

ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT CẮT KHỐI TÁ TUY CỐ NỘI SOI HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÙNG BÓNG VATER

Trần Quế Sơn^{1,2}, Trần Hiếu Học^{1,2}, Nguyễn Tiến Quyết³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chỉ định và kỹ thuật cắt khối tá tụy cố nội soi hỗ trợ trên 30 trường hợp được phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai từ 1/6/2016 – 30/5/2020. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, can thiệp lâm sàng không đối chứng. **Kết quả:** Chỉ định chủ yếu cho các khối u bóng Vater (80%) và u phần thấp ống mật chủ (13,3%). Kích thước u sau mổ ≤ 30 mm chiếm 90%. Tất cả đều sử dụng 5 trocar (100%), phẫu thuật Whipple là 70,8% và phẫu thuật Traverso - Longmire là 29,2%. Tai biến trong mổ: tổn thương tĩnh mạch mạc treo tràng trên (3,4%), chảy máu từ tĩnh mạch quai đầu hồng tràng (3,3%), đứt động mạch mạc treo tràng trên (3,3%), vết thương tĩnh mạch cửa (3,3%). Thời gian mổ trung bình 290,8 phút, thời gian phẫu tích nội soi 160,3 phút, mất máu 350,2mL. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 20%, nguyên nhân do u viêm dính (10%), tai biến mạch máu (6,7%), dính sau mổ cũ (3,3%). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tụy khả thi với các khối u nhỏ, tai biến thường gặp do tổn thương mạch máu nên cần thận trọng khi phẫu thuật.

Từ khóa: Kỹ thuật, phẫu thuật nội soi, cắt khối tá tụy, ung thư vùng bóng Vater

SUMMARY

TECHNIQUE OF LAPAROSCOPIC ASSISTED PANCREATODUODENECTOMY FOR PERIAMPULLARY MALIGNANCIES

Objectives: The objectives of this cohort study described indications and technique of laparoscopic assisted pancreatoduodenectomy for periampullary cancers at Bachmai University Hospital. **Material and Method:** Describe and follow up 30 patients who were operated from 1/9/2016 to 30/5/2020. **Results:** Indications mainly for Vater ampullary cancer, lower common bile duct cancer was 80% and 13.3% respectively. 90% of tumor was less than 30 mm. 5 trocars (100%) was used in all cases. Whipple procedure was performed in 70.8% and Traverso - Longmire in 29.2%. Complications: damaged to the mesenteric veins (3.4%), bleeding from the first jejunum vein (3.3%), rupture of the mesenteric artery (3.3%), portal vein wound (3.3%). Average surgery time was 290.8 minutes, laparoscopic dissection time was 160.3 minutes, blood loss was 350.2 mL. The rate

of conversion to open surgery was 20%, the most common reasons was adhesion inflammatory tumor (10%), blood vessel injury (6.7%) and postoperative adhesion (3.3%). **Conclusions:** Laparoscopic assisted pancreatoduodenectomy is feasible for periampullary tumors. The most common complications occur in laparoscopic dissection of the peri-pancreatic blood vessels and radical lymphadenectomy so should be careful when applying

Keywords: Technique, laparoscopic surgery, pancreatoduodenectomy, periampullary Vater cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt khối tá tụy là phương pháp triệt để điều trị các khối u ác tính vùng bóng Vater. Nhờ có nhiều tiến bộ trong gây mê hồi sức, chăm sóc nội khoa cũng như kỹ thuật mổ, tỷ lệ tử vong của phẫu thuật này đã giảm 0 – 5% nhưng biến chứng chung sau mổ vẫn chiếm tỷ lệ khoảng 30% - 40%, khá cao so với các phẫu thuật điều trị ung thư khác. Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt khối tá tụy được Gagner và Pomp thực hiện lần đầu tiên vào năm 1994 nhưng ứng dụng kỹ thuật này còn hạn chế ở các trung tâm với số lượng bệnh nhân ít và chưa trở thành phẫu thuật thường quy. Cho đến thời điểm hiện tại đã có nhiều nghiên cứu ứng dụng mổ nội soi được thực hiện ở các trung tâm phẫu thuật lớn trên thế giới như Mỹ, Hàn Quốc, Nhật Bản, Pháp, Ấn Độ... đã chứng tỏ nhiều ưu điểm của PTNS như ít đau, phục hồi nhanh, giảm viện phí ngay [1]. Thách thức lớn nhất đối với phẫu thuật viên không chỉ là việc phẫu tích xung quanh các mạch máu lớn mà còn là việc phải thực hiện nhiều miệng nối phức tạp. Để giảm khó khăn trong quá trình phẫu tích và lập lại lưu thông tiêu hóa, các kỹ thuật hỗ trợ đã được phát triển (mở nhỏ sau khi phẫu thuật nội soi, sử dụng một cổng tay ngay từ đầu để hỗ trợ bóc tách và giúp kiểm soát chảy máu) [2],[3]. Phần lớn các nghiên cứu đều lựa chọn các khối u ác tính có kích thước nhỏ, ở giai đoạn sớm khi chưa xâm lấn tĩnh mạch cửa hay động mạch mạc treo tràng trên như ung thư bóng Vater, u đoạn thấp ống mật chủ, ung thư đầu tụy giai đoạn I, II hoặc u thần kinh nội tiết, đồng thời chỉ số khối của cơ thể nhỏ khi phải áp dụng phương pháp mổ có nội soi hỗ trợ [4],[5]. Kỹ thuật và kết quả cắt khối tá tụy tại Việt Nam đã được báo cáo nhiều nhưng phần lớn là các nghiên cứu mổ mở. Đề tài thực hiện nhằm mô tả chỉ định và đặc điểm phẫu thuật cắt

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hiếu Học

Email: hieuhoc1305@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/10/2020

Ngày phản biện khoa học: 14/10/2020

Ngày duyệt bài: 3/11/2020

khối tá tụy có nội soi hỗ trợ được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

– Các bệnh nhân ung thư vùng bóng Vater chưa xâm lấn bó mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch cửa.

– Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u ác tính.

– BMI < 30 kg/m² và ASA I và II

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

– Bệnh nhân có ung thư khác kết hợp.

– Bệnh nhân có mổ bụng cũ đường trắng giữa vùng gan mật tụy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả loạt ca bệnh, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.2.2. Quy trình phẫu thuật. Bệnh nhân (BN) được gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa, dạng hai chân. Đặt trocar 10 mm dưới rốn, bơm CO₂ áp lực 12 mmHg, đưa camera có ống kính nghiêng 30^o quan sát đánh giá toàn bộ ổ phúc mạc. Bốn trocar tiếp theo đặt dưới quan sát của camera theo hình chữ U hướng về phía mũi ứ. Sử dụng dao siêu âm Harmonic Scalpel (Ethicon Endo Surgery Industries, Cincinnati, OH, USA), Ligasure hoặc dao điện để phẫu tích các bước hạ đại tràng góc gan, cắt hai lá của mạc nối lớn, thắt bó mạch vị mạc nối phải, cắt mạc nối nhỏ bộc lộ bờ dưới, bờ trên hang môn vị và mặt sau dạ dày, lấy hạch nhóm 5 - 6 cùng bệnh phẩm. Thực hiện thủ thuật Kocher di động khối tá tụy. Kẹp hemolock và cắt động mạch vị tá tràng. Lấy hạch dọc động mạch thân tạng và gan chung (nhóm 8, 12). Cắt tá tràng dưới môn vị 2 - 3 cm nhằm bảo tồn môn vị nếu tá tràng chưa bị xâm lấn hoặc cắt hang vị. Cắt quai hồng tràng đầu tiên, tháo bắt chéo. Tách eo tụy ra khỏi tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Cắt đôi eo tụy. Phẫu tích móm móc tụy và đám rối thần kinh đầu tụy. Hạch nhóm 13 (sau đầu tụy) và nhóm 17 (trước đầu tụy) lấy cùng bệnh phẩm. Cắt túi mật, cắt đôi ống mật chủ, nạo hạch cuống gan. Mở bụng đường trắng giữa trên rốn dài từ 5 - 10 cm hoặc chuyển mổ mở lấy bệnh phẩm, làm miệng nối: tụy ruột tận - bên, mật - ruột tận - bên, dạ dày - ruột.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm bệnh nhân, phương pháp phẫu thuật, giải phẫu bệnh sau mổ, tai biến, biến chứng và kết quả điều trị gần và thời gian sống thêm sau mổ.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Biến định lượng được tính và so sánh dưới dạng $\bar{x} \pm SD$, thống

kê tần số và tỷ lệ phần trăm với các biến ngẫu nhiên. Sử dụng kiểm định Khi bình phương X² và Fisher's exact test với biến ngẫu nhiên, kiểm định Student's t-test với biến liên tục. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Chỉ định phẫu thuật: Ung thư bóng Vater (80%), u phần thấp ống mật chủ (13,3%), u đầu tụy (6,7%).

Bảng 1. Kích thước khối u

Kích thước (mm) Phương tiện	Không thấy u	< 20	20 – 30	> 30	Tổng
Siêu âm	21	6	3	0	30
Chụp cắt lớp vi tính	3	14	2	2	21
Chụp cộng hưởng từ	1	5	6	0	12
Siêu âm nội soi	0	16	10	1	27
Kích thước u sau mổ*	0	19	8	3	30

Nhận xét: u ≤ 30 mm chẩn đoán được trên siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, siêu âm nội soi và bệnh phẩm sau lần lượt là 90%, 88,9%, 100%, 96,3% và 90%. *Kích thước u trung bình $17,8 \pm 7,9$ mm (9 – 35 mm).

3.2. Các bước phẫu thuật

Bước 1: Đặt trocar: số lượng 5 trocar (100%). Vị trí camera dưới rốn 28/30 bệnh nhân (93,3%), không ghi nhận tai biến khi đặt trocar.

Bước 2: Thăm dò ổ bụng có 83,3% túi mật căng, 66,7% gan ứ mật, 6,7% viêm dính ổ phúc mạc. **Bước 3:** Thủ thuật Kocher – giải phóng khối tá tụy gặp 1 trường hợp (3,3%) rách tĩnh mạch mạc treo tràng trên, 1 trường hợp thủng tá tràng. **Bước 4:** Kiểm soát, thắt và cắt mạch máu cho khối tá tụy

Bảng 2. Tai biến khi kiểm soát mạch cấp máu cho khối tá tụy

Tai biến	Số bệnh nhân (n = 30)	Tỷ lệ %
Rách chảy máu tĩnh mạch vị mạc nối phải	1	3,3
Đứt động mạch mạc treo tràng trên	1	3,3
Chảy máu mạch mạc treo quai hồng tràng	1	3,3
Chảy máu tĩnh mạch cửa	1	3,3
Chảy máu động mạch vị tá tràng	1	3,3

Nhận xét: Phần lớn các tai biến là chảy máu

(13,3%).

Bảng 3. Nguyên nhân chuyển mổ mở

Nguyên nhân	Số BN (n=30)	Tỉ lệ %
Chảy máu mạc treo quai đầu hồng tràng	1	3,3
Đứt động mạch mạc treo tràng trên	1	3,3
Dính vùng gan sau phẫu thuật nội soi cắt túi mật	1	3,3
U viêm dính, chảy máu động mạch vị tá tràng	1	3,3
Viêm dính, thâm nhiễm đầu tụy sau viêm tụy cấp	1	3,3
Viêm dính quanh u	1	3,3

Nhận xét: chuyển mổ mở (20%), 24 bệnh nhân thực hiện thành công phẫu thuật nội soi hỗ trợ được đưa vào đánh giá kỹ thuật và kết quả phẫu thuật.

Bước 5: Cắt hang vị, eo tụy và di động móm tụy. Cắt hang vị (70,8%) gấp 2,4 lần bảo tồn môn vị (29,2%), diện cắt bị chéo vát (3,3%), chảy máu mạch môn vị (3,3%), chảy máu mạch vị mạc rồi phải (3,3%), 5 (20,8%) ca chảy máu diện cắt tụy. *14 trường hợp khâu bờ tụy hoặc đốt điện diện cắt tụy ở thì mở nhỏ, di động móm tụy < 1,5 cm (33,3%), từ 1,5 – 3 cm (66,7%).

Bước 6: Cắt rời khối tá tụy. Chỉ có 2 bệnh nhân (8,3%) chảy máu diện cắt mạc treo tụy, 4,1% trường hợp nào chảy máu từ mạc treo hồng tràng, 8,2% thủng hồng tràng khi cắt mạc sát bờ mạc treo ruột. Tổng số hạch nạo vét được là $14,8 \pm 3,8$ hạch (7 – 20 hạch) trong đó từ 7 – 10 hạch (8,3%), 11 đến 14 hạch (37,5%) và từ 15 – 20 hạch (54,2%). Tỉ lệ vỡ hạch khi nạo vét là 12,5% và chảy máu hạch là 8,3%.

Bảng 5. Kết quả chung của kỹ thuật phẫu thuật nội soi hỗ trợ

Các thông số	Số BN	Trung bình	Độ lệch	Tối thiểu	Tối đa
Thời gian mổ (phút)	24	290,8	45,3	180	360
Thời gian phẫu tích nội soi (phút)	24	160,3	30,2	102	210
Thời gian thì mở nhỏ (phút)	24	129,3	28,9	78	180
Lượng máu mất trong mổ (ml)	24	350,2	153,6	150	850
Truyền máu trong mổ (ml)	3	583	200	350	700
Độ dài đường rạch da (cm)	24	7,2	0,8	5	8

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình 290,8 phút, thì phẫu tích nội soi là 160,3 phút, đường rạch da trung bình 7,2 cm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chỉ định phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy: U bóng Vater được chúng tôi ưu tiên lựa chọn (tới 80%) vì kích thước nhỏ, ít dính, thuận lợi cho phẫu tích nội soi. Kích thước u được đánh giá trước mổ dựa vào chẩn đoán hình ảnh. Tỷ lệ

Bước 7: Tái lập lưu thông tiêu hóa tụy – hồng tràng

Bảng 4. Đặc điểm miệng nối tụy – hồng tràng

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n = 24)	Tỉ lệ %
Nhu mô tụy mềm	23	95,8
Ổng tụy không giãn	15	62,5
Khẩu nối tụy – ruột		
- 1 lớp	10	41,7
- 2 lớp	14	58,3
Miệng nối tận - bên	24	100
Kỹ thuật khâu		
- Kiểu Blumgart	9	37,5
- Khác	15	62,5
Chỉ khâu		
- PDS	15	62,5
- Vicryl	9	37,5
Đặt stent miệng nối		
- Stent trong	7	29,2
- Dẫn lưu ngoài	5	20,8

Nhận xét: phần lớn nhu mô tụy mềm, ống tụy không giãn, áp dụng cả nối tụy – ruột một và hai lớp với tỉ lệ tương đương.

