tính nhưng nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời sẽ gây tử vong cho trẻ. Bệnh viện Nhi Thái Bình là đơn vị thực hiện nhiệm vụ khám bệnh, cấp cứu, điều trị cho trẻ em với chuyên môn kỹ thuật cao nhất về Nhi khoa trong tỉnh. Đối tượng đến khám và điều trị tại Bệnh viện là trẻ em dưới 16 tuổi trên địa bàn toàn tỉnh; trong đó, trẻ em dưới 6 tuổi (đối tượng được khám chữa bệnh miễn phí theo quy

¹Sở Y tế tỉnh Thái Bình

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

³Liên hiệp các Hội khoa học và kỹ thuật Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email: dungnb62@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 2.2.2017

Ngày duyệt bài: 13.2.2017

định của Nhà nước) chiếm khoảng trên 90% tổng số bệnh nhi. Số bệnh nhân bị viêm phổi điều trị nội trú tại Bệnh viện năm 2012 là 2.993 trẻ em, chiếm tỷ lệ 18,75% số bệnh nhân điều trị nội trú. Tử vong do viêm phổi là: 13 ca, chiếm tỷ lệ 34,21%. Viêm phổi có thể do nhiều căn nguyên gây nên, bao gồm cả vi rút, vi khuẩn, ký sinh trùng, song việc xác định căn nguyên viêm phổi khó khăn do kỹ thuật chẩn đoán bằng sinh học phân tử còn hạn chế. Trong việc điều trị hiện nay, các thầy thuốc thường lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm, vì vậy kết quả điều trị chưa cao, chi phí y tế cao.

Từ những thực tiễn trên, để có cơ sở khoa học làm rõ một số đặc điểm về vi khuẩn trong viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi, từ đó đề xuất các giải pháp nâng cao hiệu quả điều trị viêm phổi trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Nghiên cứu một số đặc điểm về vi khuẩn gây bệnh viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2013*" với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ các loài vi khuẩn gây viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2013.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Địa bàn nghiên cứu: Bệnh viện Nhi Thái Bình
- Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhi dưới 5 tuổi (dưới 60 tháng tuổi) điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Thái Bình được chẩn đoán xác định là viêm phổi.

Bảng 1. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn

Kết quả nuôi cấy vi khuẩn	Số bệnh nhân (n = 250)	Tỷ lệ %
Dương tính	138	55,2
Âm tính	112	44,8

Trong 250 bệnh nhân được nuôi cấy vi khuẩn số bệnh nhân có kết quả dương tính là 138 trường hợp, chiếm tỷ lệ 55,2%.

Bảng 2. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn theo nhóm tuổi

Kết quả nuôi cấy vi khuẩn	< 2 tháng (n = 40)		2 - <12 tháng (n = 133)		12 tháng - < 60 tháng (n = 77)	
	Số BN	TL %	Số BN	TL %	Số BN	TL %
Dương tính	20	50,0	84	63,2	34	44,2
Âm tính	20	50,0	49	36,8	43	55,8

Trong nhóm trẻ dưới 2 tháng được nuôi cấy vi khuẩn số trẻ có kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính là 20 chiếm tỷ lệ 50%. Trong nhóm trẻ 2 tháng - dưới 12 tháng, số trẻ có kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính là 84 chiếm tỷ lệ 63,2%. Trong nhóm trẻ 12 tháng đến dưới 60 tháng, số trẻ có kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính là 34 chiếm tỷ lệ 44,2%.

Bảng 3. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn theo tình trạng nặng

Kết quả nuôi cấy vi khuẩn	Viêm phổi (n = 155)		Viêm phổi nặng (n = 95)	
	Số BN	TL %	Số BN	TL %
Dương tính	83	53,6	55	57,9
Âm tính	72	46,5	40	42,1

Trong số bệnh nhân viêm phổi (không nặng) được nuôi cấy vi khuẩn: Kết quả dương tính là 83 trường hợp, chiếm tỷ lệ 53,6%. Trong số bệnh nhân viêm phổi nặng được nuôi cấy vi khuẩn: Kết quả dương tính là 55 trường hợp, chiếm tỷ lệ 57,9%.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2013 đến tháng 12/2013

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Áp dụng phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang kết hợp với mô tả tiến cứu để xác định đặc điểm về vi khuẩn gây bệnh viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Thái Bình.

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu trẻ em viêm phổi do vi khuẩn được tính theo công thức:

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

Sau khi tính toán cỡ mẫu cho nghiên cứu là n = 246, làm tròn là 250 (bệnh nhi viêm phổi).

-Chọn mẫu: Mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu có chủ đích: tất cả bệnh nhi dưới 5 tuổi đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu cho đến đủ số lượng là 250.

- Các kỹ thuật áp dụng trong thu thập số liệu nghiên cứu: Nuôi cấy định danh vi khuẩn được thực hiện tại Labo vi sinh, Trường Đại học Y Dược Thái Bình

3. Phương pháp xử lý số liệu

Các kết quả sau khi được thu thập được kiểm tra lại các thông tin phù hợp với tiêu chuẩn, làm sạch và xử lý theo phương pháp thống kê sinh học trên phần mềm vi tính SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính

2. Tỷ lệ phân lập được các loại vi khuẩn khi nuôi cấy**Bảng 4. Kết quả phân lập vi khuẩn**

Vi khuẩn	Số bệnh nhân (n = 138)	Tỷ lệ %
S.pneumoniae	53	38,4
H.influenzae	42	30,4
M.catarrhalis	30	21,7
S.aureus	11	7,9
P.aeruginosa	1	0,7
Enterobacter	1	0,7
B.pertussis	0	0,0
S.pyogenes	0	0,0
K.pneumoniae	0	0,0

Trong 138 bệnh nhân phân lập vi khuẩn dương tính, tỷ lệ bệnh nhân viêm phổi do S.pneumoniae cao nhất (38,4%), sau đó là do H.influenzae (30,4%), do M.catarrhalis (21,7%), do S.aureus (7,9%), P.aeruginosa (0,7%), Enterobacter (0,7%). Trong nghiên cứu không phát hiện các trường hợp viêm phổi do B.pertussis, S.pyogenes, K.pneumoniae.

Bảng 5. Kết quả phân lập vi khuẩn theo nhóm tuổi

Kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính	< 2 tháng (n = 20)		2 - <12 tháng (n = 84)		12 tháng - <60 tháng (n = 34)	
	Số BN	TL %	Số BN	TL %	Số BN	TL %
S.pneumoniae	4	20,0	32	38,1	17	50,0
H.influenzae	9	45,0	22	26,2	11	32,4
M.catarrhalis	5	25,0	23	27,4	2	5,9
S.aureus	1	5,0	6	7,1	4	11,8
P.aeruginosa	1	5,0	0	0	0	0
Enterobacter	0	0	1	1,2	0	0

Cơ cấu vi khuẩn viêm phổi trẻ em nhóm dưới 2 tháng tuổi: tỷ lệ do H.influenzae chiếm tỷ lệ cao nhất (45%), sau đó là do M.catarrhalis (25,00%), S.pneumoniae (20,00%), S.aureus (5,00%), P.aeruginosa (5,00%). Trẻ em viêm phổi nhóm từ 2 đến dưới 12 tháng tuổi: tỷ lệ do S.pneumoniae chiếm tỷ lệ cao nhất (38,1%), sau đó là do M.catarrhalis (27,4%), H.influenzae (26,2%), S.aureus (7,1%), Enterobacter (1,2%). Trẻ em viêm phổi nhóm từ 2 đến dưới 60 tháng tuổi: tỷ lệ do S.pneumoniae chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), sau đó là do H.influenzae (32,4%), S.aureus (11,8%), M.catarrhalis (5,9%).

Bảng 6. Kết quả phân lập vi khuẩn theo tình trạng nặng

Kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính	Viêm phổi (n = 83)		Viêm phổi nặng (n = 55)	
	Số BN	TL %	Số BN	TL %
S.pneumoniae	33	39,8	20	36,4
H.influenzae	20	24,1	22	40,0
M. catarrhalis	19	22,9	11	20,0
S.aureus	10	12,1	1	1,8
P.aeruginosa	0	0	1	1,8
Enterobacter	1	1,2	0	0

Trong nhóm trẻ viêm phổi (không nặng), nguyên nhân do S.pneumoniae chiếm tỷ lệ cao nhất (39,8%), sau đó là H.influenzae (24,1%), M.catarrhalis (22,9%), S.aureus (12,1%), Enterobacter (1,2%). Trong nhóm trẻ viêm phổi nặng, nguyên nhân do H.influenzae chiếm tỷ lệ cao nhất (41%), sau đó là S.pneumoniae (36,4%), M.catarrhalis (20%), S.aureus (1,8%), P.aeruginosa (1,8%).

IV. BÀN LUẬN**1. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính**

Trong 250 bệnh nhân được nuôi cấy vi khuẩn: Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả dương tính là 55,2%. Trong nhóm VP (không nặng) được nuôi cấy vi khuẩn: Tỷ lệ có kết quả dương tính là 53,6%. Trong nhóm viêm phổi được nuôi cấy vi khuẩn: Tỷ lệ có kết quả dương tính là 57,9%.

Theo kết quả nghiên cứu của một số tác giả: Nghiên cứu của Lê Hoàng Sơn về trẻ em viêm phổi dưới 3 tuổi tại Cần Thơ năm 2005: kết quả nuôi cấy vi khuẩn dịch phế quản dương tính chiếm tỷ lệ 66,97% [2]; Nghiên cứu của Đỗ Thị Thanh Xuân về VP trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Bạch Mai năm 1998: tỷ lệ bệnh nhân viêm phổi phân lập được vi khuẩn trong dịch mũi họng

là 51,9% [3], thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Thị Thanh Xuân.

Nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ và nghiên cứu của Lê Hoàng Sơn sử dụng bệnh phẩm là dịch thanh khí phế quản có độ chính xác cao hơn, cùng với độ tuổi của đối tượng nghiên cứu khác với nghiên cứu của chúng tôi nên có tỷ lệ cao hơn.

2. Tỷ lệ phân lập được các loại vi khuẩn khi nuôi cấy

a) Về cơ cấu vi khuẩn gây VP trẻ em dưới 60 tháng tuổi: Kết quả nuôi cấy, định danh vi khuẩn của chúng tôi cho kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân viêm phổi do *S.pneumoniae* cao nhất (38,4%), sau đó là do *H.influenzae* (30,4%), do *M.Catarrhalis* (21,7%), do *S.aureus* (7,9%), *P.aeruginosa* (0,7%), *Enterobacter* (0,7%). Trong nghiên cứu không phát hiện các trường hợp viêm phổi do *B.pertussis*, *S. pyogenes*, *K.pneumoniae*.

Theo nghiên cứu của Lê Hoàng Sơn tại Cần Thơ năm 2005, kết quả nuôi cấy, định danh vi khuẩn bệnh nhân viêm phổi từ 0 - 3 tuổi: tỷ lệ viêm phổi do *H.influenzae* là 26,00%, do *S.pneumoniae* là 18,96%, do *S.aureus* là 11,00%, do *K.pneumoniae* là 4,89%, do *P.aeruginosa* là 1,52%, trực khuẩn Gram âm 4,58% [2].

So sánh các kết quả nghiên cứu trên cho thấy, về thành phần vi khuẩn gây bệnh viêm phổi hàng đầu đều vẫn là: *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *M. catarrhalis*. Tuy nhiên, tỷ lệ từng loại vi khuẩn có khác nhau ở các nghiên cứu do sự khác nhau của độ tuổi của đối tượng nghiên cứu, vị trí lấy bệnh phẩm để nuôi cấy vi khuẩn, tuyến điều trị, thời gian nghiên cứu, địa dư vùng miền nghiên cứu.

b) Về cơ cấu vi khuẩn theo độ tuổi của đối tượng nghiên cứu: Kết quả nghiên cứu cho thấy, cơ cấu vi khuẩn của trẻ em viêm phổi nhóm dưới 2 tháng tuổi: tỷ lệ do *H.influenzae* chiếm tỷ lệ cao nhất (45%), sau đó là do *M.catarrhalis* (25%), *S.pneumoniae* (20%), *S.aureus* (5%), *P.aeruginosa* (5%); Cơ cấu vi khuẩn của trẻ em viêm phổi nhóm từ 2 đến dưới 12 tháng tuổi: tỷ lệ do *S.pneumoniae* chiếm tỷ lệ cao nhất (38,1%), sau đó là do *M.catarrhalis* (27,4%), *H.influenzae* (26,2%), *S.aureus* (7,1%), *Enterobacter* (1,2%); Cơ cấu vi khuẩn của trẻ em viêm phổi nhóm từ 2 đến dưới 12 tháng tuổi: tỷ lệ do *S.pneumoniae* chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), sau đó là do *H.influenzae* (32,4%), *S.aureus* (11,8%), *M.catarrhalis* (5,9%).

Theo nghiên cứu của Lê Hoàng Sơn tại Cần Thơ năm 2005, kết quả nuôi cấy, định danh vi

khẩn bệnh nhân VP từ 0-3 tuổi: Tỷ lệ trẻ VP dưới 2 tháng tuổi do *H.influenzae* là 9,61%, do *S.pneumoniae* là 7,92%, do *S.aureus* là 30,76%, do *K.pneumoniae* là 1,92%, do *P.aeruginosa* là 1,92%, do trực khuẩn Gram âm 21,15%. Tỷ lệ trẻ viêm phổi từ 2 - dưới 12 tháng tuổi do *H.influenzae* là 25,98%, do *S.pneumoniae* là 18,89%, do *S.aureus* là 10,23%, do *K.pneumoniae* là 6,29%, do *P.aeruginosa* là 1,57%, do trực khuẩn Gram âm 3,14%. Tỷ lệ trẻ viêm phổi từ 1 - 3 tuổi do *H.influenzae* là 31,75%, do *S.pneumoniae* là 22,94%, do *S.aureus* là 4,72%, do *K.pneumoniae* là 4,72%, do *P.aeruginosa* là 1,35% [2].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về cơ cấu vi khuẩn của trẻ em viêm phổi nhóm dưới 2 tháng tuổi, hàng đầu là *H.influenzae*, phù hợp với nghiên cứu của Lê Hoàng Sơn. Trong khi đó nghiên cứu của Khu Khánh Dung, vi khuẩn hàng đầu là *K.pneumoniae*. Các nghiên cứu được thực hiện vào các thời điểm khác nhau, điều đó chứng tỏ, cơ cấu vi khuẩn luôn thay đổi theo thời gian cũng như chịu sự chi phối của nhiều yếu tố khác.

c) Cơ cấu vi khuẩn theo tình trạng nặng: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Trong nhóm trẻ viêm phổi (không nặng), nguyên nhân do *S.pneumoniae* chiếm tỷ lệ cao nhất (39,8%), sau đó là *H.influenzae* (24,1%), *M.catarrhalis* (22,9%), *S.aureus* (12,1%), *Enterobacter* (1,2%). Trong nhóm trẻ viêm phổi nặng, nguyên nhân do *H.influenzae* chiếm tỷ lệ cao nhất (41%), sau đó là *S.pneumoniae* (36,4%), *M.catarrhalis* (20%), *S.aureus* (1,8%), *P.aeruginosa* (1,8%).

Theo nghiên cứu của Đỗ Thị Thanh Xuân về viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi kháng kháng sinh tại Bệnh viện Bạch Mai năm 1998: Ở viêm phổi thông thường không phát hiện có *S.aureus*, *H.influenzae*, trực khuẩn Gram âm. Trái lại ở viêm phổi nặng *S.pneumoniae* chiếm tỷ lệ 26,25%, *S.aureus* 34,03%, *M.catarrhalis* 17,08%, *H.influenzae* 20,71%, còn lại là các vi khuẩn khác [3].

So sánh các kết quả nghiên cứu trên, nguyên nhân hàng đầu gây viêm phổi nặng trong nghiên cứu của chúng tôi là *H.influenzae*, sau đó là *S.pneumoniae*. Nghiên cứu của Đỗ Thị Thanh Xuân hàng đầu cũng là *S.pneumoniae*, sau đó là *S.aureus*. Sự khác biệt về cơ cấu về thành phần và tỷ lệ các loại vi khuẩn ở các nghiên cứu khác nhau do phụ thuộc vào nhiều yếu tố, nhất là đối tượng, thời điểm, địa điểm nghiên cứu, đặt ra yêu cầu cho công tác điều trị phải thường xuyên nghiên cứu sự thay đổi của cơ cấu vi khuẩn từ

đó đề ra các phương án lựa chọn kháng sinh hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính là 55,2%. Nhóm trẻ dưới 2 tháng kết quả nuôi cấy dương tính là 50%; Nhóm trẻ 2 tháng đến dưới 12 tháng kết quả nuôi cấy dương tính là 63,2%; Nhóm trẻ 12 tháng đến dưới 60 tháng kết quả nuôi cấy dương tính là 44,2%.

2. Cơ cấu vi khuẩn gây viêm phổi: Tỷ lệ do *S.pneumoniae* 38,4%, *H.influenzae* 30,4%, *M.Catarrhalis* 21,7%, *S.aureus* 7,9%, *P.aeruginosa* 0,7%, *Enterobacter* 0,7%.

KIẾN NGHỊ

1. Nguyên nhân gây bệnh viêm phổi cho trẻ em do *S.pneumoniae* và *H.influenzae* chiếm tỷ lệ cao. Đây là những vi khuẩn đã kháng nhiều loại kháng sinh. Các thầy thuốc điều trị cần dựa vào dấu hiệu lâm sàng để định hướng loại vi khuẩn gây bệnh, nếu có điều kiện nên nuôi cấy, định

danh vi khuẩn, làm kháng sinh đồ để cân nhắc lựa chọn kháng sinh điều trị hiệu quả.

2. Cần tiếp tục có các nghiên cứu sâu hơn về nguyên nhân gây bệnh viêm phổi trẻ em trong lĩnh vực virus, vi khuẩn với các kỹ thuật tiên tiến để cảnh báo và định hướng cho thầy thuốc nhi khoa trong chẩn đoán nguyên nhân và điều trị viêm phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khu Thị Khánh Dung (2003)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng vi khuẩn và một số yếu tố liên quan đến viêm phổi sơ sinh", Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, tr. 123.
2. **Lê Hoàng Sơn (2005)**, "Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, nguyên nhân, điều trị viêm phổi cấp tính trẻ em từ 0 - 3 tuổi tại Cần Thơ", Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, tr.21, 45, 52-53, 59-61, 90, 97.
3. **Đỗ Thị Thanh Xuân (2000)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị viêm phổi do vi khuẩn kháng kháng sinh ở trẻ em", Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, tr. 11-20, 57-60.

XÂY DỰNG VÀ THẨM ĐỊNH QUY TRÌNH THỬ ĐỘ HÒA TAN CỦA VIÊN NÉN CHỨA PARACETAMOL VÀ IBUPROFEN BẰNG QUANG PHỔ UV-VIS

Nguyễn Thị Ngọc Vân¹, Nguyễn Văn Bạch², Tạ Chiêu Phụng¹

TÓM TẮT¹⁵

Mục tiêu: 1) xây dựng quy trình thử độ hòa tan viên nén kết hợp paracetamol và ibuprofen bằng phương pháp quang phổ UV-Vis. 2) Ứng dụng quy trình đã thẩm định đánh giá khả năng giải phóng hoạt chất trong phép thử độ hòa tan của chế phẩm trên thị trường. **Phương pháp nghiên cứu:** Ứng dụng định luật cộng tính mật độ quang, đo độ hấp thụ của hoạt chất ở 2 bước sóng hấp thụ cực đại 225nm (ibuprofen) và 245 nm (paracetamol). Quy trình được thẩm định theo hướng dẫn của ICH bao gồm các chỉ tiêu khoảng tuyến tính, miền giá trị, tính đặc hiệu, độ chính xác, độ đúng. **Kết quả:** Quy trình thử độ hòa tan đã được thẩm định với khoảng tuyến tính có $r^2 > 0,999$, độ chính xác có giá trị RSD $< 3,5\%$, độ đúng với tỷ lệ hồi phục của paracetamol là 103% và ibuprofen là 99,1%. Điều kiện tiến hành thử độ hòa tan được khảo sát: môi trường hòa tan: 900 ml dung dịch đệm phosphat pH 7,2; Thiết bị: kiểu cánh khuấy

(kiểu 2), tốc độ quay: 50 vòng/phút, nhiệt độ: $37 \pm 0,5^\circ\text{C}$ trong khoảng thời gian 45 phút. Kết quả đánh giá chế phẩm trên thị trường cho thấy thuốc phóng thích hơn 85% hoạt chất trong vòng 20 phút. **Kết luận:** Quy trình thử độ hòa tan đã thẩm định có tính đặc hiệu, chính xác, đúng và có thể ứng dụng để đánh giá chất lượng của chế phẩm trên thị trường.

Từ khóa: thử độ hòa tan, Ibuprofen, Paracetamol, quang phổ UV-Vis

SUMMARY

DISSOLUTION METHOD DEVELOPMENT AND VALIDATION FOR COMBINATION OF IBUPROFEN AND PARACETAMOL TABLETS BY UV SPECTROPHOTOMETRY

Objectives: 1) The aim of this investigation was to develop and validate a dissolution method for combination of ibuprofen and paracetamol tablets using UV spectrophotometric method; 2) The developed method has been applied to evaluate dissolution test on brand name drugs. **Methods:** The analytical method was developed by UV spectrophotometry using sum of absorbance method which involves the measurement of absorbance at two wavelengths 225 nm as the λ_{max} of ibuprofen and 245 nm as the λ_{max} of paracetamol. The method was validated according to ICH guidelines which include accuracy, precision, specificity, linearity and analytical

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Học Viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Vân

Email: ntnvan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 6.2.2017

Ngày duyệt bài: 20.2.2017

range. **Result:** dissolution method was validated with good linear regression ($r^2 > 0.999$) for two calibration curves. The RSDs of intra-day and inter-day were under 3.5% and the recovery was 103% for paracetamol and 99.1% for ibuprofen. The established dissolution conditions were 900 ml of 0.2 M phosphate buffer pH 7.2 as dissolution medium at 37 ± 0.5 °C, using USP apparatus II at a stirring rate of 50 rpm for 45 min. The corresponding dissolution profiles were constructed and the selected brands showed more than 85% drug release within 20 minutes. **Conclusion:** the proposed dissolution method and analytical method can be applied successfully for the quality control of ibuprofen and paracetamol in marketed tablets.

Key words: Dissolution, Ibuprofen, Paracetamol, UV Spectrophotometric method.

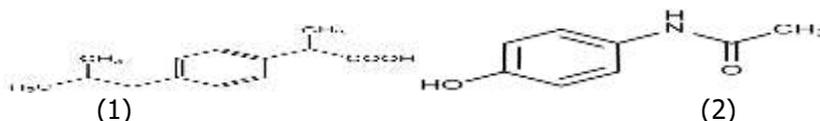
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Độ hòa tan là một chỉ tiêu quan trọng trong kiểm nghiệm chất lượng thuốc, đặc biệt là dạng bào chế viên nén. Thử độ hòa tan là một trong những phương pháp đơn giản, dễ thực hiện nhằm đánh giá sự phóng thích hoạt chất của thuốc trong nghiên cứu in vitro, cung cấp thông tin cần thiết cho việc lưu hành thuốc. Phương pháp còn kiểm tra tính lặp lại của quy trình sản xuất, tương đương bào chế và tương đương sinh

học của các công thức thuốc. Vì vậy, thử độ hòa tan là cần thiết trong kiểm soát chất lượng bán thành phẩm, thành phẩm và thuốc lưu hành trên thị trường [4].

Ibuprofen (Ibu) tên khoa học 2-(*p*-Isobutylphenyl) propionic axit là một thuốc kháng viêm không steroid (NSAID). Paracetamol (Para) tên khoa học *N*-(4-hydroxyphenyl) 4'-hydroxyacetanilid được sử dụng rộng rãi dùng giảm đau, hạ nhiệt [2]. Cả hai hoạt chất được kết hợp trong viên nén Hapacol nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, sử dụng thuốc cho cán bộ y tế và bệnh nhân. Độ hòa tan viên nén chứa paracetamol hoặc ibuprofen được quy định trong chuyên luận Dược điển bằng phương pháp quang phổ UV-Vis [1]. Tuy nhiên chưa có quy trình thử độ hòa tan cho chế phẩm chứa đồng thời 2 hoạt chất paracetamol và ibuprofen.

Trong nghiên cứu này chúng tôi xây dựng một quy trình thử độ hòa tan viên nén kết hợp 2 hoạt chất trên bằng phương pháp quang phổ UV-Vis và ứng dụng quy trình đã thẩm định đánh giá khả năng giải phóng hoạt chất trong phép thử độ hòa tan của chế phẩm trên thị trường.



Hình 1. Công thức hóa học của (1) paracetamol và (2) ibuprofen

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Viên nén Hapacol AP chứa đồng thời paracetamol (325 mg) và ibuprofen (400 mg) của Công ty cổ phần Dược Hậu Giang sản xuất, số đăng ký: VD-12172-10.

2.2. Hóa chất-dung môi: Chuẩn paracetamol (số lô QT009 150414, độ tinh khiết 99,84%), chuẩn ibuprofen (số lô QT026 091113, độ tinh khiết 99,76%) của Viện Kiểm nghiệm Tp. HCM. Kali dihydrophosphat, natri hydroxyd, nước cất đạt chuẩn phân tích.

2.3. Thiết bị: Máy thử độ hòa tan Pharmatest (Đức). Máy quang phổ UV Vis - Jasco V730 (Nhật). Cân phân tích OHAUS Explorer Pro, $d = 0,01$ mg (Mỹ).

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Ứng dụng định luật cộng tính mật độ quang trong xây dựng và thẩm định quy trình thử độ hòa tan viên nén Hapacol AP

Xác định bước sóng hấp thụ cực đại và xác định định luật cộng tính mật độ quang

Tiến hành quét phổ dung dịch chuẩn paracetamol 10 μ g/ml, dung dịch chuẩn ibuprofen

10 μ g/ml, hỗn hợp chuẩn paracetamol và ibuprofen 10 μ g/ml trong khoảng bước sóng 200 – 400nm. Xác định bước sóng hấp thụ cực đại của từng chất.

Tính chất cộng tính mật độ quang của dung dịch hỗn hợp được kiểm tra bằng cách pha 3 dung dịch: dung dịch chuẩn para nồng độ 10 μ g/ml, ibu nồng độ 10 μ g/ml và hỗn hợp của 2 dung dịch chuẩn trên, tiến hành quét phổ từ 200nm đến 400nm. Cộng phổ riêng phần của 2 dung dịch chuẩn rồi so sánh với phổ hỗn hợp 2 dung dịch.

2.4.2 Xác định hàm lượng paracetamol và ibuprofen trong viên nén Hapacol AP

Cân 20 viên nén chứa 325 mg paracetamol và 400 mg ibuprofen, xác định khối lượng trung bình viên, nghiền thành bột mịn. Cân chính xác một lượng bột tương ứng khoảng 10 mg paracetamol và 12 mg Ibu cho vào bình định mức 100 ml. Hòa tan bằng đệm pH 7,2, siêu âm 15 phút và bổ sung vừa đủ bằng dung dịch đệm. Lọc (bỏ 10 ml dịch lọc đầu), hút chính xác 5 ml dịch lọc và pha loãng thành 50 ml bằng dung dịch đệm, đem đo độ hấp thụ của dung dịch tại 2 bước 245 và 225nm.

Ứng dụng định luật cộng tính mật độ quang xác định hàm lượng paracetamol và ibu trong viên nén: Nồng độ paracetamol và ibuprofen tính theo hệ phương trình:

$$A_{245}^{hh} = \epsilon_{245}^{para} \times C_{para} + \epsilon_{245}^{ibu} \times C_{ibu}$$

$$A_{225}^{hh} = \epsilon_{225}^{para} \times C_{para} + \epsilon_{225}^{ibu} \times C_{ibu}$$

Trong đó: ϵ_{245}^{pa} , ϵ_{225}^{para} , ϵ_{245}^{ibu} , ϵ_{225}^{ibu} là hệ số hấp thu mol của paracetamol & ibuprofen ở 2 bước sóng 245 và 225 nm được tính theo độ hấp thu của dung dịch có nồng độ đã biết.

A_{245}^{hh} , A_{225}^{hh} độ hấp thu của hỗn hợp dung dịch paracetamol và ibuprofen được đọc ở 2 bước sóng 243 và 230 nm.

C_{para} và C_{ibu} : nồng độ của paracetamol và ibuprofen trong hỗn hợp.

Các chỉ tiêu thẩm định quy trình thử độ hòa tan

Thẩm định quy trình thử độ hòa tan được tiến hành theo hướng dẫn của ICH và Viện kiểm nghiệm thuốc [5], [3]. Xác định độ đúng của phương pháp theo công thức:

$$\text{Độ đúng (\%)} = \frac{\text{Lượng hoạt chất thu hồi}}{\text{Lượng hoạt chất thêm vào}} \times 100\%$$

Yêu cầu: tỷ lệ hồi phục ở mỗi mức nồng độ: 95 - 105%. % RSD của tỷ lệ phục hồi ở mỗi mức nồng độ ≤ 5%.

Độ chính xác: phương pháp được đánh giá dựa vào khảo sát độ chính xác trong ngày và độ chính xác trung gian (tiến hành trong trong 3 ngày liên tiếp). Xác định giá trị RSD (%) kết quả lượng hoạt chất đã hòa tan trong các mẫu. *Yêu cầu:* RSD ≤ 6%.

2.4.2. Ứng dụng quy trình đã thẩm định đánh giá khả năng giải phóng hoạt chất trong phép thử độ hòa tan của chế phẩm trên thị trường

Điều kiện tiến hành: Môi trường hòa tan: 900 ml dung dịch đệm phosphat pH 7,2;

Thể tích: 900 ml; Thiết bị: kiểu cánh khuấy (kiểu 2); Tốc độ quay: 50 vòng/phút; Nhiệt độ: 37 ± 0.5°C; Thời gian: 45 phút.

Yêu cầu: Không ít hơn 85% lượng paracetamol và ibuprofen so với lượng ghi trên nhãn được hòa tan trong 45 phút.

Xác định thời gian phóng thích hoạt chất

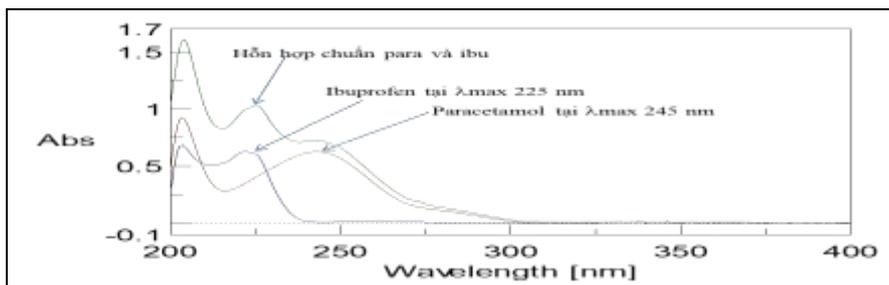
Tiến hành rút dịch hòa tan lần lượt tại các thời điểm 5 phút, 15 phút, 25 phút, 35 phút, 45 phút, 60 phút. Đánh giá lượng hoạt chất phóng thích tại từng thời điểm. Pha loãng dịch lọc với môi trường hòa tan để có nồng độ thích hợp. Đo độ hấp thụ các dung dịch tại 2 bước sóng 245 và 225 nm trong cốc đo dày 1cm, dung dịch đệm phosphat pH 7,2 làm mẫu trắng.

III. KẾT QUẢ

3.1. Xác định bước sóng hấp thu cực đại và xác thực định luật cộng tính mật độ quang

Bước sóng hấp thu cực đại của paracetamol là 245nm và ibuprofen là 225nm (hình 2).

Xác thực tính chất cộng tính mật độ quang của dung dịch: cộng phổ riêng phần của 2 dung dịch chuẩn và so sánh với phổ hỗn hợp 2 dung dịch cho thấy chúng thỏa định luật cộng tính mật độ quang và do đó có thể ứng dụng để định lượng đồng thời hai hoạt chất trên bằng phương pháp quang phổ Uv-vis.



Hình 2. Phổ đồ của para, ibu và hỗn hợp para-ibu ở nồng độ 10 µg/ml

3.2. Thẩm định quy trình thử độ hòa tan

3.2.1. Tính tương thích hệ thống

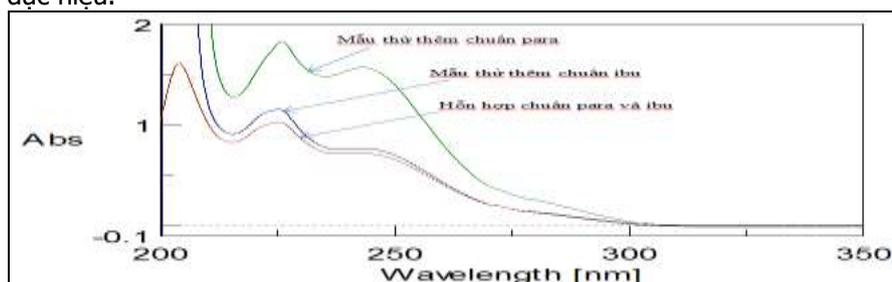
Bảng 1. Độ hấp thu dung dịch para tại bước sóng 245 nm và ibu tại bước sóng 225 nm

Mẫu	Paracetamol (λ245nm)	Ibuprofen (λ225nm)
1	0,6842	0,4193
2	0,6873	0,4194
3	0,6885	0,4191

4	0,6876	0,418
5	0,6865	0,4177
6	0,6844	0,4169
Trung bình	0,6864	0,4184
RSD (%)	0,26	0,24

3.2.2. Tính đặc hiệu

Kết quả khảo sát tính đặc hiệu cho thấy, phổ đồ mẫu chuẩn và mẫu thử chồng khít lên nhau. Phổ đồ mẫu thử thêm chuẩn ibu và para có sự tăng lên về độ hấp thụ của ibu và para. Như vậy phương pháp có tính đặc hiệu.



Hình 3. Chồng phổ chuẩn và thử, thử thêm chuẩn para và ibu

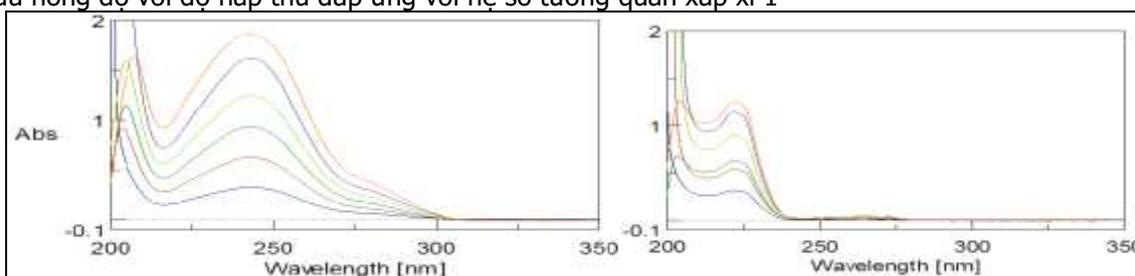
3.2.3. Tính tuyến tính và miền giá trị

Tính tuyến tính của hai chất được xây dựng trong khoảng từ 5µg/ml - 25µg/ml, kết quả được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Kết quả khảo sát tính tuyến tính

Các thông số	Paracetamol	Ibuprofen
Phương trình hồi quy	$y = 0.0528x + 0.058$ tại λ_{245nm}	$y = 0.0359x + 0.0791$ tại λ_{225nm}
	$y = 0.0307x - 0.0067$ tại λ_{225nm}	$y = 0.0307x - 0.0067$ tại λ_{245nm}
Hệ số tương quan (R^2)	0,9991	0,9997
Hệ số hấp thụ mol ϵ_{245} ; ϵ_{225}	8751; 4569	100; 8884

Kết quả ở bảng 2 cho thấy, trong khoảng nồng độ khảo sát có sự tương quan tuyến tính chặt chẽ giữa nồng độ với độ hấp thụ đáp ứng với hệ số tương quan xấp xỉ 1



Hình 4. Chồng phổ UV-vis của paracetamol (1) và ibuprofen (2) trong đường tuyến tính

3.2.4. Độ chính xác

Bảng 3. Kết quả đánh giá độ chính xác của phương pháp

Độ chính xác		Hàm lượng (µg/ml)	
		Paracetamol	Ibuprofen
Độ lặp lại (n=6)	TB	9,86	12,84
	RSD%	2,1	3,2
Độ chính xác trung gian (n=3)	TB	9,72	12,92
	RSD%	3,3	2,1

Kết quả ở bảng 3 cho thấy phương pháp có độ lặp lại cao với RSD của paracetamol và ibuprofen nhỏ hơn 6% (trong cùng ngày và khác ngày) [3].

3.2.5. Độ đúng

Bảng 4. Kết quả khảo sát độ đúng của phương pháp

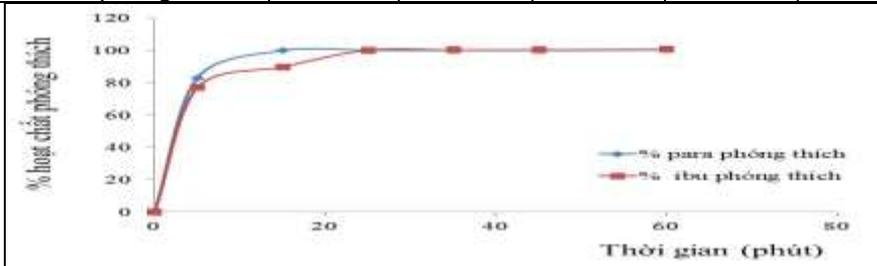
STT	Paracetamol			Ibuprofen		
	Lượng thêm (µg/ml)	Lượng tìm lại (µg/ml)	% tìm lại	Lượng thêm (µg/ml)	Lượng tìm lại (µg/ml)	% tìm lại
1	5,0	5,20	104,0	6,0	6,06	101,0
2	5,0	5,06	101,3	6,0	5,88	97,9
3	5,0	4,74	94,8	6,0	5,73	95,5
4	10,0	10,42	104,2	12,0	11,37	94,7
5	10,0	10,72	107,2	12,0	11,87	98,9
6	10,0	10,31	103,1	12,0	11,94	99,5
7	15,0	16,02	106,8	20,0	19,97	99,8
8	15,0	14,94	99,6	20,0	21,28	106,4
9	15,0	15,92	106,2	20,0	19,62	98,1
	Trung bình		103,0			99,1
	RSD (%)		3,9			3,6

Kết quả cho thấy phương pháp có độ lặp lại tốt (RSD= 3,6-3,9%) và độ đúng cao (tỷ lệ hồi phục trung bình của paracetamol là 103%, ibuprofen là 99,1%), đáp ứng yêu cầu về thẩm định quy trình thử độ hòa tan. Như vậy, quy trình đạt yêu cầu về độ đúng [3].

3.3. Đánh giá khả năng phóng thích hoạt chất trong phép thử độ hòa tan của một vài chế phẩm trên thị trường

Bảng 5. Kết quả đánh giá khả năng phóng thích hoạt chất của 2 chế phẩm trên thị trường

Thuốc	Thời gian (phút)	5	15	25	35	45	60
Viên nén A	% para phóng thích	82.98	99.88	100.09	100.11	100.06	100.34
	% ibu phóng thích	77.01	89.79	100.12	100.22	100.23	100.59
Viên nén B	% para phóng thích	82.98	99.88	100.69	100.52	100.06	100.22
	% ibu phóng thích	77.01	85.79	100.23	100.88	100.76	100.59



Hình 5. Kết quả đánh giá thời gian phóng thích hoạt chất của viên nén A

Kết quả cho thấy trong vòng 15 phút viên nén A và B hòa tan tối thiểu 85% paracetamol và ibuprofen, đạt yêu cầu của ĐĐVN IV về thời gian hòa tan hoạt chất phải đạt trong vòng 60 phút.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Xây dựng phương pháp

Thử độ hòa tan là một trong những chỉ tiêu quan trọng trong kiểm soát chất lượng thuốc trên thị trường, và được quy định trong Dược điển Việt Nam IV. Hiện tại ĐĐVN IV cũng như USP 34 đều chỉ có các chuyên luận riêng lẻ của para và ibu [1], [7]. Ở Việt Nam, chưa có tác giả nào nghiên cứu quy trình định lượng đồng thời para và ibu bằng phương pháp quang phổ Uv-vis, ứng dụng định luật cộng tính mật độ quang. Trong các nghiên cứu nước ngoài, các phương pháp định lượng đồng thời para và ibu chủ yếu

sử dụng HPLC [6], [7]. Tuy nhiên đối với chỉ tiêu độ hòa tan, mỗi thí nghiệm được đánh giá trên 6 viên và tương ứng sẽ định lượng hoạt chất được hòa tan trong 6 viên thuốc bằng một phương pháp phân tích dụng cụ [3]. Trong trường hợp sử dụng phương pháp HPLC thời gian phân tích cho 6 viên thuốc khoảng 60 phút [6] chưa tính đến thời gian cân bằng cột sắc ký và rửa cột sau khi phân tích mẫu khoảng 60 phút. Bên cạnh đó phương pháp HPLC tiêu tốn nhiều dung môi có độ tinh khiết cao hơn phương pháp quang phổ Uv-vis. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng thời gian định lượng 6 viên thử độ hòa tan là 10 phút và sử dụng rất ít dung môi.

4.2. Thẩm định quy trình thử độ hòa tan

Kết quả thẩm định cho thấy phương pháp xây dựng có độ đúng cao (tỷ lệ hồi phục trung bình của paracetamol là 103%, ibuprofen là 99,1%) và độ lặp lại tốt (RSD= 3,6-3,9%). Do vậy phương pháp có thể sử dụng đánh giá chỉ tiêu độ hòa tan của thuốc viên nén chứa 2 thành phần para và ibu.

V. KẾT LUẬN

Bằng phương pháp quang phổ UV-vis, ứng dụng định luật cộng tính mật độ quang chúng tôi đã xây dựng quy trình thử độ hòa tan cho viên nén chứa paracetamol và ibuprofen theo hướng dẫn của ICH. Phương pháp có tính đặc hiệu, chính xác, đúng và đã ứng dụng quy trình để đánh giá khả năng giải phóng hoạt chất của chế phẩm trên thị trường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế, 2009.** *Dược điển Việt Nam IV*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. **Bộ Y Tế, 2010.** *Dược thư quốc gia Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Viện Kiểm nghiệm Tp. Hồ Chí Minh, 2012,** *Tài liệu hướng dẫn thẩm định quy trình thử độ hòa tan dược phẩm-Chương trình thử nghiệm thành thạo*, tr. 1-25.
4. **Dressman J, Kramer J, 2005.** *Pharmaceutical dissolution testing*. Taylor and francis group, editors. Dissolution testing: Guidance for industry. New York: Marcel Dekker, pp. 352 -53.
5. **International Conference on Harmonization Q2 (R1), 1997,** pp. 27467-3.
6. **P. Reddy Battu and MS Reddy, 2009.** RP-HPLC Method for Simultaneous Estimation of Paracetamol and Ibuprofen in Tablets. *Asian J. Research Chem*, vol. 2(1), Jan.-March, pp 70-72.
7. **Md. sarowar Jahan, Md. Jahirul Islam, Rehana Begum, Ruhul Kayesh and Asma rahman. 2014.** A Study of Method Development, Validation, and Forced Degradation for Simultaneous Quantification of Paracetamol and Ibuprofen in Pharmaceutical Dosage Form by RP-HPLC Method. *An AlyticAI chemistry insights*, vol 9, pp 75-81.

KẾT QUẢ THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Đào Xuân Thành¹, Nguyễn Quốc Dũng²

TÓM TẮT¹⁶

Đặt vấn đề: thay khớp háng toàn phần không xi măng được chấp nhận thực hiện cho người trẻ tuổi nhưng vẫn còn là vấn đề bàn luận cho người cao tuổi. Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá kết quả lâm sàng và xquang của các bệnh nhân trên 60 tuổi được thay khớp háng toàn phần không xi măng. **Phương pháp:** 103 khớp háng toàn phần không xi măng được thay cho 93 bệnh nhân tuổi từ 60 đến 82, tuổi trung bình là 64,37±4,98. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình là 49,34±20,54 tháng (3-70 tháng). Đánh giá kết quả lâm sàng theo thang điểm Merle d'Aubigné Postel. Tình trạng cố định khớp được đánh giá dựa trên phim chụp xquang. **Kết quả:** điểm trung bình theo thang điểm Merle d'Aubigné Postel là 17,05±0,26. Tất cả các bệnh nhân đều hết đau khớp háng sau phẫu thuật. 94,18% có kết quả tốt và rất tốt, 4,85% có kết quả khá. 1 bệnh nhân xuất hiện đau giữa đùi sau 24 tháng do lỏng chuỗi khớp vô khuẩn. Không có ổ cối nào bị lỏng. 100% ổ cối đúng vị trí trong vùng an toàn của Lewinnek. **Kết luận:** kết quả

lâm sàng và xquang cho thấy thay khớp háng toàn phần không xi măng cải thiện tốt chức năng khớp háng cho người cao tuổi.

Từ khóa: không xi măng, thay khớp háng toàn phần, người cao tuổi.

SUMMARY**RESULTS OF CEMENTLESS TOTAL HIP ARTHROPLASTY IN THE ELDERLY**

Background: Cementless total hip arthroplasty is an accepted alternative to total hip arthroplasty with cement in younger patients, but it remains controversial for elderly patients. The purpose of this study was to evaluate the clinical and radiographic outcomes of cementless total hip arthroplasty in patients who were at least sixty years of age at the time of the operation. **Methods:** One hundred and three cementless total hip replacements were performed for 93 patients between the ages of sixty and eighty-two years, the mean age was 64,37±4,98. The mean duration of follow-up was 49,34±20,54 months (range 3-70 months). For the clinical evaluation, the Merle d'Aubigné and Postel scale was used. The focus of the radiographic evaluation was the status of the fixation of the femoral and acetabular components as well as cup wear. **Results:** the mean Merle d'Aubigné - Postel score at the latest follow-up examination was 17,05±0,26 points. All the patients reported marked relief of painful symptoms. 94,18% hips had excellent and good results; 4,85% hips had normal function results. Mild thigh pain was present in

¹Đại học Y Hà Nội,

²BV TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 7.2.2017

Ngày duyệt bài: 15.2.2017

one patients follow-up 24 months due to aseptically loosening of femoral component. No acetabular component failed by loosening. 100% of the 103 hips were inside the Lewinnek acetabular cup inclination safe range. **Conclusions:** Based on the clinical and radiological results, uncemented total hip arthroplasties can give satisfactory function in elderly patients.

Keywords: cementless, total hip arthroplasty, elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp háng là phẫu thuật dùng khớp nhân tạo để thay thế phần khớp đã hư hỏng nhằm phục hồi những chức năng vốn có của khớp. Kể từ ca mổ đầu tiên do John Charnley thực hiện đầu những năm 60 của thế kỷ trước, đến nay thay khớp háng toàn phần đã là một phẫu thuật chỉnh hình được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới với 1,5 triệu khớp háng được thay hàng năm. Tuy nhiên, sau nửa thế kỷ nhìn nhận và đánh giá lại, thay khớp háng toàn phần cũng không phải là cách điều trị toàn mỹ. Đã có những nghiên cứu, thông báo về những tai biến và biến chứng của phương pháp điều trị này như nhiễm khuẩn, chảy máu, liệt thần kinh, thủng ổ cối, lỏng khớp nhân tạo hay còn đau khớp háng, đau dọc xương đùi sau mổ... Hiện nay, có hai loại khớp háng toàn phần được sử dụng trong phẫu thuật này là loại khi gắn cần có xi măng và một loại khi gắn không cần xi măng. Đã có nhiều đánh giá, so sánh về hiệu quả điều trị của hai loại khớp này tuy nhiên mỗi loại đều có ưu điểm nổi bật trong từng trường hợp cụ thể. Dù vậy, xu hướng của các nước tiên tiến và cả ở Việt Nam đang nghiêng về sử dụng loại khớp không xi măng. Khớp không xi măng cần đạt được độ vững cơ học ngay từ đầu nhờ sự áp khít và ổn định sinh học sau đó nhờ sự phát triển của xương lên bề mặt khớp. Bệnh nhân càng cao tuổi thì chất lượng xương càng kém đi, thêm vào đó tuổi càng cao khả năng tạo xương càng giảm đáng kể so với người trẻ tuổi, do vậy sự phát triển của xương lên bề mặt khớp nhân tạo không xi măng có thể không đạt được sự cố định sinh học như mong muốn. Một số tác giả nhận thấy khớp háng toàn phần không xi măng cho người cao tuổi vẫn cho kết quả tốt, số khác còn lại cho rằng chỉ nên thay khớp háng toàn phần có xi măng ở bệnh nhân cao tuổi [1]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng ở người cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần

không xi măng tại Bệnh viện Bạch Mai từ 60 tuổi trở lên. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, chụp phim Xquang trước và sau mổ, có địa chỉ rõ ràng. Bệnh nhân đến khám lại theo hẹn đúng lịch.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân không có đầy đủ các tiêu chuẩn trên. Bệnh nhân đang có nhiễm trùng toàn thân hoặc tại khớp háng. Bệnh nhân không tuân thủ chế độ khám định kỳ, không tái khám hoặc không liên lạc được. Hồ sơ bệnh án không đầy đủ, thiếu thông tin hoặc thất lạc phim Xquang.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, không đối chứng.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi và giới. Xác định các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân nghiên cứu.

- *Triệu chứng lâm sàng:* Đau khớp háng, đau tại xương đùi theo thang điểm VAS. Hạn chế vận động khớp. Đo mức độ ngắn chi.

- *Cận lâm sàng:* Đặc điểm phân loại xương đùi theo Dorr LD.

* Kết quả nghiên cứu sau mổ

- *Kết quả ngay sau mổ:* Sự liền vết mổ. Xquang sau mổ đánh giá vị trí trục chuôi khớp, vị trí ổ cối, độ áp khít của chuôi khớp nhân tạo với ống tủy xương đùi, các tai biến biến chứng như gãy xương, trật khớp...

- *Kết quả xa sau phẫu thuật:* đánh giá chức năng vận động của khớp nhân tạo ở các thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng, 24 tháng... theo chỉ số khớp háng của Merle d'Aubigne - Postel. Tổng số điểm tối đa là 18 điểm, thấp nhất là 0 điểm.

Xếp loại theo tổng số điểm:

17 - 18 điểm: Rất tốt

15 - 16 điểm: Tốt

13 - 14 điểm: Khá

10 - 12 điểm : Trung bình

≤ 9 điểm: Xấu

Đánh giá mức độ đau khớp háng, triệu chứng đau giữa đùi sau mổ theo thang điểm VAS. Tai biến trong phẫu thuật: chảy máu, vỡ, thủng ổ cối, vỡ toác đầu trên xương đùi, tổn thương mạch máu, thần kinh... Biến chứng sau phẫu thuật: nhiễm khuẩn nông hoặc sâu, trật khớp, lỏng khớp, gãy thân xương đùi, cốt hóa lạc chỗ, ngắn chi...

III. KẾT QUẢ

Tuổi thấp nhất là 60 tuổi, tuổi cao nhất là 82 tuổi. Độ tuổi trung bình $64,37 \pm 4,98$ tuổi.

3.1 Đánh giá kết quả chung: 100 bệnh nhân liền vết mổ thì đầu, được cắt chỉ sau 10-14 ngày. Số ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân là:

10,47 ± 4,52. Trong đó số ngày nằm viện ít nhất là 5 ngày, số ngày nằm viện lâu nhất là 28 ngày.

Sơ sánh mức độ đau khớp háng trước và sau phẫu thuật theo thang điểm VAS. Điểm trung

bình trước mức độ đau trước mổ là 7.05 ± 2.13. Trong đó lớn nhất là 9 và nhỏ nhất là 4. Điểm trung bình mức độ đau sau mổ là 2.45 ± 0.78. Trong đó điểm lớn nhất là 4, và nhỏ nhất là 0 điểm.

3.2 Đánh giá chức năng khớp háng

Bảng 1. Thay đổi của biên độ gấp của khớp theo thời gian

	< 90°	> 90°, n(%)	70-90°, n(%)	50-70°, n(%)	N
Trước mổ	103(100%)	0	0	0	103
3 – 6 tháng		82 (79.6%)	21 (20.4%)	0	103
7 – 12 tháng		97(100%)	0	0	97
1 – 3 năm		84(98.8%)	1(1.2%)	0	85
3 –6 năm		21(100%)	0	0	21

Nhận xét: Biên độ vận động của khớp háng trước mổ 100% nhỏ hơn 90°, sau mổ biên độ vận động của khớp háng của bệnh nhân sau thay khớp háng toàn phần không xi măng tăng dần theo thời gian với p < 0.05.

3.3 Đánh giá kết quả chụp XQ

Bảng 2. Vị trí trục của chuỗi khớp

Trục của chuỗi khớp	Trung gian	Vẹo trong	Vẹo ngoài	Tổng
n	90	8	5	103
Tỷ lệ	87.31%	7.8%	4.89%	100%

Nhận xét: Trục trung gian là loại trục đúng vị trí, chiếm tỷ lệ cao nhất 87.31%. Tỷ lệ vị trí chuỗi xấu là chuỗi vẹo trong có 8 khớp chiếm 7.8%. Có 05 khớp vẹo ngoài chiếm tỉ lệ 4.89%.

Bảng 3. Trục của ổ cối so với phương nằm ngang

Góc nghiêng	Dưới 40°	40-50°	Trên 50°	Tổng
n	0	103	0	103
Tỷ lệ	0	100%	0%	100

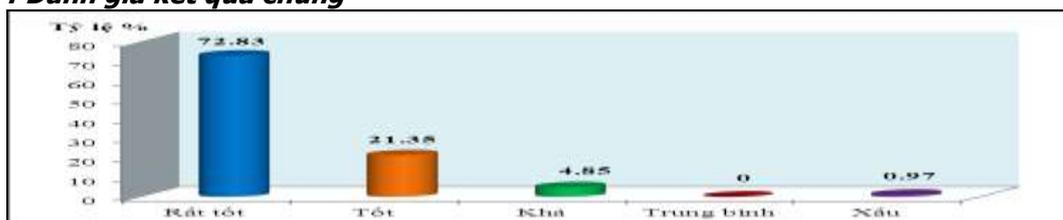
Nhận xét: Số lượng ổ cối nhân tạo có vị trí đúng nằm trong khoảng từ 40 đến 50° có 103 khớp chiếm 100%.

Bảng 4. Đánh giá triệu chứng đau đùi sau phẫu thuật

Thời gian	3 tháng	6 tháng	9 tháng	12 tháng	24 tháng
Đau đùi	42	13	3	0	1

Nhận xét: Triệu chứng đau giữa đùi sau mổ tại thời điểm theo dõi 3 tháng sau mổ là 42 khớp, triệu chứng này giảm ở các thời điểm theo dõi kế tiếp T6, T9, T12. Sau 24 tháng xuất hiện 1 bệnh nhân bị đau giữa đùi do lỏng chuỗi khớp vô khuẩn.

3.4 Đánh giá kết quả chung



Biểu đồ 1. Kết quả chung

Nhận xét: Theo thang điểm Merle d'Aubigne-Postel, kết quả điều trị chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu được chia làm nhiều mức độ, tốt và rất tốt là 97 trường hợp chiếm 94.18%, khá là 5 trường hợp chiếm 4.85%, có 1 trường hợp có kết quả xấu chiếm 0.97%. Điểm trung bình sau phẫu thuật là 17,05±0,26.

Bảng 5. Điểm chất lượng cuộc sống theo SF-12

Thời gian	X± SD	Min-Max	p	
T0	44.4±1.45	38-55	T3-T0 (0.000)	(T6-T3) 0.069
T3	72.12±2.58	62-83		
T6	73.22±2.62	62-83	(T12-T6) 0.017	(T24-T12)
T12	73.57±2.68	62-83		
T24	73.62±2.65	62-83		

0.057

Nhận xét: Có sự thay đổi về chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF 12 ở các thời điểm so sánh: sau mổ và trước mổ: T12 với T6, với $p < 0.05$. Nhưng không có sự thay đổi chất lượng cuộc sống ở các thời điểm T6 với T3, T24 với T12 với $p > 0.05$.

Tai biến và biến chứng: Chúng tôi không gặp tai biến nào như gãy thân xương đùi, thủng ổ cối, vỡ mấu chuyên cũng như tổn thương mạch máu, thần kinh lớn trong quá trình phẫu thuật. Không có bệnh nhân nào gặp tai biến do gãy tê tủy sống

Biến chứng sớm sau mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào bị trật khớp sau mổ. Không có trường hợp nào chảy máu sau mổ. Không có trường hợp nào nhiễm khuẩn nông hoặc sâu.

Biến chứng muộn sau mổ: biến chứng đau đùi xuất hiện muộn trở lại sau phẫu thuật chúng tôi gặp 1 trường hợp do lỏng chuôi vô khuẩn sau phẫu thuật 24 tháng (chiếm 0,97%).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả sớm sau phẫu thuật: 100% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều liền vết mổ thì đầu và được cắt chỉ sau 10-14 ngày. Chúng tôi chủ trương cắt chỉ muộn bởi các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi đều là người già, chế độ dinh dưỡng không tốt, vết mổ sẽ chậm liền so với người trẻ tuổi. Yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến sự liền vết mổ là vấn đề nhiễm khuẩn. Trong nghiên cứu này không có bệnh nhân nào có dấu hiệu nhiễm khuẩn nông hoặc sâu. Ở một phẫu thuật công tác vô khuẩn rất quan trọng nhưng với phẫu thuật thay khớp háng toàn phần mức độ ưu tiên đó càng được nhân lên nhiều lần bởi trong môi trường sử dụng khớp nhân tạo nhiễm khuẩn đồng nghĩa với sự thất bại.

Kết quả theo dõi sau phẫu thuật

Mức độ đau khớp háng: Vấn đề làm giảm triệu chứng này không chỉ là 1 tiêu chí đánh giá thành công của phẫu thuật mà còn là cơ sở để thầy thuốc và bệnh nhân cùng theo dõi hoạt động, chất lượng và tuổi thọ của khớp. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trước mổ 100% bệnh nhân đều đau khớp háng tổn thương với điểm trung bình là $7,05 \pm 2,13$, trong đó lớn nhất là 9 điểm và nhỏ nhất là 4 điểm, sau 3 tháng chỉ còn 16 khớp (chiếm 15,5%) có triệu chứng đau và đến tháng thứ 6 thì không còn bệnh nhân nào đau khớp nhân tạo, điểm trung bình sau mổ ở thời điểm T3 là $2,45 \pm 0,78$, trong đó điểm lớn nhất là 4 và nhỏ nhất là 0, sự khác

biệt về mức độ đau khớp háng ở thời điểm T0 và T3 có ý nghĩa thống kê với $p = 0.000$. Theo Trần Nguyên Phương (2009) thì tỉ lệ đau khớp háng sau mổ T3 là 10,3% [1], nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ cao hơn vì sự phục hồi phần mềm quanh khớp háng sau mổ ở người cao tuổi là lâu hơn, cũng như khả năng liền vết mổ chậm so với người trẻ tuổi.

Biên độ vận động của khớp háng nhân tạo: Biên độ vận động càng lớn thì khả năng vận động của bệnh nhân càng tốt khi biên độ vận động của khớp háng nhân tạo trên 90° , bệnh nhân có thể đi lại vận động sinh hoạt bình thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trước mổ 100% khớp có biên độ gấp $< 90^{\circ}$, biên độ khớp háng sau mổ 3 tháng đầu có 82 khớp chiếm 79,6% số khớp nhân tạo có thể gấp hơn 90° , biên độ vận động trung bình là $104,65 \pm 19,54$. Sự khác biệt giữa biên độ vận động trung bình ở thời điểm T3 và T0 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, theo Trần Nguyên Phương (2009) tỉ lệ nhóm khớp có biên độ vận động trung bình $> 90^{\circ}$ là 73.04%, Phạm Đức Phương (2015) là 87.5%. Tỉ lệ này tiếp tục tăng lên ở các nhóm bệnh nhân khám lại trong các thời điểm kế tiếp chứng tỏ sự thích nghi dần của người bệnh với cuộc sống có khớp nhân tạo. Có một bệnh nhân sau 24 tháng khám lại chiếm 1.2% có tầm vận động khớp háng $< 90^{\circ}$, bệnh nhân này đau nhiều xương đùi, ngắn chi 2cm so với chân còn lại, chụp Xquang có hình ảnh lún chuôi, lỏng khớp vô khuẩn.

X-quang sau mổ: Vị trí của ổ cối có liên quan chặt chẽ đến nguy cơ va chạm giữa ổ cối và các thành phần khác như chuôi khớp, gân cơ thắt lưng chậu, tỉ lệ trật khớp háng sau mổ. Góc nghiêng của ổ cối có ảnh hưởng đến tỉ lệ trật khớp bao gồm góc nghiêng dạng và góc nghiêng trước. Khác với ổ cối nhân tạo có xi măng thường được đặt lọt hoàn toàn vào trong ổ cối của bệnh nhân và được gắn kết với xương ổ cối bằng xi măng, ổ cối nhân tạo không xi măng cần đặt sao cho tiếp xúc được nhiều nhất với xương ổ cối và phải đảm bảo góc nghiêng dạng và nghiêng trước nằm trong vùng an toàn tránh được va chạm và trật khớp. Vùng an toàn theo Lewinek GE và cộng sự nằm trong khoảng 15 ± 10 cho góc nghiêng trước và 40 ± 10 cho góc nghiêng dạng của ổ cối nhân tạo [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả ổ cối đều nằm trong khoảng 40 - 50, điều đó cũng lý giải một phần sau mổ không có bệnh nhân nào trật khớp. Vị trí trục chuôi khớp nhân tạo không xi măng

cũng ảnh hưởng nhiều đến kết quả phẫu thuật. **Kết quả xa:** đánh giá chức năng khớp nhân tạo theo thang điểm Merle d'Aubigne-Postel thu được kết quả: rất tốt có 75 khớp chiếm 72.83%, tốt có 22 khớp chiếm 21.35%, khá là 5 khớp chiếm 4.85%, xấu có 1 trường hợp chiếm 0.97%. Không có khớp nào đánh giá là trung bình. So sánh với kết quả trong và ngoài nước chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt nhiều, Nguyễn Tiến Bình thông báo kết quả đánh giá phẫu thuật thay khớp háng toàn phần, kết quả rất tốt và tốt là 85%, khá là 8.2%, trung bình là 3.4%, xấu là 3.4%. Đoàn Việt Quân (2003) báo cáo kết quả nghiên cứu rất tốt và tốt là 77.%, khá và trung bình là 21.8%, xấu là 1.1%. Michael Maley (1998) thông báo kết quả nghiên cứu tốt và rất tốt là 88%, khá 7%, trung bình 3%, và xấu là 2% [5].

Tai biến và biến chứng: Một biến chứng có thể gặp sau thay khớp nhân tạo là trật khớp nhân tạo. Tỷ lệ này theo Nguyễn Tiến Bình là 1.88%, Nguyễn Mạnh Tường là 1.6%, theo Anderson là 1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân được thay khớp háng toàn phần với đường mổ sau lưng. Khớp và chuôi được đặt đúng vị trí theo thông số phù hợp. Chúng tôi không cắt quá nhiều bao khớp phía sau và khâu phục hồi bao khớp cũng như chỗ bám tận của khối cơ chậu hông mẫu chuyển. Ngoài ra lưu ý bệnh nhân những động tác không được làm trong quá trình tập luyện phục hồi chức năng sau mổ và sinh hoạt, do vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy không có trường hợp nào có biến chứng sớm trật khớp sớm sau mổ.

Nhiễm khuẩn là yếu tố chính gây nên thất bại cho cuộc phẫu thuật, ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe và kinh tế của người bệnh. Theo Coventry Mark B tỉ lệ nhiễm khuẩn sau mổ thay khớp háng toàn phần là 2-8%, theo Lê Phúc tỉ lệ này là 3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nhiễm khuẩn nào. Để phòng nhiễm khuẩn, ngay từ đầu nếu bệnh nhân tồn tại một ổ nhiễm khuẩn bất kỳ trong cơ thể dù là nhiễm khuẩn răng miệng, tiết niệu một số tác giả khuyên nên điều trị ổn định các loại nhiễm khuẩn đó rồi mới thay khớp. Đó là một trong những chống chỉ định của phẫu thuật thay khớp. Chúng tôi cũng đồng ý với quan điểm này. Bên cạnh đó chúng tôi còn tuân thủ triệt để nguyên tắc vô khuẩn trong phòng mổ và trong quá trình phẫu thuật, khử khuẩn dụng cụ đúng quy cách, rút ngắn thời gian phẫu thuật nhờ kinh nghiệm và trình độ của phẫu thuật viên, sự phối hợp ăn ý của các thành viên trong ekip mổ. Sử

dụng kháng sinh dự phòng và điều trị sau mổ, thực hiện tốt chế độ chăm sóc hậu phẫu cũng làm triệt tiêu nguy cơ nhiễm khuẩn trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Triệu chứng đau giữa đùi: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi đều đau vùng khớp háng trước mổ, nhưng không có bệnh nhân nào có triệu chứng đau giữa đùi. Sau phẫu thuật đau giữa đùi gặp ở 42 khớp chiếm 50.5%. Đa số các bệnh nhân thấy đau nhẹ hoặc mỏi đùi khi đi lại nhiều, hoặc khi thay đổi thời tiết. Theo tác giả Trần Nguyễn Phương (2009) có 11.3% bệnh nhân đau đùi sau mổ 3-6 tháng, giảm dần ở các lần khám tiếp theo. Điều này có thể giải thích do sự cố định ban đầu của khớp háng nhân tạo là cố định cơ học trên nền chất lượng xương đùi kém. Ở các thời điểm sau đó, do quá trình liền xương xảy ra, tổ chức xương mọc xung quanh khớp nhân tạo tạo nên kiểu cố định sinh học vững chắc do vậy tỉ lệ và mức độ đau đùi cũng giảm dần.

Lỏng khớp nhân tạo: Lỏng khớp nhân tạo thường được nhắc đến biến chứng muộn sau mổ thay khớp háng toàn phần không xi măng. Nó là một trong những yếu tố chính làm giảm hiệu quả hoạt động của khớp nhân tạo cùng với những triệu chứng đau khớp háng, đau dọc xương đùi, ngắn chi và hậu quả cuối cùng là thay lại khớp. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp xác định là lỏng chuôi chiếm 0.97%, không có trường hợp nào lỏng ổ cối. Bệnh nhân bị lỏng chuôi ở thời điểm T24. Sau 36 tháng bệnh nhân được thay lại chuôi, khi tháo chuôi cũ trên bề mặt chuôi mất hết lớp phủ hydroxyapatite, kèm theo không có xương bám vào bề mặt chuôi.

Đánh giá chất lượng cuộc sống: Phẫu thuật thay khớp háng vừa để lập lại chức năng vận động của chi dưới, vừa điều trị triệu chứng đau do tổn thương khớp gây ra, mang lại chất lượng cuộc sống tốt nhất cho bệnh nhân. Chúng tôi đã đánh giá sự thay đổi về chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân này theo SF 12 ở thời điểm trước và sau mổ. Điểm trung bình trước mổ của bệnh nhân là 44.4 ± 1.45 (38-55) số điểm này tăng lên rất cao sau mổ là 72.12 ± 2.58 (62-83) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0.000$. Ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là những người cao tuổi, có nhiều bệnh mạn tính kèm theo, cộng với sự đau đớn, hạn chế vận động của khớp háng làm giảm rất nhiều chất lượng cuộc sống, thay khớp háng đã cải thiện chất lượng cuộc sống về sức khỏe và tinh thần.

V. KẾT LUẬN

Thay khớp háng toàn phần không xi măng ở người cao tuổi bước đầu đem lại kết quả khả quan với tỷ lệ thay lại khớp rất thấp. Đây là một phẫu thuật an toàn và cải thiện tốt chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi.

TAI LIỆU THAM KHẢO

1. Ogino D, Kawaji H, Konttinen L, Lehto M, Rantanen P, Malmivaara A, Konttinen YT, Salo J (2008). Total hip replacement in patients eighty years of age and older. *J Bone Joint Surg Am.* Sep;90(9): 1884-90.
2. Trần Nguyễn Phương (2009). "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật TKHTP không xi măng tại bệnh viện Bạch Mai", *Luận văn thạc sĩ y học*, Trường Đại học y Hà Nội.
3. Lewinnek GE, Lewis JL, Tarr R, Compere CL, Zimmerman JR (1978), Dislocations after total hip - replacement arthroplasties. *J Bone Joint SurgAm.* 60:217 – 220.
4. Andesson DLewis, Hamsawillam, Waring Thomat (1964). "Femoral head prosthesis", *The Journal of Bone and Joint surgery, Vol.46-4, No5, 1049-1065.*
5. Manley M.T. et al. (1998). "Fixation of acetabular cups without cement in total hip arthroplasty", *The Journal*, Vol. 80-A, No 8, 206 – 241.

RỐI LOẠN SẮC GIÁC Ở SINH VIÊN NĂM THỨ NHẤT TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2015 - 2016

Hoàng Thúy Nga¹, Nguyễn Thu Hiền², Lê Đình Tùng¹

TÓM TẮT¹⁷

Sắc giác là chức năng của một trong ba loại tế bào nón ở võng mạc thị giác. Rối loạn nhận biết màu sắc (rối loạn sắc giác) được đặc trưng bởi giảm hoặc mất khả năng phân biệt màu sắc. Nghiên cứu được thực hiện trên 744 sinh viên năm thứ nhất, trong đó có 279 sinh viên nam (37.5%), 465 sinh viên nữ (62.5%), trung bình là 18,17 ± 0,47 tuổi (nhỏ nhất 17 tuổi, lớn nhất 22 tuổi) với mục tiêu: Mô tả tỷ lệ rối loạn nhận biết màu sắc của sinh viên năm thứ nhất, Trường Đại học Y Hà Nội bằng Ishihara Test và Farnsworth D15 Test. Kết quả nghiên cứu sàng lọc rối loạn sắc giác bằng test Ishihara cho thấy, tỷ lệ rối loạn sắc giác chung là 2,15%, ở sinh viên nam là 5,47%, ở sinh viên nữ là 0,22%. Trong số 16 đối tượng có rối loạn sắc giác, 11 đối tượng nam rối loạn nhận biết màu lục (3,94%), 4 nam (1,43%) và 1 nữ rối loạn nhận biết màu đỏ; 100% đối tượng là rối loạn nhận biết màu sắc bẩm sinh. Khác biệt về tỷ lệ rối loạn sắc giác được phát hiện bằng test Ishihara và Farnsworth D15 có ý nghĩa thống kê. Rối loạn nhận biết màu đỏ và màu lục là thường gặp nhất và được cho là do gen lặn trên nhiễm sắc thể giới tính X quy định. Tỷ lệ rối loạn sắc giác ở nam cao hơn nữ. Kết quả nghiên cứu này giúp cho sinh viên nhận ra rối loạn sắc giác của mình, có những điều chỉnh phù hợp để vượt qua các trở ngại gặp phải trong học tập và cuộc sống.

Từ khóa: rối loạn sắc giác, sinh viên y khoa, sắc giác.

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Tùng

Email: tungphy.yhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 3.2.2017

Ngày duyệt bài: 13.2.2017

PREVALENCE OF COLOUR BLINDNESS IN FIRST YEAR MEDICAL STUDENTS OF HANOI MEDICAL UNIVERSITY

Colour vision is a function of three types of cone pigments present in retina. Abnormality in the cone pigments will cause deficiency of colour vision which is called as colour blindness. This study was carried out in 744 students (279males and 465females) in the first year at Hanoi Medical University with objective to find prevalence of colour blindness. Students were assessed using Ishihara's Test for colour blindness by 38 plate edition and Farnsworth D15 Test. Study revealed total 16 students (2.15%) were colour blind which include 15males (5.47%) and 1 female (0.22%). It is observed that out of 15males with color blindness, 11males (3.94%) showed deuteranomaly and 4males (1.43%) and 1 female showed protanomaly. Prevalence rate for colour blindness is found to be higher in males (5.47%) than in females (0.22%). There is significant difference in ratio of color blindness students revealed by two tests. This is true for congenital colour blindness. In which red-green colour blindness is the common most defect which is inherited as X-Chromosome -linked recessive. As male have only one X-chromosome, they are prone to suffer from the defect while females are mainly carrier. This study is helpful to colour blind students to know their disability and to adjust appropriately to overcome their difficulties.

Keywords: Colour Blindness, Protanomaly, Deuteranomaly, Ishihara's Charts, X-Chromosome Recessive

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sắc giác là khả năng phân biệt màu sắc dựa trên chức năng của các tế bào thần kinh thị giác và chức năng phân tích cấp cao của vỏ não. Rối loạn nhận biết màu sắc được đặc trưng bởi giảm hoặc mất khả năng phân biệt màu sắc. Rối loạn sắc giác có thể do di truyền hoặc mắc phải. Trên thế giới, rối loạn sắc giác do di truyền chiếm

8,14% tổng số nam và 0,43% tổng số nữ [1], rối loạn sắc giác mắc phải khoảng 5% dân số. Trong ngành y, sắc giác đặc biệt được quan tâm [2]. Để đánh giá khả năng nhận biết màu sắc, test Ishihara luôn được lựa chọn vì độ nhạy cao, kết quả chính xác, yêu cầu kỹ thuật đơn giản. Tuy nhiên, test Ishihara chỉ sàng lọc được các trường hợp rối loạn phân biệt màu lục - đỏ, không cho biết mức độ nặng, cũng như không sàng lọc được các rối loạn nhận biết màu sắc khác, do đó cần kết hợp với test sàng lọc khác. Tại Việt Nam, nghiên cứu điều tra rối loạn sắc giác ở sinh viên y cũng đã được thực hiện trên sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Hải Phòng [3]. Tuy nhiên, nghiên cứu này chưa tính đến tỷ lệ rối loạn sắc giác mắc phải, thực hiện với cỡ mẫu chưa đủ lớn. Nhận thấy rối loạn sắc giác có ảnh hưởng lớn đến việc lựa chọn và cần thiết cho tư vấn nghề Y, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả tỷ lệ rối loạn sắc giác của sinh viên năm thứ nhất, Trường Đại học Y Hà Nội bằng test Ishihara và test Farnsworth D15.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Đối tượng nam giới được tính theo công thức

$$N = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{\Delta^2} = 1.96^2 \times \frac{0.0805 \times (1-0.0805)}{0.05^2} = 113.8$$

Tỷ lệ rối loạn sắc giác ở giới nữ rất ít, do vậy không khả thi để tính cỡ mẫu trong trường hợp này [3].

- **Địa điểm và phương tiện nghiên cứu:** Bộ môn Sinh lý học, Trường Đại học Y Hà Nội. Phòng nghiên cứu đánh giá khả năng nhận biết sắc giác đáp ứng đủ điều kiện: Nguồn sáng

từ đèn huỳnh quang 1,5m, cho ánh sáng có nhiệt độ màu 6500K; Bảng thị lực Landolt; Bộ test Ishihara phiên bản năm 2010; Bộ test Farnsworth D15.

- **Quy trình và phương pháp thu thập số liệu:** đối tượng nghiên cứu được thu thập thông tin cá nhân, tiền sử các bệnh về mắt và toàn thân, khám thị lực.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập và quản lý bằng phần mềm SPSS 17.0, so sánh các tỷ lệ, tỷ suất chênh bằng Fisher's exact test.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Test sàng lọc rối loạn nhận biết sắc giác là những thăm dò không xâm lấn, không ảnh hưởng đến sức khỏe đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ quy trình nghiên cứu, ý nghĩa và giá trị của test sàng lọc. Thông tin về đối tượng nghiên cứu và kết quả nghiên cứu được đảm bảo giữ kín và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả khám sàng lọc sắc giác

Rối loạn nhận biết màu sắc được đánh giá như sau: Rối loạn nhận biết màu sắc đỏ mức độ nặng khi đọc đúng được 17 đĩa trở xuống nhưng đọc đúng số 6, 2, 5, 6 trong các ô từ 22 đến 25. Rối loạn nhận biết màu sắc đỏ mức độ nhẹ khi đọc đúng 17 đĩa trở xuống, nhưng đọc được (2)6, (4)2, (3)5, (9)6 trong các ô từ 22 đến 25. Rối loạn nhận biết màu lục mức độ nặng khi đọc đúng 17 đĩa trở xuống, đọc rõ 2, 4, 3, 9 trong các ô từ 22 đến 25. Rối loạn nhận biết màu lục mức độ nhẹ khi đọc đúng không nhiều hơn 17 đĩa và đọc được 2(6), 4(2), 3(5), 9(6) trong các ô từ 22 đến 25. Không có vấn đề về sắc giác khi đọc đúng trên 17 đĩa trong các số đĩa từ 1 đến 21.

Bảng 3.1. Kết quả sàng lọc rối loạn sắc giác bằng Ishihara test

	Nam (n = 279)	Nữ (n = 465)	p
Đọc đúng cả 6 đĩa	263 (94.27%)	460 (98.92%)	0,006
Đọc sai ≥1/6 đĩa*	16 (5.73)	5 (1.08%)	
Đúng >17 đĩa (đĩa 1-21)	1 (6.3%)	4 (80%)	
Đúng ≤ 17 đĩa (đọc đúng 6, 2, 5, 6 trong các ô 22-25)	4 (25%)	1 (20%)	
Đúng ≤ 17 đĩa (đọc (2)6, (4)2, (3)5, (9)6 trong các ô 22-25)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	
Đúng ≤ 17 đĩa (đọc đúng 2, 4, 3, 9 trong các ô 22-25)	8 (50%)	0 (0.00%)	
Đúng ≤ 17 đĩa (đọc 2(6), 4(2), 3(5), 9(6) trong các ô 22-25)	3 (18.8%)	0 (0.00%)	

*Fisher's exact

Trong số 279 đối tượng nam, có 16 đối tượng đọc sai từ 1 đĩa trở lên (5,73% số đĩa), trong 465 đối tượng nữ, có 5 người đọc sai từ 1 đĩa trở lên (1,08%). 21 đối tượng này được tiến hành tiếp bước 2, yêu cầu đọc đầy đủ 25 đĩa. Trong số này, có 5 người đọc đúng trên 17 đĩa, vì vậy có

thể kết luận 5 đối tượng này không có rối loạn sắc giác. Còn lại 15 nam và 1 nữ chỉ đọc đúng dưới 17 đĩa và được khẳng định có rối loạn sắc giác. Trong số các đối tượng có rối loạn sắc giác, rối loạn nhận biết màu lục chiếm tỷ lệ nhiều nhất (68.7%). 5 đối tượng rối loạn nhận biết màu đỏ

(4 nam, 1 nữ). So sánh tỷ lệ rối loạn sắc giác ở nhóm nam và nữ, tỷ lệ rối loạn sắc giác ở nhóm nam lớn hơn rõ rệt ($p < 0.05$). Cùng với Ishihara test, các đối tượng được sàng lọc bằng Farnsworth test với từng mắt và với 2 mắt.

Bảng 3.2. Kết quả sàng lọc rối loạn sắc giác bằng Farnsworth D15 test

	Nam (n = 279)	Nữ (n = 465)	p
Bình thường	270 (96,77%)	464 (99,78%)	< 0.05
Rối loạn nhận biết màu sắc đỏ mức độ trung bình	1 (0,36%)	0 (0.00%)	
Rối loạn nhận biết màu sắc đỏ mức độ nặng	3 (1,08%)	1 (0,22%)	
Rối loạn nhận biết màu sắc lục mức độ nặng	5 (1,79%)	0 (0.00%)	

**Fisher's exact test*

Kết quả có 10 đối tượng được kết luận là có rối loạn sắc giác (9 nam, 1 nữ), trong đó 5 đối tượng rối loạn nhận biết màu đỏ có 4 nam (1,44% nam) và 1 nữ (0,22% nữ); 5 đối tượng nam rối loạn nhận biết màu sắc lục (1,79% nam). Sự khác biệt giữa rối loạn sắc giác ở nam và ở nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Liên quan giữa rối loạn nhận biết màu sắc và giới tính cho

kết quả là OR = 36,4; CI 95%: 3,35 – 207,27 cho phép kết luận nguy cơ mắc rối loạn nhận biết màu sắc ở nam cao hơn nữ 36,4 lần.

3.2. Rối loạn sắc giác theo màu và di truyền

Dựa vào khả năng nhận biết màu của đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ rối loạn sắc giác theo màu được trình bày ở bảng 3.5

Bảng 3.3. Tỷ lệ rối loạn sắc giác theo màu

		Nam (n=15)	Nữ (n=1)	Tổng (n=16)
Rối loạn sắc giác	Đỏ	4 (26,67%)	1 (100%)	31,25
	Lục	11 (73,33%)	0	68,75
	Lam	0	0	0.0
Tổng		15 (100%)	1 (100%)	100

Nhận xét: test Ishihara có độ nhạy cao, phát hiện 16 đối tượng có rối loạn sắc giác, trong đó có 11 đối tượng rối loạn màu lục (68,75%), số còn lại rối loạn màu đỏ (31,25%). Không có đối tượng nào rối loạn màu lam. 100% đối tượng được xác định là rối loạn nhận biết màu sắc bẩm sinh. Không có đối tượng nào bị rối loạn nhận biết màu sắc mắc phải. So sánh kết quả sàng lọc rối loạn sắc giác bằng test Ishihara và Farnsworth D15 được trình bày ở bảng 3.4.

Bảng 3.4. Kết quả sàng lọc rối loạn sắc giác bằng Ishihara và Farnsworth D15 test

Ishihara test	Farnsworth D15 test				P
	Rối loạn nhận biết màu đỏ nặng	Rối loạn nhận biết màu đỏ trung bình	Rối loạn nhận biết màu lục nặng	Bình thường	
Rối loạn nhận biết màu đỏ nặng	1	4			< 0,05
Rối loạn nhận biết màu lục nặng			4	4	
Rối loạn nhận biết màu lục nhẹ			1	2	
Bình thường				5	

Fisher's exact test

Có sự khác biệt về kết quả sàng lọc giữa 2 test này ($p < 0.05$). Ishihara test kết luận 16 người có rối loạn sắc giác, Farnsworth D15 test chỉ phát hiện được 10 người có rối loạn sắc giác. Cả 2 test cùng phát hiện các đối tượng rối loạn nhận biết màu đỏ, xanh. Tuy nhiên, kết quả sàng lọc bằng Ishihara test phát hiện 2 đối tượng rối loạn nhận biết màu đỏ ở mức độ nhẹ và 4 người rối loạn nhận biết màu lục mức độ nặng. Trong khi với Farnsworth D15, cả 6 đối tượng này đều bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Test Ishihara phiên bản 2010 có 38 đĩa, được chia thành các nhóm đĩa khác nhau là bộ test sàng lọc rối loạn sắc giác được sử dụng rộng rãi trên thế giới. Chúng tôi sử dụng test Ishihara để sàng lọc cho 744 đối tượng nghiên cứu. Các đối tượng thực hiện đọc các đĩa đại diện của các nhóm, nếu đọc sai thì cho đọc lại đầy đủ các đĩa màu từ đầu. Nếu đọc đúng $\geq 17/21$ đĩa được coi là bình thường, sự nhầm lẫn, sai sót có thể chấp nhận được và chưa được coi là có rối loạn sắc

giác [4]. Trong quá trình nghiên cứu, 21 đối tượng trong bước đầu đọc sai $\geq 1/6$ đĩa, 16 đối tượng đọc đúng dưới 17 đĩa được kết luận là có rối loạn sắc giác, 5 đối tượng đúng từ 17 đĩa trở lên được kết luận là bình thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rối loạn sắc giác được phát hiện bằng test Ishihara là 16/744 (2,2%), 5,47% ở nam và 0,22% ở nữ. So sánh tỷ lệ rối loạn sắc giác này với các nghiên cứu khác trên thế giới, có thể thấy tỷ lệ rối loạn sắc giác trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nước phương Tây [5] song lại có xu hướng cao hơn so với các nghiên cứu ở các quốc gia châu Á [6]. Sự khác biệt như vậy có thể do các nghiên cứu trước đây được tiến hành với cỡ mẫu lớn, chỉ nghiên cứu về rối loạn nhận biết màu sắc bẩm sinh, chưa nghiên cứu về tỷ lệ rối loạn nhận biết màu sắc mắc phải, khác chúng tộc.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có sự liên quan giữa rối loạn sắc giác với giới tính, khả năng nam bị rối loạn sắc giác gấp 36 lần nữ, điều đó phù hợp với các nghiên cứu chỉ ra các gen quy định cảm giác màu là gen S mã hóa sắc tố hấp thụ ánh sáng có bước sóng ngắn nằm trên nhiễm sắc thể số 7, gen quy định sắc tố hấp thụ bước sóng trung bình là OPN1MW, quy định sắc tố hấp thụ ánh sáng có bước sóng dài là OPN1LW đều nằm trên nhiễm sắc thể X, nghĩa là gen quy định màu xanh và màu đỏ do 1 nhiễm sắc thể X quy định, gen quy định màu lam nằm trên nhiễm sắc thể thường số 7, các gen này đều là gen lặn nên biểu hiện kiểu hình chủ yếu ở nam, ở nữ phải có kiểu gen đồng hợp mới biểu hiện ra kiểu hình.

Trong số 16 đối tượng được nhận định là rối loạn sắc giác bởi test Ishihara (đều là rối loạn sắc giác bẩm sinh), tỷ lệ rối loạn nhận biết màu lục cao nhất sau đó là rối loạn nhận biết màu đỏ, không có đối tượng nào rối loạn nhận biết màu lam. Tỷ lệ rối loạn nhận biết màu lục lớn gấp 2,2 lần tỷ lệ rối loạn nhận biết màu đỏ, không có đối tượng rối loạn nhận biết màu lam. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trước đó chỉ ra rằng trong số rối loạn sắc giác bẩm sinh, tỷ lệ rối loạn nhận biết màu lục nhiều hơn tỷ lệ rối loạn nhận biết màu đỏ [7].

Test Farnsworth D15 yêu cầu đối tượng sử dụng từng mắt để sắp xếp các màu sắc thành một dải biến thiên liên tục. Sau khi yêu cầu 744 đối tượng nghiên cứu sắp xếp các màu dựa trên sự phân biệt màu sắc, chúng tôi phát hiện được 10 đối tượng có rối loạn sắc giác. Trong đó, tỷ lệ rối loạn nhận biết màu lục/đỏ là 50/50, không phát hiện được đối tượng nào rối loạn nhận biết

màu lam mặc dù test Farnsworth D15 được đánh giá là test để phát hiện tốt đối tượng rối loạn nhận biết màu sắc lam cả bẩm sinh và mắc phải. So sánh kết quả sàng lọc bằng hai test này cho thấy 10 đối tượng được phát hiện rối loạn sắc giác với test Farnsworth D15 đều nằm trong số 16 đối tượng có rối loạn sắc giác được phát hiện bằng test Ishihara. 6 đối tượng được phát hiện bằng test Ishihara nhưng test Farnsworth D15 cho kết quả bình thường. Sự khác biệt này là do test Ishihara có độ nhạy cao hơn, phát hiện được rối loạn sắc giác tốt hơn test Farnsworth. Cụ thể, Ishihara phát hiện đối tượng có rối loạn sắc giác với sự khác biệt màu sắc khoảng 15-22 đơn vị màu sắc, còn Farnsworth D15 thì khi sự khác biệt màu sắc lên tới 30-40 đơn vị mới có thể phát hiện được [1].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 744 đối tượng (trong đó có 279 nam, 465 nữ) sinh viên năm thứ nhất, Trường Đại học Y Hà Nội, chúng tôi rút ra một số kết luận:

- Tỷ lệ rối loạn sắc giác chung là 2,2%, trong đó tỷ lệ rối loạn sắc giác ở nam là 5,4%, rối loạn sắc giác ở nữ là 0,22%.

- Trong số các đối tượng được xác định là có rối loạn sắc giác, không có đối tượng nào rối loạn nhận biết màu lam, rối loạn nhận biết màu lục ở nam là 3,94%, rối loạn nhận biết màu đỏ ở nam là 1,43% và 0,22% ở nữ; 100% đối tượng rối loạn sắc giác đều là bẩm sinh.

- Rối loạn sắc giác liên quan đến giới, sự liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

- Có sự khác biệt giữa test Ishihara và Farnsworth D15 trong sàng lọc rối loạn sắc giác ($p < 0.05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brich J. (2001)**. Prevalence and inheritance of congenital colour vision defects. *Diagnosis of defective colour vision*, Second edition, Butterworth-Heinemann, Oxford, 32-37.
2. **Spalding J.A. (1999)**. Colour vision deficiency in the medical profession. *The British journal of general practice*, (49), 469-475.
3. **Trần Thị Thanh, Trần Văn Phương (2012)**. Điều tra về tỷ lệ bất thường sắc giác (mù màu) do các gene lặn trên NST X chi phối trong 3 năm từ 2000 – 2002 ở sinh viên năm nhất đại học Y Hải Phòng. *Tạp chí y học Việt Nam*,
4. **Ishihara S. (2010)**. *Ishihara Instructions*, Kanehara, Tokyo.
5. **Belcher S.J., Greenshields K.W. và Wright W.D. (1958)**. Colour vision survey. *British Journal Ophthalmology*, 42, 355.

- 6. Moghaddam H.M., Jason S.N., Hassan R. và cộng sự (2014).** Color Vision Deficiency in Zahedan, Iran: Lower than Expected. *Optometry & Vision Science*, 91(11), 1372-1376.
- 7. Deeb S. và et al (2013).** Color Vision Defects. *Emery and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics*, sixth edition, Academic Press, Oxford, 1-17.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U WARTHIN TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TW HÀ NỘI

Phạm Hoàng Tuấn*, Nguyễn Quang Bình*

TÓM TẮT¹⁸

Mục đích: Đánh giá kết quả phẫu thuật u Warthin tuyến nước bọt mang tai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 20 bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến nước bọt mang tai có kết quả giải phẫu bệnh là u Warthin. Các đặc điểm dịch tễ bệnh, kết quả phẫu thuật được đánh giá và phân tích tại các thời điểm ngay sau phẫu thuật, sau phẫu thuật 3 tháng, sau phẫu thuật 6 tháng. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình của u Warthin tương đối cao, 59,45. Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới, tỉ lệ nam: nữ là 9:1. Tỉ lệ hút thuốc lá trong nhóm bệnh nhân là 80%. Phẫu thuật cắt u tuyến đơn thuần chiếm 35%, cắt u và một phần tuyến chiếm 45% và cắt u và toàn bộ tuyến chiếm 20%. Các biến chứng sau phẫu thuật bao gồm giảm chức năng thần kinh mặt chiếm 50% ngay sau mổ và giảm còn 20% sau 6 tháng. Hội chứng Frey gặp 5% sau 6 tháng.

Từ khóa: U tuyến nước bọt mang tai, U Warthin

SUMMARY

ASSESS THE RESULT OF THE WARTHIN PAROTID SALIVARY GLAND TUMOR SURGERY IN HA NOI NATIONAL DENTOMAXILLOFACIAL HOSPITAL

Aim: To assess the result of the Warthin parotid salivary gland tumor surgery. **Participants and methods:** the research was carried out with 20 patients diagnosed warthin parotid salivary gland tumor. Epidemiological characteristics and the result of surgery were assessed and analysed when the surgery had been carried out for 3 months and for 6 months. **Results:** the patients who were diagnosed the warthin tumor were at the age of 59,45 (relatively old). More men suffer from the warthin than women, proportion of men and women 9:1. Percentage of the patients smoking is 80%. The surgery dissecting the tumor accounts for 35% and a part of salivary gland accounts for 45% and dissecting the tumor and the whole salivary gland accounts for 20%. Complications after dissection consist of decrease in facial nerve function which accounts for 50% after surgery and only 20% after 6 months since surgery. Frey syndrome is 5% after 6 months

Key word: parotid salivary gland tumor, Warthin tumor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U Warthin còn có tên gọi khác là u tuyến lympho (cystadenolymphoma) là một khối u lành tính của ở tuyến nước bọt, được đặc trưng mô

học bởi sự xuất hiện các nhú với lớp tế bào hình trụ, ái toan, nhân bầu dục mang đặc tính bào tiết, trên nền chất đệm dày đặc bạch huyết. Nó thường xuất hiện ở vị trí tuyến mang tai

U thường là một khối, tiến triển chậm không có triệu chứng gì. Bệnh nhân thường không đau, tuy nhiên một số trường hợp u chèn ép các mạch máu bên cạnh hay bị bội nhiễm có thể gây đau. Một số trường hợp có thể gây liệt thần kinh mặt khi khối u bị viêm nhiễm hay xơ hóa dẫn đến chẩn đoán nhầm với khối u ác tính. Điều trị các khối u tuyến mang tai nói chung luôn gặp nhiều khó khăn vì ngoài vấn đề thẩm mỹ, tuyến nước bọt mang tai còn liên quan trực tiếp đến các thành phần quan trọng khác của cơ thể như: cơ, mạch máu, và đặc biệt sự phức tạp của dây thần kinh số VII chi phối vận động các khối cơ vùng mặt. Từ những lí do trên việc chẩn đoán chính xác u warthin là rất quan trọng. Trên thế giới đã có rất nhiều công trình nghiên cứu về tỉ lệ bệnh, bệnh sinh, các phương tiện chẩn đoán và hiệu quả điều trị u warthin, nhưng ở Việt Nam các công trình nghiên cứu về bệnh này còn rất ít. Vì vậy tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả phẫu thuật u Warthin tuyến nước bọt mang tai tại bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 20 bệnh nhân có chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ là u Warthin nhưng không có bệnh cấp tính kèm theo tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ 06/2015 đến 06/2016.

2.2. Phân tích và xử lí số liệu

- Phân tích và xử lí số liệu trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 16.0

- Phân tích kết quả theo phương pháp thống kê y học. so sánh các đại lượng bằng test khi bình phương.

- Các so sánh có ý nghĩa thống kê khi $P \leq 0.05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ, sẽ phục vụ tốt hơn cho công tác chẩn đoán, điều trị các bệnh nhân u warthin, ngoài ra không có mục đích gì khác. Mọi thông tin về bệnh nhân là chính xác, chân thực, khách quan và được giữ bí mật, chỉ nghiên cứu viên, cơ quan

* Bệnh Viện RHM TƯ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Tuấn

Email: Drtuan1966@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

quản lí và hội đồng y đức mới được kiểm tra khi cần thiết.

Bảng 1. Tiêu chí đánh giá kết quả gần sau mổ 1 tuần

Tiêu chí \ Mức độ	Tốt	Khá	Kém
Tổn thương dây thần kinh	Không liệt	Liệt nhánh	Liệt toàn bộ
Biến chứng chảy máu, tụ máu.	Không chảy máu	Chảy máu ngay đầu, tự cầm khi băng ép	Chảy máu phải PT cầm máu
Nhiễm khuẩn	Không nhiễm khuẩn	Nhiễm khuẩn sau mổ nhưng không phải trích rạch	Nhiễm khuẩn phải PT trích rạch, dẫn lưu
Rò nước bọt	Không rò nước bọt	Rò nước bọt sau mổ, tự hết khi băng ép và dùng thuốc giảm tiết	Có dò nước bọt kéo dài

Bảng 3. Xếp loại kết quả điều trị phẫu thuật

Kết quả	Tiêu chuẩn
Tốt	Tất cả các tiêu chí trên đều ở mức độ tốt
Trung bình	Tất cả tiêu chí từ khá trở lên, nhưng không phải tất cả đều tốt.
Kém	Khi có ít nhất một tiêu chuẩn kém

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

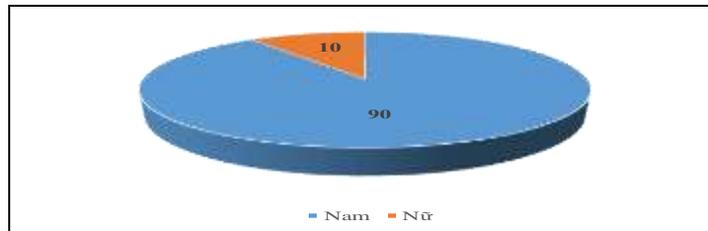
3.1.1. Tuổi: Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 59,45±7,82, trong đó các đối tượng từ 48 đến 84 tuổi, được phân bố theo nhóm tuổi như sau.

