

TẠP CHÍ



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 6 - SỐ 2
2017

TẬP 455

TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL ASSOCIATION

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

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

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

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

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

SỰ THAY ĐỔI KÍCH THƯỚC CUNG RĂNG Ở NHÓM HỌC SINH NGƯỜI VIỆT LỨA TUỔI 11-12

Phạm Cao Phong*, Lê Gia Vinh**, Võ Trương Như Ngọc***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự thay đổi một số kích thước cung răng ở nhóm học sinh người Việt lứa tuổi 11-12. **Đối tượng nghiên cứu:** Trẻ em 11 tuổi, theo dõi sau một năm. Học tại 3 trường THCS Quận Hai Bà Trưng Hà Nội. **Phương pháp NC:** Mô tả dọc. **Cỡ mẫu:** 130 học sinh. **Kết quả:** Rộng trước trên ($-0,55 \pm 1,56\text{mm}$), Rộng sau trên 1 ($-0,75 \pm 1,95\text{mm}$), Rộng sau trên 2 ($-0,68 \pm 2,15\text{mm}$), Dài trước trên ($0,09 \pm 1,22\text{mm}$), Dài sau trên 1 ($0,32 \pm 1,72\text{mm}$), Dài sau trên 2 ($0,25 \pm 1,60\text{mm}$), Rộng trước dưới ($-0,77 \pm 1,66\text{mm}$), Rộng sau dưới 1 ($-0,82 \pm 1,71\text{mm}$), Rộng sau dưới 2 ($-0,46 \pm 2,98\text{mm}$), Dài trước dưới ($0,28 \pm 1,09\text{mm}$), Dài sau dưới 1 ($0,79 \pm 1,51\text{mm}$), Dài sau dưới 2 ($0,77 \pm 1,50\text{mm}$), Chu vi cung răng trên ($1,94 \pm 3,08\text{mm}$), Chu vi cung răng dưới ($1,96 \pm 2,98\text{mm}$). **Kết luận:** Chiều rộng cung răng hàm trên và hàm dưới giảm, chiều dài và chu vi cung răng tăng ở cả hai giới.

Từ khóa: Kích thước cung răng, sự thay đổi kích thước cung răng.

SUMMARY

CHANGES IN DENTAL ARCH DIMENSIONS IN VIETNAMESE CHILDREN FROM 11 TO 12 YEARS OLD

Background: During the aged of 11-12, the changes that occur in the dental arches are consequences of tooth movement and growth of supporting bone. Changes in the dental arch should be assessed to identify etiological factors associated with malocclusion problem. **Objectives:** This study aims to assess the changes in the dental arch dimensions in Vietnamese children from 11 to 12 years old. **Materials and methods:** Children 11 years of age, follow-up after one year, studying in 3 secondary schools. Hai Ba Trưng district, Hanoi. This is a descriptive longitudinal study. The sample comprised 130 children 11-12 year of age. Sample size: 130 pupils. **Results:** Maxillary intercanine width ($-0.55 \pm 1.56\text{mm}$), Maxillary intermolar width ($-0.75 \pm 1.95\text{mm}$), Maxillary intermolar width ($-0.68 \pm 2.15\text{mm}$), Anterior maxillary segment length ($0.09 \pm 1.22\text{mm}$), Posterior maxillary segment length ($0.32 \pm 1.72\text{mm}$), Posterior maxillary segment length ($0.25 \pm 1.60\text{mm}$), Mandibular intercanine width ($-0.77 \pm 1.66\text{mm}$), Mandibular intermolar width ($-0.82 \pm 1.71\text{mm}$), Mandibular intermolar width ($-0.46 \pm 2.98\text{mm}$), Anterior mandibular segment length

($0.28 \pm 1.09\text{mm}$), Posterior mandibular segment length ($0.79 \pm 1.51\text{mm}$), Posterior mandibular segment length ($0.77 \pm 1.50\text{mm}$) circumference. **Conclusions:** The width in mandibular and maxillary decreases, the dental arch length increased in both sexes.

Keywords: Dental arch dimensions, change of dental arch dimensions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lứa tuổi 11,12 bộ răng hỗn hợp đã tương đối ổn định. Nhưng sự thay đổi các kích thước cung răng vẫn diễn ra nhanh chóng do sự phát triển của xương hàm và sự dịch chuyển răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất vào khoảng Leeway.

Trên thế giới đã có rất nhiều công trình nghiên cứu về sự thay đổi kích thước cung răng như công trình của Barrow[1], kết quả cho thấy chiều rộng cung răng có thay đổi nhiều ở thời kỳ chuyển tiếp từ bộ răng sữa sang bộ răng hỗn hợp. Ở Việt nam có nghiên cứu Lê Đức Lánh [2], tác giả đã nghiên cứu đặc điểm hình thái cung răng của 140 trẻ em từ 12-15 tuổi trên mẫu thạch cao, kết quả cũng cho thấy kích thước cung răng vẫn có sự thay đổi nhiều trong giai đoạn từ 12-15.

Nắm vững các giá trị trung bình cũng như sự thay đổi các kích thước cung răng sẽ giúp các bác sỹ đưa ra những can thiệp sớm để giữ khoảng Leeway để giảm các trường hợp phải nhổ răng mà vẫn đạt kết quả tốt. Vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi với mục tiêu: Mô tả sự thay đổi một số kích thước cung răng ở nhóm học sinh người Việt lứa tuổi 11-12.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em 11 tuổi, theo dõi sau một năm. Trường THCS Ngô Quyền, Hà Huy Tập, Lê Ngọc Hân, Q.HBT - HN.

- Tiêu chuẩn lựa chọn.

- + Có ông bà, cha mẹ là người Việt Nam, dân tộc Việt; có sức khỏe bình thường.
- + Các răng khoẻ mạnh, hoặc có bệnh lý nhưng đã được điều trị nhưng thân răng sữa còn nguyên.
- + Khớp cắn bình thường, có thể chấp nhận được về lâm sàng.

+ Lúc bắt đầu nghiên cứu, tuổi trung bình là 11 năm $\pm$ 3 tháng dựa vào ngày sinh nhật của HS.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Không đủ tiêu chuẩn lựa chọn trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

*Bệnh viện Thanh Nhàn Hà Nội

**Học viện Quân Y

***Viện Đào tạo RHM-Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Cao Phong

Email: nhakhoahauphong@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/4/2017

Ngày phản biện khoa học: 29/4/2017

Ngày duyệt bài: 10/5/2017

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả dọc.

- **Cỡ mẫu:** Công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times SD^2 / d^2$$

Chúng tôi lấy 130 HS cho cả 2 giới (69 Nam, 61 Nữ).

- **Cách chọn mẫu:** Chọn mẫu có chủ đích, đáp ứng theo đúng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

- Thời gian: Tháng 2/2015 và tháng 2/2016.

- Địa điểm nghiên cứu: Viện đào tạo Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Hà Nội.

2.4. Các bước tiến hành: Tiến hành đo các kích thước cung răng bằng thước đo điện tử với

độ chính xác 0,01mm.



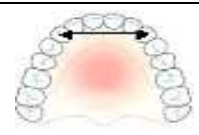
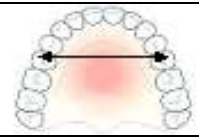
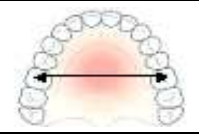
Thước trượt điện tử với hai loại đầu [3]

2.5. Các tham số nghiên cứu: Chiều dài cung răng, chiều rộng cung răng, chu vi cung răng,

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

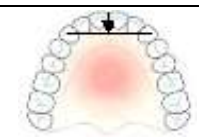
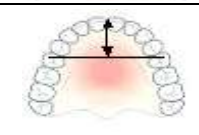
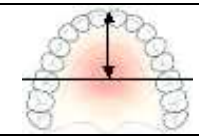
1. Kích thước và sự thay đổi kích thước cung răng hàm trên.

Bảng 3.1. Chiều rộng cung răng hàm trên.

Tham số		TB±ĐLC				p2
		Giới	11 tuổi	12 tuổi	Δ	
	Rộng trước trên (RTT)	Nam	35,31±2,32	35,01±2,30	-0,30±1,51	>0,05
		Nữ	34,34±2,10	33,52±1,80	-0,83±1,58	<0,001
		Chung	34,86±2,26	34,31±2,20	-0,55±1,56	<0,001
		p1	<0,01	<0,001	<0,05	
	Rộng sau trên 1 (RST1)	Nam	47,95±2,69	47,40±2,74	-0,55±2,20	<0,05
		Nữ	47,14±2,81	46,17±2,74	-0,97±1,62	<0,001
		Chung	47,57±2,77	46,82±2,80	-0,75±1,95	<0,001
		p1	<0,05	<0,01	>0,05	
	Rộng sau trên 2 (RST2)	Nam	53,62±2,50	52,98±2,59	-0,64±1,61	<0,001
		Nữ	51,86±3,06	51,13±2,31	-0,73±2,64	<0,05
		Chung	52,79±2,91	52,11±2,62	-0,68±2,15	<0,001
		p1	<0,001	<0,001	>0,05	

Nhận xét: Chiều rộng cung trên hàm trên của nam lớn hơn nữ ở cả hai lứa tuổi, chiều rộng cung răng giảm sau theo dõi một năm. Mức độ giảm có sự khác biệt giữa nam và nữ ở chiều rộng trước trên (P < 0,05).

Bảng 3.2. Chiều dài cung răng hàm trên.

Tham số		TB±ĐLC				Giá trị P
		Giới	11 tuổi	12 tuổi	Δ	
	Dài trước trên (DTT)	Nam	10,66±1,55	10,76±1,51	0,11±1,30	>0,05
		Nữ	10,35±1,41	10,43±1,52	0,08±1,14	>0,05
		Chung	10,51±1,49	10,61±1,52	0,09±1,22	>0,05
		p1	>0,05	>0,05	>0,05	
	Dài sau trên 1 (DST1)	Nam	24,76±2,08	25,26±1,87	0,50±1,82	<0,05
		Nữ	24,35±1,88	24,46±2,15	0,10±1,58	>0,05
		Chung	24,57±1,99	24,88±2,03	0,32±1,72	<0,05
		p1	>0,05	<0,05	>0,05	
	Dài sau trên 2 (DST2)	Nam	31,54±1,98	31,80±2,11	0,26±1,76	>0,05
		Nữ	30,92±1,87	31,16±2,09	0,25±1,40	>0,05
		Chung	31,25±1,95	31,50±2,12	0,25±1,60	<0,05
		p1	<0,05	<0,05	>0,05	

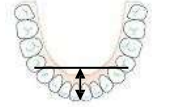
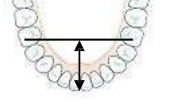
Nhận xét: Chiều dài cung răng hàm trên của nam lớn hơn nữ ở cả hai lứa tuổi, chiều dài tăng sau theo dõi một năm. Mức độ tăng không có sự khác biệt giữa nam và nữ (P > 0,05).

2. Kích thước và sự thay đổi kích thước cung răng hàm dưới.**Bảng 3.3. Chiều rộng cung răng hàm dưới.**

Tham số		TB±ĐLC				Giá trị P
		Giới	11 tuổi	12 tuổi	Δ	
	Rộng trước dưới (RTD)	Nam	27,60±2,36	26,72±2,45	-0,87±1,51	<0,001
		Nữ	26,76±2,08	26,09±2,44	-0,67±1,82	<0,01
		Chung	27,20±2,26	26,42±2,46	-0,77±1,66	<0,001
		p1	<0,05	>0,05	>0,05	
	Rộng sau dưới1 (RSD1)	Nam	40,95±2,65	40,21±2,55	-0,74±1,82	<0,001
		Nữ	40,03±2,36	39,12±2,47	-0,91±1,59	<0,001
		Chung	40,52±2,55	39,70±2,56	-0,82±1,71	<0,001
		p1	<0,05	<0,01	>0,05	
	Rộng sau dưới2 (RSD2)	Nam	46,22±2,62	45,46±2,29	-0,76±1,49	<0,001
		Nữ	44,55±4,26	44,42±2,31	-0,12±4,04	>0,05
		Chung	45,43±3,57	44,97±2,35	-0,46±2,98	<0,05
		p1	<0,01	<0,01	>0,05	

Nhận xét: Chiều rộng cung trên hàm dưới của nam lớn hơn nữ ở cả hai lứa tuổi, kích thước chiều rộng giảm sau theo dõi một năm. Mức độ giảm không có sự khác biệt giữa nam và nữ (P > 0,05).

Bảng 3.4. Chiều dài cung răng hàm dưới.

Tham số		TB±ĐLC				Giá trị P
		Giới	11 tuổi	12 tuổi	Δ	
	Dài trước dưới (DTD)	Nam	6,68±1,23	7,04±1,09	0,36±1,24	<0,01
		Nữ	6,54±1,16	6,73±1,02	0,19±0,88	>0,05
		Chung	6,61±1,19	6,89±1,07	0,28±1,09	<0,01
		p1	>0,05	>0,05	>0,05	
	Dài sau dưới 1 (DSD1)	Nam	19,58±1,69	20,40±1,75	0,82±1,59	<0,001
		Nữ	19,03±1,53	19,78±1,57	0,75±1,43	<0,001
		Chung	19,32±1,64	20,11±1,69	0,79±1,51	<0,001
		p1	<0,05	<0,05	>0,05	
	Dài sau dưới 2 (DSD2)	Nam	26,67±1,94	27,36±1,80	0,69±1,62	<0,001
		Nữ	25,87±1,59	26,72±1,67	0,85±1,36	<0,001
		Chung	26,29±1,83	27,06±1,76	0,77±1,50	<0,001
		p1	<0,01	<0,05	>0,05	

Nhận xét: Chiều dài cung răng hàm dưới của nam lớn hơn nữ ở cả hai lứa tuổi, kích thước chiều dài tăng sau theo dõi một năm. Mức độ tăng không có sự khác biệt giữa nam và nữ (P > 0,05).

Bảng 3.5. Chu vi cung răng.

Tham số		TB±ĐLC				Giá trị P
		Giới	11 tuổi	12 tuổi	Δ	
	Chu vi cung răng trên	Nam	80,33±3,64	82,50±3,55	2,17±3,01	<0,001
		Nữ	78,71±4,34	80,40±3,10	1,68±3,15	<0,001
		Chung	79,57±4,05	81,51±3,50	1,94±3,08	<0,001
		p1	<0,05	<0,001	>0,05	
	Chu vi cung răng dưới	Nam	70,35±3,85	72,59±3,55	2,24±2,84	<0,001
		Nữ	69,02±3,93	70,68±3,51	1,66±3,12	<0,001
		Chung	69,73±3,93	71,69±3,65	1,96±2,98	<0,001
		p1	<0,05	<0,01	>0,05	

Nhận xét: Chu vi cung răng hàm trên của nam lớn hơn nữ, mức tăng trưởng rất rõ ràng. Mức độ tăng trưởng không có sự khác biệt giữa nam và nữ.

Bảng 3.7. Phương trình hồi quy giữa kích thước của cung răng trên và dưới.

Phương trình 1: Giữa chiều rộng phía trước cung răng trên và dưới	$Y = 0,45 X + 22,48$ Y: Chiều rộng phía trước cung răng trên(RTT). X: Chiều rộng phía trước cung răng dưới(RTD).
Phương trình 2: Giữa chiều rộng phía sau cung răng trên và dưới	$Y = 0,70 X + 19,16$ Y: Chiều rộng phía sau cung răng trên(RST1).

	X: Chiều rộng phía sau cung răng dưới(RSD1).
	$Y = 0,69 X + 31,74$
Phương trình 3: Giữa chu vi cung răng trên và dưới	Y: Chu vi cung răng trên(CVT). X: Chu vi cung răng dưới(CVD).

IV. BÀN LUẬN

- Chiều rộng cung răng trong NC của chúng tôi giảm sau một năm theo dõi. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự như nghiên cứu của Barrow [1], tác giả kết luận: Chiều rộng cung răng ít thay đổi từ 3-5 tuổi, tăng nhanh từ 5-9 tuổi (tăng khoảng 4mm ở hàm trên và 3mm ở hàm dưới), từ 11-15 tuổi có sự giảm chiều rộng cung răng (0,4mm ở hàm trên và 0,9mm ở hàm dưới). Sở dĩ có sự giảm chiều rộng cung răng là do sự di gần của răng hàm lớn thứ nhất và hướng hội tụ của răng hàm dưới nhiều hơn.

- Chiều dài cung răng tăng ở cả hàm trên và hàm dưới. Nghiên cứu của Barrow [1], cho kết quả giai đoạn từ 6 đến 12 tuổi chiều dài cung răng hàm trên tăng 1,0mm, nhưng chiều dài cung răng hàm dưới giảm 1,12mm. Sự khác biệt này có thể mẫu hai nghiên cứu thuộc hai chủng tộc người khác nhau.

V. KẾT LUẬN

- Chiều rộng cung răng hàm trên của nam đều lớn hơn nữ ở cả hai lứa tuổi, thay đổi theo hướng giảm kích thước. Chiều rộng trước của nữ giảm nhiều hơn nam, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Chiều dài cung răng hàm trên của nam đều lớn hơn nữ ở cả hai lứa tuổi. Nhưng chỉ có chiều dài sau trên 2 ở hai lứa tuổi thì sự khác biệt mới có ý nghĩa thống kê. Sự thay đổi theo hướng tăng kích thước ở cả hai giới.

- Chiều rộng cung răng hàm dưới thay đổi theo hướng giảm cả ba kích thước kích thước.

- Chiều dài cung răng hàm dưới tăng kích thước ở cả hai giới, mức độ gia tăng kích thước không có sự khác biệt ở cả hai giới.

- Chu vi cung răng của nam lớn hơn nữ ở cả hai lứa tuổi. Thay đổi theo hướng tăng kích thước ở cả hai giới, mức độ tăng trưởng ở cả hai giới tương đương nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barrow G.V., White J.D. (1952), "Developmental changes of the maxillary and mandibular dental arches", *The Angle Orthod*, 22(1), pp. 41-46.
2. Lê Đức Lành (2002). *Nghiên cứu đặc điểm hình thái đầu mặt cung răng ở trẻ em từ 12-15 tuổi bằng phương pháp đo trực tiếp và trên mẫu thạch cao*. Luận án tiến sĩ y học ĐH Y Dược TP HCM.
3. Trịnh Hồng Hương. *Nghiên cứu sự thay đổi của cung răng và khớp cắn từ hệ răng hỗn hợp sang hệ răng vĩnh viễn ở học sinh từ 9 đến 12 tuổi*. Luận án tiến sĩ y học ĐH Y Hà Nội.
4. Moorrees C.F.A. (1959), "The dentition of the growing child: A longitudinal study of the dental development between 3 and 18 years of age", *Cambridge: Harvard University Press*, pp 87-110.
5. VanDerLinden F.P.G.M., *Facial Growth and Facial Orthopedics*, Quintessence Publishing Co., Ltd 1989.
6. Ngô Thị Quỳnh Lan (2000). *Nghiên cứu dọc sự phát triển của đầu mặt và cung răng ở trẻ từ 3-5,5 tuổi*. Luận án tiến sĩ y học ĐH Y Dược TP HCM.
7. Knott V.B. (1972), "Longitudinal study of dental arch widths at four stages of dentition", *The Angle Orthod*, pp. 387-394.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH GÚT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG NĂM 2015-2016

Đinh Thị Phương Lan*, Trịnh Hồng Nhung**, Phạm Chính Nghĩa**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Từ những năm đầu thế kỷ 21, tỷ lệ bệnh gút và tăng acid uric đã và đang gia tăng rất

nhanh trên toàn cầu, các biểu hiện lâm sàng của bệnh, tuổi và giới của người bệnh, các bệnh liên quan, đáp ứng điều trị, hậu quả xấu của bệnh, các mối liên quan của bệnh với các bệnh lý khác có nhiều thay đổi, bệnh được coi là có thể chữa được thì lại trở nên khó trị trên thực tế. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp của các bệnh nhân gút điều trị tại bệnh viện Việt Tiệp năm 2015-2016. Đánh giá một số yếu tố nguy cơ tăng acid uric máu ở những bệnh nhân nói trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 111 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh gút theo tiêu chuẩn ILAR và Omeract năm 2000 tại bệnh viện Việt Tiệp

*Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Chính Nghĩa

Email: phamchinhnghia5288@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/3/2017

Ngày phản biện khoa học: 22/4/2017

Ngày duyệt bài: 10/5/2017

năm 2015-2016. **Kết luận:** Vị trí các khớp viêm chủ yếu gặp ở chi dưới: cao nhất là khớp bàn ngón chân cái (50,4%), tiếp theo là khớp gối, cổ chân và có 28,8% viêm đồng thời nhiều khớp. Dấu hiệu đường đôi trong siêu âm khớp xuất hiện chiếm 41,4%, trong đó khớp bàn ngón chân I gặp 48,2%, khớp gối gặp 40,7%, cổ chân gặp 35,0%. Sự xuất hiện của dấu hiệu đường đôi có liên quan đến tăng acid uric máu của bệnh nhân ($\chi^2=1.91$, $p<0.05$).

Từ khóa: Bệnh gút, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF GOUT AT VIET TIEP HOSPITAL IN HAIPHONG IN 2015-2016

Background: From the beginning of the 21st century, the incidence of gout and hyperuricemia has been increasing rapidly around the world, clinical manifestation of the disease, age and sex of the patient, related diseases, response to treatment, adverse effects of the disease, and disease linkages with other pathologically significant changes, which are considered treatable, are difficult to treat in reality. **Objectives:** To describe the clinical, paraclinical characteristics of gout patients treated at Viet Tiep hospital in 2015-2016. Evaluating some risk factors for hyperuricemia in these patients. **Subjects and methods of study:** A cross-sectional descriptive study, including 111 patients diagnosed with gout according to ILAR and Omeract criteria in 2000 at Viet Tiep hospital in 2015-2016. **Conclusion:** The location of inflammatory joints is mainly found in the lower extremities: the highest is the toe joint (50.4%), followed by the knee and ankle and 28.8% of arthritis. Signs of double-track ultrasound arthritis occurred 41.4%, in which the toe was 48.2%, the knee was 40.7%, the ankle was 35.0%. The appearance of double-contour sign was associated with hyperuricemia in patients ($\chi^2=1.91$, $p<0.05$).

Key words: Gout, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gút (Gout) là bệnh do rối loạn chuyển hóa các nhân purines dẫn đến tình trạng tăng acid uric mạn tính trong máu gây nên sự lắng đọng các tinh thể muối urat (monosodium urat) ở các mô đặc biệt là khớp. Bệnh thường được biểu hiện bằng các đợt viêm khớp cấp tính, mạn tính, hình thành các hạt tophi, sỏi thận, suy thận... Từ những năm đầu thế kỷ 21, các nhà khoa học đã nhận thấy tỷ lệ bệnh gút và tăng acid uric đã và đang gia tăng nhanh chóng [2]. Các biểu hiện bệnh, tuổi, giới của người bệnh, các bệnh lý liên quan, đáp ứng điều trị, hậu quả của bệnh đã có nhiều thay đổi khiến bệnh trở nên khó điều trị. Tỷ lệ mắc trên thế giới 1%-10%, nhất là các nước phát triển như Mỹ, Đài Loan, New Zealand [2]. Có một số lý do làm gia tăng tỷ lệ bệnh đó là: sự phát triển và thay đổi

xã hội, sự gia tăng tuổi thọ của con người, tăng tiêu thụ bia, rượu, tăng sử dụng thức ăn giàu purin, tăng sử dụng thuốc trong bệnh lý tim mạch, gia tăng nhanh bệnh lý hội chứng chuyển hóa, gia tăng cuộc sống bệnh nhân bệnh lý thận. Nhiều nghiên cứu mới đây đã khẳng định tăng acid uric máu không chỉ là yếu tố nguy cơ quan trọng bệnh gút mà còn là yếu tố nguy cơ tim mạch độc lập làm gia tăng nguy cơ tử vong, là một yếu tố của hội chứng chuyển hóa và gây suy giảm chức năng thận [6]. Tỷ lệ bệnh ở mỗi quốc gia, vùng miền là rất khác nhau, vì vậy cần có những nghiên cứu để đánh giá đúng tình trạng tăng acid uric máu và tỷ lệ mắc bệnh gút. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu:

- *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp của các bệnh nhân gút điều trị tại bệnh viện Việt Tiệp năm 2015-2016.*

- *Đánh giá một số yếu tố nguy cơ tăng acid uric máu ở những bệnh nhân trên*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn ILAR và Omeract năm 2000, nằm điều trị tại khoa Nội 2 bệnh viện Việt Tiệp từ năm 2015-2016.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh tăng acid uric máu đơn thuần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu 111 bệnh nhân

- Chẩn đoán bệnh gút theo tiêu chuẩn ILAR và Omeract năm 2000 [7]

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: phần mềm SPSS 16.0 và các test thống kê thường dùng trong y học: χ^2 , RR, p.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1.1. Phân bố về tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Giới	n	%	P
≤ 39	Nam	8	7.2	<0.05
	Nữ	0	0	
40-59	Nam	41	36.9	<0.05
	Nữ	0	0	
60-79	Nam	43	38.7	<0.05
	Nữ	9	8.1	
≥ 80	Nam	9	8.1	<0.05
	Nữ	1	1.0	
Tuổi trung bình		61,52 ± 14,54		

Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh gặp nhiều ở độ tuổi từ 40-59 (36,9%) và từ 60-79 (46,8%), tuy nhiên tuổi từ 60-79 chiếm ưu thế hơn. Nhận thấy

ở các nhóm tuổi tỷ lệ nam giới mắc nhiều hơn nữ giới (91%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $61,52 \pm 14,54$ tuổi.

Bảng 3.1.2. Tính chất khởi phát cơn gút

Tính chất khởi phát	n	%
Đột ngột	78	70.3
Từ từ	33	29.7

Đại đa số cơn khởi phát có tính chất đột ngột (70,3%)

Bảng 3.1.3. Vị trí các khớp viêm

Vị trí (Khớp)	n	%
Bàn ngón chân cái	56	50.4
Cổ chân	13	11.7
Gối	27	24.3

Khủy	1	0.09
Cổ tay	4	3.6
Bàn ngón tay	2	0.18
Nhiều khớp	32	28.8

Vị trí các khớp viêm chủ yếu gặp ở chi dưới. Viêm khớp bàn ngón chân I (ngón chân cái) có tỷ lệ cao nhất (50,4%), khớp gối gặp 24,3%, khớp cổ chân 11,7%

Bảng 3.1.4. Tỷ lệ hạt Tophi

Hạt Tophi	n	%
Có	61	54.9
Không	50	45.1

Tỷ lệ không có hạt tophi và có hạt tophi là gần tương đương nhau

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.2.1. Nồng độ acid uric máu theo tuổi, giới

Nhóm tuổi	Nồng độ acid uric máu TB ($\mu\text{mol/l}$)		p
	≤ 39	499.2 ± 160.5	
	40-59	512.1 ± 184.0	>0.05
	60-79	551.1 ± 190.4	
	≥ 80	528.1 ± 137.3	
	Nam	530.1 ± 186.8	>0.05
Giới	Nữ	587.1 ± 119.3	

Nồng độ acid uric máu trung bình $534,6 \pm 181,5$ ($\mu\text{mol/l}$). Có sự tăng dần nồng độ acid uric máu theo nhóm tuổi, ở nữ cao hơn ở nam, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Bảng 3.2.2. Dấu hiệu đường đôi trong siêu âm

Dấu hiệu đường đôi	n	%	P
Có	46	41.4	<0.05
Không	65	58.6	

Dấu hiệu đường đôi chỉ gặp ở 41,4% so với không gặp (58,6%), $p < 0,05$

Bảng 3.2.3. Dấu hiệu đường đôi tại vị trí khớp tổn thương

Vị trí khớp viêm	n	%
Bàn ngón chân I	27	48.2
Gối	11	40.7
Cổ chân	7	35.0

Dấu hiệu đường đôi hay gặp ở khớp bàn ngón chân I, khớp gối, khớp cổ chân

Bảng 3.2.4. Liên quan giữa dấu hiệu đường đôi với nồng độ acid uric máu

Nồng độ acid uric máu	Tăng	Bình thường
DH đường đôi		
Có	39	6
Không	51	15
$\chi^2=1.91, p<0.05$		

Sự xuất hiện của dấu hiệu đường đôi có liên quan đến tăng nồng độ acid uric máu với $\chi^2=1.91, p < 0.05$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.3. Một số yếu tố nguy cơ tăng acid uric máu

Bảng 3.3.1. Một số yếu tố nguy cơ tăng acid uric máu của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ		RR	95%CI
Nam		1.27	1.15-1.41
Suy thận mạn		0.96	0.78-1.18
THA		1.36	1.02-1.81
Béo phì		0.78	0.71-0.87
Bệnh mạch vành		0.80	0.72-0.87
Thuốc lợi tiểu		1.07	0.71-1.62
ĐTĐ		0.91	0.68-1.20
Chế độ ăn uống	Hải sản	0.72	0.67-0.94
	Thịt	0.56	0.41-0.68
	Rượu bia (>10gr/ngày)	1.37	0.93-2.00

Yếu tố nguy cơ liên quan nhiều nhất là sử dụng rượu bia >10gr/ngày ($RR=1,37, 95\%CI=0,93-2,00$) và tăng huyết áp ($RR=1,36$)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng: Ở nghiên cứu này

tỷ lệ bệnh nhân gút ở độ tuổi 60-79 chiếm ưu thế (46,8%), tuy nhiên ở độ tuổi 40-59 cũng có

một tỷ lệ đáng kể (36,9%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $61,52 \pm 14,54$ tuổi. Đa số đối tượng mắc là nam giới (91%), cụ thể ở từng nhóm tuổi tỷ lệ nam mắc nhiều hơn nữ với $p < 0,05$. Trong nghiên cứu này nữ chỉ chiếm 9%, gặp chủ yếu ở độ tuổi 60-79. Kết quả này phù hợp với y văn đã nêu bệnh gút gặp chủ yếu ở nam giới trưởng thành (thường trên 40 tuổi) ít gặp ở phụ nữ, nếu có thường gặp ở phụ nữ trên 60 tuổi. Đa số các cơn gút khởi phát đều có tính chất đột ngột (70,3%), còn lại có tính chất từ từ. Vị trí các khớp viêm chủ yếu gặp ở chi dưới. Viêm khớp bàn ngón chân I (ngón chân cái) có tỷ lệ cao nhất (50,4%), tiếp theo là khớp gối, cổ chân và có 28,8% viêm đồng thời nhiều khớp. Tỷ lệ này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác như Nguyễn Văn Quỳnh và cộng sự, viêm khớp bàn ngón chân cái chiếm 74,1%, khớp cổ chân 42% [5]; Nguyễn Tấn Trung viêm khớp bàn ngón chân cái là 67,6%, khớp gối 51,4% [1]. Điều này cũng phù hợp với vị trí lắng đọng của urat và cũng là vị trí thường gặp trong viêm khớp do gút. Điều đặc biệt là có tới 28,8% biểu hiện viêm đồng thời nhiều khớp, đa số rơi vào bệnh nhân có độ tuổi 40-59, thời gian mắc bệnh >5 năm và có liên quan nhiều đến rượu bia. Tỷ lệ có hạt tophi với không có là gần tương đương nhau, trong đó tỷ lệ có cao hơn (54,9%). Đây là biểu hiện của gút mạn tính, tiến triển theo thời gian hoàn toàn phù hợp với lứa tuổi mắc bệnh hay gặp ở độ tuổi 40-59 và 60-79.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng: Nồng độ acid uric máu trung bình: $534,6 \pm 181,5 \mu\text{mol/l}$. Có sự tăng dần nồng độ acid uric theo nhóm tuổi, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Theo một số tác giả cho thấy tuổi càng cao acid uric máu càng tăng. Nồng độ acid uric máu của nữ nhận thấy cao hơn nam, có thể là do tỷ lệ nữ mắc bệnh đều ở độ tuổi 60-79 có bệnh đồng mắc kèm theo như tăng huyết áp, đái tháo đường có suy tim, suy thận, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Sự xuất hiện của đường đôi chiếm tỷ lệ 41,4% so với không xuất hiện dấu hiệu đường đôi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Do tình thể được tìm thấy trong bệnh nhân gút phản hồi sóng siêu âm mạnh hơn mô xung quanh như dịch khớp, mô sụn vì vậy có thể nhận biết được. Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương khớp bàn ngón chân I gặp dấu hiệu đường đôi chiếm tỷ lệ cao 48,2%, khớp gối gặp 40,7%, cổ chân gặp 35,0%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Mã Nguyễn Minh Tùng nhận thấy có 58,3% dấu hiệu đường đôi gặp ở bàn ngón chân I [3]. Sự xuất hiện của

dấu hiệu đường đôi có liên quan đến tăng acid uric máu của bệnh nhân ($\chi^2 = 1.91$, $p < 0.05$). Kết quả này của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Mã Nguyễn Minh Tùng và cộng sự năm 2015 [3].

4.3. Một số yếu tố nguy cơ tăng acid uric máu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguy cơ gây tăng acid uric máu của bệnh nhân cao nhất là sử dụng rượu bia >10gr/ngày với RR=1.37 khoảng tin cậy 95% CI= 0.93-2.00; tiếp đến là tăng huyết áp, nam giới, suy thận mạn, thuốc lợi tiểu, đái tháo đường, bệnh mạch vành, béo phì; thấp nhất là thói quen ăn hải sản và thịt. Kết quả này cũng khá tương đồng với y văn và nhiều nghiên cứu trước đây. Theo nghiên cứu của Choi (2007) tỉ lệ đái tháo đường ở bệnh nhân gút là 33,1%[6]. Trên bệnh nhân gút có bệnh lý tại thận có thể là bệnh độc lập hoặc là bệnh thận do gút. Thường biểu hiện bằng sỏi urat, hiếm gặp hơn là tổn thương thận kẽ. Ở trong nghiên cứu này gút xuất hiện ở bệnh nhân có suy thận mạn và dùng thuốc lợi tiểu tuy nhiên mức độ liên quan không lớn. Vai trò của tăng acid uric máu với việc xuất hiện bệnh gút cũng như cơn gút cấp đã được xác định. Do đó, cần hạn chế nguy cơ tăng acid uric máu trong quá trình điều trị bệnh.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 111 bệnh nhân bị gout tại bệnh viện Việt Tiệp trong năm 2015-2016, chúng tôi rút ra kết luận: Bệnh thường gặp ở lứa tuổi 60-79. Đa số đối tượng mắc là nam giới (91%). Vị trí các khớp viêm chủ yếu gặp ở khớp bàn ngón chân I, có 28,8% viêm đồng thời nhiều khớp. Tỷ lệ có hạt tophi 54,9%. Nồng độ acid uric máu trung bình: $534,6 \pm 181,5 (\mu\text{mol/l})$. Có sự tăng dần nồng độ acid uric theo nhóm tuổi ($p > 0,05$). Dấu hiệu đường đôi trong siêu âm khớp xuất hiện chiếm 41,4%, chủ yếu ở khớp bàn ngón chân I, có liên quan đến tăng acid uric máu của bệnh nhân ($\chi^2 = 1.91$, $p < 0.05$). Nguy cơ gây tăng acid uric máu của bệnh nhân cao nhất là sử dụng rượu bia >10gr/ngày, tăng huyết áp và giới nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Vân, Nguyễn Tấn Trung (2012).** "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng bệnh gout tại một số bệnh viện thành phố Huế". Y học thực hành (807), số 2/2012
2. **Hồ Văn Lộc (2004), "Bệnh gút",** Giáo trình sau đại học bệnh cơ xương khớp, Trường Đại học Y khoa Huế.
3. **Mã Nguyễn Minh Tùng, Võ Tam, Phan Thanh Hải (2015),** Giá trị của dấu hiệu đường đôi trong hình ảnh siêu âm khớp và các mối liên quan ở

- bệnh nhân gút nguyên phát, Tạp chí Nội khoa Việt Nam, Số đặc biệt 4/2016, 61-67.
4. **Nguyễn Thị Ngọc Lan, Phạm Ngọc Trung (2009).** "Nghiên cứu hình ảnh siêu âm khớp bàn ngón chân I trong bệnh gút" - Bệnh viện An Giang
 5. **Nguyễn Văn Quỳnh, Trần Đình Thắng (2010).** "Đánh giá hiệu quả của Hoàng Thống Phong trong phòng ngừa và hỗ trợ điều trị bệnh gout". Tạp chí Y dược lâm sàng, tập 5, số 5/2010
 6. **Choi HK et al (2007).** "Prevalence of the metabolic syndrome in patients with gout: the Third National Health and Nutrition Examination Survey". Arthritis care and Research 2007
 7. **P. Brooks et al (2001).** "Outcome measures and classification criteria for the rheumatic diseases. A compilation of data from OMERACT (Outcome Measures for Arthritis Clinical Trials), ILAR (International League of Associations for Rheumatology), regional leagues and other groups". Rheumatology (Oxford) (2001) 40 (8): 896-906

KHẢO SÁT SỰ TƯƠNG QUAN GIỮA THÀNH PHẦN KIM LOẠI CỦA DÂY DẪN ĐIỆN VỚI DẤU VẾT KIM LOẠI TRONG VẾT BỎNG ĐIỆN GÂY BỞI DÒNG ĐIỆN 110V, SỬ DỤNG KÍNH HIỂN VI ĐIỆN TỬ QUÉT

Đào Quốc Tuấn¹, Đặng Hải Dũng¹, Trần Văn Ban¹,
Ngô Danh Hoài¹, Nguyễn Anh Tuyền¹

TÓM TẮT

Lần đầu tiên ở Việt Nam tiến hành một nghiên cứu tìm mối tương quan giữa dấu vết kim loại có trong vết bỏng điện với thành phần kim loại của dây dẫn điện đã tiếp xúc gây nên vết bỏng điện sử dụng kính hiển vi điện tử quét. Mục tiêu: Xác định thành phần kim loại của các dây dẫn điện và trong các vết bỏng điện 110V bằng kính hiển vi điện tử quét; Phân tích mối tương quan giữa thành phần kim loại trong vết bỏng điện với thành phần kim loại của dây dẫn điện. Nghiên cứu đã khảo sát 150 mẫu dây dẫn có trên thị trường và 100 mẫu dây dẫn hay gặp ở môi trường, tiến hành tạo 500 vết bỏng thực nghiệm trên da lợn khô và ướt. Kết quả nghiên cứu cho thấy ở phần lớn các vết bỏng điện không có sự khác biệt giữa thành phần kim loại trong dây dẫn điện và dấu vết kim loại trong vết bỏng điện ($p > 0,05$). Điều này chứng minh có mối tương quan về thành phần kim loại giữa dây dẫn điện và vết bỏng điện.

Từ khóa: Kim loại, dấu vết kim loại, vết bỏng điện, kính hiển vi điện tử quét.

SUMMARY

SURVEY ON RELATIONSHIP BETWEEN DIFFERENT ELECTRIC CONDUCTORS AND METAL TRACES IN ELECTRICAL BURNS CAUSED BY 110V ELECTRIC LINE, USING VP-SEM WITH EDX

For the first time in Vietnam, a research was looking for the connection between metal traces from electrical burns and the metal components in the electrical wires that caused the burn using VP-SEM

with EDX;. The aim is to: (1) Determine the metal components of electrical wires and in 110V electrical burns by VP-SEM with EDX; (2) Analyzing the correlation between metal component in electrical burns and that of electrical wires. The research sampled 150 different types of electrical conductors available on the market and 100 samples of common conductors found in the environment, which then were experimented 500 times on both wet and dry pig skin. The results show that in most cases, there are no difference between the metal component in electrical conductors and metal traces in electrical burns ($p > 0.05$). This proves the correlation between metal components of electrical conductors and those in electrical burns.

Keywords: Metal, metal traces, electrical burns, VP-SEM

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2007, viện Khoa học hình sự được trang bị kính hiển vi điện tử quét biến đổi áp suất và vi phân tích bằng tán xạ năng lượng tia X đã mở ra hướng nghiên cứu ứng dụng mới trong công tác giám định Kỹ thuật hình sự nói chung và công tác giám định Pháp y nói riêng, trong đó đáng chú ý là khả năng xác định dấu vết kim loại trong các vết bỏng điện, làm căn cứ để truy tìm loại dây dẫn đã tiếp xúc gây nên cái chết của nạn nhân [1],[2]. Tuy nhiên, trong một số trường hợp nạn nhân bị tử vong do điện nhưng vết bỏng điện rất mờ nhạt, thậm chí không xuất hiện và điều này thường liên quan đến môi trường nạn nhân gặp nạn có nước, hoặc ẩm ướt. Điều này đặt ra thách thức cần phải tìm kiếm các biện pháp hiệu quả giải quyết vấn đề này. Do đó, nhóm khoa học thực hiện đề tài "*Nghiên cứu, xác định mối tương quan giữa thành phần kim loại của dây dẫn điện với dấu vết kim loại trong vết bỏng điện gây bởi dòng điện 110V, sử*

*Viện Khoa học hình sự, Bộ Công an
Chịu trách nhiệm chính: Đào Quốc Tuấn
Email: daotuanhue@gmail.com
Ngày nhận bài: 9/4/2016
Ngày phản biện khoa học: 10/5/2017
Ngày duyệt bài: 18/5/2017

dụng kính hiển vi điện tử quét" với mục tiêu xác định thành phần kim loại của các dây dẫn điện và trong các vết bong điện 110V bằng kính hiển vi điện tử quét; Phân tích mối tương quan giữa thành phần kim loại trong vết bong điện ướt với thành phần kim loại của dây dẫn điện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01.2014 đến tháng 4 năm 2017.

2.2 Đối tượng nghiên cứu:

- Dây dẫn: 150 mẫu dây dẫn có trên thị trường và 100 mẫu dây dẫn hay gặp ở môi trường.
- Vết bong điện thực nghiệm: 500 vết bong điện trên da lợn khô và da lợn ướt.

2.3 Nội dung nghiên cứu:

- Tạo và khảo sát thành phần kim loại trong 150 mẫu dây dẫn điện có ngoài thị trường và 100 mẫu vật dẫn điện hay gặp trong môi trường. Cụ thể: các dây dẫn có trên thị trường được chia theo nhóm: nhóm Cu(n=50) gồm các dây dẫn làm từ đồng, nhóm Al(n=44) làm từ nhôm, nhóm

Fe(n=56) từ sắt; các vật dẫn điện có thể gặp ngoài môi trường: nhóm Tg(n=50) từ dây thép gai, nhóm Tn (n=50) từ các mảnh tôn, sắt tây.

- Thực nghiệm tạo vết bong trên da lợn khô và ướt với lần lượt các mẫu dây dẫn điện, nguồn điện 110V (10s cho mỗi vết bong), cụ thể: tạo 250 vết bong điện trên da lợn khô, 250 vết trên da lợn ướt.

2.4 Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch, nhập và phân tích bằng phần mềm Excel 2010. Cả thống kê mô tả (tần số, tỷ lệ) và thống kê phân tích (Fisher's exact test với giá trị $p < 0.05$) được sử dụng.

III. KẾT QUẢ

Kết quả khảo sát và mối tương quan giữa thành phần kim loại trong các nhóm dây dẫn và dấu vết kim loại trong các vết bong điện tạo bởi nhóm dây dẫn tương ứng, dòng điện 110V trên da lợn khô và da lợn ướt được thể hiện tại các bảng dưới đây:

Bảng 3.1: Tương quan giữa thành phần kim loại trong vết bong điện với thành phần kim loại trong nhóm dây Cu khi sử dụng nguồn điện 110V

Thành phần	Nhóm dây Cu (1)	Vết bong khô (2)	Vết bong ướt (3)	p-value (1)-(2) Fisher's exact	p-value (1)-(3) Fisher's exact
	SL (%)	SL (%)	SL (%)		
Đồng (Cu)	50 (100,0)	50 (100,0)	50 (100,0)	-	-
Nhôm (Al)	0 (0,0)	3 (6,0)	2 (4,0)	0,121	0,247
Kẽm (Zn)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Sắt (Fe)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,0)	-	0,247
Niken (Ni)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Crom (Cr)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Titan (Ti)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Magie (Mg)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Chì (Pb)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa thành phần kim loại trong dây dẫn đồng, vết bong khô và vết bong ướt ($p > 0,05$).

Bảng 3.2: Tương quan giữa thành phần kim loại trong vết bong điện với thành phần kim loại trong nhóm dây Al khi sử dụng nguồn điện 110V

Thành phần	Nhóm dây Al (1)	Vết bong khô (2)	Vết bong ướt (3)	p-value (1)-(2) Fisher's exact	p-value (1)-(3) Fisher's exact
	SL (%)	SL (%)	SL (%)		
Đồng (Cu)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Nhôm (Al)	44 (100,0)	40 (90,1)	42 (95,5)	0,058	0,247
Kẽm (Zn)	17 (38,6)	25 (56,8)	23 (52,3)	0,067	0,142
Sắt (Fe)	17 (38,6)	13 (29,5)	15 (34,1)	0,578	0,398
Niken (Ni)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Crom (Cr)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Titan (Ti)	0 (0,0)	4 (9,1)	4 (9,1)	0,058	0,058
Magie (Mg)	0 (0,0)	4 (9,1)	30 (68,2)	0,058	0,000
Chì (Pb)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-

Nhận xét: Thành phần magie không được tìm thấy trong dây điện nhôm, nhưng thấy ở 68,2% số mẫu vết bong ướt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt giữa thành

phần kim loại trong dây dẫn nhôm, vết bỏng khô và vết bỏng ướt đối với các thành phần kim loại còn lại. ($p > 0,05$).

Bảng 3.3: Tương quan giữa thành phần kim loại trong vết bỏng điện với thành phần kim loại trong nhóm dây Fe khi sử dụng nguồn điện 110V

Thành phần	Nhóm dây Fe (1)	Vết bỏng khô (2)	Vết bỏng ướt(3)	p-value (1) - (2)Fisher's exact	p-value (1)-(3) Fisher's exact
	SL (%)	SL (%)	SL (%)		
Đồng (Cu)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Nhôm (Al)	6 (10,7)	12 (21,4)	12 (21,4)	0,099	0,099
Kẽm (Zn)	28 (50,0)	25 (44,6)	33 (58,9)	0,459	0,224
Sắt (Fe)	50 (89,3)	40 (71,4)	47 (83,9)	0,209	0,290
Niken (Ni)	2 (3,6)	4 (7,1)	0 (0,0)	0,339	0,257
Crom (Cr)	2 (3,6)	1 (1,8)	0 (0,0)	0,500	0,248
Titan (Ti)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,8)	-	0,500
Magie (Mg)	0 (0,0)	1 (1,8)	0 (0,0)	0,500	-
Chì (Pb)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa thành phần kim loại trong dây dẫn sắt, vết bỏng khô và vết bỏng ướt ($p > 0,05$).

Bảng 3.4: Tương quan giữa thành phần kim loại trong vết bỏng điện với thành phần kim loại trong nhóm dây Tg khi sử dụng nguồn điện 110V

Thành phần	Thép gai (1)	Vết bỏng khô(2)	Vết bỏng ướt(3)	p-value (1) - (2) Fisher's exact	p-value (1)-(3) Fisher's exact
	SL (%)	SL (%)	SL (%)		
Đồng (Cu)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Nhôm (Al)	40 (80,0)	32 (64,0)	32 (64,0)	0,059	0,059
Kẽm (Zn)	10 (20,0)	15 (30,0)	14 (28,0)	0,178	0,241
Sắt (Fe)	50 (100,0)	50 (100,0)	46 (92,0)	-	0,059
Niken (Ni)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Crom (Cr)	2 (4,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,247	0,247
Titan (Ti)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Magie (Mg)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Chì (Pb)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa thành phần kim loại trong thép gai, vết bỏng khô và vết bỏng ướt ($p > 0,05$).

Bảng 3.5: Tương quan giữa thành phần kim loại trong vết bỏng điện với thành phần kim loại trong nhóm dây Tn khi sử dụng nguồn điện 110V

Thành phần	Nhóm dây Tn (1)	Vết bỏng khô(2)	Vết bỏng ướt(3)	p-value (1) - (2)Fisher's exact	p-value (1)-(3) Fisher's exact
	SL (%)	SL (%)	SL (%)		
Đồng(Cu)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Nhôm (Al)	40 (80,0)	34 (68,0)	34(68,0)	0,108	0,127
Kẽm (Zn)	50 (100,0)	46 (92,0)	46 (92,0)	0,059	0,059
Sắt (Fe)	50 (100,0)	47 (94,0)	46 (92,0)	0,121	0,059
Niken (Ni)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Crom (Cr)	0 (0,0)	2 (4,0)	2 (4,0)	0,247	0,247
Titan (Ti)	3 (6,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,121	0,121
Magie(Mg)	30 (60,0)	27 (54,0)	25 (50,0)	0,343	0,211
Chì (Pb)	4 (8,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,059	0,059

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa thành phần kim loại trong thép gai, vết bỏng khô và vết bỏng ướt ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tại Việt nam, các vụ điện giết chết người thường liên quan đến dòng điện 220V vì đây là nguồn điện dân dụng thông dụng, tuy nhiên vẫn có những trường hợp chết người do dòng điện 110V hoặc trong một số trường hợp dò điện với

hiệu điện thế dao động quanh ngưỡng này. Cả về lý luận và kinh nghiệm thực tiễn đều cho thấy các vết bỏng điện do dòng điện 110V gây ra thường mờ nhạt, nhất là trong môi trường da ẩm ướt, các vết bỏng rất khó phát hiện và không đặc trưng khiến việc điều tra nguyên nhân chết

do điện gặp nhiều khó khăn. Vì vậy nhóm tác giả tiến hành làm thực nghiệm tạo các vết bỏng điện trên da lợn khô và ướt nhằm nghiên cứu sự ảnh hưởng của môi trường da khô, ướt tới nhằm (1) củng cố giả thuyết rằng tại các vết bỏng điện có tích tụ các thành phần kim loại cấu tạo nên dây dẫn điện, xác định mối tương quan giữa chúng và (2) làm sáng tỏ ảnh hưởng của môi trường da khô, da ướt tới sự tương quan nếu có trong thành phần kim loại của dây dẫn với dấu vết kim loại trong vết bỏng điện.

Khi so sánh với các mẫu da trong các vết bỏng điện, nhóm nghiên cứu quan sát thấy có sự thay đổi đáng kể về thành phần kim loại. Nghiên cứu mẫu da lợn thuộc nhóm chứng không được gây bỏng cho thấy, chỉ có magie là thành phần kim loại chính, ngoài ra là các chất cấu tạo nên chất hữu cơ như các bon, photpho, lưu huỳnh v.v..., trong khi đó trên các vết bỏng điện xuất hiện những kim loại khác có trên dây dẫn.

Ở các vết bỏng gây bởi nhóm dây Cu, nhóm dây có duy nhất một thành phần cấu tạo từ nguyên tố đồng thấy nguyên tố này xuất hiện trong tất cả các vết bỏng khô và ướt, tuy nhiên trong 6% vết bỏng khô và 4% vết bỏng ướt có tìm thấy nhôm, 4% vết bỏng ướt có nguyên tố sắt, là những nguyên tố không có trong thành phần dây dẫn.

Trong các vết bỏng tạo bởi nhóm dây Al, có tới 90,1% vết bỏng khô và 95,5% vết bỏng ướt có nguyên tố nhôm, tiếp đến 56,8% vết bỏng da khô và 52,3% vết bỏng da ướt có chứa kẽm; 29,5% vết bỏng khô, 34,1% vết bỏng ướt có chứa sắt là hai nguyên tố xuất hiện trong thành phần dây dẫn cùng với tỷ lệ 38,6%. Ngoài ra trong nhiều vết bỏng có chứa magie (68,2% số vết bỏng ướt) và titan (cùng 9,1%) là những chất không có trong thành phần dây dẫn.

Nhóm dây dẫn Fe gồm các dây dẫn có cấu tạo nhiều thành phần, trong đó nguyên tố sắt và kẽm xuất hiện lần lượt trong 89,3% và 50% số dây dẫn, ngoài ra còn có các nguyên tố nhôm, niken, crom với tần xuất thấp hơn. Ở các vết bỏng gây bởi nhóm dây dẫn này, đều phát hiện thấy các nguyên tố kim loại cấu thành dây dẫn ở các tỷ lệ gần như tương đương. Chỉ có magie và crom là những chất có trên vết bỏng mà không có nguồn gốc từ dây dẫn.

Tỷ lệ vết bỏng có chứa các nguyên tố cấu tạo nên nhóm dây Tg (gồm chủ yếu sắt, kẽm và nhôm) tương đương với tần xuất xuất hiện của những nguyên tố đó trong các dây dẫn, duy chỉ có nguyên tố crom xuất hiện trong 4% số dây dẫn nhưng không thấy trong bất kỳ vết bỏng

nào. Thành phần cấu tạo của nhóm dây Tn là đa dạng nhất, với sắt, kẽm, nhôm và magie với tần xuất xuất hiện rất cao, ngoài ra còn titan xuất hiện trong 6% số dây dẫn. Tuy nhiên, titan không được tìm thấy ở bất kỳ vết bỏng nào, trong khi đó, crom là nguyên tố không có trong thành phần dây dẫn nhưng xuất hiện 4% các vết bỏng cả khô và ướt.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, thành phần magie không được tìm thấy trong nhóm dây Al, nhưng nguyên tố này được tìm thấy ở 68,2% số vết bỏng da ướt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này có thể do trên mẫu da thực nghiệm đã có sẵn magie (như nhóm mẫu da đối chứng) và kim loại này vẫn còn tồn tại trong một số vết bỏng. Kết quả cũng chỉ ra, mặc dù có sự thay đổi về thành phần kim loại giữa hai nhóm vết bỏng và giữa chúng với thành phần kim loại của dây dẫn nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Sự thay đổi có thể xảy ra khi dòng điện tiếp xúc với da giải phóng một nhiệt lượng lớn, gây ra sự hòa hơi của kim loại, một số kim loại ở sâu hơn trong lõi dây dẫn có thể xâm nhập vào da, đặc biệt với các dây dẫn có lớp sơn mạ bên ngoài, trong khi SEM trong quá trình khảo sát chỉ có thể ghi nhận các kim loại ở trên bề mặt dây dẫn.

Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác trên thế giới, khi các tác giả cũng tìm thấy thành phần kim loại của dây dẫn điện bám dính trên da của nạn nhân. Longemann (1995) phát hiện thành phần kim loại đồng có ở vết bỏng điện trong một vụ dùng điện tự tử, khi một người đàn ông 29 tuổi đã xoắn dây đồng xung quanh cổ tay của mình rồi nối với nguồn điện [5]. Trên vết bỏng ở da chân phát hiện có sự tích tụ sắt và nhôm. Các thành phần kim loại này được xác định có trong các vật dụng kim loại gần với một thiết bị điện có tại hiện trường. Loại trừ các nguyên nhân chết khác, các tác giả đã kết luận nạn nhân chết do tác động của dòng điện [1]. Tuy nhiên, không thấy mối tương quan rõ rệt giữa sự bám dính kim loại với thời gian tiếp xúc và với hiệu điện thế của dòng điện [6]. Liu (2010) và cộng sự nghiên cứu sự biến đổi hình thái đặc trưng của vết bỏng điện cũng như thành phần kim loại trên vết bỏng điện và cho kết luận tương tự như nghiên cứu trước đó [2].

V. KẾT LUẬN

1. Trong các vết bỏng điện gây bởi dòng điện 110V trên da lợn khô và da lợn ướt có tìm thấy dấu vết kim loại là thành phần kim loại cấu tạo nên dây dẫn đã tiếp xúc gây bỏng điện. Ở phần lớn các vết bỏng, không có sự khác biệt giữa

thành phần kim loại trong dây dẫn điện và dấu vết kim loại trong vết bỏng điện ($p > 0,05$) => cho thấy mối tương quan lớn về thành phần kim loại giữa dây dẫn điện và vết bỏng điện.

2. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa dấu vết kim loại trong các vết bỏng da khô và vết bỏng da ướt.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu này sử dụng kinh phí của đề tài "Nghiên cứu xây dựng quy trình xác định dấu vết thành phần kim loại trong vết bỏng điện bằng kính hiển vi điện tử quét" mã số BH-2013-C54-23.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hiroshi Kinoshita, Minori Nishiguchi, Harumi Ouchi và các cộng sự. (2004), "The Application of a Variable-Pressure Scanning Electron Microscope With Energy Dispersive X-Ray

Microanalyser to the Diagnosis of Electrocution: A Case Report", *Leg Med (Tokyo)* **6(1)**, tr. 55-60.

2. Junshu Wu Fei Liu, Kunfeng Chen and Dongfeng Xue* (2010s), "Morphology Study by Using Scanning Electron Microscopy", *Fomatex*
3. Pankowski M. Marcinkowski T (1980), "Significance of skin metallization in the diagnosis of electrocution.", *Forensic Sci Int*, **16(1)**, tr. 1-6.
4. G. Kernbach và H. Kijewski Wighton (1997), "Metallisation durch Stromeinwirkung: Nachweis und Quantifizierung", *Rechtsmedizin* **7**, tr. 45-48.
5. Điều trị.vn (2013), *Bệnh học bỏng điện*, truy cập ngày-31/3/2017, tại trang web <https://www.dieutri.vn/benh-hoc-bong-dien/10-7-2013/S4146/Benh-hoc-bong-dien.htm>
6. Pankowski M (1979), "Metallization of the skin under the effect of electric current and its significance for medico-legal diagnosis", *Ann Acad Med Stetin*, **25**, tr. 309-27.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN X-QUANG Ở BỆNH NHÂN BỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI TẠI KHOA NỘI 4 BỆNH VIỆN VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG

TÓM TẮT

Phạm Chính Nghĩa*, Vũ Thị Bích Hồng**

Đặt vấn đề: Thoái hóa khớp gối thường gặp ở người cao tuổi và có xu hướng gia tăng. Khoa Nội 4 bệnh viện Việt Tiệp là khoa nội lão khoa nhưng chưa có nghiên cứu về bệnh này. **Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và khảo sát một số yếu tố liên quan đến giai đoạn tổn thương khớp gối trên X-quang ở bệnh nhân cao tuổi bị thoái hóa khớp. **Đối tượng:** 78 bệnh nhân cao tuổi thoái hóa khớp điều trị tại khoa Nội 4 từ tháng 01/2016 – 03/2017. **Phương pháp:** Cắt ngang-mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam = 1,2. Tuổi trung bình: $74,8 \pm 7,8$ tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau khớp tăng khi đi lại (89,7%), tiếng lạo xạo khớp (51,7%) và cứng khớp buổi sáng dưới 30 phút (50,3%). Giai đoạn tổn thương khớp gối trên X-quang thường gặp ở giai đoạn 2 và giai đoạn 3. Vị trí khe đùi chày trong là vị trí thường mọc gai xương (70,6%), hẹp khe khớp (27,7%) và đặc xương dưới sụn (18,5%). Yếu tố giới nữ, triệu chứng cứng khớp và lệch trục khớp có mối liên quan đến mức độ tổn thương giai đoạn 3-4 trên X-quang khớp gối (OR [95% CI] = 1.47 [1.11-1.97], 4.75 [1.78-12.69] and 3.33 [1.95-5.70]; $P < 0.05$, $P < 0.01$ and $P < 0.05$).

Từ khóa: Thoái hóa khớp gối, người cao tuổi.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND SEVERAL FACTORS RELATED TO X-RAYS ON PATIENTS WHO HAVE DEGENERATIVE JOINT DISEASE IN GERIATRIC DEPARTMENT OF VIETTIEP HOSPITAL IN HAIPHONG

Introduction: Osteoarthritis of the knee is common disease in older people and tends to

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

**Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Chính Nghĩa

Email: phamchinhnghia5288@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/3/2017

Ngày phản biện khoa học: 24/4/2017

Ngày duyệt bài: 10/5/2017

increase. Geriatric Department have no research on this disease. **Objectives:** To comment on clinical characteristics and to examine some factors related to knee injuries on X-ray in elderly patients with degenerative joint disease. **Subjects:** 78 elderly patients with degenerative arthritis being treated at Geriatric Department from January 2016 to March 2017. **Method:** Cross-sectional description. **Results:** Female/male ratio = 1.2. Mean age: 74.8 ± 7.8 years. The common clinical symptoms were joint pain which increased as patients moves (89.7%), joint rupture (51.7%) and morning joint stiffness (50.3%). Period of knee injury on X-ray is common in stage 2 and stage 3. The position of femoro-tibial slot is the location usually osteophytes (70.6%), joint space narrowing (27.7%) and cartilage endplate sclerosis (18.5%). Female factors, articular stiffness and malalignment of joint were related to the degree of 3-4-stage injuries in the knee x-ray (OR [95% CI] = 1.47 [1.11-1.97], 4.75 [1.78-12.69] and 3.33 [1.95-5.70]; $P < 0.05$, $P < 0.01$ and $P < 0.05$).

Keywords: Knee osteoarthritis, elderly people.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp là bệnh lý đang có xu hướng ngày càng gia tăng tại các nước phát triển cũng như tại Việt Nam. Trong đó, thoái hóa khớp gối là hay gặp [5]. Bệnh tuy không gây tử vong và tiến triển chậm, nhưng ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống. Ngoài ra, tuổi tác là một yếu tố nguy cơ của thoái hóa khớp gối [5]. Hiện nay khoa Nội 4 bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng là nơi chuyên điều trị cho các bệnh nhân cao tuổi. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đề cập đến bệnh này tại khoa. Vì vậy, việc nghiên cứu để tìm hiểu về thoái hóa khớp gối là cần thiết. Xuất phát từ lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng

- Bảng 1: Tỷ lệ giữa hai giới và tuổi trung bình theo giới trong nghiên cứu

Giới	N	%	$\bar{x} \pm SD$	Min	Max	P
Nam	35	44,9	$74,5 \pm 8,1$	60	93	>0,05
Nữ	43	55,1	$75,0 \pm 7,6$	60	94	
Hai giới	78	100	$74,8 \pm 7,8$	60	94	

Nhận xét: Tỷ lệ giới nữ/nam là 1,2. Tuổi trung bình $74,8 \pm 7,8$ tuổi

- Bảng 2: Một số đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	N	$\bar{x} \pm SD$	Min	Max
BMI (kg/m^2)	78	$22,4 \pm 2,6$	18,0	31,3
Điểm VAS (điểm)	78	$4,2 \pm 1,1$	3	7
Thời gian bị bệnh (năm)	78	$6,5 \pm 5,5$	3	20

- Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng	N	%
Khớp gối đau	Bên trái	18
	Bên phải	19
	Hai bên	41
Cứng khớp buổi sáng dưới 30 phút	39	50,0

- Nhận xét đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân cao tuổi bị thoái hóa khớp gối.

- Khảo sát một số yếu tố liên quan đến giai đoạn tổn thương trên phim X-quang của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Gồm 78 bệnh nhân cao tuổi nhập viện để điều trị thoái hóa khớp gối tại khoa Nội 4 Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng trong thời gian từ tháng 01/2016 - 03/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang – mô tả. Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện tích lũy

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân ≥ 60 tuổi, chẩn đoán xác định thoái hóa khớp gối theo tiêu chuẩn Hội thấp khớp học Hoa Kỳ ACR 1991

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân < 60 tuổi, có bệnh lý ở khớp gối không phải thoái hóa khớp (gout, viêm khớp dạng thấp)

- **Chỉ tiêu nghiên cứu:** Khai thác thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu về hành chính, triệu chứng cơ năng (bên gối đau, cứng khớp buổi sáng dưới 30 phút, đau tăng khi đi lại, tính mức độ đau bằng thang điểm VAS – Visual Analog Scale); thời gian bị bệnh; tính BMI, khám thực thể (tiếng lạo xạo khớp, lệch trục khớp, bập bênh xương bánh chè...) và chụp X quang khớp gối. Phân giai đoạn tổn thương trên X-quang của thoái hóa khớp gối tiêu chuẩn của Kellgren-Lawrence [5].

- **Xử lý số liệu:** phần mềm SPSS 16.0. Tính $\bar{x} \pm SD$, tỷ lệ %, P, OR, 95%CI.

Đau tăng khi đi lại	70	89,7
Tiếng lạo xạo khớp	40	51,3
Teo cơ	16	20,5
Lệch trục khớp	Chữ X	2
	Chữ O	4
Bập bênh xương bánh chè (+)	14	17,9

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau tăng khi đi lại và tiếng lạo xạo khớp

3.2. Một số yếu tố liên quan trên X-quang của bệnh nhân nghiên cứu

- **Bảng 4:** Phân giai đoạn thoái hóa khớp gối theo Kellgren – Laurence

Giai đoạn tổn thương	N	%
Giai đoạn 1	9	11,5
Giai đoạn 2	46	59,0
Giai đoạn 3	12	15,4
Giai đoạn 4	11	14,1

Nhận xét: Tổn thương khớp gối giai đoạn 2 và 3 hay gặp nhất trên X-quang.

- **Bảng 5:** Đặc điểm tổn thương khớp gối trên X-quang

Tổn thương	Vị trí	Số khớp (N=119)	%
Mọc gai xương	Khe đùi chày trong	84	70,6
	Khe đùi chày ngoài	55	46,2
	Xương bánh chè	65	54,6
Hẹp khe khớp	Khe đùi chày trong	33	27,7
	Khe đùi chày ngoài	15	12,6
	Khe đùi chày	29	24,4
Đặc xương dưới sụn	Khe đùi chày trong	22	18,5
	Khe đùi chày ngoài	13	10,9

Nhận xét: Tất cả các dấu hiệu mọc gai xương, hẹp khe khớp và đặc xương dưới sụn chủ yếu gặp ở vị trí khe đùi chày trong.

- **Bảng 6:** Một số yếu tố liên quan với giai đoạn tổn thương khớp trên X-quang

Yếu tố liên quan		Giai đoạn tổn thương X-quang		OR	95%CI	P
		Giai đoạn 1-2	Giai đoạn 3-4			
Tuổi	<80	38	18	0,88	0,66-1,17	>0,05
	≥80	17	5			
Giới	Nam	30	5	1,47	1,11-1,97	<0,05
	Nữ	25	18			
BMI (kg/m ²)	<23	44	14	1,86	0,96-3,63	>0,05
	≥23	11	9			
Cứng khớp	Không	35	4	4,75	1,78-12,69	<0,01
	Có	20	19			
Thời gian bị bệnh	<5 năm	13	10	0,54	0,28-1,06	>0,05
	≥5 năm	42	13			
Lệch trục khớp	Không	54	18	3,33	1,95-5,70	<0,05
	Có	1	5			

Nhận xét: Yếu tố giới nữ, dấu hiệu cứng khớp và lệch trục khớp có mối liên quan đến giai đoạn tổn thương 3-4 trên X-quang khớp gối.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, tỷ lệ giới nữ nhiều hơn nam (Nữ/Nam = 1,2). Theo Lê Quang Nhựt và cộng sự (2012), tỷ lệ nữ bị thoái hóa khớp gối chiếm 69,5% [1]. Một kết quả khảo sát tại bệnh viện Đại học Y Dược Huế cho thấy tỷ lệ giới nữ bị thoái hóa khớp chiếm 61,7% [3]. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $74,8 \pm 7,8$ tuổi, trong khi nhóm tuổi thường gặp trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Hoa là trên 60

tuổi, chứng tỏ bệnh này thường gặp ở người cao tuổi [3]. Ngoài ra, thời gian mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu là $6,5 \pm 5,5$ năm, kết quả này theo Lê Thị Liễu và Nguyễn Mai Hồng (2009) là $3,2 \pm 3,4$ năm [2]. Bệnh nhân thường đau khớp gối hai bên, triệu chứng hay gặp gồm đau tăng khi đi lại, cứng khớp và lạo xạo khớp. Một nghiên cứu khác đã chỉ ra triệu chứng đau khớp chiếm 76,6%, trong đó đau khớp khi vận động chiếm 57,4% [3]. Theo Lê Quang Nhựt (2012), lạo xạo

khớp gối chiếm 92,9% và 100% bệnh nhân thoái hóa cả hai khớp gối [1].

Tổn thương chủ yếu trên X-quang là mọc gai xương. Theo khảo sát tại Đại học Y Dược Huế (2010), mọc gai xương chiếm 90% các bệnh nhân thoái hóa khớp, đặc xương dưới sụn chiếm 60% và hẹp khe khớp là 15% [3]. Ngoài ra, các tổn thương mọc gai xương, hẹp khe khớp và đặc xương dưới sụn thường được phát hiện ở vị trí khe đùi chày trong. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lê Thị Liễu và Nguyễn Mai Hồng (2009), ở vị trí khe đùi chày trong, mọc gai xương chiếm 77%, hẹp khe khớp chiếm 43%, đặc xương dưới sụn 41,5% [2]. Điều này có thể lý giải do đặc điểm giải phẫu của khe đùi chày trong phải chịu lực nhiều hơn phía bên ngoài, có thể dẫn đến tổn thương thoái hóa rõ ràng hơn. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu nói lên tổn thương khớp gối trên X-quang chủ yếu gặp ở giai đoạn 2 và 3. Một nghiên cứu khác cũng có kết quả tương tự, tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương khớp gối ở giai đoạn 2 chiếm 50%, ở giai đoạn 3 chiếm 33% [2].

Theo kết quả nghiên cứu, tuổi không có mối liên quan đến mức độ tổn thương nặng trên X-quang. Trái lại, theo Nguyễn Thị Kim Hoa, mức độ tổn thương trên X-quang tăng dần theo tuổi [3]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy yếu tố béo phì không có liên quan đến mức độ nặng trên X-quang của thoái khớp gối. Tương tự, theo J. Niu và cộng sự, yếu tố béo phì không có mối liên quan với sự tiến triển nặng lên của thoái hóa khớp gối ($RR=1,0$; $95\%CI=0,8-1,2$) [6]. Trong các yếu tố trên, chỉ có giới nữ và triệu chứng cứng khớp có mối liên quan đến mức độ tổn thương giai đoạn 3-4 trên X-quang khớp gối ($OR[95\%CI]=1,47[1,11-1,97]$ và $4,75[1,78-12,69]$; $P<0,05$ và $P<0,01$). Akinobu Nishimura (2011) đã chứng minh tầm vận động khớp càng giảm thì mức độ tổn thương trên X-quang càng nặng [4]. Bên cạnh đó, giới nữ cũng đã được chứng minh là một yếu tố nguy cơ của thoái hóa khớp gối [1]. Mặc dù thoái hóa khớp gối là bệnh tiến triển dần theo thời gian, nhưng nghiên cứu cho thấy mối liên quan không chặt chẽ giữa thời gian mắc bệnh trên 5 năm và giai đoạn tổn thương khớp gối giai đoạn 3-4 trên X-quang. Điều này có thể được giải thích do tốc độ tiến triển bệnh ở các bệnh nhân thoái hóa khớp gối là khác nhau. Ngoài ra, trong nghiên cứu có 6 ca bị lệch trục khớp trên lâm sàng, đặc biệt có 4 ca lệch trục

khớp kiểu chữ O (chiếm 5,1%). Lệch trục khớp có mối liên quan đến tổn thương nặng trên X-quang. Theo Leena Sharma và cộng sự, lệch trục khớp kiểu chữ O làm tăng 4 lần nguy cơ tổn thương nặng khe đùi chày trong ($OR=4,09$; $95\%CI=2,20-7,62$). Trong khi đó, lệch trục kiểu chữ X làm tăng gần 5 lần nguy cơ tiến triển tổn thương thoái hóa ở khe đùi chày ngoài ($OR=4,89$; $95\%CI=2,13-11,20$) [7]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra lệch trục chủ yếu kiểu chữ O và tổn thương thoái hóa trên X-quang đa phần nằm ở khe đùi chày bên trong.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 78 bệnh nhân cao tuổi thoái hóa khớp gối tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng, chúng tôi nhận thấy: Tỷ lệ giới nữ/nam = 1,2. Tuổi trung bình $74,8 \pm 7,8$ tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp: đau khớp tăng khi đi lại (89,7%), lảo xạo khớp (51,7%). Khe đùi chày trong là vị trí thường mọc gai xương (70,6%), hẹp khe khớp (27,7%) và đặc xương dưới sụn (18,5%). Yếu tố giới nữ, triệu chứng cứng khớp buổi sáng dưới 30 phút và lệch trục khớp có mối liên quan đến giai đoạn tổn thương 3-4 trên X-quang khớp gối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Quang Nhật và cộng sự (2012).** "Khảo sát thoái hóa khớp gối ở bệnh nhân cao tuổi tại khoa nội cơ xương khớp bệnh viện Chợ Rẫy". Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 16, Số 1 – 2012
2. **Lê Thị Liễu, Nguyễn Mai Hồng (2009).** "Nghiên cứu đánh giá vai trò của siêu âm trong chẩn đoán bệnh thoái hóa khớp". Đề tài cấp cơ sở bệnh viện Bạch Mai. Mã tài liệu: ĐTCS/65
3. **Nguyễn Thị Kim Hoa (2010).** "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và X quang bệnh thoái hóa khớp tại bệnh viện trường đại học Y Dược Huế". Y học thực hành (704), số 2 – 2010.
4. **Akinobu Nishimura et al (2011).** "Risk factors for the incidence and progression of radiographic osteoarthritis of the knee among Japanese". June 2011, Volume 35, Issue 6, pp 839–843
5. **Behzad Heidari et al (2011).** "Knee osteoarthritis prevalence, risk factors, pathogenesis and features: Part I". Caspian J Intern Med 2011; 2(2):205-212.
6. **J. Niu et al (2009).** "Is Obesity a Risk Factor for Progressive Radiographic Knee Osteoarthritis?". Arthritis Rheum. 2009 Mar 15; 61(3): 329–335.
7. **Leena Sharma et al (2001).** "The Role of Knee Alignment in Disease Progression and Functional Decline in Knee Osteoarthritis". JAMA. 2001;286(2):188-195

THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG BẰNG KỸ THUẬT XÂM NHẬP TỐI THIỂU ĐƯỜNG MỔ TRƯỚC VỚI BÀN MỔ CHỈNH HÌNH

Hồ Mẫn Trường Phú*, Phạm Đăng Ninh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mục tiêu của bài báo nhằm mô tả kỹ thuật, đánh giá kết quả và ghi nhận các biến chứng liên quan đến kỹ thuật và sử dụng bàn mổ chỉnh hình cải biên. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả kỹ thuật MIS đường mổ trước cho 69 bệnh nhân (76 khớp) được TKHTP không xi măng bằng kỹ thuật trên có sử dụng bàn mổ chỉnh hình có cải biên bởi nhóm tác giả tại BVTW Huế từ 2010-2016. Ghi nhận các thông số phẫu thuật, biến chứng, phân tích X quang sau mổ bằng phần mềm TraumaCad và đánh giá chức năng khớp háng qua thang điểm Harris. **Kết quả:** Chiều dài đường rạch da trung bình: $8,1 \pm 0,7$ cm (7 - 10cm), góc nghiêng ngoài ổ cối $44,9^\circ \pm 7,5^\circ$, trục chuôi khớp $1,16^\circ \pm 1,17^\circ$, lượng máu mất trong và sau mổ: $353,5 \pm 158,6$ ml. Tỷ lệ biến chứng thấp: 2 BN trật khớp, 1 BN gãy khối mẫu chuyển lớn, 1 BN nhiễm trùng sâu, 3 BN biểu hiện thương tổn thần kinh. Điểm Harris trung bình sau gần 30 tháng là $90,8 \pm 3,6$ điểm. Đặc biệt, không có biến chứng nào liên quan đến sử dụng bàn mổ chỉnh hình. **Kết luận:** Với các phẫu thuật viên được đào tạo bài bản, phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng kỹ thuật MIS đường mổ trước là kỹ thuật an toàn và hiệu quả. Việc sử dụng bàn mổ chỉnh hình không để lại tai biến nào.

SUMMARY

MINI-INVASIVE TOTAL HIP ARTHROPLASTY UNCEMENTED WITH ANTERIOR APPROACH AND ORTHOPEDIC SURGICAL TABLE

Aims: To describe the technique, determine the post-operative outcomes and report on the intra-operative and postoperative complications as well as that concerning orthopedic surgical table used by authors. **Materials and methods:** 69 patients (76 hips) who underwent total hip arthroplasty (THA) through an anterior MI approach between 2010 and 2016. The technique of minimally invasive total hip arthroplasty with anterior approach on the orthopedic surgical table (refurbished model by authors) is described. The operative parameters, complications, radiographic imaging (with TraumaCad software)... were assessed. Functional outcomes were measured using the Harris hip score. **Results:** The mean incision length was 8.1 ± 0.7 cm (7 - 10cm), median angle of

cup inclination was $44.9^\circ \pm 7.5^\circ$ and $1.16^\circ \pm 1.17^\circ$ of varus/ valgus position for the stem, blood loss was 353.5 ± 158.6 ml and patients showed only little postoperative pain. The complication rate was low with one (1.3%) greater trochanter fracture, one (1.3%) deep infection, 2 cases (2.6%) dislocations, 3 cases (3.9%) nerve problems. Average Harris hip score: 90.8 ± 3.6 points. Especially, no complications on orthopedic surgical table using have been reported. **Conclusion:** With proper surgeon training, minimally invasive total hip replacement with the anterior surgical interval is safe and efficacious.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp háng toàn phần (TKHTP) là một trong các phẫu thuật được thực hiện thường xuyên và thành công nhất trong chuyên ngành chấn thương chỉnh hình. Trong những năm qua có sự cải tiến về thiết kế cấu tạo và chất liệu các mảnh ghép, cũng như kỹ thuật mổ, trang thiết bị dụng cụ để làm cho cuộc mổ thành công hơn và tuổi thọ của mảnh ghép dài hơn. Về mặt kỹ thuật, đường mổ lỗi trước là ít chấn thương nhất vì được phẫu tích giữa các vách gian cơ khi tiếp cận khớp háng nên ít làm tổn thương da, tổ chức mô mềm quanh khớp. Hiện nay đường mổ này phát triển theo quan niệm là đường mổ xâm nhập tối thiểu. Năm 1993, Etienne Lesur bắt đầu triển khai TKHTP kỳ đầu bằng kỹ thuật xâm nhập tối thiểu đường mổ trước dựa trên đường mổ trước theo nguyên bản của Robert Judet (1947). Năm 1996, Joel M. Matta tiếp tục phát triển mạnh mẽ kỹ thuật này. Từ 2010-2016, chúng tôi thực hiện phẫu thuật TKHTP không xi măng bằng kỹ thuật xâm nhập tối thiểu đường mổ trước có sử dụng bàn mổ chỉnh hình cải biên cho 69 bệnh nhân tại BVTW Huế nhằm mục tiêu trình bày và đánh giá kết quả kỹ thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 69 bệnh nhân được phẫu thuật TKHTP không xi măng bằng kỹ thuật xâm nhập tối thiểu đường mổ lỗi trước tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 2010-2016, tất cả các trường hợp được nghiên cứu tiến cứu.

***Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Thoái hóa khớp giai đoạn III, IV theo phân loại Kellgren - Lawrence; Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi giai đoạn III, IV /Ficat và Arlet; Gãy cổ xương đùi di

*Bệnh viện Trung ương Huế

**Bệnh viện 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Mẫn Trường Phú

Email: bsnttrph@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2/4/2017

Ngày phản biện khoa học: 29/4/2017

Ngày duyệt bài: 12/5/2017

lệch độ III, IV / Gardent, bệnh nhân ≥ 60 tuổi; Biến chứng hoại tử chỏm hoặc khớp giả cổ xương đùi sau chấn thương gãy cổ xương đùi ở bệnh nhân < 60 tuổi, bệnh nhân có nhu cầu vận động nhiều.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Có bệnh lý nhiễm khuẩn toàn thân hay tại khớp háng dự định phẫu thuật thay khớp; Các bệnh lý, di chứng ảnh hưởng đến quá trình đánh giá khả năng phục hồi tại khớp háng dự định phẫu thuật.

2.2. phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiến cứu mô tả, theo dõi dọc và không có đối chứng.

2.2.1. Mô tả kỹ thuật:

***Chuẩn bị bệnh nhân:** Làm các xét nghiệm thường quy; Chụp Xquang thẳng, nghiêng tiêu

chuẩn, Đo template khớp háng trước mổ bằng phần mềm TraumaCad; Đo chiều dài chi trước mổ; Đo biên độ vận động khớp háng...

2.2.2. Kỹ thuật:

- Gồm các bước sau
- Đặt bệnh nhân đứng tư thế
 - Rạch da
 - Bộc lộ và cắt bao khớp
 - Bộc lộ và cắt cổ xương đùi
 - Chuẩn bị ổ cối và đặt ổ cối nhân tạo
 - Khoan ống tủy xương đùi
 - Thay các cấu phần khớp nhân tạo
 - Cầm máu, súc rửa, đặt dẫn lưu, khâu mô dưới da, da, băng kín vết mổ
 - Tập phục hồi chức năng sau mổ; theo dõi tái khám đánh giá kết quả.



H1: Tư thế chân trên bàn mổ;



H2: Bộc lộ và cắt cổ xương đùi;



H3: Chuẩn bị ổ cối

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

***Tuổi, giới:** độ tuổi trung bình của bệnh nhân (63 nam - 13 nữ) là: 51.67 ± 11.35 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là: 23 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là: 74 tuổi. Nhóm tuổi được chỉ định thay khớp nhiều nhất 41 - 60 tuổi. Chúng tôi ghi nhận nam giới chiếm tỷ lệ 82.9% và 13 nữ chiếm

tỷ lệ 17.1%, nam/nữ = 4/1. Xét mối tương quan giữa tuổi, giới tính và bệnh lý trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 45/72 BN (62.5%) được chỉ định thay khớp nằm trong độ tuổi 41 - 60 tuổi, trong đó nhóm HTCXD là gặp nhiều nhất với 23/45 BN chiếm tỷ lệ 51.1%

***Các nguyên nhân gây thương tổn tại khớp háng có chỉ định thay khớp:**

Bảng 3.1: Các chỉ định thay khớp

Nguyên nhân	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Số khớp	Tỷ lệ (%)
Bệnh lý - THK	19	27.5%	20	26.3%
- HTCXD	40	58.0%	46	60.5%
Chấn thương - GCXD	9	13.0%	9	11.8%
- Khớp giả/GCXĐ	1	1.4%	1	1.3%
Tổng	69	100.0%	76	100.0%

Trong nhóm HTCXD, tỷ lệ nam/nữ = 5/1 và với nhóm GCXD mới thì có 7/9 BN nam chiếm 77.8%. Theo Crawford R.W [6], tuổi càng trẻ thì tỷ lệ thay lại khớp càng cao, tuổi thọ của khớp nhân tạo ở nữ kéo dài hơn ở nam giới và nguyên nhân GCXD cùng với HTCXD được quy kết như là các nhân tố gây ảnh hưởng xấu đến kết quả phẫu thuật. Ngoài ra, điểm trung bình trước mổ cho cả nhóm 39.39 ± 16.98 điểm phản ánh chỉ

định thay khớp được thực hiện ở giai đoạn cuối của bệnh lý, chức năng của khớp háng đã giảm đi rõ rệt.

3.2. Kết quả sớm:

3.2.1. Chiều dài đường mổ: Chiều dài đường mổ trung bình: 8.1 ± 0.7 cm (7 - 10cm) tương tự Matta thực hiện đường rạch da 8 - 10cm [4]. Đường rạch da nhỏ trong TKHTP được ví như là "xây một con thuyền trong một cái chai

thủy tinh", điều này muốn nhấn mạnh khả năng một phẫu thuật lớn thay khớp háng toàn bộ được thực hiện thông qua một đường rạch nhỏ mà không cắt cơ, mô mềm xung quanh, thời gian mổ được rút ngắn và BN có thể hoạt động ngay trong ngày đầu sau mổ

3.2.2. Lượng máu mất trong và sau mổ:

Lượng máu mất trung bình: 406.1 ± 155.5 ml; lượng máu mất của nhóm bệnh lý THKH nhiều hơn so với các nhóm bệnh lý khác HTCXD hay GCXD. Kết quả của Bergin 360 ± 191 ml [4]; Sonny Bal 185 ml ($65 - 630$ ml) [2]. Các tác giả đều đưa ra nhận định: thời gian mổ và trình độ, kinh nghiệm của PTV là hai yếu tố gây ảnh hưởng nhất đến lượng máu mất trong mổ

3.2.3. Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình: 115.0 ± 0.2 phút ($80 - 185$ phút). Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến thời gian cuộc mổ: đường mổ, kỹ thuật mổ, trình độ và kinh nghiệm PTV, cấu tạo của ổ cối nhân tạo, chỉ số BMI... Thời gian này nếu so sánh với kỹ thuật thay khớp háng kinh điển thường dài hơn vì đây là một kỹ thuật khó đòi hỏi PTV phải được đào tạo bài bản và phải có nhiều kinh nghiệm, thời gian mổ kéo dài thường xảy ra trong 1 - 2 năm đầu tiên khi bắt đầu áp dụng kỹ thuật. Theo Alecci [1] kỹ thuật MIS đường trước có thời gian mổ dài hơn so với đường ngoài kinh điển trung bình 8 phút, đây là một khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0.05$).

3.2.4. Các thông số của khớp háng nhân tạo sau mổ

+ Góc nghiêng của ổ cối nhân tạo: $14.8^\circ \pm 5.2^\circ$ ($4^\circ - 28^\circ$)

3.2.5. Khả năng bộc lộ đầu trên xương đùi khi sử dụng bàn mổ chỉnh hình

Bảng 3.2: Mối liên quan giữa khả năng bộc lộ đầu trên xương đùi và bệnh lý khi sử dụng bàn mổ chỉnh hình cải biên

Mức độ \ Bệnh lý	THKH	HTCXĐ	GCXD	Biến chứng/GCXĐ 1	Tổng cộng
Dễ	15	23	9	1	48
Khó	5	22	0	0	27
Rất khó	0	1	0	0	1
Tổng cộng	20	46	9	1	76

Có 58/76 TH (76,3%) có khả năng bộc lộ đầu trên xương đùi ở mức độ dễ khi thay đổi vị trí của chân mổ theo không gian ba chiều thông qua thay đổi giá đỡ chân của bàn mổ chỉnh hình. Nhóm THKH và HTCXD có tần suất gặp ở mức độ khó cao hơn các nhóm bệnh lý khác với 27/76 TH (35,5%) khi sử dụng bàn mổ chỉnh hình.

3.2.6. Biến chứng sớm trong và sau mổ:

Có 1 BN (1,3%) bị gãy khối MCL xương đùi khi đóng chuôi khớp, 1 BN bị trật khớp háng sau mổ

+ Góc nghiêng ngoài của ổ cối nhân tạo: $44.9^\circ \pm 7.5^\circ$ ($30^\circ - 65^\circ$)

+ Trục chuôi khớp: Vẹo trong (varus): 11/76 TH (14,4%); Vẹo ngoài (valgus): 12/76 TH (15,8%) và Trục trung gian: 53/76 TH (69,7%). Trục chuôi khớp trung bình là: $1.16^\circ \pm 1.17^\circ$. Chúng tôi nhận thấy một điều đáng khích lệ là kết quả trên phản ánh được tính ưu việt của kỹ thuật MIS đường mổ trước đối với việc đặt chính xác ổ cối nhân tạo tương tự nhiều quan điểm của một số tác giả theo y văn: Matta [4] góc nghiêng ngoài ổ cối: $41.0^\circ \pm 4.0^\circ$ ($33^\circ - 49^\circ$) và góc nghiêng trước: $23.0^\circ \pm 5^\circ$ ($9^\circ - 38^\circ$); Franco F.N [7] gặp 8% chuôi nghiêng trong $< 4^\circ$ và 4% nghiêng ngoài $< 2^\circ$.



Hình 2.7: Đánh giá khớp háng nhân tạo sau mổ bằng phần mềm TraumaCad

Chúng tôi sử dụng phần mềm TraumaCad để ước định cỡ số ổ cối và chuôi khớp trước mổ điều này giúp PTV tự tin và luôn phải kiểm tra lại hướng khoan ống tủy và hướng đóng chuôi khi có sự sai lệch cỡ số với cỡ số đã dự kiến trước, nhờ vậy thời gian phẫu thuật sẽ giảm, hướng của chuôi được đặt tốt hơn và giảm được các tai biến khi khoan doa và đóng chuôi khớp.

2 tháng do góc nghiêng trước ổ cối nhân tạo chỉ có 4° ; 1 BN (1,3%) nhiễm khuẩn nông vết mổ sau khi ra viện 1 tháng; 3 BN (3,9%) than phiền cảm giác đau và tê rần xung quang vết mổ; chênh lệch chiều dài chân sau mổ: 3.75 ± 2.84 mm và không có biến chứng liên quan đến quá trình thao tác thay đổi vị trí chân phẫu thuật trên bàn mổ chỉnh hình. Theo các tác giả Woolson, Siguier và Bertin [5] việc sử dụng bàn

mổ chỉnh hình giúp giữ vị trí của chân bên mổ được ổn định và không ghi nhận một tai biến nào. Chúng tôi mạnh dạn chế tạo bàn mổ chỉnh hình có cải biên dựa trên nguyên tắc của các tác giả trên và ghi nhận rằng: chân bên mổ được giữ vững, linh hoạt khi thay đổi theo không gian ba chiều và chúng tôi cũng không gặp một tai biến nào liên quan đến sử dụng bàn mổ chỉnh hình này. **3.3. Đánh giá kết quả xa**

3.3.1. Sự dịch chuyển vị trí các cấu phần khớp háng nhân tạo: Không có TH nào ổ cối nhân tạo thay đổi góc nghiêng $> 5^\circ$. Đặc biệt có 1BN thay đổi góc nghiêng ngoài giảm 2° sau 6 tháng, sau 1 năm góc nghiêng ngoài giảm 4° , góc nghiêng trước giảm 6° và trục chuỗi khớp tăng 1° . Sự dịch chuyển cấu phần khớp háng là tiêu chuẩn chẩn đoán lỏng khớp và có ý nghĩa

3.3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật qua thang điểm Harris tại các thời điểm

Bảng 3.3: Cải thiện chức năng khớp háng theo thang điểm Harris

Kết quả gần	Theo dõi	6 tháng	1 năm	2 năm	4 năm
THKH: 80.2 $\pm$ 3,4 (72 - 86)		86.7 $\pm$ 4.3 (77 - 93)	89.3 $\pm$ 3.8 (81 - 93)	89.9 $\pm$ 3.9 (83 - 93)	90.1 $\pm$ 4.0 (85 - 96)
HTCXĐ: 79.63 $\pm$ 4.9 (71 - 89)		87.9 $\pm$ 4.1 (80 - 93)	89.7 $\pm$ 5.9 (59 - 93)	89.5 $\pm$ 3.9 (80 - 93)	91.9 $\pm$ 3.2 (86 - 96)
GCTXĐ: 83.1 $\pm$ 3.8 (76 - 88)		87.7 $\pm$ 3.1 (85 - 91)	89.8 $\pm$ 3.1 (86 - 93)	92.8 $\pm$ 0.5 (92 - 93)	87.3 $\pm$ 2.9 (83 - 90)
BC/GCTXĐ: 79.0 $\pm$ 0.0 (79)		89.0 $\pm$ 0.0 (89)	89.0 $\pm$ 0.0 (89)	-	-
Trung bình: 80.2 $\pm$ 4.4 (71 - 89)		87.6 $\pm$ 4.1 (77 - 93)	89.6 $\pm$ 5.2 (59 - 93)	89.9 $\pm$ 3.8 (80 - 93)	90.8 $\pm$ 3.6 (83 - 96)

Điểm trung bình Harris theo dõi xa 90.8 $\pm$ 3.6 điểm (83 - 96 điểm). Sự gia tăng điểm số này theo thời gian đồng nghĩa với chức năng của khớp háng được phục hồi rõ rệt so với trước mổ.

IV. KẾT LUẬN

TKHTP không xi măng bằng kỹ thuật xâm nhập tối thiểu đường mổ trước là một kỹ thuật an toàn, hiệu quả và không để lại tai biến nào đáng kể góp phần quan trọng trong việc giảm đau và phục hồi chức năng của khớp háng cho các bệnh nhân bị thương tổn nặng nề tại khớp háng, qua đó mang lại sự hài lòng cho bệnh nhân khi sớm trở lại với cộng việc và cuộc sống thường ngày như trước đây. Đặc biệt, việc sử dụng bàn mổ chỉnh hình góp phần làm dễ khả năng bộc lộ đầu trên xương đùi khi thay đổi vị trí chân mổ trong không gian ba chiều và không xảy ra biến chứng nào liên quan đến quy trình sử dụng bàn mổ này. Tuy nhiên, không phải bất kỳ một cơ sở y tế nào cũng thực hiện được này vì đây là một kỹ thuật đòi hỏi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm và đã trải qua các lớp đào tạo, huấn luyện một cách bài bản.

tiền lượng nguy cơ thất bại có thể cần thay lại khớp trong tương lai. Tuy nhiên, chẩn đoán sớm biến chứng này là rất khó khăn nên cần kết hợp lâm sàng và sử dụng các phần mềm kỹ thuật số để đánh giá sự thay đổi khớp được chính xác, cần phải được đánh giá thường xuyên và liên tục.

3.3.2. Một số biến chứng xa: Có 1 TH (1.3%) nhiễm khuẩn sâu sau 1 năm; 2 TH cốt hóa lạc chỗ giai đoạn Brooker và 2 TH biểu hiện thương tổn thần kinh bì đùi ngoài. Chúng tôi nhận định rằng: ngoài 1 TH phải thay lại cấu phần ổ cối nhân tạo do nhiễm khuẩn muộn 1 năm sau mổ thì các biến chứng khác trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ thấp hoặc không xảy ra (thuyên tắc tĩnh mạch sâu, gãy cấu phần khớp nhân tạo...) đó chính là một ưu điểm mang tính an toàn của kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Alecci V. et al** (2011), "Comparison of primary total hip replacements performed with a direct anterior approach versus the standard lateral approach: perioperative findings", *J Orthopaed Traumatol*, (12,), pp. 123-129.
- Bal B.S., Vallurupalli S.** (2008), "Minimally invasive total hip arthroplasty with the anterior approach", *Indian J Orthop*, 42(3), pp. 301-308.
- Bender B. et al** (2009), "Direct Anterior Approach for Total Hip Arthroplasty", *Orthop Clin N Am*, (40), pp. 321-328.
- Bergin P.F. et al** (2011), "Comparison of Minimally Invasive Direct Anterior Versus Posterior Total Hip Arthroplasty Based on Inflammation and Muscle Damage Markers", *J Bone Joint Surg Am*, pp. 1392-1398.
- Bertin KC, Rottinger H** (2004), "Anterolateral mini-incision hip replacement surgery: a modified Watson-Jones approach", *Clin Orthop Relat Res*, pp. 248-55.
- Crawford R.W., Murray D.W.** (1997), "Total hip replacement: indications for surgery and risk factors for failure", *Annals of the Rheumatic Diseases*, (56), pp. 455-457.
- Franco-Ferrando N., Malik A., Valle A.G.-D. et al** (2010), "Preoperative planning of prosthetic replacement in hip fractures in the elderly", *Rev esp. cir. ortop. traumatol*, 54(2), pp. 136-145.

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA CYTOKINE VÀ CRP-hs TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN

Lê Thị Thu Hương*, Châu Ngọc Hoa**, Nguyễn Thị Tố Như**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị của các cytokine và CRP-hs trong tiên lượng (nhập viện, tử vong) của bệnh nhân suy tim mạn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu đoàn hệ, tiến cứu trên bệnh nhân suy tim mạn được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Âu, trong giai đoạn ổn định, tại phòng khám tim mạch bệnh viện Nhân Dân Gia Định. Bệnh nhân được khám lâm sàng và khảo sát nồng độ IL-6, IL-8, TNF- α , CRP-hs trong máu cùng ngày. Kết cục chính là tử vong và nhập viện lần đầu do mọi nguyên nhân. Phân tích đường cong ROC để xác định độ nhạy và độ đặc hiệu của IL-6, IL-8, TNF- α , CRP-hs trong tiên đoán tử vong hoặc nhập viện. Ước tính sống còn bằng phương pháp Kaplan - Meier. **Kết quả:** Từ tháng 5 năm 2011 đến tháng 5 năm 2015, 125 bệnh nhân suy tim mạn được chọn ngẫu nhiên đơn, đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $68,6 \pm 11,5$ năm, nam chiếm 54,4%. Trong thời gian theo dõi trung vị là 23,9 [13,7- 38] tháng, có 70/125 (56%) bệnh nhân nhập viện và 46/125 (36,8%) bệnh nhân tử vong. Không tìm thấy liên quan giữa nồng độ IL-6, IL-8, TNF- α , CRP-hs và nhập viện của bệnh nhân suy tim. Nồng độ IL-6 có điểm cắt tối ưu trong tiên đoán tử vong là 3,93pg/ml (AUC= 0,614, độ nhạy 37% và độ đặc hiệu 84,8 %). Thời gian sống sót ở bệnh nhân suy tim có nồng độ IL-6 $\geq 3,93$ pg/ml ($25,2 \pm 2,9$ tháng) ngắn hơn so với bệnh nhân có nồng độ IL-6 $< 3,93$ pg/ml ($36,1 \pm 1,5$ tháng); log rank: $\chi^2=7,597$, bậc tự do= 1, $p= 0,006$. Không tìm thấy liên quan giữa nồng độ IL-8, TNF- α , CRP-hs và tiên lượng của bệnh nhân suy tim. **Kết luận:** Có liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ IL-6 và tử vong của bệnh nhân suy tim. Thời gian sống sót ở bệnh nhân suy tim có nồng độ IL-6 $\geq 3,93$ pg/ml ($25,2 \pm 2,9$ tháng) ngắn hơn so với bệnh nhân có nồng độ IL-6 $< 3,93$ pg/ml ($36,1 \pm 1,5$ tháng); log rank: $\chi^2=7,597$, bậc tự do = 1, $p= 0,006$. Không tìm thấy liên quan giữa CRP-hs, IL-8, TNF- α và tiên lượng của bệnh nhân suy tim.

Từ khóa: Viêm, protein phản ứng C độ nhạy cao, cytokine, tiên lượng, suy tim mạn.

SUMMARY

PROGNOSTIC VALUE OF CYTOKINES AND CRP-hs IN PATIENT WITH CHRONIC HEART FAILURE

Aim: To determine the possible prognostic role of cytokine and CRP-hs on mortality and hospitalization of patients with stable CHF. **Materials and Methods:** A prospective cohort study was conducted in patients with stable CHF at the cardiovascular outpatient clinic of Gia Dinh People's hospital. All participants underwent physical examination and plasma IL-6, IL-8, TNF- α , CRP-hs were taken at the same day. The endpoints of the study were all-cause mortality and first time hospitalization. Receiver operating characteristic (ROC) analysis was performed to assess the sensitivity and specificity of IL-6, IL-8, TNF- α , CRP-hs levels in predicting mortality or hospitalization. Survival estimates were obtained using the Kaplan-Meier method. **Results:** Between May 2011 and May 2015, 125 patients with CHF were recruited using simple random sampling. The mean age of the patient is $68,6 \pm 11,5$ years, male 54,4%. During a median follow-up time of 23.9 [13.7- 38] months, 46 of 125 patients died (36,8%); and 70 of 125 patients were hospitalized (56%). No association was found between IL-6, IL-8, TNF- α , CRP-hs levels and hospitalization in patients with CHF. IL-6 levels had the optimal cutoff in mortality prediction of 3.93 pg/ml (AUC= 0.614, sensitivity of 37% and specificity of 84.8%). The shorter survival time in CHF patients had an IL-6 level ≥ 3.93 pg/ml (25.2 ± 2.9 months) compared to patients with IL-6 level < 3.93 pg/ml (36.1 ± 1.5 months); Log- rank test: $\chi^2=7,597$, df= 1, $p= 0.006$. No correlation was found between IL-8, TNF- α , CRP-hs levels and prognosis in patients with CHF. **Conclusions:** There was a statistically significant association between IL-6 levels and mortality in CHF patients. The shorter survival time in CHF patients had an IL-6 level ≥ 3.93 pg/ml (25.2 ± 2.9 months) compared to patients with IL-6 level < 3.93 pg/ml (36.1 ± 1.5 months); Log rank test: $\chi^2= 7.597$, df= 1, $p= 0.006$. There was no association between IL-8, TNF- α , CRP-hs levels and prognosis of patients with CHF.

Keywords: Inflammation, high sensitive C-reactive protein, cytokine, chronic heart failure, prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim mạn thường gặp trong thực hành lâm sàng, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế và tử vong trên thế giới. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị suy tim, tử vong do suy tim vẫn còn cao. Nguyên nhân gây suy tim không chỉ do quá tải hay tổn thương tim mà còn do tác động qua lại giữa yếu tố di truyền, thần kinh - thể dịch, thay đổi hoá

*Bệnh viện Nhân dân Gia Định, TP HCM

**Trường Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hương

Email: drhuongle@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/4/2016

Ngày phản biện khoa học: 5/5/2017

Ngày duyệt bài: 15/5/2017

sinh và quá trình viêm tác động lên tim. Vai trò của viêm trong suy tim được đề cập trong những nghiên cứu gần đây giúp làm sáng tỏ cơ chế bệnh sinh và góp phần vào nỗ lực tìm kiếm các biện pháp điều trị mới nhằm cải thiện tiên lượng của bệnh nhân. Nghiên cứu cho thấy sự gia tăng các dấu ấn viêm như cytokine và CRP có liên quan với mức độ suy tim và kết cục lâm sàng bất lợi của bệnh nhân suy tim. Trên thế giới, nghiên cứu vai trò viêm toàn thân với tiên lượng của bệnh nhân suy tim còn khá khiêm tốn. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu về vấn đề này. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tìm hiểu sự liên quan giữa các dấu ấn viêm toàn thân như cytokine, CRP-hs và tiên lượng của bệnh nhân suy tim mạn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân suy tim, tại phòng khám ngoại trú Tim mạch bệnh viện Nhân Dân Gia Định, từ 5/2011 đến 5/2015.

Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân suy tim mạn, chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội Tim châu Âu, trong giai đoạn ổn định; Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: nếu có bất kỳ ≥ 1 tiêu chuẩn sau:

- Viêm khớp dạng thấp, bệnh mô liên kết và các bệnh viêm mạn tính đã biết.
- Nhiễm trùng cấp và mạn tính trong thời gian 4 tuần vừa qua.
- Đang điều trị thuốc có tác động lên viêm (kháng viêm non-steroid, corticosteroid toàn thân, thuốc độc tế bào, hormon) trong 4 tuần vừa qua.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Đoàn hệ, tiến cứu.

Cỡ mẫu: cỡ mẫu cho nghiên cứu sống còn được tính theo công thức:

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{P\sigma^2(\log(HR))^2}$$

Trong đó: α : mức ý nghĩa 95%. $1-\beta$: sức mạnh của nghiên cứu 80%. HR: Hazard ratio dự đoán.

p: tỷ lệ ca xuất hiện biến cố. σ^2 : phương sai của biến định lượng.

3.2. Nồng độ các cytokine và CRP-hs trong máu của bệnh nhân

Bảng 1. Định lượng nồng độ cytokine và CRP-hs trong máu của bệnh nhân suy tim

Cytokine (N = 125)	Trung vị	Giá trị tứ phân vị		Giá trị bình thường
		25 th	75th	
IL-6 (pg/ml)	2,33	1,47	3,76	< 1,23 pg/ml
IL-8 (pg/ml)	9	6,66	14,36	0-159,4 pg/ml
TNF- α (pg/ml)	2,72	1,68	3,72	< 11 pg/ml
CRP-hs (mg/l)	2,47	0,99	6,97	< 1 mg/l

2.3. Quy trình nghiên cứu:

▪ Thời gian thu dung: từ 5/2011 đến 8/2014; thời gian theo dõi đến 5/2015.

▪ Bệnh nhân được khai thác bệnh sử, thăm khám, thu thập thông tin cận lâm sàng.

▪ Theo dõi tiên lượng của bệnh nhân: biến số kết cục là tử vong do mọi nguyên nhân, nhập viện lần đầu từ khi thu nhận vào nghiên cứu. Thời gian theo dõi được xác định từ ngày thu nhận bệnh nhân đến ngày kết thúc nghiên cứu hoặc ngày tử vong. Bệnh nhân có tình trạng sống còn chưa được biết tại thời điểm kết thúc nghiên cứu được xem như thời gian biến cố của họ bị cắt ngang (censored) tại mốc thời gian cuối cùng được biết họ còn sống.

2.4. Xử lý số liệu:

▪ Xử lý thống kê: phần mềm SPSS, phiên bản 22. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, phép kiểm định 2 phía.

▪ Phân tích liên quan giữa IL-6, IL-8, TNF- α , CRP-hs và tiên lượng của bệnh nhân qua các bước: phân tích đường cong ROC để đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của từng dấu ấn viêm trong tiên đoán khả năng sống còn (nhập viện hay tử vong). Ước tính sống còn bằng phương pháp Kaplan - Meier và kiểm định log-rank.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 5/2011 đến tháng 8/2014, chọn ngẫu nhiên đơn, có 125 bệnh nhân suy tim mạn điều trị tại phòng khám ngoại trú tim mạch bệnh viện Nhân Dân Gia Định thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Thời gian theo dõi bệnh nhân kéo dài đến tháng 5/2015. Trung vị thời gian theo dõi là 23,9 [13,7- 38] tháng.

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Bệnh nhân trong nghiên cứu có tuổi trung bình là $68,6 \pm 11,5$ năm, 68 bệnh nhân nam (54,4%); suy tim theo phân độ NYHA lần lượt từ I đến IV là 40 bệnh nhân (32%), 49 bệnh nhân (39,2%), 33 bệnh nhân (26,4%) và 3 bệnh nhân (2,4%); phân suất tổng máu thất trái (%) trung bình là $48,5 \pm 13,7$.

3.3. Liên quan giữa cytokine, CRP-hs trong máu và tiên lượng của bệnh nhân

Bảng 2. Diện tích dưới đường cong ROC biểu diễn liên quan giữa nồng độ IL-6, IL-8, TNF- α , CRP-hs và nhập viện ở bệnh nhân suy tim

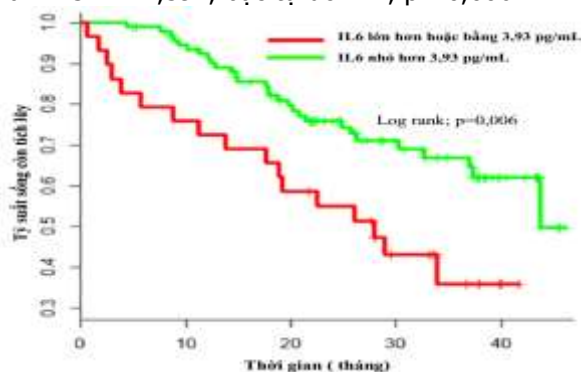
Dấu ấn viêm N=125	Diện tích dưới đường cong ROC (95%KTC)	p
IL-6 (pg/ml)	0,56 (0,45 - 0,66)	0,290
IL-8 (pg/ml)	0,55 (0,45 - 0,65)	0,360
TNF- α (pg/ml)	0,46 (0,35 - 0,57)	0,459
CRP-hs (mg/l)	0,57 (0,48 - 0,67)	0,152

Bảng 3. Diện tích dưới đường cong ROC biểu diễn liên quan giữa nồng độ IL-6, IL-8, TNF- α , CRP-hs và tử vong ở bệnh nhân suy tim

Dấu ấn viêm N=125	Diện tích dưới đường cong ROC (95% KTC)	p
IL-6 (pg/ml)	0,61 (0,51 - 0,72)	0,034
IL-8 (pg/ml)	0,52 (0,41 - 0,62)	0,780
TNF- α (pg/ml)	0,49 (0,38 - 0,59)	0,786
CRP-hs (mg/l)	0,49 (0,39 - 0,59)	0,899

Nồng độ IL-6 có diện tích dưới đường cong là 0,61 (95% KTC: 0,51-0,72), $p = 0,034$ có khả năng phân biệt giữa sống còn và tử vong ở bệnh nhân suy tim.

Kết quả phân tích đường cong ROC cho thấy giá trị điểm cắt tối ưu của nồng độ IL-6 trong tiên đoán tử vong là 3,93 pg/ml (AUC= 0,614, độ nhạy 37%, độ đặc hiệu 84,8%). Phân tích Kaplan - Meier chứng minh thời gian sống sót ngắn hơn có ý nghĩa thống kê ở bệnh nhân có nồng độ IL-6 trong máu $\geq 3,93$ pg/ml (trung bình $25,2 \pm 2,9$ tháng) khi so sánh với bệnh nhân có nồng độ IL-6 $< 3,93$ pg/ml (trung bình $36,1 \pm 1,5$ tháng) (*Biểu đồ 1*). Kiểm định log rank: $\chi^2 = 7,597$, bậc tự do = 1, $p = 0,006$.



Biểu đồ 1. Đường cong sống còn Kaplan - Meier ở bệnh nhân có nồng độ IL-6 lớn hơn hay bằng 3,93 pg/ml và bệnh nhân có nồng độ IL-6 nhỏ hơn 3,93 pg/ml.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu: Bệnh nhân suy tim trong nghiên cứu có tuổi trung bình là $68,6 \pm 11,5$ năm; tỷ lệ nam là 54,4%, phù hợp đặc trưng về tuổi và giới

của suy tim. Bệnh nhân có phân suất tống máu thất trái trung bình là $48,5 \pm 13,7\%$.

4.2. Nồng độ cytokine và CRP-hs trong máu của bệnh nhân

-IL-6: trong nghiên cứu của chúng tôi, trung vị nồng độ IL-6 là 2,33pg/ml [1,47- 3,76], tăng so với giá trị bình thường của phòng xét nghiệm. Nghiên cứu của Jug B trên 201 bệnh nhân suy tim, trung vị nồng độ IL-6 là 5,1pg/ml [2,2 - 7,8] [3].

Theo giả thuyết về cytokine trong suy tim, các cytokine tiền viêm như IL-6, IL-1, IL-18, TNF- α ,...sinh ra do quá trình phá huỷ cơ tim; sản phẩm này gia tăng do kích thích hệ thần kinh giao cảm. Cơ tim bị tổn thương và cơ xương bị giảm tưới máu do giảm lưu lượng tim sẽ hoạt hoá tế bào đơn nhân để sinh ra các cytokine tương tự, mà làm tổn thương hơn nữa chức năng cơ tim. Cytokine từ những nguồn này được phóng thích vào trong dòng máu làm tăng nồng độ cytokine trong máu.

-IL-8: nồng độ trung vị IL-8 là 9pg/ml [6,66 - 14,36], nằm trong khoảng giá trị bình thường (0-159,4 pg/ml). Trên thế giới, rất ít nghiên cứu khảo sát IL-8 ở bệnh nhân suy tim. Dixon nghiên cứu 30 bệnh nhân suy tim mạn cho thấy trung vị nồng độ IL-8 là 6 [1-21] pg/ml, trong khi của nhóm đối chứng là 4 [1-12] pg/ml, không khác biệt nồng độ IL-8 giữa bệnh nhân suy tim và nhóm đối chứng, $p=0,7$ [1].

- TNF- α : trong nghiên cứu của chúng tôi, trung vị nồng độ TNF- α là 2,72 pg/ml [1,68-3,72] pg/ml. Giá trị này không khác biệt so với nghiên cứu của Dunlay với trung vị nồng độ TNF- α là 2,1 pg/ml [1,5-3,1] [2].

- CRP-hs: trong nghiên cứu, trung vị nồng độ CRP-hs là 2,47 mg/l [0,99-6,97] mg/l. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác

giả khác. Nghiên cứu của Jug B trên 201 bệnh nhân suy tim, trung vị nồng độ CRP-hs là 2,84 mmol/l [1,32-6,9] [3]. Nghiên cứu còn cho thấy gia tăng nồng độ CRP trong máu trong đa số bệnh nhân suy tim và có vai trò trong tiên lượng của bệnh nhân.

4.3. Liên quan giữa nồng độ IL-6, IL-8, TNF- α , CRP-hs và tiên lượng

4.3.1. Liên quan giữa nồng độ IL-6, IL-8, TNF- α , CRP-hs và nhập viện

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân tích đường cong ROC cho thấy nồng độ IL-6, IL-8, TNF- α , CRP-hs cao hoặc thấp đều không có khả năng phân biệt giữa nhập viện hoặc không nhập viện ở bệnh nhân suy tim (*Bảng 2*).

Khá ít nghiên cứu liên quan giữa các dấu ấn viêm và tình trạng nhập viện của bệnh nhân suy tim và kết quả khá thay đổi giữa các nghiên cứu. Tăng nồng độ TNF- α > 7,1 pg/ml dự đoán nhập viện do nguyên nhân tim mạch ở bệnh nhân dưới 65 tuổi; $p=0,001$, trong khi nồng độ TNF- α > 10 pg/ml dự đoán nhập viện không do nguyên nhân tim mạch, $p=0,003$. Trong khi đó, nồng độ CRP-hs tăng không dự đoán được bất kỳ kết cục nào trong nghiên cứu này [4]. Nghiên cứu của Nakagomi ở 95 bệnh nhân suy tim mạn, phân tích hồi quy Cox đa biến đã cho thấy nồng độ TNF- α $\geq 4,9$ pg/ml [HR = 187,38; KTC 95%: 7,92-4,43; $p=0,001$] liên quan độc lập với tỷ lệ biến cố tim mạch gồm tử vong do tim mạch và nhập viện do suy tim mất bù [5].

4.3.2. Liên quan giữa nồng độ IL-6, IL-8, TNF- α , CRP-hs và tử vong

Trong liên quan với tử vong ở bệnh nhân suy tim, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ IL-6 có diện tích dưới đường cong ROC là 0,61 (KTC 95%: 0,51- 0,72) với $p = 0,034$, như vậy nồng độ IL-6 cao hoặc thấp có khả năng phân biệt giữa sống còn và tử vong (*Bảng 3*). Phân tích đường cong ROC cho thấy điểm cắt tối ưu của nồng độ IL-6 trong tiên đoán tử vong là 3,93 pg/ml (AUC= 0,61, độ nhạy 37% và độ đặc hiệu 84,8%). Chúng tôi chọn điểm cắt tối ưu của nồng độ IL-6 có độ đặc hiệu cao mà không chọn độ nhạy cao, vì bản thân IL-6 có thể tăng trong nhiều rối loạn bệnh lý khác nhau, trong khi đó chúng tôi mong muốn tìm độ đặc hiệu của IL-6 trong tiên lượng của bệnh nhân suy tim. Trong phân tích Kaplan- Meier, chúng tôi chứng minh được thời gian sống sót ngắn hơn có ý nghĩa thống kê ở bệnh nhân có nồng độ IL-6 $\geq 3,93$ pg/ml khi so sánh với bệnh nhân có nồng độ IL-6 < 3,93 pg/ml (*Biểu đồ 1*). Kết quả nghiên

cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Jug khi khảo sát giá trị tiên lượng của IL-6 và CRP-hs trên 201 bệnh nhân suy tim mạn, bệnh nhân có nồng độ trung vị IL-6 là 7,8 mmol/l [4,7-10,3] bị ít nhất một biến cố tử vong hoặc nhập viện do suy tim. Tác giả đã chứng minh IL-6 là yếu tố tiên lượng độc lập cho tử vong và nhập viện liên quan đến suy tim (HR=2,74; KTC 95%: 1,17- 6,43; $p=0,02$), tốt hơn cả CRP-hs [3].

Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đối với IL-8, TNF- α và CRP-hs thì dù nồng độ trong máu cao hoặc thấp đều không có khả năng phân biệt giữa sống còn và tử vong ở bệnh nhân suy tim (*Bảng 3*).

Mặc dù dấu ấn viêm đã được xác định là chỉ dấu tiềm năng của suy tim và các biến cố bất lợi trong tương lai, kết quả liên quan giữa từng cytokine và tiên lượng của bệnh nhân suy tim có sự khác nhau giữa các nghiên cứu. Theo Savic-Radojevic, TNF- α liên quan với đợt suy tim mất bù cấp (HR= 8,2; KTC 95%: 1,1-23; $p= 0,045$). Đối với CRP-hs thì trong phân tích đường cong ROC, nồng độ CRP-hs có điểm cắt tối ưu là 4,76 mg/l (AUC = 0,695, độ nhạy 62,5%, độ đặc hiệu 78,6% trong phân biệt tử vong mọi nguyên nhân; trong phân tích Kaplan-Meier, sống còn của bệnh nhân suy tim có nồng độ CRP-hs tăng hơn 4,76 mg/l thì ngắn hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân có nồng độ CRP-hs nhỏ hơn 4,76 mg/l (log-rank test = 5,052; $p = 0,025$ [7]. Nymo phân tích sự liên quan giữa các dấu ấn viêm trong máu TNF- α , thụ thể TNF loại I và II, MCP-1, IL-8 với tiên lượng của 1464 bệnh nhân suy tim tâm thu mạn trên 60 tuổi trong nghiên cứu CORONA, sau khi hiệu chỉnh cho các yếu tố độ lọc cầu thận, tỷ lệ ApoB/ApoA-1 và NT-proBNP thì chỉ có IL-8 liên quan với kết cục chính là biến cố tổng hợp gồm tử vong tim mạch, đột quỵ tim và não không tử vong [6].

V. KẾT LUẬN

- Không tìm thấy liên quan giữa nồng độ IL-6, IL-8, TNF- α , CRP-hs và nhập viện ở bệnh nhân suy tim.

- Bệnh nhân suy tim có nồng độ IL-6 $\geq 3,93$ pg/ml có thời gian sống sót ($25,2 \pm 2,9$ tháng) ngắn hơn so với bệnh nhân có nồng độ IL-6 < 3,93 pg/ml ($36,1 \pm 1,5$ tháng); log rank: $\chi^2 = 7,597$, bậc tự do = 1, $p = 0,006$.

- Không tìm thấy liên quan giữa nồng độ IL-8, TNF- α , CRP-hs và tiên lượng của bệnh nhân suy tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dixon D. L., Griggs K. M., Bersten A. D., De Pasquale C. G.** (2011), "Systemic inflammation and cell activation reflects morbidity in chronic heart failure", *Cytokine*, 56(3), 593-599.
2. **Dunlay S. M., Weston S. A., Redfield M. M., Killian J. M., Roger V. L.** (2008), "Tumor necrosis factor-alpha and mortality in heart failure: a community study", *Circulation*, 118(6), 625-631.
3. **Jug B., Salobir B. G., Vene N., Sebestjen M., Sabovic M., Keber I.** (2009), "Interleukin-6 is a stronger prognostic predictor than high-sensitive C-reactive protein in patients with chronic stable heart failure", *Heart Vessels*, 24(4), 271-276.
4. **Mavrea A. M., Dragomir T., Bordejevic D. A., Tomescu M. C., Ancusa O., Marincu I.** (2015), "Causes and predictors of hospital readmissions in patients older than 65 years hospitalized for heart failure with preserved left ventricular ejection fraction in western Romania", *Clin Interv Aging*, 10, 979-990.
5. **Nakagomi A., Seino Y., Noma S., Kohashi K., Kosugi M., Kato K., et al.** (2014), "Relationships between the serum cholesterol levels, production of monocyte proinflammatory cytokines and long-term prognosis in patients with chronic heart failure", *Intern Med*, 53(21), 2415-2424.
6. **Nymo S. H., Hulthe J., Ueland T., McMurray J., Wikstrand J., Askevold E. T., et al.** (2014), "Inflammatory cytokines in chronic heart failure: interleukin-8 is associated with adverse outcome. Results from CORONA", *Eur J Heart Fail*, 16(1), 68-75.
7. **Savic-Radojevic A., Radovanovic S., Pekmezovic T., Pljesa-Ercegovac M., Simic D., Djukic T., et al.** (2013), "The role of serum VCAM-1 and TNF-alpha as predictors of mortality and morbidity in patients with chronic heart failure", *J Clin Lab Anal*, 27(2), 105-112.

XÁC ĐỊNH MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA THÀNH PHẦN KIM LOẠI CỦA DÂY DẪN ĐIỆN VỚI DẤU VẾT KIM LOẠI TRONG VẾT BỎNG ĐIỆN GÂY BỞI DÒNG ĐIỆN 220V, SỬ DỤNG KÍNH HIỂN VI ĐIỆN TỬ QUÉT

Đào Quốc Tuấn*, Đặng Hải Dũng*, Trần Văn Ban*,
Ngô Danh Hoài*, Nguyễn Anh Tuấn*

TÓM TẮT

Bằng việc tạo và khảo sát thành phần kim loại trong 150 mẫu dây dẫn điện (dây đồng, nhôm, sắt) có trên thị trường và 100 mẫu vật dẫn điện ở ngoài môi trường (dây thép gai, mảnh tôn, sắt tây); tạo và khảo sát dấu vết kim loại có trong 500 vết bỏng điện thực nghiệm, lần đầu tiên ở Việt Nam tiến hành nghiên cứu tìm mối tương quan giữa dấu vết kim loại có trong vết bỏng điện với thành phần kim loại của dây dẫn điện đã tiếp xúc gây nên vết bỏng điện. **Mục tiêu:** Xác định thành phần kim loại của các dây dẫn điện và trong các vết bỏng điện trên da lợn khô và da lợn ướt gây bởi dòng điện 220V bằng kính hiển vi điện tử quét; Phân tích mối tương quan giữa dấu vết kim loại trong vết bỏng điện với thành phần kim loại của dây dẫn điện. Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn ở các mẫu da, không có sự khác biệt giữa thành phần kim loại trong dây dẫn điện và vết bỏng điện ($p > 0,05$) chứng tỏ mối tương quan lớn về thành phần kim loại giữa dây dẫn điện và dấu vết kim loại trong vết bỏng điện.

Từ khóa: Kim loại, dấu vết kim loại, thành phần kim loại, vết bỏng, vết bỏng khô, kính hiển vi điện tử quét, SEM.

SUMMARY

DETERMINATION OF RELATIONSHIP BETWEEN DIFFERENT ELECTRIC CONDUCTORS AND METAL TRACES IN ELECTRICAL BURNS CAUSED BY 220V ELECTRIC LINES, USING VP-SEM WITH EDX

By examining 150 electrical wire samples available on the market, 100 samples of common conductors found in the environment and creating 500 experimental electrical burns by 220V electric current, this was the first research in Vietnam on the relationship between trace metal found in electrical burn and the metal component of various conductors. The research aimed to: (1) To determine the metal composition of electrical conductors and of electrical burns by VP-SEM with EDX; (2) To analyze correlation between metal content of electrical burns and of the conductors. Using Fisher's test, the study showed that the difference was not statistically significant ($p > 0.05$), confirming the hypothesis on correlation between metal content of conductors and of electrical burns.

*Viện Khoa học hình sự, Bộ Công an
Chịu trách nhiệm chính: Đào Quốc Tuấn
Email: daotuanhue@gmail.com
Ngày nhận bài: 9/4/2016
Ngày phản biện khoa học: 11/5/2017
Ngày duyệt bài: 18/5/2017

Keywords: Metal, metal trace, burn, scanning electron microscope, SEM.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, trong điều tra các vụ chết người do tác động của dòng điện, bao gồm công tác khám nghiệm hiện trường và giám định pháp y tử thi, việc xác định, truy tìm loại dây dẫn đã tiếp xúc và gây nên cái chết của nạn nhân chưa được chú ý. Chưa có công trình khoa học nào nghiên cứu về mối liên hệ giữa dây dẫn điện và vết bỏng điện mà dây dẫn đó đã tiếp xúc gây nên. Việc Viện Khoa học hình sự được trang bị kính hiển vi điện tử quét biến đổi áp suất và vi phân tích bằng tán xạ năng lượng tia X từ năm 2007 đã mở ra hướng nghiên cứu ứng dụng mới trong công tác giám định Kỹ thuật hình sự nói chung và công tác giám định Pháp y nói riêng, trong đó đáng chú ý là khả năng xác định dấu vết kim loại trong các vết bỏng điện, làm căn cứ để truy tìm loại dây dẫn đã tiếp xúc gây nên cái chết của nạn nhân [1], [2]. Do đó, nhóm khoa học thực hiện đề tài "*Nghiên cứu, xác định mối tương quan giữa thành phần kim loại của dây dẫn điện với dấu vết kim loại trong vết bỏng điện gây bởi dòng điện 220V, sử dụng kính hiển vi điện tử quét*". **Mục tiêu:** Xác định thành phần kim loại của các dây dẫn điện và trong các vết bỏng điện 220V bằng kính hiển vi điện tử quét; Phân tích mối tương quan giữa thành phần kim loại trong vết bỏng điện khô với thành phần kim loại của dây dẫn điện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2014 đến tháng 4/2017.

2.2 Đối tượng nghiên cứu:

- Dây dẫn: 150 mẫu dây dẫn có trên thị trường và 100 mẫu dây dẫn hay gặp ở môi trường.
- Vết bỏng điện thực nghiệm: 500 vết bỏng điện trên da lợn khô và da lợn ướt.

2.3 Nội dung nghiên cứu:

- Tạo và khảo sát thành phần kim loại trong 150 mẫu dây dẫn điện có ngoài thị trường và 100 mẫu vật dẫn điện hay gặp trong môi trường. Cụ thể: các dây dẫn có trên thị trường được chia

theo nhóm: nhóm Cu (n=50) gồm các dây dẫn làm từ đồng, nhóm Al (n=44) làm từ nhôm, nhóm Fe (n=56) từ sắt; các vật dẫn điện có thể gặp ngoài môi trường: nhóm Tg(n=50) từ dây thép gai, nhóm Tn (n=50) từ các mảnh tôn, sắt tây.

- Thực nghiệm tạo vết bỏng trên da lợn khô và ướt với lần lượt các mẫu dây dẫn điện, nguồn điện 220V (10s cho mỗi vết bỏng), cụ thể: tạo 250 vết bỏng điện trên da lợn khô, 250 vết trên da lợn ướt.

- Các vết bỏng được đánh dấu và thu bằng dao mổ và panh kẹp nhựa, để khô tự nhiên. Dùng băng dính hai mặt chuyên dụng dán một mặt trên các giá soi mẫu, mặt kia ấn chặt vào bề mặt vết bỏng, các dấu vết kim loại của vết bỏng

Bảng 3.1: Tương quan giữa dấu vết kim loại trong vết bỏng điện với thành phần kim loại trong nhóm dây Cu khi sử dụng nguồn điện 220V

Thành phần	Nhóm dây Cu (1)	Vết bỏng khô (2)	Vết bỏng ướt (3)	p-value (1) - (2)	p-value (1)-(3)
	SL (%)	SL (%)	SL (%)	Fisher's exact	Fisher's exact
Đồng (Cu)	50 (100,0)	47 (94,0)	50 (100,0)	0,121	-
Nhôm (Al)	0 (0,0)	4 (8,0)	0 (0,0)	0,059	-
Kẽm (Zn)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (6,0)	-	0,121
Sắt (Fe)	0 (0,0)	2 (4,0)	1 (2,0)	0,247	0,500
Niken (Ni)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Crom (Cr)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Titan (Ti)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Magie (Mg)	0 (0,0)	20 (40,0)	4 (8,0)	0,000	0,059
Chì (Pb)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-

Nhận xét: Khi so sánh giữa thành phần dây kim loại đồng và dấu vết kim loại trong vết bỏng, thành phần chính là đồng (Cu) có mặt ở hầu hết các mẫu. Không có sự khác biệt về thành phần đồng giữa dây kim loại với trên vết bỏng khô và vết bỏng ướt ($p>0,05$). Tuy nhiên, thành phần magie trong vết bỏng khô lại cao hơn có ý nghĩa thống kê so với trong nhóm dây Cu (40,0% so với 0,0%) ($p<0,05$).

Bảng 3.2: Tương quan giữa dấu vết kim loại trong vết bỏng điện với thành phần kim loại trong nhóm dây Al khi sử dụng nguồn điện 220V

Thành phần	Nhóm dây Al (1)	Vết bỏng khô (2)	Vết bỏng ướt (3)	p-value (1)(2)	p-value (1)-(3)
	SL (%)	SL (%)	SL (%)	Fisher's exact	Fisher's exact
Đồng (Cu)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Nhôm (Al)	44 (100,0)	40 (90,1)	44 (100,0)	0,058	-
Kẽm (Zn)	17 (38,6)	25 (56,8)	15 (34,1)	0,067	0,412
Sắt (Fe)	17 (38,6)	15 (34,1)	12 (27,3)	0,412	0,475
Niken (Ni)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Crom (Cr)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Titan (Ti)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (6,8))	-	0,121
Magie (Mg)	0 (0,0)	4 (9,1)	20 (45,5)	0,058	0,000
Chì (Pb)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-

Nhận xét: Kết quả cũng cho thấy, không có dây dẫn nhóm Al nào có thành phần magie, nhưng 45,5% mẫu vết bỏng ướt có thành phần magie. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) và 9,1% mẫu vết bỏng khô có thành phần magie ($p>0,05$).

Bảng 3.3: Tương quan giữa dấu vết kim loại trong vết bỏng điện với thành phần kim loại trong nhóm dây Fe khi sử dụng nguồn điện 220V

Thành phần	Nhóm dây Fe (1)	Vết bỏng khô (2)	Vết bỏng ướt (3)	p-value (1)-(2)	p-value (1)(3)
	SL (%)	SL (%)	SL (%)	Fisher's exact	Fisher's exact
Đồng (Cu)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Nhôm (Al)	6 (10,7)	12 (21,4)	12 (21,4)	0,099	0,099

sẽ bám dính lên bề mặt băng dính và sẽ được phát hiện bằng kính hiển vi điện tử quét.

2.4 Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch, nhập và phân tích bằng phần mềm Excel 2010. Cả thống kê mô tả (tần số, tỷ lệ) và thống kê phân tích (Fisher's exact test với giá trị $p<0,05$) được sử dụng.

III. KẾT QUẢ

Kết quả khảo sát và mối tương quan giữa thành phần kim loại trong các nhóm dây dẫn và dấu vết kim loại trong các vết bỏng điện tạo bởi nhóm dây dẫn tương ứng, dòng điện 220V trên da lợn khô và da lợn ướt được thể hiện tại các bảng dưới đây:

Kẽm (Zn)	28 (50,0)	32 (57,1)	25 (44,6)	0,285	0,459
Sắt (Fe)	50 (89,3)	46 (82,1)	49 (87,5)	0,209	0,500
Niken (Ni)	2 (3,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,500	0,500
Crom (Cr)	2 (3,6)	2 (3,6)	0 (0,0)	0,691	0,248
Titan (Ti)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Magie (Mg)	0 (0,0)	2 (3,6)	4 (7,1)	0,248	0,059

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa thành phần kim loại trong dây dẫn và dấu vết kim loại trong vết bong khô và vết bong ướt ($p > 0,05$).

Bảng 3.4: Tương quan giữa Dấu vết kim loại trong vết bong điện với thành phần kim loại trong nhóm dây Tg khi sử dụng nguồn điện 220V

Thành phần	Nhóm dây Tg (1) SL (%)	Vết bong khô (2) SL (%)	Vết bong ướt (3) SL (%)	p-value (1)-(2) Fisher's exact	p-value (1)-(3) Fisher's exact
Đồng (Cu)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Nhôm (Al)	40 (80,0)	39 (78,0)	37 (74,0)	0,500	0,318
Kẽm (Zn)	10 (20,0)	18 (32,0)	16 (32,0)	0,059	0,127
Sắt (Fe)	50 (100,0)	50 (100,0)	46 (92,0)	-	0,059
Niken (Ni)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Crom (Cr)	2 (4,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,500	0,500
Titan (Ti)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Magie (Mg)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Chì (Pb)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa thành phần kim loại trong nhóm dây Tg với dấu vết kim loại trong vết bong khô và vết bong ướt ($p > 0,05$).

Bảng 3.5: Tương quan giữa thành phần kim loại trong vết bong điện với thành phần kim loại trong nhóm Tn khi sử dụng nguồn điện 220V

Thành phần	Mảnh tôn, sắt tây(1) SL (%)	Vết bong khô(2) SL (%)	Vết bong ướt(3) SL (%)	p-value (1) - (2) Fisher's exact	p-value (1)-(3) Fisher's exact
Đồng (Cu)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Nhôm (Al)	40 (80,0)	36 (72,0)	40 (80,0)	0,241	0,598
Kẽm (Zn)	50 (100,0)	50 (100,0)	42 (84,0)	-	0,398
Sắt (Fe)	50 (100,0)	47 (94,0)	48 (96,0)	0,121	0,247
Niken (Ni)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Crom (Cr)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (8,0)	-	0,059
Titan (Ti)	3 (6,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,121	0,121
Magie (Mg)	30 (60,0)	27 (54,0)	25 (50,0)	0,343	0,211
Chì (Pb)	4 (8,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,059	0,059

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa thành phần kim loại trong nhóm dây Tn với dấu vết kim loại trong vết bong khô và vết bong ướt ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu đã sử dụng dòng điện với điện áp 220V và các dây dẫn đã được khảo sát để thực nghiệm tạo các vết bong điện trên da lợn khô và ướt. Việc sử dụng nguồn điện 220V xuất phát từ thực tế tại Việt Nam đây là nguồn điện thông dụng. Việc sử dụng da lợn khô và ướt nhằm mục đích theo dõi ảnh hưởng của môi trường da khô, ướt tới sự xuất hiện của dấu vết kim loại trong các vết bong điện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi các vết bong da khô tạo bởi nhóm dây dẫn Cu với 100% thành phần là đồng, nguyên tố đồng xuất hiện ở 100% vết bong ướt, 94% vết bong khô. Trong

khi một số kim loại không được phát hiện trên bất cứ dây dẫn nào thuộc nhóm Cu lại xuất hiện trên cả vết bong khô và ướt với tỷ lệ lần lượt 40% và 8% đối với magie; 4% và 2% đối với sắt, ngoài ra trong 6% vết bong ướt có tìm thấy kẽm. Đối với những vết bong điện trên da lợn khô tạo bởi nhóm dây Al, nguyên tố nhôm xuất hiện ở 91% vết bong, tiếp đến là kẽm 56,8%, sắt 34,1%, ngoài ra 9,1% vết bong có magie nhưng nguyên tố này không có trong bất cứ dây dẫn nào; trong nhóm vết bong da ướt, tỷ lệ % các vết bong chứa nhôm, kẽm, sắt và magie lần lượt là 100%, 34,1%, 27,3% và 45,5%, ngoài ra 6,8% vết bong chứa titan. Nhóm dây Fe có thành phần kim loại phong phú, số mẫu chứa sắt

chiếm 89%, kẽm 50%, nhôm 10,7%, niken và crom đều với 3,6%. Trong các vết bỏng khô và ướt tạo bởi nhóm dây dẫn này hầu hết chứa các thành phần kim loại nêu trên ở tỷ lệ gần như tương đương. Tuy nhiên, một lần nữa magie không có trong bất cứ dây dẫn nào nhưng có trong cả vết bỏng khô và ướt với tỷ lệ tương ứng 3,6 và 7,1%. Tương tự, trong nhóm dây Tg, tất cả mẫu dây dẫn chứa sắt, nhiều mẫu chứa nhôm và kẽm, một số chứa crom. Trong các vết bỏng cả khô và ướt tạo bởi nhóm dây dẫn này đều có chứa các thành phần kim loại kể trên với tỷ lệ tương đương, duy chỉ có crom không được tìm thấy trong bất cứ vết bỏng nào. Nhóm dây dẫn Tn có thành phần kim loại đa dạng nhất, với nguyên tố sắt và kẽm ở tất cả các mẫu, tiếp đến 80% số mẫu chứa nhôm, 60% chứa magie, một số chứa chì (8%) và titan (6%). Hầu hết số vết bỏng da khô và ướt tạo bởi nhóm dây dẫn này đều chứa các thành phần kim loại nêu trên ở tỷ lệ tương đương, duy chỉ có chì và titan không được tìm thấy trong bất kỳ vết bỏng nào, ngược lại có đến 8% vết bỏng ướt chứa crom, trong khi nguyên tố này không là thành phần của dây dẫn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân tích trên mẫu da lợn thuộc nhóm chứng không được gây bỏng cho thấy, các thành phần kim loại chỉ có magie là thành phần chính, ngoài ra có các thành phần hữu cơ như các bon (C), photpho (P), lưu huỳnh (S)... là các thành phần hóa học cơ bản cấu tạo nên cơ thể sống. Khi so sánh với các mẫu da trong các vết bỏng điện, nhóm nghiên cứu quan sát thấy có sự thay đổi đáng kể về thành phần kim loại.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thành phần magie trong vết bỏng khô tạo bởi dòng điện 220V cao hơn có ý nghĩa thống kê so với trong nhóm dây Cu (40,0% so với 0%) ($p < 0,05$). Mặt khác, một số kim loại không có trong dây dẫn lại xuất hiện trên vết bỏng khô hoặc ướt hoặc cả hai. Điều này có thể được giải thích do trên mẫu da thực nghiệm đã tồn tại sẵn kim loại (như nhóm mẫu da đối chứng). Bởi vậy, dù không là thành phần cấu tạo của bất cứ mẫu da nào nhưng một số kim loại vẫn được tìm thấy trong các vết bỏng. Do đó luôn phải lấy mẫu da đối chứng khi làm các xét nghiệm tìm dấu vết kim loại trong vết bỏng điện.

Kết quả cũng chỉ ra, mặc dù có sự thay đổi về thành phần kim loại theo nhóm vết bỏng khô và ướt, phần lớn dấu vết kim loại trong các vết bỏng không khác biệt so với thành phần kim loại trong dây dẫn. Sự thay đổi có thể xảy ra khi dòng điện tiếp xúc với da giải phóng một nhiệt

lượng lớn, gây ra sự hóa hơi của kim loại, một số kim loại ở sâu hơn trong lõi dây dẫn có thể xâm nhập vào da, đặc biệt với các dây dẫn có lớp sơn mạ bên ngoài, trong khi SEM trong quá trình khảo sát chỉ có thể ghi nhận các kim loại ở trên bề mặt dây dẫn. Mặt khác cũng không loại trừ khả năng một số kim loại xuất hiện với tần xuất thấp trong một vài mẫu dây được khảo sát nhưng lại không có trên mẫu dây tạo vết bỏng và cũng có thể một số kim loại chỉ xuất hiện trên da tại vị trí một số vết bỏng mà không có ở các vị trí vết bỏng khác cũng như trên mẫu da đối chứng. Tiếp đến, trong điều kiện da khô ướt khác nhau, mức độ tổn thương bỏng da khác nhau cũng có thể ảnh hưởng tới dấu vết kim loại trong vết bỏng. Thực nghiệm cho thấy trong một số vết bỏng do dòng điện 220V tạo ra trên da khô (nhóm có tỷ lệ vết bỏng than hóa cao nhất) không tìm thấy thành phần kim loại của dây dẫn (nhóm Cu). Rất có thể do mô da bị than hóa nhiều đã làm cho các dấu vết kim loại dễ dàng bong khỏi bề mặt vết bỏng. Vấn đề này cần được tiếp tục nghiên cứu sâu hơn. Do sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê nên việc phát hiện các thành phần kim loại của dây dẫn trong vết bỏng điện là bằng chứng quan trọng củng cố giả thuyết của chúng tôi đặt ra từ ban đầu.

Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác trên thế giới, khi các tác giả cũng tìm thấy thành phần kim loại của dây dẫn điện bám dính trên da của nạn nhân. Hiroshi Kinoshita cùng cộng sự (2004) kiểm tra vết bỏng điện trên da tay nạn nhân và cho thấy có sự tích tụ titan và sắt; trên vết bỏng da chân phát hiện có sự tích tụ của nhôm và sắt. Loại trừ các nguyên nhân chết khác, các tác giả đã kết luận nạn nhân chết do tác động của dòng điện và kim loại tích tụ trên vết bỏng điện là từ thiết bị điện ở hiện trường [1].

Nghiên cứu này có ưu điểm là áp dụng phương pháp mới trong hỗ trợ khám nghiệm vì thể các vết bỏng do điện giật bằng kính hiển vi điện tử quét. Tuy nhiên vẫn tồn tại một số mặt hạn chế. Thứ nhất, nghiên cứu áp dụng cỡ mẫu cho đối tượng nghiên cứu nhỏ, do đó mỗi tương quan được phát hiện trong nghiên cứu này còn chưa thật sự chặt chẽ. Thứ hai, đây là phương pháp định tính, phụ thuộc nhiều vào con người, vì trong quá trình thu, bảo quản mẫu và trong quá trình đo lường bằng kính hiển vi điện tử quét có thể dẫn tới sai sót. Bằng việc tập huấn đầy đủ và thực hiện đúng quy trình, nhóm nghiên cứu đã cố gắng hạn chế sai sót này.

V. KẾT LUẬN

- Trong các vết bỏng điện gây bởi dòng điện 220V trên da lợn khô và da lợn ướt có tìm thấy dấu vết kim loại là thành phần kim loại cấu tạo nên dây dẫn đã tiếp xúc gây bỏng điện.

- Ở phần lớn các vết bỏng khô và vết bỏng ướt, không có sự khác biệt giữa thành phần kim loại trong dây dẫn điện và dấu vết kim loại trong vết bỏng điện ($p > 0,05$) $\Rightarrow$ cho thấy mối tương quan lớn về thành phần kim loại giữa dây dẫn điện và vết bỏng điện.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu này sử dụng kinh phí của đề tài "Nghiên cứu xây dựng quy trình xác định dấu vết thành phần kim loại trong vết bỏng điện bằng kính hiển vi điện tử quét" mã số BH-2013-C54-23.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hiroshi Kinoshita, Minoru Nishiguchi, Harumi Ouchi và các cộng sự. (2004), "The Application of a Variable-Pressure Scanning Electron Microscope With Energy Dispersive X-Ray Microanalyser to the Diagnosis of Electrocution: A Case Report", *Leg Med (Tokyo)* **6(1)**, tr. 55-60.
2. Junshu Wu Fei Liu, Kunfeng Chen and Dongfeng Xue* (2010s), "Morphology Study by Using Scanning Electron Microscopy", *Fomatex*.
3. Pankowski M. Marcinkowski T (1980), "Significance of skin metallization in the diagnosis of electrocution.", *Forensic Sci Int*, **16(1)**, tr. 1-6.
4. G. Kernbach và H. Kijewski Wighton (1997), "Metallisation durch Stromeinwirkung: Nachweis und Quantifizierung", *Rechtsmedizin* **7**, tr. 45-48
5. Pankowski M (1979), "Metallization of the skin under the effect of electric current and its significance for medico-legal diagnosis", *Ann Acad Med Stetin*, **25**, tr. 309-27.