Bước 8: Nối mật – hồng tràng bằng khâu vát (87,5%) bằng chỉ đơn sợi PDS (79,2%), 10 bệnh nhân được dẫn lưu mật ra ngoài (41,6%). **Bước 9:** Nối dạ dày (tá tràng) – hồng tràng kiểu Whipple kinh điển (70,8%), Traverso-Longmire (29,2%), 70,8% miệng nối dạ dày hoặc tá tràng – hồng tràng trước mạc treo đại tràng ngang.

Bước 10: Đặt dẫn lưu cạnh miệng nối mật ruột và tụy ruột (100%)

u < 30 mm trên siêu âm, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ và siêu âm nội soi lần lượt là 100%, 88,9%, 100% và 96,3%. Phần lớn các nghiên cứu đều cho rằng chỉ định tốt nhất cho PTNS hay PTNS hỗ trợ cắt khối tá tụy là các khối u bóng Vater, tiếp đến là u đầu tụy, u phần thấp ống

mật chủ ở giai đoạn sớm, khối u nên nhỏ hơn 4 cm, hạn chế có kết hợp viêm tụy mạn vì viêm dính, chảy máu, tỷ lệ chuyển mổ mở cao [4],[5],[6].

4.2. Đặc điểm phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tụy

Bước 1. Tất cả BN được đặt 5 trocar theo hình chữ U hướng vào vùng đầu tụy tá tràng. Phần lớn các trường hợp chúng tôi đặt trocar đầu tiên ở sát dưới rốn (93,8%) và không gặp tai biến nào. Để tránh tai biến, chúng tôi thường sử dụng hai kẹp toan kẹp vào rốn để nâng cao thành bụng, rạch da 1 cm sát dưới rốn, đi đúng đường giữa, độ sâu hết lớp cân, sau đó dùng pince để đục thủng phúc mạc thành.

Bước 2. Thăm dò ổ bụng đánh giá khả năng cắt bỏ được khối tá tụy khá quan trọng và cũng khó khăn hơn so với mổ mở vì không thể trực tiếp sờ vào khối u. Quan sát mức độ ứ mật, có nhân di căn gan hay phúc mạc chưa, dịch ổ bụng, hạch cuống gan và bờ trên tụy, xâm lấn của u với mạch mạc treo đại tràng ngang.... Nghiên cứu cho thấy dấu hiệu của tắc mật là thường gặp nhất, trong đó túi mật căng là 83,3%, gan ứ mật là 66,7% cũng tương đương với một số nghiên cứu khác. Viêm dính ổ phúc mạc gặp 6,7%, viêm dính quanh tĩnh mạch tràng trên là 3,3%.

Bước 3. Thủ thuật Kocher – giải phóng khối tá tụy. Mở mạc nối nhỏ, đánh giá nguy cơ tĩnh mạch cửa bờ trên tụy có khả năng bị thâm nhiễm hay không? Làm thủ thuật Kocher, đánh giá mức độ xâm lấn, nhất là vào bó mạc mạc treo tràng trên để quyết định cắt hay dừng lại. Những dấu hiệu tiên lượng mổ nội soi khó như: (i) đầu tụy viêm dính, khó làm thủ thuật Kocher; (ii) Bờ trên tụy bị thâm nhiễm, cuống gan phù nề; (iii) u dính vào mạc treo đại tràng, bờ mạc treo đại tràng viêm nề; (iv) u thâm nhiễm tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

Bước 4. Kiểm soát, thắt và cắt mạch máu cho khối tá tụy

Động mạch vị tá tràng được kẹp hemolock, sau đó cắt trực tiếp bằng dao hàn mạch hoặc dao siêu âm. Một trường hợp chảy máu tuột clip (3,3%) trong khi phẫu tích được xử lý bằng nội soi. Liên quan đến tai biến mạch máu, chảy máu: gặp 5 bệnh nhân (13,3%), trong đó một bệnh nhân bị tai biến rất nặng là đứt động mạch mạc treo tràng trên khi nạo vét hạch nhóm 14. Chúng tôi mổ mở ngay để nối động mạch treo tràng trên vào động mạch chủ bụng dưới thận, thời gian mở bụng đến khi thực hiện xong miệng nối mạch máu là 8 phút. Sau mổ ngày thứ 8,

chụp cắt lớp dựng hình mạch máu thấy miệng nối mạch lưu thông tốt, không gây thiếu máu ruột non. Liên quan đến viêm dính ổ phúc mạc: một bệnh nhân sau cắt túi mật nội soi, mạc nối lớn dính nhiều vùng dưới gan, làm thủ thuật Kocher rất khó khăn và chảy máu, tiên lượng cuộc mổ kéo dài nên chúng tôi chuyển mổ mở. Tổng thời gian ca mổ kéo dài 180 phút trong đó thì làm nội soi thăm dò là 60 phút – ngắn nhất trong thì làm nội soi. Liên quan đến viêm dính quanh u: gặp ở ba bệnh nhân. Các trường hợp này có kích thước u trung bình $23,3 \pm 12,5$ mm, hai trường hợp có u trên 30 mm.

Boggi (2014) tổng kết 746 BN được PTNS cắt khối tá tụy có tỷ lệ chuyển mổ mở là 9,1%. Nguyên nhân chuyển mổ mở: khối u dính hoặc xâm lấn vào tĩnh mạch cửa hoặc bó mạc mạc treo tràng trên, chảy máu từ tĩnh mạch cửa, viêm dính do viêm tụy cấp, nhiễm toan máu do bơm CO₂, u dính vào rốn gan, tổn thương động mạch gan.... Như vậy phần lớn là do u dính vào mạch máu quanh tụy (tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch mạc treo tràng trên, động mạch gan) và chảy máu. Tỷ lệ chuyển mổ mở của chúng tôi tương đối cao (20%) do: (i) lựa chọn khối u đầu tụy có viêm tụy; (ii) kinh nghiệm mổ và kỹ năng xử trí các tai biến còn hạn chế nhất là khoảng 30 ca mổ đầu tiên. Nhiều tác giả cho rằng, khi làm nội soi thấy khó khăn, nguy cơ tai biến thì nên chuyển mổ mở để đảm bảo cuộc mổ an toàn [7].

Bước 5. Cắt hang vị, eo tụy và di động môm tụy. Mặc dù sử dụng dao hàn mạch và dao siêu âm để phẫu tích, cắt mạch máu nhưng vẫn gặp tỷ lệ chảy máu mạch vị mạc nối phải (3,3%), mạch môn vị (3,3%). Nếu bảo tồn môn vị thì chỉ cần hạch nhóm 5-6 nhưng cần cẩn thận vì có thể làm tổn thương động mạch vị phải. Theo Cameron (2007), động mạch vị phải thường nhỏ cần bảo tồn tối đa để tránh nguy cơ thiếu máu miệng nối. Tạo đường hầm mặt sau eo tụy, nâng tụy bằng dây vải để cắt bằng dao siêu âm (54,2%) hay dao hàn mạch (45,8%). Có 20,8% rỉ máu từ diện cắt tụy, phải khâu cầm máu tăng cường bờ trên và bờ dưới tụy hoặc đốt điện. Một số trường hợp cắt bằng dao siêu âm hoặc Ligasure có thể bít cả ống tụy chính, rất khó khăn khi tìm ống tụy ở thì nối tụy ruột. Tất cả các BN đều được làm miệng nối tụy – ruột non, môm tụy được di động dài khoảng 1,5 – 3 cm đủ để thực hiện miệng nối, tránh di động dài có thể gây chảy máu hoặc hoại tử môm tụy.

Bước 6. Cắt rời khối tá tụy, nạo vét hạch. Nhiều tác giả cho rằng tế bào ung thư có thể di căn đến mạc treo tụy với tỷ lệ khoảng 67% ở

giai đoạn I, II và 87% ở giai đoạn III và IV [6],[7]. Do đó, cắt hết mạc treo tụy để đảm bảo đạt mức triệt căn R0 có ý nghĩa quan trọng tránh tái phát và tiên lượng sống thêm sau mổ. Nạo vét hạch luôn được đặt ra đối với tất cả BN. Theo đồng thuận của Hiệp hội phẫu thuật Tụy quốc tế (International Study Group on Pancreatic Surgery – ISGPS) năm 2014, nạo vét hạch tiêu chuẩn trong phẫu thuật ung thư đầu tụy bao gồm các nhóm hạch 5, 6, 8a, 12b1, 12b2, 12c, 13a, 13b, 14a, 14b, 17a, 17b. Tai biến thường gặp trong nạo hạch là chảy máu (8,3%), vỡ hạch (12,5%) và để tránh vỡ nên nạo vét cả khối hạch. Số hạch tiêu chuẩn cần lấy từ 13 đến 17, không nên nạo hạch mở rộng vì không kéo dài thêm thời gian sống mà còn tăng nguy cơ biến chứng như chậm lưu thông dạ dày, rò tụy, nhiễm khuẩn, ỉa lỏng kéo dài [6],[7].

Bước 7. Tái lập lưu thông tiêu hóa tụy – hồng tràng. Đối với phẫu thuật nội soi toàn bộ, sau khi làm các miệng nối thì mở nhỏ khoảng 5 cm đủ để lấy bệnh phẩm. Tuy nhiên trong phẫu thuật nội soi hỗ trợ, đường mở bụng nhỏ nhằm thực hiện các miệng nối và theo các tác giả, rạch đường trắng giữa trên rốn khoảng 7 – 10 cm là đủ làm các miệng nối [7].

Miệng nối tụy – hồng tràng: Chúng tôi thực hiện miệng nối tụy – hồng tràng trên quai ruột chữ Y theo phương pháp Whipple hoặc Traverso – Longmire. Dùng chỉ khâu đơn sợi 3.0 hoặc 4.0 (62,5%) và thường khâu vắt. Nối một lớp và hai lớp với tỷ lệ tương đương, trong đó miệng nối được đặt stent bên trong 29,2% và dẫn lưu ống tụy ra ngoài 20,8% khi thực hiện miệng nối tụy – ruột hai lớp. Theo kỹ thuật khâu của Blumgart có đặt stent ống tụy cho 37,5% các trường hợp nhưng rò tụy có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai cách nối. Miệng nối Blumgart có một số ưu điểm như: (i) Nối trực tiếp giữa 2 lớp niêm mạc giúp miệng nối dễ liền, (ii) Thanh cơ ruột che kín diện tụy làm giảm nguy cơ rò và chảy máu từ diện cắt tụy, (iii) Phù hợp với mọi kích cỡ của mòm tụy. Khi khâu một lớp, đường mở ruột thường rộng gần bằng khẩu kính của mòm tụy, khâu từng mũi rời mặt sau rồi mặt trước. Nhiều nghiên cứu cho thấy đặt stent ống tụy hiện còn chưa có sự thống nhất giữa các tác giả nhưng nó thực sự hữu ích khi ống tụy nhỏ hoặc khi nối tụy – hồng tràng hai lớp [8].

Nối mật – hồng tràng: chúng tôi nối kiểu tận – bên, cách miệng nối tụy – hồng tràng khoảng 5 - 10 cm, khâu một lớp trong đó khâu vắt là 21 trường hợp (87,5%) và khâu mũi rời 3 bệnh nhân (12,5%) bằng chỉ monosyl 4.0 (79,2%)

hoặc chỉ vicryl 4.0 (20,8%). Phần lớn các trường hợp ống mật chủ giãn (> 90%) nên miệng nối tương đối thuận lợi, có khó khăn hơn ở những bệnh nhân béo, thành bụng dày, phẫu trường sâu. Dẫn lưu mật không làm thay đổi biến chứng mà còn làm mất thêm dịch mật hàng ngày nhưng giúp giảm áp miệng nối, theo dõi sau phẫu thuật, nếu có rò miệng nối thì việc chẩn đoán và điều trị cũng thuận lợi hơn.

Nối dạ dày (tá tràng) – hồng tràng: phần lớn được đặt trước đại tràng (70,8%), sẽ thuận lợi hơn vì có thể kéo dạ dày và ruột ra ngoài ổ bụng để nối và không phải khâu cố định dạ dày với lỗ mở mạc treo. Miệng nối tá – hồng tràng hoặc dạ dày – hồng tràng cách miệng nối mật – ruột khoảng 30 – 60 cm để miệng nối không căng, tránh trào ngược lên đường mật. Ống thông dạ dày được để trung bình 5 – 6 ngày nhằm mục đích giảm áp bảo vệ miệng nối, theo dõi chảy máu và để nuôi ăn với chế độ ăn nhỏ giọt qua ống thông từ ngày thứ tư sau mổ.

Phẫu thuật kết hợp: miệng nối Braun không được làm thường quy, chỉ áp dụng cho một BN nữ (4,1%) có BMI 23,7, ổ bụng béo, nhiều mỡ. Mở thông hồng tràng cho 1 bệnh nhân (4,1%) vị trí cách miệng nối dạ dày – hồng tràng khoảng 15- 20 cm. Miệng nối Braun không làm giảm tình trạng trào ngược dịch mật, giảm nhẹ tình trạng chậm lưu thông dạ dày, không khác nhau về biến chứng chung sau mổ và thời gian nằm viện [8].