Bảng 4. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi.

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<50	1	5,0
50-60	10	50,0
>60-70	8	40,0
>70	1	5,0
Tổng	20	100

Nhận xét: Bệnh nhân tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi 50 – 60 (50%) và 60 – 70 (40%). Ngoài lứa tuổi trên, chỉ có 2 bệnh nhân chiếm 10% trong nhóm nghiên cứu.

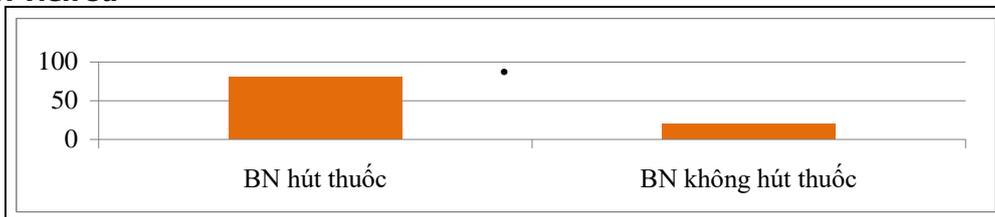
3.1.2. Giới



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Nhận xét: trong số 20 bệnh nhân có 18 bệnh nhân là nam (chiếm 90%) và 2 bệnh nhân là nữ (chiếm 10%). Tỷ lệ nam : nữ = 9:1

3.1.3. Tiền sử



Biểu đồ 2. Tình trạng hút thuốc lá

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá cao gấp 4 lần so với số bệnh nhân không hút.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Cách thức phẫu thuật

Tùy thuộc vào triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và quan niệm của phẫu thuật viên mà có các cách thức phẫu thuật khác nhau cho u Warthin.

Bảng 5. Phân loại cách thức phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cắt u bảo tồn tuyến và thần kinh mặt	7	35,0
Cắt u + 1 phần tuyến có bảo tồn thần kinh mặt	9	45,0
Cắt u + tuyến có bảo tồn thần kinh mặt	4	20,0
Tổng	20	100

Nhận xét: Phương pháp cắt u và một phần tuyến bảo tồn thần kinh mặt vẫn được sử dụng nhiều nhất với 45% số bệnh nhân, tiếp sau đó là phương pháp bóc tách nhân với 35%.

3.2.2. Kết quả ngay sau mổ.

Chúng tôi gặp 11 bệnh nhân có biến chứng trong thời gian nằm viện, bao gồm.

Bảng 6. Biến chứng sau phẫu thuật

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu > 7 ngày sau mổ	0	0,0
Tụ máu	1	5,0
Rò nước bọt	0	0,0
Nhiễm khuẩn	2	10,0
Liệt mặt	10	50

Nhận xét: Biến chứng thường gặp nhất sau mổ là tổn thương thần kinh mặt, gặp ở 50% số bệnh nhân. Có 2 trường hợp có nhiễm khuẩn sau mổ, vết mổ tẩy đỏ và phải điều trị kéo dài >10 ngày sau mổ. 1 trường hợp có tụ máu tuyến mang tai sau mổ.

Bảng 7. Triệu chứng liệt mặt ngay sau mổ

PP	Liệt	Liệt mặt		Không liệt mặt		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Cắt nhân		2	28,5	5	71,5	7	100
Cắt u + một phần tuyến		5	55,5	4	44,5	9	100
Cắt u + toàn bộ tuyến		3	75,0	1	25,0	4	100
Tổng		10	50,0	10	50,0	20	100

Nhận xét: Trong số 7 bệnh nhân được phẫu thuật cắt nhân đơn thuần có 2 trường hợp có dấu hiệu liệt mặt ngay sau mổ, chiếm 28,5%. Tỷ lệ này tăng dần trong nhóm cắt u cùng một phần tuyến và cắt u cùng toàn bộ tuyến với số liệu lần lượt là 55,5% và 75%. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2.3. Kết quả phẫu thuật sau 3 tháng.

Bảng 8. Biến chứng sau phẫu thuật 3 tháng.

Triệu chứng	3 tháng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Liệt mặt	7	35
Tái phát u	0	0
Rò nước bọt	0	0
Hội chứng Frey	0	0
Tình trạng sẹo vết mổ xấu	2	10
Chức năng ăn nhai, phát âm kém	2	10

Nhận xét: sau mổ 3 tháng, biến chứng liệt mặt xuất hiện ở 35% số bệnh nhân. 2 bệnh nhân có sẹo mổ xấu, chiếm 10%. 2 bệnh nhân có chức năng ăn nhai và phát âm không tốt, chiếm 10%. Không có trường hợp nào có rò nước bọt, hay hội chứng frey sau 3 tháng.

Bảng 9. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 3 tháng

Kết quả	PP	Cắt nhân		Cắt u + một phần tuyến		Cắt u + toàn bộ tuyến		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt		6	85,7	6	66,7	0	0	12	60
Trung bình		1	14,3	3	33,3	4	100	8	40
Kém		0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng		7	100	9	100	4	100	20	100

Nhận xét: Sau 3 tháng, kết quả tốt tăng lên 60 %, trung bình là 40%. Không có kết quả kém. Trong đó kết quả tốt của nhóm phẫu thuật cắt nhân là 85,7% và nhóm cắt u và một phần tuyến là 66,7%.

3.2.4. Kết quả phẫu thuật sau 6 tháng.

Bảng 10. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 6 tháng

Kết quả	Cắt nhân		Cắt u + một phần tuyến		Cắt u + toàn bộ tuyến		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt	7	100	7	77,8	1	25	15	75
Trung bình	0	0	2	22,2	3	75	5	25
Kém	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	7	100	9	100	4	100	20	100

Nhận xét: Sau 6 tháng, tỉ lệ kết quả tốt lên đến 75%, nhóm cắt nhân phục hồi các tổn thương hoàn toàn đạt tỉ lệ 100% kết quả tốt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng: Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 59,45 ± 7,82, trong đó tập trung chủ yếu ở nhóm đối tượng 50 – 60 tuổi (50%) và 60 – 70 tuổi (40%). Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu Chulam trên 100 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 58 tuổi [1], và nghiên cứu của của Witt trên 50 bệnh nhân thì tuổi trung bình là 63 tuổi [2]. Nói cách khác, u hay gặp ở độ tuổi trung niên.

So sánh với u hỗn hợp trong nghiên cứu của Phạm Hoàng Tuấn, tuổi trung bình của bệnh nhân mắc u hỗn hợp là 41,43. Cũng như nghiên cứu của Depak khi so sánh tuổi trung bình của bệnh nhân u Warthin và các u lành tính tuyến mang tai khác, điển hình là u hỗn hợp thì ông nhận ra rằng tuổi trung bình bệnh nhân u Warthin là 59,3 so với u hỗn hợp là 47,7 và nghiên cứu của Teymoortash với tuổi trung bình của bệnh nhân u Warthin là 57,9 và u hỗn hợp là 50,3 [3]. Theo các nghiên cứu này, bệnh nhân u Warthin thường gặp tuổi muộn hơn u hỗn hợp.

U Warthin là khối u có sự khác biệt về giới tính rõ ràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trên 20 bệnh nhân có 18 bệnh nhân là nam, 2 bệnh nhân là nữ. Trong các nghiên cứu của các tác giả khác, cũng có sự chênh lệch về tỉ lệ nam nữ. Nghiên cứu của Chulam tỉ lệ này là 2,57:1 [1], nghiên cứu của Teymoortast là 3,3:1 [3]. Như vậy kết quả phân bố bệnh theo giới của nhóm đối tượng nghiên cứu cũng phù hợp với các nghiên cứu nói trên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự chênh lệch này đang còn cao. Có thể là do nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi quá nhỏ và phụ nữ Việt Nam không có thói quen hút thuốc lá.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một mối liên chặt chẽ giữa hút thuốc lá và u Warthin, trong 20 bệnh nhân thì có 16 người hút thuốc lá (chiếm 80%). Trong số 4 bệnh nhân không hút thuốc có 2 bệnh nhân nữ, 2 bệnh nhân nam. Đặc

biệt trong 2 bệnh nhân có u hai bên đều có tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào trên 30 năm.

Hầu hết những khối u tuyến nước bọt đều xuất hiện một bên, các khối u hai bên là rất hiếm. Tuy nhiên, u Warthin có khuynh hướng hai bên hơn là các khối u khác. Trong nghiên cứu của mình về u Warthin hai bên Nascimento đã kết luận hút thuốc là yếu tố nguy cơ phát triển u. Bệnh còn liên quan đến số lượng thuốc hút của bệnh nhân, và bệnh nhân u hai bên thường có tiền sử hút thuốc lá nặng hơn, thường trên 30 năm và nhiều điếu trên ngày. So với u hỗn hợp, sự liên quan của u Warthin với hút thuốc lá rõ ràng hơn nhiều, trong nghiên cứu của mình, Trymoortash nhận thấy 79% bệnh nhân u Warthin có tiền sử hút thuốc lá trong khi chỉ có 30,8% với u hỗn hợp [4]

4.2. Kết quả điều trị

Việc điều trị phẫu thuật u Warthin đã được đề ra từ nhiều năm nay. Các bác sĩ phẫu thuật vẫn luôn phải cân nhắc giữa các biến chứng có thể xảy ra khi can thiệp quá và nguy cơ tái phát u khi cắt không đủ. Do đó trên thế giới việc cắt u và thùy nông của tuyến mang tai vẫn là phương pháp được áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên gần đây, nhiều nghiên cứu về u Warthin đã được tiến hành và đưa ra kết luận rằng u Warthin là khối u lành tính, ít nguy cơ tái phát nếu bóc hết u và nguy cơ chuyển dạng ác tính thấp. Bên cạnh đó những bệnh nhân được giới hạn cho kết quả rất tốt. Đây đang là vấn đề gây tranh cãi của các phẫu thuật viên.

Mặc dù có kết quả tốt hơn và mức độ xâm lấn thấp, cắt nhân đơn thuần vẫn không phải là lựa chọn phổ biến của các phẫu thuật viên, Dunn và cộng sự hồi cứu trên 250 khối u tuyến mang tai được phẫu thuật. 173 ca được chẩn đoán u lành tính trên sinh thiết tức thì và được cắt nhân đơn thuần. Tuy nhiên tỉ lệ tái phát của u lên đến 6% sau 5 năm. Ông kết luận rằng cắt u giới hạn không nên được áp dụng, thay vào đó là nên cắt tuyến [7]. Điều đó cho thấy cách phẫu thuật u

lành tính tuyến mang tai nói chung và u Warthin nói riêng đang còn nhiều tranh cãi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 35% trường hợp cắt nhân u, 45% cắt và thùy nông và 20% trường hợp cắt u và toàn bộ tuyến bảo tồn thần kinh mặt.

Một số bệnh nhân không được đưa vào nghiên cứu khi chẩn đoán ban đầu là u Warthin nhưng kết quả sinh thiết tức thì trả lời là u hỗn hợp, bệnh nhân được chuyển sang cắt u và thùy nông tuyến mang tai. Có 4 trường hợp cắt u và toàn bộ tuyến mang tai là những khối u ở thùy sâu hoặc u có nhiều khối nhỏ xung quanh, ban đầu chẩn đoán u hỗn hợp.

Theo kết quả nghiên cứu, có 15 trường hợp đi đường rạch Redon kinh điển bọc u tuyến mang tai, 4 bệnh nhân được rạch tại chỗ tại góc hàm chính là 4 bệnh nhân chỉ bóc nhân đơn thuần có khối u ở cực dưới tuyến. ta thấy đường rạch Redon vẫn là đường rạch phổ biến điều trị u tuyến mang tai.

Trong quá trình bóc tách, chúng tôi nhận thấy u Warthin là khối u có ranh giới rất rõ ràng, bóc tách tương đối dễ dàng. U không lan và các cấu trúc giải phẫu hay bám vào thần kinh mặt. chúng tôi tiến hành bóc tách cả 20 khối u nguyên vẹn không phải chia cắt. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Chulam và cộng sự [1] về đặc tính khối u.

Dây thần kinh VII là mối quan tâm hàng đầu trong tất cả các loại phẫu thuật tuyến mang tai, do đó tỉ lệ liệt mặt và tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật là những tiêu chuẩn quan trọng để đánh giá kết quả phẫu thuật. Nghiên cứu của Chulam trên 108 bệnh nhân u Warthin, có 51 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 47,2% liệt thần kinh mặt ngay sau mổ. Trong số đó 43 ca (84,3%) phục hồi hoàn toàn sau 1 đến 19 tháng (trung bình 4 tháng). Trong các nhánh của thần kinh mặt, nhánh dưới hàm là nhánh bị ảnh hưởng nhiều nhất, 93,8% và 12,2% là các nhánh còn lại. Và chỉ có 1 bệnh nhân bị liệt tất cả các nhánh [1].

Trong nghiên cứu của Yu phẫu thuật cắt u Warthin đơn thuần, ông nhận thấy rằng, 100% bệnh nhân cắt tuyến có tổn thương thần kinh mặt ở các mức độ khác nhau, trong khi chỉ có 20 bệnh nhân cắt nhân (33,3%) có tổn thương tương tự. Bên cạnh đó, ông làm test iod trên tất cả các bệnh nhân thì 91% bệnh nhân cắt tuyến có phản ứng tiết mồ hôi vùng mang tai bên bệnh dương tính trong khi chỉ có 15% bệnh nhân ở nhóm cắt nhân có phản ứng này. Ông kết luận cắt nhân đơn thuần có ưu điểm do quy trình đơn giản, làm giảm thời gian điều trị, ít liên quan đến

các nhánh thần kinh, không làm mất khối lượng tuyến nên không làm mất chức năng của tuyến.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng liệt mặt ngay sau mổ xuất hiện trên 10 bệnh nhân, chiếm 50%. Trong đó tỉ lệ tổn thương thần kinh mặt của các phương pháp can thiệp bóc nhân đơn thuần, bóc nhân và cắt một phần tuyến và cắt u và toàn bộ tuyến lần lượt là 28,5%, 55,5% và 75%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Christophe Gailard, có thể do khi chúng tôi đánh giá tổn thương chúng tôi đánh giá từ những thay đổi nhỏ nhất và. Triệu chứng này giảm dần theo thời gian, sau 3 tháng tỉ lệ tổn thương thần kinh mặt là 35% và sau 6 tháng giảm xuống còn 20%. Trong nghiên cứu của Christophe, tỉ lệ tổn thương thần kinh mặt cũng giảm dần, và kết quả tốt hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Ngay sau mổ tỉ lệ tổn thương thần kinh mặt là 42,7%, sau 3 tháng là 30,7% và sau 6 tháng là 0%.

Sau biến chứng liệt dây thần kinh mặt thì hội chứng Frey là hội chứng được nhiều tác giả đề cập đến. Trong nghiên cứu của Chulam tỉ lệ này là 17,6% sau 19 tháng theo dõi. Và hội chứng này gặp ít hơn ở bệnh nhân có sử dụng vạt cơ ức đòn chũm để lấp đầy vùng cắt u (14,9% so với 22% của trường hợp không sử dụng vạt [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 1 bệnh nhân có hội chứng Frey chiếm tỉ lệ 5%, đó là bệnh nhân được cắt toàn bộ tuyến. Giải thích tỉ lệ thấp của hội chứng này, chúng tôi cho là khi chẩn đoán hội chứng chúng tôi chỉ dựa vào câu hỏi bệnh nhân có cảm thấy đổ mồ hôi lấm tấm vùng mang tai bên bệnh khi ăn không, chúng tôi có cho bệnh nhân ngậm C nếu bệnh nhân không chắc chắn nhưng không làm test iod do lí do thẩm mỹ, thêm vào đó, thời gian tiến hành nghiên cứu của chúng tôi quá ngắn, bệnh nhân dài nhất là 12 tháng, trung bình 6,5 tháng trong khi hội chứng này xuất hiện chủ yếu sau 8 đến 12 tháng [1].

Các biến khác gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là tụ máu sau mổ 1 trường hợp và nhiễm trùng 2 trường hợp. cả 3 trường hợp này được theo dõi, điều trị nội khoa và thời gian nằm viện trên 10 ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào có rò nước bọt qua vết mổ hay đọng lại thành túi. Đây là một biến chứng hiếm gặp, chỉ chiếm 2% theo Chulam [1].

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

Tuổi mắc bệnh trung bình của u Warthin tương đối cao, 59,45. Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới,

tỉ lệ nam: nữ là 9:1. Tỉ lệ hút thuốc lá trong nhóm bệnh nhân là 80%.

2. Kết quả điều trị phẫu thuật: Phẫu thuật cắt u tuyến đơn thuần chiếm 35%, cắt u và một phần tuyến chiếm 45% và cắt u và toàn bộ tuyến chiếm 20%. Các biến chứng sau phẫu thuật bao gồm giảm chức năng thần kinh mặt chiếm 50% ngay sau mổ và giảm còn 20% sau 6 tháng. Hội chứng Frey gặp 5% sau 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Francisco AL Chulam TC, Noronha Goncalves Filho, (2013)**, "Warthin's tumour of the parotid gland: our experience, *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 33(6), 393.
2. **Iacocca M Witt RL, Gerges F (2015)**, Contemporary diagnosis and management of Warthin's tumor, *Delaware medical journal*, 87(1), 13-16.
3. **A Teymoortash và JA Werner (2005)**, Tissue that has lost its track: Warthin's tumour, *Virchows Archiv*, 446(6), 585-588.
4. **Krasnewicz Y Teymoortash A, Werner JA (2006)**, Clinical features of cystadenolymphoma (Warthin's tumor) of the parotid gland: a retrospective comparative study of 96 cases, *Oral oncology*, 42(6), 569-573.
5. **DR Lewis, AJ Webb, MF Lott (1999)**, Improving cytological diagnosis and surgical management of parotid adenolymphoma, *British journal of surgery*, 86(10), 1275-1279.
6. **Christopher J O'Brien (2003)**, Current management of benign parotid tumors—the role of limited superficial parotidectomy, *Head & neck*, 25(11), 946-952.
7. **Edward J Dunn, Tyler Kent, Jaims Hines (1976)**, Parotid neoplasms: a report of 250 cases and review of the literature, *Annals of surgery*, 184(4), 500.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỂ THỦY TINH DO CHẤN THƯƠNG

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT¹⁹

Qua nghiên cứu 118 trường hợp đục thể thủy tinh do chấn thương tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ tháng 8/2015 đến 7/2016, chúng tôi có được kết quả sau: Hoàn cảnh, nguyên nhân xảy ra chấn thương: Tai nạn sinh hoạt chiếm 69,5%, tai nạn lao động: nông nghiệp 15,2%, công nghiệp 13,6%. Chấn thương xuyên thủng nhãn cầu chiếm 56,1%, chấn thương đụng dập nhãn cầu chiếm 39,3%. Nam chiếm 72,9%, nữ chiếm 27,1%. Hình thái tổn thương thể thủy tinh: đục rách bao trước chiếm 25,8%, đục tiêu thể thủy tinh 18,2%, lệch thể thủy tinh 16,7%, đục dạng sữa 15,1%, đục trương phồng 13,6% và đục rách hai bao thể thủy tinh 10,6%. Thị lực vào viện đếm ngón tay dưới 3m chiếm 84,7%. Thị lực ra viện từ 1/10 đến 10/10 chiếm 71,2%, sau một tuần chiếm 88,1% sau 3 và 6 tháng thị lực từ 1/10 đến 10/10 đạt 88,2%. Biến chứng viêm giác mạc khĩa chiếm 29,8%, viêm màng bồ đào chiếm 21,3%, sót chất nhân 8,5%, đục bao sau chiếm 13,8%, lệch thể thủy tinh nhân tạo 6,9%.

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF THE TRAUMATIC CATARACT

*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 7.2.2017

Ngày duyệt bài: 20.2.2017

With the research on 59 cases of traumatic cataracts from Aug.2015 to July. 2016 at the Da Nang Eye Hospital We collected the results as follows: Background, causes to occur trauma for lens: Living activities 69.5%, labour accidents in agriculture 15.2%, in industry 13.6%. The eyeball penetration 56.1% , blunt trauma 39.3%. The male took 72.9%, female 27.1%. The crystal lens injured morphology: Tearing and opacity of the anterior capsule 25.8%, destroyed lens 18.2%, lens luxation 16.7%, milky-white cataract 15.1%, intumescent cataract 13.6%, and tearing pacacity both anterior and posterior capsule 10.6%. At the hospitalized first day: the visual acuity under 3 meters counting 84.7%. At the day out of hospital: the visual acuity of 0.1 to 10.10 took 71.2%, on 7 days after that: 88.1%. And at the 3 months and 6 months postoperatively V A of 1.10 to 10.10 maintains 88.2%. Postoperative complications: Striate keratitis 29.8%, Uveitis 21.3%, nuclear remaining 8.5%, posterior capsular opacification 13.8%, IOL luxation 6.9%

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đục thể thủy tinh (TTT) là một trong bốn nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa ở nước ta và trên thế giới. Ở Việt Nam, theo điều tra của Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2002, tỷ lệ mù hai mắt do đục TTT khoảng 71,3% và là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa, trong đó đục TTT do chấn thương chiếm khoảng 1,8%.

Ở Mỹ, hàng năm có khoảng 2,4 triệu người bị chấn thương mắt, khoảng 20.000 - 40.000 người giảm thị lực (TL) đáng kể. Tổn thương TTT

chiếm khoảng 7% của tất cả những trường hợp chấn thương nhãn cầu tại Mỹ. Trong một nghiên cứu tại bệnh viện Halifax Infirmary mỗi năm có 37% bệnh nhân bị đục TTT do chấn thương [6].

Đục TTT chấn thương là một hậu quả thường gặp sau chấn thương xuyên thủng hay chấn thương đụng dập nhãn cầu. Để góp phần nghiên cứu đục TTT do chấn thương, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu

1. *Xác định đặc điểm lâm sàng của đục thể thủy tinh do chấn thương*
2. *Đánh giá kết quả điều trị đục thể thủy tinh do chấn thương*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: mắt đục thể thủy tinh do chấn thương tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng trong 12 tháng, từ tháng 8/2015 đến 07/2016.

Bảng 3.1. Nguyên nhân gây ra chấn thương

Nguyên nhân chấn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	p
Tai nạn sinh hoạt	82	69,5	p < 0,01
Tai nạn lao động nông nghiệp	18	15,2	
Tai nạn lao động công nghiệp	16	13,6	
Tai nạn giao thông	2	1,7	
Tổng	118	100	

Tai nạn trong sinh hoạt chiếm đa số 69,5%, tiếp đến là tai nạn trong lao động nông nghiệp chiếm 15,2% và công nghiệp chiếm 13,6%.

3.2. các đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Hình thái chấn thương nhãn cầu: Chấn thương xuyên thủng 50,8%, chấn thương đụng dập chiếm 44,1%.

3.2.2. Triệu chứng lúc nhập viện

- Thị lực lúc nhập viện

Bảng 3.2. tình hình thị lực lúc nhập viện

Thị lực (*)	Số mắt	Tỷ lệ (%)
Thị lực st (+)	50	42,4
Từ bbt - < đnt 1m	38	32,2
Từ đnt 1m - < đnt 3m	12	10,1
Từ đnt 3m - < 1/10	10	8,5
Từ 1/10 - 2/10	8	6,8
Tổng	118	100

Thị lực ST(+) chiếm tỷ lệ 42,4%, thị lực từ BBT - < ĐNT 1m chiếm 32,2%.

(*) TL; thị lực, ST: sáng tối, ĐNT: đếm ngón tay, BBT: bóng bàn tay, m; mét

- Nhãn áp lúc nhập viện

Lúc vào viện không đo được nhãn áp chiếm tỷ lệ cao 55,9%, nhãn áp ≤ 22 mmHg 20 mắt chiếm tỷ lệ 33,9%, 22-> 25 mmHg 2 ca chiếm 1,7%, có 10 mắt nhãn áp cao > 25 mmHg chiếm 8,5%.

- Tổn thương phối hợp tại nhãn cầu

Bảng 3.3. tổn thương phối hợp tại nhãn cầu

Tổn thương	n	tỷ lệ (%) /118 mắt
Kết mạc	84	71,1
Giác mạc	110	93,2
Mống mắt	66	55,9
Đồng tử méo	38	32,2
Dịch kính	34	28,8

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu

Đánh giá kết quả điều trị sau khi xuất viện, và tái khám định kỳ sau thời gian 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Biến chứng sau phẫu thuật

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: phần mềm thống kê EPI – INFO 2002

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm chung

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo giới: Nam chiếm tỷ lệ 72,9%, cao gấp hơn 2 lần nữ.

3.1.2. Nguyên nhân và hoàn cảnh xảy ra chấn thương

Võng mạc	4	3,4
Củng mạc	14	11,9

Một mắt chấn thương thường có nhiều tổn thương phối hợp, nhiều nhất là giác mạc

- Hình thái tổn thương thể thủy tinh

Bảng 3.4. Phân bố theo hình thái tổn thương thể thủy tinh

Hình thái tổn thương TTT	Số mắt	Tỷ lệ (%)
Đục căng phòng toàn bộ TTT	18	15,3
Đục tiêu	24	20,3
Đục sữa	22	18,6
Đục rách bao trước TTT	26	22,0
Đục rách bao trước và bao sau	10	8,5
Đục lệch	18	15,3
Tổng	118	100

Tỷ lệ đục rách bao trước TTT chiếm cao nhất 22,0%, đục tiêu nhaann chiếm 20,3%, đục sữa 18,6%, đục căng phòng và đục lệch cùng chiếm tỷ lệ 15,3%.

3.3. Điều trị

Bảng 3.5. Các phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị		Số mắt	Tỷ lệ
Nội khoa		50	42,4%
Ngoại khoa	Lấy TTT đặt TTTNT	58	57,6%
	Lấy TTT không đặt TTTNT	10	
Tổng		118	100%

Điều trị ngoại khoa chiếm tỷ lệ 57,6%, nội khoa chiếm 42,4%

3.4. Biến chứng

3.4.1. Biến chứng sớm

Bảng 3.6. Các biến chứng sớm sau phẫu thuật (n = 68)

Các biến chứng	n	Tỷ lệ (%)
Viêm khĩa giác mạc	28	41,2
Tiền phòng nông	8	11,8
Xuất huyết tiền phòng	4	5,9
Sốt chất nhân	8	11,8
Viêm màng bồ đào	20	29,4

Thu nhận trong ngày đầu tiên sau mổ, có 68 loại biến chứng hậu phẫu

3.4.3. Biến chứng muộn sau phẫu thuật: Đục bao sau TTT chiếm tỷ lệ 17,2% và lệch TTTNT chiếm 6,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Giới: Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi chấn thương xảy ra ở nam chiếm 72,9% và nữ chiếm 27,1% (nam nhiều gấp hơn hai lần nữ) phù hợp với các tác giả:

Nguyễn ngọc long (2001), số bệnh nhân nam chiếm 75,5% (71/94 bệnh nhân), nữ chiếm 24,5% (23/94 bệnh nhân), tác giả Abebe bejiga (2001) ghi nhận tỷ lệ nam giới 75,5% (154/204 bệnh nhân), nữ giới chiếm 24,5% (50/204 bệnh nhân).

4.2. Nguyên nhân và hoàn cảnh chấn thương : Qua bảng 3.1, chúng tôi nhận thấy tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ cao nhất 69,5%, tiếp đến là tai nạn nông nghiệp 15,2%, công nghiệp 13,6% và giao thông 1,7%. Phù hợp với lê thị đông phương (2001) tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ cao nhất 77,4%, công nghiệp 14%, hoả khí 4,9%, nông nghiệp 3,7%.

4.3. Triệu chứng lúc nhập viện

4.3.1. Thị lực lúc nhập viện

Qua bảng 3.2, chúng tôi nhận thấy TL < ĐNT 3m có 100 trường hợp chiếm 84,7%, trong đó thị lực chỉ nhận biết được ánh sáng chiếm tỷ lệ cao nhất 42,4%, thị lực <đnt 1m chiếm 32,2%. Thị lực > ĐNT 3m chỉ chiếm 15,3%. Theo lê thị đông phương (2001), đa số thị lực dưới đnt 3m chiếm 87,35%, trong đó thị lực phân biệt được ánh sáng chiếm tỷ lệ cao nhất 44,9% và thị lực trên đnt 3m chiếm 12,65%. Đỗ Như Hơn (2002) thì thị lực dưới đnt 3m chiếm tỷ lệ rất cao 90,8%, chỉ có 1 trường hợp thị lực trên 1/10. Theo Lacmanovic Lonca r V và cộng sự (2004), nghiên cứu và theo dõi 24 mắt trên 24 trường hợp đục thể thủy tinh do chấn thương nhận thấy hầu hết tất cả bệnh nhân có thị lực trước phẫu

thuật là 0,05 - 0,1 (thị lực đnt 3m - 1/10). Kết quả nghiên cứu phù hợp với các tác giả.

4.3.2. Hình thái tổn thương thể thủy tinh

Qua kết quả của lê thị đông phương và của chúng tôi đều nhận thấy hình thái rách bao trước

chiếm cao nhất, riêng hình thái đục tiêu TTT chúng tôi chiếm tỷ lệ cao hơn còn các hình thái khác có sự chênh lệch không đáng kể. So sánh các hình thái tổn thương TTT của chúng tôi khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4.1. Hình thái tổn thương thể thủy tinh

Hình thái tổn thương thể thủy tinh	Lê Thị Đông Phương (2001) [3]	Nguyễn Quốc Đạt (2016)
Đục căng phồng	11,84% (29/245)	15,3% (18/118)
Đục tiêu	6,94% (17/245)	20,3% (24/118)
Đục sửa	21,22% (52/245)	18,6% (22/118)
Rách bao trước	28,16% (69/245)	22% (26/118)
Rách hai bao	13,88% (34/245)	8,5% (10/118)
Lệch TTT	17,96% (44/245)	15,3% (18/118)

4.3.3. Tổn thương kèm theo tại nhãn cầu

Với kết quả tổn thương kèm ở bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ tổn thương tại giác mạc chiếm tỷ lệ cao nhất 93,2% (rách giác mạc chiếm 54,2%, phù giác mạc chiếm 39,0%). So với nguyên thị thu yên, nghiên cứu về ứng dụng kỹ thuật cắt dịch kính trong điều trị vết thương xuyên nhãn cầu [5] nhận thấy vết thương tại giác mạc chiếm tỷ lệ cao nhất 79,2%, theo nghiên cứu của jerzy mackiewicz [7] cho thấy tỷ lệ tổn thương giác mạc trong chấn thương mắt chiếm 57,1%. Bên cạnh đó, tỷ lệ tổn thương kết mạc của chúng tôi cũng khá cao chiếm 71,1%. Có lẽ vì theo cấu trúc giải phẫu kết - giác mạc nằm ở bán phần trước của nhãn cầu và không được che phủ nhiều bởi các cơ quan lân cận nên dễ bị tổn thương khi có sang chấn tại nhãn cầu. So sánh tổn thương kết mạc và giác mạc với các tổn thương còn lại cho thấy sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tổn thương dịch kính chiếm tỷ lệ khá cao 20,3%.

4.4. Phương pháp điều trị: Kết quả ở bảng 3.6 cho thấy điều trị nội khoa chiếm 42,4%, ngoại khoa chiếm 57,6%. Những trường hợp được chỉ định điều trị nội khoa là những bệnh nhân bị chấn thương nhãn cầu có tình trạng đục TTT và những tổn thương kèm theo không đáng kể và sau điều trị nội khoa thị lực cải thiện tốt trên 3/10.

4.4.1. Các phương pháp điều trị ngoại khoa: Theo kết quả của chúng tôi ở bảng 3.5, trong số phẫu thuật thì có 85,5% đặt TTT nhân tạo. Đã điều trị bằng phẫu thuật lấy TTT /đặt TTTNT chiếm tỷ lệ 85,5%. Đã có 5 trường hợp phẫu thuật lấy TTT không đặt TTTNT vì đục lệch TTT kèm rách cả bao trước và bao sau TTT, thoát dịch kính, rách mống mắt, và tổn thương võng mạc, tiền lượng không cải thiện dù có đặt

TTT nhân tạo và có thể có những biến chứng do đặt TTTNT gây nên.

4.5 Kết quả điều trị:

4.5.1. Kết quả thị lực: Nhóm thị lực 3/10 - 4/10 chiếm tỷ lệ cao nhất 32,2% ($p > 0,05$), đến nhóm thị lực 1/10 - 2/10 chiếm 20,3%, thấp nhất là nhóm thị lực 9/10 - 10/10, chỉ có 2 trường hợp chiếm 3,4%. Nói chung thị lực từ 1/10 đến 10/10 chiếm 71,2% cao hơn thị lực từ ST (+) đến < 1/10 (28,8%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Sau khi ra viện 1 tuần, thị lực 3/10 - 4/10 vẫn chiếm tỷ lệ 32,8% nhưng tỷ lệ 5/10 - 6/10 tăng từ 8,6% khi ra viện lên 17,2% sau khi ra viện một tuần và nhóm thị lực 9/10 - 10/10 có 3 trường hợp chiếm 5,2%. Thị lực từ 1/10 đến 10/10 chiếm tỷ lệ cao 87,9% so với thị lực từ st (+) đến < 1/10 (12,1%) ($p < 0,01$).

Sau ra viện 1 tháng, thị lực 3/10 - 4/10 chiếm 33,9%, tỷ lệ thị lực từ 1/10 đến 10/10 vẫn cao hơn thị lực từ ST (+) đến < 1/10 ($p < 0,01$)

Sau 3 và 6 tháng, tỷ lệ thị lực từ 1/10 đến 10/10 vẫn không có sự thay đổi mà chỉ có sự thay đổi giữa các nhóm thị lực cao với nhau. Nhưng theo dõi sau 6 tháng, phát hiện một trường hợp thị lực giảm từ 4/10 xuống st (+), đây là trường hợp đục bao sau hoàn toàn. Theo nghiên cứu của đồ như hơn [1] cho thấy thị lực cũng được cải thiện khá cao sau điều trị sau 1 tuần thị lực từ 2/10 trở lên chiếm 63,1%, sau 3 tháng chiếm 86,1% và 6 tháng chiếm 86,1%.

4.6. Biến chứng phẫu thuật

4.6.1. Biến chứng sớm: Bảng 3.6 cho thấy biến chứng viêm giác mạc khía chiếm 41,2%, NC của đồ như hơn thì tỷ lệ này chiếm 15,4%. So với tác giả, tỷ lệ của chúng tôi cao hơn, vì tác giả chỉ nghiên cứu trên mẫu bệnh nhân được phẫu thuật đặt TTTNT.

Chúng tôi có 20 trường hợp viêm màng bồ đào sau phẫu thuật chiếm 29,4% trong số các biến chứng. Tuy nhiên trung bình sau 4 - 5 ngày điều trị bệnh cải thiện tốt, màng xuất tiết dần dần tiêu hết. Nghiên cứu của đồ như hơn ghi nhận viêm màng bồ đào chiếm 30,8%, hầu hết là ở những mắt bị chấn thương xuyên thủng nhãn cầu. Có 4 trường hợp sót chất nhân nhỏ chiếm 11,8%.

4.5.3. biến chứng muộn: Tỷ lệ đục bao sau sau phẫu thuật TTT do chấn thương chiếm 17,2%. trong đó có 1 trường hợp đục hoàn toàn. Có 4 trường hợp bị lệch TTTNT chiếm 6,9%, cả 2 trường hợp bị lệch TTTNT nhưng mức độ lệch không đáng kể và không gây biến chứng nên chúng tôi cũng không can thiệp lại. Theo nghiên cứu của trần thị phương thu và vũ anh lê [4] ghi nhận có 2/50 trường hợp lệch TTTNT chiếm 4%, và cả hai trường hợp này theo tác giả là do sót chất nhân và dính mống mắt cũ do viêm.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng

- Nam chiếm 72,9%; do tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ 69,5%.

- Chấn thương xuyên thủng nhãn cầu chiếm 50,8%, chấn thương xuyên kèm dị vật nội nhãn chiếm 5,1%, chấn thương đụng dập nhãn cầu chiếm 44,1%.

- Đục rách bao trước thể thủy tinh chiếm tỷ lệ 22%, đục tiêu thể thủy tinh chiếm 20,3%, đục sữa chiếm 18,6%, đục lệch và đục căng phồng thể thủy tinh cùng chiếm tỷ lệ 15,3% và đục rách hai bao thể thủy tinh chiếm tỷ lệ 8,5%.

- Thị lực vào viện: Dưới đếm ngón tay 3m chiếm 84,7%.

- Nhãn áp vào viện: Không đo được nhãn áp chiếm 55,9%, nhãn áp trên 25mmhg chiếm 8,5%.

- Tổn thương kết mạc 52,5%, giác mạc chiếm 54,2%, mống mắt chiếm 55,9%, dịch kính vống mạc chiếm 28,8%.

2. Kết quả điều trị

- Nội khoa 42,4%, ngoại khoa 57,6%. Trong đó, 85,3% đặt thể thủy tinh nhân tạo chiếm 85,3%, 14,7% không đặt thể thủy tinh nhân tạo.

- Thị lực ra viện tăng, thị lực từ 1/10 đến 10/10 chiếm 71,2%, sau một tuần nhóm này tăng lên

- Biến chứng viêm giác mạc khía 41,2%, viêm màng bồ đào 29,4%, tiền phòng nông và sót chất nhân 11,8%. Đục bao sau 17,2%, lệch thể thủy tinh nhân tạo 6,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đỗ Như Hơ, Nguyễn Trung Kiên:** Nghiên cứu biến chứng của phẫu thuật đục thể thủy tinh có đặt thể thủy tinh nhân tạo trên mắt chấn thương, *tạp chí nhãn khoa việt nam*, hội nhãn khoa việt nam, 2005, (4), tr. 24 - 30.
- Nguyễn Ngọc Long:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị chấn thương nhãn cầu tại bv tw Huế, *luận văn thạc sỹ y học*, trường ĐHYD Huế, 2001
- Lê Thị Phương Đông:** Góp phần nghiên cứu đặt thể thủy tinh nhân tạo trên mắt đục thể thủy tinh do chấn thương, *luận án tiến sỹ y học*, trường ĐHYD Hà Nội, 2001
- Trần Thị Phương Thu, Vũ Anh Lê:** Xử lý đục thể thủy tinh chấn thương và đặt thể thủy tinh nhân tạo, *nội san nhãn khoa*, hội nhãn khoa việt nam, 1998, (1), tr. 20 - 23.
- Nguyễn Thị Thu Yên:** Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt dịch kính trong điều trị vết thương xuyên nhãn cầu, *luận án tiến sỹ y học*, trường ĐHYD Hà Nội, 2004
- Abebe bejga:** Causes and visual outcomes of perforating ocular injuries among ethiopian patients, *communiti eye health*, 2001, volume 14 (39), pp. 45 - 46.
- Lacmanovic loncar v:** surgical treatment, clinical outcome, and complications of traumatic cataract: retrospective study, *croat med j*, 2004, 45 (3), pp. 310 - 3.

ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG Ở BỆNH NHÂN BỊ RẮN HỔ MANG CĂN QUẠ ĐỊNH LƯỢNG NỌC RẮN TRONG HUYẾT THANH BẰNG KỸ THUẬT ELISA

Bé Hồng Thu¹, Ngô Đức Ngọc^{2,3}

TÓM TẮT²⁰

1- Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai

2-Bộ môn HSCC Trường Đại học Y Hà Nội

3- Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Ngọc

Email: ngoducngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 8.2.2017

Đặt vấn đề: Rắn hổ cắn là một tai nạn gặp phổ biến ở nước ta. Việc chẩn đoán mức độ nặng từ trước đến nay chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng. Định lượng nọc rắn huyết thanh là một giá trị tiên lượng chính xác và đáng tin cậy hơn. **Mục tiêu:** Đánh giá mức độ nặng ở bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn qua định lượng nọc rắn trong huyết thanh bằng kỹ thuật ELISA. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu

Ngày duyệt bài: 16.2.2017

mô tả phân tích trên 76 bệnh nhân được chẩn đoán xác định rắn hổ cắn từ 1/2013 đến 12/2015. **Kết quả:** Ở nhóm bệnh nhân đến sớm (trước 12h): Nồng độ nọc rắn giữa các mức độ nặng lâm sàng khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nồng độ CK, creatinin, procalcitonin không có mối tương quan với nồng độ nọc rắn. Số lượng bạch cầu có mối tương quan thấp với nồng độ nọc rắn. Ở nhóm đến muộn (sau 12h): Nồng độ nọc rắn giữa các mức độ nặng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Nồng độ nọc rắn có mối tương quan thấp với mức độ lan xa và sưng nề, bạch cầu, CK và procalcitonin. **Kết luận:** Ở cả 2 nhóm bệnh nhân đều cho thấy có thể sử dụng nồng độ nọc rắn trong huyết thanh để đánh giá mức độ nặng trên lâm sàng.

Từ khóa: rắn hổ cắn, ELISA, sưng nề, mức độ lan xa.

SUMMARY

EVALUATE SEVERITY OF PATIENTS WITH COBRA BITES THROUGH MEASUREMENT OF SERUM SNAKE VENOM BY ELISA

Background: Cobra bite is one of the most common accidents in our country. However, until now, diagnosis of severity of cobra bite has just relied on clinical symptoms. Measurement of serum snake venom can provide a prognostic value with more accuracy and reliability than previous methods.

Objective: Evaluate severity of patients with cobra bites through measurement of serum snake venom by ELISA technique. **Subjects and Methods:** This descriptive study analyzes over 76 patients diagnosed with copperhead bites from January, 2013 to December, 2015. **Results:** In the group of patients who arrive earlier (before 12h): The difference between concentrations of snake venom at different levels of clinical severity is statistically significant with $p < 0.05$. Concentrations of following serum substances: CK, creatinine, procalcitonin have no correlation with snake venom concentration in plasma. Serum white blood cell count has low correlation with the concentration of snake venom. In the group of patients who arrive later (after 12h): The difference between concentrations of snake venom at different levels of clinical severity is statistically significant with $p < 0.05$. There was low correlation between venom serum level and swelling levels, spread of venom, leukocytes, CK, procalcitonin **Conclusion:** Results from both groups of patients shows concentrations of serum snake venom can be used for prognosis of clinical severity.

Keyword: cobra bite, ELISA, swelling, level of spread of venom

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rắn cắn là một cấp cứu nội khoa thường gặp ở các nước nhiệt đới như Việt Nam. Ở Việt Nam ước tính có khoảng 30 nghìn nạn nhân bị rắn độc cắn mỗi năm, miền bắc chủ yếu do rắn hổ cắn khoảng 93%, miền nam chủ yếu do rắn lục cắn khoảng 74%, chưa có số liệu chính thức chung cả nước về rắn cắn, cũng như tỷ lệ tử

vong do rắn cắn [1][2]. Chẩn đoán rắn hổ mang cắn ở Việt Nam gặp nhiều khó khăn và việc chẩn đoán dựa chủ yếu vào lâm sàng. Có nhiều phương pháp đã áp dụng để giúp việc chẩn đoán và định lượng nồng độ nọc độc rắn hổ mang bành, trong đó xét nghiệm miễn dịch gắn Enzym (ELISA) có nhiều ưu điểm, giúp cho việc chẩn đoán chính xác, nhanh chóng và định lượng giá trị cụ thể nồng độ nọc rắn trong huyết thanh. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu đầy đủ nào chứng minh được định lượng nọc rắn bằng xét nghiệm ELISA có phản ánh được chính xác mức độ nặng trên lâm sàng của bệnh nhân hay không. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm "Đánh giá mức độ nặng ở bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn qua định lượng nọc rắn trong huyết thanh bằng kỹ thuật ELISA".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: các bệnh nhân được chẩn đoán xác định rắn hổ cắn

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân chẩn đoán xác định là rắn hổ mang bành cắn được sử dụng huyết thanh kháng nọc

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả phân tích 76 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bị rắn hổ cắn vào Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai từ ngày 1/2013 đến 12/2015. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: nhóm vào viện trước 12h (61 bệnh nhân) và nhóm vào viện sau 12h (15 bệnh nhân).

Biên số nghiên cứu

Định lượng nọc độc trong huyết thanh lấy tại thời điểm vào viện, mức độ nặng lâm sàng khi vào viện, các xét nghiệm: CK, creatinin, bạch cầu, procalcitonin và số lọ huyết thanh kháng nọc sử dụng.

Xét nghiệm nồng độ nọc rắn trong máu tại thời điểm vào viện.

Quy trình được tiến hành tại phòng xét nghiệm Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai và tại bộ môn Miễn dịch của Học viện Quân Y.

Các bước tiến hành định lượng đều được chuẩn hóa theo quy trình đã được thông qua bởi hội đồng khoa học Học viện Quân Y tháng 10/2015 [4].

2.3 Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu theo phần mềm thống kê y học với các test thống kê thích hợp bằng phần mềm STATA. Hệ số $\alpha=0.05$, $\beta=0.2$ Tính hệ số tương quan r của 2 biến để biết được mối tương quan.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân

Có 76 bệnh nhân bị rắn hổ mang bành cắn, trong đó có 65 nam (85,5%), 11 nữ (14,5%). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 43.49 ± 14.6 (15-86). Có 61 bệnh nhân (80,3%) do rắn Naja atra cắn, 14 bệnh nhân (18,4%) do rắn N. kouthia cắn, còn 1 bệnh nhân (1,3%) do rắn N. siamensis cắn.

3.2. Môi liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng với nồng độ nọc rắn Nhóm vào viện trước 12h

Bảng 1. Nồng độ nọc rắn của bệnh nhân vào viện trước 12h

Đặc điểm	n	Trung vị (ng/ml)	Nhỏ nhất	Lớn nhất	p
Mức độ nặng lâm sàng	Nhẹ	23	15.2	0.15	<0.05
	Trung bình	26	236.1	0.61	
	Nặng	3	14	3.9	

Nhận xét: Nồng độ nọc rắn giữa các mức độ nặng lâm sàng và mức độ hoại tử khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Tương quan giữa một số yếu tố lâm sàng và chỉ số sinh hóa với nồng độ nọc rắn ở bệnh nhân đến trước 12h

Chỉ số	n	Trung vị	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	r
CK (U/L)	50	235	527.2±1631.5	90	11700	0.052
Creatinin(μmol/l)	59	82	86.6 ± 16.3	64	169	0.128
Bạch cầu (G/L)	58	10.67	11.13 ± 4.8	1.7	26.4	0.283
Procalcitonin	47	0.04	0.3 ± 0.9	0.02	5.87	0.039
Sưng nề tại chỗ						0.049
Mức độ lan xa						0.058

Nhận xét: Nồng độ các chất trong huyết thanh CK, Creatinin, Procalcitonin không có mối tương quan với nồng độ nọc rắn trong huyết tương

Nhóm bệnh nhân vào viện muộn sau 12h

Bảng 3. Nồng độ nọc rắn ở bệnh nhân vào muộn (sau 12h)

Mức độ nặng lâm sàng	n	Trung vị (ng/ml)	Nhỏ nhất (ng/ml)	Lớn nhất (ng/ml)	p
Nhẹ	4	1.6	0.97	7.95	<0.05
Trung bình	5	6.15	0.124	128.8	
Nặng	6	307.7	219	799	
Tổng	15	7.95	0.124	799	

Nhận xét: Nồng độ nọc rắn giữa các mức độ nặng khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0.003 < 0.05

Bảng 4. Tương quan giữa một số yếu tố lâm sàng và chỉ số sinh hóa với nồng độ nọc rắn ở bệnh nhân đến sau 12h

Chỉ số	n	Trung vị	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	r
CK (U/L)	15	1978	6124±10788	120	42100	0.355
Creatinin(μmol/l)	15	95	113.4 ± 91	52	433	0.195
Bạch cầu(G/L)	15	10.7	11.3 ± 4.9	6.1	24.6	0.305
Procalcitonin	14	0.32	22.8 ± 41.5	0.02	100	0.254
Sưng nề tại chỗ						0.428
Mức độ lan xa						0.488

Nhận xét: Nồng độ nọc rắn trong huyết thanh có tương quan thấp với nồng độ CK và số lượng bạch cầu, Procalcitonin ở bệnh nhân đến muộn

3.3 Điều trị huyết thanh kháng nọc rắn

Bảng 5: Mức độ nặng lâm sàng lúc vào viện và số lọ huyết thanh điều trị

Mức độ nặng	n	Trung bình (lọ)	Trung vị và khoảng giá trị (lọ)	p ^(*)
Nhẹ (1)	21	17.9 ± 12.4	15 (5 – 60)	p ₁₂ <0.05
Trung bình (2)	25	28.12 ± 16.1	30 (3 – 60)	p ₂₃ >0.05
Nặng (3)	8	25.4 ± 18	25 (3 – 50)	p ₁₃ <0.05

Tổng	54	23.7 ± 15.5	20 (3 – 60)
-------------	----	-------------	-------------

Nhận xét: Trung bình số lọ huyết thanh kháng nọc dùng điều trị tăng dần từ không triệu chứng đến mức độ trung bình và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: Trong nghiên cứu có 85.5% bệnh nhân là nam. Kết quả này giống với những tác giả trong nước [7]. Lý do vì nam giới là lao động chính trong gia đình và liên quan tới việc bắt rắn.

4.2. Nhóm bệnh nhân vào viện trước 12h

- Tương quan giữa nồng độ nọc rắn và mức độ nặng

Với nhóm biểu hiện nhẹ thì có 15/23 trường hợp nồng độ ở trong mức từ 1-24 ng/ml. Mức độ lâm sàng trung bình có 21/26 bệnh nhân nồng độ nọc rắn trong huyết thanh trong khoảng 28-1792 ng/ml. Và có 3 bệnh nhân nặng với các triệu chứng lan xa ngoài đoạn chi và có 1 bệnh nhân bị shock, nồng độ của 3 bệnh nhân biểu hiện lâm sàng nặng chỉ ở trong khoảng 3-123.5 ng/ml. Trong một nghiên cứu của các tác giả Đài Loan [5] có 27 bệnh nhân đến sớm, trong đó 9 bệnh nhân mức độ lâm sàng nhẹ, nồng độ nọc rắn dao động 0-24ng/ml, 10 bệnh nhân trung bình và nặng có nồng độ nọc rắn dao động 228-1270ng/ml. Sự khác biệt có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn nên khoảng giá trị nồng độ nọc rắn cũng lớn hơn.

- Tương quan giữa nồng độ nọc rắn và dấu hiệu sưng nề hoại tử và mức độ lan xa

Về sự tương quan giữa nồng độ nọc rắn trong huyết thanh và mức độ sưng nề tại chỗ (qua vết cắn so với bên đối diện, đo bằng cm) ở các bệnh nhân đến sớm là không có sự tương quan ($r = 0.049$). Tương tự đối với mức độ lan xa của vết cắn, chúng tôi thấy rằng không có sự tương quan giữa mức độ lan xa và nồng độ nọc rắn trong huyết thanh với hệ số tương quan $r = 0.058$. Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Sơn(2008) [6] về tỷ lệ sưng nề và lan xa. Lý giải cho điều này theo nhóm nghiên cứu thì sự ảnh hưởng của thành phần gây phù nề của nọc rắn chủ yếu là các phospholipase A2 không tác dụng nhanh, nhưng nếu để lâu thì dấu hiệu sưng nề và lan xa sẽ nhanh chóng nghiêm trọng, bên cạnh đó nồng độ nọc rắn trong huyết thanh là thành phần nọc chưa gây tác dụng nên khi nọc rắn trong huyết thanh cao có nghĩa là nồng độ nọc rắn gây tác dụng độc trên mô chưa nhiều, biểu hiện lâm sàng chưa rõ rệt.

- Tương quan giữa nồng độ nọc rắn và các kết quả cận lâm sàng

Có 43 bệnh nhân trong nhóm đến sớm tăng CK, chiếm 66.2%. Không có trường hợp nào tăng creatinin máu. Không thấy sự tương quan giữa chỉ số CK, creatinin tại thời điểm vào viện với nồng độ nọc rắn lúc vào viện. Vì CK là kết quả của tổn thương các tế bào cơ do độc tố trực tiếp, do sưng nề chèn ép, CK tăng lại gây tổn thương thận và từ đó sẽ gây tăng creatinin huyết thanh. Chính vì vậy trong giai đoạn bệnh nhân đến sớm thì sự các tổn thương này chưa nhiều và đặc biệt nọc rắn lưu hành trong huyết thanh với nồng độ cao mà chưa gây tác dụng độc trên mô nhiều, nên không tìm thấy sự tương quan giữa chỉ số CK, creatinin và nồng độ nọc rắn trong huyết thanh ở những bệnh nhân đến sớm. Không thấy sự tương quan giữa số lượng bạch cầu với nồng độ nọc rắn, còn nồng độ procalcitonin có mối tương quan thấp với nồng độ nọc rắn ($r = 0.28$). Kết quả này hợp lý về cơ sở sinh lý bệnh do quá trình gây nhiễm trùng cần có thời gian và đặc biệt gây tăng các chỉ số bạch cầu và procalcitonin.

4.2. Nhóm bệnh nhân vào viện sau 12h

- Tương quan giữa nồng độ nọc rắn và mức độ nặng

Có 15 bệnh nhân đến sau 12h. Các tổn thương của bệnh nhân đến muộn có xu hướng nặng và nghiêm trọng hơn các bệnh nhân đến sớm. Nồng độ nọc rắn trong huyết thanh của nhóm bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng ở mức độ nhẹ trong khoảng 0.974-7.19 ng/ml, ở mức độ trung bình trong khoảng 0.124-128ng/ml, và mức độ nặng là 219-799 ng/ml. Chúng tôi nhận thấy rằng nồng độ nọc rắn trong huyết thanh của bệnh nhân vào muộn có xu hướng tăng cùng với xu hướng nặng lên ở trên lâm sàng.

- Tương quan giữa nồng độ nọc rắn và dấu hiệu sưng nề hoại tử

Có mối tương quan thuận mức độ thấp ($r = 0.428$) giữa nồng độ nọc rắn và mức độ sưng nề theo phương trình $Y = 0.002X + 2.39$ với Y là mức độ sưng nề (cm), X là nồng độ nọc rắn (ng/ml). Đồng thời cũng có sự tương quan thuận mức độ thấp của nồng độ nọc rắn trong huyết thanh và độ sưng nề qua vết cắn ở bệnh nhân vào muộn ($r = 0.488$) và theo phương trình $Y =$

0.043X + 33.473 với Y là mức độ lan xa (cm), X là nồng độ nọc rắn (ng/ml).

- Tương quan giữa nồng độ nọc rắn và các kết quả cận lâm sàng

Trong các xét nghiệm cận lâm sàng, nồng độ CK, số lượng bạch cầu, procalcitonin trong huyết thanh có sự tương quan thấp với nồng độ nọc rắn trong huyết thanh tại thời điểm vào viện. Nồng độ nọc rắn lúc vào viện dường như không liên quan với các chỉ số creatinin. Lý giải cho điều này do nồng độ nọc rắn là nồng độ tăng đột ngột trong máu sau khi bị rắn cắn, còn các chỉ số cận lâm sàng kể trên cần có quá trình phản ứng từ từ của cơ thể và gây tác dụng của nọc rắn mới biến đổi. Ngoài ra, nọc rắn khi gây tác dụng và nồng độ có thể sẽ giảm dần so với lúc vào viện, nhưng các chỉ số cận lâm sàng sau này sẽ càng ngày càng tăng sau khi bị rắn cắn.

V. KẾT LUẬN

Ở cả 2 nhóm bệnh nhân đều cho thấy có thể sử dụng nồng độ nọc rắn trong huyết thanh để đánh giá mức độ nặng trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Kim Ánh, Trịnh Xuân Kiếm (1998).** Rắn độc tại Việt Nam, tài liệu tóm tắt về rắn độc và điều trị nạn nhân rắn độc. 1998. *tạp chí y học đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh nhất*: p. 17.
2. **Trần Kiên, Nguyễn Quốc Thăng (1995).** Các loài rắn độc ở Việt Nam, 1995, *Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật: Hà Nội*
3. **Kavi Ratanabanangkoon (1987).** Immunodiagnosis of snake venom poisoning. *Asian Pacific journal of allergy and immunology, 1987. 5*: p. 187-190.
4. **Hà Thị Hải (2015).** nghiên cứu chế tạo bộ xét nghiệm elisa định lượng nọc rắn hổ mang miền bắc việt nam (*Naja atra*). 2015, *Học Viện Quân Y: Thạc sỹ y học*. p. 31-37
5. **Hung D.Z, Liu M.Y, Lin-Shiau S.Y (2003).** The clinical significance of venom detection in patients of cobra snakebite. *Toxicon, 2003. 41*: p. 220-225
6. **Pal M, Maiti A.K, Roychowdhury U.B (1998).** Renal Pathological Changes in Poisonous Snake Bite. *J Indian Acad Forensic Med, 1998. 32(1)*: p. 19-21.
7. **Nguyễn Kim Sơn (2008).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh nhân bị một số rắn độc trên cạn thuộc họ rắn hổ (*Elapidae*) ở miền Bắc Việt Nam. 2008, *Tiến sĩ Y học: Trường Đại Học Y Hà Nội*. 55-86.

NGHIÊN CỨU CHỈ SỐ VẬN TỐC DÒNG CHẢY CỦA DOPPLER ỒNG TĨNH MẠCH Ở THAI BÌNH THƯỜNG TUỔI THAI TỪ 22 ĐẾN 37 TUẦN

Nguyễn Thị Hồng*, Lê Hoàng*, Nguyễn Thị Tuyết Mai*,
Đặng Thị Hồng Thiện*, Hoàng Thị Ngọc Trâm*

TÓM TẮT²¹

Nghiên cứu chỉ số vận tốc dòng chảy của Doppler ống tĩnh mạch ở thai bình thường tuổi thai từ 22- 37 tuần. Thăm dò Doppler ống tĩnh mạch có vai trò ngày càng quan trọng trong việc đánh giá lưu lượng tuần hoàn thai nhi cho phép đánh giá chức năng tim thai. **Mục tiêu:** Xây dựng biểu đồ bách phân vị chỉ số vận tốc của Doppler ống tĩnh mạch ở thai bình thường tuổi thai 22 đến 37 tuần để ứng dụng trong lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 480 thai phụ mang thai bình thường có tuổi thai từ 22-37 tuần được đo chỉ số Doppler ống tĩnh mạch. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** vận tốc dòng chảy của Doppler ống tĩnh mạch ở tuổi thai từ 22 đến 37 tuần có mối tương quan chặt chẽ với tuổi thai. **Kết luận:** Nghiên cứu đã thiết lập được biểu đồ bách phân vị chỉ số vận tốc của Doppler ống tĩnh mạch ở thai

bình thường tuổi thai 22-37 tuần để ứng dụng trong lâm sàng.

Từ khóa: ống tĩnh mạch, siêu âm, Doppler, vận tốc, thai, phạm vi tham chiếu

SUMMARY

STUDY ON FLOW VELOCITY OF DUCTUS VENOSUS DOPPLER INDICES OF NORMAL FETUSES FROM 22 TO 37 GESTATIONAL WEEK

Prenatal Doppler ultrasound of ductus venosus plays an important role in evaluation of fetal circulation and fetal heart function. **Objectives:** To create establish. percentile chart of Ductus venosus flow velocity waveform among normal fetuses from 22 to 37 week. **Subject and method:** there were 480 pregnant women from 22 to 37 week of gestation, all of them had Doppler ultrasound of Ductus venosus indices. Methodology: this is a cross-sectional study. **Results:** a high correlation between flow velocity waveform Ductus venosus and gestational week **Conclusions:** This study have created percentile chart for: flow velocity waveform of Ductus venosus Doppler indices among normal fetuses from 22 to 37 week of gestation. This chart will be useful for *applying to practice in clinical.*

*Bệnh viện Phụ sản Trung Ương
Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng
Email: lehoang2001@yahoo.com
Ngày nhận bài: 12.12.2016
Ngày phản biện khoa học: 2.2.2017
Ngày duyệt bài: 13.2.2017

Keywords: Ductus venosus, Doppler, ultrasound, velocity, fetus, reference range.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Siêu âm Doppler màu cho thấy hình ảnh dòng chảy của mạch máu từ đó có thể cho phép đánh giá được những thay đổi huyết động của thai nhi.

Ống tĩnh mạch Arantius là cấu trúc mạch máu nối từ tĩnh mạch rốn đến tĩnh mạch chủ dưới của thai, mang máu giàu ôxy của tĩnh mạch rốn về tĩnh mạch chủ dưới. Đo dòng chảy Doppler của ống tĩnh mạch đã được nhiều nghiên cứu trên thế giới báo cáo cho thấy nó có vai trò ngày càng quan trọng trong việc đánh giá lưu lượng tuần hoàn và tim của thai nhi đặc biệt là sự hiện diện của dạng sóng Doppler bất thường [1]. Tuy nhiên, để đánh giá tính hiệu quả của các chỉ số Doppler ống tĩnh mạch trong siêu âm thai. Điều cần thiết đầu tiên phải xây dựng được giá trị phạm vi tham chiếu bình thường của các chỉ số Doppler ống tĩnh mạch theo tuổi thai. Đồng thời cần phải có giá trị phạm vi tham chiếu riêng cho từng chủng tộc dân số. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng có sự khác nhau về sự phát triển giữa các quần thể dân số, cho nên tiêu chuẩn để chẩn đoán đối với từng quần thể có sự khác nhau. Để phát hiện và quản lý các tình huống bệnh lý cách tốt nhất là phải xây dựng được dữ liệu về chỉ số bình thường về chỉ số Doppler ống tĩnh mạch [2].

Tại Việt Nam, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào về Doppler ống tĩnh mạch ở thai bình thường, bởi vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Xây dựng biểu đồ bách phân vị chỉ số vận tốc tâm thu (sóng S) của Doppler ống tĩnh mạch ở thai bình thường tuổi thai 22 đến 37 tuần.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 480 thai phụ mang thai bình thường có tuổi thai từ 22-37 tuần đến khám thai và siêu âm thai được lựa chọn từ khoa khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương.

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6 năm 2014 đến tháng 6 năm 2016

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm:

- Thai bình thường.
- Tuổi thai 22-37 tuần.
- Tính tuổi thai dựa trên ngày đầu tiên của kinh cuối cùng phù hợp với siêu âm quý 1.
- Không có biến chứng sản khoa trong thời kỳ mang thai.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tăng trưởng thai nhi bất thường hoặc thai chậm phát triển (dưới đường percenti 10 hoặc trên đường percenti 90).

- Thai bất thường.
- Đa thai.
- Mẹ mắc bệnh mãn tính: tiểu đường, tim mạch.
- Không thu được sóng Doppler ống tĩnh mạch trên siêu âm.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi mẹ, tuổi thai, tiền sử sản khoa
- Kết quả khám thai, kết quả siêu âm thai.
- Chỉ số vận tốc của Doppler ống tĩnh mạch

2.5. Quy trình thu thập số liệu

- Phỏng vấn các thai phụ: tuổi, địa chỉ, tiền sử, kết quả khám thai...

- Siêu âm đo Doppler ống tĩnh mạch .

+ Thai nằm yên khi thực hiện thăm dò, sử dụng lát cắt dọc giữa phải, phóng to hình ảnh để lồng ngực và bụng thai chiếm toàn bộ màn hình.

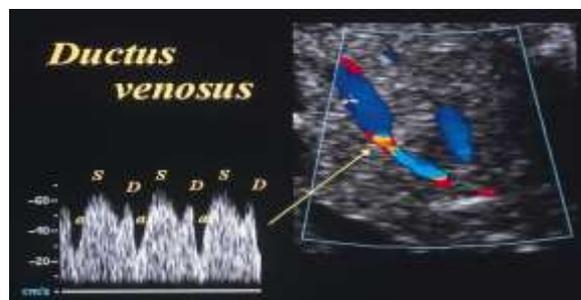
+ Phân tích định tính: Phổ Doppler ống tĩnh mạch có 3 pha:

- Sóng S: tâm thu thất, đồng thời ống tĩnh mạch co bóp để máu đi qua lỗ bầu dục.

- Sóng D: tâm trương thất, van 3 lá mở tạo áp lực âm hút máu về tim.

- Sóng a: nhĩ phải co bóp cuối tâm trương

- Xác định hình dạng phổ Doppler bình thường, sóng a luôn dương.



+ Phân tích định lượng:

Trong đó: S: Là tốc độ dòng máu tối đa ở thì tâm thu

D: là tốc độ dòng máu tối đa ở thì tâm trương.

a: là tốc độ dòng máu tối thiểu ở thì tâm trương

2.6. Xử lý số liệu: số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Phân tích quy luật phát triển của các giá trị trung bình về các chỉ số Doppler ống tĩnh mạch bằng phương pháp tính mối tương quan giữa hai đại lượng theo từng hàm số $y = f(x)$ với y là chỉ số Doppler, x là tuổi thai), có mối tương quan khi $r > 0,5$. tương quan chặt chẽ khi $r > 0,7$.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Cho đến nay, nhiều công trình nghiên cứu đã thống nhất kết luận siêu âm là phương pháp

thăm dò, không có hại đối với sức khỏe bà mẹ cũng như thai nhi

Tất cả những thai phụ tham gia vào nghiên cứu sẽ được thông báo, giải thích rõ yêu cầu mục đích của nghiên cứu và họ tự nguyện tham gia.

Các thông tin cá nhân của thai phụ trong nghiên cứu này hoàn toàn được giữ kín chỉ phục vụ cho nghiên cứu. Trong quá trình thực hiện nghiên cứu được tiến hành đồng thời với việc khám thai,

nên không làm mất thời gian cũng như chi phí của thai phụ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 6 năm 2014 đến tháng 6 năm 2016 tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, chúng tôi đã lựa chọn được 480 thai phụ thỏa mãn các điều kiện đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Các đặc điểm		N	Tỉ lệ %
Tuổi mẹ	18-19	5	1
	20-35	413	86,1
	36-40	62	12,9
Nghề nghiệp	Nội trợ	294	61,3
	Công nhân	121	25,2
	Nông dân	35	7,3
	Cán bộ công chức	30	6,2
Nơi ở	Thành thị	194	40,4
	Nông thôn	286	59,6
Trình độ học vấn	Cấp II	21	4,4
	Cấp III	166	34,6
	Đại học	293	60,0
Có thai lần	1	315	65,6
	2	116	24,2
	3	49	10,2

Nhận xét: Thai phụ có độ tuổi 20-35 chiếm tỉ lệ cao nhất 86,1%; số thai phụ mang thai lần thứ nhất chiếm 65,6%.

3.2. Chỉ số vận tốc tương ứng với tuổi thai

3.2.1. Giá trị trung bình của chỉ số vận tốc sóng S tương ứng với tuổi thai

Bảng 2. Chỉ số trung bình thô của chỉ số vận tốc sóng S theo tuổi thai 22-37 tuần

Tuổi thai	Giá trị trung bình thô	Độ lệch chuẩn
22	39,20	13,82
23	35,96	11,22
24	30,65	13,35
25	36,61	11,25
26	36,02	10,75
27	37,81	15,41
28	41,32	14,66
29	38,07	12,98
30	34,24	14,97
31	42,66	12,50
32	44,08	14,13
33	39,24	9,99
34	38,25	11,21
35	42,18	12,19
36	47,18	9,70
37	45,94	9,41

Nhận xét: Giá trị trung bình thô của chỉ số vận tốc sóng S tăng theo tuổi thai từ 22- 37 tuần.

3.2.2. Đặc điểm phân bố các giá trị quan sát về chỉ số vận tốc theo tuổi thai

Để xác định đặc điểm phân bố của các giá trị quan sát ở từng lớp tuổi thai, dùng thuật toán tính hệ số nhọn và hệ số lệch đã chứng minh phân phối chuẩn khi: hệ số nhọn Kurtosis $\leq \pm 2$; hệ số lệch. Xác định đặc điểm phân bố này để tính các giá trị tương ứng với đường bách phân vị. Nếu là phân bố chuẩn, đường bách phân vị sẽ được tính theo công thức dưới dạng: Đường bách phân vị = $\bar{x} \pm k.SD$.

Sau đây là kết quả tính hệ số lệch và hệ số nhọn về chỉ số xung tương ứng với các lớp tuổi thai.

Bảng 3. Hệ số lệch và hệ số nhọn tương ứng với các giá trị chỉ số vận tốc sóng S theo tuổi thai

Tuổi thai	Hệ số nhọn	Hệ số lệch
2	-1,08	0,29
23	-0,36	0,58
24	0,13	0,86
25	-0,19	0,23
26	-1,24	0,32
27	-0,11	0,58
28	-0,75	0,04
29	-0,27	0,49
30	0,13	0,75
31	-1,08	0,29
32	-1,07	-0,01
33	1,02	0,22

34	-0,38	0,52
35	0,02	0,26
36	0,90	0,54
37	-0,65	0,26

Nhận xét: Khảo sát tính phân phối chuẩn của chỉ số vận tốc sóng S cho thấy hệ số lệch và hệ số nhọn nằm trong khoảng từ -2 đến +2 điều đó chứng tỏ chỉ số vận tốc trong từng lớp tuổi thai tuân theo quy luật phân phối chuẩn.

3.2.3. Quy luật phát triển của chỉ số vận tốc sóng S của ống tĩnh mạch ở tuổi thai từ 22- 37 tuần

Để chứng minh và tìm ra quy luật phát triển của chỉ số vận tốc từ tuần 22-37. Chúng tôi tính lần lượt mối tương quan giữa y (chỉ số vận tốc) và x (tuổi thai) theo từng hàm số bậc 1, bậc 2, để xác định hàm số nào có hệ số tương quan cao nhất sẽ biểu thị đúng quy luật phát triển.

Bảng 4. Hàm số biểu thị quy luật phát triển của chỉ số vận tốc sóng S

Hàm số	Phương trình	R
Bậc 1	$y = 1,317x$	0,81
Bậc 2	$y = 1,996x - 0,022x^2$	0,83

Nhận xét: Hàm số bậc 2 có hệ số tương quan giữa chỉ số vận tốc sóng S với tuổi thai cao nhất phản ánh quy luật biến thiên của chỉ số vận tốc theo tuổi thai. Đường biểu thị quy luật biến thiên là đường nối các giá trị trung bình sau khi giải hàm số bậc 2: $y = 1,996x - 0,022x^2$

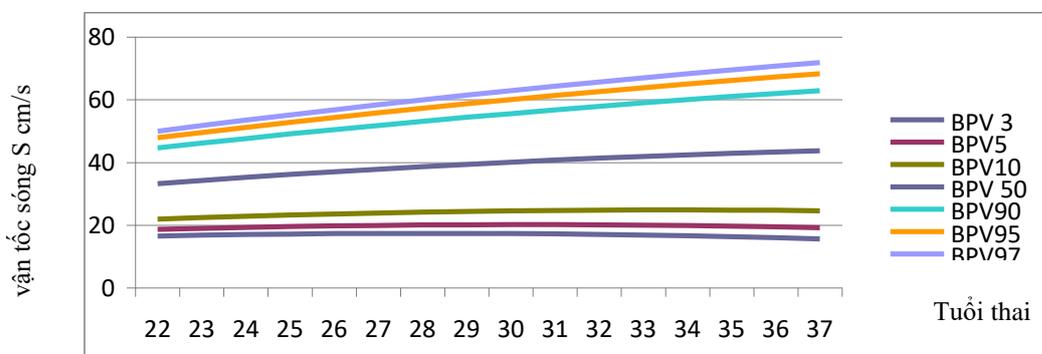
3.2.4. Các giá trị về chỉ số vận tốc sóng S ống tĩnh mạch ở tuổi thai 22-32 tuần

Từ hàm số bậc 2 biểu thị quy luật biến thiên được chọn sẽ tính được bảng các giá trị trung bình và các giá trị tương ứng với đường bách phân vị 3,5,10,50,90,95,97 sau đây.

Bảng 5. Các giá trị chỉ số vận tốc sóng S tương ứng với đường bách phân vị 3, 5, 10, 50, 90, 95, 97 theo tuổi tại 22-37 tuần

TT	SD	BPV 3	BPV5	BPV10	BPV 50	BPV90	BPV95	BPV97
22	8,89	16,55	18,64	21,89	33,26	44,64	47,88	49,97
23	9,29	16,80	18,98	22,38	34,27	46,16	49,56	51,74
24	9,70	17,00	19,28	22,82	35,23	47,64	51,18	53,46
25	10,10	17,16	19,54	23,22	36,15	49,08	52,76	55,14
26	10,50	17,28	19,74	23,58	37,02	50,47	54,30	56,77
27	10,91	17,35	19,91	23,89	37,85	51,82	55,80	58,36
28	11,31	17,37	20,03	24,16	38,64	53,12	57,25	59,91
29	11,72	17,36	20,11	24,39	39,38	54,38	58,65	61,41
30	12,12	17,29	20,14	24,57	40,08	55,59	60,02	62,87
31	12,52	17,19	20,13	24,70	40,73	56,76	61,34	64,28
32	12,93	17,04	20,08	24,80	41,34	57,89	62,61	65,65
33	13,33	16,85	19,98	24,85	41,91	58,97	63,84	66,97
34	13,74	16,61	19,84	24,85	42,43	60,01	65,03	68,26
35	14,14	16,33	19,65	24,81	42,91	61,01	66,17	69,49
36	14,54	16,00	19,42	24,73	43,34	61,96	67,27	70,69
37	14,95	15,63	19,14	24,60	43,73	62,87	68,32	71,84

Từ bảng trên chúng tôi vẽ được biểu đồ bách phân vị về chỉ số vận tốc sóng S ống tĩnh mạch theo tuổi thai từ 22- 37 tuần.



Biểu đồ bách phân vị về chỉ số vận tốc sóng S ống tĩnh mạch theo tuổi thai từ 22-37 tuần

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Các đối tượng nghiên cứu đều được chọn lựa theo đúng tiêu chuẩn đề ra đó là những trường hợp thai nghén bình thường người mẹ hoàn toàn khỏe mạnh. Tất cả các trường hợp bệnh lý của mẹ (bệnh lý nội ngoại khoa...), các trường hợp bệnh lý của thai đều được loại ra khỏi nghiên cứu.

Nghiên cứu này là nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên số lượng lớn bệnh nhân, mỗi bệnh nhân là một lần đo với sự hiện diện biến đổi sinh học lớn được quan sát sẽ mang tính đại diện cho quần thể hơn. Phương pháp nghiên cứu của chúng tôi cũng giống như nghiên cứu của Axt- Fleidner (2004) trên 329 phụ nữ đơn thai có tuổi thai 20-42 tuần [2]. Nghiên cứu của Tongpraget (2012) tại Thái Lan trên 694 thai phụ nguy cơ thấp có tuổi thai từ 14-40 tuần [7]. Nghiên cứu của Bahlman tại Đức tiến hành trên 696 thai phụ có nguy cơ thấp ở tuổi thai từ 14-41 tuần [4]. Các nghiên cứu cắt ngang để thu thập đối tượng nghiên cứu, quá trình nghiên cứu thuận lợi, không bị mất đối tượng nghiên cứu, có thể tiến hành trên số lượng lớn đối tượng nên kết quả nghiên cứu đạt độ chính xác đáng tin cậy không kém phương pháp nghiên cứu theo chiều dọc. Hiện nay phần lớn các tác giả đều lựa chọn phương pháp này để xây dựng biểu đồ bách phân vị.

Các nghiên cứu theo chiều dọc kết quả thu được bằng cách đánh giá nối tiếp trên một bệnh nhân, cỡ mẫu nhỏ như nghiên cứu của Alessandra (2009) tại Brazil trên 60 thai phụ nguy cơ thấp có tuổi thai từ 20 - 40 tuần được siêu âm 4 tuần một lần [3]. Nghiên cứu của Kessles et al (2006) trên 160 trường hợp thai nghén bình thường tuổi thai từ 20- 40 tuần tại Anh [6].

4.2. Bàn luận về kết quả nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ số vận tốc sóng S Doppler ống tĩnh mạch tăng theo tuổi thai tuần 22 đến 37 tuần. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với một số nghiên cứu đã công bố của một số tác giả Axt- Fleidner et al trên 329 thai phụ mang thai bình thường từ 20-40 tuần tại Đức (2004)[2], Bahlman et al (2000) trên 696 thai phụ mang thai bình thường tại Đức [4], Kessles et al (2006) trên 160 trường hợp thai nghén bình thường từ 20- 40 tuần tại Anh [6].

Phân tích giá trị của chỉ số vận tốc sóng S cho thấy có điểm phù hợp và không phù hợp so với các nghiên cứu khác cùng tiến hành trên thai nghén bình thường. Các giá trị về chỉ số vận tốc sóng S thu được trong nghiên cứu này, cao hơn so với báo cáo của của Axt Fleidner et al (2004) [2] và Kessles et al (2006) [6], nhưng chỉ số này gần giống như các chỉ số trong báo cáo của Bahlman et al (2000) [4], của Alessandra (2009)[3]. Khác biệt này có thể do quần thể nghiên cứu khác nhau, phương pháp thống kê khác nhau.

Trong quá trình thực hiện nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng động tác hô hấp của thai và thành bụng của người mẹ béo phì có thể làm hạn chế việc xác định ống tĩnh mạch và làm thay đổi giá trị của chỉ số Doppler. Đây là một chi tiết cần lưu ý trong quá trình thăm khám để nhằm đạt được kết quả chính xác. Điều này cũng đã được các tác giả nghiên cứu đề cập đến.

Các nghiên cứu đều cho thấy siêu âm đo Doppler ống tĩnh mạch là một phần quan trọng của siêu âm thai, nó trở thành một công cụ để đánh giá chức năng tuần hoàn thai nhi trên lâm sàng. Các phạm vi tham chiếu thu được trong nghiên cứu này là một đóng góp giúp chẩn đoán thai nhi khỏe mạnh từ đó phát hiện những thai nghén bất thường.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số vận tốc sóng S của Doppler ống tĩnh mạch ở thai bình thường tuổi thai từ 22 đến 37 tuần có mối tương quan chặt chẽ với tuổi thai theo hàm số 2: $y = 1,996x - 0,022x^2$.

Hàm số này là cơ sở để tính các giá trị tương ứng với đường bách phân vị 3,5,10,50,90,95,97 để xây dựng biểu đồ bách phân vị của chỉ số vận tốc ống tĩnh mạch tương ứng với tuổi thai từ 22-37 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Axt-Fleidner, R., Diler, S., Georg, T. và cộng sự (2004).** Reference values of ductus venosus blood flow velocities and waveform indices from 10 to 20 weeks of gestation. Arch Gynecol Obstet, 269 (3), 199-204.
2. **Axt-Fleidner, R., Wiegank, U., Fetsch, C. và cộng sự (2004).** Reference values of fetal ductus venosus, inferior vena cava and hepatic vein blood flow velocities and waveform indices during the second and third trimester of pregnancy. Arch Gynecol Obstet, 270 (1), 46-55.
3. **Alessandra, C. M., A. C., Aderson T. Berezowski, Gerson C. Crott và cộng sự**

- (2009). Longitudinal reference values for ductus venosus doppler in low- risk pregnancies
J Ultrasound Med, 36 (3), 392-396.
4. **Bahlmann, F., Wellek, S., Reinhardt, I. và cộng sự (2000)**. Reference values of ductus venosus flow velocities and calculated waveform indices. Prenat Diagn, 20 (8), 623-634.
5. **Gilani, S. A., Javaid, A. và Bala, A. A. (2010)**. Fetal Doppler ultrasound assessment of ductus venosus in a 31-40 [corrected] weeks gestation normal fetus in the Pakistani population. Med Ultrason, 12 (2), 110-113.
6. **Kessler, J., Rasmussen, S., Hanson, M. và cộng sự (2006)**. Longitudinal reference ranges for ductus venosus flow velocities and waveform indices. Ultrasound Obstet Gynecol, 28 (7), 890-898.
7. **Tongprasert, F., Srisupundit, K., Luewan, S. và cộng sự (2012)**. Normal reference ranges of ductus venosus Doppler indices in the period from 14 to 40 weeks' gestation. Gynecol Obstet Invest, 73 (1), 32-37.

MỘT SỐ NHẬN XÉT VỀ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CÁC BỆNH TIM BẨM SINH Ở NGƯỜI LỚN TẠI VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM TỪ 2011 ĐẾN 2015

Dương Đức Hùng*

TÓM TẮT²²

Mục tiêu: Nhận xét về đặc điểm bệnh lý và kinh nghiệm phẫu thuật các bệnh tim bẩm sinh thường gặp trên người lớn ở Viện Tim mạch Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** Chúng tôi sử dụng phương pháp hồi cứu, mô tả, phân tích số liệu trên 549 bệnh nhân tim bẩm sinh ở người trưởng thành đã được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật tại Viện Tim mạch BV Bạch Mai trong 5 năm từ 2011 đến 2015. **Kết quả và kết luận:** độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là 32 ± 13 tuổi, nam giới chiếm 48%, nữ giới chiếm 52%. Các bệnh lý phổ biến hay gặp nhất là thông liên nhĩ (41,3%), thông liên thất (36,6%), tứ chứng Fallot (9,2%), còn lại là các bệnh lý hiếm gặp khác. Tỷ lệ tử vong chu phẫu là 1,6%. Phương pháp điều trị phẫu thuật cho các bệnh nhân tim bẩm sinh người lớn có kết quả tốt, tỷ lệ tử vong thấp, đem lại hiệu quả cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: phẫu thuật, bệnh tim bẩm sinh người lớn.

SUMMARY

RESULT OF SURGICAL MANAGEMENT FOR ADULT CONGENITAL HEART DISEASE PATIENT IN VIETNAM HEART INSTITUTE FROM 2011 TO 2015

Aim: To review some pathological characteristic and surgical experience treatment of adult congenital heart disease patient. **Subject:** 549 adult congenital heart disease patient in Vietnam Heart Institute during 5 years from 2011 to 2015. **Methods:** This is retrospective and analyze study. **Results and conclusions:** 549 adult congenital heart disease had successfully surgery in our centre. The average age was 32 ± 13 years, male was 52 % and female was 48 %. The most common malformation was ASD (41,3%), VSD (36,6%) TOF (9,2%). The mortality rate was low about 1,6%. Conclusion: surgical treatment for adult congenital heart disease patient had high successful rate and improve quality of life for the patient.

Key words: surgical treatment, adult congenital heart disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tim mạch bẩm sinh ở người lớn là một bệnh lý chiếm một tỷ lệ khá lớn và có các nét đặc trưng riêng biệt, đòi hỏi những kiến thức

chuyên sâu và chiến lược chẩn đoán cũng như xử trí đặc thù[1],[2]. Đặc biệt phẫu thuật điều trị cho các bệnh nhân này sẽ có nhiều khác biệt so với bệnh tim bẩm sinh ở trẻ em[3],[4]. Mô hình bệnh lý tim mạch bẩm sinh ở Việt Nam có những nét khác biệt cơ bản với các nước phát triển trên thế giới. Ở các nước phát triển phần lớn các bệnh nhân tim bẩm sinh phức tạp được phát hiện và điều trị từ rất sớm. Các bệnh nhân tim bẩm sinh người lớn còn tồn tại phần lớn là các bệnh nhân đã được phẫu thuật sửa chữa nhưng còn để lại một số tổn thương tồn dư[5],[6]. Khác với các nước phát triển có khả năng chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho nhân dân với chất lượng cao, ở Việt Nam, điều kiện phát hiện và điều trị sớm các bệnh tim bẩm sinh còn nhiều hạn chế. Vì vậy nhiều bệnh nhân tim bẩm sinh chỉ được phát hiện hoặc điều trị rất muộn ở tuổi người lớn hoặc trung niên[7]. Viện Tim mạch Việt Nam là viện chuyên khoa tim mạch tuyến cuối khám và điều trị bệnh tim người lớn nên có một số lớn bệnh nhân tim bẩm sinh người lớn được điều trị tại đây. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: "*Nhận xét về đặc điểm bệnh lý và kinh nghiệm phẫu thuật các bệnh tim bẩm sinh thường gặp trên người lớn ở Viện Tim mạch Việt Nam*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là tất cả các bệnh nhân có chẩn đoán bệnh lý tim bẩm sinh đã được phẫu thuật tại Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ 01/2011 đến 12/2015. Các bệnh nhân được lấy vào nghiên cứu theo trình tự thời gian, không phân biệt tuổi, giới, tình trạng bệnh lý lúc nhập viện. Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu, phân tích mô tả: ghi nhận tất cả các thông số: đặc điểm tổn thương, tình trạng áp lực động mạch phổi, tiền sử theo dõi và phát hiện bệnh, các thông số liên quan đến phẫu thuật như kỹ thuật mổ, thời gian nằm hồi sức, tỷ lệ biến chứng, tỷ lệ tử vong. Quy trình chẩn đoán và phẫu thuật của chúng tôi đều đã được thông qua bởi Hội đồng Khoa học chuyên môn của Bệnh viện Bạch Mai để đảm bảo tính đạo đức của nghiên cứu. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

*Viện Tim mạch Quốc gia, BV Bạch Mai.
Chịu trách nhiệm chính: Dương Đức Hùng
Email: duongdh38@yahoo.com
Ngày nhận bài: 16.12.2016
Ngày phản biện khoa học: 8.2.2017
Ngày duyệt bài: 17.2.2017

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong vòng 5 năm chúng tôi đã phẫu thuật cho 549 bệnh nhân tim bẩm sinh. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $32,02 \pm 13,003$,

nhỏ tuổi nhất là 2, lớn nhất là 69 tuổi. Nam giới chiếm 48% và nữ 52%.

Tỷ lệ tử vong chung cho tất cả các bệnh nhân thời kỳ chu phẫu là 1,6%.

Bảng 1: Số liệu BN đã được phẫu thuật theo mặt bệnh và tỷ lệ tử vong.

Bệnh lý tim bẩm sinh	Nam	Nữ	Tổng số (tỷ lệ %)	Số tử vong
1. Thông liên thất (TLT):	117	84	201 (36,6)	
TLT đơn thuần	75	62	137	
TLT + hẹp đường ra thất phải	5	8	13	3
TLT + hở van động mạch chủ	21	7	28	1
TLT + vỡ phình xoang Valsalva	13	1	14	1
TLT + thông liên nhĩ	2	3	5	
TLT + hở van hai lá		2	2	
TLT + còn ống động mạch	1	1	2	
2. Thông liên nhĩ (TLN):	70	157	227 (41,3)	
TLN đơn thuần	54	133	187	2
TLN + Hở van hai lá	15	21	36	1
TLN thể xoang tĩnh mạch	1	3	4	1
TLN + hẹp van động mạch phổi		2	2	
TLN + hẹp van động mạch chủ		1	1	
3. Tứ chứng Fallot	22	27	49 (9,2)	1
4. Kênh nhĩ-thất bán phần (AVSD)	6	21	27	
5. Hẹp eo động mạch chủ	10	5	15	
6. Hẹp đường ra thất phải	3	6	9	
7. Hẹp đường ra thất trái	1	3	4	1
8. Còn ống động mạch (ODM)				
ODM + Viêm nội tâm mạc		2	4	
ODM + Tán huyết sau can thiệp	1	1		
9. Dò động mạch vành vào buồng tim	1	2	3	
10. Phình xoang Valsalva đơn thuần	2		2	
11. Bất thường trở về tĩnh mạch phổi toàn phần	2	1	3	2
12. Tim 3 buồng nhĩ (Cor tritriatum)	1	1	2	
13. Bệnh lý bất thường van ba lá (Ebstein)	1	1	2	
14. Dị tật phức tạp (hẹp eo động mạch chủ + ODM + TLT)		1	1	
Tổng	230 (42%)	319 (58%)	549	9 (1,6%)

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân tim bẩm sinh người lớn được định nghĩa như là người có bệnh tim bẩm sinh dù là chưa được mổ sửa chữa hay đã từng được mổ nhưng đã trưởng thành đến trên 21 tuổi. Trên thực tế quá trình chuyển đổi từ trẻ con lên người lớn đã bắt đầu từ năm 12 tuổi.

Phân loại các hình thái tim bẩm sinh gặp ở người lớn: Trường hợp bệnh tim bẩm sinh nguyên phát ở người lớn bao gồm các BN chưa từng được điều trị gì cả. Ở nước ta nhóm bệnh này chiếm tỷ lệ cao do nguyên nhân khám và phát hiện muộn, khác với ở các nước phát triển. Việc chưa được điều trị có thể đến từ 3 lý do: 1.

Mới phát hiện được do bệnh ít gây triệu chứng hoặc không có điều kiện khám chẩn đoán, 2. Dị tật tuy trước đây đã có chẩn đoán nhưng bệnh khá lành tính, 3. Bệnh trước đây cho là không phẫu thuật được nhưng bây giờ thì có thể. Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc về hình thái chưa từng được điều trị này.

Trường hợp bệnh tim bẩm sinh thứ phát là bệnh nhân đã từng được điều trị phẫu thuật sửa chữa, loại này chiếm tỷ lệ lớn ở phương Tây. Chúng tôi có không nhiều bệnh nhân thuộc nhóm này.

Các bệnh nhân trước mổ được đánh giá kỹ về các triệu chứng cơ năng trước kia và hiện tại, khám kỹ các triệu chứng thực thể, được chụp Xq

tim phổi và điện tâm đồ. Siêu âm Doppler là thăm dò hàng đầu để khảo sát hệ thống các bất thường giải phẫu, đánh giá mức độ ảnh hưởng của bệnh lên cấu trúc các buồng tim và van tim cũng như sơ bộ ước tính mức độ nặng của chỗ hẹp, lưu lượng shunt và tình trạng tăng áp phổi. Những trường hợp cần đánh giá chính xác hơn các thương tổn giải phẫu sẽ được chụp cộng hưởng từ (MRI) hoặc chụp cắt lớp đầu dò đa dãy (MSCT)[4].

Thông tim và chụp buồng tim được chỉ định cho những trường hợp dị tật phức tạp, tăng áp phổi nặng, đánh giá sức cản và khả năng còn đáp ứng (vasoreactivity) của động mạch phổi, hoặc khi còn những vấn đề mà thăm dò không chảy máu còn chưa chắc chắn [4].

Tuyệt đại đa số các dị tật trong tim được phẫu thuật với tuần hoàn ngoài cơ thể, đẳng nhiệt hoặc hạ thể nhiệt, phương pháp bảo vệ cơ tim dùng máu (blood cardioplegia).

Tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,6%, có thể so sánh được tỷ lệ 1,5% trong nghiên cứu của Putman với 830 BN (Yếu tố nguy cơ chính liên quan đến tỷ lệ tử vong có lẽ là tình trạng tăng áp lực động mạch phổi trước mổ [4].

Bệnh lý thông liên nhĩ chiếm tỷ lệ lớn nhất (41,3%) trong nghiên cứu của chúng tôi, giống như nhiều tác giả khác. Điều này có thể được giải thích nhờ đặc điểm tương đối lành tính của dị tật này vì phần đông bệnh nhân không có triệu chứng lúc còn bé mà vẫn lớn lên bình thường. Lưu lượng shunt của thông liên nhĩ phụ thuộc vào chênh áp giữa nhĩ trái và nhĩ phải. Khi bệnh nhân càng nhiều tuổi thì những vấn đề của tim trái làm giảm độ thư giãn của thất trái như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, bệnh van hai lá... sẽ làm tăng áp lực nhĩ trái và làm tăng lưu lượng shunt qua thông liên nhĩ, khi đó bệnh nhân mới có biểu hiện triệu chứng.

Mọi hình thái giải phẫu của thông liên nhĩ gặp ở trẻ em đều có thể thấy ở người lớn. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm Doppler qua thành ngực và thực quản để đánh giá thương tổn bệnh và mức độ rối loạn sinh lý bệnh. Chụp cộng hưởng từ có giá trị trong đánh giá bất thường trở về của tĩnh mạch phổi ở thể sinus venosus. Thông tim được chỉ định trong trường hợp có tăng áp phổi nặng (>50% áp lực đại tuần hoàn) để đánh giá sức cản động mạch phổi và lưu lượng shunt.

Chỉ định mổ hoặc can thiệp cần thiết cho các bệnh nhân thông liên nhĩ mà shunt đủ lớn, có dấu hiệu tăng gánh thể tích thất phải, tuy nhiên

chưa tăng áp lực động mạch phổi cố định. Không có chỉ định mổ khi bệnh đã đến giai đoạn tăng sức cản phổi cố định (Eisenmenger). Với trường hợp tăng áp phổi nặng ranh giới, chỉ định mổ hay không dựa vào lưu lượng shunt, sức cản phổi và khả năng còn đáp ứng với thuốc giãn mạch [3].

Về kỹ thuật mổ, các lỗ thông kích thước lớn được đóng bằng patch màng tim hoặc vật liệu nhân tạo. Một số lỗ thông có gờ chắc, tổ chức khi kéo lại không bị căng được đóng bằng khâu trực tiếp hai lượt. Kết quả sau mổ của nhóm này không khác biệt với nhóm được đóng bằng patch.

Tỷ lệ tử vong của phẫu thuật thông liên nhĩ của chúng tôi dưới 1%, tương đương với kết quả ở các trung tâm khác trên thế giới.

Trái lại, ở nước ta, trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu khác ở Việt Nam, có rất nhiều bệnh nhân thông liên thất bị "bỏ quên" lần đầu tiên được phát hiện ở tuổi trưởng thành và trung niên, thậm chí 50-60 tuổi. Bệnh nhân lớn tuổi nhất của chúng tôi được phẫu thuật là 61. Không ít bệnh nhân có lỗ thông tới 25mm, tăng áp lực động mạch phổi nặng mới được phát hiện và phẫu thuật.

Một cách kinh điển, thông liên thất có lưu lượng shunt lớn hơn 1,5 (Qp/Qs) mới có chỉ định can thiệp[3],[4],[5]. Tuy nhiên đối với các thông liên thất nhỏ Qp/Qs dưới 1,5, gần đây quan điểm có xu hướng mở rộng chỉ định hơn [1], [4]. Điều đó là do trong kỷ nguyên hiện nay, phẫu thuật thông liên thất ngày càng ít biến chứng và tử vong hơn, trong khi đó các nguy cơ biến chứng và tử vong của thông liên thất để diễn biến tự nhiên là không thể coi thường được.

Với những trường hợp tăng áp lực động mạch phổi nặng rất cần thông tim đánh giá các chỉ số lưu lượng shunt, áp lực cuối tâm trương thất trái, áp lực động mạch phổi, sức cản động mạch phổi và khả năng còn đáp ứng với thuốc giãn mạch của giường động mạch phổi để quyết định xem bệnh nhân còn phẫu thuật được nữa không.

Tùy theo vị trí của lỗ thông liên thất mà chúng tôi đóng qua đường nhĩ phải hay mở động mạch phổi.

Chúng tôi có 2 trường hợp tử vong (1%) sau phẫu thuật thông liên thất, một do shock nhiễm khuẩn và một do rối loạn điện giải.

Với các bệnh nhân kênh nhĩ thất bán phần chúng tôi đã phẫu thuật sửa chữa cho 27 bệnh nhân. Rãnh xẻ giữa 2 thành phần trước van nhĩ thất trái gây hở van được đóng lại. Vòng van nếu giãn nhiều góp phần làm hở van sẽ được tạo hình thu nhỏ lại trên phần vòng van lá sau. Miếng vá lỗ

thông liên nhĩ sẽ đi bên trái hoặc phải xoang vành tùy theo vị trí của lỗ xoang vành.