GIÁ TRỊ ĐỘ DÀY LỚP NỘI TRUNG MẠC ĐỘNG MẠCH CẢNH CHUNG ĐỐI VỚI CHẨN ĐOÁN BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH TRONG HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Huỳnh Kim Phụng*

TÓM TẮT

Mở đầu: Đã có nhiều nghiên cứu khảo sát mối liên quan giữa độ dày lớp nội trung mạc (ĐDLNTM) động mạch (ĐM) cảnh với bệnh động mạch vành (ĐMV) nói chung, chúng tôi đặt vấn đề khảo sát độ dày nội trung mạc động mạch cảnh ở BN hội chứng vành cấp (HCVC). **Mục tiêu:** 1. Khảo sát ĐDLNTM ĐM cảnh chung trên BN HCVC. 2. Đánh giá liên quan giữa ĐDLNTM ĐM cảnh chung với mức độ tổn thương của ĐMV biểu hiện điểm Gensini trong HCVC. 3. Khảo sát giá trị của ĐDLNTM ĐMC chung trong chẩn đoán bệnh ĐMV. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** NC tiến cứu cắt ngang, có phân tích, từ 01/2017 đến 04/2017. Tiến hành trên 98 BN được chẩn đoán HCVC điều trị tại Khoa Tim mạch Can thiệp bv Chợ Rẫy. **Kết quả:** Tuổi trung bình 61,8 tuổi; nam chiếm đa số 67,3%; BMI trung bình 23,3; ĐDLNTM ĐM cảnh chung 1,85; điểm Gensini 129,9. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuổi TB và BMI trung bình hai giới (nữ>nam). Ghi nhận tương quan khá yếu giữa ĐDLNTM ĐM cảnh chung và điểm số Gensini (hệ số tương quan là 0,166 với $p=0,1$). Mối tương quan rõ giữa các nhóm ĐDLNTM ĐM cảnh chung ($<0,9\text{mm}$; $0,9-1,5\text{mm}$; $>1,5\text{mm}$) và điểm Gensini. ĐDLNTM của ĐM cảnh chung có đường cong ROC=0,85; ĐDLNTM ĐM cảnh chung 1,22mm có độ nhạy 78,6% và độ đặc

hiệu 73,4% đối với chẩn đoán bệnh ĐMV. **Kết luận:** ĐDLNTM ĐM cảnh chung có giá trị chẩn đoán bệnh ĐMV trong HCVC.

Từ khóa: hội chứng vành cấp (acute coronary syndrome), độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh (carotid intima media thickness=CIMT), chỉ số Gensini (Gensini score)

SUMMARY

THE ASSESSMENT OF COMMON CAROTID INTIMA-MEDIA THICKNESS FOR DIAGNOSING CORONARY ARTERY DISEASE IN THE PATIENT WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Background: There are many researches about correlation between carotid intima media thickening (CIMT) and coronary artery lesion relating to ischemic heart disease, the aim of this research on examining carotid intima media is to exam CIMT of acute coronary syndrome's patients. **Objective:** 1. Accessing CIMT of acute coronary syndrome's patients. 2. Correlation between CIMT and coronary artery lesion. **Methods:** The cross-sectional prospective analyzed study from January to April 2017. Examining 98 subjects diagnosed acute coronary syndrome at Interventional cardiology department- Cho Ray hospital. **Result:** The average age is 61.8 years; Male dominated 67.3%; Average BMI 23.3; General geographic 1.85; Gensini Points 129.9. The difference was statistically significant between median age and BMI in both sexes (female> male). A relatively weak correlation was noted between the GA and the Gensini score (correlation coefficient 0.16 with $p = 0.1$). A clear correlation between the general environmental groups ($<0.9\text{mm}$,

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Phụng

Email: drphuongkimhuynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2017

Ngày duyệt bài: 15.5.2017

0.9-1.5mm, > 1.5mm) and the Gensini point. A survey of the general scene has a ROC curve of 0.85; A total 1.22 mm scene with a sensitivity of 78.6% and a specificity of 73.4% for the diagnosis of CHD. **Conclusion:** ĐDLNTM ĐM cảnh chung có giá trị chẩn đoán bệnh ĐMV trong HCVC.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HCVC là nguyên nhân gây tử vong và tàn phế hàng đầu trong những BN có bệnh ĐMV tại các quốc gia phát triển. Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh ĐMV đang tăng nhanh cùng với sự phát triển của nền kinh tế - xã hội và đang trở thành một vấn đề thời sự. Có nhiều phương pháp được dùng để chẩn đoán bệnh ĐMV, tuy nhiên việc tiên lượng tổn thương ĐMV đặc biệt trên những BN có nhiều yếu tố nguy cơ là điều hết sức cần thiết. Có nhiều NC khảo sát mối tương quan giữa tình trạng xơ vữa động mạch cảnh, đùi và khoeo với tổn thương ĐMV. Chụp ĐMV cản quang qua da là "tiêu chuẩn vàng" để chẩn đoán xơ vữa ĐMV và cung cấp những thông tin về giải phẫu cần thiết, mức độ hẹp do xơ vữa ĐMV có thể được đánh giá khách quan bằng cách quy ra điểm theo thang điểm Gensini cải tiến. Vì thế, chúng tôi đặt vấn đề khảo sát "Mối liên hệ giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh chung và điểm số Gensini cải tiến ở BN HCVC".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế NC: Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang, có phân tích.

2.2 Đối tượng NC: Tiêu chuẩn chọn bệnh BN điều trị nội trú tại khoa Tim mạch Can thiệp BV Chợ Rẫy thỏa các tiêu chí sau: Chẩn đoán là hội chứng mạch vành cấp, có chụp mạch vành, có siêu âm Duplex ĐM cảnh. Tiêu chuẩn loại trừ: Tiền sử NMCT, BN không đồng ý tham gia NC.

2.3 Tiến hành

- Chụp ĐMV có cản quang: thực hiện bởi BS tim mạch can thiệp, đánh giá độc lập vị trí hẹp, mức độ hẹp của ĐMV. Máy chụp Siemens, Artis Zee tại khoa Tim mạch Can thiệp BV Chợ Rẫy.

- Siêu âm Duplex bằng máy siêu âm hãng GE Logic E90, đầu dò 12MHz đánh giá ĐDLNTM,

màng xơ vữa ĐM cảnh, thực hiện tại Khoa CSSK Theo yêu cầu BVCR khi BN đã ổn định và chuẩn bị xuất viện.

2.4 Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Đái tháo đường (ĐTĐ): chẩn đoán ĐTĐ theo Hiệp Hội ĐTĐ Hoa Kỳ 2013. **Tăng huyết áp (THA):** Dựa theo tiền căn THA sẵn có hoặc chẩn đoán mới theo tiêu chuẩn THA của Hội Tim mạch Việt Nam 2014.

Rối loạn lipid máu (RLLM): Có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn sau: cholesterol toàn phần $\geq 200\text{mg/dl}$, LDL-C $\geq 100\text{mg/dl}$, HDL-C $\leq 40\text{mg/dl}$ và triglyceride $\geq 150\text{mg/dl}$.

Hút thuốc lá (HTL): Có HTL khi BN có hút ≥ 10 điếu/ngày từ 5 năm trở lên hoặc trước đây có hút và hiện tại đã ngưng nhưng chưa quá 5 năm, không HTL khi BN không HTL hoặc có hút < 10 điếu/ngày và thời gian < 5 năm tính đến thời điểm bị bệnh, hoặc có hút nhưng đã ngưng lâu hơn 5 năm.

Bệnh ĐMV được định nghĩa khi nhánh ĐMV trái chính hẹp $\geq 50\%$ hoặc nhánh ĐMV khác hẹp $\geq 70\%$.

2.5 Các biến số: tuổi, giới, HTL, ĐTĐ, THA, RLLM, ĐDLNTM, điểm Gensini.

2.6 Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20. Với độ tin cậy 95%, $p < 0.05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc tính nhóm dân số nghiên cứu

Đặc tính	Phân bố
Tuổi (TB, ĐLC)	61,8 (ĐLC 11,9)
Giới nam	66 (67,3%)
BMI	23,3 (1,9)
Cân nặng	62,2 (ĐLC 5,23)
Chiều cao	163,4 (ĐLC 7,8)
Tăng huyết áp	71 (72,4%)
Đái tháo đường	18 (18,4%)
Rối loạn Lipid máu	58 (59,2%)
Hút thuốc lá	66 (67,3%)
ĐDLNTM ĐM cảnh chung	1,85 (ĐLC 0,7)
Điểm Gensini	129,9 (ĐLC 40,5)

Bảng 2: Liên quan tuổi và giới tính

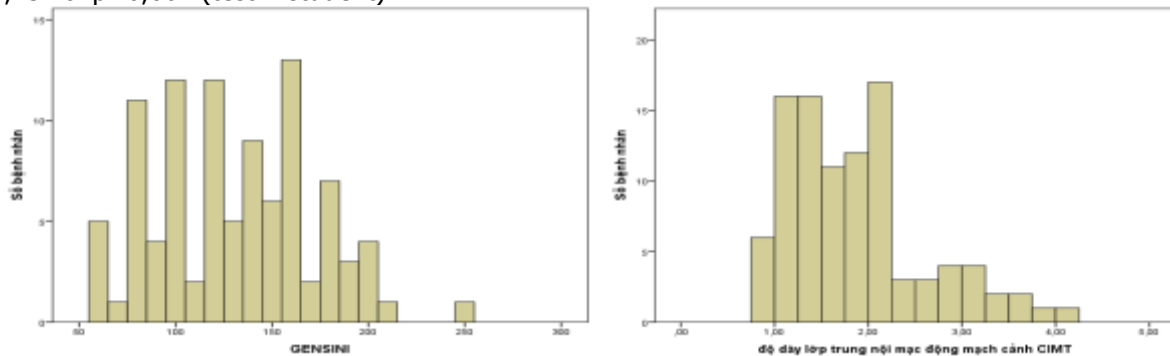
	Giới	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tuổi	Nam	66	58,7424	11,69525	1,43959
	Nữ	32	68,1875	9,67017	1,70946

Nhận xét: Ghi nhận giá trị tuổi TB ở nữ cao hơn tuổi TB nam là 9,44 và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (test T student)

Bảng 3: Liên quan giữa giới tính và BMI

	Giới	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Chỉ số BMI	Nam	66	22,611	1,6337	,2011
	Nữ	32	24,841	1,6406	,2900

Nhận xét: Ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với BMI của nữ cao hơn BMI của nam là 2,23 với $p < 0,001$ (test T student)



Biểu đồ 1: Độ dày lớp nội trung mạc ĐM cảnh chung

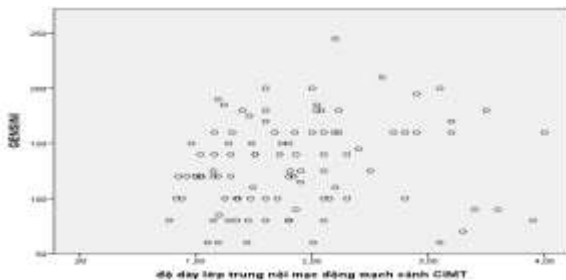
Biểu đồ 2: Điểm Gensini

3.2 Liên quan giữa ĐDLNTM ĐM cảnh chung và điểm Gensini

Bảng 5: Tương quan giữa ĐDLNTM ĐM cảnh chung và điểm Gensini

		GENSINI	ĐDLNTM ĐM cảnh chung
GENSINI	Pearson Correlation	1	,166
	Sig. (2-tailed)		,102
	N	98	98
ĐDLNTM ĐM cảnh chung	Pearson Correlation	,166	1
	Sig. (2-tailed)	,102	
	N	98	98

Nhận xét: Kết quả cho thấy có sự tương quan nhưng khá yếu, hệ số tương quan là 0,166 với p thống kê là 0,1



Biểu đồ 3: Tương quan giữa ĐDLNTM ĐM cảnh chung và điểm Gensini

Bảng 6: Liên quan giữa phân nhóm theo ĐDLNTM ĐM cảnh chung (2 nhóm) và điểm Gensini

Nhóm	BN	Điểm Gensini trung bình (ĐLC)
CIMT < 0.9mm	4	100 (ĐLC 16,33)
CIMT ≥ 0.9mm	94	131,12 (ĐLC 40,72)

Nhận xét: Nhóm ĐDLNTM >0,9mm có điểm Gensini trung bình cao hơn nhóm ĐDLNTM <0,9mm là 31,11; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,021$)

Bảng 7: Liên quan giữa phân nhóm theo ĐDLNTM ĐM cảnh chung (3 nhóm) và điểm Gensini

Nhóm	BN	Điểm Gensini Trung bình (ĐLC)
CIMT < 0.9mm	4	100 (ĐLC 16,33)
CIMT 0.9mm - 1.5mm	33	118,48 (ĐLC 34,47)
CIMT > 1.5mm	61	137,95 (ĐLC 42,44)

Nhận xét: Theo cách phân nhóm này thì chứng minh có sự tương quan rõ, Test ANOVA với giá trị $p=0,025$ có ý nghĩa.

Bảng 8: Phân tích đa biến giữa các nhóm ĐDLNTM ĐM cảnh chung và điểm Gensini

(I) Phân nhóm theo CIMT 3 nhóm	(J) Phân nhóm theo CIMT 3 nhóm	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
CIMT < 0.9mm	CIMT 0.9mm - 1.5mm	-18,485	20,819	,377	-59,82	22,85
	CIMT > 1.5mm	-37,951	20,296	,065	-78,24	2,34
CIMT 0.9mm - 1.5mm	CIMT < 0.9mm	18,485	20,819	,377	-22,85	59,82
	CIMT > 1.5mm	-19,466*	8,497	,024	-36,34	-2,60

CIMT > 1.5mm	CIMT < 0.9mm	37,951	20,296	,065	-2,34	78,24
	CIMT 0.9mm - 1.5mm	19,466*	8,497	,024	2,60	36,34

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Nhận xét: Theo phân tích đa biến ghi nhận sự tương quan rõ với giá trị $p=0,025$ có ý nghĩa thống kê (test Anova). Sự khác nhau ghi nhận chủ yếu giữa nhóm <0.9 và nhóm >1.5 hoặc nhóm 0.9-1.5 và nhóm >1.5

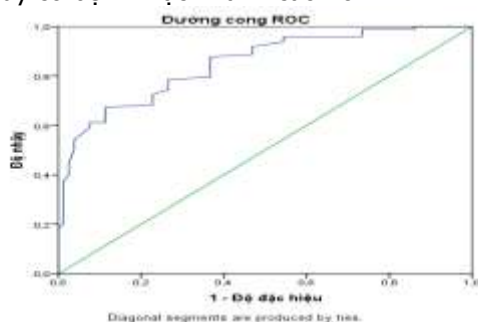
1.1. Giá trị của ĐDLNTM ĐM cảnh chung trong chẩn đoán bệnh ĐMV

Bảng 9: Mối tương quan giữa ĐDLNTM ĐM cảnh chung và bệnh ĐMV

	Bệnh mạch vành	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
CIMT ĐM cảnh chung	Không	79	1,0734	,33271	,03743
	Có	98	1,8514	,73379	,07412

Nhận xét: ĐDLNTM ĐM cảnh chung ở nhóm không có bệnh ĐMV là 1,0734mm và ĐDLNTM ĐM cảnh chung ở nhóm có bệnh ĐMV là 1,8514; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$ (Test T student).

Kết quả cho thấy bề dày lớp trung nội mạch động mạch cảnh ở nhóm có bệnh mạch vành dày hơn 0,778mm so với nhóm không có bệnh mạch vành. Có ý nghĩa nhóm có bệnh mạch vành thì ĐDLNTM ĐM cảnh chung dày hơn và ngược lại nếu ĐDLNTM ĐM cảnh chung dày hơn thì có nguy cơ bệnh mạch vành cao hơn.



Biểu đồ 4: Đường cong ROC của ĐDLNTM ĐM cảnh chung đối với chẩn đoán bệnh ĐMV

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC=0,85 đánh giá ĐDLNTM của ĐM cảnh chung rất có giá trị trong chẩn đoán bệnh ĐMV. Với điểm cắt CIMT=1,22mm có độ nhạy 78,6% và độ đặc hiệu 73,4% đối với chẩn đoán bệnh ĐMV.

IV. BÀN LUẬN

1.2. Đặc điểm chung: Tuổi trung bình của dân số NC là 61,8, tỷ lệ nam (67,3%) chiếm đa số hơn nữ là phù hợp đặc điểm của bệnh lý ĐMV^{[3][4]}, bệnh diễn tiến theo tuổi và nam có nhiều yếu tố nguy cơ của bệnh ĐMV. BMI trung bình 23,3 chứng tỏ đa phần BN dư cân hoặc béo phì. Các yếu tố nguy cơ của bệnh ĐMV chiếm khá cao: Tăng HA 72,4%, đái tháo đường 18,4%, rối loạn lipid máu 59,2%, hút thuốc lá 67,3%. Tuổi trung bình ở nữ cao hơn ở nam 9,44 ($p<0,001$) chứng tỏ rằng nam mắc bệnh sớm hơn nữ. BMI của nữ cao hơn nam ($p<0,001$) chứng tỏ nữ thừa cân và béo phì hơn

nam. ĐDLNTM ĐM cảnh chung: ĐDLNTM ĐM cảnh chung trung bình 1,85mm, chiếm đa số trong khoảng 1-2,25mm; kết quả này tương đồng kết quả NC của Võ Thị Kim Phương^[1], cao hơn nhiều so với NC của Adam và Cs^[3] giải thích do đối tượng NC khác nhau.

1.3. Liên quan giữa ĐDLNTM ĐM cảnh chung và điểm số Gensini: Bằng phép kiểm Pearson ghi nhận có sự tương quan nhưng khá yếu giữa ĐDLNTM ĐM cảnh chung và điểm số Gensini, hệ số tương quan 0,166 với $p=0,1$. Kết quả này khác với NC của Adam và Cs^[3] ghi nhận có mối tương quan giữa ĐDLNTM ĐM cảnh chung và điểm số Gensini. Chúng tôi cũng đã thử tìm mối tương quan giữa điểm số Gensini với ĐDLNTM của các đoạn ĐM cảnh khác cũng không ghi nhận có. Tuy nhiên, khi phân đối tượng NC thành các nhóm dựa trên ĐDLNTM ĐM cảnh chung ghi nhận: nhóm có ĐDLNTM ĐM cảnh chung $\geq 0,9$ mm có điểm Gensini trung bình cao hơn nhóm ĐDLNTM ĐM cảnh chung <0,9mm có ý nghĩa thống kê với $p=0,021$. Khi phân thành 3 nhóm ĐDLNTM ĐM cảnh chung <0,9mm, 0,9-1,5mm và >1,5mm cũng ghi nhận có mối tương quan rõ với điểm Gensini trung bình (Test Anova, $p=0,025$). Trong trường hợp phân tích đa biến bằng Test Anova, cũng ghi nhận sự khác nhau chủ yếu giữa nhóm <0,9mm và >1,5mm hoặc nhóm 0,9-1,5mm và >1,5mm, kết quả này cho chúng ta suy nghĩ có phải ở mức ĐDLNTM ĐM chung >1,5mm có ý nghĩa liên quan tổn thương ĐMV được thể hiện qua điểm Gensini.

1.4. Giá trị của ĐDLNTM ĐM cảnh chung trong chẩn đoán bệnh ĐMV: ĐDLNTM ĐM cảnh chung ở nhóm không có bệnh ĐMV 1,0734mm, nhóm có bệnh ĐMV 1,8514mm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$). Như vậy, ĐDLNTM ĐM cảnh chung dày hơn ở nhóm có bệnh ĐMV là 0,778mm so với nhóm không có bệnh

ĐMV, và ngược lại nếu ĐDLNTM ĐMC chung dày hơn thì có nguy cơ mạch vành cao hơn.

Theo A. Kablak Z. và Cs^[2] ghi nhận ĐDLNTM ĐM cảnh chung tăng trong TH có bệnh ĐMV 1 nhánh, 2 nhánh và 3 nhánh. NC của Adam Mr. và Cs^[3] ghi nhận ĐDLNTM ĐM cảnh chung độ lớn và độ trầm trọng của tổn thương ĐMV. Theo Agnieszka DG. và Cs^[4] ghi nhận sự hiện diện của mảng xơ mỡ ĐM cảnh có liên quan tần suất bệnh ĐMV. Tương tự, NC của Hallerstrom S. và Cs^[5] ghi nhận rằng ở những BN có nguy cơ trung bình đến cao của bệnh tim thiếu máu cục bộ thì mảng xơ mỡ ĐM cảnh là yếu tố tiên đoán tốt nhất tổn thương ĐM vành. Kết quả tương tự như NC của chúng tôi cũng được thấy trong các NC nước ngoài^{[6][7]}.

Kết quả cho thấy bề dày lớp trung nội mạch động mạch cảnh ở nhóm có bệnh mạch vành dày hơn 0,778 mm so với nhóm không có bệnh mạch vành. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $p < 0,001$ sử dụng test T student.

Vậy là nhóm có bệnh mạch vành thì IMT dày hơn và ngược lại nếu IMT dày hơn thì có nguy cơ bệnh mạch vành, đúng theo hướng của nghiên cứu. Diện tích dưới đường cong ROC của ĐDLNTM ĐM cảnh chung trong chẩn đoán bệnh ĐMV là 0,85 cho thấy ĐDLNTM ĐM cảnh chung rất có giá trị trong chẩn đoán bệnh ĐMV. Với điểm cắt ĐDLNTM ĐM cảnh chung 1,22mm có giá trị chẩn đoán bệnh ĐMV với độ nhạy 78,6% và độ đặc hiệu 73,4%. Theo Kablak Z. và Cs^[2] ghi nhận khi ĐDLNTM ĐM cảnh $> 1,15\text{mm}$ thì có 94% khả năng có bệnh ĐMV, độ nhạy 65% và độ đặc hiệu 80%. Kết quả này gần như tương tự kết quả NC của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

ĐDLNTM ĐM cảnh chung có giá trị chẩn đoán bệnh ĐMV trong HCVC với độ nhạy 78,6% và độ đặc hiệu 73,4% khi ĐDLNTM ĐM cảnh chung $\geq 1,22\text{mm}$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Thị Kim Phương. (2004)** "Khảo sát bề dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh bằng siêu âm Duplex màu ở bệnh nhân bệnh động mạch vành". *Báo cáo nghiên cứu khoa học*.
2. **A. Kablak-Ziembicka, W Tracz, Et Al. (2004)** "Association of increased carotid intima-media thickness with the extent of coronary artery disease". *Heart* 90: p.1286–90.
3. **Adam Mr., Nakagomi A., et al. (1995).** « Association of increased carotid intima-media thickness with the extent of coronary artery disease ». *Circulation*. 92, p.2127–34.
4. **Agnieszka Drzewiecka–Gerber, Et Al. (2012)** "Impact of atherosclerotic changes of carotid vessels on long-term outcome in relatively young patients with acute coronary syndrome". *Kardiologia Polska*; 70, 4: 343–349.
5. **Hallerstrom S., Larsson PT., Zuber E., Rosfors S. (2004)** "Carotid Atherosclerosis is Correlated with extent and Severity of Coronary artery Disease Evaluated by Myocardial Perfusion Scintigraphy". *Angiology*. 5(3), p.281–8.
6. **Kafetzakis A., Kochiadakis G., Laliotis A., Peteinarakis I., Touloupakis E., Igoumenidis N., Katsamouris A. (2005)** "Association of Subclinical Wall Changes of Carotid, Femoral, and Popliteal Arteries With Obstructive Coronary Artery Disease in Patients Undergoing Coronary Angiography". *Chest*. 128, p.2538 –43.
7. **Kalay N., Yarlioglues M., Ardic I., et al. (2010)** "The assessment of atherosclerosis on vascular structures in patients with acute coronary syndrome". *Clin Invest Med*. 33(1), Feb.1, E36–43.

NGHIÊN CỨU THUỐC CHỈNH KHÍ SẮC TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NỘI TRÚ RỐI LOẠN CẢM XÚC TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN

Nguyễn Văn Dũng* và Cộng sự

TÓM TẮT

Rối loạn cảm xúc là một bệnh phổ biến, đứng hàng thứ hai trong số các rối loạn tâm thần. **Mục tiêu** đánh giá thực trạng sử dụng thuốc chỉnh khí sắc trong điều trị rối loạn cảm xúc tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên

cứu tiến cứu theo dõi dọc, mô tả lâm sàng từng ca được tiến hành từ tháng 12/2013 đến 03/2015. **Kết quả:** loại thuốc chỉnh khí sắc chủ yếu được sử dụng trong điều trị rối loạn cảm xúc là valproat (95,1%) với liều điều trị trung bình là 975 ± 704 mg/ngày. Phác đồ điều trị được sử dụng nhiều nhất trong điều trị hưng cảm là chỉnh khí sắc + an thần kinh + bình thần (82,6%), và trong điều trị trầm cảm là chỉnh khí sắc + an thần kinh + bình thần + chống trầm cảm (44,4%). Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân giai đoạn hưng cảm là $31,6 \pm 20,1$, rối loạn cảm xúc lưỡng cực là $22,7 \pm 13,7$, và của rối loạn trầm cảm tái diễn là $13,7 \pm 8,1$ ngày. **Kết luận:** 100% BN sau một thời gian ngắn điều trị thì cảm xúc ổn định, các triệu chứng khác cũng thuyên giảm rõ rệt do vậy lựa chọn, phác

* Viện sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: drdrung@yahoo.com
Ngày nhận bài: 14.2.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.4.2017
Ngày duyệt bài: 10.5.2017

đồ điều trị, liều lượng của các thuốc trong điều trị rối loạn cảm xúc cần được xem xét và thay đổi cho phù hợp hoàn cảnh và đặc điểm cá thể của bệnh nhân.

SUMMARY

STUDYING ADAPTIVE DRUGS IN TREATMENT INFECTIOUS INFECTIOUS DISEASES AT THE MENTAL HEALTH INSTITUTE

Emotional disorder is a widespread disease, second only to mental disorders. Objectives to assess the status of the use of mood stabilizers in the treatment of emotional disturbances at the Mental Health Institute, Bach Mai Hospital. **Research Methodology:** Longitudinal follow-up study, clinical description of each case. It runs from December 2013 to March 2015.

RESULTS: The main antiemetic agent used in the treatment of emotional disorders was valproate (95.1%) with an average therapeutic dose of $975 \pm 704 \text{ mg/d}$. The most commonly used treatment regimen for mesothelioma is neuroma + neuralgia + tranquilia (82.6%), and in the treatment of depression is mental adjustment + neurological depression + depression + depression (44.4%). Mean duration of hospitalization for mesothelioma patients was 31.6 ± 20.1 , bipolar mood disturbance was 22.7 ± 13.7 , and recurrent depressive disorder was 13.7 ± 8.1 days. **Conclusion:** 100% of patients after a short time treatment is stable emotions, other symptoms also significantly reduced so choose, treatment regimen, the dose of the drug in the treatment of emotional disorders. It should be reviewed and changed to suit the patient's individual circumstances and characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở các nước châu Âu, châu Mỹ, rối loạn cảm xúc chiếm trên 10% dân số. Tại Viện Sức khỏe Tâm thần, tỷ lệ số bệnh nhân rối loạn cảm xúc trên tổng số bệnh nhân nội trú là 11,67%. Rối loạn cảm xúc rối loạn có tính chất nội sinh, xu hướng tái diễn, thời kì thuyên giảm ngắn dần, người bệnh thường gặp nhiều khó khăn trong học tập và lao động, dần tách rời xã hội, chất lượng cuộc sống giảm sút sau mỗi giai đoạn tái phát.

Việc sử dụng các thuốc chỉnh khí sắc (CKS) để điều trị và dự phòng các rối loạn cảm xúc đã được thực hiện từ lâu (hơn 50 năm với các muối Lithiun, hơn 40 năm với Valproat và hơn 30 năm với Carbamazepine) và cho kết quả rõ rệt trên lâm sàng. Tuy nhiên, ở nước ta cho đến 1996, việc sử dụng thuốc chỉnh khí sắc trong điều trị và dự phòng rối loạn cảm xúc còn rất hạn chế. Và

đến nay chưa có nghiên cứu nào điều tra về việc sử dụng thuốc chỉnh khí sắc cho bệnh nhân rối loạn cảm xúc, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc chỉnh khí sắc trong điều trị rối loạn cảm xúc tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 41 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn cảm xúc thuộc các mã bệnh rối loạn cảm xúc giai đoạn hưng cảm (F30), rối loạn cảm xúc lưỡng cực (F31), rối loạn trầm cảm tái diễn (F33), rối loạn khí sắc dai dẳng (F34) theo ICD-10 có điều trị bằng thuốc chỉnh khí sắc, điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2009 đến 03/2010. Loại ra khỏi nghiên cứu các bệnh nhân suy gan, suy thận, suy tim nặng; Tâm thần phân liệt thể trầm cảm sau phân liệt; rối loạn cảm xúc do căn nguyên thực tổn, nghiện chất; rối loạn phân liệt cảm xúc.

2. Phương pháp nghiên cứu:

a. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu dựa trên hồ sơ bệnh án, hồ sơ nghiên cứu và phỏng vấn trực tiếp từng trường hợp bệnh nhân được điều trị rối loạn cảm xúc.

b. Các chỉ số và phương pháp thu thập số liệu: thu thập trước, trong và khi kết thúc đợt điều trị nội trú.

✓ **Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu:** tuổi, giới, đặc điểm rối loạn cảm xúc đang mắc;...

✓ **Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc chỉnh khí sắc trong điều trị rối loạn cảm xúc các thuốc chỉnh khí sắc đang dùng:** khoảng liều điều trị, sự thay đổi chỉnh khí sắc; sự kết hợp các thuốc; sự thay đổi phác đồ điều trị; tác dụng không mong muốn của chỉnh khí sắc; hiệu quả điều trị;...

c. Các thông số được thu thập và xử lý bằng chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

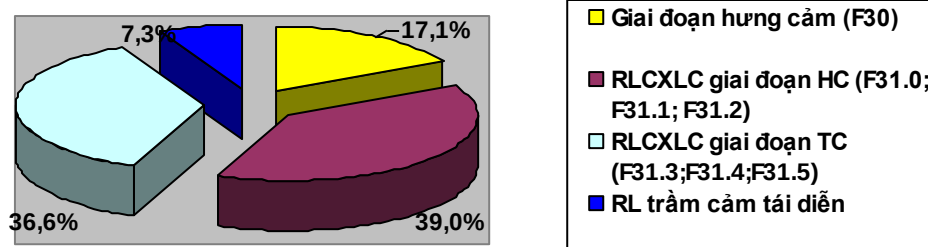
Trong 41 bệnh nhân nghiên cứu, có 15 bệnh nhân nam và 26 bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình là 35,1; độ tuổi hay gặp nhất là 18-29 tuổi, chiếm 43,9%.

Bảng 1: Liều dùng của thuốc chỉnh khí sắc

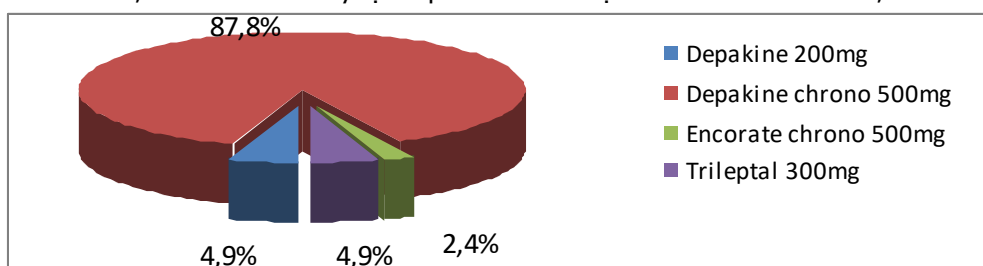
Thuốc	Liều dùng/ngày	Số bệnh nhân		Tỷ lệ % (n=41)
		Hưng cảm	Trầm cảm	
Depakine 200mg	400 mg	2	0	4,9
	500 mg	4	6	24,4
	1000 mg	13	11	58,5
	2000 mg	1	1	4,9

Encorate chrono 500mg	1000 mg	1	0	2,4
Trileptal 300mg	600 mg	2	0	4,9
Liều trung bình của Valproat	975 ± 704 mg/ngày			
Tổng		23	18	100%

Với Valproat, liều trung bình của bệnh nhân là 975 ± 704mg/ngày. Có 60,9% bệnh nhân dùng Valproat với liều 1000mg/ngày, có hai bệnh nhân dùng với liều cao nhất là 2000mg/ngày (1 bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn trầm cảm và 1 bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn hưng cảm).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ các thể lâm sàng rối loạn cảm xúc
Theo biểu đồ 1, thể rối loạn cảm xúc chiếm tỉ lệ cao nhất là rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn hưng cảm chiếm 39,0%. Thể chiếm tỷ lệ thấp nhất là rối loạn trầm cảm tái diễn: 7,3%.



Biểu đồ 2: Các thuốc CKS dùng cho bệnh nhân RLCX
Qua khảo sát, Viện sức khỏe tâm thần hiện tại sử dụng 2 loại thuốc chính khí sắc là Valproat và Oxcarbazepine. Tỷ lệ bệnh nhân dùng Valproat là 95,1%, trong đó Depakine chrono chiếm 87,8%. Chỉ có 2/41 bệnh nhân điều trị bằng thuốc chính khí sắc dùng Trileptal (Oxcarbazepine)

Bảng 2: Phác đồ điều trị ban đầu cho bệnh nhân rối loạn cảm xúc

Phác đồ điều trị		Số BN	Tỷ lệ %
Hưng cảm (HC)	CKS+ ATK+ BT	19	82,6
	ATK+BT	3	13,0
	CKS+ATK	1	4,4
	Tổng	23	100%
Trầm cảm (TC)	CKS+ATK+BT+CTC	8	44,4
	ATK+CTC+BT	4	22,2
	CKS+ATK+CTC	2	11,1
	CKS+ATK+BT	2	11,1
	CKS+CTC	1	5,6
	CKS+CTC+ BT	1	5,6
	Tổng	18	100%

Với các BN thuộc pha hưng cảm, phác đồ điều trị chiếm ưu thế là chỉnh khí sắc+an thần kinh+ bình thần, chiếm 82,6%. Khi kết hợp với thuốc chỉnh khí sắc, phác đồ sử dụng nhiều nhất cho BN trầm cảm là chỉnh khí sắc + an thần kinh + bình thần + chống trầm cảm (44,4%).

Bảng 3: Sự thay đổi phác đồ điều trị

Phác đồ điều trị		Số BN	Tỷ lệ %	Tổng
Không thay đổi	CKS+ATK+BT	19	46,4	75,6
	CKS+ATK+BT+CTC	7	17,1	
	CKS+ATK+CTC	2	4,9	

Thay đổi phác đồ	CKS+ATK		1	2,4	24,4
	CKS+CTC		1	2,4	
	CKS+CTC+ BT		1	2,4	
	Phác đồ ban đầu	Phác đồ thay thế			
	ATK+BT+CTC	CKS+ATK+BT+CTC	3	7,3	
	CKS+ATK+BT	CKS+ATK+CTC	2	4,9	
	ATK+BT	CKS+ATK+BT	2	4,9	
	ATK+BT+CTC	CKS+ATK+BT	1	2,4	
	ATK+BT	CKS+ATK	1	2,4	
	CKS+ATK+CTC+BT	CKS+ATK	1	2,4	

Qua bảng trên, ta nhận thấy phác đồ CKS+ATK+BT trong điều trị hưng cảm không thay đổi. Trong điều trị trầm cảm, phác đồ CKS+ATK+BT+CTC là ổn định nhất.

Bảng 4: Thời gian nằm viện trung bình

Các thể RLCX	RL trầm cảm tái diễn	RLCX lưỡng cực	Giai đoạn hưng cảm
Thời gian nằm viện TB (ngày)	13,7±8,1	22,7±13,7	31,6±20,1

Qua bảng trên, ta thấy thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân rối loạn trầm cảm tái diễn là ngắn nhất (13,7±8,1 ngày) và của bệnh nhân giai đoạn hưng cảm dài nhất (31,6±20,1 ngày).

***Kết quả điều trị của bệnh nhân:** 100% bệnh nhân sau điều trị thì cảm xúc ổn định, bệnh nhân có thể xuất viện, điều trị ngoại trú.

IV. BÀN LUẬN

- **Các thể lâm sàng** rối loạn cảm xúc: Biểu đồ 1 cho thấy thể rối loạn cảm xúc (RLCX) chiếm tỉ lệ cao nhất là rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn hưng cảm, chiếm 39,0%. Tiếp theo là rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn trầm cảm chiếm 36,6%. Số liệu này cho thấy thuốc chỉnh khí sắc được sử dụng nhiều nhất trong điều trị rối loạn cảm xúc lưỡng cực, đặc biệt trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn hưng cảm. Việc điều trị trầm cảm (bao gồm giai đoạn trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn trầm cảm và trầm cảm tái diễn) có thể không được dùng chỉnh khí sắc trong giai cấp diễn của bệnh do quan điểm khác nhau của các bác sĩ lâm sàng.

- **Các thuốc chỉnh khí sắc dùng cho bệnh nhân** rối loạn cảm xúc: qua khảo sát, Viện Sức khỏe Tâm thần hiện tại sử dụng 2 loại thuốc chỉnh khí sắc là valproat và oxcarbazepin. Tỷ lệ bệnh nhân dùng valproat là 95,1%, trong đó Depakine chrono chiếm 87,8%. Valproat là thuốc có tác dụng điều trị chỉnh khí sắc trong hưng cảm tương đương như lithium và trong trầm cảm kém hơn lithium [4],[5]. Valproic acid hoặc muối của nó được chấp thuận bởi FDA (1995) là có tác dụng tương tự như lithium trong điều trị RLCXLC. Theo nhận xét của Lambert P.A và CS (1987) qua theo dõi 10 năm điều trị, Valproic không gây buồn ngủ, không chậm chạp, không gây loạn chú ý, không gây quen thuốc và theo dõi điều trị dễ dàng, đặc biệt hiệu quả với hưng cảm mạn tính. Hơn nữa, đáp ứng điều trị của valproat tốt hơn, khoảng liều rộng hơn, dung nạp tốt hơn, an

toàn hơn các thuốc chỉnh khí sắc khác [1]. Mặt khác, valproat đường uống có thể dẫn tới ổn định cảm xúc nhanh chóng. Vì thế, valproat là lựa chọn đầu tay trong điều trị chỉnh khí sắc ở bệnh nhân RLCX. Trong các chế phẩm của valproat thì có Depakine Chrono và Encorate Chrono là hai chế phẩm có tác dụng kéo dài, có thể sử dụng một lần trong ngày, giúp BN dễ sử dụng.

Có 2/41 BN được điều trị bằng Trileptal (oxcarbazepin). Oxcarbazepin có cấu trúc tương tự carbamazepin và được cho rằng có cơ chế tác dụng giống với carbamazepin. Tuy nhiên oxcarbazepin có một số khác biệt quan trọng so với carbamazepin, bao gồm: ít gây dị ứng hơn, giảm gây độc tủy xương, ít tương tác với Cytocrom P 450 [7]. Tuy nhiên, đây là một thuốc mới cũng có thể do thói quen và đáp ứng điều trị tốt của BN với valproat nên số BN sử dụng thuốc này chỉ chiếm 4,9%.

- **Liều dùng của thuốc CKS** (bảng 1): Với valproat, liều TB của BN là 975± 704 mg/ngày. Trong khi liều khuyến cáo là: liều khởi đầu cho người trưởng thành 600 mg/ngày chia 2 lần, có thể 3 ngày tăng thêm 200 mg, liều tối đa là 2500 mg/ngày nếu chưa đạt được kết quả điều trị mong muốn. Với oxcarbazepin, liều khuyến cáo cho người trưởng thành là 600mg/ngày, có thể tăng liều lên tới 1200mg/ngày nếu đáp ứng điều trị không tốt. Các thuốc chỉnh khí sắc đều được dùng đường uống, chưa xuất hiện các dạng bào chế khác.

+ **Các thuốc dùng kèm với thuốc CKS:** Tần suất BN RLCX dùng thuốc an thần kinh

(ATK) là 110,4%. Wassey S. và cs (1989) đã chỉ ra rằng khi kết hợp chỉnh khí sắc và ATK ở các giai đoạn cấp tính hưng cảm của RLCX thì giảm được tình trạng kích động loạn thần hơn sử dụng thuốc ATK đơn thuần. Sự kết hợp chỉnh khí sắc và ATK có tỷ lệ đáp ứng với các triệu chứng của HC cấp tính tốt hơn khi dùng từng loại thuốc đơn độc [5],[6]. Tuy nhiên, đây là thuốc ATK thuộc thể hệ cũ, nên hay gặp các TDKMM như: loạn trương lực cơ cấp, hội chứng giống parkinson do ATK,...[1], nên tỷ lệ thay thuốc ATK trong điều trị là hay gặp. Khi các triệu chứng cấp tính đã thuyên giảm, BN thường được chuyển sang điều trị bằng các thuốc thể hệ mới, dùng đường uống như Olanzapin, Risperdal.

16/18 (88,9%) BN trầm cảm thời gian đầu sử dụng thuốc chống trầm cảm (CTC) trong điều trị, nhưng sau một thời gian các BN còn lại đã được bổ sung thuốc CTC trong phác đồ. Có 3 thuốc CTC được sử dụng là Sertraline, Amitriptylin, Mirtazapin. Tuy nhiên, có một số ý kiến cho rằng việc sử dụng thuốc CTC ở bệnh nhân RLCXLC phải hết sức cẩn thận vì có thể làm giảm thời gian ổn định giữa các cơn.

- **Phác đồ điều trị ban đầu cho bệnh nhân RLCX** (bảng 2): Với các BN thuộc pha hưng cảm (giai đoạn HC, RLCXLC giai đoạn HC), phác đồ điều trị chiếm ưu thế là chỉnh khí sắc +ATK+BT. Theo Lã Thị Bưởi, kết hợp ba thuốc này giúp BN nhanh chóng ổn định triệu chứng [1].

Khi kết hợp với thuốc chỉnh khí sắc, phác đồ sử dụng nhiều nhất cho BN trầm cảm (RLCXLC giai đoạn TC, RLTC tái diễn) là chỉnh khí sắc + ATK + CTC + BT (44,4%).

- **Sự thay đổi phác đồ điều trị của bệnh nhân:** Qua bảng 3, ta nhận thấy phác đồ chỉnh khí sắc +ATK+BT trong điều trị hưng cảm không thay đổi, cho thấy tác dụng tốt và ổn định nhanh chóng của BN. Trong điều trị trầm cảm, phác đồ chỉnh khí sắc +ATK+BT+CTC là ổn định nhất.

Vì sự đáp ứng của BN với thuốc là không giống nhau nên thay đổi phác đồ điều trị nhằm đạt tới tác dụng tốt nhất cho BN. Có 7 BN được thay hoặc thêm thuốc CKS.

- **Thời gian nằm viện trung bình** (bảng 4): Theo Ngô Thị Thu Hà (2009), thời gian nằm viện TB cho BN trầm cảm là $14,5 \pm 8,8$ ngày [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian này là $13,7 \pm 8,1$ ngày, so với năm 2009, số ngày điều trị có giảm đi đôi chút, điều này phù hợp với nghiên cứu valproat có tác dụng trên cả hai pha hưng cảm và trầm cảm [1],[4].

Thời gian nằm viện TB của BN hưng cảm là $31,6 \pm 20,1$ ngày, BN RLCXLC là $22,7 \pm 13,7$ ngày. Theo Lã Thị Bưởi, valproat có tác dụng làm cho thời gian điều trị TB của cơn hưng cảm ngắn lại [1].

- **Kết quả điều trị của BN:** 100% BN sau một thời gian ngắn điều trị thì cảm xúc ổn định, các triệu chứng khác cũng thuyên giảm, BN có thể xuất viện, về điều trị ngoại trú. Điều này cho thấy việc lựa chọn, phác đồ điều trị, liều lượng của các thuốc trong điều trị RLCX cần được xem xét và thay đổi cho phù hợp hoàn cảnh và đặc điểm cá thể của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

- Các thể RLCX thường gặp tại VSKTT bao gồm: RLCXLC giai đoạn HC (39,0%), RLCXLC giai đoạn TC (36,6%), RLCX giai đoạn HC (17,1%), RLTC tái diễn (7,3%).

- Thuốc CKS được sử dụng phổ biến trong điều trị RLCX là valproat (95,1%). Liều trung bình của valproat là 975 ± 704 mg/ ngày.

- Các phác đồ điều trị RLCX:

Trong điều trị HC (bao gồm giai đoạn HC và RLCXLC giai đoạn HC), phác đồ CKS+ATK+BT được lựa chọn nhiều nhất (82,6% BN duy trì trong suốt quá trình điều trị).

Trong điều trị TC, có 6 phác đồ được sử dụng trong đó phác đồ được sử dụng nhiều nhất là CKS+ATK+BT+CTC (44,4%).

- Thời gian nằm viện trung bình của BN giai đoạn hưng cảm là $31,6 \pm 20,1$; RLCXLC là $22,7 \pm 13,7$; của BN RL trầm cảm tái diễn là $13,7 \pm 8,1$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lã Thị Bưởi (1996).** "Sử dụng các thuốc điều chỉnh khí sắc Depamide và Lithicarbonat để điều trị và dự phòng các loạn thần cảm xúc", *Luận án phó Tiến sĩ khoa học Y Dược*, Trường đại học Y Hà Nội,
2. **Ngô Thị Thu Hà (2009).** "Khảo sát tình hình sử dụng thuốc chống trầm cảm ở bệnh nhân được chẩn đoán trầm cảm nội sinh tại viện sức khỏe tâm thần, bệnh viện Bạch Mai", *Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ đại học khóa 2004-2009*, Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
3. **Ngô Hùng Lâm (2007).** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn cảm xúc lưỡng cực", *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II*, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. **Nguyễn Kim Việt (2003).** "Các thuốc chỉnh khí sắc", *Bài giảng sau đại học: Các rối loạn liên quan tới stress và điều trị học trong tâm thần*, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội; 141-147.
5. **Beaulieu S., Yatham L.N., et al (2006).** "Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder",

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments; 20(1): 6-10.

6. Sachs GS, Grossman F et al (2002). "Combination of a mood stabilizer with risperidone or haloperidol for treatment of acute mania: a double-blind, placebo-controlled comparison of

efficacy and safety", *The American journal of psychiatry*, 128: 122-124.

7. Stephen M. Stahl (2008). "Mood Stabilizers", *Stahl's Essential Psychopharmacology*, 3th edition; 667-720.

NGHIÊN CỨU MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA ĐIỂM NIHSS VÀ KÍCH THƯỚC Ổ NHỒI MÁU NÃO TRÊN PHIM CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA GIAI ĐOẠN CẤP

Võ Hồng Khôi*, Nguyễn Văn Liệu*, Trần Thị Thanh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh thang điểm NIHSS và Orgogozo và kích thước ổ nhồi máu não trên phim cộng hưởng từ sọ não. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 55 bệnh nhân nhồi máu động mạch não giữa điều trị tại khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai trong 48 giờ đầu, được đánh giá điểm NIHSS và chụp cộng hưởng từ sọ não, thời gian từ 11/2016 đến 1/2017. **Kết quả:** Mức độ nặng của thang điểm NIHSS có liên quan rất chặt chẽ với thể tích ổ thiếu máu trên cộng hưởng từ sọ não, $r = 0,825$ ($p < 0,05$). Mối tương quan tương đối chặt chẽ nhưng phương trình hồi quy tuyến tính có khả năng dự báo thấp 37,5%. Nghiên cứu của chúng tôi đề xuất mô hình hồi quy tuyến tính nhằm ước lượng thể tích ổ nhồi máu động mạch não giữa dựa vào điểm NIHSS như sau: Thể tích ổ nhồi máu = $8,28 \times$ (Tổng điểm NIHSS) - 53,59.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN NIHSS SCORE AND THE VOLUME OF CEREBRAL IRM INFARCT IN PATIENTS WITH MIDDLE CEREBRAL ARTERIAL INFARCTION

Objectives: To find out the correlation between NIHSS score and the cerebral infarct volume on MRI. **Objects and Methods:** cross-sectional description. 55 Patients with middle cerebral arterial infarction, hospitalized at the first 48h in the Department of Neurology, Bach Mai hospital, since 11/2016 to 1/2017. NIHSS score was measured just before cerebral MRI. **Results:** NIHSS score was related closely to the volume of ischemia on cerebral MRI, $r = 0.825$ ($p < 0.05$). The correlation found out was relatively tight but the linear regression equation had low predictability 37,5%. Our research suggested linear regression model to estimate the volume of middle cerebral artery infarction after NIHSS score as follows: Volume = $8.28 \times$ (total NIHSS score) - 53, 59.

*Khoa Thần kinh, bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi
Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 5.3.2017
Ngày phản biện khoa học: 5.5.2017
Ngày duyệt bài: 16.5.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não (NMN) chiếm 80% tai biến mạch máu não, trong đó thường gặp nhất là nhồi máu khu vực cấp máu động mạch não giữa. Những triệu chứng điển hình là liệt nhẹ nửa người (thường gặp hơn cả là liệt ưu thế tay mặt), rối loạn cảm giác nửa người, bán manh đồng danh hoặc bán manh góc. Thang điểm đột quỵ não của viện Y tế Quốc gia Mỹ (NIHSS) từ lâu đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới nhằm đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân, nhất là giai đoạn sớm khi chụp cắt lớp vi tính sọ não chưa có tổn thương, và còn giúp thầy thuốc định khu vị trí động mạch bị tổn thương. Tại Việt Nam các biện pháp tiêu sợi huyết đã được áp dụng từ năm 2005 và đã đạt được một số hiệu quả nhất định. Việc đánh giá sự cải thiện của bệnh nhân sau khi dùng tiêu sợi huyết về lâm sàng chủ yếu dựa trên thang điểm NIHSS và thang điểm Rankins. Tuy nhiên chưa có nhiều đề tài nghiên cứu về thang điểm NIHSS. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm hướng tới những mục tiêu sau:

1. Nhận xét lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu động mạch não giữa theo thang điểm NIHSS.
2. Đánh giá mối tương quan giữa thể tích ổ nhồi máu trên phim cộng hưởng từ với điểm NIHSS trong giai đoạn cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang mô tả.
- Tất cả các bệnh nhân vào viện nghi ngờ có nhồi máu động mạch não giữa trong vòng 48 giờ đầu theo tiêu chuẩn nghiên cứu. Bệnh nhân đều được hỏi bệnh ghi nhận các yếu tố nguy cơ, khám lâm sàng tỉ mỉ xử trí, các tình trạng cấp cứu. Chấm điểm NIHSS tại thời điểm ngay trước khi chụp cộng hưởng từ sọ não.

1. Các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng tắc động mạch não giữa [3], [7]:

Nhồi máu não do tắc động mạch não giữa

chiếm 80% các nhồi máu của bán cầu đại não. Biểu hiện lâm sàng với sự kết hợp nhiều triệu chứng của các nhánh nông (nhánh nông trước và nhánh nông sau), nhánh sâu.

- Nhồi máu não động mạch não giữa, nhánh nông:
 - Nhánh nông trước: Liệt nửa người khác bên, ưu thế tay mắt, thất ngôn Broca, bán manh cùng bên, rối loạn cảm giác đối bên ưu thế tay mắt.
 - Nhánh nông sau:
 - + Bán cầu ưu thế: Bán manh bên cùng tên bên đối diện hoặc ¼ dưới tia thị giác, thất ngôn kiểu Wernicke.

Hội chứng Gertsman: Liệt vận động, mất khả năng đọc và viết, mất khả năng tính toán và khả năng phân biệt phải trái.

- + Bán cầu không ưu thế: Hội chứng Anton Babinski - mất nhận biết tên đồ vật, mất chú ý nửa bên cơ thể.

- Nhồi máu não động mạch não giữa, nhánh sâu:
 - Liệt nửa người đối bên đồng đều, đôi khi bán manh bên cùng tên (tổn thương tia thị giác), rối loạn cảm giác thường kín đáo, nói khó.
- Nhồi máu não động mạch não giữa cả nông và sâu (Tắc đoạn M1 động mạch não giữa):

Là tổn thương nặng nề nhất do vùng chi phối của động mạch não giữa lớn. Lâm sàng thấy liệt nửa người nặng đối bên, mất cảm giác nửa người đối bên, bán manh bên cùng tên, thất ngôn hoàn toàn nếu tổn thương bán cầu ưu thế, rối loạn ý thức, hôn mê (có thể có nguy cơ lệt thùy thái dương).

2. Phân loại nguyên nhân nhồi máu não theo TOAST: Phân loại bệnh nhân nhồi máu não theo phân loại TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) là thử nghiệm ngẫu nhiên, mù đôi có đối chứng khi nghiên cứu giá trị của heparin trọng lượng phân tử thấp trong điều trị bệnh nhân nhồi máu não trong vòng 24 giờ, đây là một nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn và kết quả nghiên cứu được công nhận trên thế giới, trong nghiên cứu này người ta sử dụng một hệ thống phân loại nhằm chia các bệnh nhân nhồi máu não thành năm nhóm chính [6],[7]:

- Vỡ xơ động mạch lớn.
- Huyết khối từ tim.

- Tắc nghẽn các động mạch nhỏ (Nhồi máu ổ khuyết).

- Nhồi máu não xác định được các nguyên nhân khác.

- Nhồi máu não không xác định được nguyên nhân. Việc phân loại này dựa trên đặc điểm lâm sàng và các thăm dò hình ảnh (chụp cắt lớp vi tính sọ não hoặc cộng hưởng từ sọ não), siêu âm tim, siêu âm Doppler động mạch xuyên sọ hoặc chụp động mạch.

Nguyên nhân:

- + Chủ yếu do vỡ xơ động mạch.
- + Viêm động mạch, viêm động mạch dạng hạt như trong bệnh lý u hạt Wegener, bệnh Takayashu, giang mai... bóc tách động mạch cảnh, động mạch sống-nền.
- + U não chèn vào các động mạch não, túi phình khổng lồ động mạch cảnh đè vào động mạch não giữa.
- + Các bệnh khác: Bệnh Moyamoya, loạn sản xơ cơ thành mạch.
- + Các bệnh máu: Đa hồng cầu, tăng tiểu cầu nguyên phát...

- Co thắt mạch não: Mạch máu co thắt gây cản trở lưu thông dòng máu hay gặp trong xuất huyết dưới nhện, đau nửa đầu Migraine, sau chấn thương, sau sản giật...

- Nhồi máu não do tắc mạch: tắc mạch do mảnh vỡ xơ, huyết khối, mỡ, khí, dịch ối.

+ Tắc mạch do vỡ xơ động mạch cảnh chỗ phân chia, vỡ xơ quai động mạch chủ.

+ Bệnh tim: Bệnh do cấu trúc tim như tim bẩm sinh, bệnh tim mạch phải, bệnh van tim (hẹp hai lá do thấp, sa van hai lá, van tim nhân tạo...), sau nhồi máu cơ tim, loạn nhịp tim: rung nhĩ, hội chứng suy nút xoang, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn. Trong các nguyên nhân trên thì vỡ xơ động mạch và bệnh tim là phổ biến nhất chiếm 60-70% các trường hợp.

3. Thang điểm NIHSS: Thang điểm NIHSS nhằm đánh giá nhanh các bệnh nhân nhồi máu não động mạch não giữa, thời gian đánh giá khoảng 5-7 phút và được thực hiện bởi các thầy thuốc chuyên khoa đã được đào tạo về cách đánh giá thang điểm này [1], [2].

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Thời gian nhập viện của bệnh nhân

Thời gian nhập viện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Trước 3-4,5 giờ	8	14,5
Trên 4,5-9 giờ	14	25,5
Trên 9 giờ và dưới 48 giờ	33	60,0
Tổng số	55	100

Nhận xét: Bệnh nhân nhập viện trong cửa sổ điều trị tiêu sợi huyết chiếm 14,5%

Bảng 2. Mức điểm NIHSS của bệnh nhân trước khi chụp CHT sọ não

Mức điểm NIHSS	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 4	4	7,3
5 – 15	29	52,7
16 – 21	14	25,5
> 21	8	14,5

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có mức điểm NIHSS đánh giá độ nặng ở mức trung bình và nặng (chiếm 78,2%).

Bảng 3. Giá trị điểm NIHSS thành phần ở bán cầu phải và trái

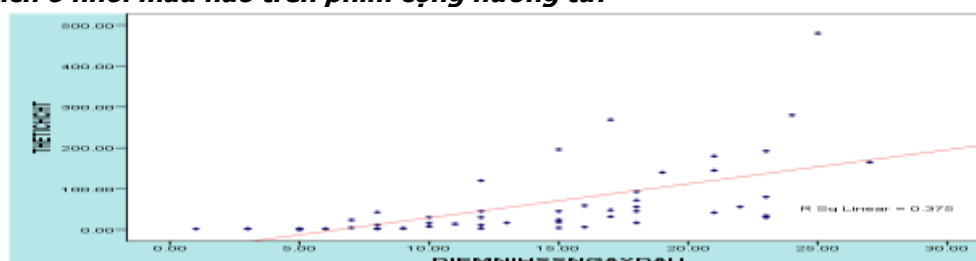
Các giá trị điểm NIHSS	Bán cầu trái (n=30)	Bán cầu phải (n=25)	P
1A- Tri giác	0,8	0,64	0,513
1B- Đánh giá mức độ ý thức bằng câu hỏi	0,8	0,4	0,068
1C- Đánh giá mức độ ý thức bằng mệnh lệnh	0,8	0,4	0,058
2- Hướng nhìn tốt nhất	-	-	-
3- Thị trường	0,33	0,12	0,33
4- Liệt mắt	2,23	1,88	0,167
5- Vận động tay	2,77	2,64	0,688
6- Vận động chân	2,63	2,72	0,779
7- Rối loạn điều phối chi	-	-	-
8- Cảm giác	0,6	0,64	0,830
9- Thất ngôn	1,87	1,2	0,05
10- Rối loạn vận ngôn	1,47	1,04	0,042
11- Mất chú ý	0,83	0,92	0,9
Điểm NIHSS trung bình	14,57	12,36	0,02

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của mức điểm NIHSS trung bình ở hai nhóm bệnh nhân tổn thương não ở bán cầu phải và trái. (p=0,02). Sự khác biệt này được tạo thành chủ yếu do sự khác biệt về chức năng ngôn ngữ.

Bảng 4. Tương quan giữa mức điểm NIHSS và thể tích trung bình của ổ nhồi máu não trên phim cộng hưởng từ sọ não.

Mức điểm NIHSS	Số bệnh nhân	Thể tích ổ nhồi máu (cm ³)	Độ lệch chuẩn
≤ 4	4	2,33	0,39
5 – 15	29	24,4	40,60
16 – 21	14	86,0	73,17
> 21	8	164,63	154,77

Nhận xét: Mức điểm NIHSS càng cao thì thể tích ổ nhồi máu não càng lớn.

Biểu đồ 1. Phương trình hồi quy tuyến tính thể hiện mối tương quan giữa điểm NIHSS và thể tích ổ nhồi máu não trên phim cộng hưởng từ.

Nhận xét: Mối tương quan giữa mức điểm NIHSS và thể tích ổ nhồi máu não khá chặt chẽ, và tuân theo phương trình hồi quy tuyến tính với hệ số dự báo là 37,5%.

Bảng 5. Tương quan giữa điểm NIHSS và thể tích trung bình ổ nhồi máu não trên phim cộng hưởng từ ở bán cầu não phải và trái.

Điểm NIHSS	Bán cầu não trái(n)		Bán cầu não phải (n)		P	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$		
NIHSS ≤ 4	2	$2,4 \pm 0,566$	2	$2,25 \pm 0,35$	0,78	>0,05
NIHSS 5-15	12	$22,92 \pm 33,2$	17	$25,45 \pm 46,1$	0,86	>0,05
NIHSS 16-21	10	$63,82 \pm 47,79$	4	$141,45 \pm 103$	0,22	>0,05

NIHSS >21	6	126,17 ± 102,15	2	280 ± 282,84	0,59	>0,05
V trung bình	30	55,83 ± 67,94	25	65,52 ± 111,2	0,79	>0,05

Nhận xét: Sự khác biệt về thể tích ổ nhồi máu não ở bán cầu phải và trái trong cùng một mức điểm NIHSS là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

-Đánh giá điểm NIHSS ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu và phân loại nguyên nhân nhồi máu theo TOAST: Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân nhập viện muộn từ 9h đến 48h (chiếm 60%) sau khi khởi phát bệnh. Chỉ có 14,5% bệnh nhân nhập viện trong cửa sổ điều trị rtPA. Trong số đó tỉ lệ bệnh nhân có mức điểm NIHSS 5-15 (tương ứng với mức độ nặng trung bình) chiếm tỉ lệ cao nhất (52,7% tổng số bệnh nhân nhập viện), nhóm có mức điểm 16-21 chiếm 25,5%, nhóm có mức điểm NIHSS cao, biểu hiện rất nặng chỉ chiếm 8%, trong số đó, chỉ có 2 bệnh nhân có mức điểm NIHSS không nằm trong chỉ định điều trị rt-PA (mức điểm 25 và 27).

Như vậy cơ hội được điều trị tiêu huyết khối của bệnh nhân nhồi máu động mạch não giữa là rất lớn. Do đó việc tăng cường các đơn vị thần kinh-mạch máu có khả năng điều trị tái tưới máu rất cần thiết. Bên cạnh đó, cần phối hợp với công tác tuyên truyền để nhân dân có hiểu biết về bệnh, đưa bệnh nhân đến viện (Đơn vị thần kinh-mạch máu) càng sớm càng tốt.

-Sự khác nhau về điểm NIHSS trung bình, thể tích ổ nhồi máu trên phim cộng hưởng từ sọ não ở bệnh nhân tổn thương bán cầu não phải và tổn thương bán cầu não trái: Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm NIHSS trung bình giữa hai nhóm có tổn thương bán cầu não phải và bán cầu não trái (với điểm NIHSS trung bình của nhóm tổn thương não phải là 14,57 còn với nhóm tổn thương bán cầu não trái là 12,36). Khi tiến hành phân tích 11 mục của thang điểm NIHSS ở hai nhóm trên chúng tôi nhận thấy sự khác biệt trên là do sự khác biệt của rối loạn vận ngôn ($p = 0,042$), thất ngôn ($p = 0,05$).

Nghiên cứu của chúng tôi giống với nghiên cứu của Daniel W và cộng sự [4] nghiên cứu trên 290 bệnh nhân nhồi máu não vào viện trong 24 giờ đầu và tính toán thể tích thiếu máu trên phim chụp cộng hưởng từ thấy rằng thể tích thiếu máu của bệnh nhân tổn thương bán cầu phải tương tự nhóm có tổn thương bán cầu não trái. Ở tất cả các mức điểm NIHSS cũng như vậy, mặc dù con số điểm NIHSS trung bình có sự khác biệt, nhưng không có ý nghĩa thống kê (vì $p > 0,05$).

-Mối liên quan của điểm NIHSS với thể tích ổ thiếu máu trên phim cộng hưởng từ

sọ não: Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khi tính tương quan giữa thể tích ổ nhồi máu và điểm NIHSS nhận thấy có mối liên quan tương đối chặt chẽ (với hệ số tương quan $r = 0,825$ với ($p < 0,0001$)). Tuy nhiên khi khảo sát các mối tương quan của thể tích thiếu máu với bán cầu tổn thương chúng tôi nhận thấy có sự tương quan chặt chẽ hơn với tổn thương bán cầu não phải ($r = 0,845$ ($p < 0,01$)) so với bán cầu não trái ($r = 0,814$ ($p < 0,01$)). Phương trình hồi quy được rút gọn lại như sau:

Thể tích ổ nhồi máu = $8,28 \times (\text{Tổng điểm NIHSS}) - 53,59$

Mặc dù khả năng dự đoán của mô hình chỉ có 37,5% là tương đối thấp, nhưng với nghiên cứu trong thời gian ngắn (khoảng 3 tháng) và lượng bệnh nhân còn thấp (dưới 60), do đó, chúng tôi hi vọng trong tương lai, một nghiên cứu trên lượng bệnh nhân lớn hơn, có thể giới thiệu những mô hình mà khả năng dự đoán tốt hơn (>80% được coi là tốt).

V. KẾT LUẬN

-Có sự khác biệt về điểm NIHSS ở hai nhóm bệnh nhân tổn thương bán cầu não phải và trái, thể hiện ở chức năng ngôn ngữ.

-Điểm NIHSS có mối tương quan rất chặt chẽ với thể tích ổ thiếu máu não trên phim cộng hưởng từ sọ não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adriant J. Goldszmidt:** "Cẩm nang xử trí tai biến mạch máu não" (Stroke essentials), nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2011.
2. **Baird AE et al (2001),** "A three-item scale for the early prediction of stroke recovery", Lancet, 357, p 2095- 2099
3. **Daniel D. Trương, Lê Đức Hình, Nguyễn Thị Hùng (2004),** "Nhồi máu não", Thần kinh học lâm sàng, NXB Y học, tr 183- 188.
4. **Daniel W, Broderick JP, et al (1999),** "Does the National Institutes of Health Stroke Scale Favor Left Hemisphere Strokes?", Stroke, 30, p 2355- 2359.
5. **Hồ Hữu Lương (2002),** "Chẩn đoán định khu tổn thương của não và của mạch máu não", Tai biến mạch máu não, NXB Y học, tr 153- 156.
6. **Nguyễn Đạt Anh, Nguyễn Lâm Việt, Nguyễn Quốc Anh, Phạm Quang Vinh (2011),** "Thang điểm đột quỵ đã được sửa đổi của viện sức khỏe quốc gia Hoa Kỳ", Các thang điểm thiết yếu sử dụng trong thực hành lâm sàng, NXB Y học, tr 313- 315.
7. **Nguyễn Hoàng Hải (2001),** Nghiên cứu chẩn đoán nhồi máu động mạch não giữa điều trị tại

khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH SÂU RĂNG ĐỐI VỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TỈNH YÊN BÁI NĂM 2015

Trương Mạnh Dũng*, Nguyễn Thị Sen**,
Đinh Xuân Thành*, Nguyễn Văn Tiến**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá ảnh hưởng của bệnh sâu răng đối với chất lượng cuộc sống (CLCS) của người cao tuổi tại tỉnh Yên Bái năm 2015. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng bộ công cụ Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) để đánh giá những ảnh hưởng về cơ năng, tâm lý và những hạn chế về chất lượng cuộc sống có liên quan tới tình trạng răng miệng. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy, đa số bệnh sâu răng ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của những người trên 75 tuổi nhiều gấp 1,3 lần những người từ 60 – 74 tuổi. Chất lượng cuộc sống ở những người có sâu răng bị ảnh hưởng nhiều gấp 1,9 lần so với những người không có sâu răng và những người có răng mất do sâu thì chất lượng cuộc sống giảm gấp 1,4 so với những người không mất răng do sâu. **Kết luận:** Bệnh sâu răng ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống người cao tuổi.

Từ khóa: Người cao tuổi, chất lượng cuộc sống, bệnh sâu răng, Yên Bái.

SUMMARY

EFFECTS OF DENTAL CARIES TO THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE IN YEN BAI PROVINCE IN 2015

Objective: The study was conducted to evaluate the effects of dental caries in the quality of life of the elderly in the province of Yen Bai, 2015. **Methods:** Cross-sectional descriptive study, use the toolkit oral Health impact Profile -14 (OHIP-14) to assess the effects of functional, psychological and restrictions on quality of life related to oral condition. **Results:** The study showed that the majority of dental caries affecting the quality of life of people over 75 years old 1.3 times more people aged 60-74 years old. The quality of life in people with decay is 1.9 times more than those without dental caries and those who have missing teeth because dental caries quality of life reduced 1.4 times compared to those who do not have missing teeth because dental caries. **Conclusions:** Dental caries affects the quality of life of the elderly.

Keywords: Elderly, quality of life, dental caries, Yen Bai.

*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y HN

**Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Sen

Email: senrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.5.2017

Ngày duyệt bài: 10.5.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây tuổi thọ của người dân được nâng cao, chất lượng cuộc sống cho NCT cũng đặt ra những vấn đề lớn đó là giữ gìn và tăng cường sức khỏe răng miệng, bên cạnh các yêu cầu chăm sóc sức khỏe toàn thân. Cũng như các đối tượng khác, tình hình mắc các bệnh răng miệng của người cao tuổi ở nước ta còn cao do ý thức giữ gìn vệ sinh răng miệng còn thấp, nhân lực và phương tiện chăm sóc của ngành y tế cho sức khỏe răng miệng còn thiếu, hơn nữa hoàn cảnh kinh tế, thu nhập thấp cùng những biến đổi sinh bệnh học cũng làm cho người cao tuổi trở thành một đối tượng cần sự quan tâm đặc biệt của các chương trình chăm sóc cộng đồng [2].

WHO (1997) đã đặt ra mục tiêu toàn cầu về sức khỏe răng miệng đến năm 2020. Một trong những vấn đề này là liên quan đến mất răng với mục đích can thiệp tăng số lượng các răng còn chức năng ăn nhai tối thiểu trên cung hàm là 21 răng. Kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001 cho thấy tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn có chiều hướng tăng theo tuổi, tỷ lệ sâu răng của đối tượng từ 45 tuổi trở lên trong toàn quốc là 78%; chỉ số SMT từ 6,09%-11,66% [3].

Tuy nhiên tại Việt Nam, các chương trình sức khỏe răng miệng người cao tuổi còn hạn chế, có ít nghiên cứu và chưa có nhiều hệ thống đào tạo cũng như cơ sở điều trị chuyên sâu về NCT. Việc đánh giá ảnh hưởng của sâu răng đến chất lượng cuộc sống của NCT chưa nhiều và hệ thống nên chưa đưa ra được những giải pháp hiệu quả để giúp NCT có thể chăm sóc răng miệng của mình để hạn chế những biến chứng mà sâu răng mang lại. Vì thế chúng tôi thực hiện đề tài nhằm: "Đánh giá ảnh hưởng của bệnh sâu răng đối với chất lượng cuộc sống người cao tuổi tại tỉnh Yên Bái năm 2015".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Là người cao tuổi sống tại tỉnh Yên Bái trong thời gian điều tra.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 10/2014 đến tháng 8/2015

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} \times DE$$

- Cỡ mẫu: $\times DE$

Trong đó: p: Tỷ lệ mắc bệnh sâu răng tại cộng đồng của NCT (55.1%) [4]

d: Độ chính xác tuyệt đối (= 0,0326)

$Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$, tương ứng với độ tin cậy là 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

Do sử dụng kỹ thuật chọn mẫu 30 chùm ngẫu nhiên nên cỡ mẫu cần nhân với hệ số thiết kế mẫu (DE = 1,5)

Do vậy, cỡ mẫu tính được là 1343 người cao tuổi.

2.3. Cách chọn mẫu

- Bước 1. Chọn 30 chùm ngẫu nhiên cho tổng khu vực thành thị và nông thôn tại Yên Bái, mỗi chùm là 1 xã/phường.

- Bước 2. Chọn đối tượng nghiên cứu: Lên danh sách các người cao tuổi trong xã/phường, chọn ngẫu nhiên đơn người cao tuổi từ danh sách cho tới khi đủ cỡ mẫu thì dừng.

Như vậy mỗi xã/phường sẽ chọn ít nhất 45 người cao tuổi.

Cỡ mẫu thực tế nghiên cứu là 1435 NCT.

2.4. Các bước nghiên cứu

- Lập kế hoạch, lên danh sách và liên hệ mời NCT.

- Phỏng vấn NCT theo bảng câu hỏi.

- Khám lâm sàng: Thu thập thông tin theo mẫu phiếu khám.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Điểm trung bình OHIP-14 theo 7 vấn đề

Vấn đề	Mean	SD	Min	Max
Anh hưởng cơ năng	1,3	2,1	0	10
Cảm giác đau	2,0	2,1	0	10
Tâm lý không thoải mái	1,2	1,9	0	10
Hạn chế chức năng nhai	1,4	2,0	0	10
Hạn chế về tâm lý	1,02	1,9	0	10
Hạn chế về giao tiếp xã hội	1,0	1,8	0	10
Bất lợi về tâm lý và chức năng	1,1	1,9	0	10

Nhận xét: Theo bảng 3.1, trong số 7 vấn đề của OHIP-14 được 1435 đối tượng nghiên cứu trả lời, cảm giác đau là vấn đề phổ biến nhất ($2,0 \pm 2,1$), theo sau là hạn chế chức năng ăn nhai ($1,4 \pm 2,0$). Vấn đề ít gặp nhất là hạn chế về giao tiếp xã hội ($1,0 \pm 1,8$).

Bảng 3.2. Sự khác biệt trung bình OHIP-14 theo 7 vấn đề giữa những người sâu răng và không sâu răng

Vấn đề	Sâu răng Mean $\pm$ SD	Không sâu răng Mean $\pm$ SD	p*
Anh hưởng cơ năng	1,0 $\pm$ 1,7	1,5 $\pm$ 2,2	p=0,001
Cảm giác đau	1,9 $\pm$ 1,9	2,0 $\pm$ 2,2	p=0,986
Tâm lý không thoải mái	1,0 $\pm$ 1,7	1,3 $\pm$ 2,1	p=0,009
Hạn chế chức năng nhai	1,3 $\pm$ 1,7	1,5 $\pm$ 2,1	p=0,762
Hạn chế về tâm lý	0,7 $\pm$ 1,4	1,1 $\pm$ 2,0	p=0,004
Hạn chế về giao tiếp xã hội	0,6 $\pm$ 1,4	1,1 $\pm$ 2,0	p=0,000
Bất lợi về tâm lý và chức năng	0,7 $\pm$ 1,4	1,2 $\pm$ 2,0	p=0,000

Nhận xét: Theo bảng 3.2, điểm trung bình của những người bị sâu răng ở cả 7 vấn đề đều cao hơn ở những người không sâu răng, trong đó sự khác biệt ở vấn đề cảm giác đau và hạn chế chức năng nhai không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, các vấn đề còn lại sự khác biệt điểm trung bình 2 nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Mối liên quan về điểm trung bình OHIP-14 giữa các nhóm tuổi

Nhóm tuổi	CLCS cao		CLCS thấp		OR	95%CI	p
	SL	%	SL	%			
60-74	675	68,7	307	31,3	1,3	1,1-1,7	0,024
≥ 75	284	62,7	169	37,3			

(Điểm trung bình OHIP-14 < 9,4 là CLCS cao và OHIP-14 $\geq$ 9,4 là CLCS thấp)

Nhận xét: Kết quả bảng 3.3 cho thấy: Những người ở độ tuổi trên 75 thì bệnh răng miệng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống nhiều gấp 1,3 lần những người ở độ tuổi 60 – 74 với khoảng tin cậy 95%CI = [1,1 – 1,7]. Kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Môi liên quan về điểm trung bình OHIP-14 giữa những người sâu răng và không sâu răng

Tình trạng sâu răng	CLCS cao		CLCS thấp		OR	95%CI	p
	SL	%	SL	%			
Không sâu	606	61,4	381	38,6	1,9	1,5-2,4	p=0,000
Có sâu	204	45,5	244	54,5			

(Điểm trung bình OHIP-14 < 8,55 là CLCS cao và OHIP-14 ≥ 8,55 là CLCS thấp)

Nhận xét: Kết quả bảng 3.4 cho thấy: Ở những người sâu răng thì chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng gấp 1,9 lần so với những người không sâu răng với khoảng tin cậy 95%CI = [1,5 – 2,4]. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 3.5. Môi liên quan về điểm trung bình OHIP-14 giữa những người mất răng do sâu và không mất răng do sâu

Tình trạng mất răng do sâu	CLCS cao		CLCS thấp		OR	95%CI	p
	SL	%	SL	%			
Không mất	420	69,2	187	30,8	1,4	1,2-1,8	p=0,001
Có mất	505	61,0	323	39,0			

(Điểm trung bình OHIP-14 < 8,9 là CLCS cao và OHIP-14 ≥ 8,9 là CLCS thấp)

Nhận xét: Kết quả bảng 3.5 cho thấy: Ở những người bị mất răng do sâu thì chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng gấp 1,4 lần so với những người không bị mất răng do sâu với khoảng tin cậy 95% CI = [1,2 – 1,8]. Kết quả này có ý nghĩa thống kê với p = 0,001.

Bảng 3.6. Sự khác biệt điểm trung bình OHIP-14 ở những NCT bị sâu răng có tình trạng kinh tế- xã hội khác nhau

Vấn đề		Mean	SD	p
Trình độ học vấn	Dưới THPT	9,9	13,2	p*=0,110
	Từ THPT trở lên	7,8	9,8	
Nghề nghiệp chính trước đây	Nông dân và nghề khác	9,5	12,2	p*=0,002
	Công chức/viên chức	7,6	11,3	
Thu nhập hàng tháng	Vừa đủ chi tiêu	8,6	11,7	p**=0,002
	Không đủ phải vay	12,4	14,7	
	Có thể tiết kiệm	7,1	9,2	

*: Mann-Whitney test; **: Kruskal –Wallis test

Nhận xét: Kết quả bảng 3.6 cho thấy trong số những NCT bị sâu răng thì: Những người có trình độ học vấn từ THPT trở xuống có điểm trung bình OHIP-14 là 9,9, cao hơn so với những người học từ trình độ trung cấp trở lên (7,8). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Những người trước đây làm công chức/viên chức có điểm trung bình OHIP-14 là 7,6, thấp hơn so với những người làm nông dân và các nghề khác (9,5). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Những người sống trong gia đình có thu nhập vừa đủ chi tiêu có điểm OHIP-14 thấp nhất (8,6), những người sống trong gia đình có thu nhập không đủ phải đi vay có điểm OHIP-14 cao nhất (12,4). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu là 1435 người cao tuổi từ 60 tuổi được chọn ngẫu nhiên tại 30 phường/xã ở thành phố và hai huyện Văn Yên, Yên Bình tỉnh Yên Bái để đo lường các vấn đề răng miệng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Sức khỏe không bao giờ chỉ đánh giá dựa vào tình trạng

ốm đau, bệnh tật, ảnh hưởng xã hội mà còn phải đánh giá sức khỏe về cả khía cạnh chức năng, tâm lý và xã hội. Chính vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi đã chọn chỉ số OHIP-14, là một trong những phương pháp phổ biến đánh giá ảnh hưởng của các vấn đề răng miệng đến chất lượng cuộc sống của NCT.

Trong 7 vấn đề của OHIP-14, vấn đề phổ biến nhất mà NCT gặp phải là cảm giác đau với điểm trung bình là $2,0 \pm 2,1$ và theo sau là hạn chế chức năng ăn nhai ($1,4 \pm 2,0$). Kết quả của nghiên cứu này tương tự với nghiên cứu của Dahl K.E. ở Na Uy (2011), Biazevic ở Brazil (2008) và Đỗ Mai Phương ở Hà Nội [5],[6],[7]. Điều này có thể do các biến chứng của sâu răng gây cảm giác đau rất điển hình và rõ ràng nên NCT có thể cảm nhận được và khi NCT bị sâu hoặc mất răng rồi thì họ thường tránh ăn thức ăn cứng để tránh va chạm mạnh vào vùng răng đó để không bị đau.

Điểm nổi bật trong nghiên cứu của chúng tôi là vấn đề mà đối tượng nghiên cứu ít gặp phải nhất là hạn chế về tâm lý ($1,02 \pm 1,9$) và hạn chế về giao tiếp xã hội ($1,0 \pm 1,8$). Kết quả này

không giống với các nghiên cứu nước ngoài, hầu hết các nghiên cứu nước ngoài đều có tỉ lệ NCT trả lời "có ảnh hưởng" về vấn đề này khá cao. Sự khác nhau này có thể giải thích do suy nghĩ của người cao tuổi nước ta khác với các nước khác. Họ cho rằng họ đã quá già và mắc bệnh tật là một điều đương nhiên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở những người trên 75 tuổi, bệnh răng miệng ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống nhiều gấp 1,3 lần những người từ 60 – 74 tuổi. Kết quả này có ý nghĩa thống kê ($p=0,024$). Điều này có thể do tỉ lệ sâu răng, số trung bình răng sâu, răng mất và chỉ số SMT ở nhóm tuổi trên 75 đều cao hơn hẳn nhóm tuổi còn lại. Mặt khác, tuổi càng cao, sức khỏe càng yếu, sức chịu đựng của con người càng giảm, vì vậy các vấn đề răng miệng dễ khiến họ cảm thấy chất lượng cuộc sống bị kém đi.

Khi nghiên cứu xét đến tình trạng sâu răng và mất răng, thì đối với những người có răng sâu có chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng gấp 1,9 lần so với những người không sâu răng, và những người có răng mất do sâu thì chất lượng cuộc sống giảm gấp 1,4 so với những người không mất răng do sâu. Từ kết quả trên chúng ta có thể rút ra kết luận rằng tình trạng sâu răng không được điều trị và mất răng do sâu đều có ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống ở NCT trên địa bàn nghiên cứu. Vì vậy, cần có những biện pháp tuyên truyền giáo dục, thay đổi nhận thức và hành vi chăm sóc răng miệng ở NCT, giúp NCT nhận ra được tầm quan trọng của việc khám răng miệng định kỳ, khám và điều trị sớm những tổn thương sâu răng, không để đến khi đã có biến chứng xảy ra, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của NCT.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, Trong số những NCT bị sâu răng, những người trước đây làm công chức/viên chức có điểm trung bình OHIP-14 (7,6) cao hơn số điểm của những người làm nông dân và các ngành nghề khác như công nhân, kinh doanh, nội trợ... (9,5) sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể do những người làm công chức/viên chức trước đây thường có thu nhập ổn định hơn các ngành nghề khác, hiện tại họ lại có lương hưu, nhìn chung thu nhập của họ có thể cao hơn những người khác. Bên cạnh đó, tuy sự khác biệt về điểm trung bình OHIP-14 giữa các nhóm thu nhập khác nhau không có ý nghĩa thống kê, nhưng điểm trung bình OHIP-14 ở nhóm thu nhập thấp nhất cao hơn hẳn so với hai nhóm còn lại. Kết quả này cho thấy nghề nghiệp và thu nhập là hai yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của

NCT. Điều này là do những người làm công chức/viên chức họ có ý thức trong việc bảo vệ răng miệng họ tốt hơn đồng thời họ thu nhập ổn định hơn sẽ có điều kiện chăm sóc răng miệng tốt hơn so với những NCT có thu nhập thấp sẽ ít có cơ hội được tiếp cận với dịch vụ nha khoa nói riêng và dịch vụ y tế nói chung, nếu có sâu răng họ cũng không đi chữa sớm mà phải để tới khi bệnh có biến chứng, đau răng mới đi chữa, họ cũng ít khi làm phục hình răng nên khả năng ăn nhai giảm nhiều. Cùng với gánh nặng từ những bệnh tật khác, chất lượng cuộc sống ở những NCT sống trong gia đình có thu nhập thấp rõ ràng sẽ bị ảnh hưởng nhiều hơn so với những NCT sống trong gia đình có thu nhập cao hơn.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh sâu răng ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của những người trên 75 tuổi nhiều gấp 1,3 lần những người từ 60 – 74 tuổi.
- Chất lượng cuộc sống ở những người bị sâu răng bị ảnh hưởng nhiều gấp 1,9 lần so với những người không bị sâu răng.
- Phần lớn NCT bị sâu răng trước đây làm công chức/viên chức và có thu nhập cao ít bị ảnh hưởng hơn những người làm ngành nghề khác và có thu nhập thấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giang Thanh Long (2012).** *Bảo trợ xã hội cho người già ở Việt Nam: thách thức và các biện pháp cải cách*, Hội nghị quốc tế về người cao tuổi, Malaysia tháng 7 năm 2012.
2. **Nguyễn Võ Duyên Thơ (1992).** *Điều tra tình hình sức khỏe răng miệng ở người già*, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
3. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ẩn, Trịnh Đình Hải và Cs (2002).** *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Phạm Văn Việt (2004).** *Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi ở Hà Nội*, Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội, 14-15; 20-21; 68-69.
5. **Dahl K. E, Wang N. J., Holst D. et al. (2011).** Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trøndelag, Norway, *Int J Dent Hyg*, 9(1), 87-92.
6. **Biazevic M. G., Rissotto R. R., Michel-Crosato E. et al (2008).** Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents, *Braz Oral Res*, 22(1), 36-42.
7. **Đỗ Mai Phương, Lộc Thị Thanh Hiền (2015).** *Thực trạng bệnh sâu răng và ảnh hưởng của bệnh đến chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi quận Cầu Giấy, Hà Nội.*

HỘI CHỨNG SAU CẮT ĐOẠN UNG THƯ TRỰC TRÀNG ĐÁNH GIÁ TRÊN 175 BỆNH NHÂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Phạm Văn Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét tỷ lệ, triệu chứng và một số yếu tố liên quan của hội chứng sau cắt đoạn trực tràng điều trị ung thư trực tràng tại khoa ngoại Bụng I Bệnh viện K". **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 175 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng tại khoa ngoại Bụng I Bệnh viện K, Bệnh nhân được khám lại sau 6 tháng phẫu thuật đánh giá các triệu chứng của hội chứng sau cắt đoạn trực tràng. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiền cứu. **Kết quả:** 175 bệnh nhân ung thư trực tràng tuổi trung bình 65,7 (28- 80); 97 nam/78 nữ. Giai đoạn II 79 bệnh nhân, giai đoạn III 96 bệnh nhân; có 117 bệnh nhân mổ mở, 58 mổ nội soi; 55 bệnh nhân xạ trị tiền phẫu, 44 bệnh nhân hoá trị hậu phẫu; 5 ca biến chứng rò miệng nổi. Triệu chứng của hội chứng sau cắt đoạn trực tràng: đi ngoài khó 10 ca, táo bón 5 ca, đi ngoài > 3 lần/ngày 28 ca, són phân 2 ca; không có trường hợp nào đi ngoài không tự chủ. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc hội chứng sau cắt đoạn trực tràng chiếm 25,6%. Lâm sàng biểu hiện đi ngoài >3 lần/ngày chiếm 16%, đi ngoài khó 5,7%, táo bón 2,8%, són phân 1,1%. Miệng nổi thấp < 5 cm, giai đoạn bệnh, xạ trị trước mổ và biến chứng rò miệng nổi là các yếu tố liên quan đến hội chứng sau cắt đoạn trực tràng.

Từ khoá: ung thư trực tràng, hội chứng sau cắt đoạn trực tràng

SUMMARY

LOW ANTERIOR RESECTION SYNDROME (LARS) AFTER RECTAL CANCER RESECTION - EVALUATED IN 175 PATIENTS RECTAL CANCER

Objectives: To assess the incidence, symptoms and some related factors of LARS in patients after rectal resection at Department of Abdominal Surgery 1, K hospital. **Patients and methods:** 175 rectal cancer patients underwent rectal removal and mesorectal resection at Department of Abdominal surgery 1, K hospital, were examined after 6 months of surgical to evaluate of LARS. Method:descriptive study. **Results:** Mean age was 65.7 (28-80); ratio male/female was 97/78. There were 79 patients at stage II and 96 patients at stage III; 117 patients were done by open surgery and 58 underwent laparoscopic surgery; 55 patients had done preoperative radiotherapy, 44 patients postoperative chemotherapy; Five cases had anastomotic fistula.

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 9.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 4.5.2017

Ngày duyệt bài: 16.5.2017

LARS: 10 cases have been difficult defecation, 5 cases constipation, and 28 patients have had more than 3 times per day, 2 cases have been difficulty holding stool; No case has gone out of control. **Conclusion:** The incidence of LARS was 25.6%: 16% patients have defecation more than 3 times per day, difficulty defecation in 5.7%, constipation in 2.8%, difficulty holding stool 1.1%. Lower anastomosis less than 5 cm from anal verge, stage of disease, preoperative radiotherapy, and anastomotic fistula were factors associated with LARS

Keywords: rectal cancer, low anterior resection syndrome,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay với những tiến bộ trong điều trị đa mô thức ung thư trực tràng (UTTT) tia xạ, hoá chất kết hợp với phẫu thuật, tỷ lệ bảo tồn cơ thắt hậu môn có thể đạt tới 80%. Riêng phẫu thuật cũng có những bước tiến về kỹ thuật như phẫu thuật nội soi 3D, phẫu thuật Rô bốt Da Vinci đã làm tăng cơ hội bảo tồn cơ thắt cho bệnh nhân ung thư trực tràng thấp. Tuy nhiên cắt đoạn trực tràng bảo tồn cơ thắt cũng làm thay đổi cấu trúc giải phẫu sinh lý dẫn tới thay đổi nhu động trực tràng cũng như thói quen đi ngoài của bệnh nhân [1],[4]. Sự thay đổi này được ghi nhận rất đa dạng từ tăng số lần đi ngoài, đi ngoài khó, đau khi đi ngoài hoặc không đi được phải can thiệp bằng thuốc hay thụt tháo ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Những thay đổi về chức năng của trực tràng sau cắt đoạn trực tràng bảo tồn cơ thắt được gọi là "Hội chứng sau cắt đoạn trực tràng" (HCSCDTT) "Low Anterior Resection Syndrome". Hiện nay những nguyên nhân chính xác dẫn tới HCSCDTT vẫn còn chưa sáng tỏ [1],[2],[3],[4].

Ở Việt Nam đã có nhiều bài viết về ung thư trực tràng dưới khía cạnh kỹ thuật ngoại khoa như mổ mở với cắt khâu nối máy, mổ nội soi, và về ung thư học như tỷ lệ sống thêm sau mổ, tỷ lệ tái phát và di căn... Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về "Hội chứng sau cắt đoạn trực tràng". Xuất phát từ vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

"Nhận xét tỷ lệ, triệu chứng và một số yếu tố liên quan của hội chứng sau cắt đoạn trực tràng điều trị ung thư trực tràng tại khoa ngoại Bụng I Bệnh viện K".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: 175 bệnh nhân ung thư trực tràng được cắt đoạn trực tràng theo protocole chuẩn ung thư: cắt trước (Anterior resection); cắt trước thấp (Low anterior resection) tại khoa ngoại Bụng I, Bệnh viện K

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng với kết quả mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến.
- Được phẫu thuật triệt căn cắt đoạn trực tràng theo protocole: anterior resection hoặc low anterior resection bằng mổ mở và phẫu thuật nội soi, nối đại tràng- móm trực tràng còn lại bằng máy hoặc bằng khâu tay
- Được điều trị bổ trợ hoá xạ trị tiền phẫu hay hoá xạ trị hậu phẫu
- Hồ sơ bệnh án được ghi chép đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư trực tràng không phải ung thư biểu mô tuyến
- Cắt trực tràng nối đại tràng ống hậu môn
- Không phải phẫu thuật triệt căn UTTT

- Hồ sơ nghi chép không đầy đủ thông tin
- Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiền cứu

2.2 Chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới
- Giai đoạn ung thư (AJCC 2010)
- Loại phẫu thuật:
 - + Cắt trước thấp LAR (miệng nối cách rìa hậu môn < 5cm), cắt trước AR (miệng nối cách rìa hậu môn > 5cm)
 - + Mổ mở, mổ nội soi
 - + Nối máy, nối bằng khâu tay
- Biến chứng rò miệng nối
- Điều trị bổ trợ hoá xạ trị
 - + trước mổ
 - + sau mổ
- Triệu chứng lâm sàng khám lại sau 6 tháng đánh giá các triệu chứng LARS
 - + đi ngoài khó, đau
 - + táo bón cần dùng thuốc nhuận tràng
 - + đi ngoài nhiều lần > 3 lần/ngày
 - + đi ngoài són phân
 - + đi ngoài không tự chủ

III. KẾT QUẢ

175 bệnh nhân UTTT tuổi trung bình 65,7 (28- 80); 97 nam/78 nữ

Bảng 1: Các chỉ số kỹ thuật và phương pháp điều trị

Giai đoạn (AJCC 2010) cTNM	Số bệnh nhân	%
II	76	43,4
III	99	56,6
Loại phẫu thuật: Cắt trước	77	44
Cắt trước thấp	98	56
Mổ mở	117	66,8
Mổ nội soi	58	33,2
Biến chứng rò miệng nối	5	2,8
Điều trị bổ trợ: Xạ trị trước mổ	55	31,4
Hoá trị sau mổ	44	25,1

Bảng 2: triệu chứng lâm sàng SCĐTT (LARS)

	Số bệnh nhân	%
Đi ngoài khó, đau	10	5,7
Táo bón cần dùng thuốc	5	2,9
Đi ngoài > 3 lần/ngày	28	16
Đi ngoài són phân	2	1,1
Đi ngoài không tự chủ	0	0
Tổng	45	25,7

Bảng 3 : Hội chứng SCĐTT/các phương pháp điều trị

	Số bệnh nhân	%
SCĐTT/ cắt trước thấp	35/98	35,7
SCĐTT/ cắt trước: Giai đoạn II	4/45	8,8
Giai đoạn III	20/45	44,4
SCĐTT / Xạ trị tiền phẫu	25/55	45,4
SCĐTT/ không xạ trị tiền phẫu	10/120	8,3
SCĐTT/ biến chứng miệng nối	5/5	100

IV. BÀN LUẬN

Ngày nay cắt đoạn trực tràng với diện cắt không còn tế bào ung thư ở thành trực tràng và mạc treo trực tràng, nối đại tràng với mòm trực tràng còn lại, thắt mạch máu đúng vị trí gốc, nạo vét hạch là kỹ thuật tiêu chuẩn về ngoại khoa điều trị UUTT. Tuy nhiên miệng nối mòm trực tràng còn lại không phải khi nào cũng đảm bảo chức năng sinh lý của trực tràng như một trực tràng còn nguyên vẹn [1],[3],[4]. Các triệu chứng rối loạn về chức năng chứa phân và co bóp tổng phân ra ngoài biểu hiện với những triệu chứng và mức độ khác nhau từ đi ngoài khó, đau khi đi ngoài đến táo bón hay đi ngoài nhiều lần/ngày, không giữ được tự chủ khi đi ngoài... được gọi là "Hội chứng sau cắt đoạn trực tràng". Nguyên nhân hay cơ chế bệnh sinh của hội chứng SCĐTT vẫn chưa được làm sáng tỏ. Các giả thiết được đề cập tới nhiều là: sau phẫu thuật cắt đoạn trực tràng thể tích còn lại của trực tràng không còn đủ dung tích sinh lý cũng như các tế bào niêm mạc cảm thụ áp lực ở bóng trực tràng cũng thay đổi; tổn thương các nhánh thần kinh hạ vị chi phối trực tràng hay bản thân miệng nối cũng làm thay đổi cơ bóp sinh lý của trực tràng[1],[2],[3],[4],[5],[7]. Emmertsen.KJ (2013)[3] hội chứng SCĐTT chiếm từ 19% đến 52%, điều này cho thấy hội chứng SCĐTT ảnh hưởng không nhỏ tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân UTTT và luôn đặt ra vấn đề cho các phẫu thuật viên cần phải nghiên cứu. Với 175 bệnh nhân UTTT cắt đoạn trực tràng trong nghiên cứu của chúng tôi được khám lại sáu tháng sau mổ đánh giá các triệu chứng đi ngoài cho thấy có 45 bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng của hội chứng SCĐTT chiếm tỷ lệ 25,7%. Trong đó nhóm đi ngoài nhiều lần (> 3 lần/ngày) chiếm 16%, chỉ có 2 bệnh nhân có són phân chiếm 1,1%, không có bệnh nhân nào mất tự chủ hoàn toàn cơ thắt hậu môn.

Các yếu tố nào liên quan tới hội chứng SCĐTT?: Tuổi và giới được các tác giả đề cập tới như là các yếu tố nguy cơ. Tuổi càng cao trường lực cơ thắt hậu môn càng giảm, ở phụ nữ trường lực cơ thắt cũng kém hơn nam giới nên tỷ lệ có hội chứng SCĐTT cao hơn [1],[4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi 2 yếu tố này không biểu hiện sự khác biệt về hội chứng SCĐTT, mặc dù nhóm bệnh nhân của chúng tôi cũng có bệnh nhân 80 tuổi.

Về kỹ thuật mổ cắt đoạn trực tràng nếu miệng nối càng thấp (cách rìa hậu môn < 5cm) đồng nghĩa với mòm trực tràng còn lại ngắn hơn.

Khi nối với mòm trực tràng, đoạn đại tràng đưa xuống có thể được tạo hình túi (J Pouch) để tăng dung tích chứa như trực tràng nguyên bản làm hạn chế rối loạn chức năng đi ngoài[4],[5],[6]. Nghiên cứu của chúng tôi với 175 bệnh nhân được nối tận- tận bằng máy CDH 29, không có tạo hình J Pouch nên không thể phân tích được yếu tố này. Tuy nhiên Bryant C.L.C (2012) nghiên cứu về kỹ thuật miệng nối cho thấy miệng nối J Pouch đại tràng với mòm trực tràng còn lại so với miệng nối tận-bên không tạo túi J Pouch hay nối tận- tận đại tràng- trực tràng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc hội chứng SCĐTT[1].

Có nhiều nghiên cứu về ảnh hưởng không mong muốn của xạ trị trước mổ lên cơ thắt hậu môn. Putta.S (2005) thống kê ảnh hưởng của xạ trị tới các cơ quan ở tiểu khung như bàng quang, tiền liệt tuyến, tử cung, âm đạo và cơ thắt hậu môn trên bệnh nhân UTTT được xạ trị 45 Gr trước mổ. theo dõi đánh giá lại sau mổ cắt đoạn trực tràng 2 năm. Tác giả rút ra kết luận xạ trị trước mổ làm tăng tỷ lệ đi ngoài nhiều lần, khó kiểm chế són phân trên bệnh nhân cắt đoạn trực tràng[7]. Nghiên cứu của chúng tôi có số bệnh nhân mắc hội chứng SCĐTT/số bệnh nhân được xạ trị trước mổ là 25/55 (45,5%) trong khi nhóm không được xạ trị trước mổ tỷ lệ này là 10/120 (8,3%) một sự khác biệt rõ rệt.

Biến chứng tại miệng nối cũng là yếu tố đóng góp nâng tỷ lệ của hội chứng SCĐTT [1]. Các tác giả đưa ra giả thiết là khi có rò miệng nối dù được điều trị nội khoa hay ngoại khoa thì khi miệng nối liền sẹo bao giờ cũng có sự viêm dày xơ hoá miệng nối dẫn tới chức năng co bóp của trực tràng bị rối loạn gây nên hội chứng SCĐTT. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5/175 (2,8%) bệnh nhân có biến chứng rò miệng nối. 5 trường hợp này đều được điều trị nội khoa tích cực: nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, hút liên tục dẫn lưu vùng tiểu khung sau 2 tuần bệnh nhân ổn định không phải can thiệp ngoại khoa. Khám lại sau 6 tháng cả 5/5 (100%) trường hợp này đều có biểu hiện của hội chứng SCĐTT.

V. KẾT LUẬN

-Tỷ lệ có hội chứng sau cắt đoạn trực tràng chiếm 25,7%

-Triệu chứng lâm sàng của hội chứng sau cắt đoạn trực tràng chủ yếu là: đi ngoài nhiều lần/ngày chiếm 16%, đi ngoài khó 5,7%, táo bón 2,8%, són phân khó tự chủ 1,1%, không có trường hợp nào mất tự chủ hoàn toàn.

-Miệng nổi thấp (<5 cm), giai đoạn bệnh, xạ trị trước mổ và biến chứng rò miệng nổi là các yếu tố liên quan đến hội chứng sau cắt đoạn trực tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bryant.C.L.C; Lunniss.P.J; Knowles.C.H et al (2012) "Anterior resection syndrome". Lancet Oncol, vol13:403-08
2. Ekkarat.P; Boonpipattanapong.T; Tantiphlachiva.K et al (2016) "Factors determining low anterior resection syndrome after rectal cancer resection: A study in Thai patients".Asian journal of surgery 39, 225-231
3. Emmerten.K.J; Lauberg (2013) "Rectal cancer function study Group. Impact of bowel dysfunction on

quality of line after sphincter preserving resection for rectal cancer. Br J Surg, 100: 1377-1387

4. Juul.T; Ahlberg.M; Biondo.S et al (2014) "Low anterior resection syndrome and quality of life: an international multicentre study" Colorectal Dis.5:258-261
5. Lange.M.M; Dulk.D; Bossema.E.R et al (2007) "Risk factors for faecal incontinence after rectal cancer treatment".Br J Surg 94:1278-84
6. Melenhorst.J; Koch.S.M; Uludag.O et al (2006) "Sacral neuromodulation in patients with faecal incontinence: results of the first 100 permanent implantations" Colorectal Disease 9, 725-730
7. Putta.S; Andreyew.H (2005) "Faecal incontinence: a late side-effect of pelvic radiotherapy. Clin Oncol 17:469-77

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG DO MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Minh Hải*, Phạm Thị Tĩnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật chấn thương sọ não nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 39 bệnh nhân chấn thương sọ não nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính được phẫu thuật giải tỏa não. **Kết quả:** 39 bệnh nhân gồm 34 nam (87,2%), 5 nữ, tuổi trung bình $48 \pm 18,3$ (từ 17-80 tuổi). Nguyên nhân do tai nạn giao thông 64,1%. Tình trạng tri giác trước mổ nhóm GCS 4-6 điểm: 16 bệnh nhân; nhóm GCS 7-8 điểm: 23 bệnh nhân. Giãn đồng tử 1 bên 84,6%. Liệt nửa người 79,5%. Di lệch đường giữa >10mm (43,6%), từ 5-10mm (56,4%); Tình trạng xóa bể đáy 12,8%. Đánh giá sau mổ tốt là 35,9% (GOS độ 4 và 5); trung bình (GOS 3) 28,2% và xấu là 35,9% (gồm GOS 1,2). **Kết luận:** Chấn thương sọ não nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính đa số gặp ở nam giới; thường gặp ở độ tuổi lao động; nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông; tỉ lệ tử vong còn cao.

Từ khóa: Chấn thương sọ não nặng, Máu tụ dưới màng cứng cấp tính

SUMMARY

SURGICAL OUTCOME OF ACUTE SUBDURAL HEMATOMA IN SEVERE TRAUMATIC INJURY IN THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objective: Reviewing surgical results of severe TBI due to acute subdural hematoma in Thai Binh

*Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2017

Ngày duyệt bài: 17.5.2017

General Hospital. **Method:** Cross-sectional research was conducted among 39 acute subdural hematoma patients who were operated by decompressive craniectomy. **Results:** In 39 patients included 34 men (87.2%), 5 female, mean age 48 ± 18.3 (from 17-80 years old). The traffic accidents accounted for 64.1%. Preoperative GCS: 4-6 points witnessed 16 patients; GCS 7-8 points: 23 patients. 1 side mydriasis: 84.6%. Hemiplegia: 79.5%. Midline shift over 10mm (43.6%), from 5 to 10mm (56.4%); loss of basilar cisterns (12.8%). Good postoperative assessment was 35.9% (GOS 4 and 5); average progress (GOS 3) was 28.2% and the bad (including GOS 1.2) was 35.9%. **Conclusion:** Severe traumatic brain injury due to acute subdural hematoma was more common in men and working age; the major cause was traffic accidents; the mortality rate was still high.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não nặng là tổn thương sọ não có tri giác theo thang điểm Glasgow Coma Scale ≤ 8 điểm, tỉ lệ tử vong cao và di chứng nặng nề. Chấn thương sọ não nặng chiếm 10% trong tổng số bệnh nhân chấn thương sọ não (CTSN) nói chung. Tuy nhiên có tới 80% tử vong của CTSN là do CTSN nặng.

Điều trị CTSN nặng tại bệnh viện bao gồm hồi sức nội khoa, hồi sức thần kinh và phẫu thuật bao gồm: lấy máu tụ chèn ép não, phẫu thuật giải phóng chèn ép não...

Ở bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình phẫu thuật CTSN nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính được triển khai trong khoảng 10 năm gần đây, tuy nhiên với CTSN nặng thì kết quả tử vong còn cao,

do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu để nâng cao chất lượng điều trị loại chấn thương này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

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

3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, theo dõi dọc. Ghi nhận kết quả sau mổ; đánh giá bằng thang điểm GOS sau 6 tháng khám lại. Kết quả tốt GOS độ 4,5; trung bình GOS độ 3; xấu GOS độ 1,2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	n	%
<18	1	2,6%
18-30	7	18%
31-40	5	12,9%
41-60	15	38,5%
> 60	11	28%
Tổng	39	100

Nhận xét: Độ tuổi 31-60 gặp 51,4%; Tuổi trung bình: 48±18,3 (từ 17-80 tuổi)

Giới: 34 nam (87,2%), 5 nữ (12,8%), tỷ lệ nam/nữ = 6,8/1

Bảng 3.2. Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân tai nạn	n = 39	%
Giao thông	25	64,1%
Lao động	3	7,7%
Sinh hoạt	9	23,1%
Nguyên nhân khác	2	5,1%
Tổng	39	100

Nhận xét: Có 25 bệnh nhân nhập viện do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (64,1%).

Bảng 3.3. Liên quan giữa tri giác trước mổ và tử vong sau mổ

Tri giác trước mổ	n = 39	Tử vong	%
GCS 4-6 điểm	16	7	43,7
GCS 7-8 điểm	23	5	21,7

Nhận xét: Bệnh nhân điểm Glasgow 4-6 điểm tỷ lệ tử vong cao (17,9%) hơn nhóm Glasgow 7-8 điểm. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Dấu hiệu về đồng tử và tri giác

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

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

Bảng 3.5. Dấu hiệu liệt vận động

Liệt vận động \ GCS	4-6 điểm		7-8 điểm		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Liệt nửa người	6	15,4%	2	5,2%	8	20,5%
Không liệt	10	25,6%	21	53,8%	31	79,5%
Tổng số	16	41%	23	59%	39	100%

Nhận xét: Có 8 bệnh nhân liệt nửa người chiếm tỷ lệ 20,5%.

Bảng 3.6. Các tổn thương trên phim cắt lớp vi tính

Loại máu tụ	NMC	DMC	Đập não	CMM	Phù não	Tụ máu trong não
Số lượng	6	38	20	21	22	6
%	15,4%	97,4%	51,3%	53,8%	56,4%	15,4%

Nhận xét: Bệnh nhân có tổn thương tụ máu dưới màng cứng chiếm tỷ lệ cao nhất (97,4%)

Bảng 3.7. Di lệch đường giữa và kết quả điều trị

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

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

Bảng 3.8. Tình trạng bề đáy và kết quả điều trị

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

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

Bảng 3.9. Kết quả phục theo GOS

Kết quả theo GOS	n	%
Tốt (GOS độ 4,5)	14	35,9%
Trung bình (GOS độ 3)	11	28,2%
Xấu (GOS độ 1,2)	14	35,9%
Tổng số	39	100%

Nhận xét: Có 14 bệnh nhân có kết quả xấu chiếm tỷ lệ 35,9% (tử vong 12 bệnh nhân chiếm 30,7%).

IV BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình là 48±18,3 tuổi (từ 17-80 tuổi); nam (87,2%) gặp nhiều hơn nữ (12,8%), tỷ lệ nam/nữ là 6,8/1. Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 64,1%. Theo Hoàng Nguyễn Nhật Tân và cộng sự (2014) báo cáo 34 trường hợp chấn thương sọ não nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính thì tuổi trung bình là 38,38±16,49 tuổi, hay gặp nhất là 21- 40 tuổi chiếm 50%, tỷ lệ nam nữ là 25/9, nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 82,4%. Chúng tôi cũng cùng nhận xét với tác giả đây là độ tuổi lao động, nhu cầu đi lại và vui chơi giải trí bằng các phương tiện giao thông và nam nhiều hơn nữ do tính hiếu động, sự chủ quan khi tham gia giao thông hoặc trong điều kiện sử dụng các chất rượu bia.

Đánh giá sau 6 tháng theo thang điểm Glasgow Outcome Scale, trong 39 bệnh nhân có 14 bệnh nhân kết quả tốt (GOS độ 4,5) chiếm tỷ lệ 35,9%. Kết quả tử vong 12/39 bệnh nhân chiếm 30,7%. Còn lại 11/39 bệnh nhân có di chứng thần kinh chiếm tỷ lệ 28,2%. Theo Nguyễn Thế Hào kết quả điều trị tại bệnh viện Việt Đức (1995) tỷ lệ tử vong và di chứng nặng của máu tụ dưới màng cứng cấp tính còn cao (tử vong 49,1%, di chứng thần kinh 25,4%, sống thực vật 2,9%) [1]. Hoàng Nguyễn Nhật Tân và cộng sự (2014) cho biết tỉ lệ tử vong của chấn

thương sọ não nặng do máu tụ dưới màng cứng được mổ giải tỏa não tại bệnh viện Trung Ương Huế là 26,5%, kết quả tốt là 47,1% [2]. Elke Miinch và cộng sự (2000) thì 41% có kết quả xấu khi ra viện, 59% bệnh nhân đạt kết quả tốt [3]. Chúng tôi nhận thấy mặc dù đã có những tiến bộ của gây mê hồi sức chấn thương sọ não nặng và phương pháp mổ giải tỏa não trong điều trị máu tụ dưới màng cứng cấp tính đã góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong, tuy nhiên kết quả điều trị loại chấn thương này vẫn còn là thách thức.

V KẾT LUẬN

Chấn thương sọ não nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính đa số gặp ở nam giới; thường gặp ở độ tuổi lao động; nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông; tỉ lệ tử vong và di chứng còn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thế Hào (1995)**, Góp phần chẩn đoán và xử trí sớm máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương sọ não kín, Luận văn thạc sỹ khoa học Y dược, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Hoàng Nguyễn Nhật Tân và cs (2014)**, " Các yếu tố tiên lượng và kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương sọ não nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính" Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 18, Phụ bản của Số 6, 2014, tr 165-170.
3. **Miinch. E, Horn. P (2000)**, "Management severe traumatic brain injury by decompressive craniectomy", Neurosurgery, 47(2), pp. 315-322.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH NĂM VIỆN DÀI NGÀY

Vũ Quang Diễn*, Đinh Văn Thịnh*, Nguyễn Thị Thanh Liễu*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính năm viện dài ngày. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu kết hợp với hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 445 bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) nằm điều trị nội trú tại Bệnh viện 74 Trung ương. Bệnh nhân nghiên cứu được chẩn đoán đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo tiêu chuẩn của GOLD năm 2015. Thời gian nghiên cứu từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 10 năm 2015. **Kết quả và kết luận:** Tiền sử năm viện bởi BPTNMT > 1 lần, tiền sử hóa trị liệu oxy, bệnh kèm theo: suy tim, viêm phổi chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm năm viện dài ngày. PaO₂ máu động mạch trung bình và albumin máu trung bình thấp hơn, hình ảnh X.Q ngực: tim hình giọt nước, thâm nhiễm phổi, động mạch phổi rộng chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm năm viện dài ngày so với nhóm năm viện không dài ngày.

Từ khóa: Đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, năm viện dài ngày

SUMMARY

STUDY CLINICAL, PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS IN PROLONGED LENGTH OF HOSPITALIZATION EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENTS

Objectives: To describe the clinical, para-clinical characteristics in prolonged length of hospitalization exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease patients. **Method:** A retrospective combined prospective, cross-sectional descriptive study was conducted in 445 exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease inpatients in central 74 hospital. All study patients were diagnosed according to criterion of GOLD (2015). Research time from January to October in 2015. **Results and conclusion:** A hospitalized and oxy therapy history by chronic obstructive pulmonary disease, combined heart failure, pneumonia were higher proportion, PaO₂, serum albumin were lower level, chest X-ray: heart was drop of water, pulmonary infiltrates, enlarged pulmonary arteries were higher proportion in prolonged length of hospitalization exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease patients compared with non-prolonged length of hospitalization group.

Keywords: Exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, prolonged length of hospitalization

*Bệnh viện 74 Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quang Diễn

Email: dienvq@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 20.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.5.2017

Ngày duyệt bài: 17.5.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện trên toàn cầu có khoảng 329 triệu người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT), mỗi năm có khoảng 3 triệu người tử vong vì căn bệnh này. Với tính chất phổ biến, tiến triển kéo dài, chi phí điều trị cao và hậu quả tàn phế, BPTNMT đã thực sự trở thành gánh nặng về sức khỏe, kinh tế và xã hội cho toàn nhân loại. Năm viện bởi đợt cấp của BPTNMT là sự kiện chính trong tiền sử tự nhiên của BPTNMT vì những ảnh hưởng xấu đến chức năng phổi, sự sống, nguy cơ nhập viện lại và chất lượng cuộc sống. Năm viện dài ngày cũng chỉ ra những bệnh nhân yếu hơn, những bệnh nhân cần sự chăm sóc nhiều hơn từ phía y tế. Nhận biết sớm các dấu hiệu để tiên lượng bệnh nhân phải năm viện dài ngày bởi đợt cấp tính của BPTNMT có thể chủ động xây dựng kế hoạch chăm sóc, điều trị tối ưu, rút ngắn thời gian năm viện dài ngày, giảm nguy cơ của các sự cố bất lợi và chi phí điều trị đối với thầy thuốc và bệnh nhân [1]. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính năm viện dài ngày.

2. Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính năm viện dài ngày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh nhân BPTNMT có đợt bùng phát cấp tính phải nhập viện điều trị tại Bệnh viện 74 Trung ương, ổn định ra viện. Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2015-10/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp với tiền cứu. Chọn mẫu không xác suất với một mẫu thuận tiện.

Cỡ mẫu: 445 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT, trong đó 98 bệnh nhân tiền cứu. Không có định nghĩa cho thời gian năm viện của bệnh nhân BPTNMT như thế nào được gọi là dài ngày. Trong nghiên cứu này chúng tôi xác định ngưỡng cho thời gian năm viện được gọi là dài ngày là số ngày năm viện lớn hơn bách phân vị 75th theo các nghiên cứu khác. Bách phân vị 75th được tính toán là 18 ngày. Bệnh nhân nghiên

cứu chia làm 2 nhóm để so sánh đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Nhóm nằm viện dài ngày (>18 ngày) gồm 199 bệnh nhân và nhóm nằm viện ≤ 18 ngày gồm 246 bệnh nhân.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin:

Phỏng vấn bệnh nhân, thăm khám, chụp X.quang ngực, xét nghiệm công thức máu ngoại vi, sinh hóa máu, khí máu động mạch lúc bệnh

nhập viện. Đo chức năng hô hấp khi bệnh nhân được điều trị ổn định.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được phân tích trên chương trình SPSS 16.0. Các so sánh đơn biến được tiến hành bằng bảng chéo và các kiểm định thống kê Chi-square, Student's t test phù hợp cho từng trường hợp. Mức ý nghĩa thống kê trong các kiểm định này là 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tiền sử điều trị

Bảng 3.1. Tiền sử nhập viện vì bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Tiền sử nhập viện	>18 ngày	≤ 18 ngày	p
≤ 1 lần	134 (67,3%)	215 (87,4)	<0,05
> 1 lần	65 (32,7%)	31 (12,6%)	
Tổng	199	246	Σ = 445

Tỷ lệ tiền sử nhập viện bởi BPTNMT > 1 lần ở nhóm điều trị dài ngày cao hơn nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê. Nhiều nghiên cứu cho kết quả tương tự và tiền sử phải nhập viện là một tiêu chí đánh giá mức độ nặng của BPTNMT, tỷ lệ đợt bùng phát nặng ngày càng cao và dày theo thời gian sau đợt bùng phát đầu [3],[7].

Bảng 3.2. Tiền sử hóa trị liệu oxy

Tiền sử hóa trị liệu oxy	>18 ngày	≤ 18 ngày	p
Đã sử dụng	73(36,7%)	49(19,9%)	<0,05
Chưa sử dụng	20 (10%)	42(17,1)	>0,05
Không rõ	106(53,3%)	155(63%)	>0,05
Tổng	199	246	Σ = 445

Nhóm nằm viện dài ngày có tiền sử hóa trị liệu oxy cao hơn nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê. Theo ATS/ERS, oxy được chỉ định ở những bệnh nhân BPTNMT suy hô hấp mạn có giảm oxy ở lúc nghỉ ($\text{PaO}_2 < 55\text{mmHg}$) hoặc PaO_2 từ 56 - 59mmHg ở bệnh nhân có dấu hiệu tâm phế mạn, hematocrit > 55%, với suy hô hấp cấp trong đợt bùng phát, tùy tình trạng mà hóa trị liệu oxy bằng các phương thức từ oxy qua sonde mũi, thở qua mask đến thông khí không xâm nhập và thông khí xâm nhập [4].

3.2. Triệu chứng lâm sàng của 2 nhóm

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng của 2 nhóm

Triệu chứng lâm sàng	>18 ngày	≤ 18 ngày	p
Xanh tím	46 (23,1%)	38(15,4%)	>0,05
Rối loạn ý thức	15 (7,5%)	12(4,8%)	>0,05
Ngủ gà	42(21,1%)	42 (17,1%)	>0,05
Sốt	97(48,7%)	99(40,2%)	>0,05
Tăng ho khạc đờm	178(89,4%)	203(82,5%)	>0,05
Tăng khó thở	187 (93,9%)	223(90,7%)	>0,05
Tổng	199	246	Σ = 445

Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện các triệu chứng lâm sàng ở nhóm nằm viện dài ngày cao hơn nhóm còn lại, tuy nhiên chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Theo ATS/ERS: Đợt cấp của BPTNMT là sự thay đổi cấp tính các triệu chứng cơ bản ho, khó thở và/hoặc khạc đờm so với hàng ngày => phải thay đổi trị liệu hàng ngày [4].

Bảng 3.4. Các dấu hiệu sinh tồn ở 2 nhóm

Dấu hiệu sinh tồn	>18 ngày	≤ 18 ngày	p
Mạch trung bình	81 ± 20,2	78± 21,4	>0,05
Nhịp thở trung bình	26±7,3	25± 5,4	>0,05
Huyết áp trung bình	130/80± 40,2/6,3	135/76± 35,5/7,1	>0,05
Nhiệt độ trung bình	37.2± 2,1	37.25± 1,9	>0,05
Tổng	199	246	Σ = 445

Bệnh nhân nghiên cứu có trung bình của tần số thở, tần số mạch và nhiệt độ ở nhóm nằm viện dài ngày cao hơn nhóm ≤ 18 ngày, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa. Tăng nhịp tim hay nhịp thở

20% so với trạng thái bình thường là tiêu chí đánh giá mức độ nặng cấp 3 của đợt cấp BPTNMT theo NR Anthonisen [4].

Bảng 3.5. Mức độ khó thở theo mMRC

Mức độ mMRC	> 18 ngày	≤ 18 ngày	p
0	3(7,1%)	6 (10,7%)	>0,05
1	13 (30,9%)	21(37,5%)	>0,05
2	16 (38,1%)	17(30,4%)	>0,05
3	7(16,7%)	10(17,9%)	>0,05
4	3 (7,1%)	2(3,5%)	>0,05
Tổng	42	56	Σ = 98

Bệnh nhân nghiên cứu có khó thở chủ yếu là ở mức 1,2,3. Mức 0 và 4 chiếm tỷ lệ thấp, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê. Có một số bộ câu hỏi khác đánh giá mức độ khó thở của bệnh nhân BPTNMT, theo GOLD thì bộ câu hỏi khó thở của Hội đồng nghiên cứu y khoa sửa đổi mMRC vẫn có giá trị hơn cả [5].

Bảng 3.6. Các bệnh phổi hợp.

Các bệnh phổi hợp	> 18 ngày	≤ 18 ngày	p
Suy tim	92(46,3%)	63(25,6%)	<0,05
Loạn nhịp tim	12(6,1%)	10(4,1%)	>0,05
Tăng huyết áp	24(12,2%)	33(13,4)	>0,05
Đột quỵ	2(1%)	2(0,8%)	>0,05
Tiểu đường	8(4,1%)	5(2%)	>0,05
Viêm phổi	53(26,6%)	23(9,3%)	<0,05
Khác	32(16,1%)	28(11,4%)	>0,05
Tổng	199	246	Σ = 445

Suy tim và viêm phổi ở nhóm điều trị dài ngày chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm ≤ 18 ngày có ý nghĩa thống kê. Nhiễm trùng đường thở nói chung và viêm phổi nói riêng là ngôi nỏ của đợt cấp BPTNMT và làm cho bệnh cảnh của BPTNMT nặng lên. Theo GOLD (2015): bệnh tim thiếu máu cục bộ, suy tim, nhồi máu phổi, viêm phổi hít là những bệnh thường đi kèm với BPTNMT [7].

3.3. Cận lâm sàng của 2 nhóm

Bảng 3.7. Đặc điểm công thức máu và sinh hóa máu

Công thức và sinh hóa máu	>18 ngày	≤ 18 ngày	p
Bạch cầu trung bình	11,3± 5,1	10,5± 4,2	>0,05
Hồng cầu trung bình	4,75 ± 1,1	4,63 ± 1,3	>0,05
Albumin trung bình	33,5± 6,4	35,6± 7,1	<0,05
Ure trung bình	6,8 ± 2,3	6,6 ± 1,4	>0,05
Creatinin trung bình	124 ± 12,6	123 ± 13,2	>0,05
Tổng	199	246	Σ = 445

Nhóm nằm viện dài ngày có albumin máu trung bình thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ≤ 18 ngày. Theo Chen C.W (2015) giảm albumin máu là nguy cơ cho suy hô hấp cấp tính ở bệnh nhân BPTNMT [6].

Bảng 3.8. Xét nghiệm khí máu động mạch.

Khí máu động mạch	>18 ngày	≤ 18 ngày	p
pH	7,35 ± 2,2	7,36± 3,5	>0,05
PaCO ₂	51,4± 8,1	50,3± 6,2	>0,05
PaO ₂	67,8± 10,3	70,6± 12,5	<0,05
HCO ₃ ⁻	21,8± 5,6	22,3± 4,1	>0,05
Tổng	154	189	Σ = 343

Bệnh nhân nghiên cứu có PaO₂ ở nhóm điều trị dài ngày thấp hơn nhóm ≤ 18 ngày có ý nghĩa thống kê. Theo GOLD (2015): PaO₂ < 60mmHg có hoặc không kèm PaCO₂ > 50mmHg khi thở khí trời, chẩn đoán suy hô hấp [7].

Bảng 3.9. Đặc điểm x.quang ngực ở 2 nhóm

Đặc điểm x.quang ngực	>18 ngày	≤ 18 ngày	p
Tim hình giọt nước	144(72,3%)	111(45,1%)	<0,05
Khí phế thũng	156(78,3%)	173(70,3%)	>0,05
Phổi bãn/bình thường	43(21,7%)	73(29,7%)	>0,05

Thâm nhiễm	61(30,7%)	29(11,8%)	<0,05
Động mạch phổi rộng	108(54,3%)	75(30,5%)	<0,05
Tổng	199	246	Σ = 445

Bệnh nhân có hình ảnh X.quang tim hình giọt nước, thâm nhiễm, và động mạch phổi rộng ở nhóm nằm viện dài ngày chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê. Hình ảnh chỉ ra tổn thương phế quản và phổi của BPTNMT là khí phế thũng hoặc hình ảnh viêm phế quản mạn. Tim hình giọt nước là hậu quả của khí phế thũng và suy tim, động mạch phổi rộng là hình ảnh gián tiếp chỉ ra tăng áp lực động mạch phổi trong BPTNMT. Tỷ lệ đường kính động mạch phổi/đường kính động mạch chủ ở bệnh nhân BPTNMT > 1 là yếu tố nguy cơ độc lập liên quan với số đợt cấp BPTNMT trong tương lai.

Bảng 3.10. Phân loại giai đoạn của BPTNMT ở 2 nhóm

Giai đoạn của BPTNMT	> 18 ngày	≤ 18 ngày	p
I	20 (10,0%)	33 (13,4%)	>0,05
II	64 (32,2%)	98 (39,8%)	>0,05
III	79 (39,7%)	90 (36,6%)	>0,05
IV	36 (18,1%)	25 (10,2%)	>0,05
Tổng	199	246	Σ = 445

Bệnh nhân chủ yếu là giai đoạn II và III, tỷ lệ phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm là thấp, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Đinh Thị Phương Lan (2014), tỷ lệ giai đoạn I là 0%, II: 18,1%, III: 64,8, IV: 17,1% [2].

IV. KẾT LUẬN

1. Tiền sử nằm viện bởi BPTNMT > 1 lần, tiền sử hóa trị liệu oxy, bệnh suy tim, viêm phổi kèm theo chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm nằm viện dài ngày.

2. PaO₂ máu động mạch, albumin máu trung bình thấp hơn, tim hình giọt nước, thâm nhiễm phổi, động mạch phổi rộng trên X.quang ngực chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm nằm viện dài ngày so với nhóm nằm viện không dài ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý Châu (2011), "Bệnh hô hấp", Nhà xuất bản giáo dục Việt nam, tr 177-189.
2. Đinh Thị Phương Lan và cộng sự (2014), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh nhân đợt cấp COPD tại khoa nội 2 Bệnh viện Việt Tiệp

Hải Phòng từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2014", *Thông tin y dược Hải Phòng*, số 1/2015, tr 24-33.

3. ATS (2014), "Exacerbation of COPD", *Am J Respir Crit Care Med*, Vol. 189, pp: 11-12.
4. ATS/ERS (2004), "Standard for diagnosis and management of patients with COPD", *Am. J. Respir Crit Care Med*, 152, pp. 8-222.
5. Claire L., Coralie B., Eric B., et al (2012), "The modified Medical Research Council scale for the assessment of dyspnea in daily living in obesity: a pilot study", *BMC Pulmonary Medicine*, 12, pp. 61.
6. Chen CW et al (2015), "Severe hypoalbuminemia is a strong independent risk factor for acute respiratory failure in COPD: a nationwide cohort study", *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10(1) Pages 1147—1154.
7. GOLD (2015), "Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD, chapter 1, pp 2.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG VÀ TÝP VIRUS Ở BỆNH NHI SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Lê Minh Dũng*, Nguyễn Duy Thắng**, Nguyễn Quang Duật***

TÓM TẮT¹⁵

Đặt vấn đề: Sốt Dengue ở trẻ em có xuất huyết thường nặng và có nguy cơ tử vong cao. Hiện nay Việt Nam có đủ cả 4 týp huyết thanh của virus Dengue, tuy

nhằm mức độ tác động của từng týp lên người bệnh đến nay vẫn chưa được rõ. **Mục tiêu:** Nghiên cứu mối liên quan giữa một số đặc điểm cận lâm sàng và týp virus trong chẩn đoán, tiên lượng và điều trị sốt Dengue. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến hành định týp huyết thanh ở nhóm bệnh nhân nhi có xuất huyết tiêu hóa và so sánh các biểu hiện cận lâm sàng theo týp virus. **Kết quả:** Trong các chỉ tiêu cận lâm sàng một số chỉ tiêu có mối liên quan đến týp virus bao gồm: số lượng hồng cầu ở týp 3 là thấp nhất; số lượng bạch cầu thấp nhất ở týp 1; týp 2 có tỉ lệ giảm tiểu cầu dưới 3 triệu là cao nhất. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu có ý nghĩa gợi ý chẩn đoán týp huyết thanh và tiên lượng đặc biệt ở những nơi không có điều kiện định týp huyết thanh.

*BV sản nhi Trà Vinh

**BV Nông Nghiệp Hà Nội

***Bệnh viện 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Dũng

Email: bsleminhdung67@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.5.2017

Ngày duyệt bài: 16.5.2017

SUMMARY

DENGUE SEROTYPE-SPECIFIC DIFFERENCES IN PARACLINICAL MANIFESTATION OF PEDIATRIC PATIENTS

Background: Dengue Fever in children usually have heavy bleeding and risk of death. Vietnam currently has all four serotypes of Dengue virus, however the impact of each type to the patient so far remains unclear. **Objective:** To study the association between certain characteristics and subclinical viral type of diagnosis, prognosis and treatment of dengue fever. **Subjects and Methods:** Conducting the serotypes in pediatric patients with gastrointestinal bleeding and compare the clinical manifestations of type viral reach. **Results:** In preclinical indicators are related to the type virus include: the number of red blood cells in type 3 is the lowest; lowest number of leukocytes in Type 1; type 2 ratio of less than 3 million thrombocytopenia is highest. **Conclusion:** The results suggest significant diagnostic and prognostic serotypes especially in places no conditions on serotypes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có 4 týp virus Dengue xuất huyết, tất cả các týp này đều gây bệnh sốt Dengue. Hiện nay phần lớn các nghiên cứu vẫn chỉ tập trung vào các yếu tố ảnh hưởng đến tính trầm trọng của bệnh, trong khi việc nghiên cứu so sánh sự khác biệt trong biểu hiện cận lâm sàng giữa các týp virus của Dengue thì vẫn chưa nhiều và chưa được rõ ràng, đặc biệt trên đối tượng trẻ em. Việc chẩn đoán Dengue hiện nay tại Việt Nam còn rất hạn chế, gần như tất cả các ca mắc đều được chẩn đoán dựa trên lâm sàng. Vì thế nghiên cứu mối liên quan giữa đặc điểm cận lâm sàng với týp virus có thể giúp ích trong định hướng týp virus cũng như phòng ngừa một số biến chứng có thể chiếm ưu thế ở từng týp khác nhau và có thể đưa ra phương án giải quyết và điều trị phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 59 bệnh nhi điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng I trong thời gian 12/2014-12/2015 được chẩn đoán xuất huyết Dengue theo tiêu chuẩn chẩn đoán Bộ y tế năm 2011[1] và hướng dẫn của Tổ chức y tế thế giới năm 2009 có xuất huyết tiêu hóa, được gia đình hoặc người giám hộ đồng ý cho bệnh nhi tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Xét nghiệm tế bào máu ngoại vi

- Thời điểm lấy máu: Bệnh nhân được lấy máu khi vào viện, riêng tiểu cầu xét nghiệm xác định thời điểm có tiểu cầu thấp nhất.

- Lấy mẫu và bảo quản: lấy 1mL máu, cho vào ống chống đông EDTA, lắc nhẹ để máu không đông và tránh vỡ hồng cầu. Sau đó, bảo quản lạnh ở nhiệt độ từ 2 - 8°C. Trước khi phân tích lắc đều trong vòng 2 phút.

- Phân tích các chỉ số: số lượng hồng cầu, số lượng bạch cầu, công thức bạch cầu, tiểu cầu, hàm lượng hemoglobin, hematocrit. Các giá trị bình thường được sử dụng theo chuẩn hóa theo máy đang áp dụng tại Bệnh viện Nhi đồng 1

2.2.2. Xét nghiệm hoá sinh máu

- Thời điểm lấy máu: Bệnh nhân được lấy máu khi vào viện

- Lấy mẫu và bảo quản: lấy 2mL máu, cho vào ống chống đông có sẵn heparin, lắc đều để máu không bị đông, mẫu được bảo quản lạnh từ 2-8°C, sau đó mẫu được gửi tới labo xét nghiệm hóa sinh.

- Phương pháp: Sau khi tách lấy huyết tương, các thông số xét nghiệm hóa sinh được thực hiện trên máy, sử dụng kit, dịch chuẩn và huyết thanh kiểm tra của hãng Beckman Coulter. Hệ thống tự động hoàn toàn. Các giá trị bình thường được sử dụng theo chuẩn hóa theo máy đang áp dụng tại Bệnh viện Nhi đồng 1. Chỉ tiêu xét nghiệm bao gồm:

+ ALT (Alanine Aminotransferase) hoặc SGPT (Serum Glutamat Pyruvat Transaminase). Sử dụng phương pháp động học UV kinetic trên máy ELISA.

+ AST (Aspartate Aminotransferase) hoặc SGOT (Serum Glutamat Oxaloacetat Transaminase). Phương pháp động học UV – Kinetic, máy LISA.

2.2.4. Phương pháp sử dụng kỹ thuật Multiplex Reverse-Transcriptase PCR trong xác định type virus của virus DENV.

- Bước lấy mẫu: mẫu máu của các đối tượng nghiên cứu được tách huyết thanh, bảo quản ở - 80°C cho đến khi thực hiện tách RNA.

- Tách RNA của virus dengue: sử dụng kit thương mại GeneAll, 128-150. Quy trình làm theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

- Chọn môi theo và chương trình của phản ứng Multiplex RT-PCR được làm theo nghiên cứu của Lanciotti và cộng sự [7]. Được tóm tắt theo bảng sau:

Tuýp	Môi	Trình tự môi	Kích thước sản phẩm PCR
	Dcon	5' - TCAATATGCTGAAACGCGCGAGAAACCG - 3'	
1	D1	5'-CGTCTCAGTGATCCGGGGG-3'	482 bp

2	D2	5'-CGCCACAAGGGCCATGAACAG-3'	119 bp
3	D3	5'-TAACATCATCATGAGACAGAGC-3'	290 bp
4	D4	5'-CTCTGTTGTCTTAAACAAGAGA-3'	392 bp

Dcon: dengue conserved region.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mối liên quan giữa một số xét nghiệm huyết học với tuýp vi rút

Bảng 1. Mối liên quan giữa tuýp vi rút với số lượng hồng cầu khi vào viện

Tuýp huyết thanh	Số lượng bệnh nhi	Mean $\pm$ SD (T/l)	p
Tuýp 1	10	4,4 $\pm$ 0,63	$p_{1p2} = 0,82$ $p_{1p3} = 0,26$ $p_{1p4} = 0,08$ $p_{2p3} = 0,13$ $p_{2p4} = 0,06$ $p_{3p4} = 0,009$
Tuýp 2	34	4,46 $\pm$ 0,69	
Tuýp 3	7	3,97 $\pm$ 1,1	
Tuýp 4	8	5,02 $\pm$ 0,82	

Nhận xét: Hồng cầu nhóm bệnh nhi nhiễm tuýp 3 là 3,97 $\pm$ 1,1 T/l thấp hơn các tuýp khác, và tuýp 4 là 5,02 $\pm$ 0,82 T/l là cao nhất, sự khác biệt giữa tuýp 3 và tuýp 4 là có ý nghĩa với $p = 0,009$.

Bảng 2. Mối liên quan giữa tuýp vi rút với bạch cầu khi vào viện

Tuýp huyết thanh	Số lượng bệnh nhi	Mean $\pm$ SD (G/l)	p
Tuýp 1	10	4,01 $\pm$ 2,51	$p_{1p2} = 0,14$ $p_{1p3} = 0,03$ $p_{1p4} = 0,47$ $p_{2p3} = 0,2$ $p_{2p4} = 0,62$ $p_{3p4} = 0,16$
Tuýp 2	34	6,03 $\pm$ 3,96	
Tuýp 3	7	8,03 $\pm$ 5,3	
Tuýp 4	8	5,31 $\pm$ 1,73	

Nhận xét: Số lượng bạch cầu ở nhóm bệnh nhi nhiễm tuýp 3 là 8,03 $\pm$ 5,3 G/l cao hơn so với nhóm nhiễm tuýp 1 là 4,01 $\pm$ 2,51 G/l, sự khác biệt là có ý nghĩa với $p = 0,03$.

Bảng 3. Mối liên quan giữa tuýp vi rút với hematocrit khi vào viện

Tuýp huyết thanh	Số lượng bệnh nhi	Mean $\pm$ SD (%)	p
Tuýp 1	10	35,91 $\pm$ 3,08	$p_{1p2} = 0,93$ $p_{1p3} = 0,55$ $p_{1p4} = 0,25$ $p_{2p3} = 0,53$ $p_{2p4} = 0,14$ $p_{3p4} = 0,11$
Tuýp 2	34	35,75 $\pm$ 4,69	
Tuýp 3	7	34,49 $\pm$ 5,32	
Tuýp 4	8	38,53 $\pm$ 6,14	

Nhận xét: chưa nhận thấy mối liên quan giữa tuýp vi rút với hematocrit khi vào viện.

Bảng 4. Tuýp vi rút với đặc điểm xét nghiệm tiểu cầu khi vào viện

Tiểu cầu khi vào viện	Tuýp 2 (n=34)		Tuýp khác (n=25)		p
	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%	
Giảm	31	91,2	24	96	0,63
Bình thường	3	8,8	1	4	
Tổng	34	100	25	100	

Nhận xét: Không có sự liên quan giữa tuýp vi rút với xét nghiệm tiểu cầu khi vào viện

Bảng 5. Đặc điểm giảm tiểu cầu tại thời điểm thấp nhất

Đặc điểm giảm tiểu cầu lúc thấp nhất	Tuýp 2 (n=34)		Tuýp khác (n=25)		p
	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%	
< 30000	33	97,1	18	72	0,02
30000 - < 50000	1	2,9	4	16	
50000 - < 100000	0	0	3	12	
Tổng	34	100,0	25	100,0	

Nhận xét: ở các bệnh nhi CMTH nhiễm tuýp 2 có tới 97,1% giảm tiểu cầu xuống dưới 30000, trong khi tỷ lệ này chỉ có 72% ở nhóm bệnh nhi nhiễm tuýp vi rút khác. Sự khác biệt là có ý nghĩa với $p = 0,02$.

3.2. Mối liên quan giữa một số xét nghiệm sinh hóa máu với tuýp vi rút**Bảng 6. Tuýp vi rút với đặc điểm enzym ALT**

ALT (U/L)	Tuýp 2 (n=34)		Tuýp khác (n=25)		p
	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%	
< 2 ULN	14	41,2	7	28	0,57
2 – 5 ULN	6	17,6	6	24	
> 5 ULN	14	41,2	12	48	
Tổng	34	100	25	100	

Nhận xét: Không có sự liên quan tuýp vi rút với enzym ALT.

Bảng 7. Tuýp vi rút với đặc điểm enzym AST

AST (U/L)	Tuýp 2 (n=34)		Tuýp khác (n=25)		p
	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%	
< 2 ULN	0	0	3	12	0,08
2 – 5 ULN	10	29,4	4	16	
> 5 ULN	24	70,6	18	72	
Tổng	34	100	25	100	

Nhận xét: Không có sự liên quan tuýp vi rút với enzym AST

Bảng 8. Tuýp vi rút với xét nghiệm tỷ lệ prothrombin

Tỷ lệ PT (%)	Tuýp 2 (n=32)		Tuýp khác (n=23)		p
	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%	
< 60%	29	90,6	18	78,3	0,26
60 - < 80%	3	9,4	5	21,7	
Tổng	32	100,0	23	100,0	

Nhận xét: không có mối liên quan giữa tuýp vi rút với kết quả xét nghiệm tỷ lệ prothrombin.

Bảng 9. Tuýp vi rút với xét nghiệm thời gian APTT

Thời gian APTT	Tuýp 2 (n=32)		Tuýp khác (n=23)		p
	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%	
> 45 giây	8	23,5	2	9,1	0,29
> 60 giây	26	76,5	20	90,9	
Tổng	34	100,0	22	100,0	

Nhận xét: không có mối liên quan giữa tuýp vi rút với kết quả xét nghiệm thời gian APTT.

IV. BÀN LUẬN

Khi tiến hành khảo sát số lượng hồng cầu của bệnh nhân lúc vào viện, kết quả cho thấy ở tít 3 số lượng hồng cầu là hơn các tuýp khác, tuy nhiên chỉ thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với tuýp 4. Có thể do mức độ mất máu ở tít 3 là nhiều nhất. Ngược lại ít nhất là tuýp 4, tuy nhiên đó mới chỉ là một khía cạnh vì số lượng hồng cầu còn phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố trong đó có HCT.

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy số lượng bạch cầu của tuýp 1 là thấp nhất, và cao nhất là ở tuýp 3. Mặc dù vậy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê chỉ có giữa tuýp 1 và tuýp 3. Một số nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về số lượng bạch cầu giữa các tuýp [6]. Theo nghiên cứu của Chuang và cộng sự cho thấy tuýp 3 có số lượng bạch cầu tổng số thấp hơn so với các type virus còn lại [4]. Như vậy sự khác biệt về số lượng bạch cầu có mang tính đại diện cho type virus hay không cho đến nay vẫn còn chưa rõ.

Khi so sánh giá trị HCT theo các tuýp virus tại các thời điểm vào viện kết quả không thấy có sự khác biệt. Trong nghiên cứu của Rajni Kumaria

(2010) cho thấy có một sự khác biệt về nồng độ HCT trung bình giữa các bệnh nhân nhiễm các tuýp huyết thanh khác nhau. Cô đặc máu là hiện tượng đặc trưng trong sốt Dengue. Tăng tính thấm thành mạch gây thoát huyết tương dẫn đến cô đặc máu, hiện tượng này thường diễn ra khi bắt đầu vào giai đoạn hạ sốt. Ngược lại, khi bệnh nhi có chảy máu tiêu hóa gây giảm tế bào máu, chủ yếu giảm hồng cầu, lúc đó khối lượng máu được khôi phục bằng biện pháp huy động dịch gian bào vào dòng máu, dẫn đến HCT giảm. Chính vì vậy, xét nghiệm HCT thay đổi rất khác nhau. Hay nói cách khác HCT phụ thuộc vào nhiều yếu tố và không mang tính đại diện cho tuýp virus.

Khi so sánh diễn biến tiểu cầu theo từng tít dengue chúng tôi nhận thấy rằng, trong nhiễm tuýp 2 số lượng tiểu cầu giảm sớm và giảm nhiều hơn so với các tít dengue khác. Ở các bệnh nhi xuất huyết tiêu hóa nhiễm tuýp 2 có tới 97,1% giảm tiểu cầu xuống dưới 30000, trong khi tỷ lệ này chỉ có 72% ở nhóm bệnh nhi nhiễm tuýp vi rút khác. Sự khác biệt là có ý

nghĩa với $p = 0,02$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như với nghiên cứu của tác giả Rajni Kumaria. Tuy nhiên chúng tôi thấy có sự khác biệt này có thể là do giữa các mùa dịch, giữa các khu vực khác nhau, và đối tượng nghiên cứu khác nhau thì tỉ lệ gặp các tuýp dengue là khác nhau. Chính vì vậy sẽ có sự khác biệt khi so sánh mức độ giảm tiểu cầu liên quan đến tuýp dengue. Kết quả của chúng tôi cho thấy chưa có sự khác biệt về tỷ lệ phần trăm prothrombin và thời gian APTT giữa các nhóm bệnh nhân nhiễm tuýp huyết thanh khác nhau.

Khi so sánh thay đổi enzym gan trong nhiễm các tuýp dengue khác nhau chúng tôi nhận thấy chưa có sự liên quan giữa nồng độ các enzym ALT, AST ở các nhóm bệnh nhân nhiễm các tuýp huyết thanh khác nhau. Tuy nhiên theo Rajni Kumaria, nghiên cứu trên 320 bệnh nhân nhận thấy enzym gan tăng khác nhau giữa các tuýp dengue, enzym gan tăng cao trong nhiễm tuýp 2 tiếp theo là tuýp 3, tuýp 4 và tăng ít nhất trong nhiễm tuýp 1. Tuy nhiên, nghiên cứu được tiến hành trong một giai đoạn dài 5 năm (2002-2006) với mẫu nghiên cứu lớn, tỉ lệ các tuýp dengue trong nghiên cứu của tác giả (týp 2 và tuýp 3 chiếm ưu thế) nên có kết quả khác với nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra, nghiên cứu trên còn được thực hiện trên cả người lớn và trẻ em do đó có sự khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu tìm mối liên quan giữa một số đặc điểm cận lâm sàng với tuýp virus, có một

số điểm mới như sau: số lượng hồng cầu ở tuýp 3 là thấp nhất và so với tuýp 4, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Số lượng bạch cầu ở tuýp 1 thấp nhất và so với tuýp 3 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuýp 2 có tỉ lệ giảm tiểu cầu dưới 3 triệu là cao nhất 97,1% so với các tuýp khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quyết định 458 QĐ-BYT ngày 16 tháng 2 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ y tế về việc ban hành "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue". 2011.
2. Trương Quang Học and cộng sự, Đánh giá các tác động không mong muốn có thể xảy ra khi phóng thả muỗi *Aedes aegypti* mang *Wolbachia* nhằm phòng chống Sốt xuất huyết tại Việt Nam. Dự án Ngăn chặn Sốt xuất huyết tại Việt Nam, 2011: p. 5 - 11.
3. Angel Balmaseda, et al., Serotype-specific differences in clinical manifestations of dengue. Am. J. Trop. Med. Hyg., 2006. 74(3): p. 449 - 456.
4. Chuang V., et al., Review of dengue fever cases in Hong Kong during 1998 to 2005. Hong Kong Med J, 2008. 14(3): p. 170-7.
5. Chee-Fu Yung, et al., Dengue Serotype-Specific Differences in Clinical Manifestation, Laboratory Parameters and Risk of Severe Disease in Adults, Singapore. Am J Trop Med Hyg., 2015. 92(5): p. 999 - 1005.
6. Kumaria R., Correlation of disease spectrum among four Dengue serotypes: a five years hospital based study from India. Braz J Infect Dis, 2010. 14(2): p. 141-6.
7. Lanciotti R. S., et al., Rapid detection and typing of dengue viruses from clinical samples by using reverse transcriptase-polymerase chain reaction. J Clin Microbiol, 1992. 30(3): p. 545-51.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC Ở BỆNH NHÂN MẮC BỆNH GAN DO RƯỢU

Lê Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Quang Duật², Trịnh Xuân Tráng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học ở bệnh nhân mắc bệnh gan do rượu. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 83 bệnh nhân bệnh gan do rượu. **Kết quả:** tuổi trung bình mắc bệnh là $51,41 \pm 9,69$ năm, độ tuổi 40 – 49 hay gặp nhất chiếm 43,4%. Triệu chứng hay gặp là

mệt mỏi (81,9%), chán ăn (62,7%), gan to (62,7%), vàng da (67,5%). Giai đoạn xơ hóa F3 chiếm tỉ lệ cao nhất 25,3%, mức độ xơ hóa đáng kể ($\geq F2$) chiếm tỉ lệ cao nhất 63,9%. Có 77/83 bệnh nhân có gan nhiễm mỡ, mức độ nhiễm mỡ 34% - 66% cao nhất là 39%. Thoái hóa dạng bọt do rượu chiếm tỉ lệ cao nhất 84,3%, ty thể khổng lồ 63,4 %, thể Mallory chiếm 60,2%.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, bệnh gan do rượu.