Phần lớn các tác giả cho rằng cắt khối tá tụy kèm thay đoạn tĩnh mạch cửa bằng phẫu thuật nội soi là một kỹ thuật rất khó và chỉ thực hiện phẫu thuật này nếu đảm bảo các yêu cầu: (i) u thâm nhiễm giới hạn vào tĩnh mạch cửa hoặc tĩnh mạch mạc treo tràng trên; (ii) phẫu thuật viên có kinh nghiệm thực hiện > 60 ca phẫu thuật nội soi toàn bộ cắt khối tá tụy; (iii) phẫu thuật viên có kinh nghiệm mổ mở thay đoạn tĩnh mạch cửa [2],[4],[5].

Đặt dẫn lưu và đóng bụng: chúng tôi đều đặt dẫn lưu dưới gan cạnh miệng nối tụy – ruột và mật - ruột qua vị trí của trocar 5 mm ở dưới sườn phải. Dẫn lưu này luôn đặt dưới hai miệng nối này. Dẫn lưu bên trái đặt qua vị trí trocar 5 mm ở dưới sườn trái và nằm phía trên miệng nối tụy – ruột. Qua các dẫn lưu có thể lấy dịch đo nồng độ amylase các ngày thứ 1, 3, 5 để xác định rò miệng nối [8].

- Thời gian mổ: trung bình của nghiên cứu là 290,8 phút (180 – 360). Thời gian phẫu tích nội soi là 160,3 phút (102 – 210) phút ngắn hơn các nghiên cứu khác. Lượng máu mất và truyền máu trong mổ: Lượng máu mất trong mổ khoảng

350,2mL (150-850 ml), 3 bệnh nhân (12%) phải truyền máu trong mổ (BN số 5, số 10, số 23). Hai trong số đó có xét nghiệm hồng cầu < 4 T/L (BN số 5 và số 23). Nghiên cứu của Cho (2009) cho thấy thời gian mổ trung bình 338 phút và không khác biệt so với mổ mở là 287 phút, lượng máu mất 445 ± 384 ml, còn của Lee (2013) có thời gian mổ trung bình là 404 phút (365 – 540 phút), mất máu $374 \pm 176,9$ mL. Năm 2014, Lee C.S so sánh mổ 31 ca nội soi với 76 ca mổ mở cho thấy, thời gian mổ tương ứng là 426 phút và 355 phút, mất máu $477,42 \pm 374,8$ mL so với $800 \pm 531,35$ mL [2]. Nghiên cứu của Boggi (2015) với 746 trường hợp cho thấy thời gian mổ nội soi hỗ trợ ngắn hơn nhưng chảy máu và rò tụy cao hơn phẫu thuật nội soi toàn bộ. Tác giả kết luận, lựa chọn bệnh nhân kỹ, thực hiện bởi chuyên gia có kinh nghiệm thì phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy sẽ đảm bảo an toàn và hiệu quả [7].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tụy là một phẫu thuật khả thi trên những đối tượng được lựa chọn kỹ. Các tai biến hay xảy ra ở thì phẫu tích cắt các mạch máu quanh tụy, cắt tụy và nạo vét hạch nên cần thận trọng khi áp dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Delitto D., Luckhurst C. M., et al (2016). Oncologic and Perioperative Outcomes Following Selective Application of Laparoscopic Pancreaticoduodenectomy for Periapillary

- Malignancies. Journal of gastrointestinal surgery : official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract, 20 (7), 1343-1349.
2. Lee J. S., Han J. H., Na G. H., et al (2013). Laparoscopic pancreatico-duodenectomy assisted by mini-laparotomy. Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques, 23 (3), 98-102.
 3. Kimura Y., Hirata K., Mukaiya M., et al (2005). Hand-assisted laparoscopic pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy for pancreas head disease. Am J Surg, 189 (6), 734-737.
 4. Wang M., Zhang H., Wu Z., et al (2015). Laparoscopic pancreatico-duodenectomy: single-surgeon experience. Surgical endoscopy, 29 (12), 3783-3794.
 5. Song K. B., Kim, S. C., Lee W., et al (2019). Laparoscopic pancreatico-duodenectomy for periapillary tumors: lessons learned from 500 consecutive patients in a single center. Surgical endoscopy, 18 (6).
 6. Tan J. K. H., Ng J. J., Yeo M., et al (2019). Propensity score-matched analysis of early outcomes after laparoscopic-assisted versus open pancreaticoduodenectomy. ANZ journal of surgery, 89 (5), 190-194.
 7. Boggi U., Amorese G., Vistoli F., et al (2015). Laparoscopic pancreatico-duodenectomy: a systematic literature review. Surgical endoscopy, 29 (1), 9-23.
 8. Fujii T., Sugimoto H., Yamada S., et al (2014). Modified Blumgart anastomosis for pancreaticojejunostomy: technical improvement in matched historical control study. Journal of gastrointestinal surgery: official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract, 18 (6), 1108-1115.

KẾT QUẢ HÓA TRỊ VINORELBIN METRONOMIC UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN TIẾN XA

Nguyễn Thị Thái Hòa*

TÓM TẮT

Điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa có rất nhiều tiến bộ trong những năm gần đây. Tuy nhiên, hóa trị vẫn là điều trị cơ bản cho rất nhiều bệnh nhân tại Việt Nam. Sau thất bại với điều trị bước 1, hóa trị từ bước hai thường là đơn trị liệu. **Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị từ bước 2 ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa bằng phác đồ Vinorelbine Metronomic. **Đối tượng và phương pháp:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ tiến triển sau điều trị hóa chất bước 1. Nghiên cứu hồi

cứu. Điều trị: Vinorelbine uống mỗi lần 50mg, tuần 2 - 3 lần tùy thể trạng bệnh nhân và quyết định của thầy thuốc. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng là 13%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh là 78,2%. 5/8 bệnh nhân giảm đau; 1/2 bệnh nhân giảm triệu chứng ho. Thời gian kéo dài lợi ích lâm sàng trung bình là 11,7 tháng, trung vị là 8,5 tháng. **Kết luận:** Vinorelbine metronomic hiệu quả cho điều trị từ bước 2 đối với ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF VINORELBINE METRONOMIC IN ADVANCED - STAGE NON - SMALL CELL LUNG CANCER

Background: Although there has been many progression in treating Advanced – stage Non – small cell Lung cancer recently, chemotherapy is still backbone treatment for most of patients in Vietnam. **Objective and method:** To evaluate treatment

*Bệnh viện K Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thái Hòa

Email: bshoabvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/10/2020

Ngày phản biện khoa học: 13/10/2020

Ngày duyệt bài: 28/10/2020

result of Advanced – stage Non – small cell Lung cancer treated by Vinorelbine Metronomic. Patients: Advanced – stage Non – small cell Lung cancer patients progressed after first – line chemotherapy. Method: Retrospective study. Patients were given Vinorelbine 50mg twice or 3 times a week. **Results:** overall response rate: 13%, disease control rate: 78,2%; mean of clinical benefit duration: 11.7 months, median of clinical benefit duration: 8.5 months. Cough and chest pain were controlled in one of two and five of eight patients. **Conclusion:** Vinorelbine metronomic is effective for Advanced – stage Non – small cell Lung cancer patients who are progressed after first – line chemotherapy.

Keywords: Vinorelbine metronomic, Advanced – stage Non – small cell Lung cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những loại ung thư chiếm tỷ lệ cao nhất về tỷ lệ mắc cũng như tỷ lệ tử vong ở nhiều nước trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Ung thư phổi gồm hai loại là ung thư phổi không tế bào nhỏ (80-85%) và ung thư phổi tế bào nhỏ (15-20%). Điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn tiến xa có rất nhiều tiến bộ trong những năm gần đây như điều trị đích, điều trị miễn dịch.... Tại Việt Nam, không nhiều bệnh nhân có thể tiếp cận các phương pháp điều trị tiên tiến nên hóa trị liệu vẫn là phổ biến.

Hóa trị metronomic là một cách thức điều trị khác biệt so với điều trị cổ điển, bởi được đưa vào cơ thể bởi các liều nhỏ, liên tục. Ngoài tác dụng kháng u theo cơ chế như các hóa trị khác, điều trị metronomic còn có tác dụng chống tăng sinh mạch máu và thay đổi vi môi trường miễn dịch; từ đó nâng hiệu quả của điều trị với độc tính tối thiểu [1,2].

Vinorelbine uống là một dạng bào chế mới, đã được chứng minh tính hiệu quả và độ an toàn tương đương với đường truyền tĩnh mạch trong điều trị UTPKTBN. Tuy nhiên, vinorelbine uống mang lại nhiều lợi ích lâm sàng trong vấn đề sử dụng thuốc, tuân thủ điều trị đặc biệt cho các đối tượng người bệnh tuổi cao, thể trạng yếu, hoặc bệnh nhân ở xa. Các kết quả nghiên cứu trên thế giới cho thấy điều trị Vinorelbine theo cách metronomic được dung nạp tốt và đem lại kết quả khả quan, từ điều trị bước 1 cho bệnh nhân cao tuổi thể trạng yếu đến điều trị các bước sau [3,4].

Tại Bệnh viện K, phác đồ này mới được áp dụng trong hai năm trở lại đây và rất cần đánh giá ban đầu về hiệu quả điều trị. Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: “Đánh giá kết quả điều trị Vinorelbine metronomic đối với ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV, điều trị từ bước 2 bằng vinorelbine metronomic tại Bệnh viện K từ 1/2019 đến 6/2020

Tiêu chuẩn chọn:

- Chỉ số toàn trạng PS ≤ 3 .
- Có ít nhất một tổn thương đo được
- Chức năng tủy xương, gan, thận trong giới hạn cho phép hóa trị.
- Không có tiền sử dị ứng với vinorelbine.
- Không mắc các bệnh cấp tính, mãn tính trầm trọng trong thời gian gần.
- Tiến triển sau ít nhất 1 bước điều trị hóa chất.
- Ước tính sống thêm trên 6 tháng

Tiêu chuẩn loại: Di căn não

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang có theo dõi dọc

Phác đồ sử dụng trong nghiên cứu: Vinorelbine uống mỗi lần 50mg, tuần 2 -3 lần tùy thể trạng bệnh nhân và quyết định của thầy thuốc

Bệnh nhân được điều trị duy trì liên tục đến khi bệnh tiến triển hoặc xuất hiện tác dụng phụ không thể chấp nhận được, hoặc bệnh nhân từ chối điều trị tiếp.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đánh giá đáp ứng theo RECIST 1.1: 2-3 tháng đánh giá một lần
- Đánh giá thời gian điều trị: từ lúc bắt đầu đến lúc kết thúc điều trị do bệnh tiến triển hoặc không dung nạp được, hoặc tử vong do bất kỳ nguyên nhân gì

Chọn mẫu: thuận tiện

Xử lý số liệu: SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		N	%
Giới	Nam	16	69,6
	Nữ	7	30,4
Tuổi	<60	11	47,8
	≥ 60	12	52,2
ECOG	0,1	16	69,6
	2,3	7	30,4
Đột biến EGFR	Có	4	17,4
	Không	12	52,2
	Không biết	7	30,4
Mô bệnh học	Tuyến	19	82,6
	Vảy	4	17,4
Bước điều trị	Bước 2	11	47,8
	Sau bước 2	12	52,2

Nhận xét: Tuổi trung bình 60,5 (33-81). Điều trị sau bước 2 chiếm 52,2%

3.2. Đánh giá đáp ứng

Bảng 3.2. Tỷ lệ đáp ứng

Mức độ đáp ứng	N	%
Hoàn toàn	0	0
Một phần	3	13,0
Ổn định	15	65,2
Tiến triển	5	21,7
Tổng	23	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng là 13%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh là 78,2%

Bảng 3.3. Kiểm soát triệu chứng

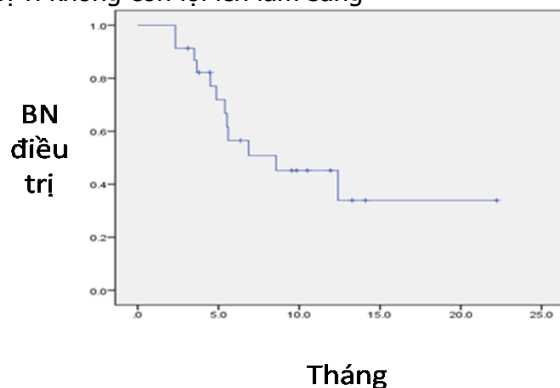
Triệu chứng	N	Tổng
Đau	Giảm	5
	Giữ nguyên	2
	Tăng	1
Ho	Giảm	1
	Giữ nguyên	0
	Tăng	1

3.3. Thời gian có lợi ích lâm sàng

Bảng 3.4. Theo dõi đến thời điểm kết thúc nghiên cứu

Tổng	Số BN dừng điều trị	Số BN đang điều trị	
		N	%
23	12	11	47,8%

Nhận xét: tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, 12 (52,2%) bệnh nhân đã dừng điều trị vì không còn lợi ích lâm sàng



Biểu đồ 3.1. Thời gian điều trị

Bảng 3.5. Thời gian kéo dài lợi ích lâm sàng

Trung bình				Trung vị		
Ước tính	Sai số chuẩn	Khoảng tin cậy 95%		Ước tính	Sai số chuẩn	Khoảng tin cậy 95% (Thấp nhất)
		Thấp nhất	Cao nhất			
11,7	1,94	7,9	15,4	8,5	3,4	1,9