Chúng tôi không có tử vong quanh phẫu thuật. Có một trường hợp bị block nhĩ-thất phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. Một trường hợp tiến triển hở van nhĩ thất trái nặng sau 3 năm phải mổ lại thay van nhân tạo với kết quả tốt.

Một loại bệnh lý hay gặp nữa là tứ chứng Fallot. Ở các nước phát triển, các bệnh nhân tứ chứng Fallot ở người lớn tuyệt đại đa số đã từng được phẫu thuật sửa chữa từ bé. Đến tuổi trưởng thành, các bệnh nhân này có thể phải xem xét chuyển mổ lại vì các vấn đề còn tồn tại hoặc tiến triển như hẹp tồn dư đường ra thất phải, hở van động mạch phổi, thông liên thất tồn dư, hở van ba lá, hở van động mạch chủ... Trong

tương lai chắc chắn phẫu thuật tim bẩm sinh người lớn ở Việt Nam cũng sẽ phải đối mặt ngày càng nhiều với những vấn đề trên vì số lượng bệnh nhân Fallot4 đã được mổ sửa không ngừng tăng thêm.

Chúng tôi có 49 bệnh nhân, tuổi trung bình là 26,94, lớn nhất là 42, lần đầu tiên được phẫu thuật sửa chữa toàn bộ. Những loạt bệnh nhân Fallot4 được mổ sửa lần đầu ở tuổi người lớn kiểu như thế này thường chỉ thấy trong báo cáo ở các nước phát triển từ thời những năm 60-70 thế kỷ trước, và ngày nay ở các nước đang phát triển như Việt Nam [3],[4],[7]. Để so sánh, các số liệu và kết quả điều trị của các nghiên cứu trước đó về phẫu thuật lần đầu Fallot4 ở người lớn được chúng tôi tập hợp trong bảng 2.

Bảng 2: Một số nghiên cứu về phẫu thuật lần đầu Fallot4 ở người lớn.

Tác giả	Thời gian	Số BN	Tuổi trung bình	Tỷ lệ tử vong sớm (%)
Attenhofer và cs.	1970-2007	52	50	5,8
Alizadeh và cs.	1995-2005	51	22	2,0
Atik và cs.	1982-2001	39	27	5,1
Lu và cs.	1990-2004	57	25	7,0
Horer và cs.	1974-2003	52	29	15,0
Rammohan và cs.	1991-1996	100	20	4,0
Nguyễn Văn Mão và cs.	2007-2010	62	21,6	1,9
Chúng tôi	2011-2015	49	27	2,0

Nghiên cứu của chúng tôi cũng như phần lớn các tác giả khác cho thấy các bệnh nhân Fallot 4 được phẫu thuật lần đầu ở tuổi người lớn có tỷ lệ tử vong quanh mổ thấp [3],[4],[5];[6]. Các nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị lâu dài của nhóm bệnh nhân này cho thấy sự cải thiện tốt tình trạng cơ năng và chất lượng cuộc sống, mặc dù tuổi thọ nhóm này không bằng khối dân số chung và nhóm Fallot4 được sửa chữa sớm từ nhỏ [3].

Với các lý do trên, đặc biệt là tỷ lệ tử vong thấp trong nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác, chúng ta vẫn cần chỉ định phẫu thuật sửa chữa cho các bệnh nhân Fallot 4 người lớn ở Việt Nam, cho dù phát hiện ở giai đoạn muộn.

V. KẾT LUẬN

Trên 500 BN bệnh tim bẩm sinh người lớn đã được điều trị phẫu thuật tại Viện tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai trong 5 năm qua với kết quả tốt và tỷ lệ tử vong thấp. Phẫu thuật đã đem lại lợi ích cho BN nhằm cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống, phòng ngừa các biến chứng nguy hiểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kirklin/Barratt - Boyes - Cardiac Surgery, Fourth edition (2013) - Congenital Heart Disease in the Adult.**
- H Baumgartner (2010)** "ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010): *European Heart Journal* **31**, 2915–2957
- Karamalou T et al (2010)** "Adult or big kids: what is the ideal environment for management of grown-up patient with congenital heart disease?" *Ann Thorac Surg*; Aug**90(2)**:573-9.
- Atik Fernando A., Atik Edmar, Cunha Claudio R. et al.(2004)** , "Long-term results of correction of tetralogy of Fallot in adulthood", *European Journal of Cardio-thorac Surgery* , **25**, pp. 250-255.
- Rammohan M., Airan Balram, Bhan Anil et al (1998).**, "Total correction of tetralogy of Fallot in adults-surgical experience", *International Journal of Cardiology* **63**, pp. 121-128.
- Kogon BE, Plattner C (2009)** " Adult congenital heart surgery :adult or pediatric facility? Adult or pediatric surgeon?" *Ann Thorac Surg* :2009 Mar; **87(3)**: 833 - 40.
- Nguyễn Văn Mão; Đinh Tiến Dũng; Đào Quang Vinh et al.(2011):**"Nhận xét điều trị phẫu thuật sửa chữa triệt để tứ chứng Fallot ở người lớn" – *Tạp chí Hội Phẫu thuật Tim mạch & lồng ngực Việt Nam số 10/2011* p67-69.

THÁI ĐỘ VỀ PHÒNG NGỪA VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ MỸ THO, TIỀN GIANG NĂM 2011

Tạ Văn Trầm*, Phạm Thế Hiền**

TÓM TẮT²³

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ cao đối với bệnh tim mạch ở các nước công nghiệp cũng như ở nước ta, đứng hàng đầu trong số 12 nguyên nhân gây tử vong ở người cao tuổi. **Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ bệnh THA và mối liên quan của bệnh với tuổi, giới, trình độ văn hóa, kinh tế gia đình, dân tộc và nghề nghiệp ở người cao tuổi tại thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang. **Phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả. **Kết quả:** 69% có thái độ đúng về ý kiến phải thường xuyên đo kiểm tra HA, 77% có thái độ đúng về ý kiến bệnh THA phải điều trị lâu dài và khám định kỳ, 76% có thái độ đúng về ý kiến các yếu tố: hút thuốc lá, uống nhiều rượu bia, ăn mặn thường xuyên, ít vận động thì có hại cho sức khỏe. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân có thái độ đúng về cách phòng ngừa và điều trị bệnh tăng huyết áp. Có mối liên quan giữa thái độ đúng và tuổi, trình độ học vấn. Không có mối liên quan giữa thái độ đúng với giới tính, nghề nghiệp và tình trạng kinh tế

Từ khóa: tăng huyết áp ở người cao tuổi, JNC

SUMMARY

ATTITUDE IN TREATMENT AND PREVENTION OF HYPERTENSION IN THE ELDERLY IN MY THO CITY, TIEN GIANG PROVINCE IN 2011

Background: Hypertension is a risk factor for cardiovascular disease in industrialized countries as well as in our country, a cause of death among 12 leading causes of death in the elderly. **Objectives:** Survey prevalence of hypertension in the elderly and related factors in My Tho, Tien Giang. **Method:** cross-sectional study, 200 Tien giang people from 60 years of age. **Results:** 69% have right attitude about inspecting blood pressure regularly, 77% have right attitude about long treatment, 76% have right attitude about smoking, eating so much salt, using beer and alcohol, having little physical activity are harmful for health. **Conclusion:** Most of patients have right attitude about treatment and prevention hypertension in the elderly. The associations of right attitude with age, level of culture

Key words: hypertension in the elderly, JNC

* Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

**Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền

Email: hien_fr@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 3.2.2017

Ngày duyệt bài: 14.2.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một yếu tố nguy cơ cao đối với bệnh tim mạch ở các nước công nghiệp cũng như ở nước ta. Bệnh lý tim mạch là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước công nghiệp lẫn các nước đang phát triển và đứng hàng đầu trong số 12 nguyên nhân gây tử vong ở người cao tuổi theo bảng phân loại ICD-10. Ngoài ra, THA còn là bệnh đứng hàng thứ 2 trong số 10 bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi. Lợi ích của việc điều trị hạ áp trong dân số chung đã được chứng minh trong những thử nghiệm lâm sàng là giảm các tai biến đột quy 35%-40%, giảm nhồi máu cơ tim 20%-25%, và giảm suy tim hơn 50%.

Việc phát hiện, ngăn ngừa, điều trị và kiểm soát THA phụ thuộc vào nhiều yếu tố: sự phát triển của mạng lưới y tế, các chương trình y tế của quốc gia, chương trình giáo dục sức khỏe, kinh tế xã hội, trình độ dân trí, thói quen sinh hoạt. Việc kiểm soát tốt huyết áp chỉ đạt được khi có sự phối hợp tốt trong điều trị dùng thuốc và thay đổi lối sống. Mục tiêu nghiên cứu: *Khảo sát tỷ lệ có thái độ đúng về phòng ngừa, điều trị bệnh THA và mối liên quan giữa thái độ với các yếu tố nhân trắc ở người cao tuổi, tại TP. Mỹ Tho, Tiền Giang. Xác định tỷ lệ bệnh nhân có thái độ đúng về phòng ngừa, điều trị THA ở người cao tuổi. Xác định mối liên quan giữa thực hành với tuổi, giới, trình độ học vấn, kinh tế gia đình, dân tộc và nghề nghiệp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả.

Dân số mục tiêu: Dân số mục tiêu của nghiên cứu là những người dân từ 60 tuổi trở lên đang sinh sống tại thành phố Mỹ Tho, tỉnh tiền Giang.

Dân số chọn mẫu: Dân số chọn mẫu là những người dân từ 60 tuổi trở lên đang sinh sống tại các xã, phường của thành phố Mỹ Tho từ tháng 9 đến tháng 10 năm 2011, được chọn với kỹ thuật mẫu cụm xác suất tỷ lệ theo cỡ dân số.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức

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

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là trị số của phân phối chuẩn với độ tin cậy là 95%.

$P = 0,2$ là tỷ lệ có kiến thức đúng về phòng ngừa và điều trị bệnh THA ở người cao tuổi dựa vào một công trình nghiên cứu.

$d = 0,06$ là độ chính xác mong muốn.

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu này là: 170 người.

Bởi vì sử dụng kỹ thuật chọn mẫu cụm nên cỡ mẫu tăng lên gấp 1,2 lần: $170 \times 1,2 = 204$ người.

Tiêu chí chọn mẫu

- Tiêu chí đưa vào: Người dân từ 60 tuổi trở lên, thường trú tại thành phố Mỹ Tho.

- Tiêu chí loại trừ: Những đối tượng đang mắc các bệnh quá nặng không đi lại được. Những đối tượng nghe kém và không trả lời chính xác câu hỏi. Những đối tượng bị câm, điếc bẩm sinh. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Kỹ thuật chọn mẫu: sử dụng kỹ thuật chọn mẫu cụm xác suất tỷ lệ theo cỡ dân số (PPS: Propability proportionate to size), với cụm là một khu phố hoặc ấp. Các bước tiến hành được thực hiện như sau:

- Liệt kê danh sách 120 khu phố/ấp của thành phố Mỹ Tho.

- Điền dân số ≥ 60 tuổi của từng khu phố/ấp.

- Tính dân số ≥ 60 tuổi cộng dồn.

- Tính khoảng cách mẫu:

$\frac{\text{Tổng dân số } \geq 60 \text{ tuổi cộng dồn}}$

$K = \frac{\quad}{30 \text{ cụm}}$

Cách xác định các cụm còn lại tiến hành giống như trên cho đến khi xác định đủ 30 cụm (phụ lục 3). Với cỡ mẫu 204 người, chia đều cho 30 cụm, mỗi cụm sẽ khảo sát 7 người.

Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS để nhập và phân tích các dữ liệu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tiến hành nghiên cứu trong mẫu gồm 200 người cao tuổi tại một số phường (xã) của thành phố Mỹ Tho từ 02/10/2011 đến 05/10/2011, chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau:

Đặc tính của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm phân bố nhóm tuổi trong mẫu:

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 200 đối tượng, trong đó: nhóm tuổi từ 60-69 có 81 người chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,5%, tuổi từ 70-79 có 76 người chiếm 38%, tuổi ≥ 80 có 43 người chiếm tỷ lệ thấp nhất 21,5%.

Đặc điểm phân bố giới tính trong mẫu:

nam chiếm đa số hơn với 109 người (54,5%), nữ chỉ 91 người chiếm 45,5%. Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ, điều này không phù hợp với thực tế (theo thống kê chung thì giới nữ nhiều hơn nam, đặc biệt ở người cao tuổi). Sự khác biệt này là do cỡ

mẫu của chúng tôi nhỏ, phương pháp chọn mẫu không đại diện được hết cho cộng đồng. Vì thế, có thể sẽ có sai số khi chúng tôi so sánh tỷ lệ THA giữa nam và nữ.

Đặc điểm phân bố nghề nghiệp trong

mẫu: nội trợ cao nhất với 63 người chiếm 31,5%, nhóm người không có khả năng lao động với 57 người chiếm 28,5%, hưu trí/Cán bộ công chức với 33 người chiếm 16,5%, nông dân có 29 người chiếm tỷ lệ 14,5%, buôn bán thấp nhất với 18 người chiếm 9%. Như vậy nhóm người từ 60 tuổi trở lên tại Mỹ Tho thì nội trợ và không có khả năng lao động là đa số; nông dân, buôn bán, hưu trí chiếm tỷ lệ ít hơn. Điều này phù hợp đặc điểm dân số và xã hội của thành phố Mỹ Tho.

Đặc điểm phân bố trình độ học vấn

trong mẫu: cấp 1 cao nhất với 90 người chiếm 45%, cấp 2 với 48 người chiếm 24%, cấp 3 với 26 người chiếm 13%, mù chữ có 22 người chiếm 11%, ĐH-CD và TCCN thấp nhất với 14 người chiếm 7%. Như vậy, nhóm tuổi trên 60 tại Mỹ Tho có trình độ từ trung cấp trở lên rất ít, đa phần là cấp 1 nhưng tỷ lệ mù chữ chỉ 11%. Điều này được lý giải do điều kiện kinh tế xã hội nước ta trước đây có nhiều khó khăn, chiến tranh nên người dân thường ít được đi học.

Đặc điểm phân bố thành phần kinh tế

trong mẫu: Trong mẫu nghiên cứu có 200 người, trong đó: thành phần kinh tế gia đình loại trung bình cao nhất với 131 người chiếm 65,5% kế tiếp là thành phần gia đình khá với 48 người chiếm 24%, thành phần kinh tế nghèo chỉ 21 người chiếm 10,5%. Nhìn chung trong mẫu nghiên cứu ở Mỹ Tho đa số dân số trong mẫu nghiên cứu thuộc thành phần kinh tế trung bình (65,6%). Nếu so sánh với trước đây thì cuộc sống người dân được nâng cao, gia đình nghèo chiếm tỷ lệ ít (10,5%). Điều này phù hợp với đặc điểm kinh tế chung của cả nước. Tuy nhiên những con số tỷ lệ ở trên không chính xác hoàn toàn mà có tính tương đối, vì khi hỏi có thể bệnh nhân không nói đúng tình trạng kinh tế của mình.

Tỷ lệ bệnh nhân có thái độ đúng về phòng ngừa, điều trị THA ở người cao tuổi tại thành phố Mỹ Tho

Thái độ về theo dõi THA: trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 200 bệnh nhân trong đó số người có thái độ đúng với việc phải thường xuyên đo kiểm tra HA chiếm đa số với 69% (đồng ý 43,5%, rất đồng ý 25,5%). Tuy nhiên vẫn còn 31% có thái độ sai với việc thường xuyên kiểm tra HA (10,5% không ý kiến, 20,5% không đồng ý)

Thái độ về điều trị THA

Bảng 1 Phân bố tỷ lệ các biến số thái độ về điều trị THA

Ý kiến bệnh THA cần được điều trị lâu dài và tái khám định kỳ theo hẹn của bác sĩ	Rất đồng ý	Đồng ý	Không ý kiến	Không đồng ý	Rất không đồng ý
Tần số (người)	52	102	30	16	0
Tỷ lệ (%)	26,0	51,0	15,0	8,0	0

Đa số có thái độ đúng với ý kiến bệnh THA phải điều trị lâu dài và tái khám định kỳ theo hẹn của bác sĩ với 77% (51% đồng ý, 26% rất đồng ý); 23% có thái độ sai (8% không đồng ý, 15% không ý kiến)

Thái độ về yếu tố nguy cơ của bệnh THA:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 200 bệnh

nhân trong đó 76% có thái độ đúng với ý kiến các yếu tố: hút thuốc lá, uống nhiều rượu bia, ăn mặn thường xuyên, ít vận động thì có hại cho sức khỏe (28% rất đồng ý, 48% đồng ý); 24% có thái độ sai (3% không đồng ý, 21% không ý kiến).

Các yếu tố liên quan đến thái độ đúng trong điều trị, phòng ngừa bệnh THA**Bảng 4.** Các yếu tố liên quan với thái độ đúng trong điều trị, phòng ngừa THA.

Biến số		Thái độ		P
		Đúng	Sai	
Tuổi	60-69	59	22	0,001
	70-79	40	36	
	≥ 80	15	28	
Giới	Nam	66	43	0,267
	Nữ	48	43	
Học vấn	Mù chữ	3	19	0,001
	Cấp 1	44	46	
	Cấp 2	30	18	
	Cấp 3	24	2	
	CD-ĐH	13	1	
Nghề nghiệp	Nông dân	15	14	0,064
	Buôn bán	10	8	
	Nội trợ	36	27	
	Không có khả năng LĐ	27	30	
	Hưu trí/ CBCC	26	7	
Kinh tế	Nghèo	10	11	0,144
	Trung bình	71	60	
	Khá	33	15	
Dân tộc	Kinh	114	86	

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 200 bệnh nhân. Qua phép kiểm định mối liên hệ của 2 biến định tính ta thấy được 2 biến thái độ đúng và nhóm tuổi phụ thuộc nhau và có ý nghĩa thống kê ($P = 0,001 < 0,05$), 2 biến thái độ đúng và giới tính độc lập với nhau và không có ý nghĩa thống kê ($P = 0,267 > 0,05$), 2 biến thái độ đúng và học vấn phụ thuộc nhau và có ý nghĩa thống kê ($P = 0,001 < 0,05$), 2 biến thái độ đúng và nghề nghiệp độc lập với nhau và không có ý nghĩa thống kê ($P = 0,064 > 0,05$), 2 biến thái độ đúng và kinh tế độc lập với nhau và không có ý nghĩa thống kê ($P = 0,144 > 0,05$). Trình độ học vấn có liên quan nhiều đến thái độ đúng của bệnh nhân. Với nghề nghiệp có nhóm cán bộ hưu trí, về kinh tế có nhóm kinh tế khá là có thái độ đúng cao nhất.

IV. KẾT LUẬN**Tỷ lệ bệnh nhân có thái độ đúng về phòng ngừa, điều trị THA ở người cao tuổi**

Đa số bệnh nhân có thái độ đúng về cách phòng ngừa và điều trị bệnh tăng huyết áp: 69% có thái độ đúng về ý kiến phải thường xuyên đo kiểm tra HA, 77% có thái độ đúng về ý kiến bệnh THA phải điều trị lâu dài và khám định kỳ, 76% có thái độ đúng về ý kiến các yếu tố: hút thuốc lá, uống nhiều rượu bia, ăn mặn thường xuyên, ít vận động thì có hại cho sức khỏe

Tuy nhiên vẫn còn một bộ phận còn có thái độ sai về cách phòng ngừa và điều trị bệnh tăng huyết áp do đó nên duy trì giáo dục kiến thức cho bệnh nhân như thế nào để từ đó họ có thể có cái nhìn đúng đắn về các biện pháp dự phòng bệnh.

Mối liên quan của bệnh THA

Có mối liên quan giữa thái độ đúng và tuổi, trình độ học vấn.

Không có mối liên quan giữa thái độ đúng với giới tính, nghề nghiệp và tình trạng kinh tế

KIẾN NGHỊ

Hiện nay con số bệnh nhân mắc bệnh THA ngày càng gia tăng, đặc biệt là người lớn tuổi do đó cần đẩy mạnh công tác giáo dục cho các bệnh nhân THA để họ có kiến thức đầy đủ có thái độ chấp nhận và thực hành đúng góp phần làm giảm huyết áp bằng các biện pháp không dùng thuốc đồng thời giảm được tần suất bị biến chứng do hậu quả của THA

Cần chú trọng giáo dục cho bệnh nhân kiến thức về trị số huyết áp đặc biệt là HATTr, giáo dục nhiều hơn về các biến chứng khác của bệnh ngoài TBMMN đồng thời giáo dục cho bệnh nhân các biện pháp dự phòng bệnh ngoài biện pháp hạn chế ăn mặn đặc biệt là giới nam như uống rượu vừa phải, không hút thuốc, nêu rõ tác hại của thuốc lá không những đối với ung thư phổi mà còn tác hại của nó đối với các bệnh tim mạch trong đó có huyết áp.

Công tác giáo dục sức khỏe nên lập đi lập lại nhiều lần theo định kỳ để bệnh nhân có thể thay đổi thái độ và thực hành được các biện pháp dự phòng bệnh.

Bác sĩ nên khuyên bệnh nhân các biện pháp dự phòng bệnh 1 cách đồng đều, không nên chỉ chú trọng 1 vài khía cạnh của biện pháp dự phòng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Duy An, Nguyễn Ngọc Tuấn (2005).** Tình trạng huyết áp ở người cao tuổi thị xã Kon Tum. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, số 41, tr. 73-82.
2. **Hội Tim mạch Việt Nam (2008).** Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hoá. Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, tr. 1-26, 235-294
3. **Nguyễn Văn Hoàng (2010).** Nghiên cứu bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Long An. Luận án tiến sỹ y học, chuyên ngành Lão khoa, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Phan Thị Kim (1998).** Chế độ ăn trong một số bệnh mạn tính, Dinh dưỡng hợp lý và sức khỏe. Nhà xuất bản Y học, tr. 294-337.
5. **Beckett NS., Peters R., Fletcher AE., et al (2008).** Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. The HYVET Study group, N Engl J Med, 358 (published online March 31, 2008).
6. **Chobanian AV., Barkris GL., Black HR., et al (2003).** The Seventh Report of the Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation and treatment of high blood pressure JNC VII Express. JAMA, (289), pp. 2560-2572.
7. **Kaplan NM. (2002),** Hypertension in the elderly. Martin Dunitz Ltd, Second Edition, London, UK, pp. 1-15, 61-84

KẾT QUẢ THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM TRÊN BỆNH NHÂN KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG BẰNG PHÁC ĐỒ NGẮN CỔ SỐ NOÃN < 3

Nguyễn Xuân Hợi*

TÓM TẮT²⁴

Kết quả thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) của các đối tượng sử dụng phác đồ ngắn agonist kích thích buồng trứng (KTBT) có số noãn sau chọc hút < 3 noãn còn ít được đề cập trong các nghiên cứu trước đây. **Mục tiêu:** Khảo sát kết quả TTTON của các bệnh nhân đáp ứng kém với phác đồ ngắn (có < 3 noãn sau chọc hút) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2009 đến 2011. **Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả cắt ngang. **Đối tượng:** 578 chu kỳ TTTON kích thích buồng trứng (KTBT) bằng phác đồ ngắn có số noãn < 3. **Kết quả:** Tổng liều FSH 3063,14±803,13. Số ngày

tiêm FSH 9,37±1,06. Số noãn trung bình 2,22±0,73. Tỷ lệ thụ tinh là 81,58%, tỷ lệ làm tổ là 9,19% và tỷ lệ có thai lâm sàng là 19,72%. **Kết luận:** Kết quả TTTON của bệnh nhân dùng phác đồ ngắn có < 3 noãn ở trung tâm Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ sản Trung ương có tỷ lệ thụ tinh tương đối cao, tỷ lệ làm tổ và thai lâm sàng khá thấp.

Từ khóa: Thụ tinh trong ống nghiệm; phác đồ ngắn < 3 noãn; kết quả có thai

SUMMARY

THE OUTCOME AFTER SHORT-PROTOCOL STIMULATION WITH NUMBER OF OOCYTES RETRIEVED < 3

The outcome after agonist short-protocol stimulation with number of oocytes retrieved < 3 have not be mentioned in the previous studies. **Objective:** To identify the outcome after short-protocol stimulation with number of oocytes retrieved < 3 at National Center for Assisted Reproductive

*TT Hỗ trợ sinh sản Quốc Gia - Bệnh viện Phụ sản TW
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hợi
 Email: phamloi7975@yahoo.com
 Ngày nhận bài: 15.11.2016
 Ngày phản biện khoa học: 25.01.2017
 Ngày duyệt bài: 2.2.2017

Technology from 2009 to 2011. **Design:** Retrospective, cross-section study. Materials and methods: 578 IVF/ICSI cycles using long protocol ovarian stimulation with number of retrieved oocytes < 3. **Results:** Total dose of FSH: 3063,14±803,13. Stimulation length: 9,37±1,06. Average number of oocytes: 2,22±0,73. The fertilization rate was 81,58%. The implantation rate was 9,19%. The clinical pregnancy rate was 19,72%. **Conclusion:** The outcome after long-protocol stimulation with number of oocytes retrieved < 3 of IVF cycles in National Hospital of Obstetric and Gynecology was quite low, except for the fertilization rate.

Key words: IVF, agonist short- protocol, < 3 oocytes retrieved, outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong lĩnh vực hỗ trợ sinh sản, kích thích buồng trứng là quy trình không thể thiếu được nhằm đạt được số lượng nang noãn và số noãn cần thiết, có nhiều phôi tốt để chuyển phôi và làm tăng tỷ lệ có thai. Trong kích thích buồng trứng, phác đồ dài và phác đồ ngắn đều cần sử dụng GnRH đồng vận để ngăn ngừa đỉnh LH sớm. Việc lựa chọn phác đồ kích thích buồng trứng còn tùy thuộc vào từng đối tượng bệnh nhân. Với những trường hợp bệnh nhân lớn tuổi, nồng độ LH cơ bản thấp, số nang dự trữ buồng trứng ít, nếu sử dụng phác đồ dài sẽ gây ức chế tuyến yên, làm tăng liều sử dụng gonadotropin kích thích buồng trứng, khi đó dùng phác đồ ngắn sẽ là lựa chọn tốt hơn. Dưới tác động của thuốc kích thích buồng trứng, vẫn có nhiều khả năng đáp ứng kém có thể xảy ra, ngay cả đối với bệnh nhân dưới 35 tuổi thì tỷ lệ này cũng chiếm khoảng 19%-25,2% [1]. Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng làm cho số noãn thu được ít hơn, số phôi ít hơn và tỷ lệ thai lâm sàng cũng thấp hơn so với đáp ứng tốt. Tỷ lệ có thai ở nhóm đáp ứng kém với kích thích buồng trứng nói chung là 9,9%, trong khi ở nhóm đáp ứng bình thường là 31,6% [2].

Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát kết quả thụ tinh trong ống nghiệm của các bệnh nhân đáp ứng kém với phác đồ ngắn, bao gồm tỷ lệ thụ tinh, tỷ lệ làm tổ, tỷ lệ có thai lâm sàng. Hy vọng nghiên cứu sẽ góp phần cung cấp thông tin hữu ích cho các nhà lâm sàng trong điều trị và tư vấn cho các bệnh nhân thụ tinh ống nghiệm, đặc biệt là các trường hợp tiên lượng kém với kích thích buồng trứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 578 chu kỳ TTON được KTBT bằng phác đồ ngắn, sau chọc hút noãn có số noãn < 3,

thực hiện từ năm 2009-2011 tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả các bệnh nhân được làm TTON KTBT bằng phác đồ ngắn.

- Tiêu chuẩn đáp ứng kém với KTBT: số noãn thu được ≤ 3.

- KTBT bằng FSH tái tổ hợp.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh nhân KTBT bằng các phác đồ khác.

- Các trường hợp cho nhận noãn.

- Các trường hợp tinh trùng được lấy từ phương pháp chọc hút mào tinh.

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Số bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu được tính theo công thức:

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

n = Số trường hợp cần nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96 là hệ số tin cậy với độ tin cậy 95%

• = 0,2 là sai số mong đợi tương đối.

p = 15% là tỷ lệ đáp ứng kém trong phác đồ ngắn theo. Thay số, thu được n = 544.

Các bước tiến hành

- Khám lâm sàng và xét nghiệm, làm hồ sơ.

- Đối tượng nghiên cứu thực hiện TTON KTBT bằng phác đồ ngắn.

- Theo dõi sự phát triển của nang noãn bằng siêu âm và xét nghiệm nội tiết: Siêu âm nang noãn vào các thời điểm: ngày 8 đến ngày 12 sau khi tiêm FSH tái tổ hợp. Khi có ít nhất một nang noãn có đường kính ≥ 18 mm trên siêu âm thì tiêm hCG 5000-10000 IU để trưởng thành noãn.

Xét nghiệm các chỉ số nội tiết E2, LH, progesteron vào các thời điểm: ngày 7, ngày 10 sau khi tiêm FSH tái tổ hợp và ngày tiêm hCG.

- Chọc hút noãn sau tiêm hCG 35-37 giờ.

- Thực hiện kỹ thuật thụ tinh thường quy (IVF) hoặc kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương của noãn (ICSI). Chuyển 1-4 phôi ngày 3.

- Hỗ trợ pha hoàng thể.

- Thử β hCG 14 ngày sau chuyển phôi để xác định có thai và siêu âm theo dõi sự phát triển của thai.

Phân tích số liệu: Các thông tin nghiên cứu được cập nhật liên tục vào phiếu thu thập số liệu. Nhập các biến số và xử lý số liệu trên SPSS.

Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học của trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Phụ sản Trung ương thông qua và cho phép tiến hành tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc Gia. Bệnh nhân được tư vấn, đảm bảo bí mật cá nhân và ký đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân TTON phác đồ ngắn có < 3 noãn

Các đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng		Phác đồ ngắn	
		n	%
Tuổi	≤ 19	0	0,0
	20-24	4	0,7
	25-29	39	6,7
	30-34	128	22,1
	35-39	224	38,8
	≥ 40	183	31,7
Nguyên nhân VS	Do vòi	262	45,3
	Rối loạn phóng noãn	0	0
	Tình trạng bất thường	104	18,0
	Không rõ nguyên nhân	114	19,7
	Do cả 2 vợ chồng	72	12,5
	Bất thường tử cung	9	1,6
	Khác	11	1,9
	Lạc nội mạc tử cung	6	1
Loại vô sinh	Vô sinh nguyên phát	234	40,5
	Vô sinh thứ phát	344	59,5
AFC	≤ 4	136	36,6
	5-10	326	56,5
	> 10	116	6,8
FSH	≤ 10	456	79,6
	10 < FSH ≤ 12	63	11,0
	> 12	54	9,4
Tổng		578	100

Nhóm tuổi từ 35-39 chiếm tỷ lệ cao nhất (38,8%). Tỷ lệ FSH ngày 3 ≤ 10 cao nhất 79,6%. Tỷ lệ AFC từ 5-10 cao nhất 56,5%. Tỷ lệ vô sinh nguyên phát cao hơn thứ phát. Nguyên nhân vô sinh do vòi tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất 45,3%.

Bảng 2. Kết quả kích thích buồng trứng của bệnh nhân phác đồ dài có < 3 noãn

		N	%
Tổng liều FSH	3063,14 ± 803,13		
Số ngày tiêm FSH	9,37 ± 1,06		
Liều FSH khởi đầu	X ≤ 200	24	4,2
	200 < X ≤ 300	273	47,5
	300 < X ≤ 400	215	36,9
	X > 400	66	11,4
	Tổng số	578	100
E2 hCG	< 500	28	4,8
	500-1000	74	12,8
	1000-2000	241	41,7
	2000-3000	144	24,9
	3000-4000	49	8,5
	> 4000	42	7,3
	Tổng số	578	100
Số noãn TB	2,22 + 0,73		
Phân bố về số noãn	1	108	18,7
	2	242	41,9
	3	228	39,4
	Tổng số	578	100

Số ngày tiêm FSH trung bình là 9,37 ± 1,06, dài nhất là 15 ngày và ngắn nhất là 8 ngày. Tổng liều FSH trung bình là 3063,14 ± 803,13. Chiếm chủ yếu là liều FSH từ 200-300 IU với tỷ lệ 47,5%. Có tới

11,5% trường hợp liều khởi đầu > 400IU. Nồng độ E2 ngày tiêm hCG từ 1000-2000 pg/ml chiếm tỷ lệ cao nhất là 41,2%, nồng độ E2 từ < 500 pg/ml chiếm tỷ lệ 4,8 %. Nồng độ E2 ngày hCG trung bình 2058 ± 1590. Số bệnh nhân có số noãn chọc hút ra từ 2 đến 3 noãn chiếm tỷ lệ > 80%. Số noãn trung bình là 2,22 ± 0,73.

Bảng 3. Kết quả thụ tinh, số phôi và số phôi chuyển trung bình ở bệnh nhân phác đồ dài có < 3 noãn.

Kết quả TTTON	$\bar{X} \pm SD$
Số noãn thụ tinh	1,81 + 0,86
Số phôi trung bình	1,77 + 0,92
Số phôi chuyển (n=347)	1,74 + 0,89

Số phôi trung bình thu được tương đương số phôi chuyển trung bình.

Bảng 4. Tỷ lệ thụ tinh, tỷ lệ làm tổ và tỷ lệ có thai lâm sàng ở phác đồ ngắn

Tổng số noãn	Tổng số noãn thụ tinh	Tỷ lệ thụ tinh
1276	1041	81,58%
Tổng số túi ôi	Tổng số phôi chuyển	Tỷ lệ làm tổ
92	1001	9,19%
Không có thai lâm sàng	Có thai lâm sàng	Tỷ lệ có thai lâm sàng
441	87	19,72%

Trong 578 bệnh nhân đáp ứng kém có 441 trường hợp có phôi chuyển. Tỷ lệ thụ tinh là 81,58%, tỷ lệ làm tổ là 9,19% và tỷ lệ có thai lâm sàng là 19,72%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 1846 trường hợp thụ tinh trong ống nghiệm bằng phác đồ ngắn tại trung tâm Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, chúng tôi nhận thấy có 578 trường hợp đáp ứng kém với số noãn ≤ 3. Tỷ lệ đáp ứng kém trong phác đồ ngắn là: 31,3%. Tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ đáp ứng kém của phác đồ dài (11,2%). Điều này có thể giải thích được là do chỉ định sử dụng phác đồ kích thích buồng trứng nào là do đặc điểm của từng bệnh nhân. Tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản của Bệnh viện Phụ sản Trung ương, phác đồ dài áp dụng cho các bệnh nhân trẻ và các đánh giá về dự trữ buồng trứng trong giới hạn bình thường (tuổi dưới 35; FSH dưới 10 IU/l; AFC trên 7-10 nang, không bị lạc nội mạc tử cung). Phác đồ ngắn thường chỉ định cho các bệnh nhân lớn tuổi thường trên 35 tuổi và có bất thường về dự trữ buồng trứng. Phác đồ ngắn là phác đồ sử dụng GnRHa ở pha nang noãn và bắt đầu cùng với FSH. Có hai giả thuyết về lợi ích của phác đồ ngắn đó là buồng trứng không bị ức chế quá mức và kích thích sản xuất gonadotropin nội sinh là tăng hiệu quả của gonadotropin ngoại sinh [5]. Do vậy phác đồ ngắn là phác đồ thường được áp dụng cho bệnh nhân tiên lượng đáp ứng kém.

Về kết quả của bệnh nhân KTBT bằng phác đồ ngắn, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng tổng liều FSH là 3063,14 ± 803,13 cao hơn so với phác đồ dài trong nghiên cứu này (2697,19 ± 754) và cao hơn so với nghiên cứu phác đồ dài nói chung của Vũ Minh Ngọc [6] với

tổng liều là 1781 ± 440. Chúng tôi đối với nhóm bệnh nhân đáp ứng kém ở phác đồ ngắn thì tổng lượng FSH sử dụng nhiều hơn so với phác đồ dài. Có trường hợp đáp ứng kém trong phác đồ ngắn phải dùng tới tổng liều FSH đến 5400 IU. Số ngày tiêm FSH trung bình là 9,37 ± 1,06 ngắn hơn so với phác đồ dài (10,23 ± 1,63) trong cùng nghiên cứu. Liều FSH khởi đầu từ 200-300 IU chiếm tỷ lệ là 47,5%. Có tới 11,5% trường hợp liều khởi đầu > 400 IU. Liều FSH khởi đầu được phân ra làm nhiều khoảng như vậy là dựa vào các yếu tố tiên lượng đáp ứng với kích thích buồng trứng và đó chính là các yếu tố về dự trữ buồng trứng như tuổi, nồng độ FSH, số nang thứ cấp, tiền sử đáp ứng với lần TTTON trước đó.

Kết quả TTTON của nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thụ tinh trong phác đồ ngắn của nhóm đáp ứng kém là 81,58% thấp hơn theo nghiên cứu của Phạm Như Thảo [4] trong phác đồ ngắn gồm các đối tượng khác nhau thì tỷ lệ thụ tinh là 83,5%. Tỷ lệ thụ tinh phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như chất lượng noãn, chất lượng tinh trùng, kỹ thuật thụ tinh theo phương pháp IVF thường quy hay theo phương pháp ICSI, và còn phụ thuộc vào đặc điểm của từng nguyên nhân vô sinh, phác đồ kích thích buồng trứng. Trong nghiên cứu này trên các đối tượng đáp ứng kém thì tỷ lệ thụ tinh của phác đồ ngắn cũng thấp hơn so với phác đồ dài. Tỷ lệ làm tổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 9,19%. Thông thường tỷ lệ làm tổ thấp thì tỷ lệ có thai sẽ thấp. Cho tới nay không nhiều các nghiên cứu trong nước đánh giá về tỷ

lệ làm tổ của phôi. Trong nghiên cứu này tỷ lệ làm tổ của nhóm đáp ứng kém thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hợi nghiên cứu trên nhóm tuổi dưới 35 không có nguy cơ đáp ứng kém với tỷ lệ làm tổ là 15,4% [7]. Tỷ lệ thai lâm sàng trong nhóm đáp ứng kém khá thấp, chỉ đạt 19,72%. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ có thai lâm sàng trong nghiên cứu của Phạm Như Thảo [4] 28,8%. Thực tế, các bệnh nhân được chỉ định kích thích buồng trứng bằng phác đồ ngắn là những trường hợp giảm dự trữ buồng trứng và đã có những yếu tố nguy cơ với đáp ứng kém với kích thích buồng trứng do đó kết quả có thai của nhóm đáp ứng kém bằng phác đồ ngắn thường thấp.

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thụ tinh là 81,58%, tỷ lệ làm tổ là 9,19% và tỷ lệ có thai lâm sàng là 19,72%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Hợi (2011), *Nghiên cứu hiệu quả của GnRH đơn liều thấp phối hợp với FSH tái tổ hợp để kích thích buồng trứng trong điều trị vô*

sinh bằng thụ tinh trong ống nghiệm, Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.

2. Vương Thị Ngọc Lan (2003), "Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng", *Sinh sản và Sức khỏe*, số 5, tr. 8-9.
3. Oudendijk, J. F., Yarde, F., Eijkemans, M. J., Broekmans, F. J., Broer, S. L., "The poor responder in IVF: is the prognosis always poor?: a systematic review", *Hum Reprod Update*, 18(1), pp. 1-11.
4. Phạm Như Thảo (2010), *Nghiên cứu hiệu quả kích thích buồng trứng của phác đồ dài và phác đồ ngắn trong điều trị vô sinh bằng thụ tinh trong ống nghiệm*, Luận án tiến sĩ y học.
5. Zhen, X. M., Qiao, J., Li, R., Wang, L. N., Liu, P. (2008), "The clinical analysis of poor ovarian response in in-vitro-fertilization embryo-transfer among Chinese couples", *J Assist Reprod Genet*, 25(1), pp. 17-22.
6. Vũ Minh Ngọc (2006), *Đánh giá kết quả của phác đồ dài kích thích buồng trứng trong thụ tinh trong ống nghiệm tại bệnh viện Phụ sản Trung ương*, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Xuân Hợi, Phan Trường Duyệt (2010), "Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai lâm sàng và tỷ lệ làm tổ trong hỗ trợ sinh sản", *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 69(4), tr. 59-64.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CỦA CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG NGỰC THẮT LƯNG TẠI 7 BỆNH VIỆN NĂM 2013

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

TÓM TẮT²⁵

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thắt lưng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Đối tượng nghiên cứu:** 709 bệnh nhân chấn thương cột sống ngực-thắt lưng và điều trị tại 7 bệnh viện trên toàn quốc năm 2013. **Kết quả:** dấu hiệu thường gặp nhất trên hầu hết bệnh nhân là đau lưng (97,9%), 37,5% bệnh nhân có triệu chứng suy giảm thần kinh mà phổ biến nhất là rối loạn vận động. Trong khi X-quang phát hiện tốt hơn các tổn thương trật khớp thì CT-Scan cho thấy rõ nhất tổn thương gãy xương, MRI phát hiện tốt các tổn thương về thần kinh, trong đó tỷ lệ lớn nhất là chèn ép tủy sống (29,9%), **Kết luận:** Chấn thương cột sống ngực thắt lưng thường gặp ở nam giới hơn. Tùy vào từng loại tổn thương mà phim X-quang và CT-Scan sẽ cho kết quả

tốt hơn. Chẩn đoán hình ảnh cộng hưởng từ MRI là chẩn đoán hàng đầu với các bệnh nhân có tổn thương tủy sống.

Từ khóa: Cột sống ngực-thắt lưng, chấn thương, lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND IMAGING FEATURES OF THORACOLUMBAR SPINE INJURY SPINAL IN 7 HOSPITALS IN 2013

Objective: To describe clinical and imaging features of thoracolumbar spine injury, **Methods:** Retrospective descriptive study. **Subjects:** 709 patients who were diagnosed with thoracolumbar spine injury and received treatment in 7 hospitals in Vietnam in 2013. **Results:** Clinical signs accounted for the highest proportion were back pain (97.9%), 37.5% patients had neurological deficit with the highest rate was in motor deficit. It showed better performance of radiography in detecting subluxation but CT was superior in vertebral arch fractures, MRI identified accurately neural injuries, in which finding with the highest proportion was cord compression (29.9%). **Conclusion:** Thoracolumbar spine injury appeared more commonly in men. The better quality in detecting injuries of standard radiography or

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

**Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Bảo Tiến

Email: drtienvnspine@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 16.2.2017

Ngày duyệt bài: 27.2.2017

computed tomography depends on each type of injury, MRI is the best choice if it was conducted in patients with spinal cord injury.

Keywords: *Thoracolumbar spine, injury, clinical signs, imaging signs,*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống (CTCS) là một loại chấn thương thường để lại những hậu quả vô cùng nặng nề, gây ra số lượng người tử vong và phải chịu đựng sự hoành hành bệnh tật đáng kể trên thế giới. Nghiên cứu ước tính có hơn 290,000 bệnh nhân chấn thương cột sống đang sống tại Canada và Mỹ, cùng với 14,000 ca bệnh mới mỗi năm. Về lâm sàng, cột sống là trung tâm của hệ xương với cấu trúc tinh vi để chống đỡ và bảo vệ tủy sống, chi phối gần như toàn bộ hoạt động của cơ thể. Do vậy, CTCS còn mang đến rất nhiều những tổn thương kèm theo. Việc chẩn đoán sớm một chấn thương cột sống là vô cùng cần thiết, tuy nhiên còn gặp nhiều khó khăn và thách thức. Về cận lâm sàng, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh bằng phim chụp X-quang hoặc chụp cắt lớp vi tính ngày càng tăng tính hiệu quả của chẩn đoán, song tỷ lệ chẩn đoán sai hoặc chậm trễ vẫn cao đáng kể đến 30%. Nguyên nhân là do chụp X-quang cột

sống cung cấp chưa đầy đủ thông tin và sự biểu hiện sai trên phim chụp,

Cột sống ngực- thắt lưng là phân đoạn lớn nhất của cột sống, chiếm tổng số 60-75% và chiếm 30-40% trong số những biến chứng thần kinh không hồi phục [2,3]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Mô tả những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân chấn thương cột sống ngực- thắt lưng tại 7 bệnh viện trên toàn quốc năm 2013*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 709 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống ngực- thắt lưng, đồng ý tham gia nghiên cứu và tiến hành điều trị tại 7 bệnh viện trên toàn quốc năm 2013: Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Quân đội 103, Bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên, Bệnh viện Đa khoa Thanh Hóa, Bệnh viện trung ương Huế, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Quân đội 105.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

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

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ

1. Các dấu hiệu lâm sàng:

Bảng 1. Các dấu hiệu lâm sàng của bệnh nhân

Dấu hiệu	Số lượng	%
Chấn thương cột sống		
Đau lưng	694	97,9
Đau đường giữa	294	41,5
Đụng dập cơ	279	39,3
Suy giảm thần kinh		
Suy giảm vận động	266	37,5
Rối loạn cảm giác	225	31,7
Rối loạn cơ vòng	146	20,6

Đa số bệnh nhân đều gặp dấu hiệu đau lưng (97,9%), sau đó đến đau đường giữa (41,5%) và đụng dập cơ (39,3%). Các dấu hiệu suy giảm về thần kinh tìm thấy trên 37,5 % bệnh nhân bao gồm các triệu chứng: suy giảm vận động, rối loạn cảm giác, rối loạn cơ vòng, lần lượt chiếm tỷ lệ 37,5%, 31,7% và 20,6%. Các triệu chứng suy giảm thần kinh xuất hiện với tỷ lệ khá lớn trong nghiên cứu (37,5%) mà gần như tất cả (37,1%) bệnh nhân đều có chấn thương tủy sống.

Bảng 2. Các tổn thương kèm theo

Tổn thương	Số lượng	%
Chấn thương sọ não	19	2,8
Chấn thương cột sống cổ	8	1,1
Chấn thương ngực	43	6,1
Chấn thương bụng	22	3,1
Gãy xương chậu	25	4,9
Gãy xương dài	97	9,4

169 bệnh nhân (23,8%) trong nghiên cứu có các thương tổn kèm theo, trong đó 153 bệnh nhân (21,6%) chỉ chịu đựng một tổn thương đi kèm, còn lại 16 (2,2%) bệnh nhân có nhiều hơn một tổn thương kể trên. Gãy xương dài là tổn thương phổ biến nhất với 9,4% bệnh nhân, tiếp đến là chấn

thương ngực ở 6,1% bệnh nhân, và tỷ lệ thấp hơn ở các loại chấn thương khác như xương chậu, bụng, sọ não và cột sống cổ.

2. Hình ảnh cận lâm sàng:

- Chụp X-quang thường

Bảng 3. Các dấu hiệu tìm thấy trên phim X-quang thường

Dấu hiệu	Số lượng	%
Biến dạng cột sống	141	19,9
Giảm chiều cao đốt sống	251	35,4
Đường gãy hoặc mảnh xương	193	27,2
Sai lệch các khớp nhỏ	69	9,7

Giảm chiều cao các đốt sống là dấu hiệu phổ biến nhất (35,4%) tìm thấy trên phim chụp X-quang. Những dấu hiệu còn lại lần lượt là đường gãy hoặc mảnh xương, biến dạng cột sống và sai lệch các khớp nhỏ với tỷ lệ lần lượt là: 27,2%, 19,9% và 9,7%.

- Chụp cắt lớp vi tính

Bảng 4. Các dấu hiệu tìm thấy trên phim chụp CT Scan

Dấu hiệu	Số lượng	%
Gãy thân đốt sống	445	62,8
Gãy phiến đốt sống	97	13,7
Gãy cuống đốt sống	161	6,8
Gãy mỏm ngang đốt sống	29	14,2
Gãy mỏm khớp	197	27,8
Gãy thân đốt sống chèn ép tủy	154	21,7
Gãy mỏm gai	166	23,4

CT- Scan biểu thị gãy thân đốt sống trên 445 trường hợp (62,8%), tiếp đến gãy mỏm khớp, mỏm gai, gãy thân đốt sống chèn ép tủy lần lượt trên 27,8%, 23,4% và 21,7% trường hợp. Ngoài ra, một số tổn thương khác tìm thấy nhưng ít phổ biến hơn là gãy mỏm ngang đốt sống (14,2%), gãy phiến đốt sống (13,7%) và gãy cuống đốt sống (6,8%).

Chụp cộng hưởng từ (MRI)

Bảng 5. Các dấu hiệu tìm thấy trên MRI

Dấu hiệu	Số lượng	%
Chèn ép tủy sống	212	29,9
Phù nề tủy sống	72	10,2
Xuất huyết nội trực	37	5,2
Thoát vị đĩa đệm	46	6,5
Đứt dây chằng	173	24,4

276 bệnh nhân (38,9%) được đánh giá trên hình ảnh cộng hưởng từ. Trong đó, 212 bệnh nhân có dấu hiệu chèn ép tủy sống (29,9%), 72 bệnh nhân có phù nề tủy sống (10,2%). Giãn đoạn dây chằng cũng là một dấu hiệu thường gặp trên 24,4%. Các dấu hiệu còn lại với mức độ xuất hiện ít hơn. MRI có ưu điểm vượt trội trong đánh giá mức độ toàn vẹn của dây chằng, đĩa đệm, một số cấu trúc thần kinh, 38,9% bệnh nhân trong nghiên cứu này được thực hiện MRI và cho những phát hiện quan trọng như chèn ép tủy sống, phù nề tủy sống, xuất huyết nội trực,,. Những dấu hiệu thần kinh bất thường được phát hiện trên 100% bệnh nhân chấn thương tủy sống, Những nghiên cứu khác cũng đề cao khả năng chẩn đoán tổn thương thần kinh trên phim chụp MRI, những lợi thế như độ phân giải cao làm cho chẩn đoán về chấn thương

cột sống chính xác hơn, Từ đó có thể thu được càng nhiều thông tin về tổn thương thần kinh, đặc biệt cần phẫu thuật ví dụ như thoát vị đĩa đệm và tụ máu ngoài màng cứng[7].

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng: Nghiên cứu này chỉ ra rằng đau lưng xảy ra phổ biến nhất ở hầu hết các bệnh nhân (97,9%). Kết quả này có sự tương đồng với các nghiên cứu khác. Tác giả Nguyễn Trung Đình [1] cũng tìm ra dấu hiệu đau lưng xuất hiện trên 100% bệnh nhân. Đau đường giữa và đụng dập cơ cũng đều xuất hiện trong các nghiên cứu trước đây, bầm tím lưng cũng xuất hiện nhiều trong một vài nghiên cứu.

Các triệu chứng suy giảm thần kinh xuất hiện với tỷ lệ khá lớn trong nghiên cứu (37,5%) mà gần như tất cả (37,1%) bệnh nhân đều có chấn

thương tủy sống. Nghiên cứu dịch tễ học về gãy xương các đốt sống ngực thắt lưng ở Đức [4] tìm ra dấu hiệu suy giảm thần kinh trong 29% trường hợp, Tỷ lệ bệnh nhân mắc phải trong nghiên cứu này cao hơn một chút vì hai lý do, Thứ nhất, nguyên nhân chấn thương có sự khác biệt, chủ yếu do ngã từ trên cao và tai nạn nghề nghiệp, gia tăng tính chất nặng nề của tổn thương, đặc biệt chấn thương tủy sống, Thứ hai, do hạn chế của việc chăm sóc trước nhập viện nên chưa phòng ngừa được hiệu quả các tổn thương thứ phát.

Có 169 bệnh nhân (23,8%) trong nghiên cứu có các thương tổn kèm theo, trong đó 153 bệnh nhân (21,6%) chỉ chịu đựng một tổn thương đi kèm, còn lại 16 (2,2%) bệnh nhân có nhiều hơn một tổn thương kể trên. Gãy xương dài là tổn thương phổ biến nhất với 9,4% bệnh nhân, tiếp đến là chấn thương ngực ở 6,1% bệnh nhân, và tỷ lệ thấp hơn ở các loại chấn thương khác như xương chậu, bụng, sọ não và cột sống cổ. Mô hình các tổn thương kèm theo này có sự tương đồng với các nghiên cứu trước, Nguyễn Trung Đình [1] khi nghiên cứu trên 106 bệnh nhân thực hiện phẫu thuật chấn thương cột sống ngực thắt lưng cũng chỉ ra gãy xương dài trên 16% trường hợp và chấn thương ngực trên 7,5% trường hợp.

2. Chẩn đoán hình ảnh: Trong nghiên cứu này, chúng tôi so sánh sự biểu diễn tổn thương trên hình ảnh X-quang thường và hình ảnh chụp CT. Kết quả cho thấy hình ảnh X-quang cho phát hiện tốt hơn dấu hiệu trật khớp nhẹ, song CT lại cho kết quả tốt hơn khi phát hiện các dấu hiệu gãy thân xương đốt sống. Hiện nay còn đang tồn tại tranh luận giữa 2 phương pháp chụp X-quang và chụp cộng hưởng từ, phương pháp nào nên là tiêu chuẩn hình ảnh đầu tiên để chẩn đoán chấn thương cột sống. Krueger nghiên cứu trên 28 bệnh nhân gãy mỏm gai thắt lưng có 3 bệnh nhân (11%) được chẩn đoán gãy xương cột sống thắt lưng trên CT-Scan mà bị bỏ sót trên phim chụp X-quang thường. Họ kết luận rằng chấn thương cấp tính và gãy mỏm gai nên được kiểm tra bằng phim chụp CT, vì phim chụp CT sẽ làm giảm sự bỏ sót những tổn thương nghiêm trọng [5].

Bên cạnh đó, hình ảnh X-quang có những ưu điểm so với hình ảnh cắt lớp vi tính. Hình ảnh CT cho phép quan sát bệnh học cột sống thông qua đối xứng trục, đối xứng dọc và phép tịnh tiến, dễ bỏ sót đối những dấu hiệu gù hoặc trật khớp, chưa đủ độ phân giải để biểu diễn và xây dựng lại cột

sống bị tổn thương [6], do vậy chụp X-quang sẽ tốt hơn trong dò tìm những tổn thương này.

MRI có ưu điểm vượt trội trong đánh giá mức độ toàn vẹn của dây chằng, đĩa đệm, một số cấu trúc thần kinh, 38,9% bệnh nhân trong nghiên cứu này được thực hiện MRI và cho những phát hiện quan trọng như chèn ép tủy sống, phù nề tủy sống, xuất huyết nội tủy... Những dấu hiệu thần kinh bất thường được phát hiện trên 100% bệnh nhân chấn thương tủy sống. Những nghiên cứu khác cũng đề cao khả năng chẩn đoán tổn thương thần kinh trên phim chụp MRI, những lợi thế như độ phân giải cao làm cho chẩn đoán về chấn thương cột sống chính xác hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, chúng tôi rút ra được những kết luận sau: dấu hiệu lâm sàng hầu như gặp trên mọi bệnh nhân là đau lưng (97,9%), Suy giảm thần kinh chiếm tỷ lệ tương đối với 37,5% bệnh nhân, trong đó thường gặp nhất là rối loạn vận động. Nhiều tổn thương kèm theo xuất hiện trên bệnh nhân trong đó hay gặp là gãy xương dài và chấn thương ngực. Mô hình các dấu hiệu lâm sàng khá tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Hình ảnh chụp X-quang phát hiện rất tốt những tổn thương trật khớp, tuy nhiên CT-Scan là lựa chọn tốt nhất đối với phát hiện gãy hay sai lệch xương đốt sống, MRI là phương pháp có ưu thế hàng đầu trong phát hiện thương tổn tủy sống, dây chằng và đĩa đệm, làm cho điều trị hiệu quả cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh, N,T,,** *Nghiên cứu kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống vùng lưng-Thắt lưng có liệt tủy tại bệnh viện Việt Đức (2002-2003)* Chuyên khoa cấp II 2004 p, 84.
2. **Oppenheimer, M, and H, Williams,** *Early recovery of spinal cord injury: a retrospective study of 225 cases*, British Medical Journal, 2011, 44(9).
3. **Liu, P,, et al,,** *Spinal trauma in mainland China from 2001 to 2007: an epidemiological study based on a nationwide database*, Spine (Phila Pa 1976), 2012, 37(15): p, 1310-5.
4. **Knop, C,, et al,,** *[Surgical treatment of injuries of the thoracolumbar transition, 1: Epidemiology]*, Unfallchirurg, 1999, 102(12): p, 924-35.
5. **Krueger, M,A,, et al,,** *Overlooked spine injuries associated with lumbar transverse process fractures*, Clin Orthop Relat Res, 1996(327): p, 191-5.
6. **Berry, G,E,, et al,,** *Are plain radiographs of the spine necessary during evaluation after blunt trauma? Accuracy of screening torso computed tomography in thoracic/lumbar spine fracture diagnosis*, J Trauma, 2005,59(6): p, 1410-3; discussion 1413.

7. **Silberstein, M,,** B,M, Tress, and O, Hennessy, *A comparison between M,R,I, and C,T, in acute spinal trauma*, Australas Radiol, 1992,**36**(3): p, 192-7.

ĐÁNH GIÁ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC TRONG NĂM 2014

Hoàng Minh Đức*, Lê Tư Hoàng*, Nguyễn Thanh Long*

TÓM TẮT²⁶

Đặt vấn đề: Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sớm UTĐTT trong năm gần đây (2014) tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu. Đối tượng nghiên cứu: tất cả các bệnh nhân (BN) được điều trị phẫu thuật UTĐTT năm 2014 tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Có 566 BN UTĐTT được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức, trong đó có 47 BN ung thư tái phát. Đau bụng (44%), ỉa máu (46,6%) là triệu chứng thường gặp. 42,3% đến viện ở giai đoạn III trở lên. Phẫu thuật nội soi được thực hiện cho 216 BN (38,16%), mổ mở được thực hiện cho 359 BN (61,84%). Thời gian điều trị trung bình sau mổ là 9,68 ngày. Không có tử vong. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị UTĐTT có số lượng lớn (khoảng 600 ca một năm). 42,3% BN ở giai đoạn III-IV. Tỷ lệ PTNS đối với loại bệnh lý này là 38,16%. Kết quả sớm tốt.

Từ khoá: ung thư đại trực tràng, năm 2014, bệnh viện Việt Đức

SUMMARY

RESULTS OF SURGERY TREATMENT FOR COLORECTAL CANCER AT VIET DUC HOSPITAL IN 2014

Introduction: This study describe, assess the results of treatment of colorectal cancer in recent year, 2014, at Viet Duc Hospital. **Methods:** Retrospectively studied all cases colorectal cancer at Viet Duc Hospital in 2014. The subjects were: all patients who underwent surgery treatment at the Viet Duc Hospital. **Results:** There were 566 cases of colorectal cancer that underwent surgical treatment at the Viet Duc Hospital, including 47 cases of recurrences. Abdominal pain (44%), blood in stool (46,6%) are the most frequency symptoms. 42,3% patients are hospitalized in late stage. There were 216 cases under-went laparoscopic surgery (38.16%), 359 cases under-went open surgery (61.84%). The average duration of treatment was 9.68 days postoperatively. **Conclusion:** 566 cases were operated in 2014, 42,3% patients went to hospital in late stage. Rate of laparoscopic surgery was 38,16%. Early result of surgical treatment was good.

Keywords: Colorectal cancer, 2014, Viet Duc Hospital

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tư Hoàng

Email: Letuhoanh89@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTĐTT là một bệnh lý ác tính thường gặp, tỷ lệ UTĐTT đứng hàng thứ 1 trong các bệnh lý ung thư đường tiêu hoá. Bệnh lý này ngày càng được phát hiện nhiều và có vẻ phát hiện sớm hơn so với những năm trước. Tại Việt Nam, theo ghi nhận ung thư tại các vùng năm 2010, UTĐTT đứng hàng thứ tư ở nam và hàng thứ hai ở nữ với tỷ lệ là 14,7/100.000 dân [1]. Trong những năm gần đây, nhờ sự phát triển của khoa học kỹ thuật nên việc chẩn đoán và điều trị UTĐTT trên thế giới nói chung và ở nước ta nói riêng có nhiều tiến bộ, đặc biệt trong vấn đề phẫu thuật. Do vậy, nghiên cứu này nhằm mô tả chẩn đoán và kết quả sớm điều trị phẫu thuật UTĐTT qua 566 trường hợp trong 1 năm gần đây (2014) tại bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu những BN được phẫu thuật UTĐTT ở bệnh viện hữu nghị Việt Đức trong năm 2014.

Các yếu tố nghiên cứu bao gồm đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học (tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, kết quả soi, siêu âm, chụp CT, MRI, giá trị CEA trước mổ, vị trí khối u, giai đoạn bệnh theo AJCC 7th, phân loại bản chất khối u, thời gian phẫu thuật, thời gian điều trị sau phẫu thuật, kết quả điều trị sớm sau mổ (tốt: sau mổ, bệnh diễn biến ổn định, không có biến chứng; trung bình: sau mổ, có biến chứng, nhưng không phải mổ lại; xấu: sau mổ, bệnh nhân có biến chứng, phải mổ lại).

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu hồi cứu mô tả năm 2014 tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức có 566 BN được mổ ung thư đại trực tràng. Trong đó, 519 BN được phẫu thuật lần đầu, 47 BN bị mổ do tái phát. Có 321 BN nam (56,7%), 245 nữ (43,3%) Tuổi trung bình 60,56 ± 10,6 (18-94) có 93 BN trên 75 tuổi. Thời gian trung bình từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện là 1,86 ± 3,03 tháng, dưới 3 tháng 88,87% (503 BN), 3-6 tháng 6% (34 BN), trên 6 tháng 5,13% (29 BN)

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và các phương pháp chẩn đoán được áp dụng

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giải phẫu bệnh	Giá trị n (tỷ lệ %)
<i>Triệu chứng lâm sàng</i>	
Đau bụng (âm ỉ/cơn)	249 (43,99)
Ỉa máu	264 (46,64)
Rối loạn phân	42 (7,42)
Tự sờ thấy u	12 (2,12)
Khám phát hiện tình cờ	11 (1,94)
CEA > 5 ng/ml (N=489) (77 BN mổ cấp cứu không làm CEA)	187 (38,24)
<i>Phát hiện được u trên CT (có 373 BN được chụp CT-Scan ổ bụng)</i>	
Có	363 (97,31)
Không	10 (2,69)
<i>Nội soi ống mềm và sinh thiết (n=442)</i>	
Có soi ĐTT và phát hiện ra u	419 (94,7%)
Sinh thiết tổn thương u	219 (49,55%)
<i>Giai đoạn bệnh (N=519) (47 TH tái phát)</i>	
I (T1/T2, N0, M0)	96 (18,5)
II (T3/T4, N0, M0)	203 (39,27)
III (mọi T, N1/N2, M0)	141 (27,2)
IV (mọi T, mọi N, M1/M2)	78 (15,03)
<i>Vị trí u</i>	
U đại tràng	288 (50,9)
U trực tràng	278 (49,1)
<i>Giải phẫu bệnh của u (n=566)</i>	
Adenocarcinoma	545 (96,3)
Lymphomalin	11 (1,9)
GIST	5 (0,9)
Ung thư biểu mô tế bào nhân	3 (0,5)
Ung thư biểu mô tế bào vảy	1
Sarcome cơ	1

Bảng 2. Phương pháp điều trị và kết quả điều trị.

Phương pháp phẫu thuật và kết quả điều trị	Giá trị N (tỷ lệ %)
<i>Phương pháp phẫu thuật</i>	
Mổ cấp cứu	77 (13,6)
Mổ phiên	489 (86,4)
Mổ mở	350 (61,84)
Mổ nội soi	216 (38,16)
<i>Phẫu thuật triệt căn (n=519, loại 47 TH tái phát)</i>	
Phẫu thuật nội soi triệt căn	206
Phẫu thuật mổ mở triệt căn	250
Cắt ½ đại tràng P	113
Cắt đại tràng P mở rộng	9
Cắt ½ đại tràng T	47
Cắt đại tràng T mở rộng	3
Cắt đoạn đại tràng ngang	11
Cắt đoạn đại tràng sigma	63
Cắt toàn bộ đại tràng	3
PT Hartman	33
PT Miles	50
Cắt đoạn trực tràng, nối ngay	124
Cắt u qua đường hậu môn	1
<i>Phẫu thuật tạm thời (n=519, loại 47 BN tái phát)</i>	
	63 (12,14)

Nổi tắt	6
Làm hậu môn nhân tạo	35
Mổ thăm dò, sinh thiết	12
Có cắt u nguyên phát nhưng không lấy u di căn	10
Số lượng hạch nạo vét được (range)	8,94 (1-41)
Thời gian điều trị trung bình sau mổ lần đầu (ngày)	9,68 (1-74 ngày)
Nhóm nội soi (n=216)	8,82 (4-16 ngày)
Nhóm mổ mở (n=303)	11,65 (3-74 ngày)
Biến chứng sau mổ	60 (10,6)
Tử vong	0
<i>Kết quả điều trị</i>	
Tốt	506 (89,39)
Trung bình	58 (10,27)
Xấu	2 (0,04)

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 566 trường hợp chúng tôi thấy: tuổi trung bình là 60,56, độ tuổi thấp nhất là 18, cao nhất là 94, trong đó có tới 93 TH có độ tuổi ≥ 75 . Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tác giả Hà Văn Quyết [2], với độ tuổi trung bình là 58.

Thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện trong nghiên cứu là $1,86 \pm 3,03$ tháng (bảng 1). BN được chẩn đoán sớm là 3 ngày và lâu nhất là 14 tháng. Thời gian đi khám càng sớm càng thể hiện ý thức tốt của người bệnh về việc điều trị loại bệnh lý này. Có 47 trường hợp tái phát với thời gian tái phát trung bình là 33,8 tháng. Bệnh nhân UTĐTT đến khám với các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là đau bụng (43,99%), ỉa máu (46,64%), rối loạn phân (phân táo, phân nhầy mũi) (7,42%). Theo y văn, các triệu chứng cơ năng gợi ý đến chẩn đoán UTĐTT là ỉa máu, thay đổi thói quen đại tiện, mệt mỏi. Nhìn chung kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong nước và thế giới.

Soi đại tràng ống mềm có thể quan sát tổn thương u để xác định vị trí, dạng đại thể và kích thước u, đồng thời có thể sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học. Tỷ lệ soi được toàn bộ khung đại trực tràng theo tác giả Waye JD. [4] là 90%, của tác giả Phan Văn Hạnh [5] là 91,1%, lý do không soi được là đại tràng quá dài, xoắn vặn, u quá lớn gây nghẹt lòng ruột, bệnh lý dễ chảy máu. Độ nhạy của soi đại tràng phụ thuộc vào kinh nghiệm của người soi. Trong nghiên cứu này, có 419 TH được nội soi đại tràng ống mềm (94,7%), tất cả đều phát hiện được u trong soi. Dạng đại thể thường gặp là u sùi và u kích thước chiếm $> 1/2$ chu vi đại trực tràng. Đa số các

trường hợp được sinh thiết nhằm xác định cho rõ bản chất tế bào u (49,55%).

CT-Scan ổ bụng cho phép có thể xác định khối u, mức xâm lấn ra xung quanh và đặc biệt xác định có di căn hạch, gan và các tạng khác trong ổ bụng hay không. Mục đích chính của CT-Scan ổ bụng là nhằm phát hiện di căn hạch, gan và tạng trong ổ bụng hay không, tuy nhiên khả năng phát hiện di căn hạch của CT-Scan thường kém [7]. Trong một số trường hợp, việc chỉ định chụp MRI là cần thiết để xác định những trường hợp di căn gan hay không, đặc biệt MRI có độ nhạy cao hơn CT-Scan đối với những tổn thương nhỏ hơn 10 mm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng chỉ định chụp MRI là 35 BN (9,6%).

Nghiên cứu có 96 BN ở giai đoạn I (18,5%), 200 BN ở giai đoạn II (38,5%), 144 BN ở giai đoạn III (27,7%), 79 BN ở giai đoạn IV (15,3%). Chúng tôi lựa chọn BN về giai đoạn bệnh theo phân loại của tổ chức AJCC 7th (2014).

PTNS điều trị UTĐTT được áp dụng và phát triển nhanh chóng, nó chiếm tỷ trọng lớn trong điều trị phẫu thuật, có 202 BN được PTNS ở giai đoạn I – III. 14 BN được PTNS ở giai đoạn IV. Trong số 14 BN này, có 4 BN vừa mổ cắt bỏ u nguyên phát vừa lấy bỏ nhân di căn gan, tử cung, buồng trứng, phúc mạc (1,85%). Hoekstra LT. cũng đã báo cáo kinh nghiệm bước đầu thực hiện cắt đồng thời u nguyên phát với cắt u di căn gan ở 5 BN, và ông đi đến nhận định ở một số ít BN được lựa chọn kỹ lưỡng có thể PTNS cắt di căn gan đồng thời với cắt u nguyên phát đại trực tràng cho kết quả sớm khá tốt [6].

Phẫu thuật triệt căn được định nghĩa là phẫu thuật lấy được u, thắt tận gốc mạch nuôi, giải phẫu bệnh các diện cắt không còn có u và lấy hết được toàn bộ hạch xung quanh đại trực tràng lẫn hạch trung tâm, lấy được hết tổ chức di căn. Số hạch lấy được trung bình là 8,94

chúng tỏ việc nạo vét hạch được chú trọng và thực hiện tốt. Có 456 BN được chúng tôi xác định phẫu thuật triệt căn (87,86%), trong đó PTNS là 206 BN, mổ mở là 250 BN.

Về kết quả điều trị, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 9,68 ngày, kết quả này tương đương với các kết quả của các tác giả khác như Bokey (1996) 12,2 ngày hay Baker (2004) 12,8 ngày [7]. Đối chiếu thời gian nằm viện giữa 2 nhóm phẫu thuật nội soi (n=216) với phẫu thuật mổ mở của nhóm mổ lần đầu (n=303) cho thấy không có sự khác biệt với $p < 0,05$. Đa số BN có kết quả tốt sau mổ 506 trường hợp (89,39%) với thời gian trung tiện sau mổ trung bình 3,56 ngày, có 2 trường hợp kết quả xấu do phải mổ lại: một trường hợp tắc ruột sớm sau mổ, một trường hợp chảy máu. Tuy nhiên, sau khi điều trị tích cực cả 2 trường hợp này đều ra viện ổn định. Các biến chứng khác (nhiễm trùng vết mổ, rò...) đều điều trị nội được không phải mổ lại.

V. KẾT LUẬN

Dấu hiệu thường gặp của ung thư đại trực tràng vẫn là đau bụng (44%) và ỉa máu (46,6%). Bệnh nhân đến viện muộn 42,3% BN đã ở giai đoạn III-IV. Soi đại trực tràng là biện pháp chẩn đoán hình ảnh tốt nhất phát hiện u (94,7%). Phẫu thuật nội soi được tiến hành cho

38% BN trong tổng số gần 600 BN (566) được phẫu thuật điều trị ung thư đại trực tràng. Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp (10,6%), không có trường hợp nào tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức, Bùi Diệu, Trần Văn Thuận và cộng sự (2010). Tình hình mắc ung thư tại Việt Nam qua số liệu của 6 vùng ghi nhận giai đoạn 2004-2008. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 1, 73-80.
2. Hà Văn Quyết và cs., 2007, Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại trực tràng, Ngoại khoa số 3/2005. Tr 28-36.
3. National Comprehensive Cancer Network, Practice Guidelines in Oncology, Colon Cancer, V.I, 2008, www.nccn.org.
4. Waye JD (1995). Colonoscopy and Polypectomy. Cancer of the Colon, Rectum and Anus, McGraw-Hill, New York, 303-318.
5. Phan Văn Hạnh (2000). Nhận xét 1242 trường hợp soi đại-trực tràng tại bệnh viện K (4/1995-9/1999). Tạp chí Thông tin Y Dược. Số đặc biệt chuyên đề ung thư 8/2000, 85-90.
6. Hoekstra LT., Busch OR., Bemelman WA. et al (2012). Initial experiences of simultaneous laparoscopic resection of colorectal cancer and liver metastases. HPB Surg.
7. Baker RP, Titu LV, Hartley JE, Lee PW, Monson JR. A case-control study of laparoscopic right hemicolectomy versus open right hemicolectomy. Dis Colon Rectum. 2004;47:1675-1679 [PubMed]

ĐẶC ĐIỂM CẤU TRÚC MÔ HỌC CỦA THỂ VÂN VÀ LIÊM ĐEN Ở CHUỘT CỐNG TRẮNG TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Mạnh Hà*, Trịnh Thị Ngọc Yến*

sắc tố, ngược lại vùng lưới ít tế bào, chủ yếu gồm các sợi thần kinh tạo thành mạng lưới dày đặc.

Từ khóa: thể vân, liêm đen, nơron.

SUMMARY

HISTOLOGICAL STRUCTURE OF STRIATUM AND SUBSTANTIA NIGRA IN ADULT RAT

This research was conducted to determine morphological characteristics of striatum and substantia nigra in the adult rat. Striatum and substantia nigra belong to basal ganglia in the rat brain. Results: histologically, striatum and substantia nigra were typical structures of neural tissues, including neurons and glial tissues. In the striatum, neurons and nerve fibers distributed in different regions from head to tail, the nerve fibers form bundles or fiber network surrounding the nerve cells. Substantia nigra was divided into SNr (reticulata) and SNc (compacta). SNr had more nerve cells, some of them were neuromelanin cells, whereas SNc was mainly composed of nerve fibers forming a dense network.

Key words: striatum, substantia nigra, neuron.

TÓM TẮT²⁷

Nghiên cứu thực hiện trên chuột cống trắng trưởng thành nhằm mô tả cấu trúc của thể vân và liêm đen. Thể vân và liêm đen là hai cấu trúc thuộc nhân nền của não. Về mặt cấu tạo mô học, thể vân và liêm đen đều mang cấu trúc điển hình của mô thần kinh gồm các tế bào thần kinh chính thức và mô thần kinh đệm. Ở thể vân, mật độ tế bào và các sợi thần kinh phân bố khác nhau ở các vùng khác nhau từ phía trước ra phía sau, các sợi thần kinh tạo thành bó hoặc mạng lưới sợi bao quanh các tế bào thần kinh. Liêm đen gồm hai vùng phân biệt nhau khá rõ ràng. Vùng đặc liêm đen có nhiều tế bào thần kinh trong đó có tế bào mang

* Bộ môn Mô - Phôi, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Hà

Email: hamanhnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 6.2.2017

Ngày duyệt bài: 17.2.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong quá trình phát triển của động vật có xương sống các nhân nền ở não có vai trò quan trọng trong hình thành và kiểm soát các chức năng vận động, nhận thức, hình thành thói quen, cảm xúc.... Các nhân nền của não gồm bốn nhân chính: thể vân, liềm đen, nhân cầu nhát và nhân dưới đồi [1]. Các nhân nền tạo các con đường dẫn truyền thần kinh mật thiết với nhau và với vỏ não, vùng dưới đồi... để thực hiện các chức năng thần kinh. Thể vân là phức hợp lớn nhất trong các nhân nền của não, từ đây các tế bào thần kinh cho các sợi kết nối với vỏ não và các vùng dưới vỏ đồng thời nhận các kết nối từ nhân cầu và liềm đen để hình thành các đường dẫn truyền hướng tâm và ly tâm qui định các chức năng vận động và nhận thức của cơ thể. Con đường dẫn truyền hướng tâm quan trọng nhất là con đường liềm đen- thể vân [2].

Con đường dẫn truyền liềm đen - thể vân là một trong bốn con đường liên hệ chính thuộc hệ dopaminergic. Con đường này được tạo thành bởi các nơron tiết dopamin có thân tế bào ở liềm đen cho các sợi trục đi tới thể vân tạo synap với các tế bào thần kinh trung gian tại đây để giải phóng ra chất dẫn truyền thần kinh là dopamin. Khi con đường này bị tổn thương, nồng độ dopamin ở thể vân giảm dẫn đến sự mất cân bằng về mặt sinh hóa giữa hai chất dẫn truyền thần kinh là dopamin và acetylcholin gây ra các rối loạn vận động: run, giảm vận động, tăng trương lực cơ là những biểu hiện điển hình của bệnh Parkinson-một bệnh thoái hóa thần kinh tiến triển phổ biến ở người già [3]. Chính vì vậy, việc nghiên cứu về thể vân và liềm đen đặc biệt là cấu trúc mô học bình thường của thể vân và liềm đen để tìm ra các tổn thương về hình thái và chức năng của chúng trong bệnh Parkinson có ý nghĩa rất lớn trong việc đưa ra cơ chế bệnh sinh của bệnh, từ đó tìm ra và ứng dụng được các phương pháp điều trị mới cho bệnh Parkinson.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Chuột cống trắng trưởng thành, chủng Wistar hoặc Sprague-Dawley, 2 – 4 tháng tuổi, cân nặng 170-230 gram.

2. Phương pháp nghiên cứu: Phẫu tích toàn bộ khối não chuột. Định khu vị trí thể vân và liềm đen theo tọa độ trong atlas của Paxinos George và Charles Watson: thể vân ở vùng từ bregma + 2,76 đến bregma – 3,96 mm, còn liềm đen chạy từ bregma – 4,36 đến bregma – 6,72mm [5].

Sử dụng các phương pháp nhuộm Hematoxylin & Eosin, nhuộm Cajan II để đánh giá cấu trúc vi thể, quan sát cấu trúc siêu vi thể của thể vân và liềm đen dưới kính hiển vi điện tử xuyên.

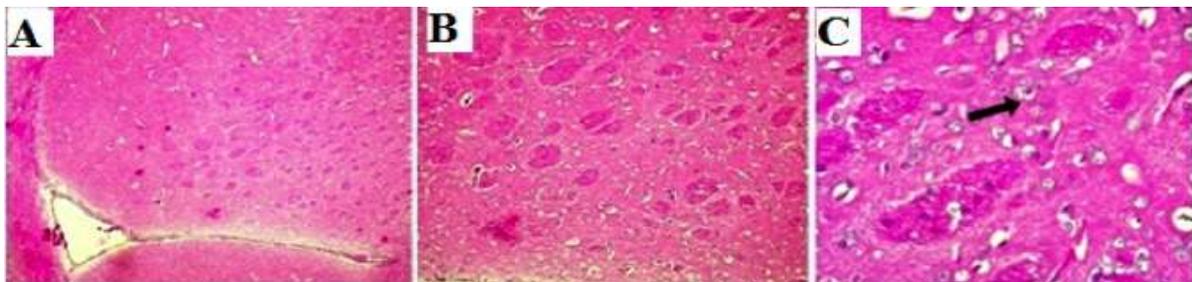
Phương pháp hiển vi điện tử truyền qua:

Cố định mẫu não chuột bằng Glutarandehyt 2,5%/ cacodylate 0,1M, pH 7,2-7,4 qua đêm ở 4°C. Rửa mẫu bằng dung dịch cacodylate 0,1M (15 phút/lần x 3 lần). Cố định a.osmic 1%/ cacodylate 0,1M 2 giờ ở nhiệt độ phòng. Rửa mẫu bằng cacodylate 0,1M 15 phút x 3 lần. Khử nước bằng cồn nồng độ tăng dần 50°, 70°, 90°, 100° (15 phút/ lần x 2 lần). Tẩy cồn bằng propylene oxyte (15 phút/lần x 2). Ngâm eponxy nguyên chất qua đêm. Đúc bằng eponxy nguyên chất trong con nhộng gelatin (60° - 48 giờ). Cắt lát mỏng 30-40 nm, đặt trên lưới đồng có màng fowar. Nhuộm bằng Uranyl acetate: 10 phút và citrate chì: 5 phút. Để mẫu khô tự nhiên.

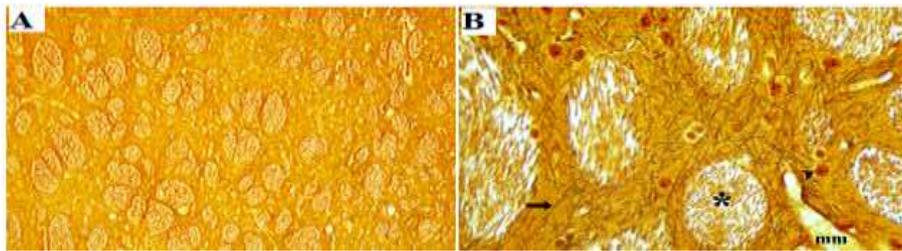
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Cấu trúc thể vân chuột cống trắng:

Thể vân cấu tạo là mô thần kinh gồm các tế bào thần kinh và mô thần kinh đệm (hình 1,2). Các tế bào thần kinh xếp thành nhiều lớp, các nơron đứng xen kẽ với các tế bào thần kinh đệm, xung quanh có các bó sợi thần kinh cắt ngang, mao mạch máu khá phong phú. Các nơron có nhân lớn, chất nhân sáng màu, một hạt nhân nổi rõ. Xung quanh có các tế bào thần kinh đệm, nhân nhỏ, đậm màu, một số tế bào thần kinh đệm có phần bào tương kém bắt màu với thuốc nhuộm.

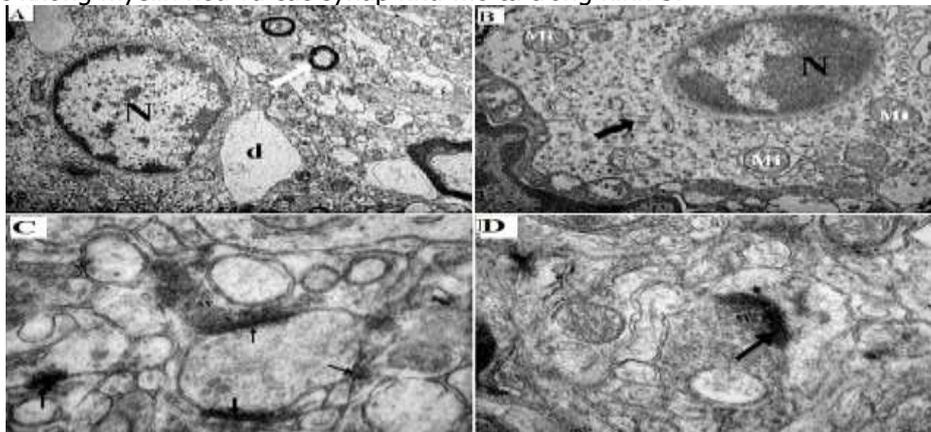


Hình 1: Thể vân chuột cống trắng nhuộm H.E. A, B, C: thể vân Thể vân được cấu tạo bởi các bó sợi, các tế bào thần kinh (mũi tên đen) và các mạch máu. (A: X40; B: X100; C: X400).



Hình 2: Thể vân chuột cống trắng nhuộm Cajal II. Các sợi thần kinh màu nâu đen (mũi tên) chạy thành mạng lưới hoặc tạo thành bó (dấu hoa thị). Các tế bào thần kinh (đầu mũi tên), mạch máu (mm). (A: X100, B: X400).

Các thành phần cấu tạo nên thể vân quan sát dưới kính hiển vi điện tử xuyên gồm có các tế bào thần kinh với đặc điểm nhân tròn hoặc bầu dục, các bào quan khá phong phú, các sợi thần kinh myelin hoặc không myelin hóa và các synap như mô tả trong hình 3.

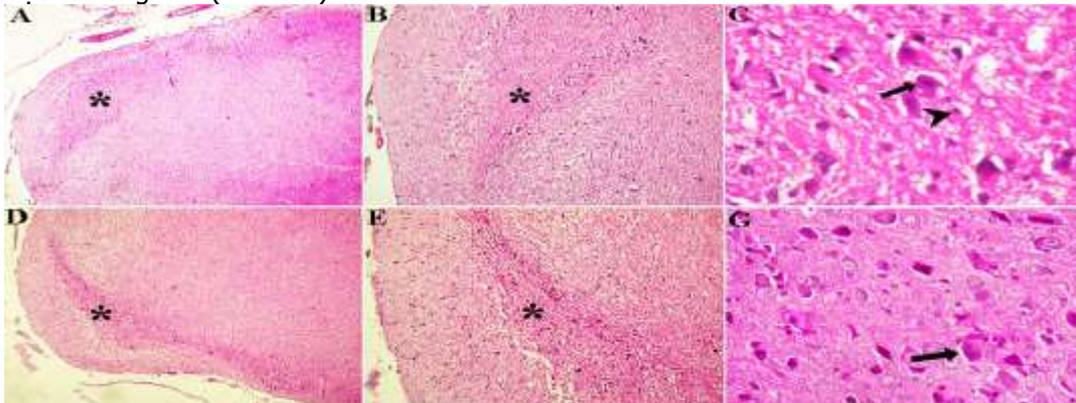


Hình 3: Cấu trúc siêu vi thể thể vân chuột cống trắng. nhiều nhánh bào tương (d) được myelin hóa (mũi tên trắng) hoặc không (hình A). bào tương có rất nhiều ribosom tự do, ti thể hình tròn (Mi), lưới nội bào có hạt (mũi tên đen) ngăn, nhỏ (hình B). (A: X2000, B: X4000).

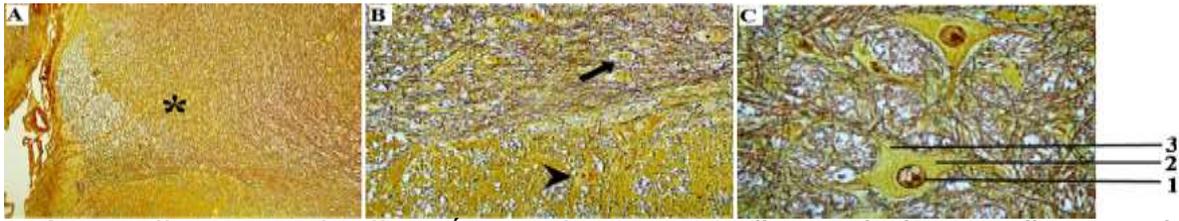
Các synap nhỏ (mũi tên), một sợi nhánh có thể tạo synap với nhiều tận cùng sợi trục (hình C).Màng trước synap có các túi synap (sv) kích thước đồng nhất với nhau (D). (X10000).

2. Cấu trúc liềm đen

Khi quan sát dưới kính hiển vi quang học thì liềm đen là một cấu trúc nhỏ, bắt màu thuốc nhuộm đậm hơn các vùng nhu mô não xung quanh (hình 4). Liềm đen gồm 2 phần phân biệt nhau khá rõ: vùng đặc và vùng lưới (hình 5.B).



Hình 4: Liềm đen chuột cống trắng nhuộm H.E. Liềm đen là vùng bắt màu đậm hơn (vùng đánh dấu hoa thị hình A, B, D, E), tập trung nhiều tế bào thần kinh (hình C, G) gồm các nơron (mũi tên) và các tế bào thần kinh đệm (đầu mũi tên).



Hình 5: Liềm đen chuột cống trắng nhuộm Cajan II. Liềm đen là dải cong (dấu hoa thị hình A). Vùng đặc liềm đen ở phía trên có nhiều tế bào (mũi tên), phần lưới liềm đen ở phía dưới rải rác tế bào có kích thước lớn (đầu mũi tên) (hình B). 1. Nhân tế bào, 2. Thân tế bào, 3. Nhánh bào tương (hình C). Tế bào thần kinh có bào tương bắt màu vàng nâu, nhân sáng màu, có một hạt nhân nổi rõ. (A: X100, B: X400, C: X800).

IV. BÀN LUẬN

1. Cấu trúc thể vân: Để đánh giá cấu trúc vi thể của thể vân, chúng tôi đã tiến hành nhuộm thể vân bằng hai phương pháp nhuộm hematoxylin & eosin và nhuộm ngấm bạc Cajan II. Thể vân được cấu tạo là một mô thần kinh gồm nhiều lớp tế bào thần kinh (nơron và các tế bào thần kinh đệm), các bó sợi thần kinh và các mao mạch máu. Mật độ các tế bào thần kinh khác nhau ở các vùng của thể vân từ phía trước ra phía sau. Ở phía đầu thể vân tập trung nhiều tế bào nhỏ, không có các bó sợi thần kinh chạy độc lập. Đến trung tâm thể vân các tế bào thần kinh nằm rải rác thưa hơn, xung quanh có nhiều bó sợi thần kinh. Về phía đuôi tập trung nhiều tế bào có kích thước lớn và ít các bó sợi thần kinh. Theo Shiro Mori khi quan sát dưới kính hiển vi quang học dựa vào kích thước tế bào, các tế bào thần kinh chính thức ở thể vân có thể được chia làm hai loại: tế bào lớn và tế bào nhỏ [5]. Các tế bào nhỏ chiếm ưu thế ở thể vân, mang các đặc điểm: nhân lớn, tròn, bào tương ít chỉ còn là lá mỏng bao quanh nhân. Các tế bào lớn có kích thước gấp khoảng 2 lần tế bào nhỏ, nhân lớn, sáng màu và nhiều bào tương. Đôi khi, chúng được vây quanh bởi các tế bào thần kinh đệm.

Trên tiêu bản nhuộm Cajan II, chúng tôi quan sát thấy có rất nhiều các sợi thần kinh màu nâu đen chạy theo nhiều hướng khác nhau xung quanh tế bào thần kinh hoặc tạo thành mạng lưới hoặc tạo thành các bó sợi. Các sợi thần kinh ở đây bao gồm cả các sợi thần kinh có myelin và không có myelin, trong đó các sợi thần kinh không myelin chạy theo nhiều hướng và tạo thành mạng lưới còn các sợi thần kinh không có myelin thì tập trung thành bó. Cũng theo Shiro Mori thì ở các sợi thần kinh có myelin chiếm ưu thế ở nhân bèo và rất ít tạo thành bó ở nhân đuôi [5] ... Ngoài các thành phần tế bào và các bó sợi, các mao mạch ở thể vân cũng khá phong phú.

Về mặt cấu trúc siêu vi, các tế bào thần kinh ở thể vân có nhân tròn, một hạt nhân rõ, chất nhiễm sắc phân bố chủ yếu ở ngoại vi sát màng nhân hoặc thành đám tập trung sát về phía màng nhân. Trong bào tương tế bào bào quan chiếm nhiều nhất là các ribosom, chúng thường đứng tự do, đôi khi tập trung lại thành hình hoa thị hoặc từng đám, một số thì bám vào lưới nội bào. Lưới nội bào có hạt nhỏ và có số lượng ít. Ti thể ít và nhỏ, tròn, mào ti thể rõ. Ti thể không chỉ có ở trong bào tương tế bào mà còn có ở các sợi nhánh. Rất nhiều nhánh bào tương tế bào (sợi trục, sợi nhánh được myelin hóa hoặc không), các mao mạch máu được sắp xếp chặt chẽ với nhau tạo nên mô nội thần kinh. Khi quan sát dưới kính hiển vi điện tử, chúng tôi quan sát thấy ở thể vân có nhiều cấu trúc đặc trưng của các nơron trong mô thần kinh chính là syna. Kết quả của chúng tôi cho thấy cấu trúc thể vân tương tự như quan sát của Fuxe, 1964. Các synap ở đây thường nhỏ, số lượng nhiều, phần trước synap có các túi synap kích thước nhỏ dưới 1µm [7].

2. Cấu trúc liềm đen: Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi quan sát dưới kính hiển vi quang học bằng hai phương pháp nhuộm H.E và Cajan II cho thấy liềm đen là một cấu trúc thuộc não giữa, nó chỉ là dải nhỏ màu sẫm hơn các vùng xung quanh. Mặc dù khi quan sát đại thể, liềm đen là một vùng nhu mô đồng nhất, nhưng khi quan sát dưới kính hiển vi quang học thì thấy liềm đen gồm hai vùng, một vùng tập trung nhiều tế bào nằm ở phía lưng của liềm đen đó là vùng đặc (SNc-substantia nigra pars compacta), vùng còn lại nằm về phía bụng, nhạt màu hơn gồm chủ yếu các sợi thần kinh là vùng lưới của liềm đen (SNr-substantia nigra pars reticulata). Hai vùng này cách vùng VTA (Ventral Tegmental Area) bởi một dải nhỏ gồm các sợi thần kinh chạy song song nhau.

Về mặt cấu tạo tế bào, liềm đen cũng là một mô thần kinh gồm nơron và các tế bào thần kinh

đậm. Vùng này tạo ranh giới rõ rệt với các vùng khác trong nhu mô não. Ở não, liềm đen là một trong hai vùng có sự phân bố của các tế bào thần kinh mang sắc tố. Riêng ở liềm đen thì các tế bào này lại chỉ có mặt ở phần đặc. Các tế bào ở phần đặc có kích thước nhỏ hơn các tế bào ở vùng lưới, bào tương ưa màu base đậm, một số tế bào trong bào tương có sự phân bố rải rác các hạt sắc tố đen hoặc các đám sắc tố đen. Ở vùng lưới của liềm đen thấy rải rác các tế bào có kích thước lớn, bào tương sáng màu. Trên tiêu bản nhuộm Cajan thấy vùng lưới dày đặc các sợi thần kinh tỏa ra xung quanh, có rất ít tế bào thần kinh và tế bào thần kinh đậm.

Về cấu trúc siêu vi của tế bào ở liềm đen, chúng tôi quan sát thấy các tế bào thần kinh ở đây có nhiều hình dạng nhân khác nhau. Có tế bào nhân tròn hoặc bầu dục, màng nhân, chất nhiễm sắc phân bố đều. Một dạng khác là nhân kì quái, màng nhân có nhiều nếp gấp, chất nhiễm sắc thành đám tập trung ở sát màng nhân. Dạng còn lại nhân tế bào có duy nhất một vết lõm sâu, chất nhiễm sắc phân tán. Các nhân tế bào đều có đậm độ điện tử thấp, có một hạt nhân rõ. Nếu chỉ dựa vào đặc điểm nhân thì chưa đủ cơ sở để đưa ra phân loại các tế bào thần kinh ở liềm đen nhưng có thể gợi ý rằng ở liềm đen gồm nhiều loại tế bào khác nhau. Quan điểm hiện đại dựa vào đặc điểm chức năng các tế bào thần kinh ở đây được định danh gồm tế bào tiết GABA (Gama-aminobutyric acid) ở vùng lưới và tế bào thần kinh có chứa neuromelanin ở vùng đặc, trong đó có chứa các tế bào tiết dopamin.

V. KẾT LUẬN

Thể vân và liềm đen đều mang cấu trúc điển hình của mô thần kinh gồm các tế bào thần kinh chính thức và mô thần kinh đậm. Mật độ tế bào và các sợi thần kinh ở thể vân phân bố khác

nhau, các sợi thần kinh tạo thành bó hoặc mạng lưới sợi bao quanh các tế bào thần kinh. Liềm đen gồm hai vùng phân biệt nhau khá rõ ràng. Vùng đặc liềm đen có nhiều tế bào thần kinh trong đó có tế bào mang sắc tố, ngược lại vùng lưới ít tế bào, chủ yếu gồm các sợi thần kinh tạo thành mạng lưới dày đặc.