SUMMARY

CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH ALCOHOLIC LIVER DISEASE

Objective: To describe the clinical and histopathological features of patients with alcoholic liver disease. **Subjects and Methods:** A cross-

*Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên

** Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hiền

Email: hientuyen.tn2009@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2017

Ngày duyệt bài: 19.5.2017

sectional descriptive study of 83 patients with alcoholic liver disease. **Results:** Mean age was $51,41 \pm 9,69$, age 40 - 49 was the most common with 43,4%. Fatigue accounts for 81,9%, anorexia accounts for 62,7%. Enlarged liver accounts for 62,7%. Jaundice accounts for 67,5%. Fibrosis F3 accounts for 25,3%; 77/83 patients with fatty liver, levels of fatty 34% - 66% highest of 39%. Degeneration foam accounts for 84,3%, mitochondria giant accounts for 63,4%, Mallory accounts for 60,2%.

Key words: clinical, histopathology, alcoholic liver disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gan do rượu (ALD) là hậu quả uống rượu nhiều và kéo dài. Theo Hiệp hội Nghiên cứu gan mật Châu Âu năm 2013, rượu là 1 trong 4 nguyên nhân chính gây bệnh gan mạn bao gồm cả xơ gan và ung thư gan [4]. Một nghiên cứu ở Hàn Quốc (2012) khảo sát từ năm 2005 đến 2010 trên 6.307 bệnh nhân có bệnh gan cho thấy bệnh gan mạn chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,7%, trong đó bệnh gan do rượu chiếm 13% [5]. Năm 2012, bệnh gan do rượu chiếm 63% các ca tử vong vì rượu. Tỷ lệ tử vong do xơ gan do rượu là 7,2 ca tử vong trên 100.000 dân trong năm 2010. Xơ gan do rượu gây nhiều biến chứng, có thể dẫn đến tử vong và hiện chưa có biện pháp điều trị triệt để. Ngược lại, gan nhiễm mỡ do rượu và viêm gan do rượu nếu được phát hiện sớm, điều trị tích cực và cai rượu thì bệnh có thể hồi phục. Để điều trị hiệu quả cũng như hạn chế các biến chứng gây ra thì việc chẩn đoán chính xác và điều trị kịp thời là điều hết sức cần thiết. Muốn vậy, việc hiểu rõ đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học bệnh gan do rượu là rất quan trọng. Những năm gần đây tình trạng uống rượu ở nước ta ngày càng phổ biến làm cho tỉ lệ bị bệnh gan do rượu tăng lên đáng kể. Từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học bệnh nhân mắc bệnh gan do rượu*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Gồm 83 bệnh nhân mắc bệnh gan do rượu nằm điều trị nội trú tại khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên và Bệnh viện Quân Y 103, từ 1/2015 đến 5/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Những bệnh nhân được chẩn đoán bệnh gan do rượu theo hướng dẫn chẩn đoán của Hội nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ (AASLD) 2010:

+ Điểm số AUDIT từ 8 điểm (đối với nam ≤ 60 tuổi), từ 4 điểm (đối với nam ≥ 60 , nữ giới).

+ Dấu hiệu lâm sàng của bệnh gan: đau tức hạ sườn phải, vàng da, chán ăn, gan to...

+ Xét nghiệm enzym gan tăng: AST tăng không quá 500 U/L, ALT tăng không quá 200 U/L. Tỷ lệ AST/ALT > 2 .

+ Mô bệnh học: Thoái hóa phi đại tế bào gan, hiện diện thể Mallory, thâm nhiễm bạch cầu hạt trung tính, tạo tổ chức xơ và gan nhiễm mỡ.

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Gan nhiễm mỡ đơn thuần do rượu

- Loại trừ bệnh gan do nguyên nhân khác: tiếp xúc với hóa chất độc hại, sử dụng thuốc, tắc mật, ung thư, virus viêm gan B, C.

- Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu. Những bệnh nhân có chống chỉ định sinh thiết gan.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn chủ đích. Số lượng bệnh nhân là 83.

Chỉ số nghiên cứu

- *Sàng lọc về sử dụng rượu:* dựa vào bảng câu hỏi AUDIT của WHO.

- *Tuổi và phân nhóm tuổi:* cách nhau mỗi 10 năm. *Giới:* chia 2 nhóm nam và nữ.

- *Thăm khám lâm sàng để phát hiện các triệu chứng:*

+ Cơ năng: mệt mỏi, chán ăn, đau hạ sườn phải, nôn ra máu, đi ngoài phân đen.

+ Thực thể: gan to, lách to, cổ trướng, sao mạch, bàn tay son, tuần hoàn bàng hệ.

+ Toàn thân: vàng da, vàng củng mạc, xuất huyết dưới da.

- *Xét nghiệm sinh hóa, tế bào máu ngoại vi và đông máu:* giúp cho chẩn đoán bệnh gan do rượu, loại trừ bệnh gan không do rượu và không đủ tiêu chuẩn sinh thiết gan.

- *Sinh thiết gan:* qua da bằng dụng cụ sinh thiết tự động Pajunk của Đức dưới hướng dẫn của siêu âm. Kết quả mẫu mô gan được đọc bởi các bác sỹ khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện Quân Y 103.

- *Đánh giá giai đoạn xơ hóa gan theo phân loại Metavir:*

F0: không có xơ hóa gan

F1: xơ hóa quanh xoang (có hoặc không kèm xơ hóa quanh tế bào)

F2: xơ hóa khoảng cửa, rất ít các dải xơ

F3: xơ hóa khoảng cửa và quanh khoảng cửa, kèm nhiều các dải xơ

F4: xơ gan

- *Đánh giá mức độ xơ hóa:* xơ hóa đáng kể ($\geq F2$), xơ hóa nặng ($\geq F3$), xơ gan (F4)

- *Mức độ nhiễm mỡ chia làm các nhóm sau:* nhẹ khi nhiễm mỡ từ 5 - 33 %, trung bình khi nhiễm mỡ từ 34 - 66 %, nặng khi nhiễm mỡ $> 66\%$.

- Đánh giá vùng nhiễm mỡ chia làm các nhóm 2: trung gian. Vùng 3: quanh khoảng cửa.
sau: vùng 1: quanh tĩnh mạch trung tâm. Vùng **Xử lý số liệu** bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi ở bệnh nhân bệnh gan do rượu

Nhóm tuổi	Số BN (n=83)	Tỉ lệ %
30 – 39	4	4,8
40 – 49	36	43,4
50 – 59	26	31,3
60 – 69	14	16,9
≥ 70	3	3,6
Tổng số	83	100,0
Tuổi trung bình	51,41 ± 9,69	

Nhận xét: độ tuổi 40 – 49 là hay gặp nhất chiếm 43,4%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân mắc bệnh gan do rượu

Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân bệnh gan do rượu	Số BN (n=83)	Tỉ lệ %
Triệu chứng cơ năng	Đau hạ sườn phải	21
	Mệt mỏi	68
	Chán ăn	52
	Nôn ra máu	18
	Phân đen	19
Triệu chứng thực thể	Gan to	52
	Tuần hoàn bàng hệ	13
	Cổ trướng	6
	Vàng da	56
Triệu chứng toàn thân	Sao mạch	23
	Bàn tay son	11
	Da xạm	23
		27,7

Nhận xét: Mệt mỏi là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất chiếm 81,9%. Gan to là triệu chứng thực thể thường gặp nhất chiếm 62,7%. Vàng da là triệu chứng toàn thân hay gặp nhất chiếm 67,5%.

Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học bệnh gan do rượu

Đặc điểm mô bệnh học bệnh gan do rượu	Số BN (n=83)	Tỷ lệ %
Hình thái nhiễm mỡ (n = 77)	Giọt lớn	14
	Giọt nhỏ	7
	Hỗn hợp	56
Mức độ nhiễm mỡ (n = 77)	≤ 33%	20
	34% - 66%	30
	≥ 67%	27
Vùng nhiễm mỡ (n = 77)	Vùng 1	73
	Vùng 2	55
	Vùng 3	56
Giai đoạn xơ hóa theo Metavir (n=83)	F0	12
	F1	18
	F2	20
	F3	21
	F4	12
Mức độ xơ hóa (n=83)	Xơ hóa đáng kể (≥ F2)	53
	Xơ hóa nặng (≥ F3)	33
	Xơ gan (F4)	12
Một số chỉ tiêu về mô bệnh (n=83)	U hạt mỡ	5
	Thoái hóa dạng bọt	70
	Nhiễm sắc tố	46
	Thể Mallory	50
	Ty thể khổng lồ	53
	Biến đổi ưa toan tế bào gan	52

Nhận xét: Có 77/83 bệnh nhân có gan nhiễm mỡ (chiếm 92,8%), mức độ nhiễm mỡ 34% - 66% chiếm 39%, nhiễm mỡ vùng 1 chiếm 94,8%. Giai đoạn xơ hóa F3 chiếm 25,3%. Thoái hóa dạng bọt

do rượu chiếm 84,3%, ty thể khổng lồ chiếm 63,4%, thể Mallory chiếm 60,2%. Mức độ xơ hóa đáng kể ($\geq$ F2) chiếm 63,9%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm về tuổi: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi từ 40 – 49 là hay gặp nhất (43,4%), tương tự như Nguyễn Duy Cường [1], Nguyễn Thanh Thủy, nhưng thấp hơn của Nguyễn Duy Cường (44,3%), cao hơn của Nguyễn Thanh Thủy (39,8%). Tuy nhiên khác với Nguyễn Thị Song Thao nhóm tuổi 50 – 59 hay gặp nhất (43,8%) [3].

Do kinh nghiệm cuộc sống và thu nhập ổn định, người trung niên hay tham dự các sự kiện xã hội và sử dụng nhiều đồ uống có cồn. Theo các nghiên cứu tỉ lệ nghiện rượu tăng cao ở độ tuổi 45 - 49 và cao nhất là độ tuổi 55 – 59, đa số các ca tử vong do bệnh gan do rượu là những người 50-59 tuổi, phần lớn ở độ tuổi đang lao động, nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với ý văn này. Điều này phản ánh tác hại của nghiện rượu đối với gia đình và xã hội là rất trầm trọng.

Đặc điểm về giới tính: Do thu thập số liệu ở bệnh viện quân đội, hơn nửa tập quán của người Việt Nam phụ nữ uống ít rượu hơn so với nam giới, nên ít gặp loại bệnh lý này. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của các tác giả trong nước như Hoàng Trọng Thăng, Nguyễn Thị Dụ, Ngô Chí Hiếu. Khác với các tác giả nước ngoài phân bố giới thường gặp 90% là nam, 10% là nữ.

Đặc điểm lâm sàng chủ yếu: Mệt là triệu chứng mơ hồ và không chuyên biệt cho bệnh gan lại chiếm hầu hết các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi với tỉ lệ 81,9%, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Trọng Thăng (100%), Nguyễn Thế Phiệt (100%). Trong khi đó, các triệu chứng gợi ý bệnh gan, lại có tỉ lệ thấp hơn như đau hạ sườn phải, theo nghiên cứu của chúng tôi chiếm 25,3%, của Nguyễn Thế Phiệt (77,5%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi gan to chiếm 62,7% cao hơn của Nguyễn Thị Song Thao (28,1%), do nhóm nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là bệnh nhân bệnh gan còn bù, còn của Nguyễn Thị Song Thao là những bệnh nhân xơ gan giai đoạn mất bù, nên gan đã teo nhỏ.

Tỉ lệ vàng da, niêm mạc của chúng tôi chiếm 67,5% thấp hơn tỉ lệ vàng da niêm mạc Nguyễn Văn Nam (92,1%), của Nguyễn Thị Chi (86%) [2] và của Nguyễn Thị Song Thao (80%).

Đặc điểm mô bệnh học: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 77/83 (chiếm 92,8%) bệnh nhân có gan nhiễm mỡ. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với ý văn là 90% người uống rượu

có gan nhiễm mỡ. Mức độ nhiễm mỡ 34% - 66% chiếm 39%, nhiễm mỡ vùng 1 chiếm tỉ lệ 94,8%. Thoái hóa dạng bọt do rượu chiếm tỉ lệ 84,3%. Theo ý văn thoái hóa bọt do rượu là đặc điểm thường gặp ở gan nhiễm mỡ do rượu. Ty thể khổng lồ chiếm 63,4%, thể Mallory chiếm 60,2%, đây là dấu hiệu đặc trưng của bệnh gan do rượu, theo ý văn thể Mallory thấy ở 76% bệnh nhân bệnh gan do rượu. Trong nghiên cứu của chúng tôi xơ hóa F3 chiếm tỉ lệ cao nhất 25,3%, tương tự như Popescu [7]. Tỉ lệ xơ gan F4 chiếm tỉ lệ thấp nhất, khác với Naveau [6] xơ gan F4 chiếm tỉ lệ cao nhất.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 83 bệnh nhân chúng tôi thu được kết quả như sau: tuổi trung bình mắc bệnh là $51,41 \pm 9,69$ năm, độ tuổi 40 – 49 là hay gặp nhất chiếm 43,4%. Triệu chứng thường gặp là mệt mỏi (81,9%), chán ăn (62,7%), gan to (62,7%), vàng da (67,5%). Đặc điểm mô học: xơ hóa gan F3 chiếm tỉ lệ cao nhất 25,3%, đa số bệnh nhân có nhiễm mỡ gan (77/83), mức độ nhiễm mỡ 34% - 66% (39%), phần lớn tập trung ở vùng 1 (94,8%). Các đặc điểm đặc trưng trong bệnh gan do rượu là thoái hóa dạng bọt do rượu (84,3%), ty thể khổng lồ (63,4%), thể Mallory (60,2%), mức độ xơ hóa đáng kể ($\geq$ F2) chiếm (63,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Cường (2014) "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của xuất huyết tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan có nghiện rượu và không nghiện rượu". *Y học thực hành* 907 (3), tr. 59 - 62.
2. Nguyễn Thị Chi (2003) "Nhận xét hội chứng gan thận ở bệnh nhân xơ gan theo phân loại Child - Pugh". *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ y khoa Đại học Y Hà Nội*.
3. Nguyễn Thị Song Thao (2008) "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan có nghiện rượu". *Luận Văn Thạc sĩ Y học*.
4. Blachier M., Leleu H., Radosavljevic P. M., et al (2013) "The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data". *Journal of Hepatology*, 58 (3), pp. 593-608.
5. Lee S. S., Byoun Y. S., Jeong S. H. (2012) "Type and cause of liver disease in Korea: single-center experience, 2005-2010". *Clinical and molecular hepatology*, 18 (3), pp. 309-315.
6. Naveau S., Raynard B., Ratzin V., et al (2005) "Biomarkers for the Prediction of Liver Fibrosis in Patients With Chronic Alcoholic Liver Disease". *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 3, pp. 167-174.

7. Popescu R., Verdes D., Filimon N., et al
(2012) *Endothelial Markers and Fibrosis in
Alcoholic Hepatitis. Trends in Alcoholic Liver
Disease Research - Clinical and Scientific Aspects.
InTechOpen,*

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH

Hà Văn Bình*, Phạm Thái Giang**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả can thiệp ở bệnh nhân can thiệp động mạch vành (ĐMV) qua da tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, mô tả, cắt ngang. 141 trường hợp được can thiệp ĐMV qua da tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 5 năm 2015 tháng 5 năm 2016. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả can thiệp và biến chứng được đánh giá trong thời gian nằm viện. **Kết quả:** tuổi trung bình là $68,6 \pm 12,5$ tuổi, các yếu tố nguy cơ bao gồm: 51,9% hút thuốc lá, 68,5% tăng huyết áp, 60,8% rối loạn lipid máu. Can thiệp động mạch (ĐM) liên thất trước (55,1%), ĐMV phải (22,8%) và ĐM mũ (17,7%) thân chung động mạch vành trái (4,4%). Theo phân loại AHA/ACC, tổn thương thường gặp nhất là type B (51,8%). Can thiệp qua động mạch quay với tỷ lệ 95,5%. Tỷ lệ thành công về mặt chụp mạch, thủ thuật và lâm sàng lần lượt là 98,1%; 94,9% và 94,3%. Tỷ lệ tử vong 4,2%; tỷ lệ biến chứng khác <1%. **Kết luận:** can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện đa khoa Ninh Bình đã đạt được kết quả khả quan với tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp.

Từ khóa: động mạch vành, can thiệp động mạch vành qua da.

SUMMARY

RESULTS OF PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION AT NINH BINH GENERAL HOSPITAL

Objective: Evaluate clinical, paraclinical characteristics and early results in patients treatment by percutaneous coronary interventions at Ninh Binh general hospital. **Material and method:** Prospective study, Descriptive. 141 patients indicated for percutaneous coronary intervention from May 2015 to May 2016. Clinical, paraclinical characteristics, interventions results and complications were evaluated within treatment in hospital. **Results:** There were 141 PCI patients, the average age: 68.6 ± 12.5 years, the risk factors including: 51.9% smoking, 68.5% of hypertension, 60.8% of hyperlipidemia blood disorders. 55.1% interventioned lesions were located at LAD 17.7% at LCx 22.8% at RCA and 4.4% at LMCA. According to ACC/AHA lesion morphology criteria: 51.8% was type B. Most radial artery intervention with a success rate of 95.5%. Angiographic, technique and

clinically success were 98.1%; 94.9% and 94.3%, respectively. Mortality rate 4.2%. Other complication rates were lower than 1%. **Conclusions:** PCI at the Ninh Binh General Hospital has achieved positive results with low complication rates and mortality.

Key words: coronary artery, percutaneous coronary intervention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ĐMV là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Mỗi năm có khoảng 7 triệu người tử vong do bệnh ĐMV. Can thiệp động mạch vành qua da (PCI) để điều trị bệnh ĐMV được thực hiện lần đầu tiên vào năm 1977 bởi Andreas Gruentzig và hiện nay biện pháp điều trị này đã trở nên phổ biến trên thế giới. Tại Hoa Kỳ, số lượng bệnh nhân (BN) được PCI đã vượt qua con số bệnh nhân được phẫu thuật bắc cầu động mạch vành. Tại Việt Nam, PCI bắt đầu được thực hiện đầu tiên vào năm 1996 tại Hà Nội. Hiện nay đã có nhiều bệnh viện trong cả nước triển khai phòng thông tim để thực hiện can thiệp ĐMV. Đánh giá kết quả của thủ thuật PCI là việc phải được thực hiện thường xuyên đối với các bệnh viện thực hiện thủ thuật can thiệp, nhất là với các trung tâm mới triển khai thực hiện. Do đó chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 141 trường hợp can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 5/2015 – 5/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán bệnh mạch vành dựa trên tiêu chuẩn của Hội Tim mạch học Việt nam 2008, có chỉ định can thiệp ĐM vành qua da [7].

Tiêu chuẩn loại trừ: các trường hợp có các bệnh cấp tính nặng kèm theo, ung thư giai đoạn cuối, chống chỉ định với thuốc kháng tiểu cầu (aspirin, clopidogrel), bệnh nhân và gia đình từ chối can thiệp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang

*Tiến hành nghiên cứu: các đối tượng nghiên cứu được khám xét lâm sàng tỉ mỉ, làm xét nghiệm máu, khai thác tiền sử, các yếu tố nguy

* Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

** Viện Tim mạch, Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Bình

Email: drbinhha@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2017

Ngày duyệt bài: 23.5.2017

cơ tim mạch, đặc điểm cơn đau thắt ngực, ghi điện tâm đồ, chụp XQ tim phổi nếu tình trạng huyết động cho phép, làm siêu âm Doppler tim và lập hồ sơ theo dõi. Chụp và can thiệp động mạch vành qua da trên máy chụp mạch của hãng Philips.

*Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

- Phân độ suy tim cấp theo Killip.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán HCMVC, Cơn đau thắt ngực ổn định: theo Hội Tim mạch Việt Nam 2008 [3], [4].

- Trên cơ sở kết quả chụp ĐMV, tiến hành đánh giá phân loại tổn thương:

+ Mức độ hẹp: được đánh giá dựa vào tỉ lệ % đường kính ĐMV bị hẹp so với ĐMV bình thường và chia ra các mức độ nhẹ (hẹp < 50%), vừa (hẹp ≤ 75%), nặng (≤ 90%), bán tắc hoặc tắc khi đường kính lòng mạch bị hẹp > 90%.

+ Mức độ tổn thương ĐMV lan tỏa: phân chia theo số nhánh chính động mạch bị tắc hẹp (nhánh liên thất trước, nhánh mũ và động mạch

vành phải). Bệnh đa mạch khi có tổn thương ≥ 2 nhánh chính kể, hẹp thân chung động mạch vành trái được coi là tổn thương cả 2 nhánh liên thất trước và động mạch mũ.

+ Đánh giá dòng chảy trong ĐMV theo thang điểm TIMI.

- Thời gian cửa bóng: tính từ khi bệnh nhân đến bệnh viện đến khi bong bóng lần đầu tiên.

*Các tiêu chuẩn can thiệp ĐMV qua da thành công

Thành công về mặt chụp mạch: khi sau can thiệp đường kính hẹp < 20% và dòng chảy trong ĐMV đạt mức độ TIMI-3.

Thành công về mặt thủ thuật: BN thành công về mặt chụp mạch và không bị biến chứng nặng trong thời gian nằm viện.

Thành công về mặt lâm sàng: thành công về mặt chụp mạch và thành công về mặt thủ thuật cùng với giảm triệu chứng và/hoặc dấu hiệu thiếu máu cơ tim khi bệnh nhân hồi phục sau thủ thuật và trước khi xuất viện.

**Xử lý số liệu bằng* phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Tuổi và giới tính

Đặc điểm	Trung bình (n = 141)	Tỉ lệ (%)
Tuổi (32-94)	68,6 ± 12,5	
Nam	105	74,5
Nữ	36	25,5

Tuổi trung bình: 68,6 ± 12,5 (năm). Tuổi được can thiệp mạch vành thấp nhất là 32, cao nhất là 94 tuổi. Nam chiếm 74,5%, nữ chiếm 25,5%

Bảng 3.2. Các yếu tố nguy cơ tim mạch

Các yếu tố nguy cơ	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tăng huyết áp	97	68.5%
Đái tháo đường	45	32.1%
Rối loạn lipid máu	86	60.8%
Hút thuốc lá	73	51.9%
Yếu tố gia đình	11	7.5%

Nhận xét: tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid và hút thuốc lá những yếu tố nguy cơ tim mạch hàng đầu.

Bảng 3.3. Phân loại theo chẩn đoán lâm sàng

Chẩn đoán	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên	45	32%
Hội chứng vành cấp không ST chênh lên	64	45.3%
Cơn đau thắt ngực ổn định	32	22.7%
Tổng	141	100%

Nhận xét: nhóm bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng vành cấp chiếm tỷ lệ > 75%, trong đó nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên chiếm 32%.

Bảng 3.4. Vị trí tổn thương ĐMV được can thiệp

Vị trí tổn thương	n	Tỉ lệ (%)
Động mạch liên thất trước	87	55.1
Động mạch mũ	28	17.7
Động mạch vành phải	36	22.8
Thân chung	07	4.4
Tổng	158	100

Nhận xét: có tổng số 158 tổn thương ĐMV ở 141 bệnh nhân được can thiệp, trong đó, can thiệp động mạch liên thất trước chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 3.5. Phân loại theo số thân ĐMV tổn thương

Số thân ĐMV tổn thương	n	Tỉ lệ (%)
1 thân	84	59,6
2 thân	21	14,9
3 thân	36	25,5
Trung bình	1,7/1 BN	

Nhận xét: trên hình ảnh chụp mạch 141 bệnh nhân có 234 tổn thương hẹp có ý nghĩa ĐMV(>50%). Trong đó 158 tổn thương hẹp nặng được can thiệp. Tỉ lệ tổn thương nhiều thân động mạch vành > 40%.

Bảng 3.6. Phân loại tổn thương được can thiệp theo hình ảnh chụp mạch

Phân loại tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Type A	50	31,9
Type B	82	51,8
Type C	26	16,3
Tổng	158	100

Nhận xét: trên 80% tổn thương được can thiệp thuộc type A-B.

Bảng 3.7. Phân độ suy tim theo killip trong nhồi máu cơ tim cấp

Phân độ killip	n	Tỉ lệ (%)
Killip I	32	71,1
Killip II	9	20,0
Killip III	1	2,2
Killip IV	3	6,7
Tổng	45	100

Nhận xét: nhóm bệnh nhân NMCT cấp Killip I-II chiếm tỷ lệ trên 90%.

Bảng 3.8. Thời gian nhập viện và thời gian cửa-bóng trong PCI cấp cứu

Các thông số	Kết quả
Thời gian khởi phát đau đến khi nhập viện (giờ)	7,1 ± 3,2
Thời gian cửa-bóng (phút)	100,6 ± 28
Thời gian cửa-bóng < 90 phút (%)	31 (68,9%)

Nhận xét: thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện trung bình 7,1 ± 3,2, thời gian cửa-bóng 100,6 ± 28 trong đó thời gian cửa-bóng < 90 phút 68,9%.

Bảng 3.9. Vị trí đường vào động mạch

Vị trí đâm kim	n	%
Động mạch quay	132	93,6
Động mạch đùi	9	6,4

Nhận xét: đường vào chủ yếu là động mạch quay 93,6%.

3.2. Đánh giá kết quả can thiệp động mạch vành đa

Bảng 3.10. Kết quả can thiệp ĐMV

Kết quả	Thành công		Thất bại	
	n (158)	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)
Về mặt chụp mạch	155	98,1	3	1,9
Về mặt thủ thuật	150	94,9	08	5,1
Về mặt lâm sàng	149	94,3	09	5,7

Nhận xét: thành công về mặt chụp mạch 98,1%, thành công về thủ thuật 94,9%, thành công về mặt lâm sàng 94,3%.

Bảng 3.11. Biến chứng can thiệp ĐMV

Biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nhồi máu cơ tim cấp	01	0,7
Đột quỵ	01	0,7
Biến chứng tại đường vào động mạch	04	2,8
Bệnh thận do thuốc cản quang	01	0,7
Tử vong	06	4,2
Phẫu thuật bắc cầu nối mạch vành	0	0

Nhận xét: tỉ lệ tử vong 4,2%; các biến chứng khác 0,7-2,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung bệnh nhân: Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là $68,6 \pm 12,5$ (năm). Kết quả này cũng tương tự như một số nghiên cứu khác trong nước như nghiên cứu của Trương Quang Bình và cộng sự tại Viện đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh là $64,2 \pm 10,61$ (năm). Các nghiên cứu đa trung tâm trên thế giới nhận thấy tuổi là một yếu tố nguy cơ tim mạch của bệnh ĐMV, các biến cố tim mạch mới xuất hiện thường sau tuổi 65, đặc biệt là phụ nữ, tỉ lệ tử vong do bệnh ĐMV tăng theo quy luật lũy thừa theo tuổi [1].

Về giới tính, nam giới chiếm tỷ lệ 74,5%. Nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho thấy tỷ lệ can thiệp ĐMV ở nam giới cao hơn như Trương Quang Bình là 75,7% [1].

Trong 141 bệnh nhân được can thiệp động mạch vành thì những bệnh nhân thuộc nhóm hội chứng vành cấp (bao gồm nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên và hội chứng vành cấp không ST chênh lên) chiếm tỷ lệ khá cao (>75%). Về mặt giải phẫu thì tổn thương đích được can thiệp chiếm tỷ lệ cao nhất là động mạch liên thất trước (59,6%), bệnh nhân có tổn thương nhiều nhánh ĐMV chiếm tỷ lệ 40,4% và các tổn thương chủ yếu là type A, type B (> 80%). Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu của Trương Quang Bình tại Viện đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh [1].

Trong tổng số bệnh nhân được can thiệp ĐMV có 22,7% bệnh nhân được can thiệp cấp cứu. Thời gian cửa bóng trung bình trong can thiệp cấp cứu của chúng tôi là $100,6 \pm 28$ phút, thời gian cửa bóng < 90 phút chiếm 68,9%. Trong các khuyến cáo, thời gian cửa bóng với bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên tốt nhất là dưới 90 phút, thời gian cửa – bóng càng ngắn thì tỉ lệ tử vong tại bệnh viện càng giảm [6], tuy nhiên ở các nước phát triển như Mỹ năm 2008 thời gian cửa bóng < 90 phút chỉ đạt 76,4% [5]. Ở Việt Nam, do tình hình kinh tế còn khó khăn, một số bệnh nhân vào viện cần có thời gian để quyết định khả năng can thiệp, do đó những có thời gian cửa bóng dài hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, can thiệp qua đường động mạch quay chiếm tỷ lệ 93,6%. Trong đó đâm kim động mạch đùi xảy ra chủ yếu ở nữ giới 07 trường hợp do động mạch quay nhỏ. Can thiệp động mạch đùi xảy ra ở nam và nữ do can thiệp các tổn thương phức tạp với kỹ thuật phức tạp cần các ống thông can thiệp hơn

6F, hay các bệnh nhân có bất thường động mạch cánh tay đầu. Tỉ lệ này tương đương với nghiên cứu của bệnh viện Chợ Rẫy (86,56%) [2]. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Brueck trên 512 bệnh nhân tại Đức năm 2009, tỷ lệ thành công của tiếp cận bằng đường động mạch quay 96,5% [7].

4.2. Đánh giá kết quả can thiệp ĐMV:

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ thành công về mặt chụp mạch là 98,1%, thành công về mặt lâm sàng sớm là 94,3%. Đối với các phòng thông tim khác thì tỉ lệ thành công của can thiệp ĐMV qua da là 93-95% [2]. Như vậy, tỉ lệ thành công về mặt thủ thuật của chúng tôi cũng tương đương với các trung tâm khác trong nước.

Về mặt biến chứng, tỉ lệ các biến chứng sau can thiệp tương đối thấp, bao gồm 01 bệnh nhân NMCT cấp do huyết khối sớm trong stent, 01 bệnh nhân được ghi nhận nhồi máu não trên lâm sàng và chụp CT scan sọ não, 01 bệnh nhân suy thận cấp có thiếu niệu và creatinine tăng > 0,5 mg/dl được điều trị hồi phục chức năng thận bằng truyền dịch sau 02 ngày, 04 bệnh nhân có biến chứng tụ máu tại đường vào động mạch được điều trị bằng băng ép cầm máu tại chỗ, không cần phẫu thuật và không gây mất máu nặng phải truyền máu.

Tỉ lệ tử vong chung của thủ thuật là 4,2% (06 ca) chủ yếu là những bệnh nhân can thiệp cấp cứu thuộc nhóm killip IV (có sốc tim), những bệnh nhân già yếu, tổn thương nhiều nhánh động mạch vành, chức năng tâm thu thất trái (EF%) thấp, có bệnh nội khoa phối hợp nặng. Tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu chúng tôi tương đương so với các phòng thông tim trong nước (2,2 – 6,1%), tỉ lệ tử vong trong 2 năm đầu hoạt động của phòng thông tim bệnh viện Chợ Rẫy 2,6%[2].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 141 bệnh nhân can thiệp ĐMV qua da chúng tôi nhận thấy tuổi trung bình $68,6 \pm 12,5$, nam giới chiếm 74,5%, tổn thương đa thân chiếm 40,4%, trung bình 1,7 tổn thương trên một bệnh nhân, trong đó tổn thương động mạch liên thất trước là chủ yếu (55,1%). Can thiệp động mạch vành qua da là phương pháp điều trị khá an toàn, có tỉ lệ thành công trên chụp mạch, thủ thuật và trên lâm sàng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Quang Bình (2007) "Kết quả can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện đại học Y Dược

- Thành Phố Hồ Chí Minh trong 2 năm (2004-2006)". Y Học TP. Hồ Chí Minh, 11 (1); tr. 104-110.
2. **Võ Thành Nhân (2003)** "Chụp và can thiệp mạch vành qua động mạch quay nhân 134 trường hợp tại bệnh viện Chợ Rẫy". Y Học TP. HCM, Tập 7; Phụ bản số 1; tr. 19-24.
 3. **Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch học Việt Nam** về chẩn đoán và điều trị đau thắt ngực không ổn định và nhồi máu cơ tim không có ST chênh lên, Khuyến cáo 2008 về các bệnh Tim mạch và chuyển hóa, Nhà xuất bản y học.
 4. **Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch học Việt Nam** về chẩn đoán và điều trị nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, Khuyến cáo 2008 về các bệnh Tim mạch và chuyển hóa, Nhà xuất bản y học.
 5. **Krumholz HM. (2008)** "A campaign to improve the timeliness of primary percutaneous intervention door to balloon time: an alliance for quality". J Am Coll Cardiol: Cardiovasc Inter;1. pp. 97-104.
 6. **S Rathore, Jephtha P Curtis, Jersey Chen, et al (2009)** "Association of door-to-balloon time and mortality in patients admitted to hospital with ST elevation myocardial infarction: national cohort study". BMJ 2009; 338. pp.1-7.
 7. **Brueck Martin, Dirk Bandorski, Wilfried Kramer, et al (2009)**. "A Randomized Comparison of Transradial Versus Transfemoral Approach for Coronary Angiography and Angioplasty". J Am Coll Cardiol Intv, 2: pp.1047-54.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐA MÔ THỨC UNG THƯ TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN II-III PHẪU THUẬT ĐƯỢC

La Văn Trường*, Nguyễn Tô Hoài*

TÓM TẮT

- Số bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ (nam/nữ = 2,39), tỷ lệ bệnh nhân nhóm tuổi 41 – 60 là 54,1%, nhóm tuổi 61–80 là 34,4%. Có 24,6% ung thư trực tràng dưới, 45,9% ung thư trực tràng giữa và 29,5% ung thư trực tràng giữa. Sau phẫu thuật, giai đoạn II chiếm 29,5%, giai đoạn III chiếm 70,5%.

- 72,1% bệnh nhân được phẫu thuật LAR, 27,9% bệnh nhân được phẫu thuật APR. 100% đầu xa (-), 100% chu vi diện cắt (-), 96,7% phẫu thuật R0. Có 3,3% chuyển mổ mở, 3,2% tổn thương tạng lân cận. Trong thời gian hậu phẫu nhiễm trùng vết mổ gặp ở 8,2%, chảy máu khoang phúc mạc gặp ở 4,8%, bục rò miệng nối gặp ở 3,2%.

- Một số tác dụng không mong muốn tương đối hay gặp như: đi lỏng (45,5% ở nhóm Fluouracil và 45,6% ở nhóm Capecitabine), giảm huyết sắc tố (44,5% ở nhóm Fluouracil và 24% ở nhóm Capecitabine), giảm bạch cầu (33,3% ở nhóm Fluouracil và 29,6% ở nhóm Capecitabine), phản ứng da – tay chân (44% ở nhóm Capecitabine), viêm da do xạ (22,3% ở nhóm Fluouracil và 20% ở nhóm Capecitabine). Tuy nhiên hầu hết là độ 1 -2.

- Thời gian sống thêm không bệnh 3 năm ước tính là 71,4%. Thời gian sống thêm toàn thể 3 năm ước tính là 85,1%.

SUMMARY

RESULTS OF MULTIMODALITY TREATMENT ON PATIENTS WITH RESECTABLE RECTAL CANCER STAGE II AND STAGE III

*Bệnh viện TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: La Văn Trường

Email: truong1082000@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2017

Ngày duyệt bài: 23.5.2017

- Male patients outnumbered female patients (Male/Female = 2.39%). Patients in the age group 41 – 60 accounted for 54.1%, 61 – 80 accounted for 34.4%. 24.6% of the patients were with Lower Rectal, 45.9% with Middle Rectal and 29.5% with Upper Rectal. After operation, patients in the stage II accounted for 29.5% and in the stage III for 70.5%.

- LAR surgery accounted for 71.2%, APR surgery for 27.9%. The distal (-) was at 100%; the positive circumferential resection margin (-) was at 100%; R0 surgery accounted for 96.7%. The rate of laparoscopic procedures converted to open surgery was 3.3%; the rate of patients suffering from injuries in adjacent organs was 3.2%. After operation, 8.2% of patients suffered from wound infections; 4.8% from bleeding in abdominal cavity; and 3.2% from anastomotic leaks.

- Undesirable side effects of high frequency were: Diarrhoea (45.5% in Fluouracil group and 45.6% in Capecitabine group), Lowered haemoglobin (44.5% in Fluouracil group and 24% in Capecitabine group), Lowered leucocytes (33.3% in Fluouracil group and 29.6% in Capecitabine group), Hand-foot skin reaction (44% in Capecitabine group); Radiation dermatitis (22.3% in Fluouracil group and 20% in Capecitabine group). However, most were at grade 1 and grade 2.

- The 3-years survival rate was estimated at 85.1%; and the 3-years free-of-disease survival rate was estimated at 71.4%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những ung thư hay gặp. Theo GLOBOCAN 2012: tỷ lệ mắc UTĐTT cao đứng thứ 3 ở nam và thứ 2 ở nữ. Tỷ lệ tử vong do UTĐTT cao đứng thứ 4 ở nam và thứ 3 ở nữ [1]. Tại Việt Nam, ghi nhận ung thư tại một số thành phố lớn cho thấy tỷ lệ mắc UTĐTT cao đứng thứ 3 hoặc thứ 4 trong các loại ung thư [2]; [3]. Ung thư trực tràng (UTTT) chiếm khoảng 28% tổng số UTĐTT [4].

Cũng như hầu hết các bệnh ung thư khác, chiến thuật điều trị UTTT là điều trị đa mô thức, phối hợp điều trị phẫu thuật, hóa chất, tia xạ và điều trị đích. Đối với UTTT giai đoạn II-III phẫu thuật được, hướng dẫn thực hành lâm sàng của mạng lưới ung thư Mỹ (National Comprehensive Cancer Network - NCCN) khuyến cáo điều trị phẫu thuật triệt căn sau đó hóa xạ trị đồng thời hoặc xạ trị tiên phẫu, phẫu thuật sau đó điều trị hóa chất. Thực tế lâm sàng cho thấy mỗi phương án đều có những ưu, khuyết điểm nhất định. Xạ trị tiên phẫu giúp giảm giai đoạn (down stage), làm tăng khả năng bảo tồn cơ thắt. Tuy nhiên cần đánh giá chuẩn xác giai đoạn trước điều trị. Hơn nữa, trì hoãn phẫu thuật làm tăng nguy cơ bệnh lan tràn. Tại Bệnh viện TƯQĐ 108, chúng tôi đang tiến hành đánh giá hiệu quả của cả 2 phương án. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của phối hợp phẫu thuật triệt căn sau đó điều trị bổ trợ hóa chất và tia xạ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- *Đối tượng nghiên cứu:* là 61 bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn II-III được phẫu thuật nội soi triệt căn, tiếp theo điều trị hóa chất và tia xạ bổ trợ tại BVTWQĐ 108 từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 04 năm 2017.

- Loại ra khỏi nghiên cứu những bệnh nhân: UTTT giai đoạn I sau mổ, UTTT giai đoạn IV sau mổ.

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

- *Nội dung nghiên cứu:*

+ Đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới, vị trí tổn thương, giai đoạn lâm sàng.

+ Kết quả phẫu thuật: phương pháp phẫu thuật, kết quả ung thư học của phẫu thuật, tái biến trong phẫu thuật, tại biến biến chứng trong thời gian hậu phẫu, thời gian từ phẫu thuật đến điều trị hóa chất – tia xạ.

+ Đặc điểm bệnh nhân trước điều trị hóa chất – tia xạ: tình trạng toàn thân, mô bệnh học sau phẫu thuật, giai đoạn bệnh sau phẫu thuật.

+ Tác dụng không mong muốn của hóa chất – tia xạ.

+ Thời gian sống thêm.

- *Các bước nghiên cứu:*

+ Quy trình điều trị bệnh nhân.

Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được khai thác bệnh sử, khám lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính (hoặc MRI) ổ bụng, chụp XQ tim phổi, chụp PET/CT nếu nghi ngờ di căn xa, xét nghiệm chức năng gan thận, đánh giá bệnh kết hợp.

+ Thu thập số liệu theo mẫu nghiên cứu. Đánh giá tình trạng toàn thân theo ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). Phân loại giai đoạn bệnh theo TNM (T: Tumor; N: Lymph Nodes; M: Metastasis) và UICC (Union International Controre Cancer). Ghi nhận tác dụng không mong muốn sau khi điều trị hóa chất và trong suốt thời gian xạ trị. Phân mức tác dụng không mong muốn theo bảng tác dụng không mong muốn của Viện ung thư Hoa Kỳ ấn bản 3.0. Ở mỗi bệnh nhân ghi nhận mức tác dụng không mong muốn nặng nhất. Thời gian sống thêm ước lượng theo phương pháp Kaplan - Meier.

+ *Xử lý số liệu bằng* phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 3.1: đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	< 20	0
	21 - 40	11,5
	41 - 60	54,1
	61 - 80	34,4
	>80	0
Giới	Nam	70,5
	Nữ	29,5
Vị trí u	Trực tràng dưới	24,6
	Trực tràng giữa	45,9
	Trực tràng trên	29,5
Giai đoạn T trước phẫu thuật	cT1	0
	cT2	03,3
	cT3	68,8
	cT4	27,9
Giai đoạn N trước phẫu thuật	cN0	32,8
	cN1	45,9

	cN2	13	21,3
Giai đoạn UICC trước phẫu thuật	Giai đoạn II	20	32,8
	Giai đoạn III	41	67,2

3.2. Kết quả thực hiện phẫu thuật**Bảng 3.2: kết quả thực hiện phẫu thuật**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật	LAR	44
	APR	17
Đầu gần	Âm tính	59
	Dương tính	02 (R1)
Đầu xa	Âm tính	61
	Dương tính	0
Diện cắt	Âm tính	61
	Dương tính	0
Tai biến trong phẫu thuật	Chảy máu	01
	Tổn thương tạng	02
	Chuyển mổ mở	6
	Tử vong	0
Tai biến ở thời gian hậu phẫu	Chảy máu phúc mạc	3
	Bục, rò miệng nổi	2
	Nhiễm trùng vết mổ	5
	Bán tắc ruột	1
	Tử vong	0

3.3. Khoảng thời gian từ phẫu thuật đến điều trị bổ trợ**Bảng 3.3: khoảng thời gian từ phẫu thuật đến điều trị bổ trợ**

Tổng số	Thời gian (tuần)		
	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
61	3	6	4

3.4. Đặc điểm bệnh nhân trước hóa xạ trị bổ trợ**Bảng 3.4: Đặc điểm bệnh nhân trước hóa xạ trị bổ trợ**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tình trạng toàn thân	0 điểm	49
	1 điểm	10
	2 điểm	02
Đại thể khối u	Thể sùi	55
	Thể loét	03
	Nhiễm cứng	03
Vi thể khối u	Biểu mô tuyến	61
	Biểu mô vảy	0
	Khác	0
Độ biệt hóa	Cao	33
	Vừa	21
	Kém	07
Giai đoạn T sau mổ	pT1	02
	pT2	06
	pT3	40
	pT4	13
Giai đoạn N sau mổ	pN0	16
	pN1	36
	pN2	09
Giai đoạn UICC sau mổ	Giai đoạn II	18
	Giai đoạn III	43

3.5. Tác dụng không mong muốn của hóa xạ: Nhóm Fluouracil có 36 bệnh nhân. Nhóm Capecitabine có 25 bệnh nhân. Tác dụng không mong muốn thể hiện ở bảng 3.5

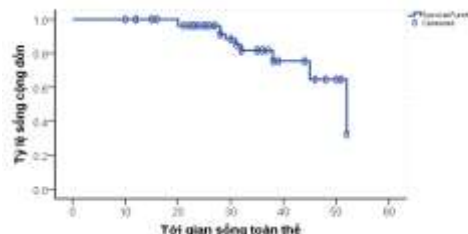
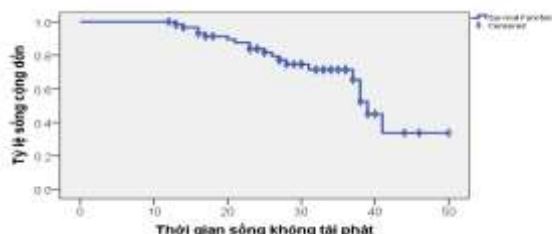
Bảng 3.5: tác dụng không mong muốn của hóa xạ

Tác dụng không mong muốn	Fluoracil (n = 36)			Capecitabine (n = 25)		
	Độ 1-2 n (%)	Độ 3-4 n (%)	Tổng n (%)	Độ 1-2 n (%)	Độ 3-4 n (%)	Tổng n (%)
Giảm huyết sắc tố	15 (41,7)	1 (2,8)	16 (44,5)	6 (24)	0 (0)	6 (24)
Giảm bạch cầu	10 (27,7)	2 (5,6)	12 (33,3)	6 (24)	2 (8)	8 (29,6)
Giảm tiểu cầu	6 (16,7)	0 (0)	6 (16,7)	3 (12)	0 (0)	3 (12)
Mệt mỏi	5 (13,9)	1 (2,8)	6 (16,7)	10 (40)	0 (0)	10 (40)
Buồn nôn	5 (13,9)	00 (0)	5 (13,9)	5 (20)	1 (4)	6 (24)
Nôn	2 (5,6)	0 (0)	2 (5,6)	3 (12)	0 (0)	3 (12)
Đi lỏng	14 (39,9)	2 (5,6)	16 (45,5)	10 (40)	2 (5,6)	12 (45,6)
Viêm trực tràng	2 (5,6)	0 (0)	2 (5,6)	2 (8)	1 (4)	3 (12)
Phản ứng da tay-chân	2 (5,6)	0 (0)	2 (5,6)	9 (36)	2 (8)	11 (44)
Viêm da do xạ	6 (16,7)	2 (5,6)	8 (22,3)	4 (16)	1 (4)	5 (20)

3.6. Thời gian sống thêm

- Sống thêm không bệnh: 61 bệnh nhân có thời gian sống không bệnh. Thời gian theo dõi ngắn nhất là 12 tháng, thời gian theo dõi dài nhất là 51 tháng, thời gian theo dõi trung bình là 31,3 tháng. Thời gian sống thêm không bệnh thể hiện ở biểu đồ 3.1

*Sống thêm không bệnh 3 năm ước tính: 71,4%

**Biểu đồ 3.1: thời gian sống thêm không bệnh****Biểu đồ 3.2: thời gian sống thêm toàn thể**

Sống thêm toàn thể: Thời gian theo dõi ngắn nhất là 12 tháng, thời gian theo dõi dài nhất là 51 tháng, thời gian theo dõi trung bình là 31,3 tháng. Thời gian sống thêm toàn thể thể hiện ở biểu đồ 3.2

*Sống thêm toàn thể 3 năm ước tính: 85,1%

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu**

- Tuổi, giới: bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ (43/18 = 2,39). Tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm tuổi 41 – 60 là 54,1%, ở nhóm tuổi 61 – 80 là 34,4%. Chỉ 11,5% ở nhóm tuổi 21 – 40. Chúng tôi không gặp bệnh nhân nào dưới 20 tuổi và trên 80 tuổi. Mai Đình Diệu (2014) nghiên cứu ở 146 bệnh nhân UTTT cho thấy: nhóm tuổi ≤ 20 tuổi chiếm 2,1%, nhóm 21 – 40 tuổi chiếm 7,5%, nhóm tuổi 41 – 60 tuổi chiếm 41,8%, nhóm tuổi 61 – 80 chiếm 43,8% và nhóm tuổi > 80 tuổi chiếm 4,8% [5].

- Vị trí u: trong nghiên cứu của chúng tôi có 24,6% ung thư trực tràng dưới, 45,9% ung thư trực tràng giữa, 29,5% ung thư trực tràng trên. Marinello, Franco G và cộng sự (2015), nghiên cứu ở 1145 bệnh nhân ung thư đại trực tràng đã phẫu thuật thấy: 450 (39,3%) bệnh nhân ung thư ở đại tràng sigmoid, 70 (6,1%) ung thư ở trực tràng-đại tràng sigmoid, 178 (15,5%) ung

thư ở trực tràng trên, 186 (16,2%) ung thư ở trực tràng giữa và 261 (22,8%) ung thư ở trực tràng dưới [6].

- Giai đoạn TNM: trước phẫu thuật tỷ lệ các giai đoạn T là 0% cT1, 3,3% cT2, 68,8% cT3 và 27,9% cT4 (bảng 3.1). Sau phẫu thuật tỷ lệ các giai đoạn T là 3,3% pT1, 9,8% pT2, 65,6% pT3 và 21,3% pT4. Trước phẫu thuật tỷ lệ các giai đoạn N là 32,8% cN0, 45,9% cN1 và 21,3% cN2. Sau phẫu thuật tỷ lệ các giai đoạn N là 26,2% pN0, 59,0% pN1 và 14,9% pN2. Sở dĩ có sự khác biệt tỷ lệ các giai đoạn T và N trước và sau phẫu thuật là do chúng tôi đánh giá mức độ xâm lấn của u và số lượng hạch di căn hồ chậu dựa trên chụp cắt lớp vi tính

- Giai đoạn UICC: ở nghiên cứu của chúng tôi, trước phẫu thuật giai đoạn II chiếm 32,8%, giai đoạn III chiếm 67,2%. Sau phẫu thuật, giai đoạn II chiếm 29,5%, giai đoạn III chiếm 70,5%. Ở nhóm phẫu thuật nội soi trong nghiên cứu của H. Jaap Bonjer và cộng sự (2005), trước phẫu thuật giai đoạn I chiếm 29%, giai đoạn II chiếm 30%,

giai đoạn III chiếm 37%, mất số liệu 5%. Sau phẫu thuật, giai đoạn I chiếm 33%, giai đoạn II chiếm 26%, giai đoạn III chiếm 33%, mất số liệu 3%[7].

4.2. Kết quả thực hiện phẫu thuật:

Phương pháp phẫu thuật: nguyên tắc trong phẫu thuật UTTT là bảo tồn cơ thắt tối đa trong khi đảm bảo diện cắt, đầu xa, đầu gần về mặt ung thư học. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ phẫu thuật LAR chiếm 72,1%, phẫu thuật APR chiếm 27,9%.

- Kết quả ung thư học của phẫu thuật: 100% đầu xa và chu vi diện cắt âm tính, chỉ 3,3% đầu gần (+). Kết quả này cho thấy các bệnh nhân đều được phẫu thuật thành công với 96,7% phẫu thuật R0 và 3,3% phẫu thuật R1.

- Tai biến có thể gặp trong quá trình phẫu thuật là: chuyển mổ mở (9,6%), tổn thương tạng (3,2%), chảy máu trong mổ 1,6%. Tai biến, biến chứng hay gặp ở thời gian hậu phẫu là: nhiễm trùng vết mổ (8,2%), chảy máu phúc mạc 4,8%, bực rò miệng nối (3,2), bán tắc ruột 1,6%.

4.3. Kết quả thực hiện điều trị hóa chất, tia xạ bổ trợ

- Thời gian từ phẫu thuật đến điều trị hóa chất, tia xạ: theo khuyến cáo hướng dẫn thực hành lâm sàng của mạng lưới ung thư Mỹ (NCCN), thời gian từ phẫu thuật đến hóa chất khoảng 3 - 6 tuần. Khoảng nghỉ này ở nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 4 tuần. Chúng tôi thấy khoảng thời gian này là đủ để bệnh nhân hồi phục sau phẫu thuật. 80,3% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng toàn thân 0 điểm khi bắt đầu điều trị hóa chất.

- Kết quả mô bệnh học của bệnh nhân nghiên cứu: tuyệt đại đa số ung thư ở trực tràng là ung thư biểu mô tuyến, u thường sùi loét vào lòng trực tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% là biểu mô tuyến với 90,2% thể sùi. Tỷ lệ biệt hóa kém ở nghiên cứu của chúng tôi chiếm 11,8%, mô học biệt hóa kém tiên lượng xấu hơn biệt hóa vừa và cao.

- Tác dụng không mong muốn của hóa chất, tia xạ: một số tác dụng không mong muốn tương đối hay gặp như: đi lỏng (45,5% ở nhóm Fluouracil và 45,6% ở nhóm Capecitabine), giảm huyết sắc tố (44,5% ở nhóm Fluouracil và 24% ở nhóm Capecitabine), giảm bạch cầu (33,3% ở nhóm Fluouracil và 29,6% ở nhóm Capecitabine), phản ứng da - tay chân (44% ở nhóm Capecitabine), viêm da do xạ (22,3% ở nhóm Fluouracil và 20% ở nhóm Capecitabine). Tuy nhiên hầu hết là độ 1 - 2.

4.4. Thời gian sống thêm

- Sống thêm không bệnh: ở nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm không bệnh 3 năm ước tính là 71,4%. Kết quả này ở nghiên cứu của Ralf-Dieter Hofeinz và cộng sự (2012) là 67% với nhóm Fluorouracil và 75% với nhóm Capecitabine.

- Sống thêm toàn thể: ở nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm toàn thể 3 năm ước tính là 85,1%. Kết quả này ở nghiên cứu của Ralf-Dieter Hofeinz và cộng sự (2012) là 83% với nhóm Fluorouracil và 87% với nhóm Capecitabine.

V. KẾT LUẬN

- Số bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ (nam/nữ = 2,39), tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm tuổi 41 - 60 là 54,1%, ở nhóm tuổi 61 - 80 là 34,4%. Có 24,6% ung thư trực tràng dưới, 45,9% ung thư trực tràng giữa và 29,5% ung thư trực tràng giữa. Sau phẫu thuật, giai đoạn II chiếm 29,5%, giai đoạn III chiếm 70,5%.

- 72,1% bệnh nhân được phẫu thuật LAR, 27,9% bệnh nhân được phẫu thuật APR. 100% đầu xa (-), 100% chu vi diện cắt (-), 96,7% phẫu thuật R0. Có 3,3% chuyển mổ mở, 3,2% tổn thương tạng lân cận. Trong thời gian hậu phẫu nhiễm trùng vết mổ gặp ở 8,2%, chảy máu khoang phúc mạc gặp ở 4,8%, bực rò miệng nối gặp ở 3,2%.

- Một số tác dụng không mong muốn tương đối hay gặp như: đi lỏng (45,5% ở nhóm Fluouracil và 45,6% ở nhóm Capecitabine), giảm huyết sắc tố (44,5% ở nhóm Fluouracil và 24% ở nhóm Capecitabine), giảm bạch cầu (33,3% ở nhóm Fluouracil và 29,6% ở nhóm Capecitabine), phản ứng da - tay chân (44% ở nhóm Capecitabine), viêm da do xạ (22,3% ở nhóm Fluouracil và 20% ở nhóm Capecitabine). Tuy nhiên hầu hết là độ 1 - 2.

- Thời gian sống thêm không bệnh 3 năm ước tính là 71,4%. Thời gian sống thêm toàn thể 3 năm ước tính là 85,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lindsey A. Torre, Freddie Bray, Rebecca L. Siegel và cộng sự (2015). Global Cancer Statistics, 2012. *ca cancer j clin* 2015; 65, 87-108.
2. Nguyễn Bá Đức và Nguyễn Thị Hoài Nga (2007). Dịch tễ học bệnh ung thư. *Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư*, Nhà Xuất Bản Y học, Hà Nội, 9-19.
3. Nguyễn Văn Hiệu (2010). Ung thư đại trực tràng. *Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư*, Nhà Xuất Bản Y học, Hà Nội, 269-283.
4. Rebecca Siegel; Carol DeSantis; Ahmedin Jemal, Colorectal Cancer Statistics, 2014CA CANCER J CLIN 2014;64:104-117.
5. Mai Đình Diệu (2014). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng. Luận án tiến sĩ y học. Trường đại học Y dược Huế.
6. Marinello, Franco G., Frasson, Matteo,

Baguena et al. Selective Approach for Upper Rectal Cancer Treatment: Total Mesorectal Excision and Preoperative Chemoradiation Are Seldom Necessary. Diseases of the Colon & Rectum: June 2015 - Volume 58 - Issue 6 - p 556-565.

7. H. Jaap Bonjer, Charlotte L. Deijen, Gabor A. Abis et al. A Randomized Trial of Laparoscopic versus Open Surgery for Rectal Cancer. n engl j med 372;14 nejm.org april 2, 2015.

NGHIÊN CỨU XỬ TRÍ CHẢY MÁU SAU ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quảng Bắc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích kết quả xử trí của các trường hợp chảy máu sau đẻ tại BVPSTW trong 2 năm 2015-2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Nhóm điều trị nội được áp dụng cho 102 trường hợp với tỷ lệ thành công là 50%. Nhóm phương pháp phẫu thuật với 131 trường hợp, tỷ lệ thành công cao nhất với 99,2%, có 95 trường hợp phải cắt tử cung chiếm 44,2% các trường hợp CMSĐ. Nhóm thủ thuật có 37 trường hợp, tỷ lệ thành công là 91,9%. **Kết luận:** Xử trí chảy máu sau đẻ chủ yếu là phẫu thuật, tiếp theo là điều trị nội và cuối cùng là thủ thuật.

Từ khóa: Chảy máu sau đẻ

SUMMARY

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

Objective: To analyse management of post-partum heamorrhage at National hospital of Obstetrics and Gynecology from 2015 to 2016. **Methods:** this is a cross-sectional study. **Results:** Medical treatment was applied for 102 patients with successful rate of 50%. Surgical treatment was applied in 131 patients with successful rate of 99,2%, among those, hysterectomy was applied in 95 patients (44,2%). Procedure treatment was applied in 37 patients with the successful rate of 91,9%. **Conclusion:** Most successful management of post-partum heamorrhage is surgery method, followed by medical and procedure methods.

Keywords: Post-partum heamorrhage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu sau đẻ là một trong 5 tai biến sản khoa nặng nề, nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong cho mẹ [1]. Tại Hoa kỳ, tỷ lệ tử vong mẹ do chảy máu sau đẻ chiếm 10,5% trong số các trường hợp tử vong mẹ do các biến chứng sản khoa [2]. Theo Nguyễn Đức Vy, tỉ lệ CMSĐ chiếm 67,4% của 5 tai biến sản khoa và tỉ lệ tử vong

mẹ là 66,8% trong các trường hợp tử vong do 5 tai biến sản khoa từ năm 1996-2001 [3]. Có nhiều nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ như: rau bong non, rau cài răng lược dờ tử cung, sót rau, chấn thương đường sinh dục dưới, vỡ tử cung... Nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời sẽ dẫn đến tử vong mẹ hoặc để lại những di chứng nặng nề. Ngoài những biện pháp như: khâu mũi B-Lynch, thắt động mạch tử cung, cắt tử cung... Hiện nay có nhiều phương pháp mới được áp dụng trong điều trị chảy máu sau đẻ đạt kết quả tốt tại bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTW) như nút mạch, đặt bóng chèn trong buồng tử cung.... Do vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu xử trí chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Tiêu chuẩn lựa chọn:

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

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân chảy máu sau đẻ do các Bệnh viện khác chuyển đến.
- Bệnh nhân cắt tử cung kết hợp trong mổ lấy thai do các bệnh lý phụ khoa không có chảy máu trong mổ (ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng, u xơ tử cung...)
- Bệnh nhân có truyền máu vì các bệnh lý nội khoa mà không có tình trạng chảy máu sau đẻ: các bệnh về rối loạn đông máu (xuất huyết giảm tiểu cầu, Hemophilie, rối loạn sinh tủy, suy tủy...), viêm gan cấp...

*Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacbvpstw@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 9.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.5.2017

Ngày duyệt bài: 15.5.2017

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

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

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Bảng 1. Xử trí chảy máu sau đẻ

Phương pháp xử trí	Số lượng N	Thành công n	Thất bại	Tỷ lệ thành công (%)
Điều trị nội (KSTC, xoa bóp tử cung, thuốc co tử cung)	102	51(23,7%)	51	50
Thủ thuật	37	34(15,8%)	3	91,9
Phẫu thuật	131	130(60,5%)	1	99,2
Tổng số		215(100%)	0	100

Nhận xét: Trong 215 trường hợp CMSĐ xử trí bằng 3 nhóm chính:

-Nhóm điều trị nội (thuốc tăng co, kiểm soát tử cung) được áp dụng cho 102 trường hợp với tỷ lệ thành công là 50%.

-Nhóm phương pháp phẫu thuật với 131 trường hợp, tỷ lệ thành công cao nhất với 99,2%. Có 95 trường hợp phải cắt tử cung chiếm 44,2% các trường hợp CMSĐ.

-Nhóm thủ thuật: xử trí cho 37 trường hợp, thành công 34 trường hợp, tỷ lệ thành công là 91,9%.

Bảng 2. Các phương pháp xử trí CMSĐ bằng phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng	Thành công		Thất bại		Chuyển phương pháp xử trí khác
		n	%	n	%	
Khâu diện rau bám chảy máu	13	5	7,1	8	92,9	8 TH chuyển thắt ĐMTC
Khâu mũi B-Lynch	1	1	100	0	0	
Thắt ĐMTC	26	21	79,4	6	20,6	1TH nút mạch 1TH đặt bóng 3TH cắt TCBP
Cắt TCBP	71	71	100	0	0	
Cắt TCHT	20	20	100	0	0	
Cắt TCHT+Thắt ĐMHV	1	1	0	0	0	
Khâu lại móm cắt chảy máu	2	2	0	0	100	
Cắt nội MC chảy máu +Thắt ĐMHV	1	1	0	0	100	
Khâu bảo tồn TC+Thắt ĐMTC	2	1	50	1	50	1 TH Nút mạch
Lấy máu tụ thành bụng	1	1	100	0	0	
Khâu đốt cầm máu diện gỗ dính	1	1	100	0	0	
Mở bụng kiểm tra+ khâu cầm máu khối máu tụ vỡ	2	2	100	0	0	
Nút mạch	3	3	100	0	0	
Tổng số phẫu thuật	144	130	90,3	14	9,7	
Tổng số bệnh nhân	131	130	99,2	1	0,8	

Nhận xét: Có 131 trường hợp áp dụng các biện pháp phẫu thuật (chiếm 61,9% các trường hợp CMSĐ) trong đó có 130 trường hợp thành công chiếm tỷ lệ 99,2%; 1 trường hợp thất bại chuyển sang đặt bóng buồng tử cung trong trường hợp xử trí CMSĐ do đỡ tử cung.

Bảng 3. Các phương pháp xử trí CMSĐ bằng thủ thuật

Phương pháp thủ thuật	Số lượng	Thành công		Thất bại		Chuyển phương pháp xử trí khác
		n	%	n	%	
Bóc rau	4	4	100	0	0	
Nạo BTC bằng dụng cụ	2	2	100	0	0	
Hút BTC	2	1	50	1	50	1 TH nút mạch
Khâu vết rách TSM- ẢĐ-CTC	15	9	60	6	40	4 TH đặt bóng CTC 2 TH Kẹp CTC kéo liên tục

Kẹp CTC kéo liên tục	2	2	100	0	0	
Lấy máu tụ АД + khâu cầm máu	8	6	75	2	25	2 TH mở bụng kiểm tra khâu cầm máu khối máu tụ vỡ
Đặt bóng BTC/CTC	10	10	100	0	0	
Tổng số		34	91,9	3	8,1	

Nhận xét: Có 7 phương pháp thủ thuật khác nhau được áp dụng trong xử trí CMSĐ cho 37 trường hợp, thành công 34 trường hợp với tỷ lệ 91,9%, 3 trường hợp thất bại phải chuyển sang phương pháp phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Trong điều trị CMSĐ, người thầy thuốc không chỉ sử dụng 1 phương pháp mà còn phải phối hợp nhiều phương pháp khác nhau để cứu sống tính mạng, bảo tồn chức năng sinh sản và sức khỏe, hạn chế tối đa di chứng cho người bệnh. Trong nghiên cứu này định nghĩa thành công chung cho quá trình điều trị là cầm được máu và không tử vong. Định nghĩa thành công cho từng biện pháp là khi áp dụng biện pháp đó cầm được máu và không phải chuyển sang biện pháp xử trí khác.

Theo nghiên cứu Phạm Thị Xuân Minh (2004) [4], điều trị nội khoa chiếm 37,46%, điều trị theo phương pháp thủ thuật 19,03%, phẫu thuật 43,49%, bảo tồn tử cung 10,56%, cắt tử cung 33,93%. Theo Phạm Thị Hải (2007) [5], điều trị nội khoa chiếm 40,8%, điều trị theo phương pháp thủ thuật 18,7%, phẫu thuật 40,59%, bảo tồn tử cung 12%, cắt tử cung 28,5%. Nghiên cứu của chúng tôi, điều trị nội khoa chiếm 23,3%, điều trị theo phương pháp thủ thuật 15,8%, phẫu thuật 60,9%, bảo tồn tử cung 104,9%, cắt tử cung 46,0%. Điều trị nội khoa ban đầu gồm: kiểm soát tử cung, ép tử cung bằng 2 tay, xoa đáy tử cung, sử dụng thuốc co hồi tử cung (oxytocin, duratocin, carboprost, misoprostol, ergometrin...). Việc sử dụng misoprostol đặt trực tràng, ngâm dưới lưỡi mang lại hiệu quả rất cao trong điều trị và dự phòng đờ tử cung. O'Brien P đã sử dụng Misoprostol liều 1000 mcg đặt trực tràng để điều trị các trường hợp CMSĐ không đáp ứng với oxytocin và ergometrin [7]. Hiện nay Carbetocin (Duratocin) được sử dụng rộng rãi trong phòng và điều trị băng huyết sau đẻ ở những trường hợp có nguy cơ đờ tử cung. Có 3 trường hợp được thắt động mạch tử cung nhưng chỉ có 1 trường hợp thành công, 2 trường hợp thất bại phải chuyển sang nút mạch và đặt bóng buồng tử cung. Nhiều nghiên cứu đã khẳng định hiệu quả của phương pháp thắt động mạch tử cung trong điều trị CMSĐ do đờ tử cung. Tuy nhiên nghiên cứu này tỷ lệ thành công của thắt động mạch tử cung trong điều trị đờ tử cung là thấp với 33,3%. Có 6 trường hợp đặt bóng buồng tử cung, trong đó cả

6 trường hợp này đều thành công. Phương pháp này tỏ ra khá hiệu quả trong điều trị chảy máu do đờ tử cung do bóng được bơm nước áp chặt vào buồng tử cung giúp hình thành cục máu đông, đây cũng là một trong những cơ chế cầm máu sau đẻ. Có 1 trường hợp khâu mũi B-lynch để cầm máu và thành công. Nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp con so được nút mạch sau thất bại điều trị nội khoa và thắt động mạch tử cung, đã thành công. Phương pháp nút mạch có nhiều ưu điểm. Đó là: xác định vị trí động mạch đang chảy máu dễ dàng hơn so với phương pháp phẫu thuật, tránh được can thiệp ngoại khoa ở vị trí còn đang rỉ máu như tụ máu trong dây chằng rộng, có hiệu quả cao trong điều trị rối loạn đông máu, bảo tồn được tử cung và chức năng sinh sản. Tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn tử cung như khâu mũi B-lynch, khâu cầm máu, nút mạch trong nghiên cứu này cao hơn hai tác giả trên, điều này cũng nói lên sự tiến bộ của phẫu thuật và thái độ xử trí tích cực cố gắng bảo tồn tử cung cho sản phụ chưa đủ con nhưng vẫn phải bảo toàn tính mạng cho sản phụ.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ điều trị nội khoa thành công trong các trường hợp CMSĐ của chúng tôi thấp hơn, ngược lại, tỷ lệ phẫu thuật và tỷ lệ cắt tử cung của chúng tôi cao hơn khá nhiều các nghiên cứu khác. Có thể giải thích do đối tượng mà chúng tôi đề cập trong nghiên cứu này là các trường hợp CMSĐ có truyền máu, tỷ lệ rau tiền đạo và rau cài răng lược là những trường hợp nặng có nguy cơ cắt tử cung ngày càng tăng lên. Trong khi 2 tác giả trên nghiên cứu tất cả các trường hợp CMSĐ có truyền máu và không có truyền máu. Trong nghiên cứu này có 67 trường hợp CMSĐ do rau cài răng lược trong đó chỉ có 3 trường hợp là con rạ không có sẹo mổ đẻ cũ. Thái độ xử trí CMSĐ do rau cài răng lược ở Việt Nam đều giống nhau, đó là cắt tử cung tuyệt đối. Có 44 trường hợp CMSĐ do rau tiền đạo đều mổ lấy thai, trong đó 26 trường hợp mổ cấp cứu do ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ 59,1%. Tất cả các trường hợp CMSĐ do rau tiền đạo đều được xử trí ban đầu bằng

phương pháp nội khoa, nếu thất bại sẽ chuyển phương pháp xử trí khác.

Nguyên tắc xử trí CMSĐ là phải tiến hành song song giữa xử trí nguyên nhân và hồi sức tích cực cho sản phụ bằng truyền dịch, truyền máu, các yếu tố đông máu, đảm bảo các chức năng sống quan trọng... Xác định đúng nguyên nhân gây CMSĐ là rất quan trọng để đưa ra biện pháp xử trí phù hợp, hiệu quả.

Với đa số trường hợp CMSĐ, điều trị nội khoa được thực hiện trước tiên, nếu không cầm được máu mới chuyển sang xử trí bằng thủ thuật, phẫu thuật. Trường hợp CMSĐ khi rau chưa bong, trước tiên phải thực hiện thủ thuật bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung. Thủ thuật này vừa là biện pháp xử trí, vừa là biện pháp chẩn đoán nguyên nhân CMSĐ như: rau bám chặt, rau cài răng lược, rau bị cầm tù, vỡ tử cung.

Với trường hợp CMSĐ sau sổ rau, ban đầu phải kiểm tra bánh rau, kiểm soát tử cung và dùng thuốc tăng co. Phương pháp này giúp giải quyết nguyên nhân như sót rau cũng như chẩn đoán nguyên nhân chảy máu như vỡ tử cung, sót rau, vỡ tử cung. Tiếp đó cần kiểm tra TSM-ÂĐ- CTC để loại trừ nguyên nhân do rách đường sinh dục dưới, từ đó có biện pháp xử trí đúng,

tránh bỏ sót tổn thương. Tùy từng nguyên nhân cụ thể có các phương pháp xử trí khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Xử trí chảy máu sau đẻ chủ yếu là phẫu thuật, tiếp theo là điều trị nội và cuối cùng là thủ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **AbouZahr C, Wardlaw T (2004)**, Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA, Geneva: World Health Organization.
2. **Abdrabbo SA (1994)**, Stepwise uterine devascularization: A novel technique for management of uncontrollable postpartum hemorrhage with preservation of the uterus. *Am J Obstet Gynecol*, 171, 694-70.
3. **Nguyễn Đức Vy (2002)**, Tình hình chảy máu sau đẻ tại Viện BVMTSS trong 6 năm (1996 - 2001). *Tạp chí thông tin Y dược*, 36-39.
4. **Phạm Thị Xuân Minh (2004)**, "Tình hình chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1999-2004". Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, trường ĐHYHN.
5. **Phạm Thị Hải (2004-2007)**, "Nghiên cứu chảy máu sau đẻ tại bệnh viện phụ sản trung ương". Luận văn thạc sĩ y học, trường ĐHYHN.
6. **Pernoll ML (1991)**, Current obstetric & gynecologic: Diagnosis & treatment 7th edition, Appleton & Lange, California, 27, 568-576.
7. **O'Brien P, Gorden AM (1998)**, Rectally administered misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage unresponsive to oxytocin and ergometrin, *Obstet Gynecol* 92, pp 212-214.

ĐÁNH GIÁ ĐỘ ĐÀN HỒI GAN BẰNG KỸ THUẬT TẠO HÌNH SIÊU ÂM ĐÀN HỒI MÔ SÓNG BIẾN DẠNG Ở NGƯỜI KIỂM TRA SỨC KHOẺ TỔNG QUÁT

Huỳnh Kim Phụng*

TÓM TẮT

Mở đầu: Siêu âm vẫn được xem là một trong những phương tiện không xâm lấn hỗ trợ trong chẩn đoán những bệnh lý gan mạn như viêm gan siêu vi mạn, gan nhiễm mỡ. Độ đàn hồi gan đánh giá bằng kỹ thuật tạo hình đàn hồi mô sóng biến dạng (Shear wave elastography) là một kỹ thuật mới tiên tiến trong siêu âm chẩn đoán, được xem như công cụ chẩn đoán có ý nghĩa đối với bệnh lý gan mạn tính. **Mục tiêu:** Đánh giá độ đàn hồi gan bằng kỹ thuật tạo hình đàn hồi mô sóng biến dạng (shearwave elastography) ở nhóm nhiễm siêu vi viêm gan, nhóm gan nhiễm mỡ và nhiễm siêu vi viêm gan. **Phương pháp nghiên cứu (NC):** NC mô tả cắt ngang, thời gian từ 01/01/2016 đến 29/04/2017. Đối tượng NC là 376 người kiểm tra sức khỏe tổng quát (KTSKTQ) tại Khoa Chăm sóc Sức

khỏe theo yêu cầu (CSSKTYC) được chia làm 3 nhóm: nhóm nhiễm siêu vi viêm gan B hoặc C, nhóm gan nhiễm mỡ và nhóm khỏe mạnh gan bình thường. Đối tượng NC được tiến hành đo độ đàn hồi gan bằng kỹ thuật tạo hình đàn hồi mô sóng biến dạng trên máy Logiq E9 hãng GE bằng đầu dò convex tần số 4.5 MHz. **Kết quả:** Trên 376 người KTSKTQ ghi nhận như sau: 56 TH nhiễm siêu vi viêm gan (14,90%), 42 TH gan nhiễm mỡ (11,17%) và 278 TH gan bình thường (73,93%). Độ tuổi TB của dân số NC là 39 tuổi, 192 TH nam và 184 TH nữ. Giá trị trung bình độ đàn hồi gan ở người nhiễm siêu vi viêm gan B hoặc C là $5,92 \pm 1,66$ Kpa, gan nhiễm mỡ là $4,95 \pm 0,70$ Kpa và gan bình thường là $4,21 \pm 0,55$ Kpa. Giá trị độ đàn hồi gan ở nhóm nhiễm siêu vi viêm gan và nhóm gan nhiễm mỡ tăng cao đáng kể ($p < 0,001$) so với nhóm có gan bình thường. Không có sự khác biệt về độ đàn hồi gan giữa nam và nữ ($p > 0,05$), giữa 2 vị trí đo phân thùy trước và phân thùy sau ($p > 0,05$) và cũng không có mối tương quan giữa độ đàn hồi và tuổi ($p > 0,05$). **Kết luận:** Siêu âm tạo hình đàn hồi mô sóng biến dạng có giá trị trong việc đánh giá bệnh lý gan mạn tính. Độ đàn hồi gan trên những TH gan nhiễm mỡ hay nhiễm siêu vi viêm gan B, C tăng cao có ý nghĩa so với TH gan bình thường.

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Phụng

Email: drphuongkimhuynh@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Từ khóa: gan nhiễm mỡ, viêm gan, độ đàn hồi mô sóng biến dạng (Shear wave elastography).

SUMMARY

QUANTITATIVE ACCESSING LIVER ELASTICITY BY SHEAR WAVE ELASTOGRAPHY OF HEALTH CHECK EXAMINEES

Background: Ultrasound is noninvasive method for diagnosis chronic liver diseases including chronic hepatitis, steatosis. Liver elasticity accessed by Shear wave elastography advanced technique for diagnostic ultrasound, that has significant value for chronic liver diseases. **Objective:** Accessing liver elasticity by Shear wave elastography of 3 groups: hepatitis virus B or C infection, steatosis, non-pathologic liver. **Methods:** Cross-sectional prospective research, from Jan.1st to April 29th 2017. 376 health check examinees were grouped: hepatitis B or C infection group, hepatosteatosis group, non-pathologic liver group. The subjects were examined by shear wave elastography ultrasound for accessing liver elasticity, model Logiq E9 – General Electricity- convex probe 4.5 MHz. **Results:** 379 health check examinees including: 56 cases of hepatitis virus B/C infection (14.90%), 42 cases of steatosis (11.17%), and 278 cases of non-pathologic liver (73.93%). Mean age is 39, 192 males, 184 females. The mean value of liver elasticity for hepatitis virus B/C infection 5.92 ± 1.66 Kpa, for steatosis 4.95 ± 0.70 Kpa, for non-pathologic liver 4.21 ± 0.55 Kpa. Significant discrimination of liver elasticity between group hepatitis virus B/C infection, group steatosis and group non-pathologic liver ($p < 0.001$). No discrimination liver elasticity between male and female ($p > 0.05$), between anterior lobe and posterior lobe ($p > 0.05$); and no correlation liver elasticity and age ($p > 0.05$). **Conclusion:** Shear wave elastography is valuable for chronic liver diseases. Liver elasticity of steatosis or hepatitis virus infection are significantly higher than non-pathologic liver.

Keywords: steatosis, hepatitis, shear wave elastography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý gan mạn tính xảy ra ngày càng nhiều. Nguyên nhân thường gặp là do nhiễm mạn tính virus viêm gan siêu vi B hay C, do tình trạng lạm dụng rượu mạn tính hay do các bệnh lý khác như đái tháo đường, béo phì, rối loạn lipid máu gây ra bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu... Do đó, cần phải có phương tiện chẩn đoán đơn giản để có thể theo dõi và đánh giá bệnh lý gan mạn tính, ít tốn kém.

Ngày nay, siêu âm đàn hồi mô được xem là một bước tiến mới trong chẩn đoán và được chia thành 2 nhóm chính (theo European Federation of society for ultrasound): tạo hình đàn hồi mô (Strain Elastography) và tạo hình đàn hồi mô sóng biến dạng (Shear wave Elastography). Kỹ thuật siêu âm đàn hồi mô đánh giá độ cứng của mô khảo sát thông qua sự khác nhau về độ biến dạng của mô đó với vùng mô xung quanh khi

chúng cùng chịu tác động bởi một lực cơ học bởi bs thực hiện siêu âm. Độ biến dạng mô sẽ được biểu hiện bằng bản đồ màu với từng mức độ cứng của mô sẽ tương ứng với một màu được mã hóa tùy thuộc vào nhà sản xuất (đỏ là cứng, xanh là mềm, hoặc ngược lại)^[2]. Mặc dù kỹ thuật này chưa được sử dụng thường quy trên lâm sàng, nhưng đã có nhiều báo cáo cho thấy nó thực sự rất hữu ích cho việc chẩn đoán ung thư vú^{[3][4][5]}, ung thư tuyến giáp^[6], ung thư tuyến tiền liệt^[7] và cả ung thư hạch. Tuy nhiên, điểm hạn chế của kỹ thuật này là phụ thuộc nhiều vào người làm, không lặp lại nhiều lần được và khó làm đối với tạng nằm sâu trong ổ bụng như gan. Siêu âm đàn hồi mô sóng biến dạng gần đây rất phát triển, nó xác định độ đàn hồi mô có tính chính xác cao.

Đo độ đàn hồi gan bằng tạo hình đàn hồi sóng biến dạng đã phát triển đáng kể trong những năm qua. Nhiều phương pháp như đàn hồi thoáng qua (transient elastography) hay còn gọi là fibroscan, tạo hình đàn hồi bằng xung lực bức xạ âm (Acoustic radiation force impulse = ARFI) và tạo hình đàn hồi sóng biến dạng (shearwave) được dùng để đánh giá bệnh lý gan. Hiện nay, đã có khá nhiều nghiên cứu đánh giá độ cứng hay độ xơ hóa gan bằng fibroscan, ARFI đã được tiến hành^[1] và cho thấy được giá trị của nó trong việc chẩn đoán bệnh lý gan mạn tính. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá giá trị đo độ đàn hồi gan bằng kỹ thuật tạo hình đàn hồi sóng biến dạng ngang trên máy Logiq E9 của hãng GE trong khảo sát bệnh lý gan mạn tính. **Mục tiêu nghiên cứu:**

- *Xác định độ đàn hồi gan ở các nhóm người có nhiễm siêu vi viêm gan siêu vi B, C; gan nhiễm mỡ và gan bình thường*

- *Khảo sát mối tương quan giữa độ đàn hồi gan với các yếu tố như: tuổi, giới tính, vị trí đo.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ 01/01/2017 đến 29/4/2017.

2.2. Cỡ mẫu: chọn cỡ mẫu thuận tiện

2.3. Dân số nghiên cứu: Người đến KTSK từ 15 tuổi trở lên tại Khoa Chăm sóc Sức khỏe Theo yêu cầu – BV Chợ Rẫy

2.4. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Người sau khi thực hiện bộ kiểm tra sức khỏe tổng quát chia thành nhóm:

- Nhóm 1: Nhiễm siêu vi viêm gan B, C
- Nhóm 2: Gan nhiễm mỡ được chẩn đoán trên siêu âm bụng

- Nhóm 3: Người khỏe mạnh có siêu âm gan bình thường, kết quả men gan trong giới hạn bình thường và marker viêm gan B hoặc C âm tính.

Tiêu chuẩn loại trừ:

-Người tham gia nghiên cứu không hợp tác được trong quá trình đo độ đàn hồi.

-Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. Siêu âm tạo hình đàn hồi sóng biến dạng trên hệ thống máy của GE (Logiq E9, S8):

Khi một vật chịu tác động bởi lực lên một đơn vị diện tích nhất định, khi đó, vật phản ứng lại bằng cách biến dạng tùy theo lực tác động. Khi mô biến dạng sẽ sinh ra sóng biến dạng là sóng ngang. Độ biến dạng sẽ tỉ lệ thuận với lực tác động. Hệ số tỉ lệ này được gọi là mô đun đàn hồi (E) (Young's modulus). Mô đun đàn hồi được xem như thước đo độ cứng của một vật. Tốc độ của sóng biến dạng (c_s) liên quan với mô đun đàn hồi E qua phương trình: $E=3\rho c_s^2$, trong đó ρ mật độ. Do đó, bằng cách ước tính tốc độ sóng biến dạng, ta tính được độ cứng của mô bên dưới. Vận tốc sóng biến dạng có thể thay thế cho mô đun đàn hồi để đại diện cho độ cứng.

2.6. Thu thập và phân tích số liệu

Các biến số: - Giới tính, tuổi

-SA bụng: đánh giá gan bình thường, gan nhiễm mỡ, viêm gan. Máy SA Doppler màu của hãng GE model Logiq E9.

-Xét nghiệm máu: men gan (AST, ALT, GGT), miễn dịch: HbsAg, anti HCV

-Độ đàn hồi gan (Kpa)

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: các số liệu thu thập sẽ được phân tích bằng phần mềm STATA 13.0. $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

3.8. Vấn đề y đức: Quy trình thực hiện kiểm tra sức khỏe tổng quát đều có tư vấn cần kể cho người kiểm tra sức khỏe các yêu cầu cần thực hiện, trong đó bao gồm siêu âm bụng, xét

NGHIỆM men gan AST, ALT, GGT và xét nghiệm tầm soát viêm gan siêu vi B, C. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, được đo độ đàn hồi gan trên máy Logiq E9 mà không phải trả chi phí đồng thời việc đo độ đàn hồi không có ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân. Thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 376 người tự nguyện tham gia nghiên cứu và được chia thành 3 nhóm: nhóm có viêm gan, nhóm có gan nhiễm mỡ và nhóm không có bất kỳ bệnh lý về gan hay gan bình thường. Trong 376 người, tuổi trung bình là $39,56 \pm 11,75$, dao động từ 18 đến 77 tuổi, 192 TH nam và 184 TH nữ chiếm tỷ lệ lần lượt là 51,06% và 48,94%.

3.2. Độ đàn hồi ở người nhiễm siêu vi viêm gan B hoặc C, gan nhiễm mỡ và gan bình thường: Giá trị trung bình độ đàn hồi gan ở người bị nhiễm siêu vi viêm gan B hoặc C là $5,92 \pm 1,66$ Kpa, dao động từ 3.56 đến 14.96Kpa; gan nhiễm mỡ là $4,95 \pm 0,70$ Kpa (3.25-6.67Kpa) và gan bình thường là $4,21 \pm 0,55$ Kpa (2.97-6.16 Kpa).

Theo vị trí đo, tương ứng với phân thủy trước và sau có giá trị độ đàn hồi gan lần lượt ở TH bị nhiễm siêu vi viêm gan B hoặc C là $5,88 \pm 1,59$ Kpa, dao động từ 3,57 - 13,94Kpa và $5,96 \pm 1,79$ Kpa, dao động từ 3,54 - 15,99Kpa; Gan nhiễm mỡ là $4,89 \pm 0,81$ Kpa (3,15 - 6,69Kpa) và $5,02 \pm 0,70$ Kpa (3,23-6,65Kpa); Nhóm gan bình thường là $4,14 \pm 0,57$ Kpa (2,90 - 6,26Kpa) và $4,28 \pm 0,64$ Kpa (2,76- 6,55Kpa).

3.3. So sánh sự khác nhau về độ đàn hồi giữa 3 nhóm bệnh nhân:

Bảng 1 Giá trị trung bình của độ đàn hồi gan trong các nhóm nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu	Số TH	Độ đàn hồi trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị p
Nhiễm SV VG B/C	56	5,92	1,67	<0.0001
Gan nhiễm mỡ	42	4,95	0,71	
Gan bình thường	278	4,21	0,55	

Kết quả cho thấy độ đàn hồi trên bệnh nhân có gan nhiễm mỡ và nhiễm siêu vi viêm gan cao hơn so với gan bình thường đặc biệt là nhóm nhiễm siêu vi viêm gan có độ đàn hồi cao nhất trong 3 nhóm. Ta dùng phép kiểm ANOVA cho thấy $p < 0,0001$ có nghĩa là có ít nhất một nhóm có độ đàn hồi khác một nhóm còn lại. Để tìm cặp khác nhau này thì ta sử dụng phép kiểm T-student cho từng cặp.

Bảng 2 Giá trị trung bình của độ đàn hồi gan khi so sánh từng nhóm nghiên cứu (Phép kiểm Scheffe)

Nhóm A	Nhóm B	Trung bình hiệu A-B	p
Nhiễm SV VG B/C	Gan bình thường	1,71	0.000
	Gan nhiễm mỡ	0,97	0.000
Gan nhiễm mỡ	Gan bình thường	0,74	0.000
	Viêm gan siêu vi B/C	-0,97	0.000

Gan bình thường	Gan nhiễm mỡ	-0,74	0.000
	Viêm gan siêu vi B/C	-1,71	0.000

Với giá trị $p < 0.001$ thì độ đàn hồi của gan ở nhóm gan bình thường thấp hơn so với nhóm gan nhiễm mỡ và nhiễm siêu vi viêm gan, nhóm gan nhiễm mỡ thấp hơn so với nhiễm siêu vi viêm gan.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: Trong 376 TH tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 39 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 77 tuổi. Kết quả tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Sporea và cộng sự ghi nhận tuổi trung bình là 50 tuổi và khá tương đồng với NC của Kemal Arda và cộng sự ghi nhận tuổi trung bình là 37 tuổi. Về đặc điểm giới tính, nữ chiếm đa số hơn nam (55.40% so với 44.60%), kết quả này cũng tương đồng NC của Kemal Arda nhưng cũng khác so với nghiên cứu của Sporeanam giới chiếm đa số.

4.2. Độ đàn hồi ở nhóm nhiễm siêu vi viêm gan B, C; nhóm gan nhiễm mỡ và nhóm gan bình thường: Giá trị trung bình độ đàn hồi gan ở nhóm nhiễm siêu vi viêm gan là $5,92 \pm 1,66$ Kpa, dao động từ 3.56 đến 14.96 Kpa; nhóm gan nhiễm mỡ là $4,95 \pm 0,70$ Kpa ($3.25-6.67$ Kpa) và nhóm gan bình thường là 4.21 ± 0.55 Kpa ($2.97-6.16$ Kpa). Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên hệ thống máy Logiq của hãng GE, việc tính độ đàn hồi gan đã được hãng máy cài đặt với đại lượng xuất Young (Kpa). Hầu hết các nghiên cứu khác trên thế giới chủ yếu thể hiện độ đàn hồi gan thông qua vận tốc sóng biến dạng. Theo nghiên cứu của Kim và Cs năm 2010^[1], vận tốc sóng biến dạng ở nhóm nhiễm siêu vi viêm gan là $1,66 \pm 0,60$ m/s, nhóm gan nhiễm mỡ là $1,02 \pm 0,16$ m/s và nhóm gan bình thường là $1,08 \pm 0,15$ m/s. Nghiên cứu của Sporea và cộng sự có vận tốc của sóng biến dạng trên những bệnh nhân viêm gan mạn dao động từ 0,9-3,59 m/s. Ngoài ra, một số nghiên cứu khác còn tính ra độ đàn hồi gan theo từng mức độ xơ hóa gan ở những người viêm gan siêu vi B/C. Trong nghiên cứu của Goertz và cộng sự giá trị vận tốc sóng biến dạng trên 57 bệnh nhân viêm gan siêu vi B/C theo từng mức độ xơ hóa từ 0.83 m/s đến 4.19 m/s; nghiên cứu của hãng máy GE tương ứng với F0->F4 thì ngưỡng cut-off độ đàn hồi gan lần lượt là: 5,48 Kpa, 8,29 Kpa, 9,40 Kpa và 11,9 Kpa. Đối với bệnh gan nhiễm mỡ, theo nghiên cứu của Osakiv vận tốc trung bình sóng biến dạng là 1.34 ± 0.26 m/s, cao hơn so với nghiên cứu của Kim và cộng sự^[1].

4.3. So sánh sự khác nhau về độ đàn hồi giữa 3 nhóm bệnh nhân:

Khi so sánh giá trị trung bình độ đàn hồi gan giữa 3 nhóm gan bình thường, gan nhiễm mỡ và viêm gan chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kim và cộng sự, độ đàn hồi gan ở 3 nhóm khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ ^[1]. Gan nhiễm mỡ và viêm gan có độ đàn hồi cao hơn so với gan bình thường ($p < 0,001$) chứng tỏ quá trình nhiễm mỡ và viêm gan sẽ làm tăng độ cứng hay độ xơ hóa của nhu mô gan. Do đó, ta có thể dùng kỹ thuật này để đánh giá độ xơ hóa gan.

Ngoài đánh giá độ xơ hóa gan hay độ đàn hồi gan, các phương pháp đo độ đàn hồi gan sóng biến dạng còn cho thấy mối tương quan có ý nghĩa giữa vận tốc sóng biến dạng hay mô đun biến dạng với từng giai đoạn xơ hóa gan và có thể phân loại chính xác giai đoạn xơ hóa gan mà không cần phải sinh thiết gan. Theo nghiên cứu của Takahashi và Sporea với kỹ thuật ARFI nghiên cứu của hãng máy GE cho thấy ngưỡng cut-off của vận tốc sóng biến dạng cho chẩn đoán sự xơ hóa gan lần lượt là 1,8 m/s và 1,77 m/s.

4.4. Mối tương quan giữa độ đàn hồi gan với tuổi, giới tính và vị trí đo độ đàn hồi:

Tuổi: Để khảo sát tìm mối liên quan giữa độ đàn hồi gan và tuổi, ta dùng hệ số tương quan Pearson và tính được hệ số $p = 0,09$ ($> 0,05$) nghĩa là không có sự tương quan giữa độ đàn hồi gan và tuổi hay nói cách khác độ đàn hồi của gan bình thường sẽ không thay đổi theo tuổi. Điều này cũng được chứng minh tương tự trong NC của Kemal Ardakhi tiến hành đo độ đàn hồi trên 127 TH thực hiện tại Thổ Nhĩ Kỳ.

Giới tính: Khi khảo sát độ đàn hồi gan giữa 2 nhóm nam và nữ, ta thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với $p = 0,11$ ($> 0,05$) bằng phép kiểm T-test. Với kết quả này, độ đàn hồi gan cũng không bị ảnh hưởng bởi yếu tố giới tính. Kết quả này phù hợp với NC của Kemal Arda và Cs

Vị trí đo: Trong NC của chúng tôi và NC của Kemal Arda, giá trị trung bình của độ đàn hồi gan tại 2 vị trí khá tương đồng và không có sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê với chỉ số $p = 0,09$ theo phép kiểm T-test. Do đó, việc đo độ đàn hồi gan có thể thực hiện tại phân thùy gan trước hoặc sau tùy theo vị trí nào thuận lợi để đo trên từng trường hợp cụ thể.

V. KẾT LUẬN

Từ 01/01/2017 đến 29/04/2017, tiến hành nghiên cứu đánh giá độ đàn hồi gan bằng kỹ thuật tạo hình đàn hồi mô sống biến dạng (Shear wave elastography) trên 376 TH KTSK tổng quát tại Khoa Chăm sóc Sức khỏe theo yêu cầu- BV Chợ Rẫy ghi nhận độ đàn hồi gan ở nhóm người nhiễm siêu vi viêm gan B hoặc C 5,92Kpa, nhóm gan nhiễm mỡ 4,95Kpa và nhóm gan bình thường 4,21Kpa. Độ đàn hồi gan sẽ tăng khi có bệnh lý nhiễm mỡ gan hay nhiễm siêu vi viêm gan nhưng không thay đổi theo tuổi, giới tính và cũng không phụ thuộc vào vị trí đo. Điều này cho thấy giá trị phương pháp siêu âm tạo hình đàn hồi sóng biến dạng có thể dùng để đánh giá độ cứng hay sự xơ hóa của nhu mô gan. Tuy nhiên, NC của chúng tôi không có kết quả phân giai đoạn xơ hóa trên những bệnh nhân nhiễm siêu vi viêm gan B hoặc C hay gan nhiễm mỡ để có thể so sánh trên từng giai đoạn xơ hóa, từ đó chúng tôi mới có thể xác định giá trị chẩn đoán giai đoạn xơ hóa gan của kỹ thuật mới này trên những bệnh nhân có bệnh gan mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim JE, Lee JY, Kim YJ, Yoon JH, Kim SH, Lee JM, Han JK, Choi BI. (2010). "Acoustic radiation force impulse elastography for chronic liver disease: comparison with ultrasound-based scores of experienced radiologists, Child-Pugh scores and liver function tests". *Ultrasound Med Biol*. 36:1637-43.
2. Frey H. (2003) "Real-time elastography. A new ultrasound procedure for the reconstruction of tissue elasticity". *Radiologe*; 43:850-855.
3. Athanasiou A, Tardivon A, Tanter M, et al. (2010). "Breast lesions: quantitative elastography with supersonic shear imaging-preliminary results". *Radiology*; 256:297-303.
4. Garra BS, Cespedes EI, Ophir J, et al. "Elastography of breast lesions: initial clinical results". *Radiology*; 202:79-86.
5. Hiltawsky KM, Krüger M, Starke C, et al. (2001) "Freehand ultrasound elastography of breast lesions: clinical results". *Ultrasound Med Biol*; 27:1461-1469.
6. Lyshchik A, Higashi T, Asato R, et al. (2005) "Thyroid gland tumor diagnosis at US elastography". *Radiology*; 237:202-211.
7. Cochlin DL, Ganatra RH, Griffiths DF. (2002) "Elastography in the detection of prostatic cancer". *Clin Radiol*; 57:1014-1020.

TÌNH HÌNH NHẤN ÁP VÀ GÓC TIỀN PHÒNG CỦA NGƯỜI DÂN ĐÀ NẴNG

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT

Ngày nay với xu hướng phát triển xã hội nhanh chóng khiến cho mô hình bệnh tật nước ta thay đổi. Trong các bệnh lý nhãn khoa ngoài sự gia tăng đáng kể về tật khúc xạ trong những năm gần đây còn có bệnh glôcôm. Mặc dù glôcôm có thay đổi hình thái nhưng triệu chứng kinh điển nhất đáng quan tâm vẫn là nhãn áp và góc tiền phòng. Vậy đánh giá giá trị nhãn áp và góc tiền phòng cho người dân là việc đáng làm để xây dựng chương trình tầm soát glôcôm. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu; "*Đánh giá tình hình nhãn áp và góc tiền phòng của người dân Đà Nẵng*". **Mục tiêu:** Tìm hiểu mức nhãn áp và tình trạng góc tiền phòng của người dân. Định ra biện pháp phòng ngừa bệnh glôcôm. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, cắt ngang. **Kết quả:** Nhãn áp bình thường chiếm đa số (91,87%), có đến 4,54% nghi ngờ, nghĩa là phải soi lại góc và được xếp vào nhóm nguy cơ bị glôcôm. Góc đóng 143 ca (5,07%), góc mở 2262 ca (80,27%), nghi ngờ góc đóng 407 ca (14,44%). Có 6 ca không đo được (0,21%) do có sẹo

giác mạc và mộng thịt. **Kết luận:** Tỷ lệ có nhãn áp bình thường là 91,87%, nhãn áp nghi ngờ có glôcôm là 4,54%, nhãn áp cao là 2,84%. Góc đóng chiếm 5,07% trong đó góc đóng nguyên phát chiếm 3,48%. Góc mở chiếm đa số 80,27%, nghi ngờ góc đóng chiếm 14,44%.

Từ khóa: Nhãn áp, góc tiền phòng, glôcôm góc đóng, glôcôm góc mở

SUMMARY

EVALUATION OF INTRAOCULAR PRESSURE SITUATION AND ANTERIOR CHAMBER ANGLE IN DANANG CITY COMMUNITY

Nowadays, the social standard has been developing unceasingly, the model of diseases also changed. In ophthalmic diseases not only refractive errors but also glaucoma increased hugely in recent years. Although the glaucoma changed in the formation, the traditional symptoms worthy of consideration are intraocular pressure (IOP) and anterior chamber angle (ACA). Therefore, the evaluation of IOP values of the people was the commendable task to build the screening program for glaucoma. That was reason to conducting the research. **Purpose:** Search for IOP value and ACA situation of the people in Danang City. To recognize the measures to glaucoma prevention. **Method:** Prospective, cross sectional descriptive study. **Results:** Almost of people have a normal IOL

*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.5.2017

Ngày duyệt bài: 16.5.2017

(91.87%), there were 4.54% suspected cases, that means recheck ACA and classified into the risk group. There were 143 closed angle cases (5.07%); 2262 open angle (80.27%), 407 closed angle suspected cases (14.44%). There were 6 immeasurable cases (0.21%) due to corneal scar and pterygium.

Conclusion: The rate of normal IOP were 91.87%, suspected 4.54%, high IOP 2.84%. angle-closure 5.07% included primary angle-closure 3.48%. The open angle 80.27%, suspected closed angle 14.44%.

Key works: Intraocular pressure, anterior chamber angle, angle-closure glaucoma, open angle glaucoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhãn áp tăng và góc tiền phòng thay đổi là các dấu hiệu đặc trưng của bệnh glôcôm, đây là bệnh lý nguy hiểm gây mù không hồi phục, khá phổ biến, ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng. Glôcôm chiếm 10% trong số các nguyên nhân gây mù lòa và là một trong ba nguyên nhân gây mù hàng đầu (đứng hàng thứ 2 sau bệnh đục thể thủy tinh) ở hầu hết các nước trên thế giới [1],[7].

Các nghiên cứu trong khu vực và trên thế giới dự báo số người bệnh glôcôm sẽ tăng lên đáng kể vào những năm tới, ước tính sẽ có khoảng 80 triệu người vào năm 2020, chiếm tỷ lệ 2,86% trên quần thể dân số trên 40 tuổi. Số người mù lòa cả hai mắt do glôcôm sẽ tăng từ 8,4 triệu năm 2010 lên 11,2 triệu người vào năm 2020. Có tới 47% số người bị glôcôm thuộc châu Á. Riêng các nước ở Đông Nam Á năm 2010 có khoảng 4,2 triệu người bệnh glôcôm. Đến năm 2020 số lượng này sẽ tăng lên khoảng 6 triệu người [4].

Vậy để có cơ sở cho việc đánh giá tính trầm trọng của bệnh chúng tôi tiến hành đo nhãn áp (NA) và soi góc tiền phòng (GTP) cho cộng đồng dân cư Đà Nẵng. Điều này còn góp phần vào chiến lược chống mù lòa quốc gia.

Đà Nẵng cũng như một số tỉnh khác chưa có một nghiên cứu đầy đủ nào về glôcôm trong cộng đồng để xác định được thực trạng, giải pháp phát hiện sớm, mô hình quản lý bệnh, cũng như biện pháp để nâng cao nhận thức về glôcôm trong cộng đồng dân cư mà mới chỉ có khảo sát nhỏ về tỉ lệ mắc bệnh cho đối tượng nguy cơ cao nhân hưởng ứng "Tuần lễ Glôcôm thế giới" hàng năm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiến hành 12 tháng, từ tháng 10/2013 đến tháng 9/2014.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lọc: Người từ 40 tuổi trở lên được lựa chọn ngẫu nhiên theo quy trình

thiết kế mẫu và lựa chọn mẫu đã được xác định.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Quá già yếu không đủ năng lực tự chủ hành vi tác phong.

- Người không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu: Nhãn áp kế Schiotz, sinh hiển vi, kính soi góc tiền phòng, dụng cụ soi đáy mắt.

2.2.3. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Thu thập các số liệu được thu thập và xử lý trên máy tính bằng phần mềm SPSS 18.0 và các phép thống kê y học.

2.2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Có cam kết hợp tác nghiên cứu của bệnh nhân, không gây ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị. Đề cương đã được thông qua Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

2.3. Các chỉ số chuyên môn, các tiêu chuẩn đánh giá

2.3.1. Đánh giá về nhãn áp (NA): Sử dụng chỉ số của nhãn áp kế Schiotz.

+ NA bình thường: NA < 20mmHg.

+ NA nghi ngờ: NA : 20-21mmHg.

+ Nhãn áp cao : NA > 21mmHg

Mức chênh lệch NA giữa 2 mắt $\geq$ 5mmHg: Mắt có NA cao hơn bị tăng NA

2.3.2. Đánh giá về độ mở góc tiền phòng: Theo phân loại Shaffer, nghiệm pháp Van – Herick (VH)

+ Góc mở: góc mở độ 3 - 4 theo phân loại Shaffer hoặc nghiệm pháp Van - Herick: VH > 1/4 chiều dày GM.

+ Nghi ngờ góc đóng: góc mở độ 2 theo phân loại Shaffer; hoặc nghiệm pháp Van - Herick: VH = 1/4 chiều dày GM

+ Góc đóng: góc mở độ 0 đến 1 theo phân loại Shaffer hoặc nghiệm pháp Van – Herick: VH $\leq$ 1/4 chiều dày GM

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm về tuổi và giới tính: Lấy mẫu ngẫu nhiên hệ thống được 2818 đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu khám sàng lọc là: $\bar{X} = 64,97 \pm 12,46$. Tuổi thấp nhất là 40 tuổi, cao nhất là 103 tuổi. Có 53,12% đối tượng nằm trong độ tuổi từ 60-79.

3.2. Đặc điểm về nhãn áp

Bảng 1. Tỷ lệ phân bố đặc điểm về nhãn áp (NA)

Nhãn áp	Số bệnh nhân
---------	--------------

	N	%
NA<20mmHg	2589	91,87
NA=20-21mmHg	128	4,54
NA>21mmHg	80	2,84
Không đo được NA	12	0,43
Không chỉ định đo (Mắt giả, mù...)	9	0,32
Tổng cộng	2818	100,00

Nhãn áp bình thường chiếm đa số (91,87%), có đến 4,54% nghi ngờ, nghĩa là phải soi lại góc và được xếp vào nhóm nguy cơ bị glôcôm

3.3. Đặc điểm về soi góc tiền phòng: Góc đóng 143 ca (5,07%), góc mở 2262 ca (80,27%), nghi ngờ góc đóng 407 ca (14,44%). Có 6 ca không đo được (0,21%) do có sẹo giác mạc và mộng thịt

Bảng 2. Kết quả góc tiền phòng kiểu glôcôm làm cơ sở cho chẩn đoán

Loại glôcôm	Số bệnh nhân (*)		mắt phải		mắt trái	
	N	%	n	%	n	%
TD góc đóng nguyên phát	37	1.31	33	1.17	37	1.31
Góc đóng nguyên phát	98	3.48	94	3.34	98	3.48
Glôcôm nguyên phát:	89	3.16	85	3.02	84	2.98
Glôcôm nguyên phát góc đóng	41	1.45	38	1.35	36	1.28
Glôcôm nguyên phát góc mở	48	1.70	47	1.67	48	1.70
Glôcôm thứ phát	3	0.11	1	0.04	3	0.11
Glôcôm thứ phát do chấn thương	1	0.04	1	0.04	1	0.04
Glôcôm thứ phát do VMBD	2	0.07	0	0.00	2	0.07
Glôcôm đã phát hiện trước	45	1.60				
Theo dõi	83	2.95	71	2.52	74	2.63
Glôcôm góc đóng	23	0.82	20	0.71	18	0.64
Glôcôm góc mở	59	2.09	50	1.77	55	1.95
Tăng nhãn áp	1	0.04	1	0.04	1	0.04
Tổng số	530	18.82	441	15.67	547	16.23

Có 45 người bệnh glôcôm đã được chẩn đoán trước đó nay ngẫu nhiên nằm trong mẫu (1,6%). Số góc tiền phòng ảnh hưởng theo kiểu glôcôm khá cao, ngoài số bị glôcôm còn có số nguy cơ gồm 83 người (2,92%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về tuổi và giới tính: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu khám sàng lọc là: 64,97, Tuổi thấp nhất là 40 tuổi, cao nhất là 103 tuổi. Đối tượng nằm trong độ tuổi từ 60-79 chiếm 53,12%, nhưng với tác giả Đào Lâm Hường: tuổi trung bình là 56,25 ($p < 0,05$) và tỷ lệ nữ 75%, nam 25% [2]. Có lẽ do sự hiểu biết

(*): hầu hết bệnh nhân glôcôm bị cả hai mắt về bệnh còn ít, không dễ phòng tốt. Số lượng nữ đi khám nhiều hơn nam giới chúng tôi nghĩ có phần do sự phân công lao động trong xã hội, đảm nhận công việc nội trợ gia đình nhiều hơn, họ tham gia các hoạt động của địa phương nhiều hơn nam

4.2. Đặc điểm nhãn áp: Nhãn áp trung bình: $20,26 \pm 0,964$ mmHg

So với một nghiên cứu khác thực hiện ở Israel [5], thì con số này có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, khả năng là do phương tiện nghiên cứu (nhãn áp kế Goldman khác với Schiotz), hơn nữa đối tượng nghiên cứu cũng khác biệt.

Bảng 3. So sánh trị giá nhãn áp

Nguồn gốc	NA trung bình (mmHg)	SD (mmHg)	p
Đà Nẵng, Việt Nam	20,26	0,96	<0,05
Da trắng	14,53	3,64	
Da màu	15,39	4,42	

4.3. Đặc điểm góc tiền phòng: Tỷ lệ về đặc điểm của soi góc tiền phòng của nam và nữ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê do $p < 0,05$

+Nghi ngờ góc đóng của nam chiếm tỷ lệ 8,2% - nữ là 16,94%.

+Góc đóng nam chiếm tỷ lệ 3,6%-nữ là 5,66%.

+Góc mở nam chiếm tỷ lệ 88,07%-nữ là 77,15%.

4.4. Kết quả chẩn đoán dựa vào góc tiền phòng

So với tác giả Sunny [6] tỷ lệ mắc bệnh glôcôm chung là 4,6% thì tỷ lệ glôcôm chung của chúng tôi tương đương. Tuy nhiên tỷ lệ góc

đóng của chúng tôi cao hơn, Còn góc mở thấp hơn có ý nghĩa thống kê.

Tuy nhiên theo Iwase [3] thì tỷ lệ Glôcôm chung của chúng tôi tương đương với: Thái Lan (3,8%), thành phố Tajimi (5%) với $p > 0,05$; cao hơn các nước Nhật (3,6%), Mông Cổ (2,2%), Singapore (3,2%), Bangladesh (3,1%) với $p < 0,05$; Ấn Độ (2,6%).

Tỷ lệ góc mở của chúng tôi tương đương với các nước Singapore (1,6%), Ấn Độ (1,6%), Thái Lan (2,3%) với $p > 0,05$, cao hơn Mông Cổ (0,5%), thấp hơn Nhật (2,6%) và thành phố Tajimi (3,9%) với $p < 0,05$.

Tỷ lệ góc đóng của chúng tôi tương đương với Mông Cổ (1,4%), Singapore (1%), Ấn Độ (1,1%) với $p > 0,05$; cao hơn Nhật (0,3%), thành phố Tajimi (5%) và Bangladesh (0,4%) với $p < 0,05$.

Tỷ lệ góc đóng thứ phát của chúng tôi tương đương với Mông Cổ (0,3%), Ấn Độ (0,3%), Bangladesh (0,2%) với $p > 0,05$; thấp hơn Nhật (0,6%), Singapore (0,5%), Thái Lan (0,7%).

V. KẾT LUẬN

5.1. Nhãn áp: Qua đo nhãn áp cho mẫu ngẫu nhiên 2818 bệnh nhân trên 40 tuổi chúng tôi kết luận như sau:

Tỷ lệ có nhãn áp bình thường là 91,87%.

Tỷ lệ nhãn áp nghi ngờ có glôcôm là 4,54%

Tỷ lệ có nhãn áp cao là 2,84%

5.2. Góc tiền phòng

- Góc đóng chiếm 5,07% trong đó góc đóng nguyên phát chiếm 3,48%

- Góc mở chiếm đa số 80,27%, nghi ngờ góc đóng chiếm 14,44%.

Tỷ lệ theo dõi glôcôm: 2,915%

Tỷ lệ bệnh glôcôm: 4,86%, trong đó

Tỷ lệ glôcôm mới được phát hiện: 3,26%

Tỷ lệ theo dõi glôcôm: 2,915%, trong đó:

- Theo dõi glôcôm góc mở: 2,09%

- Theo dõi glôcôm góc đóng: 0,82%

KIẾN NGHỊ

+ Tuyên truyền phòng chống mù lòa do bệnh glôcôm ở cộng đồng

+ Phát hiện, điều trị người bệnh glôcôm ở giai đoạn sớm.

+ Quản lý người bệnh glôcôm theo qui trình, có hệ thống điều trị toàn diện, lâu dài, định kỳ theo phác đồ thống nhất, kết hợp điều trị nội trú và ngoại trú.

+ Xây dựng mạng lưới quản lý bệnh ở 3 cấp trong cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Như Hân (2014)**, "Công tác phòng chống mù lòa năm 2013- 2014, phương hướng hoạt động năm 2015. *Kỷ yếu hội nghị ngành nhãn khoa năm 2014*. Tr 3-11.
2. **Đào Thị Lâm Hương và cộng sự (2007)**, "Nghiên cứu tình hình bệnh Glôcôm trong cộng đồng dân cư tại 2 huyện của tỉnh Thái Bình". *Đề tài cấp bộ*.
3. **Ee Lin Ong (2008)**, The Utility of Symptoms in Identification of Primary Angle-Closure in a High-Risk Population, *Association for Research in Vision and Ophthalmology Annual Meeting*, April-May 2008, Fort Lauderdale, Florida.
4. **Kashiwagi K. et al (2005)**, Usefulness of peripheral anterior chamber depth assessment in glaucoma screening. *Eye* (2005)19,990-994.
5. **Nesher R; Israel Glaucoma Screening Group (2014)**, P"revalence of increased intraocular pressure and optic disk cupping: multicenter glaucoma screening in Israel during the 2009 and 2010", *World Glaucoma Weeks, PubMed* 2014 Aug;16(8):483-6.
6. **Paul R. Healey, at al (1998)**, "Optic disc hemorrhages in a population with and without signs of glaucoma", *Elsevier-Ophthalmology*, February 1998, Pages 216-223
7. **Quigley H.A; Broman A.T (2006)**. "The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020", *Br. J. Ophthalmol* 2006;90;262-267

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÁI NGHIỆN RƯỢU TRÊN NHỮNG BỆNH NHÂN NGHIỆN RƯỢU ĐÃ ĐIỀU TRỊ TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN GIAI ĐOẠN 2014 - 2016

Nguyễn Văn Dũng* và cộng sự

TÓM TẮT²²

* Viện sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: drdrung@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2017

Đặt vấn đề: Lạm dụng và nghiện rượu làm tăng nguy cơ mắc nhiều bệnh tật, tai nạn thương tích và ảnh hưởng đến đời sống kinh tế, xã hội. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng tái nghiện rượu trên những bệnh nhân nghiện rượu đã điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần (VSKTT) giai đoạn 2014 - 2016 và phân tích một

Ngày duyệt bài: 15.5.2017

số yếu tố liên quan đến việc tái nghiện rượu ở những bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả các bệnh nhân nghiện rượu đã điều trị tại VSKTT - giai đoạn 2014 - 2016, ra viện cách thời điểm nghiên cứu ít nhất 1 năm, hiện cư trú tại các quận nội thành Hà Nội. **Kết quả:** 62,8% đối tượng nghiên cứu đã tái nghiện rượu trong thời gian 12 tháng sau điều trị tại VSKTT, tỷ lệ tái nghiện cao nhất trong 3 tháng đầu sau điều trị (42,9 %). Trong nhóm đối tượng tái nghiện rượu, phần lớn có số lần cai nghiện từ 4 lần trở lên (51,9%); lượng rượu uống trung bình trong ngày, tính theo đơn vị rượu chuẩn: $15,01 \pm 13,54$; rượu trắng 30-40⁰ là loại rượu sử dụng phổ biến nhất. **Kết luận:** Tái nghiện rượu chủ yếu là thèm nhớ (61,9%). 74,1% đối tượng tái nghiện rượu hút thuốc lá thường xuyên. Rối loạn trầm cảm làm tăng tỷ lệ tái nghiện rượu. Việc điều trị chống tái nghiện rượu chưa được hướng dẫn và chưa có hệ thống, hiệu quả điều trị chống tái nghiện chưa cao.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO ALCOHOLIC REPRESENTATION ON THE WOMEN WHO ALWAYS TREATMENT AT THE MENTAL HEALTH INSTITUTE FOR THE PERIOD 2014-2016

Rationale: Abuse and alcohol addiction increase the risk of many illnesses and injuries and affect economic and social life. Objectives: To describe the re-occurrence of alcoholism in Alcoholics patients treated at the Institute of Mental Health in the period 2014 - 2016 and to analyze some of the factors related to relapse in alcoholism. Multiplied on. **Subjects and methods:** A descriptive study of alcoholic patients treated at VSH during the period of 2014 - 2016, discharged at least one year from the time of study, currently residing in urban districts of Hanoi. **Results:** 62.8% of respondents have relapsed alcohol within 12 months after treatment with SCT, the highest relapse rate in the first 3 months after treatment (42.9%). In the group of re-alcohol users, the number of detoxification times was 4 times or more (51.9%); Average alcohol consumption per day, in standard units of alcohol: 15.01 ± 13.54 ; White wine 30-400 is the most commonly used wine. **Conclusion:** Alcohol withdrawal is mostly coveted (61.9%). 74.1% of smokers relapsed regularly. Depression disorders increase the rate of relapse. The treatment of relapse of alcoholism has not been guided and not systematic, effective treatment against relapse is not high.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm (2005) lạm dụng rượu chiếm 4% gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Chi phí để giải quyết các hậu quả do rượu gây ra ở Anh và Nhật Bản chiếm khoảng 6 tỷ USD/năm, ở Mỹ con số này là 190 tỷ USD/năm.

Mặc dù trong những năm gần đây, nhiều nước trên thế giới đã có các chương trình tuyên truyền về tác hại của việc lạm dụng rượu cũng

như áp dụng nhiều biện pháp điều trị cai nghiện và chống tái nghiện nhưng tỉ lệ lạm dụng và nghiện rượu vẫn tiếp tục gia tăng. Một phần do số người mới nghiện tăng lên nhưng mặt khác do số người sau khi đã cai rượu, vì lý do nào đó quay trở lại sử dụng ở nhiều mức độ khác nhau. Một số nghiên cứu trên thế giới đã đề cập đến vấn đề tái nghiện rượu sau cai và đều thấy rằng phần lớn những người nghiện rượu tái nghiện trong vòng sáu tháng. Việc tái nghiện chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố nhưng các tác giả thường đề cập đến bốn nhóm chính: yếu tố sinh học, các đặc điểm tâm lý cá nhân, ảnh hưởng của gia đình, xã hội và vấn đề điều trị dự phòng chống tái nghiện rượu.

Ở Việt Nam đến nay chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu sâu về vấn đề tái nghiện rượu ở những người đã được cai nghiện tại cơ sở y tế. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng tái nghiện trên những bệnh nhân nghiện rượu đã điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần giai đoạn 2014 - 2016 và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến việc tái nghiện rượu ở những bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân bị rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu, thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện rượu theo ICD-10F, đã được điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2014 - 2016, ra viện cách thời điểm nghiên cứu ít nhất 1 năm, hiện cư trú tại các quận nội thành Hà Nội. Thời gian nghiên cứu: 3 năm

- Phương pháp nghiên cứu:

+ Nghiên cứu mô tả những bệnh nhân nghiện rượu đã điều trị tại Viện SKTT.

+ Phương pháp thu thập số liệu: Nghiên cứu bệnh án các bệnh nhân bị rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu đã được điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần từ năm 2014 đến 2016 lưu tại phòng Kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện Bạch Mai, lựa chọn những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, từ địa chỉ và số điện thoại ghi trong hồ sơ bệnh án liên hệ trước với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân để hẹn phỏng vấn trực tiếp. Hướng dẫn bệnh nhân làm trắc nghiệm tâm lý: test Beck, test Zung.

+ **Số liệu thu thập được** phân tích và xử bằng phần mềm SPSS 16.0.

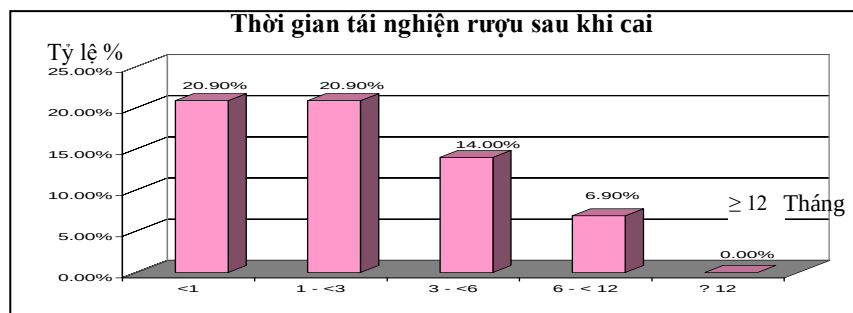
III. KẾT QUẢ

Trong giai đoạn 2014 - 2016, Viện Sức khỏe Tâm thần có 95 bệnh nhân bị rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu, thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện rượu theo ICD-10F, ra viện cách thời điểm nghiện cứu ít nhất 1 năm, hiện cư trú tại các quận nội thành Hà Nội. Sau khi tiến hành thu thập số liệu, chúng tôi thấy có 32 bệnh nhân không liên lạc được (do địa chỉ và

số điện thoại lưu trong hồ sơ bệnh án không chính xác), 5 bệnh nhân hiện không ở Hà Nội, 6 bệnh nhân không hợp tác, 2 bệnh nhân đang đi trại cai nghiện Heroin, 7 bệnh nhân đã mất và chỉ còn 43 bệnh nhân được lấy vào mẫu nghiên cứu.

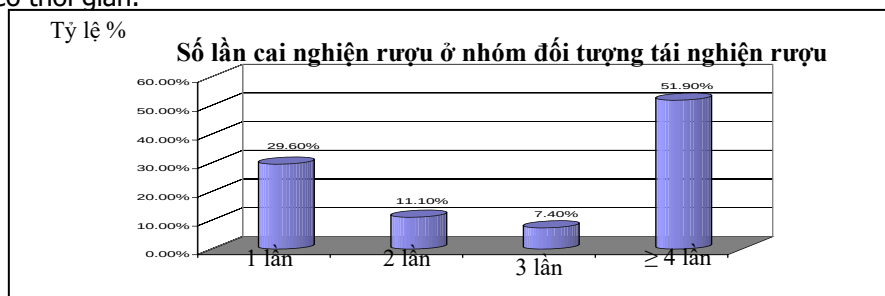
1. Thực trạng tái nghiện rượu

Tỉ lệ tái nghiện rượu: Số đối tượng tái nghiện rượu là 27/43, chiếm tỷ lệ cao 62,8%.



Biểu đồ 1: Thời gian tái nghiện rượu sau khi cai

- Tỷ lệ tái nghiện rượu cao nhất trong khoảng 3 tháng đầu sau cai nghiện rượu (41,9%), sau đó giảm dần theo thời gian.



Biểu đồ 2: Số lần cai nghiện rượu

- Nhóm đối tượng tái nghiện đã cai nghiện rượu từ 4 lần trở lên, chiếm tỷ lệ cao nhất: 51,9%.

- Loại rượu thường sử dụng và lượng rượu uống trung bình/ngày ở nhóm tái nghiện

Bảng 1: Loại rượu bia thường sử dụng và lượng rượu uống trung bình/ngày

Loại rượu bia thường sử dụng	Tái nghiện	
	Số lượng	Tỉ lệ %
Rượu 40 độ	13	48,2
Rượu 30 độ	12	44,4
Rượu vang, sâm banh 20 độ	1	3,7
Rượu vang, sâm banh 13 độ	5	18,5
Bia lon 4 - 5 độ	0	0
Bia hơi dưới 3 độ	9	33,3
Khác	1	3,7
Lượng rượu trung bình/ngày (đơn vị rượu chuẩn)	$X \pm SD: 15,01 \pm 13,54$	

- Loại rượu các đối tượng tái nghiện thường sử dụng nhất là rượu trắng 30-40^o

- Lượng rượu uống trung bình trong ngày rất cao: $15,01 \pm 13,54$

Sử dụng chất gây nghiện kết hợp

Bảng 2. Sử dụng chất gây nghiện kết hợp

Chất gây nghiện	Tái nghiện	
	Số lượng	Tỉ lệ %
Thuốc lá	20	74,1
Chất khác	0	0

Không sử dụng	7	25,9
Tổng	27	100

Chất gây nghiện duy nhất được sử dụng kết hợp ở những đối tượng nghiện cứu tái nghiện rượu là thuốc lá, chiếm 74,1%.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến tái nghiện rượu

Bảng 3. Mối liên quan giữa số lần cai nghiện rượu và tái nghiện rượu

Số lần cai nghiện rượu	Tái nghiện		Chưa tái nghiện		p
	n	%	n	%	
1 lần	8	29,6	11	68,8	< 0,05
2 lần	3	11,1	3	18,8	
3 lần	2	7,4	1	6,2	
≥ 4 lần	14	51,9	1	6,2	

Nhóm tái nghiện có số lần cai nghiện rượu từ 4 lần trở lên cao hơn đáng kể so với nhóm chưa tái nghiện, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa sang chấn tâm lý, cảm giác thèm nhớ và tái nghiện rượu

Biến số		Tái nghiện		Chưa tái nghiện		p
		n	%	n	%	
SCTL	Có	10	37	1	6,3	< 0,05
	Không	17	63	15	93,7	
Cảm giác thèm nhớ	Có	20	74,1	6	37,5	< 0,05
	Không	7	25,9	10	62,5	

- Tỷ lệ gặp sang chấn tâm lý ở nhóm tái nghiện cao hơn rõ rệt so với nhóm chưa tái nghiện, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ xuất hiện cảm giác thèm nhớ ở nhóm đối tượng tái nghiện rượu cao hơn rõ rệt so với nhóm đối tượng chưa tái nghiện, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa rối loạn tâm thần phối hợp và tái nghiện rượu

Rối loạn tâm thần		Tái nghiện		Chưa tái nghiện		p
		n	%	n	%	
Rối loạn trầm cảm	Không	16	59,3	15	93,8	< 0,05
	Nhẹ	5	18,5	1	6,2	
	Vừa	6	22,2	0	0	
	Nặng	0	0	0	0	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về rối loạn trầm cảm giữa nhóm tái nghiện và nhóm chưa tái nghiện rượu, với $p < 0,05$. Tỷ lệ rối loạn trầm cảm mức độ nhẹ và vừa gặp nhiều hơn rõ rệt ở nhóm đối tượng đã tái nghiện so với nhóm chưa tái nghiện.

Bảng 6. Mối liên quan giữa điều trị dự phòng chống tái nghiện và tái nghiện rượu

Biến số	Tái nghiện		Chưa tái nghiện		p
	n	%	n	%	
Có điều trị	13	48,2	2	12,5	< 0,05
Không điều trị	14	51,8	14	87,5	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về việc điều trị chống tái nghiện rượu giữa hai nhóm đối tượng, $p < 0,05$. Tỷ lệ có điều trị ở nhóm tái nghiện cao hơn nhóm chưa tái nghiện.

IV BÀN LUẬN

1. Thực trạng tái nghiện rượu

- Khi đánh giá tình hình tái nghiện rượu ở 43 đối tượng nghiện cứu trong thời gian 36 tháng sau khi điều trị tại VSKTT gần thời điểm nghiên cứu nhất, có 62,8% đối tượng tái nghiện rượu. Như vậy, tỷ lệ tái nghiện rượu nhìn chung vẫn ở mức tương đối cao, điều này chứng tỏ vấn đề duy trì, kéo dài khoảng thời gian không sử dụng rượu sau khi đã cai nghiện vẫn là mục tiêu hết sức khó khăn trong kế hoạch điều trị chống tái nghiện rượu của nhiều quốc gia trên thế giới.

- Tỷ lệ tái nghiện rượu cao nhất trong khoảng dưới 3 tháng đầu sau khi cai nghiện rượu, chiếm khoảng 41,9%, sau đó giảm dần theo thời gian. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Domingos Neto và cộng sự (2008). Điều này đòi hỏi cần có các biện pháp điều trị dự phòng tái nghiện tích cực cho các đối tượng nghiện rượu ngay sau khi cai nghiện.

- Số lần cai nghiện rượu ở nhóm đối tượng tái nghiện rượu: 51,9% đối tượng đã cai nghiện rượu từ 4 lần trở lên, chiếm tỷ lệ cao nhất. Như vậy, nhiều đối tượng nghiện rượu đã cai nghiện

và sau đó lại tái sử dụng rượu nhiều lần, chứng tỏ rượu là một chất gây nghiện rất khó từ bỏ, dễ gây tái nghiện trở lại.

- Lượng rượu uống trung bình trong ngày của các đối tượng nghiên cứu tái nghiện rượu, tính theo đơn vị rượu chuẩn là $15,01 \pm 13,54$. Đây là một vấn đề đáng báo động đối với việc nghiện rượu và tái nghiện rượu ở nước ta hiện nay do mức độ tiêu thụ rượu của các đối tượng là rất cao, vượt quá nhiều so với mức sử dụng rượu an toàn đối với sức khỏe, do Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo là không quá 3 đơn vị rượu chuẩn/ngày đối với nam và không quá 2 đơn vị rượu chuẩn/ngày đối với nữ.

- Loại rượu bia các đối tượng tái nghiện thường sử dụng không thay đổi trước và sau khi tái nghiện, phổ biến nhất vẫn là rượu trắng 30-40°. Kết quả này không khác biệt so với nhiều nghiên cứu khác ở trong nước như nghiên cứu của Hoàng Thị Phượng (2009). Tuy nhiên, rượu trắng tự cất thường không đảm bảo các yêu cầu an toàn thực phẩm, có hàm lượng aldehyde cao, hầu hết đều dựa vào kinh nghiệm cá nhân của người chủ sản xuất.

- Chúng tôi nhận thấy rằng có rất nhiều lý do mà những người tái nghiện rượu đưa ra để giải thích cho việc tái sử dụng rượu thường xuyên của mình, trong đó chiếm tỷ lệ lớn nhất là do thèm nhớ (61,9%). Cũng vì lý do này mà trên thế giới đã có nhiều phương pháp điều trị duy trì, chống tái nghiện rượu bằng cách tác động làm mất cảm giác thèm nhớ, tuy nhiên vấn đề này vẫn còn gặp nhiều khó khăn.

- Chất gây nghiện duy nhất được sử dụng kết hợp ở những người hiện đã tái nghiện rượu trong nghiên cứu của chúng tôi là thuốc lá. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới, nó phản ánh tính chất đa nghiện ở những đối tượng nghiện rượu.

2 Một số yếu tố ảnh hưởng đến tái nghiện rượu

- Những đối tượng tái nghiện có số lần cai nghiện rượu càng nhiều thì khả năng tái nghiện càng cao. Thực tế nhiều đối tượng nghiện rượu ngoài những lần nhập viện điều trị các rối loạn tâm thần liên quan đến sử dụng rượu đồng thời cai nghiện rượu, họ cũng có nhiều lần tự cai nghiện tại nhà. Tuy nhiên, phần lớn sẽ quay trở lại sử dụng rượu trong thời gian ngắn, chứng tỏ họ chưa tiếp cận được với những phương pháp điều trị chống tái nghiện hiệu quả.

- Tỷ lệ gặp sang chấn tâm lý ở nhóm tái nghiện cao hơn nhóm chưa tái nghiện. Điều này

chứng tỏ các sang chấn tâm lý có ảnh hưởng đến việc tái nghiện rượu. Kết quả trên cũng phù hợp với nghiên cứu của Brown, S. A và cộng sự (1995). Phần lớn những người nghiện rượu sau khi cai nghiện, trở về với gia đình và cộng đồng gặp rất nhiều áp lực tâm lý xã hội. Những lúc đó một số người vẫn xem rượu như cách để giải quyết hay đối phó với các vấn đề khó khăn trong cuộc sống và dễ dàng sử dụng trở lại.

- Tỷ lệ xuất hiện cảm giác thèm nhớ ở nhóm đối tượng tái nghiện rượu cao hơn rõ rệt so với nhóm đối tượng chưa tái nghiện. Việc thèm nhớ rượu mạnh mẽ được nhiều tác giả nghiên cứu xem như một trong những yếu tố tiên lượng tái nghiện rượu.

- Tỷ lệ rối loạn trầm cảm mức độ nhẹ và vừa gặp nhiều hơn rõ rệt ở nhóm đối tượng đã tái nghiện so với nhóm chưa tái nghiện, khi đánh giá các đối tượng ở thời điểm nghiên cứu, dựa trên thang điểm đánh giá trầm cảm của Beck. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Conor K. Farren và Sharon Mc Elroy (2010), Gamble và cộng sự (2010), Hasin và cộng sự (2002). Chính vì vậy, việc phát hiện, điều trị sớm và đồng thời trầm cảm ở những bệnh nhân nghiện rượu sẽ góp phần làm giảm nguy cơ tái nghiện.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp điều trị chống tái nghiện mà một số đối tượng nghiện rượu áp dụng chỉ là liệu pháp hoá dược không hệ thống. Tỷ lệ có điều trị ở nhóm tái nghiện lại cao hơn nhóm chưa tái nghiện, chứng tỏ hiệu quả điều trị chống tái nghiện chưa cao. Điều này có thể được giải thích là do nhiều bệnh nhân sau khi ra viện chỉ theo đuổi điều trị chống tái nghiện trong một thời gian ngắn hoặc điều trị không thường xuyên, phần lớn không nhớ rõ tên thuốc, không theo sự chỉ dẫn của thầy thuốc hoặc nhận được phương pháp điều trị chưa phù hợp, trong khi những bệnh nhân chưa tái nghiện có thể do tác động của những yếu tố bảo vệ khác.

V. KẾT LUẬN

- 62,8% đối tượng tham gia nghiên cứu đã tái nghiện rượu trong thời gian 36 tháng sau khi điều trị tại VSKTT, tỷ lệ tái nghiện cao nhất trong 3 tháng đầu sau khi điều trị (42,9%).

- Trong nhóm đối tượng tái nghiện rượu, phần lớn có số lần cai nghiện từ 4 lần trở lên (51,9%); lượng rượu uống trung bình trong ngày, tính theo đơn vị rượu chuẩn: $15,01 \pm 13,54$; rượu trắng 30-40° là loại rượu sử dụng phổ biến nhất.

- Lý do tái nghiện rượu chủ yếu là thèm nhớ (61,9%).

- Thuốc lá là chất gây nghiện sử dụng kết hợp với rượu duy nhất ở những đối tượng nghiện cứu, trong đó 74,1% đối tượng tái nghiện rượu hút thuốc lá thường xuyên.

- Số lần cai nghiện rượu càng nhiều, các sang chấn tâm lý, cảm giác thèm nhớ rượu và sự xuất hiện đồng thời rối loạn trầm cảm làm tăng tỷ lệ tái nghiện rượu.

- Có mối liên quan giữa vấn đề điều trị chống tái nghiện rượu và việc tái nghiện. Tuy nhiên điều trị chống tái nghiện rượu chưa được hướng dẫn và chưa có hệ thống, hiệu quả điều trị chống tái nghiện chưa cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Thị Phương** (2009), *Thực trạng, các yếu tố ảnh hưởng và tác hại của lạm dụng rượu bia ở một số vùng sinh thái của Việt Nam*, Luận án tiến sĩ y tế công cộng, Viện vệ sinh dịch tễ trung ương, Hà Nội, tr. 29, 31, 59-81.
2. **Bottlender Miriam and Soyka Michael** (2004), "Impact of craving on alcohol relapse during and 12 months following, outpatient treatment",

Alcohol and Alcoholism, Oxford University Press, 39 (4), pp. 357-361.

3. **Bradizza C. M.; Stasiewicz P. R. and Paas N. D.** (2006), "Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: a review", *American Clinical Psychology Review*, 26, pp. 162-178.
4. **Conor K. F. and Sharon Mc.** (2010), "Predictive factors for relapse after an integrated inpatient treatment programme for unipolar depressed and bipolar alcoholics", *Alcohol and Alcoholism*, Oxford University Press, 45(6), pp. 527-533.
5. **Domingos Neto; Rita Lambaz et al** (2008), "Effectiveness of sequential combined treatment in comparison with treatment as usual in preventing relapse in alcohol dependence", *Alcohol and Alcoholism*, Oxford University Press, 43(6), pp. 661-668.
6. **Gamble S. A.; Conner K. R. et al** (2010), "Effects of pretreatment and posttreatment depressive symptoms on alcohol consumption following treatment in project Match", *Am J Study Alcohol Drugs*, 71, pp. 71-77.
7. **Gordon S.M.; Sterling R. et al** (2006), "Inpatient desire to drink as a predictor to alcohol use following treatment", *Am J Addict*, 15, pp. 242-245.

ỨNG DỤNG THANG ĐIỂM ORGOGOZO TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG NHẪM ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA GIAI ĐOẠN CẤP

Võ Hồng Khôi*, Nguyễn Văn Liệu*, Trần Thị Thanh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ứng dụng thang điểm Orgogozo trong thực hành lâm sàng và đánh giá mối tương quan với kích thước ổ nhồi máu não trên phim cộng hưởng từ (CHT). **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 55 bệnh nhân nhồi máu động mạch não giữa nhập viện trong 48 giờ đầu tại khoa Thần Kinh, Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 11/2016 đến tháng 1/2017, được đánh giá điểm Orgogozo và chụp cộng hưởng từ sọ não. **Kết quả:** Điểm Orgogozo có mối tương quan tuyến tính không chặt chẽ với thể tích ổ nhồi máu trên phim CHT sọ não, (hệ số tương quan $r = 0,585$), và thể hiện mối quan hệ chặt chẽ hơn với nhóm bệnh nhân có tổn thương bán cầu não trái (với hệ số tương quan $r = 0,640$ so với bán cầu não phải $r = 0,559$). Vì mối tương quan không chặt chẽ, do đó, chúng tôi không xây dựng mô hình hồi quy tuyến tính của thang điểm này với thể tích ổ nhồi máu trên phim CHT sọ não. So sánh nghiên cứu này nghiên cứu áp dụng thang điểm

NIHSS trước đó, kết quả cho thấy thang điểm NIHSS có độ chính xác cao hơn khi đánh giá tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, nhưng thang điểm Orgogozo lại có ưu thế hơn khi đánh giá bệnh nhân có rối loạn ý thức.

SUMMARY

RESEARCH ON THE CORRELATION BETWEEN ORGOGOZO SCORE AND MRI INFARCT VOLUME IN PATIENTS WITH THE MIDDLE CEREBRAL ARTERIAL INFARCTION

Objectives: To find out the correlation between Orgogozo score and cerebral infarct volume on MRI. **Patients and Methods:** cross-sectional description. 55 Patients with the symptoms of the middle cerebral arterial infarction, hospitalized at the first 48h in the Department of Neurology, Bach Mai Hospital, since 11/2016 to 1/2017, were measured Orgogozo score just before the cerebral MRI. **Results:** Orgogozo score was related unclosely to the volume of ischemia on cerebral MRI, ($r = 0.585$ ($p < 0.05$)), and more closely to the groups of the patients with left hemisphere lesion ($r = 0.640$) versus right hemisphere ($r = 0.559$). Our research did not suggest the linear regression model to estimate the volume of middle cerebral artery infarction after Orgogozo score. The results of two studies showed that the NIHSS score was more exactly to evaluate the

*Khoa Thần kinh, bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi
Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 5.3.2017
Ngày phản biện khoa học: 5.5.2017
Ngày duyệt bài: 16.5.2017

patients, but Orgogozo score is superior on patients with conscious disorders.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não chiếm 80% tai biến mạch máu não, trong đó thường gặp nhất là nhồi máu khu vực động mạch não giữa. Những triệu chứng điển hình là liệt nhẹ nửa người (thường gặp hơn cả là liệt ưu thế tay mặt), rối loạn cảm giác nửa người, bán manh đồng danh hoặc bán manh góc. Thang điểm Orgogozo từ lâu đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới nhằm đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân, nhất là giai đoạn sớm khi chụp cắt lớp vi tính sọ não chưa có tổn thương, với ưu điểm đơn giản, dễ thực hành và không đòi hỏi phải tập huấn kĩ lưỡng. Tại Việt Nam các biện pháp tiêu sợi huyết đã được áp dụng từ năm 2005 và đã đạt được một số hiệu quả nhất định, việc đánh giá sự cải thiện của bệnh nhân sau khi dùng tiêu sợi huyết về lâm sàng chủ yếu dựa trên thang điểm NIHSS và thang điểm Rankin. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này, nhằm áp dụng thang điểm Orgogozo để đánh giá bệnh nhân nhồi máu não (NMN), từ đó có đánh giá, so sánh với thang điểm NIHSS trong thực hành lâm sàng thần kinh. *Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não động mạch não giữa theo thang điểm Orgogozo; Đánh giá mối tương quan giữa điểm Orgogozo và thể tích ổ nhồi máu não trên phim cộng hưởng từ sọ não.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang mô tả.
- Tất cả các bệnh nhân vào viện nghi ngờ có nhồi máu động mạch não giữa trong vòng 48 giờ đầu theo tiêu chuẩn nghiên cứu. Bệnh nhân đều được hỏi bệnh ghi nhận các yếu tố nguy cơ, khám lâm sàng tỉ mỉ xử trí, các tình trạng cấp cứu. Chấm điểm NIHSS và Orgogozo tại thời điểm ngay trước khi chụp CHT sọ não.

2.1 Các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng tắc động mạch não giữa [3],[5],[4]:

Có sự khác nhau khi tổn thương giữa bán cầu ưu thế và bán cầu không ưu thế. Nhồi máu não do tắc động mạch não giữa chiếm 80% các nhồi máu của bán cầu đại não. Lâm sàng với sự kết hợp nhiều triệu chứng của các nhánh nông (nhánh nông trước và nhánh nông sau), nhánh sâu.

- Nhồi máu não nhánh nông động mạch não giữa:
 - Nhánh nông trước: Liệt nửa người khác bên, ưu thế tay mặt, thất ngôn Broca, bán manh cùng bên, rối loạn cảm giác đối bên ưu thế tay mặt.
 - Nhánh nông sau:

- + Bán cầu ưu thế: Bán manh bên cùng tên bên đối diện hoặc $\frac{1}{4}$ dưới tia thị giác, thất ngôn kiểu Wernicke.

Hội chứng Gertsman: Liệt vận động, mất khả năng đọc và viết, mất khả năng tính toán và khả năng phân biệt phải-trái.

- + Bán cầu không ưu thế: Hội chứng Anton Babinski - mất nhận biết tên đồ vật, mất chú ý nửa bên cơ thể.

- Nhồi máu não nhánh sâu động mạch não giữa:

- Liệt nửa người đối bên đồng đều, đôi khi bán manh bên cùng tên (tổn thương tia thị giác), rối loạn cảm giác thường kín đáo, nói khó.

- Nhồi máu não động mạch não giữa cả nông và sâu (Tắc đoạn M1 động mạch não giữa):

Là tổn thương nặng nề nhất do vùng chi phối của động mạch não giữa lớn. Lâm sàng bệnh nhân liệt nửa người nặng đối bên, mất cảm giác nửa người đối bên, bán manh bên cùng tên, thất ngôn hoàn toàn nếu tổn thương bán cầu ưu thế, rối loạn ý thức, hôn mê (có thể có nguy cơ lệt não thùy thái dương).

2.2. Vai trò của chụp cộng hưởng từ sọ não trong chẩn đoán nhồi máu não

- Trong chẩn đoán nhồi máu não trên cắt lớp vi tính sọ não, dấu hiệu nhồi máu não cấp, giai đoạn sớm (trước 6 giờ) rất kín đáo và khó phát hiện. Chụp cộng hưởng từ thường quy phát hiện khoảng 50% trường hợp nhồi máu giai đoạn này do phần lớn các kỹ thuật chụp cộng hưởng từ T1, T2W dựa vào các thay đổi hình thái, thay đổi tín hiệu ở nhưng ở giai đoạn này sự thay đổi ít rõ rệt để quan sát thấy [1],[3].

- Giai đoạn này, cộng hưởng từ khuếch tán có thể phát hiện bất thường về tín hiệu. Nhồi máu não gây tổn thương màng tế bào, rối loạn chuyển hóa, các bơm trao đổi ion từ đó gây dịch chuyển nước từ ngoại bào vào nội bào, gây rối loạn quá trình khuếch tán của proton hydro. Cộng hưởng từ khuếch tán là kỹ thuật tốt nhất để phát hiện nhồi máu não giai đoạn sớm.

- Các thay đổi tín hiệu trên hình ảnh cộng hưởng từ khuếch tán tùy vào thời gian. Ở giai đoạn sớm có giảm tín hiệu trên ADC và tăng trên hình khuếch tán. Sau khoảng 1- 4 tuần, ADC trở về bình thường và hình khuếch tán còn tăng nhẹ. Sau giai đoạn này, ADC trở nên tăng tín hiệu và hình khuếch tán có thể đồng, giảm hoặc tăng tín hiệu. Diễn tiến của nhồi máu trên hình ảnh có thể không đi theo tiến trình trên, tùy thuộc mức độ tổn thương, sự tưới máu...