Nhận xét: Thời gian kéo dài lợi ích lâm sàng trung vị là 8,5 tháng; trung bình là 11,7 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Điều trị UTPKTBN giai đoạn tiến xa nhằm mục đích kéo dài sống còn, giảm triệu chứng, nâng cao chất lượng sống cho người bệnh. Đây là một nhóm bệnh nhân có tiên lượng rất dè dặt với điều trị chủ đạo là các điều trị nội khoa ung thư kết hợp với chăm sóc giảm nhẹ. Với những hiểu biết gần đây về con đường dẫn truyền tín hiệu tế bào cũng như các chốt kiểm soát miễn dịch, nhiều thể hệ thuốc đích và miễn dịch đã đem lại hiệu quả cho nhiều người bệnh. Tuy nhiên, tại Việt nam phần lớn các bệnh nhân vẫn điều trị hóa chất từ bước 1 đến các bước sau. Khi đã thất bại với điều trị bước 1, thể trạng bệnh nhân thường yếu, điều trị phác đồ bộ đôi không còn thích hợp vì ít cải thiện hiệu quả và độc tính cao. Điều trị metronomic là điều trị liều thấp và khoảng nghỉ ngắn, không những ức chế sự phát triển của khối u mà còn làm giảm tăng sinh mạch máu và thay đổi vi môi trường miễn dịch của khối u. Một số nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy phương pháp hóa trị này giúp tăng hiệu quả và hạn chế độc tính. Phác đồ Vinorelbine metronomic do đó rất thích hợp cho UTPKTBN ở bệnh nhân cao tuổi hoặc điều trị ở những bước sau. Trong thử nghiệm lâm sàng pha II (MOVE trial), Vinorelbine uống đơn trị liệu được sử dụng là lựa chọn bước 1 cho các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến triển. Kết quả thu được tỷ lệ bệnh nhân đạt lợi ích lâm sàng là 58,1%; sống thêm toàn bộ trung vị là 9 tháng, sống không tiến triển trung vị là 5 tháng, thuốc được dung nạp tốt, ít độc tính[5]. Camerini (2010) sử dụng Vinorelbine uống đơn trị liệu cho 43 BN với tuổi TB 77 cũng mang lại kết quả khả quan với tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 48,8%, trung vị sống thêm 8 tháng, thuốc có độ dung nạp tốt, mọi độc tính đều được ghi nhận ở mức độ nhẹ[6]. Trong nghiên cứu năm 2017 tại Thổ Nhĩ Kỳ, C.Bilir và cộng sự đánh giá lợi ích lâm sàng của hóa trị metronomic với vinorelbine trên nhóm bệnh nhân UTPKTBN tiến triển cao tuổi thể trạng yếu mắc nhiều bệnh phối hợp. Nghiên cứu bao gồm 35 bệnh nhân có tuổi trung bình là 76 (65 -86 tuổi), có các bệnh lý mạn tính phối hợp: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (74%), đái tháo đường điều trị insuline (20%), suy tim (29%), can thiệp mạch vành (14%). Tất cả các bệnh nhân được uống vinorelbine 30mg, 3 lần mỗi tuần (mỗi thứ 2, thứ 4 và thứ 6) cho đến khi bệnh tiến triển và nhiễm độc độ 4. Kết quả nghiên cứu tỷ lệ bệnh ổn định là 43%, bệnh tiến triển 31%, thời gian sống thêm không tiến triển là 4 tháng (2- 15 tháng), và thời gian sống còn toàn bộ là 7 tháng

(3-24 tháng). Không có trường hợp tử vong được ghi nhận do độc tính điều trị, chỉ có 1 bệnh nhân có độc tính độ 3 bị mệt mỏi và tiêu chảy phải nhập viện [3].

Tại Việt Nam, có một số dữ liệu về điều trị Vinorelbine dạng uống bước đầu có hiệu quả và an toàn ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ, nhưng với dạng sử dụng thông thường [7]. Đây là đánh giá đầu tiên trong nước về Vinnorelbine metronomic điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa. Nghiên cứu lựa chọn những bệnh nhân đã thất bại với điều trị bước 1. Kết quả cho thấy tỷ lệ đáp ứng là 13%, cũng tương tự như các đơn trị khác ở bước 2 [8]. Với tỷ lệ kiểm soát bệnh lên đến 78,2% và thời gian điều trị trung vị là 8,5 tháng, kiểm soát triệu chứng tốt, đây là một điều trị có hiệu quả cao ở bước sau với mục tiêu là kéo dài sống thêm, kiểm soát triệu chứng và kéo dài thời gian kiểm soát bệnh.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình 60,5 (33-81). Điều trị sau bước 2 chiếm 52,2%
- Tỷ lệ đáp ứng là 13%
- Tỷ lệ kiểm soát bệnh là 78,2%
- 5/8 bệnh nhân giảm đau; 1/2 bệnh nhân giảm triệu chứng ho
- Thời gian kéo dài lợi ích lâm sàng trung bình là 11,7 tháng, trung vị là 8,5 tháng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Antonio G, Nicola S, Antonella L, et al. (2015) "Metronomic chemotherapy from rationale

- to clinical studies: a dream or reality". Clinical reviews in Oncology/ Hematology 95 (2015) 46-61.
2. Magdalena K-W, Maciej K. (2016) "Metronomic chemotherapy in non - small - cell lung cancer - current status" Oncol Clin Pract 2016; 12, 2: 37-42.
3. C. Bilir, S. Durak B, Kizilkaya, et al. (2017) "Efficacy of metronomic vinorelbine in elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer and poor performance status". Curr Oncol. 2017 June;24(3):199-204.
4. Michela D'Ascanio, Aldo Pezzuto, Chiara Fiorentino (2018), "Metronomic Chemotherapy with Vinorelbine Produces Clinical Benefit and Low Toxicity in Frail Elderly Patients Affected by Advanced Non-Small Cell Lung Cancer". Hindawi BioMed Research International Volume 2018, Article ID 6278403, 6 pages <https://doi.org/10.1155/2018/6278403>.
5. Andrea Camerini, et al, (2015) "Metronomic oral vinorelbine as first -line treatment in elderly patients with advanced non - small cell lung cancer: result of a phase II trial (MOVE trial)". BMC Cancer 2015, 15-359.
6. Camerini, Valsuani, Mazzoni, Siclari, (2010) "Phase II trials of single- agent oral vinorelbine in elderly (≥ 70 years) patients with advanced non small cell lung cancer and poor performance status". Ann Oncol (2010), 21(6): 1290-1295.
7. Đỗ Hùng Kiên, Nguyễn Thị Bích Phượng, Nguyễn Tuyết Mai (2016), "Đánh giá kết quả điều trị đơn chất Vinorelbine trong ung thư phổi tái phát di căn", tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 1-2016 tr 163-169
8. Emmanouil Kontopodis, Dora Hatzidak, Ioannis Varthalitis, et al (2013). "A phase II study of metronomic oral vinorelbine administered in the second line and beyond in non-small cell lung cancer (NSCLC): a phase II study of the Hellenic Oncology Research Group" Journal of Chemotherapy 2013 VOL. 25 NO. 1, 49- 55.

PHẪU THUẬT THU GỌN VÚ SỬ DỤNG VẬT TRỰC MẠCH MANG PHỨC HỢP QUẰNG NÚM VÚ

Nguyễn Mạnh Cường*, Trần Thiết Sơn*,
Tạ Thị Hồng Thúy*, Phạm Thị Việt Dung*

TÓM TẮT

Bài báo nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật thu gọn vú sử dụng vật trực mạch mang phức hợp quầng núm vú. Tiến hành nghiên cứu trên 29 bệnh nhân nữ với 58 vú phì đại đã được phẫu thuật sử dụng kỹ thuật vật trực mạch mang phức hợp quầng núm vú tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình - Bệnh viện Xanh Pôn từ 01/2017

tới 06/2020. Đa số phì đại mức độ nhiều với 28 vú (48,3%), không lồ có 13 vú (22,4%). Có 46 vú (79%) sa trễ độ 3, núm vú tụt thấp hơn 10cm. Thiết kế cuống vật trực mạch dựa trên động mạch ngực ngoài là 10 vú (17,2%) và dựa trên động mạch ngực trong là 48 vú (82,8%). Kích thước vật mang phức hợp quầng núm vú lớn nhất có tỉ lệ dài /rộng = 26/6. Quầng núm vú được dịch chuyển lên trên khoảng $12,7 \pm 3,3$ cm, tối đa là 26 cm. 100% quầng núm vú sống toàn bộ, 96% bệnh nhân hài lòng về hình thể. Sau 6 tháng tất cả số vú đều phục hồi cảm giác, chỉ 9,3% rối loạn giảm cảm giác quầng núm vú. Việc sử dụng vật trực mạch mang phức hợp quầng núm vú trong thu gọn vú phì đại có sức sống cao và khả năng di chuyển rất linh động có thể ứng dụng cho mọi mức

*Trường Đại học Y Hà Nội,

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Cường

Email: nmcuong00@gmail.com

Ngày nhận bài: 4/10/2020

Ngày phản biện khoa học: 2/11/2020

Ngày duyệt bài: 12/11/2020

độ vú phì đại và sa trễ.

Từ khóa: phì đại tuyến vú, vạt trực mạch, thu gọn vú, động mạch ngực trong, động mạch ngực ngoài.

SUMMARY

BREAST REDUCTION SURGERY USING THE AXIAL FLAP CARRIED NIPPLE AREOLA COMPLEX

The article's aims to evaluate the breast reduction surgery using the axial flap that carried the nipple areola complex. Our study was performed in 29 female patients with 58 hypertrophic breasts who have had surgery using the axial flap that carried the nipple areola complex at the Department of Plastic and Reconstruction Surgery – Saint Paul Hospital from 01/2017 to 06/2020. Most had high degree of hypertrophy with 28 breasts (48.3%), and 13 breasts was classified as giants (22.4%). There are 46 breasts has lower nipple drop of 10cm. The largest flap size with areolar complex has the ratio of length / width = 26/6. The design of the pedicle is based on the lateral thoracic artery of 10 breasts (17.2%) and based on the internal thoracic artery of 48 breasts (82.8%). The areola was moved upwards about 12.7 ± 3.3 cm, a maximum of 26 cm. 100% areola are survival, 96% of patients are satisfied with breast morphology. After 6 months, all breasts have recovered their senses, only 9.3% of the breasts have a reduction in the feeling of areola. The use of axial flap with areola complex in breast reduction with high survival rate and very flexible mobility can be applied to all degrees of breast hypertrophy.

Key words: Breast hypertrophy, breast reduction, axial flaps, internal thoracic artery, lateral thoracic artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phì đại vú là bệnh lý đặc trưng bởi tình trạng tăng thể tích vú trên mức bình thường do sự phát triển của tuyến vú kèm theo sự thâm nhiễm của tổ chức mỡ. Tình trạng này gây ảnh hưởng đến mọi mặt đời sống của người phụ nữ như gây mất cân đối về thẩm mỹ, đau vùng cổ, vùng ngực và vùng xương đòn do sức nặng ở bầu vú, trở ngại khi mặc áo, vận động hay những biến đổi về tư thế (gù do gập vai để cổ giấu ngực...)[1]. Từ trước tới nay có rất nhiều kỹ thuật thu gọn vú, nhưng về cơ bản có hai loại phẫu thuật: thu gọn vú có ghép quầng núm vú và thu gọn vú không ghép quầng núm vú. Sự thay đổi phát triển của các phương pháp chủ yếu là kỹ thuật dịch chuyển phức hợp quầng núm vú, dù là kỹ thuật nào, ba yếu tố quyết định chính để lựa chọn phương pháp thu gọn vú là bảo tồn chức năng cho quầng núm vú, đảm bảo hình thể vú và giảm thiểu tối đa mức độ sẹo [1],[2]. Hiện nay rất nhiều phương pháp phẫu thuật tạo hình thu gọn vú ra đời với nhiều loại cuống vạt mang đơn vị quầng núm vú khác nhau: Cuống kép dọc, cuống trên, cuống dưới, cuống kép ngoài, cuống trong, trên trong cuống ngoài, cuống trên ngoài,

cuống trung tâm nhưng tất cả đều là dạng vạt cấp máu ngẫu nhiên [3]. Từ việc nghiên cứu giải phẫu cấp máu vùng ngực và vú, việc áp dụng kỹ thuật sử dụng vạt trực mạch mang phức hợp quầng núm vú vào phẫu thuật thu gọn vú có thể đem lại kết quả phẫu thuật tốt, nâng cao sức sống cho quầng núm vú. Trên cơ sở đó, kỹ thuật sử dụng vạt trực mạch mang phức hợp quầng núm vú cuống mạch liên được thực hiện trong phẫu thuật thu gọn vú phì đại. Ở Việt Nam nói chung và tại BV Xanh Pôn nói riêng đã áp dụng nhiều kỹ thuật thu gọn vú, trong đó kỹ thuật thu gọn vú phì đại sử dụng vạt trực mạch mang phức hợp quầng núm vú khoảng ba thập kỷ nay đã được áp dụng thường xuyên [4]. Tuy nhiên, trong các công trình đã công bố, chưa có một đánh giá chuyên biệt nào về sức sống của vạt trực mạch mang phức hợp quầng núm vú trong tạo hình thu gọn vú phì đại, vì vậy bài báo này nhằm đánh giá kết quả kỹ thuật sử dụng vạt trực mạch mang phức hợp quầng núm vú trong phẫu thuật thu gọn vú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 29 bệnh nhân với 58 vú phì đại được phẫu thuật thu gọn vú phì đại có sử dụng vạt trực mạch mang phức hợp quầng núm vú tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ ngày 01/01/2017 đến 01/06/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không đối chứng kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

Chuẩn bị bệnh nhân: Đo thể tích vú, đánh giá mức độ phì đại, sa trễ. Siêu âm Doppler cầm tay xác định định tính nhánh của động mạch ngực ngoài, động mạch vú trong tới phức hợp quầng núm vú (vẽ đường đi động mạch đối chiếu trên da theo định hướng của đầu dò). Trên cơ sở trực mạch này, vẽ thiết kế đường mổ. Đường rạch da có thể theo kỹ thuật đường sẹo thẳng, round block hay chữ T. Các chỉ số đo nhằm đưa vị trí quầng núm vú và thể tích vú về đúng với chỉ số nhân trắc vú của phụ nữ Việt Nam bình thường. Cuống vạt mang phức hợp quầng – núm vú là vạt tổ chức trung bì da, mỡ và một phần tuyến vú. Thiết kế cuống vạt dựa trên định hướng đường đi của động mạch ngực trong hoặc ngực ngoài xác định bằng siêu âm Doppler cầm tay, thiết kế nhằm mục đích bảo tồn trực mạch và ưu tiên lựa chọn nhánh mạch có kích thước lớn nhất và thuận lợi cho việc xoay của cuống. Như vậy, vạt mang phức hợp quầng núm vú đảm bảo có trực mạch.