Lời cảm ơn: Các tác giả xin cảm ơn quỹ Phát triển khoa học và công nghệ quốc gia NAFOTED đã tài trợ kinh phí cho nghiên cứu và sự đóng góp công sức, sự giúp đỡ của của các nhà khoa học, các kỹ thuật viên Bộ môn Mô-Phôi, Đại học Y Hà Nội trong quá trình thực hiện nghiên cứu. Đặc biệt cảm ơn PGS.Nguyễn Thị Bình đã có những giúp đỡ về ý tưởng, thực hiện và đánh giá kết quả cho nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stocco A., Lebiere C., Anderson J. R. (2010).** Conditional Routing of Information to the Cortex: A Model of the Basal Ganglia's Role in Cognitive Coordination, *Psychological Review*, **117** (2): 541-74.
2. **Yager L.M., Garcia A.F., Wunsch A.M., Ferguson S.M. (2015).** The ins and outs of the striatum: Role in drug addiction, *Neuroscience*, **301**, 529 - 541.
3. **Ebadi M., Pfeiffer R.F (2005).** *Parkinson's disease*, Library of congress cataloging - in - publication data, NewYork.
4. **Paxinos G., Watson C. (2013).** *The Rat Brain in Stereotaxic Coordinates*, Seventh edition, NewYork.
5. **Mori S. (1966).** Some observations on the fine structure of the corpus striatum of the rat brain, *Z Zellforsch Mikrosk Anat.*, **70**(4), 461-88.
6. **Tepper J.M., Tecuapetla F., Koos T., Ibanez-Sandoval O. (2010).** Heterogeneity and diversity of striatal GABAergic interneurons, *Front Neuroanat*, **4**, 150 - 157.
7. **Fuxe K., Hokfelt T., Nilsson O. (1964).** Observations on the cellular localization of dopamine in the caudate nucleus of the rat, *Z Zellforsch Mikrosk Anat*, **63**, 701 - 706.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NÚT MẠCH U CƠ TRƠN TỬ CUNG BẰNG HẠT VI CẦU EMBOZENE

Lê Văn Khánh*, Nguyễn Xuân Hiền*

TÓM TẮT²⁸

* Khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiền
 Email: ngochienduylocbm@gmail.com
 Ngày nhận bài: 11.11.2016
 Ngày phản biện khoa học: 24.01.2017
 Ngày duyệt bài: 6.2.2017

Mục tiêu: đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị u cơ trơn tử cung bằng nút mạch u với hạt vi cầu embozene. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Tiến cứu từ tháng 1/2015 đến tháng 2/2016, chúng tôi điều trị cho 41 bệnh nhân với 51 khối u cơ trơn tử cung có triệu chứng lâm sàng, tuổi trung bình $37,3 \pm 5,7$ (24 - 43 tuổi) được nút mạch u bằng hạt vi cầu embozene. Mô tả tuổi, vị trí, kích thước, cấu trúc âm, mức độ tăng sinh mạch của khối

u trước nút mạch, sau nút mạch 6 tháng, đánh giá liên quan giữa mức độ giảm thể tích với các yếu tố trên.

Kết quả: Sau 6 tháng nút mạch khối u dưới niêm mạc có mức độ giảm trọng lượng lớn hơn so với nhóm trong cơ và dưới thanh mạc là 19% với $p < 0,05$. Nhóm khối u giảm âm có mức độ giảm trọng lượng lớn hơn so với nhóm u tăng âm là 21% với $p < 0,05$. Nhóm u tăng sinh mạch nhiều và vừa giảm trọng lượng lớn hơn nhóm u tăng sinh mạch ít là 16%, $p < 0,05$. Tuổi và kích thước khối u không ảnh hưởng đến mức độ giảm trọng lượng u. **Kết luận:** Mức độ giảm trọng lượng khối u cơ trơn tử cung sau điều trị nút mạch bằng hạt vi cầu embozene có liên quan tới vị trí, cấu trúc âm và tăng sinh mạch trong khối u.

Từ khóa: u cơ trơn tử cung, nút mạch u cơ trơn tử cung, hạt vi cầu embozene.

SUMMARY

THE FACTOR EFFECT THE RESULT OF UTERINE FIBROID EMBOLIZATION BY EMBOZENEMICROSPHERES

Methods and objectives: Follow – up study from January 2015 to February 2016, we treated 41 patients who manifest symptom clinically by Embozene microspheres (mean \pm SD age 37.3 \pm 5.7 years, range 24-47 years). Assessing including: clinical symptom, volume of fibroid after treatment 6 months by ultrasound and magnetic resonance imaging, the relation between age of patient, site, volume, echo, hypervascular of fibroid with the reduction volume fibroid. **Results:** After 6 months of procedure, A submucosal leiomyoma decreases greater than intramural and subserosal fibroids 19% ($p < 0,05$). The hypoechonic tumor has a greater reductive volume than hyperechonic tumor 21%, $p < 0,05$. The hypervascular fibroid decreases more than hypovascular tumor 16%, $p < 0,05$. The age patient, site of leiomyoma is not a prognostic factors of the outcome fibroid uterine embolization by embozene microspheres. **Conclusion:** The volume reduction of fibroid after embolization with embozen microspheres is better in much hypervascular, hypoechonic tumor and submucosal.

Key words: fibroid, uterine artery embolization, embozene microspheres.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ trơn tử cung (UCTTC) là khối u lành tính, thường gặp ở phụ nữ tuổi trên 30 có đến 30% bị bệnh này, tỷ lệ mắc ngày càng tăng lên trong những năm gần đây. Các triệu chứng chủ yếu của UCTTC gồm: đau bụng, rong kinh [1].

Điều trị nút mạch u cơ trơn tử cung được ưu tiên lựa chọn để điều trị UCTTC. Nhiều vật liệu nút mạch đã được sử dụng, nhiều nhất là hạt nhựa PVA, tuy nhiên nhược điểm của vật liệu này là không đồng cỡ. Khắc phục nhược điểm của vật liệu cũ hạt nhựa PVA, vật liệu mới hạt vi cầu embozene với tính trơn nhẵn, đồng cỡ và

tương thích sinh học cao sẽ đi sâu vào các nhánh mạch nuôi u, giảm tác động lên nhánh lành. Trên thế giới đã sử dụng vật liệu hạt vi cầu embozene từ 2008, tuy nhiên ở Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu cụ thể nào để đánh giá hiệu quả, vì vậy với mong muốn tìm hiểu rõ về một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị UCTTC bằng hạt vi cầu embozene nên chúng tôi thực hiện đề tài: "*Nghiên cứu một số yếu tố liên quan tới kết quả điều trị u cơ trơn tử cung bằng nút mạch U với hạt vi cầu embozene*". Với mục đích tìm hiểu mối liên quan giữa tuổi, vị trí, kích thước, mức độ tăng sinh mạch trong u với mức độ giảm trọng lượng u sau 6 tháng nút mạch điều trị bằng nút mạch u với hạt vi cầu embozene.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2. 1. Đối tượng nghiên cứu

41 BN UXTC được tiến hành điều trị nút mạch u cơ trơn tử cung bằng hạt embozene từ tháng 1/2015 đến 2/2016.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN được chẩn đoán UCTTC có triệu chứng lâm sàng như đau bụng, rong kinh, rong huyết, được siêu âm doppler, chụp CHT có chỉ định & được tiến hành điều trị bằng phương pháp nút mạch tử cung.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các BN có UCTTC không có triệu chứng lâm sàng, khối u dưới thanh mạc có cuống, u dưới niêm mạc kích thước trên 5cm và các chống chỉ định như chụp mạch chung.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, can thiệp và theo dõi dọc theo thời gian.

- Lập bệnh án theo mẫu thiết kế chung, theo dõi BN sau can thiệp 6 tháng.

- Địa điểm & thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ 1/2015 đến 2/2016.

- Phương tiện nghiên cứu:

+ Chẩn đoán UXTC: Máy siêu âm màu (Sonoacer 7), Máy CHT 1.5Tesla.

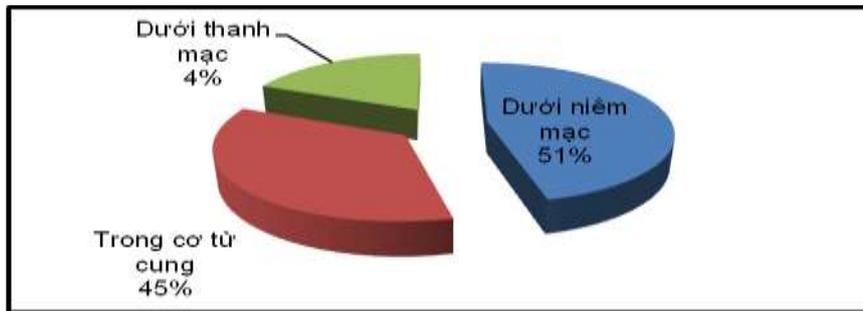
+ Phương tiện nút mạch: Máy chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) Allura Xper FD 20 của Philips, dụng cụ dùng cho can thiệp mạch: Kim chọc động mạch 20G, Catheter Cobra 5F, dây dẫn (Guidewire) 0.35" Terumo, Microcatheter 2.7F Progreat, hạt vi cầu embozene.

+ Kỹ thuật nút mạch: theo kỹ thuật nút mạch điều trị UCTTC của Bộ y tế.

III. KẾT QUẢ

3.1. Trước nút mạch.

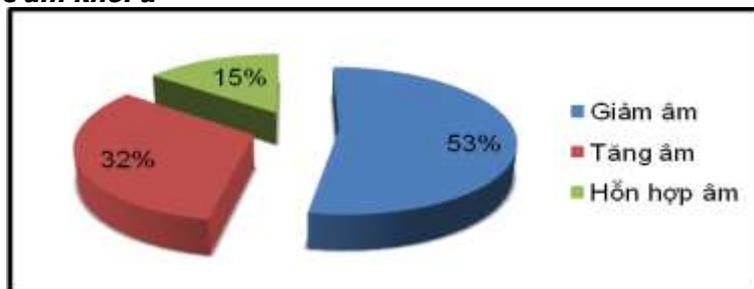
3.1.1. Vị trí khối u



Biểu đồ 1: vị trí khối u cơ trơn tử cung

Nhận xét: vị trí của khối u cơ trơn tử cung chủ yếu là dưới niêm mạc chiếm tỷ lệ 51% và trong cơ chiếm tỷ lệ 45%, dưới thanh mạc chiếm tỷ lệ thấp nhất 4%.

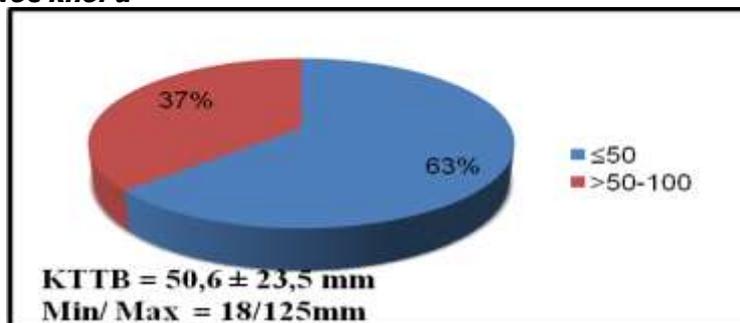
3.1.2. Cấu trúc âm khối u



Biểu đồ 2: Cấu trúc âm khối u cơ trơn tử cung

Nhận xét: các khối u giảm âm chiếm tỷ lệ cao nhất với 53%.

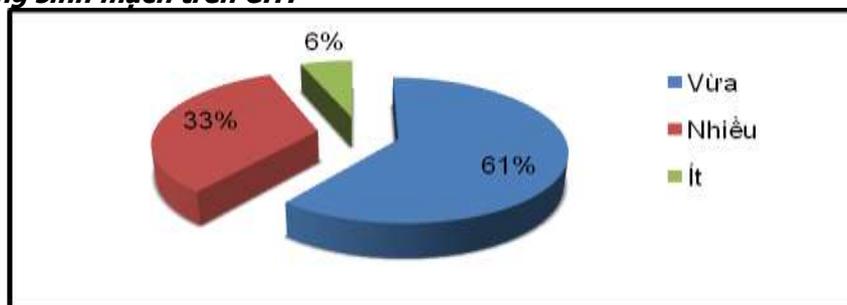
3.1.3. Kích thước khối u



Biểu đồ 3: Kích thước khối u

Nhận xét: trong 51 khối nghiên cứu thì số khối u có kích thước nhỏ hơn hoặc bằng 50mm chiếm tỷ lệ cao hơn với 63,3%. Kích thước khối u trung bình trước nút mạch là 50,6± 23,5 mm, trong đó khối u có kích thước nhỏ nhất là 18mm và lớn nhất là 125mm.

3.1.4. Tăng sinh mạch trên CHT



Biểu đồ 4: Mức độ tăng sinh mạch khối u trên cộng hưởng từ

Nhận xét: khối u có tăng sinh mạch từ vừa đến nhiều chiếm tỷ lệ cao 94%.

3.2. Sau nút mạch 6 tháng

3.2.1. Trọng lượng u giảm theo nhóm tuổi.

Bảng 2.1: Tỷ lệ giảm trọng lượng u theo nhóm tuổi sau 6 tháng nút mạch.

Tuổi	Số u	TLTB (gam)		Tỷ lệ giảm trọng lượng u %	p
		Trước nút	Sau nút		
≤40	31	66,1	11,8	82	> 0,05
>40	20	63,9	17,2	73	

Nhận xét: tỷ lệ giảm trọng lượng khối u sau 6 tháng nút mạch ở hai nhóm tuổi trên 40 và dưới 40 khác nhau không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.2.2. Trọng lượng u giảm theo kích thước khối u.

Bảng 2.2: Tỷ lệ giảm trọng lượng u theo kích thước u sau 6 tháng nút mạch.

KTU mm	Số u	TLTB (gam)		Tỷ lệ giảm trọng lượng u %	p
		Trước nút	Sau nút		
≤50	33	23,5	4,5	81	> 0,05
>50	18	138,1	33,1	78,9	

Nhận xét: tỷ lệ giảm trọng lượng giữa hai nhóm khối u có kích thước dưới 50 mm và trên 50mm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.2.3. Trọng lượng u giảm theo vị trí khối u.

Bảng 2.3: Tỷ lệ giảm trọng lượng u theo vị trí u sau 6 tháng nút mạch.

Vị trí khối u	Số u	TLTB (gam)		Tỷ lệ giảm trọng lượng u %	p
		Trước nút	Sau nút		
Dưới niêm mạc	26	49,5	5,4	89	< 0,05
Trong cơ và dưới thanh mạc	51	82,3	24,7	70	

Nhận xét: tỷ lệ giảm trọng lượng của khối u dưới niêm mạc nhiều hơn nhiều so với nhóm trong cơ và dưới thanh mạc là 19% với p < 0,05.

3.2.4. Trọng lượng u giảm theo cấu trúc âm của khối

Bảng 2.4: Tỷ lệ giảm trọng lượng u theo cấu trúc âm khối u sau 6 tháng nút mạch.

Âm khối u	Số u	TLTB (gam)		Tỷ lệ giảm trọng lượng u %	p
		Trước nút	Sau nút		
Giảm âm (1)	27	56,2	12,9	88	p _{1,2} < 0,05
Tăng âm (2)	16	76,5	30,6	67	P _{2,3} > 0,05
Hỗn hợp âm (3)	8	75,6	16,6	78	P _{1,3} > 0,05

Nhận xét: tỷ lệ giảm trọng lượng ở nhóm khối u giảm âm lớn hơn so với nhóm u tăng âm là 21% với p < 0,05.

3.2.5. Trọng lượng u giảm theo mức độ tăng sinh mạch trên chụp CHT

Bảng 2.5: Tỷ lệ giảm trọng lượng u theo mức độ tăng sinh mạch sau 6 tháng nút mạch.

Tăng sinh mạch	Số u	TLTB (gam)		Tỷ lệ giảm trọng lượng u %	p
		Trước nút	Sau nút		
Nhiều và vừa	47	86,2	9,5	89	< 0,05
Ít	4	55,5	15	73	

Nhận xét: mức độ giảm trọng lượng của nhóm u tăng sinh mạch nhiều và vừa lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với với nhóm u tăng sinh mạch ít là 16%, p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 41 BN với 51 khối u, tuổi trung bình 37,3 tuổi, thấp nhất là 24 tuổi và cao nhất là 47 tuổi, kích thước u trung bình 50mm, trong đó nhóm khối u tăng sinh mạch nhiều và vừa chiếm tỷ lệ cao nhất với 94%.

Sau 6 tháng nút mạch chúng tôi thấy vị trí khối UCTTC có ảnh hưởng đến kết quả điều trị cụ thể nhóm khối u dưới niêm mạc có tỷ lệ giảm trọng lượng sau 6 tháng lớn hơn nhóm BN có u

trong cơ và dưới thanh mạc 19% với p < 0,05. Điều này có thể được giải thích do khối u dưới niêm mạc có thể thoát ra ngoài qua đường âm đạo. Theo Jah và cs nghiên cứu trên 125 khối UCTTC sau 3 tháng nút mạch, tỷ lệ giảm trọng lượng của khối u dưới niêm mạc nhiều hơn so với trong cơ và dưới thanh mạc là 30-40% (p < 0,001)[2]. Trong nghiên cứu Nguyễn Xuân Hiền trên 108 bệnh nhân cũng thấy rằng tỷ lệ giảm trọng lượng của nhóm u dưới niêm mạc nhiều hơn so với trong cơ và dưới thanh mạc ở thời

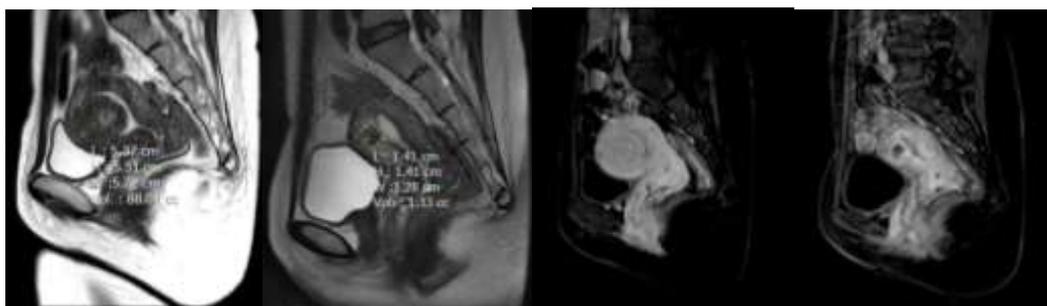
điểm 6 tháng sau nút mạch là 18,5 với $p < 0,05$ [3].

Yếu tố cấu trúc âm của khối u cũng ảnh hưởng đến kết quả điều trị, nhóm khối u giảm âm có tỷ lệ giảm trọng lượng lớn hơn so với nhóm u tăng âm 21% sau 6 tháng điều trị với $p < 0,05$. Điều này có thể được hiểu là cấu trúc khối u giảm âm chứa nhiều tế bào cơ TC hơn tổ chức xơ nên khi tắc nguồn mạch nuôi dưỡng u khối này sẽ hoại tử và tiêu nhanh hơn khối u chứa nhiều tế bào xơ và tổ chức liên kết. Kết quả này cũng tương ứng với kết quả của Nguyễn Xuân Hiền đã công bố 2011 [3].

Trong số 51 khối u đã được điều trị có 48 khối tăng sinh mạch nhiều và chiếm tỷ lệ 94%, sau 6 tháng thì những khối u này có tỷ lệ giảm trọng lượng lớn hơn so với những khối u tăng sinh mạch ít và vừa là 16% với $p < 0,05$. Điều này cũng tương tự với các kết quả nghiên cứu khác của Nguyễn Xuân Hiền là 17,7% $p <$

0,05[3], Seiji là 23% $p < 0,05$ [4], hay của Jha là 35% $p < 0,05$ [2]. Điều này có nghĩa là những khối u giàu mạch sẽ có kết quả điều trị tốt hơn những khối u tăng sinh mạch ít vì những khối u tăng sinh mạch thì thường kèm theo nhiều tế bào cơ hơn là tế bào xơ nên sau khi nút mạch chúng sẽ tiêu nhanh hơn.

Sau 6 tháng theo dõi chúng tôi nhận thấy mức độ giảm trọng lượng khối u ở hai nhóm đối tượng trên 40 tuổi và dưới 40 tuổi là có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Theo James B. Speis nghiên cứu trên 200 bệnh nhân nút mạch điều trị UCTTC thì không thấy sự liên quan giữa tuổi bệnh nhân với kết quả điều trị [5]. Bên cạnh đó trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước của khối u cũng không ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu trên thế giới của Seiji Isonishi[4], Parthipum[6], hay của Nguyễn Xuân Hiền [3].



Hình CHT trước và sau nút mạch u 6 tháng: T2W trước nút, T2W sau nút, T1W tiêm thuốc trước nút và T1W tiêm thuốc sau nút (Nguyễn Phương L – mã BA C53/75)

V. KẾT LUẬN

U dưới niêm mạc có tỷ lệ giảm trọng lượng sau nút mạch 6 tháng nhiều hơn u trong cơ và dưới thanh mạc là 19% với $p < 0,05$.

U có tăng sinh mạch máu nhiều và vừa trên cộng hưởng từ có giảm trọng lượng cao hơn tăng sinh mạch ít là 16% với $p < 0,05$.

U giảm âm giảm trọng lượng cao hơn nhóm u tăng âm là 21% với $p < 0,05$.

Độ tuổi bệnh nhân và kích thước của khối u không ảnh hưởng đến kết quả điều trị u cơ trơn tử cung bằng hạt vi cầu embozene.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Goldberg, J.**, *Current thinking on the role of interventional radiology in women's health*. Expert Rev Obstet Gynecol, 2007. p. 621-619.

2. **Jha, R.C., et al.**, *symptomatic fibroleiomyomata: MR imaging of the uterus before and after arterial embolization* Radiology. Radiology, 2000. 218: p. 228 -235.

3. **Nguyễn Xuân Hiền**, *Nghiên cứu ứng dụng phương pháp nút động mạch tử cung trong điều trị u cơ trơn tử cung*. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại Học Y Hà Nội, 2011.

4. **Seiji Isonishi, et.al.**, *Analysis of prognostic factors for patients with leiomyoma treated with uterine arterial embolization*. Americal journal of Obstretics and Gynecology, 2008. 198(270e1-270e6).

5. **James B. Speis, et.al.**, *Uterine artery embolization for leiomyoma*. Obstetrics and Gynecology, 2005. 98: p. 625-632.

6. **Parthipun, A.A., et al.**, *Does size really matter? analysis of effect of large fibroids and uterine volumes on complication rates of uterine artery embolisation*. Cardiovasc Intervent Radiol, 2010. 33: p. 955 -959.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH RĂNG MIỆNG CỦA HỌC SINH LỚP 5 TẠI HAI TRƯỜNG TIỂU HỌC THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH, NĂM 2013

Nguyễn Xuân Thực*, Mai Thị Liên**

TÓM TẮT²⁹

Mục tiêu: khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh răng miệng của học sinh lớp 5 tại hai trường tiểu học thành phố Nam Định. **Đối tượng và phương pháp:** áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 270 học sinh lớp 5 tại hai trường tiểu học Kim Đồng (nội thành) và Lộc An (ngoại thành) thành phố Nam Định. Học sinh được phỏng vấn thông qua bộ câu hỏi để đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh răng miệng. **Kết quả:** Kiến thức: Về nguyên nhân gây sâu răng: 86,3% cho rằng do ăn nhiều bánh kẹo, 68,5% cho rằng do không chải răng sau khi ăn; Về triệu chứng sâu răng: 75,6% cho rằng răng có lỗ sâu màu đen, 68,8% cho rằng có biểu hiện ê buốt răng; Về tác hại của sâu răng: 86,3% cho rằng sẽ gây đau răng, 29,3% cho rằng sẽ gây mất răng; Về cách phòng bệnh sâu răng: 71,1% cho rằng nên chải răng hàng ngày, 54,1% cho rằng không nên ăn đồ ngọt nhiều lần trong ngày, 49,3% cho rằng cần khám răng định kỳ. Thái độ: 24,4% cho rằng khám răng định kỳ là rất cần thiết, 44,8% cho rằng cần thiết và 3,3% cho rằng không cần thiết; 65,9% cho rằng vệ sinh răng miệng hàng ngày là rất quan trọng, 22,3% cho rằng quan trọng, 10,8% cho rằng không quan hoặc không biết. Thực hành: Lý do đi khám răng miệng: khám định kỳ 7,4%, khi đau răng 38,1%, khi chảy máu lợi 4,8%; Chải răng: 1 lần/ngày 20,4%, 2 lần/ngày 66,3%, chải xoay tròn từng vùng 12,6%, chải ngang 78,9%, thời gian thay bàn chải 3 tháng/lần 29,6%, không nhớ 55,6%. **Kết luận:** Kiến thức và thái độ phòng bệnh răng miệng của học sinh lớp 5 tại hai trường tiểu học thành phố Nam Định tương đối tốt, nhưng không tương xứng với thực hành. Không có sự khác biệt về kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh răng miệng giữa 2 trường.

Từ khóa: kiến thức, thái độ, thực hành, bệnh răng miệng.

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE OF ORAL DISEASE PREVENTION OF 5th GRADERS AT TWO PRIMARY SCHOOL NAM DINH CITY, 2013

*Bệnh viện Bạch Mai,

**TT truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thực

Email: thuchrmbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2017

Ngày duyệt bài: 6.2.2017

Objectives: to survey knowledge, attitude, practice of oral diseases prevention of 5th graders at two primary school, Nam Dinh city. **Subjects and methods:** a cross-sectional study was conducted on 270 5th graders at two primary schools Kim Dong (urban) and Loc An (suburban), Nam Dinh city. Students were interviewed by questionnaires to assess the knowledge, attitude, practice of oral diseases prevention. **Results:** Knowledge: About the causes of tooth decay: 86.3% thought that by eating more sweets, 68.5% said that by not brushing after meal; About the symptoms of tooth decay: 75.6% thought that having black cavities, 67.8% said that having sensitivities; About the effects of tooth decay: 86.3% thought that it would cause toothache, 29.3% said that it would cause toothloss; About prevention: 71.1% said it needs daily brushing, 49.3% said it shouldn't eat sweets many times a day, 54.1% said that it needs periodic oral examination Attitude: Thought that periodic oral exam is very necessary 24.4%, necessary 44.8%, unnecessary 3.3%; Daily oral hygiene very important 65.9%, important 22.3%, unimportant and unknown 10.8%. Practice: Reasons to the dentist: periodic 7.4%, when toothache 38.1%, when gingival bleeding 4.8%; Brushing: one time per day 20.4%, two times per day 66.3%; rotating brushing 12.6%, horizontal brushing 78.9%; Time to replace the brush: every three months 29.6%, no remember 55.6%. **Conclusions:** Knowledge and attitude of oral disease prevention of 5th graders at two primary school Nam Dinh city were pretty good but not commensurate with the practice. There were no difference in the knowledge, attitude, practice of oral diseases prevention between two primary school.

Key words: knowledge, attitude, practice, oral disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phòng bệnh răng miệng không phức tạp, không đòi hỏi trang thiết bị đắt tiền, không đòi hỏi cán bộ kỹ thuật chuyên môn cao, chi phí thấp và dễ thực hiện tại cộng đồng, đặc biệt tại các trường học đã đem lại hiệu quả cao. Do đó, phòng bệnh răng miệng sớm ngay ở lứa tuổi học sinh là chiến lược khả thi nhất đã được WHO khuyến cáo triển khai. Để góp phần giảm bớt tỷ lệ mắc các bệnh về răng miệng, không có biện pháp nào hơn là đẩy mạnh việc phòng bệnh răng miệng trong cộng đồng, đặc biệt là với trẻ em.

Thành phố Nam Định là thành phố trực thuộc tỉnh và là tỉnh lỵ của tỉnh Nam Định. Trong những năm qua, chương trình Nha học đường

đã được triển khai và thực hiện đến tất cả các trường học trên địa bàn thành phố nhằm làm giảm tỷ lệ mắc bệnh răng miệng và nâng cao sức khỏe cho học sinh tuổi học đường nói riêng và sức khỏe nhân dân trên địa bàn nói chung. Tuy nhiên, việc thực hiện còn gặp nhiều khó khăn, công tác tổ chức còn mang tính hình thức và chưa được quan tâm đúng mức, do đó tỷ lệ bệnh răng miệng của học sinh phổ thông còn cao. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này, nhằm đạt được mục tiêu: "khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh răng miệng của học sinh lớp 5 tại hai trường tiểu học thành phố Nam Định".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu: Tại 2 trường tiểu học tại thành phố Nam Định, tỉnh Nam Định là: trường Tiểu học Kim Đồng (nội thành) và trường Tiểu học Lộc An (ngoại thành).

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh lớp 5 của hai trường tiểu học Kim Đồng và Lộc An

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các học sinh lớp 5 của hai trường tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các học sinh từ chối tham gia nghiên cứu. Các học sinh không hợp

tác tốt với thầy thuốc. Các học sinh vắng học tại thời điểm nghiên cứu

2.1.3. Thời gian tiến hành nghiên cứu.

Từ tháng 01/2013 đến tháng 06/2013.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang điều tra kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh răng miệng của học sinh lớp 5 tại địa bàn nghiên cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu.

Cỡ mẫu: phỏng vấn 270 học sinh.

Kỹ thuật chọn mẫu trong nghiên cứu:

Chọn chủ đích hai trường tiểu học tại thành phố Nam Định: trường Tiểu học Kim Đồng thuộc khu trung tâm thành phố, trường Tiểu học Lộc An thuộc xã ngoại thành thành phố. Lập danh sách toàn bộ học sinh khối lớp 5. Điều tra toàn bộ số học sinh theo danh sách.

2.3. Phân tích số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Số liệu phân tích thống kê mô tả biểu thị bằng bảng tần số, tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ

3.1. Kiến thức.

Bảng 3.1 Tỷ lệ học sinh biết nguyên nhân sâu răng

Nguyên nhân	Kim Đồng (n=157)		Lộc An (n=113)		Chung (n=270)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Ăn nhiều bánh kẹo	131	83,4	102	90,3	233	86,3
Ăn xong không chải răng	106	67,5	79	69,9	185	68,5
Không biết	15	9,5	7	6,2	22	8,1

Nhận xét: 86,3% các em cho rằng sâu răng là do ăn nhiều bánh kẹo. Bên cạnh đó, 68,5% các em lại cho rằng sâu răng là do ăn xong không chải răng. Tuy nhiên có tới 22 học sinh không biết nguyên nhân gây sâu răng chiếm 8,1%.

Bảng 3.2 Tỷ lệ học sinh biết tác hại của bệnh sâu răng

Tác hại	Kim Đồng(n=157)		Lộc An(n=113)		Chung(n=270)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Đau răng	135	86,0	98	86,7	233	86,3
Mất răng	59	37,6	20	17,7	79	29,3
Không biết	14	8,9	11	9,7	25	9,3

Nhận xét: Đa số các học sinh cho rằng tác hại của sâu răng là đau răng chiếm 86,3%, còn gây mất răng chiếm 29,3%.

Bảng 3.3 Tỷ lệ học sinh biết cách phòng bệnh sâu răng

Các cách phòng sâu răng	Kim Đồng (n=157)		Lộc An (n=113)		Chung (n=270)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Chải răng hàng ngày	113	72,0	79	70,0	192	71,1
Không ăn đồ ngọt nhiều lần/ngày	88	56,1	45	39,8	133	49,3
Đi khám răng định kỳ	87	55,4	59	52,2	146	54,1
Không biết	18	11,5	25	22,1	43	15,9

Nhận xét: Để phòng bệnh răng miệng phải chải răng hàng ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 71,1%. Tuy nhiên có tới 15,9% không biết cách phòng bệnh.

3.2. Thái độ.

Bảng 3.4 Thái độ của học sinh về việc khám răng định kỳ

Thái độ	Kim Đồng (n=157)		Lộc An (n=113)		Chung (n=270)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Rất cần thiết	22	14,1	44	38,9	66	24,4
Cần thiết	69	44,0	52	46,0	121	44,8
Không không cần thiết	6	3,8	3	2,7	9	3,3

Nhận xét: 24,4% các em cho rằng khám răng định kỳ là rất cần thiết; 44,8% cho rằng cần thiết; chỉ có 3,3% cho rằng không cần thiết.

Bảng 3.5 Thái độ của học sinh về việc chải răng hàng ngày

Thái độ	Kim Đồng (n=157)		Lộc An (n=113)		Chung (n=270)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Rất quan trọng	98	62,4	80	70,8	178	65,9
Quan trọng	44	28,0	19	16,8	63	22,3
Không quan trọng	2	1,3	1	0,9	3	1,1
Không biết	13	8,3	13	11,5	26	9,6

Nhận xét: Phần lớn các em cho rằng việc chải răng hàng ngày là rất quan trọng chiếm 65,9%; 22,3% cho rằng quan trọng, chỉ có 1,1% học sinh cho là không quan trọng.

3.3. Thực hành.

Bảng 3.6 Lý do đi khám răng của học sinh tại hai trường

Lý do	Kim Đồng (n=157)		Lộc An (n=113)		Chung (n=270)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Khám định kỳ	13	8,3	7	6,2	20	7,4
Đau răng	49	31,2	54	47,8	103	38,1
Chảy máu lợi	12	7,6	1	0,9	13	4,8

Nhận xét: Học sinh đi khám răng do đau răng chiếm tỷ lệ cao nhất là 38,1%; khám định kỳ là 7,4% và chảy máu lợi là 4,8%.

Bảng 3.7 Số lần chải răng trong ngày của học sinh theo trường

Trường	Kim Đồng (n=157)		Lộc An (n=113)		Chung (n=270)	
	SL	%	SL	%	SL	%
1 lần/ngày	41	26,1	14	12,4	55	20,4
2 lần/ngày	102	65,0	77	68,1	179	66,3
3 lần/ngày trở lên	9	5,7	14	12,4	23	8,5

Nhận xét: Học sinh chải răng hai lần trong ngày chiếm tỷ lệ cao nhất là 66,3%; tỷ lệ chải răng một lần trong ngày chiếm 20,4% và chải răng trên 3 lần trong ngày chỉ chiếm 8,5%.

Bảng 3.8 Các cách chải răng của học sinh tại hai trường

Phương pháp	Kim Đồng (n=157)		Lộc An (n=113)		Chung (n=270)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Chải dọc thân răng	13	8,3	4	3,6	17	6,3
Chải ngang thân răng	116	73,9	97	85,8	213	78,9
Chải xoay tròn từng vùng	22	14,0	12	10,6	34	12,6

Nhận xét: Có tới 78,9% học sinh chải răng bằng phương pháp chải ngang thân răng, chỉ có 12,6% chải theo phương pháp xoay tròn từng vùng.

Bảng 3.9 Khoảng thời gian thay bàn chải

Thông tin	Kim Đồng (n=157)		Lộc An (n=113)		Chung (n=270)	
	SL	%	SL	%	SL	%
1-3 tháng/lần	43	27,4	37	32,7	80	29,6
4-6 tháng/lần	20	12,7	5	4,4	25	9,3
Không nhớ	86	55,4	63	55,8	149	55,6

Nhận xét: Chỉ có 29,6% biết đúng thời gian thay bàn chải là 1- 3 tháng/lần. Đa phần các em không nhớ cần thời gian bao lâu để thay bàn chải chải răng chiếm 55,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức: Kết quả bảng 3.1 cho thấy hầu hết các học sinh cho rằng nguyên nhân chủ

yếu gây sâu răng là do ăn nhiều bánh kẹo chiếm 86,3% và 68,5% các em cho rằng nguyên nhân gây sâu răng là do không chải răng sau khi ăn.

Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Nghĩa năm 2009 trên đối tượng học sinh tiểu học tại tỉnh Yên Bái với các tỷ lệ tương ứng là 35,99% và 20,2% [1]. Kết quả này cho thấy có sự chênh lệch về sự hiểu biết của học sinh về các nguyên nhân gây bệnh răng miệng của học sinh tại các trường tiểu học miền núi và đồng bằng, đây cũng phản ánh thực tế tại các khu vực miền núi độ bao phủ các chương trình nha học đường còn thấp, cộng với sự quan tâm chưa đúng mức của nhà trường và cha mẹ học sinh đối với hoạt động giáo dục, hướng dẫn học sinh tự chăm sóc răng miệng cho bản thân.

Khi đánh giá kiến thức của học sinh lớp 5 tại hai trường tiểu học Kim Đồng và Lộc An trên địa bàn thành phố Nam Định chúng tôi thấy đa số các học sinh cho rằng tác hại của sâu răng là đau răng chiếm 86,3%; mất răng chiếm 29,3% (bảng 3.3). Nhìn chung kiến thức của học sinh về tác hại của sâu răng tại hai trường Kim Đồng và Lộc An là đồng đều ít có sự chênh lệch. Chúng tôi nghiên cứu vấn đề này nhằm tìm hiểu cha mẹ học sinh và các thầy cô giáo đã thực sự quan tâm đến sức khỏe răng miệng của trẻ chưa, người lớn đã cho trẻ thấy hết và hiểu đúng tác hại của sâu răng chưa, chỉ khi học sinh ở độ tuổi này hiểu đúng về tác hại của sâu răng chúng sẽ có những hành vi đúng về chăm sóc và bảo vệ răng miệng của bản thân, đây chính là yếu tố rất quan trọng làm tăng hiệu quả của các chương trình nha học đường. Bảng 3.4 phản ánh kiến thức phòng bệnh răng miệng: học sinh tại hai trường cho rằng cần phải chải răng hàng ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 71,1%, không nên ăn đồ ngọt nhiều lần trong ngày 49,3%. Tuy nhiên có tới 15,9% không biết cách phòng bệnh.

4.2. Thái độ: Kết quả bảng 3.4 cho thấy đa phần các em đã có ý thức về phòng bệnh răng miệng. Số học sinh cho rằng khám răng định kỳ là thiết yếu chiếm 44,8% và 24,4% các em cho rằng khám răng định kỳ là rất cần thiết, chỉ có 3,3% cho rằng không cần thiết. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Đào Lê Nam Trung và cộng sự năm 2010 có 86,8% học sinh lớp 5 cho rằng khám răng định kỳ là cần thiết [2]; kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Nghĩa, tỷ lệ học sinh có thái độ tốt chiếm 86,5% [1]; nghiên cứu của Lê Bá Nghĩa trên học sinh trung học cơ sở độ tuổi 12- 15 lại thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi với 48,6% [3].

Theo kết quả bảng 3.6 cho thấy học sinh hai trường đã có ý thức tốt về việc chải răng hàng

ngày: phần lớn các em cho rằng việc chải răng hàng ngày là rất quan trọng hoặc quan trọng chiếm 88,2%, chỉ có 1,1% học sinh cho là không quan trọng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Tôn Nữ Hồng Vy (2008) điều tra học sinh Trung học cơ sở tại Khánh Hòa là 94% [4].

4.3. Thực hành: Bảng 3.6 cho thấy học sinh đi khám răng do đau răng chiếm tỷ lệ cao nhất là 38,1%; kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu năm 2010 của Trần Văn Đoàn tại Hà Nam cho thấy nguyên nhân chủ yếu của việc đi khám răng của học sinh là do đau răng với tỷ lệ 22,4% [5]. Tuy nhiên, tỷ lệ học sinh đi khám răng do đau răng trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn trong nghiên cứu của Mahmoud K.Al- Omini (2006) trên 557 học sinh độ tuổi trung bình 13,5 tuổi ở trường cấp 2 phía bắc Jordan là 46,9% [6].

Bảng 3.8 cho thấy tỷ lệ học sinh chải răng hai lần trong ngày chiếm tỷ lệ cao nhất là 66,3%; tỷ lệ chải răng một lần trong ngày chiếm 20,4%, chải răng trên 3 lần trong ngày chỉ chiếm 8,5%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu năm 2010 của Đào Lê Nam Trung tại Hà Nội thấy tỷ lệ học sinh lớp 5 chải răng trên 2 lần/ngày là 74,0% [2] và kết quả nghiên cứu của Ling Zhu (2003) trên đối tượng 12 tuổi và 18 tuổi tại Trung Quốc cho thấy 44,4% số người được hỏi đánh răng ít nhất hai lần một ngày [7].

Bảng 3.8 cho thấy có tới 78,9% học sinh chải răng bằng phương pháp chải ngang thân răng, chỉ có 12,6% chải theo phương pháp xoay tròn từng vùng, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Tôn Nữ Hồng Vy (2008) điều tra về kiến thức, thái độ, thực hành về vệ sinh răng miệng của học sinh trung học cơ sở tại thị trấn Diên Khánh, tỉnh Khánh Hòa tỷ lệ học sinh sử dụng phương pháp chải ngang thân răng được sử dụng phổ biến nhất (32%). Tỷ lệ học sinh thực hành phương pháp chải xoay tròn còn rất hạn chế (2%). Kết quả nghiên cứu còn cho thấy có khoảng 38% số học sinh không có cách chải răng cố định [4].

Kết quả bảng 3.9 cho thấy chỉ có 29,6% thay bàn chải đúng thời gian là 1- 3 tháng/lần. Đa phần các em không nhớ khoảng thời gian giữa mỗi lần thay bàn chải chải răng chiếm 55,6%. Khi bàn chải quá cũ sẽ là nguyên nhân gây lên những sang chấn tổn thương trên răng và ảnh hưởng đến việc loại bỏ mảng bám răng, cao

răng khi chải răng. Trong nghiên cứu của Trần Văn Đoàn năm 2010 ở Hà Nam cho thấy khi hỏi học sinh có dung chỉ tơ nha khoa không thấy 100% không dùng chỉ tơ nha khoa, kết hợp phỏng vấn khi khám lâm sàng rất nhiều học sinh chưa biết chỉ tơ nha khoa là gì, mua ở đâu. Có tới 64,5% học sinh có thói quen dung tăm xỉa răng sau bữa ăn, điều đó đặt ra vấn đề cần phải tuyên truyền cho học sinh về vai trò, lợi ích của việc dùng chỉ tơ nha khoa trong chăm sóc, phòng bệnh răng miệng, đồng thời tuyên truyền cho học sinh thấy tác hại của thói quen dung tăm xỉa răng sau bữa ăn [5].

V. KẾT LUẬN

- Kiến thức và thái độ phòng bệnh răng miệng của học sinh lớp 5 tại hai trường tiểu học thành phố Nam Định tương đối tốt, nhưng không tương xứng với thực hành.

- Không có sự khác biệt đáng kể về kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh răng miệng giữa 2 trường tiểu học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Nghĩa (2009), Nghiên cứu thực trạng và kiến thức- thái độ- thực hành về bệnh răng miệng của học sinh tiểu học tại huyện Văn Chấn- tỉnh

Yên Bái, *Luận văn Thạc sỹ y học chuyên ngành Y học Dự phòng, trường Đại học Thái Nguyên.*

- Đào Lê Nam Trung, Đào Thị Dung, Tạ Thúy Loan (2010), Thực trạng sức khỏe răng miệng và kiến thức, thái độ, hành vi về chăm sóc sức khỏe răng miệng của học sinh lớp 5 trường tiểu học Tiên Dương- Đông Anh- Hà Nội, *Tạp chí Y học thực hành* (705) số 2, tr 3- 6.
- Lê Bá Nghĩa (2009), Nghiên cứu mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, hành vi chăm sóc răng miệng và sâu răng vĩnh viễn ở học sinh 12- 15 tuổi tại trường THCS Tân Mai, *Luận văn Thạc sỹ Y học, trường Đại Học Y Hà Nội.*
- Tôn Nữ Hồng Vy, Trương Phi Hùng, Đoàn Thị Ngọc Hân (2010), Kiến thức, thái độ, thực hành về vệ sinh răng miệng của học sinh THCS tại thị trấn Diên Khánh, tỉnh Khánh Hòa, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 14 (1) tr: 218- 226.
- Trần Văn Đoàn (2010), Thực trạng bệnh răng và nhận thức, thái độ, thực hành về phòng bệnh răng của học sinh- sinh viên trường Cao đẳng Y tế tỉnh Hà Nam, *Luận văn Thạc sỹ Y học chuyên ngành Y tế Công cộng, trường Đại học Y Thái Bình.*
- Mahmoud K.AI- Omini (2006), Oral Health Attitude, Knowledge, and behavior our Among school Children in north Jordan, *Journal of Dental Education*, 70(2):179- 187
- Ling Zhu (2003), Oral Health Knowledge, Attitude and behavior our of Childen and adolescents in China, *Int Dent J*, Oct, 53 (5): 289- 298.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM PHỔI TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH

Lương Đức Sơn¹, Trần Thị Khuyên², Đỗ Văn Dung³

TÓM TẮT³⁰

Nghiên cứu được thực hiện trên 600 bệnh nhi dưới 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi nhằm mô tả một số đặc điểm cận lâm sàng bệnh viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2013. Kết quả cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng trên 10.000/mm³ là 42,8%, có CRP ≥ 10 mg/l là 29%. Hình ảnh tổn thương trên phim Xquang là tổn thương thâm nhiễm rải rác chiếm tỷ lệ 41%, tổn thương tổ chức kẽ 35,7%, tổn thương thâm nhiễm thành đám 13,8%, tổn thương thâm nhiễm phổi hợp 9,5%.

Từ khóa: cận lâm sàng, viêm phổi, trẻ em dưới 5 tuổi.

SUMMARY

STUDY SOME SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PNEUMONIA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT CHILDREN'S HOSPITAL IN THAI BINH PROVINCE

The study was performed on 600 under-5-year-old infant patients who were diagnosed with pneumonia to describe some subclinical characteristics of pneumonia in children under 5 years old at Thai Binh Children's Hospital in 2013. The results showed that ratio of patients with increased white blood cell count of over 10,000/mm³ was 42.8%, and those with CRP ≥ 10 mg/l was 29%. Photos of lesions on x-ray were scattered infiltrations (41%), interstitial organization lesions (35.7%), infiltrations into clusters (13.8%) and coordination infiltrations (9.5 %).

¹Sở Y tế tỉnh Thái Bình

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

³Liên hiệp các Hội khoa học và kỹ thuật Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email: dungnb62@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2017

Ngày duyệt bài: 7.2.2017

Key word: subclinical, pneumonia, children under 5 years old

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu về mắc bệnh và tử vong ở trẻ em. Ở Việt Nam theo thống kê của chương trình phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp thì trung bình mỗi năm một trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp từ 3-5 lần, trong đó có 1-2 lần viêm phổi. Số trẻ viêm phế quản phổi chiếm 30-40% các trường hợp khám và điều trị tại bệnh viện. Tử vong do viêm phổi chiếm 75% tử vong do các bệnh hô hấp và 30-35% tử vong chung ở trẻ em [1].

Bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp là một bệnh lành tính nhưng nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời sẽ gây tử vong cho trẻ. Chương trình nhiễm khuẩn hô hấp cấp đã đưa ra những nhận định nguyên nhân chính gây cho trẻ tử vong là: trẻ không được đưa đến cơ sở y tế kịp thời hoặc đến kịp thời nhưng không được xử trí và điều trị đúng hay là bệnh đã quá nặng.

Từ những thực tiễn trên, để có cơ sở khoa học làm rõ một số đặc điểm cận lâm sàng trong viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi, từ đó đề xuất các giải pháp nâng cao hiệu quả điều trị viêm phổi trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng bệnh viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2013*" nhằm mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm cận lâm sàng bệnh viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2013.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Địa bàn nghiên cứu: Bệnh viện Nhi Thái Bình
- Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhi dưới 5 tuổi (dưới 60 tháng tuổi) điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Thái Bình được chẩn đoán xác định là viêm phổi.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2013 đến tháng 12/2013

Bảng 1. Tần xuất thay đổi về xét nghiệm máu (n=600)

Thay đổi về xét nghiệm máu	Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
Số lượng bạch cầu > 10.000/mm ³	257	42,8
CRP ≥ 10mg/l	174	29,0

Kết quả bảng 1 cho thấy, trong số 600 bệnh nhi nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng trên 10.000/mm³ là 42,8%, có CRP ≥ 10mg/l là 29%.

Bảng 2. Tần xuất thay đổi về xét nghiệm máu theo nhóm tuổi

Thay đổi về xét nghiệm máu	< 2 tháng (n = 76)		2 - <12 tháng (n = 302)		12 tháng – < 60 tháng (n = 222)	
	Số BN	TL %	Số BN	TL %	Số BN	TL %
Số lượng bạch cầu > 10.000/mm ³	23	30,3	142	47,0	92	41,4

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Áp dụng phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang kết hợp với mô tả tiến cứu để xác định đặc điểm cận lâm sàng bệnh viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Thái Bình.

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Sau khi tính toán cỡ mẫu cho nghiên cứu là n = 539. Nhân cỡ mẫu với hệ số bỏ cuộc 10%, khi đó cỡ mẫu là 592, lấy tròn là 600 (bệnh nhi).

- Chọn mẫu: Mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu có chủ đích: tất cả bệnh nhi dưới 5 tuổi đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu cho đến đủ số lượng là 600.

- Các kỹ thuật áp dụng trong thu thập số liệu nghiên cứu:

+ Chụp XQuang tim phổi được tiến hành tại khoa Xét nghiệm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Nhi Thái Bình bằng máy X-Quang kỹ thuật số Shimazu theo quy trình do Bộ Y tế ban hành.

+ Xét nghiệm máu: đếm số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính trong máu được thực hiện bằng máy phân tích huyết học tự động Laser 26 thông số 5 thành phần bạch cầu, model XS-800i, hãng sản xuất: SYSMEX (Nhật Bản) tại Bệnh viện Nhi Thái Bình.

+ Định lượng CRP huyết thanh được thực hiện bằng máy sinh hoá tự động, model AU400, hãng sản xuất: Olympus (Nhật Bản) tại BVNTB.

3. Phương pháp xử lý số liệu

Các kết quả sau khi được thu thập được kiểm tra lại các thông tin phù hợp với tiêu chuẩn, làm sạch và xử lý theo phương pháp thống kê sinh học trên phần mềm vi tính SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số kết quả xét nghiệm máu

CRP ≥ 10mg/l	11	14,5	78	25,8	85	38,3
--------------	----	------	----	------	----	------

Khi phân tích 600 bệnh nhi về các dấu hiệu cận lâm sàng cho thấy, trong số trẻ em dưới 2 tháng tuổi: số bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng trên 10.000/mm³ là 23 bệnh nhi chiếm 30,3%. Số bệnh nhân có CRP ≥ 10mg/l là 11 bệnh nhân chiếm 14,5%. Trong số trẻ em từ 2 tháng đến dưới 12 tháng tuổi: số bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng trên 10.000/mm³ là 142 bệnh nhi chiếm 47%. Số bệnh nhi có CRP ≥ 10mg/l là 78 bệnh nhi chiếm 25,8%. Trong số trẻ em từ 12 tháng đến dưới 60 tháng tuổi: số bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng trên 10.000/mm³ là 92 bệnh nhi chiếm 41,4%. Số bệnh nhi có CRP ≥ 10mg/l là 85 bệnh nhi chiếm 38,3%.

Bảng 3. Tần xuất thay đổi về xét nghiệm máu theo tình trạng nặng

Thay đổi về xét nghiệm máu	Viêm phổi (n = 443)		Viêm phổi nặng (n = 157)	
	Số BN	TL %	Số BN	TL %
Số lượng bạch cầu > 10.000/mm ³	197	44,5	60	38,2
CRP ≥ 10 mg/l	132	29,8	42	26,8

Trong số 443 bệnh nhi viêm phổi: số bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng trên 10.000/mm³ là 197 bệnh nhi chiếm 44,5%. Số bệnh nhi có CRP ≥ 10mg/l là 132 bệnh nhi chiếm 29,8%. Trong số 157 bệnh nhi viêm phổi nặng: số bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng trên 10.000/mm³ là: 60 bệnh nhi chiếm 38,2%. Số bệnh nhi có CRP ≥ 10mg/l là: 42 bệnh nhi chiếm 26,8%.

2. Hình ảnh tổn thương trên phim Xquang

Bảng 4. Hình ảnh tổn thương trên phim Xquang

Hình ảnh tổn thương trên phim Xquang	Số bệnh nhi (n = 600)	Tỷ lệ %
Tổn thương thâm nhiễm thành đám	83	13,8
Tổn thương thâm nhiễm rải rác	246	41,0
Tổn thương tổ chức kẽ	214	35,7
Tổn thương thâm nhiễm phổi hợp	57	9,5

Hình ảnh tổn thương trên phim Xquang là tổn thương thâm nhiễm rải rác chiếm tỷ lệ cao nhất (41%), sau đó là tổn thương tổ chức kẽ (35,7%), tổn thương thâm nhiễm thành đám (13,8%), tổn thương thâm nhiễm phổi hợp (9,5%).

IV. BÀN LUẬN

1. Một số kết quả xét nghiệm máu

Trong số đối tượng nghiên cứu: Tỷ lệ bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng trên 10.000/mm³ là 42,8%, có CRP ≥ 10 mg/l là 29%. Trong nhóm bệnh nhi viêm phổi (không nặng): Tỷ lệ bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng trên 10.000/mm³ là 44,5%, CRP ≥ 10 mg/l là 29,8%. Trong nhóm bệnh nhi viêm phổi nặng: Tỷ lệ bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng trên 10.000/mm³ là 38,2%, CRP ≥ 10 mg/l là 26,8%.

Nghiên cứu của Đào Minh Tuấn về viêm phổi nặng trẻ em dưới 5 tuổi tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2008: tỷ lệ bệnh nhân có số lượng bạch cầu trên 10.000/mm³ là 17% [6]. Cũng nghiên cứu của Đào Minh Tuấn về viêm phổi trẻ em tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2010 tỷ lệ bệnh nhân có CRP tăng chiếm tỷ lệ 79,56% [4].

So sánh các kết quả nghiên cứu trên cho thấy, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng trên 10.000/mm³ cao hơn nghiên cứu của Đào Minh Tuấn và tỷ lệ bệnh nhân có CRP ≥ 10 mg/l thấp hơn nghiên

cứu của Đào Minh Tuấn. Sự khác nhau này có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu có nguyên nhân gây bệnh khác nhau dẫn đến kết quả xét nghiệm khác nhau.

2. Hình ảnh tổn thương trên phim Xquang

Kết quả nghiên cứu cho thấy, hình ảnh tổn thương trên phim Xquang là tổn thương thâm nhiễm rải rác chiếm tỷ lệ cao nhất (41%), sau đó là tổn thương tổ chức kẽ (35,7%), tổn thương thâm nhiễm thành đám (13,8%), tổn thương thâm nhiễm phổi hợp (9,5%).

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Chính về viêm phổi trẻ em từ 2 tháng đến 15 tuổi năm 2010 tại Bệnh viện Nhi Thái Bình: 97,83% trẻ mắc viêm phổi hình ảnh tổn thương trên phim chụp là thâm nhiễm nhu mô phổi, hình ảnh lưới hạt; 2,17% có hình ảnh tổn thương mờ phần thuỳ phổi [2]. Theo nghiên cứu của Lê Hoàng Sơn về trẻ em viêm phổi dưới 3 tuổi tại Cần thơ năm 2005: Số trường hợp có hình ảnh Xquang nốt mờ tập trung quanh rốn phổi là 46%, nốt mờ lan tỏa rải rác là 52%, tràn dịch tràn khí màng phổi 2% [3]. Nghiên cứu của Đào Minh Tuấn về viêm phổi trẻ em dưới 15 tuổi tại Khoa Hô hấp

Bệnh viện Nhi Trung ương trong 5 năm (từ 2005 - 2010), hình ảnh Xquang phổi: tổn thương thâm nhiễm tập trung thành đám 49,4%, tổn thương thâm nhiễm rải rác 15,1%, tổn thương tổ chức kẽ 10,7%, tổn thương thâm nhiễm phổi hợp 24,8% [5].

Nhìn chung, các kết quả nghiên cứu trên có khác nhau về tỷ lệ hình ảnh tổn thương trên Xquang. Nguyên nhân là do, đối tượng nghiên cứu khác nhau về tuyến điều trị, cơ cấu mức độ nặng, thời gian từ khi bệnh nhân mắc bệnh đến khi được nhập viện và tỷ lệ nguyên nhân gây bệnh khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 600 trẻ em viêm phổi từ 0 - 60 tháng tuổi điều trị tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2013 về một số đặc điểm cận lâm sàng thu được kết quả:

Xét nghiệm máu: Tỷ lệ bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng trên 10.000/mm³ là 42,8%, có CRP ≥ 10 mg/l là 29%.

Hình ảnh tổn thương trên phim Xquang là tổn thương thâm nhiễm rải rác chiếm tỷ lệ 41%, tổn thương tổ chức kẽ 35,7%, tổn thương thâm nhiễm thành đám 13,8%, tổn thương thâm nhiễm phổi hợp 9,5%.

KIẾN NGHỊ

Viêm phổi là bệnh chiếm tỷ lệ cao trong bệnh lý trẻ em dưới 5 tuổi và do nhiều nguyên nhân

gây bệnh khác nhau. Cần tăng cường tuyên truyền sâu rộng trong cộng đồng có các biện pháp phòng ngừa viêm phổi cho trẻ em; gia đình cần phát hiện sớm trẻ viêm phổi và kịp thời đưa đến cơ sở y tế điều trị, không được sử dụng kháng sinh bừa bãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ môn Nhi Trường Đại học Y Hà Nội (2009)**, *Bài giảng Nhi khoa tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.377, 378, 386, 391-393.
- Nguyễn Thị Minh Chính (2010)**, *Nhận xét tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi ở trẻ em tại Khoa hô hấp Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2010*, Đề tài nghiên cứu khoa học, Thái Bình, tr.10-12.
- Lê Hoàng Sơn (2005)**, *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, nguyên nhân, điều trị viêm phổi cấp tính trẻ em từ 0 - 3 tuổi tại Cần Thơ*, Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, tr.21, 45, 52-53, 59-61, 90, 97.
- Đào Minh Tuấn (2011)**, "Thay đổi một số chỉ số sinh hoá trong viêm phổi trẻ em", *Tạp chí Y học thực hành*, 756 (3/2011), tr.20-22.
- Đào Minh Tuấn (2011)**, "Đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân của trẻ viêm phổi do vi khuẩn tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương trong 5 năm từ 2006 - 2010", *Tạp chí Y học thực hành*, 756 (3/2011), tr.126-129.
- Đào Minh Tuấn (2010)**, "Nghiên cứu nguyên nhân, dịch tễ học lâm sàng viêm phổi nặng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2008", *Tạp chí Y học thực hành*, 730 (8/2010), tr.64-65.

KHẢO SÁT CÔNG TÁC BẢO QUẢN THUỐC TẠI CÁC NHÀ THUỐC TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH KIÊN GIANG NĂM 2015

Đào Thị Bích Thuận*, Nguyễn Văn Bạch**, Nguyễn Thị Ngọc Vân*

TÓM TẮT³¹

Nghiên cứu tất cả các nhà thuốc trên địa bàn tỉnh Kiên Giang từ tháng 10/2015 đến tháng 02/2016. Kết quả cho thấy có 67% nhà thuốc đạt công tác bảo quản thuốc theo 6 nội dung Thực hành tốt bảo quản thuốc của Bộ Y Tế. Các yếu tố về cập nhật kiến thức chuyên môn, kiểm soát nhiệt độ ≤ 30°C độ ẩm ≤ 75%, khu vực thuốc chờ xử lý, trang bị nhiệt kế, ẩm kế, quạt thông gió có liên quan đến công tác bảo quản

thuốc (p < 0,05). Yếu tố về khu vực ra lẻ không có mối liên quan đến công tác bảo quản thuốc (p > 0,05).

SUMMARY

THE STUDY ON DRUGS PRESERVATION OF PHARMACIES IN KIEN GIANG PROVINCE IN 2014

All pharmacies in Kien Giang province were investigated from October 2015 to February 2016. The research results showed that 67% pharmacy get 6 content of Good Storage Practice of Ministry of Health. There was significant relationship between updating knowledge, temperature control (≤ 30°C), moisture control (≤ 75%), area of drugs waste, equipped with a thermometer hygrometer, ventilation fans and preservation of drugs (p < 0.05). There was not significant relationship between drugs separation sector and the preservation of drugs (p > 0.05).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Học Viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Vân

Email: ntnvan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 6.2.2017

Ngày duyệt bài: 13.2.2017

Thuốc ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe con người. Chất lượng thuốc là vấn đề toàn cầu, được đặt ra ở mọi quốc gia, mọi lúc, mọi nơi. Do đó, công tác bảo quản thuốc nhằm đảm bảo chất lượng thuốc là một mắc xích quan trọng trong toàn bộ dây chuyền từ khâu sản xuất đến khâu phân phối cho người tiêu dùng. Theo Quyết định số 27 ngày 19/4/2007 của Bộ Y tế, đã nêu rõ: "Đến ngày 01/01/2011 tất cả các cơ sở kinh doanh, tồn trữ, bảo quản thuốc, khoa Dược bệnh viện, viện nghiên cứu và trung tâm y tế triển khai áp dụng nguyên tắc GSP" [3].

Tuy nhiên, hiện nay còn một số cơ sở vẫn chưa đạt điều kiện bảo quản thuốc theo nguyên tắc Thực hành tốt bảo quản thuốc theo qui định của Bộ Y tế, tập trung chủ yếu ở khâu lưu thông mà nổi bật nhất là ở khâu bán lẻ tại nhà thuốc, quầy thuốc làm ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng thuốc.

Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu "Khảo sát công tác bảo quản thuốc tại các nhà thuốc trên địa bàn Tỉnh Kiên Giang năm 2015" với mục tiêu:

1. *Xác định tỉ lệ đạt các nội dung về công tác bảo quản thuốc tại các nhà thuốc trên địa bàn tỉnh Kiên Giang.*

2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan không đạt các nội dung về công tác bảo quản thuốc tại các nhà thuốc trên địa bàn tỉnh Kiên Giang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các nhà thuốc trên địa bàn tỉnh Kiên Giang. Người phụ trách các nhà thuốc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Bảng 3.1. Tỷ lệ các nhà thuốc thực hiện công tác bảo quản thuốc theo 6 nội dung Thực hành tốt bảo quản thuốc của Bộ Y tế

	n	Tỷ lệ (%)
Số lượng nhà thuốc đạt công tác bảo quản thuốc	74	67
Số lượng nhà thuốc không đạt công tác bảo quản thuốc	37	33
Tổng	111	100

3.2. Một số yếu tố liên quan dẫn đến công tác bảo quản thuốc

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa "Cập nhật kiến thức chuyên môn" với công tác bảo quản thuốc

Cập nhật kiến thức chuyên môn	Bảo quản thuốc		Tổng cộng	X ² p
	Không đạt n (%)	Đạt n (%)		
Không thường xuyên	15 (78,9)	4 (21,1)	19	21,463 <0,001
Thường xuyên	22 (23,9)	70 (76,1)	92	
Tổng cộng	37 (33,3)	74 (66,7)	111	

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa "Kiểm soát nhiệt độ ≤ 30°C, độ ẩm ≤ 75%" với công tác bảo quản thuốc

Nhiệt độ ≤ 30°C, độ ẩm ≤	Bảo quản thuốc	Tổng cộng	X ²
--------------------------	----------------	-----------	----------------

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

2.2.2. Cỡ mẫu: Chọn tất cả các nhà thuốc trên địa bàn tỉnh Kiên Giang, có 111 nhà thuốc.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu [1],[2]

Dựa trên thang điểm chấm Thực hành tốt nhà thuốc (GPP) do Bộ Y tế ban hành thì nhà thuốc "Đạt" khi đạt từ 90% các nội dung trở lên. Do đó, để đánh giá chi tiết 6 nội dung về công tác bảo quản có tổng cộng 30 tiêu chí, chúng tôi cũng lấy mức "Đạt" khi đạt từ 90% các tiêu chí trở lên (từ 27 tiêu chí) để đánh giá số lượng các nhà thuốc đạt công tác bảo quản thuốc theo nguyên tắc Thực hành tốt bảo quản thuốc của Bộ Y Tế [1], [4].

Tỷ lệ các nhà thuốc đạt công tác bảo quản thuốc theo 6 nội dung Thực hành tốt bảo quản thuốc của Bộ Y tế = (Số lượng các nhà thuốc đạt từ 27 tiêu chí trở lên)/(Tổng số các nhà thuốc được khảo sát) * 100

Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến công tác bảo quản thuốc như: cập nhật kiến thức chuyên môn, kiểm soát nhiệt độ ≤ 30°C độ ẩm ≤ 75%, khu vực thuốc chờ xử lý, nhiệt kế ẩm kế, quạt thông gió, khu vực ra lẻ.

2.2.5. Thu thập số liệu: Thu thập số liệu dựa trên bảng câu hỏi phỏng vấn đã thiết kế sẵn.

2.2.6. Phương pháp xử lý số liệu : bằng phần mềm Excel 2010 và SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ các nhà thuốc thực hiện công tác bảo quản thuốc theo 6 nội dung Thực hành tốt bảo quản thuốc của Bộ Y tế

75%	Không đạt n (%)	Đạt n (%)		p
Không kiểm soát nhiệt độ, độ ẩm	10 (100,0)	0 (0,0)	10	21,980 <0,001
Có kiểm soát nhiệt độ, độ ẩm	27 (26,7)	74 (73,3)	101	
Tổng cộng	37 (33,3)	74 (66,7)	111	

Bảng 3.4. Mỗi liên quan giữa "Khu thuốc chờ xử lý" với công tác bảo quản thuốc

Khu thuốc chờ xử lý	Bảo quản thuốc		Tổng cộng	X ² p
	Không đạt n (%)	Đạt n (%)		
Không	29 (56,9)	22 (43,1)	51	23,506 <0,001
Có	25 (30,1)	58 (69,9)	83	
Tổng cộng	37 (33,3)	74 (66,7)	111	

Bảng 3.5. Mỗi liên quan giữa "Nhiệt kế, ẩm kế" với công tác bảo quản thuốc

Nhiệt kế, ẩm kế	Bảo quản thuốc		Tổng cộng	X ² p
	Không đạt n (%)	Đạt n (%)		
Không	7 (63,6)	4 (36,4)	11	5,045 0,040
Có	30 (30,0)	70 (70,0)	100	
Tổng cộng	37 (33,3)	74 (66,7)	111	

Bảng 3.6. Mỗi liên quan giữa "Quạt thông gió" với công tác bảo quản thuốc

Quạt thông gió	Bảo quản thuốc		Tổng cộng	X ² p
	Không đạt n (%)	Đạt n (%)		
Không	4 (80,0)	1 (20,0)	5	5,131 0,042
Có	33 (31,1)	73 (68,9)	106	
Tổng cộng	37 (33,3)	74 (66,7)	111	

Bảng 3.7. Mỗi liên quan giữa "Khu ra lẻ" của nhà thuốc và việc bảo quản thuốc

Khu ra lẻ	Bảo quản thuốc		Tổng cộng	X ² p
	Không đạt n (%)	Đạt n (%)		
Không	12 (42,9)	16 (57,1)	28	1,528 0,216
Có	25 (30,1)	58 (69,9)	83	
Tổng cộng	37 (33,3)	74 (66,7)	111	

IV. BÀN LUẬN

Tính đến tháng 02/2016 trên địa bàn Tỉnh Kiên Giang có 74 nhà thuốc đạt công tác bảo quản thuốc theo 6 nội dung Thực hành tốt bảo quản thuốc của Bộ Y Tế chiếm tỉ lệ 67%. Điều này cho thấy việc thực hiện công tác bảo quản thuốc tại các nhà thuốc còn gặp nhiều khó khăn. Do đó, để kiện toàn và đảm bảo cung cấp thuốc an toàn có chất lượng các cơ sở cần đầu tư hơn nữa các trang thiết bị, phương tiện bảo quản, cơ sở vật chất, phần mềm quản lý, bên cạnh đó cũng cần có sự kiểm tra và giám sát thường xuyên của cơ quan chức năng có thẩm quyền để đảm bảo các cơ sở thực hiện đúng các qui định về bảo quản thuốc của Bộ Y tế.

Các yếu tố về cập nhật kiến thức chuyên môn, kiểm soát nhiệt độ $\leq 30^{\circ}\text{C}$ độ ẩm $\leq 75\%$, khu vực thuốc chờ xử lý, trang bị nhiệt kế ẩm kế, quạt thông gió có liên quan đến công tác bảo quản thuốc ($p < 0,05$). Thời gian qua, Sở Y tế Kiên Giang đã tổ chức các lớp tuyên truyền, phổ biến giáo dục pháp luật cho 15 Huyện, thị, thành và 14 đơn vị trực thuộc Sở Y Tế bằng hình thức

hội nghị tập huấn cho cán bộ, công chức, viên chức và các cá nhân hành nghề y dược tư nhân tham dự [5]. Điều này góp phần đáng kể trong việc nâng cao kiến thức chuyên môn cho nhân viên nhà thuốc để thực hiện tốt hơn nữa công tác bảo quản thuốc. Các nhà thuốc được trang bị nhiệt kế, ẩm kế, quạt thông gió và thực hiện kiểm soát nhiệt độ, độ ẩm trong nhà thuốc sẽ giúp cho thuốc được bảo quản đúng theo yêu cầu của nhà sản xuất từ đó đảm bảo được chất lượng thuốc đến tay người sử dụng.

V. KẾT LUẬN

Sau khi tiến hành nghiên cứu tất cả các nhà thuốc trên địa bàn tỉnh Kiên Giang từ tháng 10/2015 đến tháng 02/2016. Kết quả cho thấy có 67% nhà thuốc đạt công tác bảo quản thuốc theo 6 nội dung Thực hành tốt bảo quản thuốc của Bộ Y Tế. Các yếu tố về cập nhật kiến thức chuyên môn, kiểm soát nhiệt độ $\leq 30^{\circ}\text{C}$ độ ẩm $\leq 75\%$, khu vực thuốc chờ xử lý, trang bị nhiệt kế ẩm kế, quạt thông gió có liên quan đến công tác bảo quản thuốc ($p < 0,05$). Yếu tố về khu vực ra

lẽ không có mối liên quan đến công tác bảo quản thuốc ($p > 0,05$).

Nghiên cứu giúp nhà quản lý có cái nhìn tổng quát về công tác bảo quản thuốc tại các nhà thuốc trên địa bàn tỉnh Kiên Giang, từ đó có những chính sách hỗ trợ kịp thời để các nhà thuốc đạt được công tác bảo quản thuốc theo qui định của Bộ Y tế giúp nâng cao chất lượng thuốc và là cơ sở thực hiện các nghiên cứu tiếp theo tại các cơ sở khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2001), Quyết định số 2701/2003/QĐ-BYT ngày 29/06/2001 về việc "Triển khai áp dụng nguyên tắc Thực hành tốt bảo quản thuốc".

2. Bộ y tế (2007), Quyết định số 11/2007/QĐ-BYT ngày 24/01/2007 về việc ban hành nguyên tắc, tiêu chuẩn "Thuốc hành tốt nhà thuốc".
3. Bộ y tế (2007), quyết định số 27/2007/QĐ-BYT ngày 19/04/2007 về việc ban hành lộ trình triển khai áp dụng nguyên tắc, tiêu chuẩn "Thực hành tốt nhà thuốc" và nguyên tắc "Thực hành tốt bảo quản thuốc".
4. Bộ y tế (2011), thông tư số 46/2011/TT-BYT ngày 21/12/2011 về việc ban hành nguyên tắc, tiêu chuẩn "Thực hành tốt nhà thuốc".
5. Sở y tế Kiên Giang (2015), Hội nghị cán bộ công chức cơ quan văn phòng sở y tế Kiên Giang năm 2015, Kiên giang, tr.9.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA KHUYẾT CHỨC NĂNG THỊ GIÁC VÀ CHẤT LƯỢNG SỐNG CỦA BỆNH NHÂN GLÔCÔM NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT³²

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và mối liên quan giữa tổn thương chức năng thị giác và chất lượng sống của bệnh nhân glôcôm nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 82 bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm nguyên phát. Chất lượng sống của bệnh nhân glôcôm được đánh giá bằng bộ câu hỏi về chức năng thị giác của Viện Mắt Quốc gia Hoa Kỳ phiên bản Tiếng Việt (NEI-VFQ-25). Chức năng thị giác (thị lực chỉnh kính tốt nhất (TLCKTN) và độ lệch trung bình (MD) được đánh giá thông qua khám lâm sàng và đo thị trường. **Kết quả:** Tỷ lệ glôcôm góc đóng nguyên phát trên glôcôm góc mở nguyên phát xấp xỉ 3:1. Ở nhóm glôcôm góc đóng nguyên phát, đau nhức đầu và buồn nôn, nhìn mờ và đau nhức mắt là triệu chứng cơ năng chiếm tỷ lệ cao. Các triệu chứng thực thể và toàn thân ở mắt glôcôm góc đóng nguyên phát rầm rộ hơn mắt glôcôm góc mở nguyên phát. Các khó khăn mà bệnh nhân glôcôm hay gặp nhất đó là vấn đề sức khỏe tổng quát, thị giác tổng quát và sức khỏe tâm thần. Có mối liên quan có ý nghĩa giữa giảm chức năng thị giác hai mắt với chất lượng sống của bệnh nhân glôcôm nguyên phát. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy rằng điểm số của VFQ-25 đã chỉ ra những khó khăn liên quan đến chức năng thị giác của bệnh nhân glôcôm. Sức khỏe tổng quát, thị giác tổng quát và vấn đề tâm thần do suy giảm thị giác là những khó khăn mà bệnh nhân glôcôm hay gặp nhất. Có mối tương quan có ý nghĩa

giữa giảm chức năng thị giác hai mắt với chất lượng sống của bệnh nhân glôcôm nguyên phát.

Từ khóa: glôcôm nguyên phát, VFQ-25, chức năng thị giác.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN VISUAL FUNCTIONAL DEFECT AND QUALITY OF LIFE IN PRIMARY GLAUCOMA PATIENTS

Purpose: To Investigate the clinical characteristics and the relationship between visual function lesions and quality of life in primary glaucoma patients. **Methods:** This cross-sectional study included 82 primary glaucoma patients. Vietnamese version of the National Eye Institute Visual Function Questionnaire (VFQ-25) was administered to all participants to evaluate their quality of life. Visual functions (Best corrected visual acuity and mean deviation (MD) of visual field) were assessed through clinical examinations and visual field testing. **Results:** The ratio of primary angle-closure glaucoma (PACG) to primary open-closure glaucoma (POCG) is 3:1. Headache, nausea, vomit, blurry vision and ocular pain are the most common symptoms in PACG. The systemic and physical symptoms in PACG are more prominent than POCG. The lowest subscale score was observed in general health, followed by general vision and mental health. There is a significant correlation between the visual malfunction with the quality of life of patients in primary glaucoma. **Conclusions:** We found that the score of VFQ-25 has shown the difficulties related to visual function of glaucoma patients. General health, general vision and mental health are the most common difficulties. There is a significant correlation between visual function lesions and quality of life in primary glaucoma patients.

Key words: glaucoma, VFQ-25, visual function.

*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 7.2.2017

Ngày duyệt bài: 14.2.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức y tế thế giới hiện nay có khoảng 4,5 triệu người mù lòa do glôcôm nguyên phát, chiếm hơn 12% tổng số người mù lòa trên toàn thế giới. Tỷ lệ glôcôm góc mở nguyên phát tăng lên theo tuổi và sự tiến triển của bệnh nhanh hơn ở chủng tộc châu Phi, trong khi đó, glôcôm góc đóng là hình thái phổ biến ở người châu Á. Bệnh glôcôm có thể tác động đến cuộc sống theo bốn cách: suy giảm chức năng thị giác; tác động tâm lý do sợ mù lòa; tác dụng phụ của việc điều trị và gánh nặng kinh tế của việc khám và điều trị [5]. Các nghiên cứu trước đây đã cho thấy rằng, các câu hỏi liên quan đến thị giác nhạy cảm khi đánh giá cuộc sống của bệnh nhân glôcôm hơn là các câu hỏi liên quan sức khỏe chung [5]. Các câu hỏi này có thể giúp bác sĩ điều trị glôcôm theo các cách: giáo dục bệnh nhân và cải thiện việc tuân thủ liệu pháp điều trị; cung cấp thông tin về bệnh nhân cho bác sĩ mà không thể thu thập được thông qua các phương pháp khác, từ đó thiết kế liệu pháp điều trị hiệu quả nhất cho từng bệnh nhân.

Tại Việt Nam, hiện chưa có báo cáo nào về mối liên quan giữa chức năng thị giác và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân glôcôm nguyên phát. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu như trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm nguyên phát, đến khám và điều trị tại Khoa Glôcôm Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ tháng 4/2015 đến tháng 3/2016,

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang. Tất cả bệnh nhân được tiến hành phỏng vấn để hoàn thành bộ câu hỏi VFQ-25 phiên bản Tiếng Việt.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm bệnh nhân: 100% bệnh nhân trên 40 tuổi, trong đó nhóm 40-64 tuổi chiếm tỷ lệ là 53.7%. Nữ giới chiếm tỷ lệ 75,6%, cao gấp 3 lần số nam giới. Bệnh nhân sống ở thành phố chiếm tỷ lệ cao nhất (53.6%). Tỷ lệ glôcôm góc đóng nguyên phát cao hơn glôcôm góc mở nguyên phát.

Nhóm tuổi càng tăng thì tổng điểm càng giảm, và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$). Bên cạnh đó, tổng điểm cũng khác nhau theo địa dư, tình trạng công việc và số bệnh mắt kèm theo và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Triệu chứng cơ năng

Bảng 4. Triệu chứng cơ năng theo hình thái glôcôm

Hình thái Triệu chứng	Glôcôm góc đóng nguyên phát		Glôcôm góc mở nguyên phát	
	Số mắt	Tỷ lệ (%)	Số mắt	Tỷ lệ (%)
Nhìn mờ	91	89.22	33	86.84
Đau nhức mắt	65	63.73	18	47.37
Nhìn khuyết góc	69	67.65	29	76.32
Nhìn thấy quầng xanh đỏ	51	50.00	8	21.05

Nhức đầu và buồn nôn là triệu chứng toàn thân chính ở bệnh nhân glôcôm góc đóng nguyên phát (68.85% và 65.57%). Triệu chứng cơ năng nổi bật ở bệnh nhân glôcôm góc đóng nguyên phát là nhìn mờ (89.22%), tiếp đến là nhìn khuyết góc (67.65%) và đau nhức mắt (63.73%). Đau nhức mắt kèm nhìn mờ nhiều là dấu hiệu cấp tính của glôcôm góc đóng. Còn ở bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát, nhìn mờ và nhìn khuyết góc là triệu chứng cơ năng chiếm đa số, tương ứng lần lượt là 86.84% và 76.32%.

3.2.2. Đặc điểm về thị lực và chỉ số MD của thị trường kế tự động

Bảng 6. Đặc điểm thị lực và chỉ số MD

Hình thái	Glôcôm góc đóng nguyên phát	Glôcôm góc mở nguyên phát	Tổng	p
Thị lực mắt tốt	0.58±0.65	0.47±0.33	0.55±0.59	>0.05
Thị lực mắt kém	1.20±0.82	0.84±0.64	1.11±0.79	
MD mắt tốt	-6.21±5.44	-8.43±7.57	-6.85±6.15	>0.05
MD mắt kém	-11.05±7.36	-13.87±8.26	-11.95±7.70	

Chúng tôi quy ước mắt nhìn tốt hơn là mắt có thị lực tốt hơn và mắt nhìn kém hơn là mắt có thị lực kém hơn. Thị lực được đánh giá bằng đơn vị LogMar. Giá trị thị lực và chỉ số MD được mô tả trong bảng trên.

3.3. Mối liên quan giữa chức năng thị giác và chất lượng sống của bệnh nhân glôcôm

Bảng 7. Bảng điểm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân glôcôm

Điểm số	Số bệnh nhân	Giá trị trung bình
Sức khỏe tổng quát	82	22.25±18.00
Thị giác tổng quát	82	39.27±19.74
Cảm giác đau ở mắt	82	45.88±23.89
Các hoạt động nhìn gần	82	54.36±27.84
Các hoạt động nhìn xa	82	53.86±28.06
Chức năng xã hội	82	61.89±29.97
Sức khỏe tâm thần	82	44.96±27.17
Khó khăn khi thực hiện vai trò của bản thân trong cuộc sống	82	55.94±32.52
Phụ thuộc vào người khác	82	58.13±32.49
Điều khiển xe	42	70.63±20.84
Thị giác màu sắc	82	64.02±33.12
Thị giác chu biên	82	53.35±30.11
Tổng điểm	82	53.37±25.32

Điểm số trung bình của từng vấn đề và tổng điểm được biểu diễn trong bảng 8 và biểu đồ 1. Điểm số càng cao thì những khó khăn của bệnh nhân càng ít và ngược lại. Nhìn chung, sức khỏe tổng quát có điểm số thấp nhất (22.25±18.00) trong tất cả các vấn đề, tiếp theo là thị giác tổng quát (39.27±19.74), sức khỏe tâm thần (44.96±27.17), cảm giác đau ở mắt (45.88±23.89).

Bảng 8. Liên quan giữa thị lực và chất lượng sống

Điểm số	Thị lực chỉnh kính		Chỉ số MD	
	Mắt nhìn tốt hơn	Mắt nhìn kém hơn	Mắt nhìn tốt hơn	Mắt nhìn kém hơn
Sức khỏe tổng quát	-0,472**	-0,350**	0,200	0,321*
Thị giác tổng quát	-0,547**	-0,555**	0,021	0,057
Cảm giác đau ở mắt	-0,472**	-0,515**	0,121	0,182
Các hoạt động nhìn gần	-0,642**	-0,512**	0,213	0,263*
Các hoạt động nhìn xa	-0,645**	-0,520**	0,215	0,314*
Chức năng xã hội	-0,618**	-0,525**	0,254*	0,389**
Sức khỏe tâm thần	-0,595**	-0,458**	0,339**	0,517**
Khó khăn khi thực hiện vai trò của bản thân trong cuộc sống	-0,635**	-0,436**	0,418**	0,634**
Phụ thuộc vào người khác	-0,603**	-0,415**	0,363**	0,439**
Điều khiển xe	-0,118	-0,075	0,202	0,583**
Thị giác màu sắc	-0,579**	-0,441**	0,150	0,346**
Thị giác chu biên	-0,592**	-0,517**	0,311**	0,438**
Tổng điểm	-0,674**	-0,550**	0,306**	0,473**

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

$0.2 \leq |r| \leq 0.39$: tương quan yếu

$0.4 \leq |r| \leq 0.59$: tương quan trung bình

$0.6 \leq |r| < 0.8$: tương quan mạnh

Có mối tương quan giữa thị lực ở mắt nhìn tốt và mắt nhìn kém với tất cả các vấn đề (trừ điều khiển xe). Có mối tương quan mạnh giữa MD ở mắt nhìn kém và điều khiển xe ($r=0,634$), và tương quan trung bình giữa MD ở mắt nhìn kém

và vấn đề sức khỏe tâm thần, khó khăn khi thực hiện vai trò của bản thân trong cuộc sống, thị giác chu biên và tổng điểm.

IV. BÀN LUẬN

- Mỗi hình thái glôcôm nguyên phát, các triệu chứng lâm sàng khác nhau. Triệu chứng cơ năng

và thực thể nổi trội ở glôcôm góc đóng nguyên phát. Ở glôcôm góc mở nguyên phát, các triệu chứng thường nhẹ, đôi khi không có biểu hiện nào, đó là lý do tại sao bệnh nhân thường đến với chúng ta ở giai đoạn nặng khi chức năng thị giác đã giảm sút nhiều.

- Điểm số của VFQ-25 đã chỉ ra những khó khăn liên quan đến chức năng thị giác của bệnh nhân glôcôm. Điểm số càng cao thì những khó khăn của bệnh nhân càng ít và ngược lại. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần tương tự với nhiều tác giả khác trên thế giới, các khó khăn mà bệnh nhân glôcôm hay gặp nhất đó là vấn đề sức khỏe tổng quát, thị giác tổng quát và sức khỏe tâm thần [3], [4]. Tuy nhiên, một điều đáng chú ý rằng, điểm số của các vấn đề trên trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả khác, điều này cho thấy, cũng cùng một vấn đề nhưng bệnh nhân của chúng tôi có mức độ khó khăn nhiều hơn. Điều này có thể do nhiều tác nhân ảnh hưởng như các bệnh lý kèm theo, tình trạng chăm sóc sức khỏe nói chung và chăm sóc mắt nói riêng, sự nhận thức và tuân thủ điều trị của bệnh nhân còn kém dẫn đến tình trạng bệnh tiến triển nặng lên...

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khi được hỏi đều thể hiện sự lo lắng, sợ hãi về vấn đề thị lực và sợ ảnh hưởng đến đến những người xung quanh. Trong một nghiên cứu gần đây của Alberto Diniz-Filho và cộng sự cho thấy, sự tiến triển của tổn thương thị trường có liên quan đến sự xuất hiện các triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân glôcôm[2]. Agorastos cũng kết luận rằng, tổn thương thị trường là yếu tố dự báo chủ yếu các triệu chứng trầm cảm, rối loạn lo âu và rối loạn giấc ngủ. Mặc dù các rối loạn này có tỷ lệ cao, tuy nhiên không được chẩn đoán chính xác hoặc điều trị hiệu quả. Tác giả cũng cho thấy mối liên quan giữa trầm cảm với sự tuân thủ điều trị kém ở bệnh nhân glôcôm, điều này tạo ra một vòng luẩn quẩn và kết quả điều trị không như mong đợi[1]. Do đó, việc điều trị không đơn thuần chỉ là nội khoa và phẫu thuật, mà điều trị tâm lý cũng đóng vai trò quan trọng trong kết quả điều trị. Làm thế nào để nói chuyện với bệnh nhân về vấn đề này là một bệnh nan y và gây mù lòa. Điều này có thể gây ra nhiều khó khăn cho bác sĩ nhãn khoa. Đôi khi chính bác sĩ gây ra những áp lực và lo lắng cho bệnh nhân, từ đó họ không tuân thủ theo phác đồ điều trị thì đó là một thất bại trong điều trị.

Khi độ tuổi càng tăng sẽ kèm theo sự gia tăng những khó khăn trong cuộc sống của bệnh nhân.

Những bệnh nhân lớn tuổi thường sẽ không còn làm việc nữa hoặc đã nghỉ hưu, sống cùng với con cháu, không chủ động về kinh tế mà có sự phụ thuộc vào gia đình do đó những khó khăn họ gặp phải sẽ nhiều hơn những người còn đang làm việc. Tổng điểm ở mỗi vùng miền cũng sẽ có sự khác nhau. So với nông thôn và miền núi, những bệnh nhân ở thành phố có đời sống kinh tế tốt hơn, có điều kiện thuận lợi để được khám chữa bệnh tại các bệnh viện lớn và có sự tiếp cận nhiều hơn về các kiến thức đối với bệnh tật, do đó tổng điểm sẽ cao hơn. Bệnh nhân có bệnh mắt kèm theo. chủ yếu là bệnh đục thể thủy tinh sẽ làm nặng thêm những khó khăn liên quan đến thị giác của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối tương quan mạnh giữa tổng điểm với thị lực mắt tốt ($r=-0.674$) và tương quan trung bình giữa tổng điểm và thị lực mắt kém ($r=-0.550$). Các tác giả khác cũng nhận xét có mối tương quan giữa tổng điểm và thị lực ở mắt tốt và mắt kém [4],[7]. Có mối tương quan yếu giữa tổng điểm với MD mắt tốt ($r=0,306$) và tương quan trung bình giữa tổng điểm và MD mắt kém ($r=0.473$).

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng cơ năng ở glôcôm góc đóng nguyên phát nổi trội hơn glôcôm góc mở nguyên phát.

Sức khỏe tổng quát, thị giác tổng quát và vấn đề tâm thần do suy giảm thị giác là những khó khăn mà bệnh nhân glôcôm hay gặp nhất.

Có mối tương quan có ý nghĩa giữa giảm chức năng thị giác hai mắt với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân glôcôm nguyên phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Agorastos Agorastos, Skevas Christos et al. (2013), "Depression, Anxiety, and Disturbed Sleep in Glaucoma", *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 25(3),pp. 205-213.
2. Alberto , Y Abe Ricardo (2016), "Fast Visual Field Progression Is Associated with Depressive Symptoms in Patients with Glaucoma", *Ophthalmology*, 123(4),pp. 754-759.
3. Cowdin R., Wang Y. et al. (2008), "Impact of Visual Field Loss on HealthRelated Quality of Life in Glaucoma The Los Angeles Latino Eye Study", *Ophthalmology*, 115,pp. 941-948.
4. Mangione C.M., Lee P.P. et al. (2001), "Development of the 25-Item National Eye Institute Visual Function Questionnaire", *Bull. Soc. Belge Ophthalmol.*, 119,pp. 1050-1058.
5. Mangione C.M., Lee P.P. et al. (1998), "Psychometric Properties of the National Eye

- Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ)", *Arch Ophthalmol.*, 116(11),1496-1504.
- 6. Sawada Hideko, Fukuchi Takeo et al. (2011)**, "Evaluation of the relationship between quality of vision and visual function in Japanese glaucoma patients", *Clinical Ophthalmology*, 5,pp. 259–267.
- 7. To K.G., Meuleners L.B. et al. (2014)**, "Assessing the test–retest repeatability of the Vietnamese version of the National Eye Institute 25-item Visual Function Questionnaire among bilateral cataract patients for a Vietnamese population", *Australasian Journal on Ageing*, 33 (2),E7-E10.

CẢI THIỆN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG, BIẾNG ĂN, RỐI LOẠN TIÊU HÓA VÀ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CHO TRẺ 24-60 THÁNG TUỔI BẰNG SẢN PHẨM DINH DƯỠNG PEDIA GROW

Cao Thị Thu Hương*

TÓM TẮT³³

Mục tiêu: Đánh giá hiệu của sản phẩm dinh dưỡng Pedia Grow lên tình trạng dinh dưỡng, biếng ăn, rối loạn tiêu hóa và nhiễm khuẩn hô hấp của trẻ 24-60 tháng tuổi tại 4 xã thuộc huyện Nam Trực, Nam Định. **Phương pháp:** Nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng trên 144 trẻ. Trẻ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được chia thành hai nhóm. Nhóm can thiệp (72 trẻ): mỗi trẻ hàng ngày được bổ sung 2 gói Pedia Grow (50g/gói) trong thời gian 3 tháng. Nhóm chứng (72 trẻ): trẻ không được bổ sung Pedia Grow. **Kết quả** cho thấy: sau 3 tháng can thiệp, trẻ nhóm uống Pedia Grow hàng ngày có mức tăng cân ($0,81 \pm 0,36$ kg), mức tăng chiều cao ($3,47 \pm 0,87$ cm) và mức tăng các chỉ số: Z-score cân nặng theo chiều cao ($0,06 \pm 0,34$ SD); Z-score cân nặng theo tuổi ($0,17 \pm 0,54$ SD), Z-score chiều cao theo tuổi ($0,29 \pm 0,26$ SD) cao hơn so với nhóm chứng tương ứng là: $0,40 \pm 0,23$ kg; $2,22 \pm 0,68$ cm; $-0,09 \pm 0,29$; $-0,04 \pm 0,20$; $0,03 \pm 0,29$. Tỷ lệ trẻ nhóm can thiệp bị rối loạn tiêu hóa (8,3%) và nhiễm khuẩn hô hấp (20,8%) thấp hơn so với nhóm chứng tương ứng là 38,9% và 62,5%. Tỷ lệ trẻ biếng ăn (45,8%) thấp hơn so với nhóm chứng (75,0%). **Kết luận:** Sử dụng Pedia Grow đã cải thiện tình trạng dinh dưỡng, biếng ăn, rối loạn tiêu hóa và nhiễm khuẩn hô hấp của trẻ 24-60 tháng tuổi.

Từ khóa: Pedia Grow, biếng ăn, rối loạn tiêu hóa, nhiễm khuẩn hô hấp, trẻ 24-60 tháng

SUMMARY

IMPROVING NUTRITIONAL STATUS, ANOREXIA, DIGESTIVE DISORDERS AND RESPIRATORY INFECTION FOR CHILDREN AGED 24-60 MONTHS NUTRITION PRODUCT PEDIA GROW

Objective: To assess impact of Pedia Grow on the nutritional status, anorexia, digestive disorders, respiratory infection of children aged 24-60 months in 4 communes of Nam Truc district, Nam Dinh province. **Methods.** A randomized controlled trial was done in 144 children. The children fulfilled all criteria were randomly allocated into two groups. The intervention group (72 children): the children were daily supplemented 2 sachets Pedia Grow (50g/sachet) during 3 months. Control Group (72 children): the children were not supplemented Pedia Grow. **The results** showed that of children in intervention group

having increment of weight (0.81 ± 0.36 kg), height (3.47 ± 0.87 cm); weight for height Z-score (0.06 ± 0.34 SD); weight for age Z-score (0.17 ± 0.54), height for age Z-score (0.29 ± 0.26 SD) was higher as compared to those of control group that was respectively 0.40 ± 0.23 kg; 2.22 ± 0.68 cm; -0.09 ± 0.29 SD; -0.04 ± 0.20 SD; 0.03 ± 0.29 SD. Prevalence of anorexia in intervention group was (45,8%) significantly lower as compared to control group (75%). Prevalence of digestion disorder (8,3%) and respiratory infection (20,8%) in intervention group was lower as compared to control group that was respectively 38,9% và 62,5%. **Conclusion** Consumption of Pedia Grow improved nutritional status, anorexia, digestion disorder, symptoms of respiratory infection of children aged 24-60 months.

Key word: Pedia Grow, anorexia, digestion disorder, respiratory infection, and children aged 24-60 months

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những thập kỷ qua, Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu đáng kể trong công tác phòng chống suy dinh dưỡng. Các nghiên cứu về hiệu quả các sản phẩm dinh dưỡng cũng như bổ sung vi chất dinh dưỡng đã được chứng minh. Tuy nhiên tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi vẫn ở mức trung bình và có vùng vẫn ở mức cao so với thang phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới. Theo kết quả điều tra giám sát dinh dưỡng năm 2013, tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân (cân nặng/tuổi thấp) và tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi (chiều cao/tuổi thấp) tương ứng là 15,3%; 25,9%, [1].

Bên cạnh các nghiên cứu tập trung vào đối tượng thấp còi thì việc cải thiện chỉ số cân nặng so với chiều cao cũng cần được quan tâm. Chỉ số cân nặng theo chiều cao được sử dụng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng cấp tính của trẻ. Khi trẻ giảm khẩu phần (biếng ăn), rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy, nhiễm khuẩn hô hấp... thì chỉ số này sẽ giảm. Nếu tình trạng biếng ăn, rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy, nhiễm khuẩn kéo dài hoặc lặp lại với tần suất liên tục sẽ dẫn đến suy dinh dưỡng mạn tính (chiều cao theo tuổi < -2Z-score: thấp còi).

Cùng với sự phát triển của xã hội và kinh tế thị trường, việc nghiên cứu các thức ăn, chế phẩm công nghiệp có giá trị dinh dưỡng (đủ đậm độ năng lượng, vi chất dinh dưỡng) và an toàn (không bị nhiễm vi sinh vật và các chất hóa học) là cách tiếp cận tốt nhằm cải thiện tình trạng

*Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thu Hương

Email: Caothithuhuong@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

dinh dưỡng của trẻ, đặc biệt đối với những trẻ có nguy cơ suy dinh dưỡng, hoặc suy dinh dưỡng, hoặc trẻ có biểu hiện biếng ăn. Pedia Grow là sản phẩm dinh dưỡng với thành phần chính là sữa bò có chất đạm và chất béo dễ hấp thu được bổ sung thêm lợi khuẩn (probiotic) cùng các vitamin và khoáng chất cần cho nhu cầu dinh dưỡng hàng ngày của trẻ, ngoài ra sản phẩm dinh dưỡng Pedia Grow còn chứa Lysine, các acid amin và các acid béo không no cần thiết. Để tìm hiểu tác động của sản phẩm dinh dưỡng Pedia Grow đến tình trạng dinh dưỡng và sức khỏe của trẻ, một nghiên cứu can thiệp đã được tiến hành

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng: Trẻ từ 24 đến 60 tháng tuổi, đã cai sữa, đối tượng có nguy cơ bị suy dinh dưỡng gầy còm có chỉ số Z-score cân nặng/chiều cao (WHZ) <-0,8 SD kèm theo điều kiện WAZ<0 SD và HAZ<0 SD, trẻ không bị dị tật bẩm sinh. Cha mẹ đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

Địa điểm: 4 xã thuộc huyện Nam Trực, Nam Định

Thời gian nghiên cứu: 3/2014-3/2015

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: được tính toán dựa theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp: $n = 2 [(Z_{\alpha} + Z_{\beta})\delta]^2 / [\bar{X}_1 - \bar{X}_2]^2$ Cỡ mẫu tối thiểu có thể phát hiện được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức cải thiện cân nặng của trẻ giữa hai nhóm nghiên cứu tại sau 3 tháng can thiệp ($\mu_1 - \mu_2$) là 0,3 kg; khi ở độ tin cậy (95%): $Z_{\alpha} = 1,96$ ($\alpha = 0,05$) và khi lực mẫu là 90% ta có $Z_{\beta} = 1,28$ ($\beta = 0,1$). Cỡ mẫu tính được là 60 trẻ, dự phòng 20% bỏ cuộc, cỡ mẫu cho mỗi nhóm là 72.