- Các trường hợp thiếu máu não thoáng qua, thường không có rối loạn trên hình ảnh cộng hưởng từ khuếch tán [7].

Các thay đổi trên cộng hưởng từ khuếch tán có thể phản ánh mức độ nặng nề trên lâm sàng và tiên lượng bệnh nhân. Hình ảnh cộng hưởng từ khuếch tán phân biệt được giữa nhồi máu cấp và nhồi máu mạn tính mà cộng hưởng từ thường qui rất khó đánh giá. Ngoài ra cộng hưởng từ khuếch tán giúp phân biệt giữa các bệnh lý giống đột quỵ não như co giật, sa sút trí tuệ, rối loạn chuyển hóa, rối loạn chức năng của não [7].

2.3. Cách tính thể tích nhồi máu trên phim chụp cộng hưởng từ khuếch tán

- Người ta có thể tính chính xác bằng các phép đo trên máy 3 chiều (3D) để dựng hình và tính toán thể tích nhồi máu.

- Ngoài ra ta có thể tính toán thể tích vùng nhồi máu trên cộng hưởng từ khuếch tán bằng công thức tính tương tự công thức tính thể tích khối máu tụ trong chảy máu não.

$$V = (Ax \times Bx \times C) / 2$$

Trong đó: A là đường kính lớn nhất của vùng nhồi máu trên lớp có diện tích nhồi máu lớn nhất.

C là số lớp cắt gần đúng có hình ảnh nhồi máu nhân với độ dày lớp cắt.

2.4. Thang điểm Orgogozo: Thang điểm này được Giáo sư Jean Marc Orgogozo cùng các cộng sự xây dựng năm 1983 trong một nghiên cứu nhằm đưa ra một thang điểm đánh giá lâm sàng cho những bệnh nhân nhồi máu động mạch não giữa [2], [6].

Danh mục	Điểm
Độ thức tỉnh	15đ: Bình thường, thức tỉnh tự phát 10đ: Ngủ gà, thức tỉnh tự phát 5đ: Sững sờ, phản ứng khi kích thích đau 0đ: Hôn mê, không phản ứng
Giao tiếp bằng lời	10đ: Không hạn chế, bình thường 5đ: Khó, nhưng đủ thông tin 0đ: Không nói
Vận động mắt	5đ: Cân đối hoặc mất cân xứng rất nhẹ 0đ: Liệt rõ
Quay lệch đầu và mắt	10đ: Bình thường 5đ: Liệt, xu hướng quay sang 1 bên 0đ: Liệt thường xuyên sang 1 bên
Nâng cánh tay lên cao	10đ: Bình thường 5đ: Không quá vai 0đ: Yếu ớt
Cử động ngón tay cái	15đ: Bình thường, khéo léo 10đ: Hạn chế các cử động khéo léo 5đ: Cầm nắm được 0đ: Không cầm nắm được
Trương lực cơ cánh tay	5đ: Bình thường 0đ: co cứng hoặc mềm nhẽo
Nâng cẳng chân lên cao	15đ: Bình thường 10đ: Có thể chống lại lực cản 5đ: Có thể chống lại trọng lực 0đ: Yếu ớt
Trương lực cơ cẳng chân	5đ: Bình thường đủ phản xạ nhảy 0đ: Mềm nhẽo hoặc co cứng
Gấp mu bàn chân lên trên	10đ: Có thể chống lại lực cản 5đ: Có thể chống lại trọng lực 0đ: Yếu hoặc rũ xuống

Người ta chia điểm Orgogozo thành các mức độ sau: 0-30 điểm: Rất nặng; 31-50 điểm: Nặng; 51-75 điểm: Trung bình; >75 điểm: Nhẹ

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Điểm Orgogozo lúc mới nhập viện của bệnh nhân:

Mức điểm Orgogozo	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 30	23	41,8
31 – 50	9	16,4
51 – 75	18	32,7
> 75	5	9,1

Nhận xét: Bệnh nhân có điểm Orgogozo nặng chiếm 41,8%

Bảng 2. Sự khác biệt danh mục điểm Orgogozo với các tổn thương bán cầu phải và trái.

Các giá trị điểm Orgogozo	Bán cầu trái(n =30)	Bán cầu phải(n =25)	P
1- Độ thức tỉnh	11,8	11	0,273
2- Giao tiếp bằng lời	6,4	3,5	0,041
3- Vận động mắt	3,8	3,67	0,88
4- Quay lệch đầu và mắt	4,2	4,0	0,77
5- Nâng cánh tay lên cao	4,0	3,17	0,409
6- Trương lực cơ cánh tay	4,5	4	0,33
7- Cử động ngón tay cái	5,80	5,33	0,741
8- Nâng cẳng chân lên cao	6,4	4,83	0,248
9- Trương lực cơ cẳng chân	4,5	5,0	0,108
10- Gấp mu bàn chân lên trên	4,4	3,87	0,633
Điểm Orgogozo trung bình	47,8	39,83	0,023

Nhận xét: Sự khác biệt của điểm Orgogozo ở hai nhóm bệnh nhân tổn thương bán cầu não phải và trái có ý nghĩa thống kê, và được tạo thành từ danh mục về ngôn ngữ.

Bảng 3. Thể tích ổ nhồi máu trên cộng hưởng từ ở các mức khác nhau của thang điểm Orgogozo giữa bán cầu não phải và trái.

Điểm Orgogozo	Bán cầu não trái (n)		Bán cầu não phải (n)		P	
	n	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$		
≤ 30	2	$2,4 \pm 0,566$	2	$2,25 \pm 0,35$	0,78	$>0,05$
31 – 50	12	$22,92 \pm 33,2$	17	$25,45 \pm 46,1$	0,86	$>0,05$
51 – 75	10	$63,82 \pm 47,79$	4	$141,45 \pm 103$	0,22	$>0,05$
>75	6	$126,17 \pm 102,15$	2	$280 \pm 282,84$	0,59	$>0,05$
V NM trung bình	30	$55,83 \pm 67,94$	25	$65,52 \pm 111,2$	0,79	$>0,05$

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kích thước trung bình ổ nhồi máu của bán cầu phải và trái ở từng mức điểm Orgogozo

Bảng 4. Liên quan giữa điểm Orgogozo và thể tích trung bình ổ nhồi máu não.

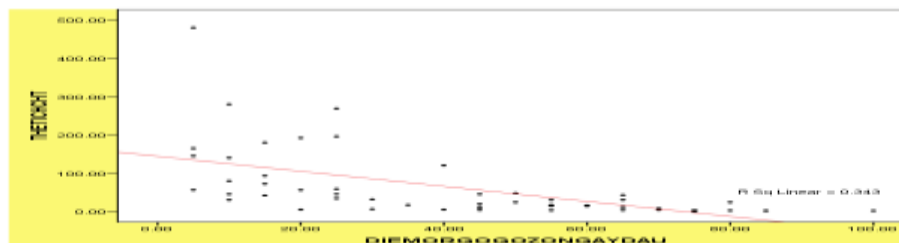
Mức điểm Orgogozo	Số bệnh nhân	Thể tích trung bình ổ nhồi máu (cm^3)	Độ lệch chuẩn
≤ 30	23	117,47	112,44
31 – 50	9	32,5	36,40
51 – 75	18	11,73	11,91
> 75	5	6,5	9,78

Nhận xét: Thể tích trung bình ổ nhồi máu não cao nhất ở nhóm bệnh nhân có điểm Orgogozo dưới 30 (biểu hiện lâm sàng nặng nhất).

Bảng 5. Tương quan giữa điểm Orgogozo và thể tích ổ nhồi máu ở bán cầu não phải và trái.

	Số trường hợp	Hệ số tương quan r
Bán cầu não trái	30	0,640
Bán cầu não phải	25	0,559

Nhận xét: Mỗi tương quan của điểm Orgogozo và thể tích ổ nhồi máu não chặt chẽ hơn ở bán cầu não trái.



Biểu đồ 1. Tương quan tuyến tính giữa điểm Orgogozo và thể tích nhồi máu não.

Nhận xét: Mỗi tương quan tuyến tính của mức điểm Orgogozo và thể tích ổ nhồi máu não trên phim cộng hưởng từ theo mô hình trên đây, với hệ số dự đoán 34,3%

Theo nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nhập viện với điểm Orgogozo < 30 chiếm tỉ lệ cao

nhất (41,8%), và mức điểm thể hiện độ nặng bệnh trung bình là 32,7%. Ở thang điểm Orgogozo, vận động chiếm mức điểm khá lớn (55 điểm), do đó khi bệnh nhân thiếu sót vận động nặng nề, mặc dù ý thức vẫn tốt sẽ có điểm Orgogozo thấp (<45 điểm, được xếp ở mức độ nặng.)

Ngoài ra, cũng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm Orgogozo trung bình giữa hai nhóm tổn thương bán cầu não phải và trái (47,8 so với 39,83) với $p < 0,05$. Khi tiến hành phân tích 8 mục trong thang điểm Orgogozo ở hai nhóm trên, cũng cho thấy sự khác biệt được tạo nên chủ yếu bởi sự khác biệt về ngôn ngữ, với $p < 0,05$. Khi so sánh thể tích ổ nhồi máu trung bình giữa hai bán cầu phải và trái ở các mức điểm khác nhau, kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết quả này phù hợp với chính nghiên cứu của Jean Marc Orgogozo: khi đánh giá các thang điểm khác nhau cho nhồi máu động mạch não giữa, đã thấy những yếu tố như ý thức, rối loạn cảm giác, rối loạn thị trường luôn cho những kết quả không khác biệt giữa bán cầu não phải và trái, cũng như không có sự thống nhất ba yếu tố này giữa các thang điểm khác nhau (thang điểm Orgogozo và thang điểm Barthel.)

Thang điểm Orgogozo có mối tương quan kém chặt chẽ hơn với kích thước ổ nhồi máu trên phim cộng hưởng từ sọ não ($r = 0,585$). Tuy nhiên đã thể hiện độ chặt chẽ cao hơn ở những bệnh nhân tổn thương bán cầu não trái (với hệ số tương quan $r = 0,640$ so với bán cầu não phải $r = 0,559$).

Thang điểm Orgogozo tuy không được sử dụng để đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân nhồi máu não động mạch não giữa giai đoạn cấp nhằm mục đích điều trị tái tưới máu, nhưng vẫn

thể hiện những ưu điểm không thua kém so với điểm NIHSS khi cho kết quả tương tự ở hầu hết các vấn đề: Nhạy hơn với bán cầu não trái, có sự khác nhau về thang điểm ngôn ngữ giữa bán cầu não phải và trái.....vv.... Do đó, thang điểm Orgogozo vẫn có ý nghĩa trong việc tiên lượng bệnh nhân, nhằm giúp thầy thuốc lâm sàng có thể tiên lượng khả năng hồi phục và quản lý, theo dõi bệnh nhân lâu dài sau khi ra viện. Thậm chí điểm Orgogozo còn thể hiện có ưu thế hơn so với điểm NIHSS khi đánh giá những bệnh nhân có rối loạn ý thức. Bởi vì điểm Orgogozo không có mục yêu cầu bệnh nhân trả lời câu hỏi cũng như vận động theo lệnh và các rối loạn thị trường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adriant J. Goldszmidt:** "*Cẩm nang xử trí tai biến mạch máu não*" (Stroke essentials), nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2011.
2. **Baird AE et al (2001),** "A three-item scale for the early prediction of stroke recovery", *Lancet*, 357, p 2095- 2099
3. **Daniel D. Trương, Lê Đức Hình, Nguyễn Thị Hùng (2004),** "Nhồi máu não", Thần kinh học lâm sàng, NXB Y học, tr 183- 188.
4. **Hồ Hữu Lương (2002),** "Chẩn đoán định khu tổn thương của não và của mạch máu não", Tai biến mạch máu não, NXB Y học, tr 153- 156.
5. **Nguyễn Hoàng Hải (2001),** Nghiên cứu chẩn đoán nhồi máu động mạch não giữa điều trị tại khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Orgogozo JM (1983),** "Development of a neurological score for the clinical evaluation of sylvian infarctions", *Presse Med*, 29/12.
7. **Pamela W, Schaefer (2000),** "Diffusion-weighted MR imaging of the brain", *Radiology*, 217, p 331- 345.

THỰC TRẠNG BỆNH SÂU RĂNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI TỈNH YÊN BÁI NĂM 2015

Trương Mạnh Dũng*, Nguyễn Thị Sen**
Nguyễn Văn Tiến**, Đinh Xuân Thành*

TÓM TẮT

*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y HN

**Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Sen

Email: senrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.5.2017

Ngày duyệt bài: 16.5.2017

Mục tiêu: mô tả thực trạng sâu răng, nhu cầu điều trị và đánh giá một số yếu tố liên quan với bệnh sâu răng ở người cao tuổi tỉnh Yên Bái năm 2015.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** tỷ lệ sâu răng là 31,2% và còn 68,8% người được khám không có sâu răng. Và đa số đối tượng không có sâu chân răng, chỉ có 9,1% đối tượng mắc sâu chân răng. Nhu cầu điều trị của NCT tỉnh Yên Bái là 19,8%, có sự khác biệt theo nhóm tuổi, nhưng tỷ lệ ở nam và nữ đều xấp xỉ 19,8%. Nghiên cứu đã chỉ ra 3 yếu tố liên quan tới sâu răng ở NCT là giới, nhóm

tuổi và vùng, trong đó tỷ lệ sâu răng của nam thấp hơn của nữ (27,8% và 34,4%), thấp nhất ở nhóm tuổi ≥ 75 tuổi (26,0%) và ở vùng nông thôn cao hơn thành thị (33,3% và 24,6%). Nghiên cứu cũng chỉ ra một số yếu tố: chải răng, thay bàn chải đánh răng từ 3-6 tháng làm sạch kẽ răng bằng chỉ tơ nha khoa, sử dụng nước súc miệng sau ăn hay khăm răng dưới 1 năm làm giảm nguy cơ sâu răng đặc biệt yếu tố chải răng làm giảm nguy cơ gây sâu răng với người không chải răng 3,29 lần. **Kết luận:** 31,2% NCT bị sâu răng và các yếu tố giới, nhóm tuổi, vùng miền ảnh hưởng tới sâu răng.

Từ khóa: Bệnh sâu răng, NCT, Yên Bái.

SUMMARY

REALITY OF DENTAL CARIES IN ELDERLY PEOPLE YEN BAI PROVINCE 2015

Objective: To describe the current status of dental caries, the demand for treatment and assess a number of factors associated with dental caries in elderly people Yen Bai province 2015. **Methods:** cross-sectional descriptive study. **Results:** The rate of dental caries was 31.2% and 68.8% who were examined without dental caries. And the majority of objects without deep roots, only 9.1% of subjects deeply infected tooth. Elderly people's treatment needs of Yen Bai province is 19.8%, with differences according to age groups, but the percentage of men and women in approximately 19.8%. Research has indicated three factors related to dental caries in elderly people is gender, age group and region in which the ratio of male lower cavities of the women (27.8% and 34.4%), and lowest in ≥ 75 year-old age group (26.0%) and higher in rural areas than in urban areas (33.3% and 24.6%). The study also pointed to a number of factors: brushing, replace the toothbrush 3-6 months to clean teeth with floss and use mouthwash after eating or dental less than 1 year to reduce risk special dental caries brushing factors reduce the risk of dental caries with 3.29 times people do not brush their teeth. **Conclusions:** 31.2% of the elderly had dental caries and gender, age-group, region factors affect decay.

Keywords: dental caries, elderly, Yen Bai.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

WHO (1997) đã đặt ra mục tiêu toàn cầu về sức khỏe răng miệng đến năm 2020. Một trong những vấn đề này là liên quan đến mất răng với mục đích can thiệp tăng số lượng các răng còn chức năng ăn nhai tối thiểu là 21 răng [1]. Kết quả điều tra sức khỏe toàn quốc năm 2001 cho thấy tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn có chiều hướng tăng theo tuổi, tỷ lệ sâu răng của đối tượng từ 45 tuổi trở lên trong toàn quốc là 78%; chỉ số SMT từ 6,09-11,66 [2]. Phạm Văn Việt và cs (2004) nghiên cứu trên người cao tuổi Hà Nội cho tỷ lệ sâu răng là 55,1%; DMFT là 12,6 [3]. Nhiều quốc gia trên thế giới đã tiến hành các nghiên cứu cơ bản, ứng dụng, đưa vấn đề sức khỏe răng miệng người cao tuổi thành chuyên

khoa sâu, và đã có nhiều đề tài nghiên cứu về sức khỏe răng miệng người cao tuổi.

Tuy nhiên tại Việt Nam, các chương trình sức khỏe răng miệng người cao tuổi còn hạn chế, có ít nghiên cứu và chưa có nhiều hệ thống đào tạo cũng như cơ sở điều trị chuyên biệt. Việc đánh giá tình trạng bệnh sâu răng và nhu cầu điều trị bệnh sâu răng mang tính chất chưa hệ thống và thống nhất nên việc đánh giá và so sánh về tình hình, tỷ lệ bệnh răng miệng ở người cao tuổi còn gặp nhiều khó khăn. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nhằm mục tiêu: *"mô tả thực trạng sâu răng, nhu cầu điều trị và đánh giá một số yếu tố liên quan với bệnh sâu răng ở người cao tuổi tỉnh Yên Bái năm 2015"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Là người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) sống tại địa bàn tỉnh Yên Bái trong thời gian điều tra.
- Tự nguyện và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người mất răng toàn bộ
- Không tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Người không có mặt vào lúc điều tra do các nguyên nhân khác nhau:
 - + Người đến sinh sống tạm thời trong thời gian ngắn ở khu vực lấy mẫu
 - + Vắng mặt tại địa bàn trong thời gian thu thập số liệu
 - + Đang bị bệnh lý toàn thân cấp tính
- Người không có khả năng hợp tác như tâm thần, câm, điếc,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} \times DE$$

- Cỡ mẫu:

Trong đó: p: Tỷ lệ mắc bệnh sâu răng tại cộng đồng của NCT (55.1%) [3]

d: Độ chính xác tuyệt đối (= 0,0326)

$Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$, tương ứng với độ tin cậy là 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. Do sử dụng kỹ thuật chọn mẫu 30 chùm ngẫu nhiên nên cỡ mẫu cần nhân với hệ số thiết kế mẫu ($DE = 1,5$). Do vậy, cỡ mẫu tính được là 1343 người cao tuổi.

2.3. Cách chọn mẫu

- Bước 1. Chọn 30 chùm ngẫu nhiên cho tổng khu vực thành thị và nông thôn tại Yên Bái, mỗi chùm là 1 xã/phường.

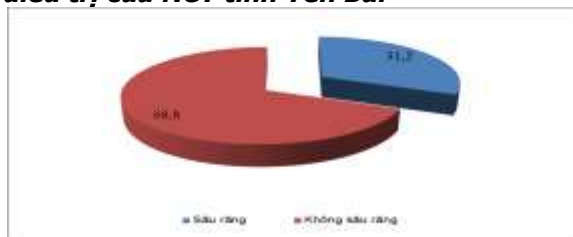
- Bước 2. Chọn đối tượng nghiên cứu: Lên danh sách các người cao tuổi trong xã/phường, chọn ngẫu nhiên đơn người cao tuổi từ danh sách cho tới khi đủ cỡ mẫu thì dừng.

Như vậy mỗi xã/phường sẽ chọn ít nhất 45 người cao tuổi.

Cỡ mẫu thực tế nghiên cứu là 1435 NCT.

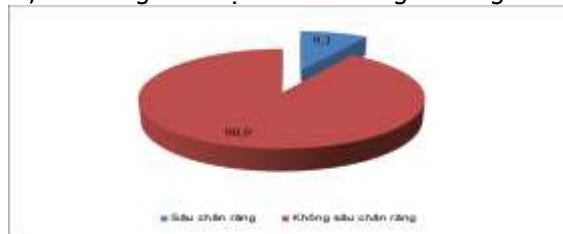
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng sâu răng và nhu cầu điều trị của NCT tỉnh Yên Bái



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ sâu răng chung của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Biểu đồ 3.1 cho thấy, trong 1435 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ sâu răng là 31,2%; 68,8% số người được khám không có răng sâu.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ sâu chân răng ở NCT tỉnh Yên Bái

Nhận xét: trong số 1435 đối tượng nghiên cứu, chỉ có 9,1% có sâu chân răng, 90,9% không có sâu chân răng.

Bảng 3.1. Chỉ số sâu mất trám của đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Tuổi \ Chỉ số	S (Mean±SD)	M (Mean±SD)	T (Mean±SD)	SMT (Mean±SD)
60-64	1,00 ± 2,34	2,53 ± 4,47	0,10 ± 0,69	3,62 ± 5,62
65-74	1,06 ± 2,52	3,69 ± 5,74	0,10 ± 0,78	4,81 ± 6,44
≥ 75	0,9 ± 2,67	5,32 ± 7,63	0,06 ± 0,69	6,31 ± 8,09
Tổng	1,01 ± 2,52	3,92 ± 6,23	0,09 ± 0,73	4,99 ± 6,89
p*	p=0,38	p=0,000	p=0,09	0,000

*Kruskal-wallis test.

Nhận xét: Chỉ số trung bình SMT của 1435 đối tượng nghiên cứu là 4,99±6,89; trong đó chỉ số sâu răng (S) là 1,01±2,52; mất răng (M) là 3,92±6,23; trám răng (T) thấp là 0,09±0,73. Trung bình răng sâu, mất, trám ở nhóm ≥ 75 cao nhất (0,9; 5,32; 0,06) và trung bình răng sâu mất trám giảm dần theo tuổi thấp nhất ở lứa tuổi 60-64 (1,0; 2,53; 0,1).

Bảng 3.2. Chỉ số sâu mất trám của đối tượng nghiên cứu theo giới

Giới \ Chỉ số	S (Mean±SD)	M (Mean±SD)	T (Mean±SD)	SMT (Mean±SD)
Nam	0,85 ± 2,46	3,96 ± 6,40	0,05 ± 0,49	4,83 ± 6,96
Nữ	1,16 ± 2,57	3,88 ± 6,06	0,12 ± 0,89	5,14 ± 6,83
Tổng	1,01 ± 2,52	3,92 ± 6,23	0,09 ± 0,73	4,99 ± 6,89
p*	P=0,004	p=0,182	p=0,029	p=0,023

*Mann-Whitney test

Nhận xét: Trung bình răng sâu ở nam và nữ là xấp xỉ nhau (4,83 và 5,14). Trung bình răng mất, trám và chỉ số SMT ở nữ lần lượt là 1,16; 3,88; 0,12 và ở nam là 0,85; 3,96; 4,83.

Bảng 3.3. Nhu cầu điều trị theo nhóm tuổi

Tỷ lệ		Không cần điều trị	Trám 1 mặt	Trám 2 mặt	Phục hình	Điều trị tủy	Nhổ răng	Điều trị khác	Không ghi nhận
Tuổi									
60-64	n	177	21	2	7	2	4	35	110
	%	49,7	5,9	0,0	2,0	0,6	1,1	9,8	30,9
65-74	n	262	39	4	12	3	10	66	230
	%	41,9	6,2	0,6	1,9	0,5	1,6	10,5	36,7
≥ 75	n	159	19	0	12	4	7	39	213
	%	35,1	4,2	0,0	2,6	0,9	1,5	8,6	47,0
Tổng	n	598	79	4	31	9	21	140	553
	%	41,7	5,5	0,3	2,2	0,6	1,5	9,8	38,5

p	p=0,01 ($\chi^2=38,067$)
----------	----------------------------

Test khi bình phương: *: $\chi^2 = 38,067$, $p < 0,01$

Nhận xét: nhu cầu điều trị giữa các nhóm tuổi có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa các nhóm ($p=0,01$). Nhu cầu cao nhất ở cả 3 nhóm tuổi là nhu cầu điều trị khác (mòn răng) ở nhóm ≥ 75 tuổi là 8,6%; nhóm 65-74 tuổi là cao nhất 10,5% và nhóm 60-64 tuổi là 9,8%. Nhu cầu thấp nhất ở cả 3 nhóm tuổi là nhu cầu điều trị trám 2 mặt, chỉ có 0,6% ở nhóm 65-74 tuổi.

Bảng 3.4. Nhu cầu điều trị theo giới

Giới	Tỷ lệ	Không cần điều trị	Trám 1 mặt	Trám 2 mặt	Phục hình	Điều trị tủy	Nhổ răng	Điều trị khác	Không ghi nhận
	n								
Nam	293		35	2	20	4	10	69	261
	%	42,2	5,0	0,3	2,8	0,6	1,4	9,9	37,6
Nữ	305		44	2	11	5	11	71	292
	%	41,2	5,9	0,3	1,5	0,7	1,5	9,6	39,4
Tổng	598		79	4	31	9	21	140	553
	%	41,7	5,5	0,3	2,2	0,6	1,5	9,8	38,5
p	p=0,78 ($\chi^2=4,79$)								

Test khi bình phương: *: $\chi^2 = 4,79$, $p > 0,05$

Nhận xét: Bảng 3.4 cho thấy nhu cầu điều trị của nam và nữ không cao và tương đương nhau chiếm xấp xỉ 19,8%, tập trung ở 3 nhu cầu chính là các điều trị khác (hàn tiêu lổm cổ răng), trám 1 mặt và phục hình đều ở mức cao. Sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Các yếu tố liên quan bệnh sâu răng

Bảng 3.5. Tỷ lệ sâu răng theo giới và nhóm tuổi

Đặc điểm	Tình trạng răng	Có sâu		Không sâu		Tổng cộng		p (χ^2)
		n	%	n	%	n	%	
Giới	Nam	193	27,8	501	72,2	694	48,4	p*=0,007 ($\chi^2 = 7,28$)
	Nữ	255	34,4	486	65,6	741	51,6	
Nhóm tuổi	60 - 64	118	33,1	238	66,9	356	24,8	p**=0,016 ($\chi^2 = 8,29$)
	65 - 74	212	33,9	414	66,1	626	43,6	
	≥ 75	118	26,0	335	74,0	453	31,6	
Vùng	Thành thị	85	24,6	260	75,4	345	24,1	
	Nông thôn	363	33,3	727	66,7	1090	75,9	

Test khi bình phương: *: $\chi^2 = 7,28$, $p < 0,01$; **: $\chi^2 = 8,29$, $p < 0,05$

Nhận xét: tỷ lệ sâu răng của nam là 27,8%, thấp hơn nữ là 34,4%. Tỷ lệ sâu răng thấp nhất ở nhóm tuổi ≥ 75 (26,0%).

Bảng 3.6. Mô hình hồi quy đa biến về mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ với tình trạng sâu răng NCT

Yếu tố nguy cơ	OR	95%CI	p
Chải răng	3,29	1,58- 6,82	p=0,01
Sử dụng kem chải răng	1,24	0,64-2,40	P=0,532
Thay bàn chải đánh răng			
Dưới 3 tháng	1		
Từ 3 đến 6 tháng	1,12	0,82-1,52	p=1,52
Từ 6 đến 12 tháng	1,57	1,09-2,25	P=0,015
Trên 1 năm	2,0	1,38-2,91	p=0,00
Làm sạch kẽ răng bằng chỉ tơ	1,42	0,64-3,18	p=0,389
Làm sạch kẽ răng bằng tăm	0,902	0,59-1,37	P=0,63
Sử dụng nước súc miệng sau ăn			
≥ 02 lần*	1		
Dưới 2 lần	1,20	0,84-1,73	p=0,32
Tần suất khám răng			
Chưa bao giờ	1		
Dưới 1 năm	1,14	0,82-1,60	p=0,44
Trên 1 năm	0,9	0,70-1,63	p=0,43

Nhận xét: Các yếu tố chải răng, sử dụng kem chải răng, thay bàn chải đánh răng từ 3- 6 tháng, làm sạch kẽ răng bằng chỉ tơ nha khoa, sử dụng nước súc miệng sau ăn hay khám răng dưới 1 năm

làm giảm nguy cơ sâu răng đặc biệt yếu tố chải răng làm giảm nguy cơ gây sâu răng với người không chải răng 3,29 lần sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về thực trạng bệnh sâu răng và nhu cầu điều trị của người cao tuổi tỉnh Yên Bái

4.1.1. Thực trạng bệnh sâu răng: Nhóm đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ sâu răng là 31,2%. Trong đó tỷ lệ sâu chân răng theo biểu đồ 3.2 là 9,1%. Số trung bình răng sâu ở mỗi người trong nghiên cứu này là $1,01 \pm 2,52$. Tỷ lệ này thấp hơn các nghiên cứu khác trên thế giới. Giải thích tỷ lệ sâu răng nói chung, sâu chân răng nói riêng và số trung bình răng sâu trên một người ở mức thấp hơn các nghiên cứu khác, có thể do số răng sâu hiện diện còn ít, đối tượng bị mất răng do sâu nhiều hoặc tình trạng răng miệng và thái độ, hành vi chăm sóc răng miệng của NCT trên địa bàn nghiên cứu tốt hơn các vùng khác, mặt khác kết quả này thấp hơn so với các nghiên cứu của những năm trước cho thấy tình trạng sâu răng ở người cao tuổi ngày càng được cải thiện, ý thức chăm sóc sức khỏe răng miệng của NCT đã tốt hơn trong những năm gần đây.

Nhìn vào đặc điểm của chỉ số SMT chúng ta nhận thấy rằng mất và răng sâu khá cao so với số răng được trám quá thấp, điều này có thể xuất phát từ thực tế thiếu quan tâm tới điều trị bảo tồn răng sâu, không điều trị khi tổn thương mới xuất hiện và tình trạng bệnh còn nhẹ, chỉ tới khi sâu răng đã có biến chứng thì mới đi chữa. Vì vậy, muốn giảm chỉ số SMT chúng ta cần quan tâm tới vấn đề giáo dục nha khoa giúp cải thiện thái độ, hành vi về chăm sóc và điều trị các bệnh răng miệng.

4.1.2. Nhu cầu điều trị sâu răng: Nhu cầu điều trị bệnh sâu răng của NCT tỉnh Yên Bái là 19,8% trong đó có 2,2% nhu cầu cần điều trị phục hình, có 5,5% hàn 1 mặt và 9,8% điều trị khác. Nhu cầu điều trị hàn răng là 5,8% thấp hơn so với điều tra ở TP Hồ Chí Minh năm 1992 và điều tra NCT ở quận Hoàng Mai, Hà Nội năm 2007 với số răng cần trám là 37,2% và 8,33%; nhu cầu điều trị tủy là 0,6% thấp hơn so với điều tra này ở TP Hồ Chí Minh và Hà Nội là 4,8% và 5,7% [6],[7].

- Theo nhóm tuổi: Nhu cầu điều trị phục hình ở nhóm ≥ 75 tuổi là 2,6%, nhóm 65-74 là 1,9% và nhóm 60-64 là 2,0%. Nhu cầu này chiếm tỷ lệ không cao ở cả 3 nhóm tuổi.

+ Nhu cầu điều trị khác ở nhóm ≥ 75 là 8,6% và nhóm 65-74 là 10,5 và nhóm 60-64 là 9,8%, nhu cầu này ở từng nhóm cao nhất.

+ Nhu cầu điều trị trám 1 mặt ở nhóm ≥ 75 là 4,2%; nhóm 65-74 là 6,2%; nhóm 60-64 là 5,9%

+ Nhu cầu điều trị giữa các nhóm tuổi có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa các nhóm ($p < 0,05$).

- Theo giới: Theo bảng 3.4 nhu cầu điều trị của cả 2 giới đều cao và xấp xỉ nhau. Tập trung vào 3 nhu cầu chính là điều trị khác (trám tiêu hình chêm, phục hồi răng gãy, mòn,...), trám 1 mặt và nhu cầu phục hình đều ở mức cao. Sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4.2. Các yếu tố liên quan bệnh sâu răng:

Xét theo nhóm tuổi: Số trung bình răng sâu trên mỗi người ở nhóm tuổi 60 – 64 ($1,0 \pm 2,34$) và thấp nhất ở nhóm tuổi trên 75 ($0,9 \pm 2,67$). Chỉ số trung bình răng mất và chỉ số SMT tăng dần theo tuổi (2,53; 3,69; 5,32) và ở nhóm tuổi trên 75 cao hơn hẳn so với 2 nhóm tuổi còn lại cho thấy số răng mất tăng dần theo tuổi. Trong đó chỉ số trung bình răng trám ở nhóm tuổi trên 75 là $0,06 \pm 0,69$ thấp nhất so với 2 nhóm còn lại, mà số trung bình răng sâu ở nhóm trên 75 là $0,9 \pm 2,67$; cho thấy gần như người cao tuổi ở nhóm tuổi này không được trám răng sâu.

Xét theo giới: tỷ lệ sâu răng và số trung bình răng sâu của nữ đều cao hơn nam nhưng không đáng kể (bảng 3.2). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Văn Trường (2001) và Trần Thanh Sơn (2007) [2],[7]. Số trung bình răng mất và chỉ số SMT ở nữ (3,88) thấp hơn ở nam (3,96); nhưng số trung bình răng trám của nam ($4,83 \pm 6,96$) lại ít hơn nhiều so với nữ ($5,14 \pm 6,83$) điều này có thể giải thích là do nữ giới có xu hướng quan tâm đến bệnh răng miệng và tìm kiếm dịch vụ chăm sóc răng miệng nữ giới nhiều hơn nam giới.

Xét theo vùng: Tỷ lệ sâu răng ở vùng nông thôn cao hơn thành thị (33,3% và 24,6%); sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này có thể giải thích do điều kiện ăn uống, kinh tế, tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng ở nông thôn kém hơn so với thành thị.

Xét theo thái độ và hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng liên quan sâu răng các yếu tố chải răng, sử dụng kem chải răng, thay bàn chải đánh răng từ 3- 6 tháng, làm sạch kẽ răng bằng chỉ tơ nha khoa, sử dụng nước súc miệng sau ăn hay khám răng dưới 1 năm làm giảm nguy cơ sâu răng đặc biệt yếu tố chải răng làm giảm nguy cơ gây

sâu răng với người không chải răng 3,29 lần sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ sâu răng của đối tượng nghiên cứu ở mức thấp là 31,2%, tỉ lệ sâu chân răng là 9,1%. Trong đó, số trung bình răng sâu là $1,01 \pm 2,52$ răng ở mỗi người, trung bình răng mất là $3,92 \pm 6,23$; trung bình răng trám là $0,09 \pm 0,73$. Chỉ số SMT ở mức thấp là $4,99 \pm 6,89$.

Nhu cầu điều trị bệnh sâu răng NCT tỉnh Yên Bái là 19,8% trong đó có 2,2% nhu cầu cần điều trị phục hình, có 5,5% hàn 1 mặt và 9,8% điều trị khác.

Những yếu tố theo giới, tuổi, thái độ, hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng và theo vùng đều ảnh hưởng đến tình trạng sâu răng của NCT tỉnh Yên Bái.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson P.E (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global

Oral Health Programme, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33, 81–92.

2. Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải và Cs (2002). *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Phạm Văn Việt (2004). *Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi ở Hà Nội*, Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội, 14-15; 20-21; 68-69.
4. Liu L, Zhang Y, Wu W, Cheng M, Li Y, et al. (2013). Prevalence and Correlates of Dental Caries in an Elderly Population in Northeast China. *PLoS ONE* 8 (11):e78723. doi:10.1371/journal.pone.0078723.
5. Rihs L. B., Silva D. D., Sousa L.M (2009). Dental caries in an elderly population in Brazil, *J Appl Oral Sci*, 17(1), 8-12.
6. Nguyễn Võ Duyên Thơ (1992). *Điều tra tình hình sức khỏe răng miệng ở người già, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh*.
7. Trần Thanh Sơn (2007). Đánh giá tình trạng bệnh răng miệng, K.A.P và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi tại quận Hoàng Mai, Hà Nội, *Tạp chí y học thực hành*, 1, 77-81.

NGHIÊN CỨU BIẾN CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN TRONG ĐIỀU TRỊ TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO VỠ

Nguyễn Thế Hào*, Trần Trung Kiên**

Từ khóa: Túi phình động mạch não, phẫu thuật ít xâm lấn, chảy máu dưới nhện.

SUMMARY

COMPLICATIONS OF MINIMALLY INVASIVE MICROSURGERY IN TREATMENT OF CEREBRAL ANEURYSMS

Objective: To study complications of minimally invasive microsurgical treatment for ruptured cerebral aneurysms. **Methods:** This prospective study included 166 patients who were brought to Bach Mai Hospital for ruptured cerebral aneurysms, between 6/2014 and 6/2016. **Results:** Female/Male: 1/1,3; Mean age 51,6. 81,3% patients were in clinical grade 1-2. 73,5% hemorrhage in grade 2, 12,6% in grade 1. 37,3% aneurysms located on anterior communicating artery and 27,7% aneurysms located on middle cerebral artery. During operation, rate of intraoperative rupture were 27,7%. Post-operative complications were revealed in 1,2%. On the postoperative angiography, there weren't any patient with remnant aneurysms, and 7,2% with arterial occlusions. The good clinical outcome: 91,6%. The follow up also showed good results regarding domestic outcome in 97,6% and chewing comfort in 95,8%. **Conclusion:** Minimally invasive microsurgery is estimated to be safe and low rate of complications in treatment of ruptured cerebral aneurysms.

Keywords: cerebral aneurysms, minimally invasive surgery, subarachnoid hemorrhage.

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu những biến chứng sau mổ khi điều trị túi phình động mạch não vỡ bằng phẫu thuật ít xâm lấn. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu 166 bệnh nhân phình động mạch não vỡ điều trị bằng phẫu thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Bạch Mai, từ 6/2014 đến 6/2016. **Kết quả:** tỉ lệ nữ/nam: 1/1,3 tuổi trung bình 51,6. Tuổi thường gặp là từ 40-60 chiếm 46,4%. Có 81,3% bệnh nhân lâm sàng ở độ 1-2 và 19,7% ở độ 3. Có 73,5% chảy máu độ 2, 12,6% độ 1 và 13,9% độ 3. Vị trí túi phình động mạch thông trước chiếm 37,3%, ĐM não giữa chiếm tới 27,7%, ĐM thông sau chiếm 21,1%. Vỡ túi phình trong mổ chiếm 27,7%. Có 1,2% bệnh nhân có biến chứng sau mổ. Chụp kiểm tra sau mổ không có bệnh nhân nào còn tồn dư túi phình, và 7,2% tắc mạch não. Kết quả tốt 91,6%. 95,8% chức năng cơ nhai ít bị ảnh hưởng, 97,6% đẹp về thẩm mỹ và 96,4% còn chức năng khứu giác tốt sau mổ. **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật túi phình động mạch não vỡ bằng phẫu thuật ít xâm lấn là phương pháp an toàn và ít biến chứng.

*Bệnh viện Bạch Mai

**Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Hào

Email: ngthehao2002@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2017

Ngày duyệt bài: 23.5.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mục đích chính trong điều trị phẫu thuật túi phình động mạch não là nhằm loại bỏ hoàn toàn túi phình ra khỏi vòng tuần hoàn và đảm bảo sự toàn vẹn của hệ động mạch não. Phẫu thuật đã được thực hiện thường quy ở các trung tâm phẫu thuật thần kinh, với kết quả tốt. Kinh điển thì phẫu thuật thường được thực hiện qua đường mổ, với vết mổ khá lớn và có nguy cơ gây sang chấn, và hậu phẫu thường nặng nề, đòi hỏi sự chăm sóc tốt sau mổ. Nhưng sự tiến bộ của chuyên ngành phẫu thuật thần kinh, sự phát triển của các phương tiện dụng cụ phẫu thuật, và phát triển của ngành gây mê hồi sức đã tạo ra những phương pháp phẫu thuật mới, có hiệu quả hơn và độ an toàn cao hơn. Trong lĩnh vực phẫu thuật phình động mạch não, thì phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn là một trong những tiến bộ đáng kể. Phương pháp mổ này đã giúp cho phẫu thuật trở lên ít sang chấn hơn và kết quả tốt hơn. Tại Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi đã thực hiện áp dụng phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị phình động mạch não vỡ. Mục đích của nghiên cứu nhằm đánh giá những biến chứng của phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị phình động mạch não vỡ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 166 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị túi phình động mạch não vỡ bằng phẫu thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 6/2014 đến tháng 6/2016.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Phương pháp nghiên cứu: mô tả, tiến cứu, được thực hiện theo quy trình thống nhất

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

+ Bệnh nhân có túi phình động mạch não vỡ ở độ 1-3 theo phân độ của hội Phẫu thuật thần kinh thế giới.

+ Bệnh nhân có thể trạng tốt và tuổi dưới 75.

+ Bệnh nhân và gia đình đồng ý phẫu thuật

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Tình trạng nặng: độ 4-5

+ Túi phình chưa vỡ

+ Tuổi > 75

+ Gia đình không đồng ý phẫu thuật

2.4. Cỡ mẫu: Lựa chọn theo thực tế trong thời gian tiến hành nghiên cứu

2.5. Quy trình nghiên cứu: Phương pháp phẫu thuật thực hiện trong nghiên cứu: Sau khi gây mê nội khí quản, bệnh nhân được đặt theo tư thế nằm ngửa, đầu nghiêng tùy theo vị trí của túi phình. mổ sọ được tiến hành theo các bước

quy định. Chúng tôi sử dụng các đường mổ ít xâm lấn trong túi phình động mạch não:

- Đường ít xâm lấn thái dương: cho túi phình động mạch não giữa

- Đường trên cung mày cho túi phình động mạch thông trước

- Đường trán sát đường giữa cho các túi phình động mạch quanh thể trãi

- Đường dưới cằm cho túi phình PICA

2.6. Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm: tuổi, giới, lâm sàng, mức độ chảy máu, vị trí túi phình, những thuận lợi và khó khăn trong mổ, biến chứng sau mổ, kết quả lâm sàng và chụp động mạch não kiểm tra sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thực hiện phẫu thuật ít xâm lấn cho 166 bệnh nhân có túi phình động mạch não vỡ, chiếm tới 30,2% tổng số bệnh nhân đã mổ phình động mạch não ở cùng thời kỳ.

1. Giới: có 94 nữ và 72 nam, tỉ lệ nữ/nam: 1/1,3

2. Tuổi: thay đổi từ 35 đến 73 tuổi.

Tuổi	Nữ	Nam
Từ 20-39 tuổi	23	17
Từ 40-60 tuổi	45	32
Trên 60 tuổi	26	23

Tuổi trung bình 51,6. Tuổi thường gặp nhất là từ 40-60 chiếm 46,4% (77 bệnh nhân)

3. Đặc điểm bệnh nhân:

Đặc điểm bệnh nhân	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tình trạng lâm sàng: Độ 1	18	10,8
Độ 2	117	70,5
Độ 3	31	18,7
Độ chảy máu: Độ 1	21	12,6
Độ 2	122	73,5
Độ 3	23	13,9

Trên lâm sàng: 70,5% bệnh nhân lâm sàng ở độ 2 do vỡ túi phình, và 10,8% bệnh nhân ở độ 1 và 18,7% độ 3. Trên chụp CLVT: 73,5% chảy máu độ 2, 12,6% độ 1 và 13,9% độ 3.

4. Vị trí túi phình:

Vị trí túi phình	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Thông trước	62	37,3
Não giữa	46	27,7
Thông sau	35	21,1
Mạch mạc trước	7	4,2
Quanh thể trãi	14	8,4
Tiểu não sau dưới	2	1,2

Phẫu thuật ít xâm lấn cho túi phình động mạch thông trước chiếm 37,3%, ĐM não giữa chiếm tới 27,7%, ĐM thông sau chiếm 21,1%.

5. Các yếu tố khó khăn và thuận lợi:

Các yếu tố	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
<i>Yếu tố thuận lợi</i>		
Thời gian mổ ngắn < 2h	136	81,9
Thời gian hậu phẫu ngắn	166	100
<i>Khó khăn trong mổ</i>		
Thao tác khó khăn	138	83,1
Vỡ trong mổ	46	27,7
Tỉ lệ kẹp tạm thời	58	34,9

6. Biến chứng sau mổ: Có 2 bệnh nhân có biến chứng chiếm 1,2%. Trong đó 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ, một bệnh nhân rò dịch não tủy sau mổ. Không có biến chứng chảy máu sau mổ, viêm màng não.

7. Chụp kiểm tra sau mổ: Chúng tôi chụp mạch não kiểm tra sau mổ được cho 166 bệnh nhân (100%), thời gian chụp sau mổ 3 ngày đến 4 tuần. Kết quả chụp mạch:

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Còn tồn dư túi phình	0	0
Tắc mạch não	12	7,2

Không có trường hợp nào bị tồn dư túi phình, và có 7,2% bệnh nhân bị biến chứng tắc mạch não.

8. Kết quả điều trị:

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Kết quả điều trị: Tốt	152	91,6
Trung bình	16	8,4
Ít ảnh hưởng chức năng cơ nhai	159	95,8
Kết quả đẹp về thẩm mỹ	162	97,6
Còn chức năng khứu giác	160	96,4

Kết quả tốt 91,6%. 8,4% kết quả trung bình. Kết quả chức năng cơ nhai 95,8% ít bị ảnh hưởng, 97,6% bệnh nhân đẹp về thẩm mỹ và 96,4% bệnh nhân vẫn còn chức năng khứu giác tốt sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật ít xâm lấn được áp dụng vào trong điều trị phình động mạch não ở trên thế giới từ hơn 20 năm nay và ở nước ta phương pháp này được thực hiện từ hơn 4 năm nay [1]. Hiệu quả và lợi ích của đường mổ này đã được khẳng định trên thế giới. Nhưng ở trong nước chưa có nghiên cứu nào đánh giá biến chứng của phương pháp này. Chúng tôi cho rằng, hiệu quả lớn nhất của phương pháp này là đem lại kết quả tốt trong điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả nghiên cứu cho thấy kết quả tốt 91,6%. 8,4% kết quả trung bình và 96,4% bệnh nhân vẫn còn chức năng khứu giác tốt sau mổ. Đây là những kết quả khả quan về mặt lâm sàng. Về

mặt chụp mạch kiểm tra sau mổ, trong nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy không có trường hợp nào bị tồn dư túi phình, tức là tỉ lệ 100% loại bỏ hoàn toàn túi phình và chỉ có 7,2% bệnh nhân bị biến chứng tắc mạch não. Kết quả này cho thấy hiệu quả đáng kể của phương pháp mổ. Kết quả về mặt thẩm mỹ của đường mổ này đã chỉ rõ kết quả về mặt chức năng cơ cắn và thẩm mỹ tốt, giảm mức độ đau sau mổ cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì kết quả chức năng cơ nhai 95,8% ít bị ảnh hưởng, 97,6% bệnh nhân đẹp về thẩm mỹ. Do đây là phẫu thuật ít xâm lấn, thời gian phẫu thuật ngắn, nên thời gian hậu phẫu ngắn, và giảm dụng cụ tiêu hao trong mổ và chi phí y tế [3],[4],[5],[6],[7]. Thực tế khi phẫu thuật chúng tôi nhận thấy tổn thương não ít hơn (đập não, khô vỏ não, và tĩnh mạch ở khe Sylvius) khi mở theo đường keyhole. 81,9% bệnh nhân có thời gian mổ dưới 2 giờ.

Bên cạnh những hiệu quả mà phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn mang lại, vẫn còn có những khó khăn khi áp dụng phẫu thuật này. Qua 166 bệnh nhân được thực hiện thì chúng tôi nhận thấy những thao tác kỹ thuật trong mổ khó khăn hơn đường mổ Yasargil bình thường ở 83,1% bệnh nhân, việc hút dịch não tủy cũng không phải luôn dễ dàng, và nhất là khi xảy ra vỡ túi phình trong mổ. Tỉ lệ vỡ túi phình trong mổ tới 27,7% cao hơn các nghiên cứu trước đây của chúng tôi [1] và các nghiên cứu khác trong nước. Theo các nghiên cứu trên thế giới, tỉ lệ vỡ trong mổ trong ngày đầu tiên thường khá cao. Vì vậy khi thực hiện phẫu thuật ít xâm lấn ở thời điểm mổ sớm sau chảy máu thì chúng tôi thường chủ động kẹp tạm thời động mạch mang, nhằm giảm bớt tỷ lệ vỡ trong mổ. Việc lựa chọn bệnh nhân mổ đóng vai trò quan trọng, trong nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân được lựa chọn phẫu thuật ít xâm lấn thường có tình trạng lâm sàng còn tốt (độ lâm sàng ≤ 3) và độ chảy máu trên phim cắt lớp vi tính ở độ 1-3. Theo kinh nghiệm của chúng tôi chỉ định cho phẫu thuật ít xâm lấn khi tổng điểm độ lâm sàng và độ chảy máu không quá 5. Trong nghiên cứu của chúng tôi 81,3% bệnh nhân ở tình trạng lâm sàng còn khá, ở độ 1-2. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ rõ, tính an toàn của phương pháp là tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp. Chúng tôi chỉ có 1,2% bệnh nhân có biến chứng sau mổ, và 96,4% bệnh nhân vẫn còn chức năng khứu giác tốt sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Điều trị túi phình động mạch não vỡ bằng phẫu thuật ít xâm lấn cho thấy kết quả tốt về lâm sàng, chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân, tỉ lệ loại bỏ túi phình cao, tỉ lệ tử vong và biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thế Hào, Phạm Quỳnh Trang, Đặng Việt Sơn, (2012), "Nhận xét bước đầu về phẫu thuật keyhole trong điều trị túi phình tuần hoàn trước", Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, tập 16, phụ bản số 4, 11-14.
2. Phạm Quỳnh Trang (2014) "Điều trị túi phình động mạch thông trước vỡ bằng phẫu thuật keyhole". Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Fischer.G, Stadie.A, Reisch.R, Hopf.NJ, et al (2011) "The keyhole concept in aneurysm surgery: Results of the past 20 years" Neurosurgery 68 [ONS Supp 1] 41-51.
4. Nathal.E, Gomez-Amador.JL (2005) "Anatomic and surgical basis of the sphenoid ridge keyhole approach for cerebral aneurysms", Neurosurgery 56, ONS 178-ONS 185.
5. Park.HS, Park.SK, Han.YH (2009) "Microsurgical experience with supraorbital keyhole operations on anterior circulation aneurysms" J.Korean. Neurosurg Soc, 46, 103-108.
6. Reisch.R, Perneczkey.A, Filippi.R (2003) "Surgical technique of the supraorbital keyhole craniotomy" Surg Neurol, 59, 223-227.
7. Steiger.HJ, Schmid-Elsaesser.R, Stummer.W, Uhl.E (2001) "Transorbital keyhole approach to anterior communicating artery aneurysms" Neurosurgery 48, 347-352.

THỰC TRẠNG TIẾP CẬN DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH CỦA BỆNH NHI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG NĂM 2016

Vũ Minh Hải*, Nguyễn Đức Thanh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả về thực trạng tiếp cận khám chữa bệnh của bệnh nhi điều trị nội trú. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang qua điều tra dịch tễ học. **Kết quả:** Đa số đối tượng nghiên cứu được truyền thông về phòng chống bệnh cho trẻ chiếm 94,0%; trong đó ở thành thị là 96,5% cao hơn ở nông thôn là 92,6%. Đa số các đối tượng đều được cán bộ y tế truyền thông về phòng chống bệnh cho trẻ, trong đó tại khu vực nông thôn là 85,8% cao hơn so với khu vực thành thị là 78,8%. Tỷ lệ nhập viện đúng tuyến chung của các bệnh nhi là 30,8%, tại thành thị là 79,6%, vùng nông thôn chỉ có 3,9%. Có 94,5 % đối tượng nghiên cứu có tham gia bảo hiểm y tế. Loại bảo hiểm tham gia chủ yếu ở đối tượng nghiên cứu là bảo hiểm y tế trẻ em <6 tuổi (94,1%). **Kết luận:** Tỷ lệ nhập viện đúng tuyến chung của bệnh nhi còn thấp, đặc biệt bệnh nhi vùng nông thôn nhập viện vượt tuyến, chuyển tuyến quá cao.

Từ khóa: Tiếp cận, dịch vụ khám chữa bệnh, Bệnh Nhi, Hải Dương

SUMMARY

REAL SITUATION OF APPROACHING MEDICAL EXAMINATION AND TREATMENT OF CHILD PATIENTS IN HAI DUONG PEDIATRIC HOSPITAL IN 2016

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải
Email: vuminhhai777@gmail.com
Ngày nhận bài: 17.2.2017
Ngày phản biện khoa học: 5.5.2017
Ngày duyệt bài: 16.5.2017

Objective: Description of the status and access to health care payments by patients of pediatric inpatient treatment. **Methods:** Cross-sectional study through epidemiological investigation. **Results:** The majority of the subjects were instructed by medical staff in disease prevention for children. Of which, the number of subjects in rural areas were 85.8%, higher than in urban areas, 78.8%. Gross hospitalization rate of right service patents was 30.8%, of which 79.6% in urban areas and 3.9% in rural areas. There were 94.5% of subjects having health insurance. The kind of insurance of subjects engaged in the research was child (94.1%). **Conclusion:** The total hospitalization rate of pediatric patients was still low, especially, child patients in rural areas admitted beyond and transferred service had high proportion.

Keywords: Approach, services medical examination, pediatric patients, Hai Duong

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại nhiều nước ở châu Á, chi cho y tế tăng nhanh hơn so với tốc độ tăng trưởng kinh tế. Việt Nam là một nước thuộc nhóm có thu nhập thấp của thế giới, nguồn lực của nhà nước dành cho chi tiêu công nói chung và cho ngành y tế nói riêng còn nhiều hạn hẹp. Trong khi đó tỷ lệ chi phí cho y tế của các hộ gia đình tăng từ 94 USD/đầu người năm 2011 lên 142 USD/đầu người năm 2014 [1], [2]. Để đảm bảo công bằng trong y tế, chăm sóc sức khỏe (CSSK) cho mọi người, trong đó chú trọng tới người nghèo luôn luôn là mối quan tâm của Đảng và Nhà nước ta. Trong thời gian qua đã có rất nhiều chính sách, giải pháp để hỗ trợ trong chăm sóc sức khỏe được ban hành như: chính sách tăng đầu tư cho

y tế, tăng kinh phí để phát triển mạng lưới y tế cơ sở, mở rộng BHYT.

Trong bối cảnh trên, việc trả lời câu hỏi: thực trạng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh nhi hiện nay ra sao, và góp phần đưa ra cơ sở dữ liệu cho các nhà quản lý và hoạch định chính sách có cơ sở khoa học trong việc đề ra các giải pháp phù hợp hơn để giúp các bệnh nhi tiếp cận tốt hơn dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mô tả thực trạng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh nhi điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2016.

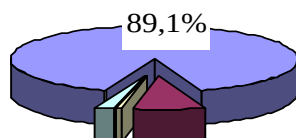
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ được truyền thông về phòng chống bệnh cho trẻ em của bố, mẹ hoặc người chăm sóc bệnh nhi

Truyền thông	Thành thị		Nông thôn		Tổng	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Có	137	96,5	239	92,6	376	94,0
Không	5	3,5	19	7,4	24	6,0
Tổng	142	100	258	100	400	100

Theo số liệu trong bảng trên, đa số đối tượng nghiên cứu được truyền thông về phòng chống bệnh cho trẻ chiếm 94,0%; trong đó ở thành thị là 96,5% cao hơn ở nông thôn là 92,6%.



■ Thông tin đại chúng ■ CTV Y tế ■ CTV DS ■ Cán bộ y tế

Biểu đồ 1. Nguồn thông tin được tiếp cận của bố/mẹ hoặc người chăm sóc bệnh nhi

Qua biểu đồ trên ta thấy nguồn thông tin đối tượng được tiếp cận chủ yếu là qua phương tiện thông tin đại chúng chiếm 89,1%; tỷ lệ được tiếp cận qua cộng tác viên dân số chiếm thấp nhất chỉ 0,5%.

Bảng 2. Tỷ lệ được cán bộ y tế truyền thông về phòng chống bệnh cho trẻ của bố/mẹ hoặc người chăm sóc bệnh nhi

Cán bộ y tế truyền thông	Thành thị (n=142)		Nông thôn (n=258)		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	108	78,8	205	85,8	313	83,2
Không	29	21,2	34	14,2	63	16,8
Tổng	137	100	239	100	376	100

Từ bảng 2 cho thấy, đa số các đối tượng đều được cán bộ y tế truyền thông về phòng chống bệnh cho trẻ, trong đó tại khu vực nông thôn là 85,8% cao hơn so với khu vực thành thị là 78,8%.

Bảng 3. Hình thức nhập viện của bệnh nhi

Hình thức nhập viện	Thành thị (n=142)		Nông thôn (n=258)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đúng tuyến ^(*)	113	79,6	10	3,9
Chuyển tuyến ^(*)	4	2,8	100	38,8
Vượt tuyến	25	17,6	148	57,4
Tổng	142	100	258	100

1. Địa bàn nghiên cứu: Các khoa lâm sàng của bệnh viện Nhi Hải Dương, tỉnh Hải Dương.

2. Đối tượng nghiên cứu: Bố/mẹ hoặc người chăm sóc bệnh nhi vừa kết thúc đợt điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Hải Dương.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang

3.2 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

*Cỡ mẫu: Được tính theo công thức sau:

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

Thực tế nghiên cứu chúng tôi đã chọn 400 đối tượng để phỏng vấn.

3.3. Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn 400 đối tượng theo bộ câu hỏi được lập sẵn

(*)p	<0,05
------	-------

Kết quả cho thấy tỷ lệ nhập viện đúng tuyến của các đối tượng là 30,8%, tại thành thị có 79,6% đối tượng nhập viện đúng tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất, chuyển tuyến chỉ chiếm 2,8%. Trong khi đó tại nông thôn thì tỷ lệ đúng tuyến lại thấp nhất với 3,9%; tỷ lệ vượt tuyến chiếm cao nhất với 57,4%. Sự khác biệt giữa 2 vùng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV BÀN LUẬN

Tiếp cận thông tin chăm sóc sức khỏe là một yếu tố quan trọng trong việc chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe của người dân, khi người dân được tiếp cận đầy đủ thông tin về chăm sóc sức khỏe thì họ sẽ có kiến thức để thực hành phòng và chống bệnh tốt hơn, bảo vệ sức khỏe cho mình và cho mọi người. Giảm nguy cơ mắc bệnh cũng là giảm chi phí cho KCB, giảm gánh nặng cho kinh tế của gia đình [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số đối tượng nghiên cứu được truyền thông về phòng chống bệnh cho trẻ chiếm 94%; trong đó ở thành thị là 96,5% cao hơn ở nông thôn là 92,6%. Nguồn thông tin chính mà người dân tiếp cận chủ yếu là phương tiện thông tin đại chúng (ti vi, đài, báo, internet...) với 89,1%. Qua đó có thể thấy rõ tầm quan trọng của thông tin đại chúng đối với việc tuyên truyền giáo dục sức khỏe. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng nguồn thông tin từ cộng tác viên y tế, cộng tác viên dân số và cán bộ phụ nữ chiếm tỷ lệ rất thấp lần lượt là 8,2%, 0,5% và 2,2%. Đây là một sự thiếu hụt về lĩnh vực truyền thông giáo dục sức khỏe mà các nhà quản lý nên xem xét và quan tâm đầu tư để 100% người dân được tiếp cận với các thông tin về giáo dục sức khỏe. Do đó qua nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng việc đảm bảo cho mọi người dân được tiếp cận với thông tin về chăm sóc sức khỏe cũng là một trong những yếu tố đảm bảo cho công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế của người dân.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, đa số các đối tượng đều được cán bộ y tế truyền thông về phòng chống bệnh cho trẻ, trong đó tại khu vực nông thôn là 85,8% cao hơn so với khu vực thành thị là 78,8%. Việc được cán bộ y tế trực tiếp truyền thông về phòng chống bệnh cho trẻ giúp cho bà mẹ có kiến thức đúng trong việc chăm sóc thai nghén, sinh đẻ cũng như nuôi con. Ở nông thôn, mạng lưới y tế thôn bản có điều kiện tiếp cận các đối tượng thuận lợi hơn so với ở thành thị do đặc điểm văn hóa, nghề nghiệp của đối tượng. Điều này có thể giải thích cho việc số các đối tượng đều được cán bộ y tế truyền thông về phòng chống bệnh cho trẻ, trong đó tại khu vực nông thôn là cao hơn so với khu vực thành thị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhập viện đúng tuyến của các đối tượng là 30,8%, tại thành thị có 79,6% đối tượng nhập viện đúng tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất, chuyển tuyến chỉ chiếm 2,8%. Trong khi đó, tại nông thôn thì tỷ lệ đúng tuyến lại thấp nhất với 3,9%; tỷ lệ vượt tuyến chiếm cao nhất với 57,4%. Sự khác biệt giữa 2 vùng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này xảy ra đối với khu vực thành thị là điều dễ hiểu. Trẻ em hầu hết trong các phường đều được đăng ký khám chữa bệnh ban đầu ở bệnh viện Nhi Hải Dương, một số phường đăng ký ở bệnh viện đa khoa thành phố hoặc các cơ sở khám chữa bệnh khác như: bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương, bệnh viện đa khoa Hòa Bình, bệnh viện Đại học kỹ thuật y Hải Dương... tùy theo cơ quan Bảo hiểm xã hội tỉnh phân đầu thầu. Cho nên số lượng trẻ nhập viện đúng tuyến là khá cao [4]. Tuy nhiên vẫn có tỷ lệ trẻ nhập viện theo hình thức vượt tuyến (cơ quan Bảo hiểm thanh toán 60%, gia đình chi trả 40%) với lý do không xin được giấy chuyển viện từ các cơ sở đã đăng ký khám chữa bệnh ban đầu, hoặc nhà gần với bệnh viện Nhi hơn hoặc tin tưởng vào bệnh viện Nhi hơn. Trong khi đó, tại khu vực nông thôn thì tỷ lệ chuyển tuyến là 38,8%; tỷ lệ vượt tuyến chiếm cao nhất với 57,4%. Có điều này xảy ra là, vì đa số bệnh nhi vượt tuyến khi nhập viện đều trong tình trạng bệnh nặng hoặc do tâm lý bố mẹ thấy con có biểu hiện nặng, họ ngay lập tức đưa con đi viện mà không cần qua bệnh viện huyện để xin giấy chuyển viện (đã được quy định tại Thông tư 40/2015/TT-BYT của Bộ Y tế). Một phần cũng là do quy định chuyển tuyến, theo đó bảo hiểm y tế chuyển tuyến chỉ áp dụng cho những trường hợp nào bệnh nặng mà cơ sở khám chữa bệnh ban đầu không xử lý được mới được chuyển lên tuyến trên dẫn đến tình trạng gia đình người bệnh ngại đưa bệnh nhân đến cơ sở khám chữa bệnh ban đầu để xin giấy chuyển viện.

V KẾT LUẬN

- Đa số các đối tượng đều được cán bộ y tế truyền thông về phòng chống bệnh cho trẻ, trong đó tại khu vực nông thôn là 85,8% cao hơn so với khu vực thành thị là 78,8%.

- Tỷ lệ nhập viện đúng tuyến của các bệnh nhi là 30,8%, tại thành thị là 79,6% vùng nông thôn là 3,9%; sự khác biệt giữa 2 vùng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Có 94,5 % đối tượng nghiên cứu có tham gia bảo hiểm y tế. Loại bảo hiểm tham gia chủ yếu ở đối tượng nghiên cứu là bảo hiểm y tế trẻ em <6 tuổi (94,1%).

KHUYẾN NGHỊ

1. Tăng cường truyền thông nâng cao ý thức của người dân về việc tham gia bảo hiểm y tế, khám chữa bệnh đúng tuyến để góp phần giảm chi phí cho điều trị tại bệnh viện khi có bệnh.

2. Vùng nông thôn, trong khi thu nhập còn thấp hơn thành thị nhưng chi phí cho khám chữa bệnh lại cao hơn, do vậy cần có những chính sách hỗ trợ các bệnh nhi ở nông thôn để giảm

bớt khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh tại các tuyến trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Bank (2016)**, *Health expenditure per capita*.
2. **Bộ Y tế (2011)**, *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2011, Nâng cao năng lực quản lý, đổi mới tài chính y tế để thực hiện kế hoạch 5 năm ngành y tế, 2011-2015*.
3. **Nguyễn Thị Lệ Hà và cs (2012)**, "Phân tích chi phí sử dụng kỹ thuật cao trong điều trị một số bệnh ngoại khoa tại bệnh viện Bưu điện Hà Nội", *Tạp chí Y học thực hành*, số 7 (829), tr. 21- 24.
4. **Trịnh Văn Mạnh (2011)**, "Tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân tại trạm y tế thuộc địa bàn huyện Thanh Miện, tỉnh Hải Dương năm 2007", *Tạp chí Y học thực hành*, số 4 (760), tr. 124- 127.

DỰ PHÒNG HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT UNG THƯ TIÊU HOÁ TẠI BỆNH VIỆN K - KINH NGHIỆM QUA 110 TRƯỜNG HỢP

Phạm Văn Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả bước đầu dùng thuốc chống đông dự phòng huyết khối tĩnh mạch sau mổ bệnh nhân ung thư tiêu hoá. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 110 bệnh nhân ung thư dạ dày và ung thư đại trực tràng được dùng thuốc chống đông dự phòng huyết khối tĩnh mạch sau phẫu thuật tại khoa ngoại Bụng 1 Bệnh viện K. Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu. **Kết quả:** 110 bệnh nhân tuổi trung bình 67,5; nam/nữ: 52/48; 30 ca ung thư dạ dày, 46 ca ung thư đại tràng, 34 ca ung thư trực tràng; tỷ lệ mô nội soi: 5/30 (16,6%) ca ung thư dạ dày; 12/46 (26%) ca ung thư đại tràng, 13/34 (40,6%) ca ung thư trực tràng; tổng số mô nội soi là 30/110 (17,11%); Giai đoạn II: 50 bệnh nhân, giai đoạn III: 60 bệnh nhân; Thời gian dùng thuốc chống đông sau mổ trung bình 8,5 ngày; Tỷ lệ biến chứng chảy máu 1,8%; Tỷ lệ có huyết khối tĩnh mạch sau mổ là 0,9%. **Kết luận:** dùng thuốc chống đông dự phòng huyết khối tĩnh mạch sau mổ ung thư tiêu hoá tại Bệnh viện K: an toàn và hiệu quả với tỷ lệ biến chứng chảy máu sau mổ (1,8%) và tỷ lệ hình thành huyết khối tĩnh mạch sau mổ thấp (0,9%).

Từ khóa: Ung thư tiêu hoá, Huyết khối tĩnh mạch sau mổ

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 19.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2017

Ngày duyệt bài: 18.5.2017

SUMMARY

PROPHYLAXIS OF POSTOPERATIVE VENOUS THROMBOEMBOLISM IN PATIENTS GASTROINTESTINAL CANCER AT K HOSPITAL - EXPERIENCE WITH 110 CASES

Objectives: To evaluate the initial results of anticoagulant therapy for venous thromboembolism after surgery for gastrointestinal cancer. **Subjects and methods:** 110 patients with gastrointestinal cancer received anticoagulant therapy for prevention venous thromboembolism after surgery at the Department of Abdominal Surgery 1, K Hospital. Description study. **Results:** The average age was 67.5 years; the ratio of male / female was 52/48; 30 cases of stomach cancer, 46 cases of colon cancer, 34 cases of rectal cancer; Rate of laparoscopy surgery: 16.6% of gastric cancer, 26% of colon cancer, 40.6% of rectum cancer and 17.11% of the total cases. There were 50 patients in stage II and 60 patients in stage III; The mean duration of the anticoagulant treatment was 8.5 days; The rate of bleeding during the anticoagulant therapy was 1.8%, the incidence of postoperative venous thromboembolism was 0.9%. **Conclusion:** Anticoagulation prophylaxis of postoperative venous thromboembolism for gastrointestinal cancer is safe and effective with a low rate of side effect

Key Words: Gastrointestinal cancer, Postoperative venous thromboembolism

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) Venous thromboembolism là một biến chứng thường gặp với bệnh nhân có nguy cơ cao trong quá trình nằm viện và sau khi ra viện. Đối với bệnh nhân ung thư, bệnh lý huyết khối chiếm 15%-20% và khoảng 10% bệnh nhân ung thư ở giai đoạn sớm đã có huyết khối tĩnh mạch tại thời điểm chẩn đoán ung thư [1],[2],[3],[4], [5], [7]. Như vậy khoảng 1/4 số bệnh nhân TTHKTM có liên quan tới bệnh ung thư nên đã đặt ra một vấn đề lớn với các bác sĩ ung thư là phác đồ điều trị bệnh lý ung thư nói chung phải kết hợp với dự phòng TTHKTM.

Bệnh nhân ung thư có nhiều yếu tố nguy cơ TTHKTM: điều trị hoá chất, điều trị hormone, catheter tĩnh mạch trung tâm dùng kéo dài và đặc biệt là bệnh nhân trải qua phẫu thuật vì bệnh lý ung thư có nguy cơ TTHKTM cao hơn phẫu thuật do bệnh lành tính. Các nghiên cứu mới đây cho thấy bệnh nhân ung thư có nguy cơ TTHKTM cao gấp từ 4 đến 6 lần và tỷ lệ tử vong cao hơn số tử vong do bệnh lý ung thư đơn thuần hay chỉ do huyết khối. Các bệnh ung thư buồng trứng, ung thư não, ung thư tụy có nguy cơ TTHKTM cao trong khi ung thư đầu cổ, ung thư bàng quang, ung thư vú có nguy cơ TTHKTM thấp. Tuy nhiên kết luận về tỷ lệ huyết khối cho từng loại khối u vẫn còn bỏ ngỏ. Một số báo cáo lại cho thấy ung thư phổi, ung thư đại tràng, ung thư tiền liệt tuyến thường có tỷ lệ TTHKTM cao hơn [2],[3],[4]. Xuất phát từ những nghiên cứu trên, điều trị dự phòng TTHKTM đã dần trở thành phác đồ cơ bản trong điều trị bệnh nhân ung thư. Trên thực tế các phẫu thuật viên ung thư vẫn còn e ngại về nguy cơ chảy máu sau mổ khi dùng thuốc chống đông dự phòng TTHKTM. Xuất phát từ vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu "*đánh giá kết quả bước đầu dùng thuốc chống đông dự phòng huyết khối tĩnh mạch sau mổ bệnh nhân ung thư tiêu hoá*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: gồm 110 bệnh nhân ung thư dạ dày và ung thư đại trực tràng được phẫu thuật tại khoa ngoại Bụng I – Bệnh viện K

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày và đại trực tràng với kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến
- Xét nghiệm đông máu trước mổ trong giới hạn bình thường
- Được phẫu thuật triệt căn: mổ mở hoặc phẫu thuật nội soi theo protocole phẫu thuật ung thư

- Sau mổ 24h được dùng thuốc chống đông Lovenox 40 mg tiêm dưới da/1lần/ngày đến khi ra viện, siêu âm doppler mạch kiểm tra huyết khối tĩnh mạch sâu trước khi ra viện.

- Có bệnh án ghi chép đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mô bệnh học không phải ung thư biểu mô tuyến

- Không được phẫu thuật triệt căn

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ

Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiền cứu đánh giá một nghiệm pháp điều trị

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tuổi, giới
- Loại bệnh ung thư tiêu hoá: ung thư dạ dày, ung thư đại tràng, ung thư trực tràng
- Giai đoạn bệnh
- Loại phẫu thuật: mổ mở, mổ nội soi
- Thời gian dùng thuốc chống đông sau mổ
- Biến chứng sau mổ liên quan đến thuốc chống đông
 - + chảy máu ổ bụng
 - + chảy máu vết mổ hay lỗ trocar
 - + tụ máu sau phúc mạc
- Huyết khối tĩnh mạch sâu sau mổ

III. KẾT QUẢ

- 110 bệnh nhân có tuổi trung bình 67,5 (bệnh nhân trẻ nhất 28 tuổi, già nhất 81 tuổi), tỷ lệ nam/nữ gần tương đương 52%/48%

- Loại bệnh ung thư tiêu hoá: 30 ca ung thư dạ dày, 46 ca ung thư đại tràng, 34 ca ung thư trực tràng

- Loại phẫu thuật nội soi/mổ mở: 5/30 (16,6%) ca ung thư dạ dày, 12/46 (26%) ca ung thư đại tràng, 13/34 (40,6%) ca ung thư trực tràng. Tổng số 30/110 (17,11%)

- Giai đoạn bệnh: giai đoạn II có 50 bệnh nhân, giai đoạn III 60 bệnh nhân

- Thời gian dùng thuốc chống đông sau mổ trung bình 8,5 ngày (7-15 ngày)

- Biến chứng sau mổ liên quan đến chảy máu 2/110 (1,8%) trường hợp trong đó

+ 1 ca tụ máu sau phúc mạc (mổ mở ung thư đại tràng trái)

+ 1 ca tụ máu chân lỗ trocar 10mm (mổ nội soi ung thư trực tràng)

- Biến chứng hình thành huyết khối tĩnh mạch sâu sau mổ: 01 (0,9%) ca ung thư trực tràng thấp, phẫu thuật miles nội soi sau mổ 15 ngày hình thành huyết khối tĩnh mạch đùi sâu phải. Điều trị lovenox 40mg x 2 lọ/2 lần/24h sau 3 tuần lâm sàng bệnh nhân hết đau chân phải, siêu âm doppler mạch huyết khối giảm 2/3 thể tích.

IV. BÀN LUẬN

Chống đông dự phòng cho bệnh nhân ung thư là cần thiết?

Chống đông dự phòng được chỉ định thường quy cho những bệnh nhân sau phẫu thuật lớn. Đối với bệnh nhân sau mổ ung thư nếu không dùng chống đông dự phòng nguy cơ hình thành huyết khối có thể lên tới 50%. Tỷ lệ TTHKTM trên bệnh nhân ung thư vào khoảng 20% và TTHKTM là nguyên nhân tử vong thứ 2 của bệnh nhân ung thư nói riêng và tử vong do thuyên tắc mạch phổi chiếm 5% đến 10% số tử vong ở bệnh nhân nằm viện. Bệnh nhân ung thư kèm huyết khối tĩnh mạch có thời gian sống thêm sau mổ ngắn hơn so với bệnh nhân cùng loại ung thư, cùng giai đoạn ung thư và cùng được điều trị một phác đồ ung thư, vì thế dùng thuốc chống đông dự phòng trên bệnh nhân là một chỉ định cần thiết [1],[2],[7]. Thuốc chống đông thuộc nhóm heparin trọng lượng phân tử thấp (lovenox 40mg) thường được dùng phổ biến vì tính tiện lợi tiêm dưới da 1lần/ngày bắt đầu sau phẫu thuật 12h đến 24h.[5],[6],[7]. Mặc dù phòng ngừa TTHKTM có thể ứng dụng các phương pháp truyền thống như vận động sớm sau mổ, gác cao chân kết hợp với xoa bóp và dùng tất chun hay tất ép hơi để hạn chế tối đa điều kiện hình thành huyết khối tĩnh mạch chi dưới. Thuốc chống đông vẫn rất cần thiết và có hiệu quả trong cơ chế phòng TTHKTM nhất là những bệnh nhân sau mổ ung thư tiêu hoá vì tuổi cao, hạn chế vận động sau mổ do đau. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là 67,5 trong đó bệnh nhân cao tuổi nhất là 81 tuổi. Số lượng các nghiên cứu tới thời điểm hiện nay về độ an toàn và hiệu quả của heparin dự phòng sau phẫu thuật các bệnh lành tính là tương đối nhiều, nhưng đối với bệnh lý ung thư thì có ít tác giả đề cập tới. Nghiên cứu ENOXACAN (1997) so sánh đối chứng khi dùng Heparin trọng lượng phân tử thấp và Heparin thường trên 631 bệnh nhân mổ ung thư đại trực tràng, siêu âm doppler kiểm tra ngày thứ 10 sau phẫu thuật kết quả là tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch chi dưới 14,2%-18,6%[5]. Vai trò của Heparin trọng lượng phân tử thấp cũng được khẳng định trong ENOXACAN II (2002) nghiên cứu đa trung tâm, so sánh đối chứng mù kép 501 bệnh nhân mổ triệt căn ung thư được dùng Enoxaparin 40mg/1lần/1ngày. Siêu âm mạch máu kiểm tra vào ngày thứ 25 và 30 sau mổ. Tỷ lệ có TTHKTM ở nhóm placebo là 12% trong khi nhóm dùng Enoxaparin là 4,8%[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp 1 (0,9%) bệnh nhân

sau mổ ung thư trực tràng thấp xuất hiện huyết khối tĩnh mạch đùi sâu sau mổ ngày thứ 15 mặc dù bệnh nhân vẫn được dùng chống đông dự phòng sau mổ lovenox 40mg/1lần/ngày.

Các yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân ung thư?

Nguy cơ TTHKTM của từng loại bệnh ung thư, từng vị trí ung thư vẫn còn là câu hỏi? Các nghiên cứu của hiệp hội nội khoa ung thư Châu Âu (ESMO 2011) chỉ ra rằng huyết khối tĩnh mạch của bệnh nhân ung thư có nhiều yếu tố nguy cơ: vị trí khối u (đầu cổ, tiểu khung, 2 chi dưới có nguy cơ cao), loại bệnh ung thư (ung thư dạ dày, ung thư tụy có nguy cơ cao), giai đoạn bệnh (càng muộn nguy cơ huyết khối càng cao), có điều trị hoá chất hoặc nội tiết, loại phẫu thuật và thời gian phẫu thuật (mổ càng lâu càng nguy cơ cao), đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, nằm bất động lâu, có tiền sử huyết khối tĩnh mạch cũng là các yếu tố nguy cơ[2],[7].

Trong 110 bệnh nhân ung thư tiêu hoá của chúng tôi có 30/110 (27,3%) bệnh nhân ung thư dạ dày nhưng chúng tôi không gặp trường hợp nào huyết khối tĩnh mạch. 1 trường hợp huyết khối tĩnh mạch đùi sâu sau mổ lại ở ung thư trực tràng. Giai đoạn bệnh cũng là một yếu tố nguy cơ vì ở giai đoạn tiến triển khối u thường đã xâm lấn (T4) hoặc di căn (M1) và giai đoạn tiến triển thường làm cho bệnh nhân ít vận động do đau nên dòng chảy tĩnh mạch có thể bị cản trở thuận lợi hình thành huyết khối tĩnh mạch sâu. Với 60/110 (54,5%) bệnh nhân ở giai đoạn III tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch của tôi chỉ là (1/110) 0,9% chưa phản ánh được yếu tố nguy cơ này.

Phương pháp phẫu thuật cũng ảnh hưởng tới nguy cơ huyết khối tĩnh mạch. Phẫu thuật nội soi ổ bụng có bơm CO₂ với áp lực 12mmHg -14mmHg, áp lực này tác động lên tĩnh mạch chủ bụng làm hạn chế dòng máu tĩnh mạch từ 2 chi dưới đổ về tĩnh mạch chậu vào tĩnh mạch chủ bụng, dòng chảy bị chậm lại tạo điều kiện cho các yếu tố hoạt hoá tiểu cầu gây tăng đông và dễ hình thành huyết khối hơn so với phương pháp mổ mở kinh điển. Tỷ lệ mổ nội soi của chúng tôi là 16,6% ung thư dạ dày; 26% ung thư đại tràng; 40,6% ung thư trực tràng như vậy tỷ lệ mổ nội soi ung thư trực tràng cao nhất trong nhóm ung thư tiêu hoá và chính bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch đùi sâu sau mổ của chúng tôi là bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi. Chúng tôi không có bệnh nhân nào điều trị hoá chất trước phẫu thuật hay trong tiền sử đã có huyết khối tĩnh mạch mặc dù các tác giả đề cập

tới 4 cơ chế thuận lợi hình thành huyết khối khi điều trị hoá chất cho bệnh nhân ung thư là: làm tổn thương viêm cấp thành mạch, tổn thương miễn dịch nội mạc, giảm các yếu tố ức chế đông máu tự nhiên (giảm protein C và S, antithrombin III), hoạt hoá tiểu cầu [2],[3],[4],[7]

Nguy cơ chảy máu sau mổ khi dùng thuốc chống đông dự phòng huyết khối?

Chảy máu sau mổ là một biến chứng có thể gặp trong bất cứ loại phẫu thuật nào, nhất là bệnh nhân lại được dùng thuốc chống đông sau mổ. Lo lắng này là chính đáng đối với phẫu thuật viên nên trong thực tế hiện nay các phẫu thuật viên còn dè dặt hoặc không muốn dùng thuốc chống đông sau mổ phòng huyết khối tĩnh mạch. Với các bệnh nhân điều trị nội khoa ung thư đơn thuần nghiên cứu ENDORSE 2008 đa trung tâm có nêu ra nguy cơ chảy máu do thuốc chống đông chiếm khoảng 10% các bệnh nhân nội khoa và ngoại khoa [2]. Bệnh nhân sau phẫu thuật nguy cơ chảy máu đôi khi rất khó quy kết cho thuốc chống đông dự phòng huyết khối hay do kỹ năng mổ của phẫu thuật viên bởi kỹ thuật mổ, phẫu tích tỉ mỉ, cầm máu chi tiết là các yếu tố kỹ thuật ngoại khoa đóng vai trò quan trọng liên quan đến biến chứng chảy máu sau mổ [3],[4],[6],[7]. Chúng tôi gặp 2 trường hợp chảy máu sau mổ chiếm 1,8%: 1 trường hợp tụ máu sau phúc mạc từ ngày thứ 2 sau mổ ung thư đại tràng trái, phát hiện bằng CT ổ bụng và siêu âm. Trường hợp thứ 2 tụ máu chân lỗ trocar sau mổ ngày thứ 2 phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng. Cả hai ca này đều được dùng thuốc chống đông khi

phát hiện ra biến chứng chảy máu, điều trị nội khoa có kết quả và bệnh nhân không phải mổ lại.

III. KẾT LUẬN

Kết quả dùng thuốc chống đông dự phòng huyết khối tĩnh mạch sau mổ bệnh nhân ung thư tiêu hoá bước đầu có hiệu quả và an toàn với tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sau mổ là 1,8%, biến chứng chảy máu có khả năng liên quan tới thuốc chống đông thấp 1,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Bùi Hải (2013)** "Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị tắc động mạch phổi cấp" Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội, 12-18
2. **Cohen.T.A; Tapson.F.V; Bergmann.J.F et al (2008)** "Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study". Lancet; 371:387-94
3. **Farge.D; Debourdeau.P; Beckers.M et al (2012)** "International clinical practice guidelines for the treatment and prophylaxis of venous thromboembolism in patients with cancer" Journal of Thrombosis and Haemostasis, 11:56-70
4. **Https://en.wikipedia.org/wiki/Rudolf_Virchow:1-18**
5. **Lee.Y.Y.A (2004)** "Management of thrombosis in cancer: primary prevention and secondary prophylaxis" BJH, 128: 291-302
6. **Lyman.H.G; Bohlke.K; Khorana.A.A et al (2015)** "Venous thromboembolism Prophylaxis and Treatment in Patients With cancer: American society of clinical oncology clinical practice guideline update 2014" Journal of clinical oncology; Doi:10.1200/JCO.2014.59.7351
7. **Mandala.M; Falanga.A; Roila.F et al (2011)** "Management of venous thromboembolism (VTE) in cancer patients: ESMO Clinical practice guidelines"; Annals of oncology 22; DOI:10.1093/annonc/mdr392.

THANG ĐIỂM CHẨN ĐOÁN ĐỊNH HƯỚNG LAO PHỔI MỚI AFB ÂM TÍNH

Vũ Quang Diễn*, Đinh Ngọc Sỹ**, Nguyễn Xuân Triều***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng thang điểm chẩn đoán định hướng lao phổi mới AFB âm tính [AFB (-)]. **Phương pháp:** Tiến cứu mô tả trên 134 bệnh nhân, 75 bệnh nhân được chẩn đoán xác định lao phổi mới AFB(-), 59 bệnh nhân bệnh phổi không do lao. Thời gian nghiên cứu từ tháng 4/2005 đến tháng 6/2007. **Kết quả và**

kết luận: Các triệu chứng có giá trị cao trong chẩn đoán lao phổi với điểm được xác định là: Phổi hợp các tổn thương cơ bản của lao trên X.quang phổi: 5 điểm, sốt nhẹ về chiều ≥ 2 tuần: 5 điểm, ELISA (+): 4 điểm, ran (âm, nõ): 3 điểm, Mantoux (+): 3 điểm, ra mồ hôi đêm: 2 điểm, ho khạc đờm: 1điểm. Ngưỡng điểm chẩn đoán định hướng lao phổi là 10 điểm với độ đặc hiệu là 98%, độ nhạy là 92%, LR(+): 54,28%, LR(-): 0,0814.

Từ khóa: Lao phổi mới AFB âm tính, thang điểm chẩn đoán

*Bệnh viện 74 Trung ương

** Bệnh viện phổi Trung ương

*** Học viện quân y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quang Diễn

Email: dienvq@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 20.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2017

Ngày duyệt bài: 19.5.2017

SUMMARY

SCORING SYSTEM FOR THE DIAGNOSIS OF NEW SMEAR – NEGATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS

Objectives: Development of scoring system for the diagnosis of new smear-negative pulmonary

tuberculosis. **Method:** A prospective, descriptive study was conducted in 134 new smear-negative pulmonary tuberculosis inpatients in central 74 hospital. Among them, 75 patients were defined new smear-negative pulmonary tuberculosis, 59 patients were defined non-TB pulmonary diseases. Research time from April in 2005 to June in 2007. **Results and conclusion:** The point of signs: Productive cough: 1 point, slight fever at evening over 14 days: 5 points, night sweats: 2 points, rales: 3 points, combined lesions of TB in chest X-ray: 5 points, ELISA (+): 4 points and positive Mantoux: 3 points. Presenting with suspected smear-negative PTB, when presented with a cut-off value of 10 points, sensitivity of 92%, specificity of 98%, and LR+ = 54,28 and LR- = 0,0814.

Keywords: New smear-negative pulmonary tuberculosis, scoring system

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chẩn đoán lao phổi mới AFB (-) là một thách thức ở các cơ sở y tế chỉ sử dụng nhuộm soi đờm trực tiếp tìm AFB để chẩn đoán vì tỷ lệ thấy AFB trong đờm chỉ đạt được khoảng 50% tổng số bệnh nhân lao phổi. Lâm sàng và X-quang của bệnh lao phổi có thể giống với các bệnh phổi khác. Xây dựng thang điểm chẩn đoán lao phổi mới AFB(-) giúp cho chẩn đoán sớm, tăng độ chính xác của chẩn đoán, đưa ra quyết định điều trị sớm cho bệnh nhân lao phổi AFB(-) là cần thiết [4]. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: Xây dựng thang điểm chẩn đoán lao phổi mới AFB(-).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh nhân lao phổi mới AFB(-), bệnh nhân có nhuộm soi đờm tìm AFB âm tính nhưng nuôi cấy đờm tìm vi khuẩn lao dương tính, nhập

viện điều trị tại Bệnh viện 74 Trung ương. Thời gian nghiên cứu 4/2005 đến tháng 6/2007.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả, chọn mẫu không xác suất với một mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu: 134 bệnh nhân, 75 bệnh nhân được chẩn đoán xác định lao phổi mới AFB(-), 59 bệnh nhân bệnh phổi không do lao.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin: Phỏng vấn bệnh nhân, thăm khám, chụp X-quang ngực, nhuộm soi đờm trực tiếp tìm AFB, nuôi cấy vi khuẩn lao, xét nghiệm huyết thanh ELISA lao, phản ứng Mantoux, các xét nghiệm khác.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý tại trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng. Số liệu được làm sạch và phân tích trên chương trình Stata Version 9. Xác định hệ số hồi quy logistic của các triệu chứng trong lao phổi mới AFB(-). Tính toán độ nhạy, độ đặc hiệu, LR của các ngưỡng điểm, chọn ngưỡng điểm cho chẩn đoán định hướng lao phổi mới AFB(-) bằng mô hình đường cong ROC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Với tổng số 134 bệnh nhân, nam 103, nữ 31, trong đó 75 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là lao phổi mới AFB(-), 59 bệnh nhân chẩn đoán xác định bệnh phổi không lao. Các triệu chứng có liên quan đến lao phổi được xác định giá trị trong chẩn đoán lao phổi (độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính, độ chính xác). Thông qua mô hình hồi quy logistic cho toàn bộ các triệu chứng có liên quan đến khả năng mắc lao phổi mới AFB(-) và bằng phương pháp step- wise, 7 triệu chứng có giá trị cao trong lao phổi mới AFB(-) còn lại trong mô hình được xác định hệ số hồi quy, giá trị p và 90% CI.

Bảng 3.1. Hệ số hồi quy logistic của các triệu chứng trong lao phổi mới AFB(-).

Triệu chứng	Hệ số hồi quy	p	90%CI	
1.Ho khạc đờm	1,34	0,073	0,28	2,4
2.Sốt nhẹ về chiều $\geq$ 2 tuần	5,03	0,005	2,18	7,48
3.Ra mồ hôi đêm	2,07	0,023	0,74	3,4
4.Ran (ẩm, nổ)	3,09	0,005	1,48	4,71
5.Tổn thương X-quang phổi phổi hợp	5,15	0,001	2,69	7,61
6.Mantoux (+)	2,62	0,027	0,68	4,56
7.ELISA (+)	4,06	0,004	1,75	6,38

CI: Khoảng tin cậy (Confidence interval)

Phối hợp các tổn thương cơ bản của lao trên X-quang phổi có hệ số hồi quy cao nhất (5,15) với 90% khoảng tin cậy (2,69 – 7,61). Dấu hiệu ho khạc đờm có hệ số hồi quy thấp nhất: 1,34 với 90% khoảng tin cậy (0,28 – 2,4).

Bảng 3.2. Điểm của các triệu chứng trong lao phổi mới AFB(-).

STT	Triệu chứng	Điểm (nếu có triệu chứng)
1	Tổn thương X- quang phổi hợp	5
2	Sốt nhẹ về chiều $\geq$ 2 tuần	5
3	ELISA (+)	4
4	Ran (ẩm, nổ)	3

5	Mantoux(+)	3
6	Mồ hôi đêm	2
7	Ho khạc đờm	1

Điểm của các triệu chứng được cho bằng hệ số hồi quy logistic của từng triệu chứng. Sốt nhẹ về chiều ≥ 2 tuần và phổi hợp các tổn thương cơ bản của lao trên X-quang phổi có số điểm cao hơn so với các triệu chứng khác (5 điểm).

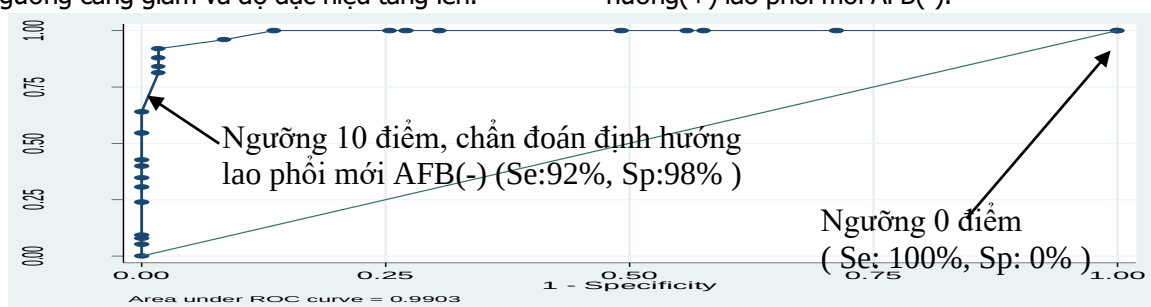
Bảng 3.3. Giá trị các ngưỡng điểm chẩn đoán định hướng lao phổi mới AFB(-).

Ngưỡng điểm	Se (%)	Sp (%)	AC (%)	LR+	LR-
(0)	100	0	56	1	0
(1)	100	29	69	1,4048	0
(2)	100	42	75	1,7353	0
(3)	100	44	75	1,7879	0
(4)	100	51	78	2,0345	0
(5)	100	69	87	3,2778	0
(6)	100	73	88	3,6875	0
(7)	100	75	89	3,9333	0
(8)	100	86	94	7,375	0
(9)	96	92	94	11,328	0,0437
(10)	92	98	95	54,28	0,0814
(11)	88	98	93	51,92	0,1221
(12)	84	98	90	49,56	0,1628
(13)	81	98	89	47,9867	0,1899
(14)	64	100	80	0	0,36
(15)	55	100	75	0	0,4533
(16)	43	100	68	0	0,5733

Se: độ nhạy, Sp: độ đặc hiệu, AC: độ chính xác, LR: tỷ suất tương hợp

Trên cơ sở số liệu bảng điểm của các triệu chứng, các giả thiết tổng các ngưỡng điểm theo thứ tự tăng dần để chẩn đoán định hướng lao phổi mới AFB(-) được đối chiếu với điểm của từng bệnh nhân nghiên cứu ở nhóm AFB(-) và nhóm BPKL để tính toán và lập ra bảng phân tích độ nhạy, độ đặc hiệu, AC, LR của từng ngưỡng điểm. Các ngưỡng điểm từ 0 – 8 điểm có độ nhạy 100%, từ 14 trở lên có độ đặc hiệu 100%. Tại các ngưỡng điểm cho thấy số điểm càng tăng thì độ nhạy của các ngưỡng càng giảm và độ đặc hiệu tăng lên.

Diện tích dưới đường cong = 0,9903: Mỗi điểm trên đường cong ROC là một ngưỡng điểm để chẩn đoán định hướng lao phổi mới AFB(-) tương đương với độ nhạy và độ đặc hiệu tại mỗi điểm. Dựa vào đường cong ROC và giá trị của các ngưỡng điểm được xây dựng, chúng tôi chọn ngưỡng điểm 10 điểm để chẩn đoán định hướng lao phổi mới AFB(-) với độ đặc hiệu là 98%, độ nhạy là 92%, ngưỡng có LR(+) lớn nhất: 54,28%. Như vậy tổng điểm đạt được ≥ 10 điểm có giá trị chẩn đoán định hướng (+) lao phổi mới AFB(-).



Biểu đồ 3.1. Đường cong ROC, ngưỡng điểm chẩn đoán định hướng lao phổi mới AFB(-)

IV. BÀN LUẬN

Kết hợp giữa các triệu chứng lâm sàng với hình ảnh X-quang và một số xét nghiệm có thể thực hiện dễ dàng, là hết sức cần thiết để chẩn đoán sàng lọc lao phổi ở cộng đồng và khi đứng trước những trường hợp thiếu sự khẳng định của

các xét nghiệm vi sinh [2],[5],[6]. Bảng 3.1 xác định hệ số hồi quy logistic của 7 triệu chứng trong lao phổi mới AFB(-). Phổi hợp các tổn thương cơ bản của lao trên X-quang phổi có hệ số hồi quy cao nhất (5,15) với 90% khoảng tin cậy (2,69 – 7,61). Điểm của các triệu chứng

được cho là hệ số hồi quy của từng triệu chứng. Có các triệu chứng: Sốt nhẹ về chiều ≥ 2 tuần, phổi hợp các tổn thương cơ bản của lao trên X-quang phổi được 5 điểm mỗi triệu chứng. Ho khạc đờm: 1 điểm, ra mồ hôi đêm: 02 điểm, ran (nổ, ẩm): 03 điểm, Mantoux(+): 03 điểm, ELISA(+): 04 điểm (bảng 3.2). Bảng 3.3 phân tích độ nhạy, độ đặc hiệu và tỷ lệ chẩn đoán đúng, LR tại từng ngưỡng điểm cụ thể của thang điểm chẩn đoán định hướng lao phổi mới AFB(-). Sử dụng đồ thị đường cong ROC (biểu đồ 3.1) của các ngưỡng điểm, để chẩn đoán định hướng lao phổi mới AFB(-) chúng tôi chọn ngưỡng điểm 10 điểm. Tại ngưỡng 10 điểm có độ đặc hiệu là 98%, độ nhạy là 92%, LR(+) đạt giá trị lớn nhất so với các ngưỡng khác. Kết quả nghiên cứu cho thấy ngưỡng điểm được chọn có giá trị chẩn đoán định hướng lao phổi mới AFB(-) cao. Tattevin et al (1999) xây dựng thang điểm cho dự đoán lao phổi trên 211 bệnh nhân cho thấy: Tiêm BCG > 10 năm được 1 điểm, không tiêm BCG: 2 điểm, không nhiễm HIV: 5 điểm, lâm sàng điển hình: 12 điểm, X-quang điển hình 14 điểm. Ngưỡng điểm dự đoán là 18 điểm với độ nhạy là 100%, độ đặc hiệu là 48,4% [5]. Wisnivesky et al (2000) dự đoán lao phổi ở bệnh viện bằng xây dựng thang điểm cho thấy: Lâm sàng và các yếu tố nguy cơ cho lao phổi được 4 điểm, test tuberculin(+): 5 điểm, X-quang đồng đặc thù trên phổi được 6 điểm, ran nổ được 3 điểm [6]. Mello et al (2006), nghiên cứu giá trị của mô hình hồi quy logistic cho dự đoán lao phổi AFB(-) dựa vào lâm sàng và X-quang cho thấy: Ngưỡng điểm được chọn có giá trị chẩn đoán lao phổi AFB(-) với độ nhạy là 71%, độ đặc hiệu: 76% [3]. Do có sự khác nhau về dịch tễ bệnh lao ở mỗi khu vực nghiên cứu giữa các tác giả nên các triệu chứng được cho điểm và số điểm của các triệu chứng giữa các nghiên cứu có khác nhau. Tuy nhiên có thể thấy triệu chứng lâm sàng, X-quang, Mantoux phù hợp với lao được sử dụng nhiều trong thang điểm để dự đoán lao phổi với số điểm được cho cao. Ngưỡng điểm được chọn để chẩn đoán lao phổi của các tác giả có độ nhạy cao hơn, độ đặc hiệu thấp hơn so với ngưỡng điểm của chúng tôi. Việc lựa chọn ngưỡng điểm chẩn đoán định hướng

lao phổi mới AFB(-) cần cân nhắc để chọn được ngưỡng có độ nhạy và độ đặc hiệu phù hợp. Điểm ngưỡng có độ nhạy cao giúp giảm trường hợp âm tính sai và điểm ngưỡng có độ đặc hiệu cao giảm trường hợp dương tính sai. Chọn ngưỡng điểm phụ thuộc vào mục đích lâm sàng: Nếu để chẩn đoán sàng lọc chọn ngưỡng có độ nhạy cao, để chẩn đoán xác định chọn ngưỡng có độ đặc hiệu cao [1]. Ở đây các tác giả nghiên cứu với mục đích chẩn đoán sàng lọc.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng có giá trị cao trong chẩn đoán lao phổi mới AFB(-) với điểm đạt được là: Sốt nhẹ về chiều ≥ 2 tuần: 05 điểm, phổi hợp các tổn thương cơ bản của lao trên X-quang phổi: 05 điểm, ELISA(+): 04 điểm, phản ứng Mantoux (+): 03 điểm, có ran (nổ, ẩm): 03 điểm, ra mồ hôi đêm: 02 điểm, ho khạc đờm: 1 điểm. Ngưỡng điểm được chọn để chẩn đoán định hướng lao phổi mới AFB(-) là 10 điểm với độ nhạy là 92%, độ đặc hiệu 98%. Tổng điểm đạt được ≥ 10 điểm có giá trị chẩn đoán định hướng lao phổi mới AFB(-).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Đình Thiện. (2006), "Đánh giá một nghiên cứu pháp chẩn đoán", *Dịch tễ học lâm sàng*, NXB y học, 1, tr. 95-114.
2. Lobue P.A., Perry S., Catanzaro A. (2000), "Diagnosis tuberculosis", *Tuberculosis, A comprehensive International approach*, 2nd Edition, Revised and expanded: Edition by Rechman L.B, Heshfield E.S, Marcel Dekker, New York, pp. 341-375.
3. Mello F.C., Bastos L.G., Soares S.L., et al (2006), "Predicting smear negative pulmonary tuberculosis with classification trees and logistic regression: a cross sectional study", *BMC Public Health*, 6, pp. 43.
4. Singh V., Kabra K. (2006), "Tuberculosis in developing countries: Diagnosis and treatment", *Paediatr Respir Rev*, 7, pp. 132-5.
5. Tattevin P., Casalino E., Fleury L., et al (1999), "The Validity of Medical History, Classic Symptoms, and Chest Radiographs in Predicting Pulmonary Tuberculosis Derivation of a Pulmonary Tuberculosis Prediction Model", *Chest*, 115, pp. 1248-1253.
6. Wisnivesky J.P., Kaplan J., Henschke C J., et al (2000), "Evaluation of clinical parameters to predict Mycobacterium tuberculosis in inpatients", *Arch Int Med*, 160(16), pp. 2471-6.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHỊ SỐT DENGUE CÓ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

Lê Minh Dũng*, Nguyễn Duy Thắng**, Nguyễn Quang Duật***

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sốt Dengue ở trẻ em thường có biến chứng nguy hiểm, trong đó xuất huyết tiêu hóa có thể gây tử vong do mất máu với tỷ lệ khá cao. **Mục tiêu:** Nghiên cứu một số đặc điểm cận lâm sàng có liên quan nhằm báo hiệu sớm hoặc tiên lượng biến chứng xuất huyết tiêu hóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 119 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm có xuất huyết tiêu hóa và không có xuất huyết tiêu hóa trong sốt Dengue để so sánh đặc điểm cận lâm sàng. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhi sốt Dengue có xuất huyết tiêu hóa có HCT giảm hơn, có tỉ lệ prothrombin < 60% cao hơn và tỉ lệ APTT > 80 giây cao hơn nhóm không có xuất huyết tiêu hóa. **Kết luận:** Các đặc điểm cận lâm sàng có liên quan với xuất huyết tiêu hóa giúp báo hiệu sớm và tiên lượng bệnh nhi sốt Dengue có xuất huyết tiêu hóa.

SUMMARY

**PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN
PEDIATRIC PATIENTS OF DENGUE FEVER
HAVE GASTROTESTINAL BLEEDING**

Background: Dengue Fever in children often have serious complications, including gastrointestinal bleeding that can cause death due to blood loss with a high rate. Objective: To study the characteristics of subclinical related to prognosis early indication or gastrointestinal bleeding complications. **Subjects and Methods Study:** 119 patients were divided into 2 groups with gastrointestinal bleeding and no gastrointestinal bleeding in dengue to compare subclinical traits. Results: Group dengue patients had gastrointestinal bleeding has decreased over HCT, prothrombin ratio <60% higher and the rate of APTT > 80 seconds higher than those without GI bleeding. **Conclusion:** The clinical characteristics relevant access to help gastrointestinal bleeding early indication and prognosis of patients with Dengue fever gastrointestinal bleeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt Dengue ngày càng gia tăng với tốc độ cao, nhất là ở miền Nam. Xuất huyết là một trong những vấn đề chính thường gặp trong bệnh nhân sốt Dengue và góp phần làm tăng tỉ lệ tử vong ở giai đoạn xuất huyết hoặc sốc.

Tỉ lệ xuất huyết được báo cáo ở bệnh nhân nhiễm vi rút Dengue từ 5-30%. Đa số biểu hiện xuất huyết tiêu hóa trên xảy ra vào ngày thứ 4 của bệnh [7]. Đây là biến chứng nguy hiểm, có

thể gây tử vong do mất máu với tỷ lệ khá cao. Tỉ lệ bệnh nhi có xuất huyết phủ tạng cao hơn người lớn. [4].

Việc phát hiện sớm xuất huyết tiêu hóa có vai trò quan trọng trong công tác điều trị sốt Dengue ở trẻ em đặc biệt là phòng ngừa biến chứng nặng nề có thể xảy ra như sốc, suy đa tạng... Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm khảo sát đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân nhi có xuất huyết tiêu hóa góp phần phát hiện sớm và tiên lượng nhằm hạn chế những biến chứng do xuất huyết có thể xảy ra.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 119 bệnh nhi điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng I trong thời gian 12/2014 - 12/2015 được chẩn đoán xuất huyết Dengue theo tiêu chuẩn chẩn đoán Bộ y tế năm 2011[1] và hướng dẫn của Tổ chức y tế thế giới năm 2009, được gia đình hoặc người giám hộ đồng ý cho bệnh nhi tham gia nghiên cứu. Đối tượng được chia thành 2 nhóm tương đương nhau về tuổi và giới:

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

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

2.2. Phương pháp nghiên cứu**2.2.1. Xét nghiệm tế bào máu ngoại vi**

- Lấy mẫu và bảo quản: lấy 1mL máu, cho vào ống chống đông EDTA, lắc nhẹ để máu không đông và tránh vỡ hồng cầu. Sau đó, bảo quản lạnh ở nhiệt độ từ 2 - 8°C. Trước khi phân tích lắc đều trong vòng 2 phút.

- Phân tích các chỉ số: số lượng hồng cầu, số lượng bạch cầu, công thức bạch cầu, tiểu cầu, hàm lượng hemoglobin, hematocrit. Các giá trị bình thường được sử dụng theo chuẩn hóa theo máy đang áp dụng tại Bệnh viện Nhi đồng 1

2.2.2. Xét nghiệm hoá sinh máu

- Lấy mẫu và bảo quản: lấy 2mL máu, cho vào ống chống đông có sẵn heparin, lắc đều để máu không bị đông, mẫu được bảo quản lạnh từ 2 - 8°C, sau đó mẫu được gửi tới labo xét nghiệm hóa sinh.

- Phương pháp: Sau khi tách lấy huyết tương, các thông số xét nghiệm hóa sinh được thực hiện trên máy, sử dụng kit, dịch chuẩn và huyết thanh kiểm tra của hãng Beckman Coulter. Hệ thống tự động hoàn toàn. Các giá trị bình thường được sử dụng theo chuẩn hóa theo máy đang áp dụng tại Bệnh viện Nhi đồng 1. Chỉ tiêu xét nghiệm bao gồm:

+ ALT (Alanine Aminotransferase) hoặc SGPT (Serum GlutamatPyruvat Transaminase). Sử dụng phương pháp động học UV kinetic trên máy ELISA.

*BV sản nhi Trà Vinh

**BV nông nghiệp Hà Nội

***Bệnh viện 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Dũng

Email: bsleminhdung67@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2017

Ngày duyệt bài: 17.5.2017

+ AST (Aspartate Aminotransferase) hoặc SGOT (Serum Glutamat Oxaloacetat Transaminase). Phương pháp động học UV – Kinetic, máy LISA.

2.2.3. Xét nghiệm chức năng đông máu toàn bộ

- Lấy 2ml máu tĩnh mạch chống đông bằng Citrate. Thực hiện khảo sát đông máu trên máy HYCEL - AC - 4 của Hãng BioMérieux (Pháp) bao gồm:

+ APTT (Activated partial thromboplastin time): Dùng thuốc thử ACTIMAT của hãng BioMérieux (Pháp), cho huyết thanh chứng là 31 giây để khảo sát đường đông máu nội sinh.

+ PT (prothrombin time): Dùng thuốc thử Thrombonat của hãng BioMérieux (Pháp) hoặc thuốc Neoplastine CI, cho huyết thanh chứng là 12 giây để khảo sát đường đông máu ngoại sinh.

+ Định lượng fibrinogen máu: theo phương pháp Clauss, phương pháp đo thời gian, dùng thuốc thử FIBRINOMAT của hãng BioMérieux (Pháp).

- Thời điểm lấy máu: Bệnh nhân được lấy máu khi vào viện.

- Các xét nghiệm được thực hiện: tại khoa xét nghiệm – Bệnh viện Nhi đồng 1

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm công thức máu

Bảng 1. Đặc điểm xét nghiệm hồng cầu, bạch cầu, hematocrit khi vào viện

Chỉ tiêu nghiên cứu		Nhóm nghiên cứu (n=59)		Nhóm chứng (n=60)		p
		SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%	
Hồng cầu	Giảm (< 3,8T/l)	12	20,3	8	13,3	0,33
	Bình thường (3,8 – 4,2T/l)	8	13,6	5	8,3	
	Tăng (> 4,2T/l)	39	66,1	47	78,4	
Bạch cầu	Giảm	39	66,2	33	55	0,43
	Bình thường	10	16,9	15	25	
	Tăng	10	16,9	12	20	
Hematocrit	Giảm	17	28,8	7	11,7	0,03
	Bình thường	37	62,7	41	68,3	
	Tăng	5	8,5	12	20,0	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng hồng cầu và bạch cầu giữa hai nhóm nghiên cứu. Tuy nhiên 28,8% bệnh nhi ở nhóm xuất huyết tiêu hóa có hematocrit giảm trong khi ở nhóm không có xuất huyết tiêu hóa tỉ lệ này chỉ có 11,7%; ngược lại số bệnh nhi có tăng hematocrit ở nhóm xuất huyết tiêu hóa là 8,5% thì ở nhóm không xuất huyết tỉ lệ này là 20%. Sự khác biệt này là có ý nghĩa với $p = 0,03$.

Bảng 2. Đặc điểm xét nghiệm tiểu cầu khi vào viện

Tiểu cầu khi vào viện	Nhóm nghiên cứu (n=59)		Nhóm chứng (n=60)		p
	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%	
Giảm	55	93,2	60	100	0,06
Bình thường	4	6,8	0	07	
Tổng	59	100,0	60	100,0	

Nhận xét: Khi vào viện, 93,2% bệnh nhi ở nhóm nghiên cứu có giảm tiểu cầu; trong khi ở nhóm chứng là 100%. Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Đặc điểm xét nghiệm sinh hóa máu

Bảng 3. Đặc điểm enzym ALT

ALT (U/L)	Nhóm nghiên cứu (n=59)		Nhóm chứng (n=60)		p
	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%	
< 2 ULN	21	35,6	25	41,6	0,12
2 – 5 ULN	12	20,3	19	31,7	
> 5 ULN	26	44,1	16	26,7	
Tổng	59	100	60	100	

Nhận xét: 64,4% bệnh nhi ở nhóm nghiên cứu có giá trị enzym ALT tăng trên 2 lần, trong đó 44,1% tăng trên 5 lần. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tăng ALT so với nhóm chứng.

Bảng 4. Đặc điểm men AST

AST (U/L)	Nhóm nghiên cứu (n=59)		Nhóm chứng (n=60)		p
	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%	

< 2 ULN	3	5,1	7	11,7	0,11
2 – 5 ULN	14	23,7	21	35,0	
> 5 ULN	42	71,2	32	53,3	
Tổng	59	100	60	100	

Nhận xét: 94,9% bệnh nhi ở nhóm nghiên cứu có giá trị men AST tăng trên 2 lần, trong đó 71,2% tăng trên 5 lần. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tăng AST so với nhóm chứng.

3.3. Đặc điểm rối loạn đông máu

Bảng 5. Đặc điểm xét nghiệm tỷ lệ prothrombin (%)

Tỷ lệ PT (%)	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p
	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%	
< 60 %	47	85,5	32	65,3	0,022
60 - 80%	8	14,5	17	34,7	
Tổng	55	100	49	100	

Nhận xét: 85,5% bệnh nhi ở nhóm nghiên cứu có tỷ lệ PT < 60%, trong khi ở nhóm chứng chỉ có 65,3%. Sự khác biệt là có ý nghĩa (p=0,022)

Bảng 6. Đặc điểm xét nghiệm thời gian APTT (s)

Thời gian APTT (s)	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p
	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%	
> 45 giây	10	17,9	18	34	0,08
> 80 giây	46	82,1	35	66	
Tổng	56	100	53	100	

Nhận xét: 82,1% bệnh nhi ở nhóm nghiên cứu có thời gian APTT > 80 giây, trong khi ở nhóm chứng chỉ có 66%, tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa (p=0,08).

Bảng 7. So sánh giá trị fibrinogen giữa 2 nhóm

Giá trị fibrinogen	Số lượng bệnh nhi	Mean $\pm$ SD	p
Nhóm nghiên cứu	34	1,02 $\pm$ 0,54	0,34
Nhóm chứng	57	1,12 $\pm$ 0,49	

Nhận xét: không có sự khác biệt về nồng độ fibrinogen trung bình ở hai nhóm nghiên cứu

IV. BÀN LUẬN

Cô đặc máu là hiện tượng đặc trưng trong sốt Dengue. Tăng tính thấm thành mạch gây thoát huyết tương dẫn đến cô đặc máu, hiện tượng này thường diễn ra khi bắt đầu vào giai đoạn hạ sốt. Ngược lại, khi bệnh nhi có chảy máu tiêu hóa gây giảm thể bào máu, chủ yếu giảm hồng cầu, lúc đó khối lượng máu được khôi phục bằng biện pháp huy động dịch gian bào vào dòng máu, dẫn đến hematocryte (HCT) giảm. Chính vì vậy, xét nghiệm HCT thay đổi rất khác nhau. Tại thời điểm vào viện tỷ lệ có HCT giảm ở nhóm xuất huyết tiêu hóa là 28,8% trong khi nhóm chứng chỉ có 11,7%; ngược lại tỷ lệ có HCT tăng ở nhóm xuất huyết tiêu hóa là 8,5% thì ở nhóm chứng là 20%. Sự khác biệt này là có ý nghĩa với p = 0,03. Như vậy HCT là giá trị bị ảnh hưởng nhiều yếu tố. Tuy nhiên theo dõi sát diễn biến HCT để đánh giá mức độ cô đặc máu rất có ý nghĩa giúp ngăn chặn kịp thời sốc trong sốt Dengue.

Theo WHO số lượng tiểu cầu giảm là một tiêu chuẩn để chẩn đoán sốt Dengue và tiểu cầu giảm nhanh là một trong những dấu hiệu cảnh báo có thể diễn biến nặng. Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành làm xét nghiệm tiểu cầu lúc vào viện cho thấy 93,2% bệnh nhi ở nhóm

nghiên cứu có giảm tiểu cầu; trong khi ở nhóm chứng là 100%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của một số tác giả khác [3]. Tiểu cầu giảm nặng thường đi kèm với tình trạng xuất huyết nặng, tuy nhiên có những ca bệnh mặc dù tiểu cầu giảm rất nặng nhưng xuất huyết không nhiều. Chất lượng tiểu cầu có bị ảnh hưởng trong sốt xuất huyết hay không còn chưa được các tác giả đề cập đến. Chúng tôi thấy ở một số bệnh nhân tiểu cầu giảm ít nhưng xuất huyết nhiều, có lẽ còn có yếu tố về thành mạch, rối loạn đông máu hay độ tập trung tiểu cầu giảm chi phối quá trình xuất huyết.

Đánh giá chức năng gan của bệnh nhân trong nghiên cứu này chúng tôi thấy 64,4% bệnh nhi ở nhóm nghiên cứu có giá trị enzym ALT tăng trên 2 lần, trong đó 44,1% tăng trên 5 lần (> 200U/L). 94,9% bệnh nhi ở nhóm nghiên cứu có giá trị men AST tăng trên 2 lần, trong đó 71,2% tăng trên 5 lần (> 200 U/L). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự một số tác giả khác [2]. Như vậy, tổn thương gan gặp phổ biến ở các bệnh nhân SXHD là tình trạng rối loạn nồng độ transaminase (AST và ALT) đơn thuần. Tuy nhiên không có sự khác biệt giữa các nhóm đối tượng nghiên cứu.

Hầu hết các nghiên cứu về cơ chế xuất huyết trong sốt Dengue đều cho rằng các yếu tố đông máu giảm do bệnh lý đông máu tiêu thụ (consumptive coagulopathy) [6]. Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây [4], cho thấy một số yếu tố đông máu giảm là do thoát ra ngoài lòng mạch theo huyết tương. Vì vậy Wills và cộng sự thấy rằng giảm tiểu cầu, giảm fibrinogen huyết tương và APTT kéo dài xảy ra giai đoạn sớm của bệnh SXHD có liên quan với độ nặng của tăng tính thấm mao mạch hơn là do rối loạn đông máu [5]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 85,5% bệnh nhi ở nhóm nghiên cứu có tỷ lệ prothrombin < 60%, trong khi ở nhóm chứng chỉ có 65,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,022$). APTT > 80 giây ở 82,1% nhóm nghiên cứu, trong khi ở nhóm chứng chỉ có 66% (mặc dù không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0,08$). Nồng độ fibrinogen trung bình của hai nhóm là tương tự nhau. Từ kết quả này có thể thấy tỷ lệ prothrombin và APTT có thể là yếu tố dự báo nguy cơ xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân nhi sốt Dengue.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân nhi sốt Dengue có xuất huyết tiêu hóa có HCT giảm lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có xuất huyết tiêu hóa.

Lượng tiểu cầu giảm cả ở hai đối tượng nghiên cứu nhưng không có sự khác biệt

Men AST và ALT đều tăng cao từ 2 - 5 lần ở cả hai nhóm nghiên cứu và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

85,5% bệnh nhi nhóm xuất huyết tiêu hóa có tỷ lệ prothrombin < 60% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là 65,3%.

APTT > 80 giây ở 82,1% bệnh nhi nhóm nghiên cứu trong khi ở nhóm chứng chỉ có 66% (không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0,08$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quyết định 458 QĐ-BYT ngày 16 tháng 2 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ y tế về việc ban hành "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue". 2011.
2. Liem, H.N.D. and Lâm Thị Mỹ, Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ở trẻ em bị sốt xuất huyết có rối loạn đông máu. Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2010. **14**(1): p. 67 - 74
3. Lưu, L.T. and cộng sự, Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân sốt xuất huyết tại khoa truyền nhiễm - Bệnh viện Đa khoa TW Thái Nguyên 2009 - 2010. Khoa học và công nghệ, 2009. **85**(09): p. 83 - 89.
4. B. A. Wills and et al, Coagulation abnormalities in dengue hemorrhagic Fever: serial investigations in 167 Vietnamese children with Dengue shock syndrome. Clin Infect Dis. , 2002. **53**(3): p. 277- 285.
5. Bridget Wills and et al, Hemostatic Changes in Vietnamese Children with Mild Dengue Correlate with the Severity of Vascular Leakage Rather than Bleeding. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 2009. **81**(4): p. 638 - 644.
6. Krishnamurti C, et al., Mechanisms of hemorrhage in dengue without circulatory collapse. Am J Trop Med Hyg., 2001. **65**(6): p. 840-847.
7. Perng, D.S. and et al, Gastroduodenoscopic findings and clinical analysis in patients with dengue fever. Kaohsiung J Med Sci, 1989. **5**: p. 35 - 41.

NGHIÊN CỨU HOẠT ĐỘ ENZYM SOD, GPX, TAS VÀ MDA Ở BỆNH NHÂN MẮC BỆNH GAN DO RƯỢU

Lê Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Quang Duật², Trịnh Xuân Tráng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định hoạt độ enzym SOD, GPx, TAS và MDA ở bệnh nhân bệnh gan do rượu. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có nhóm chứng so sánh, gồm 83 bệnh nhân (nhóm bệnh) và 35 người (nhóm chứng). **Kết quả:** Hoạt độ SOD nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê (kiểm định Mann-Whitney, $p < 0,001$). Hoạt độ GPx nhóm bệnh thấp

hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (kiểm định Mann-Whitney, $p < 0,05$). Hoạt độ TAS nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê (kiểm định Mann-Whitney, $p < 0,001$). Hoạt độ MDA nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (kiểm định Mann-Whitney, $p < 0,05$).

Từ khóa: hoạt độ SOD (Superoxid dismutase), GPx (Glutathion peroxidase), TAS (Total Antioxidant Status) và MDA (Malondialdehyde), bệnh gan do rượu.

SUMMARY

RESEARCH ON THE CONCENTRATION OF SOD, GPX, TAS AND MDA IN PLASMA IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC LIVER DISEASE

Objective: To determine the concentration of SOD, GPX, TAS and MDA in plasma in patients with alcoholic liver disease. **Subjects and methods:** A descriptive and cross-sectional study was carried out

*Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên

**Học Viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hiền

Email: hientuyen.tn2009@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2017

Ngày duyệt bài: 19.5.2017

on 83 in study group comparative with control group, and 35 (the control group). **Result:** The concentration of SOD in patients with alcoholic liver disease was lower in the control group, the difference was significant (Mann-Whitney testing, $p < 0,001$). The concentration of GPx in patients with alcoholic liver disease was lower in the control group, the difference was significant (Mann-Whitney testing, $p < 0,05$). The concentration of TAS in patients with alcoholic liver disease was lower in the control group, the difference was significant (Mann-Whitney testing, $p < 0,001$). The concentration of MDA in patients with alcoholic liver disease was higher in the control group, the difference was significant (Mann-Whitney testing, $p < 0,05$).

Key words: SOD, GPx, TAS and MDA in plasma, alcoholic liver disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gan do rượu (ALD) là hậu quả uống rượu nhiều và kéo dài. Rượu là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây ra bệnh gan mạn tính trên thế giới. ALD bao gồm từ mức độ nhẹ là gan nhiễm mỡ đơn thuần đến tổn thương nặng hơn là viêm gan nhiễm mỡ, xơ hóa và xơ gan thực sự. Stress oxy hóa do rượu chủ yếu là do các loài oxy phản ứng (ROS) được tạo ra bởi các chuỗi hô hấp tế bào của ty thể, CYP2E1 của tế bào gan, oxidase NADPH của các tế bào Kupffer và xâm nhập bạch cầu trung tính. Các gốc tự do có khả năng gây tổn thương nhiều thành phần của tế bào như DNA, protein và lipid. Để chống lại những tổn thương do oxy hóa gây ra, cơ thể có cơ chế bảo vệ khác nhau được gọi chung là chống oxy hóa. Hệ thống chống oxy hóa của cơ thể có thể vô hiệu hóa các chất oxy hóa và ngăn cản chúng không làm tổn thương tế bào. Hệ thống chống oxy hóa vào máu và tác động trực tiếp để bảo vệ các tế bào của cơ thể khỏi bị tấn công bởi ROS.

ALD gây ra các biến chứng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Một số nghiên cứu đã chứng minh có sự suy giảm khả năng chống oxy - hoá máu ở người bệnh gan do rượu. Tuy nhiên, ALD có nhiều mức độ khác nhau, rối loạn chức năng gan và biến chứng ở mỗi mức độ là khác nhau. Người thầy thuốc lâm sàng cần có những chú ý và theo dõi điều trị khác nhau trong việc phòng ngừa các biến chứng, gây ra theo các mức độ bệnh, mà nguyên nhân là do sự mất cân bằng của hệ thống chống oxy hoá máu.

Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy thậm chí xơ hóa tiến triển có thể đảo ngược nếu thay đổi lối sống, tuân thủ điều trị. Một yêu cầu đặt ra cần có nhiều xét nghiệm thuận tiện hơn thủ thuật sinh thiết gan để theo dõi đánh giá mức độ xơ hóa gan. Vì vậy, chúng tôi tiến hành

nghiên cứu này nhằm mục tiêu sau: *Xác định hoạt độ enzym chống oxy hóa trong máu của bệnh nhân mắc bệnh gan do rượu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiến hành nghiên cứu trên 2 nhóm (nhóm bệnh và nhóm chứng)

- **Nhóm bệnh:** Gồm 83 bệnh nhân bệnh gan do rượu điều trị nội trú tại khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên và Bệnh viện Quân Y 103. Thời gian từ 1/2015 đến 5/2017. Đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn sau (theo hướng dẫn chẩn đoán của Hội nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ - AASLD 2010):

+ Điểm số AUDIT từ 8 điểm (đối với nam ≤ 60 tuổi), từ 4 điểm (đối với nam ≥ 60 , nữ giới) trở lên.

+ Dấu hiệu lâm sàng của bệnh gan: mệt mỏi, đau tức hạ sườn phải, vàng da, gan to...

+ Xét nghiệm enzym gan tăng: AST tăng không quá 500 UI/l, ALT tăng không quá 200 UI/l. AST/ALT > 2 .

+ Mô bệnh học: Thoái hóa phi đại tế bào gan, hiện diện thể Mallory, thâm nhiễm bạch cầu đa nhân trung tính, tạo tổ chức xơ và gan nhiễm mỡ.

+ Bệnh nhân tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Loại khỏi nghiên cứu những bệnh nhân:

+ Không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Gan nhiễm mỡ đơn thuần do rượu.

+ Loại trừ bệnh gan không do rượu: tiếp xúc với hóa chất độc hại, sử dụng thuốc, tắc mật, ung thư, virus viêm gan B, C.

+ Bệnh nhân đang bị nhiễm trùng, nấm, virus, dị ứng, hoặc mắc các bệnh mạn tính khác: suy thận mạn, đái tháo đường....

+ Bệnh nhân đang sử dụng hoạt chất chống oxy hóa.

+ Anti HIV (+), có chống chỉ định sinh thiết gan, bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu

- **Nhóm chứng:** số lượng là 35 người khỏe mạnh có đủ tiêu chuẩn sau:

+ ALT, AST, GGT trong giới hạn bình thường.

+ HBsAg âm tính, AntiHCV âm tính.

+ Loại trừ các bệnh cấp tính, mạn tính, các trường hợp nghiện rượu, nghiện thuốc lá, tiếp xúc với hóa chất độc hại bằng khám lâm sàng và hỏi bệnh.

+ Tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang, có đối chứng.

- Các mẫu máu xác định hoạt độ enzym SOD, GPx, TAS và MDA được tách lấy huyết thanh gửi ngay đến Trung tâm Nghiên cứu Y sinh Dược

học - Học viện Quân Y. Sau đó lưu trữ huyết thanh ở tủ lạnh âm sâu 80°C cho đến khi mang ra phân tích.

- Xác định hoạt độ enzyme SOD, GPx, TAS và MDA trong huyết tương sử dụng bộ kit ELISA của hãng WKEA, Trung Quốc.

- Đo hấp phụ cơ chất bằng máy đọc ELISA reader của Hãng Thermocycler, Đức tại Labo Trung tâm nghiên cứu Y Sinh Dược học – Học viện Quân Y.

- Ngưỡng phát hiện: SOD: 12 – 480ng/ml, GPx: 6 – 180pg/ml, TAS: 0,2 – 8U/ml, MDA: 0,3 – 7mmol/l.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Kết quả hoạt độ SOD (ng/ml), GPx (pg/ml), TAS (U/ml), MDA (mmol/l) trong máu của nhóm bệnh nhân bệnh gan do rượu và nhóm chứng

Chỉ tiêu		n	95% CI	Trung vị	p
SOD (ng/ml)	Nhóm bệnh	83	540,24 – 659,07	600,200	< 0,001
	Nhóm chứng	35	545,03 – 768,50	681,02	
GPx (pg/ml)	Nhóm bệnh	83	215,61 – 252,29	231,45	< 0,05
	Nhóm chứng	35	225,46 – 301,09	236,05	
TAS (U/ml)	Nhóm bệnh	83	12,02 – 14,06	12,89	< 0,001
	Nhóm chứng	35	16,25 – 19,70	18,04	
MDA (mmol/l)	Nhóm bệnh	83	3,79 – 4,55	4,14	< 0,05
	Nhóm chứng	35	2,42 – 3,98	3,1	

Nhận xét: Trung vị hoạt độ SOD nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Trung vị hoạt độ GPx nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trung vị hoạt độ TAS nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Trung vị hoạt độ MDA nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Dùng kiểm định Mann-Whitney so sánh trung vị của 2 nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Hoạt độ SOD: Trong nghiên cứu của chúng tôi hoạt độ SOD nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chứng tỏ ở bệnh nhân bệnh gan do rượu, để phản ứng lại tình trạng stress oxy hóa nhằm làm giảm ROS nội sinh, enzyme SOD được huy động để xúc tác cho phản ứng chuyển các anion superoxide O_2^- thành H_2O_2 , tình trạng này kéo dài sẽ làm giảm hoạt độ SOD trong cơ thể. Điều này giải thích vì sao hoạt độ SOD nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng. Nó được giả định rằng các anion superoxide quá mức có thể hình thành lipoperoxide và gây tổn thương tế bào trước khi được chuyển thành H_2O_2 dưới tác dụng của SOD. Kết quả nghiên cứu về hoạt độ SOD của chúng tôi ở nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng tương tự như một số tác giả: Kashinakunti [2], Bhatt [1].

Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với tác giả Shinde[5], hoạt độ SOD nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng. Tăng SOD có thể là một phản ứng thích nghi đối với stress oxy hóa.

Lý do tăng SOD trong các nghiên cứu này có thể do, rượu gây ra stress oxy hóa; dẫn đến điều chỉnh kịp thời hoạt động của enzyme đối với stress oxy hóa. Tăng hoạt độ SOD để chuyển superoxide dismutation thành H_2O_2 .

Hoạt độ GPx: GPx là enzyme xúc tác cho phản ứng loại bỏ các loại peroxid hữu cơ và vô cơ. GPx có tác dụng chống lại những tổn thương gây nên bởi quá trình oxy hoá. Hoạt độ của GPx phụ thuộc vào nồng độ H_2O_2 , khi nồng độ H_2O_2 cao ức chế GPx và ngược lại. Ở bệnh nhân bệnh gan do rượu H_2O_2 tăng sinh một lượng lớn, do SOD được huy động một lượng lớn để giảm nồng độ O_2^- (SOD biến đổi các anion superoxide O_2^- thành H_2O_2). Do đó làm cho hoạt độ GPx giảm. Điều này giải thích kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoạt độ GPx nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Giảm hoạt độ các chỉ số chống oxy hóa hỗ trợ giả thuyết rằng stress oxy hóa là một yếu tố quan trọng trong bệnh sinh của bệnh gan do rượu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của tác giả Shinde (2012) [5] và Mirunalini (2010) [4], thấy GPx cao hơn nhóm chứng, với $p < 0,01$. GPx tăng để chống lại các tác động của stress oxy hóa. Tăng enzyme chống oxy hóa có thể là một cơ chế thích ứng với tăng stress oxy hóa.

Trạng thái chống oxy hóa toàn phần TAS: TAS là tình trạng chống oxy hóa toàn phần của huyết tương dựa trên khả năng ức chế của các chất chống oxy hóa. TAS chống lại những ảnh hưởng có hại của các gốc tự do và hiện tượng peroxid có hại đối với cơ thể. Trong nhiều

nghiên cứu, TAS được dùng làm chỉ số để đánh giá tổng quát nhất về tình trạng hoạt động của hệ thống chống oxy hóa của cơ thể, biểu thị tính sẵn sàng ứng phó của cơ thể đối với stress oxy hóa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoạt độ TAS nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng, chứng tỏ bắt đầu biểu thị sự đáp ứng của cơ thể với loại bỏ gốc tự do sinh ra, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Hoạt độ MDA: MDA (Malondialdehyde) là sản phẩm cuối cùng của quá trình peroxid hóa các acid béo không bão hòa. Nồng độ của MDA tăng tuyến tính với mức độ peroxid hóa lipid. MDA một dấu ấn sinh học dễ dàng phát hiện được stress oxy hóa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoạt độ MDA nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy là có tăng stress oxy hóa và tổn hại hệ thống phòng thủ chống oxy hóa ở bệnh nhân ALD. Sản xuất nhiều các gốc tự do, như đã được chứng minh bởi sự tăng mức độ MDA và giảm nồng độ GSH, ủng hộ giả thuyết về cơ chế bệnh sinh có tăng stress oxy hóa trong các bệnh nhân bệnh gan do rượu. Trong nghiên cứu này các sản phẩm lipid peroxy nghĩa là nồng độ MDA đã được tăng lên đáng kể trong máu của bệnh nhân bệnh gan do rượu so với nhóm chứng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có MDA nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng cũng phù hợp với một số tác giả: Kashinakunti [2], Zore [6].

V. KẾT LUẬN

Hoạt độ SOD nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với p

$< 0,001$. Hoạt độ GPx nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trạng thái chống oxy hóa toàn phần TAS nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Hoạt độ MDA nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bhatt S., Itagappa M., Sati B. (2016)** "Circadian Variation in Oxidative Stress Markers in Alcoholic Hepatitis Patients". [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.ijcmas.com/vol-5_1/Sanjay%2520Bhatt,%2520et%2520al.pdf,5\(1\),pp.522-527](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.ijcmas.com/vol-5_1/Sanjay%2520Bhatt,%2520et%2520al.pdf,5(1),pp.522-527).
2. **Kashinakunti S.V., Sunita Pujar, Gurupadappa K. (2011)** "Serum MDA, Antioxidant Vitamins and Erythrocytic Antioxidant Enzymes in Chronic Alcoholic Liver Disease – A Case Control Study". *National Library of Medicine enlisted journal*, 4 (4), pp. 315 - 322.
3. **Li Y. G., Ji D. F., Zhong S., et al (2010)** "Saponins from Panax japonicus Protect Against Alcohol-Induced Hepatic Injury in Mice by Up-regulating the Expression of GPX3, SOD1 and SOD3". *Alcohol and Alcoholism*, 45 (4), pp. 320-331.
4. **Mirunalini S., Arulmozhi V., Arulmozhi T. (2010)** "Curative Effect of Garlic on Alcoholic Liver Diseased Patients". *Jordan Journal of Biological Sciences*, 3 (4), pp. 147-152.
5. **Shinde A., Ganu J., Naik P., et al (2012)** "Oxidative stress and antioxidative status in patients with alcoholic liver disease". *Biomedical Research*, 23 (1), pp. 105-108.
6. **Zore J. N., Lokapure S., Dhume C. Y., et al (2014)** "Antioxidant status and zinc levels in alcoholic liver disease". *International Journal of Pharma and Bio Sciences*, 5 (3), pp. 393-399.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN BẰNG CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA

Hà Văn Bình*, Phạm Thái Giang**

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm của phương pháp can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân nhồi máu

*Khoa nội tim mạch, Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

** Viện Tim mạch, Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Bình

Email: drbinhha@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2017

Ngày duyệt bài: 22.5.2017

cơ tim cấp có ST chênh lên. **Đối tượng và phương pháp:** gồm 76 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, có chỉ định chụp mạch vành và can thiệp nong đặt stent cấp cứu từ tháng 01/2015-10/2016 tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả can thiệp cũng như tai biến biến chứng được đánh giá trong thời gian nằm viện. **Kết quả:** tuổi trung bình $66,42 \pm 10,48$, nam giới 72,4% và nữ giới 27,6%. Tồn thương một thân động mạch vành 51,4%, đa thân 49,6%. Tỷ lệ thành công trên chụp mạch 96,1%; thành công của thủ thuật 93,4% và thành công trên lâm sàng 90,7%. Thời gian cửa bóng trung bình $100,3 \pm 28$ phút. Tỷ lệ tử vong 5,2%. **Kết luận:** can thiệp

động mạch vành qua da là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả cho bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên.

Từ khóa: động mạch vành, nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, can thiệp mạch vành qua da

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY RESULTS IN ACUTE ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS BY PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Objective: evaluate clinical and paraclinical characteristics in patients suffering from ST-elevation myocardial infarction and early results of treatment by percutaneous coronary interventions. **Material and method:** 76 patients with ST-elevation myocardial infarction, indicated for percutaneous coronary intervention from January 2015 to October 2016 at Ninh Binh general hospital. Clinical, paraclinical characteristics, interventions results and complications were evaluated in hospital. **Results:** mean age is $66,42 \pm 10,48$; 72,4% male and 27,6% female. 51,4% of patients has uni-vessel lesions, and 49,6% has multi-vessels. Angiographical success is 96,1% and procedural success is 93,4% and clinical success is 90,7%. Mean door to balloon time is $100,3 \pm 28$ minutes. The mortality rates was 5,2%. **Conclusion:** percutaneous coronary intervention is a safe and effective method of treatment for acute ST-elevation myocardial infarction.

Key words: coronary artery, ST-elevation myocardial infarction, percutaneous coronary intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp có ST chênh lên là một cấp cứu nội khoa thường gặp, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước phát triển và có xu hướng tăng nhanh ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Can thiệp động mạch vành thì đầu nhằm nhanh chóng tái thông động mạch vành thủ phạm gây NMCT cấp, qua đó cải thiện khả năng sống còn của vùng cơ tim hoại tử do thiếu máu cơ tim cục bộ và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên.

Can thiệp động mạch vành qua da thì đầu được áp dụng trong điều trị NMCT cấp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 06/2014 đến nay với kết quả khả quan, góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh nhân tim mạch bằng kỹ thuật cao. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm của phương pháp can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 76 được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, có chỉ định chụp mạch vành và can thiệp cấp cứu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình, trong khoảng thời gian từ tháng 01/2015-10/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán nhồi NMCT cấp có ST chênh lên theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch học Việt Nam 2008, có chỉ định can thiệp ĐM vành qua da [1], [2].

Tiêu chuẩn loại trừ: các trường hợp có các bệnh cấp tính nặng kèm theo, ung thư giai đoạn cuối, bệnh nhân và gia đình từ chối can thiệp, tổn thương không phải nhánh thủ phạm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiền cứu, mô tả cắt ngang.

*Tiến hành nghiên cứu: các đối tượng nghiên cứu được khám xét lâm sàng, làm xét nghiệm máu cấp cứu, khai thác tiền sử, các yếu tố nguy cơ tim mạch, đặc điểm cơn đau thắt ngực, ghi điện tâm đồ, chụp XQ tim phổi nếu tình trạng huyết động cho phép, làm siêu âm Doppler tim và lập hồ sơ theo dõi. Chụp và can thiệp động mạch vành qua da trên máy chụp mạch Philips Integris của hãng Philips.

*Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

- Phân độ suy tim cấp theo Killip. Killip I: không có triệu chứng lâm sàng của suy tim; Killip II: phổi có ran, tĩnh mạch cổ nổi, có tiếng ngựa phi; Killip III: có phù phổi cấp; Killip IV: có sốc tim.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán NMCT có ST chênh lên theo Hội Tim mạch Việt Nam 2008 [1]: đoạn ST chênh lên và hoặc mới xuất hiện sóng Q ở ít nhất 2 chuyển đạo liên tiếp (DII, DIII, aVF hoặc V1-V6 hoặc DI, aVL) hoặc block nhánh trái mới xuất hiện, kèm theo đau ngực kéo dài trên 30 phút (ít hoặc không đáp ứng với các thuốc giãn vành) và/hoặc tăng men tim: CK, CKMB, TnT.

- Trên cơ sở kết quả chụp ĐMV, tiến hành đánh giá phân loại tổn thương:

+ Mức độ hẹp: được đánh giá dựa vào tỉ lệ % đường kính ĐMV bị hẹp so với ĐMV bình thường và chia ra các mức độ nhẹ (hẹp < 50%), vừa (hẹp ≤ 75%), nặng (≤ 90%), bán tắc hoặc tắc khi đường kính lòng mạch bị hẹp > 90%.

+ Mức độ tổn thương ĐMV lan tỏa: phân chia theo số nhánh chính động mạch bị tắc hẹp (nhánh liên thất trước, nhánh mũ và động mạch vành phải). Bệnh đa mạch khi có tổn thương ≥ 2 nhánh chính, hẹp thân chung động mạch vành trái được coi là tổn thương cả 2 nhánh liên thất trước và động mạch mũ.

+ Đánh giá dòng chảy trong ĐMV theo thang điểm TIMI: TIMI 0: không có dòng chảy phía sau

chỗ tắc. TIMI 1: chất cản quang đi qua chỗ tắc nhưng không làm cản quang phần ĐMV phía sau chỗ tắc. TIMI 2: chất cản quang đi qua chỗ tắc và làm cản quang phần ĐM phía xa, nhưng tốc độ dòng cản quang hay tốc độ thải thuốc cản quang ở các nhánh mạch phía xa (hay cả hai) thì chậm hơn ĐMV bên đối diện. TIMI 3: tốc độ cản quang chảy vào phần xa của chỗ tắc và tốc độ thải thuốc cản quang tương tự như ĐMV bên đối diện.

- Thời gian cửa bóng: tính từ khi bệnh nhân đến bệnh viện đến khi bóng lần đầu tiên.

*Các tiêu chuẩn can thiệp ĐMV qua da thành công

Thành công về mặt chụp mạch: khi sau thủ thuật làm rộng lòng mạch tại vị trí can thiệp với

đường kính hẹp < 20% và dòng chảy trong ĐMV đạt mức độ TIMI-3.

Thành công về mặt thủ thuật: khi bệnh nhân thành công về mặt chụp mạch và không bị biến chứng nặng trong thời gian nằm viện.

Thành công về mặt lâm sàng: thành công về mặt chụp mạch và thành công về mặt thủ thuật cùng với giảm triệu chứng và/hoặc dấu hiệu thiếu máu cơ tim khi bệnh nhân hồi phục sau thủ thuật và trước khi xuất viện.

- **Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 18.0. Giá trị $p < 0,05$ trong các so sánh được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Trung bình (n = 76)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (32-89)	66,42 ± 10,48	
Nam	55	72,4
Nữ	21	27,6

Nhận xét: tuổi trung bình trong nghiên cứu là: 66,42 ± 10,48 tuổi (cao nhất là 89 tuổi, thấp nhất là 32 tuổi). Nam chiếm 72,4 %, nữ chiếm 27,6 %.

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành

Các yếu tố nguy cơ	Số lượng (n = 76)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	56	73,7
Đái tháo đường	22	28,9
Rối loạn lipid máu	51	67,1
Hút thuốc lá	41	53,9
Yếu tố gia đình	6	7,5

Nhận xét: tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao.

Bảng 3. Đánh giá suy tim theo phân độ Killip

Phân độ	n	Tỷ lệ (%)
Killip I	55	72,3
Killip II	9	11,8
Killip III	5	6,6
Killip IV	7	9,3
Tổng số	76	100

Nhận xét: bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu chủ yếu là không có dấu hiệu suy tim trên lâm sàng, chiếm 72,3%, có 15,9% bệnh nhân có dấu hiệu suy tim nặng (Killip III, IV).

Bảng 4. Đặc điểm phân vùng nhồi máu dựa trên điện tâm đồ

Phân vùng nhồi máu	n	Tỷ lệ (%)
Thành dưới	21	27,6
Thất phải	1	1,3
Trước vách	32	42,1
Trước bên	12	15,8
Trước rộng	10	13,2
Tổng số	76	100

Nhận xét: tỷ lệ BN bị nhồi máu vùng trước vách chiếm 42,1%, thành dưới là 27,6%, nhồi máu cơ tim thất phải 1,3%.

Bảng 5. Phân loại tổn thương theo động mạch thủ phạm

Động mạch thủ phạm	Số lượng (n = 76)	Tỷ lệ (%)
ĐM liên thất trước	53	69,7
ĐM mũ	6	7,9
ĐM vành phải	16	21,1
Thần chung	1	1,3

Nhận xét: tổn thương chủ yếu nhánh liên thất trước chiếm tỉ lệ 69,7%, tiếp đến động mạch vành phải chiếm 21,1%.

Bảng 6. Kết quả chụp ĐMV theo số lượng nhánh bị tổn thương

Số nhánh ĐMV tổn thương	n	Tỷ lệ (%)
1 nhánh	39	51,4
2 nhánh	23	30,2
3 nhánh	14	18,4
Trung bình	1,67/1 BN	

Nhận xét: bệnh nhân bị tổn thương nhánh 1 ĐMV chiếm tỉ lệ cao nhất là 51,4%, thấp nhất là nhóm tổn thương 3 nhánh chiếm 18,4%.

Bảng 7. Thời gian cửa bóng

Thông số	Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Thời gian khởi phát đến khi vào viện (giờ)	6,8 ± 3,2	12,6	0,5
Thời gian cửa-bóng (phút)	100,3 ± 28	165	32
Thời gian cửa-bóng < 90 phút	61/76 (78,9%)		

Nhận xét: thời gian từ khi khởi phát đau ngực đến khi nhập viện trung bình 6,8 ± 3,2 giờ. Trong khi đó, thời gian cửa-bóng của chúng tôi trung bình: 100,3 ± 28 phút, trong đó 78,9% có thời gian cửa bóng < 90 phút.