Phẫu thuật: Dưới gây mê nội khí quản, rạch

da theo thiết kế và bóc biểu bì tương ứng phần cuống vạt để lại da phức hợp quầng núm vú. Dùng dao điện cắt bỏ phần da mỡ và tuyến thừa. Phần tuyến được giữ lại để tạo thể tích vú được gắn liền với vạt mang phức hợp quầng núm vú. Sau khi cắt bỏ tuyến thừa, vạt mang quầng núm vú được giải phóng hoàn toàn khỏi nền vú, có thể di chuyển và cuộn dễ dàng. Khi đó, phức hợp quầng núm vú được đưa đến đúng vị trí giải phẫu và phần cuống vạt được sắp xếp lại để dịch chuyển khối tuyến vú lên trên. Khâu cố định quầng núm vú ở vị trí mới. Đặt dẫn lưu, khâu đóng da hai lớp. Vết mổ cuối cùng là hình chữ T ngược, sẹo quanh quầng núm vú hoặc đường sẹo dọc.

Theo dõi và đánh giá kết quả sau mổ: Đánh giá kết quả gần sau phẫu thuật dựa vào: sức sống của phức hợp quầng núm vú, hình dáng vú, sự cân đối 2 bên, cảm giác quầng núm vú.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện với sự cho phép của Khoa Phẫu thuật Tạo hình, Bệnh viện Xanh Pôn và được sự đồng ý của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu 29 bệnh nhân với 58 vú đã mổ bệnh nhân ở độ tuổi sinh đẻ 21 - 35 tuổi chiếm 55%. Sự sa trễ và phì đại vú có liên quan tới chưa đẻ hoặc dậy thì, 13/28 bệnh nhân (45%) xuất hiện bệnh lý phì đại vú sau khi dậy thì, 15 bệnh nhân (52%) xuất hiện phì đại hoặc sa trễ sau khi sinh con, có 1 trường hợp xuất hiện phì đại vú sau khi điều trị bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch bằng corticoid.

Trong nghiên cứu có 14/29 (48%) bệnh nhân phì đại vú có tình trạng thừa cân béo phì ở các mức độ khác nhau, thể tích vú tỷ lệ thuận với BMI của bệnh nhân, hệ số tương quan $r=0,77$. Trong 13 bệnh nhân phì đại vú mức độ rất nhiều và khổng lồ có tới 10 bệnh nhân (76,9%) có thừa cân béo phì.

Bảng 1. Mức độ phì đại vú $n=58$

Mức độ phì đại	n = 58	%
Vừa	2	3,4
Nhiều	28	48,3
Rất nhiều	15	25,9
Khổng lồ	13	22,4

Đa số bệnh nhân vú phì đại mức độ nhiều với 28 vú (48,3%), có 13 vú phì đại mức độ khổng lồ (22,4%).

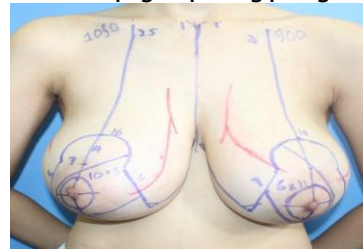
Bảng 2. Mức độ sa trễ vú $n = 58$

Mức độ sa trễ (núm vú tụt thấp)	Vú phải	
	n = 58	%
Độ 1 (2-5 cm)	2	3
Độ 2 (5-10cm)	10	18

Độ 3 (>10cm)	46	79
Tổng	58	100

Vú sa trễ độ 3 chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi là 79%. Khoảng cách từ điểm giữa xương đòn đến núm vú dài nhất là 42cm và ngắn nhất là 19,5cm.

Đa số siêu âm doppler nhánh động mạch đến phức hợp quầng núm vú vừa có động mạch ngực ngoài và động mạch vú trong là 35 vú chiếm 60,4%, 13 vú nhánh động mạch đến phức hợp quầng núm vú là từ động mạch vú trong, 10 vú là nhánh của động mạch ngực ngoài.



Hình 1. Thiết kế cuống linh hoạt dựa trên nhánh của động mạch ngực trong

Thiết kế cuống vạt trực mạch dựa trên động mạch ngực ngoài là 10 vú (17,2%) và dựa trên động mạch vú trong là 48 vú (82,8%). Kích thước vạt lớn nhất có tỷ lệ dài /rộng = 26/6 với tỷ lệ là (4,33/1). Trong đó có 27 vạt có kích thước tỷ lệ dài /rộng < 2/1; 31 vạt có kích thước tỷ lệ dài /rộng $\geq 2/1$.

Khoảng cách di chuyển lên trên của phức hợp quầng núm vú >10cm là 60,4%, quầng núm vú được di chuyển lên vị trí mới khoảng cách lớn nhất đạt tới 26cm.



Hình 2. Trước mổ và sau mổ 3 tháng

Kết quả có 49/58 vú (84,5%) sức sống quầng núm vú tốt, chỉ có 5/58 vú (8,6%) có hiện tượng thiếu dưỡng, bong thương bì quầng núm vú và có 4/58 vú (6,9%) có hiện tượng hoại tử mép quầng núm vú. Sau phẫu thuật 06 tháng, chúng tôi theo dõi và đánh giá được 44 vú của 22 bệnh nhân sức sống của quầng núm vú tốt chiếm 100%. Sau phẫu thuật 3 tháng thống kê được toàn bộ có cảm giác, trong đó 49 vú (87,5%)

bệnh nhân được khám cảm giác tốt, dị cảm có 7 vú (12,5%). Sau 6 tháng, sự phục hồi cảm giác được cải thiện là 90,7% số vú có cảm giác hoàn toàn, còn 5/54 vú (9,3%) quầng núm vú bị giảm cảm giác.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 29 bệnh nhân với 58 vú phì đại. Đa số bệnh nhân ở độ tuổi sinh đẻ 21 - 35 tuổi chiếm 55%. Kỹ thuật thường được ứng dụng với các vú phì đại mức độ vừa là sử dụng các cuống tuyến ngẫu nhiên [5]. Tuy nhiên, để giải quyết tình trạng vú phì đại mức độ nhiều và rất nhiều hay không lõ thì chuyển phức hợp quầng núm vú luôn là thách thức. Các tác giả khác, khi thiết kế cuống vạt đều dựa trên kinh nghiệm và thói quen ứng dụng của từng loại kỹ thuật (cuống trên, cuống dưới, cuống kép dọc, cuống trên trong,...), các cuống được thiết kế đồng nhất theo một khuôn mẫu. Khi 1 vạt được thiết kế ngẫu nhiên phải tuân thủ tỉ lệ dài/rộng $\leq 2/1$ [6], để tăng mức độ an toàn có thể thiết kế chiều rộng tăng lên và chiều dài giảm đi tuy vậy sẽ khó áp dụng với những trường hợp vú phì đại, sa trễ mức độ lớn, khả năng xoay vạt sẽ khó hơn và không đạt được hình thể vú mong muốn. Đối với trường hợp vú sa trễ độ 3, quầng núm vú thấp hơn vị trí bình thường $>10\text{cm}$, một số tác giả trên thế giới thường chọn biện pháp an toàn là thu gọn vú theo phương pháp của Thorek ghép phức hợp quầng núm vú tự do, nhưng kết quả là sẽ mất cảm giác và chức năng tiết sữa của quầng núm vú [7]. Kỹ thuật sử dụng vạt trực mạch mang quầng núm vú có thể khắc phục những nhược điểm của các kỹ thuật này. Trong nghiên cứu đa số bệnh nhân vú phì đại mức độ nhiều với 28 vú (48,3%), có 13 vú (22,4%) phì đại mức độ không lõ và tới 49 vú chiếm 79% có quầng núm vú tụt thấp hơn bình thường $>10\text{cm}$. Chúng tôi sử dụng Doppler cầm tay xác định được sơ đồ đường đi của mạch máu (có thể ngực ngoài hoặc ngực trong hoặc cả hai) đối chiếu lên bề mặt da vùng ngực, từ đó chọn động mạch để thiết kế cuống vạt. Chúng tôi thiết kế vạt linh hoạt dựa theo đặc điểm đường đi của mạch được đối chiếu lên bề mặt da của từng bên vú và từng bệnh nhân. Kích thước vạt được giới hạn theo trực mạch và các đường rạch da, chiều rộng vạt được thiết kế đủ sao cho khi bóc tách lấy cuống vạt không bị tổn thương đến trực mạch. Chiều dài vạt được giới hạn bởi đường rạch da và tỉ lệ thuận với mức độ sa trễ. Các vạt được thiết kế tùy thuộc và định hướng đường đi của động mạch trong từng bên vú nên cuống vạt

của cùng bệnh nhân khi mổ thu gọn vú cả hai bên chưa hẳn đã giống nhau.

Nguyễn Đình Hưng[4] đã sử dụng vạt trực mạch dựa trên động mạch ngực ngoài có kích thước lớn nhất tỷ lệ dài/rộng = $13/4$ (3,26/1) mà vẫn đảm bảo sức sống tốt cho quầng núm vú. Trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước vạt lớn nhất có tỷ lệ dài /rộng = $26/6$ với tỷ lệ là (4,33/1). Trong đó có 31 vạt có kích thước tỷ lệ dài /rộng $\geq 2/1$. Mặt khác, nghiên cứu có 13 vú (22,4%) phì đại mức độ không lõ và tới 49 vú chiếm 79% có quầng núm vú tụt thấp hơn bình thường $>10\text{cm}$, nếu phẫu thuật thu gọn vú sử dụng các phương pháp kinh điển, các cuống vạt cấp máu dạng ngẫu nhiên thì để dịch chuyển núm vú về vị trí bình thường mà vẫn đảm bảo sức sống của vạt sẽ cần cuống vạt có độ rộng lớn, gây khó khăn trong việc xoay cuống và hình thể vú sẽ không đẹp. Việc thiết kế vạt dựa trên trực mạch thì kích thước vạt có thể đạt tỷ lệ dài/rộng rất lớn, đảm bảo cuống vạt đủ dài, chiều rộng đủ nhỏ để thuận tiện cho việc cắt thu nhỏ vú và xoay phức hợp quầng núm vú lên vị trí mới mà vẫn đảm bảo hình thể của vú mà không ảnh hưởng đến sức sống của quầng núm vú.

Thiết kế cuống vạt trực mạch dựa trên động mạch ngực ngoài là 10 vú (17,2%) và dựa trên động mạch vú trong là 48 vú (82,8%). Việc hiểu biết về giải phẫu mạch máu vú là rất quan trọng trong việc lựa chọn thiết kế cuống vạt mang quầng núm vú. Nghiên cứu giải phẫu của Petrus V.van Deventer cho thấy nguồn cung cấp máu ưu thế đến phức hợp quầng núm vú là từ động mạch vú trong, nguồn cấp máu kém ưu thế hơn là từ động mạch ngực ngoài [8].

Kết quả có 49/58 vú (84,5%) sức sống quầng núm vú tốt, chỉ có 5/58 vú (8,6%) có hiện tượng thiếu dưỡng, bong thương bì quầng núm vú và có 4/58 vú (6,9%) có hiện tượng hoại tử mép quầng núm vú. Sau phẫu thuật 06 tháng, chúng tôi theo dõi và đánh giá được 44 vú của 22 bệnh nhân sức sống của quầng núm vú tốt chiếm 100%. Nguyễn Đình Hưng [4] nghiên cứu tạo hình thu gọn vú cùng sử dụng vạt trực mạch mang quầng núm vú dựa trên động mạch ngực ngoài với 32 bệnh nhân; kết quả sớm sau mổ 7 ngày có 23 vú (37,1%) sức sống QNV tốt, chỉ có 05 vú (8,1%) có hiện tượng hoại tử một phần QNV, sau 6 tháng 90,5% số vú có QNV sống tốt. Biến chứng hoại tử QNV có thể do giảm cấp máu nhưng lý do thường thấy là do ứ tĩnh mạch [8]. Các dấu hiệu lâm sàng của ứ tĩnh mạch bao gồm hồi lưu mao mạch quá nhanh, châm kim chảy máu tĩnh mạch nhanh, và tím tái, phù nề núm

vú. Ứ tĩnh mạch có thể xảy ra vì nhiều lý do như: bảo tồn không đủ hệ thống tĩnh mạch, cuống bị gấp khúc hay đè ép, khâu da đóng vết mổ quá chặt hoặc tụ máu. Thiết kế vạt mang quầng núm dựa trên trục mạch có thể lấy vạt với tỷ lệ dài/rộng lớn hơn nhiều so với vạt ngẫu nhiên mà vẫn đảm bảo sức sống của quầng núm vú.