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

- Nhóm can thiệp: Hàng ngày trẻ được bổ sung 2 gói sản phẩm dinh dưỡng Pedia Grow (mỗi gói 50 g)

- Nhóm chứng: Trẻ không được bổ sung sản phẩm dinh dưỡng Pedia Grow

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

2.5. Thu thập số liệu: Phòng vấn bà mẹ qua bộ câu hỏi. Cân trẻ bằng cân có độ chính xác 10g và thước đo chiều cao đứng có độ chính xác 0,1cm. Trẻ bị SDD khi các chỉ số nhân trắc so với quần thể tham chiếu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) <-2SD

Trẻ được coi là biếng ăn khi có 1 trong các biểu hiện sau: 1) Từ chối ăn hoặc ngậm thức ăn lâu trong miệng, 2) Không ăn hết 1/2 lượng thức ăn của trẻ so với lứa tuổi (theo 1 ngày); 3) Trẻ ăn được >1/2 lượng thức ăn 1 bữa chính nhưng do bị ép và thời gian ăn lâu (quá 30 phút) [4].

Trẻ bị tiêu chảy cấp khi trẻ đi ngoài phân lỏng toàn nước hoặc có máu từ 3 lần trở lên. Trẻ được coi là đi ngoài phân sống khi thấy phân của trẻ nát không thành khuôn, có thể nhìn thấy hạt mỡ hoặc thức ăn do thức ăn chưa được tiêu hóa hết. Trẻ được coi là táo bón khi trẻ đi ngoài khó, phải rặn, phân cứng, có khi phân thành từng cục như phân dê hoặc như hòn bi, có thể có máu cuối bãi hoặc trẻ 2-3 ngày mới đi đại tiện một lần.

2.6. Xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch, nhập liệu bằng chương trình EPI DATA 6.0. Phân tích số liệu theo chương trình SPSS 16.0. Chỉ những trẻ tham gia tại thời điểm ban đầu và kết thúc can thiệp 3 tháng mới đưa vào phân tích xử lý số liệu. Số liệu của biến định lượng được kiểm tra phân bố chuẩn trước khi phân tích. Sử dụng T-test so sánh hai số trung bình phân bố chuẩn. Test χ^2 dùng kiểm định tỷ lệ giữa hai nhóm cùng thời điểm nghiên cứu, test Mc Nemar để kiểm định tỷ lệ khác nhau (trước và sau trong) cùng một nhóm

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo các nguyên tắc trong hồ sơ đạo đức đã được hội đồng đạo đức Viện Dinh dưỡng thông qua

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Thay đổi cân nặng, chiều cao của trẻ trước và sau can thiệp

Biến số/chi số	Thời gian	Nhóm chứng (n=72) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm can thiệp (n=72) ($\bar{X} \pm SD$)
Cân nặng (kg)	Điều tra ban đầu (T0)	11,82 \pm 1,42	11,76 \pm 1,26
	Điều tra sau 3 tháng (T3)	12,22 \pm 1,45	12,57 \pm 1,35
	Thay đổi (T3 - T0)	0,40 \pm 0,23	0,81 \pm 0,36***
Chiều cao (cm)	T0	91,75 \pm 6,48	91,78 \pm 6,25
	T3	93,97 \pm 6,52	95,28 \pm 6,15
	Thay đổi (T3 - T0)	2,22 \pm 0,23	3,49 \pm 0,87***

***p<0,01; *** p<0,001 sự khác biệt giữa 2 nhóm, Test T độc lập,*

Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy: tại thời điểm trước can thiệp, cân nặng và chiều cao trung bình của trẻ em 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa ($p>0,05$). Sau thời gian can thiệp 3 tháng. Mức tăng cân ($0,81 \pm 0,36$ kg) và chiều cao ($3,49 \pm 0,87$ cm) của trẻ nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng tương ứng là $0,40 \pm 0,23$ kg và $2,22 \pm 0,23$ cm ($p<0,001$).

Bảng 3.2. Thay đổi cân nặng, chiều cao của trẻ trước và sau can thiệp

Biến số/chi số		Nhóm chứng (n=72) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm can thiệp (n=72) ($\bar{X} \pm SD$)
Cân nặng theo tuổi (WAZ)	T0	-1,86 \pm 0,48	-1,84 \pm 0,61
	T3	-1,91 \pm 0,50 ^a	-1,66 \pm 0,45 ^{**b}
	Thay đổi (T3 – T0)	-0,04 \pm 0,20	0,17 \pm 0,53 ^{**}
Chiều cao theo tuổi (HAZ)	T0	-1,66 \pm 0,72	-1,57 \pm 0,65
	T3	-1,63 \pm 0,73	-1,27 \pm 0,26 ^{**c}
	Thay đổi (T3 – T0)	0,03 \pm 0,29	0,29 \pm 0,26
Cân nặng theo chiều cao (WHZ)	T0	-1,35 \pm 0,36	-1,44 \pm 0,42
	T3	-1,45 \pm 0,38 ^b	-1,38 \pm 0,51
	Thay đổi (T3 – T0)	-0,09 \pm 0,29	0,06 \pm 0,34 ^{**}

p<0,01, ***p<0,001 sự khác biệt với nhóm chứng cùng thời điểm, Test T độc lập*

^bp<0,01, ^cp<0,001 so với điều tra ban đầu trong cùng nhóm, Test T ghép cặp

Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy trước can thiệp không thấy có sự khác biệt về các chỉ số WAZ, HAZ và WHZ của trẻ em nhóm can thiệp và nhóm chứng. Sau 3 tháng can thiệp, các chỉ số WAZ, HAZ và WHZ của trẻ em nhóm can thiệp được cải thiện với mức cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng tương ứng với $p<0,01$ và $p<0,001$).

Bảng 3.3. Tình trạng biếng ăn của trẻ sau 3 tháng can thiệp

Biến số/chi số	Điều tra ban đầu		Sau 3 tháng	
	Nhóm chứng N = 72	Nhóm CT N = 72	Nhóm chứng N = 72	Nhóm CT N = 72
Sợ ăn	49 (68,1)	46 (63,9)	37 (51,4) ^a	20 (27,8) ^{**c}
Ngậm thức ăn	45 (62,5)	36 (50,0)	26 (36,1)	5 (6,9) ^{**c}
Thời gian ăn >30 phút	38 (52,8)	34 (47,2)	45 (62,5)	24 (33,3) ^{**c}
Biếng ăn	58 (80,5)	57 (79,2)	54 (75,0)	33 (45,8) ^{**c}

***p < 0,01, ***p < 0,001 so với nhóm chứng cùng thời điểm, Test χ^2*

^ap<0,05, ^cp<0,001 so với cùng nhóm tại thời điểm trước can thiệp, test Mc Nemar

Kết quả nghiên cứu bảng 3.3. cho thấy: Trước can thiệp tỷ lệ biếng ăn của trẻ gồm các dấu hiệu hoặc sợ ăn, hoặc ngậm thức ăn hoặc thời gian ăn trên 30 phút của trẻ em nhóm can thiệp và nhóm chứng không có sự khác biệt ($p>0,05$). Sau thời gian can thiệp 3 tháng, tỷ lệ biếng ăn của trẻ nhóm can thiệp giảm đáng kể ($p<0,001$) và thấp hơn so với nhóm chứng ($p<0,001$).

Bảng 3.4. Thay đổi tỷ lệ mắc bệnh trong 2 tuần qua của trẻ sau 3 tháng

Biến số/chi số		Điều tra ban đầu		Sau 3 tháng	
		Nhóm chứng N = 72	Nhóm CT N = 72	Nhóm chứng N = 72	Nhóm CT N = 72
Rối loạn Tiêu hóa	Tiêu chảy	4 (5,6)	3 (4,2)	4 (3,5)	0 (2,6)
	Táo bón	21 (29,2)	23 (31,9)	15 (20,8)	3 (4,2) ^{**c}
	Đi ngoài phân sống	16 (22,2)	15 (20,8)	9 (12,5)	3 (4,2) ^c
	Tổng	41 (56,9)	41 (56,9)	28 (38,9)	6 (8,3) ^{***c}
Nhiễm khuẩn hô hấp	Viêm mũi, họng	53 (73,6)	50 (69,4)	45 (62,5)	15 (20,8) ^{**c}
	Viêm phổi	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Tổng	54 (75,0)	50 (69,4)	45 (62,5)	15 (20,8)^{***c}

p < 0,05, **p<0,01, *p<0,001 so với nhóm chứng cùng thời điểm, Test χ^2*

^bp < 0,01, ^cp<0,001 so với cùng nhóm tại thời điểm trước can thiệp, test Mc Nemar

Kết quả ở bảng 3.4 cho thấy: trước can thiệp, tỷ lệ trẻ bị RLTH và NKHH ở cả hai nhóm không có sự khác biệt ($p>0,05$). Sau 3 tháng can thiệp, tỷ lệ trẻ bị RLTH (8,3%) và NHKH (20,8%) của nhóm

can thiệp giảm đáng kể ($p < 0,001$) và thấp hơn so với nhóm chứng tương ứng là 38,9% và 62,5% ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả sản phẩm dinh dưỡng

Sau 3 tháng can thiệp, trẻ uống Pedia Grow có mức tăng cân là $0,81 \pm 0,36$ kg và mức tăng chiều cao là $3,41 \pm 0,89$ cm cao hơn so với mức tăng cân ($0,40 \pm 0,24$ kg) và tăng chiều cao ($2,13 \pm 0,74$ cm) của nhóm chứng (bảng 3.1). Pedia Grow với chất béo dễ hấp thu và chuyển hóa nhanh thành năng lượng nhờ bổ sung chất béo MCT và L- carnitine. Mỗi ngày trẻ được uống 2 ly (100 g) Pedia Grow đã cung cấp khoảng 450 Kcal-460 Kcal đáp ứng được 35% đến 45% nhu cầu khuyến nghị (Bộ Y tế, 2016) của trẻ từ 2-5 tuổi. Đối với trẻ biếng ăn thì đây là sản phẩm dinh dưỡng có giá trị vì các chất dinh dưỡng được hấp thu tối ưu khác hẳn với những thức ăn khác: trẻ phải nhai, nuốt, dạ dày phải co bóp và cần có sự tham gia của các men và enzym trong quá trình chuyển hóa và hấp thu. Đối với trẻ biếng ăn, lượng thức ăn ăn vào thường không đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng của trẻ. Nếu lượng thức ăn của trẻ biếng ăn chỉ bằng 1/2 lượng thức ăn của trẻ bình thường [4] thì việc bổ sung 2 ly sản phẩm dinh dưỡng/ngày cũng có thể bù đắp được gần 1/2 lượng thức ăn mà trẻ bị thiếu hụt. Mỗi ly sản phẩm dinh dưỡng chứa 180 ml với 50 g bột cung cấp khoảng 220-230 kcal. Đây được coi là sản phẩm dinh dưỡng có đậm độ năng lượng cao ($> 1\text{kcal}/1\text{ ml}$). Điều này giải thích cho sự tăng cân của trẻ nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng. Chiều cao của trẻ nhóm can thiệp tăng nhiều hơn so với nhóm chứng do thành phần của Pedia Grow chứa các chất dinh dưỡng cần cho sự tăng trưởng của trẻ bao gồm đạm động vật (từ sữa bò), các acid amin, Lysine, Kẽm và các vitamin/khoáng chất khác. Chính vì có mức tăng cân và mức tăng chiều cao nhiều hơn nên chỉ số WAZ ($0,21 \pm 0,49$) và WHZ ($0,25 \pm 0,52$) của trẻ nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm chứng một cách có ý nghĩa ($p < 0,01$ và $p < 0,001$) với chỉ số WAZ là $-0,07 \pm 0,25$ và WHZ là $0,02 \pm 0,33$. Chỉ số HAZ của trẻ nhóm uống Pedia Grow cũng được cải thiện đáng kể ($0,24 \pm 0,30$) so với sự thay đổi HAZ của nhóm chứng là $0,02 \pm 0,33$. Nghiên cứu của TT Nga và cộng sự (2013): sử dụng thực phẩm RUSF giàu năng lượng được bổ sung đa vi chất cho trẻ có WHZ < -1 SD, sau 1 tháng bổ sung 500 Kcal RUSF đã cải thiện được cả 3 chỉ số WAZ, WHZ và HAZ so với trước can thiệp, tuy nhiên trong nghiên cứu của TT Nga không có

nhóm chứng để so sánh [2]. Nghiên cứu hiệu quả của gói đa vi chất trên trẻ 6-36 tháng thấp còi cũng cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ thấp còi [3].

4.2. Đánh giá tác động của Pedia Grow lên tình trạng biếng ăn của trẻ

Tại thời điểm điều tra ban đầu, tỷ lệ trẻ biếng ăn ở cả hai nhóm tương đối cao: nhóm chứng (80,5% và nhóm can thiệp 79,2%). Sau 3 tháng, tỷ lệ biếng ăn của trẻ em nhóm can thiệp giảm đáng kể và thấp hơn so với nhóm chứng. Điều đó có thể giải thích trong sản phẩm Pedia Grow có chứa kẽm là chất dinh dưỡng kích thích sự ngon miệng. Nghiên cứu thực nghiệm trên chuột với chế độ ăn thiếu kẽm đã chứng minh sự chán ăn của chuột qua lượng thức bổ sung theo chu kỳ. Cơ chế tác động của kẽm cũng chưa rõ, tuy nhiên có giả thuyết cho rằng thiếu kẽm đã làm tê liệt trung tâm thèm ăn ở vùng hypothamus [5],[6]. Ngoài ra, Lysine trong Pedia Grow cũng có vai trò quan trọng trong việc kích thích thèm ăn của trẻ. Mặc dù tình trạng biếng ăn đã giảm nhưng tỷ lệ biếng ăn vẫn còn 45,8%. Điều đó cho thấy những đứa trẻ này vẫn cần tiếp tục sử dụng sản phẩm để giải quyết vấn đề dinh dưỡng.

4.3. Đánh giá hiệu quả của Pedia Grow lên tình hình mắc bệnh tiêu hóa và hô hấp của trẻ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ bị rối loạn tiêu hóa và nhiễm khuẩn hô hấp của trẻ nhóm uống Pedia Grow giảm đáng kể so với nhóm chứng. Sở dĩ như vậy vì trong sản phẩm sữa Pedia Grow có chứa các chủng lợi khuẩn BB-12TM & LGTM với chất xơ hòa tan Inulin & FOS làm ức chế sự phát triển của vi khuẩn có hại, tăng cường vi khuẩn có lợi trong hệ đường ruột, giúp hệ tiêu hóa của trẻ khỏe mạnh nhờ đó hấp thụ các chất dinh dưỡng tốt hơn. Nghiên cứu của Cao Thị Thu Hương và Trương Tuyết Mai về hiệu quả của sữa chua men sống probi cho thấy, trẻ 24-47 tháng tuổi sử dụng sữa chua men sống đã cải thiện được tình trạng rối loạn tiêu hóa cũng như mắc bệnh hô hấp [7].

V. KẾT LUẬN

1. Trẻ em uống Pedia Grow hàng ngày đã có mức tăng cân $0,81 \pm 0,36$ kg, mức tăng chiều cao $3,49 \pm 0,87$ cm, mức cải thiện Z-score cân nặng/tuổi ($0,17 \pm 0,53$ SD), Z-score chiều cao/tuổi ($0,29 \pm 0,26$ SD) và Z-score cân nặng/chiều cao ($0,06 \pm 0,34$ SD) cao hơn so với nhóm chứng tương ứng là $0,40 \pm 0,23$ kg; 2,22

$\pm 0,68$ cm; Z-score cân nặng/tuổi $-0,04 \pm 0,20$ SD; Z-score chiều cao/tuổi $0,03 \pm 0,29$ SD và Z-score cân nặng/chiều cao $-0,09 \pm 0,29$ SD ($p < 0,01-0,001$).

2. Trẻ em uống Pedia Grow hàng ngày đã cải thiện được tình trạng biếng ăn: Tỷ lệ biếng giảm từ 79,2% xuống còn 45,8% ($p < 0,001$) thấp hơn so với nhóm chứng tại thời điểm sau can thiệp 3 tháng là 75,0% ($p < 0,001$).

3. Trẻ em uống Pedia Grow có tần xuất mắc bệnh tiêu hóa (8,3%) và hô hấp (20,8%) thấp hơn so với trẻ em nhóm chứng tương ứng là 38,9% và 62,5% tại thời điểm sau can thiệp 3 tháng.

KHUYẾN NGHỊ

Cần tiếp tục nghiên cứu hiệu quả Pedia Grow trong thời gian can thiệp 6 tháng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viện Dinh dưỡng (2015)**. Tình hình dinh dưỡng trẻ em qua các năm

2. **Nga TT, Marie N, Mathisen R, Hoa DTB, Minh HN, Berger J (2013)**. Acceptability and impact on anthropometry of a locally developed Ready-to-use therapeutic food in pre-school children in Vietnam. *Nutrition Journal* 2013, 12:120
3. **Nguyễn Thanh Hà, Nguyễn Xuân Ninh, Phạm Văn Hoan (2011)**, "Hiệu quả bổ sung kẽm và sprinkles đa vi chất trên chỉ số nhân trắc của trẻ thấp còi 6-36 tháng tuổi", *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập XXI, 1(118).
4. **Chatoor I (2009)**. Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers, and Young Children. Washington, DC: Zero to Three Press; 2009.
5. **Blanchard RK, cousins RJ (1995)**. Differential display of dietary zinc regulated rat intestinal mRNAs (abstract). *FASEB J* 9: A866.
6. **Shay NF, Beverly JI, Rains TM et al (1995)**. Central administration of neuropeptide Y restores intake to normal levels in zinc deficient rats (Abstract). *FASEB J* 9: A 867.
7. **Cao Thị Thu Hương- Trương Tuyết Mai (2013)**. Hiệu quả của sữa chua men sống Probi lên tình trạng mắc bệnh tiêu hóa - hô hấp và dinh dưỡng của trẻ 24-47 tháng tuổi tại một số xã Đông Hưng- Thái Bình. *Tạp chí y tế dự phòng*, tập XXVI, số 1 (174), tr91-99

ĐẶC ĐIỂM DẪN TRUYỀN THẦN KINH CẢM GIÁC CHI TRÊN Ở NGƯỜI BÌNH THƯỜNG KHỎE MẠNH 18 -24 TUỔI

Nguyễn Minh Thành*, Lê Đình Tùng**

TÓM TẮT³⁴

Đo tốc độ dẫn truyền thần kinh là một công cụ hữu hiệu để đánh giá các bất thường về cấu trúc và chức năng thần kinh ngoại vi, thường được ứng dụng để chẩn đoán các bệnh lý thần kinh ngoại vi. Xây dựng các chỉ số tham chiếu là cần thiết để nhận định và phân giải kết quả. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này trên 30 sinh viên (15 nam, 15 nữ), 18 đến 24 tuổi với mục tiêu xác định thời gian tiềm, biên độ và tốc độ dẫn truyền cảm giác các dây thần kinh giữa, trụ và quay ở người bình thường khỏe mạnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian tiềm cảm giác (ms) của các dây thần kinh giữa, trụ và quay ở nam giới là $2,77 \pm 0,31$ và $3,41 \pm 0,34$; $2,54 \pm 0,3$ và $3,19 \pm 0,37$; $2,06 \pm 0,29$ và $2,55 \pm 0,34$; biên độ ($\cdot V$) là $36,26 \pm 15,37$ và $21,64 \pm 9,38$; $26,79 \pm 13,99$ và $17,85 \pm 8,27$; $30,64 \pm 10,76$. Ở nữ lần lượt là $2,6 \pm 0,21$ và $3,22 \pm 0,22$; $2,34 \pm 0,22$ và $2,92 \pm 0,29$; $1,82 \pm 0,22$ và $2,31 \pm 0,26$; biên độ ($\cdot V$) là $43,16 \pm 22,26$ và $16,07 \pm 5,76$; $29,91 \pm 19,06$ và $21,97 \pm 10$; $40,05 \pm$

19,43. Tốc độ dẫn truyền (m/s) chung cho cả nam và nữ lần lượt là $67,59 \pm 3,56$; $67,53 \pm 4,62$; $67,13 \pm 4,55$. Không có sự khác biệt về tốc độ dẫn truyền cảm giác ở các dây thần kinh giữa, trụ, quay và giữa các đối tượng nam và nữ. Có khác biệt về thời gian tiềm cảm giác và biên độ SNAP giữa nam và nữ. Kết quả nghiên cứu này có thể sử dụng để nhận định và đánh giá các bất thường về thần kinh ngoại vi chi trên.

Từ khóa: Dẫn truyền thần kinh, dây thần kinh giữa, dây thần kinh quay, dây thần kinh trụ, thời gian tiềm cảm giác

SUMMARY

NORMATIVE DATA OF UPPER LIMB SENSORY NERVE CONDUCTION IN HEALTHY ADULTS AGED 18 - 24

Nerve conduction study (NCS) is an important tool to evaluate peripheral nerve abnormalities and commonly used in the diagnosis of peripheral nerve disorders. The results are routinely compared to normative values to discern abnormalities, therefore proper comparison values are critical for valid interpretation. For this reason, goal of our work was to establish normative electrophysiological data for commonly tested upper limb such as median, ulnar and radial nerves in normal healthy adults. Sensory nerve conduction studies were performed prospectively in upper limbs of 30 carefully screened

*Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Tùng

Email: tungphy.yhn@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

healthy students of either sex, who were between the ages of 18 and 24 years by using standardized techniques. The results indicated that, in men the median, ulnar, radial distant latency (ms) was 2.77 ± 0.31 and 3.41 ± 0.34 ; 2.54 ± 0.3 and 3.19 ± 0.37 ; 2.06 ± 0.29 and 2.55 ± 0.34 , in responses. The amplitude (SNAPA, mV) was 36.26 ± 15.37 and 21.64 ± 9.38 ; 26.79 ± 13.99 and 17.85 ± 8.27 ; 30.64 ± 10.76 . In women, the median, ulnar, radial distant latency was 2.6 ± 0.21 and 3.22 ± 0.22 ; 2.34 ± 0.22 and 2.92 ± 0.29 ; 1.82 ± 0.22 and 2.31 ± 0.26 , the amplitude was 43.16 ± 22.26 and 16.07 ± 5.76 ; 29.91 ± 19.06 and 21.97 ± 10 ; 40.05 ± 19.43 , respectively. The conduction velocity (SNCV, m/s) in either gender was 67.59 ± 3.56 ; 67.53 ± 4.62 ; 67.13 ± 4.55 . There was no statistically significant difference found in conduction velocity of sensory median, ulnar and radial nerves. The latencies of sensory nerves, sensory amplitudes of median, ulnar, radial nerves was found to be significantly influenced by gender ($p < 0.05$). This study established normative conduction parameters of the commonly tested nerves of upper limb for our clinical neurophysiology laboratory in Hanoi Medical University. This can be of use to evaluate the patients with peripheral nerve abnormalities who reside in this particular geographic set-up.

Key words: conduction velocity; nerve conduction study; distal sensory latency; ulnar nerve, median nerve

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đo dẫn truyền thần kinh là một trong những phương pháp chẩn đoán điện hỗ trợ xác định tổn thương dây thần kinh - cơ bằng cách ghi lại những hoạt động điện phản ứng sau kích thích điện từ bên ngoài. Phương pháp đo dẫn truyền cảm giác có thể xác định được thời gian tiềm, biên độ, tốc độ dẫn truyền trên sợi trục cảm giác, từ đó hỗ trợ cho chẩn đoán các bệnh lý thần kinh - cơ. Ngoài ra, phương pháp đo dẫn truyền cảm giác còn giúp chẩn đoán loại trừ, chẩn đoán xác định các thể bệnh lâm sàng, xác định mức độ nặng nhẹ của tổn thương, phân loại bất thường do nghẽn dẫn truyền và thoái hóa myelin, xác định vị trí của tổn thương là từ sừng trước tủy sống, synap thần kinh cơ, cơ, hay bệnh lý thần kinh trung ương[1]. Giá trị bình thường của thời gian tiềm, biên độ và tốc độ dẫn truyền thần kinh phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như nhiệt độ, tuổi, chiều cao, kỹ thuật đo,...[2]. Các chỉ số này cũng khác nhau tùy thuộc vào dây thần kinh được khảo sát. Dây thần kinh ở chân dẫn truyền chậm hơn so với dây thần kinh ở tay, dẫn truyền ở đoạn gần gốc chi nhanh hơn ở đoạn xa gốc chi [1]. Do đó, mỗi một phòng chẩn đoán điện cơ cần xác định chỉ số tham chiếu tiêu chuẩn riêng cho từng nhóm đối tượng, giới,... Tại Việt Nam, một số công trình nghiên cứu tốc độ dẫn truyền thần kinh tại Bệnh viện 175, Bệnh

viện Nhân dân 115 cho thấy được giá trị của phương pháp chẩn đoán điện trong việc chẩn đoán, theo dõi, đánh giá kết quả điều trị của nhiều bệnh lý thần kinh ngoại vi như bệnh đa dây thần kinh, bệnh thần kinh thoái hóa myelin, hội chứng ống cổ tay[1]. Tuy nhiên, đến nay chưa có một nghiên cứu đầy đủ nào công bố về chỉ số tham chiếu cho kỹ thuật đo dẫn truyền cảm giác của các dây thần kinh chi trên theo giới, nhóm tuổi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định thời gian tiềm, biên độ, tốc độ dẫn truyền cảm giác của dây thần kinh giữa, trụ, quay ở người bình thường độ tuổi 18-24.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, chọn mẫu không xác suất. 30 đối tượng nghiên cứu (15 nam, 15 nữ) được xác định theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu chọn mẫu không xác suất với giá trị $\alpha = 0,05$.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng:** người bình thường khỏe mạnh 18 - 24 tuổi, loại trừ các đối tượng nhỏ hơn 18 tuổi và lớn hơn 24 tuổi, không hợp tác hoặc mắc các bệnh ảnh hưởng đến dẫn truyền thần kinh cảm giác (bệnh đa dây thần kinh, tiểu đường, nghiện rượu, nhiễm độc, hội chứng ống cổ tay), tổn thương da, cơ, mạch máu chi trên, gây khó khăn khi tiến hành khảo sát.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Lab. Điện sinh lý, Bộ môn Sinh lý học, Trường Đại học Y Hà Nội. Phòng thí nghiệm thoáng mát, đầy đủ ánh sáng, nhiệt độ trong khoảng 25 - 27°C, không gần máy phát điện, nguồn phát từ trường.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Giải thích cho đối tượng về qui trình đo, đối tượng ngồi ở tư thế thoải mái, thư giãn, cánh tay đưa ra trước khoảng 45 độ, cẳng tay ngửa, khớp khuỷu duỗi 120 độ, cổ tay ở vị trí tự nhiên và cho phép kỹ thuật viên dễ dàng thao tác; tháo bỏ các đồ dùng, dụng cụ kim loại ở tay đối tượng nếu có; vệ sinh các vị trí tiến hành khảo sát, Mắc điện cực ghi và điện cực đối chiếu, xác định vị trí kích thích, cực âm của điện cực kích thích sẽ được đặt hướng về phía điện cực ghi, kích thích lên dây thần kinh ở cường độ trên ngưỡng 20% và ghi lại SNAP; ghi theo phương pháp nghịch chiều; lưu số liệu vào máy. Khảo sát dẫn truyền cảm giác dây thần kinh quay: cẳng tay úp xuống.

- **Phân tích và xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm SPSS 20. Sau đó xác định sự phân bố của số liệu, xử lý bằng thuật toán thống kê. Sử dụng Shapiro - Wilk test

để kiểm định sự phân bố chuẩn hay không chuẩn của biến với cỡ mẫu. Với biến phân phối chuẩn, sử dụng Studen T-test để so sánh giá trị trung bình của 2 nhóm, biến phân phối không chuẩn, sử dụng kiểm định Kruskal – Wallis H để so sánh trung bình 2 nhóm. Với $p < 0,05$ được cho là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- **Vấn đề đạo đức nghiên cứu:** Về cơ bản đo dẫn truyền thần kinh không gây nguy hiểm, đối tượng được giải thích kỹ và tình nguyện tham gia nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu chỉ

phục vụ cho mục đích khoa học, thông tin về đối tượng nghiên cứu được giữ kín.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 30 người (15 nam, 15 nữ) tình nguyện khỏe mạnh, 18 - 24 tuổi, trung bình $21,17 \pm 2,02$ tuổi. Nhóm nam có độ tuổi trung bình cao hơn nữ, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.1. Chiều cao, cân nặng, chiều dài chi, chu vi cổ tay của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng	Chiều cao (cm)	Cân nặng (kg)	Chiều dài chi trên (cm)		Chu vi cổ tay (cm)	
			Trái	Phải	Trái	Phải
Nam (n=15)	168,5 ± 4,73	56,8 ± 6,53	51,95 ± 1,43	52 ± 1,42	15,15 ± 0,66	15,29 ± 0,56
Nữ (n=15)	156,47 ± 4,07	49,53 ± 7,11	48,05 ± 1,66	48,03 ± 1,57	14,47 ± 0,59	14,64 ± 0,54
Chung (n=30)	162,66 ± 7,6	53,2 ± 7,79	50,07 ± 2,52	50,09 ± 2,52	14,81 ± 0,72	14,96 ± 0,65

Số liệu được trình bày dưới dạng $\bar{x} \pm SD$.

Nhận xét: Các chỉ số chiều cao, cân nặng của nam và nữ đều nằm trong giới hạn bình thường của người Việt Nam. Có sự khác biệt về chiều cao, cân nặng của nam so với nữ.

3.2. Thời gian tiềm của điện thế hoạt động cảm giác (SNAP) ở dây thần kinh giữa, trụ, quay

Thời gian tiềm cảm giác và thời gian tiềm của đỉnh không có sự khác biệt giữa 2 bên tay ở đối tượng nam và nữ ($p > 0,05$). So sánh thời gian tiềm của SNAP trên các dây thần kinh giữa, quay, trụ ở nam và nữ được trình bày trong bảng 3.2.

Bảng 3.2. Thời gian tiềm của SNAP dây thần kinh giữa, trụ, quay ở nam và nữ

Dây TK	Vị trí kích thích	Thời gian tiềm	Nam (n = 15) $\bar{x} \pm SD$ (ms)	Cv	Nữ (n = 15) $\bar{x} \pm SD$ (ms)	Cv	p
Giữa	Cổ tay	L1	2,77 ± 0,31	0,11	2,6 ± 0,21	0,08	< 0,01
		L2	3,41 ± 0,34	0,1	3,22 ± 0,22	0,07	< 0,01
	Khuyết tay	L1	6,42 ± 0,55	0,09	5,94 ± 0,36	0,06	< 0,01
		L2	7,37 ± 0,7	0,09	6,7 ± 0,39	0,06	< 0,01
Trụ	Cổ tay	L1	2,54 ± 0,3	0,12	2,34 ± 0,22	0,09	< 0,01
		L2	3,19 ± 0,37	0,12	2,92 ± 0,29	0,1	< 0,01
	Khuyết tay	L1	5,99 ± 0,64	0,11	5,24 ± 0,4	0,08	< 0,01
		L2	6,73 ± 0,73	0,11	5,91 ± 0,36	0,06	< 0,01
Quay	Bờ ngoài xương quay	L1	2,06 ± 0,29	0,14	1,82 ± 0,22	0,12	< 0,01
		L2	2,55 ± 0,34	0,13	2,31 ± 0,26	0,11	< 0,01

Nhận xét: TGTCG ghi lại được ở các lần kích thích có độ biến thiên rất thấp ($Cv < 0,1$). TGTCG khi kích thích ở cổ tay và khuyết tay ở nam có xu hướng cao hơn ở nữ, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Tương tự như trên, thời gian tiềm của đỉnh khi kích thích ở cổ tay và khuyết tay ở nam cũng cao hơn nữ, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê giữa 2 giới ($p < 0,01$).

3.3. Biên độ điện thế hoạt động cảm giác dây thần kinh giữa, quay và trụ

Ghi biên độ SNAP các dây thần kinh giữa, quay và trụ tay không thuận và tay thuận ở đối tượng nam, kết quả cho thấy biên độ SNAP ở tay không thuận có xu hướng cao hơn tay thuận, tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê đối với dây giữa ($p < 0,05$). Ở nữ giới, biên độ của SNAP tay không thuận cũng có xu hướng cao hơn bên tay thuận, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Biên độ điện thế hoạt động cảm giác dây thần kinh giữa, quay, trụ ở 2 giới

Dây TK	Vị trí kích thích	Nam (n = 15) $\bar{x} \pm SD$ (μV)	Cv	Nữ (n = 15) $\bar{x} \pm SD$ (μV)	Cv	p
Giữa	Cổ tay	36,26 ± 15,37	0,42	43,16 ± 22,26	0,51	> 0,05
	Khuyết tay	21,64 ± 9,38	0,43	16,07 ± 5,76	0,36	< 0,01
Trụ	Cổ tay	26,79 ± 13,99	0,52	29,91 ± 19,06	0,64	> 0,05

	Khuỷu tay	17,85 ± 8,27	0,46	21,97 ± 10	0,46	> 0,05
Quay	Bờ ngoài xương quay	30,64 ± 10,76	0,35	40,05 ± 19,43	0,49	< 0,05

Nhận xét: Biên độ của SNAP ở nữ cao hơn nam trên tất cả các dây, tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê khi kích thích vị trí khuỷu tay đối với dây TK giữa (p < 0,01) và khi khảo sát dây TK quay (p < 0,05). Độ biến thiên của biên độ khi kích thích các dây thần kinh rất cao. Sự chênh lệch lớn nhất khi kích thích bờ ngoài xương quay ở nữ (Cv = 0,49).

3.4. Tốc độ dẫn truyền cảm giác (SCV) dây thần kinh giữa, trụ, quay

Tốc độ dẫn truyền cảm giác của dây thần kinh giữa, quay, trụ được xác định bằng cách chia khoảng cách giữa khuỷu tay đến cổ tay (quãng đường) cho thời gian cần thiết để điện thế hoạt động cảm giác đi trên đoạn này. Kết quả xác định tốc độ dẫn truyền xung động thần kinh cảm giác trên dây thần kinh giữa, quay, trụ ở tay thuận và không thuận được trình bày ở bảng 3.4.

Bảng 3.4. Tốc độ dẫn truyền cảm giác ở 2 bên tay của nam và nữ

Dây TK	Nam		p	Nữ		P
	Tay thuận (n = 15)	Tay không thuận (n = 15)		Tay thuận (n = 15)	Tay không thuận (n = 15)	
Giữa	67,67 ± 5,1	67,72 ± 3,92	>0,05	67,11 ± 2,81	67,86 ± 1,91	>0,05
Trụ	67,95 ± 5,7	67,02 ± 4,79	>0,05	68,37 ± 4,99	66,77 ± 2,79	>0,05
Quay	67,76 ± 5,31	66,69 ± 5,31	>0,05	67,03 ± 3,59	67,04 ± 2,49	>0,05

Số liệu được trình bày dưới dạng $\bar{x} \pm SD$, đơn vị: m/s.

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tốc độ dẫn truyền cảm giác dây thần kinh giữa, trụ, quay giữa tay thuận và tay không thuận ở cả nam và nữ (p > 0,05). So sánh về SCV giữa hai giới nam và nữ cho thấy độ biến thiên của SCV ở cả 3 dây thần kinh khảo sát đều rất thấp, không có sự khác biệt về SCV giữa nam và nữ ở cả 3 dây thần kinh giữa, trụ, quay (p > 0,05). So sánh tốc độ dẫn truyền cảm giác ở 3 dây: giữa, trụ, quay, không có sự khác biệt về tốc độ dẫn truyền cảm giác giữa các dây thần kinh khảo sát ở cả nam và nữ (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

- **Đối tượng nghiên cứu:** Chúng tôi chọn đối tượng khỏe mạnh để tham gia nghiên cứu này. Kết quả bảng 3.1 cho thấy, các thông số về chiều cao (nam 168,53 ± 4,73, nữ 156,47 ± 4,07), cân nặng (nam 56,8 ± 6,53, nữ 49,53 ± 7,11) nằm trong khoảng bình thường của người Việt Nam. 30 đối tượng tham gia nghiên cứu (15 nam và 15 nữ), cỡ mẫu nghiên cứu này tương tự như các nghiên cứu khảo sát dẫn truyền trên dây thần kinh cảm giác [3].

- Kỹ thuật ghi SCV: Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng kích thích điện để dàng tạo ra đáp ứng cũng như có thể kiểm soát chặt chẽ. Đây cũng là yếu tố kích thích được sử dụng trong hầu hết các nghiên cứu về điện cơ và nghiên cứu dẫn truyền cảm giác nói riêng [2].

- Thời gian tiềm của SNAP dây thần kinh giữa, trụ, quay: TGTT tính từ lúc bắt đầu kích thích đến lúc sóng dẫn truyền cảm giác bắt đầu đi lệch

khỏi đường đẳng điện, đây là khoảng thời gian xung thần kinh đi từ vị trí kích thích đến điện cực ghi. Ghi lại thời gian này cho phép tính được tốc độ dẫn truyền cảm giác của dây đang khảo sát. Thời gian tiềm của đỉnh được tính từ lúc kích thích đến lúc sóng cảm giác ghi được đạt đến đỉnh, lúc này sự chênh lệch điện thế giữa điện cực ghi và điện cực đối chiếu là cao nhất, hay nói cách khác, là sự khử cực của các sợi thần kinh tại vị trí ghi đang đạt đỉnh điểm, phản ánh sự đồng đều về dẫn truyền giữa các sợi của dây thần kinh đang khảo sát. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt về 2 đặc điểm này giữa tay thuận và tay không thuận, ở cả hai giới (p > 0,05). Hơn nữa độ biến thiên của 2 thông số này đều rất thấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có sự khác biệt lớn ở nam và nữ (p < 0,01), thời gian tiềm cảm giác và thời gian tiềm của đỉnh ở nam lớn hơn ở nữ. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây [5]. Sự khác biệt này có thể do nam giới có chiều dài chi lớn hơn nữ, do đó khoảng cách giữa điện cực kích thích và điện cực ghi lớn hơn ở nữ, dẫn đến sự khác biệt này.

- Biên độ SNAP: So sánh biên độ SNAP giữa tay thuận và tay không thuận ở hai giới, kết quả cho thấy chỉ số này ở hầu hết tay không thuận đều cao hơn tay thuận, sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê đối với dây giữa ở nam (p < 0,05), và độ biến thiên của biên độ sóng dẫn truyền cảm giác rất cao. Kết quả này tương tự như các nghiên cứu trước đây, theo đó biên độ SNAP không có sự khác biệt giữa 2 bên ở tất cả

các dây. Sự không tương đồng về kết quả khi khảo sát dây giữa ở nam có thể do sự sai khác về kỹ thuật đo (phương pháp tiến hành, cách khử nhiễu, giảm điện trở,...). So sánh biên độ sóng dẫn truyền cảm giác giữa 2 giới, kết quả cho thấy biên độ SNAP của nữ cao hơn nam ($p < 0,05$) khi khảo sát dây TK quay, khi kích thích vị trí khuỷu tay đối với dây TK giữa ($p < 0,01$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả khác [1]. Sự khác nhau về biên độ dẫn truyền cảm giác có liên quan đến chiều cao, đường kính dây thần kinh của 2 giới [1], [2].

- Tốc độ dẫn truyền cảm giác của 3 dây thần kinh: Giữa, Trụ, Quay. So sánh tốc độ dẫn truyền cảm giác giữa 2 bên tay ở nam và nữ. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về tốc độ dẫn truyền cảm giác giữa tay thuận và tay không thuận, ở cả nam và nữ khi khảo sát 3 dây thần kinh: Giữa, trụ, quay. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây [2]. Tuy nhiên, một vài nghiên cứu lại cho thấy tốc độ dẫn truyền cảm giác của nữ cao hơn nam [6], [7]. Nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt này có thể do yếu tố con người khác nhau, độ tuổi của các đối tượng trong các nghiên cứu khác nhau.

V. KẾT LUẬN

- Thời gian tiềm (ms) của dẫn truyền cảm giác dây thần kinh giữa, trụ, quay ở người bình thường trong độ tuổi 18 – 24 khi kích thích ở cổ tay và khuỷu tay lần lượt là $2,77 \pm 0,31$ và $3,41 \pm 0,34$; $6,42 \pm 0,55$ và $7,37 \pm 0,7$; $2,54 \pm 0,3$ và $3,19 \pm 0,37$; $5,99 \pm 0,64$ và $6,73 \pm 0,73$; $2,06 \pm 0,29$ và $2,55 \pm 0,34$ đối với nam. Ở nữ

là: $2,6 \pm 0,21$ và $3,22 \pm 0,22$; $5,94 \pm 0,36$ và $6,7 \pm 0,39$; $2,34 \pm 0,22$ và $2,92 \pm 0,29$; $5,24 \pm 0,4$ và $5,91 \pm 0,36$; $1,82 \pm 0,22$ và $2,31 \pm 0,26$.

- Biên độ sóng dẫn truyền cảm giác (μV) dây thần kinh giữa, trụ, quay ở người bình thường trong độ tuổi 18 – 24 khi kích thích ở cổ tay và khuỷu tay lần lượt là: $36,26 \pm 15,37$ và $21,64 \pm 9,38$; $26,79 \pm 13,99$ và $17,85 \pm 8,27$; $30,64 \pm 10,76$ đối với nam. Ở nữ là: $43,16 \pm 22,26$ và $16,07 \pm 5,76$; $29,91 \pm 19,06$ và $21,97 \pm 10$; $40,05 \pm 19,43$.

- Tốc độ dẫn truyền cảm giác (m/s) dây thần kinh giữa, trụ, quay ở người bình thường trong độ tuổi 18 -24 lần lượt là: $67,59 \pm 3,56$; $67,53 \pm 4,62$; $67,13 \pm 4,55$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Công (2012). Chẩn đoán điện và ứng dụng lâm sàng. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Kimura, J. (1984). Principles and pitfalls of nerve conduction studies. *Annals of neurology*. 16(4): p. 415-429.
3. Võ Đôn (2004). Khảo sát hằng số dẫn truyền thần kinh ở người trưởng thành.
4. Hennessey, W.J., Falco, F.J., Braddom, R.L.(1994). Median and ulnar nerve conduction studies: Normative data for young adults. *Arch. Phys. Med. Rehabil*, 75: p. 259-264.
5. Kimura J. (2005). Nerve conduction and Needle Electromyography.
6. Nielsen V.K. (1973). Sensory and Motor nerve conduction in the Median nerve in normal. 194(1-6): p.435-443.
7. Stetson D.S. et al.(1992). Effects of age, sex, and anthropometric factors on nerve conduction measures. *Muscle & Nerve*. 15(10): p. 1095-1104.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC CÁC BỆNH LÝ RĂNG HÀM MẶT CHUYỂN TUYẾN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TIỀN GIANG TRONG 3 NĂM (2014-2016)

Phạm Thế Hiền**, Lê Hoàng Hạnh*

TÓM TẮT³⁵

Đặt vấn đề: Việc chuyển tuyến người bệnh là việc thường xuyên diễn ra hàng ngày tại các cơ sở khám, chữa bệnh với phương tiện, trang thiết bị, kỹ thuật ngày càng được trang bị tốt hơn. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm dịch tễ học các bệnh lý Răng Hàm Mặt

chuyển tuyến tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang từ năm 2014 đến 2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ chuyển tuyến là 2,77%, tỉ số nam: nữ là 2.5:1, nhóm tuổi 20-29 tuổi chiếm 23,5%, tuổi trung bình: $36,37 \pm 19,23$ tuổi (1-89 tuổi). Nghề nghiệp lao động chân tay chiếm 62,3%. 72,9% có tham gia bảo hiểm y tế, tỉ số thành thị:nông thôn là 1:3.3. 57,6% điều trị ngoại trú. Chấn thương vùng hàm mặt chiếm 52,9%, 93,3% do tai nạn giao thông, 37,0% có chấn thương kèm theo, 43,9% gãy xương hàm trên, 41,5% gãy hàm gò má. 21,2% u vùng lưỡi, 69,2% chuyển đến Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương TP. Hồ Chí Minh và 59,0% chuyển tuyến do vượt quá khả năng. **Kết luận:** Xây dựng tuyến trước vững mạnh là vấn đề phải lưu tâm đặc biệt.

* Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

** Trường Đại Học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền

Email: hien_fr@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 7.2.2017

Ngày duyệt bài: 21.2.2017

Từ khóa: Chuyển tuyến, dịch tế học, Răng Hàm Mặt.

SUMMARY

FEATURES EPIDEMIOLOGICAL PHYSICAL DISEASES DENTOMAXILLOFACIAL TRANSIT IN TIEN GIANG CENTER HOSPITAL IN 3 YEARS (2014-2016)

Background:The referral of patients is often a daily occurrence at the base of examination and treatment with vehicle, equipment, techniques are increasingly better equipped. **Objective:**Identify the features epidemiologyphysical diseases dentomaxillofacial transit in Tien Giang Center Hospital from 2014 to 2016. **Method:** A cross sectional study. **Results:**The rate is 2.77% transit, the rate male: female was 2.5: 1, 20-29 year old age group accounted for 23.5%, average age: 36.37 ± 19.23 years old (1- 89 years old). Manual labor occupation occupied 62.3%. 72.9% have health insurance, rate urban: rural areas is 1: 3.3. 57.6% of outpatient treatment. Injuries accounted for 52.9% maxillofacial region, 93.3% due to traffic accidents, 37.0% with accompanying trauma, maxillary fracture 43.9%, 41.5% jaw fracture cheekbone. The tongue tumor 21.2%, 69.2% moved to National Hospital of Odontostomatology. 59.0% transit due beyond. **Conclusion:**To build a strong defensive front is a problem special attention to.

Keywords: Transit, epidemiology, Dentomaxillofacial.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoạt động chuyển tuyến bao gồm việc tổ chức, thực hiện việc chuyển tuyến người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và quản lý thông tin chuyển tuyến người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Chuyển tuyến là việc chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc các tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

Việc chuyển tuyến người bệnh là việc thường xuyên diễn ra hàng ngày tại các cơ sở khám, chữa bệnh với phương tiện, trang thiết bị, kỹ thuật ngày càng được trang bị tốt hơn. Việc quản lý thông tin chuyển tuyến cũng đã được các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bước đầu thực hiện qua ghi chép, tổng hợp, thống kê các trường hợp chuyển tuyến. Tại các bệnh viện Trung ương, Trung tâm đào tạo chỉ đạo tuyến hoặc các phòng chỉ đạo tuyến của bệnh viện đã duy trì thực hiện việc tổng hợp báo cáo, thông

tin hai chiều với các bệnh viện tuyến dưới, đặc biệt phản hồi thông tin người bệnh đối với các trường hợp có sai sót chuyên môn cần rút kinh nghiệm. Các đơn vị thực hiện tốt việc tổng hợp thông tin chuyển tuyến: Bạch Mai, Hữu nghị Việt Đức, Chợ Rẫy... Tuy nhiên, việc quản lý chuyển tuyến một cách bài bản, nề nếp và thống nhất tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên toàn quốc hiện nay chưa được thực hiện.

Báo cáo công tác khám chữa bệnh năm 2014 của Cục quản lý khám chữa bệnh cho thấy: giảm tỉ lệ chuyển tuyến từ tuyến dưới lên tuyến trên: so với năm 2012 và 2013 tỉ lệ chuyển tuyến đang giảm dần, đặc biệt giảm rõ ở những bệnh viện và chuyên khoa trong Đề án bệnh viện vệ tinh, 37,5% số bệnh viện trong Đề án bệnh viện vệ tinh đang có xu hướng giảm tỉ lệ chuyển tuyến. Hình thành và phát triển mạng lưới 46 bệnh viện vệ tinh, 14 bệnh viện hạt nhân; chuyển giao nhiều kỹ thuật cho tuyến dưới, giúp giảm tỉ lệ chuyển tuyến ở các bệnh viện vệ tinh lên tuyến trên đạt 30% so với năm 2013. Mục tiêu nghiên cứu: "Xác định đặc điểm dịch tế học các bệnh lý Răng Hàm Mặt chuyển tuyến tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang từ năm 2014 đến 2016."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân khám và điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang được chuyển tuyến trên từ 01/01/2014 đến 30/9/2016.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân khám và điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang được chuyển tuyến trên lần đầu từ 01/01/2014 đến 30/9/2016.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chuyển tuyến trên để tái khám; không đủ thông tin nghiên cứu.

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

Phân tích số liệu: Chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tỉ lệ chuyển tuyến: $750/27.103 = 2,77\%$, trong đó nội trú: $263/2.353 = 11,18\%$, ngoại trú: $487/24.750 = 1,97\%$.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		n	%	Đặc điểm		n	%
Năm	2014	183	29,5	Huyện, thị	Cái Bè	71	11,5
	2015	231	37,3		Cái Lậy	63	10,2
	2016	206	33,2		Châu Thành	125	20,2
Giới	Nam	445	71,8		Chợ Gạo	97	15,6

tính	Nữ				Tân Phước			
		175	28,2			23	3,7	
Nhóm tuổi	0-9	58	9,4	Bảo hiểm	Gò Công Đông	20	3,2	
	10-19	51	8,2		Gò Công Tây	39	6,3	
	20-29	146	23,5		Tân Phú Đông	15	2,4	
	30-39	101	16,3		Thị xã Cai Lậy	8	1,3	
	40-49	93	15,0		Thị xã Gò Công	22	3,5	
	50-59	122	19,7		Thành phố Mỹ Tho	110	17,7	
	60-69	11	1,8		Khác	27	4,4	
	≥70	38	6,1		Có	452	72,9	
Nghề nghiệp	Công nhân viên chức	43	6,9	Khu vực	Không	168	27,1	
	Lao động chân tay	386	62,3		Thành thị	143	23,1	
	Học sinh, sinh viên	66	10,6		Nông thôn	477	76,9	
	Mất sức lao động	85	13,7		Điều trị	Nội trú	263	42,4
	Còn nhỏ	40	6,5			Ngoại trú	357	57,6
Tổng	620	100,0	Tổng	620	100,0			

Trong 3 năm (2014-2016): năm 2015 được chuyển tuyến nhiều nhất với 231 trường hợp chiếm 37,3%, năm 2014 được chuyển ít nhất với 183 trường hợp chiếm 29,5%. Giới tính: nam chiếm đa số các trường hợp (71,8%), tỉ số nam: nữ là 2.5:1. Nhóm tuổi 20-29 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (23,5%), thấp nhất là nhóm 60-69 tuổi (1,8%). Tuổi trung bình: 36,37 ± 19,23 tuổi (1-89 tuổi). Nghề nghiệp lao động chân tay chiếm phần lớn các trường hợp (62,3%), còn nhỏ chiếm 6,5%. Bệnh nhân đến từ huyện Châu Thành chiếm tỉ lệ cao nhất (20,2%), tiếp theo là thành phố Mỹ Tho (17,7%), thị xã Cai Lậy thấp

nhất (1,3%). 72,9% trường hợp có tham gia bảo hiểm y tế, 27,1% không tham gia. Đa số bệnh nhân đến từ khu vực nông thôn 76,9%, tỉ số thành thị: nông thôn là 1:3.3. 57,6% trường hợp điều trị ngoại trú được chuyển tuyến và 42,4% là nội trú. Lê Hoàng Hạnh (2011)⁽³⁾, tỉ số bệnh nhân nam:nữ là 9,4:1. Nhóm tuổi 19-39 chiếm nhiều nhất 75%. Bệnh nhân có trình độ văn hóa cấp 2 và cấp 3 với tỉ lệ tương ứng là 38,5% và 23,1%. Lao động chân tay là nghề nghiệp chiếm đa số (71,2%), kế tiếp là học sinh, sinh viên (13,5%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là 28,4 tuổi.

Bảng 2. Nơi giới thiệu đến bệnh viện

Nơi giới thiệu	n	%
Bệnh viện Đa khoa khu vực Gò Công	35	9,0
Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy	44	11,0
Bệnh viện Đa khoa Cái Bè	43	11,0
Bệnh viện Đa khoa Mỹ Phước Tây - Cai Lậy	3	0,8
Bệnh viện Đa khoa Gò Công Đông	4	0,8
Trung tâm y tế thành phố Mỹ Tho	59	15,1
Trung tâm y tế huyện Cai Lậy	6	1,5
Trung tâm y tế huyện Tân Phước	13	3,3
Trung tâm y tế huyện Châu Thành	74	19,0
Trung tâm y tế huyện Cái Bè	2	0,5
Trung tâm y tế huyện Chợ Gạo	53	13,6
Trung tâm y tế huyện Gò Công Tây	26	6,7
Trung tâm y tế thị xã Gò Công	2	0,5
Trung tâm y tế huyện Tân Phú Đông	10	2,6
Trung tâm y tế Thị xã Cai Lậy	2	0,5
Bệnh viện Chợ Rẫy	5	1,3
Bệnh viện 120	11	2,8
Tổng	392	100,0

Trung tâm y tế huyện Châu Thành là nơi giới thiệu đến Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang nhiều nhất chiếm 19,0%, tiếp theo là Trung tâm y tế thành phố Mỹ Tho 15,1%, Trung tâm y tế huyện Chợ Gạo 13,6%.

Bảng 3. Phân loại bệnh lý Răng Hàm Mặt được chuyển tuyến

Phân loại	n	%
-----------	---	---

Chấn thương	328	52,9
Viêm nhiễm	28	4,5
U, nang	218	35,2
Di tật bẩm sinh	28	4,5
Loạn năng khớp thái dương hàm	4	0,6
Bệnh lý về răng cần nhổ răng	14	2,3
Tổng	620	100,0

Trong số 6 nhóm bệnh lý được chuyển tuyến, chấn thương vùng hàm mặt chiếm tỉ lệ cao nhất 52,9%, tiếp theo là u, nang vùng hàm mặt 35,2%, 0,6% loạn năng khớp thái dương hàm được chuyển tuyến chiếm tỉ lệ thấp nhất. Lương Thảo Nguyên (2013), tỉ lệ nữ:nam có các dấu hiệu và triệu chứng của loạn năng khớp thái dương hàm xấp xỉ 2:1. Bệnh tập trung cao nhất ở nhóm tuổi 18-24 và 25-44. Có mối liên quan có ý nghĩa giữa loạn năng khớp thái dương hàm với giới tính, các cản trở cắn khớp và tình trạng mất nâng đỡ phía sau của bộ răng.

Bảng 4. Vị trí chấn thương, gãy xương

Vị trí		n	%
Hàm trên	Cung tiếp	117	35,7
	Hàm gò má	136	41,5
	Ổ mắt	20	6,1
	Tầng giữa mặt	37	11,3
	LeFort I	12	3,7
	LeFort II	22	6,7
	Chấn thương phần mềm	12	11,3
	Xương chính mũi	14	4,3
Hàm dưới	Vết thương phức tạp	5	1,5
	Cằm	99	30,2
	Cành ngang	22	6,7
	Góc hàm	19	5,8
	Cành lên	7	2,1
	Lồi cầu	101	30,8
Mỏ vet	31	9,5	

Vị trí chấn thương, gãy xương: gãy hàm gò má chiếm tỉ lệ cao nhất 41,5% trong số các trường hợp chấn thương vùng hàm mặt, gãy cung tiếp 35,7%, lồng cầu 30,8%, cằm 30,2%. Lê Hoàng Hạnh (2011), có 3 vị trí gãy xương chiếm tỷ lệ cao: gãy vùng cằm (44,2%), gãy LeFort II (42,3%) và gãy phức hợp gò má (42,3%).

Bảng 5. Bệnh viện chuyển tuyến

Bệnh viện	n	%
Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương TP. HCM	429	69,2
Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM	106	17,1
Bệnh viện Nhi Đồng	57	9,2
Bệnh viện Mắt Tiền Giang	6	1,0
Bệnh viện Chợ Rẫy	22	3,5
Tổng	620	100,0

Bệnh viện chuyển tuyến: 429 trường hợp chuyển tuyến đến Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương TP. Hồ Chí Minh chiếm 69,2%, 17,1% đến Bệnh viện Ung Bướu TP. Hồ Chí Minh, 9,2% đến Bệnh viện Nhi Đồng. Thời gian nằm viện bệnh nhân điều trị nội trú: trong số 263 trường hợp điều trị nội trú, 26,6% nằm viện 2 ngày, 19,8% 1 ngày, 19,4% 3 ngày. Thời gian nằm viện trung bình: 3,11 ± 2,83 (0-26 ngày).

Bảng 6. Lý do chuyển tuyến

Lý do	n	%
Phân tuyến kỹ thuật	166	26,8
Bệnh lý kèm theo	51	8,2
Theo yêu cầu bệnh nhân	26	4,2
Điều trị chuyên khoa	11	1,8
Vượt quá khả năng	366	59,0
Tổng	620	100,0

Lý do chuyển tuyến: 366 trường hợp vượt quá khả năng phải chuyển tuyến chiếm 59,0%, 26,8% chuyển do phân tuyến kỹ thuật, 8,2% do có bệnh lý kèm theo. Theo Nguyễn Phú Lộc (2006)⁽⁷⁾, bệnh nhân được chuyển đến từ khoa nhi và cấp cứu (75%) của bệnh viện tuyến tỉnh, thành phố và đa khoa khu vực (82,7%), có thời gian điều trị trung bình là 1 ngày, tối đa là 30 ngày, trong tình trạng không ổn định (70,7%), với lý do vượt quá khả năng chuyên môn (77,2%) và đã được xử trí từ tuyến trước (70,7%), cho thấy rằng bệnh nhân được chuyển trong tình trạng rất nặng, điều trị tại tuyến trước không hiệu quả, kể cả bệnh viện tỉnh. Xây dựng tuyến trước vững mạnh là vấn đề phải lưu tâm đặc biệt.

Bảng 7. Năm và đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		2014	2015	2016	Tổng	p
Điều trị	Nội trú	85(32,3)	100(38,0)	78(29,7)	263(100)	0,219
	Ngoại trú	98(27,5)	131(36,7)	128(35,9)	357(100)	
Giới tính	Nam	127(28,5)	168(37,8)	150(33,7)	445(100)	0,696
	Nữ	56(32,0)	63(36,0)	56(32,0)	175(100)	
Nghề nghiệp	Công nhân viên chức	8(18,6)	15(34,9)	20(46,5)	43(100)	0,437
	Lao động chân tay	119(30,8)	138(35,8)	129(33,4)	386(100)	
	Học sinh, sinh viên	23(34,8)	26(39,4)	17(25,8)	66(100)	
	Mất sức lao động	24(28,2)	34(40,0)	27(31,8)	85(100)	
	Còn nhỏ	9(22,5)	18(45,0)	13(32,5)	40(100)	
Nhóm tuổi	0-9	16(27,6)	26(44,8)	16(27,6)	58(100)	0,586
	10-19	14(27,5)	18(35,3)	19(37,3)	51(100)	
	20-29	45(30,8)	51(34,9)	50(34,2)	146(100)	
	30-39	29(28,7)	36(35,6)	36(35,6)	101(100)	
	40-49	30(32,3)	38(40,9)	25(26,9)	93(100)	
	50-59	29(23,8)	45(36,9)	48(39,3)	122(100)	
	60-69	6(54,5)	2(18,2)	3(27,3)	11(100)	
≥70	14(36,8)	15(39,5)	9(23,7)	38(100)		
Bảo hiểm	Có	117(25,9)	176(38,9)	159(35,2)	452(100)	0,005
	Không	66(39,3)	55(32,7)	47(28,0)	168(100)	
Khu vực	Thành thị	30(21,0)	63(44,1)	50(35,0)	143(100)	0,029
	Nông thôn	153(32,1)	168(35,2)	156(32,7)	477(100)	
Tổng		183(29,5)	231(37,3)	206(33,2)	620(100)	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), giữa có và không tham gia bảo hiểm y tế, giữa khu vực thành thị và nông thôn trong 3 năm (2014-2016). Trong đó, năm 2015, bệnh nhân có tham gia bảo hiểm và ở khu vực nông thôn được chuyển tuyến nhiều nhất. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), giữa điều trị nội, ngoại trú, giới tính, nghề nghiệp, nhóm tuổi trong 3 năm (2014-2016). Diệp Thị Song Hương (2013), tỉ lệ hài lòng chung của

bệnh nhân về công tác khám chữa bệnh bảo hiểm y tế chuyên khoa Răng Hàm Mặt là 89,5% và mong muốn tiếp tục sử dụng bảo hiểm y tế là 92%. Đối với cán bộ quản lý và nhân viên y tế thì cho là để bảo hiểm y tế phát huy được vai trò trong chăm sóc sức khỏe cho người dân, đề nghị sửa đổi một số vấn đề như tăng cường thêm danh mục kỹ thuật, nghiên cứu chỉnh sửa giá cả, đãi ngộ thỏa đáng đối với cán bộ y tế.

Bảng 8. Năm và đặc điểm chuyển tuyến

Đặc điểm		2014	2015	2016	Tổng	p
Bệnh kèm	Có	35(27,6)	49(38,6)	43(33,9)	127(100)	0,86
	Không	148(30,0)	182(36,9)	163(33,1)	493(100)	
Bệnh viện	Răng Hàm Mặt Trung ương	120(28,0)	161(37,5)	148(34,5)	429(100)	0,648
	Ung bướu	37(34,9)	37(34,9)	32(30,2)	106(100)	
	Nhi Đồng	16(28,1)	25(43,9)	16(28,1)	57(100)	
	Mắt	2(33,3)	3(50,0)	1(16,7)	6(100)	
	Chợ Rẫy	8(36,4)	5(22,7)	9(40,9)	22(100)	
Lý do chuyển	Phân tuyến kỹ thuật	53(31,9)	59(35,5)	54(32,5)	166(100)	0,864
	Bệnh lý kèm theo	12(23,5)	23(45,1)	16(31,4)	51(100)	

tuyển	Theo yêu cầu bệnh nhân	7(26,9)	10(38,5)	9(34,6)	26(100)	
	Điều trị chuyên khoa	5(45,5)	4(36,4)	2(18,2)	11(100)	
	Vượt quá khả năng	106(29,0)	135(36,9)	125(34,2)	366(100)	
Giới thiệu	Có	113(28,8)	147(37,5)	132(33,7)	392(100)	0,881
	Không	70(30,7)	84(36,8)	74(32,5)	228(100)	
Tổng		183(29,5)	231(37,3)	206(33,2)	620(100)	

Không có sự khác biệt có nghĩa thống kê ($p < 0,05$), giữa có và không bệnh lý kèm theo, bệnh viện được chuyển, lý do chuyển tuyến và nơi giới thiệu trong ba năm (2014-2016). Nguyễn Đức Huệ (2013), có 1806 bác sĩ Răng Hàm Mặt công tác tại các cơ sở tư nhân và 1018 bác sĩ đang công tác tại các cơ sở y tế nhà nước. Riêng tại Tp. Hồ Chí Minh có đến 1120 bác sĩ công tác tại cơ sở tư nhân, nhưng chỉ có 475 bác sĩ đang

công tác tại các cơ sở nhà nước. Số huyện không có bác sĩ là 156/330 chiếm 47%. Tỷ lệ bác sĩ/dân trung bình của toàn khu vực phía Nam là: 1/24644. Từ kết quả trên cho thấy sự phân bố bác sĩ tại các tỉnh thành phía Nam là chưa hợp lý giữa các tỉnh và khu vực, bác sĩ tập trung nhiều tại Tp. Hồ Chí Minh. Đa số bác sĩ mới tốt nghiệp không muốn về công tác tại bệnh viện tuyến huyện vì thu nhập thấp và thiếu trang thiết bị nha khoa.

Bảng 9. Năm và đặc điểm bệnh lý

Đặc điểm		2014	2015	2016	Tổng	p
Phân loại bệnh lý	Chấn thương	97(29,6)	122(37,2)	109(33,2)	328(100)	0,241
	Viêm nhiễm	2(7,1)	16(57,1)	10(35,7)	28(100)	
	U, nang	72(33,0)	78(35,8)	68(31,2)	218(100)	
	Dị tật bẩm sinh	8(28,6)	9(32,1)	11(39,3)	28(100)	
	Loạn năng khớp TDH	2(50,0)	1(25,0)	1(25,0)	4(100)	
	Nhỏ răng	2(14,3)	5(35,7)	7(50,0)	14(100)	
Lý do chấn thương	Tai nạn giao thông	92(30,1)	108(35,3)	106(34,6)	306(100)	0,029
	Tai nạn sinh hoạt	2(22,2)	4(44,4)	3(33,3)	9(100)	
	Tai nạn đánh nhau	3(23,1)	10(76,9)	0(0,0)	13(100)	
Loại bệnh kèm theo	Tim mạch	6(18,2)	14(42,4)	13(39,4)	33(100)	0,182
	Chấn thương	15(31,9)	15(31,9)	17(36,2)	47(100)	
	Viêm nhiễm	4(44,4)	0(0,0)	5(55,6)	9(100)	
	Thai kì	2(50,0)	2(50,0)	0(0,0)	4(100)	
	Ung thư	3(21,4)	6(42,9)	5(35,7)	14(100)	
	Đái tháo đường	3(37,5)	4(50,0)	1(12,5)	8(100)	
Vị trí gãy	Rối loạn đông cầm máu	2(16,7)	8(66,7)	2(16,7)	12(100)	0,37
	Hàm trên	36(25,5)	59(41,8)	46(32,6)	141(100)	
	Hàm dưới	37(33,3)	37(33,3)	37(33,3)	111(100)	
Vị trí u, nang	Hàm trên + dưới	23(33,8)	20(29,4)	25(36,8)	68(100)	0,841
	Lưỡi	19(40,4)	16(34,0)	12(25,5)	47(100)	
	Sàn miệng	8(34,8)	6(26,1)	9(39,1)	23(100)	
	Nướu, niêm mạc miệng	12(27,9)	15(34,9)	16(37,2)	43(100)	
	Tuyến, hạch	13(35,1)	14(37,8)	10(27,0)	37(100)	
Xương hàm	16(35,6)	18(40,0)	11(24,4)	45(100)		
Mô mềm	7(25,9)	9(33,3)	11(40,7)	27(100)		

Không có sự khác biệt có nghĩa thống kê ($p < 0,05$), giữa các nhóm bệnh lý, nhóm bệnh lý kèm theo, vị trí gãy xương, vị trí u, nang trong ba năm (2014-2016). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), giữa các nhóm nguyên nhân gây chấn thương trong 3 năm (2014-2016). Trong đó, tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất và nhiều trong năm 2015. Quan tâm đến quản lý chuyển tuyến nói riêng, công tác chỉ đạo tuyến

nói chung giúp nâng cao năng lực tuyến dưới, giảm quá tải ở tuyến trên, đảm bảo sự công bằng trong chăm sóc sức khỏe ở các vùng miền. Sự gắn kết của các tuyến y tế trong hoạt động chuyển tuyến cũng hỗ trợ trong việc sử dụng hiệu quả của các bệnh viện và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu. Hỗ trợ cho y tế tuyến dưới nâng cao năng lực và tăng cường tiếp cận chăm sóc chất lượng tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ chuyển tuyến là 2,77%, tỉ số nam:nữ là 2.5:1, nhóm tuổi 20-29 tuổi chiếm 23,5%, tuổi trung bình: $36,37 \pm 19,23$ tuổi (1-89 tuổi). Nghề nghiệp lao động chân tay chiếm 62,3%. 72,9% có tham gia bảo hiểm y tế, tỉ số thành thị:nông thôn là 1:3.3. 57,6% điều trị ngoại trú. Chấn thương vùng hàm mặt chiếm 52,9%, 93,3% do tai nạn giao thông, 37,0% có chấn thương kèm theo, 43,9% gãy xương hàm trên, 41,5% gãy hàm gò má. 21,2% u vùng lưỡi, 69,2% chuyển đến Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương TP. Hồ Chí Minh và 59,0% chuyển tuyến do vượt quá khả năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2014).** *Thông tư Quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.* Số: 14/2014/TT-BYT.
- Diệp Thị Song Hương, Ngô Thị Quỳnh Lan (2013).** Ý kiến của bệnh nhân và cán bộ y tế về BHYT chuyên khoa Răng Hàm Mặt tại địa bàn Quận 5 – năm 2012. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 17(2): 288-298.
- Lê Hoàng Hạnh, Tạ Văn Trầm, Trương Nhật Khuê (2011).** Đánh giá ảnh hưởng của cố định liên hàm lên sức khỏe toàn thân của bệnh nhân điều trị chấn thương hàm mặt tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 15(4): 160-164.
- Lê Phong Vũ, Lê Đức Lánh (2011).** Dịch tễ lâm sàng và điều trị gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang từ năm 2006 đến 2010. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 15(2): 208-212.
- Lương Ngọc Khuê (2014).** *Tài liệu đào tạo tăng cường năng lực thực hiện công tác chỉ đạo tuyến và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh.* Bộ Y tế, Hà Nội.
- Nguyễn Đức Huệ (2013).** Thực trạng sự phân bố bác sĩ Răng Hàm Mặt tại các cơ sở y tế nhà nước và tư nhân các tỉnh, thành phía Nam. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 17(2): 330-334.
- Nguyễn Phú Lộc, Hoàng Trọng Kim (2006).** Đặc điểm dịch tễ học của các trường hợp tử vong ở trẻ được chuyển đến khoa cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 10(1): 1-4.

CHI PHÍ - HIỆU QUẢ CỦA LIRAGLUTIDE TRONG ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP II

Phạm Huy Tuấn Kiệt¹, Kiều Thị Tuyết Mai²,
Lê Văn Trụ³, Phan Văn Báu⁴

TÓM TẮT³⁶

Điều trị bằng đồng vận thụ thể GLP-1 là một hướng đi mới trong điều trị bệnh đái tháo đường típ 2. Đồng vận thụ thể GLP-1 được khuyến cáo sử dụng trong nhiều hướng dẫn điều trị quốc tế như Hiệp hội Đái tháo đường Hoa kỳ (ADA), Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế (IDF), Hiệp hội các chuyên gia nội tiết lâm sàng Hoa kỳ (AACE). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết – chuyển hóa do Bộ Y tế Việt Nam ban hành có khuyến cáo sử dụng GLP-1. Liraglutide là một đại diện của nhóm GLP-1. Nghiên cứu tổng quan các đánh giá kinh tế y tế từ y văn cho thấy điều trị với liraglutide có chi phí hiệu quả so với glimepiride, sitagliptine vì đồng thời đạt nhiều mục tiêu điều trị, giảm chi phí điều trị biến chứng trên tổng

chi phí điều trị, mặt khác lại gia tăng được QALYs. Cần có đánh giá trên các dữ liệu Việt Nam để có cơ sở xem xét hiệu quả chi phí của thuốc tại Việt Nam.

Từ khóa: Chi phí, chi phí – hiệu quả, liraglutide

SUMMARY

COST AND COST – EFFECTIVENESS OF LIRAGLUTIDE FOR TREATMENT OF DIABETES MELLITUS TYPE II – A SYSTEMATIC REVIEW

Use of GLP-1 receptor agonist is a new way of treatment of diabetes mellitus type II. liraglutide is the only one innovative representative of this group in Vietnam, still patented product is therefore of high cost. liraglutide is of several progressive clinical values, needs a cost-effectiveness review, for evidence for being reimbursed by health insurance, in order to ensure insured's benefits. A systematic review takes all relevant literature and shows the treatment with liraglutide is cost-effective than glimepiride, sitagliptine and rosiglitazone though saving cost of complications, especially cardio-vascular problems, subsequently reducing total cost and on other hand QALYs gained.

Keywords: Cost, cost-effectiveness, liraglutide

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Dược - Hà Nội

³Cục quản lý Khám chữa bệnh – Bộ Y tế

⁴Bệnh viện Nhân dân 115 – Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Huy Tuấn Kiệt

Email: phamhuytuankiet_vkt@fpt.vn

Ngày nhận bài: 12.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 7.2.2017

Ngày duyệt bài: 17.2.2017

Đái tháo đường là một rối loạn mạn tính, có những thuộc tính sau: (1) tăng glucose máu, (2) kết hợp với những bất thường về chuyển hoá carbohydrate, lipid và protein, (3) bệnh luôn gắn liền với xu hướng phát triển các bệnh lý về thận, đáy mắt, thần kinh và các bệnh tim mạch do hậu quả của xơ vữa động mạch”.

Việc chiết xuất được Insulin động vật từ 1923 đã đánh dấu bước đột phá trong điều trị đái tháo đường típ 2. Insulin là một loại hormone do các tế bào beta của tuyến tụy tiết ra với tác dụng chuyển hóa carbohydrate như tác động đến các quá trình sử dụng glucose bởi các loại mô trong cơ thể đặc biệt là tại gan, cơ và mô mỡ. Các thuốc uống ra đời từ 1946, giúp điều chỉnh đường huyết bằng kích thích tiết insulin và tăng độ nhạy của tế bào với insulin trong giai đoạn sớm của đái tháo đường.

Các nhà khoa học đã nhận thấy rằng glucose dùng bằng đường uống sẽ kích thích tiết insulin nhiều hơn so với truyền glucose tĩnh mạch với cùng liều lượng. Sự khác nhau trong khả năng tác dụng này là do vai trò của incretin. Incretin là những hóc môn dạng peptide, được tiết vào máu chỉ vài phút sau khi thức ăn tác dụng lên niêm mạc ruột. Ở người, incretin có hai dạng chính Glucagon - Like Peptide - 1 (GLP-1) và Glucose - dependent Insulinotropic Polypeptide (GIP), được tiết ra từ những tế bào khác nhau, có tên gọi là tế bào L và tế bào K ở ruột non. Năm 2001, một chất tương đồng tới 97% GLP-1 ở người có tác dụng kéo dài là liraglutide, trong đó GLP-1 được gắn với một acid béo. Chất này gắn vào các protein huyết tương, có thời gian bán hủy khoảng 12 giờ sau tiêm dưới da. Liraglutide có cơ chế kích thích tế bào beta tuyến tụy tăng tiết insulin và giảm tiết glucagon chỉ khi đường huyết tăng cao, do đó ít gây hạ đường huyết. Hợp chất này kháng được sự phân hủy do DPP4, thời gian bán hủy dài. Chúng duy trì hoạt động bình thường tại thụ thể GLP-1. Một ưu điểm khác trong điều trị của chất giống GLP-1 là thuốc gây giảm cân. Kết quả này là do tác dụng kết hợp chẹn ăn và buồn nôn. Liraglutide một đại diện của đồng vận GLP-1 được cấp bằng sáng chế bởi Cơ quan Sáng Chế và Thương hiệu Hoa Kỳ mở ra một hướng mới trong điều trị đái tháo đường típ 2. Tiếp đó, liraglutide được cấp phép lưu hành năm 2009 bởi Cơ quan Quản lý Dược phẩm Châu Âu (EMA), năm 2010 bởi Cơ quan Quản lý Thực

phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA), năm 2014 bởi Bộ Y tế Việt Nam.

Sản phẩm chứa liraglutide có hàm lượng là 1ml dung dịch chứa 6 mg liraglutide. Trên thế giới, sản phẩm lưu hành với hai dạng đóng gói là bút tiêm liraglutide nạp sẵn thuốc chứa 18 mg và 12 mg liraglutide. Tại Việt Nam, dạng bút tiêm nạp sẵn thuốc chứa 18 mg liraglutide trong 3 ml (1 ml dung dịch chứa 6mg liraglutide) có giá bán là 1.538.564 đồng. Sản phẩm hiện đang dành cho phân khúc bệnh nhân tự chi trả.

Điều trị bằng liraglutide có thể cùng lúc đạt ba mục tiêu điều trị là kiểm soát HbA_{1c}, không gây hạ đường huyết và không làm tăng cân. Theo Zinman B, et al (2012), % bệnh nhân đạt cùng một lúc 3 mục tiêu điều trị sau 26 tuần lần lượt là 40% (liraglutide 1.8mg), 32% (liraglutide 1.2mg), 15% (insulin glargine), 25% (exenatide), 11% (sitagliptin), 8% (glimepiride) và 8% (già được) [1].

Mục tiêu của nghiên cứu là tổng quan các tài liệu trong y văn về chi phí và chi phí - hiệu quả của liraglutide so với các sản phẩm khác trong điều trị bệnh nhân đái tháo đường típ 2, từ đó bàn luận về cách tiếp cận phù hợp tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bài báo bằng tiếng Anh được tìm kiếm trên cơ sở dữ liệu điện tử Pubmed có nội dung liên quan đến phân tích chi phí và chi phí - hiệu quả của liraglutide, thời gian truy cập vào 10/2016.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích nội dung các bài báo. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp tổng quan hệ thống dung hướng dẫn của Cochrane.

2.3. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin: Từ khoá sử dụng: "liraglutide"; "Victoza"; "Cost-Effectiveness"; "Cost-Utility"; "Economic"; "Value"; "Cost"; "Costing". Toán tử OR và AND được sử dụng để phối hợp các từ khoá. Kỹ thuật tìm kiếm sử dụng MESH, text-word và bộ lọc filter để giới hạn về ngôn ngữ.

2.4. Phân tích dữ liệu: Các bài báo được rà soát qua tiêu đề, đọc bản tóm tắt và bản toàn văn để đảm bảo các bài báo đưa vào nghiên cứu phù hợp với mục tiêu, nhóm nghiên cứu sắp xếp thứ tự nội dung các bài báo liên quan đến so sánh chi phí và các chỉ số chi phí hiệu quả của liraglutide so với các sản phẩm khác.

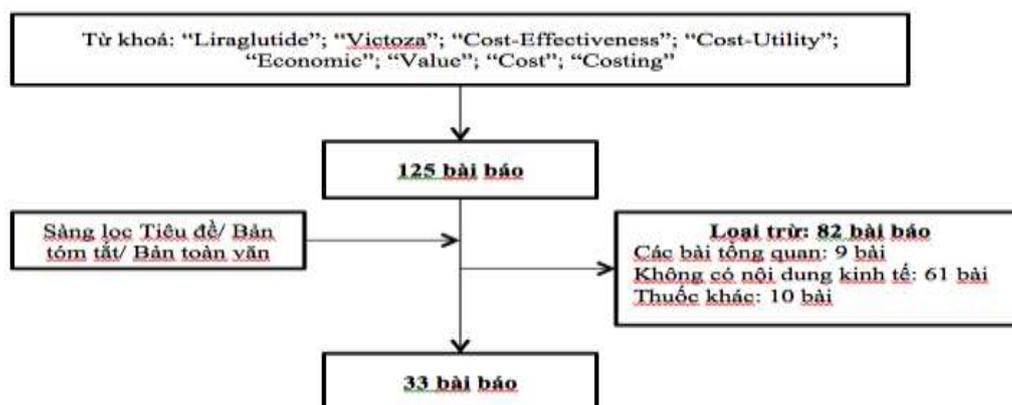
III. KẾT QUẢ

3.1. Chi phí điều trị liraglutide

Có 9 nhóm tác giả nghiên cứu và công bố kết quả phân tích chi phí điều trị liraglutide.

Bảng 1: Đặc điểm các nghiên cứu phân tích chi phí điều trị của liraglutide

STT	Nghiên cứu	Quốc gia	Thuốc so sánh
1	Ferrario và cộng sự	Italia	sitagliptin
2	Loughlin và cộng sự	Hoa Kỳ	exenatide
3	Skovgaard và cộng sự.	Canada	glimepirid; exenatide; insulin glargine; pioglitazone; sitagliptin
4	Johnston và cộng sự	Hoa Kỳ	exenatide
5	McDonell và cộng sự	Đức, Hà Lan, Anh	exenatide
6	Langer và cộng sự	Hoa Kỳ	sitagliptin
7	Thayer và cộng sự	Hoa Kỳ	exenatide; insulin glargine
8	Pelletier và cộng sự	Hoa Kỳ	exenatide; insulin glargine
9	Sullivan và cộng sự	Hoa Kỳ	glimepiride; rosiglitazone



Hình 1: Sơ đồ lựa chọn nghiên cứu

Kết quả 33 bài báo được lựa chọn theo các bước trong hình 1 để đọc và phân tích nội dung.

Sullivan và cộng sự thực hiện hai phân tích so sánh chi phí điều trị biến chứng đái tháo đường của điều trị với liraglutide: (1) dựa trên dữ liệu nghiên cứu LEAD-3 so sánh với glimepiride, (2) dựa trên dữ liệu LEAD-1 so sánh với rosiglitazone [2]. Phân tích sử dụng mô hình Core Diabetes Model để mô phỏng chi phí dài hạn do bệnh tật, tử vong và biến chứng gây nên. Pellertier, Thayer và cộng sự lại đo lường chi phí y tế trực tiếp của bệnh nhân đái tháo đường được điều trị bằng liraglutide so với điều trị bằng exenatide và insulin glargine dựa trên ngân hàng dữ liệu bảo hiểm y tế [3], [4]. Langer và Ferrario cùng cộng sự đo lường chi phí thuốc điều trị bằng liraglutide so với sitagliptin dựa trên dữ liệu theo dõi 26, 52 và 78 tuần của các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng. Có ba nghiên cứu tiến hành so sánh chi phí của liraglutide và exenatide [5], [6]. Nghiên cứu của Skovgaard là nghiên cứu tiến hành so sánh trên nhiều đối tượng thuốc điều trị đái tháo đường trên quần thể bệnh nhân tại Canada [7].

Pelletier và cộng sự tính tổng chi phí điều trị cho 6 tháng với liraglutide liều 1,2 mg, liraglutide

liều 1,8 mg và exenatide 10 mcg là 7.280 đô la Mỹ, 8.031 đô la Mỹ và 6.688 đô la Mỹ, một cách tương ứng. Phân tích chi tiết hơn cho thấy, điều trị với exenatide có chi phí thuốc thấp hơn so với điều trị liraglutide (exenatide có chi phí 2.925 đô la Mỹ thấp hơn 3.146 đô la Mỹ của liraglutide liều 1,2 mg và 3.935 đô la Mỹ của liraglutide liều 1,8 mg). Chi phí điều trị ngoại trú với exenatide thấp hơn so với điều trị với liraglutide (Chi phí điều trị ngoại trú của exenatide là 2.541 đô la Mỹ thấp hơn 3.146 đô la Mỹ của liraglutide 1,2 mg và 3.105 đô la Mỹ của liraglutide 1,8 mg). Tuy nhiên, các phân tích về chi phí điều trị nội trú với liraglutide ở cả liều 1,2 mg và 1,8 mg đều thấp hơn điều trị với exenatide (chi phí nội trú của exenatide là 1.222 đô la Mỹ lớn hơn 988 đô la Mỹ của liraglutide liều).

Nghiên cứu của Sullivan và cộng sự còn chỉ ra điều trị với liraglutide dẫn đến giảm chi phí điều trị biến chứng, đặc biệt là do giảm tỷ lệ biến chứng tim mạch so với glimepiride. Nếu tính đến tiết kiệm chi phí do không xuất hiện biến chứng, thì lợi ích hàng năm điều trị với liraglutide 1,2 mg sau 10 năm là 1.298 đô la Mỹ và sau 30 năm là

6.491 đô la Mỹ và với liraglutide 1,8 mg sau 10 năm là 2.147 đô la Mỹ và sau 30 năm là 9.367 đô la Mỹ [2].

So với điều trị với rosiglitazone, lợi ích hàng năm mang lại từ điều trị với liraglutide 1,2 mg sau 10 năm là 1.110 đô la Mỹ và sau 30 năm là 1.439 đô la Mỹ và với liraglutide 1,8 mg sau 10 năm là 1.075 đô la Mỹ và sau 30 năm là 1.162 đô la Mỹ. Điều trị với liraglutide 1,2 mg và 1,8 mg có biến chứng tim mạch ở mức 57,5% và 58,5% tương ứng, thấp hơn mức 59,1% là tỷ lệ biến chứng tim mạch của điều trị với rosiglitazone. Điều trị với liraglutide có tỷ lệ biến chứng tim mạch, nhồi máu cơ tim, đột quỵ, suy thận mạn, giảm thị lực và cắt cụt chi thấp hơn so với điều trị với glimepiride.

Khi đánh giá tới tỉ lệ điều trị thành công, nghiên cứu của Ferrario chỉ ra rằng, nếu tính toán chi phí trên các trường hợp điều trị thành công thì liraglutide có chi phí thấp hơn sitagliptin (€2889 so với €3970). Tương tự, Skovgaard và cộng sự chứng minh liraglutide với liều 1,2mg và 1,8mg có chi phí điều trị thành công thấp nhất (liraglutide 1,2 mg – 6070 CAD, liraglutide 1,8 mg- 6949 CAD, glimepiride- 7237CAD, exenatide 7704 CAD, glargine insulin- 8297 CAD, pioglitazone- 8741CAD, và sitagliptin 9270 CAD) [6].

3.2. Chi phí hiệu quả của liraglutide

24 phân tích chi phí hiệu quả của liraglutide trong điều trị đái tháo đường so với các lựa chọn khác như glimepiride, sitagliptin, rosiglitazone và exenatide và canagliflozin được đánh giá ở nhiều quốc gia khác nhau. Trong số đó, 4 nghiên cứu thu thập dữ liệu trên thực địa, các nghiên cứu còn lại đều sử dụng cơ sở dữ liệu sẵn có của cơ quan bảo hiểm/cơ quan quản lý nhà nước hoặc các thử nghiệm lâm sàng, điển hình như nghiên cứu LEAD và 1860-LIRA-DPP-4.

Mô hình Core Diabetes Model là mô hình được sử dụng phổ biến nhất trong 13 nghiên cứu, ngoài ra có 4 nhóm chuyên gia tự xây dựng mô hình dự đoán chi phí- hiệu quả, 2 nghiên cứu sử dụng mô hình Cardiff, trong khi Gao và cộng sự sử dụng mô hình UKPDS để dự báo kết quả kinh tế y tế dài hạn. Mô hình UKPDS đã được kiểm chứng bằng nghiên cứu đánh giá gánh nặng bệnh tật cả vòng đời của bệnh nhân ở Anh. 16 trên 24 phân tích lựa chọn khoảng thời gian khảo sát từ 30 năm đến trọn đời, 1 phân tích lựa chọn khoảng thời gian đánh giá là 20 năm, 7 nghiên cứu còn lại theo dõi chi phí- hiệu quả trong khoảng từ 1- 5 năm.

Tất cả các phân tích đều đánh giá độ nhạy xác định sự biến thiên của kết quả với sự biến

thiên của một biến số đầu vào. Chỉ số chi phí tăng thêm cho một đơn vị hiệu quả tăng thêm - ICER được đo lường và so sánh với khả năng chi trả theo hướng dẫn bằng 3 lần mức thu nhập bình quân quốc gia đầu người.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả được tổng quan từ trong các bài báo đăng tải quốc tế cho thấy liraglutide là một lựa chọn chi phí hiệu quả trong điều trị đái tháo đường típ 2 do làm giảm được chi phí từ điều trị biến chứng đái tháo đường và hiệu quả rõ rệt so với các lựa chọn khác. Điều trị với liraglutide được chi trả tại 42 quốc gia theo các điều kiện đặc thù từng quốc gia như tỷ lệ chi trả/đồng chi trả, lựa chọn nhóm bệnh nhân, phác đồ điều trị, chương trình hỗ trợ bệnh nhân và các điều kiện khác.

Đối với Việt Nam, liraglutide là lựa chọn thứ ba cho bệnh nhân đái tháo đường típ 2 khi không đạt được mục tiêu đường huyết với điều trị đầu tay (metformin) và điều trị thứ hai (bổ sung sulfonylurea) thất bại.

Để có cơ sở ra quyết định dựa trên bằng chứng, việc đánh giá chi phí hiệu quả của thuốc và/ hoặc tác động ngân sách bảo hiểm y tế khi chi trả cho điều trị đái tháo đường típ 2 có thể là cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Phân tích kinh tế dược là một công cụ phổ biến để đánh giá trị điều trị của một can thiệp/ thuốc so với những lựa chọn khác. Bài báo tổng quan các phân tích kinh tế đánh giá điều trị đái tháo đường típ 2 với liraglutide so với các thuốc khác và kết luận liraglutide là một lựa chọn tiết kiệm chi phí biến chứng phát sinh và chi phí – hiệu quả tính tới việc đái tháo đường là bệnh mãn tính (thời gian điều trị kéo dài, chi phí điều trị biến chứng chiếm 80% tổng chi phí điều trị).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zinman B., Schmidt W., Moses A., Lund N., Gough S., et al. (2012)** Achieving a clinically relevant composite outcome of an HbA1c of <7% without weight gain or hypoglycaemia in type 2 diabetes: a meta-analysis of the liraglutide clinical trial programme. *Diabetes Obesity Metab* 14(1): 77–82.
2. **Sullivan SD, Alfonso-Cristancho R, Conner C, Hammer M, Blonde L (2009)**. A simulation of the comparative long-term effectiveness of liraglutide and glimepiride monotherapies in patients with type 2 diabetes mellitus. *Pharmacotherapy*. 29(11): 1280–8.
3. **Pelletier EM, Pawaskar M, Smith PJ, Best JH, Chapman RH (2012)**. Economic outcomes of exenatide vs liraglutide in type 2 diabetes patients in

- the United States: results from a retrospective claims database analysis. *J Med Econ.* 15(6): 1039–50.
4. **Thayer S, Wei W, Buysman E, et al (2013).** The INITIATOR study: pilot data on real-world clinical and economic outcomes in US patients with type 2 diabetes initiating injectable therapy. *Adv Ther.* 30(12): 1128–40.
 5. **Langer J, Hunt B, Valentine WJ (2013).** Evaluating the short-term costeffectiveness of liraglutide versus sitagliptin in patients with type 2 diabetes failing metformin monotherapy in the United States. *J Manag Care Pharm.* 19(3):237–46.
 6. **Ferrario MG, et al. (2016),** liraglutide vs. sitagliptin add-on to metformin treatment for type 2 diabetes mellitus: Short-term cost-per-controlled patient in Italy, *Prim Care Diabetes*, 10(3), p. 220-6.
 7. **Skovgaard R, et al. (2015),** Evaluating the Cost of Bringing People with Type 2 Diabetes Mellitus to Multiple Targets of Treatment in Canada, *Clin Ther.* 37(8): 1677-88.

GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM APACHE II, SOFA TRONG TIÊN LƯỢNG TỬ VONG TRONG 60 NGÀY Ở BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC CẤP PARAQUAT

Ngô Đức Ngọc^{1,2}, Nguyễn Trung Nguyên³

TÓM TẮT³⁷

Đặt vấn đề: Hiện tại có nhiều bảng điểm và chỉ số tiên lượng tử vong trong ngộ độc cấp paraquat, tuy nhiên giá trị của các bảng điểm và chỉ số tiên lượng còn nhiều tranh cãi. **Mục tiêu:** Nghiên cứu giá trị thang điểm APACHE II, SOFA trong tiên lượng tử vong trong thời gian nằm viện đến 60 ngày ở bệnh nhân ngộ độc cấp paraquat. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu số liệu sẵn có của tất cả các bệnh nhân nhập viện và được chẩn đoán ngộ độc paraquat. **Kết quả:** 131 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, trong đó tỷ lệ bệnh nhân sống sót sau 60 ngày chiếm 36,6% (48/131) và tỷ lệ tử vong 63,4% (83/131). Điểm APACHE II, SOFA trung bình của nhóm tử vong và nhóm sống ở ngày đầu tiên: APACHE II ($8,7 \pm 4,3$ so với $4,8 \pm 2,6$; $p < 0,001$), SOFA ($2,9 \pm 2,6$ so với $1,0 \pm 1,4$; $p < 0,001$). APACHE II có AUC=0,80 với cut-off=7 độ nhạy 67,9%; độ đặc hiệu 79,1%. SOFA có AUC = 0,75 với cut-off=2 độ nhạy 63,9%; độ đặc hiệu 75,0%. **Kết luận:** Điểm APACHE II, SOFA ngày đầu của bệnh có thể được sử dụng để tiên lượng tử vong bệnh nhân ngộ độc cấp paraquat trong 60 ngày kể từ khi nằm viện.

Từ khóa: APACHE II, SOFA, Ngộ độc cấp Paraquat

SUMMARY

EVALUATION THE VALUE OF APACHE II, SOFA SCORE IN MORTALITY PROGNOSIS DURING 60 DAYS IN ACUTE PARAQUAT POISONING

Introduction: There are a great number of dead prognosis scales and scores in acute paraquat

poisoning today. However, doctors are not of the same mind about the values of these scales and scores. **Objective:** Study the value of APACHE II, SOFA in dead prognosis within 60 days in acute paraquat poisoned patients. **Methods:** This was an observational and cross-sectional study with retrospective chart review of paraquat poisoning patient admitted to the hospital and diagnosed as paraquat poisoning. **Results:** 131 patients satisfied the criteria was acceptable, in there the percentage of survival patients after 60 days occupied 36,6% (48/131) in comparison with the dead group percent was 63,4% (83/131). The average scores of APACHE II, SOFA of the dead group and the survival in first day group were respectively: APACHE II ($8,7 \pm 4,3$ in comparison with $4,8 \pm 2,6$; $p < 0,001$), SOFA ($2,9 \pm 2,6$ with $1,0 \pm 1,4$; $p < 0,001$). APACHE II gained AUC=0,80 with cut-off = 7 achieved the sensitivity 67,9%; the specificity 79,1%. SOFA gained AUC = 0,75 with cut-off = 2 achieved the sensitivity 63,9%; the specificity 75,0%. **Conclusion:** APACHE II, SOFA scores in the first-day admission was useful to evaluate the dead prognosis of acute paraquat poisoned patients within 60 days in hospital.

Keyword: APACHE II, SOFA, acute Paraquat poisoning

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngộ độc paraquat thường rất trầm trọng với tỷ lệ tử vong cao (40-90%)[1]. Nguyên nhân gây ra tử vong ở bệnh nhân ngộ độc paraquat là do tình trạng suy đa cơ quan và xơ hóa phổi [2]. Những năm qua số lượng ngộ độc paraquat có xu hướng tăng, đây là một thách thức lớn với chuyên ngành cấp cứu chống độc. Vì vậy, việc tìm kiếm các công cụ để tiên lượng trong ngộ độc paraquat đã được quan tâm nghiên cứu, tuy nhiên vẫn chưa tìm được chỉ số tiên lượng tối ưu [3]. Các yếu tố tiên lượng tử vong như chỉ số mức độ nghiêm trọng của ngộ độc paraquat (SIPP), men gan, creatinine huyết thanh và số lượng tế bào lymphô [1], bicarbonate, lactat máu

¹Bộ môn HSCC, Trường Đại học Y Hà Nội

²Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai

³Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Ngọc

Email: ngoducngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 6.2.2017

Ngày duyệt bài: 14.2.2017

động mạch đã được đề xuất như là chỉ số tiên lượng [4]. Trong đó chỉ số mức độ nghiêm trọng của ngộ độc paraquat (SIPP) có thể là một yếu tố tiên lượng tử vong tốt [3]. Tuy nhiên, nhiều bệnh viện không có các phương tiện cần thiết để đo nồng độ paraquat huyết thanh. Với mong muốn tìm kiếm một công cụ hữu ích trong thực hành lâm sàng và sử dụng thuận tiện cho việc tiên lượng bệnh nhân ngộ độc cấp paraquat chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Nghiên cứu giá trị thang điểm APACHE II, SOFA trong tiên lượng tử vong trong thời gian nằm viện đến 60 ngày ở bệnh nhân ngộ độc cấp paraquat."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu số liệu sẵn có của tất cả các bệnh nhân nhập viện và được chẩn đoán ngộ độc paraquat và điều trị tại Trung tâm Chống độc Bạch Mai từ 01/10/2015 – 15/09/2016 với cỡ mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định ngộ độc paraquat từ 01/10/2015 – 15/09/2016 điều trị tại Trung tâm Chống độc Bạch Mai.