Bảng 8. Kết quả can thiệp ĐMV

Kết quả	Thành công		Thất bại	
	Số ca	Tỉ lệ (%)	Số ca	Tỉ lệ (%)
Về mặt chụp mạch	73	96,1	03	3,9
Về mặt thủ thuật	71	93,4	05	6,5
Về mặt lâm sàng	69	90,7	07	9,3

Nhận xét: tỉ lệ thành công về mặt chụp mạch 96,1%, về mặt thủ thuật 93,4% và về mặt lâm sàng 90,7%.

Bảng 9. Biến chứng can thiệp ĐMV

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhồi máu cơ tim cấp	01	1,3
Đột quy	01	1,3
Biến chứng tại đường vào động mạch	02	2,6
Bệnh thận do thuốc cản quang	01	1,3
Tử vong	04	5,2
Phẫu thuật bắc cầu nối mạch vành	0	0

Nhận xét: tỉ lệ tử vong chung 5,2%, tỷ lệ các biến chứng khác tương đối thấp.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ cao hơn 72,4%, Kết quả này của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của một số tác giả khác như Nguyễn Quang Tuấn tỉ lệ bệnh nhân nam là 75,7% [3], Hoàng Quốc Hòa là 70,3% [2].

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 66,42 ± 10,48, trong đó nhóm tuổi từ 70 trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất (> 50%), bệnh nhân cao tuổi nhất là 89 tuổi, bệnh nhân trẻ nhất là 32 tuổi. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Phạm Quang Huy [5] (tỷ lệ bệnh nhân trên 70 chiếm cao nhất trong nghiên cứu là 43,2% , bệnh nhân cao tuổi nhất là 83 tuổi, trẻ nhất là 34 tuổi). Như vậy, nhồi máu cơ tim thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi nhiều hơn, nhưng cũng đang có xu hướng gặp ở cả những người trẻ tuổi.

Trong các yếu tố nguy cơ tim mạch thì THA, rối loạn lipid máu và hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao (THA: 73,7%, rối loạn lipid máu: 67,1%, hút thuốc lá: 53,9%), đây là các yếu tố nguy cơ chính của NMCT. Kết quả này cũng phù hợp với Nguyễn Quang Tuấn [3], Hoàng Quốc Hoà [7]. Qua đây có thể thấy các yếu tố nguy cơ tim mạch có liên quan chặt chẽ đến tỷ lệ mắc nhồi máu cơ tim. Do đó ngoài việc điều trị tái thông mạch máu thì kiểm soát các yếu tố nguy cơ có vai trò rất quan trọng trong quản lý và điều trị nhồi máu cơ tim cấp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi NMCT cấp thành trước vách chiếm tỷ lệ cao nhất (42,1%), tiếp theo là thành dưới (27,6%), chủ yếu bệnh nhân ở nhóm Killip I (72,3%), nhóm bệnh nhân nặng Killip III – IV chiếm 15,9%. Trên hình ảnh chụp mạch động mạch thủ phạm gặp chủ yếu là ĐM liên thất trước (69,7%), tổn thương một nhánh chiếm tỷ lệ cao nhất 51,4%, tiếp đến là

tổn thương hai nhánh 30,2% và tổn thương 3 nhánh chiếm 18,4%. Tổng số tổn thương mạch vành có ý nghĩa là 127 tổn thương, trung bình 1,67 tổn thương/bệnh nhân. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Quang Tuấn là 1,6 [3].

Thời gian khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là $6,8 \pm 3,2$ giờ. Thời gian cửa-bóng trung bình $100,3 \pm 28$ phút, trong đó thời gian cửa-bóng < 90 phút chiếm 78,9%. Trong các khuyến cáo, thời gian cửa bóng với bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên tốt nhất là dưới 90 phút, thời gian cửa – bóng càng ngắn thì tỉ lệ tử vong tại bệnh viện càng giảm [6], tuy nhiên ở các nước phát triển như Mỹ năm 2008 thời gian cửa bóng < 90 phút chỉ đạt 76,4% [5].

Tỉ lệ thành công về mặt chụp mạch 96,1%, thành công về thủ thuật 93,4% và lâm sàng là 90,7%. Nghiên cứu Hoàng Quốc Hòa tỉ lệ thành công trên lâm sàng là 90,3% [2], của Trương Quang Bình tỉ lệ thành công trên chụp mạch là 86,4% và thành công trên lâm sàng là 86,4% [7]. Tỉ lệ tử vong chung là 5,2%, tỉ lệ các biến chứng khác tương đối thấp (NMCT cấp là 1,3%, đột quỵ 1,3%, suy thận cấp 1,3%). Nghiên cứu của Nguyễn Quang Tuấn (2004) tỉ lệ tử vong sau 30 ngày ở BN NMCT cấp được can thiệp động mạch vành thì đầu chiếm 9,6% [3].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 76 bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, chúng tôi nhận thấy tuổi trung bình là $66,42 \pm 10,48$, nam giới chiếm 72,4%. Tổn thương một thân động mạch

vành 51,4 %, đa thân 49,6%. Trong đó, tổn thương động mạch liên thất trước là chủ yếu. Tỉ lệ thành công về mặt chụp mạch 96,1%, thành công về mặt thủ thuật là 93,4% và thành công về mặt lâm sàng sớm là 90,7%. Tử vong 5,2%. Như vậy, can thiệp động mạch vành qua da là phương pháp điều trị khá an toàn, có tỷ lệ thành công cao trên chụp mạch, thủ thuật và lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khuyến cáo 2008 của Hội** Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, Khuyến cáo 2008 về các bệnh Tim mạch và chuyển hóa, Nhà xuất bản y học.
2. **Hoàng Quốc Hòa (2009)** "Đặc điểm 99 trường hợp hội chứng mạch vành cấp được chụp và can thiệp mạch vành tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, Vol 13, tr. 359-363.
3. **Nguyễn Quang Tuấn (2005)**, "Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp can thiệp động mạch vành qua da trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp", Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Phạm Quang Huy (2008)**, "Biến đổi điện tâm đồ ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da", Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Krumholz HM. (2008)** "A campaign to improve the timeliness of primary percutaneous intervention door to balloon time: an alliance for quality". J Am Coll Cardiol: Cardiovasc Inter;1: pp. 97-104.
6. **S Rathore, Jephtha P Curtis, Jersey Chen, et al (2009)**, "Association of door-to-balloon time and mortality in patients admitted to hospital with ST elevation myocardial infarction: national cohort study". BMJ; 338, pp. 1-7.
7. **Trương Quang Bình (2007)**, "Kết quả can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh trong 2 năm 2004 – 2006", Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 11 (1), tr 104-110.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN II-III

La Văn Trường*, Nguyễn Tô Hoài*

TÓM TẮT

- Số bệnh nhân nam nhiều hơn số bệnh nhân nữ (nam/nữ = 2,89), đa số bệnh nhân nghiên cứu trên 40 tuổi (91,9%). Các triệu chứng lâm sàng hay gặp khi vào viện là: đi cầu phân có máu (83,6%), thay đổi thói quen đại tiện (67,6%), đau bụng (59,5%). Có 32,4% ung thư ở trực tràng trên, 43,2% ung thư ở

trực tràng giữa và 24,4% ung thư ở trực tràng dưới. Sau phẫu thuật, giai đoạn I chiếm 5,4%, giai đoạn II chiếm 24,3%, giai đoạn III chiếm 58,1%, giai đoạn IV chiếm 12,2%.

- Phẫu thuật APR chiếm 28,4% với thời gian phẫu thuật trung bình là 290 phút. Phẫu thuật LAR chiếm 71,6% với thời gian phẫu thuật trung bình là 175 phút. 100% đầu xa (-), 100% chu vi diện cắt (-), 4,1% đầu gần (+). 6,8% bệnh nhân nghiên cứu chuyển mổ mở, 2,8% tổn thương tạng lân cận. Trong thời gian hậu phẫu có 8,1% nhiễm trùng vết mổ, 4,1% chảy máu khoang phúc mạc và 2,7% bực rò miệng nổi. Biến chứng muộn hay gặp là: tắc ruột (8,1%), bán tắc ruột (4,1%).

*Bệnh viện TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: La Văn Trường

Email: truong1082000@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2017

Ngày duyệt bài: 22.5.2017

- Thời gian sống thêm không bệnh 3 năm ước tính là 72,7%. Thời gian sống thêm toàn thể 3 năm ước tính là 74,8%.

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH RECTUM CANCER STAGE II AND STAGE III

- The male patients outnumbered the female ones (Male/Female = 2.89%); most of the patients were over 40 years of age (91,9); clinical symptoms of high frequency were: rectal bleeding (83.6%), change in bowel habits (67.6%) and abdominal pain (59.5%). Upper rectum cancer accounted for 32.4%, middle rectum cancer 43.2% and lower rectum cancer 24.4%. Post operation, stage I accounted for 5.4%, stage II 24.3%, stage III 58.1%, and stage IV 12.2%.

- APR surgery accounted for 28.4% with the average surgery length of time of 290 minutes. LAR surgery accounted for 71.6% with the average surgery length of time of 175 minutes. The distal (-) was at 100%; the positive circumferential resection margin(-) was at 100% and the proximal (+) was at 4.1%. **Converted to** open surgery accounted for 6.8%; 2.8% of patients suffered from injuries in adjacent organs. Post operation, 8.1% of patients suffered from **wound infections**, 4.1% from bleeding in abdominal cavity and 2.7% from **anastomotic leaks**. Late side-effects of high frequency were adhesive intestinal obstruction (8.1%) and para adhesive intestinal obstruction (4.1%).

- The 3-years survival rate was estimated at 74.8%; and the 3-years free-of-disease survival rate was estimated at 72.7%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những ung thư hay gặp. Theo GLOBOCAN 2012: tỷ lệ mắc UTĐTT cao đứng thứ 3 ở nam và thứ 2 ở nữ. Tỷ lệ tử vong do UTĐTT cao đứng thứ 4 ở nam và thứ 3 ở nữ [1]. Tại Việt Nam, ghi nhận ung thư tại một số thành phố lớn cho thấy tỷ lệ mắc UTĐTT cao đứng thứ 3 hoặc thứ 4 trong các loại ung thư [2]; [3]. Ung thư trực tràng (UTTT) chiếm khoảng 28% tổng số UTĐTT [4]. Tại thời điểm chẩn đoán, khoảng 77% UTTT ở giai đoạn tại chỗ và tại chỗ tiến xa (44% và 33%) [4].

Đối với UTTT giai đoạn II-III, phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn cơ bản. Phẫu thuật nội soi điều trị UTTT đã được chứng minh có nhiều ưu điểm vượt trội so với phẫu thuật mở như: ít gây tổn thương thành bụng, ít đau sau mổ, tính thẩm mỹ cao, giảm tỷ lệ nhiễm trùng, giảm thoát vị thành bụng, rút ngắn thời gian nằm viện, phục hồi sức khỏe nhanh. Đặc biệt, phẫu thuật nội soi cho phép tiếp cận vùng tiểu khung dễ dàng hơn so với phẫu thuật mở. Nhiều nghiên cứu lâm sàng, ngẫu nhiên, tiến cứu cũng đã chứng minh phẫu thuật nội soi điều trị UTTT đảm bảo các nguyên tắc trong

phẫu thuật ung thư, thời gian sống thêm không thấp hơn phẫu thuật mở.

Do nhiều nguyên nhân, mãi đến gần đây phẫu thuật nội soi điều trị UTTT mới được áp dụng tương đối phổ biến tại một số trung tâm ngoại khoa lớn ở Việt Nam. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả cũng như một số tai biến, biến chứng hay gặp phải trong quá trình phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn UTTT giai đoạn II-III.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: là 74 bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn II-III trước phẫu thuật, chưa điều trị tiền phẫu được phẫu thuật nội soi triệt căn tại BVTWQĐ 108 từ tháng 01 năm 2013 đến tháng 04 năm 2017.

- Loại ra khỏi nghiên cứu những bệnh nhân: UTTT giai đoạn I, UTTT giai đoạn IV, UTTT tái phát, UTTT đã điều trị tia xạ hoặc hóa chất trước đó, UTTT không phẫu thuật được (tuổi cao, mắc bệnh kết hợp không phẫu thuật được...), mắc thêm ung thư khác, tiền sử phẫu thuật bụng dưới, không chấp hành đúng kế hoạch nghiên cứu.

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

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới, thời gian chẩn đoán, triệu chứng lâm sàng, vị trí tổn thương, giai đoạn lâm sàng, giai đoạn bệnh sau phẫu thuật, mô bệnh học sau phẫu thuật.

+ Kết quả điều trị: phương pháp phẫu thuật, tai biến biến chứng trong và sau phẫu thuật, thời gian sống thêm.

- Các bước nghiên cứu:

+ Quy trình điều trị bệnh nhân.

Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được khai thác bệnh sử, khám lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính (hoặc MRI) ổ bụng, chụp XQ tim phổi, chụp PET/CT nếu nghi ngờ di căn xa, xét nghiệm chức năng gan thận, đánh giá bệnh kết hợp.

Phẫu thuật: bệnh nhân được phẫu thuật cắt trực tràng đường bụng tăng sinh môn (Abdomino perineal resection - APR) hoặc cắt đoạn trực tràng đường bụng thấp (Low anterior resection - LAR). Chỉ định cho từng trường hợp cụ thể tùy thuộc vào vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn của tổn thương. Sau phẫu thuật thường xuyên giữ liên lạc với bệnh nhân. Khám định kỳ 3 tháng/lần trong 2 năm đầu, sau đó 6 tháng/lần.

+ Thu thập số liệu theo mẫu nghiên cứu. Phân loại giai đoạn bệnh theo TNM (T: Tumor; N: Lymph Nodes; M: Metastasis) và UICC (Union

International Controle Cancer). Thời gian sống thêm ước lượng theo phương pháp Kaplan – Meier.
+ **Xử lý số liệu** bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 3.1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

**thay đổi thói quen đại tiện*

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 20	0	0
	20 - 40	06	08,1
	41 - 60	36	48,6
	61 - 80	32	43,3
	>80	0	0
Giới	Nam	55	74,3
	Nữ	19	25,7
Thời gian chẩn đoán (tháng)	< 6 tháng	50	67,6
	6 -12 tháng	19	25,7
	>12 tháng	05	06,7
Triệu chứng lâm sàng khi vào viện	Đau bụng	44	59,5
	Đau vùng hậu môn	23	31,1
	Mót rặn	20	27,0
	Phân có máu	61	83,6
	Thay đổi TQĐT*	50	67,6
	Phân lỏng	10	13,5
	Phân táo	15	20,3
	Táo lỏng thất thường	17	23,0
	Thay đổi khuôn phân	05	06,8
Triệu chứng toàn thân	Thiếu máu lâm sàng	18	24,3
	Gầy sút cân nhanh	15	20,3
Thăm trực tràng	Sờ thấy u	38	51,4
	Không sờ thấy u	36	48,6
Vị trí u	Trực tràng trên	24	32,4
	Trực tràng giữa	32	43,2
	Trực tràng dưới	18	24,4

3.2. Phân mức giai đoạn trước và sau phẫu thuật

Bảng 3.2: phân mức giai đoạn trước và sau phẫu thuật theo TNM và UICC

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
T	Trước phẫu thuật (c)	T1	0
		T2	02
		T3	50
		T4	22
	Sau phẫu thuật (p)	T1	02
		T2	04
		T3	54
		T4	14
N	Trước phẫu thuật (c)	N0	22
		N1	38
		N2	14
	Sau phẫu thuật (p)	N0	21
		N1	42
		N2	11
M	Trước phẫu thuật (c)	M0	74
		M1	0
	Sau phẫu thuật (p)	M0	65
		M1	09
UICC	Trước phẫu thuật (c)	I	0
		II	23
		III	51

	Sau phẫu thuật (p)	IV	0	0
		I	04	05,4
		II	18	24,3
		III	43	58,1
		IV	9	12,2

(c): clinical; (p): pathologiscal

3.3. Phương pháp phẫu thuật và thời gian phẫu thuật**Bảng 3.3: phân chia bệnh nhân và thời gian phẫu thuật theo phương pháp phẫu thuật**

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng (tỷ lệ %)	Thời gian mổ (phút)		
		Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
APR	21 (28,4)	60	205	85
LAR	53 (71,6)	90	355	175

APR (Abdomino perineal resection): cắt trực tràng đường bụng tăng sinh môn

LAR (Low anterior resection): cắt đoạn trực tràng đường bụng thấp

3.4. Đặc điểm mô bệnh học và kết quả ung thư học của phẫu thuật**Bảng 3.4: Đặc điểm mô bệnh học và kết quả ung thư học của phẫu thuật**

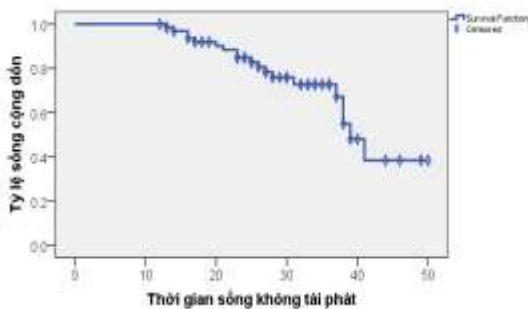
Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đại thể khối u	Thể sùi	67	90,5
	Thể loét	03	04,1
	Thể nhiễm cứng	04	05,4
Vi thể khối u	Biểu mô tuyến	74	100
	Biểu mô vảy	0	0
	Khác	0	0
Độ biệt hóa	Cao	41	55,4
	Vừa	25	33,9
	Kém	08	10,7
Đầu gần	Am tính	71	95,9
	Dương tính	03	04,1
Đầu xa	Am tính	74	100
	Dương tính	0	0
Chu vi diện cắt	Am tính	74	100
	Dương tính	0	0

3.5. Tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật**Bảng 3.5: một số tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật**

Tai biến, biến chứng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trong mổ	Chảy máu	1	1,4
	Tổn thương tạng	2	2,8
	Chuyển mổ mở	5	6,8
	Tử vong	0	0
Trong thời gian hậu phẫu	Chảy máu	3	4,1
	Bục, rò miệng nổi	2	2,7
	Nhiễm trùng vết mổ	6	8,1
	Bán tắc ruột	1	1,4
Biến chứng muộn	Tử vong	0	0
	Bán tắc ruột	3	4,1
	Tắc ruột	6	8,1
	Ung thư thứ phát	2	2,8

3.6. Thời gian sống thêm

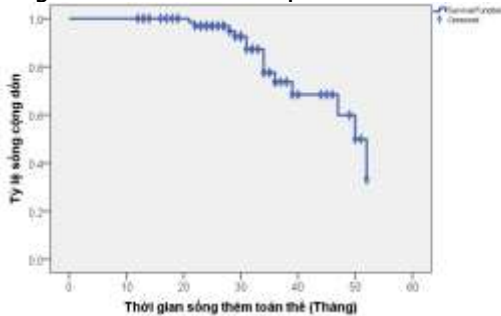
- Sống thêm không bệnh: Tổng cộng có 65 bệnh nhân sống không bệnh sau phẫu thuật. Bệnh nhân theo dõi dài nhất 51 tháng, bệnh nhân theo dõi ngắn nhất 12 tháng. Thời gian theo dõi trung bình 32,3 tháng. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 19 bệnh nhân tái phát. Thời gian sống thêm không bệnh thể hiện ở biểu đồ 3.1.



Biểu đồ 3.1: thời gian sống thêm không bệnh

*Thời gian sống thêm không bệnh 3 năm ước tính: 72,7%.

- Sống thêm toàn thể: tổng cộng có 74 bệnh nhân. Bệnh nhân theo dõi dài nhất 51 tháng, bệnh nhân theo dõi ngắn nhất 12 tháng. Thời gian theo dõi trung bình 30,2 tháng. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 14 bệnh nhân tử vong. Thời gian sống thêm toàn thể thể hiện ở biểu đồ 3.2



Biểu đồ 3.2: thời gian sống thêm toàn thể

*Thời gian sống thêm toàn thể 3 năm ước tính: 73,7%.

IV. BÀN LUẬN

- Tuổi, giới: nguy cơ mắc ung thư trực tràng tăng theo tuổi, nguy cơ mắc tăng nhanh sau 40 tuổi. Bệnh mắc ở nam nhiều hơn ở nữ. Ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi đa phần là các bệnh nhân trên 40 tuổi (91,9%), số bệnh nhân nam nhiều hơn gần gấp 3 số bệnh nhân nữ ($55/19 = 2,89$).

- Thời gian chẩn đoán: có 67,6% bệnh nhân thời gian chẩn đoán ngắn hơn 6 tháng. Tuy nhiên có 25,7% bệnh nhân thời gian chẩn đoán từ 6 – 12 tháng và 6,7% bệnh nhân thời gian chẩn đoán > 12 tháng. Điều này cho thấy nhiều bệnh nhân UTTT thời gian đầu bệnh tiến triển tương đối chậm, triệu chứng lâm sàng kín đáo không rõ ràng nên bệnh nhân không đi khám bệnh ngay hoặc đi khám nhưng không phát hiện ra. Sàng lọc UTTT sẽ rất có hiệu quả trong việc phát hiện sớm bệnh.

- Triệu chứng lâm sàng: các triệu chứng hay gặp khi bệnh nhân nhập viện gồm: đi cầu phân

có máu (83,6%), thay đổi thói quen đại tiện (67,6%), đau bụng (59,5%). Như vậy, các bệnh nhân đi khám bệnh với triệu chứng đi cầu phân có máu, thay đổi thói quen đại tiện hoặc đau bụng âm ạch cần thăm trực tràng và soi đại trực tràng để chẩn đoán sớm UTTT.

- Triệu chứng toàn thân: khi vào viện có 24,3% bệnh nhân có thiếu máu lâm sàng và 20,3% bệnh nhân gầy sút cân nhanh. Đây thường là những bệnh nhân có thời gian chẩn đoán dài. Trước phẫu thuật cần điều trị cầm máu, nâng đỡ cơ thể.

- Thăm trực tràng: thăm trực tràng là thủ thuật đơn giản, dễ thực hiện nhưng rất quan trọng trong chẩn đoán UTTT. Mặc dù hiện nay đã có nhiều phương tiện hiện đại như soi đại – trực tràng, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ hay siêu âm nội soi, nhưng thăm trực tràng vẫn là thủ thuật bắt buộc khi khám trực tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi sờ thấy u qua thăm khám trực tràng ở 51,4% bệnh nhân nghiên cứu.

- Vị trí u: vị trí u được chúng tôi xác định qua thăm khám trực tràng, nội soi đại trực tràng và chụp cắt lớp vi tính (hoặc chụp cộng hưởng từ). Có 32,4% ung thư ở trực tràng trên, 43,2% ung thư ở trực tràng giữa và 24,4% ung thư ở trực tràng dưới. Ở nghiên cứu của H. Jaap Bonjer và cộng sự (2015), các tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi tương ứng là: 32%, 39% và 29% [5].

- Giai đoạn TNM: do hạn chế về phương tiện, trước phẫu thuật đa phần các bệnh nhân của chúng tôi được xác định giai đoạn bệnh dựa trên khám lâm sàng, thăm trực tràng, chụp XQ tim phổi và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. Chỉ một số ít bệnh nhân được chụp MRI (có chống chỉ định chụp cắt lớp vi tính) và PET/CT (ngại di căn xa). So sánh giai đoạn T trước và sau phẫu thuật chúng tôi thấy: tỷ lệ T3 sau phẫu thuật tăng (từ 67,6% lên 73,0%), tỷ lệ T4 sau phẫu thuật giảm (từ 29,7% xuống 18,9%), có 2 (2,7%) bệnh nhân sau phẫu thuật giai đoạn T2 (0% trước phẫu thuật). So sánh giai đoạn N trước và sau phẫu thuật chúng tôi thấy chủ yếu thay đổi ở giai đoạn N1 (từ 51,4% lên 56,6%). Do chỉ bệnh nhân giai đoạn II – III được đưa vào nghiên cứu nên trước phẫu thuật không có bệnh nhân nào M1, tuy nhiên đánh giá sau phẫu thuật 3 – 6 tuần có tới 9 bệnh nhân (12,2%) đã có di căn xa.

- Giai đoạn UICC: giai đoạn UICC được chúng tôi chuyển đổi từ giai đoạn TNM. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật có 24,3% bệnh nhân giai đoạn II và 58,1% bệnh nhân giai đoạn III. Các bệnh nhân này được điều trị bổ trợ hóa – xạ đồng thời. Có 5,4% bệnh nhân giai

đoạn I, không điều trị bổ trợ. 12,2% bệnh nhân giai đoạn IV được điều trị hóa chất FOLFOX 4.

- Phương pháp phẫu thuật: phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn cơ bản đối với UTTT giai đoạn tại chỗ và tại chỗ tiến xa. Ngoài đảm bảo các nguyên tắc phẫu thuật ung thư, phẫu thuật UTTT cần cố gắng bảo tồn cơ thắt hậu môn. Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (Total Mesorectal Excision – TME) được coi là tiêu chuẩn vàng trong phẫu thuật UTTT giữa và dưới. Đa số các bệnh nhân đều được chúng tôi phẫu thuật TME, chỉ một số bệnh nhân u trực tràng trên được phẫu thuật PME (Partial Mesorectal Excision). Trong nghiên cứu của chúng tôi 28,4% được phẫu thuật APR và 71,6% được phẫu thuật LAR.

- Mô bệnh học: 100% bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là ung thư biểu mô tuyến, 90,5% thể sùi, biệt hóa cao và vừa chiếm 89,3% và chỉ 10,7% độ biệt hóa kém.

- Kết quả ung thư học của phẫu thuật: 100% chu vi diện cắt (-), 100% đầu xa (-), có 3 (4,1%) bệnh nhân đầu gần (+) vi thể (R1).

- Tai biến, biến chứng: các tai biến trong phẫu thuật có thể gặp là: chuyển mổ mở (6,8%), tổn thương tạng lân cận (2,8%) và chảy máu (1,4%). Các tai biến, biến chứng hay gặp trong thời gian hậu phẫu là: nhiễm trùng vết mổ (8,1%), chảy máu (4,1%), bục rò miệng nổi (2,7%). Tai biến muộn thường gặp nhất là tắc ruột (8,1%), bán tắc ruột (4,1%).

- Thời gian sống thêm: ở nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm không bệnh 3 năm ước tính là 72,7%, thời gian sống toàn thể 3 năm ước tính là 73,7%. Trong nghiên cứu của H. Jaap Bonjer và cộng sự (2015), thời gian sống thêm không bệnh 3 năm ước tính là 74,8% ở nhóm phẫu thuật nội soi và 70,8% ở nhóm phẫu thuật mở. Thời gian sống thêm toàn thể 3 năm là 86,7% ở nhóm phẫu thuật nội soi và 83,6% ở nhóm phẫu thuật mở. Thời gian sống thêm toàn thể 3 năm ước tính của chúng tôi thấp hơn ở nghiên cứu của H. Jaap Bonjer và cộng sự theo chúng tôi là do trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 9 (12,2%) bệnh nhân ở giai đoạn IV sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

- Số bệnh nhân nam nhiều hơn số bệnh nhân nữ (nam/nữ = 2,89), đa số bệnh nhân nghiên cứu trên 40 tuổi (91,9%). Các triệu chứng lâm sàng hay gặp khi vào viện là: đi cầu phân có máu (83,6%), thay đổi thói quen đại tiện (67,6%), đau bụng (59,5%). Có 32,4% ung thư ở trực tràng trên, 43,2% ung thư ở trực tràng giữa và 24,4% ung thư ở trực tràng dưới. Sau phẫu thuật, giai đoạn I chiếm 5,4%, giai đoạn II chiếm 24,3%, giai đoạn III chiếm 58,1%, giai đoạn IV chiếm 12,2%.

- Phẫu thuật APR chiếm 28,4% với thời gian phẫu thuật trung bình là 290 phút. Phẫu thuật LAR chiếm 71,6% với thời gian phẫu thuật trung bình là 175 phút. 100% đầu xa (-), 100% chu vi diện cắt (-), 4,1% đầu gần (+). 6,8% bệnh nhân nghiên cứu chuyển mổ mở, 2,8% tổn thương tạng lân cận. Trong thời gian hậu phẫu có 8,1% nhiễm trùng vết mổ, 4,1% chảy máu khoang phúc mạc và 2,7% bục rò miệng nổi. Biến chứng muộn hay gặp là: tắc ruột (8,1%), bán tắc ruột (4,1%) và ung thư thứ phát (2,8%).

- Thời gian sống thêm không bệnh 3 năm ước tính là 72,7%. Thời gian sống thêm toàn thể 3 năm ước tính là 74,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lindsey A. Torre, Freddie Bray, Rebecca L. Siegel và cộng sự (2015). Global Cancer Statistics, 2012. *CA CANCER J CLIN* 2015, 65, 87-108.
2. Nguyễn Bá Đức và Nguyễn Thị Hoài Nga (2007). Dịch tễ học bệnh ung thư. *Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư*, Nhà Xuất Bản Y học, Hà Nội, 9-19.
3. Nguyễn Văn Hiệu (2010). Ung thư đại trực tràng. *Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư*, Nhà Xuất Bản Y học, Hà Nội, 269-283.
4. Rebecca Siegel, Carol DeSantis, Ahmedin Jemal. Colorectal Cancer Statistics, 2014. *ca cancer j clin* 2014;64:104-117.
5. H. Jaap Bonjer, Charlotte L. Deijen, Gabor A. Abis et al. A Randomized Trial of Laparoscopic versus Open Surgery for Rectal Cancer. *n engl j med* 372;14 *nejm.org* april 2, 2015.
6. Bruno Andreoni, Antonio Chiappa, Emilio Bertani. Surgical outcomes for colon and rectal cancer over a decade: results from a consecutive monocentric experience in 902 unselected patients. *World Journal of Surgical Oncology* 2007, 5:73.
7. Alexix Ulrich, Jan Schmidt, Jurgen Weitz et al (2005). Total Mesorectal Excision: The Heidelberg Results after TME. *Rectal Cancer Treatment*, Springer Berlin Heidelberg New York, p: 111 – 118.

ĐẶC ĐIỂM ĐIỆN SINH LÝ VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TIM NHANH TRÊN THẤT Ở TRẺ NHỎ BẰNG ĐỐT TRIỆT QUA CATHETER

Nguyễn Thanh Hải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm điện sinh lý và đánh giá kết quả bước đầu của phương pháp điều trị tim nhanh trên thất (TNTT) ở trẻ nhỏ bằng đốt triệt qua catheter (ĐTQC) với năng lượng sóng cao tần. **Đối tượng và phương pháp:** Phân tích hồi cứu 18 trẻ có cân nặng ≤ 15 kg bị TNTT được điều trị bằng ĐTQC tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 8/2012 đến 8/2014. **Kết quả:** Mười tám trẻ trải qua 21 lần ĐTQC với tuổi trung bình là 2,2 tuổi (0,5 - 4,8), cân nặng trung bình 11kg (5,5-15), 4 trẻ bị tim bẩm sinh. Mười sáu trẻ tim nhanh vào lại nhĩ thất (VLNT), 1 tim nhanh nhĩ (NN), 1 tim nhanh vào lại nút nhĩ thất (VLNNT). Tỷ lệ thành công chung của ĐTQC là 94% và tỷ lệ tái phát là 11% với thời gian theo dõi sau thủ thuật trung bình 7,4 tháng (1,5-18). Không có tai biến nguy hiểm trong và sau thủ thuật. **Kết luận:** Tim nhanh VLNT là cơ chế chính gây tim nhanh trên thất ở trẻ nhỏ. Phương pháp điều trị TNTT ở trẻ nhỏ bằng ĐTQC có thể được thực hiện an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Trẻ em, trẻ nhỏ, tim nhanh trên thất, điều trị tim nhanh, năng lượng sóng cao tần, triệt đốt.

SUMMARY

THE RESULTS OF RADIOFREQUENCY ABLATION IN INFANTS AND SMALL CHILDREN WITH SUPRAVENTRICULAR TACHYCARDIA

Objective: To analyze the electrophysiologic characteristics and evaluate the early results of radiofrequency ablation (RFA) in small children with supraventricular tachycardia (SVT). **Methods:** In an overall group of 18 patients ≤ 15 kg, who underwent RFA, were evaluated retrospectively from August 2012 to August 2014. The indication for RFA was recurrent hemodynamically compromising drug-resistant SVT, tachycardia-induced dilated cardiomyopathy. **Results:** Twenty-one RFA procedures were performed in 18 patients, including four patients with structural congenital heart diseases. Average patient age was 2.2 years (0.5 - 4.8); average patient weight was 11kg (5.5-15). Electrophysiology study showed atrioventricular reentrant tachycardia (AVRT) in 16 patients, atrioventricular nodal reentrant tachycardia (AVNRT) in 1, atrial tachycardia (AT) in 1. There were 14 patients with single accessory pathway (AP) and 2 patients with multiple APs in the group of patients with AVRT. Acute success rate of RFA was 94% patients and the recurrence rate was 11.8% with the average follow-up period of 7.4 months (1.5-18). Two patients with accessory pathway mediated tachycardia developed recurrence and underwent successfully ablation again. None of the patients developed major complications. **Conclusions:** AVRT is the most common SVT in small children. The RFA in small children had good

success rate, may be safe and reliable.

Keywords: children, infant, supraventricular tachycardia, radiofrequency catheter ablation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TNTT là loại rối loạn nhịp cấp cứu hay gặp nhất ở trẻ em. Bệnh thường xuất hiện trong những tháng đầu sau sinh và tái phát trong những năm tuổi tiếp theo [1]. Điều trị TNTT bằng các thuốc chống loạn nhịp vẫn là phương pháp điều trị phổ biến nhất. Tuy nhiên hạn chế phương pháp này là tỷ lệ kháng các thuốc chống loạn nhịp cao, tác dụng phụ của thuốc và không triệt để [2].

Ngày nay, ĐTQC là phương pháp điều trị được lựa chọn hàng đầu đối với bệnh nhân là người lớn và trẻ lớn bị TNTT[3]. Tuy nhiên đối với trẻ nhỏ phương pháp này vẫn còn là một chỉ định hạn chế và là đề tài tranh luận do nguy cơ tai biến của thủ thuật và hậu quả lâu dài có thể có[4]. Một số báo cáo gần đây chỉ ra rằng phương pháp ĐTQC có thể được thực hiện an toàn và hiệu quả đối với trẻ nhỏ[5].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ 7/2012 đến 8/2014, có 18 trẻ bị TNTT dưới 15 kg được điều trị bằng kỹ thuật này bao gồm: cơn tim nhanh suy huyết động kháng thuốc chống loạn nhịp, bệnh cơ tim giãn do tim nhanh.

Thăm dò điện sinh lý: Sau khi bệnh nhân dùng uống các thuốc chống loạn nhịp ít nhất bằng 5 lần thời gian bán thải của thuốc, thăm dò điện sinh lý được tiến hành trong khi trẻ được gây mê nội khí quản. Hai đến 4 catheter chẩn đoán 4F được đưa vào trong tim qua các tĩnh mạch và được đặt tại các vị trí: xoang vành, nhĩ phải cao, His, thất phải.

Thăm dò điện sinh lý được thực hiện theo quy trình thống nhất, bao gồm kích thích nhĩ và thất bằng các phương thức sau: tần số tăng dần, 1 kích thích sớm và chuỗi. Trong trường hợp không gây được cơn tim nhanh bệnh nhân được kích thích tim trong khi truyền Isuprel liều 0,025 đến 0,5mcg/kg/ph. Phân tích đặc điểm điện sinh lý nhằm xác định cơ chế cơn tim nhanh, đặc tính đường phụ nhĩ thất, vị trí đường phụ.

Kỹ thuật triệt đốt qua catheter: Catheter đốt lái hướng 5F được đưa qua tĩnh mạch đùi phải vào nhĩ phải. Trong trường hợp cần nguyên gây tim nhanh nằm bên trái, catheter được đưa qua lỗ PFO từ nhĩ phải hoặc được đưa từ động mạch đùi phải qua động mạch chủ vào thất trái, hoặc dùng thủ thuật chọc vách liên nhĩ. Sau khi

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hải

Email: hai.nhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.5.2017

Ngày duyệt bài: 16.5.2017

lập bản đồ nội mạc xác định vị trí đốt thích hợp, thực hiện đốt theo quy trình 2 bước: đốt thử và đốt triệt để. Giai đoạn đốt thử, máy đốt được cài đặt chế độ kiểm soát nhiệt độ 45°C với thời gian 5 giây. Đốt triệt để được thực hiện khi đốt thử có kết quả, nhiệt độ được tăng dần lên 50-70°C thời gian duy trì 30 đến 60 giây. Sau đốt triệt để bệnh nhi được theo dõi liên tục trong 30 phút rồi thăm dò lại để chứng tỏ không có tái phát cơn tim nhanh. Các bệnh nhân được ĐTQC bên trái hoặc có shunt trong tim được dùng Heparin 100U/kg tiêm tĩnh mạch.

Theo dõi bệnh nhân sau can thiệp: Khi kết thúc thủ thuật bệnh nhi được rút nội khí quản rồi chuyển ra phòng hồi tỉnh theo dõi trong khoảng 2-4 tiếng. Sau đó được chuyển về buồng bệnh theo dõi tiếp. Đối với bệnh nhân cần tiếp tục được hỗ trợ hô hấp hoặc tuần hoàn thì được chuyển về đơn vị hồi sức tích cực. Mọi bệnh nhân được siêu âm tim và ghi điện tim 12 chuyển đạo sau đốt và trước khi ra viện. Bệnh nhân được tái khám tại các thời điểm: 1 tháng; 3 tháng và 6 tháng sau khi ra viện.

Khi cơn nhịp tim nhanh tái xuất hiện hoặc điện tim có hình ảnh Wolff-Parkinson-White (WPW) trở lại thì được coi là tái phát.

Thu thập và xử lý số liệu: Các biến số được thu thập bao gồm: Tuổi, giới, cân nặng, bất thường bẩm sinh cấu trúc tim, cơ chế tim

nhanh, chu kỳ cơn tim nhanh, cơ chế cơn tim nhanh, vị trí đường dẫn truyền phụ nhĩ thất, đường vào catheter, số lần đốt, tổng thời gian đốt, nhiệt độ đốt tối đa, kết quả đốt sớm, thời gian thủ thuật, thời gian chiếu tia, tai biến hoặc biến chứng, tái phát. Các số liệu sau khi thu thập sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Trong giai đoạn 2 năm có 18 bệnh nhi (*bảng 1*) có cân nặng ≤ 15 kg được ĐTQC, tỉ lệ nam/nữ là 10/8, tuổi trung bình là 2,2 (0,5 - 4,8 tuổi), cân nặng trung bình 11kg (5,5-15).

Đặc điểm bệnh lý tim. Tim bẩm sinh có 4 bệnh nhân chiếm 22%, bao gồm 2 bất thường Ebstein, 1 thông liên nhĩ, 1 thông sàn nhĩ thất. Chỉ định điều trị chủ yếu là tim nhanh kháng thuốc chống loạn nhịp có suy huyết động trong cơn 13/18 (72%) bệnh nhân, còn lại 5 bệnh nhân là do bệnh cơ tim giãn do tim nhanh.

Đặc điểm điện sinh lý tim. Mọi bệnh nhân đều gây được cơn TTTT trong khi thăm dò. Trong đó, 16 bệnh nhân có tim nhanh VLNT, 1 tim nhanh VLNNT thể chậm-nhanh, 1 tim nhanh nhĩ. Chu kì tim nhanh từ 175-270 lần/phút (CL 220-343ms). Có 18 ĐPNT được xác định trên 16 bệnh nhân có tim nhanh VLNT trong đó 8 WPW liên tục, 4 WPW không liên tục, 6 đường phụ ẩn.

Bảng 1: Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Giới Nam/nữ	10/8
Tuổi (năm)	2,2 (0,5-4,8)
Cân nặng (kg)	5,5-15
Tim bẩm sinh (n)	4/18
Điện tim có WPW (n)	8/18
Cơ chế tim nhanh (n): Vào lại nhĩ thất	16/18
Vào lại nút nhĩ thất	1/18
Nhanh nhĩ	1/18
Chu kì tim nhanh (ms)	275(220-343)
Thời gian thủ thuật (phút)	102 (44-180)
Thời gian chiếu tia (phút)	32 (9-67)
Thời gian đốt (giây)	263 (31-523)
Thành công (n)	16/18
Tỉ lệ tái phát (n)	2/18
Thời gian theo dõi (tháng)	7,4 (1,5-18)
Tai biến nặng (n)	0

Các chỉ số trong và sau khi thủ thuật: Thời gian thủ thuật trung bình 102 phút (44-180), thời gian chiếu tia 32 phút (9-67). Tổng số lần đốt trung bình 17 lần (1-41) với thời gian đốt trung bình 263 giây (31-523). Nhiệt độ đốt trung bình 55,5°C (45-67).

Tổng số 21 thủ thuật ĐTQC được thực hiện trên 18 bệnh nhi. Trong đó catheter đốt qua đường nhĩ phải được thực hiện trên 11 bệnh nhân, bên trái qua lỗ PFO là 2, qua động mạch chủ 6. Đốt triệt 18 đường phụ nhĩ thất trên 16 bệnh nhi, 1 đường chậm nút nhĩ thất, 1 ổ kích

thích nhĩ. Thất bại 2 trường hợp với ĐPNT vách trước năm sát bó His do lo ngại nguy cơ block nhĩ thất nên chúng tôi quyết định dừng thủ thuật và một trường hợp đường phụ phải trước bên. Với thời gian theo dõi trung bình 7.4 tháng (1,5-18,3) có 2 bệnh nhân tim nhanh VLNT tái phát ngay trong tháng đầu sau đốt và được đốt lại thành công. Có 1 bệnh nhân tụ máu vùng cổ do chọc vào động mạch cảnh.

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù ĐTQC là phương pháp được lựa chọn hàng đầu đối với TNTT ở người lớn và trẻ lớn. Trái lại, đối với trẻ nhỏ phương pháp phổ biến nhất vẫn là điều trị bằng các thuốc chống loạn nhịp. Chỉ định điều trị TNTT bằng ĐTQC ở trẻ nhỏ vẫn còn là đề tài tranh luận về tính an toàn cũng như hậu quả lâu dài trên cơ tim chưa trưởng thành[6]. Dẫu vậy, chỉ định thường được áp dụng trong một số tình huống sau: kháng thuốc chống loạn nhịp, loạn nhịp nguy kịch, suy chức năng tim trái, tác dụng phụ của thuốc chống loạn nhịp, trước phẫu thuật tim bẩm sinh [7].

Đã có một số báo cáo về hiệu quả của ĐTQC trong điều trị TNTT ở trẻ nhỏ, tỉ lệ thành công trong khi đốt triệt của kỹ thuật này tương đương với kết quả trên trẻ lớn hoặc người lớn và tỉ lệ này 93- 98% và tỉ lệ tái phát 11,6 -20% [3,5]. Khác với người lớn, phần lớn TNTT ở trẻ em xuất hiện trong giai đoạn đầu đời là tim nhanh VLNT do ĐPNT, tiếp theo là NN và tim nhanh VLNT. Khuynh hướng này thay đổi dần theo độ tuổi lớn dần, và tim nhanh VLNT sẽ chiếm ưu thế tăng dần[3].

Nghiên cứu đăng kí của Hiệp hội Điện sinh lý Nhi khoa Hoa Kỳ tiến hành trên bệnh nhân từ 0-21 tuổi được điều trị bằng ĐTQC. Trong giai đoạn từ 1991-1996, đã chỉ ra rằng tỉ lệ tai biến nguy hiểm của điều trị bằng ĐTQC ở nhóm trẻ có cân nặng <15 kg có khuynh hướng cao hơn so với nhóm trẻ lớn hơn [7]. Tuy nhiên, giai đoạn nghiên cứu tiếp theo từ 1996-1999, tỉ lệ tai biến chung đã giảm từ 4,2% xuống 3% đặc biệt là các tai biến nguy hiểm, và không thấy có sự khác biệt về tỉ lệ tai biến giữa hai nhóm cân nặng. Các tai biến nguy hiểm có thể có với tỉ lệ thấp bao gồm: Thủng tim, block nhĩ thất cấp II hoặc hoàn toàn, tổn thương động mạch vành,

huyết khối [3]. Cũng từ dữ liệu trên, Schaffer và cs (2000) đánh giá 4651 bệnh nhi được điều trị bằng ĐTQC, tỉ lệ tử vong liên quan đến thủ thuật là 0,12% trên trẻ có cấu trúc tim bình thường và 0,89% trên trẻ có bất thường cấu trúc tim. Nguyên nhân được cho là: sang chấn cơ học, thủng cơ tim và tràn máu màng ngoài tim, huyết khối mạch vành hoặc mạch não, loạn nhịp thất. Các yếu tố liên quan đến tử vong bao gồm: Bệnh tim kèm theo, cân nặng thấp, đốt triệt nhiều lần và kéo dài, đốt bên tim trái[4].

V. KẾT LUẬN

Tim nhanh vào lại nhĩ thất là cơ chế chính gây tim nhanh trên thất ở trẻ nhỏ. Kỹ thuật điều trị tim nhanh trên thất ở trẻ nhỏ bằng triệt đốt qua catheter với năng lượng sóng tần số radio có thể được thực hiện an toàn với tỉ lệ thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Drago F., Silvetti M. S., De Santis A., et al (2008).** Paroxysmal reciprocating supraventricular tachycardia in infants: electrophysiologically guided medical treatment and long-term evolution of the re-entry circuit. *Europace*. 10(5), 629-35.
2. **Novo S., Barbaro G (2008).** Current trends in the treatment of supraventricular tachycardia in pediatric age. *Curr Pharm Des*. 14(8),722-22.
3. **Kugler J. D., Danford D. A., Houston K. A., et al (2002).** Pediatric radiofrequency catheter ablation registry success, fluoroscopy time, and complication rate for supraventricular tachycardia: comparison of early and recent eras. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 13(4),336-41.
4. **Schaffer M. S., Gow R. M., Moak J. P., et al (2000).** Mortality following radiofrequency catheter ablation (from the Pediatric Radiofrequency Ablation Registry). Participating members of the Pediatric Electrophysiology Society. *Am J Cardiol*. 86(6),639-43.
5. **An H. S., Choi E. Y., Kwon B. S., et al (2013).** Radiofrequency catheter ablation for supraventricular tachycardia: a comparison study of children aged 0-4 and 5-9 years. *Pacing Clin Electrophysiol*. 36(12),1488-94.
6. **Blaufox A.D (2005).** Catheter ablation of tachyarrhythmias in small children. *Indian Pacing Electrophysiol J*. 5(1), 51-62.
7. **Kugler J. D., Danford D. A., Deal B. J., et al (1994).** Radiofrequency catheter ablation for tachyarrhythmias in children and adolescents. The Pediatric Electrophysiology Society. *N Engl J Med*. 330(21),1481-7.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ METHADONE TẠI TRUNG TÂM PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS TỈNH NGHỆ AN NĂM 2016

Nguyễn Thị Hồng Duyên*, Trần Khánh Toàn**

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 338 bệnh nhân điều trị thay thế nghiện chất thuốc phiện bằng methadone tại Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Nghệ An năm 2016. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân. Thông tin được thu thập qua phỏng vấn bằng công cụ WHOQOL-BREF đã được Việt hoá và hồi cứu hồ sơ bệnh án. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm CLCS trung bình cao nhất là về tâm lý với 61,2 điểm và thấp nhất về xã hội với 50,3 điểm. Điểm CLCS cao hơn ở những bệnh nhân có nghề nghiệp ổn định, sống chung với vợ con; rất hài lòng với người sống chung; sống ở nông thôn; chưa từng cai nghiện trước đây và có được tư vấn xét nghiệm HIV. Điểm CLCS về xã hội và môi trường thấp hơn ở những bệnh nhân bỏ liều methadone nhiều lần. Cần tăng cường tư vấn cho bệnh nhân về việc tuân thủ chế độ điều trị, khuyến khích người nhà tham gia hỗ trợ bệnh nhân trong điều trị.

Từ khoá: Chất lượng cuộc sống, điều trị thay thế bằng methadone, WHOQOL-BREF.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS AMONG PATIENTS ON METHADONE MAINTENANCE TREATMENT AT NGHE AN CENTER FOR HIV/AIDS CONTROL IN 2016

A cross-sectional study was conducted on 338 patients on methadone maintenance treatment at Nghe An Center for HIV/AIDS control in 2016. The aim of the study was to assess quality of life (QoL) and related factors of patients on MMT. Data were obtained through interviews of patients using the WHOQOL-BREF tool and medical records retrieved. The results showed that the highest QoL score was in psychology (61.2) and the lowest in social area (50.3). QoL scores were higher among those: who had a stable occupation, lived with their wives and children; were very satisfied with the cohabitants, were in rural areas, never used opioid addiction treatment before and who have received HIV counseling and testing. CLCS scores on social and environmental aspects were lower in patients who repeatedly dropped methadone. It is necessary to improve patients' consultation on treatment adherence and encourage family members to support patients in treatment regimes.

Keywords: quality of life, methadone maintenance treatment, WHOQOL-BREF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị thay thế bằng methadone (MMT) là một trong những giải pháp có hiệu quả nhằm giảm thiểu tác hại của nghiện chất ma túy dạng thuốc phiện. Khi được lồng ghép cùng với tư vấn và các dịch vụ hỗ trợ khác, phương pháp này giúp làm giảm tỷ lệ sử dụng ma túy, giảm nguy cơ lây nhiễm HIV và nguy cơ tội phạm do ma túy gây ra. Mặt khác, khi giảm lệ thuộc vào ma túy, bệnh nhân sẽ phục hồi sức khỏe, ổn định tâm lý, ổn định cuộc sống, tái hòa nhập cộng đồng làm tăng chất lượng cuộc sống (CLCS) và góp phần tăng tuân thủ và tăng hiệu quả điều trị methadone.

Chất lượng cuộc sống là một chỉ số đánh giá hiệu quả điều trị thay thế bằng methadone cho bệnh nhân nghiện chất dạng thuốc phiện. Tuy nhiên, chủ đề này chưa được nghiên cứu nhiều ở Việt Nam. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả thực trạng CLCS và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đang được điều trị tại cơ sở điều trị methadone thuộc Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh Nghệ An năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên toàn bộ 338 bệnh nhân đang được điều trị methadone ở giai đoạn ổn định liều tại Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh Nghệ An năm 2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trong thời gian từ tháng 11/2015 đến tháng 5/2016. Bệnh nhân được phỏng vấn bằng bộ công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống của Tổ chức Y tế thế giới bản tóm tắt (WHOQOL-BREF) với 4 lĩnh vực thể chất, tâm lý, xã hội và môi trường gồm 26 câu hỏi đã được Việt hoá kết hợp với hồi cứu thông tin từ bệnh án. Số liệu được nhập vào máy tính dưới dạng mã hóa và phân tích trên phần mềm STATA 14.0 với khoảng tin cậy 95%. Mỗi liên quan với CLCS được phân tích cho từng lĩnh vực, sử dụng kiểm định Kruskal Wallis và hồi quy Tobit.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ 338 BN tham gia nghiên cứu đều là nam giới với tuổi trung bình là 36,8; đa số là lao động tự do (67,5%), sống ở thành thị (59,5%), có trình độ phổ thông trung học (56,2%). Phần lớn (62,4%) BN đã kết hôn, sống cùng vợ con (64,5%) hoặc bố mẹ (30,5%). Bệnh nhân sử dụng ma túy lần đầu ở độ tuổi dưới 25

*Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Nghệ An

**Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Khánh Toàn

Email: tktoan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 30.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2017

Ngày duyệt bài: 19.5.2017

(59,2%), trung bình $24,5 \pm 7,4$ tuổi. Loại ma túy được sử dụng đầu tiên chủ yếu là heroin (95,1%); có 75,7% bệnh nhân đã từng cai nghiện; đa số bệnh nhân chỉ mới điều trị

methadone dưới 3 năm (78,1%). Một nửa bệnh nhân có bỏ liều methadone trong vòng 3 tháng qua, chủ yếu là bỏ 1-2 lần (29,6%).

3.2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân

Bảng 3.1. Tự đánh giá tình trạng sức khỏe và CLCS tổng thể của bệnh nhân

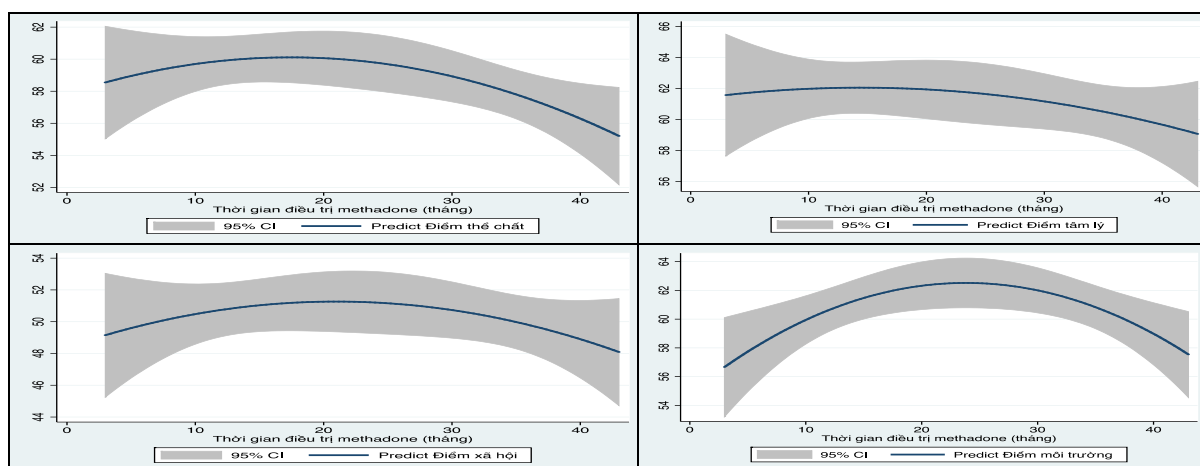
Mức độ đánh giá	CLCS tổng thể	Hài lòng về sức khỏe
Xấu/Không hài lòng	18 (5,3)	38 (11,2)
Bình thường	216 (63,9)	192 (56,8)
Tốt/Hài lòng	104 (30,8)	108 (32,0)

Bảng 3.1. cho thấy đa số BN tự đánh giá CLCS tổng thể ở mức trung bình (63,9%) và hài lòng với sức khỏe bản thân. Vẫn còn 5,3% bệnh nhân đánh giá CLCS ở mức xấu và 11,2% không hài lòng với sức khỏe.

Bảng 3.2. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống trong 4 lĩnh vực

Điểm chất lượng cuộc sống	Điểm thực tế			Điểm quy đổi về 100		
	TB	SD	Min-Max	TB	SD	Min-Max
Điểm thể chất	23,4	2,9	15-32	58,8	10,3	31-88
Điểm tâm lý	20,7	2,7	10-29	61,2	11,4	19-94
Điểm xã hội	9,0	1,4	3-13	50,3	11,3	0-81
Điểm môi trường	26,8	3,2	13-36	60,6	10,1	19-88

Bảng 3.2. cho thấy điểm CLCS trung bình quy đổi của bệnh nhân cao nhất ở lĩnh vực tâm lý (61,2 điểm) và thấp nhất ở lĩnh vực xã hội (50,3 điểm).



Biểu đồ 3.1. Thay đổi điểm 4 câu phân CLCS theo thời gian điều trị methadone

Điểm CLCS khía cạnh xã hội và tâm lý không khác biệt đáng kể theo thời gian điều trị của các nhóm BN. Trong khi đó, điểm CLCS về mặt thể chất và môi trường có xu hướng tăng dần từ nhóm BN điều trị 3 tháng đến BN điều trị 20 tháng sau đó lại giảm dần ở nhóm BN có thời gian điều trị dài hơn.

Bảng 3.3. Một số yếu tố liên quan CLCS bệnh nhân trong hồi quy đa biến Tobit

Yếu tố liên quan	Hệ số hồi quy (coef)			
	Thể chất	Tâm lý	Xã hội	Môi trường
Nghề nghiệp (so với thất nghiệp)				
Lao động tự do	2,47	3,85*	4,25*	5,79*
Nghề cố định	5,74*	5,59*	7,03*	8,12*
Người sống chung (so với sống cùng vợ, con)				
Bố mẹ	-3,06*	-3,15*	-0,86	-
Người khác	-4,24	-1,64	3,71	-
Hài lòng với người sống chung (so với không hài lòng/bình thường)				
Hài lòng	-0,47	0,98	0,01	-0,28
Rất hài lòng	4,36*	8,88*	2,74	2,75
Địa bàn sinh sống (nông thôn so với thành thị)	0,85	1,23	3,66*	0,47

Sử dụng ma túy đá (so với không sử dụng)	-3,10	1,94	-	0,10
Nhiễm HIV (so với không nhiễm)	-2,21	-2,21	-3,94	1,12
Tình trạng bỏ liều (so với không bỏ)				
1-2 lần	-	-	-1,14	0,41
3-4 lần	-	-	-1,27	1,65
5 lần trở lên	-	-	-5,41*	-6,15*
Chưa từng cai nghiện (so với đã từng cai)	-	-	-	2,48*
Được tư vấn xét nghiệm HIV (so với không)	-	-	-	13,55*

Ghi chú: (*) Có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; (-) không đưa vào mô hình đa biến.

Bảng 3.3 cho thấy điểm CLCS về cả 4 lĩnh vực đều cao hơn ở những BN với nghề nghiệp ổn định. Ngoài ra, điểm số về thể chất và tâm lý cũng cao hơn ở những BN rất hài lòng với người sống chung và thấp hơn ở những người sống chung với bố mẹ. Điểm số xã hội cao hơn ở những BN sống ở nông thôn và thấp hơn ở những BN bỏ liều từ 5 lần trở lên trong 3 tháng qua. Điểm số môi trường cũng cao hơn ở những BN chưa từng cai nghiện trước đây và BN được tư vấn xét nghiệm HIV.

Bảng 3.4. Đánh giá mức độ tin cậy của bộ công cụ

Lĩnh vực	Số câu hỏi	Giá trị Cronbach's alpha
Thể chất	7	0,74
Tâm lý	6	0,74
Xã hội	3	0,78
Môi trường	8	0,76
Chung	24	0,81

Bảng 3.4 cho thấy giá trị Cronbach's alpha chung cho cả 4 lĩnh vực của bộ công cụ là 0,81; tính riêng cho từng lĩnh vực cao nhất là với lĩnh vực xã hội (0,78) và thấp nhất ở lĩnh vực sức khỏe thể chất và tâm lý (đều cùng 0,74).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân điều trị methadone: Đa số BN tự đánh giá CLCS tổng thể ở mức trung bình (63,9%) và hài lòng với sức khỏe bản thân. Đa số BN tự đánh giá ở mức trung bình (63,9%). Do khác biệt về địa bàn và đối tượng nghiên cứu, tự đánh giá về chất lượng cuộc sống và hài lòng về sức khỏe của BN trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu tại 3 tỉnh miền núi phía Bắc [1] nhưng thấp hơn nghiên cứu tại Hải Phòng [2].

Khi quy đổi về thang điểm 100, điểm trung bình CLCS cao nhất thuộc lĩnh vực tâm lý với 61,2 điểm và thấp nhất là về mặt xã hội với 50,3 điểm. Điểm CLCS của từng lĩnh vực trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn và mô hình phân bố điểm giữa các lĩnh vực cũng có sự khác biệt so với một số nghiên cứu trước đó [2], [3].

Điểm CLCS về tâm lý trong nghiên cứu này đạt mức cao nhất với 61,2 điểm, cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Hương là 59,8 điểm [1] nhưng vẫn thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Văn Quân với 65,0 điểm [4] và nghiên cứu của Lê Minh Giang là 70,4 điểm [2].

Điểm CLCS lĩnh vực môi trường là 60,6 điểm, đứng thứ 2 trong số 4 lĩnh vực; thấp hơn so với các kết quả nghiên cứu của Lê Minh Giang với 61,5 điểm [2], Lê Thị Hương với 69,1 điểm [1] và Vũ Huyền Trang với 70,5 điểm. Điều này có thể giải thích do điều kiện địa lý, môi trường ở Nghệ An còn nhiều khó khăn trong khi chưa có

nhiều các dự án hỗ trợ người nghiện các kỹ năng tái hòa nhập cộng đồng.

Điểm số thể chất thường cao nhất trong các nghiên cứu trước đây nhưng chỉ đứng thứ 3 trong nghiên cứu này với 58,8 điểm; thấp so với nghiên cứu của Lê Minh Giang (72,2 điểm) [2], Vũ Thị Huyền Trang (71,8 điểm) [3], và Lê Thị Hương (64,7 điểm) [1]. Sức khỏe thể chất là một vấn đề cần được quan tâm nhiều hơn trong quá trình tư vấn, hướng dẫn và hỗ trợ bệnh nhân điều trị methadone tại Nghệ An.

Tương tự như các nghiên cứu trước đây, điểm số thấp nhất là về mặt xã hội. Tuy nhiên, mức điểm 50,3 trong nghiên cứu này thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Vũ Huyền Trang với 64,2 điểm [3]; Lê Minh Giang với 55,5 điểm [2]. Cán bộ y tế cần quan tâm hơn nữa đến công tác tư vấn cho bệnh nhân và truyền thông cho cộng đồng trong việc loại bỏ sự kỳ thị và tự kỳ thị đối với bệnh nhân.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân

4.2.1. Các yếu tố nhân khẩu và kinh tế xã hội của cá nhân và gia đình: Tương tự một số nghiên cứu khác, những bệnh nhân có nghề nghiệp, nhất là những người có nghề nghiệp ổn định có điểm CLCS cao hơn trên cả 4 khía cạnh. Bệnh nhân có nghề nghiệp ổn định sẽ có thu nhập cao hơn, có điều kiện sống tốt hơn, tiếp cận tốt hơn với các dịch vụ y tế, dịch vụ xã hội,

vui chơi giải trí và tự tin hơn trong các mối quan hệ xã hội, từ đó cải thiện CLCS [2].

Đa số bệnh nhân đánh giá hài lòng và rất hài lòng với những người sống chung và kết quả nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân này có điểm CLCS về thể chất và tâm lý cao hơn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Huyền Trang [3] và nghiên cứu của Shahrok Aghayan [5].

Một điều thú vị là bệnh nhân sống ở nông thôn có điểm CLCS lĩnh vực xã hội tốt hơn so với sống ở thành thị; có thể do trong môi trường nông thôn, bệnh nhân có thể thoải mái xây dựng và duy trì các quan hệ xã hội mà không phải tiếp xúc thường xuyên với nhiều cảm xúc làm tăng nguy cơ tái nghiện như ở thành thị.

4.2.2. Các yếu tố hành vi liên quan đến sử dụng ma túy và điều trị cai nghiện: Tình trạng nhiễm HIV có ảnh hưởng đến CLCS ở lĩnh vực xã hội và môi trường. Bệnh nhân không nhiễm HIV có điểm CLCS lĩnh vực xã hội và môi trường cao hơn nhóm nhiễm HIV; tương đồng với một số các nghiên cứu như nghiên cứu của Korthuis (2011) [6]. Bệnh nhân nhiễm HIV thường có sức khỏe suy giảm, tăng khả năng bị kỳ thị, phân biệt đối xử và thường hạn chế các mối quan hệ làm ảnh hưởng đến CLCS về xã hội và môi trường.

Bệnh nhân chưa từng cai nghiện có CLCS về môi trường tốt hơn do những bệnh nhân đã từng cai đã từng cai nghiện đã phải bộc lộ các hành vi của mình, từ đó dẫn đến nguy cơ bị kỳ thị cao hơn. Mặt khác, những bệnh nhân này thường phải sử dụng liều methadone cao hơn và việc tuân thủ điều trị do đó cũng sẽ khó khăn hơn. Tương tự như trong nghiên cứu của Lê Minh Giang [2]; những bệnh nhân tuân thủ điều trị kém, bỏ liều từ 5 lần trở lên trong 3 tháng có điểm CLCS về môi trường và xã hội thấp hơn. Cán bộ y tế cần nhấn mạnh hiệu quả điều trị đầy đủ đúng phác cho bệnh nhân biết để có ý thức tốt và tuân thủ điều trị.

4.2.3. Các yếu tố về sử dụng các dịch vụ y tế, xã hội: Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân được tư vấn xét nghiệm HIV có CLCS lĩnh vực môi trường tốt hơn so với người không được tư vấn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Xuân Bách ở Hà Nội và Nam Định năm 2013[7]. Trong quá trình làm việc với bệnh nhân ở cơ sở điều trị methadone, cán bộ y tế cần tăng cường tư vấn cho bệnh nhân về việc xét nghiệm HIV cũng như các biện pháp giảm hại và dự phòng tái nghiện để qua đó góp phần cải thiện CLCS của bệnh nhân.

4.3. Nhận xét về độ tin cậy của công cụ: Nghiên cứu của chúng tôi cho hệ số Cronbach's alpha tính chung cho cả 4 khía cạnh của bộ công cụ là 0,81 và tính riêng cho khía cạnh đều đạt trên 0,7; tương đương với nghiên cứu của các tác giả trước đây. Với độ tin cậy và tính giá trị cao và bao phủ được nhiều lĩnh vực về cuộc sống của người bệnh do vậy bộ công cụ WHOQOL-BREF rút gọn được sử dụng trong nghiên cứu này và phù hợp để đánh giá CLCS của bệnh nhân điều trị methadone.

V. KẾT LUẬN

Điểm CLCS trung bình của BN cao nhất là về mặt tâm lý với 61,2 điểm và thấp nhất về xã hội với 50,3 điểm. Điểm CLCS cao hơn ở những bệnh nhân có: nghề nghiệp ổn định, sống chung với vợ con; rất hài lòng với người sống chung; sống ở nông thôn; chưa từng cai nghiện trước đây và có được tư vấn xét nghiệm HIV. Điểm CLCS về xã hội và môi trường thấp hơn ở những bệnh nhân bỏ liều methadone nhiều lần. Cần tăng cường tư vấn cho bệnh nhân về việc tuân thủ chế độ điều trị, khuyến khích người nhà tham gia hỗ trợ bệnh nhân trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Hương và Phạm Đức Mạnh** (2014). Điều tra ban đầu bệnh nhân điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone tại một số tỉnh miền núi phía Bắc Việt Nam 2014. *Báo cáo nghiên cứu khoa học cấp cơ sở. Cục Phòng chống HIV/AIDS*, Hà Nội.
2. **Lê Minh Giang, Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Tố Như và cộng sự** (2015). Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân được điều trị methadone tại Hải Phòng. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. **94**(4): 114-122.
3. **Vũ Thị Huyền Trang** (2016). Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan trên nhóm bệnh nhân tại cơ sở methadone Đống Đa, Hà Nội 2016. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
4. **Lê Văn Quân và cộng sự** (2015). Thực trạng điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện

bằng thuốc methadone và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tại Trung tâm phòng chống HIV/AIDS Bình Thuận năm 2014. *Kỷ yếu Hội nghị khoa học quốc gia về phòng chống HIV/AIDS lần 6, ngày 24-26/11/2015*, Hà Nội.

5. **Aghayan, S., Ammiriri, M., Chaman, R., et al.** (2015). Quality of Life in Methadone Maintenance Treated Patients in Iran. *Int J High Risk Behav Addict.* **4**(4): p. e22275.

6. **Korthuis P. T., Tozzi M. J., Nandi V, et al.** (2011). Improved quality of life for opioid-dependent patients receiving buprenorphine treatment in HIV clinics. *J Acquir Immune Defic Syndr.* **56 Suppl 1**: S39-45.

7. **Tran, B.X.** (2012). Quality of life outcomes of antiretroviral treatment for HIV/AIDS patients in Vietnam. *PLoS One.* **7**(7): p. e41062.

NHẬN XÉT VỀ XỬ TRÍ SÓT RAU SAU PHÁ THAI BẰNG THUỐC

Trương Quốc Việt*, Nguyễn Quảng Bắc*, Đinh Quốc Hưng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét về xử trí sót rau sau phá thai bằng thuốc được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2013-2015. **Phương pháp:** Tiến cứu mô tả cắt ngang tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sót rau sau phá thai bằng thuốc được điều trị tại khoa sản nhiễm khuẩn Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2013-2015. **Kết quả:** 100% đối tượng nghiên cứu phải điều trị kháng sinh, hút hoặc nạo nạo buồng tử cung. Khi nạo buồng tử cung, 62,5% bệnh nhân phải sử dụng thuốc làm mềm cổ tử cung và thủ thuật được làm dưới máy siêu âm. Có 7,5% đối tượng nghiên cứu bị thiếu máu nặng phải điều trị truyền máu. 70% bệnh nhân phải dùng vòng kinh nhân tạo sau thủ thuật. **Kết luận:** Bệnh nhân sót rau sau phá thai bằng thuốc được điều trị kháng sinh, hút hoặc nạo nạo buồng tử cung.

Từ khóa: sót rau, phá thai bằng thuốc, hút buồng tử cung, nạo buồng tử cung

SUMMARY

A REVIEW OF THE MANAGEMENT OF THE RETAINED PLACENTA AFTER MEDICAL ABORTION

Objective: Review the management of the retained placenta after undergoing medical abortion at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2013-2015. **Methods:** We performed a prospective cross-sectional study of all the patients admitted to the Infected Obstetrics Department who had diagnosed with retained placenta after undergoing medical abortion in 2013-2015. **Results:** 100% patients was treated with antibiotic therapy, aspiration or dilation and curettage. 62.5% patients who underwent curettage had used cervical ripening drugs and the procedure was performed under ultrasound guidance. 7.5% patients had severe anemia complication and received blood transfusion. 70% patients had to use artificial menstrual cycle after the procedure. **Conclusion:** patients of the retained placenta after medical abortion was treated with antibiotic therapy, aspiration or dilation and curettage.

*Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacbvpstw@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 19.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.5.2017

Ngày duyệt bài: 22.5.2017

Keywords: Retained placenta, medical abortion, aspiration, dilation and curettage

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phá thai là vấn đề thường gặp và đáng quan tâm trong xã hội hiện nay. Việc phá thai luôn tiềm ẩn những nguy cơ tai biến vì vậy cần cân nhắc kỹ khi lựa chọn phương pháp phá thai. Bệnh viện phụ sản Trung ương (BVPSTƯ), hàng năm có khoảng 20% trường hợp phá thai nội khoa (PTNK) trong số 10000 phụ nữ đình chỉ thai nghén có tuổi thai đến 9 tuần [1]. Phá thai bằng thuốc có ưu điểm không cần can thiệp vào buồng tử cung (BTC), tuy vậy vẫn còn nhiều biến chứng mà hay gặp nhất là sót rau, sót thai và rong huyết, băng huyết... phải hút hay nạo lại buồng tử cung [2]. Hàng năm tại khoa Sản nhiễm khuẩn-BVPSTƯ đã tiếp nhận và điều trị nhiều trường hợp ra máu kéo dài sau PTBT và được chẩn đoán là sót rau [3]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Nhận xét về xử trí sót rau sau phá thai bằng thuốc được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2013-2015".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sót rau sau phá thai bằng thuốc đối với tuổi thai dưới 9 tuần được điều trị tại khoa sản nhiễm khuẩn Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2013-2015

Tiêu chuẩn lựa chọn: những bệnh nhân được chẩn đoán sót rau sau phá thai bằng thuốc được điều trị tại khoa sản nhiễm khuẩn, có kết quả giải phẫu bệnh chẩn đoán chính xác. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, đủ thông tin cần thiết về bệnh nhân.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả cắt ngang

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Các phương pháp điều trị sốt rau sau phá thai bằng thuốc

Phương pháp điều trị		Trước vào viện (n; %)	Khi nằm viện (n; %)
Không điều trị		87(72,5)	
Nội khoa	Kháng sinh	15(12,5%)	120(100%)
	Tăng co	28(23,3%)	120(100%)
	Truyền dịch		11(9,2%)
	Truyền máu		09(7,5%)
	Hạ sốt	11(9,2%)	11(9,2%)
Sản khoa (Nong, nạo BTC)	Lần 1	17(14,2%)	120(100%)
	≥ 2 lần		23(19,2%)

Trước khi vào viện: 23,3% bệnh nhân đã điều trị tăng co. Khi nằm viện: 100% bệnh nhân được điều trị kháng sinh và thuốc tăng co tử cung, trong đó có 23 trường hợp (19,2%) phải tiến hành thủ thuật nạo BTC nhiều lần dưới máy siêu âm.

Bảng 2: Tai biến xử trí sốt rau

Thái độ xử trí	n	Tỷ lệ%
Tai biến khi hút nạo: Chảy máu	14	11,7
Sốt rau	23	19,2
Xử trí sau hút		
Kháng sinh đường tĩnh mạch: 1 loại	109	90,8
Kết hợp 2 loại	11	9,2
Vòng kinh nhân tạo	84	70

70% bệnh nhân phải điều trị vòng kinh nhân tạo sau thủ thuật. 11,7% bệnh nhân có biến chứng chảy máu trong khi làm thủ thuật.

Bảng 3: Mối liên quan giữa độ dày NMTC và thái độ xử trí sản khoa

	NMTC < 15mm		NMTC > 15mm		Khô trong BTC		Tổng
	n	%	n	%	n	%	
Hút BTC	10	16,1	28	45,2	24	38,7	62(100)
Nạo BTC lần 1			3	8,6	32	91,4	35(100)
Nạo BTC nhiều lần			4	17,4	19	82,6	23(100)
Tổng	10	8,3	35	29,2	75	62,5	120(100)

62 trường hợp hút BTC trong đó 45,2% có hình ảnh niêm mạc tử cung trên 15mm. 35 trường hợp nạo BTC trong đó có 91,4% có hình ảnh khối âm vang không đồng nhất. 23 trường hợp nạo BTC nhiều lần trong đó siêu âm có khối không đồng nhất trong BTC chiếm 82,6%.

Bảng 4: Những yếu tố liên quan sốt rau sau phá thai bằng thuốc

Yếu tố liên quan	Lần 1	Tỷ lệ%	Lần 2	Tỷ lệ %	p
Đã can thiệp thủ thuật trước vv	3	3,1	15	65,2	<0,05
Thiếu máu	44	45,4	07	30,4	
Thời gian ra máu > 14 ngày	69	71,1	15	65,2	
Tình trạng nhiễm trùng kết hợp	1	1	04	17,4	<0,05
Tổ chức trong BTC > 2cm	59	60,8	16	69,6	
Tư thế tử cung gập sau	29	18,6	11	47,8	<0,05
β hC < 500	50	51,5	1	4,3	<0,05
500 – 1000	19	19,6	6	26,1	
> 1000	28	28,9	16	69,6	
Tổng	97	100	23	100	

65,2% bệnh nhân đã được can thiệp thủ thuật trước khi vào viện. 17,4% bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng kết hợp. 47,8% bệnh nhân phải làm thủ thuật nhiều lần do tư thế tử cung quá gập sau. 65,2% bệnh nhân phải can thiệp thủ thật nhiều lần khi thời gian ra máu kéo dài > 14 ngày. 69,6% bệnh nhân có β hCG > 1000 phải can thiệp thủ thuật nhiều lần.

IV. BÀN LUẬN

Biến chứng của phá thai bằng thuốc bao gồm: rong huyết và sốt rau [4]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi quan tâm chủ yếu đến vấn đề xử trí sốt rau sau phá thai bằng thuốc. 100% đối tượng nghiên cứu được điều trị kháng sinh dự

phòng trước khi can thiệp thủ thuật. Theo Harwood B [5], những trường hợp phá thai nội khoa không thành công mà thời gian ra máu kéo dài >21 ngày, β hCG >500UI/L, và siêu âm độ dày NMTC >15mm mới bắt đầu tiến hành thủ thuật nạo và nạo BTC, còn lại sẽ tiếp tục theo dõi và chỉ điều trị nội khoa đơn thuần. Theo chúng tôi, việc điều trị nội khoa kết hợp sản khoa được tiến hành trên tất cả các đối tượng nghiên cứu có thể được giải thích: các đối tượng ở khắp các tỉnh thành, không chỉ riêng ở Hà Nội, do đó việc theo dõi và điều trị nội khoa đơn thuần sẽ khó khăn và mất nhiều thời gian, trong khi tâm lý bệnh nhân không muốn nằm điều trị lâu ngày, có những đối tượng nghiên cứu nằm điều trị tại khoa chỉ từ 1-2 ngày. Hơn nữa, nhiều trường hợp được chẩn đoán là sót rau khi vào điều trị tại khoa sản nhiễm khuẩn- BVPSTƯ, BN đã khám và điều trị nội khoa thậm chí can thiệp thủ thuật trước đó mà vẫn không thành công nói lên mức độ khó của việc điều trị và vì vậy khi vào viện được nạo nạo BTC dưới sự hướng dẫn của máy siêu âm, thậm chí nạo đi nạo lại vài lần mới cho kết quả thành công. 62,5% trường hợp bệnh nhân được sử dụng estrogen 3 ngày kết hợp với 400 μ g Misoprostol ngậm dưới lưỡi. Những trường hợp này là những trường hợp bệnh nhân khó cần phải chuẩn bị cổ tử cung thật tốt trước khi tiến hành thủ thuật.

Đa số bệnh nhân được giảm đau theo phương pháp tê tại chỗ trước khi tiến hành thủ thuật. 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 1,7% phải sử dụng phương pháp giảm đau theo đường toàn thân, là những trường hợp bệnh nhân có nguy cơ chảy máu cao hay thiếu máu nặng cần được hồi sức tốt. Tất cả bệnh nhân khi được tiến hành thủ thuật được thực hiện dưới sự kiểm soát của siêu âm đường bụng giúp làm hạn chế được nguy cơ tổn thương cơ, thủng tử cung khi can thiệp. 100% BN được sử dụng thuốc tăng co trong và sau nạo mục đích vừa cầm máu vừa dự phòng chảy máu tái phát. Có 23 trường hợp phải tiến hành thủ thuật nhiều lần mới lấy được hết tổ chức còn sót lại trong BTC. Nhóm có tiền sử can thiệp thủ thuật trước khi vào viện và nhóm có thời gian ra máu kéo dài > 14 ngày cũng chiếm tỷ lệ tương đối 65,2%, những đối tượng này có thể là những trường hợp khó, khi làm thủ thuật trước đó đã tạo thành đường hầm, hay tổ chức rau bám chặt do đó khi vào viện tiến hành thủ thuật, các thầy thuốc sẽ gặp khó khăn hơn khi nạo hút BTC. Tuổi thai cao (đặc biệt là > 8

tuần), tiền sử đẻ nhiều lần đặc biệt là khi có sẹo mổ cũ ở tử cung làm tăng nguy cơ sót rau và làm tăng độ khó khi phải can thiệp thủ thuật BTC, tỷ lệ phải làm lại lần 2 ở những trường hợp này lần lượt là 27,3%, 60,9% và 82,6%. Những trường hợp tự mua thuốc phá thai hay phá thai bằng thuốc ở các phòng khám tư nhân cũng có nguy cơ sót rau cao (20,4% và 66,7%).

Tỷ lệ khỏi bệnh là 92.8%. Một số trường hợp phải cho bệnh nhân về phép theo dõi là vì theo dõi khối sót rau ở vị trí vết mổ.

Các trường hợp đều được hút BTC, đó là toàn bộ những trường hợp NMTC < 15mm, một số trường hợp siêu âm NMTC > 15mm và có khối AVKĐN > 2cm trong BTC, kết hợp với thời gian ra máu kéo dài >2 tuần, thời gian sót rau lâu mới cần thiết phải nạo BTC vì can thiệp thủ thuật nạo BTC sẽ có nhiều tai biến hơn. Có 35 trường hợp phải nạo BTC trong đó 91,4 % là do có khối trong BTC khi siêu âm

Có 7,5% số trường hợp có biến chứng thiếu máu nặng do băng huyết có chỉ định truyền máu, truyền dịch kết hợp để điều trị hỗ trợ, có 19,2% đối tượng nghiên cứu phải tiến hành thủ thuật sản khoa lần 2, tất cả các đối tượng này đều là những trường hợp đã được điều trị can thiệp sản khoa từ trước khi vào viện.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân sót rau sau phá thai bằng thuốc được điều trị kháng sinh, hút hoặc nạo nạo buồng tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế**, Phá thai đến hết 9 tuần bằng thuốc (2010). "*Hướng dẫn chuẩn gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*", p. 587-593.
2. **Nguyễn Thị Hồng Minh**, "Kết quả phá thai bằng thuốc đến hết 9 tuần tuổi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương". *Công trình nghiên cứu khoa học tại Viện Phụ sản Trung ương*, 2007-2008: p. Tr32-33.
3. **Nguyễn Thị Hồng Minh (2004)**. "So sánh hai phác đồ sử dụng Misoprostol kết hợp với Mifepriston và Misoprostol đơn thuần để đình chỉ thai nghén sớm cho tuổi thai đến 7 tuần". *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội*.
4. **Trần Thị Phương Mai (2002)**. "Phá thai bằng thuốc" (*phá thai nội khoa*). *Đề tài nghiên cứu cấp bộ*, p. 34-54.
5. **Harwood B, M.K., Mishell DR, Jain JK**, Serum beta-human chorionic gonadotropin levels and endometrial thickness after medical abortion. 2001: p.;63:255-6.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA BỆNH GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU VỚI XƠ MỠ ĐỘNG MẠCH CẢNH Ở NGƯỜI KIỂM TRA SỨC KHOẺ TỔNG QUÁT

Huỳnh Kim Phụng*

TÓM TẮT

Mở đầu: Gan nhiễm mỡ bao gồm gan nhiễm mỡ do rượu và bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (BGNMKDR), cả hai đều là tình trạng liên quan đến sự tích tụ mỡ tại gan và đặc biệt được xem là biểu hiện tại gan của hội chứng chuyển hoá (HCCH)⁽³⁾. BGNMKDR là dấu hiệu tiên đoán bệnh tim mạch. Mục đích của NC chúng tôi là nhằm khảo sát mối liên quan chặt chẽ giữa BGNMKDR với xơ mỡ động mạch dựa trên kết quả phân tích độ dày lớp nội mạc động mạch cảnh (ĐDLNTMĐMC). **Phương pháp nghiên cứu (NC):** NC tiến cứu cắt ngang có phân tích thời gian 1/2017 - 4/2017. Đối tượng là người kiểm tra sức khỏe tổng quát tại Khoa CSSK theo yêu cầu-BV Chợ Rẫy, sau khi loại trừ những trường hợp tiêu thụ cồn >20g/ngày, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, tăng acid uric máu, hút thuốc lá, nhiễm hoặc viêm gan siêu vi B, C. Đối tượng NC gồm 203 trường hợp (TH) đều được siêu âm bụng và siêu âm duplex động mạch cảnh chung, bao gồm 84 TH thuộc nhóm BGNMKDR và nhóm chứng gồm 119 TH gan bình thường trên siêu âm. **Kết quả:** 63 nam và 140 nữ; tuổi trung bình 43,73; BMI trung bình 23,01; độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh chung (ĐDLNTMĐMCC) trung bình 0,974mm; BMI nhóm BGNMKDR cao hơn BMI nhóm chứng ($p < 0,001$); vòng bụng (VB) nhóm BGNMKDR cao hơn VB nhóm chứng ($p < 0,001$); ĐDLNTMĐMC tương quan thuận với tuổi (hệ số tương quan 0,614, $p < 0,001$); ĐDLNTMĐMC nhóm BGNMKDR 1,062mm dày hơn so với nhóm chứng 0,913mm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,005$). **Kết luận:** BGNMKDR có liên quan xơ mỡ động mạch cảnh và khi phát hiện BGNMKDR nên đánh giá xơ mỡ động mạch bằng siêu âm động mạch cảnh.

Từ khoá: bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu, xơ mỡ động mạch, độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND ARTERIOSCLEROSIS IN HEALTH CHECK-UP EXAMINEES

Background: Fatty liver is comprised of alcoholic fatty liver and nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD), that is a condition in which fat accumulates in the liver and especially it is considered the hepatic

manifestation of metabolic syndrome (MetS)⁽³⁾. NAFLD is significant predictor of cardiovascular disease. The purpose of our study was to determine whether NAFLD is closely associated with arteriosclerosis based on the results of an analysis of carotid intima media thickness (CMT). **Methods:** Cross-sectional prospective study, between January 2017 and April 2017; The subjects are health check-up examinees at Health Care Department of Cho Ray hospital. After excluding subjects with an alcohol consumption >20g/day or a history of hypertension, diabetes, dyslipidemia, hyperuricemia, smoker, hepatitis; 203 subjects underwent abdominal ultrasound and carotid ultrasound, comprised of 84 subjects in NAFLD group and 119 subjects in normal liver group (control group). **Results:** 63 males and 140 females; mean age 43,73; mean BMI 23,01; mean CMT 0,974mm; mean BMI of NAFLD group is significantly higher than one of control group ($p < 0,001$); waist circumference of NAFLD group is significantly higher than one of control group ($p < 0,001$); CMT is significantly positively correlated with age (correlation coefficients 0.614, $p < 0.001$); CMT of NAFLD group (1.062mm) is significantly higher than one of control group (0.913mm) with $p = 0.005$. **Conclusion:** NAFLD is significantly relative with carotid artery sclerosis and accessing arteriosclerosis is necessary as NAFLD is detected.

Key words: Nonalcoholic fatty liver disease, arteriosclerosis, carotid intima media thickness.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển lối sống văn minh hiện đại, tần suất bệnh lý tim mạch ngày càng tăng đặc biệt bệnh lý xơ mỡ động mạch đây là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với biến cố tim mạch như: nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não... Vì vậy việc tìm kiếm thêm những yếu tố nhằm tiên đoán tình trạng xơ vữa động mạch là điều hết sức cần thiết.

HCCH là hội chứng bao gồm yếu tố nguy cơ của nhồi máu cơ tim cấp như: đái tháo đường, rối loạn đường máu đói, béo bụng, rối loạn lipid máu và tăng huyết áp. Người bị HCCH có nguy cơ tử vong tăng gấp đôi và nguy cơ nhồi máu cơ tim cấp hoặc đột quỵ tăng gấp 3 lần so với người không có hội chứng chuyển hóa⁽⁶⁾. Tuy nhiên, định nghĩa HCCH khác nhau giữa các khuyến cáo của các quốc gia hoặc hiệp hội trên thế giới. Gan nhiễm mỡ được phân thành hai dạng bệnh tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh: gan nhiễm mỡ do rượu và BGNMKDR. Tuy nhiên, ở cả hai dạng bệnh đều là tình trạng liên quan đến sự tích tụ

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Phụng

Email: drphuongkimhuynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.5.2017

Ngày duyệt bài: 15.5.2017

mỡ tại gan và được xem là biểu hiện tại gan của HCCH⁽³⁾. Eguchi và Cs⁽²⁾ đã báo cáo tần suất của BGNMKDR là 29,7% ở dân số chung và là tình trạng bệnh lý thông thường tại Nhật Bản. Vài NC độc đã chứng minh tần suất bệnh tim mạch ở người BGNMKDR cao hơn so với người không bị BGNMKDR⁽⁴⁾ cũng như chứng minh BGNMKDR là dấu hiệu tiên đoán quan trọng cho bệnh tim mạch. Hiện tại, chưa thấy nhiều nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa BGNMKDR và xơ mỡ động mạch, chúng tôi đặt vấn đề nghiên cứu mối liên quan này và ĐDLNTMĐMC được khảo sát trên siêu âm duplex là dấu chỉ điểm thay thế của XMĐM dưới lâm sàng (subclinical atherosclerosis). *Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát mối liên quan giữa bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu với xơ mỡ động mạch cảnh ở người kiểm tra sức khỏe tổng quát.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế NC: tiến cứu, mô tả, cắt ngang có phân tích. Thời gian 01/2017 đến 04/2017.

2.2 Đối tượng NC: tất cả người đến kiểm tra sức khỏe tổng quát từ 16 tuổi trở lên tại Khoa CSSK Theo yêu cầu – BV Chợ Rẫy.

2.3 Tiêu chuẩn chọn bệnh: Người kiểm tra sức khỏe tổng quát, đồng ý tham gia NC.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người có tiền sử bệnh gan (viêm gan siêu vi cấp mạn...), người tiêu thụ cồn > 20g/ngày, tiền sử bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hoá đường, rối loạn lipid máu, tăng acid uric máu.

- **Cỡ mẫu:** Lấy mẫu thuận tiện

2.4 Cách thức tiến hành: Tất cả người trong nhóm nghiên cứu được ghi nhận tiền căn bệnh sử, thuốc đang sử dụng, lối sống, uống bia rượu, vận động thể dục thể thao, thói quen hút thuốc lá. Lấy sinh hiệu mạch, huyết áp, BMI, đo vòng bụng ngang với rốn ở tư thế đứng sau khi thở ra bình thường. Tiến hành khám thực thể và thực hiện các xét nghiệm máu trong bộ kiểm tra sức khỏe tổng quát sau khi nhịn đói 10 tiếng, bao gồm: đường máu đói, bộ lipid máu (triglyceride, HDL-cho, LDL-cho), HbA_{1c}, acid uric, Bun, creatinin, công thức máu, AST, ALT, GGT, HBSAg, HBsAb, HBcAb, anti HCV.

2.5 Các định nghĩa

- Đánh giá gan nhiễm mỡ dựa trên siêu âm bụng bằng máy siêu âm model Logic E9 của hãng General Electric-Mỹ với đầu dò Convex tần số 4 MHz bởi 2 chuyên gia siêu âm bụng có kinh nghiệm và cho kết quả độc lập nhau, trong trường hợp hai kết quả siêu âm đánh giá gan

nhiễm mỡ không giống nhau, thì sẽ có sự bàn bạc thảo luận thêm chuyên gia siêu âm thứ 3 để đi đến thống nhất chẩn đoán. Gan nhiễm mỡ trên siêu âm bụng được chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu sau: có sự tăng phản âm hay tăng độ echo của nhu mô gan, giảm âm vùng sâu, sự mờ đi của vòm hoành và các mạch máu trong gan.

- Siêu âm ĐM cảnh được thực hiện trên máy siêu âm model Logic E9 của hãng General Electric-Mỹ bằng đầu dò tần số cao linear 9L. Đánh giá các tình trạng XVĐM qua khảo sát ĐDLNTMĐMC và sự hiện diện của mảng xơ vữa. Kỹ thuật đo ĐDLNTMĐMC và mảng xơ vữa:

- **Tổn thương ĐM cảnh:** Theo hướng dẫn Hội tăng huyết áp và Hội tim mạch Châu Âu năm 2013, đo ĐDLNTM tại ĐM cảnh chung 2 bên tại vị trí cách phình cảnh tối thiểu 5mm, đo đoạn dài ít nhất 10mm, lấy giá trị cao hơn của hai bên. Đánh giá ĐDLNTM ĐM cảnh chung: bình thường khi ĐDLNTM < 0,9 mm, tăng khi ĐDLNTM 0,9 - 1,5 mm, có mảng xơ vữa khi ĐDLNTM > 1,5 mm hoặc ĐDLNTM > 50% so với độ dày của đoạn thành mạch kế cận, nhô vào lòng mạch > 0,5mm. Đánh giá hẹp theo mức độ mảng xơ vữa và dinh vận tốc tâm thu

2.6 Các biến số: Tuổi, giới, vòng bụng, BMI, BGNMKDR (biến định tính được đánh giá trên hình ảnh siêu âm gan), ĐDLNTMĐMC (biến định lượng đánh giá trên siêu âm ĐM cảnh), mảng xơ vữa...

2.7 Xử lý và phân tích số liệu: xử lý bằng phần mềm SPSS 22 và được trình bày số liệu dưới dạng bảng, biểu đồ. Dùng phép kiểm t-test để so sánh hai trung bình. Dùng phương trình hồi quy đa biến để tìm các mối tương quan. $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.8 Vấn đề y đức: Bộ kiểm tra sức khỏe tổng quát theo từng độ tuổi được người khám sức khỏe tham khảo và tự nguyện đăng ký, trong bộ kiểm tra sức khỏe này đã bao gồm có sẵn siêu âm Doppler màu bụng. Siêu âm duplex ĐM cảnh ngoài sọ thêm cho đối tượng NC đều được nhóm NC tư vấn căn cứ lợi ích của việc kiểm tra cũng như tính an toàn của phương pháp siêu âm. Đối tượng tham gia NC không bị tổn hại về mặt tinh thần và thể xác. Các thông tin bệnh án của tất cả đối tượng NC đều được giữ bí mật tuyệt đối. Việc tiến hành thêm siêu âm duplex ĐM cảnh ngoài sọ trên nhóm đối tượng NC được tài trợ toàn bộ bởi công ty TD (TD Medical Company), Số liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án chỉ sử dụng phục vụ NC, không dùng vào bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

5.1. Đặc điểm chung: NC bao gồm 203 đối tượng, trong đó có 84 TH nhóm BGNMKDR và 119 TH nhóm chứng (gan bình thường), với đặc điểm chung như sau: nam 31% (63 TH), nữ

69% (140TH); tuổi TB 43,73 (21-71 tuổi), vòng bụng TB 77,77cm (54-106cm); ĐDLNTMĐMC TB 0,974mm (0,5-2,5mm)

5.2. Khảo sát các mối liên quan

- Phân bố tuổi theo giới tính

Bảng 1. Liên quan giữa tuổi và giới tính

	Giới tính	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tuổi của bệnh nhân	Nữ	140	45,76	11,633	,983
	Nam	63	39,24	11,874	1,496

Nhận xét: Tuổi trung bình ở nữ là 45,76; tuổi trung bình ở nam là 39,24. Khi so sánh giữa 2 giới thì tuổi trung bình ở nữ cao hơn 6,519 tuổi so với nhóm nam; sự khác nhau về trung bình tuổi 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $p < 0,001$.

- Liên quan BMI với BGNMKDR

Bảng 2. Liên quan BMI với BGNMKDR

	Siêu âm bụng	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Chỉ số BMI	Gan bình thường	119	22,0916	2,70526	,24799
	BGNMKDR	84	24,3250	2,69189	,29371

Nhận xét: Trung bình chỉ số BMI ở nhóm BGNMKDR là 24,32 cao hơn 2,23 so với chỉ số trung bình của BMI ở nhóm chứng (gan bình thường), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $p < 0,001$.

- Chỉ số vòng bụng và BGNMKDR

Bảng 3. Liên quan giữa vòng bụng và BGNMKDR

	Siêu âm bụng	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Vòng bụng	Gan bình thường	119	74,966	9,8057	,8989
	BGNMKDR	84	81,738	8,8155	,9619

Nhận xét: Kết quả cho thấy vòng bụng ở nhóm BGNMKDR là 81,74cm cao hơn 6,77cm so với trung bình của vòng bụng của nhóm chứng gan bình thường 74,97cm. Sự khác biệt trung bình của vòng bụng là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

5.3. Liên quan của ĐDLNTMĐMC

- ĐDLNTMĐMC và giới tính

Bảng 4. Liên quan ĐDLNTMĐMC và giới tính

	Giới tính	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Chỉ số CIMT	Nữ	140	,994	,3790	,0320
	Nam	63	,932	,3605	,0454

Nhận xét: Trung bình chỉ số ĐDLNTMĐMC ở nhóm nam giới là 0,932mm và trung bình ở nhóm nữ giới là 0,994mm; vậy ĐDLNTMĐMC có giảm nhẹ ở mức 0,0618mm ở nhóm nam so với nữ. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $p = 0,276$

- ĐDLNTMĐMC và tuổi

Bảng 5. Liên quan ĐDLNTMĐMC và tuổi

		Chỉ số CIMT	Tuổi của bệnh nhân
Chỉ số CIMT	Pearson Correlation	1	,614**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	203	203
Tuổi của bệnh nhân	Pearson Correlation	,614**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	203	203

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nhận xét: Có sự tương quan mạnh giữa chỉ số ĐDLNTMĐMC và tuổi, tương quan thuận với hệ số tương quan là 0,614 với mức ý nghĩa $p < 0,001$.

- ĐDLNTMĐMC và gan nhiễm mỡ

Bảng 6. Liên quan ĐDLNTMĐMC và gan nhiễm mỡ

	Siêu âm bụng	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Chỉ số CIMT	Gan bình thường	119	,913	,3863	,0354
	Gan nhiễm mỡ	84	1,062	,3379	,0369

Nhận xét: Kết quả cho thấy nhóm gan nhiễm mỡ có ĐDLNTMĐMC trung bình là 1,062mm là dày hơn nhóm chứng gan bình thường có ĐDLNTMĐMC trung bình là 0,913mm; sự khác nhau về bề dày là 0,149mm và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $p=0,005$.

- ĐDLNTMĐMC và BMI

Bảng 7: Liên quan giữa ĐDLNTMĐMC và BMI

		Chỉ số BMI	Chỉ số CIMT
Chỉ số BMI	Pearson Correlation	1	,083
	Sig. (2-tailed)		,242
	N	203	203
Chỉ số IMT	Pearson Correlation	,083	1
	Sig. (2-tailed)	,242	
	N	203	203

Nhận xét: Kết quả cho thấy mối tương quan yếu với hệ số tương quan yếu $B = 0,083$

- ĐDLNTMĐMC và vòng bụng

Bảng 8. Liên quan ĐDLNTMĐMC và vòng bụng

		Chỉ số CIMT	Vòng bụng
Chỉ số CIMT	Pearson Correlation	1	,139*
	Sig. (2-tailed)		,048
	N	203	203
Vòng bụng	Pearson Correlation	,139*	1
	Sig. (2-tailed)	,048	
	N	203	203

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Nhận xét: Kết quả cho thấy có sự tương quan giữa ĐDLNTMĐMC và vòng bụng với hệ số tương quan là 0,139; sự tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p=0,048$.

- ĐDLNTMĐMC và mảng xơ vữa

Bảng 9. Liên quan ĐDLNTMĐMC và mảng xơ vữa

	Mảng xơ vữa	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Chỉ số CIMT	Không	188	,898	,2586	,0189
	Có	15	1,927	,2658	,0686

Nhận xét: Chỉ số ĐDLNTMĐMC giữa hai nhóm có mảng xơ vữa và không có mảng xơ vữa khác biệt nhau 1,028, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: Trong thời gian từ 1/2017 đến 4/2017, đã có 203 đối tượng nghiên cứu trong đó có 84 người thuộc nhóm BGNMKDR và 119 người thuộc nhóm gan bình thường. Tất cả những đối tượng có những yếu tố nguy cơ gây xơ mỡ động mạch như: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, tăng acid uric máu, béo phì; hoặc trường hợp nhiễm siêu vi viêm gan cũng có thể gây thay đổi độ phản âm gan trên siêu âm...

Nữ chiếm đa số trong NC này là do đa số người đến kiểm tra sức khỏe tại Khoa Chăm sóc Sức khỏe theo yêu cầu là nữ giới. Tuổi trung bình 43,73 cũng phù hợp do đa số người kiểm tra sức khỏe đều trong độ tuổi lao động. Vòng bụng trung bình 77,77cm cho thấy đa số đối tượng NC không có béo bụng. ĐDLNTMĐMC trung bình là 0,974mm là gia tăng so với giá trị bình thường $<0,9\text{mm}$, điều này có ý nghĩa đa số đối tượng trong NC có tình trạng xơ vữa động mạch.

4.2. Các mối liên quan: BMI trung bình ở nhóm BGNMKDR là 24,32 cao hơn 2,23 so với BMI trung bình ở nhóm chứng gan bình thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $p<0,001$. Điều này chứng tỏ rằng BGNMKDR liên quan có ý nghĩa thống kê với BMI. Với chỉ số trung bình BMI 24,32 được xem đa phần nhóm BGNMKDR có cân nặng từ dư cân trở lên.

Kết quả ghi nhận vòng bụng trung bình ở nhóm BGNMKDR là 81,74cm cao hơn 6,77cm so với vòng bụng trung bình của nhóm chứng gan bình thường 74,97cm và sự khác biệt trung bình của vòng bụng là có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$. Với chỉ số vòng bụng trung bình của nhóm BGNMKDR là $81,74\text{cm}>80\text{cm}$ (mức chẩn đoán béo bụng ở nữ giới), chứng tỏ đối tượng NC trong nhóm BGNMKDR có béo bụng.

Những NC gần đây^(4,6) đã ghi nhận rằng bệnh nhân có BGNMKDR có ĐDLNTMĐMC cao hơn so với bệnh nhân không BGNMKDR và BGNMKDR có mối tương quan có ý nghĩa với tiến triển của xơ mỡ động mạch. Về mặt mô học của bệnh

BGNMKDR, mô gan nhiễm mỡ không do rượu gồm bong mỡ lớn (macrovesicular steatosis) và tình trạng viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (nonalcoholic steatohepatitis) mà có thể dẫn đến xơ gan và được xem là yếu tố tiên đoán của xơ gan không rõ nguồn gốc (cryptogenic cirrhosis)⁽⁶⁾. Một số NC đoàn hệ chứng minh rằng những người có viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (nonalcoholic steatohepatitis) có tần suất bệnh tim mạch và tử vong do bệnh tim mạch cao hơn những người có BGNMKDR (alcoholic fatty liver), và tiên lượng của BGNMKDR thì xấu hơn^(3,4). Targher và Cs⁽⁷⁾ đã cho thấy rằng ĐDLNTM khác nhau có ý nghĩa giữa bệnh nhân bị viêm gan nhiễm mỡ không do rượu, bệnh nhân bị nhiễm mỡ đơn thuần (simple steatosis) và nhóm chứng; hơn thế nữa mức độ nặng về mặt mô học của bệnh GNMKDR như: nhiễm mỡ, viêm hoại tử và xơ hoá tương quan thuận rất ý nghĩa với ĐDLNTMĐMC. Angel Brea và Cs⁽¹⁾ chứng minh bệnh GNMKDR là yếu tố nguy cơ của HCCH và xơ vữa động mạch tiên triển. Bệnh GNMKDR được xem là đặc tính của HCCH và sự phát hiện dấu hiệu của BGNMKDR trên siêu âm bụng được cảnh báo cho yếu tố nguy cơ tim mạch. Theo Eguchi Y. và Cs⁽²⁾ ghi nhận tần suất của bệnh GNMKDR gia tăng ở dân số chung đặc biệt ở nam giới, sự mối liên quan tuyến tính giữa bệnh GNMKDR với các chỉ số chuyển hoá khác nhau, ngay cả ở những người không bị béo phì. Một NC khác của Minako Ito và Cs⁽⁶⁾ ghi nhận bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu liên quan mạnh với xơ vữa động mạch hơn là béo bụng.

NC của chúng tôi ghi nhận có sự tương quan thuận giữa chỉ số ĐDLNTMĐMC và tuổi với hệ số tương quan là 0,614 với mức ý nghĩa $p < 0,001$, có ý nghĩa nếu tuổi tăng 1 đơn vị độ lệch chuẩn thì ĐDLNTMĐMC tăng một đơn vị độ lệch chuẩn, và độ lệch chuẩn của tuổi là 12,064 và độ lệch chuẩn của ĐDLNTMĐMC là 0,3735.

Ngoài ra, kết quả NC chúng tôi còn cho thấy có sự tương quan giữa ĐDLNTMĐMC và vòng bụng với hệ số tương quan là 0,139; sự tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,048$. Có nghĩa là nếu vòng bụng thay đổi tăng 1 đơn vị độ lệch chuẩn thì chỉ số ĐDLNTMĐMC cũng tăng 0,139 đơn vị độ lệch chuẩn.

Chúng tôi ghi nhận nhóm BGNMKDR có ĐDLNTMĐMC trung bình là 1,062mm dày hơn so với nhóm gan bình thường có ĐDLNTMĐMC trung bình là 0,913mm; sự khác nhau về bề dày

là 0,149mm và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $p = 0,005$. Kết quả nghiên cứu này hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả nước ngoài^(1,3,4,5,6)

NC chúng tôi còn một số giới hạn. Thứ nhất, chẩn đoán BGNMKDR hoàn toàn dựa trên hình ảnh siêu âm và không được xác định bởi sinh thiết gan, là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán BGNMKDR. Thứ hai, dân số NC đều được thực hiện siêu âm bụng và siêu âm động mạch cảnh khi các đối tượng đến kiểm tra sức khoẻ tổng quát có thể có sai số do chọn lọc và do đó không phản ánh được ở dân số chung.

V. KẾT LUẬN

Kết quả NC chúng tôi gợi ý BGNMKDR liên quan có ý nghĩa với sự tiến triển của BGNMKDR. Vì vậy, những đối tượng được phát hiện có bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu cần thiết được đánh giá tình trạng xơ mỡ động mạch bởi siêu âm duplex động mạch cảnh để có thể phát hiện sớm và ngăn ngừa bệnh lý tim mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brea A, Mosquera D, Martin E, et al. (2005), "Nonalcoholic fatty liver disease is associated with carotid atherosclerosis: a case-control study". *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 25, pp. 1045 – 1050.
2. Eguchi Y, Hyogo H, Ono M, et al. (2012), "JSG-NAFLD: Prevalence and associated metabolic factors of non-alcoholic fatty liver disease in the general population from 2009 to 2010 in Japan: a multicentre large retrospective study". *J Gastroenterol*, 47, pp.586 – 595.
3. Fracanzani AL, Tiraboschi S, Pisano G, et al. (2016), "Progression of carotid vascular damage and cardiovascular events in non-alcoholic fatty liver disease patients compared to the general population during 10 years of follow-up". *Atherosclerosis*, 246, pp.208-213.
4. Hamaguchi M, Kojima T, Takeda N, et al. (2007), "Nonalcoholic fatty liver disease is a novel predictor of cardiovascular disease". *World J Gastroenterol*, 13, pp.1579 – 1584.
5. Kang JH, Cho KI, Kim SM, et al. (2012), "Relationship between Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Carotid Artery Atherosclerosis Beyond Metabolic Disorders in Non-Diabetic Patients". *J Cardiovasc Ultrasound*, 20, pp.126 – 133.
6. Minako Ito, Yasuhiko Mochimatsu (2016), "Nonalcoholic fatty liver disease is more strongly associated with arteriosclerosis than is abdominal obesity in health check-up examinees". *Ningen Dock International*, 4(1), pp.21-27.
7. Targher G, Bertolini L, Padovani R, et al. (2006), "Relations between carotid artery wall thickness and liver histology in subjects with nonalcoholic fatty liver disease". *Diabetes Care*, 29, pp.1325 – 1330.

CAN THIỆP NỘI MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ GIẢ PHÌNH MẠCH TẠNG

Trần Anh Tuấn*, Trần Văn Lượng*,
Đào Danh Vĩnh*, Lê Hoàng Kiên*, Vũ Đăng Lưu*

TÓM TẮT

Mục đích: đánh giá hiệu quả, tính an toàn và sự thành công của phương pháp can thiệp nội mạch trong điều trị giả phình động mạch (ĐM) tạng.

Phương pháp: 4 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định có ổ giả phình bằng chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng có tiêm thuốc cản quang, được điều trị can thiệp nội mạch nút tắc ổ giả phình tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi sử dụng vật liệu nút mạch là vòng xoắn kim loại (VXKL) và/hoặc keo sinh học để loại bỏ ổ giả phình. **Kết quả:** tất cả bệnh nhân đều được điều trị thành công, không có biến chứng trong và sau can thiệp. Sau thời gian theo dõi trung bình 8 tháng: triệu chứng lâm sàng hoàn toàn được cải thiện. **Tóm lại:** can thiệp nội mạch trong điều trị giả phình mạch tạng có tỷ lệ thành công cao và hiệu quả điều trị trong giai đoạn ngắn tốt.

SUMMARY

ENDOVASCULAR EMBOLISATION IN TREATMENT OF VISCERAL ARTERY PSEUDOANEURYSMS

Objective: to evaluate the technical success, safety and outcome of endovascular embolization procedure in management of visceral artery pseudoaneurysm. **Method:** 4 patients who were confirmed diagnosis by abdominal contrast enhanced computed tomography and treated by endovascular embolisation at Radiology Department of Bach Mai hospital. We used material embolization with coils and/or N-butyl cyanoacrylat to obliterate visceral artery pseudoaneurysm. **Results:** all patient were successfully treated, there was no complication during and after treatment. Follow up was done for a mean duration of 8 months: complete resolution of symptoms or improvement in clinical condition was seen in all. **Conclusion:** Results of embolization of visceral artery pseudo-aneurysm with coils and NBCA at our department showed high success rate and good short term outcome.

***Các chữ viết tắt:** BN= bệnh nhân, CLVT= cắt lớp vi tính, ĐM= động mạch, NBCA= n-butyl cyanoacrylat (keo sinh học), PSA= pseudo-aneurysm (giả phình động mạch), VXKL= vòng xoắn kim loại (coil), VPS= visceral artery pseudo-aneurysm (giả phình mạch tạng).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

**Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai*

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Tuấn

Email: drtranyhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.5.2017

Ngày duyệt bài: 19.5.2017

Động mạch (ĐM) tạng trong ổ bụng bao gồm ĐM thận và các ĐM thuộc vòng tuần hoàn nội tạng trong đó có: ĐM thân tạng, ĐM mạc treo tràng trên và ĐM mạc treo tràng dưới.

Giả phình mạch (VPS) là tổn thương ít gặp, có thể do nhiều nguyên nhân như tình trạng viêm, nhiễm khuẩn, chấn thương làm mất tính bền vững cấu trúc thành mạch của ổ giả phình gây nguy cơ vỡ và chảy máu trong ổ bụng hoặc khoang sau phúc mạc, yêu cầu phải được điều trị cấp cứu.

Với sự phát triển của y học, sử dụng kỹ thuật chụp mạch số hóa xóa nền vị trí giả phình, có thể tiếp cận tổn thương cũng như đưa ra chiến lược điều trị can thiệp nút tắc hoàn toàn ổ giả phình một cách hợp lý. Chúng tôi đưa ra 4 trường hợp được chẩn đoán và điều trị can thiệp nút tắc ổ giả phình mạch tạng với mục đánh giá hiệu quả, tính an toàn và tỷ lệ thành công của phương pháp can thiệp.

II. CA LÂM SÀNG

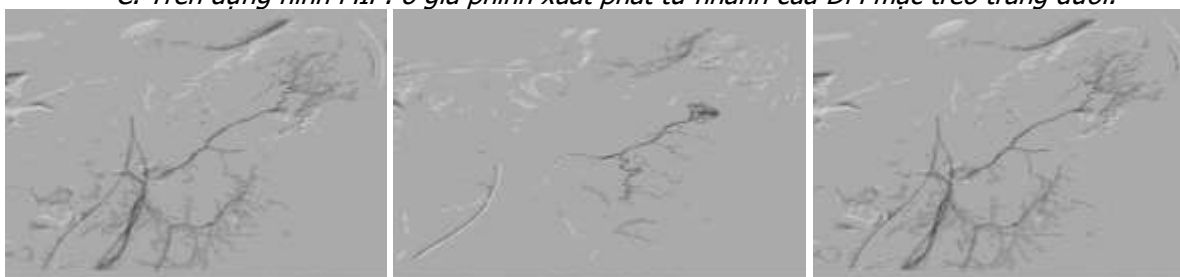
2.1. Bệnh nhân 01: Bệnh nhân nam, 26 tuổi, được chẩn đoán viêm tụy cấp với biến chứng nang giả tụy mặt trước thân và đuôi tụy, đã được dẫn lưu nang giả tụy. Đợt này đau bụng tăng dần, xét nghiệm có biểu hiện thiếu máu.

Trên phim chụp CLVT ổ bụng: nang giả tụy lớn mặt trước thân và đuôi tụy (đã dẫn lưu), sau tiêm, có ổ giả phình thành nang, nghi ngờ xuất phát từ nhánh của ĐM mạc treo tràng dưới (hình 01).



Hình 01. Chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang

A. Thị động mạch và B. Thị tĩnh mạch: có ổ giả phình trong thành nang giả tụy
C. Trên dựng hình MIP: ổ giả phình xuất phát từ nhánh của ĐM mạc treo tràng dưới.

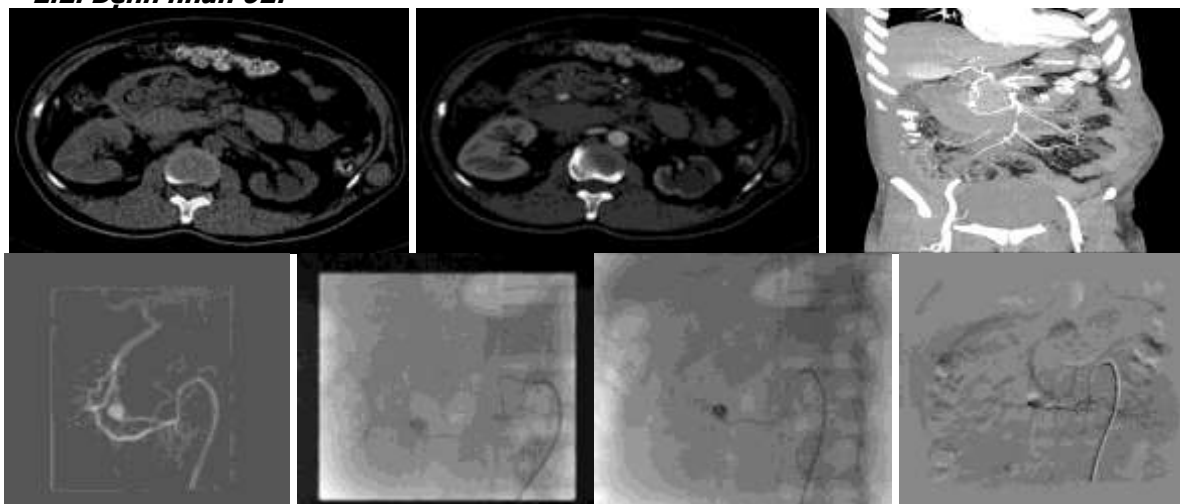


Hình 02. Trên chụp mạch số hóa ổ giả phình lớn 9-20mm, tiếp cận ĐM mạc treo tràng dưới bằng catheter simon 1, 5F và chụp chọn lọc khối u bằng Ashahi 1.98F, chụp kiểm tra không thể tiếp cận vào trong ổ giả phình, tiến hành nút tắc ổ giả phình và tắc ĐM mang bằng hỗn hợp NBCA pha lipiodol theo tỷ lệ 1/4, chụp kiểm tra sau cùng loại bỏ hoàn toàn được ổ giả phình.

Bệnh nhân được lựa chọn can thiệp nội mạch để loại bỏ ổ giả phình: sheath 5F đặt vào ĐM đùi bên phải, tiếp cận ĐM mạc treo tràng dưới bằng

catheter sidewinder (simon 1), ổ giả phình có kích thước 9-20mm, sử dụng microcatheter Ashahi 1.98F để chụp chọn lọc nhánh ĐM đại tràng trái (nhánh của ĐM mạc treo tràng dưới), vì không thể tiếp cận vào trong ổ giả phình do kích thước mạch nhỏ, nên chúng tôi tiến hành nút tắc túi phình và ĐM mang bằng hỗn dịch keo sinh học pha với lipiodol theo tỷ lệ 1/4. Chụp kiểm tra sau cùng, loại bỏ toàn bộ ổ giả phình và nhánh ĐM mang cấp máu cho đại tràng góc lách (hình 02).

2.2. Bệnh nhân 02:

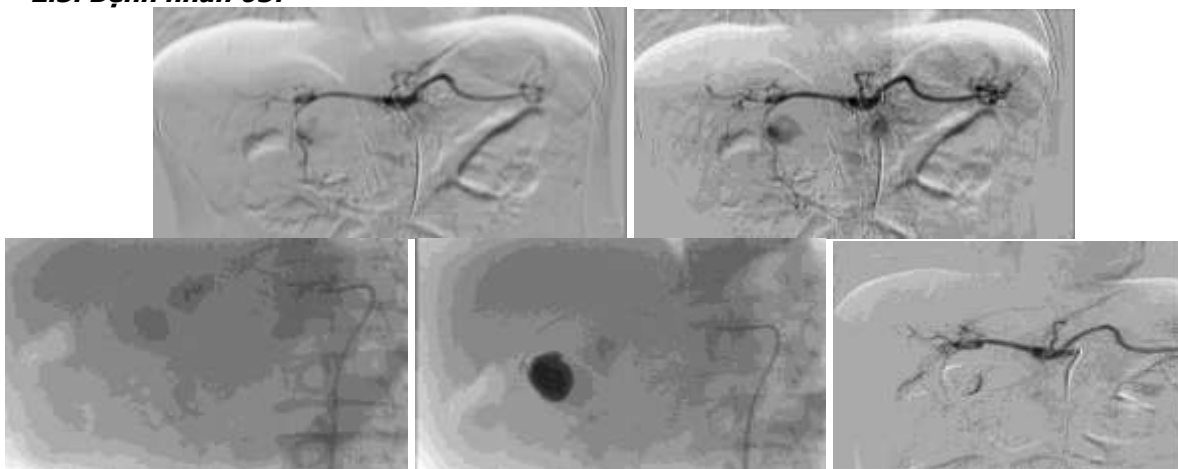


Hình 03. Nguyễn Đức H., nam 46 tuổi.
Tiền sử: đang điều trị viêm tụy cấp, lâm sàng

đau bụng tăng lên. Chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc: ổ giả phình kích thước 8-10mm ở khoang

sau phúc mạc và sau đầu tụy, có máu tụ xung quanh đề đẩy tụy ra trước, ổ giả phình xuất phát từ ĐM tá tụy sau dưới (một nhánh của ĐM mạc treo tràng trên). Trên phim chụp mạch: dùng Cobra 5F tiếp cận ĐM mạc treo tràng trên, chụp kiểm tra thấy ổ giả phình hiện hình rõ xuất phát từ ĐM tá tụy dưới, tiếp cận ổ giả phình bằng microcatheter 1.98F, tiến hành nút tắc ổ giả phình và động mạch mang. Chụp kiểm tra sau nút, không thấy thoát thuốc và tắc hoàn toàn nhánh ĐM tá tụy dưới xuất phát từ ĐM mạc treo tràng trên.

2.3. Bệnh nhân 03:



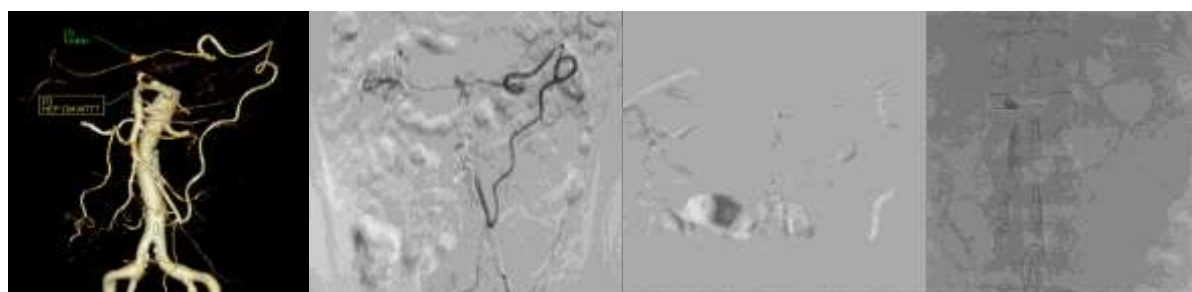
Hình 04. Chụp mạch số hoá xoá nền ĐM thân tạng: A. dùng catheter Yashiro tiếp cận ĐM thân tạng và chụp kiểm tra thấy hiện hình ổ giả phình nghi ngờ xuất phát từ nhánh của ĐM vị tá tràng, B.C. Tiếp cận ổ giả phình của ĐM vị tá tràng bằng microcatheter Progreat 2.7F, D. Nút tắc hoàn toàn ổ giả phình bằng keo sinh học (NBCA) pha lipiodol với tỷ lệ 1/4, E. Chụp kiểm tra sau cùng: loại bỏ hoàn toàn ổ giả phình.

Bệnh nhân nam, 53 tuổi, tiền sử viêm tụy cấp nhiều đợt, đợt này chẩn đoán đợt cấp của viêm tụy mạn. Bệnh nhân có ổ giả phình lớn xuất phát từ ĐM vị tá tràng. Tiếp cận ổ giả phình bằng

Bệnh nhân nam, 46 tuổi có tiền sử viêm tụy cấp, có ổ giả phình nằm mặt sau đầu tụy, xuất phát từ ĐM tá tụy dưới (nhánh của ĐM mạc treo tràng trên, có vòng nối với nhánh của ĐM vị tá tràng). Chúng tôi dùng catheter Cobra 5F để tiếp cận ĐM mạc treo tràng trên, chụp thấy hiện hình ổ giả phình xuất phát từ ĐM tá tụy dưới. Sau đó, chúng tôi dùng microcatheter Progreat 2.0 tiếp cận được ổ giả phình, tiến hành nút tắc ổ giả phình và ĐM mang bằng coils. Chụp kiểm tra sau cùng loại bỏ hoàn toàn được ổ giả phình, không thấy thoát thuốc.

Progreat 2.7F, tiến hành nút tắc giả phình bằng hỗn dịch keo sinh học (NBCA) và lipiodol với tỷ lệ pha 1/3. Thể tích 4.2ml, thời gian gây tắc hoàn toàn 30s.

2.4. Bệnh nhân 04: BN nam, 71 tuổi, tiền sử viêm tụy cấp đang điều trị, hiện tại có xuất huyết tiêu hoá. Chụp CLVT ổ bụng phát hiện ổ giả phình xuất phát từ nhánh nuôi đại tràng ngang của ĐM mạc treo tràng dưới. Chụp mạch: tiếp cận ĐM mạc treo tràng dưới bằng Yashiro 5F, tiếp cận ổ giả phình bằng microcatheter Echelon 10-45 độ, 1.7F. Nút tắc hoàn toàn ổ giả phình bằng coils (hình 05).



Hình 05. A. Trên dựng VR ĐM mạc treo tràng dưới: có ổ giả phình nhánh đại tràng ngang. Trên chụp mạch số hoá xoá nền: B. Tiếp cận và chụp ĐM mạc treo tràng dưới bằng catheter Yashiro 5F, thấy hình

ảnh thúi phình, C. Tiếp cận ổ giả phình bằng microcatheter Echelon 10-45 độ và thả VXKL (coils) để nút tắc hoàn toàn ổ giả phình, D. Chụp kiểm tra không thấy thoát thuốc vào trong ổ giả phình mạch.

III. BÀN LUẬN

Trong nhiều năm, phẫu thuật được xem là phương pháp điều trị duy nhất đối với những trường hợp có giả phình mạch tạng vỡ hoặc chưa vỡ. Tuy nhiên, với sự phát triển của các kỹ thuật can thiệp mới và sự tích lũy kinh nghiệm của bác sỹ can thiệp, đã làm thay đổi các phương pháp điều trị cổ điển.

4 bệnh nhân được chẩn đoán giả phình mạch

tạng và được điều trị nút tắc ổ giả phình bằng can thiệp nút mạch. Tất cả các trường hợp đều có tiền sử và/hoặc đang điều trị viêm tụy cấp.

Có thể lựa chọn nhiều phương pháp trong nút tắc túi giả phình như VXKL (coils), keo sinh học (NBCA) (Bảng 1). Trong đó, việc lựa chọn phương pháp điều trị nút tắc ổ giả phình phụ thuộc vào kích thước và chiều dài mạch máu, khả năng tiếp cận với túi phình.

Bảng 1. Vị trí, số lượng và kích thước của ổ giả phình

ĐM gốc	Số lượng ổ giả phình mạch	Kích thước ổ giả phình	Can thiệp nút mạch	Biến chứng
Total	4			
ĐM tá tụy dưới (nhánh của ĐM mạc treo tràng trên)	1	8-10mm	VXKL	Không biến chứng
ĐM đại tràng ngang (nhánh của ĐM mạc treo tràng dưới)	1	9-14mm	VXKL	
ĐM đại tràng trái (nhánh của ĐM mạc treo tràng dưới)	1	9-20mm	NBCA	
ĐM vị tá tràng (nhánh của ĐM thân tạng)	1	10-20mm	NBCA	

Trong đó, điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch được xem là an toàn và hiệu quả trong việc loại bỏ ổ giả phình, cũng như có thể bảo tồn tối đa ĐM mang, phương pháp có ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn và hồi phục nhanh.

Trong can thiệp, có thể lựa chọn nhiều cách thức khác nhau để loại bỏ ổ giả phình, có thể dùng vật liệu như vòng xoắn kim loại (coils), khung đỡ kim loại (covered stent), keo sinh học (histoacryl hay NBCA), hạt PVA (polyvinyl alcohol), spongel hay bọt gây tắc (gelfoam) hoặc cũng có thể bơm thrombin nội mạch để gây tắc ổ giả phình.

Việc sử dụng vòng xoắn kim loại được xem là phương pháp an toàn trong điều trị, đặc biệt đối với những tổn thương ở những ĐM lớn, ổ giả phình dễ dàng tiếp cận và là phương pháp có thể bảo tồn tối đa ĐM mang.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 BN được điều trị bằng VXKL và 2 BN được điều trị bằng keo sinh học. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới, việc sử dụng VXKL bị hạn chế đối với những trường hợp mạch máu kích thước nhỏ, ĐM chạy dài và ngoằn ngoèo không thể tiếp cận được, đặc biệt, một số trường hợp gặp biến chứng sau dùng VXKL như tắc ĐM mang, thủng ổ giả phình, VXKL di chuyển hoặc giả phình tái phát sau can thiệp.

2 bệnh nhân chúng tôi sử dụng keo sinh học được pha với dung dịch có tính cản quang lipiodol theo tỷ lệ 1:4 hoặc 1:3 để loại bỏ túi phình đồng thời gây tắc ĐM mang. Việc sử dụng keo sinh học được xem như một lựa chọn thay thế khi mà không thể sử dụng vòng xoắn kim loại để loại bỏ túi phình, mạch nhỏ, ngoằn ngoèo và không thể tiếp cận ổ giả phình (hình 02, 03), tuy nhiên, sử dụng keo sinh học cũng có những ưu thế nhất định: thích hợp đối với giả phình của ĐM tận, không phụ thuộc vào tình trạng đông máu của bệnh nhân, giá thành thấp và tiết kiệm thời gian. Tất cả những bệnh nhân đều được điều trị can thiệp thành công, tình trạng lâm sàng cải thiện tốt, không thấy biến chứng trong và sau can thiệp.

Chúng tôi xin được đưa ra một số hạn chế của nghiên cứu: việc nghiên cứu với cỡ mẫu nhỏ (n=4) để đánh giá tính hiệu quả cũng như là biến chứng trong can thiệp sẽ không chính xác tuyệt đối, ngoài ra, với kinh nghiệm thực hành trong điều trị giả phình không được nhiều nên hiệu quả can thiệp sẽ bị ảnh hưởng, việc đi sâu vào từng kỹ thuật và đi sâu vào tìm hiểu hiệu quả điều trị của từng dụng cụ và vật liệu can thiệp không được đánh giá đúng. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy đây là nghiên cứu đầu tiên trong điều trị can thiệp nội mạch các giả phình

với hy vọng đưa ra được những chỉ định và lựa chọn cách thức can thiệp một cách hợp lý, an toàn và hiệu quả nhất.

IV. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch trong điều trị các giả phình mạch tạng là phương pháp điều trị có tính chất xâm lấn tối thiểu, an toàn, hiệu quả với tỷ lệ thành công cao và kết quả lâm sàng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kumble S. Madhusudhan et al (2015), "Endovascular embolization of visceral artery pseudoaneurysm using modified injection technique with N-butyl cyanoacrylate glue", 26:1718-1725.
2. Yasir Jamil Khattak et al (2014), "Endovascular embolisation of visceral artery pseudoaneurysms", Volume 2014: 6 pages.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỂ TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO TRÊN NHÓM NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN ĐỒNG THÁP

Hoàng Thy Nhac Vũ*

TÓM TẮT

Tai biến mạch máu não là một bệnh diễn biến nhanh, với những thể bệnh khác nhau và có thể để lại nhiều di chứng. Phác đồ điều trị di chứng TBMMN không giống nhau giữa các thể bệnh. Nhằm tối ưu hóa hiệu quả điều trị di chứng TBMMN cho người bệnh, việc hiểu rõ đặc điểm dịch tễ người bệnh là một trong những căn cứ quan trọng cho việc lựa chọn liệu trình điều trị. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện thông qua khảo sát trực tiếp kết hợp với tham khảo hồ sơ bệnh án của người bệnh trong thời gian từ 01/10/2014 đến 30/09/2015, nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ và xác định các yếu tố có liên quan đến thể TBMMN của những người điều trị nội trú di chứng TBMMN tại Bệnh viện Y học cổ truyền Đồng Tháp. Mẫu nghiên cứu gồm 2782 người bệnh, có tuổi trung bình là 62,3 ($\pm 12,1$) tuổi, với 55,1% là nam giới. Tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán di chứng thể nhồi máu não và thể xuất huyết não lần lượt là 74,6%, 14,6%. Có 85% người bệnh được ghi nhận có tình trạng tăng huyết áp kèm theo; 29% người bệnh đã từng bị TBMMN và 24% người bệnh có người thân từng bị tai biến. Mẫu nghiên cứu có 56% không có thói quen rèn luyện thể lực, và 88% không có thói quen khám sức khỏe định kỳ. Mô hình hồi quy đa thứ bậc được sử dụng để tìm mối liên hệ giữa các yếu tố nguy cơ TBMMN và thể TBMMN. Trong 15 yếu tố nguy cơ của TBMMN được xem xét phân tích, nghiên cứu ghi nhận có 6 yếu tố có liên quan đến thể TBMMN, bao gồm tuổi, đặc điểm công việc lao động hàng ngày, thói quen hút thuốc, sử dụng rượu bia và thói quen kiểm tra sức khỏe định kỳ, và tiền sử TBMMN của người bệnh. Nếu đa phần người bị TBMMN thường gặp ở thể nhồi máu não, thì kết quả nghiên cứu cho thấy người

≤ 60 tuổi, chưa từng bị tai biến có xác suất gặp ở thể nhồi máu não thấp hơn thể xuất huyết não, hoặc có xác suất gặp ở thể nhồi máu não thấp hơn trường hợp không xác định được thể tai biến. Việc chứng minh được mối liên hệ giữa các đặc điểm dịch tễ và thói quen, hành vi của người bệnh đối với thể TBMMN sẽ giúp công tác tầm soát, theo dõi, dự phòng cũng như điều trị TBMMN được chuyên biệt và hiệu quả hơn.

Từ khóa: đặc điểm dịch tễ, yếu tố nguy cơ, thể tai biến mạch máu não.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND FACTORS ASSOCIATED WITH TYPES OF STROKES AMONG INPATIENTS AT DONG THAP TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL IN VIETNAM

Stroke is a rapid development disease and may leave many sequelae. The type of treatment depends on the type of stroke. Understanding the epidemiological characteristics of stroke patients is important to optimize the therapeutic treatment. A cross-sectional study was conducted on the data of the 2782 stroke inpatients at Dong Thap Hospital in Vietnam from 01/10/2014 to 30/09/2015. The aim of this study is to investigate epidemiological characteristics and factors associated with stroke type in Vietnamese patients. The average age of the sample was 62.3 (± 12.1) years and 55.1% were male. The percentage of ischemic and hemorrhage stroke was 74.6% and 14.6%, respectively. 85% had hypertension and 24% had some family history of stroke. 29% reported experiencing prior strokes. The proportion of patients who did not do physical exercises and did not take health examinations frequently were 56% and 88%, respectively. Multinomial logistic regression was used to investigate the relationship between risk factors and types of stroke. Among 15 risk factors of stroke that were analyzed, the result detected 6 factors that related to stroke types, including age groups, types of work,

*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thy Nhac Vũ
Email: hoangthyhacvu@uphcm.edu.vn
Ngày nhận bài: 8.3.2017
Ngày phản biện khoa học: 9.5.2017
Ngày duyệt bài: 22.5.2017

habits of smoking, drinking alcohol, taking periodic health examinations, and patient's history of stroke. While the majority of patients were diagnosed with ischemic stroke, those who were ≤ 60 years old and did not experience prior strokes were more likely to suffer hemorrhage strokes than having ischemic strokes, or cannot identify the stroke type. This information will help the prevention and treatment of stroke be more specialized and effective.

Keywords: epidemiological characteristics, risk factors, types of stroke.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là một bệnh diễn biến nhanh và có thể để lại nhiều di chứng. Hiện nay TBMMN có hai thể thường gặp trên người bệnh là thể nhồi máu não và thể xuất huyết não, trong đó thường gặp nhất là thể nhồi máu não. Cũng có những trường hợp không thể xác định được thể tai biến của người bệnh. Đối với các yếu tố nguy cơ dẫn đến TBMMN, nhiều nghiên cứu đã cho thấy các yếu tố này có những tác động khác nhau đối với từng thể tai biến. Cụ thể, người béo phì có tỉ lệ xuất huyết não cao hơn thiếu máu cục bộ [1]; người có tình trạng tăng cholesterol toàn phần hoặc tăng huyết áp có tỉ lệ nhồi máu não cao hơn tỉ lệ xuất huyết não [2]; tỉ lệ người bệnh có tình trạng tăng huyết áp ở nhóm đột quỵ xuất huyết não cao hơn đột quỵ thiếu máu não cục bộ [3]; sử dụng rượu quá mức có nguy cơ tai biến xuất huyết não cao hơn so với tai biến nhồi máu não [4] và những người có thời gian tập thể dục ít có khả năng bị nguy cơ bị xuất huyết não cao hơn là thiếu máu cục bộ [5]. Như vậy có thể thấy rằng đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử bệnh và thói quen hành vi của con người không những có liên quan đến nguy cơ bị TBMMN, mà tác động của các yếu tố này đến các thể bệnh là không giống nhau. Việc tìm hiểu rõ đặc điểm của người bệnh sẽ làm rõ được sự khác biệt về đặc điểm nhân khẩu học và yếu tố hành vi giữa các thể bệnh, từ đó tạo cơ sở khoa học cho việc tối ưu hóa các giải pháp dự phòng và can thiệp trong phòng và điều trị TBMMN. Chính vì vậy sự khác biệt về tuổi, đặc điểm nghề nghiệp, tình trạng sức khỏe cũng có khả năng làm thay đổi vai trò và mức độ tác động của các yếu tố nguy cơ trong từng dân số. Bên cạnh đó, phác đồ điều trị di chứng TBMMN không giống nhau giữa các thể tai biến [6,7]. Trong những năm gần đây, di chứng tai biến mạch máu não luôn là bệnh có số lượt điều trị nội trú cao nhất so với các bệnh còn lại tại Bệnh viện. Cứ 3 người điều trị nội trú thì có 1 người điều trị di chứng TBMMN. Nghiên cứu thực

hiện nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ và xác định các yếu tố nguy cơ theo từng thể tai biến của những người điều trị di chứng TBMMN tại Bệnh viện Y học cổ truyền Đồng Tháp, góp phần nâng cao hiệu quả công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện thông qua khảo sát trực tiếp kết hợp với tham khảo hồ sơ bệnh án của người bệnh điều trị nội trú di chứng TBMMN để thu thập thông tin liên quan đến đặc điểm dịch tễ và các hành vi, thói quen của người bệnh trước khi bị TBMMN. Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, tiến hành thu thập dữ liệu trong thời gian từ 01/10/2014 đến hết 30/09/2015. Có 2782 người đạt tiêu chí chọn mẫu và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Thu thập, tổng hợp thông tin: Nghiên cứu thu thập thông tin từ hai nguồn, nguồn khảo sát trực tiếp người bệnh và nguồn thông tin hồ sơ bệnh án trích từ phần mềm quản lý của bệnh viện. Thông tin thu thập cho nghiên cứu chia thành ba phần, bao gồm thông tin về đặc điểm chung của người bệnh; thông tin về tình trạng sức khỏe người bệnh và thông tin về hành vi thói quen của người bệnh trước khi bị tai biến. Việc xác định thể tai biến của người bệnh được thực hiện dựa vào kết quả chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng, được ghi rõ trong hồ sơ của người bệnh.

Xử lý thống kê: Việc mô tả các đặc điểm của mẫu được thực hiện thông qua tần số và tỉ lệ phần trăm. Việc so sánh đặc điểm nghiên cứu giữa các nhóm thể TBMMN thực hiện bằng phép kiểm Chi bình phương. Để xác định các yếu tố có liên quan đến thể TBMMN, nghiên cứu sử dụng mô hình hồi quy logistic đa thứ bậc.

III. KẾT QUẢ

Mô tả đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: 2782 người trong mẫu nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 62,3 ($\pm 12,1$) tuổi, với 55,1% là nam giới. Có 41,3% làm nghề nông trước khi bị tai biến, và 54,6% người bệnh trước đây không làm việc. Khảo sát các đặc điểm về tình trạng sức khỏe của người bệnh trong mẫu nghiên cứu, kết quả ghi nhận tỉ lệ người bệnh được chẩn đoán di chứng thể nhồi máu não và thể xuất huyết não lần lượt là 74,6%, 14,6%. Có 10,8% trường hợp mặc dù có các kết quả lâm sàng và cận lâm sàng nhưng vẫn không cho phép bác sĩ xác định được thể tai biến của người bệnh. Có 29,2% người bệnh đã từng bị tai biến. Tỉ lệ người bệnh có tình trạng tăng huyết áp, rối loạn

lipid máu, đái tháo đường, béo phì lần lượt là 84,9%; 0,8%; 19,5% và 17,3%. Khảo sát các thói quen, hành vi của người bệnh trong mẫu nghiên cứu, kết quả cho thấy 12,7% người bệnh hay ở tình trạng lo âu, căng thẳng; 41,6% dễ nóng giận, mất bình tĩnh; 11,9% thường xuyên hút thuốc; 10,5% thường xuyên sử dụng rượu bia, 55,6% không có thói quen rèn luyện thể lực, và 88,4% không có thói quen khám sức khỏe định kỳ. So sánh đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử bệnh, thói quen và hành vi giữa 3 nhóm thể TBMMN, nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thể TBMMN về độ tuổi, công việc hàng ngày, việc tham gia bảo hiểm y tế, tiền sử TBMMN của người thân trong gia đình, tiền sử TBMMN của người bệnh, thói quen uống rượu bia, thói quen rèn luyện thể chất và kiểm tra sức khỏe định kỳ của người bệnh ($p < 0,05$). (Bảng 1)

Yếu tố liên quan đến thể TBMMN: Từ 15 mô hình hồi quy đơn biến đa thứ bậc, mô hình hồi quy đa biến cuối cùng có 7 yếu tố có liên quan đến thể TBMMN. Với "thể nhồi máu não" làm giá trị tham chiếu, kết quả phân tích từ mô hình hồi quy đa biến đa thứ bậc cho thấy các yếu tố làm tăng nguy cơ bị xuất huyết não so với nhồi máu não là những người ≤ 60 tuổi, chưa từng bị tai biến, không có thói quen khám sức khỏe định kỳ. Ngược lại, yếu tố làm tăng nguy cơ nhồi máu não so với xuất huyết não là thường xuyên hút thuốc, thường xuyên sử dụng rượu bia. So sánh nguy cơ bị nhồi máu não so với nguy cơ bị tai biến không xác định được thể tai biến, nghiên cứu ghi nhận người ≤ 60 tuổi, người không lao động hàng ngày, hoặc người chưa từng bị TBMMN thì khi bị TBMMN, nguy cơ bị thể nhồi máu não cao hơn nguy cơ không xác định được thể tai biến. (Bảng 2)

Bảng 1. So sánh đặc điểm của người bệnh trong mẫu nghiên cứu giữa ba nhóm thể tai biến mạch máu não ($n = 2782$)

Thể tai biến Đặc điểm	Nhồi máu não		Xuất huyết não		Không xác định thể tai biến		Mẫu nghiên cứu		P
	n=2075	(%)	n=406	(%)	n=301	(%)	n=2782	(%)	
Nhóm tuổi									<0,01
>60 tuổi	1223	(58,9)	142	(35,0)	174	(57,8)	1539	(55,3)	
≤ 60 tuổi	852	(41,1)	264	(65,0)	127	(42,2)	1243	(44,7)	
Công việc lao động hàng ngày									<0,01
Làm nông	802	(38,7)	238	(58,6)	110	(36,5)	1150	(41,3)	
Không phải làm nông	82	(4)	22	(5,4)	8	(2,7)	112	(4,0)	
Ở nhà, không làm việc	1191	(57,4)	146	(36,0)	183	(60,8)	1520	(54,6)	
Nam giới	1134	(54,7)	220	(54,2)	179	(59,5)	1533	(55,1)	0,27
Có bảo hiểm y tế	1676	(80,8)	303	(74,6)	188	(62,5)	2167	(77,9)	<0,01
Gia đình có người bị TBMMN	466	(22,5)	124	(30,5)	66	(21,9)	656	(23,6)	<0,01
Đã từng bị TBMMN	648	(31,2)	119	(29,3)	44	(14,6)	811	(29,2)	<0,01
Bị Tăng huyết áp	1759	(84,8)	337	(83,0)	265	(88,0)	2361	(84,9)	0,18
Rối loạn lipid máu	18	(0,9)	3	(0,7)	1	(0,3)	22	(0,8)	0,61
Đái tháo đường	413	(19,9)	76	(18,7)	53	(17,6)	542	(19,5)	0,59
Có tình trạng béo phì	361	(17,4)	75	(18,5)	46	(15,3)	482	(17,3)	0,62
Hay ở tình trạng lo âu, căng thẳng	273	(13,2)	45	(11,1)	34	(11,3)	352	(12,7)	0,39
Dễ nóng giận, mất bình tĩnh	873	(42,1)	163	(40,1)	121	(40,2)	1157	(41,6)	0,68
Hút thuốc thường xuyên	259	(12,5)	39	(9,6)	34	(11,3)	332	(11,9)	0,25
Có thói quen sử dụng rượu bia	207	(10,0)	63	(15,5)	23	(7,6)	293	(10,5)	<0,01
Không thường xuyên rèn luyện thể lực	1190	(57,3)	211	(52,0)	145	(48,2)	1546	(55,6)	<0,01
Không khám sức khỏe định kỳ	1814	(87,4)	373	(91,9)	271	(90,0)	2458	(88,4)	0,02

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến thể di chứng tai biến mạch máu não – mô hình hồi quy đa biến đa thứ bậc (giá trị tham chiếu = "thể nhồi máu não") ($n=2782$)

Yếu tố nguy cơ	Xuất huyết não vs Nhồi máu não					Thể không xác định vs Nhồi máu não				
	Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến			Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến		
	OR	(95% CI)	ORa	(95% CI)	P	OR	(95% CI)	ORa	(95% CI)	P
Nhóm tuổi (>60 vs ≤60 tuổi)	0,4	(0,2-0,5)	0,4	(0,2-0,6)	<0,01	0,4	(0,6-1,6)	0,5	(0,3-0,8)	0,02
Giới tính (nam vs nữ)	1,2	(0,8-1,3)	1,2	(0,9-1,5)	0,16	0,8	(0,6-1,1)	0,8	(0,6-1,1)	0,32
Công việc hàng ngày										
(Làm nông vs Không làm việc)	1,0	(0,5-1,4)	1,0	(0,6-1,6)	0,23	0,4	(0,3-0,7)	0,4	(0,3-0,7)	<0,01
(Làm việc khác nông nghiệp vs Không làm việc)	1,2	(0,6-2,3)	1,2	(0,6-2,2)	0,46	0,4	(0,2-1,0)	0,4	(0,2-0,9)	<0,01
Tiền sử bệnh bản thân (TBMMN lần đầu vs Từng bị TBMMN)	1,0	(0,9-1,5)	1,2	(1,0-1,6)	0,01	2,5	(1,5-4,1)	2,6	(1,9-3,7)	<0,01
Thói quen hút thuốc (Không có vs Thường xuyên)	1,5	(1,0-2,2)	1,5	(1,0-2,1)	0,03	1,2	(0,8-1,6)	1,2	(0,8-1,7)	0,40
Thói quen sử dụng rượu bia (Không vs Thường xuyên)	1,7	(1,1-2,4)	1,8	(1,3-2,5)	<0,01	0,9	(0,6-1,5)	0,9	(0,5-1,4)	0,79
Thói quen khám sức khỏe định kỳ (Không vs Có)	1,6	(1,1-2,4)	1,6	(1,1-2,4)	0,02	1,3	(0,9-1,9)	1,3	(0,9-2,0)	0,23

*OR adjusted = chỉ số odds hiệu chỉnh, **CI = confidence interval (khoảng tin cậy 95%)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã mô tả được những đặc điểm nổi bật của nhóm người bệnh điều trị nội trú di chứng TBMMN trong thời gian 12 tháng chọn mẫu tại Bệnh viện Y học Cổ Truyền Đồng Tháp. Với 2782 người bệnh đạt tiêu chí chọn mẫu và đồng ý tham gia vào nghiên cứu, hơn một nửa là người cao tuổi (>60 tuổi), là nam và hàng ngày làm nông để tạo nguồn thu nhập cho gia đình. Phần lớn người bệnh có bảo hiểm y tế. Khi chia mẫu nghiên cứu thành 3 nhóm dựa vào thể tại biến, 75% người bệnh nằm ở nhóm "thể nhồi máu não". Trong các bệnh từng được chứng minh là yếu tố nguy cơ của TBMMN, kết quả khảo sát người bệnh cho thấy mẫu nghiên cứu có rất ít người bị đái tháo đường, béo phì hoặc tăng mỡ máu. Ngược lại, đến 85% người bệnh có tình trạng tăng huyết áp. Thực tế chứng minh gia đình có người bị TBMMN sẽ tăng nguy cơ TBMMN, và tỉ lệ người bệnh có người trong gia đình bị TBMMN là 24%. Tính tình hay lo âu, căng thẳng hoặc dễ nóng giận cũng làm tăng nguy cơ bị TBMMN. Mẫu nghiên cứu chỉ có 13% người cho rằng trong 12 tháng trước khi bị tai biến họ thường xuyên ở trong tình trạng lo âu, căng thẳng. Có đến gần một nửa người bệnh tự nhận mình nóng tính và dễ cáu giận. Đồng thời, cứ 3

người bệnh thì có 1 người đã từng bị TBMMN. Việc sử dụng rượu bia, hoặc thuốc lá thường xuyên sẽ làm tăng nguy cơ TBMMN. Tuy nhiên tỉ lệ này chỉ chiếm khoảng 10% dân số trong nghiên cứu. Ngược lại, nếu việc không thường xuyên rèn luyện thể lực là một yếu tố nguy cơ của TBMMN, thì đến 44% người bệnh trong mẫu nghiên cứu không có thói quen rèn luyện thể lực. Đây là một điểm cần lưu ý trong công tác tuyên truyền và điều chỉnh hành vi giúp người bệnh tránh tái phát TBMMN, vì hoạt động thể chất có những tác dụng tốt trong việc duy trì huyết áp, và cân nặng, giảm việc tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ khác như bia rượu, thuốc lá, dẫn đến giảm nguy cơ TBMMN, đặc biệt là đối với nam giới. Trong những người không có thói quen rèn luyện thể lực trong mẫu nghiên cứu, nam giới chiếm đến 56%. Rất ít người có thói quen kiểm tra sức khỏe định kỳ, nên điều này cũng có thể dẫn đến việc không phát hiện và phòng ngừa kịp thời tình trạng TBMMN.