Nhìn chung các nghiên cứu trên đều cho thấy, cảm giác của phức hợp quầng núm vú là do các nhánh bì trước và bì ngoài của các dây thần kinh liên sườn từ 2 đến 7 chi phối, và nhất là nghiên cứu của Ingrid Schlenz (năm 2000) nhấn mạnh đến vai trò cảm giác cho núm vú của nhánh bì ngoài của dây thần kinh liên sườn thứ 4 với đường đi từ phần sâu xuyên qua mô tuyến vú đi cùng với các ống dẫn sữa đến núm vú chi phối cảm giác cho núm vú, đặc biệt là cảm giác hứng dục, là tình trạng cương to của núm vú đáp ứng lại với kích thích tình dục là yếu tố cảm giác đặc biệt và đặc trưng cho núm vú. Đại đa số bệnh nhân (79,3%) đều trả lời "Có" khi được khám cảm giác đau và va chạm ngay sau phẫu thuật. Điều này chứng tỏ vạt còn bảo tồn được thần kinh cảm giác. Sau mổ 6 tháng, tất cả đều phục hồi cảm giác quầng núm vú, chỉ còn 5 vú (9,3%) bị giảm cảm giác.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thu gọn vú sử dụng vạt trục mạch mang quầng núm vú áp dụng được cho tất cả các mức độ phì đại (phì đại vừa, nhiều, rất nhiều và khổng lồ). Tất cả các bệnh nhân được sử dụng doppler cầm tay định hướng đường đi của động mạch ngực trong hoặc ngực ngoài khi thiết kế

cuống. Tiến hành siêu âm rất đơn giản, sử dụng kết quả đó thiết kế cuống một cách linh hoạt đã đóng vai trò góp phần quan trọng trong thành công của kết quả phẫu thuật. Thiết kế vạt mang quầng núm dựa trên trục mạch có thể lấy vạt với tỷ lệ dài/rộng lớn hơn nhiều so với vạt ngẫu nhiên mà vẫn đảm bảo sức sống của quầng núm vú. Do đó, có thể dễ dàng đạt được hình thể vú mong muốn mà vẫn đảm bảo sức sống của quầng núm vú đặc biệt ngay cả khi vú phì đại mức độ rất nhiều và khổng lồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thiết Sơn (2006)**, Tạo hình vú phì đại và sa trễ, Bài giảng phẫu thuật tạo hình, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Trần Thiết Sơn (2009)**, "Phẫu thuật tạo hình thu gọn vú phì đại ở phụ nữ Việt Nam", Tạp chí học Việt Nam, 358, tr. 25-30
3. **Elizabeth J. Hall - Findlay (2015)**, "Mastopexy and breast reduction".
4. **Nguyễn Đình Hưng (2015)**, "Đánh giá kết quả sử dụng vạt trục mạch ngực ngoài mang quầng núm vú trong phẫu thuật thu gọn vú phì đại", Luận văn thạc sĩ phẫu thuật tạo hình, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **D.C Hammond (2009)**, "Breast Reduction.", Hammond's Atlas of Aesthetic Breast Surgery, tr. 147-82.
6. **McGregor IA, Morgan G. (1973)** "Axial and random pattern flaps". Br J Plast Surg; 26(3):202-13.
7. **Thorek M (1922)**, "Possibilities in the reconstruction of the human form", NY Med J, tr. 116:572.
8. **van Deventer PV, Page BJ, Graewe FR (2008)**. "The safety of pedicles in breast reduction and mastopexy procedures". Aesthetic Plast Surg; 32: 307-12.

ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG PHÁT HIỆN KHỐI UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TRÊN CHỤP MẠCH SỐ HÓA XÓA NỀN ĐỐI CHIẾU VỚI CẮT LỚP VI TÍNH

Phùng Anh Tuấn*, Nguyễn Văn Kèn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khả năng của DSA trong phát hiện các khối HCC. **Đối tượng và phương pháp:** 53 BN HCC điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2016 – 4/2017. Tất cả được chụp CLVT và DSA. Đánh giá mức độ phù hợp giữa CLVT và

DSA bằng hệ số Kappa. **Kết quả:** Đánh giá có 1 hay nhiều khối u trên từng BN phù hợp mức độ trung bình. Khả năng phát hiện khối u của DSA phụ thuộc vào kích thước. DSA chỉ phát hiện được 13/21 khối <20mm. CLVT và DSA phù hợp tốt trong phát hiện vị trí khối HCC. **Kết luận:** DSA phát hiện HCC kém hơn CLVT và phụ thuộc vào kích thước khối.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, chụp cắt lớp vi tính, chụp mạch số hóa xóa nền

SUMMARY

CAPABILITY OF DIGITAL SUBTRACTION ANGIOGRAPHY ON DETECTING HEPATOCELLULAR CARCINOMA

*Bệnh viện Quân y 103,

**Bệnh viện đa khoa Thái Bình.

Liên hệ: Phùng Anh Tuấn,
Email: phunganhtuanbv103@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/9/2020

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2020

Ngày duyệt bài: 31/10/2020

COMPATIBLE WITH COMPUTED TOMOGRAPHY

Objective: The aim of study is assessing the capability of DSA on detecting HCC. **Subject and method:** 53 HCC patients treated at 103 Military and Bach Mai hospitals from Jan. 2016 to Apr. 2017 were enrolled. All patients were examined by CT and DSA. The inter-rater reliability between CT and DSA were calculated by Kappa. **Results:** The inter-rater agreement for assessing one or more mass in each patient was medium. DSA detected only 13/21 mass smaller than 20mm. The inter-rater agreement for position of mass was good. **Conclusion:** The capability of DSA on detecting HCC was inferior than that of CT and depended on size of mass.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, computed tomography, digital subtraction angiography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (hepatocellular carcinoma – HCC) là một bệnh ác tính hay gặp. Bên cạnh giải phẫu bệnh, chẩn đoán hình ảnh cũng được coi là tiêu chuẩn chẩn đoán xác định bệnh khi có đầy đủ các tiêu chí theo Hiệp hội nghiên cứu gan Châu Âu [4]. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đã được xác định là phương pháp có độ chính xác cao trong phát hiện khối HCC [3],[5]. Đối với những bệnh nhân (BN) có chỉ định điều trị nút mạch, yêu cầu đầu tiên là xác định chính xác vị trí các khối HCC trên hình ảnh chụp mạch số hóa xóa nền (digital subtraction angiography – DSA). Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, các khối HCC lại không được phát hiện trên DSA [2]. Nghiên cứu này thực hiện nhằm mục đích đánh giá khả năng phát hiện khối HCC trên DSA so với CLVT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 53 BN được chẩn đoán HCC và được điều trị nút mạch tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2016 đến 4/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, số liệu lấy theo hình thức tiền cứu.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các BN được chẩn đoán xác định HCC. 10 BN chẩn đoán HCC theo kết quả giải phẫu bệnh (GPB) mảnh bệnh phẩm lấy bằng sinh thiết gan. 43 BN chẩn đoán HCC theo tiêu chuẩn Bộ Y tế [1]: khối u ngấm thuốc thì động mạch, thoát thuốc nhanh thì tĩnh mạch cửa trên CLVT và xét nghiệm AFP > 400 ng/ml.

- Các BN có chỉ định điều trị nút mạch hóa dầu.

2.2.2. Phương tiện, kỹ thuật thực hiện

- Chụp CLVT được thực hiện trên máy SOMATO Spirit, Siemen, Đức, 2 dãy đầu dò.

Thực hiện kỹ thuật chụp gan 3 pha theo quy trình Bộ Y tế. Hình ảnh được lưu giữ dưới dạng DICOM và phân tích bằng phần mềm eFilm Workstation 3.4.

- Chụp DSA được thực hiện trên máy GE INNOVA, hãng GE Health Care, Mỹ. Hình ảnh được lưu giữ dưới dạng file video và xuất thành từng ảnh JPG.

2.2.3. Các thông số nghiên cứu hình ảnh trên CLVT và DSA

- Vị trí u: thùy phải, thùy trái, cả 2 thùy.
- Số lượng khối u: 1 khối, 2 khối, ≥3 khối.
- Kích thước khối u: kích thước lớn nhất trên hình CLVT thì động mạch [4].

2.2.4. Xử lý số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS 16.0.
- Mức độ phù hợp giữa CLVT và DSA trong phát hiện các khối HCC được xác định bằng hệ số Kappa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- 53 BN gồm 47 nam 88,7%, 6 nữ 11,3%.
- Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu: 54,42 ± 14,48, cao nhất 72, thấp nhất 34. Có 45 BN từ 40 tuổi trở lên, chiếm 84,9%.

3.2. Đối chiếu một số kết quả CLVT và DSA

Bảng 1. Đối chiếu số lượng BN có 1 hay nhiều khối trên CLVT và DSA (n=53)

DSA \ CLVT	1 khối	2 khối	≥3 khối	Tổng	Kappa
1 khối	32	2	0	34	0,46
2 khối	5	2	2	9	
≥3 khối	1	4	5	10	
Tổng	38	8	7	53	

Nhận xét: CLVT phát hiện được 19 BN có nhiều khối trong khi DSA phát hiện 15 BN.

Bảng 2. Số khối HCC phát hiện trên CLVT và DSA theo kích thước

Kích thước (mm)	CLVT	DSA
<20	21	13
20-50	31	29
>50	35	35
Tổng	87	77

Nhận xét: DSA chỉ phát hiện được 13/21 (61,9%) khối HCC có kích thước <20mm trên CLVT.

Bảng 3. Phân bố vị trí các khối HCC trên CLVT và DSA

Vị trí	Gan phải	Gan trái
CLVT-DSA		
CLVT	69	18
DSA	65	12

Nhận xét: Đa số các khối HCC nằm ở gan phải.

Bảng 3. Đối chiếu vị trí u trên CLVT và DSA theo từng BN (n=53)

DSA CLVT	Gan phải	Gan trái	Cả 2	Tổng	Kappa
Gan phải	39	0	0	39	0,78
Gan trái	1	4	0	5	
Cả 2	2	2	5	9	
Tổng	42	6	5	53	

Nhận xét: CLVT phát hiện các khối u cả 2 thùy gan ở 9 BN trong khi DSA phát hiện ở 5 BN.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt giữa CLVT và DSA trong phát hiện các khối HCC. 53 BN, trên CLVT cho thấy có 87 khối HCC trong khi DSA chỉ phát hiện được 77 khối. Tất cả các khối phát hiện được trên DSA đều thấy được trên CLVT. Khả năng phát hiện các khối trên DSA phụ thuộc vào kích thước. Trong số 21 khối có kích thước <20mm trên CLVT, DSA chỉ phát hiện được 13 khối. Ngược lại cả 35 khối có kích thước >50mm trên CLVT đều được phát hiện trên DSA. Đối với đánh giá BN có 1 hay nhiều khối, chúng tôi nhận thấy cả 15 BN DSA đánh giá có nhiều khối đều đã được khẳng định trên CLVT. Ngoài ra CLVT xác định thêm 4 BN nữa có nhiều khối trong khi DSA chỉ thấy 1 khối. Phù hợp giữa CLVT và DSA trong đánh giá BN có 1, 2 hay ≥3 khối chỉ ở mức trung bình với Kappa 0,46.

Nghiên cứu 116 khối HCC trên 41 BN được ghép gan, Ladd LM [6] nhận thấy độ nhạy nói chung của CLVT là 49,8% tương đương với DSA là 41,7%. Tuy nhiên đối với các nốt <2cm, độ nhạy của CLVT là 33,8% cao hơn có ý nghĩa so với DSA 24,1%. Nakayama A nghiên cứu trên 268 khối HCC ở 164 BN được chụp CLVT, DSA và phẫu thuật. Tác giả nhận thấy độ nhạy của cả CLVT và DSA thay đổi theo kích thước khối u. Đối với các khối u có kích thước lần lượt <1cm, 1-2cm, >2-3cm và >3cm, độ nhạy của DSA lần lượt là 33,3%, 68,7%, 81% và 94,2%. Trong khi đó, độ nhạy của CLVT tương ứng là 41,2%, 91,4%, 100% và 100%. Độ nhạy nói chung của CLVT và DSA là 87% và 69%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa CLVT và DSA trong phát hiện các khối HCC có kích thước 1-2cm cũng như trong phát hiện các khối HCC nói chung. Độ đặc hiệu của DSA 91,5% cũng tương đương như CLVT 92,8% [7]. Nghiên cứu của Krinsky GA [8] cho thấy DSA không nhạy đối với các tổn thương nhỏ. Với các nốt ≤2 cm, độ nhạy của DSA chỉ là 18%. Cả 17 nốt HCC có kích thước từ 0,2-1,5 cm đều bị bỏ qua trên DSA.

Như vậy, các nghiên cứu đều cho thấy, đối với các nốt lớn có kích thước ≥3cm, khả năng phát hiện của DSA và CLVT là tương đương. Tuy nhiên, đối với các nốt nhỏ, DSA kém nhạy hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, do các BN không phẫu thuật và không có kết quả GPB xác định số khối HCC nên chúng tôi không tính được độ nhạy của CLVT và DSA mà chỉ đơn thuần so sánh khả năng phát hiện khối HCC giữa 2 phương thức chẩn đoán.

Nghiên cứu của Zheng XH trên 28 BN cho thấy CLVT phát hiện được 47 nốt <10mm, 19 nốt 10-20mm và 26 nốt >20mm. Trong khi đó, số nốt với kích thước tương ứng được DSA phát hiện lần lượt là 16, 11 và 26. Tổng cộng CLVT phát hiện được 92 nốt trong khi DSA chỉ phát hiện được 53 nốt. Khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ushijima Y nghiên cứu trên 24 BN với 39 nốt HCC kích thước trung bình $17,4 \pm 7,9$ mm (7-40mm). Tác giả nhận thấy DSA chỉ phát hiện được 31 nốt. Mặc dù DSA được coi là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá mạch, trong tổng số 53 ĐM nuôi khối u, DSA cũng chỉ phát hiện chính xác 21 ĐM. Tác giả gợi ý để tăng độ chính xác của DSA cần phối với với cone-beam CT trong quá trình can thiệp.