Tiêu chuẩn loại trừ: Ngộ độc nhiều loại độc chất. Bệnh nhân < 16 tuổi

Cách thức tiến hành nghiên cứu

- Ghi chép đầy đủ thông tin theo bệnh án mẫu thống nhất.

- Nếu bệnh nhân kết quả điều trị tốt, ra viện, hẹn bệnh nhân tái khám sau khi ra viện ngày thứ 7, ngày thứ 14, ngày thứ 28 và ngày thứ 60 sau ngộ độc.

+ Làm các xét nghiệm chức năng gan thận, điện giải đồ, khí máu động mạch, chụp x-quang phổi.

Xử lý số liệu: Nhập số liệu và phân tích bằng phần mềm stata 14.1.

- Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học. Ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

+ Phân tích đường cong ROC với thang điểm APACHE II, SOFA (AUC, khoảng tin cậy 95%, điểm cut-off tốt nhất với độ nhạy độ đặc hiệu).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

131 bệnh nhân tham gia nghiên cứu số bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 53,4% (70 bệnh nhân), số bệnh nhân nữ chiếm 46,4% (61 bệnh nhân). Nhóm tuổi 16 – 25 chiếm tỷ lệ cao nhất (36,6%). Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu 34,7 ± 15,3; tuổi thấp nhất 16; tuổi cao nhất 86. Số ngày nằm viện trung bình là 3,1 ± 2,9 ngày; thời gian nằm viện ngắn nhất là 1 ngày; dài nhất là 20 ngày. Có 83 bệnh nhân tử vong trong 60 ngày.

Bảng 1. Thời gian ngộ độc đến khi nhập viện

Thời gian ngộ độc (giờ)	N	%
≤ 06 giờ	67	51,2
7 – 24 giờ	37	28,2
> 24 giờ	27	20,6
Tổng	131	100
$\bar{X} \pm SD$	16,2 ± 21,0	
Tối thiểu – tối đa	1- 72	

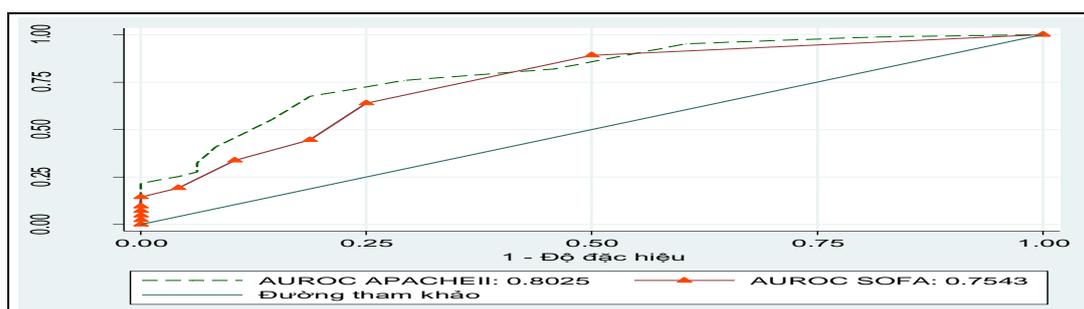
Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện trước 06 giờ cao nhất chiếm 51,2%; tỷ lệ bệnh nhân nhập viện sau 24 giờ thấp nhất chiếm 20,6%. Thời gian nhập viện trung bình là 16,2 giờ; sớm nhất 01 giờ và muộn nhất 72 giờ sau khi bị ngộ độc.

Bảng 2. Đặc điểm APACHE II, SOFA nhóm sống và tử vong

Thang điểm	Nhóm chung	Nhóm sống	Nhóm tử vong	p
	n = 131	n = 48	n = 83	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
APACHE II	7,3 ± 4,3	4,7 ± 2,5	8,8 ± 4,3	0,000
SOFA	2,4 ± 2,3	1,1 ± 1,8	2,9 ± 2,6	0,000

Nhận xét: APACHE II, SOFA trung bình ở nhóm tử vong cao hơn ở nhóm sống và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

Giá trị tiên lượng APACHE II, SOFA qua phân tích đường cong ROC



Biểu đồ 1. Đường cong ROC của thang điểm APACHE II, SOFA

Nhận xét: Điểm APACHE II, SOFA tại thời điểm nhập TTCD có diện tích dưới đường cong lần lượt là 0,80 (95%CI = [0,71 – 0,87]) và 0,75 (95%CI = [0,66 – 0,83]); điểm APACHE II có giá trị tiên lượng tốt; điểm SOFA có giá trị tiên lượng khá.

Bảng 3. Giá trị cut-off điểm APACHE II, SOFA

Thang điểm	Cut-off	Chỉ số	
		Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
APACHE II	7	67,4	79,1
SOFA	2	63,9	75,0

Nhận xét: Điểm cut-off=7 của APACHE II có giá trị tốt nhất tiên lượng tử vong ở bệnh nhân ngộ độc cấp paraquat với độ nhạy 67,4% độ đặc hiệu 79,1%. Tương tự điểm cut-off của SOFA là 2 với độ nhạy 63,9% độ đặc hiệu 75,0%.

Bảng 4. Đặc điểm tử vong với APACHE II cut-off = 7

APACHE II (điểm)	Nhóm sống		Nhóm tử vong		p
	n = 48		n = 83		
	n	%	n	%	
< 7	38	79,2	27	32,5	0,000
≥ 7	10	20,8	56	67,5	
Tỷ suất chênh	OR = 7,88 95%CI = [3,4 – 18,1]				0,000

Nhận xét: Bệnh nhân có điểm APACHE II ≥ 7 tăng nguy cơ tử vong cao gấp 7,88 lần bệnh nhân có điểm APACHE II < 7 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (95%CI = [3,4 – 18,1]; p<0,01).

Bảng 5. Đặc điểm tử vong với SOFA cut-off = 2 điểm

SOFA (điểm)	Nhóm sống		Nhóm tử vong		p
	n = 48		n = 83		
	n	%	n	%	
< 2	36	75,0	30	36,1	0,000
≥ 2	12	25,0	53	63,9	
Tỷ suất chênh	OR = 5,30 95%CI = [2,4 – 11,7]				0,000

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tử vong ở nhóm điểm SOFA ≥ 2 cao hơn tỷ lệ tử vong ở nhóm điểm SOFA < 2 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

Bệnh nhân có điểm SOFA ≥ 2 tăng nguy cơ tử vong cao gấp 5,30 lần bệnh nhân có điểm SOFA < 2 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (95%CI = [2,4 – 11,7] và p < 0,001).

IV. BÀN LUẬN

Giới nam và nữ khá cân bằng (nam 53,4%; nữ 46,4%). Kết quả của chúng tôi giống với Hà Trần Hưng[5] và Lufeng[6]. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 34,7 ± 17,3 tuổi từ 16 – 25 chiếm tỷ lệ cao nhất (36,6%).

Thời gian nhập trung tâm chống độc: Trong 131 bệnh nhân có 67 (51,2%) bệnh nhân nhập Trung tâm chống độc trong 6 giờ đầu sau

khi ngộ độc. Đây là thời điểm quan trọng để tăng cường thải trừ độc chất như lọc máu. Thời gian nằm viện trung bình là 3,1 ngày. Số bệnh nhân nằm viện điều trị một ngày do bệnh nặng không có chỉ định lọc máu, bệnh nhân xin về tuyến dưới điều trị hoặc xin về uống thuốc đông y. Bệnh nhân tử vong tại viện (03 bệnh nhân), diễn biến nặng có suy hô hấp được đặt nội khí quản cho về (06 bệnh nhân), xin về không điều

trị nhưng đa số bệnh nhân được chuyển tuyến dưới tiếp tục điều trị.

Đặc điểm tử vong: Ngộ độc paraquat vẫn cho kết cục rất xấu khi tỷ lệ bệnh nhân tử vong vẫn còn rất cao và trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tử vong 64,3% . Vũ Mai Liên và Hà Trần Hưng là 72,9% [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tử vong trong 3 ngày đầu sau ngộ độc chiếm tỷ lệ 29,0%. Số bệnh nhân này đã ngộ độc một lượng paraquat lớn tương đương mức độ nặng theo Oliveira [2]. Nghiên cứu của Huang trên 138 bệnh nhân thì có 77 bệnh nhân tử vong (55,7%), trong đó 36 bệnh nhân tử vong trong 3 ngày đầu (46,8%), 19 bệnh nhân tử vong 4-7 ngày (24,7%) và 22 bệnh nhân tử vong sau 07 ngày (28,6%) [7].

Khả năng tiên lượng tử vong điểm APACHE II, SOFA

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh thang điểm APACHE II, SOFA trung bình của nhóm tử vong và nhóm sống ở thời điểm nhập viện: APACHE II ($8,7 \pm 4,3$ so với $4,8 \pm 2,6$; $p < 0,001$), SOFA ($2,9 \pm 2,6$ so với $1,0 \pm 1,4$; $p < 0,001$). Với kết quả này chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt thang điểm APACHE II và SOFA giữa nhóm bệnh nhân sống và nhóm bệnh nhân tử vong. Theo nghiên cứu của Fengjun khi so sánh nhóm tử vong với nhóm sống: APACHE II ($6,4 \pm 2,3$ so với $3,3 \pm 1,5$; $p < 0,01$), SOFA ($3,3 \pm 1,06$ so với $2,2 \pm 0,8$; $p < 0,01$). Khi phân tích đường cong ROC tiên lượng tử vong: APACHE II có AUC=0,80 với cut-off = 7 độ nhạy 67,9%; độ đặc hiệu 79,1%. SOFA có AUC = 0,75 với cut-off = 2 độ nhạy 63,9%; độ đặc hiệu 75,0%. Trong nghiên cứu của Fengjun khi phân tích đường cong ROC tiên lượng tử vong: APACHE II có AUC=0,87 với cut-off=4 độ nhạy 79,6%; độ đặc hiệu = 79,7%), SOFA AUC = 0,77 với cut-off = 3; độ nhạy 72,2; độ đặc hiệu 67,2%). Trong nghiên cứu của chúng tôi APACHE II có giá trị trung bình, điểm cut-off cao hơn trong nghiên cứu của Fengjun. Tuy nhiên, SOFA lại có giá trị trung bình và điểm cut-off thấp hơn trong nghiên cứu của Fengjun. Với điểm APACHE ≥ 7 , SOFA ≥ 2 thì tỷ lệ tử vong cao hơn so với tỷ lệ tử vong ở nhóm có điểm APACHE II và SOFA thấp hơn và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Với APACHE ≥ 7 điểm, SOFA ≥ 2 đã tăng nguy cơ tử

vong lần lượt với OR = 7,8 (95% CI = [3,4 – 18,1]) và OR = 5,3 (95%CI = [2,4 – 11,7]).

Tại thời điểm nhập viện điểm SOFA có giá trị tiên lượng tử vong thấp hơn điểm APACHE II. Điều này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu được so sánh ở trên thì đường cong ROC điểm SOFA có diện tích dưới đường cong hầu hết thấp hơn 0,80. Tuy nhiên, điểm SOFA là một phương pháp chấm điểm đơn giản, dễ dàng được thực hiện, các thông số xét nghiệm có thể được làm lại nhiều lần mà ít tốn kém. Nó phù hợp với các cơ sở y tế hơn điểm APACHE II. Quan trọng nhất, điểm SOFA vẫn bao gồm các cơ quan đích mà ngộ độc paraquat gây tổn thương như gan, thận, phổi.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm APACHE II và điểm SOFA có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong do ngộ độc cấp paraquat. APACHE II có diện tích dưới đường cong ROC (AUC)=0,80 có giá trị tốt hơn so với điểm SOFA với AUC=0,75. APACHE II cut-off= 7 độ nhạy là 67,4%, độ đặc hiệu là 79,1% và OR = 7,88 ($p < 0,001$). SOFA cut-off = 2 độ nhạy là 63,9%, độ đặc hiệu là 75,0% và OR = 5,30 ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Senarathna, L., Eddleston, M., Wilks, M. F., et al. (2009). Prediction of outcome after paraquat poisoning by measurement of the plasma paraquat concentration. *QJM*, **102**(4), 251-9.
2. Dinis-Oliveira, R. J., Duarte, J. A., Sanchez-Navarro, A., et al. (2008). Paraquat poisonings: mechanisms of lung toxicity, clinical features, and treatment. *Crit Rev Toxicol*, **38**(1), 13-71.
3. Xu, S., Hu, H., Jiang, Z., et al. (2015). APACHE score, Severity Index of Paraquat Poisoning, and serum lactic acid concentration in the prognosis of paraquat poisoning of Chinese Patients. *Pediatr Emerg Care*, **31**(2), 117-21.
4. Yamaguchi, H., Sato, S., Watanabe, S., et al. (1990). Pre-embarkment prognostication for acute paraquat poisoning. *Hum Exp Toxicol*, **9**(6), 381-4.
5. Vũ Mai Liên, Hà Trần Hưng (2012). Nhận xét tỷ lệ tử vong do ngộ độc paraquat và một số yếu tố liên quan tại trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai năm 2010-2011. 26.
6. Hu, L., Lin, F., Li, H., et al. (2016). An intelligent prognostic system for analyzing patients with paraquat poisoning using arterial blood gas indexes. *J Pharmacol Toxicol Methods*, **84**, 78-85.
7. Huang, C., Zhang, X. (2011). Prognostic significance of arterial blood gas analysis in the early evaluation of paraquat poisoning patients. *Clin Toxicol (Phila)*, **49**(8), 734-8.

ĐÁI DẦM CÓ PHẢI LÀ MỘT BỆNH TỰ KHỎI HAY KHÔNG VÀ PHẢI LÀM GÌ TRƯỚC MỘT BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM VÌ ĐÁI DẦM?

Nguyễn Phú Việt*, Nguyễn Phương Hồng**

TÓM TẮT³⁸

Đặt vấn đề: Ở nước ta, đái dầm là một bệnh thường gặp ở trẻ em, nhưng chưa được quan tâm về chẩn đoán và điều trị. Mục đích của bài viết là nêu lên các quan niệm mới, cũng như cách thức chẩn đoán và điều trị căn bệnh đã nêu ở trên. **Phương pháp:** Tham khảo các công trình nghiên cứu về đái dầm, được công bố trong thời gian gần đây. **Kết quả:** Đái dầm chiếm khoảng 10% trẻ em từ 5 – 10 tuổi [2]. Bệnh có 2 thể: thể đái đêm nhiều đơn thuần và thể sức chứa bàng quang ít. Đái dầm không tự khỏi đối với tất cả mọi bệnh nhân. Nếu không được điều trị, bệnh còn lại ở người lớn vào khoảng 3% [2],[5]. Chẩn đoán chỉ dựa vào hỏi bệnh và khám bệnh, nhưng phải loại trừ tất cả mọi rối loạn tiểu tiện khác. Về điều trị, khi thực hiện vệ sinh ăn uống và đi tiểu không đạt kết quả, điều trị đặc hiệu bằng desmopressin cho thể đái đêm nhiều đơn thuần, hệ thống báo thức cho thể sức chứa bàng quang ít. Trong trường hợp trở lại đối với đơn trị liệu, có thể phối hợp các đơn trị liệu nói trên. **Kết luận:** Đái dầm không phải là một bệnh có nguồn gốc tâm lý và không tự khỏi đối với tất cả mọi bệnh nhân. Chẩn đoán thuần túy dựa vào lâm sàng. Tập luyện thói quen ăn uống và đi tiểu là cơ sở điều trị chung. Tùy theo nguyên nhân nổi trội mà chỉ định đơn trị liệu đặc hiệu. Khi bệnh kháng lại đơn trị liệu, có thể phối hợp các phương pháp điều trị nói trên.

SUMMARY

DO WE HAVE TO TREAT ENURESIS AND WHAT SHOULD WE DO FOR PATIENTS WHO SUFFER FROM ENURESIS?

Question: In our country, enuresis is a common disease in children, its diagnosis and treatment are not focused. The purpose of the article is to raise new concept as well as diagnosis and treatment of the above mentioned disease. **Methodology:** To refer enuresis studies which have recently been published.

Results: Enuresis accounts for about 10% of children aged 5-10 [2]. The disease have two types: Nocturnal enuresis and diurnal enuresis can accommodate small bladder. The enuresis itself cannot be treated at all patients. If the disease is not treated, it remains 3% at adult [2], [5]. Diagnosis is based on medical history and examination, but must exclude all other urinary disorders. Regarding treatment, when eating habit and urinary habit training cannot treat the disease, specific

treatment with desmopressin will be applied for nocturnal enuresis and alarm system is applied for diurnal enuresis. In some cases, two above mentioned monotherapies can be combined. **Conclusion:** Enuresis is not a psychological-originated disease and cannot be treated itself for all patients. Diagnosis is based on clinical examination. Eating habit and urinary habit training is common treatment. A specific monotherapy will be applied depending on predominant causes. When a monotherapy cannot work, we can combine the two mentioned monotherapies for best results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái dầm là một bệnh thường gặp, chiếm khoảng 10% trẻ em từ 5 – 10 tuổi [2]. Từ xưa đến nay, nguyên nhân và điều trị bệnh được tranh luận rất nhiều. Ở nước ta, cũng tồn tại quan niệm đái dầm là một bệnh tự khỏi. Do vậy, phần lớn bệnh nhân bị đái dầm chưa được chẩn đoán và điều trị. Mục đích của bài viết là thông qua các công trình nghiên cứu về đái dầm, được công bố trong thời gian gần đây, để nêu lên các quan niệm mới cũng như cách thức chẩn đoán và điều trị căn bệnh đã nêu ở trên.

II. MỘT SỐ THÔNG TIN MỚI

2. 1. Các định nghĩa

Theo Hội quốc tế nghiên cứu về bài tiết tự chủ của trẻ em (International Children's Continence Society – ICCS) và Hội Tiết niệu nước Cộng hòa Pháp (AFU) [2],[3]:

*Đái dầm là sự mất nước tiểu không thể kiểm soát được. Đái dầm có thể liên tục hoặc cách quãng.

*Đái dầm ban đêm là sự mất nước tiểu cách quãng, không thể kiểm soát được, trong giấc ngủ, ở trẻ em có độ tuổi ít nhất là 5 tuổi. Thuật ngữ "đái dầm ban ngày" là mù mờ, không rõ nghĩa và không nên dùng thuật ngữ này.

*Đái dầm nguyên phát (ĐDNP) là đứa trẻ chưa bao giờ có một khoảng thời gian ít nhất là 6 tháng trong các giấc ngủ, tự chủ được việc đi đái (không bị đái dầm). Đái dầm tái phát sau 6 tháng kiểm soát được việc đi đái trong các giấc ngủ (không bị đái dầm) được gọi là đái dầm thứ phát.

*Đái dầm nguyên phát đơn độc (ĐDNPDĐ) là đái dầm nguyên phát, chỉ có một triệu chứng là đái dầm trong giấc ngủ ban đêm mà không có bất cứ một triệu chứng nào khác, đặc biệt là

*Học viện Quân Y

**Phòng khám Đa khoa Âu Việt.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Việt

Email: bacsyviet103@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 12.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2017

Ngày duyệt bài: 23.01.2017

nước tiểu tự chảy vào ban ngày – một triệu chứng bệnh lý của đường tiểu dưới.

Chỉ riêng “đái đêm” (bị thức dậy vào ban đêm vì buồn đi đái) là triệu chứng có thể phối hợp với ĐDNPĐĐ.

2.2. Sinh bệnh học

Ngày nay, sinh bệnh học của sự bài niệu, các chức năng bàng quang và sự kiểm soát của não bộ đối với việc bài niệu cho phép hiểu biết rõ hơn về nguyên nhân và các liệu pháp điều trị căn bệnh này. Theo ICCS, ĐDNPĐĐ được chia ra làm 2 thể [2],[3],[6]:

* Thể đái đêm nhiều đơn thuần với các chức năng bàng quang bình thường. Đối với thể bệnh này, khi độ thẩm thấu thấp ($< 800 \text{ mosm/l}$), có nhiều cơ chế gây ra đái nhiều về ban đêm và đôi khi có cơ chế vẫn đang được tranh luận, chưa thống nhất. Cơ chế về sự đảo ngược nhịp ngày đêm của việc bài tiết vasopressin đã được biết rõ, nhưng không phải chỉ có một cơ chế đó. Loại đái dầm này nhạy cảm với việc hạn chế uống nước và nhạy cảm với thuốc desmopressin. Các cơn ngừng thở khi đang ngủ và/hoặc ứ tắc ngã ba họng hầu do đờm đều gây ra đái nhiều do tăng anhidrit cacbonic máu và việc điều trị các chứng bệnh này có thể cải thiện bệnh ĐDNPĐĐ.

*Thể sức chứa bàng quang ít, được xác định bằng giảm 70% khả năng chứa đựng của bàng quang trên lịch đi tiểu, được theo dõi trong 48 giờ. Sức chứa bàng quang bình thường được tính theo công thức của ICCS [$\text{CVml} = 30 \times (\text{tuổi tính bằng năm} + 1)$]. Nhìn chung, thể bệnh này trở ì đối với desmopressin và kèm theo cơ bàng quang tăng hoạt về ban đêm, trong 30% các trường hợp.

Ở trẻ em bị bệnh đái dầm, ngoài việc khó thức dậy để đi tiểu do ngưỡng thức-tỉnh thấp, không có thay đổi nào về giấc ngủ đặc trưng cho bệnh đái dầm. Trên thực tế lâm sàng, cũng không có thăm dò nào về giấc ngủ đặc hiệu cho căn bệnh này. Về phương diện di truyền, các yếu tố di truyền đã được xác định. Tiền sử gia đình về đái dầm chiếm 30 – 60% các trường hợp và phải quan tâm khai thác triệu chứng này.

2.3. Sự thường gặp của đái dầm nguyên phát đơn độc

Theo cuộc điều tra của SOFRES Medical, trong 3803 trẻ em từ 5 – 10 tuổi, đến các lớp từ mẫu giáo đến tiểu học, tỷ lệ bị ĐDNPĐĐ là 9,2%, trong đó 37% bị đái dầm từ một đến nhiều đêm trong một tuần và 22% bị đái dầm trong tất cả các đêm [5].

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định và chẩn đoán mức độ bệnh

Nhiều công trình nghiên cứu [1],[2],[3],[5] cho biết: Chẩn đoán xác định chỉ dựa vào lâm sàng. Không có bất cứ một xét nghiệm nào về chẩn đoán hình ảnh, về xét nghiệm máu hoặc nước tiểu có thể giúp cho việc xác định chẩn đoán. Hỏi tiền sử, bệnh sử tỷ mỉ; khám toàn thân, khám các cơ quan kỹ lưỡng là rất cần thiết để khẳng định chẩn đoán và để loại trừ tất cả các nguyên nhân tiết niệu khác, gây ra mất nước tiểu cách quãng về ban đêm. Các xét nghiệm về chẩn đoán hình ảnh, về máu hoặc nước tiểu được chỉ định làm để chẩn đoán phân biệt với một bệnh tiết niệu nào đó, chỉ là hãn hữu, rất ít khi phải làm.

Theo dõi lịch đi tiểu 48 giờ để chẩn đoán thể bệnh (thể đái đêm nhiều đơn thuần hay thể sức chứa của bàng quang ít). Về mức độ đái dầm, chưa có tiêu chuẩn phân loại được thống nhất. Sau đây là các tiêu chuẩn thường được sử dụng trong nghiên cứu dịch tễ học và điều trị học [1],[3]:

*Đái dầm mức độ nhẹ: tính trung bình, dưới 1 lần/1 tuần.

*Đái dầm mức độ trung bình: tính trung bình, 1 – 2 lần/1 tuần.

*Đái dầm mức độ nặng: ít nhất 3 lần/1 tuần.

Các tiêu chuẩn phân loại mức độ nặng nhẹ đã nêu ở trên cũng không được đề cập trong văn bản đồng thuận của ICCS. Trong một số công trình nghiên cứu gần đây, mỗi tác giả lại đặt ra tiêu chuẩn phân loại riêng của mình. Theo Lottmann [5], ĐDNPĐĐ có 3 mức độ: 1 đêm/1 tháng, > 1 đêm/1 tuần và tất cả các đêm. Theo Yeung và cộng sự [6]: ĐDNPĐĐ cũng có 3 mức độ: < 3 đêm/1 tuần, 3 – 6 đêm/1 tuần và tất cả các đêm.

3.2. Các rối loạn kèm theo

ĐDNPĐĐ có thể phối hợp với các rối loạn về tinh thần, như thiếu sự tập trung và tăng động: 20% trẻ em bị thiếu sự tập trung và tăng động có ĐDNPĐĐ và khoảng 10% trẻ em bị ĐDNPĐĐ có rối loạn về tinh thần (thiếu sự tập trung và tăng động) [5]. Giảm sự tự tin vào chính mình cũng là triệu chứng về tâm thần thường gặp. Triệu chứng này sẽ được cải thiện khi trẻ bị đái dầm được điều trị, cho dù kết quả điều trị là tốt hay chưa tốt. Ngoài ra, cuộc sống trong gia đình và trong xã hội của trẻ đái dầm bị rối loạn là một thực tế rõ ràng. Điều này nói lên trình độ và

trách nhiệm của nền y tế và của các bậc cha mẹ bệnh nhân.

IV. ĐIỀU TRỊ

Các nghiên cứu dọc theo lịch sử tự nhiên của đái dầm cho biết bệnh có xu hướng tự khỏi, với tỷ lệ 15% một năm [1],[2]. Nhưng quan niệm cho là "tất cả các bệnh nhân bị đái dầm sẽ tự khỏi vào tuổi dậy thì" là sai vì đái dầm gặp cả ở người lớn. Trong nghiên cứu của Yeung và cộng sự, thanh niên trẻ (đến 19 tuổi), khỏe mạnh, bị đái dầm là 2,23% [6].

Các nghiên cứu cho biết ở trẻ 7 tuổi, tỷ lệ đái dầm là vào khoảng 8% và trẻ em bị đái dầm, nếu không được điều trị, khi thành người lớn, tỷ lệ đái dầm là vào khoảng 3% [2],[5]. Vì vậy, điều trị đái dầm ở trẻ em là thực sự cần thiết.

4.1. Các nguyên tắc về vệ sinh ăn uống và đi tiểu

Nhiều nghiên cứu [2],[3],[5] cho biết việc giải thích, viết đơn hướng dẫn cho bệnh nhân về hạn chế uống nước và đi tiểu trong buổi tối và ban đêm đóng vai trò rất quan trọng. Chỉ riêng động thái này có thể chữa được cho 20% số bệnh nhân bị ĐDNPDĐ.

*Tốt hơn hết là chọn đồ uống và chia lượng nước uống trong ngày để uống làm nhiều lần. Đối với trẻ đái dầm, lượng nước uống trong ngày là bình thường như các trẻ cùng độ tuổi, không bị đái dầm (45 – 60 ml / kg), nhưng chỉ uống từ 7 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hạn chế tối đa uống nước sau 6 giờ chiều. Bữa ăn sáng với lượng nước uống bằng 1/3 nhu cầu hàng ngày. Đối với đồ uống, phải ưu tiên loại nước uống có ít muối khoáng. Cuối ngày, không uống đồ uống có đường, có khí (có ga), cũng như không ăn các món ăn mặn (có nhiều muối). Buổi tối, hạn chế đồ ăn uống có canxi, ví dụ như hạn chế ăn và uống các sản phẩm của sữa.

* Khuyến khích đi tiểu đều trong ngày. Bệnh nhân nên đi tiểu 5 – 6 lần / 1 ngày (Không quên đi tiểu lúc dậy ngủ và lúc đi ngủ). Khi buồn đi tiểu thì đi tiểu ngay. Khi đi tiểu, thư giãn cơ thể tối đa và để dòng nước tiểu chảy tự nhiên, không cần phải rặn đái. Thực hiện các lời khuyên này ít nhất 2 tuần và điền vào lịch đi tiểu các đêm bị đái dầm và các đêm không bị đái dầm. Việc đánh giá mức độ đái dầm, ngay từ đầu đợt thực hiện chế độ vệ sinh ăn uống và đi tiểu, là rất quan trọng.

4.2. Điều trị đặc hiệu: Các bệnh nhân không khỏi bệnh đái dầm bằng chế độ ăn uống và đi tiểu như thầy thuốc đã hướng dẫn, cần

phải được điều trị đặc hiệu và việc điều trị này được bắt đầu từ 6 tuổi. Chỉ định điều trị [2],[3],[5],[7] như sau:

* Desmopressin là thuốc được lựa chọn đầu tay để điều trị cho ĐDNPDĐ, thể đái dầm nhiều đơn thuần, khi trở lại đối với phương pháp vệ sinh ăn uống và đi tiểu. Đây là một thuốc tổng hợp, tương tự như vasopressin, có tác dụng chống lợi niệu kéo dài. Thuốc làm tăng tính thấm của tế bào ống góp, do đó gây ra tăng tái hấp thu nước ở thận, tăng độ thấm thấu của nước tiểu, đồng thời làm giảm bài niệu. Liều dùng: uống 1 viên 0,2 mg vào buổi tối, trước khi đi ngủ. Chỉ khi cần, mới tăng liều tới 0,4 mg. Một đợt điều trị có thể kéo dài từ 3 – 6 tháng. Sau 3 tháng điều trị, nên đánh giá lại tình trạng ĐDNPDĐ bằng cách không dùng desmopressin từ 1 – 2 tuần. Nếu bệnh chưa khỏi, tiếp tục dùng thuốc 3 tháng nữa. Sau 6 tháng điều trị, tỷ lệ đáp ứng (giảm ít nhất 50% số đêm đái dầm) là 60 – 70% các trường hợp.

*Hệ thống báo thức có hiệu quả (không có đêm bị đái dầm) trong 70 – 80% các trường hợp sử dụng hệ thống trung bình là 3 tháng. Kết quả cũng tốt khi sử dụng hệ thống báo thức kết hợp với theo dõi cách ứng xử của bệnh nhân và sự giúp đỡ của gia đình.

*Oxybutynin có thể được chỉ định khi điều trị bằng desmopressin thất bại và khi nghi ngờ bệnh nhân bị ĐDNPDĐ, thể sức chứa đựng của bàng quang hạn chế.

*Trong một số trường hợp, bệnh ĐDNPDĐ trở lại đối với đơn trị liệu, có thể phối hợp:

- + Desmopressin và hệ thống báo động, hoặc
- + Desmopressin và oxybutynin hoặc
- + Hệ thống báo động và oxybutynin.

Vì tính chất độc hại tiềm tàng của thuốc, các thuốc chống trầm cảm ba vòng, như imipramin, không còn được chỉ định điều trị đái dầm, trừ trường hợp đặc biệt. Ví dụ, trong một vài trường hợp rất hiếm gặp, ở thiếu niên bị ĐDNPDĐ trở lại đối với tất cả các phương pháp điều trị đã nêu ở trên, có thể chỉ định dùng thuốc chống trầm cảm ba vòng, sau khi đã đánh giá các nguy cơ và giải thích kỹ cho bệnh nhân cũng như cho gia đình bệnh nhân.

4.3. Các loại điều trị khác: Cho đến nay, các kết quả nhận được từ các phương pháp điều trị khác, như ngủ bằng thôi miên, liệu pháp tâm lý, châm cứu, liệu pháp vi lượng đồng căn hoặc tắm quất lưng đều không được hợp thức hóa (do mức độ bằng chứng của các phương pháp này

rất thấp) vì số lượng bệnh nhân ít và phương pháp nghiên cứu không chặt chẽ, chính xác.

V. KẾT LUẬN

Đái dầm là một bệnh thường gặp ở trẻ em. Bệnh có 2 thể là thể đái đêm nhiều đơn thuần và thể sức chứa bàng quang ít. Chẩn đoán chỉ thuần túy dựa vào lâm sàng và phải loại trừ tất cả các rối loạn tiểu tiện khác. Đái dầm không phải là một bệnh tự khỏi đối với tất cả mọi bệnh nhân. Việc điều trị trước tiên là thực hiện vệ sinh ăn uống và đi tiểu. Khi không có kết quả, điều trị đặc hiệu các căn nguyên nổi trội (desmopressin cho thể đái đêm nhiều, hệ thống báo thức cho thể sức chứa bàng quang ít). Trong trường hợp trợ ì đối với các phương pháp điều trị nêu trên, có thể phối hợp các phương pháp điều trị đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Avérous M (1989).** Énurésie de l'enfant. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris)*. 18207 G 10 – 15.
2. **Hjalmas K, Arnold T, Bower W et al. (2004).** Nocturnal enuresis: an international evidence-based management strategy. *J Urol*; 171(6 Pt 2): 2545 – 61.
3. **Neveus T, von Gontard A, Hoebeke P et al. (2006).** The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Report from the standardization committee of the International Children's Continence Society (ICCS). *J Urol*; 176: 314 – 324.
4. **Haab F, Amarengo G, Coloby P et al. (2004).** Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire: adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. *Prog Urol*; 14: 1103 – 1111.
5. **Lottmann H (2000).** Traitement de l'énurésie nocturne en France. *Presse Med*; 29(18): 987 – 990.
6. **Yeung CK, Sreedhar B, Sihoe J et al. (2006).** Differences in characteristics of nocturnal enuresis between from a large epidemiological study. *BJU Int*; 97(5): 1069 – 1073.
7. **Glazener CM, Evans JH (2002).** Desmopressin for nocturnal enuresis in children. *Cochrance Database Syst Rev*; 3 [CD002112].

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, PHÁT TRIỂN THỂ CHẤT Ở TRẺ MẮC HEN PHẾ QUẢN TỪ 6 ĐẾN 15 TUỔI TẠI ĐẢO CÁT HẢI, HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Ánh Hoàng¹, Thái Lan Anh², Nguyễn Văn Khải²

TÓM TẮT³⁹

Biểu hiện lâm sàng của HPQ ở trẻ em thường không rõ ràng nên chẩn đoán hen ở trẻ em khó hơn ở người lớn. Nghiên cứu tiến hành trên toàn bộ 1663 trẻ từ 6 đến 15 tuổi sinh sống tại tất cả các xã/thị trấn, đảo Cát Hải, Hải Phòng và bố mẹ trẻ với mục tiêu khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ mắc HPQ từ đó tìm ra giải pháp can thiệp. Bằng phương pháp điều tra cắt ngang, phỏng vấn phiếu, khám bệnh xác định tỷ lệ HPQ theo GINA 2014 cho trẻ trên 6 tuổi, số liệu phân tích trên phần mềm SPSS 13.0, kết quả cho thấy: Triệu chứng khò khè lần đầu tiên và cơn hen hay gặp ở nhóm 1-5 tuổi lần lượt là 45,9% và 70,4%, chủ yếu là hen ngắt quãng (77,0%) và hen dai dẳng nhẹ (17,0%). Có 35,6% trẻ được chẩn đoán HPQ trong đợt này, đa số trẻ mắc HPQ từ 1-5 năm (33,3%). 90,3% trẻ có yếu tố khởi phát hen chủ yếu là thay đổi thời tiết (84,4%), bệnh hô hấp (66,7%). Các yếu tố khác (gắng sức/cười đùa, bụi,

khói thuốc, cảm xúc, thức ăn lạ, vật nuôi có lông) có tỉ lệ thấp hơn (< 10%). Thông khí phổi PEF, thể chất (cân nặng, chiều cao) ở trẻ HPQ đều thấp hơn so với nhóm không HPQ. *Kiến nghị:* Truyền thông giáo dục sức khỏe cho các em học sinh và gia đình biết cách phát hiện **bệnh HPQ để không ảnh hưởng đến sức khỏe và phát triển thể lực của trẻ.**

Từ khóa: hen phế quản, trẻ 6-15 tuổi, lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND PHYSICAL ASSESSMENTS AMONG BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN AGED 6 TO 15 YEARS IN CAT HAI ISLAND, HAI PHONG

Clinical manifestations of bronchial asthma in children are unclear, the diagnosis of asthma in children is more difficult compared to adults. The study was conducted on total of 1663 children aged 6 to 15 years old living in all communes/town, Cat Hai island, Hai Phong and their parents with the goal was to investigate clinical and physical growth characteristics thereby finding some solutions to intervene reducing asthma as well. By using a cross-sectional method, interviews by using questionnaires, clinical examination and diagnosed children with asthma based on GINA 2016 for children over 6 years of age. Data was analyzed by using SPSS 13.0 program, the results showed: wheezing and asthma occurred first were very common in the age group of

¹Bệnh viện Đa khoa Cát Bà

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Khải

Email: nvkhai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 7.2.2017

Ngày duyệt bài: 15.2.2017

1-5 years old 45.9% and 70.4% respectively, mostly intermittent asthma (77.0%) and mild persistent asthma (17.0%). With 35.6% of children were diagnosed as asthma in this time, most children with asthma from 1-5 years (33.3%). 90.3% of children with asthma triggers when changes in weather (84.4%), respiratory diseases (66.7%). Other factors (stress/laughing, dust, smoke, emotions, strange food, fur animals) had lower rates (<10%). Peak expiratory flow rate (PEF), physical status (weight, height) among children with asthma were lower than the normal ones. Recommendation: Communication health education for students and their families know how to detect the asthma to prevent from its affect to the health and physical development.

Keywords: bronchial asthma, children 6-15 years of age, clinical, subclinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là bệnh mãn tính đường hô hấp phổ biến nhất trên thế giới. Đặc biệt trong những thập niên gần đây số người mắc HPQ ngày càng có xu hướng tăng lên [6]. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, trên toàn cầu có hơn 300 triệu người bệnh HPQ, 6-8% người lớn, trẻ em dưới 15 tuổi chiếm trên 10%, ước tính đến năm 2015 con số này tăng lên đến 400 triệu người. Cứ 10 năm, độ lưu hành của bệnh lại tăng 20 - 50%, tăng nhanh nhất là 20 năm vừa qua, tỉ lệ mắc HPQ khác nhau ở các quốc gia, liên quan nhiều đến cách sống, môi trường sống và yếu tố di truyền [6]. Ở Việt Nam tuy chưa có thống kê đầy đủ, nhưng một số nghiên cứu cũng cho thấy tỉ lệ HPQ ở trẻ em dưới 15 tuổi gia tăng nhanh chóng từ 2,7% (năm 1998) tăng 9,3% (năm 2002), đến 8,74% (năm 2006). Tại Hà Nội, tỷ lệ hen ở trẻ em từ 5-11 tuổi là 13,9% [1].

Bên cạnh sự gia tăng về tỉ lệ mắc bệnh HPQ, tỉ lệ tử vong do nó gây ra cũng tăng song hành, chỉ đứng sau bệnh ung thư vượt trên cả bệnh tim mạch. Thiệt hại do HPQ gây ra không chỉ là chết người mà còn làm tăng chi phí trực tiếp cho điều trị, giảm khả năng lao động, tăng thời gian nghỉ học ở trẻ và nghỉ làm ở người lao động trưởng thành, ảnh hưởng ít nhiều đến hoạt động thể lực [7]. Chẩn đoán hen ở trẻ em khó hơn ở người lớn vì triệu chứng lâm sàng không rõ ràng. Nguyên nhân khò khè, ho, khó thở ở lứa tuổi này rất phức tạp và việc tiến hành thăm dò các chức năng hô hấp khó thực hiện được. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh HPQ ở học sinh tuổi 6-15 tại đảo Cát Hải, Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Toàn bộ 1663 trẻ em từ 6 đến 15 tuổi sinh sống tại tất cả các xã/thị trấn, đảo Cát Hải, Hải Phòng từ 1/9 đến 30/12 năm 2013.

- Bố hoặc mẹ hoặc người nuôi dưỡng trẻ (bố mẹ) của trẻ thuộc đối tượng nêu trên

Tiêu chuẩn lựa chọn: đồng ý tham gia vào nghiên cứu, không mắc bệnh tâm thần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

2.2.2. *Cỡ mẫu nghiên cứu*

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần chọn

+ d: sai số mong muốn = 0,02

+ $Z_{n-\alpha/2} = 1,96$ với $\alpha = 0,05$

+ p: Tỉ lệ hen phế quản theo một nghiên cứu trước đây = 0,095 [3]

k: hệ số thiết kế mẫu = 1,5

Vậy $n = 1239$, với 10% từ chối số mẫu nghiên cứu là = 1377 trẻ. Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy toàn bộ được 1663 trẻ 6-15 tuổi của toàn bộ đảo Cát Hải.

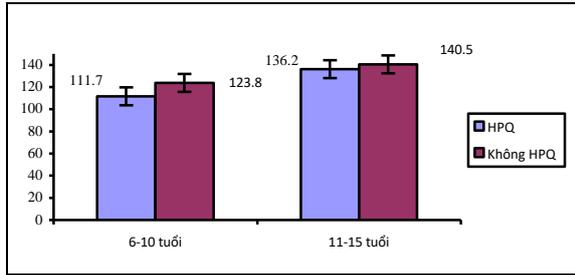
2.2.3. *Phương pháp chọn mẫu:* Do đảo Cát Hải có khoảng 1700 trẻ từ 6-15 tuổi, do vậy chúng tôi lấy hết toàn bộ trẻ 6-15 tuổi tham gia vào nghiên cứu, tổng số thu thập được 1663 đối tượng.

2.3. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

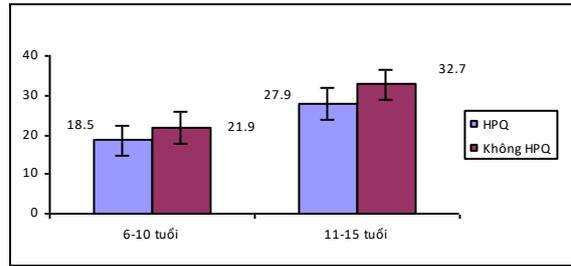
- Tập huấn cho điều tra viên (cán bộ y tế xã, cán bộ điều tra có nhiều kinh nghiệm làm việc tại cộng đồng) về cách phỏng vấn, hỏi bệnh, khám lâm sàng toàn diện, kỹ thuật cân, đo. Liên hệ với lãnh đạo huyện, phường/xã nghiên cứu, hợp với lãnh đạo địa phương. Thông báo với bố mẹ, trẻ về mục đích nghiên cứu. Điều tra thử để điều chỉnh bộ công cụ phỏng vấn cho phù hợp với thực tế.

2.6. *Xử lý số liệu:* trên phần mềm SPSS 13.0. Sử dụng các test thống kê phù hợp theo biến số để so sánh, $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



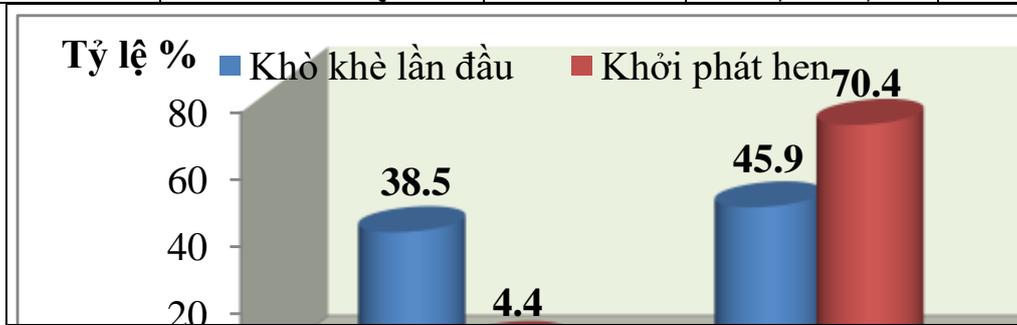
Hình 1. Chiều cao trung bình (cm) ở nhóm trẻ nghiên cứu



Hình 2. Cân nặng trung bình (kg) ở nhóm trẻ nghiên cứu

Bảng 1. Thông khí phổi (PEF) ml/phút ở đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Phân loại bệnh	Số trẻ NC	PEF ml/phút	p
6-10	Nhóm không HPQ	988	192,2 ± 26,9	< 0,0001
	Nhóm HPQ	100	160,8 ± 23,0	
11-15	Nhóm không HPQ	540	320,6 ± 27,9	< 0,0001
	Nhóm HPQ	35	268,0 ± 26,6	



Hình 3. Tuổi xuất hiện triệu chứng khò khè lần đầu tiên và tuổi khởi phát cơn hen

Bảng 2. Phân loại bệnh hen (n=135)

Phân loại bệnh HPQ	Số HPQ	Tỉ lệ (%) / số HPQ	Tỉ lệ (%) / số khám (1663 HS)
Hen ngắt quãng	104	77,0	6,25
Hen dai dẳng nhẹ	23	17,0	1,38
Hen dai dẳng trung bình	8	5,9	0,48
Hen dai dẳng nặng	0	0,0	0,0

Bảng 4. Phân loại bệnh nhân hen phế quản theo thời gian mắc bệnh

Phân loại theo thời gian	Số HPQ	Tỉ lệ (%)
Thời gian mắc HPQ (năm)	< 1	20,7
	1-5	33,3
	6-10	26,4
	> 10	19,5
Số trẻ được chẩn đoán hen trong đợt khám này	48	35,6

Bảng 5. Yếu tố khởi phát hen phế quản

Yếu tố	Số HPQ	Tỉ lệ (%)
Có yếu tố khởi phát hen	122	90,3
Thay đổi thời tiết	114	84,4
Bệnh hô hấp	90	66,7
Găng sức/cười đùa	16	11,9
Khói (thuốc lá, thuốc lào, than củi)	9	6,7
Bụi	12	8,9
Cảm xúc mạnh	7	5,2
Thức ăn lạ	5	3,7

Vật nuôi có lồng	3	2,2
------------------	---	-----

Bảng 6. Thông khí phổi (PEF) ml/phút theo phân loại hen

Phân loại hen	Số HPQ	PEF (ml/phút)	p
Hen ngắt quãng	104	310,6 ± 30,7	< 0,0001
Hen dai dẳng nhẹ + trung bình	31	277,0 ± 28,9	

IV. BÀN LUẬN

Tại đảo Cát Hải có khoảng 1.700 trẻ tuổi từ 6-15 tuổi, nghiên cứu chúng tôi tiến hành trên 1663 trẻ em từ 6-15 tuổi đạt tỉ lệ 97,8%, đảm bảo tính tin cậy và đại diện cho cộng đồng. Trong nghiên cứu này với tổng số 1.663 trẻ em được chia làm 2 độ tuổi: nhóm 6-10 tuổi là 1088 em chiếm 65,4%, còn lại 575 em là nhóm 11-15 tuổi chiếm 34,6%. Nhóm 10-15 tuổi có tỉ lệ thấp dần là do trẻ ở độ tuổi này thường đi làm và gánh vác công việc gia đình cho bố mẹ tại địa phương hoặc đi nơi khác để mưu sinh cuộc sống. Trong nghiên cứu này khoảng một nửa số bà mẹ và ông bố có trình độ học vấn thấp (dưới trung học phổ thông). Tỷ lệ bố mẹ làm nghề tự do chiếm đa số (57,8% ông bố; 70,2% bà mẹ), nghề nghiệp không ổn định sẽ ảnh hưởng đến quá trình tư vấn cho bố mẹ bệnh nhân.

***Thông khí PEF và chỉ số nhân trắc:** Khi điều kiện kinh tế phát triển cùng với sự đô thị hóa, tỉ lệ mắc HPQ ngày một tăng lên, trong đó có HPQ trẻ em. Hen phế quản là một bệnh mạn tính và có các đợt bùng phát bệnh. Trong nghiên cứu này có 80% số trẻ bùng phát bệnh và được dùng kháng sinh trong năm vừa qua, tỉ lệ bùng phát là 89,6%, với thời gian trung bình là 7,1 ± 2,5 ngày, do đó ảnh hưởng thời gian lao động, học tập của trẻ (kết quả không trình bày trong bảng). Hen phế quản là nguyên nhân buộc trẻ phải nghỉ học nhiều ngày, có tới 40% trẻ em phải nghỉ học mỗi khi lên cơn, trung bình trẻ bị hen phải nghỉ học 10 – 15 ngày/năm [7]. Bên cạnh đó thể chất của trẻ HPQ luôn luôn thấp hơn trẻ bình thường. Sự phát triển thể chất ở trẻ HPQ luôn thấp hơn trẻ không bị HPQ ở cả 2 độ tuổi 6-10 tuổi và 11-15 tuổi, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Do trẻ bị HPQ nên trẻ thường thức giấc về đêm, làm hormone tăng trưởng IgGF vốn được sản xuất ban đêm tiết ra hạn chế. Bên cạnh đó, những cơn co thắt phế quản, làm thiếu Oxy, cản trở hô hấp tế bào làm hạn chế trao đổi chất, nhiều khi bội nhiễm đường hô hấp làm cho bệnh nặng lên đó là những lý do dẫn đến trẻ còi cọc [5]. Qua đó chúng tôi có sự tắc nghẽn ở các phế quản lớn, vừa, và nhỏ. Kết quả nghiên cứu bảng 1 cho thấy ở trẻ 6-10 tuổi PEF trung bình ở nhóm không HPQ là 192,2 ± 26,9 ml/phút còn

ở nhóm HPQ là 160,8 ± 23,0 ml/phút, thấp hơn hẳn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Tương tự, ở nhóm 11-15 tuổi nhóm không HPQ có PEF trung bình là 320,6 ± 27,9 ml/phút còn ở nhóm HPQ là 268,0 ± 26,6 ml/phút ($p < 0,0001$).

***Tuổi xuất hiện khô khè và tuổi khởi phát cơn hen:** Thời điểm để xác định trẻ bắt đầu bị hen không thật chính xác, vì vậy chúng tôi lấy thời điểm trẻ được chẩn đoán là HPQ lần đầu tiên tại một cơ sở y tế là tuổi khởi phát hen của trẻ. Kết quả hình 3 cho thấy 4,4% trẻ phát triển hen <1 tuổi, 70,4% khởi phát hen từ 1-5 tuổi, 25,2% khởi phát hen >5 tuổi. Theo nhiều nghiên cứu cộng đồng đã từng công bố, tới năm 7 tuổi 80% trẻ bị hen đã có triệu chứng, 20% có những triệu chứng đầu tiên khi trẻ từ 7-16 tuổi. Như vậy khẳng định là hen có thể xuất hiện ở mọi độ tuổi, ngay cả những tháng đầu tiên của cuộc đời đứa trẻ nhưng thường khó xác định chẩn đoán đến khi trẻ lớn. Quan tâm đến tuổi khởi phát hen được coi là yếu tố tiên lượng tiến triển của bệnh hen. Trẻ khởi phát hen sớm trước 5 tuổi có xu hướng bệnh tiến triển tốt hơn so với nhóm khởi phát muộn.

***Phân loại mức độ nặng hen:** Hen phế quản trẻ em có tỉ lệ mắc cao trong cộng đồng, nhưng mức độ nặng của bệnh không nhiều, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng HPQ ở trẻ em chủ yếu là hen nhẹ và trung bình. Trong nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 2 cho thấy HPQ của học sinh từ 6-15 tuổi ở Cát Hải chủ yếu là hen ngắt quãng chiếm 77,0% chiếm 6,25% trong cộng đồng. Hen dai dẳng chiếm 1% trong số HPQ và chiếm 1,38% trong cộng đồng. Hen dai dẳng trung bình có tỉ lệ thấp nhất là 5,9% và chiếm 0,48% trong cộng đồng. Không có trường hợp nào hen dai dẳng nặng. Kết quả nghiên cứu chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Tôn Thị Minh tại Thái Nguyên[4]. Tuy nghiên cứu đánh giá mức độ nặng của hen chỉ được làm tại 1 khu vực (trường học) và là nghiên cứu cộng đồng nên tại thời điểm nghiên cứu đã không gặp được trường hợp nào HPQ nặng. Các nghiên cứu ở bệnh viện cho thấy mức độ nặng của HPQ cao hơn nghiên cứu chúng tôi.

Theo báo cáo của Tổ chức phòng chống hen Úc (2006) có tới 75% HPQ ở trẻ dưới 5 tuổi là hen ngắt quãng không thường xuyên, 20% hen

ngắt quãng thường xuyên và chỉ có 5% hen dai dẳng. Để theo dõi cơn hen và mức độ nặng nhẹ của hen thì dùng lưu lượng đỉnh là phù hợp. Hiện nay, việc đo lưu lượng đỉnh đã trở thành phổ biến và áp dụng rộng rãi trên nhiều nước. Phát hiện HPQ trong cộng đồng dai dẳng nhẹ và trung bình rất cần thiết để giảm hạn chế rối loạn thông khí ở phổi, đã được chứng minh trong nghiên cứu chúng tôi PEF ở nhóm hen cắt quãng cao hơn hẳn 33 ml/phút so với hen dai dẳng nhẹ và trung bình (bảng 6).

Trong số 135 trẻ chẩn đoán HPQ có 48 trẻ được chẩn đoán HPQ đợt này chiếm tỉ lệ 35,6%. Số được chẩn đoán HPQ có 32,2% mắc bệnh từ 1-5 năm, 6-10 năm chiếm 26,4%, nhóm trên 10 năm chiếm 20,7%, tỉ lệ này tương tự với nhóm dưới 1 tuổi (20,7%). Có 90,3% số trẻ có yếu tố khởi phát cơn hen trong đó 84,4% có liên quan đến thay đổi thời tiết, và có liên quan đến bệnh hô hấp (66,7%). Đây là triệu chứng gia đình và cán bộ y tế cần nắm vững để phòng bệnh cho trẻ bị HPQ. Các yếu tố khác gặp tỉ lệ thấp hơn như gắng sức, khói thuốc, khói nhiên liệu đun, cảm xúc lạ, thức ăn lạ, vật nuôi có lông.

V. KẾT LUẬN

- Triệu chứng khò khè lần đầu tiên và cơn hen hay gặp ở nhóm 1-5 tuổi lần lượt là 45,9% và 70,4%, chủ yếu là hen ngắt quãng (77,0%) và hen dai dẳng nhẹ (17,0%).

- 35,6% trẻ được chẩn đoán HPQ trong đợt này, đa số trẻ mắc HPQ từ 1-5 năm (33,3%).

- 90,3% trẻ có yếu tố khởi phát hen chủ yếu là thay đổi thời tiết (84,4%), bệnh hô hấp (66,7%). Các yếu tố khác (gắng sức/cười đùa, bụi, khói thuốc, cảm xúc, thức ăn lạ, vật nuôi có

lông) có tỉ lệ thấp hơn (< 10%).

- Thông khí phổi PEF, thể chất (cân nặng, chiều cao) ở trẻ HPQ đều thấp hơn so với nhóm không HPQ.

KIẾN NGHỊ: Truyền thông giáo dục sức khỏe cho các em học sinh và gia đình biết cách phát hiện bệnh HPQ để không ảnh hưởng đến sức khỏe và phát triển thể lực của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiến Dũng (2004), "Dịch tễ học và sử dụng thuốc trong điều trị hen phế quản ở trẻ em", Công trình nghiên cứu khoa học, Hội nghị khoa học chuyên ngành dị ứng - miễn dịch lâm sàng, *Nxb Y học*, tr, 50-57.
2. Bùi Đức Dương (2005), "Tình hình hen phế quản của trẻ dưới 5 tuổi tại Thái Bình, Quảng Trị và Bình Dương năm 2002", *Tạp chí Y học thực hành*, số 1, tr. 44-46.
3. Không Thị Ngọc Mai (2011), *Nghiên cứu thực trạng hen phế quản ở học sinh tiểu học - trung học cơ sở thành phố Thái Nguyên và hiệu quả kiểm soát hen bằng ICS + LABA*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Thái Nguyên.
4. Tôn Thị Minh (2009), *Nghiên cứu thực trạng bệnh hen phế quản và chỉ số Peakflow ở học sinh tiểu học và trung học cơ sở thành phố Thái Nguyên*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Thái Nguyên.
5. Dan Norbäck, Erik Lampa, and Karin Engvall (2011), " Rhinitis phenotypes correlate with different symptom presentation and risk factor patterns of asthma", *Respir Med.*,105(11): pp.1611-21.
6. GINA (2014), *"Global Strategy for Asthma management and Prevention, National Institutes of health/ NHLBI". NIH publication.*
7. Lai C.K.W., Guita T.S., Kim Y.Y., et al (2003), "Asthma control in the Asia Pacific region: The asthma insights and reality in Asia-Pacific study", *J Allergy Clin Immunol*, 111, pp.263-268.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI NOÃN MII SAU KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG BẰNG PHÁC ĐỒ ANTAGONIST

Nguyễn Mạnh Hà¹, Nguyễn Thị Linh²

TÓM TẮT⁴⁰

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá các đặc điểm hình thái trên các noãn MII của bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm được kích thích buồng trứng

bằng phác đồ antagonist. Kết quả: các kích thước trung bình của noãn trưởng thành: màng trong suốt dày $16,6 \pm 3,3\mu\text{m}$, khoảng quanh noãn rộng $14,7 \pm 4,9\mu\text{m}$, thể cực thứ nhất $22,9 \pm 4,7\mu\text{m}$, đường kính trung bình noãn là $107,1 \pm 4,6\mu\text{m}$. Màng trong suốt có độ dày vừa phải và màu sắc bình thường chiếm 61,2%, khoảng quanh noãn bình thường không hạt chiếm 56%, thể cực thứ nhất nguyên vẹn kích thước bình thường chiếm 33,1%, bào tương mịn sáng màu chiếm 18,4%. Tỷ lệ xuất hiện và kích thước của các bào quan trong noãn: thể vùi 9,2% và kích thước $4,7 \pm 2,4\mu\text{m}$; không bào 3% và có đường kính $19,5 \pm$

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Khoa Hỗ trợ sinh sản bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Hà

Email: hamanhnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 8.2.2017

Ngày duyệt bài: 20.2.2017

9,7 μ m, lưới nội bào không hạt 1% và có đường kính 26,1 \pm 1,5 μ m.

Từ khóa: kích thước noãn, đặc điểm hình thái noãn MII, thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

MORPHOMETRIC PARAMETERS OF MII HUMAN OOCYTES FROM IVF PATIENTS UNDERGOING ANTAGONIST PROTOCOL

The research was conducted to determine morphometric parameters of MII human oocytes from invitro fertilization (IVF) patients undergoing antagonist protocol. Results: The average sizes of MII oocytes were: zona pellucida (ZP) thickness 16.6 \pm 3.3 μ m, width of perivitelline space (PVS) 14.7 \pm 4.9 μ m, size of the 1st polar body 22.9 \pm 4.7 μ m, average diameter of oocytes 107.1 \pm 4.6 μ m. The ratio of normal ZP was 61.2%, normal PVS was 56%, and normal 1st polar body was 33.1%. The ratio and sizes of granular were 9.2% and 4.7 \pm 2.4 μ m; vacuoles were 3% and 19.5 \pm 9.7 μ m; smooth endoplasmic reticulum (SERs) were 1% and 26.1 \pm 1.5 μ m.

Keywords: oocyte morphometric parameters, MII characteristics, IVF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ khi sinh ra tới trước khi dậy thì, buồng trứng bé gái chỉ chứa toàn noãn bào 1. Khi đến tuổi dậy thì, sau khi có đỉnh LH vào mỗi chu kỳ kinh, noãn bào 1 chứa trong nang trứng chín (de Graaf) mới bắt đầu quá trình trưởng thành, bao gồm sự trưởng thành về nhân và bào quan noãn. Sự trưởng thành về nhân đánh dấu bằng việc noãn bào 1 hoàn thành lần phân chia thứ nhất của quá trình giảm phân, bộ NST được chia đôi, kết quả sinh ra 2 tế bào chứa bộ NST đơn bội: 1 lớn chứa phần lớn bào tương và toàn bộ bào quan có chức năng sinh dục, 1 nhỏ gọi là thể cực thứ nhất; noãn này được là noãn bào 2 hay noãn MII.

Sự trưởng thành của các bào quan thể hiện trong việc thay đổi và sắp xếp lại của một số bào quan trong bào tương noãn như: bộ khung tế bào, lớp hạt vỏ, lưới nội bào; tổng hợp và điều chỉnh protein và ARN thông tin, tái hoạt hóa các phản ứng hóa sinh và phản ứng phân tử nhằm cung cấp chất liệu cần thiết cho thụ tinh, sự phát triển và làm tổ của phôi [1]. Sự trưởng thành về nhân và bào quan phải diễn ra đồng bộ mới đảm bảo khả năng thụ tinh của noãn, cũng như phát triển của phôi sau này. Để đánh giá sự trưởng thành cũng như chất lượng noãn là các yếu tố cơ bản để thực hiện tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI). Đánh giá noãn MII trước khi ICSI còn giúp tiên lượng sự phát triển của phôi sau này. Các yếu tố cần đánh giá là: các dạng của

hình thái và kích thước noãn, màu sắc và độ đồng nhất của bào tương, độ rộng khoảng quanh noãn, hạt trong khoảng quanh noãn, chiều dày và màu sắc màng trong suốt, cực cầu 1, không bào và lưới nội bào không hạt.

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới về đặc điểm hình thái của noãn trong IVF; tuy nhiên, kết quả của các nghiên cứu này vẫn còn chưa thống nhất và tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích: đánh giá đặc điểm của hình thái noãn MII trên những bệnh nhân IVF được kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Noãn MII của bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm được kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist. Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 12/2015 đến 7/2016.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Kích thích buồng trứng, chọc hút noãn, tách noãn, chụp ảnh noãn: Bệnh nhân được kích thích buồng trứng từ ngày 2 của chu kỳ kinh theo phác đồ antagonist. Theo dõi sự phát triển của nang noãn trên siêu âm và xét nghiệm FSH, LH, E2, P4. Tiến hành chọc hút noãn sau khi tiêm hCG 36 giờ. Noãn được lấy ra theo đường âm đạo dưới sự chỉ dẫn của siêu âm. Sau khi thu nhận, noãn được nuôi trong đĩa Nunc 4 giếng chứa môi trường G-IVF (Vitrolife-Thụy Điển) trong tủ cấy CO₂ 6,0% ở nhiệt độ 37°C. Các tế bào nang được tách khỏi noãn sau khi chọc hút noãn 2,5- 3 giờ bằng kim tách noãn có đường kính 120 μ m. Xoay noãn sao cho thể cực thứ nhất ở vị trí 6 giờ hoặc 12 giờ. Tiến hành chụp ảnh từng noãn MII bằng camera của kính hiển vi đảo ngược ở vật kính 20X.

2.2.2 Đo các kích thước noãn: Đo các kích thước của noãn trên ảnh bằng phần mềm Autocad:

Độ dày màng trong suốt: nếu độ dày đồng đều đo 1 vị trí, nếu độ dày không đồng đều, đo đoạn màng trong suốt dày nhất và đoạn màng mỏng nhất, lấy giá trị trung bình.

2.2.3 Tiêu chuẩn đánh giá noãn: Đánh giá hình thái noãn dựa trên "Đồng thuận đánh giá và phân loại noãn, phôi trong hỗ trợ sinh sản" của chi hội Y học sinh sản Việt Nam (VSRM) năm 2012 [2].

2.2.4 Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả không can thiệp nên không ảnh hưởng tới kết quả. Noãn được nghiên cứu thu được từ các cặp vợ chồng làm thụ tinh trong ống

nghiệm đã có cam kết giữa bệnh nhân và cơ quan chủ quản là khoa Hỗ trợ sinh sản bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Các bệnh nhân có noãn đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin cá nhân bệnh nhân được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được thực hiện trên 414 noãn MII. Kích thước trung bình của màng trong suốt là $16,6 \pm 3,3\mu\text{m}$, tuy nhiên giá trị dao động khá lớn. Màng trong suốt mỏng nhất ghi nhận được

là $8\mu\text{m}$ và dày nhất và $30\mu\text{m}$. Chiều rộng khoảng quanh noãn trung bình là $14,7 \pm 4,9\mu\text{m}$. Đường kính noãn trung bình là $107,1 \pm 4,6\mu\text{m}$, noãn lớn nhất có đường kính $131\mu\text{m}$, noãn nhỏ nhất có đường kính $98\mu\text{m}$. Thể vùi và không bào xuất hiện trong noãn có kích thước trung bình tương ứng là $4,7$ và $19,5\mu\text{m}$. Lưới nội bào không hạt có đường kính trung bình $26,1\mu\text{m}$. Các số đo chi tiết được thể hiện ở *bảng 1*.

Bảng 1. Các kích thước trung bình noãn

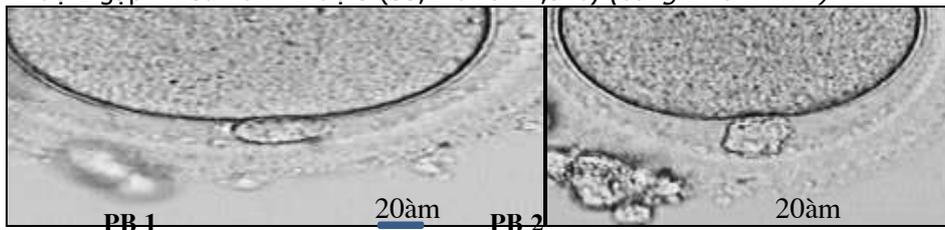
Đặc điểm	Giá trị trung bình (μm)	Giá trị lớn nhất (μm)	Giá trị nhỏ nhất (μm)	Tỉ lệ gặp
Tổng số noãn MII	414			
Màng trong suốt	$16,6 \pm 3,3$	30	8	100%
Chiều ngang thể cực 1	$22,9 \pm 4,7$	39	10	100%
Khoảng quanh noãn	$14,7 \pm 4,9$	49	5	100%
Đường kính noãn	$107,1 \pm 4,6$	131	98	100%
Thể vùi	$4,7 \pm 2,4$	14	2	9,2%
Không bào	$19,5 \pm 9,7$	40	6	3%
Lưới nội bào không hạt	$26,1 \pm 1,5$	50	6	1%

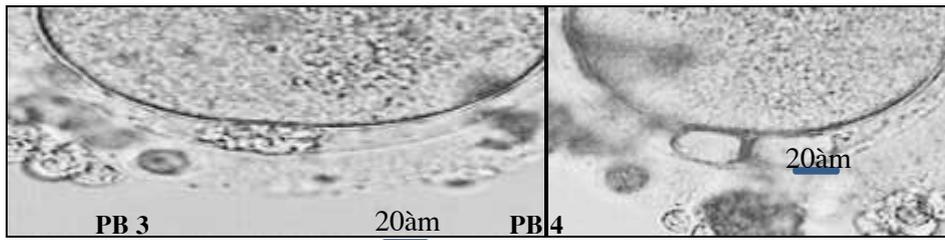
Khi đánh giá hình thái noãn theo phân loại của VSRM, hình thái màng trong suốt gặp nhiều nhất là ZP độ 1 (61,1%), gặp ít nhất là ZP độ 4 (8,9%), ZP độ 2 và ZP độ 3 có tỷ lệ xuất hiện gần tương đương (15,9% và 14%). Hình thái khoảng quanh noãn xuất hiện nhiều nhất là PVS độ 1 (56%), gặp ít nhất là PVS độ 4 (5,3%), PVS độ 2 gặp nhiều hơn PVS độ 3 (26,1% và 12,1%) (*bảng 2*).

Bảng 2. Đặc điểm hình thái ngoài noãn theo phân độ VSRM

Hình thái	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Màng trong suốt	ZP 1	253	61,2
	ZP 2	66	15,9
	ZP 3	58	14
	ZP 4	37	8,9
	Tổng	414	100%
Khoảng quanh noãn	PVS 1	132	56
	PVS 2	108	26,1
	PVS 3	52	12,6
	PVS 4	22	5,3
	Tổng	414	100%
Thể cực thứ nhất	PB 1	137	33,1
	PB 2	175	42,3
	PB 3	95	22,9
	PB 4	7	1,7
	Tổng	414	100%

Hình thái thể cực thứ nhất hay gặp nhất là PB độ 2 (42,3%), hình thái thể cực ít gặp nhất là PB độ 4 (1,7%). PB độ 1 gặp nhiều hơn PB độ 3 (33,1% và 22,9%) (*bảng 2 và hình 1*).



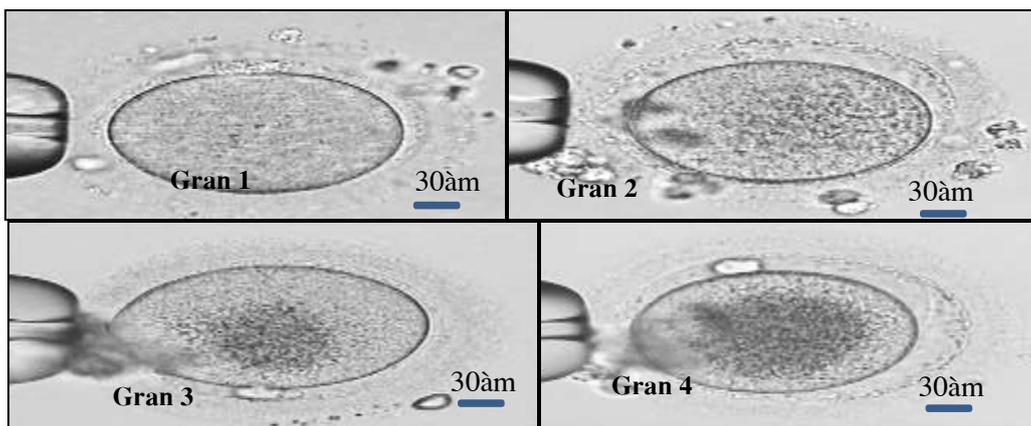


PB 1: nguyên vẹn, bề mặt trơn. PB 2: nguyên vẹn, bề mặt nhám. PB 3: Phân mảnh. PB4 : 2 thể cực
Hình 1. Phân loại hình thái thể cực thứ nhất

Bào tương noãn có độ mịn gran 2 gặp nhiều nhất (39,1%), hình thái độ mịn bào tương độ 4 ít gặp nhất (12,1%), bào tương độ 1 ít gặp (bảng 3 và hình 2). Đa số các noãn ghi nhận được không thấy thể vùi trong bào tương noãn (inc 1- 90,8%). Hình thái thể vùi hay gặp nhất là inc độ 3 (5,6%), Inc độ 2 và inc độ 4 gần tương đương (1,7% và 1,9%).

Bảng 3. Đặc điểm hình thái trong noãn theo phân độ VSRM

Hình thái	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Độ mịn bào tương	Gran 1	76	18,4
	Gran 2	162	39,1
	Gran 3	126	30,4
	Gran 4	50	12,1
	Tổng	414	100%
Thể vùi	Inc 1	376	90,8
	Inc 2	7	1,7
	Inc 3	23	5,6
	Inc 4	8	1,9
	Tổng	414	100%
Không bào	Vac 1	402	97
	Vac 2	0	0
	Vac 3	2	0,6
	Vac 4	10	2,4
	Tổng	414	100%
Lưới nội bào không hạt	SER 1	410	99
	SER 2	1	0,2
	SER 3	0	0
	SER 4	3	0,8
	Tổng	414	100%



Hình 2. Phân loại thái bào tương theo độ mịn

Gran 1: bào tương mịn sáng. Gran 2: nhiều hạt thô sáng màu. Gran 3: quầng hạt thô trung tâm. Gran 4: quầng hạt thô trung tâm chiếm trên ¾ chu vi noãn.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, độ dày màng trong suốt cũng gần tương đương so với các nghiên cứu đó của Bertrand và Marco-Jiménez ($16,6 \pm 3,3 \mu\text{m}$, $18,5 \pm 0,3 \mu\text{m}$ và $17,5 \mu\text{m}$) [3]. Theo ghi nhận của chúng tôi, hình thái màng trong suốt thường tương đồng giữa các noãn trên cùng một bệnh nhân, đặc biệt trong các trường hợp màng rất dày, hoặc sẫm màu. Độ dày màng trong suốt có liên quan tới tuổi người phụ nữ, độ tuổi càng cao độ dày màng trong suốt càng giảm. Độ dày màng trong suốt tăng có ý nghĩa ở nhóm phụ nữ có phơi nhiễm với thuốc lá so với nhóm phụ nữ không ảnh hưởng bởi thuốc lá [4].

Claudia Valeri tiến hành 1 nghiên cứu đo độ rộng khoảng quanh noãn trên 314 noãn và phân làm 2 nhóm: có thoi vô sắc và không có thoi vô sắc. Kết quả độ rộng trung bình của 2 nhóm là $14,9 \pm 0,4 \mu\text{m}$ và $16,7 \pm 0,6 \mu\text{m}$ [5]. Kết quả của chúng tôi gần tương tự với tác giả trên ($14,7 \pm 4,9 \mu\text{m}$), tuy nhiên giá trị độ lệch của chúng tôi lớn hơn. Độ rộng của khoảng quanh noãn có liên quan đến mức độ trưởng thành của noãn. Khoảng quanh noãn thường hẹp khi noãn ở giai đoạn noãn bào 1, bắt đầu mở rộng khi noãn hoàn thành giảm phân 1, và đạt đủ kích thước ở noãn chín.

Thể cực thứ nhất là yếu tố được nghiên cứu khá nhiều. Kích thước thể cực của chúng tôi cũng gần tương tự với tác giả Iman Havaei nghiên cứu trên 470 noãn MII có 61,9% noãn có thể cực bình thường và 61,9% noãn có thể cực bình thường và 38,1% noãn có thể cực phân mảnh [6]. Kéo dài thời gian từ lúc chọc hút noãn tới thời điểm ICSI có thể làm tăng hiện tượng phân mảnh thể cực.

Đường kính trung bình noãn trong nghiên cứu của chúng tôi là $107,1 \pm 4,6 \mu\text{m}$, tương tự như trong nghiên cứu của Gustavo Salata Romaos (2010) $112,2 \pm 3,3 \mu\text{m}$. Đường kính trung bình noãn là yếu tố có liên quan đến độ trưởng thành của noãn cũng như bất thường dị bội của noãn. Trong quá trình phát triển noãn bào tăng kích thước từ 30 μm đến 120 μm do sự tích lũy protein, tăng sinh và biến đổi bào quan.

Về độ mịn của bào tương noãn, nghiên cứu trên 1191 noãn MII của Rienzi có 31,7% noãn có hạt trong bào tương nhưng chỉ gặp 5,3% số noãn có quầng hạt thô, trong khi nghiên cứu của Kahraman thấy tần suất xuất hiện quầng hạt thô là 65,5% [7]. Các con số trên tương đối khác nhau, tuy nhiên chúng tôi cũng có một nhận định giống các tác giả trên: quầng hạt thô trung tâm thường xuất hiện lặp lại trên cùng một bệnh

nhân, ngoài ra, theo nghiên cứu của Rienzi hiện tượng này còn lặp lại ở các chu kỳ kích trứng khác nhau của cùng 1 bệnh nhân, có thể hiện tượng này có liên quan tới đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân, hoặc 1 biểu hiện của noãn đổi với phác đồ kích thích buồng trứng.

Các bào quan xuất hiện trong noãn được đánh giá trong nghiên cứu gồm: thể vùi, không bào, lưới nội bào không hạt. Những bào quan này xuất hiện với tần suất khác nhau. Thể vùi gặp ở 9,2% số noãn và có kích thước trung bình $4,7 \pm 2,4 \mu\text{m}$. Thể vùi có thể xuất hiện trong noãn với kích thước từ 1- 5 μm , những thể vùi có kích thước trên 5 μm thường là biểu hiện của bất thường bào tương. Lưới nội bào không hạt trong nghiên cứu của chúng tôi hiếm gặp (1%) và có kích thước khá lớn $26,1 \pm 1,5 \mu\text{m}$. Lưới nội bào không hạt có liên quan đến hoạt động của ty thể và là kho trữ ion Ca^{2+} . Theo nghiên cứu của Otsuki, nồng độ estradiol trên noãn và kích thước nang trứng lớn nhất vào ngày tiêm hCG cao hơn có ý nghĩa thống kê ở những bệnh nhân có xuất hiện lưới nội bào không hạt trong noãn so với những bệnh nhân không xuất hiện.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã đo được các kích thước trung bình của noãn MII trên các yếu tố: màng trong suốt, khoảng quanh noãn rộng, thể cực thứ nhất, đường kính trung bình noãn, thể vùi, đường kính không bào, đường kính lưới nội bào không hạt. Màng trong suốt có độ dày vừa phải và màu sắc bình thường chiếm 61,2%, khoảng quanh noãn bình thường không hạt chiếm 56%, thể cực thứ nhất nguyên vẹn kích thước bình thường chiếm 33,1%, bào tương mịn sáng màu chiếm 18,4%. Tỷ lệ xuất hiện của thể vùi 9,2%, không bào 3%, lưới nội bào không hạt 1%.

LỜI CẢM ƠN: Tác giả xin trân trọng cảm ơn các bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên của khoa Hỗ trợ sinh sản bệnh viện phụ sản Hà nội đã giúp đỡ trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Voronina E. and Wessel G.M. (2003).** The Regulation of Oocyte Maturation: Current Topics in Developmental, *Biology*, **58**, 53-110.
2. **Hội phụ sản khoa và sinh đẻ có kế hoạch Việt Nam, chi hội Y học sinh sản Việt Nam (2012).** *Đồng thuận đánh giá và phân loại noãn, phôi trong hỗ trợ sinh sản.*
3. **Marco-Jiménez F., Naturil-Alfonso C., Jiménez-Trigos E et al (2012).** Influence of zona pellucida thickness on fertilization, embryo implantation and birth. *Anim Reprod Sci*, **132(1-2)**, 96-100

4. **Shilod H. (2004).** The impact of cigarette smoking on zona pellucida thickness of oocytes and embryos prior to transfer into the uterine cavity, *Human Reprod*, **19(1)**, 157-159.
5. **Claudio M., Claudia V., Sebastiana P. et al (2011).** Correlation of oocyte morphometry parameters with woman's age, *J Assist Reprod Genet*, **28(6)**, 545-552.
6. **Halvaei I., Ali M.K., Soleimani M. (2011).** Evaluating the Role of First Polar Body Morphology on Rates of Fertilization and Embryo Development in ICSI Cycles, *Int J Fertil Steril*, **5(2)**, 110-115.
7. **Rienzi L., Ubaldi F.M., Iacobelli M. et al (2008).** Significance of metaphase II human oocyte morphology on ICSI outcome. *Fertil Steril*, **90(5)**, 1692-1700.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM RĂNG NANH HÀM TRÊN NGẦM BẰNG CT CONEBEAM TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI

Phạm Hoàng Tuấn*, Phạm Quang Bình*

TÓM TẮT⁴¹

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm răng nanh hàm trên ngầm bằng CT Conebeam và một số yếu tố ảnh hưởng tới kế hoạch điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 52 bệnh nhân có răng nanh hàm trên được chụp CT Conebeam tại Bệnh viện RHM TƯ Hà Nội năm 2016. Các đặc điểm về vị trí, sự phát triển, biến chứng, trục của răng nanh được đánh giá. Các răng nanh ngầm sẽ được nhận định kết quả về khả năng lấy bỏ hay chỉnh nha sẽ được ghi nhận và thống kê các đặc điểm của chúng. **Kết luận:** Đa số các răng nanh hàm trên đã hoàn thiện chân răng 86,9% và nằm ở vị trí tiền đình 77%, 45,9% nằm ở xa đường CEJ nhưng dưới chóp chân răng bên cạnh. Trong 52 răng nghiên cứu, số lượng răng nanh được khuyến nghị có khả năng sẽ phải lấy bỏ là 34 răng chiếm 55,7%, số còn lại có khả năng bọc lộ, kết hợp với chỉnh nha để đưa răng về đúng vị trí trên cung hàm. Chân răng cong gập góc, nang thân răng, trục răng không thuận lợi là nguyên nhân gặp với tỉ lệ cao để quyết định lấy bỏ răng.

Từ khóa: Răng nanh hàm trên, CT Conebeam, Chỉnh nha, phẫu thuật lấy răng ngầm

SUMMARY

COMMENT THE FEATURES OF THE UNDERGROUND MAXILLARY CANINES BY CT CONEBEAM IN NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO STOMATOLOGY

Aim: To assess the features of the underground maxillary canines by CT Conebeam and some elements affecting the treatment plan. **Participants and methods:** the study was conducted on 52 patients with MRI watchguard underground canines from National Hospital of Odonto Stomatology in 2016. Features of the location, the development, complication, the axis of the canines are notable. The canines would be determined implicitly result of the

ability to reject or orthodontic treatment will be recorded and statistics of their characteristics. **Conclusion:** The majority of underground canine tooth has completed 89,6% and is located at 77%, vestibular 45,9% is far below the tip line CEJ but neighboring teeth. In the studied 52 teeth, fangs amount recommended will likely have 34 teeth removed is 55,7%, the rest is capable if revealing, inconjunction with orthodontics to put teeth to the correct location on the arch. Curved tooth angle, cystic crowns, unfavorable worm causes a high rate to meet decision removed

Keywords: underground maxillary canines, orthodontic, underground dental surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng nanh hàm trên là một trong những răng chìa khóa của sự phát triển bộ răng vĩnh viễn, ở vị trí giao nhau của các răng cửa và các răng hàm nhỏ khiến răng nanh đóng vai trò quan trọng cả về chức năng và thẩm mỹ. Trong thực hành lâm sàng, các bác sĩ nha khoa thường phải đối mặt với nhiều dạng mọc răng bất thường, trong đó khó khăn nhất là tình trạng răng ngầm. Tuy nhiên, không giống như răng khôn, các răng nanh hàm trên lại có vai trò hết sức quan trọng. Chính bởi vậy, việc điều trị răng nanh vĩnh viễn hàm trên ngầm đòi hỏi một kế hoạch phức tạp bao gồm sự kết hợp chặt chẽ giữa phẫu thuật trong miệng và chỉnh nha để đưa ra quyết định bảo tồn hay lấy bỏ. Muốn chẩn đoán chính xác và định hướng điều trị đúng đắn, các bác sĩ cần có đầy đủ thông tin về tình trạng răng nanh hàm trên ngầm dựa trên các đặc điểm lâm sàng và Xquang giúp xác định được vị trí, tư thế của răng nanh hàm trên ngầm trong xương hàm và tương quan với các răng và cấu trúc kế cận.

Hiện nay với sự xuất hiện của các kỹ thuật chụp cho hình ảnh 3D như CT Conebeam (Computed Tomography Conebeam - Chụp cắt lớp với chùm tia hình nón) cho các hình ảnh theo

*Bệnh Viện RHM TƯ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Tuấn

Email: Drtuan1966@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 7.2.2017

Ngày duyệt bài: 14.2.2017

3 chiều trong không gian thì việc đánh giá răng nanh hàm trên ngàm có thể được thực hiện dễ dàng và chính xác hơn rất nhiều. Việc sử dụng CT Conebeam để đánh giá các đặc điểm của răng nanh hàm trên ngàm từ lâu đã được nhiều tác giả trên thế giới quan tâm. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về răng nanh hàm trên ngàm cũng như sử dụng CT Conebeam trong nghiên cứu về răng nanh ngàm. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Nhận xét đặc điểm răng nanh hàm trên ngàm bằng CT Conebeam tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Dữ liệu DICOM kết quả chụp CT Conebeam có hình ảnh răng nanh hàm trên đã quá tuổi mọc 2 năm mà vẫn nằm hoàn toàn trong xương hoặc trong niêm mạc, được bao bọc bởi túi mầm răng, độ tuổi lựa chọn bệnh nhân từ 13 tuổi trở lên.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp răng nanh ngàm do dị tật khe hở môi - vòm miệng, các trường hợp răng nanh ngàm nghi ngờ do yếu tố toàn thân, nội tiết như bệnh Cherubism, hội chứng Down, bệnh lùn tuyến yên, bệnh suy giáp,...

2.1.3. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: nghiên cứu được tiến hành từ 1/6/2016-31/12/2016

- Địa điểm: Khoa chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng - Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

3.1.1 Tình trạng phát triển của răng nanh hàm trên ngàm

Tình trạng răng nanh	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Hình thành hoàn chỉnh	53	86,9
Hình thành được 2/3 chân răng	8	13,1
Hình thành được 1/2 chân răng	0	0
Hình thành được 1/4 chân răng	0	0
Tổng	61	100,0

Đa số các trường hợp răng nanh hàm trên ngàm đã hoàn thiện chân răng (chiếm 86,9%), còn lại là các răng đã hình thành được 2/3 chân răng với tỉ lệ 13,1%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Võ Trương Như Ngọc (2014) [2] với 86,5% các răng phát triển hoàn thiện, 13,5% hình thành 3/4 chân răng, không gặp răng nào trong nhóm phát triển từ 1/4 đến 1/2 chân răng. Sự tương đồng này có thể do độ

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

2.2.2. Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cắt ngang:

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

Trong đó: n: là cỡ mẫu tối thiểu.

p: là tỉ lệ răng nanh ngàm theo nghiên cứu của Sridharan K. và cộng sự năm 2010, p = 0,03; 1 - p = 0,97.

α là mức ý nghĩa thống kê, chọn α = 0,05, tra bảng Z^(1-α/2) = 1,96

d là sai số ngẫu nhiên của ước lượng, ở đây chọn d = 0,05

Từ đó tính được n = 44,72 ≈ 45

Trên thực tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên dữ liệu DICOM kết quả chụp CT Conebeam của 52 bệnh nhân có răng nanh hàm trên ngàm đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được của nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học trên máy tính bằng phần mềm SPSS 20 để tính toán các thông số thực nghiệm: trung bình, độ lệch chuẩn. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu mà không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số đặc điểm hình ảnh của răng nanh vĩnh viễn hàm trên ngàm trên phim CT Conebeam

tuổi của các đối tượng nghiên cứu đều được thống nhất chọn từ 13 tuổi trở lên. Trong khi đó nghiên cứu của Alquerban A. và cộng sự (2011) [3] cho kết quả có sự khác biệt: 44,7% răng hoàn thiện, 6,6% hình thành 2/3 chân, 48,7% hình thành 1/2 chân và không gặp trường hợp nào hình thành 1/4 chân răng, do nghiên cứu của Alquerban A. và cộng sự (2011) độ tuổi của các đối tượng có sự khác biệt (từ 6,3 tới 28,9 tuổi).

3.1.2 Tình trạng răng nanh sữa tương ứng

Răng nanh sữa	Số lượng	Tỉ lệ (%)
---------------	----------	-----------

Không có	36	59,0
Không tiêu chân răng	9	14,8
Tiêu tiếp xúc mầm răng	9	14,8
Tiêu không tiếp xúc mầm răng	7	11,4
Tổng	61	100,0

Đa số các trường hợp nghiên cứu không có răng nanh sữa tương ứng (59,0%), các trường hợp còn lại phân bố vào các nhóm tiêu răng nanh sữa với tỉ lệ tương đương nhau. Trong số các trường hợp có răng nanh sữa, tỉ lệ không tiêu răng nanh sữa và răng nanh sữa tiêu tiếp xúc mầm răng như nhau (chiếm 36,0%), trường hợp răng nanh sữa tiêu không tiếp xúc mầm răng chiếm 28%. Các số liệu này cũng có sự phân bố phù hợp với nghiên cứu của Alquerban A. và cộng sự (2011) với các tỉ lệ tương ứng là 39,2%, 41,2% và 19,6% [3].

3.1.3 Vị trí trong - ngoài của răng nanh hàm trên ngậm

Vị trí	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tiền đình	32	52,5
Khẩu cái	14	23,0
Chính giữa	15	24,5
Tổng	61	100,0

Số trường hợp răng nanh hàm trên nằm gần phía tiền đình hơn chiếm ưu thế với tỉ lệ 52,5% cao hơn đáng kể so với nhóm răng nằm chính giữa hai bản xương (24,6%) và nhóm răng hướng về phía khẩu (23,0%). Như vậy, ta dễ dàng nhận thấy: tổng số răng hướng về phía tiền đình và chính giữa chiếm đến 77%, và tỉ lệ nhóm răng nanh ngậm ở phía tiền đình so với nhóm răng nằm ở phía khẩu cái gần bằng 2:1. Trong khi đó, các nghiên cứu khác ở người châu Âu và châu Mỹ đều cho kết quả ngược lại: tỉ lệ răng ở phía khẩu cái nhiều hơn hẳn ở phía tiền đình với

tỉ lệ răng nanh ngậm ở phía khẩu cái/tiền đình là 1:2 [4], hay 1:3 [5]. Tuy nhiên, tỉ lệ này là phù hợp với các kết quả nghiên cứu về răng nanh ngậm hàm ở người châu Á, tỉ lệ răng nanh hàm trên ngậm ở phía tiền đình luôn cao hơn phía vòm miệng. Ví dụ như theo nghiên cứu của Liu và cộng sự (2008) [6], tỉ lệ răng nanh ngậm phía tiền đình và khẩu cái là 59/41. Điều này có thể giải thích do sự khác biệt về chủng tộc dẫn đến sự khác nhau về vị trí ưu thế của răng nanh hàm trên ngậm theo chiều ngoài trong.

3.1.4 Vị trí răng nanh hàm trên ngậm theo chiều đứng

Vị trí	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Gần đường CEJ (< 5 mm)	25	41,0
Xa đường CEJ (≥ 5 mm)	28	45,9
Trên chóp răng bên cạnh	8	13,1
Tổng	61	100,0

Răng nanh ngậm ở vị trí gần và xa đường ranh giới men - xương răng có tỉ lệ tương đương nhau, tương ứng là 41,0 % và 45,9%, tỉ lệ răng nanh ngậm ở trên chóp răng bên cạnh là 13,1%. Kết quả cho thấy nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự của Võ Trương Như Ngọc (2014) [2]; tuy nhiên lại có sự chênh lệch so với kết quả nghiên cứu của Stivaros N. và cộng sự (2000) [7] (vị trí răng ở gần đường CEJ chiếm chủ yếu). Sự khác biệt này cũng có thể giải thích bởi sự khác biệt về cỡ mẫu và chủng tộc của các nghiên cứu.

3.1.5 Góc của răng nanh hàm trên ngậm với đường giữa

Góc răng nanh ngậm với đường giữa	Số lượng	Tỉ lệ (%)
0 - 30 độ	17	27,9
31 - 45 độ	16	26,2
> 45 độ	28	45,9
Tổng	61	100,0

Nhận xét: Các răng nanh ngậm có góc với đường giữa trên 45 độ chiếm gần một nửa các trường hợp nghiên cứu (45,9%). góc với đường giữa > 30 độ chiếm tỉ lệ cao hơn nhiều (72,1%). Cũng thông qua việc lập bảng so sánh kết quả với một số tác giả khác chúng tôi nhận thấy:

Góc răng nanh ngậm với đường giữa	0 - 30 độ	Trên 30 độ	
Lê Mỹ Linh	27,9%	72,1%	
Stivaros N. và cộng sự (2000)	34,1%	65,9%	p = 0,306

Motamedi Hosein và cộng sự (2009)	40,0%	60,0%	p = 0,053
-----------------------------------	-------	-------	-----------

Có sự khác biệt không nhiều giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với với hai tác giả trên.

3.1.6 Các biến chứng thường gặp của răng nanh hàm trên ngậm

Biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Chưa gây biến chứng	31	50,8
Tiêu chân răng lân cận	10	16,4
Xoay nghiêng chân răng lân cận	7	11,5
Hình thành nang	5	8,2
Tiêu chân + xoay nghiêng răng lân cận	5	8,2
Nang + tiêu chân răng lân cận	2	3,3
Nang + tiêu chân, xoay nghiêng răng lân cận	1	1,6
Tổng	61	100,0

Trong nghiên cứu có 49,2% trường hợp các răng nanh hàm trên ngậm đã gây biến chứng. Xét trong nhóm biến chứng gây tiêu chân răng lân cận, có 29,5% răng nanh hàm trên ngậm gây tiêu chân răng lân cận. Tỉ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu đánh giá về biến chứng gây tiêu chân răng lân cận do răng nanh ngậm trên CT Conebeam của một số tác giả khác như Silva Santos LM. và cộng sự (2014) (tỉ lệ này là

69,6%); hay của Võ Trương Như Ngọc (2014) [2] là 70,29%. Sự khác biệt này có thể do một số yếu tố như cỡ mẫu nghiên cứu, đặc biệt phương tiện nghiên cứu là các loại máy CT Conebeam có độ phân giải và tiện ích của phần mềm đánh giá kết quả không tương đồng nhau, dẫn đến sự khác biệt trong việc nhận định kết quả ở nhóm gây tiêu chân răng mức độ nhẹ.

3.1.7 Vị trí và mức độ tiêu chân răng

Vị trí răng bị tiêu	Mức độ tiêu chân răng			Tổng
	Tiêu nhẹ	Tiêu trung bình	Tiêu nặng	
Răng cửa giữa	2 (10%)	0	0	2 (10%)
Răng cửa bên	7 (35%)	1 (5%)	3 (15%)	11 (55%)
Răng hàm nhỏ 1	1 (5%)	3 (15%)	3 (15%)	7 (35%)
Tổng	10 (50%)	4 (20%)	6 (30%)	20 (100%)

Về các răng bị tiêu chân: gặp tỉ lệ nhiều nhất ở răng cửa bên (55,0%). Kết quả này cũng tương tự kết quả của Oana L. và cộng sự (2013). Điều này cũng hoàn toàn hợp lý vì xét về mặt tương quan giải phẫu cũng như quá trình hình thành, phát triển thì răng cửa bên là vị trí liền kề và có mối liên quan gần nhất đối với răng nanh hàm trên so với các răng khác trên cung răng.

Về mức độ tiêu chân răng: trong số các răng bị tiêu chân răng, chủ yếu các chân răng tiêu ở mức độ nhẹ với 10 răng (50%), 4 răng tiêu chân răng trung bình (20%) và 6 răng tiêu mức độ nặng (30%). Kết quả nghiên cứu của Dogramaci EJ. và cộng sự (2015) trên 110 răng nanh hàm trên ngậm gây tiêu 120 răng lân cận cũng cho kết quả trùng hợp với các tỉ lệ tương ứng là 50%, 20%, 30%.

Sự hiện diện hay không của biến chứng tiêu chân răng lân cận ảnh hưởng tới kế hoạch điều trị. Khi tiêu chân răng lân cận xảy ra, phẫu thuật bộc lộ kết hợp với chỉnh nha được thực hiện. Lực

kéo chỉnh nha sẽ tác động răng nanh ngậm khỏi chân răng bị tiêu, giải phóng áp lực và quá trình tiêu chân răng dừng lại. Khi hiện tượng tiêu chân răng nặng xảy ra, việc nhổ bỏ răng bị tiêu là một lựa chọn.

3.2. Một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến kế hoạch điều trị

3.2.1 Khả năng lấy bỏ hay chỉnh nha răng nanh hàm trên ngậm:

Chúng tôi nhận định kết quả về khả năng lấy bỏ hay chỉnh nha răng nanh hàm trên ngậm thông qua sự tổng hợp các đặc điểm hình ảnh của răng nanh hàm trên ngậm trên CT Conebeam, đưa ra khuyến nghị về phẫu thuật lấy bỏ hay chỉnh nha răng nanh hàm trên ngậm. Sau đó, chúng tôi ghi nhận và thống kê các đặc điểm của răng nanh hàm trên ngậm tương ứng vào hai nhóm: nhóm có nguy cơ phải phẫu thuật lấy bỏ và nhóm có khả năng chỉnh nha rồi xem xét các đặc điểm trong mối quan hệ giữa hai nhóm, kết quả cụ thể như sau:

2.2.2 Khả năng lấy bỏ hay chỉnh nha và sự phân bố theo tuổi

Tuổi	Hướng xử trí	Chỉnh nha	Lấy bỏ	Tổng
------	--------------	-----------	--------	------

Từ 13 - 18 tuổi	12 (19,7%)	18 (29,5%)	30 (49,2%)
Lớn hơn 18 tuổi	15 (24,6%)	16 (26,2%)	31 (50,8%)
Tổng	27 (44,3%)	34 (55,7%)	61 (100%)
Độ tuổi trung bình	21,1 ± 8,3	p > 0,05	

Trong nghiên cứu, số lượng răng nanh được khuyến nghị có khả năng sẽ phải lấy bỏ chiếm 55,7%, số còn lại có khả năng bộc lộ, kết hợp với chỉnh nha để đưa răng về đúng vị trí trên cung hàm. Tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm tuổi thuận lợi (13 -18 tuổi) và không thuận lợi (>18 tuổi) cho việc chỉnh nha chiếm tỉ lệ tương ứng 49,2% và 50,8%.