Trong 15 yếu tố nguy cơ của TBMMN, nghiên cứu ghi nhận có 6 yếu tố có liên quan đến thể TBMMN, bao gồm tuổi, đặc điểm công việc lao động hàng ngày, tiền sử TBMMN của bản thân, thói quen hút thuốc, sử dụng rượu bia và thói quen kiểm tra sức khỏe định kỳ. Nếu đa phần

người bị TBMMN thường gặp ở thể nhồi máu não, thì kết quả nghiên cứu cho thấy người ≤ 60 tuổi, chưa từng bị tai biến có xác suất gặp ở thể nhồi máu não thấp hơn thể xuất huyết não, hoặc có xác suất gặp ở thể nhồi máu não thấp hơn trường hợp không xác định được thể tai biến. Các bệnh kèm theo như béo phì, rối loạn lipid máu, đái tháo đường đã được chứng minh là có liên quan đến nguy cơ bị TBMMN, nhưng có tỉ lệ rất ít trong nghiên cứu này. Thực tế đã ghi nhận phụ nữ bị đái tháo đường có nguy cơ bị TBMMN rất cao. Tỉ lệ nữ bị đái tháo đường trong mẫu cũng cao hơn tỉ lệ nam bị đái tháo đường (22% vs 17%). Có đến 85% người bệnh bị tăng huyết áp trong nghiên cứu này. Tỉ lệ này tương đương với tỉ lệ ghi nhận được trên một dân số bị TBMMN trước đây [3]. Tăng huyết áp còn làm tăng nguy cơ chảy máu não và góp phần hình thành các vi phình động mạch (phình động mạch Charcot-Bouchard). Tuy nhiên mối liên hệ giữa tình trạng tăng huyết áp và thể TBMMN không được thể hiện trong kết quả phân tích hồi quy đa thứ bậc trong nghiên cứu này. Tình trạng béo phì, tăng mỡ máu không được thể hiện như một yếu tố có liên quan đến thể TBMMN.

Nghiên cứu khảo sát trong thời gian 12 tháng, hạn chế những sai sót do mùa vụ, phương pháp chọn mẫu toàn bộ giúp thu được cỡ mẫu lớn, tạo thuận lợi cho các mô tả đối với hai thể TBMMN ít phổ biến là thể xuất huyết não và thể không xác định. Người bệnh được thu thập tại cùng một nơi nên một số đặc điểm liên quan đến yếu tố kinh tế, văn hoá của người bệnh trong các nhóm thể tai biến có sự tương đồng, hạn chế sai sót trong phân tích. Tuy nhiên, sự chênh lệch về số lượng của người bệnh trong nhóm thể nhồi máu não so với hai nhóm còn lại cũng tác động một phần kết hiệu lực thống kê và kết quả thu được. Với thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu đã cho thấy những đặc điểm chính của người bệnh bị TBMMN cũng như xác định được các yếu tố có liên quan đến thể TBMMN trên dân số Việt Nam. Để có thể chứng minh được sự tương đồng về các yếu tố nguy cơ gây TBMMN của các nghiên cứu trên thế giới so với dân số Việt Nam, cũng như xác định rõ mức độ tác động của các yếu tố đến xác suất bị từng thể TBMMN, cần tiến hành các nghiên cứu theo thời gian kết hợp bệnh chứng để bổ sung cho kết quả thu được từ nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Đây là một trong những số ít nghiên cứu mô tả đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử bệnh, hành vi và xác định các yếu tố nguy cơ có liên quan đến thể TBMMN trên dân số người bị TBMMN tại Việt Nam. Việc chứng minh được mối liên hệ giữa các đặc điểm dịch tễ và thói quen, hành vi của người bệnh đối với thể TBMMN sẽ giúp công tác tầm soát, theo dõi, dự phòng cũng như điều trị TBMMN được chủ động, chuyên biệt và hiệu quả hơn.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn các cán bộ công tác tại Bệnh viện Y học cổ truyền Đồng Tháp đã giúp đỡ trong quá trình thu thập dữ liệu, cảm ơn các cá nhân trực tiếp tham gia khảo sát, cung cấp dữ liệu cho nghiên cứu, cảm ơn DS. Trần Thị Ngọc Vân đã hỗ trợ trong quá trình xử lý dữ liệu, và đặc biệt nhóm nghiên cứu xin cảm ơn Ban giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền Đồng Tháp đã tạo điều kiện thuận lợi và cho phép chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee M, Saver JL, Chang B, et al. (2011). "Presence of baseline prehypertension and risk of incident stroke: a meta-analysis". *Neurology*, 77(14): p. 1330-7.
2. Tirschwell DL, Smith NL, Heckbert SR, et al. (2004). "Association of cholesterol with stroke risk varies in stroke subtypes and patient subgroups". *Neurology*, 63(10): p. 1868-75.
3. Khoury JC, Kleindorf **Presence of baseline er D, Alwell K, et al. (2013)**. "Diabetes mellitus: a risk factor for ischemic stroke in a large biracial population". *Stroke*, 44(6): p. 1500-4.
4. O'donnell MJ, Xavier D, Liu L, et al. (2010). "Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study". *Lancet*, 376(9735): p. 112-23.
5. Lee CD, Folsom AR, and Blair SN (2003). "Physical activity and stroke risk: a meta-analysis". *Stroke*, 34(10): p. 2475-81.
6. Hoàng Thy Nhac Vũ, Bạch Văn Mút (2016). "Khảo sát việc phối hợp thuốc y học cổ truyền trong điều trị tai biến mạch máu não cho người bệnh nội trú tại Bệnh viện y học cổ truyền Đồng Tháp". *Tạp chí Dược liệu*, 21(4/2016): trang 232- 236.
7. Hoàng Thy Nhac Vũ, Vũ Trí Thanh, Bạch Văn Mút (2015). "So sánh yếu tố nguy cơ bị tai biến mạch máu não của người bệnh nội trú thể nhồi máu não và thể xuất huyết não tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Đồng Tháp". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, phụ bản Tập 19 số 5 (10/2015): trang 419-424.

MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA AMITRIPTYLINE

TRONG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TRẦM CẢM NGƯỜI CAO TUỔI

Nguyễn Văn Dũng* và cộng sự

TÓM TẮT

Cho đến nay ở Việt Nam đã có rất nhiều các nghiên cứu về các điều trị rối loạn trầm cảm người cao tuổi, các loại thuốc chống trầm cảm thế hệ mới ra đời nhưng chưa có một nghiên cứu cụ thể nào mô tả về tác dụng không mong muốn của thuốc chống trầm cảm amitriptyline trong điều trị rối loạn trầm cảm người cao tuổi. Mục tiêu: Đánh giá tác dụng các tác dụng không mong muốn của Amitriptyline trong điều trị rối loạn trầm cảm người cao tuổi. Phương pháp: Mô tả, tiến cứu có sử dụng các trắc nghiệm tâm lý hỗ trợ. Kết quả: Trong 48 bệnh nhân trầm cảm ở người cao tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi thấy có tác dụng kháng cholinergic: khô miệng xuất hiện ở 18,8% bệnh nhân, táo bón 14,6%, bí đái 12,5%, nhìn mờ 2,1%, không có bệnh nhân nào bị mê sảng do amitriptyline. Đa số bệnh nhân có tác dụng không mong muốn là bệnh nhân nữ. Tác dụng không mong muốn trên hệ tim mạch: nhịp nhanh có 2 bệnh nhân (4,2%), hạ huyết áp tư thế có 6 bệnh nhân (12,5%), block nhĩ thất có 2 bệnh nhân (4,2%). Nhịp tim sau sử dụng amitriptyline tăng rõ so với trước điều trị. Huyết áp tâm thu giảm so với trước điều trị. Huyết áp tâm trương ít thay đổi so với trước điều trị. Các tác dụng khác: êm dịu xuất hiện ở 21 bệnh nhân (43,8%). Kết Luận: cần khám lâm sàng tỉ mỉ nhằm loại trừ các bệnh lý cơ thể trước khi chỉ định thuốc amitriptyline và coi việc ghi điện tim là xét nghiệm bắt buộc cho tất cả các bệnh nhân trước khi sử dụng amitriptyline. Thời gian tác dụng không mong muốn. *Khô miệng*: là 27,89 giờ sau uống thuốc, sớm nhất là 12 giờ, muộn nhất là 54 giờ. Táo bón: là 67 giờ, sớm nhất là 48 giờ, và muộn nhất là 110 giờ. Bí đái: thời gian trung bình là 48,6 giờ. Sớm nhất là 36 giờ, muộn nhất là 96 giờ. nhịp nhanh xuất hiện vào giờ thứ 78 và 168. Hạ huyết áp theo tư thế là 95,33 giờ sau khi dùng thuốc, sớm nhất là 24 giờ, muộn nhất là 168 giờ.

Từ khóa: Bệnh nhân, Tác dụng không mong muốn, Tác dụng phụ, ICD-10, Huyết áp

SUMMARY

SOME OF ADVERSE EFFECTS AMITRIPTYLINE IN TREATMENT DEPRESSIVE DISORDER ELDERLY

So far in Vietnam has a lot of research on the treatment of depressive disorder elderly, the kind of generation antidepressants nascent but no specific research described undesirable effects of antidepressants in the treatment amitriptyline depressive disorder elderly. Objective: To evaluate the effect of the

unwanted effects of Amitriptyline in the treatment of depressive disorders of the elderly. Methods: Description, prospective use of psychological tests support. Results: In 48 patients with depression in the elderly. Our research shows anticholinergic effects: dry mouth occurs in 18.8% of patients, constipation, 14.6%, 12.5%, urinary retention, blurred vision 2.1%, not a single patient be delirious by amitriptyline. Most patients have undesirable effects as female patients. Adverse effects on the cardiovascular system: tachycardia with 2 patients (4.2%), hypotension posture 6 patients (12.5%), atrioventricular block with 2 patients (4.2 %). Heart rate after using amitriptyline increased clearly compared to before treatment. Decreased systolic blood pressure compared to before treatment. Diastolic blood pressure was little changed compared to before treatment. Other effects: soothing appeared in 21 patients (43.8%). Conclusion: Clinical examination should meticulously to eliminate the disease before the appointed body and treat drug amitriptyline ECG recording is mandatory testing for all patients before using amitriptyline. Time unwanted effects. Dry mouth: is 27.89 hours after ingestion, as early as 12 hours, no later than 54 hours. Constipation: 67 hours, as early as 48 hours, and no later than 110 wind- zucchini: the average time is 48.6 hours. As early as 36 hours, no later than 96 hours. tachycardia appeared in 168 hours 78 minutes and postural hypotension is 95.33 hours after dosing, as early as 24 hours, no later than 168 hours.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong Tâm thần học người già, rối loạn thường gặp nhất là các "trạng thái trầm cảm" Theo WHO và nhiều tác giả khác, trầm cảm chiếm tỷ lệ từ 3 -5% dân số và tỷ lệ này khá cao ở người già (9,2%). Barret và cs (1998) tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu là 15,6%, trong đó 2,1% có dấu hiệu trầm cảm nhẹ, 5,6% có triệu chứng điển hình và 7,9% là trầm cảm được biểu hiện bằng các triệu chứng cơ thể.

Từ những năm 1960 đến 1980 thuốc chống trầm cảm 3 vòng là thuốc điều trị chủ yếu ở Mỹ. Amitriptyline hoàn toàn phân biệt với SSRIs bởi vì khả năng ảnh hưởng của chúng lên ức chế tái hấp thu norepinephrine, sự ức chế hết sức đa dạng tái hấp thu serotonin. Amitriptyline có phổ rộng (broad spectrum) trong tác dụng của chúng trên hệ chất dẫn truyền thần kinh hơn so với SSRIs và có phổ khác nhau trong hiệu quả điều trị lâm sàng. Tuổi càng cao, càng nhạy cảm với tác dụng kháng cholinergic và tác dụng chẹn α_1 của amitriptyline (gây hạ huyết áp), cũng như dễ mắc mê sảng do thuốc và hạ huyết áp tư thế. Do vậy việc tăng nồng độ amitriptyline trong

* Viện sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: dr.drung@yahoo.com
Ngày nhận bài: 14.2.2017
Ngày phản biện khoa học: 9.5.2017
Ngày duyệt bài: 19.5.2017

máu cũng hết sức cẩn thận vì dễ có hiện tượng giảm thứ phát hoạt động của P450 sau khi mắc các bệnh cơ thể mạn tính ở người già. Hơn nữa, với sự suy giảm thanh thải liên quan tuổi, sẽ làm cho giảm đào thải các sản phẩm liên hợp, dẫn đến tăng sự tập trung rất vững chắc của các chất này trong máu. Để có những hiểu biết sâu sắc hơn và chỉ định các thuốc chống trầm cảm tốt hơn, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá tác dụng các tác dụng không mong muốn của Amitriptyline trong điều trị rối loạn trầm cảm người cao tuổi" nhằm mục tiêu: Đánh giá tác dụng các tác dụng không mong

muốn của Amitriptyline trong điều trị rối loạn trầm cảm người cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm tất cả các bệnh nhân rối loạn trầm cảm từ 60 tuổi trở lên, đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán theo ICD-10 có triệu chứng rối loạn trầm cảm nằm điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần từ 12/2013 đến 12/2014. Chúng tôi áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả và theo dõi bệnh nhân trong thời gian nằm Viện. Sử lý số liệu spss 15.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Kết quả điều trị

Bảng 1. Liều khởi đầu

Liều Amitriptyline khởi đầu	Số bệnh nhân	Tỉ lệ phần trăm
25 mg	13	27.1%
50 mg	28	58.3%
75 mg	4	8.3%
100mg	1	2.1%
150 mg	2	4.2%
Tổng số	48	100%

Nhận xét: có đến 58,3% số bn với liều 50mg và 4,2% bn với liều 150mg

Bảng 2. Liều duy trì

Liều Amitriptyline duy trì	Số bệnh nhân	Tỉ lệ phần trăm
25 mg	3	6.3%
50 mg	27	56.2%
75 mg	11	22.9%
100mg	2	4.2%
150 mg	5	10.4%
Tổng số	48	100%

Nhận xét: có đến 56,2% số bn duy trì với liều 50mg trong quá trình điều trị và 22,9% số bn còn dùng đến 75mg.

Bảng 3. Các tác dụng không mong muốn

Tác dụng phụ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ phần trăm
Khô miệng	9	18,8 %
Táo bón	7	14,6%
Bí đái	6	12,5%
Nhìn mờ	1	2,1%
Mê sảng	0	0%

Nhận xét: trên hệ cholinergic của amitriptyline. Thường là tác dụng khô miệng chiếm đến 18,8%, vs có đến 14,6% là táo bón

Bảng 4. Mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương

Chỉ số	Nhịp tim (X±SD)	Huyết áp tâm thu (X±SD)	Huyết áp tâm trương (X±SD)
Cả hai giới	90,6±5,8	103,75± 8,22	63,96±6,99
Nam	88,8±6,8	106,3±9,72	67,67±2,23
Nữ	91,58 ±5,26	102,58±7,3	62,27±5,46

Nhận xét: các bệnh nhân khi đang dùng liều duy trì amitriptyline. Thường tăng nhịp tim cho cả hai giới

Bảng 5. Tỉ lệ bệnh nhân có tác dụng kháng cholinergic

Liều amitriptyline khi có tác dụng phụ	Có tác dụng phụ		Không có tác dụng phụ		Tổng số
	Số bệnh	Tỉ lệ	Số bệnh	Tỉ lệ	

	nhân		nhân	
25 mg	2	50%	2	50%
50 mg	5	16,7%	25	83,3%
75 mg	2	22,2%	7	77,8%
100 mg	0	0%	2	100%
150 mg	0	0%	3	100%

Nhận xét: Theo liều lượng, tùy thuộc vào sự đáp ứng của bn với các thuốc, có khi chỉ cần một liều nhỏ 25mg đã có biểu hiện tác dụng phụ chiếm tỷ lệ 50%

Bảng 6. Liên quan liều lượng amitriptyline và mạch, huyết áp tâm thu, tâm trương

Chi số Liều lượng	Nhịp tim ($X \pm SD$)	Huyết áp tâm thu ($X \pm SD$)	Huyết áp tâm trương ($X \pm SD$)
25 mg	88,75 $\pm$ 6,29	106,25 $\pm$ 4,79	65,00 $\pm$ 5,77
50 mg	90,40 $\pm$ 5,39	103,17 $\pm$ 7,82	63,00 $\pm$ 6,38
75 mg	90,44 $\pm$ 5,34	105,56 $\pm$ 11,02	65,56 $\pm$ 10,14
100 mg	92,50 $\pm$ 17,68	100,00 $\pm$ 14,14	65,00 $\pm$ 7,07
150 mg	94,33 $\pm$ 1,15	103,33 $\pm$ 5,77	66,67 $\pm$ 5,77

Nhận xét: trong bảng 6 ảnh hưởng của amitriptyline cũng tùy thuộc vào sự tiếp nhận thuốc của bn, nhưng với liều cao thì tỷ lệ thuận với các tác dụng phụ cao

Bảng 7. Sự thay đổi mạch, huyết áp tâm thu, tâm trương trước và sau điều trị bằng amitriptyline

Chi số	Trước điều trị (lần/phút)	Sau điều trị (lần/phút)
Nhịp tim ($X \pm SD$)	82.19 $\pm$ 4,17	90,6 $\pm$ 5,8
Huyết áp tâm thu ($X \pm SD$)	110 $\pm$ 10,67	103,75 $\pm$ 8,22
Huyết áp tâm trương ($X \pm SD$)	65,73 $\pm$ 7,37	63,96 $\pm$ 6,99

Nhận xét: Theo bảng 7 không có sự khác biệt rõ rệt các chỉ số của tim trước và sau điều trị

IV BÀN LUẬN

4.1. Điều trị bằng thuốc chống trầm cảm:

Trong 48 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 15 bệnh nhân là nam giới chiếm tỉ lệ 31,3% trong khi đó có 33 bệnh nhân nữ (68,7%), như vậy trong nghiên cứu này bệnh nhân nữ nhiều hơn bệnh nhân nam. Điều này cũng phần nào phản ánh tỉ lệ hội chứng trầm cảm ở nữ cao hơn ở nam giới.

- **Liều khởi đầu:** Theo bảng 1. trong 48 bệnh nhân được điều trị bằng amitriptyline, có 28 bệnh nhân được sử dụng liều 50mg ngay từ đầu và nhóm này chiếm tỷ lệ cao nhất (58,3%). Đa số bệnh nhân được bắt đầu sử dụng thuốc ở liều 25-50 mg, nhóm này gồm 41 bệnh nhân chiếm 85,4%. Rất ít bệnh nhân được sử dụng ngay ở liều 100-150 mg/ngày.

Liều ban đầu trung bình ở cả hai giới là 50,5 $\pm$ 3,83mg trong đó nam giới được dùng liều trung bình là: 53,33 $\pm$ 8,75mg, ở nữ giới là 49,24 $\pm$ 4mg. Bảng kiểm định trung bình cho thấy liều thuốc sử dụng ban đầu của hai giới không có sự khác biệt. Việc sử dụng thuốc cũng được nhiều tác giả khuyến cáo là nên sử dụng từ liều thấp, sau đó tăng dần liều. Hầu hết các nghiên cứu về tác dụng và tác dụng không mong muốn của amitriptyline đều ở liều 25-75 mg.

- **Liều duy trì:** Theo bảng 2, trong 48 bệnh nhân được điều trị duy trì bằng amitriptyline, có 27 bệnh nhân được sử dụng liều duy trì 50 mg/ngày chiếm tỉ lệ cao nhất (56,2%). Đa số bệnh nhân được duy trì ở liều 50-75 mg/ngày, nhóm này gồm 38 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 79,1%.

Liều duy trì trung bình ở cả hai giới là 66,67 $\pm$ 4,73 mg/ngày, trong đó ở nữ giới là: 60,61 $\pm$ 3,93 mg/ngày, ở nam giới là 80 $\pm$ 12 mg/ngày. Điều này cũng phù hợp nhiều tác giả cho rằng bệnh nhân nam thường dùng liều thuốc duy trì cao hơn bệnh nhân nữ.

4.2. Các tác dụng trên hệ cholinergic của amitriptyline:

Theo bảng 3. có 11 bệnh nhân (23%) có các biểu hiện của tác dụng kháng cholinergic. Trong đó khô miệng có số bệnh nhân mắc cao nhất và xuất hiện ở 9 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 18,8%). Táo bón xuất hiện ở 1 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 14,6%). Có 6 bệnh nhân bị bí đại (chiếm tỉ lệ 12,5%). Chỉ có một bệnh nhân nhn mờ (2,1%). Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân mê sảng do kháng cholinergic do sử dụng amitriptyline.

Khô miệng. Có 9 trong tổng số 48 bệnh nhân nghiên cứu bị khô miệng do amitriptyline, mức độ khô miệng thay đổi từ cảm giác khô khi ăn, nuốt đến cảm giác không tiết được nước bọt. Bệnh nhân thấy sự tiết nước bọt kém hơn (3 bệnh nhân), luôn có cảm giác khô miệng và luôn

đòi hỏi phải có nước uống để làm dịu sự khó chịu do khô miệng gây ra (6 bệnh nhân). Có 7 bệnh nhân nữ bị khô miệng chiếm tỉ lệ 77,8% và tỉ lệ này cao hơn hẳn so với 2 bệnh nhân nam bị khô miệng (22,2%).

- **Táo bón:** Tất cả 7 bệnh nhân bị táo bón sau khi dùng amitriptyline đều là bệnh nhân nữ. Các bệnh nhân này đều có biểu hiện không đi ngoài 3-4 ngày sau khi dùng thuốc. Hầu hết bệnh nhân rất khó khăn khi đi ngoài, phân khô và lượng phân mỗi lần rất ít.

- **Bí đái:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6 bệnh nhân bị bí đái, trong đó nữ có 5 bệnh nhân và nam có 1 bệnh nhân. Mức độ bí đái thay đổi từ cảm thấy rất khó đi tiểu đến bí đái hoàn toàn, đặc biệt có hai bệnh nhân bí đái hoàn toàn (không đi tiểu được, khám thấy cầu bàng quang ở vùng hạ vị) và phải đặt sonde bàng quang để dẫn lưu nước tiểu.

- **Nhìn mờ:** Chỉ có 1 bệnh nhân nhìn mờ và là nữ giới. Bệnh nhân này không có tiền sử bệnh lý ở mắt, khám chuyên khoa không phát hiện tổn thương.

4.3. Các tác dụng trên hệ tim mạch của amitriptyline

- **Mạch của các bệnh nhân:** 48 bệnh nhân được điều trị bằng amitriptyline trong giai đoạn từ 25-150 mg nhịp tim trung bình của các bệnh nhân là $90,6 \pm 5,8$ lần/phút, nam giới là $88,8 \pm 6,8$ lần/ phút, của nữ giới là $91,58 \pm 5,26$ lần/ phút. Có 2 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn của tăng nhịp tim sau khi dùng amitriptyline chiếm tỉ lệ 4,2%. Rechlin T, Weis M, nghiên cứu trên 92 bệnh nhân điều trị bằng amitriptyline, xác định sự thay đổi nhịp tim. Kết quả cho thấy có 2/3 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn bệnh lý thần kinh tim và cho rằng việc theo dõi nhịp tim có ý nghĩa quan trọng hơn xác định nồng độ amitriptyline trong máu trong việc chẩn đoán sàng do kháng cholinergic do sử dụng amitriptyline.

- **Huyết áp tâm thu:** Huyết áp tâm thu trung bình của các bệnh nhân khi được dùng amitriptyline là $103,75 \pm 8,22$ mmHg, trong đó của nam là $106,3 \pm 9,72$ mmHg, nữ là $102,58 \pm 7,3$ mmHg. Huyết áp tâm trương trung bình của các bệnh nhân khi đang dùng liều duy trì amitriptyline là $63,96 \pm 6,99$ nữ là $62,27 \pm 5,46$ mmHg; nam giới là $67,67 \pm 2,23$ mmHg. Có 6 bệnh nhân bị hạ huyết áp tâm thu khi dùng amitriptyline (chiếm tỉ lệ 12,5%).

- **Block nhĩ thất:** Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 48 bệnh nhân có 2 bệnh nhân có block nhĩ thất (4,16%). Ray WA, Meredith S (2004) đã tiến hành nghiên cứu theo dõi nguy cơ

chết đột ngột khi đang dùng thuốc chống trầm cảm ba vòng (amitriptyline nhỏ hơn 100mg) 58956 lượt người-năm và SSRIs (6291 lượt người-năm) trên các bệnh nhân không có tiền sử tim mạch trên 1282091 lượt người trong nhiều năm. Kết quả có 1487 người chết do vấn đề tim mạch (0,12%) do cả dùng amitriptyline, và SSRIs, trong đó do dùng amitriptyline ở liều nhỏ hơn 100mg có tỉ xuất chênh là 0,97 (95%CI: 0,72- 1,29) tăng lên 2,53 (95% CI: 1,04-6,02) ở nhóm dùng liều trên 300mg hoặc hơn. Thống kê có ý nghĩa với $p=0,03$

4.4. Các tác dụng không mong muốn khác của amitriptyline: Tác dụng êm dịu của amitriptyline: Trong 48 bệnh nhân nghiên cứu, có 21 bệnh nhân (43,8%) có tác dụng êm dịu. Đây là tác dụng được nhiều bác sĩ sử dụng trong điều trị các trường hợp trầm cảm với các rối loạn cơ thể (chủ yếu là mất ngủ)

4.5. Liều lượng và tác dụng phụ: Theo bảng 6, trong các nhóm sử dụng liều amitriptyline khác nhau thì nhóm 4 bệnh nhân dùng liều 25mg có 2 bệnh nhân có tác dụng phụ (50%), nhóm 30 bệnh nhân sử dụng liều 50 mg có 5 bệnh nhân (16,7%), nhóm 9 bệnh nhân sử dụng liều 73mg có 2 bệnh nhân có tác dụng phụ, các nhóm sử dụng liều 100 và 150 mg không thấy bệnh nhân nào có tác dụng phụ. Như vậy nhóm sử dụng liều từ 25-75 mg có số bệnh nhân có tác dụng phụ nhiều hơn. Bằng kiểm định χ^2 cho các tỉ lệ cho thấy sự khác biệt về tỉ lệ này không có ý nghĩa thống kê.

4.5.1. Liên quan liều lượng và tác dụng không mong muốn trên hệ tim mạch.

- **Nhịp tim:** Bảng 7 cho thấy nhịp tim trung bình ở các nhóm sử dụng liều amitriptyline khác nhau và có xu hướng tăng dần theo liều lượng, tuy nhiên bằng kiểm định so sánh trung bình giữa các nhóm cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Khi so sánh nhịp tim trung bình của các bệnh nhân trước và sau điều trị chúng tôi thấy: nhịp tim trung bình trước điều trị là $82,19 \pm 4,17$ lần/phút, sau điều trị là $90,6 \pm 5,8$ lần/phút sự thay đổi này là khác nhau. Sau điều trị bằng amitriptyline thì nhịp tim tăng hơn trước điều trị.

- **Huyết áp tâm thu:** Theo bảng 7, huyết áp tâm thu của các bệnh nhân ở các nhóm liều lượng cũng có sự thay đổi, trong đó nhóm dùng 100mg là thấp nhất ($100,00 \pm 14,14$). Bằng kiểm định phương sai để so sánh trung bình, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

- **Huyết áp tâm trương:** Huyết áp tâm trương của các bệnh nhân ở các nhóm liều lượng

cũng có sự khác nhau tuy nhiên khi so sánh các trung bình thuật toán thống kê cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa ($p = 0,86 > 0,05$).

- **Block nhĩ thất:** Có 2 bệnh nhân có block nhĩ thất sau khi sử dụng amitriptyline, cả hai bệnh nhân đều được sử dụng liều nhỏ hơn 50 mg. Không có bệnh nhân nào có block nhĩ thất ở nhóm liều cao hơn 50 mg.

4.5.2. Thời gian xuất hiện tác dụng phụ

- Thời gian xuất hiện các tác dụng kháng cholinergic: trong tổng số 11 lượt bệnh nhân có tác dụng phụ thì thời gian trung bình là 27,27 giờ. Sớm nhất là 12 giờ, muộn nhất là 48 giờ sau khi uống amitriptyline.

- Khô miệng: thời gian trung bình xuất hiện tác dụng khô miệng ở 9 bệnh nhân là 27,89 giờ sau uống thuốc, sớm nhất là 12 giờ, muộn nhất là 54 giờ. Táo bón: thời gian trung bình ở 7 bệnh nhân là 67 giờ, sớm nhất là 48 giờ, và muộn nhất là 110 giờ. Bí đái: thời gian trung bình là 48,6 giờ. Sớm nhất là 36 giờ, muộn nhất là 96 giờ. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian xuất hiện các tác dụng phụ khá muộn (sau 2 ngày dùng thuốc) so với nhiều tác giả khác.

Thời gian xuất hiện tác dụng phụ trên hệ tim mạch:

- **Nhịp nhanh:** Hai bệnh nhân bị nhịp nhanh xuất hiện vào giờ thứ 78 và 168 (ngày thứ 3 và thứ 7 sau dùng amitriptyline).

- **Hạ huyết áp tư thế:** Trong 6 bệnh nhân bị hạ huyết áp theo tư thế, thời gian xuất hiện hạ huyết áp trung bình là 95,33 giờ sau khi dùng thuốc, sớm nhất là 24 giờ, muộn nhất là 168 giờ.

- **Block nhĩ thất:** Hai bệnh nhân bị block nhánh (trong thất) xuất hiện ở các thời điểm 30 và 48 giờ sau khi dùng thuốc. Rodriguez de la Tone B và cộng sự năm 2001 nghiên cứu tương quan nồng độ huyết tương của TCAs và tác động tim mạch (81 bệnh nhân: 43 bệnh nhân dùng Amitriptyline, 11 bệnh nhân Clomipramine và SSRI 33 bệnh nhân) với tác động tim mạch cho thấy ở nhóm điều trị TCAs có sự bất thường về tính dẫn truyền tim và hạ huyết áp tư thế xuất hiện sớm,

đồng thời có nhiều trường hợp Block nhĩ thất cấp I, khoảng QT kéo dài.

V. KẾT LUẬN

Amitriptyline gây ra các tác dụng không mong muốn sau:

- Tác dụng kháng cholinergic: khô miệng xuất hiện ở 18,8% bệnh nhân, táo bón 14,6%, bí đái 12,5%, nhìn mờ 2,1%, không có bệnh nhân nào bị mê sảng do amitriptyline. Đa số bệnh nhân có tác dụng không mong muốn là bệnh nhân nữ. Tác dụng không mong muốn trên hệ tim mạch: nhịp nhanh có 2 bệnh nhân (4,2%), hạ huyết áp tư thế có 6 bệnh nhân (12,5%), block nhĩ thất có 2 bệnh nhân (4,2%). Nhịp tim sau sử dụng amitriptyline tăng rõ so với trước điều trị. Huyết áp tâm thu giảm so với trước điều trị. Huyết áp tâm trương ít thay đổi so với trước điều trị.

- Liều lượng amitriptyline: có sự khác nhau về tỉ lệ tác dụng không mong muốn ở các nhóm liều lượng nhưng sự khác này chưa có ý nghĩa thống kê.

- Thời gian xuất hiện tác dụng không mong muốn kể từ khi được dùng thuốc: Khô miệng (27,89 giờ), táo bón (67 giờ), bí đái (48,6 giờ), hạ huyết áp (95,33 giờ).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Khuê** (2000). "Tuổi già", *Bệnh học tuổi già*, Nhà xuất bản Y học; tr 8 - 87.
2. **Nguyễn Kim Việt** (Hà Nội 2007 – Server). "Đặc điểm lâm sàng và điều trị trầm cảm ở người già". Hội thảo chuyên đề tâm thần người già
3. **Trần Đình Xiêm** (1996). "Sử dụng thuốc trong Tâm thần học", *Bộ môn Tâm thần Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*; tr 65-128; 164 – 175
4. **Alan Schatzberg & Charles Nemeroff** (2009). The American psychiatric publishing textbook of psychopharmacology, 4 th edition. *American Psychiatric Publishing, Inc.*
5. **John Rush** (2010). "Combining antidepressant medications: A good idea". *Am J Psychiatry*. 167: 241-243.
6. **Ken Laidlaw** (2004). "Depression in older adults. Mood disorders: A handbook of science and practice". Edited by M. Power. John Wiley & Sons, Ltd, p. 337-348.
7. **Menza, Marin & Opper** (2003). Residual symptoms in depression: Can treatment be symptom-specific?. *J Clin Psychiatry*, 64: 516-523.

THỰC TRẠNG SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA HỌC SINH TRƯỜNG TRUNG HỌC CƠ SỞ TẠI THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN, TỈNH THÁI NGUYÊN NĂM 2016 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Việt Quang¹, Chu Văn Thăng², Nguyễn Thị Quỳnh Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng SKTT của học sinh trường trung học cơ sở tại thành phố Thái Nguyên-tỉnh Thái Nguyên năm 2016 và một số yếu tố liên quan. **Địa điểm và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành tại các trường THCS trên địa bàn thành phố Thái Nguyên, tỉnh Thái Nguyên năm 2016. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang. Mẫu nghiên cứu gồm 1194 học sinh nam và nữ ở cả 4 khối lớp 6,7,8,9. Học sinh đã tham gia điền phiếu câu hỏi về vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh, sử dụng thang đo SDQ 25 và các học sinh đã tham gia điền phiếu câu hỏi về thông tin cá nhân. Số liệu được thu thập và phân tích bằng các thuật toán thống kê: Tỷ lệ %, OR và 95% CI, hồi qui logistic. **Kết quả:** Tỷ lệ học sinh có vấn đề sức khỏe tâm thần là 14,2%; tỷ lệ có vấn đề trong quan hệ đồng đẳng là cao nhất (19,9%), thấp nhất là có vấn đề về sự hiếu động (3,8%). Tiến hành phân tích mối liên quan sử dụng hồi qui logistic cho thấy: Nhóm học lực yếu, trung bình có tỷ lệ có vấn đề SKTT cao gấp 2,07 lần so với nhóm học lực khá, giỏi; ở nhóm đã từng bị thầy cô mắng thì có tỷ lệ có vấn đề SKTT cao gấp 1,72 lần so với nhóm còn lại; nhóm học sinh sử dụng facebook thường xuyên có nguy cơ có vấn đề SKTT cao gấp 1,74 lần so với nhóm không sử dụng thường xuyên; nhóm có nhu cầu chăm sóc SKTT cao có tỷ lệ có vấn đề SKTT cao gấp 2,21 lần so với nhóm có nhu cầu chăm sóc SKTT thấp, bình thường và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Từ khóa: Sức khỏe tâm thần, học sinh, trung học cơ sở

SUMMARY

THE CURRENT SITUATION OF MENTAL HEALTH AMONG SECONDARY SCHOOL STUDENTS IN THAI NGUYEN CITY IN 2016 AND SOME RELATED FACTORS

Objective: To describe the current situation of mental health among secondary school students in Thai Nguyen city in 2016 and some related factors **Setting and method:** The study was conducted in secondary schools in Thai Nguyen city, Thai Nguyen province and A cross-sectional descriptive study was used in this study. A sample size consisted of 1194 male and female students in all 4 grades of 6,7,8,9. Students fill out a questionnaire about their mental health problem using the SDQ 25 (Strength and Difficulties Questionnaires 25). Data were collected and analyzed by statistical algorithms: percentage, OR and 95% CI, logistic regression. **Results:** The percentage of students with mental health problems was 14.2%; the problem rate in peer relationships was highest (19.9%), the lowest was hyperactive (3.8%).

¹Trường đại học Y Dược Thái Nguyên

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Quang

Email: vietquang1212@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2017

Ngày duyệt bài: 22.5.2017

The results of logistic regression analysis showed that the weak and average learning groups with mental health problems was 2.07 times higher than the very good and good learning groups. In the group that had been scolded by the teacher, the student rate with mental health problems was 1.72 times higher than that in the remaining group; A group of students using facebook regularly with mental health problems was 1.74 times higher than those who do not use facebook regularly; A group with high demands for mental health care with mental health problems was 2.21 times higher than those with low, normal demands and difference was statistically significant ($p < 0.05$).

Key word: Mental health, student, secondary schools.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, bên cạnh các vấn đề sức khỏe thể chất đã và đang được chú trọng, sức khỏe tâm thần trẻ em và thanh thiếu niên ở nhiều quốc gia còn chưa được quan tâm đúng mức. Chăm sóc sức khỏe tâm thần là tạo điều kiện cho việc phát triển trí tuệ, tăng cường khả năng cân bằng tâm lý, tình cảm, thích nghi với môi trường sống, với các mối quan hệ gia đình, bạn bè và xã hội. Hơn nữa chăm sóc sức khỏe tâm thần còn giúp tạo cho trẻ phát triển tính tự lập, tự tin trong cuộc sống, phát triển nhân cách, mang giá trị đạo đức căn bản của con người. Chính vì vậy việc chăm sóc sức khỏe tâm thần đóng một vai trò vô cùng quan trọng trong sự phát triển của trẻ. Đặc biệt trẻ em ở lứa tuổi từ 11 đến 15 tuổi với những thay đổi sâu sắc về tâm sinh lý thì công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần cho các em. Từ những thập kỷ cuối của thế kỷ 20, đặc biệt ở các nước đang phát triển sự chăm sóc về mặt tinh thần cho trẻ mới mạnh mẽ trong vòng 20 năm trở lại đây, trong đó có Việt Nam. Theo kết quả điều tra của CDC từ năm 2005 đến 2011 cho thấy có khoảng 13-20% trẻ gặp phải các vấn đề về SKTT...[1] Các rối loạn tâm thần - hành vi ảnh hưởng đến khoảng 20% trẻ em và thanh thiếu niên ở mọi quốc gia trên thế giới. Việc nhận thức đúng đắn, xác định rõ ràng vấn đề sức khỏe tâm thần, các yếu tố liên quan nhằm phòng ngừa, chăm sóc, điều trị sức khỏe tâm thần cho lứa tuổi học sinh có tầm quan trọng và ý nghĩa to lớn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả thực trạng SKTT của học sinh trường trung học cơ sở tại thành phố Thái Nguyên- tỉnh Thái Nguyên năm 2016 và một số yếu tố liên quan.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh các trường THCS

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 04/2016 đến tháng 01/2017 tại thành phố Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Mẫu nghiên cứu:

- **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu cho nghiên cứu điều tra học sinh được tính theo công thức:

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

Chọn $p = 0,2$ (theo nghiên cứu của Bệnh viện tâm thần Ban ngày Mai Hương), $d = 0,025$ và $\alpha = 0,05$; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; Từ đó tính được $n = 984$, là cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu; trên thực tế số học sinh điều tra thực tế là 1194 học sinh.

2.3.3. Các chỉ số nghiên cứu

- **Thực trạng SKTT của học sinh:** Thông tin chung của học sinh. Thực trạng SKTT chung của

học sinh: Tỷ lệ học sinh có vấn đề SKTT, tỷ lệ các vấn đề SKTT của học sinh theo thang SDQ.

- **Các yếu tố liên quan đến SKTT học sinh:** Phân tích hồi qui logistic mối liên quan giữa các yếu tố cá nhân, gia đình, trường học, thói quen, sử dụng mạng xã hội và nhu cầu chăm sóc SKTT với thực trạng SKTT của học sinh.

2.4. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu nghiên cứu: Phỏng vấn học sinh theo bộ câu hỏi thiết kế có sẵn về các đặc điểm cá nhân, gia đình và nhà trường; Sử dụng bộ câu hỏi tự điền SDQ cho giáo viên và học sinh.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh

Bảng 3.1 Thông tin chung của học sinh

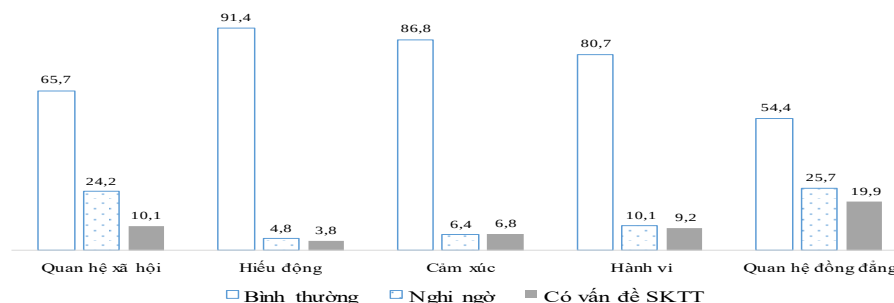
Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	596
	Nữ	598
Dân tộc	Kinh	984
	DTTS	210
Khối lớp	6	308
	7	293
	8	288
	9	305

Tỷ lệ giới tính, khối lớp khá đồng đều; chủ yếu là dân tộc kinh (82,4%)

Bảng 3. 2 Thực trạng SKTT chung (%) của học sinh

Phân loại SKTT	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường	788	66,0
Nghĩ ngờ	236	19,8
Có vấn đề SKTT	170	14,2
Tổng	1194	100,0

Kết quả về thực trạng SKTT cho thấy có khoảng 14,2% học sinh THCS có vấn đề SKTT, 19,8% có nghi ngờ và 66,0% bình thường.



Biểu đồ 3. 1. Tỷ lệ các vấn đề SKTT của học sinh theo thang SDQ (%)

Tỷ lệ các em gặp phải lớn nhất là quan hệ đồng đẳng (19,9%) và thấp nhất là sự hiếu động (3,8%).

3.2 Một số yếu tố liên quan đến thực trạng SKTT của học sinh

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa các yếu tố cá nhân, gia đình với thực trạng SKTT của học sinh

Yếu tố	OR thô (95%CI)	OR hiệu chỉnh (95%CI)
Giới	2,13(1,52-3,01)	1,45(0,97-2,19)
Chứng kiến bố mẹ đánh nhau	1,68(1,14-2,49)	1,24(0,79-1,94)
Gia đình có người say rượu	1,81(1,06-3,07)	1,28(0,70-2,35)

Không có mối liên quan giữa giới, việc chứng kiến bố mẹ đánh nhau hay gia đình có say rượu với thực trạng sức khỏe tâm thần của các em học sinh.

Bảng 3. 4. Mối liên quan giữa các yếu tố trường học với thực trạng SKTT của học sinh

Yếu tố	OR thô (95%CI)	OR hiệu chỉnh (95%CI)
Học lực yếu, trung bình	2,91(2,04-4,17)	2,07(1,31-3,28)*
Hạnh kiểm yếu, trung bình	3,41(2,12-5,47)	1,74(0,96-3,16)
Thầy cô mắng	2,59(1,77-3,78)	1,72(1,14-2,6)*
Bạn bè bắt nạt	1,65(1,17-2,33)	1,35(0,91-1,99)
Đã từng đánh nhau	2,39(1,69-3,39)	1,40(0,93-2,12)

*: $p < 0,05$; Kết quả nghiên cứu cho thấy ở nhóm học lực yếu, trung bình có tỷ lệ có vấn đề SKTT cao gấp 2,07 lần so với nhóm học lực khá, giỏi và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê; ở nhóm đã từng bị thầy cô mắng thì có tỷ lệ có vấn đề SKTT cao gấp 1,72 lần so với nhóm còn lại và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. 5. Mối liên quan giữa một số thói quen với tình trạng SKTT của học sinh

Yếu tố	OR thô (95%CI)	OR hiệu chỉnh (95%CI)
Đã từng hút thuốc	2,54(1,11-5,79)	0,85(0,33-2,19)
Đã từng uống rượu	1,67(1,18-2,36)	0,94(0,63-1,42)
Mức độ sử dụng mạng xã hội	2,32(1,61-3,34)	1,43(0,92-2,22)
Mức độ sử dụng facebook thường xuyên	2,08(1,48-2,92)	1,74(1,16-2,61)*
Cảm giác khi không sử dụng mạng xã hội	1,62(1,15-2,27)	1,25(0,85-1,84)
Nhu cầu chăm sóc SKTT cao	2,78(1,64-4,71)	2,21(1,19-4,07)*

*: $p < 0,05$; Kết quả cho thấy nhóm học sinh sử dụng facebook thường xuyên có nguy cơ có vấn đề SKTT cao gấp 1,74 lần so với nhóm không sử dụng thường xuyên; nhóm có nhu cầu chăm sóc SKTT cao có tỷ lệ có vấn đề SKTT cao gấp 2,21 lần so với nhóm có nhu cầu chăm sóc SKTT thấp, bình thường và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 14,2% học sinh có vấn đề SKTT. So với tỷ lệ trẻ em và trẻ VTN bị rối loạn tâm thần nghiên cứu năm 2005 của WHO cho thấy tỷ lệ này thấp hơn so với các nước như Mỹ, Đức, Tây Ban Nha, Thụy Sĩ nhưng cao hơn Ấn Độ [2]. Mặc dù tỷ lệ có sự khác nhau đáng kể giữa các nước nhưng nằm trong khoảng từ 10 đến 20% trẻ em có một hoặc nhiều vấn đề về tâm thần hoặc hành vi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Trung tâm nghiên cứu và đào tạo phát triển cộng đồng điều tra về SKTT thanh thiếu niên tại Đà Nẵng và Khánh Hòa (11-22%) [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các em gặp phải các vấn đề về quan hệ đồng đẳng chiếm tỷ lệ cao nhất (19,9%); trong xã hội hiện nay, các vấn đề trong quan hệ đồng đẳng ngày càng cần được quan

tâm để có những hướng giải quyết phù hợp, tăng tính đoàn kết, yêu thương lẫn nhau của các em học sinh THCS bên cạnh những áp lực học tập, áp lực từ sự quản lý hay kì vọng của gia đình với các em và tâm lý lứa tuổi của các em đang có khuynh hướng muốn làm người lớn nên cũng dễ xảy ra xung đột. Tiếp đến là các vấn đề trong quan hệ xã hội, khi trẻ gặp phải các vấn đề xã hội sẽ thể hiện qua thái độ của trẻ trong cuộc sống như không thân thiện, không thích chia sẻ hay tình nguyện, giúp đỡ người khác, bàng quan với mọi người xung quanh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Cao Minh (4,0%) ở trẻ từ 12 đến 16 tuổi Miền Bắc năm 2012, nghiên cứu của bệnh viện Mai Hương (7,57%) khảo sát trên học sinh các trường THCS trên địa bàn thành phố Hà Nội năm 2006 [4-5].

4.2 Một số yếu tố liên quan đến thực trạng SKTT của học sinh

Học lực: Ở nhóm học sinh có học lực trung bình, yếu thì tỷ lệ mắc vấn đề SKTT cao gấp 2,07 lần so với nhóm học sinh có học lực khá, giỏi và sự khác biệt này rất rõ ràng. Điều này hoàn toàn phù hợp bởi ở những em học sinh có vấn đề về SKTT thì việc tập trung học tập, sự tự ý thức của các em thường kém nên kết quả học

tập của các em thường ở mức độ trung bình, thậm chí là yếu.

Bị thầy cô mắng: Tỷ lệ có vấn đề sức khỏe ở nhóm học sinh bị thầy cô mắng cao gấp 1,72 lần so với nhóm chưa từng bị thầy cô mắng, sự khác biệt này khá rõ ràng. Theo nghiên cứu của tác giả Đàm Bảo Hoa thì đối với các yếu tố stress chủ yếu là các yếu tố liên quan đến việc học và trường lớp như bị bố mẹ đánh mắng do điểm kém (52,1%); bị thầy cô phạt (36,6%)...[6].

Sử dụng facebook thường xuyên: Trong các mạng xã hội các em hay sử dụng thì hiện nay việc sử dụng facebook đang rất phổ biến, kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy nhóm học sinh sử dụng facebook thường xuyên có nguy cơ có vấn đề SKTT cao gấp 1,74 lần so với nhóm không sử dụng thường xuyên; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Nhu cầu chăm sóc SKTT của trẻ: Phân tích hồi qui logistic cho kết quả ở nhóm có nhu cầu chăm sóc SKTT mức độ cao có tỷ lệ có vấn đề sức khỏe cao gấp 2,21 lần so với nhóm có nhu cầu chăm sóc SKTT thấp, bình thường và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

1. Thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh: Kết quả điều tra tình trạng SKTT của 1194 học sinh THCS của TP Thái Nguyên cho thấy: Tỷ lệ học sinh THCS có vấn đề SKTT khá cao: 14,2%, khoảng 19,8% có nghi ngờ và 66,0% bình thường; Các vấn đề SKTT của học sinh: tỷ lệ học sinh có vấn đề trong quan hệ đồng đẳng chiếm tỷ lệ cao nhất (19,9%), có vấn đề trong quan hệ xã hội là 10,1%, có vấn đề về hành vi là 9,2% và thấp nhất là sự hiếu động (3,8%).

2. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng SKTT của học sinh: Phân tích hồi qui logistic các yếu tố liên quan đến SKTT học sinh trường THCS thành phố Thái Nguyên năm 2016 mà sự khác biệt có ý nghĩa thống kê là:

Học lực: Nhóm học lực yếu, trung bình có tỷ lệ có vấn đề SKTT cao gấp 2,07 lần so với nhóm học lực khá, giỏi và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê;

Bị thầy cô mắng: Ở nhóm đã từng bị thầy cô mắng thì có tỷ lệ có vấn đề SKTT cao gấp

1,72 lần so với nhóm còn lại và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sử dụng facebook thường xuyên: Nhóm học sinh sử dụng facebook thường xuyên có nguy cơ có vấn đề SKTT cao gấp 1,74 lần so với nhóm không sử dụng thường xuyên.

Nhu cầu chăm sóc SKTT: Nhóm có nhu cầu chăm sóc SKTT cao có tỷ lệ có vấn đề SKTT cao gấp 2,21 lần so với nhóm có nhu cầu chăm sóc SKTT thấp, bình thường và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

KHUYẾN NGHỊ

1. Về phía gia đình: Nên quan tâm, dành thời gian nhiều hơn cho trẻ để kịp thời nhận ra được những sự thay đổi của trẻ; gia đình cần kết hợp với nhà trường để cùng thực hành giáo dục kỹ năng sống cho trẻ qua các hoạt động ngoại khóa, có thể có sự tham gia cả gia đình, nhà trường và bạn bè.

2. Về phía nhà trường: Nên kết hợp với y tế để tập huấn cho các thầy cô giáo có thể có kỹ năng sử dụng các thang đo đánh giá để xác định kịp thời các rối loạn tâm thần sớm cho các em học sinh.

3. Về phía học sinh: Tích cực tham gia các hoạt động học tập, giao lưu do nhà trường và địa phương tổ chức. Điều chỉnh lại thời gian sử dụng mạng xã hội, đặc biệt là việc sử dụng facebook.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. CDC (2013). Children's Mental Health New Report. Journal, 2, USA Government.
2. WHO (2005). The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope : Burden of ental and behavioural disorders, WHO.
3. Trần Tuấn (2007). Dịch tễ học rối nhiễu tâm trí và mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng.
4. Nguyễn Cao Minh (2012). Điều tra tỉ lệ trẻ em và vị thành niên ở miền Bắc có các vấn đề sức khỏe tâm thần, Thạc sĩ, Trường Đại học giáo dục.
5. Bệnh viện tâm thần ban ngày Mai Hương (2006). Khảo sát sức khỏe tâm thần học sinh trường học thành phố Hà Nội.
6. Đàm Bảo Hoa (2014). Đánh giá hiệu quả mô hình phát hiện và can thiệp sớm rối loạn tâm thần ở học sinh từ 6-15 tuổi tại thành phố Thái Nguyên, Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Dược Thái Nguyên, Đại học Thái Nguyên, Thái Nguyên.

NGHIÊN CỨU HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI Ở SẢN PHỤ SAU MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI: TỈ LỆ, GIÁ TRỊ CỦA D-DIMER VÀ SIÊU ÂM DOPPLER TRONG CHẨN ĐOÁN SÀNG LỌC

Luu Tuyết Minh*, Nguyễn Việt Hùng*, Đinh Thị Thu Hương*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu tỉ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và giá trị của xét nghiệm D- dimer phối hợp siêu âm Doppler trong sàng lọc chẩn đoán bệnh huyết khối tĩnh mạch ở sản phụ sau mổ lấy thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu 846 sản phụ sau mổ lấy thai chia làm 2 nhóm: nhóm 1 gồm 407 sản phụ mổ lấy thai tại khoa Phụ sản bệnh viện Bạch Mai, nhóm 2 gồm 439 sản phụ mổ lấy thai ở các bệnh viện khác chuyển điều trị tiếp sau mổ tại khoa Cấp cứu, khoa Điều trị tích cực bệnh viện Bạch Mai và Viện Tim mạch Việt Nam. **Kết quả và kết luận:** tỉ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở sản phụ sau mổ đẻ tại khoa Phụ sản Bạch Mai là 0,98%, ở sản phụ sau mổ đẻ từ các bệnh viện khác chuyển điều trị tiếp là 15,26%. D-dimer với ngưỡng chẩn đoán là 0,6: độ nhạy là 97,2%, độ đặc hiệu 68,4%. Giá trị chẩn đoán dương tính 22% và giá trị chẩn đoán âm tính là 99,4%. Diện tích dưới đường biểu diễn ROC là 0,89. Triệu chứng đau vùng hông, đau chân trái xuất hiện sớm nhất. Huyết khối chủ yếu ở chân trái (87,3%) đa số là huyết khối mới ở chân van tĩnh mạch. Đa số bệnh nhân xuất hiện HKTMSD trong 2 tuần đầu sau mổ lấy thai.

Từ khóa: Mổ lấy thai, huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, D- dimer, siêu âm Doppler

SUMMARY

STUDIES OF DEEP VEIN THROMBOSIS (DVT) WOMEN AFTER CESAREAN SECTION AT BACH MAI HOSPITAL: RATIO, THE VALUE OF D- DIMER AND DOPPLER ULTRASOUND IN DIAGNOSIS SCREENING

Objective: To study the rate of deep vein thrombosis and values D- dimer and Doppler ultrasound in diagnosis screening women after cesarean section. **Subject:** 846 women after cesarean section divided into 2 groups: group 1 included 407 women with cesarean section at the Department of Obstetrics Bach Mai hospital, group 2 included 439 women with cesarean section at other hospitals transfer therapy followed at the Emergency department, Vietnam Heart Institute. **Methods:** prospective study. **Results and conclusions:** DVT rate in women after cesarean section at the Obstetrics Department Bach Mai was 0.98%, the rate women DVT after cesarean section from other hospitals to transfer treatment was 15.26% . With diagnostic threshold of 0.6: 97.2% sensitivity, 68.4% specificity. The diagnostic value of 22% positive and negative diagnostic value was 99.4%. The area under the ROC curve was 0.89. Symptoms pain in the hip, left leg

*Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Tuyết Minh

Email: luutuyetminh1970@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2017

Ngày duyệt bài: 22.5.2017

pain earliest appearance. DVT mainly in the left leg (87.3%) and most of them are new valve thrombosis. 63.8% of patients were detected in the 2nd week DVT and 36.2% of patients were detected in week 3 after caesarean section. Thus, the majority of patients appear in the first 2 weeks DVT after caesarean section

Keywords: Cesarean section, Deep vein thrombosis (DVT), D- dimer, Doppler ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu là bệnh lý được chú ý từ những năm đầu của thế kỷ 19. Trong nhóm bệnh nhân nằm viện, tỉ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu cao hơn nhiều so với tỉ lệ trong cộng đồng. Điều quan trọng là các biến chứng xảy ra khi mắc bệnh khá nghiêm trọng, có thể xảy ra sớm và gây tử vong như thuyên tắc phổi hoặc muộn hơn như hội chứng sau huyết khối. Chính vì thế mà bệnh huyết khối tĩnh mạch càng được chú ý nhiều hơn. Vấn đề đặt ra là cần phát hiện sớm bệnh từ khi chưa có triệu chứng ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao để điều trị kịp thời. Hiện nay, xét nghiệm D- dimer phối hợp với kỹ thuật siêu âm Doppler mạch bằng hệ thống siêu âm Doppler màu (Color Duplex hay còn gọi là Triplex) việc chẩn đoán khá thuận tiện và chính xác, đặc biệt an toàn cho phụ nữ mang thai cũng như bệnh nhân trong thời kỳ hậu phẫu. Ở nước ta, chưa có nghiên cứu nào trên bệnh nhân Sản phụ khoa phẫu thuật vùng chậu, các sản phụ bị huyết khối tĩnh mạch không có triệu chứng. Bệnh viện Bạch Mai là một trong những bệnh viện Trung ương lớn nhất trên cả nước, hàng năm có trên 6000 phụ nữ khắp cả nước đến sinh con tại khoa Phụ sản và số lượng bệnh nhân nặng sau phẫu thuật Sản phụ khoa vào điều trị ở các khoa Nội rất lớn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Nghiên cứu huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở sản phụ sau mổ lấy thai tại bệnh viện Bạch Mai: tỉ lệ, giá trị của D- dimer và siêu âm Doppler trong chẩn đoán sàng lọc*" với mục tiêu:

1. *Nghiên cứu tỉ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở sản phụ sau mổ lấy thai tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2009 đến tháng 10/2014.*

2. *Giá trị của D- dimer và siêu âm Doppler trong chẩn đoán sàng lọc bệnh huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân sau mổ lấy thai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 846 sản phụ sau mổ lấy thai chia làm 2 nhóm, nhóm 1 gồm 407 sản phụ mổ lấy thai tại khoa Phụ sản bệnh

viện Bạch Mai, nhóm 2 gồm 439 sản phụ mổ lấy thai ở các bệnh viện khác chuyển điều trị tiếp sau mổ tại khoa Cấp cứu, khoa Điều trị tích cực bệnh viện Bạch mai và Viện Tim mạch Việt nam.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu.

Quy trình nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu đều được lấy mẫu máu để làm xét nghiệm D-Dimer. Cùng lúc với lấy mẫu máu làm xét nghiệm D-Dimer, bệnh nhân được các chuyên gia siêu âm mạch máu thực hiện siêu âm Duplex 2 chi dưới để phát hiện huyết khối tĩnh mạch sâu. Bệnh nhân được chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu được điều trị theo hội chẩn giữa bác sĩ điều trị chuyên khoa Phụ Sản và Tim mạch. Số bệnh nhân không phát hiện ra huyết khối tĩnh mạch sâu ở lần 1 sẽ tiếp tục thực hiện siêu âm lần 2 sau đó 5- 7 ngày.

2.3. Xử lý số liệu: Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm thống kê STATA phiên bản 8.0. Mức ý nghĩa thống kê 0,05.

2.4. Đạo đức nghiên cứu Đề tài nghiên cứu được thực hiện với sự thỏa thuận có cam kết

của người bệnh. Nếu phát hiện huyết khối người bệnh sẽ được tư vấn và điều trị. Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người bệnh, không nhằm một mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới: trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2009 đến tháng 10/2014, chúng tôi nghiên cứu tổng số 846 sản phụ sau mổ lấy thai nằm viện điều trị tại bệnh viện Bạch Mai và chia làm 2 nhóm. Nhóm 1 gồm 407 sản phụ mổ lấy thai và điều trị sau mổ tại khoa Phụ Sản bệnh viện Bạch Mai có 4 sản phụ mắc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, chiếm tỉ lệ 0,98%. Nhóm 2 gồm 439 sản phụ mổ lấy thai ở các bệnh viện khác và điều trị sau mổ tại bệnh viện Bạch Mai có 67 sản phụ mắc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, chiếm tỉ lệ 15,26%.

2. Giá trị chẩn đoán của D- dimer và siêu âm Doppler

2.1. Các giá trị chẩn đoán HKTMSCD của chỉ số D- dimer

Bảng 3.1: Độ nhạy, độ đặc hiệu của chỉ số D- dimer với tỷ lệ mắc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới

Ngưỡng chẩn đoán (Cut-off point)	Số lượng	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Diện tích dưới đường cong (ROC)
0,5	655	97,18	80,14	0,88
0,6	655	97,18	83,56	0,90
0,7	655	94,37	83,90	0,89

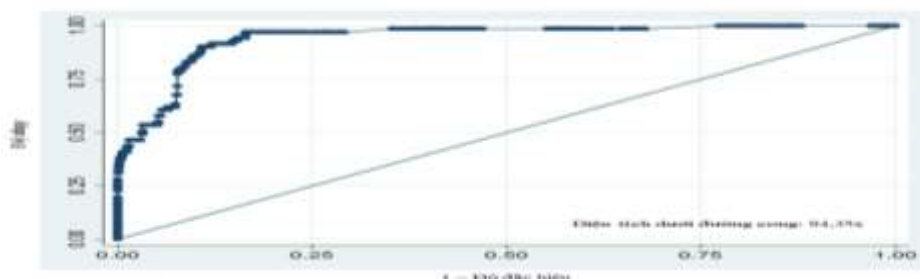
Nhận xét: Giá trị D- dimer $\geq 0,6$ là ngưỡng chẩn đoán phù hợp hơn giá trị $\geq 0,5$ và $\geq 0,7$.

Bảng 3.2: Giá trị D- dimer

	Giá trị D- dimer		Tổng
	$\geq 0,6$	$< 0,6$	
Mắc HKTMSCD	69	2	71
Không mắc HKTMS	97	487	584
Tổng	166	489	655

Nhận xét: ngưỡng chẩn đoán là 0,6 thì độ nhạy là 97,2% (95% CI: 90,2 - 99,7), độ đặc hiệu 83,6% (95% CI: 80,1 - 86,3). Giá trị chẩn đoán dương tính 41,6% (95% CI: 34 - 49,5) và giá trị chẩn đoán âm tính 99,6% (95% CI: 98,5 - 100,0). Diện tích dưới đường biểu diễn ROC là 0,90.

2.2. Đường cong ROC của giá trị D- dimer trong chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới.



Biểu đồ 3.1. Đường cong ROC của giá trị D- dimer

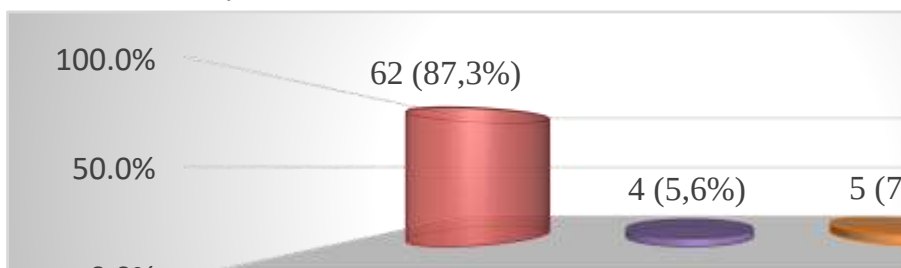
Như vậy D-dimer có giá trị loại trừ các trường hợp không mắc huyết khối tĩnh mạch sâu.

2.3. Siêu âm Doppler

Bảng 3.3: Loại HK

Loại HK	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
HK mới ở chân van TM	64	90,1
HK cũ	7	9,9
Tổng số	71	100,0

Nhận xét: Trong 71 bệnh nhân bị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, 64 bệnh nhân bị huyết khối mới ở chân van, chiếm 90,1%. 7 bệnh nhân có huyết khối cũ, chiếm 9,9%. Như vậy, trong nghiên cứu đa số bệnh nhân bị mắc huyết khối mới.



Biểu đồ 3.2: Vị trí HKTMSCD

Nhận xét: trong 71 bệnh nhân mắc huyết khối sau mổ lấy thai, huyết khối xuất hiện ở chân trái chiếm đa số.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 846 bệnh nhân sau phẫu thuật mổ lấy thai nằm điều trị tại bệnh viện Bạch Mai chia 2 nhóm: nhóm sản phụ sau mổ lấy thai, điều trị tại khoa Phụ Sản- Bạch Mai và nhóm mổ lấy thai ở các bệnh viện khác được điều trị sau mổ tại khoa Điều trị tích cực- Bạch Mai và Viện Tim mạch Việt Nam. Bằng kỹ thuật siêu âm Doppler mạch, với 2 lần siêu âm cách nhau 1 tuần, chúng tôi đã phát hiện được trong 407 sản phụ sau mổ lấy thai tại bệnh viện

Bạch Mai có 4 trường hợp mắc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD), chiếm tỷ lệ 0,98%. Trong 439 sản phụ sau mổ lấy thai ở các bệnh viện khác chuyển đến bệnh viện Bạch Mai điều trị sau mổ có 67 trường hợp mắc HKTMSCD, chiếm 15,26%. Ở trong nước, từ trước chưa có công trình nào nghiên cứu về tỷ lệ HKTMSCD ở phụ nữ sau mổ lấy thai có nguy cơ gây HK – TTTM, do đó chúng tôi chưa có số liệu trong nước để so sánh.

Bảng 4.1. Tỷ lệ HKTMSCD trên dân số nghiên cứu theo một số tác giả

Tác giả	Phương pháp chẩn đoán	Số bệnh nhân	Tỷ lệ mắc HKTMS (%)
Bergqvist et al [1]	Siêu âm	169	1,8
Jacobsen et al [2]	Siêu âm	75	0,0
Lưu Tuyết Minh	Siêu âm	407	0,98

Theo nghiên cứu của các tác giả nước ngoài kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự. Tỷ lệ huyết khối trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả của Jacobsen bởi vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi rộng hơn bao gồm những sản phụ khỏe mạnh và sản phụ có nguy cơ huyết khối- thuyên tắc tĩnh mạch sau mổ lấy thai cấp cứu trong chuyển dạ, mổ chủ động còn tác giả trên chỉ nghiên cứu ở những sản phụ khỏe mạnh sau mổ lấy thai chủ động. Hơn nữa, bệnh viện Bạch Mai là bệnh viện đa khoa lớn nên trong nghiên cứu của chúng tôi còn có cả đối tượng bệnh nhân sau mổ lấy thai với nhiều yếu tố nguy cơ từ các bệnh viện khác chuyển tới để được điều trị tiếp vì vậy tỷ lệ huyết

khối tĩnh mạch trên nhóm bệnh nhân này tăng cao (15,26%). Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Phillip S.[3] là tỷ lệ huyết khối ở đối tượng sau mổ lấy thai nhập viện điều trị nội trú là 15%.

Trong nghiên cứu chúng tôi thực hiện xét nghiệm định lượng D- dimer tại Trung tâm Huyết học bệnh viện Bạch Mai, giá trị bình thường là 0,48mg/L FEU. Với ngưỡng chẩn đoán là 0,6 thì độ nhạy là 97,2%, độ đặc hiệu là 68,4 %. Giá trị chẩn đoán dương tính là 22 % và giá trị chẩn đoán âm tính là 99,4 %. Diện tích dưới đường biểu diễn ROC là 0,89. Siêu âm Doppler là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán. Khi kết hợp xét nghiệm D- dimer với siêu âm giá trị chẩn đoán âm tính

lên tới 99,4% (ngưỡng D- dimer $\geq 0,6\text{mg/L}$). Theo bảng (4.2):

Bảng 4.2. Giá trị chẩn đoán của D- dimer

Tác giả	Số bệnh nhân	Ngưỡng chẩn đoán	Độ nhạy (%)	Giá trị tiên lượng âm tính
PhilipWells S [3]				96,1%
Kovac.M[4]	107	0,644	100	
NishiiA et al [5]	1131			95,5%
Lưu Tuyết Minh	846	0,6	97,2	99,4%

Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả nước ngoài. Diện tích dưới đường cong ROC của giá trị D-dimer trong chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới là 88,36%. Chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới trên lâm sàng không dễ vì triệu chứng lâm sàng không điển hình, có thể nhầm với những bệnh khác. Trong khi đó sản phụ sau mổ lấy thai có nhiều diễn biến cấp tính đặc biệt đối với các trường hợp có yếu tố nguy cơ cao, sản khoa bệnh lý đòi hỏi bác sĩ phải chẩn đoán nhanh, tiên lượng sớm loại trừ biến chứng thuyên tắc phổi gây tử vong cho người bệnh. Ngày nay, siêu âm Doppler mạch được coi như "tiêu chuẩn vàng mới" trong chẩn đoán HKTMSCD và là phương pháp thường được tiến hành đầu tiên khi nghi ngờ HKTMSCD, nó gần như thay thế cho chụp mạch. Chúng tôi đã chọn siêu âm Doppler mạch hai chi dưới là tiêu chuẩn để chẩn đoán xác định HKTMSCD vì siêu âm Doppler có nhiều ưu điểm: giá trị chẩn đoán cao so với chụp mạch chi dưới, không xâm nhập, dễ thực hiện và sẵn có tại bệnh viện Bạch Mai.

Chúng tôi thấy hầu hết là huyết khối mới ở chân van tĩnh mạch, chiếm 90,1%; huyết khối cũ chiếm 9,9%. Có 10 bệnh nhân (chiếm 14%) phát hiện huyết khối tĩnh mạch trong vòng 3 ngày trong đó có 1 bệnh nhân được chẩn đoán trên siêu âm huyết khối tĩnh mạch chi dưới "rất mới, đầu trên của huyết khối lơ lửng trong lòng mạch". Hơn nữa, 49,3% bệnh nhân được phát hiện huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới trong tuần đầu sau mổ lấy thai và hầu hết các trường hợp bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều xác định được đầu trên của huyết khối. Kết quả này cho thấy diễn biến cấp tính của bệnh nhân sau mổ lấy thai, nếu được phát hiện sớm chẩn đoán được huyết khối mới điều trị kịp thời sẽ tránh được biến chứng cấp tính thuyên tắc phổi cho bệnh nhân. Tình trạng tắc mạch phổi ít nhiều liên quan đến hình ảnh đầu trên huyết khối không dính vào thành mạch. Vì vậy, siêu âm là một phương tiện có thể xác định và dự phòng tình trạng tắc mạch phổi rất cao.

Trong nghiên cứu, kết quả được trình bày tại biểu đồ 3.2 chỉ rõ là đa số huyết khối tĩnh mạch sâu ở chân trái, chiếm 87,3%.

Bảng 4.3: Vị trí huyết khối tĩnh mạch (HKT) trên dân số nghiên cứu theo một số tác giả

Tác giả	Nước	Phương pháp chẩn đoán	Vị trí HKT	Tỷ lệ mắc HKT %
Pomp ER[6]	Hà Lan	Siêu âm; Chụp mạch	Chân trái	84
Lưu Tuyết Minh	Việt Nam	Siêu âm	Chân trái	87,3

So sánh với kết quả nghiên cứu của Pomp ER kết quả của chúng tôi cũng tương tự. Mặc dù giải thích chính xác cho điều này còn có nhiều ý kiến tranh luận nhưng về giải phẫu, sự tăng ứ trệ của hệ thống tuần hoàn tĩnh mạch sâu bên trái là cơ chế cho đến nay vẫn được chấp nhận. Những nghiên cứu trong lĩnh vực siêu âm chứng minh đường kính tĩnh mạch vùng đùi và tĩnh mạch vùng khoeo bên trái lớn hơn đáng kể so với bên phải, nhưng ngược lại vận tốc dòng chảy của máu trong tĩnh mạch lại chậm hơn là điều kiện thuận lợi cho huyết khối hình thành. Những thay đổi này cũng tồn tại khoảng sáu tuần sau đẻ. Chính vì vậy, ở đối tượng sản phụ khoa đặc biệt ở

sản phụ sau mổ lấy thai nguy cơ thuyên tắc phổi thời kỳ hậu sản cần được quan tâm đặc biệt.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở sản phụ sau mổ lấy thai điều trị tại khoa Phụ Sản bệnh viện Bạch Mai là 0,98%, ở sản phụ sau mổ lấy thai ở các bệnh viện khác nhập viện Bạch Mai để điều trị sau mổ là 15,26%.

2. Giá trị chẩn đoán của D- Dimer và siêu âm Doppler. Với ngưỡng chẩn đoán là 0,6: độ nhạy là 97,2%, độ đặc hiệu 68,4%. Giá trị chẩn đoán dương tính 22% và giá trị chẩn đoán âm tính là 99,4%. Diện tích dưới đường biểu diễn ROC là 0,89. Huyết khối chủ yếu ở chân trái và đa số là

huyết khối mới ở chân van tĩnh mạch.

Lời cảm ơn: Xin chân thành cảm ơn bệnh viện Bạch Mai đã giúp đỡ và đồng ý cho tôi được thực hiện nghiên cứu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bergqvist A, Bergqvist D (1979). Acute Deep Vein Thrombosis after cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*;58:473-6.
2. Jacobsen AF, Skjeldstad FE, Sandset PM (2004). Ante- and post-natal risk factors of venous thrombosis: a hospital-based case-control study. *J Thromb Haemost*; 6:905-12.
3. Philip S.Wells, M.D., David R. Anderson, M.D et al (2003). Evaluation of D-dimer in the Diagnosis of Suspected Deep-Vein Thrombosis. *N Engl J Med*; 349:1227-1235
4. Kovac M, Mikovic Z, Rakicevic L, Srzentic S, Mandic V et al (2010). The use of D-dimer with new cut off can be useful in diagnosis of venous thromboembolism in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol*; 148(1): 27-30.
5. Nishii A, et al (2009). Evaluation of D- dimer during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 35(4): 689-93
6. Pomp ER, Lenselink AM, Rosendaal FR, Doggen CJ (2008). Pregnancy, the postpartum period and prothrombotic defects: risk of venous thrombosis in the MEGA study. *J Thromb Haemost*;6:632-7.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TÍNH NHẠY CẢM KHÁNG SINH CỦA STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE GÂY VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ EM TẠI HẢI DƯƠNG

Lê Thanh Duyên¹, Nguyễn Tiến Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét đặc điểm lâm sàng của viêm phổi cộng đồng do phế cầu. Xác định tính nhạy cảm kháng sinh của các chủng phế cầu phân lập được ở trẻ viêm phổi cộng đồng. **Phương pháp:** Tiến cứu mô tả, 52 bệnh nhân viêm phổi cộng đồng do phế cầu được đưa vào nghiên cứu, nhận xét đặc điểm lâm sàng của viêm phổi cộng đồng, xác định tính nhạy cảm kháng sinh bằng đo nồng độ ức chế tối thiểu (MIC). **Kết quả:** Biểu hiện lâm sàng của viêm phổi cộng đồng có các triệu chứng như sốt, ho, chảy nước mũi, phổi có ran ẩm gặp tỉ lệ > 70%, nhịp thở nhanh 36,5%. Penicillin, Amoxicillin, Amoxicillin-Clavulanic nhạy cảm với phế cầu gây viêm phổi cộng đồng 100%, Vancomycin nhạy 98,1%, Cefotaxime 96,2%, Chloramphenicol 72,5%. Các kháng sinh Erythromycin, Clarithromycin, Azithromycin bị kháng hoàn toàn (100%). **Kết luận:** Phế cầu gây viêm phổi cộng đồng còn nhạy cảm cao với một số kháng sinh nhóm Beta lactam thông dụng, kháng hoàn toàn với một số kháng sinh nhóm Macrolid.

Từ khóa: viêm phổi cộng đồng, kháng kháng sinh.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND ANTIMICROBIAL SUSCEPTIBILITY OF STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE THAT

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Duyên

Email: duyen1110@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2017

Ngày duyệt bài: 16.5.2017

CAUSING COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN IN HAI DUONG

Objectives: Review clinical characteristics of community acquired pneumonia caused by *S.pneumoniae*. Determine antimicrobial resistance of *S.pneumoniae* strains isolated in children with pneumonia. **Method:** Prospective descriptive study, 52 patients with *S.pneumoniae* pneumonia included in the study. Review clinical characteristics, determine antimicrobial susceptibility by measuring the minimum inhibitory concentration. **Results:** Clinical manifestations: cough, fever, running nose, moist rale were >70%, tachypnea 36,5%. Penicillin, Amoxicillin, Amoxicillin-Clavulanic susceptibility were 100%, Vancomycin 98,1%, Cefotaxime 96,2%, Chloramphenicol 72,5%. Erythromycin, Clarithromycin, Azithromycin were completely resistant (100%). **Conclusions:** *S.pneumoniae* are highly susceptibility to some common antibiotic Betalactam group. completely resistant to some antibiotic Macrolid group.

Keywords: community acquired pneumonia, antimicrobial resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cộng đồng là viêm phổi do trẻ mắc phải ngoài cộng đồng trước khi đến bệnh viện. Trên toàn thế giới, ước tính hàng năm có khoảng 155 triệu trẻ em mắc viêm phổi và có trên 2 triệu trẻ em dưới 5 tuổi chết vì viêm phổi [1]. Tại Việt Nam viêm phổi chiếm khoảng 30-40% số trường hợp khám và điều trị tại bệnh viện, mỗi ngày có tới 11 trẻ em dưới 5 tuổi chết vì viêm phổi và viêm phổi là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu đối với trẻ em ở Việt Nam. *S.pneumoniae* là một trong những vi khuẩn hàng đầu gây viêm phổi và ở trẻ em nhập viện. Biểu hiện lâm sàng thường gặp của viêm phổi là: ho,

sốt, thở nhanh, rút lõm lồng ngực. Trường hợp nặng có thể tím tái, ngừng thở, khám có thể thấy ran ẩm, hội chứng ba giảm, đông đặc,... *S.pneumoniae* gây viêm phổi ngày càng trở lên kháng kháng sinh. Đặc biệt việc sử dụng kháng sinh tràn lan ở cộng đồng như hiện nay đang là vấn đề nhức nhối không chỉ của riêng ngành y tế mà là của toàn xã hội. Sử dụng kháng sinh không thích hợp dẫn đến xuất hiện thêm nhiều chủng vi khuẩn kháng kháng sinh. Hậu quả là kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỉ lệ tử vong, tăng chi phí cho y tế, là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Đối với mỗi đơn vị y tế việc nghiên cứu tính kháng kháng sinh đối với các vi khuẩn gây bệnh là hết sức cần thiết để từ đó đưa ra được phác đồ điều trị phù hợp nhất. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu: (1) *Nhận xét đặc điểm lâm sàng của viêm phổi cộng đồng ở trẻ em từ 1 tháng đến 5 tuổi do S.pneumoniae tại Hải Dương.* (2) *Xác định tính nhạy cảm kháng sinh của S.pneumoniae gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4 đến tháng 12 năm 2014

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nhi Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương và Khoa Hô hấp, Khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Nhi Hải Dương

Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân nhập viện từ 1 tháng đến ≤ 5 tuổi được chẩn đoán là viêm phổi cộng đồng và có kết quả nuôi cấy dịch tị hầu dương tính với *S.pneumoniae*.

- Chẩn đoán viêm phổi cộng đồng dựa vào tiêu chuẩn lâm sàng theo Tổ chức Y tế thế giới và kết quả chụp X-quang phổi.

Bảng 1. Phân bố theo tuổi, giới

Nhóm tuổi	Nam, n(%)	Nữ, n(%)	Tổng, n(%)
< 1 tuổi	10(19,2)	13(25)	23(44,2)
1 - ≤ 5 tuổi	17(32,7)	12(23,1)	29(55,8)
Tổng	27(51,9)	25(48,1)	52(100)

Trẻ trong độ tuổi 1 - ≤ 5 (55,8%) cao hơn trẻ trong nhóm < 1 tuổi (44,2%), số trẻ trai và trẻ gái mắc bệnh tương đương nhau. Các trẻ mắc viêm phổi cộng đồng do phế cầu có thời gian mắc bệnh trước vào viện là $101,3 \pm 57,7$ giờ, các triệu chứng lâm sàng được trình bày trong bảng sau:

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi cộng đồng do *S.pneumoniae*

Triệu chứng	n	Tỉ lệ %
Sốt	40	76,9

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu; bệnh nhân có xét nghiệm HIV (+); bệnh nhân điều trị nội trú tại các cơ sở y tế khác chuyển đến.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả

- Bệnh nhân vào viện được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cần thiết, chụp X-quang phổi và cấy dịch tị hầu ngay sau khi được chẩn đoán là viêm phổi cộng đồng.

- Kỹ thuật phân lập vi khuẩn: Sử dụng phương pháp cấy đếm theo quy trình, kết quả cấy dương tính khi phân lập được vi khuẩn gây bệnh với số lượng $\geq 10^6$ CFU/ml.

- Xác định tính nhạy cảm kháng sinh của *S.pneumoniae*: xác định nồng độ ức chế tối thiểu (MIC) bằng thanh E-Test đối với các chủng *S.pneumoniae* phân lập được. Quy trình được thực hiện theo hướng dẫn của nhà sản xuất (BioMerieux-Pháp).

- Lựa chọn kháng sinh làm kháng sinh đồ theo hướng dẫn của CLSI 2014.

- Các số liệu sẽ được ghi chép vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất

Sử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 16.0 và các thuật toán thống kê y học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi có 52 bệnh nhân nuôi cấy dịch tị hầu dương tính với phế cầu trên tổng số 283 bệnh nhân chẩn đoán là viêm phổi cộng đồng chiếm tỉ lệ 18,4%. Kết quả nghiên cứu được trình bày trong các bảng sau:

Chảy nước mũi	38	73,1
Ho	50	96,2
Khò khè	33	63,5
Nhịp thở nhanh	19	36,5
Ran ẩm	45	86,5
Rút lõm lồng ngực	8	15,4
Hội chứng đông đặc	3	5,8

Các triệu chứng như sốt, ho, chảy nước mũi, phổi có ran ẩm gặp tỉ lệ cao > 70%, nhịp thở nhanh 36,5%.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của viêm phổi cộng đồng do *S.pneumoniae*

Chỉ số	n	Tỉ lệ %
Số lượng bạch cầu tăng > 12 G/l	28	53,8
CRP tăng > 6 mg/l	36	69,2
Cả CRP và bạch cầu tăng	25	48,1
X-quang: Viêm phế quản phổi	48	92,3
X-quang: Viêm phổi thùy	4	7,7

Các xét nghiệm của bệnh nhân viêm phổi cộng đồng do *S.pneumoniae* phản ánh tình trạng nhiễm trùng như: bạch cầu tăng 53,8%, CRP tăng 69,2%. Có 7,7% trẻ viêm phổi có hình ảnh X-quang viêm phổi thùy còn lại hầu hết là hình ảnh viêm phế quản phổi (92,3%)

Bảng 4. Mức nhạy cảm lâm sàng của *S.pneumoniae* (n=52)

Tên kháng sinh	Nhạy cảm (tỉ lệ %)
Penicillin	100
Amoxicillin	100
Amox-Clavu	100
Vancomycin	98,1
Cefotaxime	96,2
Ceftriaxone	76,9
Chloramphenicol	72,5
Imipenem	48,1
Cefuroxime uống	34,6
Cefuroxime tiêm	11,5
Cefaclor	11,5
Co-trimoxazole	7,3
Cefpodoxim	5,8
Erythromycin	0
Clarithromycin	0
Azithromycin	0

Các kháng sinh Penicillin, Amoxicillin, Amoxicillin-Clavulanic nhạy cảm với *S.pneumoniae* 100%, Vancomycin nhạy 98,1%, Cefotaxime 96,2%, Chloramphenicol 72,5%, Imipenem chỉ nhạy cảm 48,1%. Các kháng sinh Erythromycin, Clarithromycin, Azithromycin bị kháng hoàn toàn với mức độ đề kháng cao (MIC > 170µg/ml).

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 4 đến tháng 12 năm 2014 chúng tôi có 52 trẻ mắc viêm phổi cộng đồng do *S.pneumoniae*. Trẻ trong độ tuổi < 1 tuổi là 44,2% chiếm gần một nửa số bệnh nhân nghiên cứu. Số trẻ trai và trẻ gái mắc bệnh tương đương nhau. Hassan MK thấy rằng tuổi thấp 2-6 tháng là yếu tố nguy cơ mắc viêm phổi và viêm phổi nặng do trẻ nhỏ có sức đề kháng yếu [2].

Về biểu hiện lâm sàng thì các triệu chứng như sốt, ho, chảy nước mũi, phổi có ran ẩm gặp tỉ lệ cao > 70%, nhịp thở nhanh 36,5%; các triệu

chứng khác có tỉ lệ thấp hơn. Nghiên cứu của chúng tôi gần tương tự kết quả với một số nghiên cứu khác. Viêm phổi do phế cầu bệnh thường biểu hiện cấp tính với sốt cao rét run, nhiệt độ có thể quá 40°C, bệnh nhân có ho, khó thở [3]. Theo Pia Toikka và cộng sự sốt gặp ở 99%, trong đó sốt ≥ 39°C 93%, ho 55%, triệu chứng về mũi 49%, [4].

Các bệnh nhân viêm phổi cộng đồng bạch cầu tăng 53,8%, tỉ lệ CRP tăng là 69,2%. Đây là triệu chứng đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn nhưng không phải lúc nào cũng biểu hiện tương xứng, nhiều trường hợp trẻ có nhiễm khuẩn nhưng bạch cầu, CRP không tăng. Chụp X-quang phổi

có 7,7% trẻ viêm phổi có hình ảnh viêm phổi thùy còn lại hầu hết là hình ảnh viêm phế quản phổi (92,3%). Viêm phổi ở trẻ em nói chung hầu hết là viêm phế quản phổi, khác với lứa tuổi thanh niên và trưởng thành, viêm phổi hay gặp là viêm phổi thùy.

Tính nhạy cảm kháng sinh của phế cầu trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các kháng sinh Penicillin, Amoxicillin, Amoxicillin-Clavulanic nhạy cảm với *S.pneumoniae* 100%, Vancomycin nhạy 98,1%, Cefotaxime 96,2%, Chloramphenicol 72,5%, Imipenem chỉ nhạy cảm 48,1%. Các kháng sinh Erythromycin, Clarithromycin, Azithromycin bị kháng hoàn toàn với mức độ đề kháng cao (MIC > 170µg/ml). Theo các nghiên cứu thì sự đề kháng kháng sinh thay đổi tùy theo địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu ở Cleveland Hoa Kỳ 51% các chủng *S.pneumoniae* không nhạy cảm với Penicillin, ở Pháp và Italia sự đề kháng với Macrolid là 20-50% [5]. Tại Việt Nam nghiên cứu của Nguyễn Văn Ca cho kết quả kháng sinh có mức độ kháng cao nhất và gia tăng nhanh nhất là Co-trimoxazole (từ 27,8% năm 1991 lên 73% năm 1998) rồi tới Erythromycin (từ 7,1% năm 1991 lên 47,4% năm 2000), Chloramphenicol bị kháng cao ngay từ những năm đầu của thập kỷ 90 (58% năm 1991), tuy nhiên đến cuối giai đoạn này mức độ bị phế cầu kháng giảm dần (16,8% năm 2000), với Penicillin tỉ lệ cũng thay đổi theo từng năm cao nhất là 13,7% năm 1999, kháng sinh có mức độ kháng thấp nhất là Ceftriaxone (2,4%) [6]. Nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng trên bệnh nhi dưới 5 tuổi mắc viêm phổi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ thì thấy *S.pneumoniae* có tỉ lệ đề kháng cao với kháng sinh. Kháng sinh kháng cao nhất là Co-trimoxazole, Cefaclor, Penicillin, Amoxicillin, Erythromycin (79,2-90,5%), tỉ lệ nhạy cảm cao nhất vẫn là nhóm quinolon và Amox/Clavulanic (71,7-98,1%) [7].

Nghiên cứu của chúng tôi phế cầu nhạy cảm với Penicillin và Chloramphenicol (>70%). Có thể hai kháng sinh này gần đây ít được các bác sĩ lâm sàng sử dụng do đó chúng nhạy cảm trở lại. Các nghiên cứu khác trước đây thì tỉ lệ kháng đối với các kháng sinh này rất cao. Một đặc điểm quan trọng nữa là các kháng sinh Cefuroxime, Cefaclor, Cefpodoxim hiện nay rất thông dụng,

có nhiều tên thương mại rất được các bác sĩ ưa dùng đặc biệt trong trường hợp kê đơn ngoại trú thì mức độ nhạy cảm với phế cầu lại thấp.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 52 bệnh nhân mắc viêm phổi cộng đồng do *S.pneumoniae* chúng tôi thấy:

Biểu hiện lâm sàng của viêm phổi cộng đồng do phế cầu có các triệu chứng như sốt, ho, chảy nước mũi, phổi có ran ẩm gặp tỉ lệ > 70%, nhịp thở nhanh 36,5%. Về cận lâm sàng có bạch cầu tăng 53,8%, CRP tăng 69,2%. X-quang phổi có 7,7% viêm phổi thùy, viêm phế quản phổi 92,3%.

Các kháng sinh Penicillin, Amoxicillin, Amoxicillin-Clavulanic nhạy cảm với *S.pneumoniae* 100%, Vancomycin nhạy 98,1%, Cefotaxime 96,2%, Chloramphenicol 72,5%. Các kháng sinh Erythromycin, Clarithromycin, Azithromycin bị kháng hoàn toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. John S.B, Carrie L.B, Samir S.S et al (2011), "The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older Than 3 Months of Age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America", *Clinical Infectious Diseases*, Published by Oxford University Press, pp.e1-e52.
2. Hassan MK, Al-Sadoon I (2001), "Risk factors for severe pneumonia in children in Basrah", *Trop Doct*, 31(3), pp.139-141.
3. Montejó Fernández M, González Díaz C, Mintegi Raso S, et al (2005), "Clinical and epidemiological study of community-acquired pneumonia in children aged less than 5 years old", *An Pediatr (Barc)*, 63(2), pp.131-136.
4. Pia Toikka, Raimo Virrki, Jussi Mertsola, et al (1999), "Bacteremic pneumococcal pneumonia", *Clinical Infectious Diseases*, 29, pp.568-572.
5. Michael H, Julia C, Nicky C et al (2011), "British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011", *Thorax*, 66, pp.ii1-ii23.
6. Phạm Văn Ca, Cao Văn Viên (2004), "Diễn biến tình hình kháng thuốc của phế cầu (*Streptococcus pneumoniae*) trong 10 năm (1991-2000) tại Việt Nam" *Y học dự phòng*, 14(1), tr.63-65.
7. Trần Đỗ Hùng (2008), "Nghiên cứu căn nguyên gây viêm phổi do *Haemophilus influenzae* và *Streptococcus pneumoniae* ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ", *Y học thực hành số 3*, tr.26-28.

KẾT QUẢ CẮT DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Hoàng Việt Dũng¹, Trịnh Hồng Sơn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cắt dạ dày điều trị ung thư dạ dày ở người cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu và tiến cứu kết quả cắt dạ dày do ung thư ở người cao tuổi, từ 1/2008 đến 12/2012 tại bệnh viện Hữu Nghị. **Kết quả:** 137 bệnh nhân; Nam 81%, Nữ 19%. Tuổi từ 60-87, trung bình $72,7 \pm 6,7$. Bệnh phối hợp: tăng huyết áp 48,2%; bệnh tim mạch 22,6%; đái đường 14,6%; hô hấp 10,9%. Thời gian nằm viện trung bình 17 ngày. U ở 1/3 dưới 81%. Cắt dạ dày bán phần 83,2%. Nạo vét hạch D2 65%. Xử trí thương tổn kèm theo 12,4%. Tỷ lệ biến chứng 9,5%. Thời gian sống thêm sau mổ trung bình $60,96 \pm 3,86$ tháng. Tỷ lệ sống sau 5 năm 48,5%, với giai đoạn I, II, III và IV: 88,9%; 71%; 8,8% và 0%. Có sự liên quan sống thêm sau mổ với tuổi, vị trí khối u, thương tổn đại thể, kích thước u, mức độ xâm lấn, di căn hạch, giai đoạn bệnh. **Kết luận:** bệnh hay gặp ở nam, nhiều bệnh phối hợp. Phẫu thuật triệt căn có thể thực hiện an toàn trên bệnh nhân cao tuổi bị ung thư dạ dày tại bệnh viện Hữu Nghị.

SUMMARY

THE RESULT OF SURGICAL TREATMENT FOR ELDERLY GASTRIC CANCER PATIENTS

Objective: To evaluate the feasibility and result of surgical treatment for elderly gastric cancer patients. **Subject and Method:** A retrospective and prospective study from January 2008 to December 2012 at Friendship Hospital. **Result:** 137 patients: 111 (81%) males and 26 (19%) females; aged from 60 to 87, mean age 72.7 ± 6.7 . Associated with: hypertension 48.2%; cardiovascular diseases 22.6%; diabetes 14.6%; lung diseases 10.9%. Mean hospitalization 17 days. Tumors located in the lower-third 81%. Subtotal gastrectomy 83.2%. Lymphadenectomy D2 65%. Combined resection including 12.4%. Postoperative complications occurred in 9.5%. The average survivors was 60.96 ± 3.86 months. The 5-year survival rate was 48.5% with stages I, II, III, and IV: 88.9%; 71%; 8.8% and 0%. The age, tumor location, tumor size, depth of invasion, lymph node metastasis, cancer stage has consistently been shown to be of prognostic significance for 5year survival rates. **Conclusion:** These results indicate that, gastric carcinoma in elderly patients showed predominantly males with more comorbidities. Radical surgery can be considered as the standard treatment at friendship hospital.

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Việt Dũng

Email: hvdungngoai@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.5.2017

Ngày duyệt bài: 22.5.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) đứng thứ hai về nguyên nhân tử vong trên thế giới. Hàng năm, trên 800.000 trường hợp được chẩn đoán UTDD, bệnh có xu hướng gia tăng ở người cao tuổi (NCT). Theo như thông báo của trung tâm ung thư quốc gia Nhật Bản, tỷ lệ UTDD ở NCT tăng từ 4,3% năm 1996 lên 10,7% năm 2006 và ước tính tăng gấp 2,5 lần trong 20 năm sau nữa. Ở các nước Phương Tây, tỷ lệ này sẽ tăng từ 5-25%.

NCT thường có nhiều bệnh phối hợp như bệnh tim mạch, bệnh phổi mạn tính, suy giảm chức năng thận... tình trạng dinh dưỡng và sự hấp thu kém, do đó nguy cơ do phẫu thuật cao hơn so với nhóm bệnh nhân (BN) trẻ, cho nên phẫu thuật điều trị UTDD ở NCT còn nhiều ý kiến khác nhau.

Ở Việt Nam có nhiều nghiên cứu (NC) về UTDD, tuy nhiên chưa có một NC cụ thể về đặc điểm lâm sàng, bệnh lý học và nhất là đánh giá kết quả sau phẫu thuật UTDD ở NCT. Tại Bệnh viện Hữu Nghị, BN chủ yếu là NCT, có nhiều bệnh phối hợp, ngoài việc chẩn đoán thường muộn thì việc điều trị phẫu thuật gặp không ít những khó khăn, đặc biệt còn một số ý kiến tranh luận là có nên thực hiện phẫu thuật triệt để đối với UTDD ở NCT hay không? Chúng tôi tiến hành NC này để đánh giá lại kết quả cắt dạ dày điều trị UTDD ở NCT tại bệnh viện Hữu Nghị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm các BN ≥ 60 bị ung thư biểu mô tuyến dạ dày, được mổ cắt dạ dày, từ 1/2008 đến 12/2012 tại Bệnh viện Hữu Nghị. Loại trừ các trường hợp dưới 60 tuổi, các trường hợp ung thư không biểu mô, các trường hợp ung thư miệng nội tái phát, các trường hợp mổ không có giải phẫu bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu và tiến cứu. Các chỉ số NC: tuổi, giới, yếu tố nguy cơ; Độ ASA; Vị trí thương tổn; Phương pháp mổ; Xử trí thương tổn kèm theo; Biến chứng sau mổ; Điều trị hóa chất sau mổ; kết quả sớm; kết quả lâu dài: thời gian (TG) sống thêm sau mổ (STSM) và các yếu tố tiên lượng.

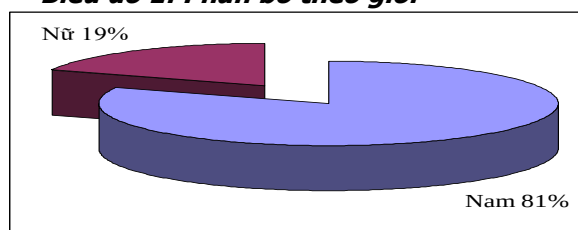
III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian từ 1/2008 đến 12/2012, chúng tôi đã tiến hành cắt dạ dày điều trị UTDD cho 137

BN. Tuổi từ 60 - 87, trung bình $72,7 \pm 6,7$. Nam chiếm 81%, nữ 19% (biểu đồ 1). Bệnh phổi hợp hay gặp là tăng huyết áp (48,2%); tim mạch (22,6%); đái đường (14,6%); hô hấp (10,9%) (bảng 1). Đây là những bệnh nguy cơ làm tăng tỷ lệ biến chứng sau mổ, kéo dài thời gian nằm viện. Nhóm ASA-2: 73,9%, gồm các rối loạn: đái đường nhẹ, tăng huyết áp kiểm soát được, thiếu máu nhẹ, viêm phế quản mạn tính. Số BN còn lại ASA-3: 25,7%, có rối loạn toàn thân như: hen phế quản, đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim cũ, bệnh phổi tắc nghẽn...

Thời gian nằm viện trung bình 17 ngày, cao hơn so với NC khác do một số BN điều trị hóa chất. BN nằm lâu nhất (85 ngày) do sau mổ phải điều trị tăng huyết áp và thiếu máu cơ tim.

Biểu đồ 1: Phân bố theo giới



Khối u ở 1/3 dưới chiếm 81% (bảng 2). Các trường hợp này chúng tôi thực hiện cắt dạ dày bán phần. Gần đây UTDD ở 1/3 trên có xu hướng tăng lên và tiến triển hơn ở nhóm BN trẻ. Ngược lại, ở BN cao tuổi, ung thư ở 1/3 dưới lại chiếm tỷ lệ cao hơn, do đó tỷ lệ hẹp môn vị và thiếu máu cũng vượt trội. 18 trường hợp (13,1%) phải cắt dạ dày toàn bộ, đây là các trường hợp ung thư tâm phình vị, ung thư toàn bộ dạ dày, 1 trường hợp thương tổn ở miệng nổi. Theo Natale Di Martino và cộng sự, UTDD vùng tâm vị thường chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển, tiên lượng thường tồi, đặc biệt ở BN cao tuổi, tỷ lệ cắt bỏ cũng thấp hơn so với nhóm BN trẻ có thể do liên quan đến tuổi và bệnh phổi hợp đi kèm [7].

Bảng 2: Vị trí thương tổn và phương pháp cắt dạ dày

Vị trí u	Xử trí		Cắt lại		Cắt bán phần		Cắt toàn bộ		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Miệng nổi	5	3,6	0	0	2	1,5	7	5,1		
1/3 trên	0	0	0	0	9	6,6	9	6,6		
1/3 giữa	0	0	6	4,4	1	0,7	7	5,1		
1/3 dưới	0	0	108	78,8	3	2,2	111	81		
Toàn bộ dạ dày	0	0	0	0	3	2,2	3	2,2		
Tổng số	5	3,6	114	83,2	18	13,1	137	100,0		

Nạo vét hạch 129 (94,2%) BN, nạo vét D2: 65% (Bảng 4). Nạo vét ít nhất 3 hạch, nhiều nhất 38 hạch, trung bình $8,40 \pm 5,01$ hạch.

Bảng 1: Yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	n	%
Hút thuốc lá	56	40,9
Tăng huyết áp	66	48,2
Bệnh tim mạch	31	22,6
Đái đường	20	14,6
Bệnh hô hấp	15	10,9
Phân loại ASA-2	101	73,7
Phân loại ASA-3	36	26,3

Xu hướng thực hiện cắt dạ dày bán phần hơn là cắt toàn bộ ở BN cao tuổi do cắt toàn bộ thì tỷ lệ biến chứng và tử vong rất cao. Tuy nhiên có những ý kiến khác cho rằng cắt dạ dày toàn bộ là an toàn, kể cả khi được thực hiện như biện pháp điều trị triệu chứng [4]. Theo chúng tôi chỉ cắt toàn bộ dạ dày khi thương tổn toàn bộ hoặc thương tổn ở 1/3 trên. Với thương tổn miệng nổi, nếu chưa lan lên cao thì vẫn thực hiện cắt lại miệng nổi mà không cắt hết dạ dày. Phục hồi lưu thông Billroth I: 24,4%; Billroth 2: 59,8%; Roux en Y: 16,8% (bảng 3). Tại Nhật Bản, phục hồi theo Billroth I thường được áp dụng sau cắt bỏ dạ dày bán phần, ngược lại ở Châu Âu và Nam Mỹ hay áp dụng Billroth II và Roux-en-Y hơn [4]. Chúng tôi áp dụng phục hồi lưu thông theo Billroth I (phương pháp Pean) với các thương tổn ở 1/3 dưới, kích thước u dưới 5cm. Các NC trên thế giới cũng đồng ý với quan điểm nổi Billroth I cho các trường hợp giai đoạn sớm, kích thước thương tổn nhỏ, chưa ra thành mạc [4]. Với BN cao tuổi, nhiều bệnh phổi hợp, phương pháp này rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm các biến chứng do gây mê kéo dài, nhanh chóng duy trì chức năng của đường tiêu hóa. Tuy nhiên, để thực hiện phương pháp này, ngoài kinh nghiệm, thói quen của phẫu thuật viên thì cần đánh giá kỹ thương tổn, giai đoạn bệnh, mức độ xâm lấn... sao cho đảm bảo nguyên tắc của một phẫu thuật ung thư và cần có số lượng NC lớn hơn nữa để đánh giá.

45,7% có di căn hạch (ít nhất 1 hạch, nhiều nhất 37 hạch, trung bình $5,07 \pm 5,34$ hạch). Di căn N1: 28,8%, di căn N2: 47,5%, di căn N3: 23,7%);

1,7%. Theo Trịnh Hồng Sơn [2] tuổi cao không phải là chống chỉ định của nạo vét hạch, trong số BN cao tuổi được nạo vét hạch tác giả không gặp tai biến hay biến chứng sau mổ. Chúng tôi cũng chưa tìm thấy tài liệu nào nói về độ tuổi chống chỉ định nạo vét hạch. Nạo vét D2 là tiêu chuẩn vàng trong điều trị UTDD ở Nhật Bản, tỷ lệ biến chứng và tử vong với phương pháp này là 20,9% và 0,8%. Các NC cho thấy cắt dạ dày nạo vét D2 ở BN cao tuổi là an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp, nạo vét hạch mở rộng cũng không ảnh hưởng nhiều tới thời gian sống 5 năm sau mổ.

Bảng 3 : Phục hồi lưu thông

Phương pháp	n	%
Nối Pean	32	23,4
Nối Polya	11	8,0
Nối Finsterer	71	51,8
Nối Roux en Y	23	16,8
Tổng	137	100

Bảng 4 : Nạo vét hạch

Nạo vét hạch	n	%
Không nạo vét	8	5,8
D1	5	3,6
D2	89	65
D3	30	21,9
D4	5	3,6
Tổng	137	100

Bảng 5 : Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	n	%
Chảy máu sau mổ	1	0,7
Dò tiêu hóa	1	0,7
Tắc ruột mổ lại	1	0,7
Áp xe tồn dư	1	0,7
Nhiễm trùng vết mổ	5	3,6
Nhiễm khuẩn máu	1	0,7
Nhiễm khuẩn tiết niệu	1	0,7
Viêm phổi	2	1,5
Tổng	13	9,5

Xử trí phổi hợp: cắt lách, thân và đuôi tụy 4 BN. 1 BN cắt đại tràng ngang do u thâm nhiễm vào. 1 BN cắt đại tràng phải do u kèm theo. 1 BN cắt gần toàn bộ đại tràng do u đại tràng phải và u đại tràng trái. 6 BN cắt túi mật. 2 BN mở thông hồng tràng sau cắt toàn bộ dạ dày; 2 BN cắt nang thận.

Các NC khác thấy cắt lách tổ chức gần kề có tỷ lệ tai biến, biến chứng cũng giống ở nhóm BN trẻ hơn. NC của chúng tôi không thấy có sự liên quan giữa tỷ lệ biến chứng với nhóm xử trí thương tổn kèm theo. Tỷ lệ biến chứng sau mổ 9,5% (bảng 5), trong đó nhiễm trùng vết mổ 3,6%. 1 BN chảy máu sau mổ chỗ miệng nối, được mổ cấp cứu khâu cầm máu. 1 BN dò tiêu hóa và 1 BN áp xe tồn dư, điều trị nội khoa ổn định. 1 BN tắc ruột do hẹp miệng nối và viêm

dính, mổ cắt lại miệng nối và gỡ dính. 1 BN nhiễm khuẩn máu, 1 BN nhiễm trùng tiết niệu và 1 BN viêm phổi dùng kháng sinh, các BN đều khỏi. 1 BN viêm phổi thở máy, mở khí quản (tiền sử tâm phế mãn), ra viện ổn định. Các NC thấy biến chứng sau mổ hay gặp: nhiễm trùng vết mổ, áp xe tồn dư, dò tiêu hóa, viêm phổi. Tỷ lệ biến chứng có khác nhau ở một vài NC nhưng nhìn chung liên quan tới kinh nghiệm của phẫu thuật viên, số lượng ca phẫu thuật và giai đoạn tiến triển của ung thư [7].

Các NC cho thấy sử dụng hóa chất sau mổ UTDD ở BN cao tuổi đều cho kết quả khả quan, tuy nhiên cần chọn lựa thật kỹ lưỡng, đánh giá các yếu tố nguy cơ để làm giảm sự nhiễm độc thuốc. Theo dõi và điều trị các bệnh đi kèm, điều trị hóa chất sau mổ nên áp dụng với bệnh ở giai đoạn II và III [3], [5].

Bảng 6 : Điều trị hóa chất sau mổ

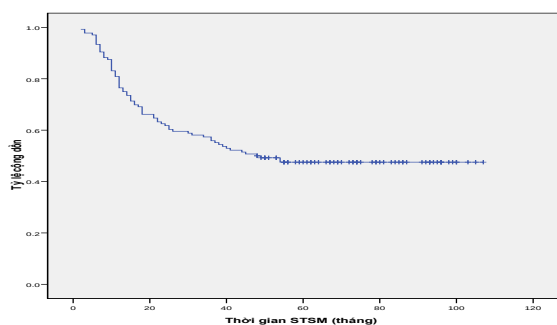
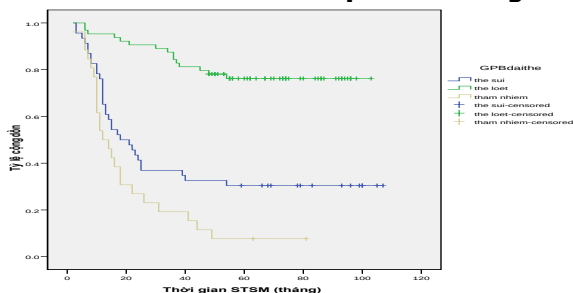
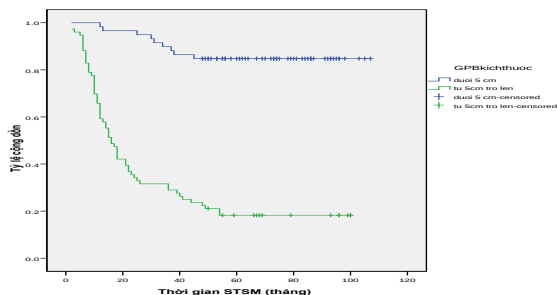
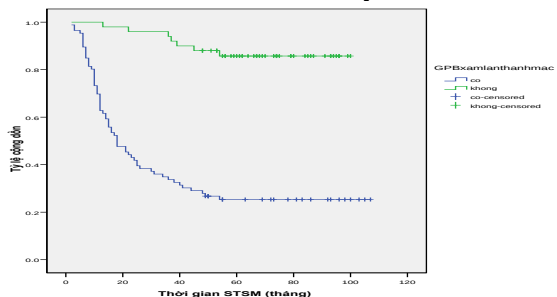
Phác đồ	n	%
FUFA	30	61,2
EOX	15	30,6
ELF	3	6,1
Xeloda đơn thuần	1	2,0
Tổng	49	100

49 (35,8%) BN được dùng hóa chất sau mổ (bảng 6). BN của chúng tôi hầu là NCT, chức năng gan và thận thường suy giảm do vậy chủ yếu sử dụng phác đồ FUFA (Fruorouracil và Leucovorin). Nhìn chung các BN đáp ứng khá tốt với hóa chất (khoẻ lên, lên cân và ít tác dụng phụ) mặc dù đã phải trải qua cuộc phẫu thuật nặng nề.

Kết quả sớm: kết quả tốt 90,5%, đây là những trường hợp trong và sau mổ diễn biến thuận lợi, sức khỏe hồi phục nhanh. BN không sốt, hết đau hoặc đau ít, vết mổ không nhiễm trùng, ra viện ổn định. Kết quả trung bình 9,5%: tình trạng toàn thân hồi phục chậm, còn đau nhiều, có các biến chứng nhưng được phát hiện và xử trí kịp thời. Không có trường hợp nào nặng xin về hoặc tử vong.

Kết quả xa:

Biểu đồ 2: Biểu đồ STSM toàn bộ NC

**Biểu đồ 3 : STSM với loại tổn thương****Biểu đồ 4: STSM với kích thước khối u****Biểu đồ 5: STSM với độ xâm lấn****Biểu đồ 6: STMS với giai đoạn bệnh**

TG sống thêm trung bình là $45,72 \pm 31,92$ tháng, ngắn nhất 2 tháng, dài nhất là 107 tháng. Tỷ lệ STSM 5 năm là 48,5%, trong đó giai đoạn I: 88,9%; giai đoạn II: 71%; giai đoạn III và IV: 8,8%. STSM (Kaplan Meier) là $60,96 \pm 3,86$ tháng (biểu đồ 2).

Thời gian STSM các trường hợp nạo vét hạch (Kaplan Meier) là $63,33 \pm 3,94$ tháng.

Di căn hạch có TG sống thêm trung bình là $38,47 \pm 5,14$ tháng, không có di căn là $83 \pm 4,37$ tháng ($P < 0,0001$).

Chúng tôi thấy có sự liên quan STSM với tuổi, nhóm 60 - 69 tuổi có TG sống thêm: $63,67 \pm 5,78$ tháng, nhóm 70 - 69 tuổi: $65,38 \pm 5,81$ tháng, nhóm ≥ 80 tuổi: $35,52 \pm 6,83$ tháng ($P = 0,004$). Khối u ở 1/3 dưới có TG sống thêm dài hơn so với những thương tổn còn lại ($P < 0,0001$). Thể thâm nhiễm có TG sống thêm thấp nhất (21,8 tháng), tiếp theo là thể sùi (43,78 tháng), thể loét có thời gian STSM cao nhất (85,44 tháng) ($P < 0,0001$) (biểu đồ 3). Khối u dưới 5 cm có TG sống trung bình là $95,37 \pm 3,61$ tháng, từ 5cm trở lên là $32,7 \pm 3,9$ tháng ($P < 0,0001$) (biểu đồ 4). Thương tổn ra thanh mạc có TG sống thêm trung bình là $40,13 \pm 4,37$ tháng; tổn thương chưa ra thanh mạc có TG sống thêm trung bình là $90,8 \pm 3,28$ tháng, với $p < 0,0001$ (biểu đồ 5). Giai đoạn I có TG sống thêm trung bình là $92,4 \pm 3,64$ tháng; giai đoạn II là $83,62 \pm 5,76$ tháng; giai đoạn III là $24,72 \pm 3,57$ tháng và giai đoạn IV là $10,33 \pm 1,92$ tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$) (biểu đồ 6).

Các NC thấy tỷ lệ sống sau 5 năm: 24% - 35% và phối hợp hóa xạ trị từ 40% - 57%; giai đoạn Ia: 78%, Ib: 58%; giai đoạn II: 34%; giai đoạn IIIa: 20%, IIIb: 8%; giai đoạn IV: dưới 7%. Tỷ lệ tái phát: 40%-80% tùy vào từng nhóm NC, hầu hết tái phát trong 3 năm đầu (38% - 45%) ngay tại miệng nổi và di căn xa (20% - 40%), do vậy cần theo dõi một cách hệ thống 3 tháng/1 lần trong năm đầu, 6 tháng/1 lần trong năm thứ hai và tiếp theo mỗi lần hàng năm [5]. NC của Nguyễn Xuân Kiên [1], tỷ lệ sống sau 5 năm (mọi lứa tuổi): 33,7%; giai đoạn sớm 79,5%; giai đoạn tiến triển 21,76%. Tác giả cũng nhận thấy TG STSM có liên quan với kích thước u, độ xâm lấn, phạm vi di căn hạch, số lượng hạch di căn, độ biệt hóa và giai đoạn bệnh. NC của Anne thấy thời gian STSM nhóm dưới 70 tuổi: 64,2 tháng, nhóm 70 tuổi trở lên: 56,2 tháng, tỷ lệ sống sau 5 năm tương ứng là 47,7% và 49,5% [3]. NC của Katsunobu Sakurai

thấy tỷ lệ STSM 5 năm giai đoạn I, II, III và IV ở NCT là 95%, 83%, 54% và 12% [6].

IV. KẾT LUẬN

Qua NC 137 BN cao tuổi được phẫu thuật cắt dạ dày điều trị UTDD chúng tôi nhận thấy bệnh gặp chủ yếu nam giới, nhiều bệnh phối hợp. Thời gian nằm viện trung bình 17 ngày. Thương tổn chiếm đa số ở 1/3 dưới, điều trị chủ yếu cắt dạ dày bán phần nạo vét hạch D2. Phối hợp xử trí các thương tổn chiếm 12,4%. Tỷ lệ biến chứng 9,5% và không có tử vong. Điều trị hóa chất 35,8%. Thời gian STSM trung bình $60,96 \pm 3,86$ tháng. Tỷ lệ sống sau 5 năm 48,5%, trong đó giai đoạn I, II, III và IV: 88,9%; 71%; 8,8% và 0%. Có sự liên quan STSM với tuổi, vị trí khối u, thương tổn đại thể, kích thước u, mức độ xâm lấn, di căn hạch và giai đoạn bệnh.

Phẫu thuật triệt căn và điều trị hóa chất sau mổ có thể thực hiện an toàn trên BN cao tuổi bị UTDD tại bệnh viện Hữu Nghị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Kiên (2005). *Nghiên cứu một số*

yếu tố giải phẫu bệnh liên quan đến thời gian sống thêm sau phẫu thuật ung thư dạ dày. Luận án tiến sĩ Y học - Học viện Quân y.

2. Trịnh Hồng Sơn (2001). *Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày*. Luận án tiến sĩ Y học - Trường đại học Y Hà Nội.
3. Anne.S.Raab et al (2016). *Outcome of gastric cancer in the elderly: a population-based evaluation of the Munich Cancer Registry*. Gastric Cancer; 19:713 - 722.
4. Ishikawa M. Et al (2005). *Prospective randomized trial comparing Billroth I and Roux-en-Y procedures after distal gastrectomy for gastric carcinoma*. World J Surg; 29:1415 - 1420.
5. Katie Prout Matias (2004). *Gastric Cancer Studies Focus on Prolonging Survival and Finding Molecular Markers for Targeted Therapies*. OncoLog, Vol. 49, No. 4.
6. Katsunobu Sakurai et al (2015). *The Outcome of Surgical Treatment for Elderly Patients With Gastric Carcinoma*. Journal of Surgical Oncology; 111:848 - 854.
7. Natale Di Martino et al (2005). *Adenocarcinoma of gastric cardia in the elderly: Surgical problems and prognostic factors*. World Journal of Gastroenterology 11(33): 5123 - 5128.

XÁC ĐỊNH NGƯỠNG SỐNG SỐT TINH TRÙNG (SST) TRÊN BỆNH NHÂN LÀM THỤ TINH ỒNG NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Vân Anh*, Nguyễn Thu Hằng**
Nguyễn Lai Thành**, Trịnh Sinh Tiên*

TÓM TẮT

Thử nghiệm sống sót tinh trùng có thể phát hiện sớm nguy cơ gây độc môi trường nuôi cấy phôi, trên cơ sở đánh giá chất lượng thụ tinh, sử dụng mẫu tinh trùng ngẫu nhiên của các bệnh nhân làm IVF trong cùng điều kiện nuôi cấy phôi, sử dụng phần mềm GraphPad Prism6, phân tích ROC (Receiver Operating Characteristics). Kết quả cho thấy:

- Ngưỡng chỉ số sống sót tinh trùng tối ưu sau 24 giờ là 91.49% và sau 48 giờ là 57.89%.
- Chỉ số SST có khả năng dự đoán tỷ lệ thụ tinh ($p < 0,01$)

SUMMARY

CUT-OFF POINTS OF SPERM SURVIVAL TEST IN IVF PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

*Đơn vị Hỗ trợ sinh sản Bạch Mai

**Khoa Sinh học – Đại học Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Vân Anh

Email: vananh13671@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2017

Ngày duyệt bài: 22.5.2017

Sperm survival test can detect early risk toxic embryo culture medium, on the basis of quality assessment insemination, using sperm samples of patients randomized in the same IVF culture conditions embryos and using the software GraphPad Prism6, analyze ROC (Receiver Operating Characteristics). The results show that:

- Cut-off points of sperm survival test after 24 hours is 91.49% and after 48 hours is 57.89%
- SST can be able to predict fertilization rate ($p < 0.01$)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thử nghiệm sống sót tinh trùng là một thử nghiệm sinh học được khuyến cáo sử dụng thường quy trong phòng nuôi cấy phôi (2,3) để đánh giá nguy cơ độc tính của các môi trường, vật liệu sử dụng trong nuôi cấy phôi và có thể đánh giá chức năng tinh trùng (1,5). Trong một số nghiên cứu trên thế giới, thử nghiệm này thường sử dụng với mẫu tinh trùng tốt, nhưng các mẫu tinh trùng như vậy không thể thường xuyên có được để thử nghiệm. Do vậy, chúng tôi mong muốn có thể sử dụng được bằng nguồn

tình trùng từ các bệnh nhân thực hiện kỹ thuật tại đơn vị để tìm ngưỡng tối ưu đánh giá điều kiện nuôi cấy phôi an toàn. Đây là các bệnh nhân vô sinh, hiếm muộn nên không đồng đều về chất lượng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm:

- *Xác định ngưỡng chỉ số sống sót ở các mẫu tinh trùng ngẫu nhiên trong kiểm soát điều kiện nuôi cấy phôi.*

- *Đánh giá chất lượng tinh trùng dựa trên chỉ số SST với tỷ lệ thụ tinh sau ICSI (tiêm tinh trùng vào bào tương noãn).*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- 41 cặp vợ chồng thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm từ tháng 03/2016 - 05/2016 tại Đơn vị Hỗ trợ sinh sản Bạch Mai, sử dụng mẫu tinh trùng của chồng nuôi cấy cùng điều kiện với môi trường nuôi cấy phôi để tiến hành thử nghiệm sống sót tinh trùng.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân làm IVF có mẫu tinh trùng ít, yếu, dị dạng nhiều.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Tinh trùng được lọc rửa bằng phương pháp ly tâm gradient không liên tục, pha loãng trong 0,5ml môi trường IVF trong đĩa nuôi cấy 4 giếng với nồng độ 150.000 – 200.000 tinh trùng/ml, nuôi cấy trong tủ ấm cùng với noãn sau ICSI.

- Mẫu đối chứng cùng nồng độ và thể tích để ở điều kiện phòng.

- Chỉ số SST được tính toán dựa trên công thức (3):

- Phân loại chỉ số sống sót ở thời điểm 24 giờ và 48 giờ trên kết quả thụ tinh. Nhóm có tỷ lệ thụ tinh tốt – điều kiện nuôi cấy an toàn (lớn hơn hoặc bằng 70%) và nhóm có tỷ lệ thụ tinh không tốt – nguy cơ (nhỏ hơn 70%).

- Sử dụng phần mềm GraphPad Prism6 phân tích chỉ số sống sót trong hai nhóm bằng phân tích ROC (Receiver Operating Characteristics) để xác định ngưỡng chỉ số sống sót sau 24, 48 giờ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tỷ lệ tinh trùng chuyển động tiến thẳng (PR) sau 24 giờ, 48 giờ

Thời gian	PR (%)	Mẫu			Đối chứng		
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Trung bình (x±SD)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Trung bình (x±SD)
24 giờ	≥ 80	28	68,29	81,44 ± 9,9	41	100	90,98 ± 5,08
	60 – 80	11	26,83		0	0	
	≤ 60	2	4,88		0	0	
48 giờ	≥ 50	15	36,58	43,9 ± 12,19	41	100	77,34 ± 8,23
	30 – 50	21	51,22		0	0	
	≤ 30	5	12,2		0	0	

Nhận xét: Sau 24 giờ, mẫu tinh trùng trong tủ ấm có tỷ lệ PR lớn hơn hoặc bằng 80% là 28, chiếm 68,29%; mẫu có tỷ lệ PR từ 60 - 80 % là 11, chiếm 26,83%; 2 mẫu có tỷ lệ PR nhỏ hơn 60% chiếm 4,88 %. Các mẫu đối chứng có tỷ lệ tinh trùng di động thẳng tiến (PR) trên 80%.

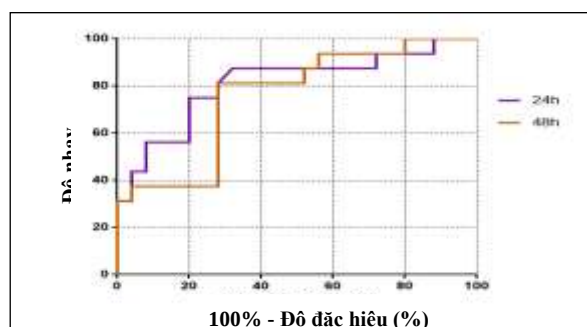
Sau 48 giờ, mẫu tinh trùng trong tủ ấm có tỷ lệ PR lớn hơn hoặc bằng 50% là 15 mẫu, chiếm 36,58%; 21 mẫu có tỷ lệ PR từ 30 đến 50% chiếm 51,22%, 5 mẫu có tỷ lệ PR nhỏ hơn 30% chiếm 12,2 %. Các mẫu đối chứng có tỷ lệ tinh trùng di động thẳng tiến (PR) là trên 50%.

Bảng 2: Giá trị SST với tỷ lệ thụ tinh

Thông số	24 giờ	48 giờ
Diện tích dưới đường cong	0,8113	0,7575
Giá trị p	0,009	0,006

Nhận xét: Phân tích ROC cho thấy đường cong ROC của chỉ số SST sau 24 giờ và 48 giờ so với tỷ lệ thụ tinh có diện tích dưới đường cong lần lượt là 0,8113 với giá trị p là 0,009 và 0,7575 với giá trị p là 0,006.

Biểu đồ 2: Đường cong ROC của chỉ số SST sau 24 giờ và 48 giờ theo tỷ lệ thụ tinh





Biểu đồ 1: Phân bố chỉ số SST sau 24 giờ và 48 giờ theo tỷ lệ thụ tinh.

Nhận xét: Khi sử dụng tỷ lệ thụ tinh để so sánh với chỉ số SST, 25 trên tổng số 41 trường hợp có tỷ lệ thụ tinh cao, giá trị trung bình chỉ số SST ở 25 trường hợp này là $92,56 \pm 4,74$ % sau 24 giờ và $60,38 \pm 11,36$ % sau 48 giờ. Giá trị trung bình chỉ số SST của 16 trường hợp có tỷ lệ thụ tinh không tốt còn lại chỉ đạt $84,17 \pm 8,3$ % sau 24 giờ và $49,62 \pm 11,52$ % sau 48 giờ.

Bảng 3: Ngưỡng, độ nhạy và độ đặc hiệu tối ưu được lựa chọn sau 24 giờ, 48 giờ.

Đánh giá SST sau 24 giờ				Đánh giá SST sau 48 giờ			
Ngưỡng	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Chỉ số J	Ngưỡng	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Chỉ số J
> 91,49	68	87,5	55,5	> 57,89	81,25	72	53,25

Nhận xét: Sau 24 giờ, chỉ số J (Độ nhạy + độ đặc hiệu – 100) ở ngưỡng 91,49 đạt cao nhất. Như vậy sau 24 giờ, chỉ số SST ở ngưỡng 91,49% được lựa chọn là tối ưu.

Sau 48 giờ, chỉ số J (Độ nhạy + độ đặc hiệu – 100) ở ngưỡng 57,89 đạt cao nhất. Như vậy sau 48 giờ, chỉ số SST ở ngưỡng 57,89% được lựa chọn là tối ưu.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ thụ tinh cũng là một trong các yếu tố đánh giá nguy cơ gây độc do điều kiện nuôi cấy phôi, tỷ lệ thụ tinh trung bình của lab chất lượng tốt phải đạt trên 70% (2,3). Theo nghiên cứu của Franco JL(4), Ursula Z (7), ngưỡng tinh trùng bình thường sau 24 giờ PR > 50%, 48 giờ PR > 20%. Vì nguồn mẫu tinh trùng chúng tôi sử dụng là của các bệnh nhân điều trị vô sinh nên kết quả có thể bị ảnh hưởng do chất lượng tinh trùng không tốt, tuy vậy trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đương. Tỷ lệ tinh trùng di động sau 24 giờ là trên 80% vẫn chiếm đa số (68,29%), mẫu có tỷ lệ di động từ 60 đến 80% chiếm 26,83%, có 2 mẫu có tỷ lệ PR nhỏ hơn 60% chiếm 4,88%.

Sau 48 giờ, tỷ lệ PR mẫu tinh trùng trong tủ ấm giảm rất nhiều, tỷ lệ PR lớn hơn hoặc bằng 50% chiếm 36,58%; 21 mẫu có tỷ lệ tinh trùng di động từ 30 đến 50% chiếm 51,22%, 5 mẫu có tỷ lệ PR nhỏ hơn 30% chiếm 12,2%. Kết quả này vẫn đạt ngưỡng cao hơn nghiên cứu của Ursula Z(7).

Sau 72 giờ, đa số các mẫu tinh trùng trong tủ ấm chết, nguyên nhân là do điều kiện nhiệt độ trong tủ ấm không thích hợp với tinh trùng, tinh trùng bị mất năng lượng trở nên yếu hơn (1). Và tại thời điểm này, chúng tôi đã đánh giá được chất lượng phôi dựa vào hình thái và tốc độ phân chia nên việc đánh giá SST ở thời điểm này là không cần thiết.

Dựa trên các kết quả của các bệnh nhân thụ tinh tốt, có ít nhất một phôi loại 1, tương đương

với việc đánh giá điều kiện môi trường nuôi cấy phôi ổn định, chúng tôi khảo sát tìm độ nhạy và độ đặc hiệu của chỉ số sống sót tinh trùng bằng phần mềm Graphpad Prism 6, lập bảng độ nhạy và độ đặc hiệu, tính chỉ số J (chỉ số Youden) cho từng ngưỡng, kết quả bảng 3 cho thấy ngưỡng SST sau 24 giờ ở mức 91,49% có chỉ số J cao nhất, ngưỡng SST sau 48 giờ ở mức 57,89% có chỉ số J cao nhất. Đây là chỉ số ngưỡng tối thiểu chúng tôi khuyến cáo khi sử dụng SST trong kiểm soát chất lượng môi trường nuôi cấy phôi.

Vì vậy, trong trường hợp tỷ lệ thụ tinh thấp nhưng SST cao chúng ta có thể xem xét ở mẫu bệnh nhân tiếp theo vì có thể do chất lượng noãn hoặc bất thường tinh trùng, nhưng nếu trong cùng lô nuôi cấy có hai bệnh nhân trở lên vừa có tỷ lệ thụ tinh thấp, vừa có SST thấp thì có khả năng có nguy cơ tiềm tàng của độc chất tồn tại trong môi trường nuôi cấy, tạm thời đổi môi trường khác, tìm nguyên nhân có nguy cơ gây độc, thử lại SST với mẫu tinh trùng khác ít nhất ba lần, an toàn thì mới được sử dụng môi trường trở lại.

Nghiên cứu của Alvarez 1996 (1), Maria E. C(5) cho thấy có mối liên hệ giữa tỷ lệ thụ tinh và chất lượng tinh trùng. Kết quả ở biểu đồ 2, bảng 2 của chúng tôi cho thấy giá trị trung bình chỉ số SST sau 24 giờ và 48 giờ cao hơn ở nhóm bệnh nhân có tỷ lệ thụ tinh tốt so với nhóm bệnh nhân có tỷ lệ thụ tinh không tốt. Bằng sử dụng phân tích đường con ROC (Receiver Operating Characteristics), chỉ số SST sau 24 giờ và 48 giờ đều có mối liên hệ với tỷ lệ thụ tinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

- Ngưỡng chỉ số sống sót tinh trùng tối ưu sau 24 giờ là 91.49% và sau 48 giờ là 57.89%.

- Chỉ số SST có khả năng dự đoán tỷ lệ thụ tinh ($p < 0,01$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alvarez J. G., Minaretzis D., Barrett C. B., Mortola J. F., Thompson I. E., (1996), "The sperm stress test: A novel test that predicts pregnancy in assisted reproductive technologies", *Fertil Steril*, 65, pp.400-405.
2. Cohen J., Gilligan A., Willadsen S., "Culture and quality control of embryos", *Human Reproduction*, 13, pp.137-147.
3. Critchlow J.D., Matson L.P., Maureen N. C., Horne Gregory, Stephen A. T., Brian A.L., (1989), "Quality control in an *in vitro* fertilization

laboratory: use of human sperm survival studies", *Human Reproduction*, 4, pp. 545-549.

4. Franco, J.L., Mauri, A.L., Peterson, C.G. et al. (1993) Efficacy of the sperm survival test for the prediction of oocyte fertilization in culture. *Hum Reprod.*, 8, 916-918.
5. Maria E. C., Carolina B., Luciana C., Beatrice F., and Gianfranco S., (1997), "A sperm survival test and *in vitro* fertilization outcome in the presence of male factor infertility", *Human Reproduction*, 12, pp.1969-1973.
6. Oswaldien E.Claassens, J. Bernhard Wehr, Keith L.Harison, (2000), "Optimizing sensitivity of the human sperm motility assay for embryo toxicity testing", *Human Reproduction*, 15, pp. 1586-1591.
7. Ursula Z, Srefanie M., Jurgen L., Thomas S., (1999), "Evaluation of a cut-off value for sperm motility after different hours of incubation to select the suitable reproductive technology (IVF or ICSI)", *Denmark*, 78, pp.326-331.

KHẢO SÁT TÍNH ĐA DẠNG DI TRUYỀN VÙNG GEN TY THỂ HVS-I VÀ HVS-II TRÊN DÂN TỘC KINH VÀ DÂN TỘC MƯỜNG VIỆT NAM

Trần Huy Thịnh*

TÓM TẮT

Đa dạng di truyền đoạn siêu biến 1 (Hypervariable Segment 1 - HVS-I) và đoạn siêu biến 2 (Hypervariable Segment 2 - HVS-II) của gen ty thể được tập trung nghiên cứu và ứng dụng trong đánh giá đa dạng di truyền và tiến hóa của quần thể người, chẩn đoán bệnh ty thể, giám định gen và xác định huyết thống... Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu Xác định tính đa hình đơn nucleotid (Single nucleotid polymorphisms-SNP) của vùng siêu biến HVS-I và HVS-II DNA ty thể trên dân tộc Kinh và dân tộc Mường người Việt Nam. 60 mẫu máu người dân tộc Kinh và 60 mẫu người Mường đã được lựa chọn vào nghiên cứu. Kỹ thuật PCR và giải trình tự gen đã được áp dụng. Kết quả đã xác định được tỷ lệ một số SNP hay gặp trên vùng HVS-I, HVS-II: C16223T (43/120), G16129A (47/120), T16189C (36/120), A73G (120/120), A263G (120/120), 315insC (116/120), 309insC (60/120). Kết luận: Đã khảo sát thành công tính đa dạng di truyền trên 2 vùng gen HVS-I, HVS-II của 100 mẫu người dân tộc Kinh và dân tộc Mường Việt Nam

Từ khóa: DNA ty thể, vùng gen HVS-I, vùng gen HVS-II, dân tộc Kinh, dân tộc Mường

SUMMARY

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Thịnh

Email: huythinhda@yahoo.com

Ngày nhận bài: 29.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2017

Ngày duyệt bài: 17.5.2017

VARIATION OF MITOCHONDRIAL DNA HVS-I, HVS-II REGION IN THE KINH AND MUONG ETHNIC IN VIETNAM

The sequences polymorphism of mtDNA hypervariable Segment 1 (HVS-I) and hypervariable Segment 2 (HVS-II) are researched and applied for assessing genetic diversity and evolution of human population, forensic genetics, determining consanguinity, mitochondrial disease diagnosis. The study was carried out to identify single nucleotide polymorphisms (SNP) of the HVS-I and HVS-II on Kinh and Muong people in Vietnam. Blood samples of 100 of Kinh and Muong people were selected for this study. PCR and sequencing methods were used. The results showed that frequencies of SNP A73G and A263G are 100%, 315insC is 96,6%, 309insC is 50%, C16223T is 43%, G16129A is 40%, T16189C is 31,6%, T16172C is 30%, C150T is 35%, 249DelA is 29%, A16183C is 25,8%, T16304C is 23,5%. In Conclusion: We have assessed the genetic polymorphism of mitochondrial DNA HVS-I and HVS-II of 100 Kinh, Muong ethnic samples.

Keywords: Mitochondrial DNA, HVS-I gene, HVS-II gene, Kinh ethnic, Muong ethnic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ gen ty thể với kích thước 16569 bp đã được biết đến từ năm 1981 [1,2], sau đó được chỉnh sửa lại vào năm 1999 [3], đây được coi là trình tự chuẩn (trình tự đối chứng). Về cấu trúc, DNA ty thể người là phân tử DNA mạch vòng có kích thước 16569 bp. Khoảng 7% DNA ty thể được gọi là vùng điều khiển D-loop đây là vùng

xuất hiện nhiều đột biến nhất với tần số cao hơn so với các vùng khác của DNA ty thể, đặc biệt là ở hai vùng gen HVS-I và HVS-II [4]. Sự đa hình về trình tự của DNA ty thể người có ý nghĩa quan trọng không chỉ trong nghiên cứu lịch sử mẫu hệ của người hiện đại [5] mà còn có ý nghĩa quan trọng trong việc xác định mối quan hệ về chủng tộc giữa các vùng địa lý khác nhau [6]. Cho đến nay, đã có trên 300 trình tự hoàn chỉnh của bộ gen ty thể người thuộc các chủng tộc người và dân tộc khác nhau được nghiên cứu và đăng ký trong Ngân hàng trình tự gen quốc tế (GeneBank). Các công bố này cho thấy trình tự DNA ty thể của các chủng tộc và dân tộc khác nhau có những khác biệt [7]. Với tần số đột biến cao, nhiều điểm đa hình nên vùng điều khiển D-loop, đặc biệt là vùng gen HVS-I, HVS-II được tập trung nghiên cứu nhiều hơn cả.

Ở Việt Nam, các nghiên cứu về DNA ty thể người, vùng điều khiển D - loop và đặc biệt là hai vùng siêu biến HVS-I, HVS-II đã được triển khai trong những năm gần đây, tuy nhiên những thông tin về trình tự, đa hình/đột biến của DNA ty thể vẫn còn là vấn đề mới, mang tính cấp bách, có ý nghĩa khoa học và thực tiễn cao. Vì vậy, đề tài nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục đích: xác định tính đa hình đơn nucleotid của vùng siêu biến HVS-I và HVS-II DNA ty thể trên dân tộc Kinh và dân tộc Mường người Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Đối tượng nghiên cứu là 120 mẫu máu ngoại vi của người bình thường, khỏe mạnh thuộc 2 dân tộc Kinh và Mường mỗi dân tộc chọn 60 mẫu.

2.2 Phương pháp

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Sử dụng kỹ thuật giải trình tự gen:

-DNA tổng số được tách chiết từ các mẫu máu toàn phần theo phương pháp sử dụng enzym protease K và phenol:chloroform:isoamyl alcohol.

-Sử dụng các cặp mồi đặc hiệu được để khuếch đại hai vùng gen HVS-I và HVS-II.

-Thành phần của phản ứng PCR: 1X đệm PCR; 2,5mM dNTP; 0,2μl mồi xuôi và ngược; 0,5unit *Taq* polymerase; 50ng DNA và H₂O, tổng thể tích 20μl.

-Chu trình nhiệt của phản ứng PCR: 94°C - 5 phút; 30 chu kỳ [94°C- 30 giây, 54°C - 30 giây, 72°C - 30 giây]; 72°C - 5 phút; bảo quản mẫu ở 15°C.

-Sản phẩm PCR được điện di cùng với thang chuẩn 100bp trên gel agarose 1%. Các băng DNA được nhuộm ethidium bromide và chụp ảnh bằng hệ thống máy EC3 Imaging system.

-Giải trình tự gen theo qui trình và sử dụng phương pháp BigDye terminator sequencing (Applied Biosystems, Foster city, USA). Tiến hành trên máy 3100-Avant Genetic Analyzer của hãng ABI-PRISM. So sánh với trình tự GeneBank để xác định đa hình.

-Thành phần phản ứng PCR giải trình tự gen HVS-I, HVS-II: 1X Bigdye buffer; Bigdye; mồi xuôi hoặc ngược; DNA và H₂O. Mỗi phản ứng PCR sequencing sử dụng duy nhất một mồi.

-Các hóa chất được sử dụng trong nghiên cứu được mua của hãng QIAGEN, Sigma, ABI.

-Kết quả giải trình tự gen được đối chiếu và so sánh với trình tự chuẩn J01415 trên GeneBank (National center for biotechnology information, NCBI) bằng phần mềm phân tích CLC Main Workbench 6.01 để xác định đa hình hai vùng siêu biến HVS-I và HVS-II.

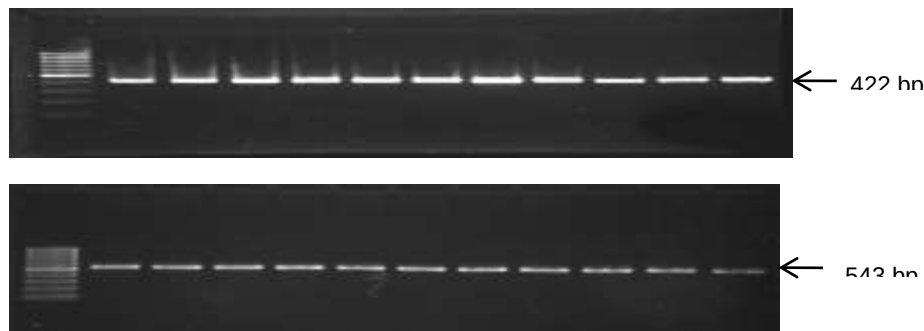
2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ chặt chẽ đạo đức nghiên cứu trong Y học theo Quyết định số 188/HĐĐĐHYHN, ngày 31/1/2013 của Hội đồng Đạo đức Y học. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu khi không đồng ý tiếp tục tham gia. Các thông tin cá nhân sẽ được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Khuếch đại vùng gen HVS-I và HVS-II:

Sau khi tách chiết, tinh sạch, các mẫu DNA được kiểm tra chất lượng, nồng độ và độ tinh sạch bằng cách đo phổ hấp thụ tử ngoại ở hai bước sóng 260 nm, 280 nm. Các mẫu DNA được tách chiết đạt nồng độ $\geq 40\text{ng}/\mu\text{l}$, độ tinh sạch trong khoảng 1,8-2,0 đạt yêu cầu, không đứt gãy được sử dụng làm khuôn để khuếch đại hai gen HVS-I và HVS-II.