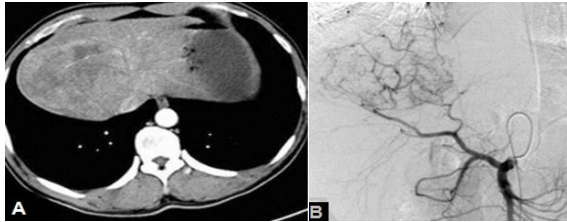
Đối với xác định vị trí các khối HCC, trong nghiên cứu của chúng tôi, cả CLVT và DSA đều cho thấy đa số các khối nằm ở gan phải. Đánh giá số BN có các khối ở cả 2 thùy gan, CLVT phát hiện có 9 BN trong khi DSA chỉ phát hiện có 5 BN. Khác biệt giữa 2 phương pháp này là DSA không phát hiện được các khối nhỏ ở thùy gan trái trên 4 BN mà CLVT đã phát hiện được. Đánh giá vị trí khối HCC trên từng BN, CLVT và DSA có sự phù hợp tương đối tốt với Kappa 0,78. Nghiên cứu của Ladd LM [6] cho thấy độ nhạy của CLVT trong phát hiện khối u ở thùy phải và thùy trái là 55% và 42%. Trong khi đó, độ nhạy của DSA trong phát hiện khối u ở vị trí tương ứng là 46,9% và 33,9%. Nói chung, tỷ lệ các khối u gan phải được phát hiện lớn hơn các khối u ở gan trái. Đồng thời, số lượng khối HCC ở gan phải cũng cao hơn hẳn ở gan trái. Việc phát hiện các khối u ở gan phải cao hơn gan trái có thể được giải thích bởi dòng máu nuôi gan phải lớn hơn [6]. Gan phải cũng có kích thước lớn hơn nhiều lần gan trái nên số khối HCC gặp ở đây cũng lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu 53 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2016 đến 4/2017, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Đánh giá bệnh nhân có 1 hay nhiều khối u, CLVT và DSA phù hợp mức độ trung bình.
- Đánh giá vị trí khối u, CLVT và DSA phù hợp tốt.
- Tất cả các khối u DSA phát hiện được, CLVT cũng đều phát hiện được. Ngược lại, DSA chỉ phát hiện được 61,9% các khối u có kích thước <20mm trên CLVT.

HÌNH MINH HỌA



Khối HCC trên CLVT (A) và DSA (B). Khối HCC lớn, kích thước 55mm, ở vị trí phần thùy VIII được phát hiện trên cả CLVT và DSA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2012).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tế bào gan nguyên phát. Quyết định số 5250/QĐ-BYT.
2. **Phạm Minh Thông (2006).** Chụp động mạch gan trong chẩn đoán ung thư gan. Ung thư gan nguyên phát. Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.
3. **Addley HC, Griffin N, Shaw AS, et al. (2011).** Accuracy of hepatocellular carcinoma detection on multidetector CT in a transplant liver population with explant liver correlation. Clinical radiology, 66, 349-56.
4. **Bruix J, Sherman M, Llovet JM, et al. (2001).** Clinical management of hepatocellular carcinoma. Conclusions of the Barcelona-2000 EASL conference. Journal of Hepatology 35, 421-30.
5. **Colli A, Fraquelli M, Casazza G, et al. (2006).** Accuracy of ultrasonography, spiral CT, magnetic resonance, and alphafetoprotein in diagnosing hepatocellular carcinoma: A systematic review. Am J Gastroenterol 101, 513-23.
6. **Ladd LM, Tirkes T, Tann M, et al. (2016).** Comparison of hepatic MDCT, MRI, and DSA to explant pathology for the detection and treatment planning of hepatocellular carcinoma. Clinical and molecular hepatology, 22(4), 450-7.
7. **Nakayama A, Imamura H, Matsuyama Y, et al. (2001).** Value of lipiodol computed tomography and digital subtraction angiography in the era of helical biphasic computed tomography as preoperative assessment of hepatocellular carcinoma. Annals of surgery, 234(1), 56-62.
8. **Krinsky GA, Minh T. Nguyen, Lee VS, et al. (2000).** Dysplastic nodules and hepatocellular carcinoma: Sensitivity of digital subtraction hepatic arteriography with whole liver explant correlation. Journal of Computer Assisted Tomography, 24(4), 628-34.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÀNH TAI THEO KỸ THUẬT BRENT CẢI TIẾN CHO BỆNH NHÂN DỊ TẬT TAI NHỎ

Vũ Duy Dũng*, Nguyễn Roãn Tuất**, Lê Gia Vinh***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình vành tai theo kỹ thuật Brent cải tiến cho bệnh nhân dị tật tai nhỏ bẩm sinh - giai đoạn 2015-2019. **Đối tượng và phương pháp:** gồm 36 bệnh nhân (39 tai dị tật mức độ nặng) được tạo hình vành tai theo kỹ thuật Brent cải tiến. Sử dụng thang điểm Likert đánh giá mức độ hài lòng sau khi phẫu thuật. Sử dụng thang điểm đánh giá các mốc giải phẫu trên tai của Mohit Sharma và thang điểm Jeong Hwan Choi để đánh giá tính thẩm mỹ của vành tai. **Kết quả:** Tuổi phẫu thuật trung bình 11.6 ± 2.9 (7-16 tuổi), phẫu thuật tại phải 71.8% và 28.2% tại trái. Kết quả chỉ tiết giải phẫu trên tai tạo hình tốt trở lên 58.9%, đạt yêu cầu 23.2% và 17.9% kết quả kém. Khả năng đeo

kính, khẩu trang: 59.0% tốt, đeo được 30.7%, không đeo được 10.3%. Mức hài lòng với kết quả phẫu thuật: hài lòng 51.3%, chấp nhận được 33.3% và không chấp nhận được 13.4%. **Kết luận:** Dựa trên kết quả đánh giá thực tế, khách quan giúp chúng tôi thấy được những khuyết điểm để cải tiến kịp thời mặt kỹ thuật cho phù hợp thực tế Việt Nam. Đồng thời cải thiện mức độ hài lòng của bệnh nhân sau tạo hình vành tai.

Từ khóa: tạo hình vành tai, kỹ thuật Brent, dị tật tai nhỏ

SUMMARY

EVALUATING THE MICROTIA RECONSTRUCTION OUTCOME FOLLOW BY MODIFICATION BRENT'S TECHNIQUES

Aim: Evaluation of microtia reconstruction outcomes follow by modification Brent's techniques. **Subjects and method:** 36 cases (39 severe microtia ear) had underwent ear reconstruction by modification Brent's techniques then using Mohit Sharma scales to evaluate the anatomical landmark on new pinna, use Jeong Hwan Choi scales to evaluate esthetical on new pinna and use Likert scales to evaluation of satisfy with microtia reconstruction.

*Bệnh viện Nhi Trung ương

**Trường Đại học Y Hà Nội

***Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Duy Dũng

Email: dungent@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/10/2020

Ngày phản biện khoa học: 2/11/2020

Ngày duyệt bài: 11/11/2020

Results: Average ages 11.6 ± 2.9 (7-16 y.o), the right ear 71.8% and 28.2% on left. Good landmark on new pinna 58.9%, acceptable 23.2% and 17.9% are poor outcomes. Ability of wearing glasses and facial mask: Good 59.0%, acceptable 30.7% and unable to wear 10.3%. There are 51.3% with satisfy results, 33.3% acceptable and 13.4% unsatisfy with microtia reconstruction. **Conclusion:** Based on reality, objective scores help us evaluate seriously, improve the existing results, through which we propose to apply this scale to assess the success in Vietnamese ear reconstruction.

Keywords: ear reconstruction, Brent technique, microtia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật tai nhỏ bẩm sinh thường có hình dạng, kích thước, mức độ nặng nhẹ khác nhau nhưng tai luôn nhỏ hơn bình thường, tỷ lệ dị tật trên toàn cầu khoảng 0.8 đến 4.5 trên 10 000 trẻ sơ sinh [1]. Nam giới gặp nhiều gấp hai lần so với nữ, tỷ lệ dị tật một bên chiếm 90%, trong đó tai phải gặp nhiều hơn tai trái từ 1.5 đến 2 lần. Tạo hình vành tai thực sự là thách thức lớn đối với các nhà Phẫu thuật Tạo hình vì đòi hỏi tạo ra các

cấu trúc ba chiều tinh tế, phức tạp trên tai. Kết quả tạo hình phải tồn tại bền theo thời gian.

Kể từ khi Tanzer [2] khởi xướng tạo hình vành tai sử dụng sụn sườn tự thân năm 1959 đã làm thay đổi hoàn toàn kỹ thuật tạo hình vành tai. Sau đó Brent [3], Nagata [4],... góp phần sáng tạo, cải tiến để kỹ thuật hoàn chỉnh như hiện nay.

Tại Việt Nam, có rất ít báo cáo công bố kết quả kết quả tạo hình vành tai trên người Việt. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả tạo hình vành tai theo kỹ thuật Brent cải tiến cho bệnh nhân dị tật tai nhỏ bẩm sinh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đánh giá kết quả 36 bệnh nhân (39 tai dị tật tai nhỏ mức độ nặng) được tạo hình bằng kỹ thuật Brent cải tiến tại bệnh viện Nhi Trung Ương. Thời điểm đánh giá ≥ 6 tháng sau khi hoàn thành phẫu thuật. Trong thời gian từ 12/2015 đến 07/2019 theo tiêu chí sau:

1. Tình trạng thành ngực, nơi lấy sụn sườn

Bảng 1. Tiêu chí đánh giá nơi lấy sụn sườn

Thành ngực, nơi lấy sụn sườn	Điểm			Đánh giá (Tổng điểm)
	2	1	0	
Sẹo thành ngực	Sẹo mềm mại, đẹp	Sẹo giãn, cứng	Sẹo lồi, phì đại	Rất tốt: 6 điểm
Thành ngực mất cân đối	Không	Có khi thóp bụng	Bình thường thấy rõ	Tốt: 4-5 điểm
Đau	Không	Thi thoảng	Thường xuyên	Đạt: 3 điểm
				Kém: < 3 điểm

2. Nơi tai tạo hình

Bảng 2. Tiêu chí đánh giá nơi tai tạo hình

Nơi tạo hình vành tai	Điểm			Đánh giá (Tổng điểm)
	2	1	0	
Màu sắc da	Đồng màu	Ít tương phản	Tương phản rõ	Rất tốt: 8 điểm Tốt: 5-7 điểm Đạt: 4 điểm Kém: < 4 điểm
Độ dày da	Phù hợp (gờ rõ)	Chấp nhận (nhận diện được gờ sụn)	Không chấp nhận (không nhận diện được gờ sụn)	
Tóc trên da tai	Không có	Chấp nhận (có tóc mặt sau)	Không chấp nhận (có tóc ở mặt trước)	
Sẹo xung quanh	Sẹo mềm mại, đẹp	Sẹo giãn, cứng	Sẹo lồi, phì đại	

3. Đánh giá mốc giải phẫu trên tai trên tai tạo hình.

Theo thang điểm đánh giá mốc giải phẫu của Mohit Sharma [5], mỗi đơn vị sau tính 1 điểm, tổng điểm tối đa là 13, nhỏ nhất là 0 điểm (hình 1).

	Gờ luân (4 điểm): 1. gốc gờ luân, 2. 1/3 trên, 3. 1/3 giữa, 4. 1/3 dưới gờ luân. Gờ đối luân (3 điểm): 5. trụ trên và dưới, 6. phần dưới, 7. gờ đối bình, 8. Gờ bình, 9. dải tai, 10. hõm xoắn, 11. rãnh xoắn, 12. hõm tam giác, 13. hõm thuyền.	Đánh giá Rất tốt = 12-13 điểm. Tốt = 9-11 điểm. Trung bình = 6-8 điểm. Kém ≤ 5 điểm.

Hình 1. Tính điểm và mốc giải phẫu

4. Tính cân đối, trục vành tai

Theo Jeong Hwan Choi [6] đánh giá tính thẩm mỹ tai mới gồm các tiêu chí

Bảng 3. Tiêu chí đánh giá tính cân đối, trục vành tai

Tiêu chí đánh giá (theo Jeong Hwan Choi)	Điểm đánh giá			Tổng điểm
	2 – Tốt	1 – Chấp nhận	0 - Kém	
a. Chiều dài vành tai	< 5mm	5-10mm	> 10mm	9-10: Rất tốt 7-8: Tốt 5-6: Đạt yêu cầu < 5: Kém
b. Rìa gờ luân - chũm	< 5mm	5-10mm	> 10mm	
c. Góc tai - chũm	< 10 ^o	10 - 20 ^o	> 20 ^o	
d. Vị trí vành tai (cao, thấp)	< 5mm	5-10mm	> 10mm	
e. Trục tai lệch so với chuẩn	< 5 ^o	5 - 10 ^o	> 10 ^o	

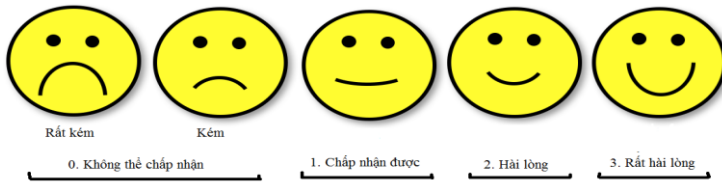
5. Khả năng đeo kính và khẩu trang

0. Không hài lòng

1. Chấp nhận được

2. Hài lòng

Mức độ hài lòng của bệnh nhân



Đánh giá:

0. Không chấp nhận được.

1. Không xác định (chấp nhận)

2. Hài lòng (tốt, thích).

3. Rất hài lòng (Rất tốt, rất đẹp)

Hình 2. Thang điểm Likert – mức độ hài lòng**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN****3.1. Phân bố tuổi bệnh nhân phẫu thuật.**

Tuổi phẫu thuật trung bình 11.6 ± 2.9 (từ 7 - 16). Tuổi tiểu học (6-11) 50%, THCS (12-15 tuổi) 36.1% và THPT (16-18 tuổi) 13.9%. Tuổi phẫu thuật sớm hơn so với: Nguyễn Thị Vân Bình[7] > 10 tuổi (80%), từ 7-9 (20%). Nguyễn Thùy Linh[8] tuổi trung bình 15.55 ± 4.9 (11-37). Lý Xuân Quang tuổi phẫu thuật từ 9 - 34 tuổi.

Trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân nam được phẫu thuật 63.9% và ở nữ 36.1% (tỷ lệ nam/nữ ≈ 1.8). Kết quả tương tự với tác giả trong nước và khu vực.