3.2.3 Nguyên nhân lấy bỏ răng nanh ngầm

Nguyên nhân	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Chân răng cong gập góc	12	35,3
Nang thân răng	8	23,5
Trục răng không thuận lợi	10	29,4
Trục răng không thuận lợi + bất thường khác	4	11,8
Tổng	34	100,0

Chân răng cong gập góc là nguyên nhân gặp với tỉ lệ cao nhất để quyết định lấy bỏ răng (35,3%). Trong số 61 răng nanh ngầm, chúng tôi đưa ra khuyến nghị về hướng xử trí, cho kết quả: số răng nanh ngầm được đánh giá có nhiều khả năng phải lấy bỏ là 34 (chiếm 55,7%), trong khi số răng nanh ngầm có khả năng bảo tồn bằng cách kéo nắn nó về đúng vị trí trên cung hàm (chỉnh nha) là 27 răng (chiếm 44,3%). Tỷ lệ này có sự khác biệt so với các nghiên cứu khác như của Motamedi Hosenin (2009) tỉ lệ lấy bỏ và chỉnh nha lần lượt là 29,5% và 70,5%. Điều này có thể được lí giải bởi một số nguyên nhân như: độ tuổi nghiên cứu của chúng tôi cao hơn; cách đánh giá của các tác giả theo nhiều quan điểm và không thể tránh khỏi yếu tố mang tính chủ quan. Các bác sĩ lâm sàng hiện nay đa số theo xu hướng chung là dù khó khăn trong việc chỉnh nha, khả năng phải phẫu thuật lấy bỏ cao thì cuối cùng vẫn lựa chọn giải pháp nghiêng về xu hướng chỉnh nha với quan điểm bảo tồn tối đa, tuy kết quả cuối cùng của việc chỉnh nha có thể không được như mong muốn nhưng ít nhất cũng hạn chế sự mất xương tại vị trí răng nanh ngầm cho bệnh nhân cho đến thời điểm phải lấy bỏ răng khỏi cung hàm. Cũng có thể địa điểm nghiên cứu của chúng tôi là bệnh viện tuyến cuối của chuyên ngành nên tập trung các đối tượng có tiên lượng khó khăn hơn so với các cơ sở khác.

IV. KẾT LUẬN

- Đa số các trường hợp răng nanh hàm trên ngầm đã hình thành hoàn thiện chân răng (86,9%) và phần lớn không có răng nanh sữa tương ứng (59,0%).

- Về vị trí: theo hướng trong - ngoài thì răng nanh hàm trên ngầm gặp nhiều hơn ở vị trí tiền đình (77,0%); theo chiều trên dưới thì gặp nhiều

hơn các trường hợp đỉnh răng nanh hàm trên ngầm ở xa đường CEJ nhưng dưới chóp chân răng bên cạnh (45,9%).

- Trong 52 răng nghiên cứu, số lượng răng nanh được khuyến nghị có khả năng sẽ phải lấy bỏ là 34 răng chiếm 55,7%, số còn lại có khả năng bộc lộ, kết hợp với chỉnh nha để đưa răng về đúng vị trí trên cung hàm.

- Chân răng cong gập góc, nang thân răng, trục răng không thuận lợi là nguyên nhân gặp với tỉ lệ cao để quyết định lấy bỏ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ericson S. and Kuroi J. (2000).** Incisor Root Resorptions Due to Ectopic Maxillary Canines Imaged by Computerized Tomography: A Comparative Study in Extracted Teeth. *The Angle Orthodontist*, **70**, 276-283.
2. **Võ Trương Như Ngọc, Lương Thị Minh Hằng. (2014).** Một số đặc điểm của răng nanh hàm trên trên phim CT Conebeam. *Tạp chí Y học Việt Nam*, **424**, 124-129.
3. **Algerban, Ali et al. (2011).** Comparison of two cone beam computed tomographic systems versus panoramic imaging for localization of impacted maxillary canines and detection of root resorption. *European Journal of Orthodontics*, **33**, 93 - 102.
4. **Johnston WD. (1969).** Treatment of palatally impacted canine teeth. *American Journal of Orthodontics*, **56**, 589-596.
5. **Fournier A., Turcotte JY., Bernard C. (1982).** Orthodontic considerations in the treatment of maxillary impacted canines. *American Journal of Orthodontics*, **81**, 236-239.
6. **Liu DG, Zhang WL, Zhang ZY, Wu YT, Ma XC. (2008).** Localization of impacted maxillary canines and observation of adjacent incisor resorption with cone-beam computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, **105**, 91-98.
7. **Stivaros N., Mandall N.A., Orth M. (2000).** Radiographic Factors Affecting the Management of Impacted Upper Permanent Canines. *Journal of Orthodontics*, **27**, 169-173.

HIỆU QUẢ SẢN PHẨM DINH DƯỠNG PEDIA GROW ĐẾN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ PHÁT TRIỂN TÂM VẬN ĐỘNG CỦA TRẺ 24-60 THÁNG TUỔI

Cao Thị Thu Hương*

TÓM TẮT⁴²

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của sản phẩm dinh dưỡng Pedia Grow đến tình trạng dinh dưỡng và phát triển tâm vận động của trẻ em 24-60 tháng tuổi tại 4 xã thuộc huyện Nam Trực, Nam Định. **Phương pháp:** nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng. Trẻ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu được chia thành hai nhóm. Nhóm can thiệp (72 trẻ): mỗi trẻ hàng ngày được bổ sung 2 gói Pedia Grow (50g/gói) trong thời gian 6 tháng. Nhóm chứng (72 trẻ): trẻ không được bổ sung Pedia Grow. **Kết quả nghiên cứu** cho thấy: sau 6 tháng can thiệp, trẻ nhóm uống Pedia Grow hàng ngày có mức tăng cân ($1,35 \pm 0,58$ kg), mức tăng chiều cao ($5,33 \pm 1,41$ cm) và mức tăng các chỉ số z-score cân nặng theo chiều cao ($0,17 \pm 0,46$); z-score cân nặng theo tuổi ($0,26 \pm 0,56$), z-score chiều cao theo tuổi ($0,33 \pm 0,37$) cao hơn so với nhóm chứng tương ứng là: $0,97 \pm 0,44$ kg; $3,95 \pm 0,88$ cm; $0,05 \pm 0,35$; $0,05 \pm 0,26$; $0,04 \pm 0,31$. Hiệu quả của Pedia Grow tác động đến kỹ năng vận động toàn thân và kỹ năng cá nhân- xã hội tương ứng là 27,7% và 18,4%. **Kết luận:** Sử dụng Pedia Grow hàng ngày đã giúp trẻ 24-60 tháng cải thiện tình trạng dinh dưỡng và phát triển tâm vận động.

Từ khóa: trẻ em 24-60 tháng, tình trạng dinh dưỡng, phát triển tâm vận động

SUMMARY

EFFICACY OF NUTRITION PRODUCT PEDIA GROW ON NUTRITIONAL STATUS AND MOTOR-COGNITIVE OF CHILDREN AGED 24-60 MONTHS

Objective: to assess impact of Pedia Grow on nutritional status and motor-cognitive skills of children aged 24-60 months in 4 communes, Nam Truc district, Nam Dinh province. **Methods:** A randomized controlled trial study was carried out. The children involved in the study was randomly allocated into two groups: Intervention group (72 children): daily were supplemented 2 sachets Pedia Grow (50g/sachet) during 6 months. Control group (72 children): were not supplemented Pedia Grow. **Results.** After 6 months of intervention: the increment of weight (1.35 ± 0.58 kg), height (5.33 ± 1.41 cm) and increment z-score weight for height (0.17 ± 0.46); z-score weight for age (0.26 ± 0.56), z-score height for age ($0.33 \pm$

0.37) in intervention group was significantly higher than those in control group with respectively was 0.97 ± 0.44 kg; 3.95 ± 0.88 cm; 0.05 ± 0.35 SD; 0.05 ± 0.26 SD; 0.04 ± 0.31 SD. Intervention effect of Pedia Grow on gross motor skill was 27.7% and personal-social skill was 18.4%. **Conclusion:** Nutritional status and motor-cognitive skills of children aged 24-60 months was improved through supplementation of Pedia Grow

Key word: Children aged 24-60 months, nutritional status, motor-cognitive skills

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù Việt Nam đã đạt được những thành tựu đáng kể trong phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em, tuy nhiên tỷ lệ này vẫn ở mức trung bình so với ngưỡng phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới. Tình trạng thiếu dinh dưỡng không những ảnh hưởng đến sự phát triển tâm vận động hiện tại mà còn để lại những hậu quả sau này như nguy cơ thừa cân béo phì và mắc các bệnh không lây nhiễm khi trẻ ở tuổi trưởng thành [1],[4]. Hiệu quả của các chương trình/mô hình hay sản phẩm dinh dưỡng thường được đánh giá thông qua mức độ cải thiện tình trạng dinh dưỡng cũng như giảm tần xuất mắc bệnh như các rối loạn tiêu hóa hay nhiễm khuẩn hô hấp. Tuy nhiên tác động của các mô hình hay sản phẩm đến sự phát triển tâm vận động của trẻ vẫn còn ít. Bên cạnh việc đánh giá mức độ cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ thì nghiên cứu tác động của sản phẩm dinh dưỡng đối với phát triển tâm vận động của trẻ là cần thiết. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu đánh giá hiệu quả sản phẩm dinh dưỡng Pedia Grow đến tình trạng dinh dưỡng và phát triển tâm vận động của trẻ 24-60 tháng tuổi

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng: Trẻ từ 24 đến 60 tháng tuổi, đã cai sữa, Z-score cân nặng theo tuổi (WAZ) < 0 SD; z-score chiều cao theo tuổi (HAZ) < 0 SD và có chỉ số z-score cân nặng/chiều cao (WHZ) < -0,8 SD; không bị mắc bệnh bẩm sinh và bệnh mạn tính. Cha mẹ đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

*Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thu Hương

Email: caothithuhuong@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 16.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 8.2.2017

Ngày duyệt bài: 17.2.2017

Địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành tại 4 xã thuộc huyện Nam Trực, Nam Định

Thời gian nghiên cứu: 3/2014-3/2015

2.3. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: được tính toán dựa vào công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp: $n = 2 [(Z_{\alpha} + Z_{\beta})\delta]^2 / [X_1 - X_2]^2$. Cỡ mẫu tối thiểu có thể phát hiện được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự cải thiện WAZ và HAZ giữa hai nhóm nghiên cứu tại thời điểm kết thúc can thiệp 6 tháng. Khi ở độ tin cậy (95%): $Z_{\alpha} = 1,96$ ($\alpha = 0,05$) và khi lực mẫu là 80% ta có $Z_{\beta} = 0,84$ ($\beta = 0,2$); $\bar{X}_1 - \bar{X}_2 = 0,2$ khác biệt về sự thay đổi z-score cân nặng theo tuổi (WAZ) và z-score chiều cao theo tuổi (HAZ) tại thời điểm sau can thiệp. Cỡ mẫu tính được là 62 trẻ, để phòng bỏ cuộc 20%, cỡ mẫu cho mỗi nhóm là 75. Thực tế có 72 trẻ/nhóm

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

- Nhóm can thiệp: Hàng ngày trẻ được bổ sung 2 gói sản phẩm dinh dưỡng Pedia Grow (mỗi gói 50g)

- Nhóm chứng: Trẻ không được sản phẩm dinh dưỡng Pedia Grow

Tổ chức thực hiện, kiểm tra và giám sát: Trẻ uống Pedia Grow tại gia đình. Việc phân phối Pedia Grow và ghi chép tình hình bệnh tật của trẻ

do y tế thôn dã được tập huấn thực hiện dưới sự giám sát chặt chẽ của cán bộ Viện Dinh dưỡng.

2.5. Thu thập số liệu và đánh giá kết quả

Thu thập số liệu nhân trắc và đánh giá kết quả: Cân trẻ bằng cân có độ chính xác 10 g và thước đo chiều cao có độ chính xác 0,1 cm. Trẻ bị SDD khi các chỉ số nhân trắc so với quần thể tham chiếu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khi các chỉ số z-score < -2SD

Tổng số điểm của mỗi lĩnh vực giao động từ 0-60 điểm và được so sánh với giá trị trung bình (của trẻ bình thường theo từng lứa tuổi)

Mỗi phiếu đánh giá có ngưỡng phân loại trẻ em ở mức độ chậm phát triển, nghi ngờ và bình thường [5]. Trẻ được phân loại dưới ngưỡng bình thường (DNBT) khi trẻ có điểm dưới ngưỡng nghi ngờ hoặc dưới ngưỡng phát triển chậm.

Chỉ số hiệu quả: $H(\%) = (B-A)/B \times 100$ (B là tỷ lệ trước can thiệp; A là tỷ lệ sau can thiệp).

Hiệu quả can thiệp: (HQCT) = $H_1 - H_2$ (H_1 là chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp; H_2 là chỉ số hiệu quả của nhóm chứng).

2.6. Xử lý số liệu: Nhập ố liệu bằng chương trình EPI DATA 6.0. Phân tích số liệu theo chương trình SPSS 16.0. Chỉ những trẻ tham gia tại điều tra ban đầu và kết thúc mới được đưa vào xử lý số liệu.

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu tuân thủ theo các nguyên tắc trong hồ sơ đạo đức đã được hội đồng đạo đức Viện Dinh dưỡng thông qua

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Thay đổi cân nặng, chiều cao của trẻ trước và sau can thiệp

Biến số/chỉ số	Thời gian	Nhóm chứng (n=72) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm can thiệp (n=72) ($\bar{X} \pm SD$)
Cân nặng (kg)	T0	11,82 ± 1,42	11,76 ± 1,26
	T6	12,78 ± 1,66 ^c	13,11 ± 1,47 ^c
	Thay đổi (T6 - T0)	0,97 ± 0,44	1,35 ± 0,58 ^{***}
Chiều cao (cm)	T0	91,75 ± 6,48	91,78 ± 6,25
	T6	95,70 ± 6,51 ^c	97,11 ± 6,19 ^c
	Thay đổi (T6 - T0)	3,95 ± 0,88	5,33 ± 1,41 ^{***}

^{***} $p < 0,001$ sự khác biệt giữa 2 nhóm, Test T độc lập.

Kết quả nghiên cứu bảng 3.1 cho thấy trước can thiệp, không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về cân nặng và chiều cao trung bình giữa hai nhóm nghiên cứu. Kết thúc can thiệp (sau 6 tháng) mức tăng cân và mức tăng chiều cao của trẻ em nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa ($p < 0,001$).

Bảng 3.2 Thay đổi các chỉ số Z-score của trẻ theo nhóm nghiên cứu

Biến số/chỉ số	Thời gian	Nhóm chứng (n=72) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm can thiệp (n=72) ($\bar{X} \pm SD$)
Cân nặng theo tuổi (WAZ)	T0	-1,86 ± 0,48	-1,84 ± 0,61
	T6	-1,81 ± 0,59	-1,57 ± 0,50 ^c
	Thay đổi (T6 - T0)	0,05 ± 0,26	0,26 ± 0,56 ^{**}
Chiều cao theo tuổi (HAZ)	T0	-1,66 ± 0,72	-1,57 ± 0,60
	T6	-1,62 ± 0,80	-1,24 ± 0,68 ^{**c}

	Thay đổi (T6 – T0)	0,04 ± 0,31	0,33 ± 0,37***
Cân nặng theo chiều cao (WHZ)	T0	-1,35 ± 0,36	-1,44 ± 0,42
	T6	-1,30 ± 0,47	-1,26 ± 0,57** ^b
	Thay đổi (T6 – T0)	0,05 ± 0,35	0,17 ± 0,46

^{*}*p*<0,05, ^{**}*p*<0,01, ^{***}*p*<0,001 sự khác biệt với nhóm chứng cùng thời điểm, Test T độc lập
 Kết quả bảng 3.2 cho thấy trước can thiệp chỉ số WAZ, HAZ và WHZ của trẻ em nhóm can thiệp không có sự khác biệt có ý nghĩa (*p*>0,05) so với nhóm chứng. Kết thúc can thiệp, mức cải thiện các chỉ số WAZ; HAZ và WHZ của trẻ em nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa (*p*<0,01; *p*<0,001 và *p*<0,01)

3.2 Hiệu quả của sữa Pedia Grow lên sự phát triển tâm vận động

Bảng 3.3 Thay đổi kỹ năng giao tiếp DNBT của trẻ

Thời điểm	Xếp loại	Nhóm chứng(n=72)		Nhóm can thiệp(n=72)	
		n	%	n	%
ĐT Ban đầu	Nghi ngờ và chậm phát triển	23	32,0	22	30,6
ĐT Kết thúc	Nghi ngờ và chậm phát triển	7	9,7 ^c	4	5,6 ^c
Hiệu quả			69,7		81,7
Hiệu quả CT					12,0

^c*p*<0,001 khác biệt so với điều tra ban đầu trong cùng nhóm
 Kết quả bảng 3.3. cho thấy tại thời điểm điều tra ban đầu không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ trẻ có kỹ năng giao tiếp DNBT (nghi ngờ và chậm phát triển) (*p*>0,05). Kết thúc can thiệp, tỷ lệ trẻ có kỹ năng giao tiếp DNBT giảm xuống ở cả hai nhóm so với điều tra ban đầu (*p*<0,001) nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm (*p*>0,05). Hiệu quả can thiệp đạt 12%.

Bảng 3.4. Thay đổi kỹ năng vận động toàn thân DNBT của trẻ

Thời điểm	Xếp loại	Nhóm chứng(n=72)		Nhóm can thiệp(n=72)	
		n	%	n	%
ĐT Ban đầu	Nghi ngờ và chậm phát triển	28	38,9	23	32,0
ĐT Kết thúc	Nghi ngờ và chậm phát triển	9	12,5 ^c	1	1,4 ^{**c}
Hiệu quả			67,9		95,6
Hiệu quả CT					27,7

^{**}*p*<0,01 sự khác biệt với nhóm chứng cùng thời điểm, Test χ^2
^c*p*<0,001 khác biệt so với điều tra ban đầu trong cùng nhóm

Kết quả bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ trẻ có kỹ năng vận động thô DNBT (nghi ngờ và chậm phát triển) của nhóm can thiệp là 32% không có sự khác biệt có ý nghĩa với nhóm chứng là 38,9%. Kết thúc can thiệp, tỷ lệ trẻ có kỹ năng vận động toàn thân DNBT giảm đáng kể so với điều tra ban đầu (*p*<0,001) ở cả hai nhóm, ở nhóm can thiệp tỷ lệ này là 1,4% thấp hơn so với nhóm chứng là 12,5% (*p*<0,01), hiệu quả can thiệp đạt 27,7%.

Bảng 3.5. Thay đổi kỹ năng vận động tinh của trẻ ở DNBT

Thời điểm	Xếp loại	Nhóm chứng(n=72)		Nhóm can thiệp(n=72)	
		n	%	n	%
Ban đầu	Nghi ngờ và chậm phát triển	30	41,7	30	41,6
Kết thúc	Nghi ngờ và chậm phát triển	14	19,4 ^b	7	9,7 ^c
Hiệu quả			53,5		76,7
Hiệu quả CT					23,2

^c*p*<0,001 khác biệt so với điều tra ban đầu trong cùng nhóm
 Kết quả bảng 3.5 cho thấy tại thời điểm điều tra ban đầu, tỷ lệ trẻ nhóm trẻ can thiệp có vận động tinh DNBT là 41,6%, không có sự khác biệt so với nhóm chứng với tỷ lệ là 41,7% (*p*>0,05). Sau thời gian can thiệp 6 tháng, tỷ lệ trẻ có vận động tinh DNBT ở hai nhóm đều giảm so với thời điểm điều tra ban đầu (*p*<0,001), tuy nhiên chưa thấy có sự khác biệt về tỷ lệ này giữa hai nhóm tại thời điểm điều tra kết thúc (*p*>0,05), hiệu quả can thiệp đạt 23,2%.

Bảng 3.6. Thay đổi kỹ năng giải quyết vấn đề DNBT của trẻ

Thời điểm	Xếp loại	Nhóm chứng(n=72)		Nhóm can thiệp(n=72)	
		n	%	n	%
Ban đầu	Nghi ngờ và chậm phát triển	25	34,7	26	36,1
Kết thúc	Nghi ngờ và chậm phát triển	15	20,8	12	16,7 ^b

Hiệu quả			40,0		47,1
Hiệu quả CT					7,1

^c $p < 0,001$ so với điều tra ban đầu trong cùng nhóm McNemar test

Kết quả bảng 3.6 cho thấy: tại điều tra ban đầu, không thấy có sự khác biệt về tỷ lệ kỹ năng giải quyết vấn đề DNBT giữa hai nhóm nghiên cứu. Sau thời gian can thiệp 6 tháng, tỷ lệ trẻ có kỹ năng giải quyết vấn đề DNBT ở nhóm can thiệp giảm có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với điều tra ban đầu nhưng chưa thấy có sự khác biệt so với nhóm chứng ($p > 0,05$). Hiệu quả can thiệp đạt 7,1%.

Bảng 3.7. Thay đổi kỹ năng cá nhân xã hội DNBT của trẻ

Thời điểm	Xếp loại	Nhóm chứng n=72		Nhóm can thiệp: n=72	
		n	%	n	%
Ban đầu	Nghi ngờ và chậm phát triển	27	37,5	22	30,6
Kết thúc	Nghi ngờ và chậm phát triển	5	6,9	0	0,0*
Hiệu quả			81,6		100
Hiệu quả CT					18,4

* $p < 0,05$ sự khác biệt với nhóm chứng cùng thời điểm, Fisher's Exact test

Kết quả ở bảng 3.7 cho thấy tại điều tra ban đầu không thấy có sự khác biệt về tỷ lệ trẻ có kỹ năng cá nhân xã hội ở DNBT. Sau thời gian can thiệp 6 tháng tỷ lệ này giảm đáng kể so với điều tra ban đầu ở cả hai nhóm ($p < 0,001$). Tại thời điểm điều tra kết thúc, nhóm can thiệp không còn trẻ nào có kỹ năng cá nhân xã hội DNBT (0%) khác biệt có ý nghĩa so với nhóm chứng (6,9%). Hiệu quả can thiệp đạt 18,4%

IV. BÀN LUẬN

Kết thúc can thiệp tình trạng dinh dưỡng của trẻ được cải thiện đáng kể: mức tăng cân và tăng chiều cao của trẻ em được bổ sung Pedia Grow cao hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa. Điều đó đã giúp cho các chỉ số z-score cân nặng theo tuổi, chiều cao theo tuổi và cân nặng theo chiều cao của trẻ được cải thiện đáng kể. Nghiên cứu can thiệp đánh giá hiệu quả của các sản phẩm dinh dưỡng với đậm độ năng lượng cao với sự có mặt của các vi chất dinh dưỡng mà trẻ em thường bị thiếu cũng cho kết quả tương tự [2],[3].

Kết thúc can thiệp 6 tháng, tỷ lệ trẻ có kỹ năng phát triển dưới ngưỡng bình thường của cả hai nhóm đều giảm, tuy nhiên chỉ có kỹ năng vận động thô và kỹ năng cá nhân xã hội của trẻ ở nhóm can thiệp khác biệt có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p < 0,01$; $p < 0,05$) về tỷ lệ phát triển dưới ngưỡng (mức độ nghi ngờ và chậm phát triển) với hiệu quả can thiệp của Pedia Grow đạt 27,7% và 18,4%.

Pedia Grow là sản phẩm dinh dưỡng có chứa các vitamin, khoáng chất giúp cho sự phát triển của cơ quan vận động như cơ, xương, khớp đặc biệt là lượng calci và vitamin D đạt 70%- 90% nhu cầu của trẻ từ 2-5 tuổi. Hiện nay khẩu phần calci của người Việt Nam nói chung và của trẻ em nói riêng chỉ đáp ứng được khoảng 50%-70% nhu cầu calci. Calci trong sữa bò được coi

là sản phẩm cung cấp calci có giá trị sinh học cao (được hấp thu tối ưu), tuy nhiên việc tiêu thụ sản phẩm này vẫn còn hạn chế. Vitamin D vào cơ thể qua hai nguồn: qua thức ăn và tổng hợp ở da dưới sự tác động của ánh sáng mặt trời. Tắm nắng là cách tạo nguồn vitamin D tốt. Tuy nhiên, việc thực hiện tắm nắng cho trẻ luôn bị trì hoãn. Nguồn vitamin D trong thực phẩm chỉ cung cấp được 10%-20% nhu cầu vitamin D của cơ thể. Vitamin D tham gia trực tiếp vào điều hòa hấp thu và chuyển hóa calci. Với liều sử dụng từ 90 -100 gram/ngày (2 ly) có thể bù đắp được sự thiếu hụt của calci trong khẩu phần ăn của trẻ. Ngoài ra trong Pedia Grow có bổ sung lượng vitamin D đáp ứng 70%-80% nhu cầu khuyến nghị.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng có sự tương quan giữa phát triển trí lực của trẻ và tình trạng sắt và dinh dưỡng của trẻ [6]. Kết quả nghiên cứu của Husaini và CS trên trẻ em 6-24 tháng ở Indonesia cho thấy: cho trẻ ăn một khẩu phần bổ sung tương đương 400 Kcal và 5 gram protein trong thời gian 90 ngày không những cải thiện được cân nặng mà còn cải thiện được phát triển vận động của trẻ [7]. Điều này có thể giải thích, ngoài việc cung cấp năng lượng, vi chất dinh dưỡng, sản phẩm dinh dưỡng Pedia Grow có mặt của các acid béo không no như DHA - cần thiết cho cấu trúc, hoạt động của tế bào thần kinh.

IV. KẾT LUẬN

1. Trẻ em uống Pedia Grow hàng ngày đã có mức tăng cân ($1,35 \pm 0,58$ kg), mức tăng chiều cao ($5,33 \pm 1,41$ cm) và các chỉ số nhân trắc Z-score cân nặng/chiều cao ($0,17 \pm 0,46$ SD), cân nặng/tuổi ($0,26 \pm 0,56$ SD); ($0,33 \pm 0,37$ SD) cao hơn so với nhóm chứng tương ứng là: $0,97 \pm 0,44$ kg; $3,95 \pm 0,88$ cm; $0,05 \pm 0,35$ SD; $0,05 \pm 0,26$ SD; $0,04 \pm 0,31$ SD

2. Trẻ uống Pedia Grow hàng ngày đã cải thiện được kỹ năng phát triển tâm vận động và hiệu quả can thiệp đối với vận động toàn thân là 27,7%.

KHUYẾN NGHỊ: Cần có nghiên cứu thêm những sản phẩm dinh dưỡng để các bà mẹ có nhiều sự lựa chọn phù hợp với các lứa tuổi ở các vùng miền nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng và phát triển tâm vận động của trẻ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viện Dinh dưỡng (2015)**. Thống kê tình trạng dinh dưỡng của trẻ qua các năm. <http://www.who.int/nutgrowthdb/about/introduction/en/index5.html>
2. **Cao Thị Thu Hương, Nguyễn Xuân Ninh, Đỗ Sỹ Hiến (2004)**. Sử dụng bột giàu năng lượng-vi chất cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ 5-8 tháng tuổi tại Đông Hỷ, Thái Nguyên. Tạp chí Y học Dự phòng, 5 tr 5-11
3. **Cao Thị Thu Hương, Lê Bạch Mai, Đỗ Thị Phương Hà (2016)**. Đánh giá hiệu quả của cháo dinh dưỡng đến các chỉ số nhân trắc và thiếu kẽm của trẻ em 18-36 tháng tuổi. Tạp chí y học Việt Nam.
4. **WHO (1997)**. Global database on Child growth and Malnutrition.
5. **Squires J and Bricker D (2009)**. Ages & Stages Questionnaires. Paul H Brookes Publishing Co. Baltimore, London, Sydney.
6. **Ian D. H. (1998)**, *Control and prevention of micronutrient malnutrition*, Asia Pacific J Clin Nutr, 7(1), pp. 12-15
7. Husaini M.A., et all (1991), *Developmental effects of short-term supplementary feeding in nutritionally at risk Indonesian infant*, Am J Clin Nutr, 54, pp. 799-804

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NÚT MẠCH CẦM MÁU CẤP CỨU UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN VỠ

Lê Thanh Dũng*, Trần Việt Hùng**, Trần Đình Tho*

TÓM TẮT⁴³

Mục tiêu: Đánh giá kết quả nút mạch cấp cứu bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) vỡ. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu đánh giá kết quả chụp và nút mạch cấp cứu cầm máu trên 22 bệnh nhân UTBMTBG vỡ từ 01/2014 đến 6/2016 Bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** 22/22 bệnh nhân được chẩn đoán u gan vỡ trên cắt lớp vi tính (CLVT), được chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) và nút mạch cấp cứu cầm máu, kích thước trung bình u theo đường kính lớn nhất 83.95mm. Hình ảnh DSA: 7/22 trường hợp (31.8%) có thoát thuốc động mạch (ĐM), 2/22 (9.1%) có giả phình, 1/22 (4.6%) có thông động tĩnh mạch trong khối, 12/22 trường hợp (54.5%) không phát hiện tổn thương mạch. Vật liệu nút mạch chủ yếu sử dụng Spongel trong 18/22 (81.8%), keo sinh học Histoacryl 4/22 (18.2%). Nút mạch tỷ lệ thành công 100%. Số lượng máu truyền trung bình: 969ml. 1 bệnh nhân suy gan tiến triển và tử vong trong vòng 1 tháng sau nút mạch. 6/9 (66.7%) bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch cửa (TMC) tử vong trong vòng 6 tháng sau can thiệp. **Kết luận:** điều trị nút mạch cầm máu đường ĐM trong UTBMTBG vỡ là phương pháp an toàn và hiệu quả.

SUMMARY

EVALUATE THE EMERGENCY HEMOSTATIC EMBOLIZATION RESULTS FOR THE RUPTURED HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objects: Evaluate the effectiveness of transcatheter arterial embolization for controlling arterial hemorrhage due to spontaneous ruptured hepatocellular carcinoma (HCC). **Methods:** analyze retrospectively the outcomes of 22 patients who underwent abdominal CT scanner and urgent transarterial embolization for spontaneous ruptured HCC during the period from 01/2014 to 06/2016 in Viet Duc hospital. **Results:** Mean tumor size: 83.95mm (longest diameter). 7/22 patients (31.8%) exhibited contrast extravasation on angiography, 2/22 patients (9.1%) exhibited pseudoaneurysm, one patient (4.6%) showed arteriportal shunt, 12/22 (54.5%) showed no vascular injury. The embolization materials we used mostly was Spongel in 18/22 patients (81.8%), histoacryl 4/22 (18.2%). The success rate of embolization on angiography is 22/22.

* Bệnh viện Việt Đức

** Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: Drdung74@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2017

Ngày duyệt bài: 28.2.2017

The average volume of blood transfusion was 969ml. 1 patient die in one months after the procedure due to liver failure. 6/9 (66.7%) patients with thrombosis of portal vein die in less than 6 months after procedure. **Conclusion:** Transarterial embolization is a safe and effective method for controlling spontaneous rupture of HCC.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là ung thư phổ biến thứ 5 trên thế giới với hơn 500.000 ca mới được chẩn đoán mỗi năm. UTBMTBG có nhiều biến chứng như: suy gan, chảy máu tiêu hóa, hội chứng Budd-Chiari, vỡ u. UTBMTBG vỡ là một biến chứng cấp tính đòi hỏi xử trí cấp cứu và có tỉ lệ tử vong cao, tại châu Á và châu Phi nơi tỉ lệ mắc ung thư cao thì tỉ lệ u vỡ là 6.9-14% số ca u gan và là nguyên nhân chảy máu gan không do chấn thương phổ biến nhất ở nam giới, tuy vậy tỉ lệ này tương đối thấp ở châu Âu [1],[2].

Điều trị UTBMTBG vỡ gồm các phương pháp: điều trị bảo tồn, phẫu thuật và nút mạch đường động mạch (ĐM) [3]. Điều trị bảo tồn áp dụng cho trường hợp huyết động ổn định, tuy nhiên một tỉ lệ tử vong do chảy máu lại hoặc chảy máu tiếp diễn cao. Phẫu thuật có tỉ lệ cầm máu thành công ngay sau phẫu thuật cao (70-100%), nhưng tỉ lệ tử vong sau đó còn cao (40-75%) [4].

Nút mạch đường ĐM (Transarterial Embolization - TAE) là phương pháp hiệu quả, có tỉ lệ cầm máu cao. Phần lớn các bệnh nhân UTBMTBG vỡ khi khối u kích thước lớn trong tình trạng nặng, huyết động không ổn định nên nút mạch là phương pháp hiệu quả, thích hợp trong trường hợp bệnh nhân không thể phẫu thuật được, tỉ lệ tử vong sau 30 ngày thấp hơn so với phẫu thuật [4],[5]. Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá tính an toàn và hiệu quả điều trị cầm máu UTBMTBG vỡ tự phát được điều trị bằng TAE tại bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 22 bệnh nhân UTBMTBG vỡ, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc trên chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) có hình ảnh u gan vỡ có chảy máu trong ổ bụng, được chụp mạch và nút mạch từ 1/2014 đến 6/2016.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu cắt ngang

Phương tiện nghiên cứu: Máy chụp mạch số hoá xoả nền Speed Heart, máy Philips, máy chụp CLVT (từ 2 dây đến 64 dây), các loại ống thông 5F, vi ống thông 2.7F, vật liệu nút mạch: lipiodol, keo sinh học, Spongel, thuốc phục vụ cho thủ thuật.

3. Các bước tiến hành:

a) Chụp CLVT: ổ bụng-tiểu khung gồm 3 thì, thì trước tiêm để đánh giá máu tụ, dịch máu; thì ĐM: đánh giá thoát thuốc, các ổ giả phình mạch, thông động tĩnh mạch, khối u và tính chất ngấm thuốc; thì tĩnh mạch cửa (TMC): đánh giá tính chất thải thuốc của u, huyết khối TMC.

b) Chụp DSA và nút mạch: Gồm 6 bước

c) Chỉ tiêu đánh giá: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng (mạch, huyết áp, công thức máu, lượng máu truyền...)

- Đặc điểm tổn thương: kích thước khối u, thoát thuốc, giả phình mạch, thông động tĩnh mạch, huyết khối TMC.

- Hiệu quả nút mạch: vật liệu nút mạch, tỷ lệ thành công, cầm máu tức thời, tỷ lệ tử vong, số lượng máu truyền, các chỉ số xét nghiệm.

- Biến chứng sau nút mạch, tỉ lệ sống sau 1 tháng
Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Từ tháng 01/2014 đến tháng 06/2016 nhóm nghiên cứu chúng tôi có 22 bệnh nhân (19 nam, 3 nữ), độ tuổi từ 26-69 (trung bình 50.5 tuổi) được chẩn đoán UTBMTBG vỡ trên cắt lớp vi tính được chụp mạch và nút mạch cầm máu cấp cứu.

2. Đặc điểm xét nghiệm cận lâm sàng

Bảng 1: Công thức máu trước và sau can thiệp

Công thức máu	Trước can thiệp	Sau can thiệp	
Hồng cầu (T/l)	3.01 ± 0.77	3.48 ± 0.37	p < 0.05
Hemoglobin máu (mg/dl)	91.5 ± 26.5	105.2 ± 11.1	p < 0.05

3. Đặc điểm hình ảnh CLVT

Đặc điểm khối u: kích thước lớn nhất khối u trung bình 83.95mm, có 9/22 bệnh nhân (40.9%) có huyết khối TMC, trong đó 3 bệnh nhân tắc hoàn toàn nhánh TMC phân thùy trước, 4 bệnh nhân tắc nhánh phải TMC và 2 bệnh nhân tắc nhánh trái TMC.

Đặc điểm tổn thương mạch máu trên CLVT: có 14/22 trường hợp (63.6%) không phát hiện tổn thương mạch, có 6/22 trường hợp (27.3%) có thoát thuốc thì động mạch, 2/22 trường hợp (9.1%) có giả phình mạch.

4. Hình ảnh DSA

Bảng 2: Các tổn thương mạch máu trên chụp mạch.

Tổn thương mạch trên DSA	Giả phình	Thoát thuốc	Thông động tĩnh mạch	Không phát hiện tổn thương
Số BN	2	7	1	12
Tỷ lệ (%)	9.1%	31.8%	4.6%	54.5%

5. Vật liệu nút mạch: Vật liệu nút mạch chủ yếu được dùng là Spongel 18/22 trường hợp (81.8%), có kết hợp kèm hoặc không kèm với lipiodol, 4/22 trường hợp nút có dùng keo sinh học Histoacryl (18.2%).

6. Hiệu quả điều trị: Tỷ lệ nút mạch thành công về mặt kỹ thuật 22/22 trường hợp, không có trường hợp nào nút mạch lần 2. Có 22/22 (100%) huyết động ổn định sau can thiệp và không thấy chảy máu tái phát sau can thiệp. Lượng máu truyền trung bình: 969ml.

Trong số 22 bệnh nhân trong nghiên cứu có 1 bệnh nhân tử vong trong vòng 1 tháng sau can thiệp, 7/22 bệnh nhân tử vong trong vòng 6 tháng sau điều trị, trong số này 6/7 bệnh nhân có huyết khối TMC (huyết khối bán phần).

7. Biến chứng sau can thiệp: Không gặp các biến chứng sớm sau nút mạch: tụ máu vị trí chọc ĐM đùi, lóc tách thành mạch.

Hội chứng sau nút mạch: sốt thoáng qua hoặc kéo dài, tăng men gan, hồi phục sau 1-2 tuần, tỉ lệ gặp trong nghiên cứu là 21/22. Có một bệnh nhân suy gan tiến triển và tử vong trong vòng 1 tháng sau điều trị.

Không gặp chảy máu tái diễn sau nút mạch, không có biến chứng áp xe gan hay thuyên tắc mạch phổi do Lipiodol.

IV. BÀN LUẬN

Chụp CLVT là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị cao trong chẩn đoán UTBMTBG vỡ. Đặc điểm khối UTBMTBG điển hình là khối bắt thuốc mạnh thì ĐM và thải thuốc thì tĩnh mạch, khi khối u vỡ có thể phát hiện dễ dàng máu cục hoặc dịch máu tăng tỷ trọng tự nhiên [4]. Tỷ lệ thấy được tổn thương thoát thuốc từ ĐM mạch máu trên CLVT và DSA trong nghiên cứu chúng tôi đều tương đối thấp 6/22 (27.3%) thấy trên

CLVT và 7/22 (31.8%) trên DSA, điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Yang hay nghiên cứu của Ngan. H [5],[6]. Cho thấy độ nhạy của dấu hiệu thoát thuốc thì động mạch trong chẩn đoán UTBMTBG là không cao, tuy nhiên độ đặc hiệu của dấu hiệu này là 100% [5]. Trong một số trường hợp có hình ảnh thoát thuốc trên CLVT nhưng không thấy được thoát thuốc trên DSA có

thể khi đó tổn thương chảy máu đã tự cầm, dựa vào CLVT đa dãy có dựng hình mạch máu để định hướng nhánh mạch tổn thương [4]. Cần chụp thêm các nhánh ĐM mạc treo tràng trên, ĐM thận, ĐM dưới hoành để kiểm tra. Cần tiến hành chụp kiểm tra ĐM cấp máu cho gan sau can thiệp.



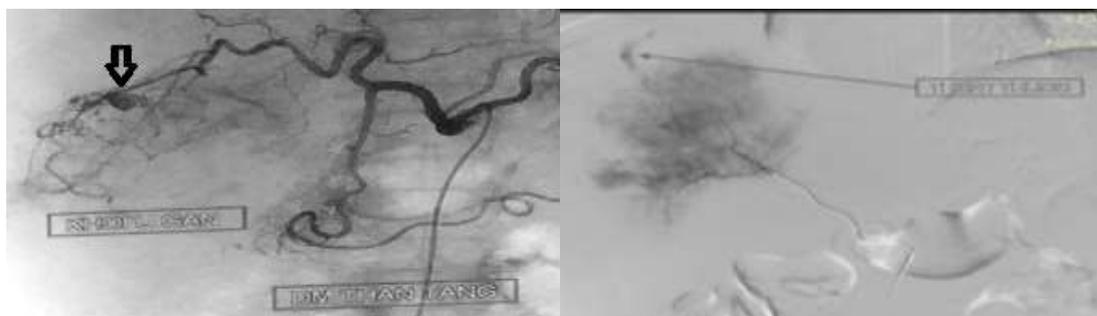
Hình 1: Khối UTBMTBG vỡ có thoát thuốc trên CLVT.

UTBMTBG vỡ là biến chứng không thường gặp, hiện nay chưa có thống nhất trong y văn về một quy trình lựa chọn vật liệu nút mạch cầm máu. Theo Kung và cộng sự vật liệu nút mạch được chuẩn bị gồm Gelatin (Spongel) kích thước 3x2x0,1cm cắt ra thành các mảnh nhỏ khoảng 0.5 đến 1mm, trộn đều trong 6ml thuốc cản quang, tùy theo tổn thương thoát thuốc, giả phình mạch kết hợp trộn thêm 2ml Lipiodol, dùng coils với tổn thương thông động tĩnh mạch [4].

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi 81,8% được sử dụng vật liệu nút mạch là Spongel. Spongel có tác dụng làm tắc cứng mạch tạm thời, tự tiêu sau 2-4 tuần, nhờ đó mà có thể tiến hành nút mạch hóa chất các đợt điều trị tiếp theo. Keo sinh học Histoacryl là vật liệu nút mạch vĩnh viễn, do vậy nếu nút bằng keo sẽ không còn cuộn mạch để thực hiện các lần nút tiếp nếu có chỉ định. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 03 trường hợp phải dùng vật liệu nút mạch là keo sinh học do tổn thương thoát thuốc có kèm thông động tĩnh mạch, đồng thời

các cuộn mạch khó khăn trong việc cầm máu, do vậy lựa chọn keo sinh học Histoacryl là để đảm bảo cầm máu trong cấp cứu. Trong số 3 bệnh nhân này có 02 bệnh nhân có huyết khối nhánh phải hoặc nhánh trái TMC và tử vong trong vòng 6 tháng sau điều trị.

Trong nghiên cứu 22/22 bệnh nhân được nút tắc hoàn toàn các nhánh động mạch cấp máu cho khối u, cầm máu tổn thương. Tất cả các bệnh nhân có tình trạng ổn định đến khi ra viện, huyết áp sau can thiệp 48h trong giới hạn bình thường. Số lượng hồng cầu trung bình trước và sau can thiệp là 3.01T/l và 3.48T/l, hemoglobin trung bình trước và sau can thiệp là 91.5mg/dl và 105mg/dl, sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Tỷ lệ cầm máu cao cho thấy sự hiệu quả của nút mạch đường ĐM trong kiểm soát chảy máu do u gan vỡ trong cấp cứu, điều này cũng được chứng minh trong nhiều nghiên cứu tương tự của các tác giả nước ngoài [4],[7].



Hình 2: Hình ảnh thoát thuốc và giả phình mạch trên DSA.

Các biến chứng hay gặp sau nút mạch là suy gan, vỡ u tái phát. Suy gan là biến chứng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu sau nút mạch u gan vỡ. Yếu tố làm tăng tỷ lệ suy gan sau nút mạch là huyết khối TMC, trong đó huyết khối hoàn toàn TMC là chống chỉ định của nút mạch. Trong nghiên cứu tỉ lệ huyết khối TMC là 40,9% đây là một yếu tố tiên lượng xấu, tuy vậy để hồi sức được cho bệnh nhân, cần cân nhắc mức độ huyết khối để lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp [4].

Tuy vậy trong nghiên cứu của Kung, báo cáo tất cả 06 bệnh nhân UTBMTBG vỡ và huyết khối thân chung TMC mà từ chối TAE và điều trị bảo tồn chết trong vòng 30 ngày (tỷ lệ tử vong 100%) [4]. Vì vậy với các bệnh nhân UTBMTBG vỡ kèm huyết khối TMC chúng tôi vẫn quyết định nút mạch cầm máu trong cấp cứu, có tiên lượng biến chứng suy gan đi kèm. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1/22 bệnh nhân (4.5%) tử vong trong vòng 1 tháng sau điều trị vì suy gan cấp. Đây là bệnh nhân có khối u gan lớn 12x13cm, có huyết khối nhánh trái TMC và đã được tiên lượng tình trạng nặng. Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các nghiên cứu về nút mạch cầm máu cấp cứu và thấp hơn so với mổ mở trong một vài nghiên cứu [4],[5]. Tiên lượng xa hơn đối với các bệnh nhân có huyết khối TMC không tốt (6/7 bệnh nhân tử vong trong 6 tháng sau can thiệp có huyết khối TMC). Các bệnh nhân UTBMTBG vỡ thường nhập viện với bệnh ở giai đoạn muộn, tiên lượng xấu, việc cầm máu cấp cứu và có tỉ lệ tử vong nội viện thấp là ưu điểm của nút mạch [4].

Nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế: thứ nhất đây là nghiên cứu hồi cứu, thứ hai là tình

trạng ổn định sau can thiệp của bệnh nhân còn là sự kết hợp của các yếu tố khác, bao gồm tự cầm máu và hiệu quả của việc truyền máu.

V. KẾT LUẬN

Nút mạch cầm máu đường ĐM là phương pháp an toàn và hiệu quả: Vật liệu nút mạch chủ yếu sử dụng Spongel trong 81.8%, keo sinh học Histoacryl 100%. Số lượng máu truyền trung bình: 969ml. Tử vong do suy gan trong vòng 1 tháng sau nút mạch là 4,55%. Bệnh nhân có huyết khối TMC tử vong trong vòng 6 tháng sau can thiệp là 6/22 (27,2%). 18.2%. Nút mạch tỷ lệ thành công

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. B. Davidson, R. Carratta, F. Paccione et al. (1991), "Surgical emergencies in liver disease", *Baillieres Clin Gastroenterol*, **5(4)**, tr. 737-58.
2. M. P. Fernandez and R. D. Redvanly (1998), "Primary hepatic malignant neoplasms", *Radiol Clin North Am*, **36(2)**, tr. 333-48.
3. E. C. Lai and W. Y. Lau (2006), "Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: a systematic review", *Arch Surg*, **141(2)**, tr. 191-8.
4. C. T. Kung, B. M. Liu, S. H. Ng et al. (2008), "Transcatheter arterial embolization in the emergency department for hemodynamic instability due to ruptured hepatocellular carcinoma: analysis of 167 cases", *AJR Am J Roentgenol*, **191(6)**, tr. W231-9.
5. H. Ngan, W. K. Tso, C. L. Lai et al. (1998), "The role of hepatic arterial embolization in the treatment of spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma", *Clin Radiol*, **53(5)**, tr. 338-41.
6. Y. Yang, H. Cheng, A. Xu et al. (2002), "[Transarterial embolization for hemorrhage due to spontaneous rupture in hepatocellular carcinoma]", *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi*, **24(3)**, tr. 285-7.
7. H. Yoshida, Y. Mamada, N. Tani et al. (2016), "Spontaneous ruptured hepatocellular carcinoma", *Hepatol Res*, **46(1)**, tr. 13-21.

ĐỘC TÍNH BÁN TRƯỜNG DIỄN CỦA DỊCH CHIẾT SÓNG RẮN TRÊN THỰC NGHIỆM

Nguyễn Thị Minh Thúy*, Nguyễn Quý Thái*, Đào Thanh Hoa*,
Phạm Thị Vân Anh**, Nguyễn Thị Thanh Hà**

TÓM TẮT⁴⁴

*Trường Đại học Y- Dược Thái Nguyên

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Thúy

Email: thuydongy@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2017

Ngày duyệt bài: 20.2.2017

Nghiên cứu được thực hiện nhằm: *Đánh giá độc tính bán trường diễn của dịch chiết Sóng rắn đường bôi ngoài da trên thỏ thực nghiệm.* Dịch chiết ethanol Sóng rắn chiết từ lá tươi và lá khô được thử độc tính trên da thỏ với liều lần lượt là 0,3 ml/thỏ và 0,18 ml/thỏ trên 10% diện tích da thỏ. Kết quả nghiên cứu sau 4 tuần, dịch chiết ethanol Sóng rắn từ lá tươi và lá khô đều không làm ảnh hưởng đến toàn trạng, chức năng tạo máu, chức năng gan, thận và không gây tổn thương về hình thái khi quan sát đại thể và vi thể gan thận cũng như cấu trúc vùng da được bôi thuốc của thỏ.

Từ khóa: Sóng Rắn, độc tính, thỏ, động vật thực nghiệm.

SUMMARY

EVALUATION OF SUBCHRONIC TOXIC OF "SONG RAN" ETHANOLEXTRACT IN NEWZEALAND-WHITE RABBITS

The "Song ran" ethanolextract was used to evaluate the rabbit's liver and kidney function as well as the rabbit's liver and kidney structure on the experiment. Rabbits were used "Song ran" extract at dose of 0.3 ml/day with extract from fresh leaves and dose of 0.18 ml/day with extract from dried leaves, continuously for 4 weeks: Having no sign of general signs, growth, hematological examinations; do not change the results of tests evaluating liver function, kidney function. No changes the rabbit's liver and kidney structure when observe macro-overview the bodies of rabbits. The structure of micro of the rabbit's liver and kidney was no different compared to focus group.

Keywords: Song ran, *Albizzia myriophylla* Benth, toxicity, rabbits.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau và viêm là các triệu chứng thường gặp trên lâm sàng. Thuốc y học hiện đại có tác dụng giảm đau và chống viêm tại chỗ hiệu quả nhanh nhưng lại nhiều tác dụng không mong muốn. Hiện nay, sử dụng các thuốc có nguồn gốc y học cổ truyền đang là một xu hướng mới. Việt Nam với nguồn dược liệu phong phú, ngày càng có nhiều vị thuốc được chứng minh hiệu quả tác dụng hỗ trợ, thậm chí tương đương các thuốc tây y trên lâm sàng [1]. Sóng rắn (*Albizzia myriophylla* Benth) là loại cây đã được đồng bào các dân tộc thuộc tỉnh Thái Nguyên sử dụng làm thuốc chữa zona theo kinh nghiệm dân gian và một số bệnh ngoài da khác. Đánh giá tính an toàn của thuốc có vai trò rất quan trọng, được thực hiện trước khi xác định hiệu quả điều trị. Vì vậy, đề tài được tiến hành với mục tiêu: *Đánh*

III. KẾT QUẢ

3.1 Tình trạng chung: Trong thời gian thí nghiệm, thỏ ở cả 3 lô hoạt động bình thường, nhanh nhẹn, mắt sáng, lông mượt, ăn uống tốt, phân khô. Trọng lượng thỏ đều tăng và không có sự khác biệt giữa lô chứng và các lô bôi dịch chiết Sóng rắn lá tươi, Sóng rắn lá khô.

3.2 Đánh giá chức năng tạo máu

Bảng 1. Ảnh hưởng của dịch chiết Sóng rắn đến số lượng hồng cầu trong máu thỏ

Thời gian	Số lượng hồng cầu (T/l)			p (t- test Student)
	Lô chứng	Lô trị 1	Lô trị 2	
Trước bôi thuốc	4,60 ± 0,17	4,41 ± 0,34	4,62 ± 0,32	> 0,05
Sau 2 tuần bôi thuốc	4,46 ± 0,31	4,27 ± 0,34	4,51 ± 0,27	> 0,05
p (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Sau 4 tuần bôi thuốc	4,69 ± 0,30	4,62 ± 0,38	4,74 ± 0,28	> 0,05
p (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05	

giá độc tính bán trường diễn của dịch chiết Sóng rắn đường bôi ngoài da trên thỏ thực nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nguyên liệu dùng trong nghiên cứu là phần trên mặt đất của cây sóng rắn thu hái tại Thái Nguyên tháng 2 năm 2014 và đã được xác định tên khoa học là *Albizzia myriophylla* Benth

- Dịch chiết ethanol Sóng rắn chiết từ lá tươi: 1kg cho 33 ml dịch chiết.

- Dịch chiết ethanol Sóng rắn chiết từ lá khô: 1,5kg cho 90 ml dịch chiết

2.2 Động vật thực nghiệm:

Thỏ chủng *Newzealand White*, lông trắng, trọng lượng 1,8-2,5 kg do Trung tâm chăn nuôi Dê và Thỏ Sơn Tây cung cấp. Súc vật được nuôi trong phòng thí nghiệm 3 - 5 ngày trước khi nghiên cứu bằng thức ăn chuẩn dành riêng (do Công ty liên doanh Guyomarc'h-VCN sản xuất), uống nước tự do.

2.4 Phương pháp nghiên cứu

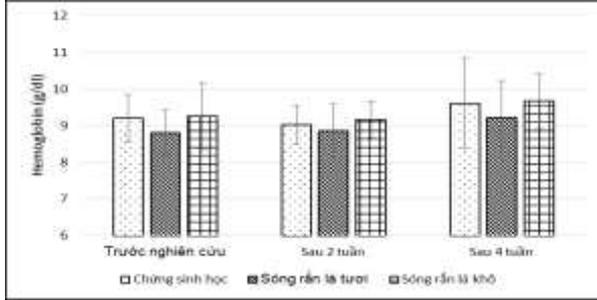
Theo hướng dẫn của OECD và WHO [2],[3]

Thỏ được chia làm 3 lô, mỗi lô 10 con, mỗi con được nhốt riêng một chuồng.

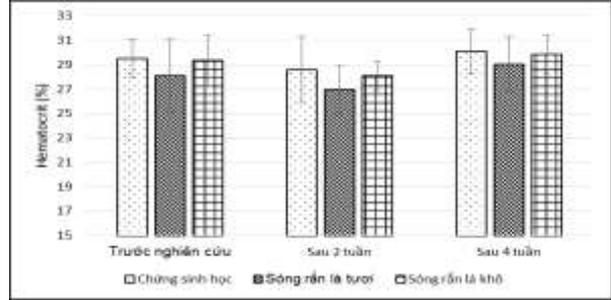
Thỏ được bôi dung môi hoặc thuốc thử trong 4 tuần liên, mỗi ngày một lần vào buổi sáng. Đánh giá trước bôi thuốc, sau 2 tuần, sau 4 tuần: tình trạng chung, thể trọng, chức năng tạo máu, mức độ hủy hoại tế bào gan, chức năng thận và vi thể gan, thận và cấu trúc da được bôi thuốc thử.

Phân tích thống kê: Các số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê theo phương pháp t-test Student, biểu diễn dạng: $X \pm SD$.

Nhận xét: Kết quả ở bảng 1 cho thấy: sau 2 tuần và 4 tuần bồi dịch chiết Sóng rần liên tục, số lượng hồng cầu ở cả 2 lô trị đều không có sự khác biệt có ý nghĩa so với lô chứng và so sánh giữa các thời điểm trước và sau khi bồi thuốc thử ($p > 0,05$).



Biểu đồ 1. Ảnh hưởng của dịch chiết Sóng rần đến hàm lượng hemoglobin



Biểu đồ 2. Ảnh hưởng của dịch chiết Sóng rần đến hematocrit

Nhận xét: Kết quả ở biểu đồ 1 và 2 cho thấy: Sau 2 tuần và 4 tuần bồi dịch chiết Sóng rần, hàm lượng hemoglobin và hematocrit ở cả 2 lô trị đều không có sự khác biệt có ý nghĩa so với lô chứng và so sánh giữa các thời điểm trước và sau khi bồi thuốc thử ($p > 0,05$).

Bảng 2. Ảnh hưởng của dịch chiết Sóng rần đến số lượng bạch cầu trong máu thử

Thời gian	Số lượng bạch cầu (G/l)			p(t- test Student)
	Lô chứng	Lô trị 1	Lô trị 2	
Trước bồi thuốc	8,04 ± 1,22	7,77 ± 1,43	7,44 ± 1,73	> 0,05
Sau 2 tuần bồi thuốc	7,70 ± 1,30	7,16 ± 1,68	7,47 ± 1,59	> 0,05
p (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Sau 4 tuần bồi thuốc	7,84 ± 1,58	7,98 ± 1,00	7,17 ± 1,33	> 0,05
p (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05	

Nhận xét: Sau 2 tuần và 4 tuần bồi dịch chiết Sóng rần, số lượng bạch cầu ở cả 2 lô trị đều không có sự khác biệt có ý nghĩa so với lô chứng và so sánh giữa các thời điểm trước và sau khi bồi thuốc thử ($p > 0,05$).

Bảng 3. Ảnh hưởng của dịch chiết Sóng rần đến số lượng tiểu cầu trong máu thử

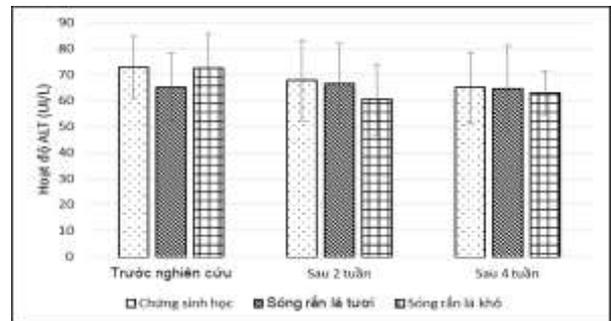
Thời gian	Số lượng tiểu cầu (G/l)			p (t- test Student)
	Lô chứng	Lô trị 1	Lô trị 2	
Trước bồi thuốc	414,30 ± 118,69	432,80 ± 86,03	446,60 ± 77,18	> 0,05
Sau 2 tuần bồi thuốc	389,40 ± 110,49	401,90 ± 86,91	420,50 ± 108,96	> 0,05
p (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Sau 4 tuần bồi thuốc	384,70 ± 68,24	393,80 ± 54,48	382,60 ± 66,62	> 0,05
p (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05	

Nhận xét: Sau 2 tuần và 4 tuần bồi dịch chiết Sóng rần, số lượng tiểu cầu ở cả 2 lô trị đều không có sự khác biệt có ý nghĩa so với lô chứng và so sánh giữa các thời điểm trước và sau khi bồi thuốc thử ($p > 0,05$).

3.3 Đánh giá mức độ hủy hoại tế bào gan



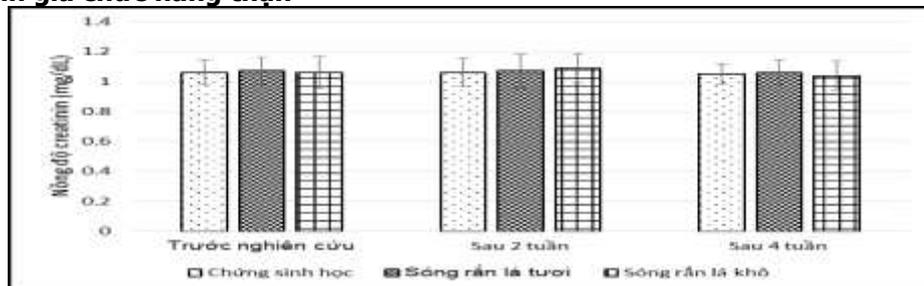
Biểu đồ 3. Ảnh hưởng của dịch chiết Sóng rần đến hoạt độ AST



Biểu đồ 4. Ảnh hưởng của dịch chiết Sóng rần đến hoạt độ ALT

Nhận xét: Kết quả ở các biểu đồ 3 và 4 cho thấy: sau 2 tuần và 4 tuần bôi dịch chiết Sóng rần, hoạt độ AST, ALT trong máu thỏ ở cả 2 lô trị đều không có sự khác biệt có ý nghĩa so với lô chứng và so sánh giữa hai thời điểm trước và sau khi bôi thuốc thử ($p > 0,05$).

3.4 Đánh giá chức năng thận



Biểu đồ 5. Ảnh hưởng của dịch chiết Sóng rần đến nồng độ creatinin

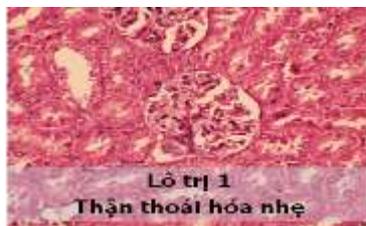
Nhận xét: Sau 2 tuần và 4 tuần bôi dịch chiết Sóng rần, ở cả 2 lô trị, nồng độ creatinin trong máu thỏ không có sự thay đổi khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô chứng và thời điểm trước nghiên cứu ($p > 0,05$).

Hình ảnh giải phẫu vi thể

- Giải phẫu vi thể gan (HE x 400)



- Giải phẫu vi thể thận (HE x 400)



- Giải phẫu vi thể cấu trúc da vùng bôi thuốc hoặc nước (HE x 400)



IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu độc tính, trong đó có độc tính bán trường diễn là một bước rất quan trọng, được tiến hành trước khi thử nghiệm hiệu quả tác dụng của một thuốc hay chế phẩm mới trên người. Sóng rần (*Albizia myriophylla* Benth) là một vị thuốc được sử dụng trong dân gian từ rất lâu, bằng cách giã nát lá cây và đắp vào vết

thương. Vì vậy, khi được đưa vào bào chế theo quy trình hiện đại (dịch chiết ethanol Sóng rần từ lá tươi và từ lá khô), đánh giá tính an toàn của chế phẩm là một việc bắt buộc.

Tình trạng chung và sự thay đổi thể trọng là những chỉ số thường quy phải được đánh giá trong nghiên cứu độc tính bán trường diễn [4]. Trong 4 tuần nghiên cứu, thỏ ở cả ba lô đều ăn

uống, hoạt động bình thường, cân nặng tăng đồng đều, không có sự khác biệt giữa các lô. Trong cơ thể, máu là một tổ chức rất quan trọng vì máu liên quan mật thiết với mọi bộ phận, cơ quan [4]. Về mặt bệnh lý, máu chịu ảnh hưởng của tất cả các tổ chức đó nhưng đồng thời cũng bị ảnh hưởng và phản ánh tình trạng riêng của cơ quan tạo máu. Nếu thuốc có ảnh hưởng đến cơ quan tạo máu thì trước hết các thành phần của máu sẽ bị thay đổi, đặc biệt thường làm giảm số lượng các tế bào máu [5]. Các chỉ số trên của thỏ ở cả hai lô trị đều thay đổi không có ý nghĩa so với trước khi dùng thuốc và so với lô chứng ở cùng thời điểm, cho thấy dịch chiết Sóng rấn không thể hiện độc tính lên cơ quan tạo máu.

Để đánh giá mức độ tổn thương tế bào gan, thường đo hoạt độ các enzym có nguồn gốc tại gan có trong huyết thanh. Khi hoạt độ các enzym này tăng lên, có thể là do thuốc có độc tính gây hủy hoại tế bào gan. Sau 4 tuần bôi da thỏ dịch chiết Sóng rấn lá tươi và lá khô, ở cả 2 lô trị, hoạt độ ALT, AST đều nằm trong giới hạn bình thường. Nồng độ cholesterol toàn phần, bilirubin toàn phần và albumin là các xét nghiệm đánh giá một số chức năng của gan, trong nghiên cứu này, các chỉ số trên cũng nằm trong giới hạn bình thường (kết quả không đưa ra trong bài báo).

Đánh giá chức năng thận sau khi dùng thuốc, thường dùng xét nghiệm định lượng creatinin máu. Creatinin là thành phần đạm trong máu ổn định nhất, hầu như không phụ thuộc vào chế độ ăn hoặc những thay đổi sinh lý mà chỉ phụ thuộc vào khả năng đào thải của thận. Khi cầu thận bị tổn thương, nồng độ creatinin máu tăng sớm hơn ure. Creatinin máu là chỉ tiêu tin cậy và quan trọng hơn ure máu, nên hiện nay dùng để đánh giá và theo dõi chức năng thận. Nồng độ creatinin trong máu thỏ sau dùng dịch chiết Sóng rấn không có sự thay đổi khác biệt với lô

chứng và so sánh giữa hai thời điểm trước và sau khi uống thuốc thử ($p > 0,05$).

Sóng rấn là chế phẩm dùng đường bôi ngoài da, tuy nhiên vẫn có thể hấp thu vào máu và ảnh hưởng đến các cơ quan trong cơ thể. Vì vậy, theo hướng dẫn của WHO, đánh giá hình ảnh giải phẫu đại thể, vi thể của gan thận, đặc biệt vùng da bôi thuốc là chỉ số bắt buộc khi đánh giá độc tính bán trường diễn. Trên tất cả các thử nghiệm cứu, không quan sát thấy có thay đổi bệnh lý nào về mặt đại thể của các cơ quan. Hình ảnh vi thể gan, thận và vùng da bôi thuốc không có sự khác biệt giữa lô chứng và lô nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Dịch chiết ethanol Sóng rấn từ lá tươi và lá khô không gây độc tính bán trường diễn trên thỏ khi bôi liều 0,3 ml/ngày và 0,18ml/ngày trên 10% diện tích da thỏ trong 4 tuần liên tục.

Tất cả các chỉ số theo dõi về tình trạng chung, cân nặng, chức năng tạo máu, mức độ hủy hoại tế bào gan, chức năng thận và mô bệnh học gan, thận, da đều nằm trong giới hạn bình thường, không có sự khác biệt rõ rệt so với lô chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Tất Lợi (2009)**, *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, tr 871-872
2. **Saliner AG, Patlewicz G, Worth AP (2007)**. Review of Literature-Based Models for Skin and Eye Irritation and Corrosion. European Communities.
3. **Organisation for Economic Co-operation and Development (2002)**. *Guideline for testing of chemicals: Acute Dermal Irritation/Corrosion*, OECD 404.
4. **World Health Organization (2000)**. *Working group on the safety and efficacy of herbal medicine*. Report of regional office for the western pacific of the World Health Organization.
5. **Nguyễn Thê Khánh, Phạm Tử Dương (2001)**. *Xét nghiệm sử dụng trong lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học.
6. **Vũ Đình Vinh (2001)**. *Hướng dẫn sử dụng các xét nghiệm sinh hoá*. Nhà xuất bản Y học, 115-287.

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN ĐƯỜNG HUYẾT Ở BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC CẤP

Ngô Đức Ngọc^{1,2}, Nguyễn Huy Ngọc³

Đặt vấn đề: Ngộ độc cấp là một tình trạng cấp cứu, rối loạn đường máu ở bệnh nhân ngộ độc cấp khá thường gặp, cần được phát hiện và xử trí sớm góp

TÓM TẮT⁴⁵

¹Bộ môn HSCC, Trường Đại học Y Hà Nội

²Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Ngọc

Email: ngoducngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2017

Ngày duyệt bài: 6.2.2017

phần mang lại hiệu quả tốt hơn trong điều trị. **Mục tiêu:** Đánh giá các nguyên nhân gây tăng đường huyết và hạ đường huyết và mối tương quan rối loạn này với mức độ nặng ở bệnh nhân ngộ độc cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 1386 bệnh nhân được chẩn đoán ngộ độc cấp không kèm theo các bệnh lý nội khoa khác. **Kết quả:** Có 242 bệnh nhân (17,4%) rối loạn đường huyết. Nhóm quá liều ma túy gặp nhiều nhất (31,7%), thấp nhất là nhóm ngộ độc thuốc tân dược (9,53%). Tỷ lệ có tăng đường huyết khi bị ngộ độc khá cao (> 75% ở hầu hết các nhóm). Trong nhóm tăng đường huyết quá cao, tỷ lệ bệnh nhân nặng theo PSS là 61,1%. Có mối liên quan giữa tăng hoặc hạ đường huyết với độ nặng PSS ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn đường huyết gặp trong các bệnh nhân ngộ độc cấp khá nhiều. Có sự liên quan giữa mức độ tăng đường huyết hoặc hạ đường huyết với mức độ nặng PSS của bệnh nhân. Vì vậy trong điều trị lâm sàng, các thầy thuốc cần phát hiện sớm tình trạng rối loạn đường huyết để xử trí nhằm nâng cao kết quả điều trị cho bệnh nhân.

Từ khóa: Ngộ độc cấp, hạ đường huyết, tăng đường huyết

SUMMARY

THE CHARACTERISTIC OF GLYCEMIC DISORDER IN ACUTE POISONING PATIENTS

Introduction: Acute poisoning remains an acute problem facing doctors working in emergency medicine, glucose metabolism disorders essentially requires the early diagnosis and effective management to elevate good results for the treatment. **Objective:** Evaluate the causes of glucose metabolism disorders and the correlation of the glucose disorders with the severity of poisoned patients. **Methods:** This was an observational study with retrospective chart review of 1386 patients diagnosed as acute poisoning without other diseases. **Results:** 242 patients (17,4%) was reported as suffering from glucose metabolism disorders. Opioid toxicity occupied the highest percentage (31,7%), in contrast with drug poisoning occupying the lowest (9,53%). The percentage of glucose metabolism disorders in acute poisoning was dramatically high (> 75% in most of groups). In serious hyperglycemia group, the percent of severe patients estimated by PSS was 61,1%. The correlation of hypoglycemic severity with the severity of patients following PSS was reported ($p < 0,05$). **Conclusion:** The percentage of glucose metabolism disorders in acute poisoned patients was remarkable. The correlation of glucose metabolism disorders with the severity of patients estimated by PSS was reported. For this reason, in clinical medicine, early diagnosis of glucose metabolism disorder and effective management are vital for a better result for patients.

Keyword: acute poisoning, hypoglycemia, hyperglycemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi nói về rối loạn tăng hay hạ đường huyết, người ta thường đề cập tới các bệnh lý nội khoa mà ít khi để ý tới bệnh lý ngộ độc. Tuy nhiên,

ngày càng rõ ràng là có rất nhiều bệnh nhân ngộ độc cấp có tăng hoặc hạ đường huyết [1][2][3]. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn đường huyết là không nhỏ và tác động khá lớn tới kết quả điều trị[4]. Hạ đường huyết dẫn tới hôn mê, tổn thương não nặng nề và để lại di chứng thần kinh. Tăng đường huyết cũng rất thường gặp, rối loạn này làm nặng thêm bệnh nguyên và làm tăng tỷ lệ tử vong, bệnh tật [1]. Có nhiều loại hóa chất hoặc thuốc khi dùng quá liều hoặc ngộ độc ảnh hưởng đến quá trình chuyển hóa đường máu gây tăng hoặc giảm đường máu. Những rối loạn này rất cần được phát hiện và xử trí sớm sẽ góp phần mang lại hiệu quả cao trong điều trị. Tuy nhiên, tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai chưa có một nghiên cứu nào đánh giá sự thay đổi nồng độ đường trong máu ở bệnh nhân ngộ độc cấp. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: "Đánh giá các nguyên nhân gây tăng đường huyết và hạ đường huyết, mối tương quan rối loạn này với mức độ nặng ở bệnh nhân ngộ độc cấp" để giúp giải quyết nhu cầu thực tế lâm sàng nói trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được chẩn đoán ngộ độc cấp có tăng đường huyết hoặc hạ đường huyết:

+ **Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng đường huyết:** nồng độ ĐH lúc vào, lúc đói $\geq 7,8$ mmol/l (Theo WHO 1998), nếu bệnh nhân tỉnh có thể xác định được ngay, hoặc nếu bệnh nhân hôn mê, đặt ống thông dạ dày kiểm tra dịch dạ dày.

Phân chia mức tăng nồng độ glucose huyết [1]

Tăng nhẹ: 7.8-10.0 mmol/lít

Tăng vừa: 10.1-11.0 mmol/lít

Rõ rệt: 11.1=16.5 mmol/lít

Quá cao: ≥ 16.6 mmol/lít

Tiêu chuẩn chẩn đoán hạ đường huyết: nồng độ ĐH bất kỳ $\leq 3,9$ mmol/l.

Mức hạ đường huyết [2]:

Nhẹ: đường huyết từ 2,8 -3,9 mmol/L

Trung bình: đường huyết $\geq 1,7$ nhưng $< 2,8$ mmol/L

Nặng : đường huyết $< 1,7$ mmol/L

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân đái tháo đường có hoặc không biến chứng từ trước.

Các bệnh nhân được tiêm insulin hoặc truyền các dung dịch đường hoặc uống đường glucose trước vào Trung tâm chống độc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu phân tích trên các bệnh nhân vào điều trị vì ngộ độc cấp từ tháng 01 năm 2010 đến hết tháng 12 năm 2010.

Đánh giá mức độ nặng của ngộ độc theo thang điểm PSS.

Các biến số liên quan đến đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, hội chứng độc, biểu hiện toàn thân: Glasgow, sốt, mệt mỏi, sốc, biểu hiện ở đường tiêu hóa :Các dấu hiệu hạ đường huyết... Cận lâm sàng: chức năng gan thận, điện giải đồ, đường máu hàng ngày, đường niệu, HbA_{1c}.. Các xét nghiệm độc chất để chẩn đoán xác định.

2.3 Phương pháp xử lý số liệu: theo phần mềm thống kê y học với các test thống kê thích hợp bằng phần mềm STATA. Mức ý nghĩa $\alpha=0.05$, $\beta= 20\%$

III. KẾT QUẢ

Có 1386 bệnh nhân được chẩn đoán ngộ độc cấp không kèm theo các bệnh lý cấp cứu nội khoa được đưa vào nghiên cứu, trong đó quá liều ma túy có 60 bệnh nhân, ngộ độc thức ăn 258 bệnh nhân, ngộ độc rượu 117 bệnh nhân, ngộ độc hóa chất bảo vệ thực vật 279 bệnh nhân, ngộ độc nọc độc 196 bệnh nhân, ngộ độc thuốc 388 bệnh nhân, ngộ độc khác có 88 bệnh nhân.

Bảng 1. Tỷ lệ rối loạn đường huyết khi vào viện theo tác nhân ngộ độc

Tác nhân	Tăng đường huyết		Hạ đường huyết	
	N	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)
Quá liều ma túy	16	8,4	3	5,9
Ngộ độc rượu	19	9,9	4	7,8
Ngộ độc thức ăn	24	12,6	8	15,7
Ngộ độc HCBCTV	57	29,8	13	25,5
Ngộ độc nọc độc	40	20,9	4	7,8
Ngộ độc thuốc	19	9,9	18	35,3
Ngộ độc khác	16	8,4	1	2,0
Tổng số	191	100	51	100

Nhận xét: Tỷ lệ tăng đường huyết gặp nhiều nhất ở nhóm ngộ độc hóa chất bảo vệ thực vật, chiếm 29,8%. Tỷ lệ hạ đường huyết gặp nhiều nhất ở nhóm ngộ độc thuốc ngủ và tân dược, chiếm 35,8%.

Bảng 2. Các mức độ trong nhóm tăng đường huyết

Mức độ	n = 191	%	X ± SD
Nhẹ và vừa	132	69.1	9.0 ± 0,9
Rõ rệt	41	21.5	12,9 ± 1.7
Rất cao	18	9.4	22,6 ± 7,5
Tổng	191	100	11,1 ± 4,8

Nhận xét: Tỷ lệ tăng đường huyết mức độ nhẹ và vừa chiếm 69,1% (132 bệnh nhân). Mức đường huyết tăng trung bình là 11,1 ± 4,8 mmol/L

Bảng 3. Các mức độ trong nhóm hạ đường huyết

Mức độ	N	%	X ± SD
Nhẹ	40	78,4	3,4 ± 0,2
Trung bình	7	13,7	2,5 ± 0,2
Nặng	4	7,8	0,8 ± 0,9
Tổng	51	100	3,1 ± 0,8

Nhận xét: Có tới > 90% các trường hợp ngộ độc cấp có hạ đường huyết trung bình và nhẹ. Mức đường huyết tăng trung bình là 3,1 ± 0,8 mmol/L

Bảng 4. Liên quan giữa tăng đường huyết trong ngộ độc cấp với độ nặng PSS

Mức độ	Điểm PSS					Tổng số
	0	1	2	3	4	
Tăng đường huyết nhẹ, vừa	0	64 (48,5%)	33 (25,0%)	33 (25,0%)	2 (1,5%)	13 (100%)
Tăng đường huyết rõ rệt	0	20 (48,8%)	9 (22,0%)	11 (26,8%)	1 (2,1%)	41 (100%)
Tăng đường huyết quá cao	0	3 (16,7%)	3 (16,7%)	11 (61,1%)	1 (5,6%)	18 (100%)
P	<0,05					

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào trong nhóm PSS = 0. Có sự tương quan giữa mức độ tăng đường huyết với độ nặng PSS. Ở nhóm tăng đường huyết nhẹ và vừa, PSS = 1 chiếm 48,8%, sự tương quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự tương quan trong nhóm tăng đường huyết rõ rệt, tuy vậy trong nhóm tăng đường huyết quá cao, tỷ lệ bệnh nhân nặng theo PSS là 61,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Liên quan giữa hạ đường huyết cấp với độ nặng PSS

Mức độ	Điểm PSS (n,%)					Tổng số
	0	1	2	3	4	
Nhẹ	0	26 (65%)	9 (22,5%)	4 (10%)	1 (2,5%)	40 (100%)
Trung bình	0	4 (57,1%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	0 (0%)	7 (100%)
Nặng	0	0 (0%)	1 (25 %)	2 (50%)	1 (25%)	7 (100%)

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào trong nhóm PSS = 0. Có sự tương quan giữa mức độ hạ đường huyết với độ nặng PSS.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung: Qua nghiên cứu 1386 bệnh nhân được chẩn đoán ngộ độc cấp không kèm theo các bệnh lý nội khoa, có 242 (17,4%) bệnh nhân rối loạn đường huyết. Tỷ lệ rối loạn đường huyết trong nhóm quá liều ma túy là cao nhất (31,7%). Heroin có thể gây tăng đường huyết vì heroin kích thích các nhánh giao cảm của hệ thần kinh. Lượng đường trong máu cao là do nhu cầu tăng lên của các tế bào vì tỷ lệ trao đổi chất của các tế bào tăng lên. Vì vậy, hệ thống thần kinh giao cảm kích thích giải phóng dự trữ từ gan vào máu [5]. Sau đó là nhóm ngộ độc hóa chất bảo vệ thực vật và ngộ độc nọc độc. Nhóm ngộ độc thuốc bao gồm thuốc an thần gây ngủ, thuốc tân dược có tỷ lệ rối loạn đường huyết là thấp nhất (9,53%). Ngộ độc thuốc gặp tình trạng hạ đường huyết khá cao, 18/37 bệnh nhân chiếm 48,6% trong nhóm. Điều này có lẽ do bệnh nhân có ý định tự tử nên bỏ ăn, tác dụng của thuốc và một số rối loạn có thể làm chậm sự hấp thu từ đó gây hạ đường huyết, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

4.2 Nhóm tăng đường huyết: Mức độ đường huyết tăng trung bình là $11,1 \pm 4,8$ mmol/L. Tỷ lệ tăng đường huyết mức độ nhẹ và vừa chiếm 69,1%. Tỷ lệ bệnh nhân ngộ độc có tăng đường huyết rõ rệt ($11,1 - 16,5$ mmol/L) là 21,5%, thấp hơn nhiều so với tác giả Nguyễn Đạt Anh (48,5%) [6], do trong nghiên cứu của chúng tôi, tiêu chuẩn đường huyết được hạ thấp ở mức rối loạn dung nạp ($\geq 7,8$ mmol/L), còn ở nghiên cứu của Nguyễn Đạt Anh, mức đường huyết được lựa chọn ở mức $\geq 11,1$ mmol/L. Sự liên quan giữa mức độ tăng đường huyết với tác nhân ngộ độc: Qua nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân ngộ độc rượu có tăng đường huyết là 19 bệnh nhân so với 4 bệnh nhân bị hạ đường huyết, có 4/19 bệnh nhân (21%) tăng đường huyết rất cao ($\geq 16,6$ mmol/L). Mâu thuẫn với cơ chế gây hạ đường huyết trong ngộ độc rượu cấp: Trong 23 bệnh nhân ngộ độc rượu có tăng đường huyết, trên thực tế hạ đường

huyết ở bệnh nhân ngộ độc rượu do ăn ít và nôn nhiều. 17,5% bệnh nhân trong nhóm ngộ độc hóa chất bảo vệ thực vật có mức đường huyết rất cao. Các nhóm còn lại, mức tăng đường huyết rất cao chiếm từ 0-7,5%.

Có sự tương quan giữa mức độ tăng đường huyết với độ nặng PSS. Ở nhóm tăng đường huyết nhẹ và vừa, PSS=1 chiếm 48,8%, sự tương quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự tương quan trong nhóm tăng đường huyết rõ rệt, tuy vậy trong nhóm tăng đường huyết quá cao, tỷ lệ bệnh nhân nặng theo PSS là 61,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Mức đường huyết càng tăng cao càng ảnh hưởng tới bệnh lý nền làm cho quá trình bệnh lý diễn biến phức tạp thêm. Cả 4 bệnh nhân nặng đều do ngộ độc thuốc bảo vệ thực vật và có tăng đường huyết.

4.3 Nhóm hạ đường huyết: Có tới 90% các trường hợp ngộ độc cấp có hạ đường huyết là ở mức độ nhẹ và trung bình. Tỷ lệ hạ đường huyết mức độ nặng ($< 1,7$ mmol/L) chiếm 7,8% nếu không được xử lý kịp thời sẽ gây tử vong hoặc di chứng thần kinh vĩnh viễn.

Tỷ lệ hạ đường huyết gặp nhiều nhất ở nhóm ngộ độc thuốc ngủ và tân dược, chiếm 35,3%, thời gian nhập viện trung bình sau ngộ độc khá dài ($13,7 \pm 20,6$ giờ) có lẽ do bệnh nhân có ý định tự tử nên bỏ ăn, cũng có thể do tác dụng của thuốc làm giảm quá trình chuyển hóa và rất lâu sau bệnh nhân mới được can thiệp điều trị. Tiếp theo là nhóm ngộ độc hóa chất bảo vệ thực vật, nhóm ngộ độc thức ăn cũng chiếm 15,7%. Có thể do bệnh lý ảnh hưởng tới hệ tiêu hóa, bệnh nhân nôn nhiều, không ăn uống được.

Có sự tương quan giữa mức độ hạ đường huyết với độ nặng PSS. Ở nhóm hạ đường huyết nhẹ và trung bình, PSS=1 chiếm 65% và 57,1%, sự tương quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Trong nhóm hạ đường huyết nặng, tỷ lệ bệnh nhân nặng theo PSS là 75%, 2 bệnh nhân nặng trong đó 1 do ngộ độc thuốc bảo vệ thực vật, 1 do quá liều ma túy. Có thể chính việc hạ đường

huyết gây ra hoặc làm nặng thêm các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn đường huyết gặp trong các bệnh nhân ngộ độc cấp là không nhỏ (17,4%). Nên xét nghiệm hệ thống đường huyết ở những bệnh nhân ngộ độc cấp lúc vào viện, đây là một xét nghiệm đơn giản nhưng hữu ích trong điều trị bệnh nhân ngộ độc cấp. Có sự liên quan giữa mức độ tăng đường huyết hoặc hạ đường huyết với mức độ nặng PSS của bệnh nhân. Vì vậy trong điều trị lâm sàng, các thầy thuốc cần phát hiện sớm tình trạng rối loạn đường huyết để xử trí nhằm nâng cao kết quả điều trị cho bệnh nhân với chỉ bằng một xét nghiệm đơn giản nói trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Huy Cường (2002). "Hạ đường huyết", Bệnh nội tiết chuyển hóa, đái tháo đường, *Nhà xuất bản Y học*, pp 172 – 175
2. Nguyễn Thị Dụ (2005). "Định hướng chung chẩn đoán và xử trí ngộ độc cấp", Tư vấn chẩn đoán và xử trí nhanh ngộ độc cấp, *NXB Y học*
3. Vũ Văn Đính và cộng sự (2007). "Các nguyên tắc xử trí ngộ độc", Hồi sức cấp C ưu toàn tập, *NXB Y học Hà Nội*, pp 348 – 357
4. Nguyễn Thị Dụ và cộng sự (2003). "Tăng đường máu", Hướng dẫn điều trị ngộ độc cấp, *NXB Y học*, p 97 – 101
5. Vũ Văn Đính và cộng sự (2007). "Các chất ma túy", Hồi sức cấp cứu toàn tập, *NXB Y học Hà Nội*
6. Nguyễn Đạt Anh (2004). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hóa sinh và hiệu quả của phác đồ Insulin liều chia nhỏ đối với bệnh nhân cấp cứu có tăng đường huyết, *Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội*
7. Đỗ Trung Quân (2007). "Chẩn đoán và phân loại đái tháo đường", Đái tháo đường vào điều trị, *Nhà xuất bản Y học*, 40, 164 - 182

SO SÁNH ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ VÀ ĐỘC TÍNH CẤP CỦA HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI VỚI CISPLATIN HÀNG TUẦN VÀ MỖI BA TUẦN TRONG UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN IIB

Trần Thị Kim Phượng¹, Võ Văn Xuân², Tạ Văn Tô³

TÓM TẮT⁴⁶

Mục tiêu: So sánh đáp ứng và độc tính cấp của phác đồ Cisplatin hàng tuần và mỗi ba tuần trong hóa xạ trị đồng thời (HXTĐT) ung thư vòm mũi họng (UTVMH) giai đoạn IIB. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu can thiệp lâm sàng không ngẫu nhiên có đối chứng trên 62 bệnh nhân UTVMH giai đoạn IIB, HXTĐT tại bệnh viện K từ tháng 1/2013-8/2016. Tổng liều xạ là 66-70Gy. Hóa trị: 32 bệnh nhân được điều trị bằng Cisplatin 30mg/m²/tuần x 6 tuần; 30 bệnh nhân được điều trị bằng Cisplatin 100mg/m², mỗi ba tuần. **Kết quả:** HXTĐT với Cisplatin hàng tuần so với Cisplatin mỗi ba tuần có các kết quả như sau: Tỷ lệ đáp ứng (đáp ứng hoàn toàn tại u, tại hạch, đáp ứng chung): 87,3%; 93,1%; 84,4% so với 83,3%; 88,5% và 83,3%; tỷ lệ giảm liều xạ trị và hóa trị là 6,3 và 12,5% so với 12,5% và 20% (p>0,05); trì hoãn thời gian điều trị ≥2 tuần là 28,1% so với 46,7% (p>0,05); độc tính trên huyết học (giảm bạch cầu và giảm bạch cầu hạt) độ ≥3 là 12,5%; 15,6% so với

16,5% và 20%; p>0,05; độc tính trên da và niêm mạc độ ≥3 có xu hướng thấp hơn ở nhóm hóa chất hàng tuần (viêm da và niêm mạc là 21,8%; 21,8% so với 26,7% và 36,7%; p>0,05); có sự khác biệt về mức độ nôn (độ II, độ III là 18,8% và 9,9% so với 43,4% và 13,3%; p<0,05). **Kết luận:** HXTĐT với Cisplatin hàng tuần có thể phù hợp hơn HXTĐT với Cisplatin mỗi ba tuần trong UTVMH giai đoạn IIB về phương diện có tỷ lệ đáp ứng tương đương nhưng độ độc tính cấp thấp hơn và thời gian trì hoãn điều trị ngắn hơn.

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng, giai đoạn IIB, HXTĐT dựa trên Cisplatin.

SUMMARY

PRELIMINARY OUTCOME AND ACUTE TOXICITY OF WEEKLY VERSUS TRIWEEKLY CISPLATIN BASED CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY IN NASOPHARYNGEAL CARCINOMA STAGE IIB

Purpose: To compare the preliminary outcome and acute toxicities of weekly versus triweekly Cisplatin-based concurrent chemoradiotherapy (CCRT) in nasopharyngeal carcinoma (NPC) stage IIB. **Study method:** nonrandomized controlled clinical trial on 62 NPC stage IIB patients treated with CCRT at K Hospital, from 1/2013-8/2016. The dose of radiation is 66-70 Gy; weekly Cisplatin 30mg/m² in 6 weeks was delivered to 32 patients and triweekly Cisplatin 100mg/m² was given to 30 patients in day 1,22,43. **Result:** The rate of complete response rate of

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

²Trường Khoa xạ 4, Bệnh viện K

³Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kim Phượng

Email: phuonghong433tn@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 24.01.2017

Ngày duyệt bài: 7.2.2017

tumour, of neck node and overall complete response rate are 87,3%; 93,1%; 84,4% versus 83,3%; 88,5% and 83,3%; the rate of decreasing dose of radiation and chemotherapy are 6,3% and 12,5% versus 12,5% and 20% ($p>0,05$); hematological toxicities (leucopenia and neutropenia) grade ≥ 3 are 12,5%; 15,6% versus 16,5% and 20% ($p>0,05$); the rate of dermatitis and mucositis grade ≥ 3 of the weekly group are tendenciously lower than the that of triweekly group (21,8%; 21,8% versus 26,7% and 36,7%; $p>0,05$); vomiting is more common in the triweekly group than weekly group (grade II and grade III: 43,4% and 13,3% versus 18,8% and 9,9%).

Conclusion: Weekly Cisplatin based CCRT is probably feasible schedule for stage IIB NPC patients than the triweekly Cisplatin based in the area of having the same response rate and lower acute toxicities as well as shorter treatment time delay.

Key words: Nasopharyngeal carcinoma, stage IIB, Cisplatin based concurrent chemoradiotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xạ trị là vũ khí chính để điều trị ung thư vòm mũi họng (UTVMH). UTVMH giai đoạn sớm (I,II), có thể được điều trị triệt căn bằng xạ trị đơn thuần. Nhưng trong UTVMH giai đoạn II, phân nhóm IIA và IIB có tiên lượng rất khác nhau về kết quả điều trị. Giai đoạn IIB (T1-2aN1M0 hoặc T2bN0-N1M0) có T2b (xâm lấn khoảng cận hầu) và N1 (di căn hạch cổ) là 2 yếu tố nguy cơ quan trọng của di căn xa. Theo một số nghiên cứu, thời gian sống thêm của các bệnh nhân có T2b và/hoặc N1 thấp hơn đáng kể so với các bệnh nhân khác ở cùng phân nhóm [7]. Với những nhận định trên, các tác giả đã chủ trương kết hợp thêm hóa trị cho các bệnh nhân UTVMH giai đoạn này.

Theo hướng dẫn của mạng ung thư quốc gia Hoa kỳ (NCCN), HXTĐT với Cisplatin mỗi ba tuần hoặc hàng tuần được chỉ định như là một phác đồ điều trị chuẩn cho UTVMH giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng (IIB-IVB) và đã có các so

sánh về hiệu quả và độc tính của hai phác đồ này. Tuy nhiên, các tác giả thường chọn đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân UTVMH giai đoạn IIB-IVB, còn với giai đoạn IIB thì chưa có nhiều báo cáo. Để góp phần khẳng định cách thức phối hợp nào thực sự là hiệu quả và phù hợp cho sự dung nạp của bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là: *So sánh đáp ứng và độc tính cấp của phác đồ Cisplatin hàng tuần và mỗi ba tuần trong hóa xạ trị đồng thời ung thư vòm mũi họng giai đoạn IIB.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không ngẫu nhiên có đối chứng trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán UTVMH giai đoạn IIB, điều trị HXTĐT tại bệnh viện K (cơ sở Tam Hiệp) từ tháng 1/2013- 8/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: tuổi dưới 70, PS 0-2, được chẩn đoán mô bệnh học tại u hoặc hạch cổ, chẩn đoán và điều trị lần đầu, được giải thích rõ liệu trình điều trị và tự nguyện chấp nhận theo phác đồ điều trị của chuyên môn, có hồ sơ lưu trữ đầy đủ. Loại trừ các bệnh nhân: không đạt các tiêu chuẩn lựa chọn trên, hoặc mắc các bệnh phối hợp khác có chống chỉ định của hóa trị (tim mạch, gan, thận...), bỏ dở điều trị không phải lý do chuyên môn.

Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng, nội soi vòm họng, xét nghiệm mô bệnh học tại vòm hoặc tại hạch; chẩn đoán TNM và phân loại giai đoạn bệnh theo UICC 2002.

Thu thập số liệu dựa vào mẫu bệnh án nghiên cứu. Xử lý số liệu bằng phần mềm tin học SPSS 16.0. So sánh kết quả của các biến định tính bằng thuật toán kiểm định χ^2 , các trường hợp giá trị tuyệt đối nhỏ dùng test χ^2 có hiệu chỉnh Yates, mức ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Hàng tuần (n=32)		Mỗi ba tuần (n=30)		p	
	n	%	n	%		
Tuổi	Trung bình	46,3	50,6		0,132	
	Trung vị	45	48			
Giới	Nam	18	56,2	22	73,3	0,160
	Nữ	14	43,8	8	26,7	
Toàn trạng	PS 0	7	21,9	7	23,3	0,271
	PS 1	23	71,9	17	56,7	
	PS 2	2	6,2	6	20,0	
	T1	7	21,9	4	13,3	0,626
	T2A	11	34,4	10	33,3	

Giai đoạn	T2B	14	43,8	16	53,3	0,703
	N0	3	9,4	4	13,3	
	N1	29	90,6	26	86,7	
Mô bệnh học	UCNT	31	96,9	28	93,3	0,607
	Khác	1	3,1	2	6,7	

Không có sự khác biệt về các đặc điểm nghiên cứu chung của hai nhóm.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Thực hiện xạ trị và hóa trị

Thực hiện liệu trình	Hàng tuần (n=32)		Mỗi ba tuần (n=30)		p
	Đủ dự kiến	Không đủ dự kiến	Đủ dự kiến	Không đủ dự kiến	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Xạ trị	30 (93,7)	2 (6,3)	27 (90)	3 (10,0)	0,937
Hóa trị	28 (87,5)	4 (12,5)	24 (80)	6 (20,0)	0,64

Bệnh nhân ở nhóm điều trị hóa chất mỗi 3 tuần có giảm liều xạ và hóa chất nhiều hơn so với nhóm hóa chất hàng tuần (p>0,05)

Bảng 3. Thời gian trì hoãn điều trị

Thực hiện liệu trình	Hàng tuần (n=32)		Mỗi ba tuần (n= 30)		p
	n	%	n	%	
< 2 tuần	23	71,9	16	43,3	0,10
≥ 2 tuần	9	28,1	14	46,7	

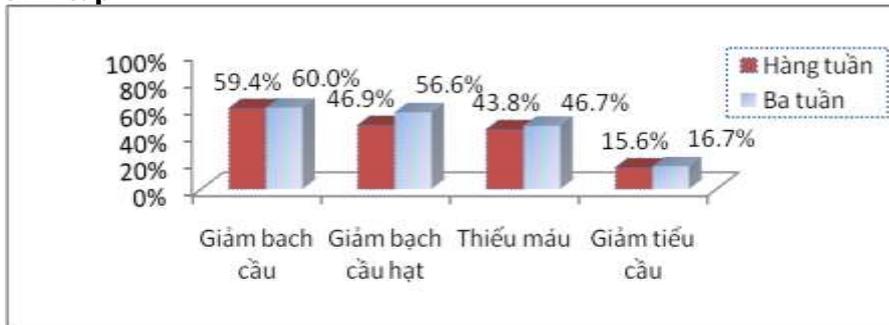
Tỷ lệ trì hoãn điều trị ≥ 2 tuần ở nhóm hóa chất mỗi ba tuần cao hơn so với nhóm hóa chất hàng tuần (p > 0,05).