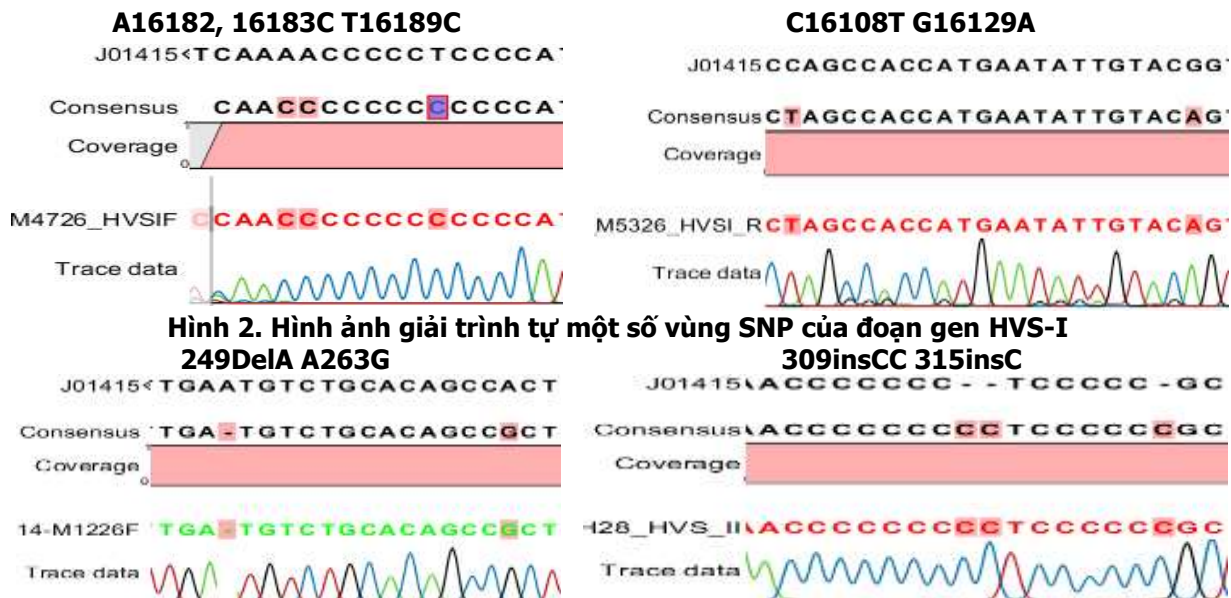
Sử dụng các cặp mồi đặc hiệu, thành phần phản ứng, chu trình nhiệt được mô tả ở phần phương pháp với quy trình tối ưu để khuếch đại đoạn gen HVS-I có kích thước 543 bp (từ vị trí nucleotid 15975 đến nucleotid 16517) và đoạn gen HV2 có kích thước 422 bp (từ vị trí nucleotide 8 đến nucleotide 429).



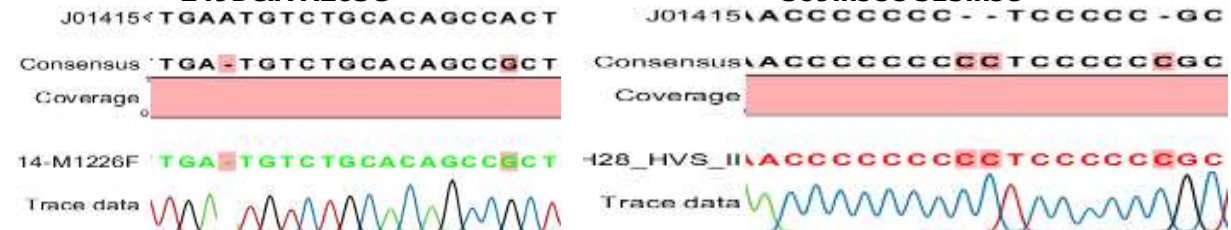
Hình 1. Sản phẩm khuếch đại đoạn gen HVS-I (543bp) và HVS-II (422bp) Thang chuẩn 100bp.

Hình 1 cho thấy đã khuếch đại được một đoạn gen có kích thước 543bp có chứa vùng gen HVS-I và một đoạn gen có kích thước 422bp có chứa vùng siêu biến HVSII, sản phẩm PCR đặc hiệu, rõ nét ở tất cả các mẫu nghiên cứu, chỉ gồm một băng có kích thước phù hợp với các tính toán lý thuyết.

3.2. Kết quả giải trình tự vùng gen HVS-I, HVS-II: Sản phẩm PCR của gen HVS-I và HVSII được tiến hành giải trình tự gen trên máy 3100-Avant Genetic Analyzer của hãng ABI-PRISM. So sánh với trình tự GeneBank (trình tự chuẩn gen ty thể - J01415) để xác định đa hình. Một số kết quả giải trình tự gen hai vùng siêu biến HVS-I và HVS-II được thể hiện ở các hình 2 và 3: tín hiệu các đỉnh cao, rõ nét, không bị nhiễu, tín hiệu đường nền thấp.



Hình 2. Hình ảnh giải trình tự một số vùng SNP của đoạn gen HVS-I



Hình 3. Hình ảnh giải trình tự một số vùng SNP của đoạn gen HVS-II

Kết quả giải trình tự gen HVS-I và HVS-II của 120 mẫu nghiên cứu được tiến hành so sánh với trình tự chuẩn, cho thấy có khá nhiều vị trí đa hình so với trình tự chuẩn. Mẫu có ít vị trí đa hình nhất là 6, trong khi mẫu có nhiều vị trí đa hình nhất là 16, các vị trí đa hình tập trung nhiều hơn ở gen HVS-I, có 98 vị trí đa hình trên gen HVS-I, 36 vị trí đa hình trên gen HVS-II. Sự đa hình trên hai vùng siêu biến HVS-I và HVS-II hầu hết là các đa hình đơn nucleotid (SNP). Các vị trí đa hình có thể là các đột biến đồng hoán (transition) - đột biến thay thế nucleotid có cùng gốc purin (A-G) hoặc pyrimidin (C-T); hoặc là các

đột biến dị hoán (transversion) - đột biến thay thế nucleotid có gốc purin thành pyrimidin hoặc ngược lại (A-T, C-G). Các đột biến thay thế là phổ biến nhất, các nucleotid thêm vào thường là C trong khi các nucleotide mất thường là A. Kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Nguyễn Đăng Tôn và cộng sự (2008) [1]. Nhìn chung, các kết quả thu được về các vị trí đa hình trên hai vùng gen HVS-I, HVS-II phản ánh tốc độ đột biến rất cao của vùng gen này và là cơ sở cho những nghiên cứu tiếp theo.

Kết quả đã thống kê được một số vị trí đa hình hay gặp trên gen HVS-I và HVS-II của DNA

ty thể là C16223T (43/120), G16129A (47/120), T16189C (36/120), A73G (120/120), A263G (120/120), 315insC (116/120), 309insC (60/120), đặc biệt vị trí A73G và A263G gặp ở 100% các mẫu. Nghiên cứu của Yao và cộng sự năm 2002 trên 263 người thuộc 6 dân tộc người Trung Quốc cũng cho thấy đa hình tại hai vị trí A73G và A263G là 100% [6]. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Đăng Tôn và cộng sự (2008) đã thống kê được 10 vị trí đa hình hay gặp: T16172C (22/78), A16183C (23/78), T16189C (31/78), C16223T (26/78), T16304 (26/78), C150T (20/78), 249DelA (25/78), A263G (75/78), 315C (24/78),

A73G (78/78) trong đó vị trí A73G cũng gặp ở 100% mẫu nghiên cứu [1].

Đa hình tại vị trí T16189C đã tạo nên vùng lặp nucleotid Cystein (poly C) từ vị trí 16183-16193 trên vùng siêu biến HVS-I. Nghiên cứu năm 2009 của Chen và cộng sự cho thấy tỷ lệ đa hình T16189C thuộc vùng lặp nucleotid Cystein của gen HVS-I là 25,14% và sự đa dạng di truyền trong vùng lặp nucleotid Cystein của gen HVS-I có ý nghĩa quan trọng trong việc giám định hình sự gen và di truyền quần thể [4]. Kết quả nghiên cứu cũng cho kết quả tương tự tỷ lệ đa hình T16189C là 32%.

Bảng 1. Bảng các vị trí đa hình thường gặp trên gen HVS-I và HVS-II

Gen HVS-I	Tỷ lệ	Tỷ lệ %	Gen HVS-II	Tỷ lệ	Tỷ lệ %
T16189C	38/120	31,6%	A73G	120/120	100%
A16183C	31/120	25,8%	249DelA	35/120	29%
C16223T	52/120	43%	A263G	120/120	100%
T16172C	36/120	30%	C150T	42/120	35%
T16304C	28/120	23,5%	309insC	60/120	50%
G16129A	47/120	40%	315insC	116/120	96,6%

Như vậy, việc giải trình tự hoàn chỉnh hai gen HVS-I và HVS-II của 60 mẫu nghiên cứu dân tộc Kinh và 60 mẫu dân tộc Mường đã xác định được tần suất một số đa hình hay gặp trên hai vùng siêu biến HVS-I và HVS-II của DNA ty thể. Các kết quả này có ý nghĩa trong việc nghiên cứu di truyền quần thể và tiến hóa của các dân tộc Việt Nam. Trên cơ sở kết quả nghiên cứu này, sẽ tiếp tục nghiên cứu, đánh giá sự đa dạng di truyền DNA ty thể của các dân tộc khác ở Việt Nam nhằm khảo sát đặc điểm về gen học của các dân tộc người Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Đã giải trình tự hoàn thiện và xác định được tỷ lệ đa hình nucleotid đơn trên DNA ty thể của 120 người thuộc dân tộc Kinh và Mường như sau: vùng gen HVS-I: C16223T là 44%; G16129A là 39%; T16189C là 32% và vùng gen HVS-II: A73G và A263G là 100%; 315insC là 97%; 309insC là 50%.

LỜI CẢM ƠN

Đề tài được thực hiện với sự hỗ trợ kinh phí của đề tài nhánh cấp nhà nước "Nghiên cứu một số chỉ số sinh học, trình tự gen ty thể người Việt Nam trưởng thành và đột biến gen gây bệnh

thalassemia" thuộc đề tài nhiệm vụ Quỹ gen "Đánh giá đặc điểm di truyền người Việt Nam".

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đăng Tôn, Nguyễn Thị Tú Linh, Vũ Hải Chi (2008), "Đa hình đơn bội DNA ty thể của các cá thể người Việt Nam", *Tạp chí Công nghệ sinh học*, tập 6(4), 579-590.
2. Horai S, Hayasaka K, Kondo R et al (1995), "Recent African origin of modern humans revealed by complete sequences of hominoid mitochondrial DNAs", *Proc Natl Acad Sci USA*, 92 (2), 532-536.
3. Denaro M, Blanc H, Johnson MJ et al (1981), "Ethnic variation in Hpa 1 endonuclease cleavage patterns of human mitochondrial DNA", *Proc Natl Acad Sci USA*, 78, 5768-5772.
4. Chen F., Dang Y., Yan C et al (2009), "Sequence-length variation of mtDNA HVS-I C-stretch in Chinese ethnic groups", *J. Zhejiang Univ Sci B*, 10 (10), 711-720.
5. Ingman M, Paabo S, Gyllensten U, (2000), "Mitochondrial genome variation and the origin of modern humans", *Nature*, vol 408(6831), 708-713.
6. Yao YG, Kong QP, Bandelt HJ et al (2002), "Phylogeographic Differentiation of Mitochondrial DNA in Han Chinese", *Am.J.Hum.Genet*, vol 70, pp. 635-651.
7. Kong QP, Yao YG, Sun C et al (2003), "Phylogeny of East Asian mitochondrial DNA lineages inferred from complete sequences", *Am J Hum Genet* vol 73 (3). 671-676.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ AN TOÀN VÍT KHỐI BÊN C1 QUA CUNG SAU Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ MẮT VỮNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát giải phẫu đốt sống C1 trên CT Scanner và đánh giá mức độ an toàn của kỹ thuật vít qua cuống sau C trên bệnh nhân chấn thương cột sống cổ mất vững. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả lâm sàng có can thiệp trước sau được tiến hành trên 40 bệnh nhân có gãy C1C2 mất vững được phẫu thuật vít khối bên C1 qua cung sau và vít qua cuống C2 từ tháng 3 năm 2013 tới nay hết tháng 12 năm 2016. **Kết quả:** Bề rộng của vòm C1 trung bình: $4,2 \pm 1,2$ mm. Chiều cao trung bình từ vòm C1 đến khối bên C1: $6,7 \pm 1,1$ mm. Chiều rộng trung bình khối bên C1: $12,4 \pm 1,7$ mm. Thời gian phẫu thuật trung bình: $75,6 \pm 6,8$ phút. Số lượng máu mất trung bình: $120,8 \pm 7,8$ ml. Đánh giá mức độ chính xác của vít C1 sau phẫu thuật: bên trái 100% typ 1, bên phải: 55,4% typ 1 và 44,6% typ 2. **Kết luận:** Giải phẫu đốt sống cổ C1 ở người Việt Nam có bề rộng và chiều cao của cung sau C1 thích hợp với kỹ thuật bắt vít C1 qua cung sau. Mức độ chính xác của vít C1 sau phẫu thuật là tương đối cao.

Từ khóa: Chấn thương cột sống cổ, vít khối bên.

SUMMARY

ASSESSING THE SAFETY OF POSTERIOR ARCH C1 TECHNIQUE IN PATIENT WITH FRACTURE INSTABILITY

Objectives: To assess anatomy imaging of C1 on the CT Scanner and the safety of poster arch C1 technique in patient with fracture instability. **Material and methods:** A prospective study in 40 patients had C1C2 fracture instability. **Results:** A total of 80 screw posterior arch C1 in 40 patients had been inserted. On the postoperative vascular-enhanced computed tomography scan, we analyzed the direction and grade of pedicle perforation: grade 1 (no perforation) 100 % left screw, right screw grade 1: 55.4%, grade 2: 44.6%. **Conclusion:** we had been inserted posterior arch C1 screw for C1C2 fracture instability with high accurac. This technique has been clinically validated to provide an accuratetrajectory for posterior arch C1 placement in the cervical spine.

Keywords: Cervical spine injury, lateral mass screw.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống cổ mất vững C1 - C2 là một tổn thương ít gặp trong chấn thương cột sống nói chung và chấn thương cột sống cổ nói riêng[1]. Tuy nhiên, nếu không được điều trị hợp lý sẽ để lại các di chứng nặng nề ảnh hưởng đến lao động, chất lượng cuộc sống thậm chí là tính

Đinh Ngọc Sơn*, Nguyễn Lê Bảo Tiến*

mạng của bệnh nhân. Có nhiều phương pháp cổ điển đã được ứng dụng trong phẫu thuật vỡ C1-C2 mất vững như: Gallie, Brooks-Jenkins, phương pháp liên gai sau... Tuy nhiên các nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỷ lệ không liên xương của các phương pháp này còn rất cao (khoảng 80%) và không đảm bảo tính vững chắc khi vận động cột sống cổ. Vít qua khớp được Margel tiến hành đầu tiên, nó đảm bảo được tính ổn định cơ sinh học cao. Tuy nhiên kỹ thuật vít qua khớp chống chỉ định trong các trường hợp gù cột sống cổ, bệnh nhân béo phì, đặc biệt ở các bệnh nhân có biến đổi giải phẫu động mạch đốt sống vùng C1 - C2. Harms và Melcher đã cải tiến kỹ thuật vít trực tiếp khối bên C1 và vít qua cuống C2 bằng hệ thống ốc vít đa trục[2]. Tuy nhiên, kỹ thuật Harms có nhược điểm là hệ thống vít sẽ gây kích thích rễ C2, gây tổn thương rễ và phẫu thuật mất máu do bộc lộ trực tiếp đám rối tĩnh mạch C1 - C2. Năm 2001, Resnick và Benzell đã tiến hành bắt ít khối bên C1 qua cung sau để hạn chế các nguy cơ do kỹ thuật Harms gây nên. Trên cơ sở đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá mức độ an toàn của vít khối bên C1 qua cung sau nhằm mục tiêu: "*Khảo sát giải phẫu đốt sống C1 trên CT Scanner và đánh giá mức độ an toàn của kỹ thuật vít qua cung sau C*" tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 40 bệnh nhân chấn đoán vỡ C1-C2 mất vững được phẫu thuật vít khối bên C1 qua cung sau và vít qua cuống C2 từ tháng 3 năm 2013 tới nay.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả lâm sàng có can thiệp, đánh giá kết quả trên từng bệnh nhân, trước và sau điều trị.

Tất cả bệnh nhân được chụp X Quang quy ước (thẳng, nghiêng, há miệng) và cắt lớp vi tính 64 dãy có dựng hình động mạch ống sống trước và sau phẫu thuật:

-Đánh giá chiều rộng và chiều cao của khối bên C1.

-Đánh giá mức độ chính xác của vít:

- Type I: Vít nằm hoàn toàn trong xương
- Type II: Vít gây thủng màng xương < 1/2 đường kính vít
- Type III: Vít gây tổn thương động mạch ống sống hoặc tủy sống

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi tiến hành bắt vít qua cung sau cho

*Bệnh viên Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Sơn

Email: sondinhngoc75@yahoo.com

Ngày nhận bài: 30.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2017

Ngày duyệt bài: 16.5.2017

40 BN (80 vít qua cung sau C1), tất cả bệnh nhân phẫu thuật đều do chấn thương cột sống mất vững C1 - C2. Đường kính của các vít sử dụng 3.5 mm với chiều dài 24 - 28 mm. Tất cả

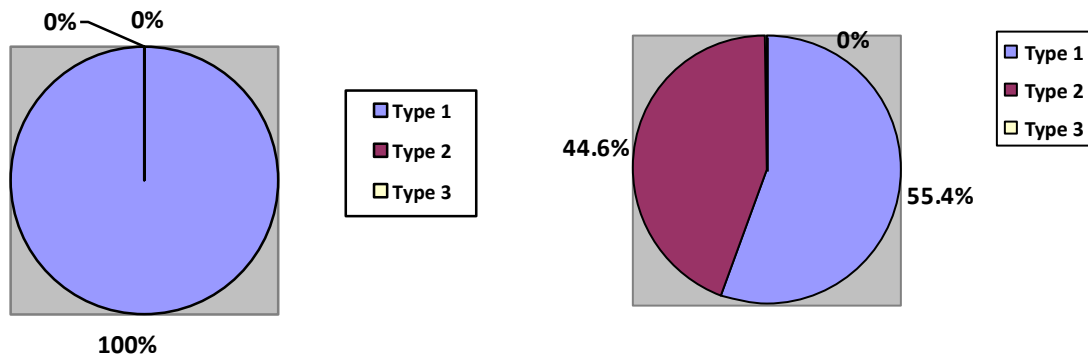
các bệnh nhân được khảo sát C1 - C2 và động mạch ống sống bằng máy chụp CT scanner 64 dãy có tiêm thuốc cản quang:

Bảng 1: Kết quả chụp CT scanner 64 dãy có tiêm thuốc cản quang

	Kết quả
Bề rộng của vòm C1 trung bình	$4,2 \pm 1,2$ mm
Chiều cao trung bình từ vòm C1 đến khối bên C1	$6,7 \pm 1,1$ mm
Chiều rộng trung bình khối bên C1	$12,4 \pm 1,7$ mm
Khoảng cách từ đường giữa đến điểm bắt vít trung bình	$17,4 \pm 1,3$ mm
Góc chệch vít C1 vào trong trung bình	$17,4 \pm 3,2$ độ
Góc chệch vít C1 xuống dưới trung bình	$5,4 \pm 1,1$ độ

Có một trường hợp tổn thương động mạch ống sống trong mổ, không có trường hợp nào tổn thương tủy tăng thêm sau mổ. Không có trường hợp nào di chứng hay tử vong sau phẫu thuật

- Thời gian phẫu thuật trung bình: $75,6 \pm 6,8$ phút.
 - Số lượng máu mất trung bình: $120,8 \pm 7,8$ ml.
- Đánh giá mức độ chính xác của vít C1 sau phẫu thuật:



Biểu đồ 1: Đánh giá mức độ chính xác của vít C1 bên trái

100% vít bên trái nằm hoàn toàn trong xương, trong khi đó bên phải độ chính xác hoàn toàn là 55,4%, vẫn còn 44,6% vít gây thủng màng xương < 1/2 đường kính vít. Không có trường hợp nào gây tổn thương động mạch ống sống hoặc tủy sống.

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá mức độ an toàn: Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng điểm vào trung tâm khối bên C1 ở cung sau dưới sự hướng dẫn của C.Arms trong mổ, góc chệch vào trong $17,4 \pm 3,2$ độ, vấn đề phẫu tích khớp C1 - C2 và khối bên C1 được chúng tôi hạn chế đến mức ít nhất. Chúng tôi nhận thấy nguy cơ tổn thương động mạch ống sống, nguy cơ mất máu và tổn thương rễ C2 là ít hơn so với vít trực tiếp vào khối bên C1. Tuy nhiên, Yeom và cộng sự cho rằng vít C1 an toàn là tùy theo thói quen phẫu thuật của từng phẫu thuật viên [3]. Thomas và cộng sự đã

Biểu đồ 2: Đánh giá mức độ chính xác của vít C1 bên phải

ngghiên cứu 26 trường hợp vít khối bên C1 qua cung sau với kết quả lâm sàng rất tốt, không có trường hợp nào tổn thương động mạch ống sống [4]. Một số các tổn thương khác như: tổn thương rễ C2, tổn thương động mạch cảnh trong, đau dây thần kinh... nguy cơ là như nhau giữa hai phương pháp vít trực tiếp khối bên C1 và vít qua cung sau.

Chiều rộng trung bình cung sau C1 từ $4,2 \pm 1,2$ mm, tuy nhiên cả Wang và Tan cùng cộng sự đều cho rằng chiều cao cung sau C1 của phụ nữ nhỏ hơn đàn ông vì vậy trong trường hợp bệnh nhân là phụ nữ cần đo chính xác để lựa chọn đường kính của vít phù hợp. Nghiên cứu của Tan và cộng sự cũng chung quan điểm với chúng tôi rằng vít khối bên C1 qua cung sau sẽ cho vít ổn định hơn, hạn chế phẫu tích, giảm nguy cơ mất máu và tổn thương rễ C2 do phẫu tích. Tuy nhiên Lin và cộng sự cảnh báo các biến đổi về

giải phẫu sẽ gây khó khăn cho ca phẫu thuật vì vậy cần đánh giá giải phẫu kỹ [5],[6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp thất bại vít khối bên C1 qua cung sau do cung sau C1 quá mỏng (2.8mm) bắt buộc phải bóc lộ rộng và vít trực tiếp vào khối bên C1. Trước mổ chúng tôi đã đo và dự kiến được những khó khăn xảy ra trong mổ vì vậy bệnh nhân không có tai biến, biến chứng gì xảy ra. Thomas và cộng sự cũng ghi nhận 3 trường hợp thất bại trong số 26 bệnh nhân, một bệnh nhân do cung sau quá mỏng và hai trường hợp do khối u [4].

IV. KẾT LUẬN

Giải phẫu đốt sống cổ C1 ở người Việt Nam có bề rộng và chiều cao của cung sau C1 thích hợp với kỹ thuật bắt vít C1 qua cung sau. Mức độ chính xác của vít C1 sau phẫu thuật là tương đối cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alexander R. Vaccaro (2002), *Fractures of the cervical, thoracic and lumbar spine*, Marcel Dekker, Inc,
2. Harms J, Melcher RP. *Posterior C1–C2 fusion with polyaxial screw and rod fixation*. Spine. 2001;26:2467–2471.
3. Yeom JS, Kafle D, Nguyen NQ, Noh W, Park KW, Chang B-S, et al. "Routine insertion of the lateral mass screw via the posterior arch for C1 fixation: feasibility and related complications". Spine J Off J North Am Spine Soc. 2012 Jun;12(6):476–83.
4. Thomas JA, Tredway T, Fessler RG, Sandhu FA. "An alternate method for placement of C-1 screws". J Neurosurg Spine. 2010 Apr;12(4):337–41.
5. Tan M, Wang H, Wang Y, Zhang G, Yi P, Li Z, et al. "Morphometric evaluation of screw fixation in atlas via posterior arch and lateral mass". Spine. 2003 May 1;28(9):888–95.
6. Ma X-Y, Yin Q-S, Wu Z-H, Xia H, Liu J-F, Zhong S-Z. "Anatomic considerations for the pedicle screw placement in the first cervical vertebra". Spine. 2005 Jul 1;30(13):1519–23

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẮC ỨNG LỆ MŨI BẨM SINH BẰNG ĐẶT ỨNG SILICON MONOKA

Phạm Ngọc Đông¹, Nguyễn Tiến Đạt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị tắc ống lệ mũi bẩm sinh, đã thông lệ đạo thất bại bằng đặt ống silicon monoka. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu trên những trẻ tắc lệ đạo bẩm sinh, đã được thông lệ đạo trên 3 lần nhưng thất bại, tuổi từ 12 đến 60 tháng. Trẻ được gây mê, đặt ống silicon monoka vào ống lệ mũi qua lệ quản dưới, xuống ngách mũi dưới. Cố định đầu trên của dây silicon vào lỗ lệ. Rút ống sau 3 tháng. Đánh giá tình trạng chảy nước mắt sau khi rút ống. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 88 mắt của 70 bệnh nhân bị tắc ống lệ mũi bẩm sinh, thông lệ đạo thất bại với 43,9% nữ và 56,1% là trẻ nam. Tuổi bệnh nhân trung bình là $32,4 \pm 8,2$ tháng. Số lần thông lệ đạo trung bình trước đó là $6,3 \pm 1,4$ lần. Sau khi rút ống 3 tháng, 78,9% số mắt hết chảy nước mắt hoàn toàn; 16,6% đỡ chảy nước mắt; 4,4% còn chảy nước mắt. Tuổi và số lần thông lệ đạo là yếu tố nguy cơ thất bại. Biến chứng trong và sau đặt ống ít gặp và không nghiêm trọng. **Kết luận:** đặt ống silicon monoka có kết quả tốt trong điều trị các trường hợp tắc ống lệ mũi bẩm sinh, đã điều trị thông lệ đạo thất bại. Tuổi trẻ càng cao, tiền sử thông lệ đạo nhiều lần

là các yếu tố nguy cơ gây thất bại. Thủ thuật khá an toàn và là lựa chọn để phục hồi lưu thông lệ đạo cho trẻ.

Từ khóa: tắc ống lệ mũi bẩm sinh; đặt ống; thông lệ đạo thất bại

SUMMARY

THE CLINICAL OUTCOMES OF MONOKA INTUBATION TECHNIQUES IN THE CASES OF FAILED PRIMARY PROBING

Aim: To investigate the clinical outcomes of Monoka intubation techniques in the cases of failed primary probing. **Methods:** This prospective study was performed on 88 patients with the diagnosis of congenital nasolacrimal duct obstruction with age 13 - 60 months that had failed primary probing. Intubation was performed under general anesthesia in operating room, upper end was fixed in punctum and lower end was at inferior meatus. The stent was left 3 months in place. Epiphora was investigated 3months after tube removal. **Results:** 88 eyes of 70 patients having congenital nasolacrimal obstruction that have failed probing were enrolled in the study with 43.9% girls and 56.1% boys. The mean age was 32.4 ± 8.2 months. The mean time of previous probing was 6.3 ± 1.4 . Three months after tube removal, epiphora was disappeared in 78.9%; less severe in 16.6% and unchanged in 4.4% of the eyes. Age and number of probing were risk factors for failure. Complication was not common and severe. **Conclusion:** Silicon monoka intubation has a good outcome in treatment of congenital nasolacrimal obstruction in the case that failed probing.

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Đông

Email: dong69nam@yahoo.com.

Ngày nhận bài: 11.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2017

Ngày duyệt bài: 23.5.2017

Age and the number of probing were risk factors for failure. Complication was not common and severe.

Keywords: congenital nasolacrimal duct obstruction; intubation; failed probing

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ống lệ mũi bẩm sinh là một bệnh lý gây chảy nước mắt ngay sau sinh, có thể gặp trong 20% số trẻ khi ra đời. Tuy nhiên, 96% số tắc ống lệ mũi bẩm sinh tự khỏi hoặc khỏi bằng điều trị bảo tồn trong năm đầu tiên; số còn lại cần được can thiệp bằng thông lệ đạo, đặt ống lệ đạo hoặc phẫu thuật[1],[2]. Khi các can thiệp bảo tồn không thực hiện được do bệnh nhân đã lớn hoặc sau khi thông thất bại, cần phải có các can thiệp khác thì lựa chọn tốt nhất là đặt ống silicon, tạo hình đường lệ bằng bóng hơi hoặc mổ nối thông túi lệ mũi[3]. Lựa chọn phương pháp nào thì tùy thuộc vào các tổn thương và kinh nghiệm của các thầy thuốc. Tuy nhiên, đặt ống silicon lệ đạo là biện pháp được nhiều bác sỹ lựa chọn[4],[5].

Năm 1998, Kaufman and Guay-Bhatia giới thiệu ống silicon một lệ quản như một biện pháp thay thế cho ống silicon 2 lệ quản. Ống silicon này có que kim loại dẫn đường và có một đầu được thiết kế để gắn vào lỗ lệ mà ống không bị tuột. Ống silicon monoka nhanh chóng được áp dụng thay cho ống bika trong điều trị tắc ống lệ mũi bẩm sinh vì nó đơn giản và hiệu quả hơn[6].

Ở Việt Nam, tắc ống lệ mũi bẩm sinh là bệnh lý thường gặp. Trước khi có ống silicon, nếu bệnh nhân thất bại điều trị bằng thông lệ đạo, bệnh nhân thường phải chịu đựng chảy nước mắt, viêm túi lệ cho đến khi được điều trị bằng phẫu thuật nối thông túi lệ mũi. Từ những năm 2012, ống silicon Monoka do FCI sản xuất có mặt rộng rãi ở Việt Nam, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị tắc ống lệ mũi bẩm sinh, đã điều trị thất bại bằng thông lệ đạo, bằng đặt ống silicon Monoka tại bệnh viện Mắt Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiền cứu được thực hiện tại bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 1 năm 2014 đến

hết tháng 12 năm 2015. Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán tắc ống lệ mũi bẩm sinh, đã được thông lệ đạo ít nhất là 3 lần bởi các thầy thuốc của bệnh viện Mắt Trung ương mà không khỏi, từ 1 – 5 tuổi.

Bệnh nhân được gây mê, nông rộng lỗ lệ dưới. Bơm lệ đạo để kiểm tra vị trí tắc và tình trạng viêm túi lệ. Rửa sạch lệ đạo cho đến khi nước thoát ra không còn mù nhầy. Thông lệ đạo bằng que thông, đưa que thông thoát qua đầu dưới của ống lệ mũi. Kiểm tra đầu que thông ở khe mũi dưới bằng cách chạm đầu pince vào đầu dưới của que thông. Nếu chạm được vào đầu que thông, rút que thông ra và đặt ống silicon monoka vào ống lệ mũi qua lệ quản dưới. Cố định đầu trên của dây silicon vào lỗ lệ. Cắt đầu dưới ống ở mũi. Nếu bệnh nhân bị bệnh cả hai mắt, chỉ đặt ống silicon 1 mắt, sau khi rút ống mà bệnh nhân hết chảy nước mắt thì mới đặt ống cho mắt thứ 2.

Bệnh nhân dùng thuốc nhỏ mắt Maxitrol 3 lần/ngày x 2 tuần; Sanlein 0,1% 4 lần/ngày x 1 tháng. Bệnh nhân được khám lại sau đặt ống 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng để rút ống và sau rút ống 3 tháng (sau đặt ống 6 tháng). Khi rút ống, chỉ cần rút nhẹ phần đầu ống, cắt bỏ phần này rồi rút theo đường mũi.

Kết quả được đánh giá theo tình trạng chảy nước mắt theo 3 mức độ. Tốt: hết chảy nước mắt; Trung bình: chảy nước mắt giảm đi nhưng không hết hoàn toàn; Thất bại: không giảm hoặc làm chảy nước mắt nhiều hơn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 88 mắt của 70 bệnh nhân bị tắc ống lệ mũi bẩm sinh (18 bệnh nhân bị bệnh cả 2 mắt), thông lệ đạo thất bại được đưa vào nghiên cứu với 43,9% nữ và 56,1% là nam giới. Tuổi bệnh nhân từ 13 đến 59 tháng tuổi với độ tuổi trung bình là $32,4 \pm 8,2$ tháng.

Số lần thông lệ đạo trước đó: tất cả các mắt đã được thông lệ đạo ít nhất là 3 lần mà không có kết quả. Mắt đã thông lệ đạo nhiều nhất là 10 lần. Trung bình, số lần thông lệ đạo là $6,3 \pm 1,4$ lần.

Bảng 1: Số lần đã thông lệ đạo theo nhóm tuổi

Tuổi (tháng)	3 - 5 lần		6 - 8 lần		Trên 9 lần		Tổng số
	n	%	n	%	n	%	
12 – 24	21	70,0	5	16,7	4	13,3	30
35 – 36	17	68,0	7	28,0	1	4,0	25
36 – 48	10	47,6	8	38,1	3	14,3	21
49 – 60	2	16,7	9	75,0	1	8,3	12
Tổng số	50	56,8	29	33,0	9	10,2	88

Trong số 88 mắt được thông lệ đạo, có 2 mắt không đưa được ống thông xuống khe mũi dưới. Kiểm tra bằng nội soi mũi cũng không phát hiện được vị trí của ống thông nên không đặt được ống thông. Những mắt này được coi là thất bại ngay từ đầu. Hết chảy nước mắt xảy ra ngay cả khi vẫn còn ống trong lệ đạo, xảy ra ở 24/88

mắt. Những mắt thất bại còn chảy nước mắt ngay cả khi đã rút ống hoàn toàn. Tỷ lệ thành công ở nhóm dưới 36 tháng tuổi cao hơn ở nhóm trên 36 tháng, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ thành công chung là 94,6% trong đó có 78,9% hết chảy nước mắt hoàn toàn; 16,6% đỡ chảy nước mắt.

Bảng 2: Tình trạng chảy nước mắt sau khi rút ống 3 tháng

Tuổi (tháng)	Tốt		Trung bình		Thất bại		Tổng số
	n	%	n	%	n	%	
12 – 24	26	86,2	3	10,3	1	3,5	30
35 – 36	21	83,3	4	14,1	1	2,6	25
36 – 48	15	71,1	5	23,7	1	5,2	21
49 – 60	8	65,4	3	25,3	1	9,3	12
Tổng số	69	78,9	15	16,6	4	4,4	88

Số lần thông lệ đạo có liên quan đến kết quả điều trị. Những mắt đã thông lệ đạo nhiều lần không khỏi có tỷ lệ thành công thấp hơn so với những mắt thông ít lần. Ở nhóm thông lệ đạo trên 9 lần, tỷ lệ thành công thấp hơn nhóm có số lần thông lệ đạo dưới 5 lần, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3: Kết quả đặt ống và số lần thông lệ đạo trước đó

Số lần đã thông lệ đạo	Tốt		Trung bình		Thất bại		Tổng số
	n	%	n	%	n	%	
3 - 5	46	92,0	4	8,0	0	0,0	50
6 - 8	21	72,4	8	27,6	2	6,9	29
> 9	2	22,2	3	33,3	2	22,2	9
Tổng số	69	78,4	15	17,0	4	4,5	88

Biến chứng trong mổ: có 2 mắt bị thông lệ đạo lạc đường, sau đó phải dừng thông và đặt ống lại lần 2. Hai mắt không thông được, phải chuyển mổ nội thông túi lệ mũi.

Biến chứng sau mổ: 2 mắt bị tuột ống. Trong số 2 mắt này, có 1 mắt hết chảy nước mắt, 1 mắt bị chảy nước mắt tái phát.

IV. BÀN LUẬN

Tắc ống lệ mũi bẩm sinh là một bệnh lý khá phổ biến và là vấn đề cần được giải quyết ở 4% số trẻ sinh ra sau 1 năm tuổi [1]. Nếu không được điều trị, tắc ống lệ mũi bẩm sinh có thể gây ra viêm túi lệ mãn, thậm chí viêm túi lệ cấp, làm ảnh hưởng đến chất lượng sống của trẻ.

Đặc điểm bệnh nhân: trong nghiên cứu, trẻ có lớn tuổi nhất là 59 tháng, với độ tuổi trung bình là $32,4 \pm 8,2$ tháng. Đặt ống silicon thường được thực hiện sau 1 tuổi, trước 6 tuổi vì ở lứa tuổi này, tỷ lệ thành công cao hơn. Trẻ càng lớn thì tỷ lệ thành công càng giảm. Với trẻ lớn hơn, tỷ lệ thành công sẽ thấp hơn và thường phải mổ nội thông túi lệ mũi [4].

Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu đã được thông lệ đạo nhiều lần. Số lần thông nhiều nhất là 10 lần, được thông ở cả phòng khám tư, tuyến huyện, tuyến tỉnh và tuyến trung ương. Thông lệ đạo nhiều lần không những không giải quyết

được tình trạng tắc ống lệ mũi mà còn có thể gây ra những biến chứng như hẹp hoặc tắc lệ quản, gây ra khó khăn cho việc điều trị bằng phẫu thuật sau này [7].

Tỷ lệ thành công: xét chung cho cả nhóm thì tỷ lệ hết chảy nước mắt hoàn toàn là 78,9%. Nếu tính cả những mắt đỡ chảy nước mắt thì tỷ lệ thành công rất cao: 95,6% số mắt được đặt ống silicon. Các tác giả khác đều báo cáo, ống đặt ống silicon có kết quả tốt trong điều trị những trường hợp tắc ống lệ mũi bẩm sinh mà điều trị thất bại bằng điều trị bảo tồn hoặc thông lệ đạo, với tỷ lệ thành công từ 80% đến 100% [3], [4].

Để điều trị tắc ống lệ mũi bẩm sinh, có thể đặt ống silicon qua 2 lệ quản (bika) hoặc 1 lệ quản (monoka). Đặt ống qua hai lệ quản có ưu điểm ít bị tuột ống những kỹ thuật đặt phức tạp và khó khăn hơn. Với thiết kế mới, có móc hãm ở lỗ lệ, đặt ống silicon monoka đơn giản hơn và có tỷ lệ thành công tương tự như ống bika [5].

Tỷ lệ thành công ở nhóm trẻ dưới 36 tháng cao hơn hẳn nhóm trẻ trên 36 tháng, khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 3). Lim báo cáo kết quả đặt ống tốt hơn ở nhóm trẻ dưới 18 tháng tuổi. Sau tuổi này, tỷ lệ thành công giảm đi đáng kể [3]. Có thể ở nhóm trẻ lớn tuổi hơn, ống lệ mũi bị tắc kéo dài gây ra viêm dính lòng ống và làm cho ống lệ mũi dễ bị tắc lại sau khi rút ống

silicon. Mặt khác ở những trẻ được thông mũi, có thể tổn thương ban đầu cũng nặng nề hơn so với những trẻ được điều trị sớm[4].

Tỷ lệ thành công giảm đáng kể ở nhóm trẻ đã được thông lệ đạo nhiều lần. Ở nhóm thông lệ đạo dưới 5 lần, 100% số mắt được điều trị thành công với 92,0% số mắt hết chảy nước mắt hoàn toàn. Tuy nhiên, ở nhóm thông lệ đạo trên 9 lần, tỷ lệ thành công chỉ còn 77,8% và số mắt hết chảy nước mắt hoàn toàn chỉ còn 22,2%. Thông thường, tỷ lệ điều trị khỏi tắc ống lệ mũi bằng thông lệ đạo rất cao. Những mắt thất bại thường do điều trị muộn hoặc do đoạn tắc dài. Thông lệ đạo nhiều lần có thể gây nên các tổn thương biểu mô lòng lệ đạo (lệ quản, ống lệ mũi), làm cho lệ đạo bị tắc thêm. Vì vậy, các tác giả khuyến cáo không nên thông lệ đạo qua nhiều lần. Sau 3 lần thông đúng kỹ thuật mà không khỏi thì cần phải chuyển bệnh nhân cho những bác sỹ có kinh nghiệm hơn hoặc đổi biện pháp điều trị [2],[7].

Biến chứng: chúng tôi không gặp biến chứng nào trong khi đặt ống. Tuột ống xảy ra trên hai trẻ, bố mẹ cháu cũng không biết ống bị tuột khi nào. Tuột ống chỉ được phát hiện khi trẻ đến khám lại. Mặc dù ống monoka được thiết kế có móc hãm ở lỗ lệ nhưng nếu lỗ lệ quá rộng, ống đặt ở trẻ em nên việc chăm sóc khó khăn hơn và ống có thể bị tuột. Với 2 mắt có biến chứng này, 1 mắt hết chảy nước mắt. Mắt còn lại tình trạng chảy nước mắt giảm hơn và bố mẹ trẻ không đồng ý đặt lại ống. Các tác giả đều báo cáo việc đặt ống silicon monoka là khá đơn giản và an toàn, ít biến chứng [4],[5].

V. KẾT LUẬN

Với tắc ống lệ mũi bẩm sinh, đã thất bại bằng điều trị bảo tồn và thông lệ đạo, đặt ống silicon monoka là một biện pháp điều trị có hiệu quả, tỷ lệ hết chảy nước mắt hoàn toàn đạt 78,9%. Tuổi trẻ càng cao, tiền sử thông lệ đạo nhiều lần là các yếu tố nguy cơ gây thất bại. Đây là thủ thuật khá an toàn, có thể thực hiện được ở những cơ sở nhãn khoa có gây mê để giúp cho trẻ phục hồi lại lưu thông lệ đạo, tránh biến chứng và nâng cao chất lượng sống cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. MacEwen C.J., Young J.D. (1991), "Epiphora during the first year of life". *Eye (Lond)*. 5 (Pt 5): p. 596-600.
2. Kakizaki H., Takahashi Y., Kinoshita S., et al. (2008), "The rate of symptomatic improvement of congenital nasolacrimal duct obstruction in Japanese infants treated with conservative management during the 1st year of age". *Clin Ophthalmol*. 2(2): p. 291-4.
3. Lim C.S., Martin F., Beckenham T., et al. (2004), "Nasolacrimal duct obstruction in children: outcome of intubation". *J AAPOS*. 8(5): p. 466-72.
4. Memon M.N., Siddiqui S.N., Arshad M., et al. (2012), "Nasolacrimal duct obstruction in children: outcome of primary intubation". *J Pak Med Assoc*. 62(12): p. 1329-32.
5. Lee H., Ahn J., Lee J.M., et al. (2012), "Clinical effectiveness of monocanalicular and bicanalicular silicone intubation for congenital nasolacrimal duct obstruction". *J Craniofac Surg*. 23(4): p. 1010-4.
6. Kaufman L.M., Guay-Bhatia L.A. (1998), "Monocanalicular intubation with Monoka tubes for the treatment of congenital nasolacrimal duct obstruction". *Ophthalmology*. 105(2): p. 336-41.
7. Miller A.M., Chandler D.L., Repka M.X., et al. (2014), "Office probing for treatment of nasolacrimal duct obstruction in infants". *J AAPOS*. 18(1): p. 26-30.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH CHỈ ĐỊNH CÁC XÉT NGHIỆM SINH HÓA TRONG CHUYỂN HÓA MỠ ĐỐI VỚI MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP

Trần Hữu Tâm*

TÓM TẮT

Bên cạnh các xét nghiệm chuyên biệt, các xét nghiệm liên quan đến chuyển hóa mỡ (Cholesterol, HDL – Cholesterol, LDL – Cholesterol, Lipid máu, Triglyceride) – thường gọi là xét nghiệm bộ mỡ, là xét

nghiệm tương đối thường quy trong số những xét nghiệm sinh hóa trong việc chẩn đoán, điều trị các bệnh như tim mạch, tiểu đường,... Nhằm đánh giá sự tương đồng (hoặc khác biệt) trong việc chỉ định của bác sĩ lâm sàng đối với các xét nghiệm thuộc bộ mỡ trong việc theo dõi điều trị các bệnh thường gặp, nhóm nghiên cứu đã tiến hành khảo sát tình hình chỉ định của bác sĩ đối với các xét nghiệm thuộc bộ mỡ là Cholesterol, HDL – Cholesterol, LDL – Cholesterol, Lipid máu, Triglyceride, so sánh với các khuyến cáo của quốc tế và Việt Nam, rút ra các kết luận và cung cấp các số liệu để giúp cho các nhà khoa học, nhà quản lý và bác sĩ lâm sàng có cái nhìn rõ hơn về tình hình chỉ định các xét nghiệm thuộc bộ mỡ đối với các

*Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Tâm

Email: trhuutam@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2017

Ngày duyệt bài: 23.5.2017

bệnh thường gặp so với các hướng dẫn điều trị, qua đó xây dựng các chính sách, kế hoạch để chuẩn hóa công tác quản lý và nâng cao chất lượng xét nghiệm, chỉ định phù hợp để tiết kiệm chi phí xét nghiệm cho bệnh nhân.

Từ khóa: Cholesterol, HDL – Cholesterol, LDL – Cholesterol, Lipid, Triglyceride.

SUMMARY

SURVEY SITUATION INDICATORS OF BIOCHEMICAL TESTS IN TRANSITION FOR SOME CONDOMINAL DISEASES

Beside the particular tests, the tests of lipid metabolism (Cholesterol, HDL – Cholesterol, LDL – Cholesterol, Lipid, Triglyceride) – usually called the lipid metabolism tests, are the routine tests of clinical biochemistry in diagnosis, treatment of cardiac syndrome, diabetes,... With the aim to evaluate the same (or the difference) between physicians's ordering in the test of lipid metabolism tests for treatment or controlling of the usual diseases, we do the study to survey the situation of physicians's test order such as Cholesterol, HDL – Cholesterol, LDL – Cholesterol, Lipid, Triglyceride, and compare with the international guideline or Vietnamese guideline, so that we can give conclusions and data to help the scientists, the policymakers, physicians have a view of the situation in ordering of lipid metabolism tests for the usual diseases compare to the guidelines, in order to set up policies, plans to standardize the quality management, to improve quality of clinical diagnosis, to have a better test order, so that the patients can save much money for unsuitable diagnosis.

Keywords: Cholesterol, HDL – Cholesterol, LDL – Cholesterol, Lipid, Triglyceride.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong một số bệnh lý thường gặp như tim mạch, tiểu đường,... bên cạnh các xét nghiệm chuyên biệt, các xét nghiệm thuộc bộ mỡ (Cholesterol, HDL – cholesterol, LDL – cholesterol, Lipid máu, Triglyceride) thường được bác sĩ lâm sàng chỉ định để bổ sung cho việc theo dõi, điều trị, cũng như đánh giá kết quả hoặc đề ra mục tiêu điều trị [1],[2],[4],[5],[7].

Tuy nhiên, do quan điểm và kinh nghiệm của các bác sĩ khác nhau, dẫn đến có sự khác nhau trong việc chỉ định các chỉ số xét nghiệm này [1],[3],[6]. Nhằm có được các số liệu thống kê về việc chỉ định trên, nhóm nghiên cứu đã tiến hành khảo sát tình hình chỉ định các chỉ số xét nghiệm thuộc bộ mỡ đối với các nhóm bệnh thường gặp là: cao huyết áp; tiểu đường type 2; rối loạn chuyển hoá lipid; nhồi máu cơ tim; suy mạch vành tim/thiếu máu cơ tim cục bộ; xơ vữa động mạch; tai biến mạch máu não; rối loạn tuần hoàn não/thiếu máu não; gan nhiễm mỡ.

Bảng 1. Tỷ lệ (%) các bệnh được chỉ định các xét nghiệm thuộc bộ mỡ

So sánh với các tài liệu của Việt Nam và thế giới về việc chỉ định các xét nghiệm này, từ đó, có thể phân tích cụ thể sự khác biệt hoặc tương đồng, sự phù hợp với các khuyến cáo của Việt Nam và thế giới trong việc chỉ định các xét nghiệm theo dõi các bệnh lý nêu trên, nhằm giúp cho các nhà quản lý, nhà khoa học đánh giá lại thực tế, cũng như xây dựng các chính sách để giúp tối ưu hóa việc sử dụng các xét nghiệm thuộc bộ mỡ, phục vụ tốt nhất việc theo dõi điều trị bệnh, tiết kiệm được kinh phí làm xét nghiệm cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

- Các xét nghiệm thuộc bộ mỡ bao gồm Cholesterol, HDL – Cholesterol (HDL-C), LDL – Cholesterol (LDL-C), Lipid máu, Triglyceride.

- 43 bác sĩ lâm sàng đang công tác trong lĩnh vực khám chữa bệnh ngoại trú tại các quận 4, 6, 10 và Phú Nhuận - TP.HCM.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu là phương pháp cắt ngang mô tả.

- Cử điều tra viên đến quan sát tình hình chỉ định các xét nghiệm thuộc bộ mỡ trên bệnh nhân thuộc các nhóm bệnh: cao huyết áp người trẻ; tiểu đường type 2; rối loạn chuyển hoá lipid; nhồi máu cơ tim; suy mạch vành tim/thiếu máu cơ tim cục bộ; xơ vữa động mạch; tai biến mạch máu não; rối loạn tuần hoàn não/thiếu máu não; gan nhiễm mỡ.

- Số liệu thống kê tình hình chỉ định các xét nghiệm thuộc bộ mỡ liên quan đến các bệnh lý nêu trên được trích xuất từ phần mềm quản lý y khoa và hồ sơ bệnh án của đơn vị y tế được khảo sát.

- Phân tích các số liệu thu được bằng phần mềm thống kê Stata 10.0, excel.

- Kết quả thống kê sẽ được quan sát và biện luận, kết hợp với các tài liệu, hướng dẫn điều trị của Việt Nam và thế giới (các hiệp hội như Châu Âu:ESH/ESC; Mỹ: AACE, ADA, NCEP, AHA/NHLBI, ACCF, ASA, AASLD...) [1],[2],[3],[4],[5], [6],[7].

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tỷ lệ xét nghiệm bộ mỡ được chỉ định tương ứng với các bệnh nghiên cứu.

Tiến hành thống kê để khu trú các bệnh thường được chỉ định xét nghiệm bộ mỡ trong số những bệnh khảo sát.

	Tổng số chỉ định xét nghiệm bộ mỡ năm 2016	Cao huyết áp	Tiểu đường type 2	Rối loạn chuyển hoá lipid	Nhồi máu cơ tim	Suy mạch vành tim/thiếu máu cơ tim cục bộ	Xơ vữa động mạch	Tai biến mạch máu não	Rối loạn tuần hoàn não	Gan nhiễm mỡ
	Ca	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Cholesterol	34.069	57,0	28,2	55,0	0,7	27,4	0,5	0,7	3,2	6,2
HDL - C	34.466	58,0	28,7	52,2	0,7	25,9	0,5	0,7	2,9	7,2
LDL - C	34.463	58,0	28,7	52,2	0,7	25,9	0,5	0,7	2,9	7,2
Triglyceride	37.500	57,1	28,9	53,1	0,7	26,6	0,5	0,7	3,0	6,8
Lipid máu	3.700	52,6	23,1	61,9	1,1	22,4	0,2	0,6	1,9	8,7

Ghi chú: tỷ lệ trên được tính cho những trường hợp bệnh có chỉ định xét nghiệm tương ứng, do đó có thể trong bệnh cao huyết áp, một số bệnh nhân có kèm theo tiểu đường type 2 thì vẫn được thống kê.

Từ dữ liệu trong Bảng 1, các xét nghiệm thuộc bộ mỡ được các bác sĩ chỉ định để chẩn đoán và điều trị chủ yếu cho bốn loại bệnh sau: cao huyết áp; bệnh tiểu đường type 2; rối loạn chuyển hoá lipid; và bệnh suy mạch vành tim/thiếu máu cơ tim cục bộ. Trong đó, cao huyết áp (chiếm từ 52,6% đến 58% tổng số chỉ định mỗi xét nghiệm bộ mỡ) và rối loạn chuyển hoá lipid (chiếm từ 52,2% đến 61,9% tổng số chỉ định mỗi xét nghiệm bộ mỡ) là hai loại bệnh có tỷ lệ chỉ định xét nghiệm bộ mỡ cao nhất.

3.2. Phân tích việc chỉ định bộ mỡ trong các bệnh theo khuyến cáo Việt Nam và thế giới

Đối với tất cả các loại bệnh trong khảo sát, các tài liệu của Việt Nam và quốc tế đều khuyến cáo có thể chỉ định bốn loại xét nghiệm cholesterol, HDL-C, LDL-C và triglyceride để chẩn đoán và điều trị, trong đó LDL-C luôn là mục tiêu điều trị cơ bản. Như vậy, trong bốn loại xét nghiệm này, xét nghiệm LDL-C là xét nghiệm được ưu tiên chỉ định so với ba xét nghiệm còn lại. Ngoài ra, trong tất cả khuyến cáo của Việt Nam và quốc tế, không có tổ chức nào khuyến cáo sử dụng xét nghiệm lipid để chẩn đoán và theo dõi điều trị các loại bệnh trên.

Căn cứ trên kết luận này, nhóm khảo sát tiến hành đánh giá việc chỉ định xét nghiệm bộ mỡ của các bác sĩ theo một trong hai tiêu chí như sau:

- *Tiêu chí 1 (tiêu chí được khuyến cáo):* Ưu tiên chỉ định xét nghiệm LDL-C ($\geq 95\%$ bệnh nhân được chỉ định bộ mỡ có LDL-C); và không chỉ định hoặc chỉ định xét nghiệm lipid với phần trăm không đáng kể ($< 5\%$ bệnh nhân được chỉ định lipid).

- *Tiêu chí 2 (tiêu chí không được khuyến cáo):* Không ưu tiên chỉ định xét nghiệm LDL-C ($< 95\%$ bệnh nhân được chỉ định bộ mỡ có chỉ định LDL-

C) hoặc có chỉ định xét nghiệm lipid ($\geq 5\%$ bệnh nhân được chỉ định lipid).

Chỉ định xét nghiệm bộ mỡ trong bệnh cao huyết áp: Đối với bệnh cao huyết áp, có 23/43 (53,5%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm phù hợp với các khuyến cáo của Việt Nam và thế giới (tiêu chí 1); có 20/43 (46,5%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm không phù hợp với các khuyến cáo (tiêu chí 2).

Chỉ định xét nghiệm bộ mỡ trong bệnh tiểu đường type 2: Đối với bệnh tiểu đường type 2, có 19/43 (44,2%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm phù hợp với các khuyến cáo của Việt Nam và thế giới (tiêu chí 1); có 24/43 (55,8%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm không phù hợp với các khuyến cáo (tiêu chí 2).

Chỉ định xét nghiệm bộ mỡ trong rối loạn chuyển hoá lipid: Đối với rối loạn chuyển hoá lipid, có 20/43 (46,5%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm phù hợp với các khuyến cáo của Việt Nam và thế giới (tiêu chí 1); có 23/43 (53,5%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm không phù hợp với các khuyến cáo (tiêu chí 2).

Chỉ định xét nghiệm bộ mỡ đối với bệnh nhồi máu cơ tim: Đối với bệnh nhồi máu cơ tim, có 17/25 (68,0%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm phù hợp với các khuyến cáo của Việt Nam và thế giới (tiêu chí 1); có 8/25 (32,0%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm không phù hợp với các khuyến cáo (tiêu chí 2).

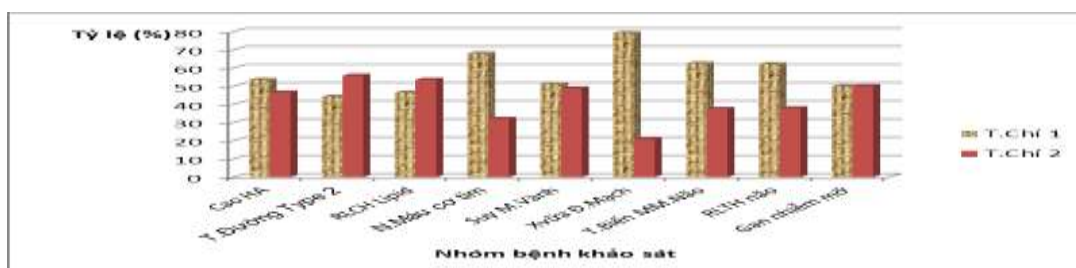
Chỉ định xét nghiệm bộ mỡ trong bệnh suy mạch vành tim/thiếu máu cơ tim cục bộ: Đối với bệnh suy mạch vành tim/thiếu máu cơ tim cục bộ, có 21/41 (51,2%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm phù hợp với các khuyến cáo của Việt Nam và thế giới (tiêu chí 1); có 20/41 (48,8%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm không phù hợp với các khuyến cáo (tiêu chí 2).

Chỉ định xét nghiệm bộ mỡ trong bệnh xơ vữa động mạch: Đối với bệnh xơ vữa động mạch, có 19/24 (79,2%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm phù hợp với các khuyến cáo của Việt Nam và thế giới (tiêu chí 1); có 5/24 (20,8%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm không phù hợp với các khuyến cáo (tiêu chí 2).

Chỉ định xét nghiệm bộ mỡ trong bệnh tai biến mạch máu não: Đối với bệnh tai biến mạch máu não, có 20/32 (62,5%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm phù hợp với các khuyến cáo của Việt Nam và thế giới (tiêu chí 1); có 12/32 (37,5%) bác sĩ không phù hợp với các khuyến cáo (tiêu chí 2).

Chỉ định xét nghiệm bộ mỡ trong bệnh rối loạn tuần hoàn não/thiếu máu não: Đối với bệnh rối loạn tuần hoàn não/thiếu máu não, có 18/29 (62,1%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm phù hợp với các khuyến cáo của Việt Nam và thế giới (tiêu chí 1); có 11/29 (37,9%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm không phù hợp với các khuyến cáo (tiêu chí 2).

Chỉ định xét nghiệm bộ mỡ trong bệnh gan nhiễm mỡ: Đối với bệnh gan nhiễm mỡ, có 16/32 (50,0%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm phù hợp với các khuyến cáo của Việt Nam và thế giới (tiêu chí 1); có 16/32 (50,0%) bác sĩ chỉ định xét nghiệm không phù hợp với các khuyến cáo (tiêu chí 2).



Hình 1. Biểu đồ thống kê tỷ lệ (%) bác sĩ chỉ định phù hợp tiêu chí 1 hoặc 2

IV. KẾT LUẬN

- Các xét nghiệm bộ mỡ được bác sĩ chỉ định để chẩn đoán và điều trị bốn loại bệnh chủ yếu sau: bệnh cao huyết áp, tiểu đường type 2, rối loạn chuyển hoá lipid và nhồi máu cơ tim. Trong đó, bệnh cao huyết áp và rối loạn chuyển hoá lipid là hai loại bệnh có tỷ lệ chỉ định xét nghiệm bộ mỡ cao nhất.

- Theo khuyến cáo của Việt Nam và quốc tế, xét nghiệm lipid không được chỉ định để chẩn đoán và điều trị các loại bệnh trong khảo sát. Tuy nhiên, qua khảo sát nhận thấy, xét nghiệm lipid vẫn còn được một số bác sĩ chỉ định, mặc dù với tỷ lệ tương đối thấp.

- Tỷ lệ bác sĩ chỉ định xét nghiệm bộ mỡ không phù hợp với các khuyến cáo (không ưu tiên chỉ định xét nghiệm LDL-C hoặc có chỉ định xét nghiệm lipid) còn cao (từ 20,8 - 55,8%).

KIẾN NGHỊ

- Mở rộng phạm vi nghiên cứu thêm nhiều quận huyện tại TP.HCM hoặc nhiều tỉnh khác để có số liệu lớn hơn trong đánh giá và phân tích.

- Cần ban hành các phát đồ chỉ định các cận lâm sàng và xét nghiệm chuẩn tương ứng với từng bệnh, từ đó làm căn cứ pháp lý hoặc chuyên môn để các bác sĩ tham khảo, chỉ định thống nhất, phù hợp với các khuyến cáo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hội Tim mạch học Việt Nam (2011)**, "Khuyến cáo 2010 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hoá". NXB Y học Chi nhánh TP. HCM.
- American Diabetes Association (2013)**, "Standards of Medical Care in Diabetes—2013." *Diabetes Care* 36.Supplement 1: S11-S66.
- Grundy, Scott M., et al. (2005)**, "Diagnosis and management of the metabolic syndrome an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement." *Circulation* 112.17: 2735-2752.
- Handelsman, Yehuda, et al. (2011)**, "American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan." *Endocrine Practice* 17: 1-53.
- Panel, Adult Treatment. "III."** Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III). *JAMA* 285 (2001): 2486-2497.
- Smith, Sidney C., et al. (2011)**, "AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update A Guideline From the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation Endorsed by the World Heart Federation and the Preventive Cardiovascular Nurses Association." *Journal of the American College of Cardiology* 58.23: 2432-2446.
- The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension**

(ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) (2013), "2013 ESH/ESC Guidelines for the management

of arterial hypertension". *European Heart Journal*.

ĐÁNH GIÁ SỰ BIẾN ĐỔI GÓC TIỀN PHÒNG SAU LASER MỔNG MẮT CHU BIÊN BẰNG MÁY OCT RTVUE 100

Nguyễn Đình Ngân¹, Phạm Thị Mỹ Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự biến đổi góc tiền phòng trên OCT RTVue 100 sau cắt mổ mắt chu biên bằng phối hợp laser hiệu ứng nhiệt và laser quang hủy điều trị glôcôm góc đóng nguyên phát. Nhận xét sự biến đổi độ mở góc tiền phòng sau laser trên soi góc và kết quả OCT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, không đối chứng trên 56 mắt của 53 người trưởng thành bị glôcôm góc đóng nguyên phát điều trị tại khoa Mắt - Bệnh viện Quân Y 103 từ 1/2015 - 11/2015. **Kết quả:** Sau laser trung bình mỗi góc tăng thêm 0,84 độ Shaffer. Tỷ lệ góc hẹp giảm từ 53,6% xuống còn 6,3%. Trên OCT, các chỉ số: độ mở góc tiền phòng trung bình (TIA), khoảng mở góc tiền phòng trung bình (AOD500, AOD750), diện bề mổ mắt trung bình (TISA500, TISA750) sau điều trị lớn hơn so với trước điều trị có ý nghĩa với $p < 0,001$. TIA, AOD500, AOD750, TISA500, TISA750 sau điều trị 12 tháng thấp hơn so với các thông số tương ứng tại thời điểm sau điều trị 2 tuần, 3 tháng với $p < 0,05$. Mức tăng độ mở góc tiền phòng sau laser tương quang nghịch biến với độ mở góc tiền phòng trước điều trị thể hiện trên tất cả các chỉ số đo góc tiền phòng. **Kết luận:** laser mổ mắt chu biên làm mở rộng góc tiền phòng một cách rõ rệt thể hiện cả trên soi góc tiền phòng và trên OCT. Góc tiền phòng sau laser cắt mổ mắt chu biên có xu hướng hẹp lại trong thời gian theo dõi dài. Mức tăng độ mở góc tiền phòng sau laser tương quang nghịch biến với độ mở góc tiền phòng trước điều trị, trước laser góc tiền phòng càng hẹp thì mức tăng độ mở góc sau laser càng lớn.

Từ khóa: góc tiền phòng, chụp cắt lớp quang học, laser mổ mắt chu biên.

SUMMARY

CHANGES IN ANTERIOR CHAMBER ANGLE AFTER LASER IRIDOTOMY ASSESSED WITH OCT RTVUE 100

Purpose: to evaluate the changes in anterior chamber angle after combined photocoagulation - photodisruption laser iridotomy using OCT RTVue 100

¹Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Ngân

Email: ngan.ophthal@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2017

Ngày duyệt bài: 22.5.2017

and make a judgement about the changes in anterior chamber angle in gonioscopy and OCT image in follow-up. **Subjects and methods:** a prospective, observational study was conducted in 56 eyes of 53 primary angle closed glaucoma adults in Department of Ophthalmology, Military Hospital 103. **Results:** anterior chamber angle was widened by 0.84 Shaffer degree on average, the percentage of occludable angle was reduced significantly from 53.6% to 6.3%. AOD500, AOD750, TISA500, TISA750 and TIA significantly increased following laser peripheral iridotomy ($p < 0,001$). TIA, AOD500, AOD750, TISA500, TISA750 at 12th month after laser were lower than those at 2nd week and 3rd month after laser. Lower baseline measurements were significantly associated with greater postoperative opening in all anterior chamber angle width parameters. **Conclusions:** the study showed that laser peripheral iridotomy made a significant opening of anterior chamber angle width in both gonioscopy and OCT image. In longterm follow-up, the anterior chamber angle after laser peripheral iridotomy tends to get narrow. There was an inverse association between baseline and laser induced opening of anterior chamber angle width, such that eyes with a more crowded anterior chamber angle undergoing laser peripheral iridotomy had a greater magnitude of increase in anterior chamber angle width. **Keywords:** anterior chamber angle, optical coherence tomography, laser peripheral iridotomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là một trong những nguyên nhân gây mù loà phổ biến. Ở Việt Nam, hình thái glôcôm góc đóng nguyên phát là chủ yếu chiếm tới 79,8% [1]. Laser mổ mắt chu biên là phương pháp điều trị cơ bản cho hình thái này khi góc đóng dưới 180°. Hiện nay hai loại hiệu ứng laser được ứng dụng phổ biến trong cắt mổ mắt chu biên là hiệu ứng nhiệt và hiệu ứng quang hủy. Mỗi loại đều có ưu nhược điểm riêng, tuy nhiên khi áp dụng trên người châu Á đều gặp khó khăn do đặc điểm nhu mô mổ mắt dày, mật độ chắc và nhiều sắc tố, do đó tỷ lệ thành công trong 1 lần laser không cao. Để giải quyết vấn đề này nhiều phẫu thuật viên trên thế giới đã phối hợp laser hiệu ứng nhiệt và laser quang hủy để hạn chế việc laser nhiều lần cùng với các biến chứng [2],[3],[6]. Tuy nhiên ở Việt Nam việc áp dụng kỹ thuật đó còn chưa phổ biến, số lượng những nghiên cứu còn ít và chưa có nghiên cứu nào áp dụng các phương tiện chẩn

đoán tiên tiến để đánh giá hiệu quả điều trị. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá sự biến đổi góc tiền phòng bằng soi góc tiền phòng và OCT RTVue 100 sau cắt mộng mắt chu biên bằng phối hợp laser hiệu ứng nhiệt và laser quang hủy trên bệnh nhân glôcôm góc đóng nguyên phát; Nhận xét mối liên quan giữa mức tăng độ mở góc tiền phòng giữa kết quả soi góc và chụp OCT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân glôcôm góc đóng nguyên phát đã được laser mộng mắt chu biên tại Khoa Mắt - Bệnh viện 103 từ 1/2015 - 11/2015 theo dõi đến tháng 12/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân bị glôcôm góc đóng nguyên phát giai đoạn tiềm tàng hoặc sơ phát, nhu mô mộng mắt dày, không có hốc trên bề mặt; Các góc đóng < 180°; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các hình thái glôcôm không phải là góc đóng nguyên phát do cơ chế nghiền đồng tử (glôcôm mộng mắt phẳng, glôcôm do bệnh lý thể thủy tinh). Glôcôm phối hợp với các bệnh lý khác của mắt như: chấn thương bệnh lý dịch kính võng mạc, rối loạn vận nhãn.

- Các bệnh mắt cấp tính (viêm kết mạc cấp, viêm loét giác mạc, chấn thương nhãn cầu...).

- Bệnh lý giác mạc không cho phép quan sát mộng mắt; Mống mắt áp sát mặt sau giác mạc; Rung giật nhãn cầu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, không đối chứng, sánh dọc trước và sau điều trị.

2.2.2. Cách thức tiến hành

- Khám xét lâm sàng và đánh giá độ mở góc tiền phòng theo phân độ Shaffer.

- Chụp OCT góc tiền phòng: hình ảnh góc tiền phòng được ghi lại bằng máy OCT RTVue-100.

- Sau laser: sử dụng thuốc hạ nhãn áp uống (acetazolamid 0,25g x 2 viên), tra thuốc steroid 4 lần/ngày trong 1 tuần.

- Theo dõi sau điều trị tại các thời điểm 2 tuần, 1, 3, 6, 9 và 12 tháng.

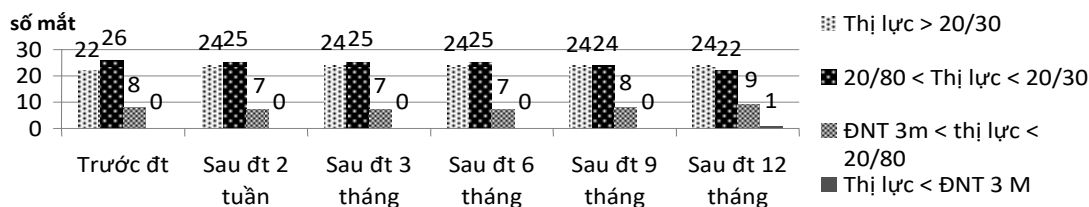
2.2.3. Xử lý số liệu: Theo thuật toán thống kê y học với phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành trên 56 mắt của 53 bệnh nhân, 41 nữ, 12 nam. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $62,2 \pm 18,8$ tuổi (40 - 79 tuổi). Trong 56 mắt nghiên cứu có 48 mắt glôcôm tiềm tàng, 3 mắt glôcôm góc đóng cơn cấp, 5 mắt là glôcôm góc đóng bán cấp giai đoạn sơ phát.

3.2. Kết quả điều trị

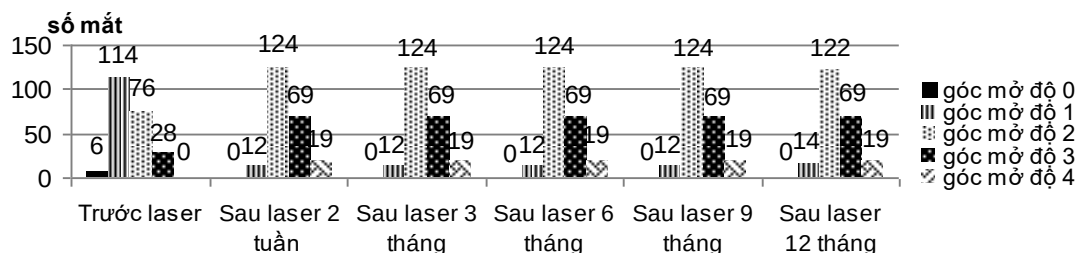
3.2.1. Biến đổi thị lực trước và sau điều trị



Biểu đồ 3.1. Biến đổi thị lực trước và sau điều trị

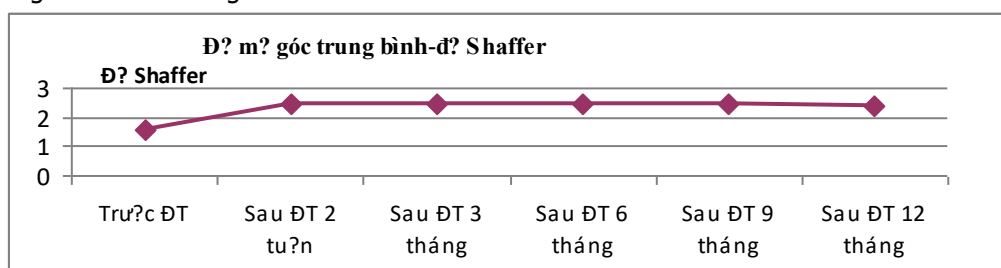
Sau laser có 3/56 mắt (5,4%) tăng thị lực so với trước điều trị, gặp ở những mắt glôcôm cấp chưa hết biểu hiện viêm sau điều trị bằng thuốc. Sau laser 12 tháng có 3/56 (5,4%) mắt giảm thị lực do đục thể thủy tinh tiến triển. Các mắt còn lại thị lực không thay đổi. Điều này chứng tỏ laser mộng mắt chu biên ít làm ảnh hưởng đến tình trạng thị lực của mắt được laser. Phạm Tân Tiến (2008) cũng thấy rõ sau 12 tháng theo dõi có 3,6% số mắt giảm thị lực do đục thủy tinh thể tiến triển [2].

3.2.3. Đặc điểm góc tiền phòng trên soi góc tiền phòng trước và sau điều trị



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm góc tiền phòng trên soi góc tiền phòng trước và sau điều trị

Trước laser, độ mở góc trung bình là 1,56 độ Shaffer. Sau laser hầu hết các góc tại vị trí laser đều mở rộng thêm 1 đến 2 độ Shaffer, góc tại vị trí laser mở rộng thêm trung bình 1,1 độ Shaffer, số góc hẹp (góc mở độ 0 và góc mở độ 1) thay đổi từ 120 góc (chiếm 53,6%) còn 12 góc (chiếm 5,4%). Không có góc nào còn đóng sau laser.

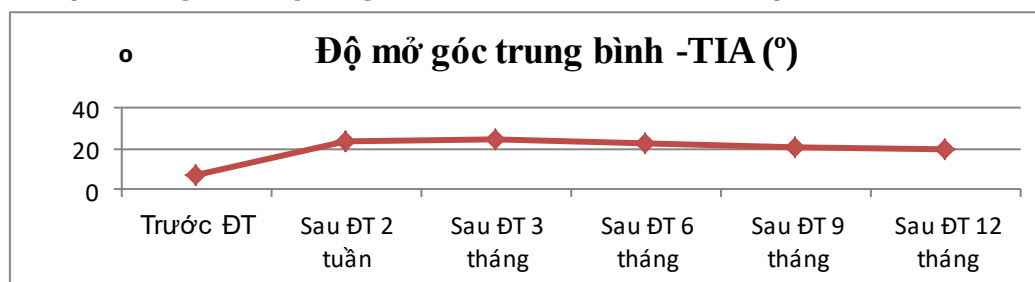


Biểu đồ 3.3. Biến đổi độ mở góc tiền phòng trung bình trên soi góc trước và sau điều trị

Trung bình mỗi góc mở rộng thêm 0,84 độ Shaffer. Độ mở góc tiền phòng trung bình sau laser tăng so với trước laser một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này hầu như không thay đổi trong 12 tháng theo dõi.

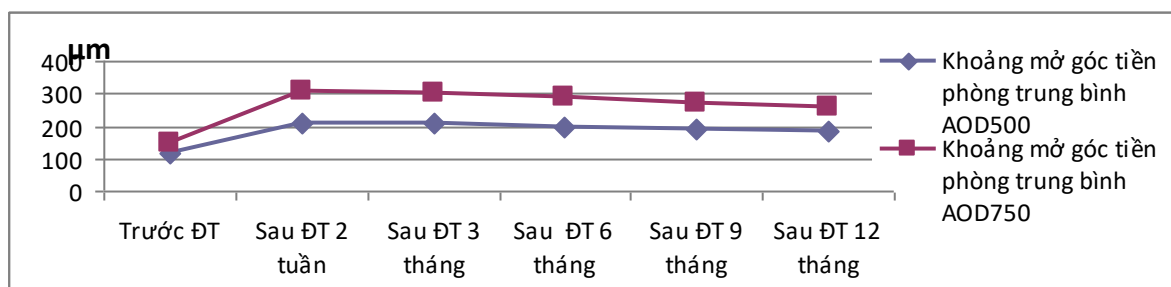
Mức tăng độ mở góc trung bình của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của Trần Tiến Đạt (2014) với độ mở góc trung bình là $0,93 \pm 0,38$ độ [1], và tương đương với kết quả của Gazzard (2003) với độ mở góc trung bình là $0,85 \pm 0,7$ [7]. Các kết quả có thể khác biệt do kỹ thuật soi góc và nhận định chủ quan của từng người soi. Tuy nhiên các tác giả đều thống nhất rằng độ mở góc trung bình sau điều trị lớn hơn độ mở góc trước điều trị một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [1],[2],[7].

3.2.3. Đặc điểm góc tiền phòng trên OCT trước và sau điều trị

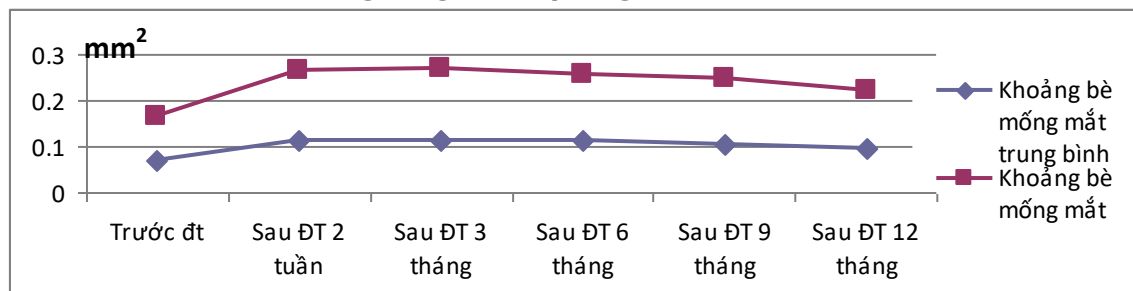


Biểu đồ 3.4: Biến đổi độ mở góc tiền phòng trên OCT trung bình trước và sau điều trị

Độ mở góc tiền phòng trung bình của các góc phía mũi và phía thái dương đo bằng OCT trước điều trị là $7,17 \pm 4,59^\circ$. Mỗi góc tiền phòng tăng trung bình $12,04 - 16,94^\circ$ trong thời gian theo dõi 12 tháng. Các chỉ số mô tả mức độ mở góc tiền phòng như độ mở góc tiền phòng trung bình (TIA), khoảng mở góc tiền phòng trung bình (AOD500, AOD750), diện bề mống mắt trung bình (TISA500, TISA750) sau điều trị lớn hơn so với trước điều trị có ý nghĩa với $p < 0,001$ (biểu đồ 3.5, 3.6). Kết quả này phù hợp với kết quả soi góc tiền phòng trong đó độ mở góc tiền phòng trung bình (theo phân độ Shaffer) sau laser tăng so với trước laser có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 3.5: Biến đổi khoảng mở góc tiền phòng AOD500, AOD750 trước và sau điều trị



Biểu đồ 3.6: Biến đổi khoảng bề mỏng mắt TISA500, TISA750 trước và sau điều trị

Các chỉ số mô tả mức độ mở góc tiền phòng như độ mở góc tiền phòng trung bình (TIA), khoảng mở góc tiền phòng trung bình (AOD500, AOD750), diện bề mỏng mắt trung bình (TISA500, TISA750) sau điều trị lớn hơn so với trước điều trị có ý nghĩa với $p < 0,001$. Kết quả này phù hợp với kết quả soi góc tiền phòng trong đó độ mở góc tiền phòng trung bình (theo phân độ Shaffer) sau laser tăng so với trước laser có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2.4. Liên quan giữa mức tăng độ mở góc tiền phòng trên soi góc và chụp OCT

Bảng 3.1: Tỷ lệ p trong so sánh ghép cặp kết quả soi góc, TIA, AOD, TISA trước và sau điều trị

p	Soi góc	TIA	AOD500	AOD750	TISA500	TISA750
p10	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
p21		0,083	0,091	0,090	0,89	0,87
p31		0,070	0,071	0,065	0,64	0,62
p41		0,057	0,059	0,054	0,054	0,053
p51	0,158	0,039	0,039	0,037	0,036	0,031
p52	0,158	0,038	0,038	0,037	0,035	0,031

Quy ước: Thời điểm trước điều trị là 0. Thời điểm sau điều trị 2 tuần là 1. Sau điều trị 3 tháng là 2. Sau điều trị 6 tháng là 3. Sau điều trị 9 tháng là 4. Sau điều trị 12 tháng là 5.

Sử dụng so sánh ghép cặp đối với các thông số: độ mở góc tiền phòng trên soi góc, độ mở góc tiền phòng trên OCT (TIA), khoảng mở góc tiền phòng AOD500, AOD750, khoảng bề mỏng mắt TISA500, TISA750 (Paired sample T-test).

Đánh giá biến đổi góc tiền phòng trước và các thời điểm sau điều trị được mô tả ở bảng 3.1. Kết quả soi góc không thay đổi trong các lần khám sau laser 2 tuần, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng và có thay đổi nhỏ tại thời điểm 12 tháng sau laser nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p=0,158$).

Các thông số TIA, AOD500, AOD750, TISA500, TISA750 ở thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng sau điều trị đều thấp hơn so với thời điểm

2 tuần sau điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên các thông số này tại thời điểm 12 tháng sau điều trị thấp hơn so với thời điểm sau điều trị 2 tuần, 3 tháng với $p < 0,05$.

Trong khi kết quả soi góc gần như không thay đổi trong các lần khám, đồ thị giá trị trung bình của các thông số OCT như TIA, AOD500, AOD750, TISA500, TISA750 đều có xu hướng giảm dần, đến thời điểm 12 tháng sau điều trị, sự giảm đó là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều đó cho thấy OCT bán phần trước là một phương tiện thăm khám tinh tế, nó có thể phát hiện sớm những thay đổi rất nhỏ mà soi góc không nhận ra. Tuy soi góc tiền phòng luôn được coi là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá độ mở góc tiền phòng, OCT bán phần trước cùng với độ tin cậy cao (khả năng lặp lại kết quả đo sau những lần đo khác nhau) vẫn rất cần thiết, đặc biệt

trong theo dõi hiệu quả điều trị. Bên cạnh đó, kết quả này cũng gợi ý rằng: các bệnh nhân dù được laser thành công vẫn cần phải tiếp tục được theo dõi trong thời gian dài.

Jiang Y (2014) nhờ sử dụng OCT bán phần trước đã phát hiện thấy trung bình mỗi mắt glôcôm tiềm tàng được laser hẹp lại 1,2% năm, mắt glôcôm tiềm tàng không được laser hẹp lại 1,6% năm, do đó phát hiện thêm 1 ưu điểm của laser cắt mỏng mắt chu biên [7]. Lee KS (2013) sử dụng OCT bán phần trước cũng khẳng định

sự hẹp dần của góc tiền phòng tại thời điểm 18 tháng sau laser.

Sử dụng OCT trong nghiên cứu hiệu quả của laser trong cắt mỏng mắt chu biên là một sự khác biệt lớn trong nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu về laser phối hợp của Phạm Tân Tiến (2008) [2]. Do không có các phương tiện chẩn đoán hiện đại, tác giả không đề cập đến sự hẹp dần lại của góc tiền phòng trên những mắt được laser thành công, do đó ảnh hưởng đến tiên lượng và hướng theo dõi, hướng điều trị tiếp theo.

Liên quan giữa mức tăng độ mở góc và các chỉ số góc tiền phòng trước laser

Bảng 3.2 : Mối liên quan giữa mức tăng độ mở góc và các chỉ số góc tiền phòng trước laser mỏng mắt chu biên

Chỉ số		Hệ số tương quan (r)	Giá trị p của hồi quy 1 biến
Mức tăng (biến phụ thuộc)	Trước laser (biến độc lập)		
Δ AOD500	AOD500 trước laser	-0,55	0,0021
Δ AOD750	AOD750 trước laser	-0,64	0,0033
Δ TISA500	TISA500 trước laser	-0,62	0,0007
Δ TISA750	TISA750 trước laser	-0,72	0,0022
Δ TIA	TIA trước laser	-0,60	0,0001

Δ AOD500 = AOD500 sau laser 2 tuần - AOD500 trước laser

Δ AOD750 = AOD750 sau laser 2 tuần - AOD750 trước laser

Δ TISA500 = TISA500 sau laser 2 tuần - TISA500 trước laser

Δ TISA750 = TISA750 sau laser 2 tuần - TISA750 trước laser

Δ TIA = TIA sau laser 2 tuần - TIA trước laser

Kết quả nghiên cứu cho thấy mối tương quan nghịch biến khá cao (từ -0,55 đến -0,72) giữa mức tăng độ mở góc và độ mở góc trước điều trị thể hiện qua các thông số TIA, AOD500, AOD750, TISA500, TISA750 ($p < 0,005$). Kết quả này chứng tỏ độ mở góc trước điều trị càng hẹp thì sau laser cắt mỏng mắt chu biên mức tăng độ mở góc càng nhiều. He M (2007) sử dụng siêu âm UBM, Roland Y (2013) sử dụng Visante OCT cũng cho ra nhận định tương tự. Các tác giả này đặt ra giả thiết cho rằng, ở các mắt glôcôm do cơ chế nghiền đồng tử, laser làm mỏng mắt đang võng sẽ phẳng lại và trở về vị trí ban đầu. Do đó góc tiền phòng nào trước laser càng hẹp thì laser càng làm mỏng mắt dịch về phía sau nhiều hơn [5].

IV. KẾT LUẬN

- Sau laser trung bình mỗi góc tăng thêm 0,84 độ Shaffer. Tỷ lệ góc hẹp giảm từ 53,6% xuống còn 6,3%. Độ mở góc tiền phòng trung bình sau điều trị lớn hơn trước điều trị có ý nghĩa với $p < 0,001$. Tuy nhiên độ mở góc tiền phòng có xu hướng ổn định từ tuần thứ hai sau laser trở đi.

- Trên OCT, độ mở góc tiền phòng (TIA) tăng trung bình 12,04 – 16,94° trong thời gian theo dõi 12 tháng. Các chỉ số: độ mở góc tiền phòng trung bình (TIA), khoảng mở góc tiền phòng trung bình (AOD500, AOD750), diện bề mỏng

mắt trung bình (TISA500, TISA750) sau điều trị lớn hơn so với trước điều trị một cách có ý nghĩa với $p < 0,001$. Các chỉ số này có xu hướng giảm tại thời điểm 12 tháng sau laser.

- Góc tiền phòng sau điều trị hẹp có ý nghĩa thống kê ở thời điểm 12 tháng so với 2 tuần và 3 tháng trên kết quả OCT, tuy nhiên biến đổi này không được phát hiện trên soi góc.

- Mức tăng độ mở góc tiền phòng sau laser (đánh giá thông qua các chỉ số Δ AOD500, Δ AOD750, Δ TISA500, Δ TISA750, Δ TIA), tương quan nghịch với độ mở góc tiền phòng trước điều trị ($p < 0,005$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Tiên Đạt (2014)**. "Chẩn đoán hình thái glôcôm góc đóng nguyên phát giai đoạn tiềm tàng trước và sau laser cắt mỏng mắt chu biên bằng siêu âm UBM". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học y Hà Nội.
2. **Phạm Tân Tiến (2008)**. "Nghiên cứu ứng dụng laser Nd:YAG với hai bước sóng khác nhau cắt mỏng mắt chu biên điều trị glôcôm góc đóng". Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
3. **Chung HJ, Park HY, Kim SY (2015)**. "Comparison of laser iridotomy using short duration 532-nm Nd:YAG laser (PASCAL) vs conventional laser in dark irides". *Int J Ophthalmol*, 8(2), 288-91.
4. **Gazzard G. et al (2003)**. "A prospective ultrasound biomicroscopy evaluation of changes in anterior segment

- morphology after laser iridotomy in Asian eyes". *American Academy of Ophthalmology*, 110, 630-638.
5. He M, Friedman DS, Ge J, et al (2007). "Laser peripheral iridotomy in eyes with narrow drainage angles: ultrasound biomicroscopy outcomes, The Liwa Eye Study". *Ophthalmology*, 114, 1513-1519.
 6. Ho T, Fan R. (1992). "Sequential argon-YAG laser iridotomies in dark irides". *Br J Ophthalmol*, 76(6), 329-31.
 7. Jiang Y, Chang DS, Zhu H, et al (2014). "Longitudinal changes of angle configuration in primary angle-closure suspects: the Zhongshan Angle-Closure Prevention Trial". *Ophthalmology*, 121(9), 1699-705.

BƯỚC ĐẦU NGHIÊN CỨU CHẨN ĐOÁN TRẦM CẢM TRONG RỐI LOẠN CẢM XÚC LŨNG CỰC TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Thị Thu Hà*, Nguyễn Kim Việt*, Trần Hữu Bình*

TÓM TẮT

Hoàn cảnh, lý do nghiên cứu: trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực thường bị chẩn đoán nhầm và muộn nhiều năm đã ảnh hưởng đến điều trị, chất lượng cuộc sống người bệnh. Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang. Kết quả: tuổi khởi phát trung bình $31,6 \pm 11,6$; các triệu chứng thường gặp của trầm cảm lưỡng cực là khí sắc dao động trong ngày (55,3%), 15,8% có hoang tưởng và 5,3% có ảo giác, 36,8% có ý tưởng tự sát, trong đó 13,2% có hành vi tự sát; bệnh nhân có 3 giai đoạn bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất (31,6%), số giai đoạn bệnh trung bình $4,9 \pm 4,3$; thời gian trung bình để người bệnh được chẩn đoán đúng là $7,2 \pm 8,8$ năm. Kết luận: triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân trầm cảm lưỡng cực là khí sắc dao động trong ngày, triệu chứng loạn thần, ý tưởng tự sát; bệnh nhân bị nhiều giai đoạn và sau nhiều năm mới được chẩn đoán đúng.

Từ khóa: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực (RLCXLC), giai đoạn trầm cảm (GĐTC).

SUMMARY

FIRST STEP OF STUDYING FOR DIAGNOSIS OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER IN NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HOSPITAL- BACH MAI HOSPITAL

Circumstance and reason of the study: Depression of bipolar disorder is usually misdiagnosed and delayed after years, which impacts on the efficacy of treatment and patients' quality of life. **Methods:** Cross-sectional study. **Results:** Average age of onset: 31.6 ± 11.6 ; the common symptoms of depression of bipolar disorder are mood fluctuation (55.3%); delusion (15.8%); hallucination (5.3%); suicidal thought (36.8%) with 13.2% of suicidal behaviors. Patients with 3 depressive episodes are at the highest rate (31.6%), average episodes: 4.9 ± 4.3 ; delayed time: 7.2 ± 8.8 years. **Conclusion:** The common symptoms of

depression of bipolar disorder are mood fluctuation, psychotic symptoms, suicidal thought; patients with bipolar disorder experience many depressive episodes and are correctly diagnosed after many years.

Key words: Bipolar disorders (BD), Depression episodes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm ngày nay đang chiếm một tỷ lệ cao trong cơ cấu bệnh lý tâm thần cũng như trong chăm sóc sức khỏe ban đầu ở cộng đồng. Theo nghiên cứu của Tổ chức Y tế Thế giới 5% dân số mắc trầm cảm. Ước tính đến năm 2020, đây là nguyên nhân thứ hai gây suy giảm các chức năng nghề nghiệp, xã hội sau các bệnh lý về tim mạch.

Trên lâm sàng, trầm cảm biểu hiện rất đa dạng và phong phú bằng nhiều triệu chứng kết hợp. Trầm cảm có trong rối loạn cảm xúc là chủ yếu và có cả ở các rối loạn tâm thần khác (các rối loạn liên quan đến stress, bệnh tâm thần phân liệt,...). Trong các rối loạn cảm xúc nội sinh trầm cảm trong RLCXLC chiếm một tỷ lệ rất đáng kể.

RLCXLC có khuynh hướng tái phát, thời kỳ thuyên giảm ngắn dần. Người bệnh gặp nhiều khó khăn trong học tập, lao động và chất lượng cuộc sống bị giảm sút sau mỗi lần tái phát, đặc biệt sau pha trầm cảm. Trầm cảm trong RLCXLC có nguy cơ tự sát cao (khoảng 11% ở Mỹ) và thúc đẩy tình trạng lạm dụng chất gây nghiện. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy thời gian trung bình từ lần khám bệnh đầu tiên đến khi được chẩn đoán xác định RLCXLC thường là trên 10 năm. Chính vì vậy việc phát hiện sớm, chẩn đoán đúng và điều trị kịp thời RLCXLC, giai đoạn trầm cảm có ý nghĩa quan trọng trong cải thiện triệu chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Hiện nay ở nước ta đã có nhiều nghiên cứu về rối loạn trầm cảm nhưng chưa có một đề tài nào nghiên cứu sâu về chẩn đoán sớm và điều trị trầm cảm trong RLCXLC. Chính vì vậy,

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hà

Email: lethuha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2017

Ngày duyệt bài: 23.5.2017

chúng tôi chọn đề tài: “*Nghiên cứu chẩn đoán trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi gồm 38 bệnh nhân được chẩn đoán là RLCXLC, giai đoạn trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD- 10 (1992), điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, phát hiện, chẩn đoán trầm cảm bằng lâm sàng.

- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện, nghĩa là chọn tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là RLCXLC, giai đoạn trầm cảm, điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai.

- Các số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các biểu hiện triệu chứng của trầm cảm trong RLCXLC

Bảng 2: Các biểu hiện lâm sàng của trầm cảm trong RLCXLC

Biểu hiện		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Khí sắc trầm		37	97,4
Mất mọi quan tâm thích thú		36	94,7
Giảm năng lượng		32	84,2
Ý tưởng bị tội, không xứng đáng		20	52,6
Ý tưởng tự sát		14	36,8
Hành vi tự sát		5	13,2
Khí sắc dao động		21	55,3
Triệu chứng loạn thần	Hoang tưởng	6	15,8
	Ao giác	2	5,3
Rối loạn giấc ngủ	Ngủ nhiều	6	15,8
	Mất ngủ	8	21,1
	Ngủ kém	23	60,5

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất của trầm cảm trong RLCXLC là khí sắc trầm chiếm 97,4%. Mất mọi quan tâm thích thú chiếm 94,7%; Khí sắc dao động trong ngày chiếm tới 55,3%; 15,8% bệnh nhân có hoang tưởng và 5,3% có ảo giác; Đặc biệt có 5 bệnh nhân (13,2%) có hành vi tự sát.

3.2. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Phân bố theo nhóm tuổi

	Nhóm tuổi	n	Tỉ lệ %	Trung bình
Nhóm tuổi hiện tại	<20	1	2,6	39,3 ± 13,7
	20 – 29	12	31,6	
	30 – 39	3	7,9	
	40 – 49	16	42,1	
	≥ 50	6	15,8	
Nhóm tuổi khởi phát bệnh	<20	6	15,8	31,6 ± 11,6
	20 – 29	14	36,8	
	30 – 39	6	15,8	
	40 – 49	10	26,3	
	≥ 50	2	5,3	

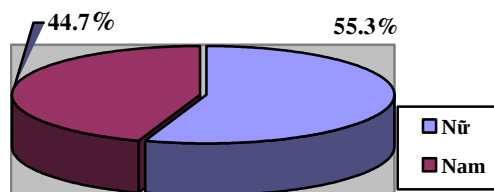
Nhận xét: - Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 40 - 49 (42,1%), tiếp đó là đến nhóm 20 - 29: 31,6%. Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất là <20: 2,6%. Tuổi trung bình 39,3 ± 13,7 (thấp nhất 18, cao nhất 70 tuổi).

- Tuổi khởi phát trung bình 31,6 ± 11,6 (thấp nhất 15 tuổi, cao nhất 55 tuổi). Đa số bệnh nhân khởi phát bệnh dưới 30 tuổi: 52,6%.

Biểu đồ 1: Giới

3.3. Số giai đoạn bệnh

Bảng 3: Số giai đoạn bệnh của bệnh nhân



Bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu (21 bệnh nhân chiếm 55,3%).

Số giai đoạn bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Trung bình
2	11	28,9	4,9 ± 4,3
3	12	31,6	
4	7	18,4	
5	3	7,9	
≥ 6	5	13,2	
Tổng số	38	100	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có 3 giai đoạn bệnh, chiếm 31,6%; Có 2 bệnh nhân (5,3%) bị tới 30 giai đoạn bệnh.

3.4. Đặc điểm về chẩn đoán bệnh

Bảng 4: Thời gian từ khi bị bệnh đến khi được chẩn đoán đúng

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Trung bình (năm)
< 1 năm	4	10,5	7,2 ± 8,8
1 - 5 năm	24	63,2	
6 - 10 năm	1	2,6	
>10 năm	9	23,7	
Tổng số	38	100	

- Số bệnh nhân được chẩn đoán đúng sau 1 - 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (63,2%). Chẩn đoán đúng sau 10 năm cũng chiếm một tỷ lệ lớn: 23,7%

- Bệnh nhân được chẩn đoán RLCXLC sớm nhất là sau 4 tháng, lâu nhất sau 32 năm bị bệnh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

- **Tuổi:** Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi từ 18 đến 70, tuổi trung bình là 39,3 ± 13,7. Bệnh nhân gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 40- 49 (42,1%), sau đó đến 20- 29 (31,6%). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Mantere O. và cộng sự (2004) tuổi trung bình tại thời điểm nghiên cứu là 37,7. Kết quả của chúng tôi cao hơn của Ngô Hùng Lâm (2007) là tuổi trung bình của RLCXLC là 33,7; Vũ Minh Hạnh (2008) tuổi trung bình của RLCXLC, giai đoạn trầm cảm ở thời điểm nghiên cứu là 34,6.

Tuổi khởi phát trung bình của nhóm nghiên cứu là 31,6 ± 11,6, trong đó có 20 bệnh nhân (52,6%) khởi phát trước 30 tuổi. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với Tondo L. là 29,2 tuổi, Nguyễn Minh Hạnh là 30,6 tuổi. Nghiên cứu của Perlis R.H và cộng sự (2006) tuổi khởi phát của RLCXLC là 21,2 ± 9,6 trong khi tuổi khởi phát của trầm cảm đơn cực là 29 ± 14,2. Tuổi khởi phát sớm sẽ ảnh hưởng đến học tập, nghề nghiệp và chất lượng cuộc sống người bệnh.

- **Giới:** trong 38 bệnh nhân có 21 bệnh nhân nữ (55,3%) và 17 bệnh nhân nam (44,7%). Tỷ lệ nữ/ nam là 1,2/1 (biểu đồ 1). Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với Nguyễn Minh Hạnh tỷ lệ nữ/nam là 1,1/1; theo Kessler R.C. tỷ lệ RLCXLC I khoảng 0,5- 1,6% dân số, nam và nữ như nhau, còn RLCXLC II chiếm khoảng 1,5- 2,5% và nữ nhiều hơn nam.

4.2. Các biểu hiện triệu chứng của trầm cảm trong RLCXLC (bảng 2):

- **Các triệu chứng đặc trưng:** khí sắc trầm chiếm 97,4% (37/38 bệnh nhân) với biểu hiện nét mặt buồn, nếp nhăn hằn sâu ở mắt, mắt luôn nhìn xuống, thờ ơ, có thể khóc lóc, than vãn. Đây là rối loạn cơ bản phản ánh tình trạng cảm xúc của người bệnh. Mất mọi quan tâm thích thú có ở 36/38 bệnh nhân (94,7%), bệnh nhân không còn thích thú, vui vẻ với các sở thích trước đây (xem phim, nghe nhạc,...), ngại tiếp xúc nói chuyện với mọi người xung quanh, người bệnh không còn cảm giác hài lòng với mọi thứ. Giảm năng lượng cũng thường gặp (84,2%) với các biểu hiện mệt mỏi, yếu ớt, thiếu sinh lực, giảm hoạt động. Khí sắc dao động trong ngày cũng chiếm tới 55,3%: người bệnh cảm thấy mệt mỏi thường nặng lên vào buổi sáng, bệnh nhân không muốn bước ra khỏi giường nên thường đi làm muộn, hiệu suất công việc buổi sáng thường kém hơn buổi chiều. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự Forty L và cộng sự (2008) trầm cảm trong RLCXLC có 95,5% bệnh nhân có giảm năng lượng và 59% có sự khí sắc dao động trong ngày.

- **Các triệu chứng phổ biến:** 52,6% có ý tưởng bị tội, không xứng đáng. Người bệnh cho rằng quá khứ là một chuỗi sai lầm, luôn nghĩ rằng mình không xứng đáng với mọi người trong gia đình, cơ quan và xã hội, họ thường tự buộc tội bản thân. Có tới 36,8% bệnh nhân có ý tưởng và 13,2% (5 bệnh nhân) đã có hành vi tự sát. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với của Vũ Minh Hạnh (2008) nhận thấy trầm cảm trong RLCXLC 67,5% người bệnh có ý tưởng bị tội, không xứng đáng, 32,5% có ý tưởng tự sát, 15% bệnh nhân có hành vi tự sát. Nghiên cứu của

chúng tôi cũng phù hợp với Post R.M và Perlis R.H, đánh giá thấp bản thân và ý tưởng tự sát là triệu chứng thường gặp ở trầm cảm lưỡng cực.

Rối loạn giấc ngủ gặp ở hầu hết bệnh nhân nghiên cứu (37/38 bệnh nhân), trong đó 6 bệnh nhân ngủ nhiều (15,8%), 8 bệnh nhân mất ngủ (21,1%) và 23 bệnh nhân ngủ kém (60,5%). 6 trường hợp ngủ nhiều là tăng độ dài giấc ngủ đêm cũng như ngày, người bệnh có thể ngủ trên 10 giờ trong 1 ngày. Người bệnh thường ngủ đến 9 – 10 giờ sáng, khi có việc phải dậy đi làm thường rất khó dậy và nếu dậy thì vẫn ngủ gật trong khi làm việc. Ngủ kém chủ yếu là người bệnh thường thức dậy sớm (sớm 2- 5 giờ so với bình thường) chiếm 36,8%; 23,7% bệnh nhân thì vừa khó vào giấc- vừa thức dậy sớm, người bệnh thường ngủ không sâu giấc, hay gặp ác mộng. Đây là nguyên nhân mà nhiều bệnh nhân đến viện khám bệnh. Rối loạn giấc ngủ ảnh hưởng nghiêm trọng đến cuộc sống, lao động và học tập của người bệnh. Rối loạn giấc ngủ còn dẫn đến tình trạng lạm dụng thuốc giải lo âu, thuốc ngủ, rượu và ma túy.

- Các triệu chứng loạn thần: Trong 38 bệnh nhân nghiên cứu, có 6 bệnh nhân có hoang tưởng (15,8%), 2 bệnh nhân (5,3%) có ảo giác (trong đó có 1 bệnh nhân có cả ảo giác và hoang tưởng). Hoang tưởng thường phù hợp với khí sắc như hoang tưởng bị tội, hoang tưởng bị thiệt hại, hoang tưởng nghi bệnh, hoang tưởng liên hệ. Ảo giác gặp trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân: 1 bệnh nhân có ảo thanh ra bình phẩm, 1 bệnh nhân có ảo thanh bình phẩm và ảo thanh ra lệnh (đều có nội dung chê bai, nói xấu bệnh nhân). Nghiên cứu của Baethge C trên 4972 bệnh nhân điều trị nội trú, tỷ lệ bệnh nhân có ảo giác ở RLCXLC là 44,6% trong đó RLCXLC giai đoạn trầm cảm chiếm 10,5%, rối loạn trầm cảm tái diễn là 5,9% và tâm thần phân liệt là 61,1%.

4.3. Số giai đoạn bệnh của bệnh nhân (bảng 3): Số bệnh nhân có 3 giai đoạn bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất (31,6%). Bệnh nhân có 2 giai đoạn bệnh chiếm 28,9%. Có 2 bệnh nhân bị tới 30 giai đoạn bệnh (5,3%). Số giai đoạn bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là $4,9 \pm 4,3$. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nhất là những bệnh nhân bị từ 3 giai đoạn bệnh trở nên thường chất lượng công việc giảm sút, có những bệnh nhân đã phải bỏ các công việc kinh doanh, xa nhà để về gần nhà làm những công việc tự do, có thu nhập kém hơn trước nhiều. Tái phát nhiều lần còn thúc đẩy tỷ lệ nghiện rượu, ma túy gia tăng, sức khỏe về thể chất và tâm thần giảm xuống.

4.4. Đặc điểm về chẩn đoán bệnh: Theo bảng 4, số bệnh nhân được chẩn đoán đúng trong 1 - 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 63,2%. Số bệnh nhân được chẩn đoán đúng sau 10 năm cũng chiếm tới 23,7%, cá biệt có bệnh nhân sau 32 năm bị bệnh mới được chẩn đoán đúng. Thời gian trung bình để người bệnh được chẩn đoán đúng là $7,2 \pm 8,8$ năm. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với Hirschfeld và cộng sự, thời gian trung bình từ lúc đi khám bệnh lần đầu đến khi được chẩn đoán xác định RLCXLC là 10 năm hoặc hơn nữa gặp ở 1/3 số bệnh nhân. Hậu quả là làm trì hoãn điều trị và làm gia tăng các vấn đề như khó khăn trong giao tiếp, học tập, công việc, hôn nhân, khó khăn về tài chính và các vấn đề sức khỏe chung.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 bệnh nhân được chẩn đoán trước đó là GĐTC (13,2%), và RL trầm cảm tái diễn (13,2%). Số bệnh nhân bị chẩn đoán nhầm là tâm thần phân liệt và rối loạn cơ thể hóa đều chiếm 2,6%. Còn các bệnh nhân khác gia đình và bệnh nhân đều không nhớ chẩn đoán trước đó. Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều không điều trị duy trì hoặc điều trị duy trì không đều. Việc chẩn đoán nhầm này sẽ làm cho bệnh nhân không được điều trị duy trì bằng thuốc chính khí sắc, thậm chí là không được điều trị duy trì dẫn đến các giai đoạn bệnh tái phát nhanh, bệnh nhân không hồi phục được hoàn toàn giữa các giai đoạn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 38 bệnh nhân bị RLCXLC, giai đoạn trầm cảm chúng tôi nhận thấy tỉ lệ nữ/nam 1,2/1; tuổi khởi phát trung bình $31,6 \pm 11,6$; Các triệu chứng thường gặp của trầm cảm lưỡng cực: khí sắc dao động trong ngày (55,3%), 15,8% có hoang tưởng và 5,3% có ảo giác, 36,8% có ý tưởng tự sát, và có 5 bệnh nhân đã có hành vi tự sát (chiếm 13,2%); Bệnh nhân có 3 giai đoạn bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất (31,6%), số giai đoạn bệnh trung bình là $4,9 \pm 4,3$; 26,3% bệnh nhân được chẩn đoán đúng bệnh sau ít nhất là 6 năm, thời gian trung bình để người bệnh được chẩn đoán đúng là $7,2 \pm 8,8$ năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hirschfeld R. M, Lewis L, Vornik L.A (2003). Perception and impact of bipolar: how far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 64, 161–174.
2. Vũ Minh Hạnh (2008). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực*. Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. **Perlis R.H, Brown E, Baker R.W et al (2006).** Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials. *Am J Psychiatry*, 163, 225-231.
4. **Kessler R.C, Berglund P, Demler O et al. (2005).** Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593-602.
5. **Forty L, Smith D, Jones L et al (2008).** Clinical differences between bipolar and unipolar depression. *The British Journal of Psychiatry*, 192(5), 388-389.
6. **Musetti L, Grande C.D, Marazziti D et al (2013).** Treatment of bipolar depression. *CNS Spectrums*, 18, 177-187.
7. **Baethge C, Baldessarini R.J, Freudenthal K et al (2005).** Hallucinations in bipolar disorder: characteristics and comparison to unipolar depression and schizophrenia. *Bipolar Disorder*, 7(2), 136-145.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CẢI TIẾN KỸ THUẬT NÂNG CAO TỶ LỆ THÀNH CÔNG TRONG THỤ TINH ỨNG NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Bùi Văn Hiếu¹, Nguyễn Xuân Hợi²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả cải tiến kỹ thuật nâng cao tỷ lệ thành công trong thụ tinh ống nghiệm tại trung tâm hỗ trợ sinh sản quốc gia. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu tại 2 thời điểm năm 2010 và 2015 tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc Gia. **Kết quả:** độ tuổi trung bình của bệnh nhân $32,28 \pm 4,86$, Số noãn thụ tinh trung bình năm 2015 ($8,41 \pm 5,0$) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với số noãn trung bình năm 2010 ($6,35 \pm 5,07$) với $p < 0,05$. Số lượng phôi trung bình năm 2015 ($7,8 \pm 4,7$) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với số phôi trung bình năm 2010 ($5,73 \pm 4,72$) với $p = 0,01$. Trong đó tỷ lệ thu được 1-5 phôi năm 2010 chiếm tỷ lệ cao là 64,7%, năm 2015 tỷ lệ thu được 1-5 phôi có 35,6%. Tỷ lệ có thai lâm sàng năm 2015 là 46,6% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với năm 2010 (29,4%) với $p = 0,01$. Tỷ lệ có thai lâm sàng ở nhóm chuyển phôi dễ và chuyển phôi khó năm 2015 đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với năm 2010 ($p = 0,01$). Trong đó tỷ lệ có thai lâm sàng nhóm chuyển phôi dễ năm 2015 là 46,5% cao hơn có ý nghĩa thống kê tỷ lệ có thai lâm sàng nhóm chuyển phôi dễ năm 2010 (30,7%). **Kết luận:** Các thay đổi sang chuyển phôi ngày 3, chuyển phôi bằng catheter mềm, chuyển phôi dưới sự hỗ trợ của siêu âm, tăng liều hỗ trợ hoàng thể progesteron 800mg đã nâng cao tỷ lệ có thai lâm sàng trong kỹ thuật IVF

Từ khóa: Kết quả thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

THE EFFICACY OF TECHNICAL ADVANCES FOR INCREASING IVF OUTCOMES AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

¹Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Phụ Sản trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hợi

Email: doctorhoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.5.2017

Ngày duyệt bài: 23.5.2017

Objective: To access the efficacy of technical improvement for increasing IVF outcomes at National Center for assisted reproductive technology. **Patients and Method:** A retrospective descriptive study of patients undergone IVF/ICSI in year 2010 and year 2015 at National center for assisted reproductive technology. **Results:** Mean age of patients was $32,28 \pm 4,86$, mean number of fertilized oocytes in 2015 ($8,41 \pm 5,0$) was significantly higher than that in 2010 ($6,35 \pm 5,07$) ($p < 0,05$). Mean number of collected embryos in 2015 ($7,8 \pm 4,7$) was significantly higher than that in 2010 ($5,73 \pm 4,72$) ($p = 0,01$); rate of patients whose number of collected embryos ranged from 1 to 5 was 64,7% and 35,6% in 2010 and in 2015, respectively. Clinical pregnancy rate in 2015 was significantly higher than that in 2010 (45,6% vs 29,4%, $p = 0,01$). By considering level of difficulty in embryos transfer, we found that the clinical pregnancy rate of patients with easy embryos transfer cycles or difficult embryos transfer cycles in 2015 was statistically higher than that of patients in 2010 ($p = 0,01$), clinical pregnancy rate in easy embryos transfer cycles in 2015 was higher than that in 2010, (46,5% versus 30,7%). **Conclusions:** Applying new techniques into IVF/ICSI, including day-3 transfer instead of day-2 transfer, embryos transfer with ultrasound guiding, using smooth catheter, increasing dose of progesterone upto 800 mg per day in luteal phase support, improved IVF outcomes.

Keywords: IVF outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo nghiên cứu có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của thụ tinh trong ống nghiệm như chất lượng noãn, chất lượng phôi, niêm mạc tử cung ngày chuyển phôi... ngoài ra các yếu tố trên thì loại carather chuyển phôi, điểm chuyển phôi... đã được chứng minh ảnh hưởng đến tỷ lệ làm tổ của phôi làm ảnh hưởng đến thành công của thụ tinh trong ống nghiệm. Theo nghiên cứu Abou-Setta và cs (2005) tỷ lệ có thai lâm sàng khi sử dụng catheter mềm là

30,48% cao hơn catheter cứng 24,01% với $p=0,01$, $OR=1,39$, $CI\ 1,08-1,79$, tỷ lệ có thai ở nhóm chuyển phôi dễ là 41,4% cao hơn có ý nghĩa với nhóm chuyển phôi khó (17%). Do vậy tại trung tâm hỗ trợ sinh sản quốc gia từ khi thành lập đến nay luôn luôn nghiên cứu cập nhật đón đầu các kỹ thuật mới nhằm nâng cao tỷ lệ thành công trong thụ tinh ống nghiệm. Bắt đầu từ năm 2010 trung tâm đã có những thay đổi cải tiến từng bước như chuyển từ chuyển phôi ngày 2 sang chuyển phôi ngày 3 hoặc ngày 5, chấm điểm phôi trước chuyển, chuyển từ chuyển phôi bằng catheter cứng sang catheter mềm Gynetics, tăng liều hỗ trợ hoàng thể từ 400mg progesteron lên liều 800mg progesteron tất cả các thay đổi này được hoàn thiện đầy đủ vào năm 2015. Những thay đổi này đã nâng tỷ lệ có thai tại trung tâm lên gần 50%, đây là một con số mà nhiều trung tâm trong và ngoài nước đang phấn đấu. Để chứng minh hiệu quả của những thay đổi đó mang lại chúng tôi chọn 2 thời điểm năm 2010 và 2015 là 2 đầu mút từ khi bắt đầu thay đổi đến khi hoàn thiện tất cả các kỹ thuật nhằm: "Đánh giá hiệu quả cải tiến kỹ thuật nâng cao tỷ lệ thành công trong thụ tinh ống nghiệm tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương" với mục tiêu: Đánh giá kết quả của một số cải tiến kỹ thuật nâng cao tỷ lệ thụ tinh ống nghiệm tại Bệnh Viện Phụ Sản TW.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm các bệnh nhân làm thụ tinh trong ống nghiệm tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc Gia từ tháng 01/2010 đến tháng 12/2010 và 01/2015 đến 12/2015 phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bao gồm tất cả các bệnh nhân được chọc hút noãn kích thích buồng trứng và được chuyển phôi tươi tại Trung Tâm HTSS Quốc Gia đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

Bảng 1. phân loại vô sinh

Loại vô sinh	Năm 2010		Năm 2015		p
	n	%	n	%	
Vô sinh I	548	54,8%	541	54,1%	>0,05
Vô sinh II	442	44,2%	459	45,9%	

Không có sự khác biệt về phân loại vô sinh giữa 2 thời điểm năm 2010 và 2015.

***Thời gian vô sinh**

Bảng 2. thời gian vô sinh

Thời gian vô sinh	Năm 2010		Năm 2015		p
	n	%	n	%	
≤5 năm	581	58,1%	616	61,6%	0,11
>5 năm	419	41,9%	384	38,4%	
X ±SD	5,33 ±3,44				

Thời gian vô sinh trung bình là $5,33 \pm 3,44$, thời gian vô sinh hay gặp nhất dưới 5 năm (năm

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Các bệnh nhân chuyển phôi đông lạnh, thông tin bệnh nhân không đầy đủ rõ ràng các tiêu chuẩn nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả hồi cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2010 đến 12/2010 và 01/2015 đến 12/2015. Năm 2010 và năm 2015 chúng tôi chọn 2000 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu: được kích thích buồng trứng bằng phác đồ GnRH antagonist, phác đồ ngắn, phác đồ dài, sử dụng FSH tái tổ hợp, liều FSH ban đầu được xác định dựa trên tuổi bệnh nhân, AMH, AFC. Khi có ít nhất 2 nang noãn $\geq 18mm$, βhCG được sử dụng để gây trưởng thành nang noãn. Chọc hút nang được tiến hành 36h-38h sau tiêm βhCG . Nhóm trước cải tiến 2010 thỏa mãn điều kiện chuyển phôi ngày 2, chuyển phôi bằng catheter cứng không có hướng dẫn của siêu âm, liều hỗ trợ hoàng thể progesteron 400mg. Nhóm sau cải tiến thoải mãn chuyển phôi ngày 3, chuyển phôi bằng catheter mềm có sự hướng dẫn của siêu âm, liều hỗ trợ hoàng thể 800mg progesteron.

Các biến số nghiên cứu là: tổng số noãn, tổng số phôi thu được, tỷ lệ thụ tinh, tỷ lệ có thai lâm sàng và liên quan kỹ thuật chuyển phôi và tỷ lệ có thai lâm sàng.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu không can thiệp vào bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ kín bí mật và trung thực theo các quy định về nghiên cứu y sinh.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong hai thời điểm 2010 và 2015.

Nghiên cứu trong 2 thời điểm 2010 và 2015 chúng tôi thấy: không có sự khác biệt về đặc điểm đối tượng nghiên cứu giữa 2 thời điểm 2010 và 2015. Độ tuổi trung bình là $32,28 \pm 4,86$.

2010 là 51,8%, năm 2015 là 61,6%). Thời gian vô sinh ngắn nhất là 1 năm, và thời gian lâu nhất là 22 năm.

***Cách xét nghiệm hormon cơ bản:** Nồng độ FSH, LH, E2 trung bình năm 2010 lần lượt là $6,55 \pm 2,34$, $4,87 \pm 9,06$ và $49,7 \pm 45,11$ không có sự khác biệt nồng độ nội tiết đầu chu kỳ năm 2015

Số nang noãn thứ cấp đầu chu kỳ.

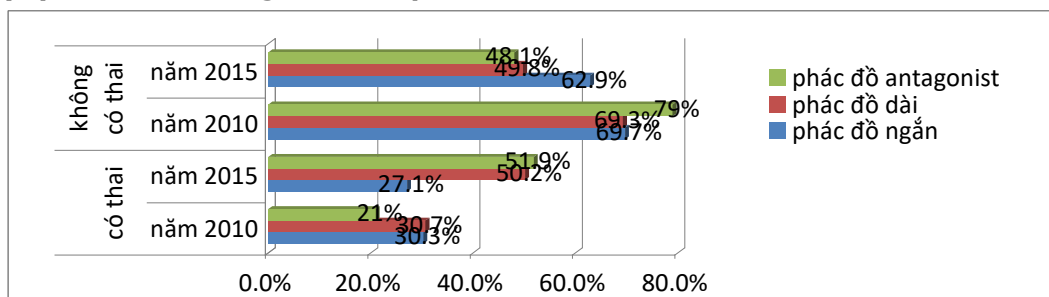
3.2. Kết quả thụ tinh ống nghiệm ở 2 thời điểm năm 2010 và năm 2015

***Số lượng noãn, phôi thu được mỗi thời điểm:** Số noãn thụ tinh trung bình năm 2015 là

***Tỷ lệ có thai lâm sàng theo mỗi phác đồ**

$8,41 \pm 5,0$ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với số noãn trung bình năm 2010 ($6,35 \pm 5,07$) với $p < 0,05$. Tỷ lệ số noãn 5-10 noãn năm 2015 là 35,8% năm 2010 là 44,9%, năm 2015 tỷ lệ thu được số noãn 8-14 noãn là 49,6%

Số lượng phôi trung bình năm 2015 ($7,8 \pm 4,7$) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với số phôi trung bình năm 2010 ($5,73 \pm 4,72$) với $p < 0,05$. Trong đó tỷ lệ thu được 1-5 phôi năm 2010 chiếm tỷ lệ cao là 64,7%, năm 2015 tỷ lệ thu được 1-5 phôi có 35,6%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ có thai lâm sàng theo phác đồ kích thích buồng trứng

Tỷ lệ có thai lâm sàng ở cùng 1 phác đồ ở mỗi thời điểm lại khác nhau có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ có thai lâm sàng ở phác đồ antagonist năm 2015 là 51,9 % cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ có thai lâm sàng năm 2010 (21%).

***Tỷ lệ thai lâm sàng và thai sinh hóa theo các năm**

Bảng 3. Kết quả thụ tinh ống nghiệm năm 2010 và 2015

Số noãn	Năm 2010		Năm 2015		p
	n	%	n	%	
Không có thai	684	68,4%	526	52,6%	0,01
Thai sinh hóa	22	22%	10	10%	
Thai lâm sàng	294	29,4%	464	46,4%	

Tỷ lệ có thai lâm sàng năm 2010 là 29,4% có sự khác biệt với năm 2015 là 46,6%

***Liên quan kỹ thuật chuyển phôi và tỷ lệ có thai lâm sàng**

Bảng 4. Tỷ lệ có thai lâm sàng theo mức độ chuyển phôi

Phác đồ KTBT	Năm 2010				Năm 2015				p
	Có thai		Không có thai		Có thai		Không có thai		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Chuyển phôi dễ	286	30,7%	647	69,3%	427	46,5%	503	53,5%	0,01
Chuyển phôi khó	8	11,9%	59	88,1%	27	45%	33	55%	0,01
Tổng	294	29,4%	706	70,6%	454	45,4%	536	53,6%	

Trong mỗi mức độ chuyển phôi tỷ lệ có thai lâm sàng năm 2015 đều tăng so với năm 2010. Tỷ lệ có thai lâm sàng năm 2015 ở nhóm chuyển phôi dễ là 46,5% cao hơn tỷ lệ có thai lâm sàng nhóm chuyển phôi dễ năm 2010 (30,7%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy sự khác biệt về đặc điểm đối tượng nghiên cứu giữa 2 thời điểm năm 2010 và năm 2015 với $p < 0,05$. Tuổi vợ thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 51 tuổi, tuổi trung bình là $32,28 \pm 4,86$ tuổi. Theo bảng 3.3 tỷ lệ có thai lâm sàng năm 2010 là 29,4% khác biệt có ý nghĩa với tỷ lệ có thai lâm

sàng năm 2015 là 46,4% kết quả này cao hơn rất nhiều so với Singapore (2002) [5] dao động từ 16-28%, tương ứng với tỷ lệ có thai lâm sàng ở nhóm tuổi 18-34 là 41% (2013) tại Nhật Bản [6], điều này có thể giải thích do sự thay đổi về phác đồ kích thích buồng trứng và kỹ thuật chọc hút noãn theo nghiên cứu của chúng tôi năm 2010 tỷ lệ sử dụng phác đồ dài 52,8%, phác đồ

ngắn 35,3%, phác đồ antagonist 35,3% xu hướng lựa chọn phác đồ kích trứng đã có xu hướng chuyển dịch sang phác đồ antagonist với tỷ lệ 44,3%, phác đồ dài 20,9%. Tỷ lệ có thai lâm sàng của mỗi phác đồ tại mỗi thời điểm là khác nhau có ý nghĩa. Theo nghiên cứu của chúng tôi bằng 3.4 tỷ lệ có thai lâm sàng phác đồ dài 30,7% năm 2010 lên 50,2% năm 2015 sự khác biệt này có thể do sự thay đổi về kỹ thuật trong labo, và kỹ thuật chuyển phôi theo nghiên cứu của Hasan N. Salla 2004 khẳng định chuyển phôi khó và chuyển phôi không nhẹ nhàng làm giảm rõ rệt tỷ lệ làm tổ của thai.

Theo Xin và cộng sự (2015) nghiên cứu trên 620 chu kỳ chuyển phôi thấy rằng, tỉ lệ thai lâm sàng ở nhóm bệnh nhân chuyển phôi ngày 3 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chuyển phôi ngày 2 (50,83% so với 32,7%, $p < 0,05$). Nghiên cứu của Chi và cộng sự (2015) thực hiện đông phôi và chuyển phôi cho thấy: với nhóm phôi ngày 3, tỉ lệ phôi sống sau rã đông, tỉ lệ thai lâm sàng và trẻ sinh sống đều cao hơn nhóm phôi ngày 2. Phân tích gộp trên Cochrane năm 2016 từ 12 thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng ngẫu nhiên, so sánh kết cục chuyển phôi ngày 3 so với ngày 2 trên nhóm ICSI thấy rằng các chứng cứ hiện tại không đủ để khẳng định có bất cứ sự khác biệt nào về tỉ lệ làm tổ, tỉ lệ thai lâm sàng, tỉ lệ trẻ sinh sống cũng như các kết cục sảy thai, đa thai, thai ngoài tử cung, bất thường về thai nhi, tỉ lệ biến chứng điều trị giữa hai thời điểm chuyển phôi ngày 2 và ngày 3.

Phân tích gộp năm 2007 thực hiện bởi Abou Setta và cộng sự trên 5968 chu kỳ chuyển phôi thấy rằng thực hiện chuyển phôi dưới hướng dẫn siêu âm cho kết cục IVF cao hơn so ý nghĩa thống kê so với chuyển phôi không có hướng dẫn của siêu âm. Cụ thể làm tăng tỉ lệ trẻ sinh sống thêm 1,78 lần (CI 95%: 1,19 - 2,67) thai tiến triển tăng 1,51 lần (CI 95%: 1,31 - 1,74), thai lâm sàng tăng 1,5 lần (CI 95%: 1,34 - 1,67) và tỉ lệ làm tổ tăng 1,35 lần (CI 95%: 1,22 - 1,50), tăng tỉ lệ chuyển phôi dễ thêm 32% và không có sự khác biệt về tỉ lệ thai ngoài tử cung, sảy thai và đa thai. Tương tự, năm 2016, phân tích gộp của Brown và cộng sự từ 21 thử nghiệm

lâm sàng có nhóm chứng ngẫu nhiên trên 6218 chu kỳ chuyển phôi cho thấy chuyển phôi dưới siêu âm cho kết quả tỉ lệ thai lâm sàng tăng thêm 1,31 lần (CI 95%: 1.30- 1.65), tỉ lệ trẻ sinh sống tăng thêm 1,47 lần (CI 95% 1.17- 1.45) so với thực hiện chuyển phôi không dưới hướng dẫn của siêu âm.

V. KẾT LUẬN

Các thay đổi từ chuyển phôi ngày 2 sang chuyển phôi ngày 3, chuyển phôi bằng catheter mềm, chuyển phôi dưới sự hỗ trợ của siêu âm, tăng liều hỗ trợ hoàng thể progesteron 800mg đã nâng cao tỷ lệ có thai lâm sàng trong kỹ thuật IVF.

Tỷ lệ có thai lâm sàng năm 2015 là 46,6% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với năm 2010 (29,4%) với $p = 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al-Inany HG, Youssef MA, Ayeleke RO, Brown J, Lam WS, Broekmans FJ (2016)**, "Gonadotrophin-releasing hormone antagonists for assisted reproductive technology", published in Issue 5, 2016.
2. **Chi F, Luo C, Hong L. et al (2015)** "vitrification of day 3 cleavage- stage embryos yields better clinical outcome in comparison with vitrification of day 2 cleavage- stage embryos" 2015 apr, 23(2): 169
3. **Hendriks D. J., Kwee J., Mol B. W. et al. (2007)**, Ultrasonography as a tool for the prediction of outcome in IVF patients: a comparative meta-analysis of ovarian volume and antral follicle count, *Fertil Steril*, **87(4)**, 764-75.
4. **Mutlu MF, Erdem M, Erdem A, Yildiz S, Mutlu I, Arisoy O, Oktem M**, Antral follicle count determines poor ovarian response better than anti-Müllerian hormone but age is the only predictor for live birth in in vitro fertilization cycles, *J Assist Reprod Genet*. 2013 Jun;30(5):657-65
5. **Brendon Yam (2002)**, In-vitro fertilisation in singapore: charges and success rates, MOH Information Paper: 2004/05.
6. **Hidekazu Saito (2008)**, ART Registry of Japan, 2008, Overview of ART treatment, 12-14
7. **Abou-setta AM, Mansour RT. Et all (2007)** " Among women undergoing embryo transfer, is the probability of pregnancy and live birth improved with ultrasound guidance over clinical touch alone? A systematic review and meta-analysis of prospective randomised trials" *fertil steril*, 2007 AUG;88(2);333

HƯỚNG XỬ TRÍ TINH HOÀN CÙNG DƯƠNG VẬT ĐÚT RÒI: NHÂN TRƯỜNG HỢP NỐI GHÉP VI PHẪU ĐẦU TIÊN TẠI VIỆT NAM VÀ NHÌN LẠI Y VẤN

Nguyễn Hồng Hà*

TÓM TẮT

Đứt rời tinh hoàn và dương vật là một sang chấn hết sức nặng nề về chức năng, thẩm mỹ và tâm lý cho bệnh nhân (BN). Việc khâu nối lại bằng kỹ thuật kinh điển giống như mảnh ghép tự do đã tỏ ra không có tác dụng. Sự phát triển của phẫu thuật tạo hình đã cho phép khả năng có thể nối ghép lại tinh hoàn, dương vật bằng kỹ thuật vi phẫu. Mặc dù đã có những bước tiến to lớn, nối ghép lại tinh hoàn, dương vật vẫn cực kỳ hiếm gặp. Trong các tài liệu tiếng Anh, chỉ có ba báo cáo với hai trường hợp thành công toàn bộ. Vừa qua BV Việt Đức đã tiến hành nối ghép thành công tinh hoàn đứt rời cho một BN 26 tuổi, đây có thể cũng chỉ là ca thứ 3 thành công trên thế giới. Chúng tôi muốn thông báo về ca nối ghép tinh hoàn và dương vật bằng kỹ thuật vi phẫu đầu tiên ở Việt Nam và tổng kết y văn nhằm rút ra một số hướng dẫn cho việc xử trí các trường hợp hy hữu này.

Từ khóa: nối ghép vi phẫu, tinh hoàn, dương vật

SUMMARY

MANAGEMENT OF TESTICLE AND PENILE AMPUTATION INJURIES: FIRST CASE IN VIETNAM AND REVIEW THE LITERATURE

The defect of testis and penis have huge effect on function, aesthetic and psychologic of the patient. However, reattachment of the amputated genital external organ by means of grafting has proved unsuccessful. The development of microsurgical intervention that made testicular and penile replantation possible. Despite this major surgical advancement, this is an extremely rare event. In the English literature, there have been only two successful reports involving three patients. The authors report the 3rd world case and the first Vietnam case of successful microsurgical replantation. In reviewing the reported cases, we try to find out some suggestions and guidelines for the management of this extremely rare trauma.

Keyword: microsurgical intervention, testis, penis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đứt rời dương vật là tổn thương hiếm gặp trong cấp cứu ngoại khoa và đứt rời tinh hoàn còn hiếm gặp hơn dương vật. Chính vì vậy đứt rời cả tinh hoàn và dương vật là một tổn thương cực kỳ hiếm gặp trong chấn thương cơ quan sinh dục ngoài của nam giới. Chấn thương này có thể để lại hậu quả nặng nề về chức năng, thẩm mỹ và tâm lý cho BN. Nhờ sự phát triển của vi phẫu thuật đã cho phép nghĩ đến việc nối lại tinh hoàn và dương vật đứt rời cùng lúc. Ca nối ghép cả tinh hoàn và dương vật đầu tiên được đăng tải trên tạp trí nổi tiếng Lancet bởi Kangesu và Cs

năm 1995 [3]. Ca thứ 2 bởi Darewicz và Cs năm 1996. Ca thứ 3 thông báo bởi Becker và Cs năm 1997 [1]. Như vậy tính đến nay trong y văn tiếng Anh mới chỉ ghi nhận 2 ca nối ghép tinh hoàn cùng dương vật sống toàn bộ, một ca dương vật chỉ sống được 35% [2]. Ca nối ghép thành công tinh hoàn đứt cùng dương vật đứt rời tại BV Việt Đức có thể cũng chỉ là ca thứ 3 thành công trên thế giới. Thời gian chịu thiếu máu của tinh hoàn rất ngắn chức năng sinh tinh và nội tiết lại rất quan trọng, dương vật còn với đủ chức năng tiểu tiện hay cương dương cũng vô cùng ý nghĩa với BN. Vậy làm thế nào để xử trí hai loại tổn thương rất hiếm nhưng vẫn có thể đồng thời xảy ra cùng một lúc để giữ được cả hai cơ quan này bảo tồn chức năng một cách tối đa. Chúng tôi muốn thông báo về ca nối ghép tinh hoàn bằng kỹ thuật vi phẫu đầu tiên ở Việt Nam và tổng kết y văn nhằm rút ra một số hướng dẫn cho việc xử trí các trường hợp hy hữu này.

II. CA LÂM SÀNG

BN nam 26 tuổi, tiền sử tâm thần phân liệt, dùng thuốc cách 2 tháng do đi làm xa. BN tự cắt toàn bộ 2 tinh hoàn và dương vật. Sơ cứu tại y tế địa phương, thắt mạch cầm máu, bảo quản bộ phận đứt rời và chuyển lên BV Việt Đức. Tại đây BN được cấp cứu cầm máu, truyền dịch, mời hội chẩn chuyên khoa tâm thần và hội chẩn đa chuyên khoa. Vì người bệnh còn quá trẻ, rối loạn tâm lý có thể kiểm soát được, gia đình tha thiết giữ lại nên kết quả hội chẩn quyết định nối ghép vi phẫu.

Tiến hành song song 2 kíp. Để chạy đua với thời gian (vì thời gian thiếu máu cho tinh hoàn ngắn) một kíp mổ cắt lọc phẫu tích bóc lộ mạch máu, thùng tinh trên phần đứt rời đã được tiến hành ngay khi BN chưa được gây mê. Khâu nối niệu đạo, vật hang vật xốp, động mạch, tĩnh mạch ống dẫn tinh, thần kinh. Tất cả các động mạch, tĩnh mạch cho tinh hoàn đều rất nhỏ, to nhất chỉ khoảng 1mm. Ca mổ kéo dài khoảng 10 giờ đồng hồ vì cả tinh hoàn và dương vật đều không có phần mạch chung nào nên chúng tôi gần như đã phải tiến hành các ca nối ghép vi phẫu riêng rẽ (Hình 1 và 2).

Sau mổ bìu, dương vật sống tốt, trên siêu âm có các tín hiệu tái lập tuần hoàn cho tinh hoàn. Theo dõi chặt chẽ, uống thuốc và khám lại theo chỉ định của BS chuyên khoa tâm thần. Khám lại sau một tháng, các vết mổ bìu và dương vật liền tốt, chức năng tiết niệu (đi tiểu) hoàn toàn bình thường. Chức năng sinh dục đã có dấu hiệu cương. Kiểm tra trên siêu âm Doppler cả 2 tinh hoàn đều có dòng cấp máu (Hình 3).

**Bệnh viện Việt Đức*

Chịu trách nhiệm chính: *Nguyễn Hồng Hà*

Email: *nhadr4@gmail.com*

Ngày nhận bài: 10.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2017

Ngày duyệt bài: 23.5.2017



Hình 1. Minh họa BN của BV Việt Đức, đứt rời tinh hoàn 2 bên và dương vật, với 3 bó mạch riêng rẽ phải khâu nối. Theo www.Ptth.vn

III. BÀN LUẬN

Về nguyên nhân cơ chế tai nạn: Tổng kết y văn thế giới chúng tôi nhận thấy tất cả các BN đều rất trẻ, ít hơn 30 tuổi (Bảng 1). Các trường hợp bao gồm bốn ca đứt rời hai bên cùng với dương vật cho thấy tính chất nặng nề của loại thương tổn này. Cơ chế vết thương vật sắc xảy ra trong tất cả các trường hợp [1,2,3]. Các BN tự cắt đều có bệnh tâm thần. Kể cả trường hợp bị cắt do bạo lực thì người tấn công cũng bị bệnh tâm thần, điều này cho thấy có yếu tố kết hợp chặt chẽ giữa bệnh tâm thần với các loại vết thương này. Ở đây có sự khác biệt so với nhóm bị cắt dương vật đơn thuần hay gặp tại Thái lan và Việt nam do vợ hoặc bạn tình gây ra, không liên quan gì đến bệnh cảnh tâm thần. Khi điều

trị những BN này, phải xin ý kiến hội chẩn tâm thần ngay lập tức, ổn định tinh thần BN trước, trong và sau khi can thiệp. Hầu hết các tác giả hiện nay đều cho rằng bất kể có chẩn đoán tâm thần, thì việc tái tạo ngay lập tức tinh hoàn, dương vật bị cắt bỏ nên được thực hiện bất cứ khi nào có thể. Trong thời gian nằm viện, BN tâm thần có thể được tiếp tục điều trị chuyên khoa sâu, cuối cùng có thể ổn định tinh thần, hướng đến những hành vi an toàn hơn. Những hành vi tự cắt bỏ này có thể là biểu hiện đầu tiên của hành vi loạn thần, hay không tuân thủ điều trị và thông qua việc ổn định tâm thần của họ, những BN này vẫn có thể có một cơ hội sinh hoạt bình thường [2,3,4].

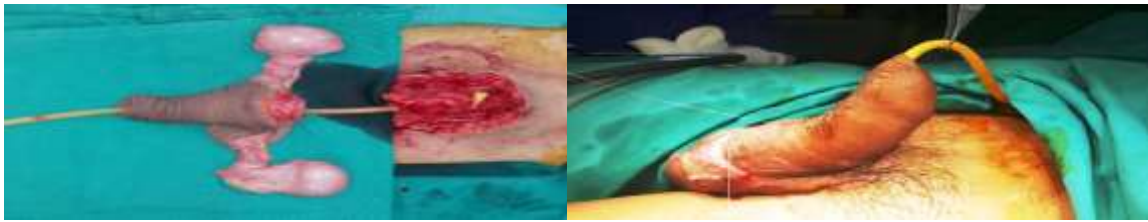
Bảng 1. Giới thiệu BN tổng kết trên y văn và của BV Việt Đức

BN	Năm báo cáo	Tác giả	Tuổi	Cơ chế	Tổn thương	Đồng tổn thương	Tình trạng tâm lý
1	1995 2003	Kangesu et al Griffiths et al	3	Sắc, bị tấn công	Hai bên tinh hoàn	Dương vật	Kẻ tấn công-Tâm thần
2	1996	Darewicz et al	29	Sắc, tự gây ra	Hai bên tinh hoàn	Dương vật	Trầm cảm
3	1997	Becker et al	29	Sắc, tự gây ra	Hai bên tinh hoàn	Dương vật	Tâm thần
4	2016	Nguyễn Hồng Hà và Cs	26	Sắc, tự gây ra	Hai bên tinh hoàn	Dương vật	Tâm thần

Về sơ cấp cứu: Bất kể phương án điều trị cuối cùng như thế nào, quá trình sơ cấp cứu phải chú ý đến hai mục tiêu cơ bản: hồi sức BN và chuẩn bị cho phẫu thuật nối ghép tinh hoàn, dương vật. Dù hiếm khi nguy hiểm tính mạng nhưng nhiều BN vẫn bị trì hoãn sự điều trị do tình trạng tâm thần hoặc sự lạm dụng chất kích thích. Mất máu đáng kể có thể xảy ra và có thể thường cần phải hồi sức kịp thời với nhu cầu truyền máu. Khám xét toàn diện tránh bỏ sót các tổn thương phối hợp. Phần quan trọng nữa đánh giá quá liều ma túy hoặc rượu. Sau khi hồi sức đầy đủ, cần phải ổn định điều kiện tâm thần. Chỉ

có một số rất hiếm các trường hợp ngoại lệ BN lặp lại tự cắt. Ở những BN này, cần cân nhắc giữa các yếu tố lợi hại của nối ghép với việc để BN sống thời gian dài còn lại không có tinh hoàn và dương vật [2,4].

Luôn luôn phải tìm cách bảo quản lạnh phần cơ thể đứt rời đúng cách, không được để đá cục tiếp xúc trực tiếp với phần đứt rời. Đã có trường hợp nối ghép ngón tay, da đầu... thành công muộn đến mức trên 16 tiếng sau khi đứt, tuy nhiên tinh hoàn lại có khả năng chịu đựng sự thiếu máu kém hơn nhiều so với các bộ phận cơ thể khác [2,3].



Hình 2. Đút rời tinh hoàn 2 bên và dương vật với 3 bó mạch riêng biệt phải khâu nối. Sau nối ghép 1 tháng, kích thước 2 bên tinh hoàn trong giới hạn bình thường, hiện tượng cương đã xuất hiện.

Về xử trí tinh hoàn đút rời: Trong tất cả các trường hợp tinh hoàn đút rời, mạch chính được phục hồi, hoặc là mạch tinh hoàn hoặc là mạch thượng vị dưới. ĐM tinh hoàn tương đối dài thuận tiện khâu nối mạch, tránh phải ghép tĩnh mạch. Giống như đút rời các bộ phận trên mặt như môi, mũi, tai các mạch máu của tinh hoàn cũng rất nhỏ và khó khăn trong việc phân biệt ĐM với TM. Ngoài ra, ĐM tinh hoàn có thể phân chia thành nhiều nhánh trước khi đến tinh hoàn, điều này có thể gây khó khăn trong việc xác định nhánh cấp máu chính. Ba trong số bốn trường hợp cắt bỏ dương vật đồng thời, dương vật đã được nối ghép thành công kể cả ca của chúng tôi. Sau phẫu thuật, không có biến chứng toàn thân nào được báo cáo ngoại trừ BN thứ 2 hoại tử 65% phần dương vật được ghép lại [2]. Trái ngược với đút rời các bộ phận trên mặt, khó khăn lớn nhất là không nối được TM dẫn đến hiện tượng ứ máu sau mổ, thách thức lớn nhất ở đây trong ghép nối tinh hoàn theo nhiều tác giả lại là thời gian thiếu máu cục bộ.

Xử trí dương vật đút rời

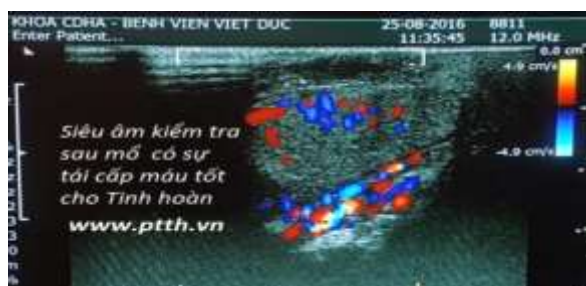
Nối ghép dương vật theo kinh điển (không vi phẫu): Hình thức ghép này chủ yếu được dựa trên nối các cấu trúc lớn của dương vật mà không chú ý đến nối ghép thần kinh hay mạch máu. Ehrlich báo cáo ca nối ghép dương vật bị cắt cụt đầu tiên vào năm 1929. Hơn 40 ca nối ghép dương vật sử dụng các kỹ thuật kinh điển đã được xem xét trong y văn, 18 BN từ Thái Lan đã cho thấy biến chứng rất phổ biến là hoại tử quá nhiều da. Để giảm nhẹ biến chứng này người ta đã phải lạng bỏ phần da xung quanh dương vật ở thời điểm nối ghép rồi tiến hành chôn xuống dưới da bìu.

Nối dương vật vi phẫu: Dương vật bị đứt và gốc dương vật được kiểm tra và các cấu trúc cần thiết được đánh dấu để nối ghép. Nếu cần thiết thì phải thực hiện cắt lọc một cách thận trọng. Dương vật được cố định bằng cách đặt sonde niệu đạo và khâu nối niệu đạo theo hai lớp sử dụng chỉ khâu polidioxanon 6-0 trên niêm mạc và 4-0 trên thể xốp. Có thể thử khâu nối các

động mạch hàng khi vết thương gần gốc dương vật. Điều này đòi hỏi phải phẫu tích động mạch trong vật hang. Chỉ ni lông (11-0) được dùng cho việc nối vi phẫu này. Lớp vỏ trắng sau đó được khâu nối. Trong các trường hợp mà động mạch vật hang quá nhỏ để nối ghép, có thể tái nối lớp vỏ trước khi nối niệu đạo để cố định dương vật. Khâu nối ĐM lưng đã tìm thấy và đánh dấu từ trước. Các ĐM, TM lưng, và các dây thần kinh sau bị đứt với ni lông 11-0 cho động mạch và 10-0 cho tĩnh mạch. Khâu nối dây thần kinh bằng kỹ thuật khâu bao ngoài hay bao bó bằng ni lông 10-0 để cho các bó sợi hồi phục sau này. Cân Dartos được đóng lại, theo đó là da dương vật.

Về kết quả theo dõi lâu dài: Theo dõi kết quả xa tinh hoàn: một loạt các phương pháp đã được sử dụng để đánh giá khả năng sống và chức năng của tinh hoàn được ghép lại. Bao gồm khám lâm sàng, siêu âm Doppler hoặc phân tích huyết thanh của nồng độ hormone và gonadotropin, chụp túi tinh, phân tích tinh dịch, và sinh thiết tinh hoàn. Cho đến nay mỗi một trung tâm lại có phác đồ khác nhau, điều này khiến cho việc so sánh giữa các trường hợp trở nên khó khăn.

BN thứ 4 thực hiện bởi nhóm của BV Việt Đức, sau mổ cả tinh hoàn và dương vật sống tốt, khám lại sau 1 tháng kích thước tinh hoàn gần như bình thường (Hình 2), kiểm tra bằng siêu âm Doppler màu thấy dòng máu nuôi và đến cả 2 tinh hoàn (Hình 3). Chúng tôi cho rằng hiện còn quá sớm để đánh giá về chức năng sinh tinh và nội tiết. BN này có thời gian thiếu máu khoảng 10h, đây cũng là một trong 2 BN có thời gian thiếu máu cao nhất trong y văn. Trong hầu hết báo cáo về nối ghép các bộ phận cơ quan đút rời tại nước ta, chúng tôi đều nhận thấy thời gian thiếu máu của tại Việt Nam thường cao hơn nhiều so với các nước phát triển.