Bảng 4. Đáp ứng sau điều trị

Mức độ đáp ứng	Hàng tuần (n=32)		Mỗi ba tuần (n=30)		p	
	n	%	n	%		
Tại u	Hoàn toàn	28	87,5	25	83,3	0,728
	Một phần	4	12,5	5	16,7	
Tại hạch	Hoàn toàn	27	93,1	23	88,5	0,713
	Một phần	2	6,9	3	11,5	
Đáp ứng chung	Hoàn toàn	27	84,4	25	83,3	0,91
	Một phần	5	15,6	5	16,7	

Hai nhóm có tỷ lệ đáp ứng với điều trị tương đương (p>0,05)

3.3. Độc tính cấp



Biểu đồ 1. So sánh độc tính huyết học cấp

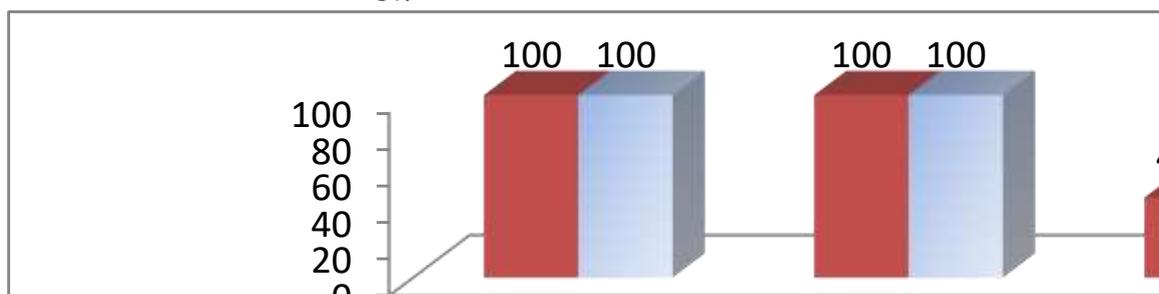
Tỷ lệ độc tính cấp trên huyết học ở nhóm hóa chất hàng tuần thấp hơn so với nhóm hóa chất mỗi ba tuần (p>0,05).

Bảng 5. Mức độ độc tính huyết học cấp

Độc tính	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	p
	n (%)					
Giảm bạch cầu						0,971
Hàng tuần	13 (40,6)	6(18,8)	9(28,1)	4(12,5)	0	
Mỗi ba tuần	12 (40,0)	5(16,7)	8(26,7)	5(16,6)	0	

Giảm bạch cầu hạt						0,628
Hàng tuần	17(53,1)	7(21,9)	3(9,4)	5(15,6)	0	
Mỗi ba tuần	13(43,3)	5(16,7)	6(20,0)	5(16,7)	1(3,3)	
Thiếu máu						0,919
Hàng tuần	18(56,3)	13(40,6)	1(3,1)	0	0	
Mỗi ba tuần	16(53,3)	12(40,0)	2(6,7)	0	0	
Giảm tiểu cầu						1,000
Hàng tuần	27(84,4)	5(15,6)	0	0	0	
Mỗi ba tuần	26(86,7)	4(13,3)	0	0	0	

Độc tính trên huyết học theo các mức độ của hai nhóm không có sự khác biệt, tuy nhiên, độc tính ≥ 3 ở nhóm hóa chất mỗi 3 tuần gặp nhiều hơn.



Biểu đồ 2. So sánh độc tính cấp ngoài huyết học

100% các bệnh nhân ở hai nhóm có viêm da và viêm niêm mạc. Nôn gặp nhiều hơn ở nhóm hóa chất mỗi ba tuần.

Bảng 6. Mức độ độc tính ngoài huyết học cấp

Độc tính	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	p
	n(%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Viêm da						0,936
Hàng tuần	0	5(15,7)	20(62,5)	7(21,8)	0	
Mỗi ba tuần	0	4 (13,3)	18 (60,0)	8 (26,7)	0	
Viêm niêm mạc						0,377
Hàng tuần	0	6(18,8)	19(59,4)	7(21,8)	0	
Mỗi ba tuần	0	3(10)	16(53,3)	11(36,7)	0	
Nôn						0,011
Hàng tuần	18(56,2)	5(15,6)	6(18,8)	3(9,4)	0	
Mỗi ba tuần	7(23,3)	6(20)	13(43,4)	4(13,3)	0	

Tỷ lệ độc tính cấp trên da và niêm mạc ≥ 3 ở nhóm hóa chất mỗi ba tuần có xu hướng cao hơn nhóm hàng tuần. Có sự khác biệt rõ về độc tính gây nôn của hai phác đồ ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Với mục đích so sánh đáp ứng điều trị và độc tính cấp của HXTĐT dựa trên Cisplatin hàng tuần và mỗi ba tuần trên bệnh nhân UTMH giai đoạn IIB, chúng tôi lựa chọn hai nhóm đối tượng tương đồng về các đặc điểm chung (tuổi, giới, chỉ số toàn trạng, giai đoạn, thể mô bệnh học) ($p > 0,05$).

Về việc thực hiện liệu trình: với nhóm HXTĐT hàng tuần, có 2 bệnh nhân (6,3%) giảm liều xạ và 4 bệnh nhân (12,5%) không thực hiện đủ 6 tuần hóa chất, so với nhóm HXTĐT mỗi ba tuần có 3(10%) giảm liều xạ và 6(20%) không điều trị đủ 3 lần hóa chất. Tỷ lệ trì hoãn điều trị ≥ 2 tuần cao hơn ở nhóm HXTĐT mỗi ba tuần (46,7% so với 28,1%). Điều này là do với phác đồ HXTĐT mỗi ba tuần, liều tích lũy Cisplatin/m²

là 300mg cao hơn so với HXTĐT hàng tuần (Cisplatin 180mg/m²) nên độc tính cấp dường như cao hơn, dẫn tới việc giảm liều cũng như kéo dài thời gian điều trị cho phù hợp với sự dung nạp của bệnh nhân. Một số các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự. Như theo tác giả Lee (2005), tỷ lệ tham gia đủ liệu trình điều trị của phác đồ với Cisplatin mỗi ba tuần chỉ đạt 51,7% [5]; Trần Hùng (2009) 55,5% [1]. Đối với phác đồ Cisplatin liều thấp hàng tuần, tỷ lệ tham gia đủ các ngày hóa trị thường cao hơn, như theo Đặng Huy Quốc Thịnh là 85,1% [2]. Cũng theo các tác giả này, số ngày hóa trị tham gia cũng là một trong các yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập, ảnh hưởng đến thời gian sống thêm của bệnh nhân. Theo tác giả Kim và cs (2008), tỷ lệ

đáp ứng hoàn toàn của HXTĐT hàng tuần và mỗi ba tuần là 52,2% so với 35,5% [4]. Theo tác giả Lee và cộng sự (cs) (2015), tỷ lệ này là 26,6% so với 20,7% [6]. Các nghiên cứu trên thực hiện trên đối tượng là UTMH giai đoạn IIB-IVB. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân giai đoạn IIB nên tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao hơn, nhưng cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm (88,5% so với 83,3%).

Về các độc tính cấp thường gặp trên huyết học, các nghiên cứu đều thấy tỷ lệ độc tính và mức độ độc tính của hai phác đồ ngang nhau. Như theo Lee và cs (2015), thiếu máu và hạ bạch cầu (độ ≥ 3) của HXTĐT hàng tuần và mỗi ba tuần là 1,9% so với 8,9% và 28,3% so với 16,1% [6]. Theo Kim và cs (2008), tỷ lệ này là 0% so với 8,8% và 37,5% so với 58,1% [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ độc tính huyết học ≥ 3 ở nhóm hóa chất hàng tuần dường như thấp hơn nhóm kia, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (tỷ lệ giảm bạch cầu và giảm bạch cầu hạt độ ≥ 3 lần lượt là 12,5% so với 16,5% và 15,6% so với 20%; $p > 0,05$).

Một trong những nguyên nhân khiến bệnh nhân phải kéo dài thời gian điều trị còn là do gặp phải các độc tính trên da và niêm mạc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân có tác dụng phụ trên da và niêm mạc, và có xu hướng gặp độ độc tính cao hơn ở nhóm HXTĐT mỗi ba tuần (viêm da và niêm mạc độ ≥ 3 là 26,7% và 36,7% so với 21,8%; 21,8%; $p > 0,05$); Có sự khác biệt có ý nghĩa về độc tính gây nôn của hóa chất hàng tuần và mỗi ba tuần (nôn độ II, độ III là 18,8% và 9,9% so với 43,4% và 13,3%; $p < 0,05$). Điều này cũng giống với kết quả của các tác giả khác [4],[6],[3]. Hạn chế của nghiên cứu này là sự chọn mẫu không ngẫu nhiên và chưa có được kết quả lâu dài về thời gian sống thêm và đánh giá các độc tính mạn cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

So sánh kết quả điều trị của HXTĐT dựa trên Cisplatin hàng tuần và mỗi ba tuần trên bệnh nhân UTMH giai đoạn IIB, chúng tôi thấy hai

phác đồ cho tỷ lệ đáp ứng điều trị ban đầu là tương đương. Mặc dù chưa có sự khẳng định, nhưng chúng tôi thấy HXTĐT với Cisplatin hàng tuần có thể phù hợp hơn với bệnh nhân về phương diện làm giảm độ độc tính và giảm sự trì hoãn thời gian điều trị do các độc tính cấp. Tuy nhiên để có kết luận cuối cùng về cách thức phối hợp nào thực sự hiệu quả với dung nạp tốt hơn, chúng tôi cần theo dõi tiếp và đánh giá về thời gian sống thêm, các độc tính mạn, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau điều trị cũng như cần có sự tổng hợp các nghiên cứu từ nhiều trung tâm khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Hùng.** *Đánh giá kết quả bước đầu hóa xạ trị cho bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn IIB-IVB tại bệnh viện K năm 2007.* Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2009.
2. **Đặng Huy Quốc Thịnh.** Hóa-xạ trị đồng thời carcinôm vòm hầu giai đoạn tiến triển tại chỗ-tại vùng bằng Cisplatin liều thấp mỗi tuần: đánh giá độc tính, đáp ứng và sống còn. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số 4/2012; 88-103.
3. **Amada Jagdis, Janessa Laskin, Desiree Hao, et al.** Dose Delivery Analysis of Weekly Versus 3-Weekly Cisplatin Concurrent With Radiation Therapy for Locally Advanced Nasopharyngeal Carcinoma (NPC). *Am J Clin Oncol*, 2014; 37(1):63-9
4. **Tae Hee Kim, Yoon Ho Ko, Myung Ah Lee, et al.** Treatment Outcome of Cisplatin-based Concurrent Chemoradio-therapy in the Patients with Locally Advanced Nasopharyngeal Cancer. *Cancer Res Treat*, 2008; 40(2):62-70.
5. **Anne W.M.Lee, W.H. Lau, Stewart Y. Tung, et al.** Preliminary results of a randomized study on therapeutic gain by concurrent chemotherapy for regionally-advanced nasopharyngeal carcinoma: NPC-9901 Trial by the Hong Kong Nasopharyngeal Cancer Study Group. *J Clin Oncol* 2005; 23(28): 6966-75.
6. **Ji Yun Lee, Jong-Mu Sun, Dong Ryul Oh, et al.** Comparison of weekly versus triweekly cisplatin delivered concurrently with radiation therapy in patients with locally advanced nasopharyngeal cancer: A multicenter randomized phase II trial (KCSG-HN10-02). *Radiother Oncol*, 2015; 118(2):244-50.
7. **Xin-Bin Pan, Xiao-Dong Zhu.** Role of chemotherapy in stage IIb nasopharyngeal carcinoma, *Chin J Cancer*, 2012; 31 (12), 573-8.

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI ĐỘ DÀY VÔNG MẠC VÙNG HOÀNG ĐIỂM TRONG CÁC BỆNH VÔNG MẠC BẰNG CHỤP CẮT LỚP VÔNG MẠC OCT

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT⁴⁷

*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Mục tiêu; Khảo sát sự thay đổi độ dày võng mạc vùng hoàng điểm trên bệnh nhân có bệnh võng mạc.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu trên mắt có tổn thương vùng hoàng điểm từ tháng 9/2014 - 8/2015 tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

Kết quả: Mẫu nghiên cứu 541 mắt/506 bệnh nhân, trong đó có 35 bệnh nhân có bệnh lý ở cả hai mắt. Tuổi trung bình 51,5. Giới nam 307, nữ 199. Tỷ lệ các loại bệnh: Hắc võng mạc thanh dịch trung tâm (HVMTDTT) 191 mắt, thoái hóa hoàng điểm tuổi già 91 mắt, bệnh lý võng mạc đái tháo đường 49 mắt, màng trước võng mạc 45 mắt, tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc 41 mắt, tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc 25 mắt, lỗ hoàng điểm 18 mắt, Chấn thương võng mạc 14 mắt, xuất huyết 14 mắt, bong biểu mô sắc tố 09 mắt, tân mạch võng mạc 08 mắt, Tắc động mạch trung tâm võng mạc 07 mắt, Tắc nhánh động mạch võng mạc 03 mắt, sẹo hoàng điểm 07 mắt, phù hoàng điểm dạng nang 05 mắt, thoái hóa tế bào nón 05 mắt, bệnh lý bẩm sinh 02 mắt, bong võng mạc 02 mắt, thoái hóa BMST 02 mắt, Myelin hóa 01 mắt, u mạch võng mạc 01 mắt, Polyp hắc mạc 01 mắt. Độ dày của võng mạc trung tâm tăng nhiều tùy theo loại bệnh võng mạc, trung bình cho các bệnh lý này là 326,39 μ m trong khi bình thường là 100 - 250 μ m, trong đó bệnh hắc VM (võng mạc) thanh dịch trung tâm, phù hoàng điểm dạng nang và các bệnh lý tắc tĩnh mạch võng mạc là có bề dày trung bình võng mạc trung tâm lớn nhất. (447 μ m, 413 μ m, 717 μ m). **Kết luận:** Qua nghiên cứu sơ bộ đánh giá được tình hình bệnh lý vùng hoàng điểm của bệnh nhân trong thời gian 12 tháng, chụp cắt lớp (OCT: Optical Coherence Tomography) võng mạc giúp định hướng cho chẩn đoán, theo dõi và điều trị bệnh, giúp cho chúng tôi có những nghiên cứu sâu hơn về bệnh lý võng mạc.

Từ khóa: Bệnh lý võng mạc vùng hoàng điểm, chụp OCT võng mạc, bề dày võng mạc hoàng điểm

SUMMARY RESEARCH OF THE THICKNESS CHANGE OF THE MACULAR RETINA IN THE RETINOPATHIES BY OCT

Objective: To investigate the thickness change of macular retina in retinopathies. **Method:** Prospective cross sectional study on the macular retinopathies from Sep. 2014 to Aug. 2015 at the Da Nang Eye Hospital. **Results:** The sample included 541 eyes of 506 patients, 35 patients have retinal problem in both eyes. Male 307 patients, female 199 patients. The age ranges from 17 to 83 years, the mean of age was 51.5. The quality of the different retinopathies as follows: Central serous chorioretinopathy 191 eyes, age-related macular degeneration 91 eyes, diabetic retinopathy 49 eyes, epiretinal membrane 45 eyes, central retinal vein occlusion 41 eyes, branch retinal

vein occlusion 25 eyes, macular hole 18 eyes, retinal trauma 14 eyes, haemorrhage 14 eyes, retinal pigmentary epithelium detachment 9 eyes, retinal neovascularization 8 eyes, central retinal artery occlusion 7 eyes, branch retinal artery occlusion 3 eyes, macular scar 7 eyes, cystoid macular edema 5 eyes, coin cell atrophy 5 eyes, congenital retinopathy 02 eyes, retinal detachment 2 eyes. The pigmentary degeneration 02 eyes, Myelinization 02 eyes, retinal hemangioma 01, choroid polyp 01 eyes. The considerable increase of the retinal thickness depends on different retinopathies, the mean macular retinal thickness was 326.39 μ m while the normal retina is 100 - 250 μ m. Among the above-mentioned retinopathies, Central serous chorioretinopathy, cystoid macular edema and vein occlusions have the highest increase in retinal thickness (the mean 447 μ m, 413 μ m, 717 μ m). **Conclusion:** To assess the situation of macular retinopathy 12 months, OCT created a diagnostic tendency, follow up and treatment macular retinopathy. These results facilitate us in the next research.

Key words: Macular retinopathy, retinal OCT, macular retinal thickness.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây cùng với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật nói chung và ngành nhãn khoa nói riêng đã có rất nhiều kỹ thuật mới, hiện đại được ứng dụng trong lĩnh vực chẩn đoán và điều trị những bệnh về mắt. Tiến bộ này đã góp phần đáng kể trong việc chẩn đoán, điều trị và theo dõi các bệnh lý võng mạc mà trước kia rất khó chẩn đoán chính xác. Cùng với xu thế phát triển chung của ngành nhãn khoa cả nước, Bệnh viện Mắt Đà Nẵng đã áp dụng kỹ thuật chụp cắt lớp võng mạc bằng máy 3D OCT Topcon 1000 từ năm 2011, cho đến nay kỹ thuật này đã giúp cho các bác sĩ lâm sàng rất nhiều trong chẩn đoán, tiên lượng bệnh, điều trị và theo dõi các bệnh lý võng mạc cũng như bệnh lý bệnh glôcôm. Chụp OCT sử dụng nguồn sáng của Laser diode có bước sóng 840nm, gần với bước sóng tia hồng ngoại, tạo ra độ phân giải khoảng 5 μ m- \leq 20 μ m và cho hình ảnh với độ phân giải cao. Ngoài ra còn cho ta hình ảnh 3D rất thật và chi tiết. Hình ảnh cắt ngang được đo bằng cách tính độ dày của các mô tại các vị trí bề mặt khác nhau. Tuy nhiên cần có cái nhìn tổng quát về tình hình bệnh lý võng mạc trên tất cả các bệnh nhân có chỉ định chụp OCT bán phần sau thông qua đánh giá sự thay đổi bề dày võng mạc vùng hoàng điểm chúng tôi thực hiện đề tài "Nghiên cứu sự thay đổi độ dày võng mạc vùng hoàng điểm trong các bệnh võng mạc bằng chụp cắt lớp võng mạc OCT" nhằm các mục tiêu sau:

1. Khảo sát tình hình bệnh lý võng mạc vùng hoàng điểm trên bệnh nhân chụp OCT võng mạc.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2017

Ngày duyệt bài: 8.2.2017

2. *Mô tả những tổn thương nổi bật của võng mạc vùng hoàng điểm trên hình ảnh OCT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân có tổn thương vùng hoàng điểm trên lâm sàng được chỉ định chụp OCT võng mạc vùng hoàng điểm trong khoảng thời gian 12 tháng, từ tháng 9/2014 đến 8/2015 và hợp tác tốt để thực hiện tại khoa TDCN và CLS bằng máy 3D OCT Topcon 1000.

Các bệnh lý hoàng điểm trong nghiên cứu này bao gồm: Bệnh lý hắc võng mạc trung tâm thanh dịch, phù hoàng điểm dạng nang, thoái hóa hoàng điểm do tuổi, bệnh lý võng mạc đái tháo đường, tắc mạch võng mạc, tân mạch hắc mạc và các bệnh khác tùy theo chẩn đoán lâm sàng nghi ngờ có bệnh lý võng mạc.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có đục thủy tinh thể, đục pha lê thể, xuất huyết pha lê thể lượng nhiều, sẹo giác mạc.

- Những bệnh nhân có bệnh lý viêm kết mạc, viêm giác mạc, loét giác mạc.

- Bệnh nhân là trẻ em, người già yếu, không hợp tác.

- Bệnh nhân không thể định thị được như: Rung giật nhãn cầu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả.

3.3. Phương tiện nghiên cứu:

- Máy chụp OCT TOPCON 3D 1000, máy in màu, phần mềm lưu trữ kết quả.

- Thuốc nhỏ giãn đồng tử: dung dịch Mydrin-P 0,5%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

Mẫu nghiên cứu 541 mắt trên 506 bệnh nhân, trong đó có 35 bệnh nhân có bệnh lý võng mạc ở cả hai mắt.

Độ tuổi cao nhất đối với nam: 81 tuổi, thấp nhất: 17. Độ tuổi trung bình 47.

Độ tuổi cao nhất đối với nữ: 83 tuổi, thấp nhất: 18. Độ tuổi trung bình 56.

3.2. Tỷ lệ từng loại bệnh và độ dày võng mạc như sau:

Bảng 1: Các bệnh lý võng mạc thường gặp

STT	Bệnh lý	Số mắt	Độ dày võng mạc trung bình
1	Hắc võng mạc trung tâm thanh dịch	191	447,4µm
2	Thoái hóa hoàng điểm tuổi già	91	274,4µm
3	Bệnh võng mạc đái tháo đường	49	296,89µm
4	Màng trước võng mạc	45	430µm
5	Tắc Tĩnh mạch trung tâm võng mạc	41	443,95µm
6	Tắc nhánh tĩnh mạch trung tâm võng mạc	25	426,32µm
7	Lô hoàng điểm	18	221µm
8	Chấn thương	14	115,1µm
9	Xuất huyết	14	346,64µm
10	Bong biểu mô sắc tố	9	191,33µm
11	Tân mạch hắc mạc	8	279,38µm
12	Tắc động mạch trung tâm võng mạc	7	258µm
13	Sẹo hoàng điểm	7	117,29µm
14	Phù hoàng điểm dạng nang	5	436,4µm
15	Thoái hóa tế bào nón	5	107,6µm
16	Tắc nhánh động mạch võng mạc	3	248,14µm
17	Bệnh lý bẩm sinh	2	82,5µm
18	Bong võng mạc	2	164µm
19	Thoái hóa biểu mô sắc tố	2	157µm
20	Myelin hóa	1	245µm
21	U mạch võng mạc	1	617µm
22	Polyp hắc mạc	1	150µm
Tổng cộng		541	

- Độ dày võng mạc trung tâm trung bình trong 541 mắt là 362,39µm, chứng tỏ có sự tăng bề dày rất nhiều.

- Sự gia tăng này tùy theo bệnh lý võng mạc, nên yếu tố này cũng sẽ là một trong những yếu tố gợi ý cho chẩn đoán lâm sàng.

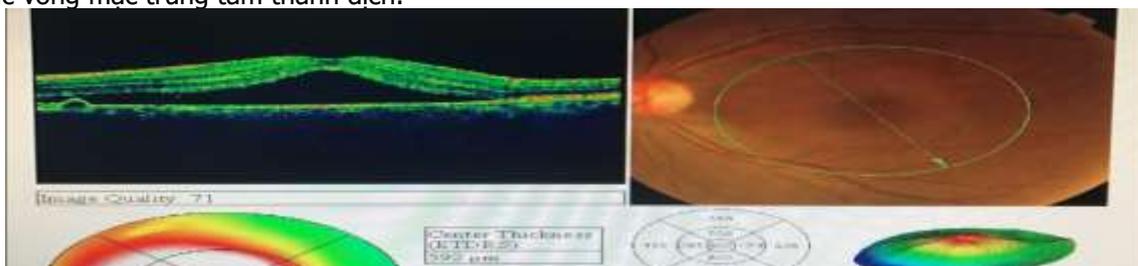
3.3. Tỷ lệ bệnh phân bố theo giới:

Bảng 2: Đặc điểm giới tính của các bệnh võng mạc

STT	Bệnh lý	Số bệnh nhân	Nam	Nữ	TL nam/nữ
-----	---------	--------------	-----	----	-----------

1	Hắc võng mạc thanh dịch trung tâm	191	147	44	3,5/1
2	Thoái hóa hoàng điểm tuổi già	78	44	34	1,3/1
3	Bệnh võng mạc đái tháo đường	40	10	30	0,3/1
4	Màng trước võng mạc	43	16	27	0,6/1
5	Tắc Tĩnh mạch trung tâm võng mạc	38	20	18	1,1/1
6	Tắc nhánh tĩnh mạch trung tâm võng mạc	22	10	12	0,8/1
7	Lỗ hoàng điểm	18	10	8	1,25/1
8	Chấn thương	12	11	1	11/1
9	Xuất huyết	13	8	5	1,6/1
10	Bong biểu mô sắc tố	9	6	3	2/1
11	Tân mạch hắc mạc	7	4	3	1,3/1
12	Tắc động mạch trung tâm võng mạc	7	6	1	6/1
13	Sẹo hoàng điểm	6	3	3	1/1
14	Phù hoàng điểm dạng nang	5	3	2	1,5/1
15	Thoái hóa tế bào nón	5	5	0	5/0
16	Tắc nhánh động mạch võng mạc	3	0	3	0/3
17	Bệnh lý bẩm sinh	2	0	2	0/2
18	Bong võng mạc	2	1	1	1/1
19	Thoái hóa biểu mô sắc tố	2	0	2	0/2
20	Myelin hóa	1	1	0	1/0
21	U mạch võng mạc	1	1	0	1/0
22	Polyp hắc mạc	1	1	0	1/0
Tổng cộng		506	307	199	1,54/1

- Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ, xấp xỉ 1,5:1. Bệnh lý võng mạc rất đa dạng, bệnh hay gặp nhất là bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch.



Hình 1: hình ảnh chụp cắt lớp võng mạc: bệnh võng mạc trung tâm thanh dịch

Vùng thanh dịch chiếm chỗ ở trung tâm võng mạc khiến giảm thị lực nặng, bề dày võng mạc trung tâm mắt trong hình này là 592µm. Âm điểm trung tâm dễ dàng phát hiện trên lâm sàng, kết hợp hình này thì bác sỹ lâm sàng có được chẩn đoán xác định.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm của nhóm nghiên cứu:

4.1.1. Giới tính: Tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi là: Nam: 307, Nữ: 199. Tỷ lệ nam cao hơn nữ (154%). Điều đó cũng phù hợp vì phần lớn bệnh lý đáy mắt trong nghiên cứu của chúng tôi là bệnh lý hắc võng mạc trung tâm thanh dịch, là bệnh gặp nhiều ở nam giới.

So với nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước trước đây thì không có sự khác biệt nhiều [5]. Trong một số nghiên cứu các tác giả chỉ nghiên cứu một bệnh lý là bệnh HVMTTDD nên tỷ lệ bệnh nhân nam:nữ là 10:1 cao hơn chúng tôi [7]. Nghiên cứu của một số tác giả

trong nước thì tỷ lệ là 2,3:1 [4]. Nghiên cứu của chúng tôi là: 3,5:1. Vậy nam bao giờ cũng nhiều hơn nữ về bệnh lý chiếm phần lớn nhất là bệnh HVMTDĐT. Còn tổng thể chung thì không chênh lệch với các tác giả như John G [1].

4.1.2. Tuổi: Tuổi nhỏ nhất: 17. Tuổi lớn nhất: 83. Tuổi trung bình: 51,5. Tuổi trên 40 chiếm 67,5%. Trong nghiên cứu này độ tuổi từ 30-50 chiếm ưu thế cũng phù hợp vì các bệnh lý vùng hoàng điểm hay gặp ở độ tuổi này như bệnh lý HVMTTDD, AMD, tắc mạch VM là những bệnh lý có tỷ lệ cao trong nghiên cứu [3]. Cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác về những bệnh lý đáy mắt tương tự.

4.1.3. Phân bố theo mắt tổn thương: Tổng số 506 bệnh nhân có 35 bệnh nhân bị bệnh

lý ở cả hai mắt chiếm tỷ lệ: 6,9%. Trong y văn thì tỷ lệ mắc bệnh ở cả hai mắt trên bệnh nhân HVMTTĐ là 10%. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm nhiều bệnh lý võng mạc, hoàng điểm khác nên tỷ lệ này đều hợp lý.

4.2. Bàn luận về chẩn đoán trên OCT:

Trong số 541 mắt được thực hiện chụp OCT và phân tích kết quả trên phần mềm của máy 3D OCT Topcon 1000, chúng tôi đã có được sơ bộ tình hình bệnh lý vùng hoàng điểm của bệnh nhân đến chụp OCT tại khoa Thăm dò chức năng và Cận lâm sàng, Bệnh viện Mắt Đà Nẵng. Điều này giúp định hướng cho vấn đề chẩn đoán theo dõi và điều trị bệnh. Hơn nữa giúp cho chúng tôi có những nghiên cứu sâu hơn về các loại bệnh thường gặp.

V. KẾT LUẬN

- Những bệnh lý về võng mạc rất đa dạng chúng tôi thu thập trong 12 tháng có 22 loại bệnh thường gặp khác nhau.

- Hình ảnh cắt lớp OCT cho thấy biến đổi hình ảnh đặc trưng theo từng dạng bệnh.

- Bề dày võng mạc tất cả đều gia tăng, nhóm bệnh cao nhất là các bệnh gây ứ dịch hoặc máu ở võng mạc như bệnh võng mạc thanh dịch trung tâm, tắc tĩnh mạch trung tâm hay tĩnh mạch nhánh, bệnh phù hoàng điểm dạng nang.

- U mạch máu võng mạc bao giờ cũng cho hình ảnh võng mạc dày nhất.

- Hình ảnh và độ dày trung tâm võng mạc rất cần để theo dõi, đánh giá kết quả điều trị. Dữ liệu được lưu trữ lâu dài để chẩn đoán tái phát và so sánh các lần chụp với nhau.

- Bề dày võng mạc trung tâm gợi ý cho một chẩn đoán lâm sàng và thái độ điều trị dứt khoát hơn nhiều so với không đo bề dày này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Anh (1999). *Võng mạc và dịch kính*. Giáo trình khoa học cơ sở và lâm sàng. Tập 12. NXB Thanh niên, Hà Nội, tr. 16 – 25.
2. Hà Huy Tiên (2001), *Nhãn khoa lâm sàng dịch từ Manual of clinical problem in ophthalmology* của John G., Gittinger JR., George K. Little brown and company Boston/Toronto. NXB Y học, Hà Nội, tr. 114-116.
3. Hà Huy Tiên (2002). *Cẩm nang nhãn khoa thực hành, dịch nguyên bản từ Office and emergency room diagnostic and treatment of eye disease* NXB Y học, Hà Nội, tr. 336 – 352.
4. Trần Văn Tây (2005). *Ứng dụng chụp OCT trong chẩn đoán bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch*. Luận văn BS CK II. Đại học Y Hà Nội.
5. Carmen A. Puliafilo, Michael R. Hee, Joel S. Schumen. (2004). *Optical coherence tomography of Ocular Disease*, chapter 17.
6. Fercher AF (1996). *Optical coherence tomography*. J Biomed Ophthalmology, USA; 1: 157 -173.
7. Hee. MR, Izatt JA, Swanson EA, et al (1995). *Optical coherence tomography of human retina*. Arch Ophthalmol USA; 113: p. 325 – 332.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Huy Ngọc*

TÓM TẮT⁴⁸

Đặt vấn đề: Viêm phổi mắc phải ở cộng đồng (VPMPCD) bao gồm các nhiễm khuẩn phổi xảy ra ở ngoài bệnh viện, là bệnh lý nặng và thường gặp, đặc biệt là ở người cao tuổi. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh viêm phổi mắc phải ở cộng đồng tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Phú Thọ. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc ở nam nhiều hơn nữ, nam/nữ: 2/1, hay gặp là nhóm tuổi 16–64 tuổi (60%). Yếu tố nguy cơ: hút thuốc 38,9%; nghiện rượu 28,7%; THA 25,4%, suy tim 21,4%, RLCH lipid 19,2%, ĐTĐ 11,5%; bệnh mạch máu não 10,3%. Triệu chứng cơ

năng: ho đờm 75,5 %, sốt 87,3%; khó thở 64,5%; đau ngực 47%; ho khan 24,5%. Xquang phổi: tổn thương ở phổi phải 41,3%; phổi trái 24%; cả hai bên 28%. Xét nghiệm: ure máu ≥ 7 mmol/lít 57,9%; CRP >5 mg/dl 78,7%; BC > 10.000 G/L 50,5%. **Kết luận:** Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân VPMPCD rất đa dạng, các yếu tố nguy cơ tăng, nguyên nhân gây bệnh mới, tình trạng kháng thuốc kháng sinh, làm cho việc chẩn đoán, điều trị, tiên lượng trở nên khó khăn phức tạp hơn.

Từ khóa: Lâm sàng, cận lâm sàng, viêm phổi cộng đồng, Phú Thọ.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF COMMUNITY – ACQUIRED PNEUMONIA IN PHU THO PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Background: Community - Acquired Pneumonia includes lung infections occur outside hospital, the disease is a serious condition, especially in the elderly

*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Ngọc

Email: huyngoc888@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2017

Ngày duyệt bài: 8.2.2017

patients. **Objective:** To describe clinical and paraclinical characteristics of community – acquired pneumonia in Phu Tho Province General Hospital.

Methods: A cross sectional study. **Results:** The incidence of the disease was higher in men than in women, male / female: 2/1, the most common range of age was from 16 to 64 years old (60%). Risk factors included: smoking 38.9%, alcoholism 28.7%, hypertension 25.4%, heart failure 21.4%, lipid metabolism disorders 19.2%, diabetes 11.5%, cerebrovascular disease 10.3%. The main symptoms included: cough expectorant 75.5%, fever 87.3% , dyspnea 64.5%, chest pain 47%, dry cough 24.5%. Chest Radiograph findings: right lung lesions in 41.3%, left lung lesions 24%, both sides 28%. Blood tests: urea ≥ 7 mmol/L was 57.9%, CRP > 5 mg/dl 78.7%, white blood cells $> 10,000$ G/L 50.5%.

Conclusion: The clinical and paraclinical presentation of Community - Acquired Pneumonia were multiform. The increased risk factors, new pathogens, antibiotic resistance condition were problematic in the diagnosis, treatment and prognosis.

Keywords: Clinical, Paraclinical, Community - Acquired Pneumonia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải ở cộng đồng (VPMPCĐ) bao gồm các nhiễm khuẩn phổi xảy ra ở ngoài bệnh viện, biểu hiện bằng viêm phổi thùy, viêm phổi đốm, hoặc viêm phổi không điển hình. Đặc điểm chung là có hội chứng đông đặc phổi và bóng mờ phế nang hoặc mô kẽ trên phim X quang phổi, bệnh do vi khuẩn, virus, nấm và một số tác nhân khác nhưng không bao gồm trực khuẩn Lao. Tử vong do VPMPCĐ đứng hàng thứ 7 và là nguyên nhân tử vong hàng đầu do các bệnh nhiễm khuẩn, riêng bệnh nhân nhập vào khoa hồi sức tích cực tỷ lệ tử vong chiếm 20-50. Ở Việt Nam, viêm phổi chiếm 12% các bệnh phổi. Trong số 3606 bệnh nhân điều trị tại khoa hô hấp bệnh viện Bạch Mai từ 1996-2000 có tới 345 bệnh nhân viêm phổi (9,57%), đứng hàng thứ tư. Việc đánh giá mức độ nặng ở bệnh nhân VPMPCĐ rất quan trọng, giúp các bác sĩ ở Khoa Cấp cứu/Khoa Khám bệnh: quyết định cho bệnh nhân điều trị ngoại trú, nhập khoa hô hấp hay khoa hồi sức tích cực, lựa chọn kháng sinh thích hợp cho từng nhóm có mức độ nặng khác nhau.

Tại Việt Nam, mặc dù chưa có thống kê cụ thể nhưng biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân VPMPCĐ rất đa dạng, các yếu tố nguy cơ tăng, nguyên nhân gây bệnh mới, tình trạng kháng thuốc kháng sinh, làm cho việc chẩn đoán, điều trị, tiên lượng trở nên khó khăn phức tạp hơn. Cần thiết có một thang điểm đơn giản để đánh giá mức độ nặng tại thời điểm khám ban đầu để các bác sĩ đưa ra quyết định cho

bệnh nhân điều trị ngoại trú, nhập khoa hô hấp hay khoa hồi sức tích cực, mà hiện tại Việt Nam hầu như chưa có nghiên cứu về các thang điểm tiên lượng VPMPCĐ. Vì những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Phú Thọ*". Mục tiêu nghiên cứu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh viêm phổi mắc phải ở cộng đồng tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Phú Thọ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Các bệnh nhân được chẩn đoán là VPMPCĐ khám tại Khoa Khám bệnh - BVĐK Tỉnh Phú Thọ từ tháng 1 năm 2016 đến hết tháng 9 năm 2016 theo tiêu chuẩn dưới đây.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân ≥ 16 tuổi; Bệnh nhân được chẩn đoán VPMPCĐ, dựa vào tiêu chuẩn hướng dẫn của Hội lồng ngực Anh:

- Triệu chứng của bệnh đường hô hấp dưới cấp tính (ho và tối thiểu có 1 triệu chứng đường hô hấp dưới khác: ho, khạc đờm, khó thở, đau ngực).

- Dấu hiệu ổ tổn thương mới trên phim phổi.

- Tối thiểu 1 triệu chứng toàn thân (hoặc vã mồ hôi, sốt, run, đau mỏi và hoặc nhiệt độ $> 38^{\circ}\text{C}$ hoặc hơn).

- Không có giải thích nào khác cho tình trạng bệnh này.

Tiêu chuẩn loại trừ: Viêm phổi bệnh viện (xuất hiện 48 giờ sau khi vào viện), hoặc nằm viện trong vòng 14 ngày gần đây; Lao phổi, ung thư phổi, nhồi máu phổi; Tổn thương phổi do xạ trị, viêm phổi mô kẽ, viêm phổi do thuốc, viêm phổi tổ chức hóa có tắc nghẽn tiểu phế quản, amyloidosis, sarcoidosis.

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

Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

Có 150 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu.

3.1 Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Nhóm tuổi: nhiều nhất là nhóm người bệnh 16-64 tuổi chiếm 60%; nhóm 65-84 tuổi chiếm 32,5%; chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm ≥ 85 tuổi chiếm 7,5%. Tuổi trung bình là $60,2 \pm 17,5$; nhỏ nhất là 16 tuổi, lớn nhất là 88 tuổi.

Giới tính: có 103 bệnh nhân nam chiếm 68,5%; 47 bệnh nhân nữ chiếm 31,5%.

Các yếu tố nguy cơ viêm phổi: gặp nhiều nhất là hút thuốc 38,9% và nghiện rượu 28,7%; nguyên nhân khác như đái tháo đường 11,5%; bệnh mạch máu não 12,3%.

Tiêu chuẩn nhập ICU: không có người bệnh nào nhập ICU; Có 14 người bệnh có Ure \geq 7 mmol/l chiếm 9,3%; tiểu cầu giảm $<$ 100.000 có

12 người chiếm 8,0%; 5 người bệnh thâm nhiễm nhiều thùy phổi chiếm 3,3%; 1 người bệnh có Bạch cầu $<$ 4000 chiếm 0,7%.

Bảng 1. Tiêu chuẩn nhập ICU

Tiêu chuẩn chính	n	Tỷ lệ %
Sốc nhiễm khuẩn	0	0
Cần TKNTXN	0	0
Tiêu chuẩn phụ		
Nhịp thở \geq 30 lần/phút	0	0
PaO ₂ / FiO ₂ \leq 250	0	0
Thâm nhiễm nhiều thùy phổi	5	3,3
Lú lẫn/ mất định hướng	0	0
Ure \geq 7 mmol/l	14	9,3
BC $<$ 4000/mm ³	1	0,7
TC $<$ 100000/mm ³	12	8,0
Hạ thân nhiệt $<$ 36 °C	0	0
Tụt HA cần phải bù dịch tích cực	0	0

3.2 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Nhiệt độ của bệnh nhân khi vào viện

Bảng 2. Nhiệt độ của bệnh nhân khi vào viện

Nhiệt độ	\leq 37,4°C	37,5 ^o -38,4°C	38,5 ^o -39,4°C	\geq 39,5°C	p
n	41	70	28	11	p \leq 0,01
Tỷ lệ %	27,5	46,7	18,7	7,1	

Nhiệt độ trung bình của bệnh nhân khi vào viện là 38,4^oc \pm 0,85; tỷ lệ bệnh nhân có nhiệt độ từ 37,5^o- 38,4^oC chiếm tỷ lệ cao nhất 46,7%; từ 38,5^o- 39,4^oC chiếm 18,7%; có 7,1% bệnh nhân có nhiệt độ từ 39,5^o trở lên. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p $<$ 0,01.

75,5%, sau đó tới sốt 71%, khó thở chiếm 61,5%, tức ngực 47%, ho khan chiếm 24,5% và ít nhất là dấu hiệu mệt mỏi chiếm 18,4%.

Triệu chứng thực thể khi khám phổi:

Triệu chứng ran ẩm, ran nổ là chủ yếu chiếm tỷ lệ 68%; hội chứng đồng đặc và hội chứng 3 giảm gặp thấp hơn tỷ lệ là 16,7% và 7,3%; có 8% bệnh nhân không có triệu chứng tại phổi.

Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân khi vào viện: Triệu chứng ho đờm chiếm nhiều nhất

Bảng 3. Triệu chứng thực thể khi khám phổi

Triệu chứng	Tần suất	Tỷ lệ %
Không có triệu chứng	12	8
H/C đồng đặc	25	16,7
H/C 3 giảm	11	7,3
Ran ẩm, ran nổ	102	68

Bảng 4. Mức độ viêm theo CRP

CRP	n	%
$>$ 20mg/dL	42	28
5 - 20mg/dL	76	50,7
$<$ 5 mg/dL	32	21,3
Tổng	150	100,0

Đánh giá mức độ viêm theo nồng độ CRP thì trong 150 người bệnh có tăng nồng độ CRP thì mức độ trung bình là hay gặp, chiếm tỷ lệ 50,7% (76 người bệnh). Nồng độ CRP trung bình trong huyết thanh: 16,09 \pm 12,36, giá trị cao nhất là 33,99 mg/dl. Nồng độ BC $>$ 10.000 chiếm 50,5%, chỉ gặp 01 người bệnh có BC $<$ 4.000 (chiếm 0,7%). Người bệnh có BC cao nhất là 33,6 G/l. Chỉ số CRP huyết thanh tăng chiếm tỷ lệ 78,7%.

Dạng tổn thương trên phim Xquang: tổn thương dạng đám mờ gặp nhiều nhất trên phim Xquang phổi chiếm 53.2%; có 6.7% bệnh nhân không phát hiện tổn thương trên X quang phổi.

Bảng 5. Các kết quả xét nghiệm khác

	Trung bình \pm SD	Tối thiểu	Tối đa
Ure	11,8 \pm 5,4	3,6	16,5
Creatinin	110 \pm 14,4	71,2	182,9
Protein	67 \pm 9,5	60,3	78,4

Albumin	34,5 ± 4,6	29,4	38,1
Cholesteron	5,3 ± 2,5	3,1	8,4
Triglycerid	2,1 ± 2,5	1,2	4,9
Glucose	7,8 ± 3,4	3,5	11,6
Pro-BNP	1539 ± 1831	51	>9000
Troponin T	0,3 ± 1,1	<0,01	3,40
Na	138,2 ± 6,8	128	150
K	4,5 ± 0,9	2,9	5,4

Các xét nghiệm đánh giá tình trạng chức năng thận: Ure cao nhất là 16,5, Creatinin cao nhất là 182,9. Các xét nghiệm đánh giá tổn thương cơ tim, tình trạng suy tim cũng ở mức khá cao: Troponin T (0,30 ± 1,13) cao nhất 6,4, ProBNP (1538 ± 1835) cao nhất > 9000. Tương tự, tình trạng đường máu lúc vào viện (9,87 ± 3,48), cao nhất 11,6. Natri huyết thanh trung bình trong giới hạn bình thường (138,1 ± 6,86), nhưng có sự dao động lớn, thấp nhất 116 mmol/l, cao nhất 150 mmol/l. Kali máu cũng nằm trong giới hạn bình thường (4,5 ± 0,92), giá trị thấp nhất 2,67 còn cao nhất là 6,45.

Bảng 6. Vị trí tổn thương trên phim Xquang

Vị trí tổn thương Xquang	n	Tỷ lệ %
Phổi phải	62	41,3
Phổi trái	36	24
Cả hai bên	42	28
Không thấy gì	10	6,7
Tổng	150	100

Tổn thương phát hiện được ở phổi phải nhiều hơn phổi trái, chiếm tỷ lệ lần lượt là 41,3% và 24%; tổn thương cả hai bên phổi chiếm 28%. Có 14% không thấy tổn thương trên XQ phổi.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Tuổi: VPMPCTĐ có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tuổi trung bình là 59,86 ± 28,46; tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi và lớn nhất là 88 tuổi. Tuổi 16-64 chiếm tỷ lệ cao 90/ 150 (60%), tuổi ≥ 65 chiếm 40%; kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phí Thị Thục Oanh năm 2013, bệnh nhân > 65 tuổi chiếm 39.1%⁽⁴⁾. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Dean T Eurich ở Tây Ban Nha, tuổi ≥ 65 chiếm 37%⁽⁶⁾.

Giới: trong 150 người bệnh nghiên cứu có 103 người bệnh nam chiếm 68,7%; có 47 bệnh nhân nữ chiếm 31,3%. Tỷ lệ nam/nữ khoảng 2/1, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác: Ngô Quý Châu và cộng sự (2008), khi nghiên cứu 167 người bệnh, nam có 103 bệnh nhân, nữ có 64 bệnh nhân⁽⁷⁾. Nguyễn Thanh Hồi (2003), nghiên cứu 38 người bệnh, nam là 23 chiếm 61%; nữ là 15 chiếm 39%⁽³⁾. Phí Thị Thục Oanh (2013), nghiên cứu 126 người bệnh, 85 nam (67,5%) và 41 nữ (32,5%)⁽¹⁾. P.L. Migliorati và cộng sự năm 2002 ở Italia, tỷ lệ VPMPCTĐ ở nam là 66%, nữ là 34%. Sở dĩ các nghiên cứu hầu hết đều thấy rằng tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm nhiều hơn nữ có thể do yếu tố nguy cơ gây VPMPCTĐ gặp nhiều là hút thuốc và nghiện rượu, yếu tố này làm gia tăng nguy cơ gây VPMPCTĐ ở nam giới.

Các yếu tố nguy cơ VPMPCTĐ: Các yếu tố nguy cơ VPMPCTĐ bao gồm: tuổi cao, các bệnh lý

mạn tính (xơ gan, suy tim, suy thận, đái tháo đường...), nghiện rượu, hút thuốc lá, thuốc lào, vệ sinh răng miệng kém, dịch cúm lưu hành ở địa phương, suy giảm miễn dịch, nhiễm HIV... Những đối tượng này có nguy cơ gây viêm phổi nhiều hơn và bệnh có thể phát triển nặng hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng các yếu tố nguy cơ gây VPMPCTĐ gặp nhiều nhất là hút thuốc chiếm tỷ lệ cao hơn cả là 38.9%. Theo Chu Văn Ý (1995): thuốc lá làm giảm hoạt động lỏng chuyển biểu mô phế quản, ức chế chức năng đại thực bào của phế nang, làm phì đại và quá sản các tế bào tiết nhầy, làm giảm bạch cầu đa nhân giải phóng men tiêu protein.

Tỷ lệ bệnh nhân VPMPCTĐ có hút thuốc của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu của Lê Chung Thủy (2012), tỷ lệ hút thuốc là 26%⁽⁴⁾; của Phí Thị Thục Oanh (2013) là 28.6%. Có lẽ càng ngày các chế phẩm thuốc lá ngày càng đa dạng, dễ tìm, chi phí phù hợp với nhiều đối tượng nên tỷ lệ hút thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao. Nghiện rượu làm giảm hoạt động của các tế bào lỏng chuyển, ức chế sản xuất surfactant, làm chậm quá trình hoạt hóa BCĐNTT và làm giảm hoạt tính của các đại thực bào. Rượu còn làm giảm chức năng hô hấp thông qua làm giảm thể tích phổi, tăng sức cản đường thở. Do vậy nguy cơ nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới đặc biệt VPMPCTĐ ở những NB nghiện rượu cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ NB

nghiện rượu là 28.7% cũng giống như nghiên cứu của Phí Thị Thục Oanh (25,4%)⁽¹⁾.

Các yếu tố nguy cơ khác như: đái tháo đường 11,5%; bệnh mạch máu não 12,1%; bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 7,5%; bệnh gan mỡ 9,2%; bệnh thận mạn 5.1%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Phí Thị Thục Oanh (2013), S Ewig và cộng sự (2006) nhưng tỷ lệ về suy tim của chúng tôi cao hơn hẳn so với nghiên cứu của Phí Thị Thục Oanh (21,4% so với 7,1%); Có lẽ đời sống ngày càng phát triển, tuổi thọ càng cao, những bệnh phổi hợp kèm theo càng phức tạp gây gánh nặng cho tim tạo điều kiện bệnh lý tim mạch bộc lộ sớm cũng như các phương tiện chẩn đoán sớm bệnh lý tim mạch ngày càng hiện đại với độ nhạy cao.

4.2 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của VPMPCTĐ

Triệu chứng cơ năng và toàn thân: Các triệu chứng cơ năng và toàn thân của VPMPCTĐ bao gồm sốt, ho, khạc đờm, khó thở, đau ngực, đây là triệu chứng chính làm bệnh nhân phải đến viện và có giá trị hướng dẫn chẩn đoán. Các biểu hiện chủ yếu ở 150 NB nghiên cứu là: sốt gập 71%; ho đờm 75,5%; khó thở 64,5% và đau ngực là 47%. Kết quả nghiên cứu của Phí Thị Thục Oanh ở 126 NB: sốt gập 87,3%; ho đờm 73%; khó thở 57,9% và đau ngực là 46%. Nguyễn Thanh Hồi (2003) thấy sốt 86,8%; ho đờm 86,8%; đau ngực 47,7%.

Ho đờm và sốt là triệu chứng thường gặp nhất trong các triệu chứng khiến bệnh nhân phải đi khám. Nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có nhiệt độ khi vào viện từ 37.5^o-38,4^oC là chủ yếu chiếm 46.7%; có 7,1% có nhiệt độ \geq 39,5^oC. Kết quả của chúng tôi khác so với nghiên cứu của Phí Thị Thục Oanh (38,5^o-39,4^oC là chủ yếu 42,1%; có 11,1% có nhiệt độ \geq 39,5^oC) có lẽ do tình trạng tự ý sử dụng kháng sinh ngày càng phổ biến cũng như ý thức dùng sớm các nhóm thuốc giảm đau hạ sốt. Các triệu chứng cơ năng và toàn thân nặng trong nghiên cứu của chúng tôi không có NB nào (Nghiên cứu của Phí Thị Thục Oanh (2013), nhịp thở \geq 30 lần/phút chiếm tỷ lệ 50%, rối loạn ý thức 38,1%⁽¹⁾; Nghiên cứu của Ananda-Rajah và cộng sự (2008), tỷ lệ nhịp thở \geq 30 lần/phút 28,9%, rối loạn ý thức 12,5%⁽²⁾). Sự khác biệt này có lẽ nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành ở nhóm NB nhẹ khám ở tại các Phòng khám nội khoa thông thường.

Triệu chứng thực thể tại phổi: Triệu chứng thực thể tại phổi đóng vai trò quan trọng trong thăm khám NB viêm phổi, những triệu

chứng thu được sẽ giúp cho việc chẩn đoán xác định cũng như định khu tổn thương. Hội chứng đông đặc được xem là điển hình trong viêm phổi, sau đó là các tổn thương khác như ran ẩm, ran nổ, một số trường hợp do phản ứng viêm có thể tiết dịch và gây tràn dịch màng phổi. Khi nghiên cứu trên 150 NB chúng tôi thấy triệu chứng chủ yếu là ran ẩm, ran nổ gặp 68%; hội chứng đông đặc 16.7%; hội chứng 3 giảm gặp với tỷ lệ thấp 7.3%. Kết quả cho thấy gần tương tự nghiên cứu của Phí Thị Thục Oanh (2013) tỷ lệ ran ẩm, ran nổ gặp 80,1%; hội chứng đông đặc 17,4%, hội chứng 3 giảm gặp với tỷ lệ thấp 3,9%; nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hồi tỷ lệ ran ẩm, ran nổ 89,5%; hội chứng đông đặc 21,0% và hội chứng 3 giảm 10,5%⁽³⁾. Điều này có thể được giải thích ngày nay tình trạng viêm phổi cộng đồng do nhóm vi khuẩn không điển hình gây nên ngày càng gia tăng, do vậy những biểu hiện điển hình của viêm phổi cũng không còn đầy đủ.

Xquang phổi: Xquang phổi rất có giá trị trong chẩn đoán viêm phổi, tổn thương điển hình là đám mờ hình tam giác đáy quay ra ngoài, có giới hạn thùy hoặc phân thùy rõ rệt, không có hình ảnh xẹp phổi. Các hình ảnh tổn thương khác có thể gặp là các nốt mờ đôi khi là tràn dịch màng phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tổn thương ở phổi phải 41,3%; phổi trái 24%; cả hai bên phổi 28%. Nghiên cứu của Phí Thị Thục Oanh (2013), tổn thương ở phổi phải 37,3%; phổi trái 23%; cả hai bên phổi 34,1%. Nghiên cứu của Lê chung Thủy (2012), tổn thương phổi phải 34%, phổi trái 20%⁽⁴⁾.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc ở nam nhiều hơn nữ, nam/nữ:2/1, hay gặp là nhóm tuổi 16 - 64 (60%). Yếu tố nguy cơ: hút thuốc 38,9%; nghiện rượu 28,7%; THA 25,4%, Suy tim 21,4%, RLCH lipid 19,2%, ĐTĐ 11,5%; bệnh mạch máu não 10,3%. Triệu chứng cơ năng: ho đờm 75,5 %, sốt 87,3%; khó thở 64,5%; đau ngực 47%; ho khan 24,5%. Xquang phổi: tổn thương ở phổi phải 41,3%; phổi trái 24%; cả hai bên 28%. Xét nghiệm: ure máu \geq 7 mmol/lít 57,9%; CRP >5mg/dl 78,7%; BC > 10.000 G/L 50,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Ngọc Sỹ** (1990), "Góp phần nghiên cứu chẩn đoán lâm sàng Xquang, Vi khuẩn học của viêm phổi cấp do phế cầu khuẩn và do tụ cầu vàng ở người lớn", Luận án phó tiến sỹ khoa học y dược, Học viện quân y.
2. **Johnstone J, Majumdar SR** et al (2008), Viral infection in adults hospitalized with community-

- acquired pneumonia: prevalence, pathogens, and presentation; 134: 1141.
3. **M.M. van der Eerden, C.S. de Graaff et al** (2004), Propective evaluation of pneumonia severity index in hospitalised patients with community-acquired pneumonia, *Respiratory Medicin*; 98: 872-878.
 4. **Marcos I. Restrepo, Eric M. Mortensen et al** (2008), A Comparative Study of Community-Acquired Pneumonia Patients Admitted to Ward and the ICU; 133: 610-617.
 5. **Marras TK, Gutierrez C, Chan CK** (2000), Applying a prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia; 118: 1339-1343.
 6. **Mauricio Valencia et al** (2007), Pneumonia Severity Index Class V Patients With Community-Acquired Pneumonia; 132: 515-522
 7. **Michelle R Ananda- Rajah et al** (2008), Comparing the pneumonia severity index with CURB-65 in patients admitted with community acquired pneumonia, *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*; 40: 293-300

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ TROPONIN HUYẾT THANH VÀ LIÊN QUAN VỚI ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM TIM Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN DO BỆNH TIM THIỂU MÁU CỤC BỘ

Mai Hoài Sang*, Trần Việt An*

TÓM TẮT⁴⁹

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ troponin T độ nhạy cao ở bệnh nhân suy tim mạn do bệnh tim thiếu máu cục bộ và mối liên quan với phân độ NYHA, tình trạng rối loạn vận động vùng, phân suất tống máu thất trái (EF) trên siêu âm tim. **Đối tượng và phương pháp:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn do bệnh tim thiếu máu cục bộ. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu 60 trường hợp được ghi nhận. Ở bệnh nhân suy tim mạn do bệnh tim thiếu máu cục bộ có 93,3% bệnh nhân có hs-troponin T tăng ($>0,014\text{ng/ml}$), chỉ có khoảng 6,7% bệnh nhân có mức hs-troponin T trong giới hạn bình thường. Mức hs-troponin T trung bình là $0,0577\text{ ng/ml}$. Ở những bệnh nhân suy tim NYHA III-IV có giá trị trung vị hs-troponin T là $0,033\text{ ng/ml}$ cao hơn ở nhóm bệnh nhân NYHA I-II là $0,028\text{ ng/ml}$, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $p = 0,192$. Có mối tương quan mức độ yếu giữa phân độ suy tim theo NYHA và nồng độ hs-troponin T huyết thanh ($r = 0,22, p = 0,09$). Nồng độ hs-troponin T không khác biệt giữa hai nhóm có và không có rối loạn vận động vùng trên siêu âm tim ($p > 0,05$). Không khác biệt về nồng độ hs-troponin T ở nhóm EF $\geq 55\%$ và nhóm EF $< 55\%$ ($p > 0,05$). **Kết luận:** Nồng độ troponin T huyết thanh không có mối liên quan với phân độ NYHA, tình trạng rối loạn vận động vùng và phân suất tống máu trên siêu âm tim ở bệnh nhân suy tim mạn do bệnh tim thiếu máu cục bộ.

Từ khóa: Suy tim mạn tính, troponin, phân suất tống máu (EF)

SUMMARY

* Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
 Chịu trách nhiệm chính: Trần Việt An
 Email: antranviet@gmail.com
 Ngày nhận bài: 28.12.2016
 Ngày phản biện khoa học: 23.01.2017
 Ngày duyệt bài: 9.2.2017

STUDY SERUM TROPONIN CONCENTRATION AND CORRELATE WITH CHARACTERISTICS OF ECHOCARDIOGRAPHY OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE DUE TO ISHEMIA HEART DISEASE

Objectives: To survey high sensitivity troponin T concentrations in patients with chronic heart failure due to ischemic heart disease and correlate with NYHA classification, wall motion abnormalities, left ventricular ejection fraction (EF) on super Echocardiography. **Methods:** All patients were diagnosed with chronic heart failure due to ischemic heart disease. Cross-sectional, descriptive. **Results:** There were 60 case. In patients with chronic heart failure due to ischemic heart disease were 93.3% of patients with hs-troponin T high ($> 0,014\text{ng/ml}$), only about 6.7% of patients with hs-troponin T levels were normal limits. Hs-troponin T levels averaged 0.0577 ng/ml . In patients with NYHA class III-IV, the median hs-troponin T was 0.033 ng/ml higher than patients with NYHA class I-II was 0.028 ng/ml , difference was not statistically significant with $p = 0.192$. There is weak correlation between the degree of heart failure according to NYHA classification and hs-troponin T concentrations ($r = 0.22, p = 0.09$). Hs-troponin T concentrations did not different between the groups with and without wall motion abnormalities on echocardiography ($p > 0.05$). No differences in hs-troponin T concentrations in groups EF $\geq 55\%$ and group EF $< 55\%$ ($p > 0.05$). **Conclusion:** Serum troponin T concentrations have no correlation to NYHA classification, the state of wall motion abnormalities and ejection fraction on echocardiography in patients with chronic heart failure due to ischemic heart disease.

Keywords: chronic heart failure, troponin, ejection fraction (EF).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là bệnh lý có tỉ lệ mắc ngày càng cao, thiếu máu cục bộ cơ tim đang ngày càng trở thành nguyên nhân hàng đầu của suy tim mạn

theo NHANES thiếu máu cục bộ cơ tim là nguyên nhân suy tim >60% trường hợp.

Gần đây có nhiều nghiên cứu đã chỉ ra có sự gia tăng đặc biệt của troponin huyết thanh trong bệnh lý suy tim nói chung và suy tim mạn do BTTMCB nói riêng. Nghiên cứu của Laitini và cs trong thử nghiệm Val-HeFT dùng kỹ thuật cũ nhận thấy có 10,4% trong quần thể bệnh nhân suy tim mạn có tăng troponin, hay trong một nghiên cứu của Jungbauer dùng kỹ thuật cao xác định được có 95% bệnh nhân suy tim mạn có tăng troponin T. Vậy cơ chế giải thích cho điều này là gì? Đến nay điều này vẫn chưa được giải thích rõ ràng nhưng nhìn chung quan điểm được chấp nhận nhiều là do năm quá trình riêng lẻ hay phối hợp với nhau bao gồm: sự phân giải protein cơ cơ tim, chất độc từ hệ tuần hoàn, thiếu máu cơ tim dưới nội tâm mạc do bất tương xứng tưới máu, bệnh mạch vành hay sự chết tế bào có chương trình của tế bào cơ tim. Một câu hỏi nữa cũng được đặt ra là liệu có mối liên hệ nào giữa mức tăng troponin huyết thanh với triệu chứng lâm sàng và đặc điểm các cận lâm sàng như siêu âm Doppler tim ở những bệnh nhân này hay không? Nghiên cứu của Jungbauer cũng đã chỉ ra rằng có mối tương quan thuận giữa nồng độ hs-troponin T với dấu hiệu triệu chứng lâm sàng nặng ở những bệnh nhân suy tim mạn và phân suất tống máu thất trái. Vậy cụ thể mối tương quan này thể hiện thế nào? Để giúp chúng ta sáng tỏ các vấn đề trên chúng tôi tiên hành nghiên cứu đề tài "*Nghiên cứu nồng độ troponin huyết thanh và liên quan với đặc điểm siêu âm tim ở bệnh nhân suy tim mạn do bệnh tim thiếu máu cục bộ*" với mục tiêu:

1. Khảo sát giá trị nồng độ hs-troponin T huyết thanh theo nhóm tuổi, giới, BMI ở bệnh nhân suy tim mạn do bệnh tim thiếu máu cục bộ.

2. Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ Troponin huyết thanh với phân độ suy tim theo NYHA, tình trạng rối loạn vận động vùng và phân suất tống máu thất trái trên siêu âm tim ở bệnh nhân suy tim mạn do bệnh tim thiếu máu cục bộ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định suy tim mạn do bệnh tim thiếu máu cục bộ đang điều trị nội trú tại khoa nội tim mạch bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Các bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu phải được chẩn đoán xác định suy tim mạn do TMCBCT dựa vào tiêu chuẩn Framingham và hình ảnh gợi ý TMCBCT trên điện tâm đồ và/hoặc hình ảnh TMCBCT trên siêu âm:

Tiêu chuẩn loại trừ

- Suy tim do những nguyên nhân khác
- Hội chứng mạch vành cấp
- Bóc tách động mạch chủ, tăng huyết áp nặng
- Choáng tim
- Viêm màng ngoài tim, viêm cơ tim cấp
- Suy thận nặng (độ lọc cầu thận <30ml/phút/1.73m²)
- Chấn thương hoặc chèn ép tim cấp
- Thuyên tắc phổi, nhiễm trùng huyết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z^2 \left(1 - \frac{\alpha}{2}\right) P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu tối thiểu.

Mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ (độ tin cậy mong muốn là 95%)

p: Theo nghiên cứu của Perna và cộng sự năm 2004 khảo sát mối liên quan giữa troponinT và bệnh suy tim với ngưỡng phát hiện $\geq 0,02\text{ng/ml}$ nhận thấy tỉ lệ phát hiện troponin ở bệnh nhân suy tim là 32%. Chúng tôi chọn $p = 32\%$, $d = 0,1$.

$$\frac{1,96^2 \times 0,32 \times (1-0,32)}{0,1^2} = 42$$

Ta có: $n = \frac{1,96^2 \times 0,32 \times (1-0,32)}{0,1^2} = 42$

Tối thiểu $n \geq 42$. Thực tế trong nghiên cứu chúng tôi lấy 60 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

III. KẾT QUẢ

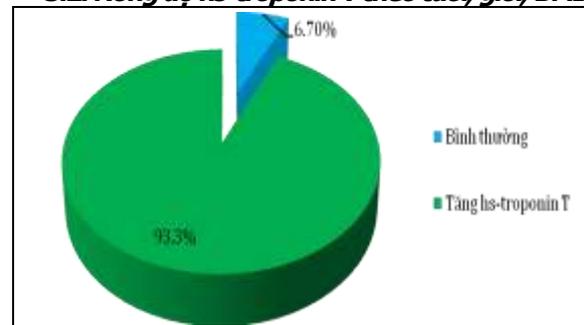
3.1. Đặc điểm chung

Tỉ lệ nam nữ là gần ngang nhau với nam chiếm 51,7% và nữ 48,3%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $70,6 \pm 14,3$

Mệt và khó thở là lý do nhập viện hàng đầu chiếm 81,7%.

Các triệu chứng thường gặp ho về đêm, khó thở về đêm, khó thở khi gắng sức với >91,7% trường hợp.

3.2. Nồng độ hs-troponin T theo tuổi, giới, BMI



Biểu đồ 1 Tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ hs-troponin T tăng và bình thường

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân suy tim mạn do BTTMCB có đến 93,3% bệnh nhân có hs-troponin T tăng (>0,014ng/ml), chỉ có khoảng 6,7% bệnh nhân có mức hs-troponin T trong giới hạn bình thường.

Bảng 1 Nồng độ hs-troponin T trung bình của nhóm nghiên cứu

Hs-troponin T	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung vị	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Nồng độ (ng/ml)	0,0537	0,0722	0,032	0,003	0,48

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có mức hs-troponin T trung bình là 0,0577 ng/ml, giá trị trung vị là 0,032 ng/ml, mức cao nhất là 0,48 ng/ml và thấp nhất là 0,003 ng/ml

Bảng 2 Nồng độ troponin theo nhóm tuổi ở bệnh nhân suy tim

Nhóm tuổi	Hs-troponin T (ng/ml)			N (tỉ lệ %)	p
	$\bar{x} \pm SD$	Trung vị	Khoảng		
<60	0,035 ± 0,032	0,031	0,003-0,131	12(20%)	0,26
≥60	0,058 ± 0,079	0,032	0,009-0,48	48 (80 %)	

Nhận xét: Nhóm ≥ 60 tuổi với trung vị hs-troponin T là 0,032ng/ml cao hơn nhóm < 60 tuổi là 0,031ng/ml, Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê p >0,05.

Bảng 3 Nồng độ troponin theo giới tính ở bệnh nhân suy tim

Giới	Hs-troponin T (ng/ml)			N (tỉ lệ)	p
	$\bar{x} \pm SD$	Trung vị	Khoảng		
Nam	0,038 ± 0,023	0,032	0,013 - 0,131	31 (51,7 %)	0,85
Nữ	0,07 ± 0,099	0,032	0,003 - 0,48	29 (48,3%)	

Nhận xét: Ở những bệnh nhân nam và nữ có giá trị trung vị của hs-troponin T là bằng nhau 0,032 ng/ml chiếm tỉ lệ xấp xỉ nhau lần lượt là 51,7% và 48,3%, p =0,85.

Bảng 4 Nồng độ troponin theo BMI ở bệnh nhân suy tim

Nhóm tuổi	Hs-troponin T (ng/ml)			N (tỉ lệ)	p
	Trung bình	Trung vị	Khoảng		
<18,5	0,081 ± 0,011	0,032	0,015 - 0,48	25(41,7 %)	0,69
18,5-22,9	0,039 ± 0,029	0,033	0,003 - 0,0131	22 (36,7%)	
≥23	0,036 ± 0,02	0,032	0,013 - 0,083	13 (21,6 %)	

Nhận xét: Giá trung vị hs-troponin T ở bệnh nhân có BMI từ 18,5-22,9 là 0,033ng/ml cao hơn nhóm BMI <18,5 và nhóm BMI ≥23, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê p = 0,69 > 0,05.

3.3. Môi liên quan giữa nồng độ hs-troponin T huyết thanh với phân độ suy tim theo NYHA, phân suất tổng máu thất trái và kích thước buồng thất trái trên siêu âm

Bảng 5 Nồng độ hs-troponin T theo phân độ suy tim theo NYHA

NYHA	Hs-troponin T (ng/ml)			N (tỉ lệ)	p
	$\bar{x} \pm SD$	Trung vị	Khoảng		
I	0,017 ± 0,004	0,016	0,014 - 0,023	3 (5%)	0,13
II	0,07 ± 0,11	0,032	0,003 - 0,48	19 (31,7%)	
III	0,048 ± 0,04	0,032	0,013 - 0,221	36 (60%)	
IV	0,05 ± 0,025	0,05	0,032 - 0,068	2(3,3%)	

Nhận xét: Những bệnh nhân thuộc NYHA IV có giá trị trung vị hs-troponin T là 0,05 ng/ml cao hơn nhóm NYHA II-III là 0,032 ng/ml và cao hơn nhóm NYHA I là 0,016 ng/ml. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê p >0,05.

Bảng 6 Môi tương quan giữa troponin và độ suy tim theo NYHA

NYHA	Hs-troponin T (ng/ml)			p
	$\bar{x} \pm SD$	Trung vị	Khoảng	
I,II	0,063 ± 0,1	0,028	0,003 - 0,48	0,192
III,IV	0,048 ± 0,041	0,033	0,013 - 0,221	
R	0,22			
P	0,09			

Nhận xét: Có mối tương quan mức độ yếu giữa phân độ suy tim theo NYHA và nồng độ hs-troponin T trong huyết thanh (r = 0,22, p= 0,09).

Bảng 7. Nồng độ hs-troponin T ở nhóm có và không có RLVD trên siêu âm

RLVD	Hs-troponin T (ng/ml)			p
	TB ± ĐLC	Trung vị	Khoảng	

Không	0,11 ± 0,181	0,039	0,022 – 0,48	0,262
Có	0,047 ± 0,048	0,032	0,003 – 0,24	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân không có rối loạn vận động vùng có nồng độ hs-troponin T cao hơn nhóm không có rối loạn vận động với $p > 0,05$.

Bảng 8. Tỷ lệ nồng độ hs-troponin T theo tình trạng RLVĐ trên siêu âm

Tình trạng RLVĐ	Nồng độ hs-troponin T				p
	Bình thường		Tăng		
	n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ	
Không RLVĐ	0	0%	6	100 %	0,5
Có RLVĐ	4	7,4 %	50	92,6 %	

Nhận xét: 100% bệnh nhân không có RLVĐ trên siêu âm thì có tăng hs-troponin T, tỷ lệ này ở nhóm có RLVĐ thấp hơn là 92,6% với $p > 0,05$.

Bảng 9. Nồng độ hs-troponin T ở hai nhóm EF <55% và nhóm EF ≥55%

EF	Hs-troponin T (ng/ml)			p
	TB ± ĐLC	Trung vị	Khoảng	
<55%	0,052 ± 0,073	0,032	0,003 - 0,48	0,168
≥55%	0,081 ± 0,058	0,079	0,022 - 0,146	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có EF ≥55% có nồng độ hs-troponin T cao hơn nhóm EF <55% với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nồng độ hs-troponin T theo tuổi, giới, BMI: Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự như của Vương Thị Nguyên Chi với hs-troponin T có giá trị trung vị là 0,03 ng/ml. Jungbauer nghiên cứu 149 bệnh nhân suy tim mạn so với 84 người khỏe mạnh nhận thấy hs-troponin T tăng ở 95% những bệnh nhân suy tim và có giá trị trung vị troponin T là 0,018ng/ml so với nhóm người khỏe mạnh là 0,003 ng/ml. Suy tim làm giảm khả năng cung cấp oxy cho các mô trong cơ thể trong đó có mô cơ tim, thêm vào đó tim bị suy có tình trạng tăng áp lực trong buồng tim và phì đại cơ tim mà điều này lại càng đòi hỏi nhu cầu oxy càng tăng, tim suy đáp ứng không đủ dẫn đến rối loạn hoạt động và hoại tử tế bào cơ tim dẫn đến phóng thích troponin vào máu và làm tăng nồng độ của chất này. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì bệnh nhân ≥ 60 tuổi có giá trị trung vị nồng độ hs-troponin T huyết thanh là 0,032 ng/ml lớn hơn nhóm có độ tuổi <60 tuổi là 0,031 ng/ml, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Chúng tôi cho rằng tuổi là một yếu tố ảnh hưởng đến giá trị nồng độ hs-troponin T.

Camille và cs trong nghiên cứu ảnh hưởng của tuổi và chức năng thận trong việc sử dụng hs-troponin T trong chẩn đoán hội chứng vành cấp cho rằng tuổi cao là một yếu tố độc lập với mức tăng hs-troponin T (OR = 2,2, $p = 0,007$). Nghiên cứu khác của Toshiaki Otsuka thực hiện đo troponin T ở 1072 nam giới, tuổi trung niên khỏe mạnh không có bệnh lý tim mạch trước đây với ngưỡng phát hiện 0,002 ng/ml thì ghi nhận được 80,9% trường hợp có thể xác định được troponin T với giá trị cao nhất 0,02 ng/ml,

nghiên cứu cho rằng tuổi là một yếu tố độc lập với nồng độ troponin T. Nghiên cứu của Masson lại cho kết luận có mối tương quan thuận giữa nồng độ troponin T theo tuổi. Mối tương quan này thể hiện rõ hơn trong nghiên cứu của Jungbauer ($r = 0,6$, $p < 0,001$). Có lẽ do số mẫu ít nên kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa thể hiện rõ được mối tương quan này. Tuổi cao bệnh lý tim mạch dễ mắc hơn thêm vào đó chức năng thận cũng giảm do đó nồng độ hs-troponin T cũng tăng hơn so với bình thường.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ hs-troponin T huyết thanh ở nam và nữ có giá trị trung vị là 0,032 ng/ml. Chúng tôi cho rằng nồng độ hs-troponin T là độc lập với yếu tố giới tính. Nghiên cứu của Vương Thị Nguyên Chi cho kết quả khác với của chúng tôi, nồng độ hs-troponin T trung bình ở nam là 0,101 ng/ml và cao hơn ở nữ là 0,068 ng/ml. Sự khác biệt này có thể do 2 nghiên cứu được tiến hành ở thời điểm khác nhau, nghiên cứu của Vương Thị Nguyên Chi thì bệnh nhân nữ chiếm ưu thế. Crystel trong nghiên cứu giá trị các marker trong bệnh mạch vành ở nam và nữ kết luận rằng không có sự khác biệt giá trị hs-troponin T theo giới trong bệnh lý mạch vành.

Nồng độ hs-troponin T huyết thanh trung vị ở cả 3 nhóm BMI <18,5, 18,5 – 22,9, >23 đều xấp xỉ 0,032 ng/ml sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,005$). Từ kết quả này chúng tôi cho rằng nồng độ hs-troponin T là độc lập với chỉ số BMI tuy nhiên điều này cũng có thể do đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có BMI thấp và trung bình. Nhiều nghiên cứu cho kết quả giống chúng tôi như nghiên cứu

Ndumele cũng chỉ ra rằng không có mối tương quan giữa hs-troponin T và mức BMI tuy nhiên với BMI rất cao BMI > 35 thì có mối quan giữa BMI và sự tăng hs-troponin T ($r = 2,2$, KTC 95% là 1,59-3,06) hay Panagiota thực hiện nghiên cứu đo hs-troponin T ở 57 người trẻ béo phì và 25 người không béo phì thì nhận thấy ở nhóm người trẻ mà có béo phì thì có giá trị hs-troponin T ($4,1 \pm 3,4$ ng/ml) cao hơn nhóm không béo phì ($3 \pm 0,2$ ng/ml) với $p = 0,029$, khi tiếp tục chia nhóm những người béo phì thành nhóm có hội chứng chuyển hóa và nhóm không có hội chứng chuyển hóa ông nhận thấy nhóm có hội chứng chuyển hóa có hs-troponin T ($6,7 \pm 7,1$ ng/ml) cao hơn nhóm không có hội chứng chuyển hóa ($3,7 \pm 2,1$ ng/ml) với $p = 0,044$ từ đó ông kết luận rằng nồng độ hs-troponin T không có sự khác biệt giữa nhóm béo phì không có hội chứng chuyển hóa và nhóm không béo phì.

4.2. Mối liên quan giữa nồng độ hs-troponin T với phân độ suy tim theo NYHA, phân suất tống máu thất trái, tình trạng rối loạn vận động vùng và kích thước buồng thất trái trên siêu âm

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng nhóm NYHA III- IV có mức troponin trung vị là 0,033 ng/ml cao hơn ở nhóm NYHA I-II có mức trung vị hs-troponin T là 0,028 sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), Có mối tương quan thuận mức độ yếu giữa nồng độ hs-troponin T với phân độ suy tim theo NYHA ($r = 0,22$, $p = 0,09$).

Nghiên cứu của Jungbauer nhận thấy những bệnh nhân thuộc nhóm NYHA III-IV có giá trị trung vị hs-troponin T là 0,027 ng/ml, khoảng tứ vị 0,011 - 0,06 ng/ml cao hơn nhóm bệnh nhân NYHA I-II có giá trị trung vị là 0,013, khoảng tứ vị 0,007 - 0,023 ng/ml và chỉ ra có mối liên quan giữa troponin T với triệu chứng lâm sàng và phân độ suy tim theo NYHA ($r = 0,77$, $p < 0,001$). Mức độ suy tim càng cao thì tim càng lớn do đó lượng máu nuôi tim càng phải nhiều nhưng lượng máu nuôi bình thường không đáp ứng do đó dẫn đến rối loạn và hoại tử tế bào cơ tim làm tăng lượng troponin trong máu, do đó mức hs-troponin T huyết thanh và phân độ suy tim theo NYHA có mối tương quan thuận.

Ở những bệnh nhân suy tim mà không có tình trạng rối loạn vận động vùng thì có giá trị trung vị hs-troponin T là 0,039 ng/ml, khoảng tứ vị là 0,022 - 0,48 ng/ml cao hơn so với những bệnh nhân suy tim kèm theo tình trạng rối loạn vận động vùng có giá trị trung vị hs-troponin T là 0,032 ng/ml, khoảng tứ vị 0,003 - 0,242 ng/ml

sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Có mối tương thuận mức độ rất yếu giữa tình trạng rối loạn vận động vùng và mức tăng hs-troponin T ở bệnh nhân suy tim mạn do BTTMCB ($r = 0,146$, $p = 0,27$). Do số lượng nhóm bệnh nhân không có rối loạn vận động vùng trên siêu âm của chúng tôi nhỏ hơn nhiều so với nhóm có rối loạn vận động vùng nên chưa thể hiện được sự khác biệt giữa hai nhóm này gây sai sót trong nghiên cứu. Tình trạng rối loạn vận động vùng ghi nhận được trên siêu âm là hậu quả của tình trạng thiếu máu nuôi cơ tim thể hiện bằng rối loạn hoạt động theo các mức độ: mất động, giảm động, vô động, loạn động. Thiếu máu cơ tim ảnh hưởng đến sự hoại tử tế bào cơ tim và là cơ chế phóng thích troponin T vào tuần hoàn.

Ở những bệnh nhân có EF < 55% thì có giá trị trung vị hs-troponin T lần lượt là 0,032 ng/ml thấp hơn ở những bệnh nhân có EF $\geq 55\%$ là 0,079 ng/ml, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Có mối tương quan nghịch mức độ rất yếu giữa mức hs-troponin T và phân suất tống máu thất trái ($r = -0,09$, $p = 0,5$). Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Vương Thị Nguyên Chi cho thấy có mối tương quan nghịch, rất yếu giữa nồng độ hs-troponin T huyết thanh và EF ($r = -0,215$, $p = 0,011$), nồng độ hs-troponin T huyết thanh cao nhất ở nhóm EF dưới 30% với trị số trung bình là 0,164 ng/ml, kể đến là nhóm EF từ 30-44% là 0,088 ng/ml và thấp hơn là nhóm EF 45-54 là 0,053 ng/ml. Nguyên nhân chưa đạt được kết quả nghiên cứu như mong đợi vì việc chẩn đoán suy tim có phân suất máu giảm còn nhiều khó khăn do đó dễ bỏ sót dẫn đến số lượng bệnh nhân có phân suất tống máu bảo tồn trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với số bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm.

V. KẾT LUẬN

Giá trị hs-troponin T trung vị là 0,032 ng/ml, khoảng tứ vị 0,003-0,048 ng/ml. Hs-troponin T tăng ở 93,3% bệnh nhân suy tim mạn do BTTMCB. Nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi có giá trị hs-troponin T cao hơn nhóm <60 tuổi. Không có sự khác biệt nồng độ hs-troponin theo giới, BMI ở nhóm nghiên cứu.

Nồng độ hs-troponin T có mối tương quan thuận mức độ yếu với phân độ suy tim theo NYHA ($r = 0,22$, $p = 0,09$). Nồng độ troponin T huyết thanh không có mối liên quan với phân độ NYHA, tình trạng rối loạn vận động vùng và phân suất tống máu trên siêu âm tim ở bệnh nhân suy tim mạn do bệnh tim thiếu máu cục bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Đình Anh (2013)**, "Nghiên cứu mối liên quan giữa chỉ số cơ tim thất trái với vùng thiếu máu và mức độ suy tim ở bệnh nhân thiếu máu cơ tim cục bộ mạn tính", Tạp chí y dược học quân sự. 8, tr. 72-80.
2. **Nguyễn Tiến Bình và cs (2011)**, "Đặc điểm của bệnh nhân suy tim mạn tính có EF dưới 30% và nhu cầu ghép tim của bệnh nhân suy tim tại một số bệnh viện ở Việt Nam", Tạp chí y dược học quân sự. 4, tr. 79-83.
3. **Vương Thị Nguyên Chi (2013)**, Nghiên cứu kết hợp NT-proBNP và hs-Troponin T huyết thanh trong tiên lượng ngắn hạn trên bệnh nhân suy tim mạn, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ.
4. **Phạm Thanh Phong, Võ Thị Thùy An và Nguyễn Thị Hồng Huế (2012)**, "Khảo sát nồng độ BNP huyết tương ở các bệnh nhân suy tim mạn tính tại bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ", Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh. 16(2), tr. 94-100.
5. **James L và các cộng sự. (2012)**, "Troponin elevation in patients with heart failure: on behalf of the third Universal Definition of Myocardial Infarction Global Task Force: oHeart Failure Section", European Heart Journal. 33.
6. **Latini R và Masson S (2013)**, "Significance of measurable cardiac troponin by high-sensitivity assays in patients with chronic stable heart failure", Coron Artery Dis. 24(8), tr. 716-9.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 452 - THÁNG 3 - SỐ 1 - 2017 VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o1 - MARCH - 2017

----- 000 -----

- 1 **Đ**ánh giá đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ u màng não vùng củ yên có rối loạn nội tiết
Evaluation of magnetic resonance imaging characteristics for tuberculoma sellae meningioma with endocrine disorder
Đặng Vĩnh Hiệp, Lê Đức Nam, Nguyễn Hoàng Thịnh,
Trịnh Tú Tâm, Nguyễn Quốc Dũng
- 2 **Đ**ánh giá hiệu quả của kem colgate sensitive pro-relief trên một nhóm bệnh nhân khám tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
Evaluating the efficiency of colgate sensitive pro-relief in reducing dentin hypersensitivity at the national Hospital of odonto-stomatology Hanoi
Phạm Thị Thu Hiền, Bùi Thị Thanh Tâm
- 3 **N**ghiên cứu ứng dụng nội soi mềm niệu quản ngược dòng tán sỏi đài thận bằng laser holmium
Laser holmium flexible ureterorenoscopy for management of renal stone
Phạm Ngọc Hùng, Lê Đình Khánh
- 4 **N**ghiên cứu quy trình chẩn đoán rối loạn giọng do cơ thần kinh
Neuromuscular junction voice disorders proposal of a diagnostic protocol
Phạm Thị Bích Đào, Phạm Thị Bích Thủy
- 5 **Đ**ánh giá kết quả của phương pháp gây mê tĩnh mạch bằng propofol có và không có kiểm soát nồng độ đích trong phẫu thuật nội soi ổ bụng tại Bệnh viện ĐKTƯ Thái Nguyên
Results of target controlled infusion and total intravenous anesthesia of propofol in laparoscopic surgery at Thai Nguyen national general Hospital
Lê Sáu Nguyên, Đặng Quang Dũng, Trần Đắc Tiệp
- 6 **Ý** kiến của sinh viên về học phần thực hành điêu khắc răng ở khoa răng hàm mặt Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Students' opinions of tooth carving practical module at faculty of odonto-stomatology university of medicine and pharmacy at Ho Chi Minh City
Huỳnh Kim Khang
- 7 **N**ghiên cứu chẩn đoán và điều trị lao khớp ức đòn
Research for tuberculosis of sternoclavicular joint diagnostic and treatment
Lê Đức Nam, Nguyễn Quốc Dũng
- 8 **Đ**ặc điểm các trường hợp tử vong của trẻ từ 0 đến 15 tuổi trong 24 giờ đầu nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 12/2012 đến tháng 06/2013
The characteristics of death cases among children aged from 0 to 15 in the first 24 hours of hospitaliation in national Hospital of pediatrics from december 2012 to june 2013
Trương Thị Mai Hồng
- 9 **Đ**ánh giá chất lượng sơ cấp cứu ban đầu và kết quả điều trị chấn thương cột sống đoạn ngực thắt lưng tại 7 bệnh viện Việt Nam
Assessment of first aid quality and outcome of thoracolumbar spine injury treatment in 7 hospitals in Vietnam
Phạm Ngọc Huy, Nguyễn Lê Bảo Tiến,
Đình Ngọc Sơn, Võ Văn Thanh

- 10 **Chẩn đoán và điều trị chấn thương bụng kín ở bệnh nhân có chấn thương sọ não**
Diagnosis and treatment of blunt abdominal trauma accompanying cranial trauma
Lê Tư Hoàng, Phạm Trung Hiếu
- 11 **Đánh giá kiến thức thái độ hành vi chăm sóc của cha mẹ có trẻ thừa cân béo phì tại Khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2016**
Evaluate parental knowledge, attitudes and behaviours whose their children with overweight and obesity at pediatric department, Tien Giang general Hospital in 2016
Tạ Văn Trâm, Phạm Thế Hiền
- 12 **Nghiên cứu giá trị của phương pháp chụp xquang phổi trong chẩn đoán lao phổi tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Hải Dương**
Resecher the value diagnostic of chest x ray in lung tuberculosis
Trần Văn Việt, Nguyễn Xuân Hiền
- 13 **Đánh giá tình trạng bệnh răng miệng của học sinh lớp 5 tại hai trường tiểu học Thành phố Nam Định, năm 2013**
To evaluate oral diseases status of 5th graders at two primary school nam Dinh City, 2013
Nguyễn Xuân Thực, Mai Thị Liên
- 14 **Nghiên cứu một số đặc điểm về vi khuẩn gây bệnh viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Thái Bình**
Study on some characteristics of the bacteria that cause pneumonia in children under 5 years old at children's Hospital in Thai Binh province
Lương Đức Sơn, Trần Thị Khuyên, Đỗ Văn Dung
- 15 **Xây dựng và thẩm định quy trình thử độ hòa tan của viên nén chứa paracetamol và ibuprofen bằng quang phổ UV-VIS**
Dissolution method development and validation for combination of ibuprofen and paracetamol tablets by UV spectrophotometry
Nguyễn Thị Ngọc Vân, Nguyễn Văn Bạch, Tạ Chiêu Phụng
- 16 **Kết quả thay khớp háng toàn phần không xi măng ở người cao tuổi**
Results of cementless total hip arthroplasty in the elderly
Đào Xuân Thành, Nguyễn Quốc Dũng
- 17 **Rối loạn sắc giác ở sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Hà Nội năm 2015 - 2016**
Prevalence of colour blindness in first year medical students of Hanoi medical university
Hoàng Thúy Nga, Nguyễn Thu Hiền, Lê Đình Tùng
- 18 **Đánh giá kết quả phẫu thuật u Warthin tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội**
Assess the result of the Warthin parotid salivary gland tumor surgery in Ha Noi national dentomaxillofacial Hospital
Phạm Hoàng Tuấn, Nguyễn Quang Bình
- 19 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị đục thể thủy tinh do chấn thương**
Research on clinical characteristics and treatment results of the traumatic cataract
Nguyễn Quốc Đạt
- 20 **Đánh giá độ nặng ở bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn qua định lượng nọc rắn trong huyết thanh bằng kỹ thuật Elisa**
Evaluate severity of patients with cobra bites through measurement of serum snake venom by Elisa
Bế Hồng Thu, Ngô Đức Ngọc

21 **Nghiên cứu chỉ số vận tốc dòng chảy của doppler ống tĩnh mạch ở thai bình thường tuổi thai từ 22 đến 37 tuần**
Study on flow velocity of ductus venosus doppler indices of normal fetuses from 22 to 37 gestational week

**Nguyễn Thị Hồng, Lê Hoàng, Nguyễn Thị Tuyết Mai,
Đặng Thị Hồng Thiện, Hoàng Thị Ngọc Trâm**

22 **Một số nhận xét về điều trị phẫu thuật các bệnh tim bẩm sinh ở người lớn tại Viện Tim mạch Việt Nam từ 2011 đến 2015**
Result of surgical management for adult congenital heart disease patient in Vietnam heart institute from 2011 to 2015

Dương Đức Hùng

23 **Thái độ về phòng ngừa và điều trị bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi tại Thành phố Mỹ Tho, Tiền Giang năm 2011**
Attitude in treatment and prevention of hypertension in the elderly in my Tho City, Tien Giang province in 2011

Tạ Văn Trâm, Phạm Thế Hiền

24 **Kết quả thụ tinh trong ống nghiệm trên bệnh nhân kích thích buồng trứng bằng phác đồ ngắn có số noãn < 3**
The outcome after short-protocol stimulation with number of oocytes retrieved < 3

Nguyễn Xuân Hợi

25 **Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của chấn thương cột sống ngực thắt lưng tại 7 bệnh viện năm 2013**
Clinical and imaging features of thoracolumbar spine injury spinal in 7 hospitals in 2013

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

26 **Đánh giá chẩn đoán và điều trị ung thư đại trực tràng được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong năm 2014**
Results of surgery treatment for colorectal cancer at Viet Duc Hospital in 2014

Hoàng Minh Đức, Lê Tư Hoàng, Nguyễn Thanh Long

27 **Đặc điểm cấu trúc mô học của thể vân và liềm đen ở chuột cống trắng trưởng thành**
Histological structure of striatum and substantia nigra in adult rat

Nguyễn Mạnh Hà, Trịnh Thị Ngọc Yến

28 **Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị nút mạch u cơ trơn tử cung bằng hạt vi cầu embozene**
The factor effect the result of uterine fibroid embolization by embozenemicrospheres

Lê Văn Khánh, Nguyễn Xuân Hiền

29 **Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh răng miệng của học sinh lớp 5 tại hai trường tiểu học Thành Phố Nam Định, năm 2013**
Knowledge, attitude, practice of oral disease prevention of 5th graders at two primary school Nam Dinh City, 2013

Nguyễn Xuân Thực, Mai Thị Liên

30 **Nghiên cứu một số đặc điểm cận lâm sàng bệnh viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Thái Bình**
Study some subclinical characteristics of pneumonia in children under 5 years old at children's hospital in thai binh province

Lương Đức Sơn, Trần Thị Khuyên, Đỗ Văn Dung

- 31 **Khảo sát công tác bảo quản thuốc tại các nhà thuốc trên địa bàn tỉnh Kiên Giang năm 2015**
The study on drugs preservation of pharmacies in Kien Giang province in 2014
Đào Thị Bích Thuận, Nguyễn Văn Bạch, Nguyễn Thị Ngọc Vân
- 32 **Mối liên quan giữa khuyết chức năng thị giác và chất lượng sống của bệnh nhân glôcôm nguyên phát**
The relationship between visual functional defect and quality of life in primary glaucoma patients
Nguyễn Quốc Đạt
- 33 **Cải thiện tình trạng dinh dưỡng, biếng ăn, rối loạn tiêu hóa và nhiễm khuẩn hô hấp cho trẻ 24-60 tháng tuổi bằng sản phẩm dinh dưỡng pedia Grow**
Improving nutritional status, anorexia, digestive disorders and respiratory infection for children aged 24-60 months nutrition product pedia Grow
Cao Thị Thu Hương
- 34 **Đặc điểm dẫn truyền thần kinh cảm giác chi trên ở người bình thường khỏe mạnh 18 - 24 tuổi**
Normative data of upper limb sensory nerve conduction in healthy adults aged 18 - 24
Nguyễn Minh Thành, Lê Đình Tùng
- 35 **Đặc điểm dịch tễ học các bệnh lý răng hàm mặt chuyển tuyến tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang trong 3 năm (2014-2016)**
Features epidemiological physical diseases dentomaxillofacial transit in Tien Giang center Hospital in 3 years (2014-2016)
Phạm Thế Hiền, Lê Hoàng Hạnh
- 36 **Chi phí - hiệu quả của Liraglutide trong điều trị đái tháo đường típ II**
Cost and cost – effectiveness of Liraglutide for treatment of diabetes mellitus type II – a systematic review
Phạm Huy Tuấn Kiệt, Kiều Thị Tuyết Mai, Lê Văn Trụ, Phan Văn Báo
- 37 **Giá trị thang điểm apache II, sofa trong tiên lượng tử vong trong 60 ngày ở bệnh nhân ngộ độc cấp Paraquat**
Evaluation the value of apache II, sofa score in mortality prognosis during 60 days in acute Paraquat poisoning
Ngô Đức Ngọc, Nguyễn Trung Nguyên
- 38 **Đái dầm có phải là một bệnh tự khỏi hay không và phải làm gì trước một bệnh nhân đến khám vì đái dầm?**
Do we have to treat enuresis and what should we do for patients who suffer from enuresis?
Nguyễn Phú Việt, Nguyễn Phương Hồng
- 39 **Đặc điểm lâm sàng, phát triển thể chất ở trẻ mắc hen phế quản từ 6 đến 15 tuổi tại đảo Cát Hải, Hải Phòng**
Clinical and physical assessments among bronchial asthma in children aged 6 to 15 years in Cat Hai island, Hai Phong
Nguyễn Thị Ánh Hoàng, Thái Lan Anh, Nguyễn Văn Khải
- 40 **Đặc điểm hình thái noãn MII sau kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist**
Morphometric parameters of MII human oocytes from ivf patients undergoing antagonist protocol
Nguyễn Mạnh Hà, Nguyễn Thị Linh

- 41 **Nhận xét đặc điểm răng nanh hàm trên ngầm bằng CT conebeam tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội**
Comment the features of the underground maxillary canines by CT conebeam in national Hospital of odonto stomatology

Phạm Hoàng Tuấn, Phạm Quang Bình

- 42 **Hiệu quả sản phẩm dinh dưỡng pedia Grow đến tình trạng dinh dưỡng và phát triển tâm vận động của trẻ 24-60 tháng tuổi**
Efficacy of nutrition product pedia Grow on nutritional status and motor-cognitive of children aged 24-60 months

Cao Thị Thu Hương

- 43 **Đánh giá kết quả nút mạch cầm máu cấp cứu ung thư biểu mô tế bào gan vỡ**
Evaluate the emergency hemostatic embolization results for the ruptured hepatocellular carcinoma

Lê Thanh Dũng, Trần Việt Hùng, Trần Đình Thơ

- 44 **Độc tính bán trường diễn của dịch chiết sừng rắn trên thực nghiệm**
Evaluation of subchronic toxic of "Song ran" ethanolextract in newzealand-white rabbits

**Nguyễn Thị Minh Thúy, Nguyễn Quý Thái, Đào Thanh Hoa,
Phạm Thị Vân Anh, Nguyễn Thị Thanh Hà**

- 45 **Đặc điểm rối loạn đường huyết ở bệnh nhân ngộ độc cấp**
The characteristic of glycemetic disorder in acute poisoning patients

Ngô Đức Ngọc, Nguyễn Huy Ngọc

- 46 **So sánh đáp ứng điều trị và độc tính cấp của hóa xạ trị đồng thời với cisplatin hàng tuần và mỗi ba tuần trong ung thư vòm mũi họng giai đoạn IIB**
Preliminary outcome and acute toxicity of weekly versus triweekly cisplatin based concurrent chemoradiotherapy in nasopharyngeal carcinoma stage IIB

Trần Thị Kim Phượng, Võ Văn Xuân, Tạ Văn Tờ

- 47 **Nghiên cứu sự thay đổi độ dày võng mạc vùng hoàng điểm trong các bệnh võng mạc bằng chụp cắt lớp võng mạc OCT**
Research of the thickness change of the macular retina in the retinopathies by OCT

Nguyễn Quốc Đạt

- 48 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Phú Thọ**
Clinical and paraclinical characteristics of community – acquired pneumonia in Phu Tho province general Hospital

Nguyễn Huy Ngọc

- 49 **Nghiên cứu nồng độ troponin huyết thanh và liên quan với đặc điểm siêu âm tim ở bệnh nhân suy tim mạn do bệnh tim thiếu máu cục bộ**
Study serum troponin concentration and correlate with characteristics of echocardiography of patients with chronic heart failure due to ischemia heart disease

Mai Hoài Sang, Trần Viết An