Hình 3. Siêu âm kiểm tra sau mổ cho thấy có sự tái cấp máu tốt cho tinh hoàn

Trong trường hợp ghép lại tinh hoàn sau khi đứt rời một bên, có thể khó xác định được dấu hiệu của phẫu thuật và thành công của ca ghép lại. Không tồn tại sự cần thiết về nội tiết hoặc sinh sản của việc ghép lại cũng không có phương tiện đơn giản để đánh giá một trong hai chức năng này. Chính vì vậy, việc nối ghép lại một tinh hoàn đứt rời có thể là không cần thiết, với điều kiện là bên đối diện còn nguyên vẹn và vẫn có chức năng hoạt động. Tuy nhiên có những rủi ro trong quá trình phẫu thuật này. Nếu tinh hoàn được ghép lại hỏng, hoặc nếu thời gian thiếu máu cục bộ khiến cho các tế bào mầm bị phá hủy, thì về mặt lý thuyết BN có thể sản sinh ra các kháng thể kháng tinh trùng.

Trong trường hợp cả hai tinh hoàn bị cắt bỏ, chúng nên được kiểm tra kỹ lưỡng và tinh hoàn có mạch lớn hơn và "sạch hơn" nên được thực hiện nối ghép trước. Bằng cách này, thời gian thiếu máu cục bộ sẽ được giảm thiểu để tinh hoàn có khả năng sống tốt nhất. Tinh hoàn thứ hai chỉ có thể được gắn lại nếu thời gian thiếu máu cục bộ có thể được giới hạn đến 6 giờ. Nếu tinh hoàn đầu tiên được gắn lại và thời gian thiếu máu cục bộ trên tinh hoàn thứ hai đã vượt quá 6 giờ, thì tinh hoàn thứ hai không nên được gắn lại, bởi vì thủ thuật có thể có nguy cơ dẫn đến sự phát triển của các kháng thể kháng tinh trùng có thể làm hỏng tinh hoàn được ghép lại đầu tiên. Do chức năng nội tiết của tinh hoàn đóng vai trò quan trọng trong tất cả các giai đoạn của cuộc sống, cho nên việc ghép lại tinh hoàn nên được thực hiện trong các trường hợp cắt bỏ hai bên kể cả khi thời gian thiếu máu dài hơn. Trường hợp của chúng tôi tuy BN đến muộn với thời gian thiếu máu kéo dài, hy vọng phục hồi chức năng sinh sản là không có, tuy nhiên BN còn quá trẻ, thời gian sống còn dài nên nếu phục hồi được phần nào chức năng nội tiết cũng đáng quý cho BN, chưa kể đến yếu tố thẩm mỹ và tâm lý đôi khi cũng ảnh hưởng lớn đến cuộc sống BN sau này [2,5].

Theo dõi sau nối dương vật vi phẫu: Số liệu từ 21 trường hợp tổng kết y văn của Jeriozcho thấy kết quả hoàn hảo sau nối ghép dương vật vi phẫu. Tỷ lệ cương dương xuất hiện bình thường ở nhóm khâu nối thành công ĐM lưng dương vật cao hơn so với nhóm chỉ khâu được ĐM hang. Chính vì vậy một số tác giả cho rằng khi ĐM vật hang quá bé, không cần thiết phải cố gắng đi tìm, phẫu tích và khâu nối, điều này có thể làm mất thêm thời gian mà hiệu quả có khi lại kém hơn khâu nối thật tốt ĐM lưng. Không có đánh giá nào về động mạch hang trên siêu âm Doppler hay chức năng các dây thần kinh trên nghiên cứu dẫn truyền được báo cáo lại để xác nhận thành công của khâu nối vi phẫu ở các BN này. Các trường hợp nối ghép dương vật tại BV Việt Đức của chúng tôi đều có thông báo về xuất hiện chức năng cương dương sau khi khám lại một tháng sau mổ [6]. (Hình 2). Cảm giác được bảo tồn ở 82%. Hẹp và dò niệu đạo chỉ xuất hiện ở 20%. Mất da vẫn có thể xảy ra nhưng nó thường ở mức nhẹ và nông [2,3,4,6,7].

IV. KẾT LUẬN

Ghép lại bằng vi phẫu là phẫu thuật duy nhất đã chứng minh được hiệu quả trong việc cứu vãn tinh hoàn, dương vật đứt rời. Một tỷ lệ mắc bệnh tâm thần cao được tìm thấy trong số những BN còn rất trẻ này, và nguyên nhân thường là do BN tự gây ra. Ngay khi tiếp nhận BN cần chỉ định sớm khám hội chẩn chuyên khoa tâm thần để ổn định BN trước và sau khi phẫu thuật. Hạn chế về thời gian thiếu máu cục bộ là rất quan trọng cho sự thành công của phẫu thuật. Chức năng sinh sản có thể được duy trì với thời gian thiếu máu cục bộ chừng 6 giờ, và chức năng nội tiết được duy trì với thời gian thiếu máu cục bộ dài hơn. Nếu nối ghép thành công thì kết quả chức năng, thẩm mỹ và tâm lý sẽ cao hơn rất nhiều so với tái tạo bằng các chất liệu tự thân hay nhân tạo. Chính vì vậy việc chuyển BN đến các trung tâm Tạo hình Vi phẫu có kinh nghiệm sẽ giúp tối đa hóa thành công ở những BN này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Becker M, Höfner K, Lassner F, Pallua N, Berger A. Replantation of the complete external genitals. *Plast Reconstr Surg.* 1997 Apr; 99(4): 1165-8.
2. Flores RL, Hazen A, Galiano RD, Klapper AM, Levine JP. Non extremity replantation: the management of amputations of the facial parts and testicle. *Clin Plast Surg.* 2007 Apr; 34(2): 197-210.
3. Griffiths M, Britto J, Frame J. 5-year follow-up of replantation of penis and testis in a child. *Lancet.* 2003 Jan 18;361(9353):263.

4. Jezior JR, Brady JD, Schlossberg SM. Management of penile amputation injuries. World J Surg. 2001 Dec;25(12): 1602-9. Review.
5. Lin SD, Lai CS, Su PY. Replantation of the testis by microsurgical technique. Plast Reconstr Surg 1985;76(4): 620-5.
6. Trần Thị Thanh Huyền, Nguyễn Hồng Hà. Bước đầu ứng dụng các kĩ thuật tạo hình điều trị thương tổn mất phải cơ quan sinh dục ngoài nam giới. Y học Việt Nam, 2014 tháng 12, tr 159- 163.
7. Virasoro R, Tonkin JB, McCammon KA, Jordan GH. Penile Amputation: Cosmetic and Functional Results. Sex Med Rev. 2015 Jul;3(3):214-222.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CHỐNG VIÊM DỊ ỨNG VÀ LÀM BỀN TẾ BÀO MAST CỦA CAO ĐẶC EZ TRÊN THỰC NGHIỆM

Nguyễn Mạnh Tuyên¹, Phạm Thị Vân Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng chống viêm dị ứng và làm bền tế bào mast của cao đặc EZ trên thực nghiệm. **Đối tượng và phương pháp:** Cao đặc bài thuốc được bào chế từ dịch chiết nước và dịch chiết ethanol bài thuốc EZ được đánh giá tác dụng chống viêm dị ứng cấp tính và làm bền tế bào mast thông qua mô hình thực nghiệm trên chuột nhắt trắng bằng tác nhân gây viêm dị ứng compound 48/80. **Kết quả:** Cao EZ-H₂O ở liều 3,5g/kg và 10,5 g/kg, cao EZ-EtOH liều 1,92g/kg có tác dụng có tác dụng chống viêm dị ứng thực nghiệm trên chuột nhắt trắng do compound 48/80 gây ra. Cao EZ-H₂O ở cả 2 liều thử 3,5g/kg và 10,5g/kg, cao EZ-EtOH ở cả 2 liều thử 1,92g/kg và 5,76g/kg đều không thể hiện tác dụng làm bền vững tế bào mast khi ủ với compound 48/80. **Kết luận:** Cao đặc EZ có tác dụng chống viêm dị ứng và có xu hướng làm bền tế bào mast trên thực nghiệm.

Từ khóa: cao đặc EZ, chống viêm dị ứng, tế bào mast.

SUMMARY

EFFECTS OF ANTI-ALLERGIC AND SUSTAINABLE MAST ACTIVITIES CELLS OF VISCOUS EZ ON EXPERIMENT MODELS

Objectives: To evaluate effects of anti-allergic and sustainable mast cells activities of EZ viscous extracts. **Subjects and methods:** EZ viscous extracts, which were made from the ethanol 70% and water extracts were evaluated the effect of anti-allergic on foot edema model and the effect on sustainable mast cells models by allergic agent as compound 48/80. **Results:** The results showed that, the viscous extracts of EZ remedy, which were made from the water and ethanol extracts in dose of 14.4g/kg and ethanol extract of EZ in dose of 43.2 g/kg (raw materials) showed significantly inhibitory effects on inflammatory-edema effects on foot edema model induced by compound 48/80 ($p < 0.05$). But the

extract had no effect of sustainable mast cells. **Conclusion:** EZ viscous extracts (both water and ethanol extracts) may be beneficial in the regulation of immediate-type allergic reaction.

Keywords: EZ remedy viscous extract, anti-allergic, inflammatory, sustainable mast cells.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bài thuốc EZ được xây dựng dựa trên cơ sở lý luận y học cổ truyền kết hợp với các kết quả nghiên cứu thực nghiệm với thành phần chủ dược là các vị thuốc Kim ngân đằng, Núc nác, Hoè hoa... nhằm mục đích điều trị các triệu chứng bệnh viêm da cơ địa. Các nghiên cứu đã công bố cho thấy: cao chiết ethanol và cao chiết nước EZ có tác dụng kháng viêm cấp và mạn tính^{[1],[2]}. Nghiên cứu này được tiếp tục thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá tác dụng chống dị ứng của cao EZ chiết ethanol và chiết nước trên thực nghiệm thông qua tác dụng chống viêm dị ứng và tác dụng làm bền vững tế bào mast trên chuột nhắt trắng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Bài thuốc EZ gồm: kim ngân đằng (*Caulis cum folium Lonicerae*), núc nác (*Cortex Oroxyli*), hoè hoa (*Flos Styphnolobii japonici imatur*), thương nhĩ tử (*Fructus Xanthii strumarii*), hoàng bá (*Cortex Phellodendri*) đạt tiêu chuẩn ĐDVN IV.

Cao đặc được bào chế từ dịch chiết ethanol bài thuốc EZ (gọi tắt là cao EZ-EtOH): cân riêng từng dược liệu đã được xử lý đạt tiêu chuẩn theo khối lượng tương ứng với 5 thang (300g dược liệu). Chiết hồi lưu riêng từng vị bằng ethanol 70% 3 lần, mỗi lần 2h với lượng ethanol gấp 5 lần dược liệu. Phối hợp dịch chiết, cất thu hồi dung môi, ly tâm lấy dịch. Cô đặc trên cách thủy thu được 40g cao đặc, hay 1g cao đặc tương đương 7,5g dược liệu.

Cao đặc được bào chế từ dịch chiết nước bài thuốc EZ (gọi tắt là cao EZ-H₂O): cân riêng từng dược liệu đã được xử lý đạt tiêu

¹Trường Đại học Dược Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Tuyên

Email: nmanhtuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2017

Ngày duyệt bài: 23.5.2017

chuẩn theo khối lượng tương ứng với 5 thang (300g dược liệu). Chiết xuất bằng nước theo phương pháp sắc, đun sôi 3 lần, mỗi lần 1h, lượng nước gấp 6 lần dược liệu. Lọc nóng qua vải gạc, ly tâm loại tạp chất lơ lửng và gộp dịch chiết. Cô đặc thu được 73,8g cao đặc, hay 1g cao đặc tương ứng với 4,1g dược liệu.

2. Động vật nghiên cứu: Chuột nhắt trắng chủng *Swiss*, thuần chủng, cả hai giống, nặng 25 ± 2 gram do Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương cung cấp. Động vật được nuôi trong điều kiện phòng thí nghiệm Bộ môn Dược lý, Trường đại học Y Hà Nội từ 5- 7 ngày trước khi nghiên cứu và trong suốt thời gian nghiên cứu.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Nghiên cứu tác dụng chống dị ứng bằng mô hình gây viêm cấp tính trên chân chuột nhắt trắng: 70 chuột nhắt trắng được chia ngẫu nhiên làm 7 lô, mỗi lô 10 con.

Lô 1 (Chứng sinh học): cho uống nước cất với thể tích tương đương mẫu thử;

Lô 2 (Mô hình): cho uống nước cất với thể tích tương đương mẫu thử;

Lô 3 (Chứng dương 1): cho uống methylprednisolon 6 mg/kg cân nặng chuột (mg/kg);

Lô 4 (Cao EZ-H₂O liều thấp): cho uống cao EZ-H₂O liều 3,5g/kg (tương ứng với 14,4g Dược liệu/kg);

Lô 5 (Cao EZ-H₂O liều cao): cho uống cao EZ-H₂O liều 10,5g/kg (tương ứng với 43,2g Dược liệu/kg);

Lô 6 (Cao EZ-EtOH liều thấp): cho uống cao EZ-EtOH liều 1,92g/kg (tương ứng với 14,4g Dược liệu/kg);

Lô 7 (Cao EZ-EtOH liều cao): cho uống cao EZ-EtOH liều 5,76g/kg (tương ứng với 43,2g Dược liệu/kg).

Các mẫu thử được pha đến nồng độ thích hợp để mỗi lần cho thuốc tương ứng với 0,2mL/10g cân nặng chuột. Động vật thí nghiệm được cho uống nước cất, mẫu chứng dương hoặc thuốc thử với liều như trên trong 5 ngày liên tiếp. Đến

ngày thứ 5, sau khi cho uống mẫu trắng, thuốc chứng, mẫu thử 1 giờ, ngoại trừ lô chứng sinh học được tiêm 0,02mL nước muối sinh lý, các lô còn lại được tiêm 0,02mL dung dịch compound 48/80 0,4% (pha trong nước muối sinh lý) 0,02mL dưới da gan bàn chân phải.

Chỉ số nghiên cứu:

- Chiều dày chân bên phải chuột được đo trước và sau khi tiêm compound 48/80 tại thời điểm 30, 60 phút ở tất cả các lô chuột.

- Độ gia tăng thể tích chân chuột: Thể tích chân bên phải của chuột được đo trước và sau khi tiêm compound 48/80 tại thời điểm 30, 60 phút ở tất cả các lô chuột để xác định độ gia tăng thể tích ở 2 thời điểm 30, 60 phút so với ban đầu. So sánh giá trị trung bình về mức độ gia tăng thể tích giữa các lô để đánh giá tác dụng chống dị ứng.

3.2. Đánh giá vững bền tế bào mast: Thí nghiệm được bố trí tương tự như mục 2.4.1. với 70 chuột nhắt trắng được chia ngẫu nhiên làm 7 lô, mỗi lô 10 con. Thiết kế các lô chứng sinh học, chứng dương và thử với liều thử tương tự. Đến ngày thứ 5, sau khi cho uống thuốc thử, mỗi chuột được tiêm màng bụng 1,5ml nước muối sinh lý. Sau đó mổ chuột, thu dịch ổ bụng, ly tâm để thu thập tế bào mast, rồi ủ với dung dịch compound 48/80 nồng độ 1 μ g/mL trong 10 phút. Riêng lô 1 không ủ với compound 48/80. Sau đó, tế bào mast được nhuộm xanh toluidine 0,1%, đếm số tế bào mast không bị giáng hóa. So sánh tỷ lệ phần trăm tế bào mast không bị giáng hóa giữa các lô để đánh giá tác dụng bảo vệ tế bào mast.

4. Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được xử lý bằng phương pháp thống kê y sinh học theo T test – Student. Kết quả được trình bày dạng: $\bar{X} \pm SE$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tác dụng chống viêm dị ứng của cao đặc EZ

Bảng 1. Ảnh hưởng của cao đặc EZ lên thể tích chân chuột (n=10)

Lô	Chiều dày chân chuột tại các thời điểm ($\bar{X} \pm SE$, mm)			Gia tăng thể tích chân chuột tại các thời điểm ($\bar{X} \pm SE$, %)	
	0 phút	30 phút	60 phút	30 phút	60 phút
Lô 1 (Chứng sinh học)	1,57 $\pm$ 0,02	2,09 $\pm$ 0,05	1,73 $\pm$ 0,05	10,21 $\pm$ 2,63	5,14 $\pm$ 1,61
Lô 2 (Mô hình)	1,55 $\pm$ 0,03	3,67 $\pm$ 0,10**	3,32 $\pm$ 0,08**	67,89 $\pm$ 7,33**	52,48 $\pm$ 8,23**
Lô 3 (Methyl-prednisolon, 6mg/kg)	1,50 $\pm$ 0,02	3,85 $\pm$ 0,08	3,35 $\pm$ 0,08	46,08 $\pm$ 3,40*	42,80 $\pm$ 4,54
Lô 4 (EZ-H ₂ O, 3,5g/kg)	1,51 $\pm$ 0,02	3,78 $\pm$ 0,08	3,48 $\pm$ 0,12	43,75 $\pm$ 4,02**	42,55 $\pm$ 6,42
Lô 5 (EZ-H ₂ O, 10,5g/kg)	1,51 $\pm$ 0,02	3,79 $\pm$ 0,11	3,56 $\pm$ 0,03	41,22 $\pm$ 3,89**	37,72 $\pm$ 3,46
Lô 6 (EZ-EtOH, 1,92 g/kg)	1,52 $\pm$ 0,02	3,65 $\pm$ 0,10	3,45 $\pm$ 0,10	41,42 $\pm$ 6,58*	24,12 $\pm$ 6,17*, ^Δ

Lô 7 (EZ-EtOH, 5,76g/kg)	1,50 ± 0,03	3,89 ± 0,10	3,68 ± 0,08	56,40 ± 7,75	40,32 ± 7,39
--------------------------	-------------	-------------	-------------	--------------	--------------

Ghi chú: so với lô 2 (mô hình): *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; so với lô 3 (chứng dương Methylprednisolon, 6mg/kg), Δ : $p < 0,05$. Compound 48/80 gây phù chân chuột rõ ràng so với lô chứng sinh học chỉ tiêm nước muối sinh lý ($p < 0,01$), chứng tỏ mô hình gây viêm bằng compound 48/80 thực sự thành công. Methylprednisolon 6mg/kg có tác dụng làm giảm sự gia tăng thể tích chân chuột có khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô mô hình.

Ở lô 4 và 5, cao EZ-H₂O ở liều 3,5g/kg và 10,5 g/kg đều thể hiện tác dụng ức chế gia tăng thể tích chân chuột ở thời điểm 30 phút ($p < 0,01$), nhưng không làm giảm chiều dày chân chuột so với lô mô hình.

Ở lô 6, cao EZ-EtOH, liều 1,92g/kg có tác dụng ức chế gia tăng thể tích chân chuột ở thời điểm 30 phút ($p < 0,05$) và thời điểm 60 phút ($p < 0,05$) nhưng không làm giảm chiều dày chân chuột so với lô mô hình. Ở thời điểm 60 phút, cao EZ-EtOH, liều 1,92g/kg còn có tác dụng ức chế gia tăng thể tích chân chuột mạnh hơn so với thuốc chứng dương methyl-prednisolon, liều 6mg/kg ($p < 0,05$).

Ở lô 7, cao EZ-EtOH, liều 5,76g/kg không có tác dụng giảm kích thước chân chuột và giảm gia tăng thể tích chân chuột so với lô mô hình có ý nghĩa thống kê.

2. Tác dụng làm vững bền tế bào mast của cao EZ

Bảng 2. Ảnh hưởng của cao EZ lên tỷ lệ vỡ của tế bào mast

Lô	n	Tỷ lệ tế bào mast vỡ ($\bar{X} \pm SE, \%$)
Lô 1: Chứng sinh học	10	3,0 ± 1,3
Lô 2: Mô hình compound 48/80	10	14,5 ± 2,7 ($p_{2-1} < 0,01$)
Lô 3: Methylprednisolon (6mg/kg)	10	8,5 ± 2,1
Lô 4: EZ-H ₂ O (3,5g/kg)	10	14,5 ± 1,9
Lô 5: EZ-H ₂ O (10,5g/kg)	10	13,0 ± 1,7
Lô 6: EZ-EtOH (1,92 g/kg)	10	10,5 ± 1,6
Lô 7: EZ-EtOH (5,76 g/kg)	10	14,0 ± 3,8

Ở lô mô hình, compound 48/80 gây vỡ tế bào mast với tỷ lệ 14,5%, khác biệt rõ rệt so với nhóm chứng sinh học với $p < 0,01$.

Thuốc chứng dương methylprednisolon, liều 6 mg/kg có xu hướng giảm tỷ lệ vỡ tế bào mast tuy nhiên sự khác biệt so với lô mô hình không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Các mẫu thử cao EZ-H₂O và EZ-EtOH ở cả hai liều thử đều không làm giảm tỷ lệ vỡ tế bào mast có ý nghĩa thống kê so với lô mô hình ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Compound 48/80 là sản phẩm polymer hóa của n-methyl-p-methoxy-phenethylamine với formaldehyde từ 3-6 đơn phân có vai trò là một dị nguyên gây kích ứng giải phóng histamin từ tế bào mast, từ đó kích thích tế bào mast giải phóng tiếp các chất trung gian gây ra các biểu hiện dị ứng. Compound 48/80 khi sử dụng với liều khác nhau và đường dùng khác nhau gây ra các biểu hiện dị ứng cũng khác nhau. Khi dùng liều cao tiêm trực tiếp có thể gây sốc phản vệ, trong khi dùng liều thấp tiêm dưới da chỉ gây ra các tình trạng phù ngứa, do đó compound 48/80 là chất thường được dùng trong các mô hình dị ứng^{[3],[4],[5],[6]}. Hiện tượng viêm dẫn tới phù là một hiện tượng hay gặp ở dị ứng, nguyên nhân chủ yếu là do giãn mạch thoát dịch, đây là cơ

chế gây viêm cấp trên chân chuột nhắt trắng. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy cao EZ-H₂O ở cả 2 liều thử 3,5g/kg (tương ứng với 14,4g được liều/kg) và 10,5g/kg (tương ứng với 43,2g được liều/kg), cao EZ-EtOH ở liều 1,92g/kg (tương ứng với 14,4g được liều/kg) có tác dụng ức chế viêm dị ứng trong mô hình gây phù chân chuột. Các tác giả Hàn Quốc (2008) cho rằng, dịch chiết nước của kim ngân đằng có tác dụng lên thụ thể PAR2 (proteinase-activated receptor 2) gây phù ở chuột ở liều 50, 100 và 200mg/kg cho tác dụng ức chế phù chân chuột rõ rệt (ức chế thay đổi chiều dày và tính thấm mạch máu)^[7]. Rutin và quercetin trong hoa hòe cũng có tác dụng ức chế phù bàn chân chuột do histamin gây nên.

Theo cơ chế dị ứng hiện tượng vỡ tế bào mast là hiện tượng trung gian để giải phóng các yếu tố trung gian gây viêm. Compound 48/80 có tác dụng làm ly giải tế bào mast, do đó khi ủ tế bào mast với compound 48/80 sẽ xác định được khả năng bền vững của tế bào mast. Cao EZ chiết nước và cồn ở cả 2 liều thử có xu hướng làm giảm tỷ lệ tế bào mast khi ủ với compound 48/80, tuy nhiên tác dụng chưa rõ rệt ($p > 0,05$). Do vậy các nghiên cứu từ góc độ này cần được tiếp tục tiến hành để tìm hiểu thêm cơ chế tác dụng của bài thuốc EZ.

V. KẾT LUẬN

Cao EZ-H₂O ở liều 3,5g/kg và 10,5 g/kg, cao EZ-EtOH liều 1,92g/kg có tác dụng có tác dụng chống viêm cấp thực nghiệm trên chuột nhắt trắng do compound 48/80 gây ra. Cao EZ-EtOH liều 5,76g/kg không có tác dụng này.

Cao EZ-H₂O ở cả 2 liều thử 3,5g/kg và 10,5 g/kg, cao EZ-EtOH ở cả 2 liều thử 1,92g/kg và 5,76g/kg đều không có tác dụng làm bền vững tế bào mast khi ủ với compound 48/80.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Mạnh Tuyển và cs (2015), Đánh giá tác dụng chống viêm thực nghiệm của cao đặc bào chế từ dịch chiết ethanol bài thuốc EZ, *Tạp chí Dược học*, số 7, tr 6-10.
2. Nguyễn Mạnh Tuyển và cs (2015), Đánh giá tác dụng chống viêm thực nghiệm của cao đặc bào

chế từ dịch chiết nước bài thuốc EZ, *Tạp chí Dược học*, số 10, tr 6-10.

3. Chandrashekhar VM¹, Halagali KS, Nidavani RB (2011), Anti-allergic activity of *German chamomile* (*Matricaria recutita* L.) in mast cell mediated allergy model, *J Ethnopharmacol.* 137 (1): 336-40.
4. H. R. Chitme, Mallikarjun Malipatil, V. M. Chandrashekhar and P. M. Prashant (2010), Antiallergic activity of *Aristolochi bracteolata* Lank in animal model, *Indian Journal of Experimental Biology*, Vol. 48, pp. 46-52.
5. Jin-Mu Y et al (2000), *Ixeris dentata* Green Sap Inhibits Both Compound 48/80-Induced Anaphylaxis-Like Response and IgE-Mediated Anaphylactic Response in Murine Model, *Biol. Pharm. Bull.* 25 (1): 5-9.
6. Wedemeyer J, Tsai M, Gili S J (2000), Roles of mast cells and basophils in innate and acquire immunity, *Curr Opin Immunol.* 12(6): 624-31.
7. Yoo HJ, Kang HJ, Song YS, Park EH, Lim CJ (2008), "Anti-angiogenic, anti-nociceptive and anti-inflammatory activities of *Lonicera japonica* extract, *J Pharm Pharmacol*, 60 (6): 779-86.

THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NINH BÌNH NĂM 2015-2016

Bùi Thị Hương¹, Đỗ Văn Dung²

TÓM TẮT

Bảng nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 1450 bệnh nhân có thời gian nằm viện từ 48 giờ trở lên tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình trong năm 2015-2016, kết quả cho thấy:

- Tỷ lệ hiện mắc nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình là 7,17%. Trong đó cao nhất là nhiễm khuẩn hô hấp với 56,73%; tiếp đến là nhiễm khuẩn tiêu hóa với 17,31%; nhiễm khuẩn vết mổ là 15,38%; nhiễm khuẩn da, mô là 6,73%, thấp nhất là nhiễm khuẩn huyết với 3,85%.

- Tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện: *Pseudomonas aeruginosa*, tụ cầu vàng và *Klebsiella pneumoniae* là những chủng vi khuẩn hàng đầu gây nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm tỷ lệ lần lượt là 20,2%; 22,1% và 25,0%.

Từ khóa: nhiễm khuẩn bệnh viện, Bệnh viện Sản Nhi, Ninh Bình.

SUMMARY

THE STATUS OF HOSPITAL INFECTION AT NINH BINH HOSPITAL OF MATERNITY AND CHILDREN IN 2015-2016

By a cross-sectional descriptive study, an analysis of 1450 patients with a hospital stay of 48 hours or

more at Ninh Binh Hospital of Maternity and Children in 2015-2016 found that: The prevalence of nosocomial infections at Ninh Binh Hospital of Maternity and Children is 7.17%. Of which, respiratory infections were highest at 56.73%; Followed by gastrointestinal infections with 17.31%; Infection of the incision is 15.38%; Skin infections, tissue was 6.73%, the lowest was sepsis with 3.85%. Infectious agent of the hospital: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* and *Klebsiella pneumoniae* are the leading organisms causing nosocomial infections, accounting for 20.2%; 22.1% and 25.0%.

Keywords: Hospital infection, The Maternity and Children Hospital, Ninh Binh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) đang là vấn đề thách thức chất lượng khám chữa bệnh của mỗi bệnh viện trên toàn thế giới. Theo thống kê của Tổ chức y tế thế giới (WHO) tại các nước phát triển, có 5% tới 10% bệnh nhân (BN) nhập viện mắc ít nhất một loại NKBV. Tỷ lệ này ở những nước đang phát triển cao gấp 3- 20 lần so với những nước phát triển. NKBV làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, tử vong, kéo dài ngày nằm viện và tăng chi phí điều trị.

NKBV không những gây hậu quả nặng nề về mặt lâm sàng, kinh tế mà còn là nguyên nhân làm xuất hiện những chủng vi khuẩn đa kháng thuốc. Tình trạng lạm dụng kháng sinh phổ biến ở những nước đang phát triển cũng là nguyên

¹Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình

²Liên hiệp các hội Khoa học và kỹ thuật tỉnh Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email: dunhnb62@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2017

Ngày duyệt bài: 24.5.2017

nhân làm trầm trọng thêm mức độ kháng thuốc của các chủng vi khuẩn bệnh viện.

Xét trong khuôn khổ một bệnh viện tuyến tỉnh, bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình là một trong hai bệnh viện có quy mô giường bệnh lớn nhất của tỉnh Ninh Bình. Tính đến thời điểm nghiên cứu, từ trước đến nay Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình chưa có nghiên cứu cơ bản nào về NKBV, do vậy chúng tôi triển khai nghiên cứu đề tài để đánh giá thực trạng NKBV và đưa ra một số giải pháp khống chế và giảm tỷ lệ NKBV. Tên đề tài: Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2015-2016. *Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2015-2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5/2015 đến 5/2016.

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Là tất cả bệnh nhân có thời gian nằm viện ≥ 48 giờ, bao gồm cả bệnh nhân xuất viện trong ngày điều tra.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Những bệnh nhân có thời gian nằm viện dưới 48 giờ.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích

2.4.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu thập số liệu

- Cỡ mẫu áp dụng cho điều tra cắt ngang:

$$n = Z_{\alpha/2}^2 \frac{p \cdot (1-p)}{(ep)^2}$$

Với: $p = 6,8\%$ là tỷ lệ NKBV (Điều tra toàn miền Bắc, năm 2005); $\epsilon = 0.2$ là sai số tương đối cho phép trong nghiên cứu; $q = 1 - p$ là tỷ lệ không mắc NKBV; $\alpha = 0.05$ mức ý nghĩa thống kê. $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$. Thay vào công thức tính được cỡ mẫu là 1386. Cộng thêm 5% ta được cỡ mẫu nghiên cứu là 1450.

- Lấy mẫu theo phương pháp thuận tiện cho đến khi đủ 1450 lượt bệnh nhân nhằm xác định tỷ lệ hiện mắc NKBV.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới, chẩn đoán bệnh ở BN nghiên cứu (n=1450)

Đặc điểm	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
Tuổi: <1 tuổi	497	34,28
1-5 tuổi	466	32,14
6- 15 tuổi	125	8,62

>15 tuổi	362	24,96
Giới: Nam	843	58,14
Nữ	607	41,86
Chẩn đoán lúc vào khoa:		
Bệnh hô hấp	682	47,06
Bệnh tiêu hóa	144	9,93
Bệnh tim mạch	26	1,79
Bệnh thần kinh	9	0,62
Bệnh máu	6	0,41
Bệnh phụ khoa	79	5,44
Chuyên dạ đẻ	283	19,51
Bệnh khác	221	15,24

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là nhóm <1 tuổi, với 34,28%; nhóm tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 6- 15 tuổi với 8,62%; giới nam và nữ lần lượt là 58,14% và 41,86%; về bệnh lý được chẩn đoán lúc nhập khoa thì chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh lý liên quan đến đường hô hấp với 47,06%, nhóm sản phụ là 19,51%, bệnh máu và bệnh thần kinh chiếm tỷ lệ thấp nhất lần lượt là 0,62% và 0,41%.

Bảng 3.2. Phân bố NKBV theo loại nhiễm khuẩn (n=104)

Loại NKBV	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhiễm khuẩn hô hấp	59	56,73
Nhiễm khuẩn vết mổ	16	15,38
Nhiễm khuẩn huyết	4	3,85
Nhiễm khuẩn tiêu hóa	18	17,31
Nhiễm khuẩn vùng da, mô mềm	7	6,73
Tổng	104	100

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy, loại nhiễm khuẩn có tỷ lệ mắc cao nhất là nhiễm khuẩn đường hô hấp, với tỷ lệ 56,73%, tiếp đến là nhiễm khuẩn đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ 17,31%, Nhiễm khuẩn vết mổ là 15,38%, nhiễm khuẩn da mô mềm là 6,73%, thấp nhất là nhiễm khuẩn huyết với tỷ lệ 3,85%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu trước đó. So sánh với kết quả nghiên cứu tại các bệnh viện thuộc khu vực phía Nam thì tỷ lệ NKHH là 55%, NKTH là 8%, NKVM là 14%, NKTN là 10% [5],[6]. Theo Nghiên cứu tại các Bệnh viện khu vực phía Bắc thì có 3 loại NKBV thường gặp là: NKHH (41,9%), NKVM (27,5%), NKTH (13,1%) [6]. Tuy nhiên với đặc thù là một Bệnh viện chuyên khoa Sản khoa và Nhi khoa thì tỷ lệ NKHH ở khối Nhi- Sơ sinh có cao hơn so với các bệnh viện khác cũng là một điều dễ hiểu.

Bảng 3.3. Phân bố tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện theo hệ điều trị

Hệ điều trị	Số lượng BN	NKBV		p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Sản	362	12	3,31	<0,01
Nhi	1088	92	8,46	
Tổng	1450	104	7,17	

Qua bảng 3.3 ta nhận thấy: Nhóm bệnh nhân ở hệ Nhi có tỷ lệ NKBV cao hơn nhóm bệnh nhân ở hệ Sản (8,46% và 3,31%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$.

- Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện chung là 7,17%. Tỷ lệ này cao hơn một số điều tra khác tại Việt Nam: nghiên cứu tình hình NKBV tại bệnh viện Bạch Mai năm 2006 thì tỷ lệ là 5,7% [4]; Tỷ lệ NKBV tại 6 tỉnh thành phía Nam là

5,8% [5]; Trong đợt điều tra phổ rộng tại 11 bệnh viện trong cả nước thì tỷ lệ là 6,8% [3]; Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu một số bệnh viện thuộc khu vực phía bắc năm 2006 là 7,8% [7]. So sánh với kết quả của một số nghiên cứu quốc tế được thực hiện tại Hà Lan và Thụy sĩ thì tỷ lệ NKBV đạt ở mức cao tương ứng 10,2% và 15,6%.

Bảng 3.4. Phân bố tỷ lệ NKBV theo khoa điều trị (n=1450)

Khoa Điều trị	Số BN	NKBV (+)		OR (95% CI)	P
		Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Cấp cứu	221	13	5,88	2,2(0,5-9,6)	>0,05
Sơ sinh	278	58	20,86	5,6(1,4-23,7)	<0,01
Nội nhi	396	17	4,29	1,0 (0,2-4,2)	>0,05
Ngoại nhi	193	4	2,07	0,7 (0,4-1,1)	>0,05
Sản- Phụ	362	12	3,31	0,3 (0,1- 2,6)	>0,05
Tổng	1450	104	7,17	-	-

Nhận xét: Bảng 3.4 cho thấy sự phân bố tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện ở các khoa là không đồng nhất, đặc biệt là khoa Sơ sinh với 58 bệnh nhi sơ sinh mắc nhiễm khuẩn bệnh viện trong tổng số 278 bệnh nhi điều trị tại khoa, chiếm tỷ lệ cao nhất so với các khoa điều trị khác (20,86%). Sự khác biệt giữa khoa Sơ sinh và các khoa khác có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tại các nghiên cứu được thực hiện ở các nước đang phát triển thì tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện ở trẻ sơ sinh tăng cao và tần suất mắc gấp tới 3- 20 lần so với các nước phát triển [7] và để lý giải

cho tỷ lệ nhiễm khuẩn tại khoa sơ sinh cao hơn so với các khoa khác thì người ta đã chứng minh rằng bé sơ sinh có cân nặng thấp có khả năng mắc NKBV cao gấp 4 lần so với một bé có cân nặng bình thường. Theo nghiên cứu của Th.sĩ Phạm Đức Mục tại các bệnh viện khu vực phía Nam thì tỷ lệ mắc NKBV đứng hàng đầu là khoa Hồi sức tích cực (21,0%) [6], tương tự như kết quả của một số nghiên cứu khác; Nghiên cứu một số bệnh viện thuộc khu vực Hà Nội của tác giả Vũ Văn Giang thì khoa Hồi sức cấp cứu có tỷ lệ NKBV tới 25,8%. [5]

Bảng 3.5. Một số yếu tố liên quan với tỷ lệ mắc NKBV

Yếu tố	Số BN	NKBV (+)	OR (95%CI)	p
Bệnh nền: Có	235	26(11,1)	2,3	<0,05
Không	1215	78(6,4)	(1,8- 6,9)	
Giới: Nam	843	55(6,5)	0,82	>0,05
Nữ	637	49(7,7)	(0,5-1,3)	
Tuổi: < 1 tuổi	497	68(13,68)	3,7(1,7-6,3)	<0,01
1-5 tuổi	466	21(4,5)	2,1(0,5-8,6)	>0,05
5-15 tuổi	125	3(2,4)	0,8(0,2-1,4)	>0,05
>15 tuổi	362	12(3,31)	-	-
Tổng	1450	104		

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh nền mắc NKBV chiếm 11,1%, cao hơn tỷ lệ bệnh nhân không có bệnh nền mắc NKBV (6,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Giới nam có tỷ lệ NKBV là 6,5%, thấp hơn giới nữ có tỷ lệ NKBV là 7,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Nhóm tuổi <1 tuổi có tỷ lệ NKBV cao nhất với

13,68%, sự khác biệt giữa nhóm này với các nhóm khác có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

So sánh với kết quả một số nghiên cứu trước đó như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hùng và CS tại bệnh viện Bạch Mai thì các yếu tố liên quan đến NKBV là: Tuổi, bệnh lý kèm theo và tương tự giới tính không liên quan đến tỷ lệ NKBV [4]

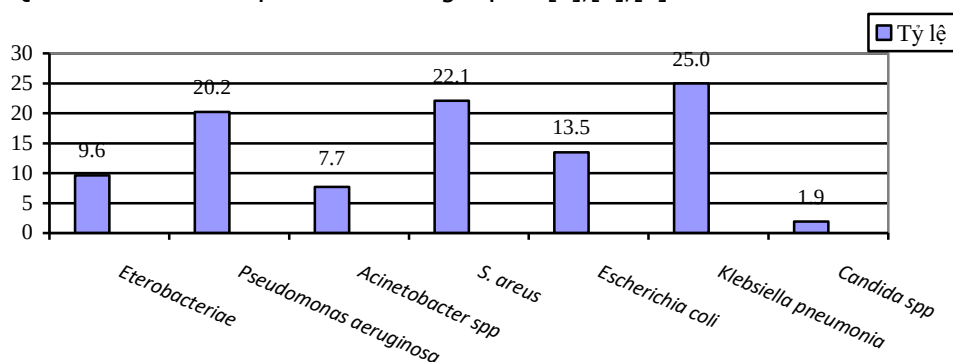
Bảng 3.6. Mối liên quan giữa làm thủ thuật với NKBV (n=1450)

Thủ thuật xâm lấn	Số BN	NKBV (+)	OR (95% CI)	P
Phẫu thuật: Có	555	11 (1,98)	0,4	>0,05
Không	895	93 (10,4)	(0,2- 1,9)	
Đặt đường truyền TMNV: Có	1228	69 (5,6)	1,6	>0,05
Không	222	35 (15,7)	(0,7-3,8)	
Đặt Catheter TMTT: Có	19	4(21,1)	4,7	<0,001
Không	1431	100(6,9)	(1,4- 11,5)	
Thở máy, CPAP: Có	234	63(26,9)	6,2	<0,001
Không	1216	41(3,3)	(4,2- 12,7)	
Đặt nội khí quản: Có	256	66(25,8)	5,7	<0,001
Không	1194	38(3,1)	(1,7- 11,0)	

Nhận xét: Tỷ lệ NKBV ở nhóm bệnh nhân đặt catheter TMTT cao hơn nhóm bệnh nhân không đặt catheter TMTT (21,1% và 6,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p<0,01$; Tỷ lệ NKBV ở nhóm bệnh nhân thở máy và CPAP cao hơn nhóm bệnh nhân không thở máy và CPAP (26,9% và 3,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p<0,001$; Tỷ lệ NKBV ở nhóm bệnh nhân đặt NKQ cao hơn nhóm bệnh nhân không đặt

NKQ (25,8% và 3,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p<0,001$.

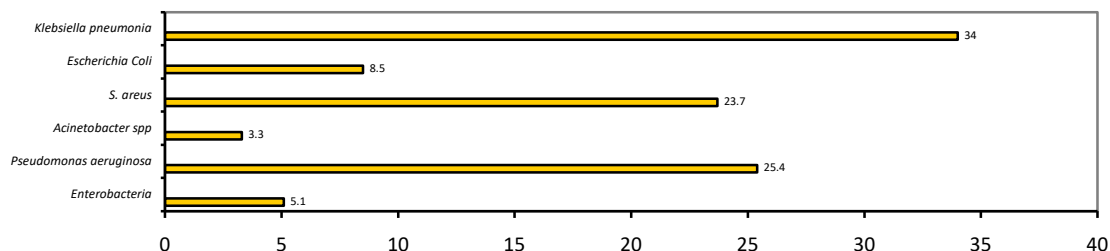
Kết quả này phù hợp với hầu hết các kết quả của những nghiên cứu trước đó. Những yếu tố nguy cơ hàng đầu gây gia tăng tỷ lệ NKBV liên quan đến thủ thuật xâm lấn như: Thông khí nhân tạo (mở nội khí quản), đặt ống thông TMTT, đặt sode tiểu, thở máy, thở CPAP [4],[5],[7].

**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ các chủng vi khuẩn gây NKBV được phân lập**

Nhận xét: Kết quả cho thấy *Klebsiella pneumonia*, *S.aureus* và *Pseudomonas aeruginosa* là ba chủng vi khuẩn thường gặp nhất gây NKBV với tỷ lệ lần lượt là 25,0%, 22,1% và 20,2%; Kế đến là chủng vi khuẩn *E.coli* với 13,5%; Chủng vi khuẩn *Eterobacteriae* và *Acinetobacter spp* lần lượt là 9,6% và 7,7%, thấp nhất là *Candida spp* với 1,9%.

Một nghiên cứu khác tại các bệnh viện thuộc khu vực phía bắc của tác giả Phạm Đức Mục và

CS thì thường gặp nhất là nhóm trực khuẩn Gr(-) và nấm *Candida spp*, 2 nhóm này chiếm tới hơn 70% trong các tác nhân gây NKBV [6]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Trương Anh Thư và CS thực hiện tại 19 bệnh viện thuộc khu vực phía bắc thì chủng vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* gặp nhiều nhất với 24,0%; kế đến là *Klebsiella pneumoniae* là 20,0% và *Acinetobacteria baumannii* là 16,0% [7].



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ các chủng vi khuẩn gây viêm phổi bệnh viện (n=59)

Nhận xét. Biểu đồ 3.2 cho thấy: trong các tác nhân gây viêm phổi bệnh viện được phân lập thì chủng vi khuẩn *Klebsiella pneumonia* chiếm tỷ lệ cao nhất với 34,0%, tiếp đến là *Pseudomonas aeruginosa* với 25,4% và *S.aureus* là 23,7%; *Escherichia coli* là 8,5%; *Eterobacteriae* và *Acinetobacter spp* ít gặp hơn với tỷ lệ lần lượt là 5,1% và 3,3%.

IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ hiện mắc nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình là: 7,17%. Trong đó cao nhất là nhiễm khuẩn hệ hô hấp với 56,73%%; tiếp đến là nhiễm khuẩn hệ tiêu hóa với 17,31%%; nhiễm khuẩn vết mổ là 15,38%; nhiễm khuẩn da, mô là 6,73%, thấp nhất là nhiễm khuẩn huyết với 3,85%.

- Nhóm bệnh nhân ở hệ Nhi có tỷ lệ NKBV cao hơn nhóm bệnh nhân ở hệ Sản (8,46% và 3,31%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$.

- Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Sơ sinh là cao nhất với 20,86%. Với $p < 0,05$.

- Nhóm bệnh nhân dưới 1 tuổi có tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện cao nhất với tỷ lệ là 13,68%, với $p < 0,01$. Nhóm bệnh nhân có bệnh nền, tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện cao hơn nhóm không có bệnh nền (11,1% và 6,4%), với $p < 0,05$.

- Các thủ thuật là yếu tố nguy cơ cao gây nhiễm khuẩn bệnh viện, đó là: đặt catheter tĩnh mạch trung tâm; thở máy, thở CPAP; đặt nội khí quản. Với $p < 0,01$.

- Tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện cao ở các chủng vi khuẩn sau: *Pseudomonas aeruginosa*, tụ cầu vàng và *Klebsiella pneumonia* là những chủng vi khuẩn hàng đầu gây nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm tỷ lệ lần lượt là 20,2%; 22,1% và 25,0%

KHUYẾN NGHỊ

1. Bệnh viện cần triển khai đồng bộ các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện như tăng cường giám sát thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn. Đặc biệt chú trọng khoa Sơ sinh và thực hiện gói giải pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn đường hô hấp ở bệnh nhi.

2. Bệnh viện cần có chính sách sử dụng kháng sinh hợp lý. Cần tuân thủ đúng nguyên tắc điều trị kháng sinh theo kết quả nuôi cấy và làm kháng sinh đồ. Đồng thời cần triển khai rộng rãi liệu pháp sử dụng kháng sinh dự phòng nhằm kiểm soát các loại nhiễm khuẩn bệnh viện.

3. Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn là đầu mối, hoạt động tích cực mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn tại tất cả các khoa phòng nhằm thực hiện nghiêm ngặt công tác kiểm tra giám sát vấn đề tuân thủ kiểm soát nhiễm khuẩn ở nhân viên y tế. Vệ sinh bàn tay là một trong những nội dung quan trọng trong giám sát thường quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Báo cáo của Vụ Điều Trị- Bộ Y Tế năm 2001.
2. Bộ Y Tế - Bệnh viện Bạch Mai (2000) "Quy định kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Bộ y tế- Vụ điều trị (2005), " Kết quả điều tra cắt ngang nhiễm khuẩn bệnh viện năm 2005", Hội nghị khoa học toàn quốc về KSNK, tháng 8- 2006.
4. Nguyễn Việt Hùng, Nguyễn Mỹ Châu, Trương Anh Thư và một số CS "Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Bạch Mai năm 2001". Công trình nghiên cứu của bệnh viện Bạch Mai 2001- 2002.
5. Nguyễn Thị Thanh Hà và CS (2005), "Nhiễm khuẩn bệnh viện- tỷ lệ hiện mắc, yếu tố nguy cơ tại 6 bệnh viện khu vực phía Nam". Tạp chí Y học thực hành, Số 518.
6. Nguyễn Văn Hòa và CS (2005), "Tình hình kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội năm 2005".
7. Phạm Đức Mục và CS (2005) "Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan tại một số tỉnh phía Nam của Việt nam, 2005".

PHẪU THUẬT NỘI SOI VÁ MÀNG NHĨ

BẰNG MÀNG SỤN NẤP BÌNH TAI

Nguyễn Công Hoàng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phương pháp phẫu thuật nội soi vá màng nhĩ bằng màng sụn nắp bình tai đặt trên lỗ thủng (overlay). **Đối tượng và phương pháp:** Với 45 bệnh nhân bị thủng màng nhĩ trung tâm gần và gần trung tâm. Sau khi làm mới lỗ thủng, lấy mảnh ghép sau đó đặt mảnh ghép phía trên lỗ thủng, đặt mảnh linon mềm cố định mảnh ghép tạo sức căng bề mặt (theo phương pháp của các chuyên gia đức). **Kết quả và bàn luận:** Có 45 bệnh nhân bị thủng màng nhĩ do viêm tai giữa và chấn thương, đường kính lỗ thủng từ nhỏ đến trung bình, lớn đã được vá màng nhĩ qua phẫu thuật nội soi dưới gây mê nội khí quản, theo dõi sau 1- 6 tháng đánh giá kết quả liền lỗ thủng màng nhĩ là 93,3%. **Kết luận:** phương pháp phẫu thuật nội soi vá màng nhĩ bằng màng sụn nắp bình tai là phẫu thuật nhẹ nhàng, ít tổn kém, thời gian điều trị ngắn, cho hiệu quả phục hồi sức nghe và liền lỗ thủng màng nhĩ cao.

Từ khóa: Vá màng nhĩ bằng màng sụn nắp bình tai.

SUMMARY

ENDOSCOPIC MYRINGOPLASTY BY TRAGAL CARTILAGE IN BUTTERFLY SHAPE

Objective: Evaluate endoscopic myringoplasty by tragal cartilage put over the perforated hole (overlay). **Method:** 60 patients with central perforated tympanic membrane, After refitting the hole, take the piece then place the puzzle above the hole, placing the piece of soft linon piece piece (according to the method of the German experts). **Result - Discussion:** 60 patients with perforated tympanic membrane due to otitis media and trauma, perforation diameter from small to average were given endoscopic myringoplasty under local anesthesia, followed up after 1-6 months, result of healing is 90%. **Conclusion:** endoscopic myringoplasty by tragal cartilage shape is a gentle surgery, unexpensive, short treatment time, giving high hearing recovery and tympanic healing.

Keyword: Myringoplasty by tragal cartilage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lỗ thủng màng nhĩ là hậu quả của các bệnh lý viêm tai giữa và chấn thương, vết thương màng nhĩ gây ra, Nguyên nhân gây ra thủng màng nhĩ rất đa dạng và kích thước lỗ thủng màng nhĩ cũng khác.

Phẫu thuật vá nhĩ đã được tiến hành từ lâu. Vật liệu để vá màng nhĩ có thể là tự thân như cân cơ thái dương, sụn, màng sụn, niêm mạc miệng, môi...(1) kỹ thuật vá màng nhĩ có thể được quan sát với ống soi tai thông thường, qua kính hiển vi và gần đây được thực hiện quan sát qua hệ thống ống nội soi tai.

Các kiểm soát mảnh ghép vá màng nhĩ cũng khác nhau từ cách đặt mảnh ghép dưới màng nhĩ (underlay); trên màng nhĩ (overlay) hay ở giữa lỗ thủng (inlay). Mỗi kiểu đặt đều có chỉ định và nghiên cứu hiệu quả điều trị của phương pháp đó. Từ năm 2011 tại khoa TMH Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên chúng tôi đã bắt đầu nghiên cứu vá màng nhĩ bằng sụn nắp bình tai theo kiểu mảnh ghép sụn nắp bình tai cài kẹp vào giữa lỗ thủng màng nhĩ qua phẫu thuật nội soi. Giai đoạn đầu số lượng bệnh nhân phẫu thuật theo phương pháp này còn ít chưa đủ số lượng để đánh giá kết quả của phương pháp này Chính vì lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài đánh giá kết quả vá màng nhĩ bằng sụn nắp bình tai cắt kiểu hình cánh bướm cài giữa lỗ thủng màng nhĩ qua phẫu thuật nội soi với mục tiêu cụ thể là đánh giá sự liền màng nhĩ và sự phục hồi sức nghe sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ≥ 13 tuổi bị thủng màng nhĩ do viêm tai giữa, chấn thương đã điều trị nội khoa không tự liền trên 3 tháng đến khám tại phòng khám TMH và nhà viện phẫu thuật.

1. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Thủng màng nhĩ không tự liền đã điều trị nội khoa trên 3 tháng
- Lỗ thủng $\leq 25\%$ lỗ thủng to, trung bình, lớn đôi khi một phần lỗ thủng sát khung nhĩ.
- Hòm tai sạch hoặc đã được điều trị sạch.
- Không có tổn thương xương con, vòi nhĩ thông thoáng.
- Thính lực đồ: Nghe kém dân truyền.
- Đồng ý tham gia phẫu thuật.

2. Tiêu chuẩn loại trừ: Đang bị viêm tai giữa có dịch nhầy, mủ...và có ổ viêm nhiễm lân cận như viêm xoang, viêm amidan, bán tắc vòi nhĩ, tổn thương chuỗi xương con; Không phù hợp lứa tuổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có can thiệp

2.2.1. Phương tiện nghiên cứu:

*Đại học y dược Thái nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Hoàng

Email: nguyenconghoang@tnmc.udu.vn

Ngày nhận bài: 17.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 9.5.2017

Ngày duyệt bài: 23.5.2017

- Bộ nội soi chẩn đoán tai.
- Bộ phẫu thuật nội soi ống ứng gồm: ống nội soi tai 2.7 (0^o, 30^o) camera, monitor, nguồn sáng xenon.
- Bộ dụng cụ vi phẫu vá màng nhĩ, máy nội soi và kính hiển vi phẫu thuật

2.2.2. Các bước tiến hành:

- Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân khám nội soi và chỉ định theo phương pháp đã lựa chọn.

Bệnh nhân được điều trị và làm thuốc tai 1-3 tháng.

- Phương pháp vô cảm: Gây tê tại chỗ Dùng lidocain 2% tiêm vào mặt trong và mặt ngoài nắp bình tai khoảng 1ml, tiêm vào 4 góc ống tai ngoài 1ml.

Kỹ thuật mổ:

- + Rạch da vị trí mặt trong nắp tai cách mép nắp tai khoảng 1 mm, bóc tách, bộ lộ màng sụn và sụn. Rạch màng sụn và sụn cách vòm sụn nắp bình tai khoảng 1mm để bảo đảm thẩm mỹ. Lấy mảnh ghép là sụn và màng sụn ở phía trước, kích thước khoảng 1cm². Khâu da bằng chỉ nilông 4.0

- + Dùng ống nội soi cứng 0^o, 2,7- 4mm, dài 14 cm đi qua ống tai ngoài quan sát lỗ thủng, niêm mạc hòm nhĩ.

- + Làm tia rìu lỗ thủng và đo kích thước lỗ thủng màng nhĩ. Dùng que nhọn bóc tách viền quang lỗ thủng màng nhĩ khoảng 0,5- 1mm như một vành khăn, lấy hết biểu bì xung quanh lỗ thủng.

- + Dùng móc vuông góc hay dao lưỡi bèo đo ước lượng kích thước và hình dáng lỗ thủng.

- + Tạo hình mảnh ghép: Dùng dao số 15 cắt màng ghép sao cho lớn hơn lỗ thủng khoảng 2mm. Lấy bộ phận mô mềm thừa ở mặt sau mảnh ghép, gủi mảnh ghép bằng dụng cụ kẹp phẫu thuật sau dùng dao số 11 cắt gọt tạo mẫu sụn ở trung tâm mảnh ghép, phần sụn bị cắt chôn lại chỗ cũ phòng phải sử dụng trong các lần mổ sau.

- + Qua ống nội soi tai quan sát trên màn hình, dùng dụng cụ kẹp đưa mảnh ghép vào và lỗ thủng sao cho đặt mẫu sụn và mảnh ghép ở trung tâm và phía mặt trên màng nhĩ không được hở mép đồng thời mặt có mẫu sụn nhỏ quay xuống dưới sau khi đặt xong dùng mảnh nilon mỏng vô trùng vắt ngang qua mảnh ghép trong trường hợp lỗ thủng rộng mảnh ghép lớn thì làm 2 mảnh nilon.

- + Không đặc Spongen hay bất kỳ vật liệu nào để giữ nâng đỡ mảnh ghép.

- Chăm sóc và theo dõi:

- + Bệnh nhân xuất viện trong ngày, tái khám và cắt chỉ sau 7 ngày.

- + Dùng thuốc toàn thân, kháng sinh, kháng viêm, giảm đau chống dị ứng 7 ngày

2.3.3. Tiêu chí đánh giá

2.3.3.1. *Đánh giá sự liền màng nhĩ:* Nội soi màng nhĩ kiểm tra trước mổ và sau mổ có chụp hình đánh giá màng nhĩ liền: Lỗ thủng màng nhĩ được khép kín và có mạch máu nuôi. Màng nhĩ không bị co lõm. Màng nhĩ không liền: Còn lỗ thủng màng nhĩ (so sánh trước mổ).

2.3.3.2. *Đánh giá sự phục hồi sức nghe:*

- So sánh sức nghe trung bình (pure, Tone Average: PTA) trước mổ và sau mổ.

- Mức nghe bằng lời trong các trường hợp bệnh nhân không có điều kiện đo hoặc mảnh vá còn quá non.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Kết quả tổng quát:

- Tổng số bệnh nhân được thực hiện: 45 ca với tuổi từ 21-72; trung bình 35 trong đó nam 13/45: (28,9%), nữ 32/45: (71,1%).

- Nghề nghiệp: Nhiều thành phần trong đó Nội trợ và công nhân lao động phổ thông: 20 bệnh nhân chiếm 44,4%, viên chức: 7 bệnh nhân (15,6%), học sinh sinh viên 18/45 chiếm (40%).

- Nguyên nhân gây thủng màng nhĩ do viêm tai giữa: 32 bệnh nhân (71,1%), do chấn thương: 13 bệnh nhân (28,9%).

- Triệu chứng cơ năng: ù tai đơn thuần 6/45 (13,4%). ù tai, nghe kém 9/45 (20%). ù tai, nghe kém, Chảy mủ tai 15 bệnh nhân (33,3%). ù tai, chảy mủ tai, đau đầu: 15 bệnh nhân (33,3%)

- Không có bệnh nhân biểu hiện chóng mặt.

- Tai bị bệnh 1 bên: 34 bệnh nhân: 75,6%

- Tai bị bệnh 2 bên: 11 bệnh nhân: 24,5%.

3.2. Tổn thương thủng màng nhĩ và kết quả đạt được.

- Thủng màng nhĩ trung tâm: 28 bệnh nhân: 62,2%

- Kích thước lỗ thủng khoảng ≤ 2 mm, 29 bệnh nhân: 64,4%

- Thường gặp thủng nhỏ đến trung bình

- Các bệnh nhân sau mổ: Nội soi kiểm tra sau 7- 10 ngày, 1-6 tháng

- Số bệnh nhân liền hoàn toàn: 39/45 : 86,7%

- Số bệnh nhân còn lỗ thủng nhỏ: 6/45: 13,3%

- 6 bệnh nhân phải làm tiểu phẫu làm mới lỗ thủng thêm mảnh ghép hỗ trợ trong đó 3 có kết quả, 3 trường hợp không liền hoàn toàn phải chuyển viện.

3.3. Thời gian phẫu thuật:

- Thời gian trên 1 giờ: 1 ca

- Thời gian 30 phút đến 1 giờ: 37 ca

- Thời gian dưới 30 phút: 7 ca

3.4. Phục hồi sức nghe:**Đo sức nghe bằng máy (n=30)**Đo sức nghe trung bình trước và sau mổ*

Sức nghe dB	Trước mổ	Sau mổ	Kiểm định giá trị (P)
Tối thiểu	16	14	P<0,05
Trung bình	35	22	
Tối đa	47	40	

Đo sức nghe trung bình từ 35 còn 22dB; Sức nghe trung bình đường kính thu về sau mổ 13dB.

**So sánh mức độ nghe trước và sau mổ bằng lời (n=15)*

Mức nghe	Trước mổ		Sau mổ	
Bình thường	9	60%	13	86,7%
Nghe kém vừa	6	40%	2	13,3%
Không Nghe dưới 5m	0	0%	0	0%
Tổng số	15	100%	15	100%

3.5. Xếp loại kết quả PT

Mức độ	(Rất tốt)	(tốt)	(Trung bình)	(Xấu)	Tổng số
Số bệnh nhân	39	4	2	0	45
Tỷ lệ %	86,7%	8,9%	4,4%	10%	100%

Như vậy tỷ lệ rất tốt và tốt cao.

IV. BÀN LUẬN

Có 45 bệnh nhân bị thủng màng nhĩ ở vùng trung tâm có kích thước nhỏ ĐK: 2- 3mm do viêm tai giữa và do chấn thương với tuổi đời 21-75 tuổi được phẫu thuật vá màng nhĩ theo phương pháp dùng sụn nắp bình tai cắt hình cánh bướm cài đặt vào giữa lỗ thủng không cần đặt Spungen hay vật liệu nâng đỡ mảnh ghép trong hòm nhĩ cố định mảnh ghép. Phương pháp được tiến hành dưới gây tê tại chỗ và bệnh nhân được tái khám sau 1- 6 tháng.

Với kết quả đánh giá sự liền màng nhĩ kiểm tra qua nội soi tai thấy có 42 bệnh nhân được liền hoàn toàn 93,3% trong đó có 3 bệnh nhân phải làm tiểu phẫu thêm có 3 bệnh nhân còn lỗ thủng nhỏ Sau mổ: So sánh với 1 tác giả Mauri (2001). Đánh giá sự liền màng nhĩ qua Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh một nhóm điều trị với kỹ thuật đặt giữa lỗ thủng bằng sụn nắp bình tai với một nhóm với kỹ thuật đặt dưới màng nhĩ bằng sử dụng cân cơ thái dương. Tỷ lệ liền màng nhĩ sau mổ là 88% ở nhóm đạt kết quả tốt hơn, thời gian mổ nhanh hơn.

Một tác giả khác Couloigner (2005) (7) cũng so sánh 2 kỹ thuật trên tỷ lệ thành công mảnh ghép kiểu hình cánh bướm 71% và đặt dưới màng nhĩ bằng cân cơ 83% đều thấp hơn.

Một tác giả Việt Nam từ Tấn tài (2015). Nghiên cứu 30 bệnh nhân đặt dưới màng nhĩ thủng rộng 90%. Của chúng tôi thành công 93,3% sau theo dõi 1-6 tháng.

**Những thành công kết quả cải thiện sức nghe:* Sức nghe trung bình (PTA) là yếu tố tin cậy để đánh giá sự thiếu hụt sức nghe của người bệnh. PTA ≤ 25 dB là người bệnh có thể nghe và

hòa đồng với xã hội mà không cần đến thiết bị trợ thính. Kết quả của chúng tôi trước mổ sức nghe giảm trung bình là 35 dB, sau mổ chỉ còn 22 dB.

Như vậy là chỉ số PTA thính lực sau mổ cải thiện 13 dB kết quả này cũng phù hợp với các tác giả Lubianca và Anand (6).

- Về phân theo 15 bệnh nhân đo thính lực lời cho thấy các bệnh nhân đều có chuyển biến nghe tốt hơn.

Qua nghiên cứu này cho thấy kỹ thuật bằng sụn nắp bình tai đặt phía trên mặt có ưu điểm qua PT nội soi và kính hiển vi phẫu thuật qua đường ống tai, bệnh nhân có thể nằm viện thời gian ngắn. Kỹ thuật đặt mảnh ghép không cần vật liệu nâng đỡ chỉ cần mảnh nilon nâng đỡ tạo sức căng bề mặt của mảnh ghép. Lấy mảnh ghép là sụn nắp bình tai, tất cả làm nhẹ nhàng, ít tổn kém, tạo sự thoải mái cho bệnh nhân, không gây tổn thương nhiều, do đó hậu phẫu nhẹ nhàng. Bệnh nhân ít chi phí tốn kém: Hiệu quả điều trị sự liền màng nhĩ và cải thiện sức nghe của bệnh nhân cao. Vấn đề cần bàn và trao đổi là khám màng nhĩ cho chỉ định như tiêu chuẩn đã đề ra; kích thước lỗ thủng nhỏ và trung bình; đã được điều trị nội khoa ổn định viêm tai giữa. Hòm nhĩ khô sạch, thông thoáng, không có ổ viêm lân cận. Màng nhĩ còn đầy (đủ 3 lớp cấu trúc).

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật mổ vá màng nhĩ đơn thuần bằng sụn nắp bình tai để lại mẫu sụn nhỏ ở trung tâm đặt giữa lỗ thủng qua phẫu thuật nội soi hoặc kính hiển vi tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên cho kết quả liền màng nhĩ là 93,3%. Tỷ lệ phục hồi sức nghe là 90%, Vậy đây

là phương pháp mổ nhẹ nhàng, ít tổn kém, bệnh nhân có thể nằm viện nội trú ngắn ngày, có hiệu quả điều trị liền màng nhĩ và cải thiện phục hồi sức nghe cao. Phương pháp này có thể áp dụng được tất cả các cơ sở điều trị TMH có máy nội soi hoặc kính hiển vi và phẫu thuật viên được tập huấn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Minh Kỳ (2008)**, "Các vật liệu ghép màng nhĩ", Tài Mũi Họng, NXB Y học, trang 387- 394.
2. **Nguyễn Hoàng Nam (2008)**, "Phẫu thuật nội soi tạo hình màng nhĩ". Tài, Mũi, Họng, NXB Y Học, TP. HCM, tập 1, trang 457- 467.
3. **Nguyễn Hoàng Nam (2011)**, "Phẫu thuật tạo hình màng nhĩ", Tài, Mũi, Họng, NXB Y học, TP.HCM, tập 1, Tr. 460- 461.
4. **Võ Hồng Ngọc (2010)**, "Mười năm tạo hình màng nhĩ qua nội soi tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định", Y học TP. HCM, tập (4), trang 59-62
5. **Từ Tân Tài (2015)**, Ứng dụng kỹ thuật vá màng nhĩ kiểu Underlay dưới nội soi ống cứng tại Bệnh viện Đa khoa Khánh Hòa, Luận án CK2, ĐHYD TP HCM.
6. **Annand, T.S., Kathuria, G., Kumar, S., Wadhwa, V., Pradhan, T. (2002)**, "Butterfly inlay tympanoplasty: A study in Indian scenario", Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, Vol. 54 (1), PP. 11-13.
7. **Couloigner, V., Baculard, F., EL Bakkouri, W., viala, P., Francois, M., Narcy, P., et al. (2005)**, "Inlay butterfly cartilage tympanoplasty in children". Oto Neurotol, 26 (2), 247 -251.

GIẢM ĐAU DO BỆNH NHÂN TỰ KIỂM SOÁT QUA CATHETER NGOÀI MÀNG CỨNG ĐOẠN NGỰC SAU PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY

Nguyễn Văn Minh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau do bệnh nhân tự kiểm soát và tác dụng không mong muốn của phương pháp dùng bupivacain - fentanyl qua catheter ngoài màng cứng sau phẫu thuật cắt dạ dày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 36 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt dạ dày được đặt catheter ngoài màng cứng trước phẫu thuật tại khe liên đốt T7 - T9. Giảm đau bằng hỗn hợp bupivacain 0,125% + fentanyl 2 µg/ml, truyền liên tục 3ml/giờ, bơm máy bơm 2ml/lần, thời gian khóa 10 phút. Theo dõi đánh giá điểm đau VAS khi nghỉ và khi vận động và tác dụng không mong muốn trong 48 giờ sau phẫu thuật. **Kết quả:** điểm đau VAS ≤ 4 khi nghỉ và vận động ở 85,3% bệnh nhân trong ngày đầu và 100% trong ngày thứ hai. Tỷ lệ đáp ứng/bơm máy 84,2 ± 4,5% ngày thứ nhất và 92,4 ± 5,6% ngày thứ hai. Buồn nôn-nôn 17,4%, ngứa 2,9%, bí tiểu 11,8%, cảm giác tê chân một bên 2,9%, đau lưng 2,9%. Không xảy ra biến chứng trầm trọng như tụt huyết áp nặng, suy hô hấp, tụ máu ngoài màng cứng. **Kết luận:** phương pháp giảm đau qua catheter ngoài màng cứng đoạn ngực do bệnh nhân tự kiểm soát cho phép kiểm soát đau hiệu quả cả khi nghỉ và khi vận động. Tác dụng không mong muốn ít và nhẹ.

Từ khóa: cắt dạ dày, catheter ngoài màng cứng, giảm đau bệnh nhân tự kiểm soát

SUMMARY

*Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Minh

Email: nguyenvanminhdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2017

Ngày duyệt bài: 23.5.2017

PATIENT - CONTROLLED THORACIC EPIDURAL ANALGESIA FOLLOWING GASTRECTOMY

Objective: To assess the analgesic efficacy and side effects of patient-controlled thoracic epidural analgesia with bupivacain-fentanyl after gastrectomy.

Methods: A prospective descriptive study of 36 patients who had gastrectomy. Epidural catheter was inserted at level of T7 - T9 prior surgery. In the recovery room, patients received a combination of bupivacaine 0,125% - fentanyl 2µg/ml with continuous rate of 3ml, bolus volume of 2ml, lock time of 10 minutes. Visual analog scale at rest, on movement and side effects were recorded in the first 48 hours.

Results: VAS pain scores ≤ 4 at rest and on movement in 85.3% of patients in the first day and 100% in the second day. Response rate of 84.2 ± 4.5% on the first day when patients press the button of electric pump and 92,4 ± 5.6% on the second day. Nausea and vomiting 17.4%, pruritus 2.9%, urine retention 11.8%, feeling of numbness on the one - side low extremity 2.9%, backache 2.9%. There are no serious complications such as severe hypotension, respiratory failure, epidural hematoma. **Conclusion:** Patient-controlled thoracic epidural analgesia provided effective pain control at rest and during mobilization following gastrectomy. Side effects remained unusual and minor.

Key word: gastrectomy, epidural catheter, patient-controlled analgesia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt dạ dày là một trong những loại phẫu thuật gây đau nhiều nhất do đường phẫu thuật dài trên thành bụng, ngoài ra đau nhiều còn do động tác hô hấp. Đau gây ra phản xạ ức chế cơ hoành qua tủy sống, đau sau phẫu thuật được cho là nguyên nhân chính gây ra các biến chứng hô hấp do đau làm hạn chế động tác hít thở, ho, khạc, làm hạn chế vận động các cơ hô hấp, giảm đau hiệu quả làm cải thiện chức năng hô hấp [3].

Điều trị đau sau phẫu thuật không chỉ làm giảm các tác hại trên hệ tim mạch, hô hấp, miễn dịch và đông máu mà còn giúp hồi phục sức khỏe nhanh, là sự chăm sóc tinh thần không thể thiếu được. Điều trị đau cấp tốt làm giảm tỷ lệ đau mạn tính, nâng cao chất lượng cuộc sống. Ngoài đau ra, buồn nôn, nôn và liệt ruột là những vấn đề chính xảy ra sau phẫu thuật này. Xu thế hiện nay trong các phẫu thuật lớn trong ổ bụng là tăng cường hồi phục (enhanced recovery surgery - ERAS). Điều trị đau hiệu quả là một trong những thành phần chính giúp áp dụng phương pháp tiếp cận này [6].

Có nhiều phương pháp giảm đau đã được áp dụng như dùng các thuốc giảm đau kháng viêm không steroid, morphin tiêm dưới da hoặc tĩnh mạch; tiêm thuốc morphin vào khoang dưới nhện. Tuy nhiên, phương pháp giảm đau qua catheter ngoài màng cứng (NMC) bằng truyền hỗn hợp thuốc tê kết hợp với thuốc họ morphin được cho là "tiêu chuẩn vàng" trong điều trị đau sau phẫu thuật vùng bụng trên. Khi tích hợp thêm phần mềm vào bơm tiêm điện, bệnh nhân chủ động bấm nút điều khiển cầm tay khi đau, bơm tiêm điện sẽ bơm thuốc nhằm đạt được mức độ giảm đau mong muốn trong giới hạn cài đặt của bác sĩ. Phương pháp này mang lại chất lượng giảm đau tốt hơn, làm bệnh nhân hài lòng hơn vì không phải chờ đợi điều dưỡng tiêm thuốc khi đau. Để có cơ sở cho việc áp dụng thường qui trong thực hành chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. *Đánh giá hiệu quả giảm đau do bệnh nhân tự kiểm soát bằng bupivacain - fentanyl qua catheter ngoài màng cứng sau phẫu thuật cắt dạ dày.*

2. *Khảo sát tác dụng không mong muốn, biến chứng của phương pháp trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu, theo dõi dọc.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật dạ dày mở có ASA I, II, tinh thần bình thường và đồng ý tham gia nghiên cứu, trong thời gian từ tháng 05 năm 2016 đến tháng 05 năm 2017 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc tê hoặc thuốc họ morphin, rối loạn đông máu, nghiện thuốc họ morphin, rối loạn nước và điện giải nặng, suy gan hoặc suy thận giai đoạn cuối, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng và phụ nữ có thai.

2.4. Các bước tiến hành: Tiêm mê với midazolam 0,04mg/kg tiêm chậm đường tĩnh mạch. Đặt catheter NMC ở khe liên đốt T7 - T8 hoặc T8 - T9 trước khi gây mê toàn thân, dùng phương pháp mất sức cân bằng bơm tiêm có nước muối sinh lý để xác định khoang NMC [7]. Lưu catheter trong khoang NMC 3-4cm. Tiến hành tiêm liều thử 3 ml lidocain 2% có adrenalin 1/200 000 (5µg/ml) qua catheter khoang NMC. Theo dõi trong vòng 3 - 5 phút, để phát hiện tần số tim và huyết áp tâm thu có thể tăng trên 20% trong vòng 30 - 60 giây và có tê ngón chân.

Bệnh nhân được khởi mê với fentanyl 3µg/kg, propofol 1% liều 2-2,5mg/kg, rocuronium 0,6mg/kg. Đặt ống nội khí quản và thở máy. Duy trì mê trong phẫu thuật với sevofluran, fentanyl, rocuronium. Tiêm nhắc lại fentanyl 50µg, rocuronium 10mg khi cần.

Sau khởi mê, trước rạch da tiêm liều bolus thuốc tê: 5 ml bupivacaine 0,5% (chia 2 lần: 2 ml và 3 ml cách nhau 5 phút) + fentanyl 50µg qua catheter. Sau khi khởi mê gắn đầu catheter với bơm tiêm điện chứa dung dịch bupivacain 0,125% và fentanyl 2µg/ml bắt đầu truyền kể từ 1 giờ sau khi tiêm liều bolus thuốc tê, tốc độ truyền 3 ml/giờ, duy trì liều này đến khi bệnh nhân tỉnh, kết thúc cuộc phẫu thuật dùng paracetamol 1g truyền tĩnh mạch.

Sau phẫu thuật bệnh nhân được theo dõi tại phòng Hồi tỉnh và sử dụng dung dịch thuốc trên qua máy PCA với liều nền 3ml/giờ, khi bệnh nhân bấm nút máy bơm 2 ml (liều bolus), thời gian khóa 10 phút, liều giới hạn 10ml/giờ. Trong quá trình nghiên cứu nếu bệnh nhân đau VAS > 4, bơm 3 - 5ml hỗn hợp trên, giữ nguyên các thông số của máy. Ngừng truyền thuốc ngay nếu tần số thở dưới 8 lần/phút, huyết áp tụt trên 20% so với trước gây tê.

Đánh giá điểm đau bằng thước VAS khi nghỉ và khi vận động vào các thời điểm 1, 4, 8, 16, 24, 36, 48 giờ sau phẫu thuật. Gọi là giảm đau hiệu quả khi điểm đau VAS dưới 4 khi nghỉ và khi vận động. Ghi nhận tác dụng không mong muốn trong suốt quá trình giảm đau.

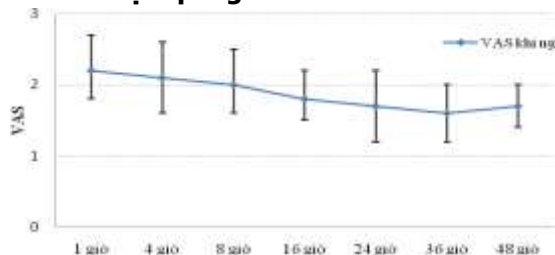
Mức độ hài lòng do bệnh nhân tự đánh giá theo 4 mức vào giờ 48 sau phẫu thuật: Rất hài lòng, hài lòng, chấp nhận được, không hài lòng.

III. KẾT QUẢ

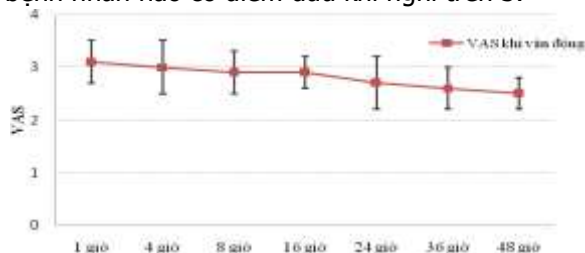
3.1. Đặc điểm chung: Qua nghiên cứu 36 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt dạ dày, có 2 bệnh nhân không đặt được catheter ngoài màng cứng (5,55%).

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu (n = 34)

Tuổi (năm)	Trung bình	51,1 ± 10,6
	Min - Max	18 - 79
Cân nặng (kg)	Trung bình	50,9 ± 7,8
	Min - Max	45 - 67
Cao	Trung bình	162,3 ± 13,5
	Min - Max	147 - 172
Nam/nữ		19 (55,9%)/ 15 (44,1%)

3.2. Hiệu quả giảm đau**Biểu đồ 1. Điểm đau VAS khi nghỉ**

Điểm đau trung bình tại các thời điểm đều dưới 3 và giảm dần đến ngày thứ 2. Không có bệnh nhân nào có điểm đau khi nghỉ trên 3.

**Biểu đồ 2. Điểm đau VAS khi vận động**

Trong ngày đầu tiên có 85,3% bệnh nhân có điểm đau VAS ≤ 4, 5 bệnh nhân (14,7%) có điểm đau trên 4 khi vận động, có 2 bệnh nhân đau vùng quanh rốn. 3 bệnh nhân đau vùng hố ức. Trong ngày thứ hai, 100% bệnh nhân có điểm đau VAS ≤ 4.

Bảng 2: Lượng thuốc sử dụng và thông số máy PCA (n = 34)

	Lượng thuốc sử dụng (ml)	Số lần bấm máy	Tỉ lệ đáp ứng/bấm máy (%)
Ngày 1	110,9 ± 5,7	20,5 ± 5,3	84,2 ± 4,5
Ngày 2	98,4 ± 5,1	12,9 ± 4,1	92,4 ± 5,6

Lượng thuốc sử dụng ngày thứ nhất nhiều hơn ngày thứ 2, tỉ lệ đáp ứng khi bấm máy cao.

3.3. Tác dụng không mong muốn**Bảng 3: Tác dụng không mong muốn**

Biến số	(n = 34)
Buồn nôn-nôn	6 (17,6%)
Ngứa sau	1 (2,9%)

Bí tiểu	4 (11,8%)
Cảm giác tê chân một bên	1 (2,9%)
Đau lưng	1 (2,9%)

Tỉ lệ tác dụng không mong muốn thấp, không có bệnh nhân nào có tác dụng không mong muốn nghiêm trọng.

3.4. Hải lòng của bệnh nhân: 94,1% rất hài lòng hoặc hài lòng, không có bệnh nhân nào không hài lòng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả giảm đau: Nghiên cứu này cho thấy gây tê ngoài màng cứng đoạn ngực ở khe liên đốt T7 - T8 hoặc T8 - T9 bằng hỗn hợp bupivacain 0,125% kết hợp với fentanyl nồng độ 2 µg/ml do bệnh nhân tự kiểm soát mang lại hiệu quả giảm đau tốt, tỉ lệ giảm đau đủ tăng lên từ 85,3% ngày đầu tiên lên 100% ngày thứ 2. Kết quả này cho thấy rõ hiệu quả của phương pháp mang lại khi so với khảo sát thấy tỉ lệ bệnh nhân đau sau phẫu thuật bụng trên trong 24 giờ khi áp dụng phương pháp giảm đau thường qui là 64,9% [5]. Điểm đau VAS ở tất cả các thời điểm sau phẫu thuật từ 4 trở xuống khi nghỉ và khi vận động. Điểm mới trong nghiên cứu này so với các nghiên cứu khác là chúng tôi sử dụng paracetamol 1g truyền tĩnh mạch trước khi kết thúc phẫu thuật 30 phút, đây là kỹ thuật đang áp dụng tại khoa và trong lúc phẫu thuật đã cho truyền qua catheter 2ml/giờ dung dịch bupivacain và fentanyl như sau phẫu thuật nên khi bệnh nhân tỉnh gần như không đau. Điều này rất có ý nghĩa về mặt lâm sàng.

Giảm đau qua catheter ngoài màng cứng được cho là "tiêu chuẩn vàng" trong giảm đau sau phẫu thuật bụng trên. Hiệu quả giảm đau tốt từ nghiên cứu này được giải thích một phần do tác dụng dự phòng đau của thuốc sử dụng trước khi đau xảy ra bằng truyền thuốc sau khi đặt catheter và trước phẫu thuật.

Đau sau phẫu thuật cắt dạ dày do đường rạch trên thành bụng, các xung động thần kinh được dẫn truyền về tủy sống qua các dây thần kinh tủy sống chi phối khoang tủy từ T6, ngang mức hố ức đến T10, ngang mức rốn. Ngoài ra còn có phần thần kinh chi phối các tạng trong ổ phúc mạc được dẫn truyền qua các đám rối tạng và dây thần kinh phế vị, phần này không phong bế được bằng thuốc qua khoang ngoài màng cứng. Trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng phương pháp giảm đau đa mô thức vừa kết hợp paracetamol đường tĩnh mạch và dùng thuốc qua catheter ngoài màng cứng. Thuốc sử dụng qua catheter ngoài màng cứng gồm thuốc tê và

fentanyl. Thuốc tê phong bế dẫn truyền thần kinh tủy sống. Fentanyl thấm qua màng cứng và tác dụng ở sừng sau tủy sống bằng cách ngăn cản sự dẫn truyền cảm giác đau ở lớp I, IV theo phân lớp của Rexed. Ngoài ra fentanyl còn được hấp thu vào máu và có tác dụng toàn thân. Hai thuốc này kết hợp với nhau có tác dụng hợp lực trong giảm đau.

Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Việt Quang, bệnh nhân giảm đau tốt khi vận động 90% và khi nghỉ 95% [4], của Tạ Ngân Giang 91,6% bệnh nhân đạt giảm đau đủ với $VAS \leq 4$ [2].

4.2. Tác dụng không mong muốn: Tỷ lệ không đặt được catheter ngoài màng cứng 5,9%, tỷ lệ này cũng tương đương tỷ lệ nêu trong y văn. Để giảm tỷ lệ thất bại hoặc không đặt được catheter các tác giả khuyến ứng dụng siêu âm ở bệnh nhân béo phì, lớn tuổi hoặc có đặt dụng cụ cột sống trước đó.

Tác dụng không mong muốn ít gặp gồm buồn nôn, nôn, ngứa, bí tiểu. Các nghiên cứu chỉ ra rằng tác dụng không mong muốn của giảm đau qua catheter NMC bằng thuốc tê kết hợp với fentanyl có tỷ lệ buồn nôn, nôn, ngứa ít hơn so với dùng morphin tĩnh mạch [4], và các biến chứng nhẹ, ít gặp các biến chứng trầm trọng như tụt huyết áp nặng, suy hô hấp, khối máu tụ ngoài màng cứng [1], [2]. Tuy nhiên do số lượng đối tượng còn ít, có thể chưa gặp các biến chứng này, nhưng cần thận trọng và theo dõi sát tại phòng hồi tỉnh để phát hiện và điều trị kịp thời khi nó xảy ra.

Một trong những biến chứng đáng sợ nhất của phương pháp gây tê này là hình thành khối máu tụ khoang ngoài màng cứng nếu không phát hiện kịp thời và xử trí sẽ gây hậu quả nghiêm trọng là tổn thương thần kinh không hồi phục. Tuy nhiên biến chứng này xảy ra ở bệnh nhân có rối loạn đông máu hoặc dùng thuốc chống đông. Không lựa chọn những bệnh nhân này để đưa vào nghiên cứu.

Nghiên cứu này cho thấy giảm đau bằng thuốc tê bupivacain kết hợp với fentanyl qua catheter ngoài màng cứng một khi đã đặt được catheter đúng vị trí mang lại hiệu quả giảm đau rất tốt, liều cài đặt như trong nghiên cứu là phù hợp, với tỷ lệ đáp ứng khi bấm máy cao, có thể mở rộng áp dụng phương pháp này cho các phẫu thuật vùng bụng trên.

Hạn chế của nghiên cứu là không có nhóm chứng để so sánh làm nổi bật hiệu quả của phương pháp này so với dùng morphin tĩnh mạch do bệnh nhân tự kiểm soát. Một lợi điểm nữa của phương pháp giảm đau này theo y văn là giảm tỷ lệ liệt ruột bệnh nhân phục hồi nhu động ruột sớm hơn. Trong nghiên cứu không đánh giá tác dụng này.

V. KẾT LUẬN

Gây mê ngoài màng cứng bằng đặt catheter đoạn ngực và dùng thuốc tê bupivacain 0,125% và fentanyl 2µg/ml do bệnh nhân tự kiểm soát có hiệu quả giảm đau tốt với 85,3% bệnh nhân có điểm đau $VAS \leq 4$ khi nghỉ và khi vận động trong ngày đầu và 100% trong ngày thứ 2, bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng với phương pháp giảm đau này là 94,1%. Tỷ lệ tác dụng không mong muốn thấp gồm buồn nôn, nôn, ngứa, bí tiểu, đau lưng và tê một bên chân. Không bệnh nhân nào gặp biến chứng nguy hiểm như tụt huyết áp nặng, suy hô hấp, khối máu tụ ngoài màng cứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Ngọc Đức, Lê Hồng Chính, Phan Tôn Ngọc Vũ, Nguyễn Văn Chứng (2014)**, "Hiệu quả giảm đau của gây tê ngoài màng cứng đoạn ngực sau phẫu thuật lớn vùng bụng", *Tạp chí y học thực hành*, số 939: 77 - 80.
2. **Tạ Ngân Giang, Nguyễn Thị Hương Giang, Nguyễn Hữu Tú (2009)**, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 65 (6): 34 - 8.
3. **Nguyễn Trung Kiên, Nguyễn Hữu Tú, Công Quyết Thắng (2012)**, "Nghiên cứu hiệu quả giảm đau và ảnh hưởng hô hấp của giảm đau tự điều khiển đường ngoài màng cứng ngực sau mổ bụng trên ở người cao tuổi", *Y học thực hành*, (835+836), 72 - 7.
4. **Nguyễn Việt Quang (2014)**, "Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng đoạn ngực liên tục trong phẫu thuật cắt thực quản nội soi", *Y học thực hành*, 903: 102-5.
5. **Trần Xuân Yên, Nguyễn Văn Minh (2016)**, "Tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ của mức độ đau sau phẫu thuật bụng", *Tạp chí Y Dược học*, Số đặc biệt, 113 - 9.
6. **Hughes M. J., Ventham N. T., McNally S., Harrison E., Wigmore S. (2014)**, "Analgesia after open abdominal surgery in the setting of enhanced recovery surgery: a systematic review and meta-analysis", *JAMA Surgery*, 149(12): 1224 -30.
7. **Manion S.C., Brennan T.J., (2011)**, "Thoracic Epidural Analgesia and Acute Pain Management", *Anesthesiology*, 115: 181 - 8.

ỨNG DỤNG TẾ BÀO GỐC TRUNG MÔ TRONG ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG TỔN THƯƠNG TỦY MẠN TÍNH

Nguyễn Lê Bảo Tiến*, Đinh Ngọc Sơn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị chấn thương cột sống tổn thương tủy mạn tính ứng dụng ghép tế bào gốc trung mô. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiến cứu lâm sàng. **Kết quả:** Các báo cáo nghiên cứu đã chứng minh sự cải thiện các chức năng vận động và cảm giác ở các mức độ khác nhau được quan sát thấy trong 10/10 trường hợp (100%) sau khi ghép tế bào gốc trung mô được đánh giá bởi Hiệp hội chấn thương cột sống người Mỹ (ASIA), 5 (50%) trong số 10 bệnh nhân nhận thấy cải thiện từ lớp A đến B, trong khi 1 trường hợp (10%) có cải thiện từ B đến C sau 6 tháng. Phân tích các kết quả điều trị tiếp theo chỉ ra rằng việc cấy MSC autologous là một kỹ thuật khả thi và an toàn. **Kết luận:** áp dụng thành công MSCs trong thực hành lâm sàng có liên quan đến sự cần thiết phải thực hiện các xét nghiệm chi tiết hơn để đánh giá hiệu quả của MSCs trên bệnh nhân tổn thương tủy sống.

Từ khóa: Tế bào gốc trung mô, tổn thương tủy mạn tính.

SUMMARY

APPLICATION ADIPOSE-DERIVED MESENCHYMAL STEM CELLS IN CHONIC SPINAL CORD INJURY TREATMENT

Objective: To evaluate the results of application adipose-derived mesenchymal stem cells in chonic spinal cord injury treatment. **Method:** descriptive study descriptive study. **Results:** The study reports demonstrated improvement of motor and sensory functions of various degrees observed in 10/10 (100%) cases after mesenchymal stem cell transplantation. Measured by the American Spinal Injury Association (ASIA) scale, 5 (50%) out of the 10 patients observed an improvement at grade A to B, while 1 case (10%) saw an improvement from B to C after 6 months. Analysis of subsequent treatment results indicated that the transplantation of autologous MSCs is a feasible and safe technique. **Conclusion:** Successful application of the MSCs in the clinical practice is associated with the necessity of executing more detailed examinations to evaluate the effect of MSCs on the patients with spinal cord injury.

Keywords: adipose-derived mesenchymal stem cells, chonic spinal cord injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống là loại chấn thương

thường gặp với tổn thương tủy thường để lại những hậu quả nghiêm trọng như liệt hoàn toàn hoặc không hoàn toàn. Theo Trung tâm Thống kê Chấn thương cột sống của Mỹ, cứ 1 triệu người thì có 40 người chấn thương cột sống, bao gồm cả những người đã sống sót sau tai nạn. Hàng năm, tỷ lệ mắc bệnh là 12.500 trường hợp mới [1]. Mức độ nghiêm trọng của SCI có thể thay đổi từ tình trạng liệt không hoàn toàn thành hoàn toàn do thiếu máu cơ hoành hoặc mất máu. Ngoài mức độ chấn thương cột sống, kiểu chấn thương cũng là một yếu tố quyết định xác định cơ hội hồi phục và lựa chọn liệu pháp điều trị. Việc phẫu thuật giải ép sớm có thể giúp bảo vệ những tế bào thần kinh giúp nâng cao tỉ lệ hồi phục sau chấn thương. Tuy nhiên, không quá 1% có dấu hiệu hồi phục tự nhiên hoàn toàn sau chấn thương. Hầu hết bệnh nhân sau xuất viện vẫn phải ngồi xe lăn suốt đời.

Việc kích hoạt và thúc đẩy NSC nội sinh là những quá trình đặc biệt quan trọng bởi vì chúng có thể huy động khoảng 500.000 - 2.000.000 tế bào mới tại chỗ tổn thương một tháng sau chấn thương [2]. Việc cấy ghép tế bào gốc trung mô có thể kích hoạt lại quá trình này. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: “*Đánh giá kết quả ứng dụng tế bào gốc trung mô trong điều trị chấn thương cột sống có tổn thương tủy mạn tính*” tại bệnh viện Việt Đức năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 10 bệnh nhân có độ tuổi từ 18 – 65 tuổi, chấn thương cột sống mãn tính được lựa chọn vào nghiên cứu từ năm 2013 – 2016.

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các bệnh nhân được lựa chọn điều trị với MSCs là những bệnh nhân chấn thương cột sống cổ hoặc ngực nào trên hình ảnh MRI, có "hội chứng lâm sàng không đầy đủ" và trên hình ảnh chụp MRI ghi nhận hình ảnh nang rỗng (không phải sẹo thần kinh) tại vị trí tổn thương tủy sống, đã được phẫu thuật cố định cột sống giải ép.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân chấn thương cột sống liệt tủy không hoàn toàn và các bệnh nhân đã được điều trị phương pháp bổ trợ cảm ứng thần kinh trung được loại trừ khỏi nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

*Bệnh viện hữu nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Sơn
Email: sondinhngoc75@yahoo.com
Ngày nhận bài: 20.3.2017
Ngày phản biện khoa học: 12.5.2017
Ngày duyệt bài: 23.5.2017

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu lâm sàng.

Nội dung thực hiện:

- **Phân lập và nuôi cấy tế bào gốc trung mô thu nhận từ mô mỡ:** 100 – 150 ml được thu hoạch từ chính ứng viên tham gia nghiên cứu tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Mỡ sau khi rửa loại hồng cầu bởi PBS được phân giải bởi collagenase trong thời gian 40 – 60 phút. Ly tâm, loại bỏ cơ và thu nhận SVF. Một phần SVF được đóng gói trong 5ml NaCL 0.9% để chuẩn bị cho mũi tiêm 1.

Một phần SVF còn lại được trải vào đĩa môi trường DMEM và nuôi cấy trong tủ ẩm với điều kiện nhiệt độ 37°C và 5% CO₂ trong vòng thời gian 20 ngày với 4 lần cấy chuyển. Thu hoạch 20 – 30 triệu tế bào sau nuôi cấy tăng sinh, đóng gói trong 5ml NaCL 0.9% để chuẩn bị cho mũi tiêm 2,3.

- **Kiểm soát chất lượng tế bào gốc**

Kiểu hình miễn dịch: Định danh tế bào gốc trung mô được thực hiện bằng máy phân tích dòng chảy tế bào. 1×10^6 tế bào hoà tan trong 1 ml PBS được xác định bằng biểu hiện marker MSCs trên bề mặt như CD73, CD105, CD90, CD166 và thiếu các hiệu bề mặt đặc trưng

CD14. Các tế bào được kiểm tra và định lượng bằng kính hiển vi và chụp ảnh kỹ thuật số.

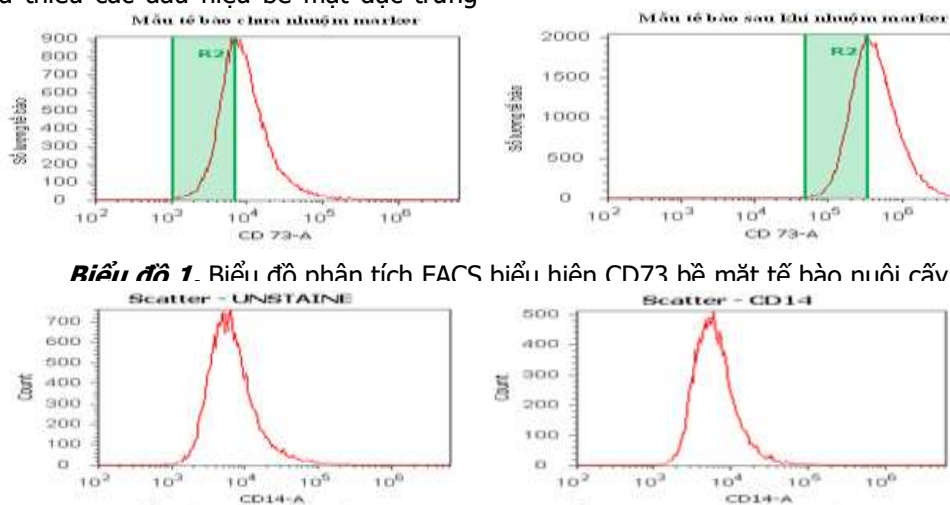
Kiểm soát vô trùng: Mẫu tế bào trước khi được ứng dụng được kiểm soát endotoxin, mycoplasma và vi khuẩn vi nấm.

- **Quy trình cấy ghép và đánh giá:** Bệnh nhân được ứng dụng ghép tế bào gốc với 3 mũi tiêm tương ứng như sau: Mũi tiêm 1: 4.10^6 được tiêm dưới hướng dẫn CT vào trực tiếp vị trí nang nước của vị trí tổn thương. Mũi tiêm 2, 3: $20 - 30.10^6$ được tiêm tại vị trí L2 vào dịch não tủy. Các mũi tiêm cách nhau 30 ngày. Sau ghép bệnh nhân được đánh giá bằng các chỉ số: SF36, ASIA và MRI.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Kết quả phân lập và nuôi cấy tế bào gốc trung mô thu nhận từ mô mỡ

100% các mẫu đều vượt qua quá trình kiểm tra vi khuẩn vi nấm, endotoxin và mycoplasma trước khi cấy ghép. 100% các mẫu biểu hiện marker dương tính CD73, CD105, CD90, CD166 từ 89 – 95% và biểu hiện marker âm tính CD14 sau nuôi cấy 0%. Tỷ lệ tế bào sống sót trên 95% sau nuôi cấy là 100%.



Biểu đồ 1. Biểu đồ nhân tích FACS biểu hiện CD73 bề mặt tế bào nuôi cấy

Biểu đồ 2. Biểu đồ phân tích FACS biểu hiện CD14 bề mặt tế bào nuôi cấy

Thể tích dịch tiêm mỗi mũi là 5ml với số lượng tế bào gốc trung mô bình sau phân lập và nuôi cấy mũi 1, mũi 2, mũi 3 lần lượt là: $3,1 \pm 1,29 (10^6 \text{ TB})$, $25,3 \pm 13,8 (10^6 \text{ TB})$, $24,7 \pm 12,01 (10^6 \text{ TB})$.

3.2 Kết quả lâm sàng và cận lâm sàng sau ghép

Bảng 1. Mức độ hồi phục được đo lường trên chỉ số ASIA

Tình trạng thần kinh		Khí khám lại sau 6 tháng					Tổng
		A	B	C	D	E	
Nhóm can thiệp	A	4	5	1	0	0	10
Tỉ lệ (100%)		40%	50%	10%	0	0	100

10/10 trường hợp (100%) sau khi ghép tế bào gốc trung mô được đánh giá bởi Hiệp hội chấn thương cột sống người Mỹ (ASIA) 5 (50%) trong số 10 bệnh nhân nhận thấy cải thiện từ lớp A đến B, trong khi 1 trường hợp (10%) có cải thiện từ B đến C sau 6 tháng.

Bảng 2. Kết quả 6 tháng điều trị trên MRI

	L (mm)	R (mm)	MCC (%)	MSCC (%)
Trước tiêm (n=10)	53,3 ± 3,9	7,2 ± 0,4	32,7 ± 4,5	36,9 ± 2,4
Sau tiêm 6 tháng (n=10)	30,1 ± 4,1	5,4 ± 1,3	22,0 ± 2,8	25,5 ± 2,3
P-value	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05

Với L: chiều dài tổn thương, R: độ rộng ống sống, MCC: tỉ lệ tổn thương cột sống tối đa, MSCC: tỉ lệ chèn ép cột sống tối đa.

Hình ảnh trên phim cộng hưởng từ cho thấy chiều dài tổn thương, độ rộng ống sống, tỉ lệ tổn thương cột sống tối đa và tỉ lệ chèn ép cột sống tối đa đều có cải thiện hơn so với 6 tháng trước tiêm tế bào gốc, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$

Kết quả cho thấy 100% bệnh nhân có cải thiện chất lượng cuộc sống và 100% bệnh nhân cấy ghép không ghi nhận biến cố nghiêm trọng.

TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Bệnh nhân Trần D, Nam, 31 tuổi, quê quán Hà Nội. Bệnh nhân tai nạn xe máy năm 2007, bệnh nhân được mổ cổ định tại BV Hữu Nghị Việt Đức. Đánh giá lâm sàng ban đầu: bệnh nhân mất vận động hoàn toàn hai chi dưới, hai tay vận động yếu, không cầm nắm được. Mất cảm giác từ ngực trở xuống. Đại tiểu tiện không tự chủ. Đánh giá trên X-Quang, CT cho thấy bệnh nhân CTCS C7-T1 đã được cố định. Trên MRI, bệnh nhân tổn thương tủy sống ngang mức C7-T1.

Kết luận: Bệnh nhân chấn thương cột sống cổ liệt tủy không hoàn toàn C7-T1, Độ B theo thang điểm ASIA. Bệnh nhân được chỉ định ghép tế bào gốc mô mỡ vào ngày 12/04/13. Sau ghép, đánh giá ban đầu, bệnh nhân tỉnh táo, không sốt và không có bất kỳ biến chứng nào.

Đánh giá kết quả bệnh nhân sau ghép

✓ 1 tháng sau tiêm MT1: Ghi nhận cảm giác nông đến vùng bụng. Bệnh nhân biết đói bụng và tăng cảm giác đại tiểu tiện, chưa ghi nhận dấu hiệu phục hồi về vận động.

✓ 3 tháng sau tiêm MT1: Ghi nhận cảm giác nông đến vùng bàn chân, tăng cảm giác đại tiểu tiện, cơ lực tăng nhưng chưa ghi nhận dấu hiệu phục hồi rõ về vận động. Sức khỏe tổng thể và tinh thần bệnh nhân tốt hơn. Bệnh nhân tập phục hồi chức năng tại nhà

✓ 12 tháng sau tiêm MT1: Cảm giác đến vùng bàn chân, đại tiểu tiện tự chủ, cơ rắn chắc hơn, cơ lực tay tốt hơn, cầm nắm được. Sức khỏe tổng thể tốt hơn nhiều. Bệnh nhân tập phục hồi chức năng tại nhà.

✓ 1,5 năm sau tiêm MT1: Cảm giác đến vùng bàn chân, cơ lực tay tốt hơn, cầm nắm được. Đại tiểu tiện tự chủ.

✓ 2 năm sau tiêm MT1: Bệnh nhân có cảm giác nông ở tất cả các vị trí trên cơ thể. Vùng bàn chân có cảm giác sâu nhưng chưa rõ rệt. 2 tay vận động tốt, tay phải hoạt động linh hoạt (viết chữ, sử dụng máy vi tính,...); tay trái kém linh hoạt hơn (bị dính khớp). 2 chân co gập được, tuy nhiên chưa vận động được ngón chân. Đại tiểu tiện chủ động hoàn toàn gần như người bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Khả năng tự tái tạo của hệ thần kinh trung ương (CNS) rất thấp là một thách thức cho việc phát triển các chiến lược điều trị mới. Tế bào gốc trung mô (MSCs) được đề xuất như là công cụ cho việc điều trị có thể cho rối loạn CNS.

Những nghiên cứu trên *in vitro* đã chứng minh rằng các tế bào giống tế bào thần kinh có nguồn gốc từ MSC có thể sống sót, di chuyển, tích hợp và giúp khôi phục chức năng và hành vi của bệnh nhân SCI và MSC có thể là một cách tiếp cận phù hợp để điều trị SCI [3-6]. Tuy nhiên, rất khó để theo dõi sự di chuyển, biệt hóa của các tế bào được cấy ghép trong cơ thể. Zhang và các cộng sự đầu tiên đã nghiên cứu trên mô hình thỏ, chứng minh rằng các tế bào gốc trung mô được cấy ghép (đã được đánh dấu) vào thỏ có thể homeing và biệt hóa thành tế bào thần kinh dưới cộng hưởng từ trong *in vivo*.

Trong các nghiên cứu mô hình động vật thí nghiệm của SCI, tiêm MSC đã dẫn đến việc bảo vệ đáng kể các tế bào thần kinh và giảm bớt thể tích nang nước và sẹo, và cải thiện chức năng vận động.

Trong nghiên cứu này, 10 bệnh nhân chấn thương cột sống cổ và ngực-thắt lưng mạn tính đã trải qua thời gian dài trong tình trạng liệt tủy hoàn toàn, với chức năng vận động được đánh giá theo chỉ số AIS – A. Sau ghép 6 tháng, có 5 bệnh nhân (50%) có cải thiện chức năng thần kinh theo thang điểm AIS (A-B) và 1 bệnh nhân (10%) có cải thiện về thang điểm AIS từ (B – C) sau 6 tháng. Kết quả trên cận lâm sàng cũng khá khả quan. Các chỉ số chiều dài và chiều rộng tổn thương có cải thiện đáng kể trước và sau ghép. Đặc biệt, chỉ số MCC và MSCC đều nhỏ hơn 30%. Điều này cho thấy hiệu quả điều trị đáng kể của

MSC thông qua biệt hóa thành CNS và kích thích tế bào gốc thần kinh tham gia quá trình sửa chữa tái tạo.

Trong nghiên cứu lâm sàng kéo dài, Park et al. (2012) cho thấy có 3 trong 10 bệnh nhân chấn thương cột sống cổ hoàn toàn được tiêm MSCs ngoài màng cứng [7]. Không may là sự phục hồi của động cơ chỉ quan sát được trong các phân đoạn gần với tổn thương tủy sống. Trong một nghiên cứu khác của Park và cộng sự, 10 bệnh nhân chấn thương cột sống nặng đã được thu nhận và nuôi cấy MSCs trong khoảng thời gian 4 tuần [7]. Tiếp theo, các bệnh nhân được tiêm 1ml dung dịch muối chứa 8×10^6 MSC vào nội mạc tủy và tiêm chích 5ml nước muối chứa 4×10^7 MSCs vào ngoài cứng. Sau đó, vào tuần thứ 4 và 8, bệnh nhân đã được tiêm thêm 8ml dung dịch muối chứa 5×10^7 MSCs vào vị trí L2. Sau 6 tháng theo dõi, 6 trong số 10 bệnh nhân cho thấy sức cơ được cải thiện đáng kể, và 3 trong số 6 bệnh nhân đó sự cải thiện và dần dần thích ứng với hoạt động sinh hoạt thường ngày. Các kết quả nghiên cứu của nghiên cứu này cũng cho thấy những bằng chứng khả quan về kết quả điều trị với nhiều kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới.

V. KẾT LUẬN

Tế bào gốc trung mô là nguồn tế bào tiềm năng cho liệu pháp trị liệu SCI. Với kết quả nghiên cứu trên thế giới là bằng chứng quan trọng chứng minh hiệu quả của MSC trong mô hình SCI. Tuy nhiên, hiện tại mô hình SCI mạn

tính cần được nghiên cứu một cách quy mô và hệ thống hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M. B. Bracken, "Methylprednisolone in the management of acute spinal cord injuries," *Medical Journal of Australia*, vol.153, no.6, p.368, 1990.
2. Bambakidis NC, Butler J, Horn EM, Wang X, Preul MC, et al. (2008) Stem cell biology and its therapeutic applications in the setting of spinal cord injury. *Neurosurg Focus* 24: E20.
3. Osaka M, Honmou O, Murakami T, Nonaka T, Houkin K, et al. (2010) Intravenous administration of mesenchymal stem cells derived from bone marrow after contusive spinal cord injury improves functional outcome. *Brain Res* 1343: 226-35.
4. Neuhuber B, Timothy Himes B, Shumsky JS, Gallo G, Fischer I (2005) Axon growth and recovery of function supported by human bone marrow stromal cells in the injured spinal cord exhibit donor variations. *Brain Res* 1035: 73-85.
5. Zurita M, Vaquero J (2006) Bone marrow stromal cells can achieve cure of chronic paraplegic rats: functional and morphological outcome one year after transplantation. *Neurosci Lett* 402: 51-6.
6. Yoshinaga K, Hashimoto M, Dezawa M, et al. (2005) Transplantation of bone marrow stromal cell-derived Schwann cells promotes axonal regeneration and functional recovery after complete transection of adult rat spinal cord. *J Neuropathol Exp Neurol* 64: 37-45.
7. Park JH, Kim DY, Sung IY, Choi GH, Jeon MH, et al. (2012) Long-term results of spinal cord injury therapy using mesenchymal stem cells derived from bone marrow in humans. *Neurosurgery* 70: 1238-47.

TÌNH HÌNH HIỆN MÁU TÌNH NGUYÊN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HOẠT ĐỘNG HIỆN MÁU TÌNH NGUYÊN Ở HAI KHỐI SINH VIÊN Y2K44 VÀ Y3K43 TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH

Đặng Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Thị Hiền¹,
Nguyễn Văn Tiến¹, Đỗ Văn Dung², Ngô Mạnh Quân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình hình hoạt động hiện máu tình nguyên và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt

động hiện máu tình nguyên ở sinh viên hai khối Y2K44 và Y3K43 Trường Đại học Y Dược Thái Bình. **Phương pháp nghiên cứu:** phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ sinh viên đã từng hiến máu ở năm 2 là 43,4% thấp hơn năm 3 (51,6%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tập tục, tôn giáo là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất gây cản trở việc hiến máu của cả sinh viên năm 2 (26,3%) và sinh viên năm 3 (77,2%). Có 3 yếu tố ảnh hưởng đến hành vi hiến máu: dân tộc, khối và tham gia CLB hiến máu.

Từ khóa: Hiến máu tình nguyện, yếu tố ảnh hưởng, sinh viên, Thái Bình.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

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

³Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email: dungnb62@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2017

Ngày duyệt bài: 24.5.2017

SUMMARY

VOLUNTEER BLOOD DONOR SITUATION AND SOME FACTORS AFFECTING VOLUNTARY BLOOD DONATION ACTIVITIES IN TWO BLOCKS STUDENTS Y3K43 AND Y2K44 IN THAI BINH UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

Objectives: Describing the situation of voluntary blood donation activities and some factors affecting voluntary blood donation activities in two blocks students in two blocks students Y3K43 and Y2K44 in Thai Binh university of medicine and pharmacy.

Method: Epidemiological methods described via surveys, horizontal coins. **Results:** The percentage of students used to give blood in year 2 is 43.4% lower than in 3 (51.6%) had statistically significant at $p < 0.05$. Mores, religion is the cause accounted for the highest proportion obstruct the blood donors of all students in 2 (26.3%) and third-year students (77.2%). There are three factors that affect the behavior of blood donation: ethnicity, block and join the club.

Keywords: Volunteer blood donation, factors of influence, students, Thai Binh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu là loại thuốc điều trị đặc biệt quý và chưa có chất thay thế. Trong những năm gần đây nhu cầu máu ngày càng tăng do phương tiện kỹ thuật hiện đại nên việc chẩn đoán bệnh sớm hơn, một phần nữa là do tai nạn giao thông ngày càng gia tăng. Theo ước tính của tổ chức Y tế thế giới, mỗi năm nước ta cần khoảng 1,8 triệu đơn vị máu/năm, tức khoảng 4.500 đơn vị máu/ngày. Nhưng trên thực tế, mỗi năm các bệnh viện chỉ thu được khoảng 700.000 đơn vị máu, trong đó tỷ lệ hiến máu tình nguyện đạt 59% [4].

Tại Thái Bình, Trường Đại học Y Dược là một trường tiên phong trong phong trào vận động hiến máu tình nguyện nhắc lại nhiều lần, đây được coi là nguồn máu sạch để cung cấp cho người bệnh. Càng ngày phong trào hiến máu tại trường càng đi lên với năm 2013 là 1385 đơn vị chiếm 17,98%, năm 2014 là 1423 chiếm 17,55%, năm 2015 là 1574 chiếm 21,15% tổng số lượng máu hiến tình nguyện của tỉnh Thái Bình. Sinh viên trường Đại học Y Dược Thái Bình luôn là tấm gương đi đầu trong công tác truyền

truyền, vận động hiến máu cũng như hiến máu tình nguyện của tỉnh. Tuy nhiên sinh viên đến từ các địa bàn khác nhau và các tập tục, kiến thức khác nhau, mới chỉ có khoảng 20% sinh viên của trường tham gia hiến máu, còn lực lượng lớn chưa tham gia, và cũng chưa có nhiều đề tài nghiên cứu về hiến máu ở sinh viên tình nguyện do đó chúng tôi tiến hành đề tài "*Tình hình hiến máu tình nguyện và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động hiến máu tình nguyện ở hai khối sinh viên Y2K44 và Y3K43 trường Đại học Y Dược Thái Bình*" nhằm mô tả tình hình hoạt động hiến máu tình nguyện và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động hiến máu tình nguyện ở sinh viên hai khối Y2K44 và Y3K43 Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- **Địa điểm nghiên cứu:** Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

- **Đối tượng nghiên cứu:** Hai khối sinh viên K43 và K44 trường đại học Y Dược Thái Bình tình nguyện tham gia nghiên cứu.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức ước tính cho một tỷ lệ: n là cỡ mẫu cần tính; $Z^2(1-2)$ là giá trị thu được từ bảng Z và bảng 1,96 với độ tin cậy 95%; p là tỷ lệ có nhận thức đầy đủ về hiến máu. Ước tính theo nghiên cứu trước của Nguyễn Thị Huyền Trang năm 2011 $p = 0,47$ [6]; $q = 1 - p = 0,39$. p : độ chính xác tương đối. Lấy $= 0,05$;

Thay vào công thức trên ta tính được cỡ mẫu là 884; Thực tế nhóm nghiên cứu phỏng vấn 1087 sinh viên, chọn chủ đích sinh viên của 2 khối Y2K44 và Y3K43.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hoạt động hiến máu tình nguyện ở hai khối sinh viên Y2K44 và Y3K43.

Bảng 3.1. Hành vi về hiến máu nhân đạo ở 2 khối sinh viên

Hiến máu	Y2 (n = 509)		Y3 (n = 578)		p
	n	%	n	%	
Đã từng	221	43,4	298	51,6	<0,05
Chưa từng	288	56,6	280	48,4	

Tỷ lệ sinh viên đã từng hiến máu ở năm thứ 2 là 43,4% thấp hơn năm thứ 3 (51,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Tỷ lệ số lượt hiến máu nhắc lại

Số lần hiến máu	Y2 (n = 222)		Y3 (n = 292)		p
	n	%	n	%	
1 lần	125	56,3	117	40,1	<0,05
2-5 lần	97	43,7	157	53,8	
6-10 lần	0	0,0	18	6,2	

Với sinh viên khối Y2, tỷ lệ hiến máu 1 lần cao nhất (56,3%) sau đó đến tỷ lệ hiến 2 – 5 lần 43,7% và không có sinh viên nào hiến từ 6 lần trở lên. Với sinh viên năm thứ 3 tỷ lệ hiến 2 – 5 lần chiếm cao nhất 53,8%, thấp nhất là hiến trên 6 lần 6,2%. Tỷ lệ hiến máu của sinh viên năm thứ 3 cao hơn năm thứ 2. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động hiến máu tình nguyện

Bảng 3.3. Tỷ lệ các nguyên nhân làm sinh viên chưa hiến máu

Yếu tố cản trở	Y2		Y3		p
	n	%	n	%	
Gia đình	34	11,4	11	35,5	<0,05
Tập tục, tôn giáo	79	26,3	61	77,2	<0,05
Sợ ảnh hưởng đến sức khỏe	7	2,3	1	4,8	>0,05

Kể cả sinh viên năm thứ 2 và năm thứ 3 đều có tỷ lệ sợ ảnh hưởng đến sức khỏe thấp nhất 2,3% với khối Y2 và 4,8% với khối Y3. Tập tục, tôn giáo ảnh hưởng chiếm tỷ lệ cao nhất là 26,3% (khối Y2) và 77,2% (khối Y3).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa các đặc điểm với hành vi hiến máu của sinh viên.

Đặc điểm		Hành vi hiến máu		Đã từng		Chưa từng		p
				Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Giới	Nam			238	47,6	262	52,4	>0,05
	Nữ			271	46,2	316	53,8	
Dân tộc	Kinh			501	50,6	490	49,4	<0,05
	Khác			8	8,3	88	91,7	
Khối	Y2			221	42,6	298	57,4	<0,05
	Y3			288	50,7	280	49,3	
Tham gia CLB hiến máu	Có			36	73,5	13	26,5	<0,05
	Không			473	45,6	565	54,4	

Qua bảng 3.4 ta thấy có 3 yếu tố ảnh hưởng đến hành vi hiến máu: dân tộc, khối và tham gia câu lạc bộ hiến máu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hoạt động hiến máu tình nguyện ở hai khối sinh viên Y2K44 và Y3K43: Hiến máu nhân đạo là một trong những nghĩa cử cao đẹp của con người nói chung và của người Việt Nam nói riêng. Hiến máu nhân đạo lại là một trong những hành động thiết thực nhất đối với các hoạt động nhân đạo của ngành y, nó đem lại một nguồn máu vô cùng quý giá, có thể cứu sống người bệnh trong gang tấc, giành giật người bệnh từ tay tử thần. Khi đã bước vào giảng đường đại học hơn nửa lại tại trường y thì sinh viên càng ý thức hơn về việc một giọt máu cho đi, một cuộc đời ở lại.

Tuy nhiên, nghiên cứu về hành vi hiến máu ở 2 khối sinh viên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng tỷ lệ sinh viên đã từng hiến

máu ở năm 2 là 43,4% thấp hơn năm 3 (51,6%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hiến máu cần phải có khoảng thời gian nhất định mới được hiến máu lại. Ví dụ như hiến máu toàn phần thì tối thiểu là 12 tuần mới được hiến lại do đó sinh viên năm 2 gặp được các buổi tổ chức hiến máu ít hơn sinh viên năm 3 dẫn tới tỷ lệ hiến máu ở sinh viên năm 2 thấp hơn so với năm 3. Sinh viên càng khóa trên thì tỷ lệ hiến máu lặp lại càng nhiều. Đây cũng là mặt tích cực của những bạn đã từng vượt qua sợ hãi, rào cản để tham gia hoạt động tình nguyện nhưng cũng là một vấn đề trăn trở vì tỷ lệ các bạn hiến máu lặp lại cao điều đó nói lên tỷ lệ những bạn chưa đi hiến máu và sẽ không hiến máu cũng cao. Vậy vấn đề ở đây là làm sao để những bạn chưa đi hiến máu vượt qua mọi trở ngại để hiến máu cứu người.

Kết quả nghiên cứu về số lượt hiến máu nhắc lại của chúng tôi cho thấy sinh viên Y2, tỷ lệ hiến máu 1 lần cao nhất (56,3%) sau đó đến tỷ lệ hiến 2 – 5 lần 43,7% và không có sinh viên nào hiến máu từ 6 lần trở lên. Với sinh viên năm 3 hiến 2 – 5 lần chiếm cao nhất 53,8%, thấp nhất là hiến trên 6 lần 6,2%. Tỷ lệ hiến máu của sinh viên năm 3 cao hơn năm 2 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả trong nghiên cứu của Rakhshani F vào năm 2010, nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành của người dân tỉnh Zahedan về hiến máu tình nguyện thì chỉ có 40,1% đối tượng cho máu lần đầu [5].

Hiến máu nhắc lại là một trong những nguồn người hiến máu vô cùng đảm bảo vì họ thường xuyên được sàng lọc, đảm bảo an toàn cho người bệnh cũng như cho nhân viên y tế. Bên cạnh đó việc hiến máu có lợi cho chính sức khỏe của người hiến máu, đó là lý do vì sao mà những người trung tuổi ở trên thế giới đi hiến máu nhắc lại nhiều lần, bởi vì họ hiểu được hiến máu nhắc lại có lợi ích cho sức khỏe của mình như thải sắt, giảm nguy cơ tim mạch, ung thư. Ngoài ra khi hiến máu nhắc lại làm cho cơ thể luôn có phản ứng với việc thiếu máu, giúp cho tủy có phản ứng thực hiện chức năng. Nhận thức được điều đó thì ngày càng có nhiều người không thờ ơ và nhiều người tham gia hiến máu, đặc biệt là hiến máu nhắc lại nhiều lần [2],[3].

4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động hiến máu tình nguyện: Hiến máu là hành động cao đẹp mà mỗi sinh viên đều cần nhận thức được, hơn ai hết là sinh viên trường y thì điều đó càng quan trọng hơn, tuy nhiên vẫn có một số nguyên nhân gây cản trở hành vi hiến máu, nghiên cứu về vấn đề này kết quả của chúng tôi cho thấy cả sinh viên năm 2 và năm 3 đều có tỷ lệ sợ ảnh hưởng đến sức khỏe là thấp nhất 2,3% với Y2 và 0,4% với Y3. Tập tục, tôn giáo ảnh hưởng chiếm tỷ lệ cao nhất là 26,5% (Y2) và 21,8% (Y3). Sau đó đến ảnh hưởng do cản trở của gia đình, sinh viên năm 2 có ảnh hưởng của gia đình là 11,1% lớn hơn sinh viên năm 3 (3,9%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So với nghiên cứu của Nguyễn Minh Hiếu năm 2014[1] thì tỷ lệ sinh viên sợ ảnh hưởng đến sức khỏe chiếm tỷ lệ cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi rất nhiều 44,8% sinh viên quân đội và 51,4% sinh viên ngoài quân đội. Điều này cũng dễ hiểu vì sinh viên ngoài ngành y thì sự hiểu biết về hiến máu không bằng sinh viên trong

ngành. Quan niệm của những người ngoài ngành là máu vô cùng giá trị, máu nuôi sống con người, không có máu hay thiếu máu đều làm ảnh hưởng đến sức khỏe, máu quý giá như vậy làm sao có thể cho đi khi mình không có thừa máu. Điều này cũng dễ hiểu vì mọi người không hề biết rằng máu của chúng ta luôn luôn có sự thay cũ đổi mới, ví như hồng cầu, đời sống trung bình của hồng cầu trong máu ngoại vi là 120 ngày. Theo thời gian, màng hồng cầu sẽ mất dần tính mềm dẻo và cuối cùng hồng cầu sẽ vỡ khi đi qua các mao mạch nhỏ của lách và bị thực bào. Theo chương trình thì hồng cầu mới sẽ được sinh ra từ tủy xương thay thế cho các hồng cầu đã bị thực bào. Nếu hiến máu thì cơ thể sẽ có cơ chế kích thích quá trình sinh máu tại tủy nhanh hơn bù cho lượng máu hiến do đó không hại đến sức khỏe.

Mối quan hệ giữa nhận thức, thái độ và hành vi của con người nói chung và người hiến máu nói riêng có liên quan mật thiết đến môi trường sống. Đó là mối quan hệ tác động chi phối lẫn nhau được thể hiện rất đa dạng. Chính vì thế nên từ thái độ đến hành vi vẫn còn là một vấn đề khá xa. Điều này thể hiện trong kết quả bảng 3.4: sinh viên dân tộc Kinh đã hiến máu chiếm 50,6% trong đó các dân tộc khác chỉ có 8,3%. Sự khác biệt về hành vi đã từng hiến máu ở sinh viên dân tộc Kinh với các dân tộc khác có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sinh viên dân tộc Kinh hiến máu cao hơn các dân tộc khác 11,2 lần. Ở đây có thể do phong tục tập quán ở các dân tộc khác nhau là khác nhau nên làm ảnh hưởng đến hành vi hiến máu. Qua đây chúng ta thấy nhiều phong tục lạc hậu cần phải xóa bỏ trong các dân tộc, nó kiềm chế sự phát triển, tình yêu thương đồng loại của các dân tộc. Như vậy không có sự tương xứng hoàn toàn giữa nhận thức, thái độ và hành vi vì môi trường sống có vai trò rất quan trọng. Không phải tất cả những người có nhận thức đầy đủ, thái độ đúng đắn đều có hành vi tham gia hiến máu tình nguyện và ngược lại.

Kết quả bảng 3.4 cũng cho thấy sinh viên năm 3 đã hiến máu có tỷ lệ cao hơn sinh viên năm 2, sự khác biệt giữa sinh viên năm 3 và sinh viên năm 2 về hành vi đã từng tham gia hiến máu là có ý nghĩa thống kê. Sinh viên năm 2 đã từng hiến máu chiếm 42,6%, vẫn còn 57,4% chưa hiến máu. Sinh viên năm 3 đã hiến máu chiếm tỷ lệ 50,7% và vẫn còn 49,3% sinh viên chưa tham gia hiến máu. Đó là những người được trang bị kiến thức cơ bản về hiến máu, có thái độ tích cực rằng hiến máu là hoàn toàn tự

nguyện, vì sức khỏe của người bệnh và có hành vi phù hợp để hiến máu an toàn, đồng thời duy trì hành vi hiến máu thường xuyên và vận động cộng đồng cùng hiến máu. Cộng đồng người có nguy cơ thấp đó chính là cộng đồng sinh viên. Vậy làm thế nào để cho những sinh viên chưa hiến máu bao giờ xuất hiện hành vi hiến máu thì đó là một bài toán đặt ra đối với những người làm công tác tuyên truyền hiến máu [3].

Câu lạc bộ hiến máu tình nguyện của trường là một trong những đơn vị tham gia tích cực vào việc tuyên truyền vận động các sinh viên trong trường tham gia hiến máu. Nghiên cứu về mối quan hệ giữa tham gia CLB hiến máu và hành vi hiến máu chúng tôi thấy rằng những sinh viên đã tham gia hiến máu tỷ lệ đã từng hiến máu là 73,5% cao hơn so với sinh viên không tham gia câu lạc bộ (45,6%). Sinh viên tham gia câu lạc bộ chưa từng hiến máu chỉ có 26,5% trong khi sinh viên không tham gia câu lạc bộ chưa từng hiến máu rất cao 54,4%. Như vậy các sinh viên tham gia câu lạc bộ và đã từng hiến máu cao gấp 3,3 lần so với sinh viên không tham gia câu lạc bộ hiến máu có ý nghĩa thống kê. Câu lạc bộ hiến máu nhân đạo trường thành lập năm 2001, câu lạc bộ ra đời với mục đích tạo được nhận thức đầy đủ, thái độ đúng đắn về hiến máu tình nguyện cho các bạn sinh viên trong trường, từ đó mong muốn mọi người thay đổi hành vi. Như chúng ta đã biết nhận thức đóng vai trò quyết định đến sự thay đổi hành vi của đối tượng hiến máu. Muốn thay đổi nhận thức thì trước hết phải thay đổi thái độ và thay đổi nhận thức bằng các hoạt động cụ thể tác động vào các giác quan.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ sinh viên đã từng hiến máu ở năm thứ 2 là 43,4% thấp hơn năm thứ 3 (51,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tập tục, tôn giáo là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất gây cản trở việc hiến máu của cả sinh viên năm thứ 2 (26,3%) và sinh viên năm thứ 3 (77,2%).

- Có 3 yếu tố ảnh hưởng đến hành vi hiến máu: dân tộc, khối và tham gia câu lạc bộ hiến máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Minh Hiếu, Nguyễn Thị Phi Nga và cộng sự (2014)**, "Thực trạng một số yếu tố tác động tác nhận thức, hành động của sinh viên về hiến máu tình nguyện và hiệu quả của các loại hình thông tin tuyên truyền hiến nay", Tạp chí Y – Dược học quân sự, số 5, tr. 23 – 30.
2. **Đỗ Trung Phần (2012)**, "Truyền máu cập nhật hiện đại và ứng dụng trong lâm sàng", Nxb Y học Việt Nam, tr 13-250.
3. **Ngô Mạnh Quân, Lê Thanh Hằng, Nguyễn Anh Trí (2014)**, "Nghiên cứu kiến thức, thái độ, hành vi trong công tác vận động và tuyển chọn người hiến máu", Một số chuyên đề Huyết học – truyền máu, tập V, tr. 51 – 61.
4. **Tổ chức y tế thế giới (2011)** Cho máu an toàn. NXB Lao động, Hà Nội, tập 1, 32-33, 35-51, 69-83.
5. **Rakhshani F, Sainei Moghadam E et al (2010)**, "Knowledge, attitude and practice of the population of Zahedan province about blood donation", Sci J Iran Blood Transfus Org, Vol 7, No 1, pp: 9 – 16.
6. **Salaudeen AG, Odeh E (2011)**, "Knowledge and behavior towards voluntary blood donation among students of a tertiary institution in Nigeria", Original article, 14(3), pp 303 – 307.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 455 - THÁNG 6 - SỐ 2 - 2017

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o2 - JUNE - 2017

- 1 **Sự thay đổi kích thước cung răng ở nhóm học sinh người việt lứa tuổi 11-12** 1
Changes in dental arch dimensions in vietnamese children from 11 to 12 years old
Phạm Cao Phong, Lê Gia Vinh, Võ Trương Như Ngọc
- 2 **Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh gút tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng năm 2015-2016** 4
Clinical and paraclinical features of gout at Viet Tiep Hospital in Hai Phong in 2015-2016
Đinh Thị Phương Lan, Trịnh Hồng Nhung, Phạm Chính Nghĩa
- 3 **Khảo sát sự tương quan giữa thành phần kim loại của dây dẫn điện với dấu vết kim loại trong vết bỏng điện gây bởi dòng điện 110V, sử dụng kính hiển vi điện tử quét** 8
Survey on relationship between different electric conductors and metal traces in electrical burns caused by 110V electric line, using VP-SEM with EDX
Đào Quốc Tuấn, Đặng Hải Dũng, Trần Văn Ban, Ngô Danh Hoài, Nguyễn Anh Tuyền
- 4 **Nhận xét đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan trên X-quang ở bệnh nhân bị thoái hóa khớp gối tại khoa nội 4 Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng** 12
Clinical features and several factors related to X-rays on patients who have degenerative joint disease in geriatric department of Viet Tiep Hospital in Haiphong
Phạm Chính Nghĩa, Vũ Thị Bích Hồng
- 5 **Thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng kỹ thuật xâm nhập tối thiểu đường mổ trước với bàn mổ chỉnh hình** 15
Mini-invasive total hip arthroplasty uncemented with anterior approach and orthopedic surgical table
Hồ Mẫn Trường Phú, Phạm Đăng Ninh
- 6 **Giá trị tiên lượng của cytokine và CRP-HS trên bệnh nhân suy tim mạn** 19
Prognostic value of cytokines and CRP-HS in patient with chronic heart failure
Lê Thị Thu Hương, Châu Ngọc Hoa, Nguyễn Thị Tố Như
- 7 **Xác định mối tương quan giữa thành phần kim loại của dây dẫn điện với dấu vết kim loại trong vết bỏng điện gây bởi dòng điện 220V, sử dụng kính hiển vi điện tử quét** 24
Determination of relationship between different electric conductors and metal traces in electrical burns caused by 220V electric lines, using VP-SEM with EDX
Đào Quốc Tuấn, Đặng Hải Dũng, Trần Văn Ban, Ngô Danh Hoài, Nguyễn Anh Tuyền
- 8 **Giá trị độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh chung đối với chẩn đoán bệnh động mạch vành trong hội chứng vành cấp** 28
The accessment of common carotid intima-media thickness for diagnosing coronary artery disease in the patient with acute coronary syndrome
Huỳnh Kim Phụng
- 9 **Nghiên cứu thuốc chỉnh khí sắc trong điều trị bệnh nhân nội trú rối loạn cảm xúc tại viện sức khỏe tâm thần** 32
Studying adaptive drugs in treatment infectious infectious diseases at the mental health institute
Nguyễn Văn Dũng và Cộng sự
- 10 **Nghiên cứu mối tương quan giữa điểm NIHSS và kích thước ổ nhồi máu não trên phim cộng hưởng từ ở bệnh nhân nhồi máu động mạch não giữa giai đoạn cấp** 37
Correlation between NIHSS score and the volume of cerebral irm infarct in patients with middle cerebral arterial infarction
Võ Hồng Khôi, Nguyễn Văn Liệu, Trần Thị Thanh

- 11 **Ảnh hưởng của bệnh sâu răng đối với chất lượng cuộc sống của người cao tuổi tỉnh Yên Bái năm 2015** 41
Effects of dental caries to the quanlity of life of elderly people in Yen Bai province in 2015
Trương Mạnh Dũng, Nguyễn Thị Sen, Đinh Xuân Thành, Nguyễn Văn Tiến
- 12 **Hội chứng sau cắt đoạn ung thư trực tràng đánh giá trên 175 bệnh nhân ung thư trực tràng** 45
Low anterior resection syndrome (LARS) after rectal cancer resection - evaluated in 175 patients rectal cancer
Phạm Văn Bình
- 13 **Kết quả phẫu thuật chấn thương sọ não nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình** 48
Surgical outcome of acute subdural hematoma in severe traumatic injury in Thai Binh General Hospital
Vũ Minh Hải, Phạm Thị Tĩnh
- 14 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nằm viện dài ngày** 51
Study clinical, para-clinical characteristics in prolonged length of hospitalization exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease patients
Vũ Quang Diễn, Đinh Văn Thịnh, Nguyễn Thị Thanh Liễu
- 15 **Mối liên quan giữa một số đặc điểm cận lâm sàng và týp virus ở bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue** 54
Dengue serotype-specific differences in paraclinical manifestation of pediatric patients
Lê Minh Dũng, Nguyễn Duy Thắng, Nguyễn Quang Duật
- 16 **Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học ở bệnh nhân mắc bệnh gan do rượu** 58
Clinical and histopathological features of patients with alcoholic liver disease
Lê Thị Thu Hiền, Nguyễn Quang Duật, Trịnh Xuân Tráng
- 17 **Đánh giá kết quả bước đầu can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình** 62
Results of percutaneous coronary intervention at Ninh Binh General Hospital
Hà Văn Bình, Phạm Thái Giang
- 18 **Kết quả điều trị đa mô thức ung thư trực tràng giai đoạn II-III phẫu thuật được** 66
Results of multimodality treatment on patients with resectable rectal cancer stage II and stage III
La Văn Trường, Nguyễn Tô Hoài
- 19 **Nghiên cứu xử trí chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương** 71
Study on management of post-partum heamorrhage at national Hospital of Obstetrics and Gyneacology
Nguyễn Quảng Bắc
- 20 **Đánh giá độ đàn hồi gan bằng kỹ thuật tạo hình siêu âm đàn hồi mô sóng biến dạng ở người kiểm tra sức khoẻ tổng quát** 74
Quantitative accessing liver elasticity by shear wave elastography of health check examinees
Huỳnh Kim Phụng
- 21 **Tình hình nhãn áp và góc tiền phòng của người dân Đà Nẵng** 78
Evaluation of intraocular pressure situation and anterior chamber angle in Danang City community
Nguyễn Quốc Đạt
- 22 **Một số yếu tố liên quan đến tái nghiện rượu trên những bệnh nhân nghiện rượu đã điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần giai đoạn 2014 - 2016** 81
Some factors related to alcoholic representation on the women who always treatment at the Mental Health Institute for the period 2014-2016
Nguyễn Văn Dũng và cộng sự

- 23 **Ứng dụng thang điểm orgogozo trong thực hành lâm sàng nhằm đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân nhồi máu động mạch não giữa giai đoạn cấp** 86
Research on the correlation between orgogozo score and MRI infarct volume in patients with the middle cerebral arterial infarction
Võ Hồng Khôi, Nguyễn Văn Liệu, Trần Thị Thanh
- 24 **Thực trạng bệnh sâu răng ở người cao tuổi tỉnh Yên Bái năm 2015** 90
Reality of dental caries in elderly people Yen Bai province 2015
**Trương Mạnh Dũng, Nguyễn Thị Sen
Nguyễn Văn Tiến, Đinh Xuân Thành**
- 25 **Nghiên cứu biến chứng của phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị túi phình động mạch não vỡ** 95
Complications of minimally invasive microsurgery in treatment of cerebral aneurysms
Nguyễn Thế Hào, Trần Trung Kiên
- 26 **Thực trạng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh nhi điều trị tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2016** 98
Real situation of approaching medical examination and treatment of child patients in Hai Duong Pediatric Hospital in 2016
Vũ Minh Hải, Nguyễn Đức Thanh
- 27 **Dự phòng huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân phẫu thuật ung thư tiêu hóa tại Bệnh viện K- kinh nghiệm qua 110 trường hợp** 101
Prophylaxis of postoperative venous thromboembolism in patients gastrointestinal cancer at K Hospital - experience with 110 cases
Phạm Văn Bình
- 28 **Thang điểm chẩn đoán định hướng lao phổi mới AFB âm tính** 104
Scoring system for the diagnosis of new smear – negative pulmonary tuberculosis
Vũ Quang Diễn, Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Xuân Triều
- 29 **Nhận xét đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhi sốt dengue có xuất huyết tiêu hóa** 107
Paraclinical characteristics in pediatric patients of dengue fever have gastrotestinal bleeding
Lê Minh Dũng, Nguyễn Duy Thắng, Nguyễn Quang Duật
- 30 **Nghiên cứu hoạt độ ENZYME SOD, GPX, TAS và MDA ở bệnh nhân mắc bệnh gan do rượu** 111
Research on the concentration of SOD, GPX, TAS and MDA in plasma in patients with alcoholic liver disease
Lê Thị Thu Hiền, Nguyễn Quang Duật, Trịnh Xuân Tráng
- 31 **Đánh giá kết quả sớm trong điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên bằng can thiệp động mạch vành qua da** 114
Evaluation of early results in acute ST-elevation myocardial infarction patients by percutaneous coronary intervention
Hà Văn Bình, Phạm Thái Giang
- 32 **Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng giai đoạn II-III** 118
Results of laparoscopic surgery for the treatment of patients with rectum cancer stage II and stage III
La Văn Trường, Nguyễn Tô Hoài
- 33 **Đặc điểm điện sinh lý và kết quả điều trị tim nhanh trên thất ở trẻ nhỏ bằng đốt triệt qua catheter** 123
The results of radiofrequency ablation in infants and small children with supraventricular tachycardia
Nguyễn Thanh Hải
- 34 **Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị Methadone tại Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh Nghệ An năm 2016** 126
Quality of life and related factors among patients on Methadone maintenance treatment at Nghe An center for HIV/AIDS control in 2016
Nguyễn Thị Hồng Duyên, Trần Khánh Toàn

35	Nhận xét về xử trí sót rau sau phá thai bằng thuốc A review of the management of the retained placenta after medical abortion Trương Quốc Việt, Nguyễn Quảng Bắc, Đinh Quốc Hưng	130
36	Mối liên quan giữa bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu với xơ mỡ động mạch cảnh ở người kiểm tra sức khỏe tổng quát Correlation between nonalcoholic fatty liver disease and arteriosclerosis in health check-up examinees Huỳnh Kim Phụng	133
37	Can thiệp nội mạch trong điều trị giả phình mạch tạng Endovascular embolisation in treatment of visceral artery pseudoaneurysms Trần Anh Tuấn, Trần Văn Lượng, Đào Danh Vĩnh, Lê Hoàng Kiên, Vũ Đăng Lưu	138
38	Khảo sát đặc điểm dịch tễ và các yếu tố liên quan đến thể tai biến mạch máu não trên nhóm người bệnh điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Đồng Tháp Epidemiological characteristics and factors associated with types of strokes among inpatients at Dong Thap Traditional Medicine Hospital in Vietnam Hoàng Thy Nhạc Vũ	142
39	Một số tác dụng không mong muốn của amitriptyline trong điều trị rối loạn trầm cảm người cao tuổi Some of adverse effects amitriptyline in treatment depressive disorder elderly Nguyễn Văn Dũng và cộng sự	147
40	Thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh trường trung học cơ sở tại Thành phố Thái Nguyên, Tỉnh Thái Nguyên năm 2016 và một số yếu tố liên quan The current situation of mental health among secondary school students in Thai Nguyen City in 2016 and some related factors Nguyễn Việt Quang, Chu Văn Thắng, Nguyễn Thị Quỳnh Hoa	152
41	Nghiên cứu huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở sản phụ sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Bạch Mai: Tỷ lệ, giá trị của D- DIMER và siêu âm doppler trong chẩn đoán sàng lọc Studies of deep vein thrombosis (DVT) women after cesarean section at Bach Mai Hospital: Ratio, the value of D- DIMER and doppler ultrasound in diagnosis screening Lưu Tuyết Minh, Nguyễn Việt Hùng, Đinh Thị Thu Hương	156
42	Đặc điểm lâm sàng và tính nhạy cảm kháng sinh của streptococcus pneumoniae gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em tại Hải Dương Clinical characteristics and antimicrobial susceptibility of streptococcus pneumoniae that causing community acquired pneumonia in children in Hai Duong Lê Thanh Duyên, Nguyễn Tiến Dũng	160
43	Kết quả cắt dạ dày điều trị ung thư dạ dày ở người cao tuổi The result of surgical treatment for elderly gastric cancer patients Hoàng Việt Dũng, Trịnh Hồng Sơn	164
44	Xác định ngưỡng sống sót tinh trùng (SST) trên bệnh nhân làm thụ tinh ống nghiệm tại Bệnh viện Bạch Mai Cut-off points of sperm survival test in ivf patients at Bach Mai Hospital Nguyễn Thị Vân Anh, Nguyễn Thu Hằng, Nguyễn Lai Thành, Trịnh Sinh Tiên	168
45	Khảo sát tính đa dạng di truyền vùng gen ty thể HVS-I và HVS-II trên dân tộc Kinh và dân tộc Mường Việt Nam Variation of mitochondrial DNA HVS-I, HVS-II region in the Kinh and Muong ethnic in Vietnam Trần Huy Thịnh	171
46	Đánh giá mức độ an toàn vít khối bên c1 qua cung sau ở bệnh nhân chấn thương cột sống cổ mất vững Assessing the safety of posterior arch c1 technique in patient with fracture instability Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Lê Bảo Tiên	174

47	Kết quả điều trị tắc ống lệ mũi bẩm sinh bằng đặt ống silicon monoka The clinical outcomes of monoka intubation techniques in the cases of failed primary probing	177
	Phạm Ngọc Đông, Nguyễn Tiến Đạt	
48	Khảo sát tình hình chỉ định các xét nghiệm sinh hóa trong chuyển hóa mỡ đối với một số bệnh thường gặp Survey situation indicators of biochemical tests in transition for some condominal diseases	180
	Trần Hữu Tâm	
49	Đánh giá sự biến đổi góc tiền phòng sau laser mổ mắt chu biên bằng máy OCT RTVUE 100 Changes in anterior chamber angle after laser iridotomy assessed with OCT RTVUE 100	183
	Nguyễn Đình Ngân, Phạm Thị Mỹ Hạnh	
50	Bước đầu nghiên cứu chẩn đoán trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai First step of studying for diagnosis of depression in patients with bipolar disorder in National Institute of Mental Hospital- Bach Mai Hospital	188
	Lê Thị Thu Hà, Nguyễn Kim Việt, Trần Hữu Bình	
51	Đánh giá hiệu quả cải tiến kỹ thuật nâng cao tỷ lệ thành công trong thụ tinh ống nghiệm tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương The efficacy of technical advances for increasing ivf outcomes at national Hospital of Obstetrics and Gynecology	192
	Bùi Văn Hiếu, Nguyễn Xuân Hợi	
52	Hướng xử trí tinh hoàn cùng dương vật đứt rời: Nhân trường hợp nổi ghép vi phẫu đầu tiên tại Việt Nam và nhìn lại y văn Management of testicle and penile amputation injuries: First case in Vietnam and review the literature	196
	Nguyễn Hồng Hà	
53	Đánh giá tác dụng chống viêm dị ứng và làm bền tế bào MAST của cao đặc EZ trên thực nghiệm Effects of anti-allergic and sustainable MAST activities cells of viscous EZ on experimant models	200
	Nguyễn Mạnh Tuyển, Phạm Thị Vân Anh	
54	Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2015-2016 The status of hospital infection at Ninh Binh Hospital of Maternity and Children in 2015-2016	203
	Bùi Thị Hương, Đỗ Văn Dung	
55	Phẫu thuật nội soi vá màng nhĩ bằng màng sụn nấp bình tai Endoscopic myringoplasty by tragal cartilage inbutterfly shape	208
	Nguyễn Công Hoàng	
56	Giảm đau do bệnh nhân tự kiểm soát qua catheter ngoài màng cứng đoạn ngực sau phẫu thuật cắt dạ dày Patient - controlled thoracic epidural analgesia following gastrectomy	211
	Nguyễn Văn Minh	
57	Ứng dụng tế bào gốc trung mô trong điều trị chấn thương cột sống tổn thương tủy mạn tính Application adipose-derived mesenchymal stem cells in chonic spinal cord injury treatment	215
	Nguyễn Lê Bảo Tiến, Đinh Ngọc Sơn	
58	Tình hình hiến máu tình nguyện và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động hiến máu tình nguyện ở hai khối sinh viên Y2K44 và Y3K43 trường Đại học Y Dược Thái Bình Volunteer blood donor situation and some factors affecting voluntary blood donation activities in two blocks students Y3K43 and Y2K44 in Thai Binh University of Medicine and Pharmacy	218
	Đặng Thị Thu Hằng, Nguyễn Thị Hiền, Nguyễn Văn Tiến, Đỗ Văn Dung, Ngô Mạnh Quân	