3.2. Bên tai tạo hình theo độ dị tật**Bảng 4. Vị trí vành tai được tạo hình theo giới tính**

Độ dị tật tai	Bên tai		Tổng (n=39)	
	Phải	Trái	n	tỷ lệ %
Độ III	23	8	31	79.5
Độ IV	5	3	8	20.5
Tổng	n	28	11	39
	%	71.8	28.2	100

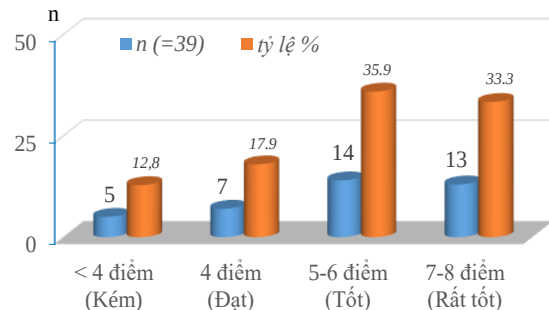
Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 39 tai đã phẫu thuật, tạo hình tai phải 71.8%, tai trái 28.2% (trong đó tạo hình cả 2 bên 15.4%, và 5.1% dị tật 2 bên nhưng chỉ phải mổ 1 bên). Theo Lý Xuân Quang, cho kết quả mổ tai phải 50%, tai trái 47.4%, hai bên 2.6%

3.3. Kết quả-Nơi lấy sụn sườn (thành ngực)**Bảng 5. Kết quả nơi lấy sụn sườn**

Kết quả nơi lấy sụn sườn	n (=39 tai)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt (> 5 điểm)	24	65.1

Tốt (4 - 5 điểm)	8	20.5
Đạt (3 điểm)	5	12.8
Kém (< 3 điểm)	2	5.1
Tổng	39	100

Kết quả quả vết mổ trên thành ngực hồi phục rất tốt 65.1%, kết quả tốt 20.5%, đạt yêu cầu 12.8% và kém

3.4. Kết quả – Nơi tai tạo hình

Kết quả: kém 12.8%, đạt yêu cầu 17.9%, tốt và rất tốt 69.2% (hình 3.18).

Đánh giá hình dáng vành tai tạo hình theo thang điểm của Mohit.

Bảng 6. Điểm đánh giá chi tiết giải phẫu trên tai

Điểm đánh giá chi tiết giải phẫu (theo Mohit Sharma)	n (=39)	tỷ lệ %
< 6 điểm (Kém)	7	17.9
6-8 điểm (Đạt)	9	23.1
9-11 điểm (Tốt)	10	25.6
12-13 điểm (Rất tốt)	13	33.3
Tổng	39	100

Kết quả nghiên cứu khi áp dụng thang điểm đánh giá chi tiết giải phẫu trên vành tai trong nghiên cứu đạt kết quả tốt, rất tốt (≥ 9 điểm) 58.9% kết quả này tương đương với tác giả Lý Xuân Quang (59.8%), cao hơn Nguyễn Thùy Linh (55.2%)[8], thấp hơn Mohit Sharma (70%)[5].



Hình 3. Kết quả phẫu thuật (Trước & Sau mổ)

Đánh giá kích thước, vị trí, trục tai tạo hình. Tác giả Jeong Hwan Choi[6] đánh giá tai tạo hình dựa vào kích thước, vị trí vành tai được tạo hình theo các tiêu chí: chiều dài, trục của tai tạo hình, độ nhô, góc giữa vành tai - mặt chũm, cực trên, cực dưới vành tai so với tai lành.

Bảng 7. Đánh giá kích thước, vị trí, trục tai tạo hình

Tiêu chí đánh giá (theo Jeong Hwan Choi)	Tỷ lệ % đạt được			Tổng điểm
	2.Tốt	1.Chấp nhận	0.Kém	
a. Chiều dài vành tai	59	30.8	10.2	Rất tốt: 25.6% Tốt: 35.9% Đạt yêu cầu: 23.1% Kém: 15.4%
b. Rìa bờ luân - chũm	46.2	41	12.8	
c. Góc tai - chũm	35.9	59	5.1	
d. Vị trí vành tai (cao, thấp)	53.8	38.5	7.7	
e. Trục tai lệch so với chuẩn	28.2	61.5	10.3	

Khả năng đeo kính và khẩu trang

Bảng 8. Khả năng đeo kính, khẩu trang

Khả năng đeo Kính, khẩu trang	n (=39)	tỷ lệ %
Không đeo được (phải buộc, kẹp...)	4	10.3
Chấp nhận được (thi thoảng bị tuột)	12	30.7
Hài lòng, đeo tốt (không bị tuột)	23	59.0
Tổng	39	100

Có 59.0% hợp hài lòng với khả năng đeo kính, khẩu trang, 30.8% kết quả chấp nhận

được. Chỉ có 10.3% không hài lòng (hình 3.20).

3.8. Mức độ hài lòng với tạo hình vành tai. Theo phiếu thăm dò kết quả phẫu thuật tạo hình vành tai đối với bệnh nhân hoặc gia đình trong nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả mức độ hài lòng sau:

Hài lòng: 51.3%, Chấp nhận được: 33.3%, Không chấp nhận được: 15.4%. So sánh với Lê Xuân Quang, kết quả tốt chiếm 76.8%, chấp nhận được đạt 10.5%, không hài lòng 12.8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p \geq 0.05$.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá kết quả dựa theo thang điểm khách quan giúp chúng tôi nhìn nhận nghiêm túc kết quả của chúng tôi đạt được qua đó áp dụng cải tiến các phương pháp nhằm cải thiện kết quả phẫu thuật hiện tại. Tiêu sụn, hoại tử da do chuyển vị trí dải tai trong thì 1, khó đạt được mức nổi bật rõ ràng của các chi tiết do tăng độ dày của da là một vài vấn đề mà chúng ta phải đổi mới trong việc tạo hình vành tai. Mức độ hài lòng của người bệnh đạt 54.5% và 12.1% trường hợp có kết quả không hài lòng sau khi phẫu thuật, chúng tôi cần nghiên cứu thêm, tìm hiểu nguyên nhân, cải tiến kỹ thuật để cố gắng làm tỷ lệ không hài lòng sau phẫu thuật xuống mức thấp nhất có thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cubitt J. Jonathan, Ling-Yun Chang, Derek Liang, et al. (2019). Auricular reconstruction. Journal of Paediatrics and Child Health, 1 (March), 1-6.
2. Tanzer RC. (1959). Total reconstruction of the external ear. Plast Reconstr Surg Transplant Bull, 23: p. 1-15.
3. Brent B. (1980). The correction of microtia with autogenous cartilage grafts: II. Atypical and complex deformities. Plast Reconstr Surg, 66: p. 13-21.
4. Nagata S. (1993). A new method of total reconstruction of the auricle for microtia. Plast Reconstr Surg, 92: p. 187-201.
5. Mohit Sharma et al. (2015). Objective analysis of microtia reconstruction in Indian patients and modifications in management protocol. Indian J Plast Surg, May-Aug; 48 (2): p. 144-152.
6. Jeong-Hwan Choi, Ju-Chan Kim, Min-Su Kim, et al. (2014). Clinical Experience of Sturdy Elevation of the Reconstructed Auricle. Archives of craniofacial surgery, 15 (1), 1-6.
7. Nguyễn Thị Vân Bình (2012). Nghiên cứu hình thái thiếu sản vành tai và đánh giá kết quả phẫu thuật cấy sụn tạo hình, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
8. Nguyễn Thùy Linh (2015). Đánh giá kết quả phẫu thuật nâng khung sụn - tạo hình rãnh sau tai trên bệnh nhân thiếu sản vành tai cấy sụn tạo hình, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.

LIÊN QUAN NỒNG ĐỘ RESISTIN VÀ VISFATIN HUYẾT THANH VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Đoàn Việt Cường¹, Hoàng Trung Vinh¹,
Ngô Thu Hằng², Nguyễn Linh Toàn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với nồng độ resistin và visfatin ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2. **Đối tượng và phương pháp:** gồm 391 đối tượng trong đó 257 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 và 134 người không ĐTĐ. Định lượng resistin visfatin huyết thanh bằng phương pháp ELISA. **Kết quả:** Nồng độ resistin và visfatin huyết thanh tăng rõ rệt ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 so với người không ĐTĐ ($p < 0,001$). Nồng độ resistin tăng dần theo mức độ thừa cân, béo phì ($p < 0,001$) trong khi đó chưa thấy rõ sự khác biệt nồng độ visfatin theo các mức độ thừa cân, béo phì ($p > 0,05$). **Kết luận:** Có mối liên quan giữa nồng độ resistin và visfatin với tình trạng thừa cân, béo phì ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2.

Từ khóa: ĐTĐ typ 2, resistin, visfatin

SUMMARY

THE CORRELATION OF CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS, AND SERUM RESISTIN AND VISFATIN LEVELS IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS

Objectives: To survey the correlation of clinical characteristics, laboratory parameters, and serum resistin and visfatin levels in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM). **Subjects and methods:** 391 subjects included 297 T2DM patients and 134 non-diabetic people use as control. Serum resistin and visfatin levels were measured by Enzyme - Linked Immuno Sorbent Assay (ELISA). **Results:** Serum resistin and visfatin levels were significantly higher in T2DM patients than non-diabetic control group ($p < 0,001$). Serum resistin levels increased continuously from the lowest in non-obese T2DM patients to the highest in 2nd stage obese T2DM patients ($p < 0,001$), meanwhile the serum visfatin levels was the highest in 2nd stage obese T2DM patients ($p > 0,05$). **Conclusion:** Serum resistin and visfatin levels were association to obesity status of T2DM patients.

Key words: Type 2 diabetes, resistin, visfatin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) typ 2 là bệnh rối loạn nội tiết chuyển hóa, biểu hiện bằng tăng glucose

máu mạn tính. Tỷ lệ mắc bệnh tăng nhanh trong những năm gần đây cả trong nước cũng như trên thế giới[1]. Những nghiên cứu gần đây đã chứng minh: mô mỡ không chỉ có vai trò dự trữ năng lượng, mà còn có chức năng nội tiết quan trọng tiết ra một số lượng lớn các hormone và các phân tử có hoạt tính sinh học, được gọi là các adipocytokine. Phần lớn các adipocytokine có khả năng điều hòa quá trình chuyển hóa và quá trình viêm, đặc biệt chúng có vai trò quan trọng trong bệnh sinh của các bệnh liên quan đến rối loạn chuyển hóa, béo phì và ĐTĐ typ 2[2]. Resistin được phát hiện vào năm 2001 nó được tiết ra từ mô mỡ trắng và nhiều cơ quan khác, vai trò của resistin trong cơ chế bệnh sinh của kháng insulin, viêm, xơ động mạch, béo phì và ĐTĐ typ2 còn nhiều điểm chưa rõ[3], nó là một trong những cytokine gây viêm, làm trầm trọng thêm các biến chứng của bệnh ĐTĐ và béo phì[4]. Visfatin là một adipokine mới được mô tả năm 2005 bởi Fukuhara, được tiết ra từ mô mỡ, đặc biệt là mỡ tạng. Vai trò của visfatin trong chuyển hóa glucose và phản ứng viêm vẫn đang được nhiều tác giả nghiên cứu và kết quả nghiên cứu còn nhiều ý kiến trái chiều[5].

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy visfatin có vai trò quan trọng liên quan tới điều chỉnh nồng độ glucose máu, thừa cân, béo phì, hội chứng chuyển hóa, ĐTĐ typ2 và các bệnh tim mạch[6]. Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ resistin và visfatin ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 391 người chia thành 2 nhóm: Nhóm bệnh gồm 257 bệnh nhân ĐTĐ typ 2, nhóm chứng gồm 134 người không bị ĐTĐ và được chia làm 4 phân nhóm:

- Phân nhóm 1: Gồm 58 người bình thường: không ĐTĐ, không thừa cân béo phì có BMI <23, nồng độ glucose máu tĩnh mạch lúc đói < 5,6mmol/L,

- Phân nhóm 2: Gồm 76 người thừa cân, béo phì (TCBP): có BMI >23, nồng độ glucose máu tĩnh mạch lúc đói <5,6 mmol/L.

¹Bệnh viện 103, Học viện Quân Y

²Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Linh Toàn
Email: toannl@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15/10/2020

Ngày phản biện khoa học: 4/11/2020

Ngày duyệt bài: 12/11/2020

- Phân nhóm 3: Gồm 165 bệnh ĐTĐ tít 2 thừa cân béo phì (ĐTĐ TCBP) có BMI > 23

- Phân nhóm 4: Gồm 92 bệnh nhân ĐTĐ tít 2 không thừa cân béo phì (ĐTĐ KTCBP) có chỉ số BMI < 23.

Các bệnh nhân ĐTĐ tít 2 được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ 2019 (American Diabetes Association – ADA)[7].

Nồng độ resistin, visfatin huyết thanh được xác định bằng phương pháp miễn dịch gắn enzyme (Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay-ELISA).

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Quân Y 103, Nội tiết Nghệ An và Bộ môn Sinh lý bệnh, Học viện Quân y, thời gian từ tháng 11/2013 – 6/2018.

2.3. Phương pháp nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, so sánh có đối chứng.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

- Các chỉ số nhân trắc: chiều cao, cân nặng, vòng eo, vòng mông.

- Xác định thừa cân, béo phì dựa vào chỉ số BMI theo phân loại của nhóm chuyên gia của WHO 2004 dành cho người Châu Á[8].

- Tất cả các đối tượng được lấy mẫu máu xét nghiệm nồng độ resistin và visfatin bằng phương pháp ELISA. Xét nghiệm được tiến hành tại Labo bệnh lý phân tử, bộ môn Sinh lý bệnh, Học viện

Quân y. ELISA kits (resistin and visfatin) được sản xuất bởi công ty Sigma-Aldrich, Merck Hoa Kỳ.

- **Xử lý số liệu:** Các số liệu được phân tích bằng test Mann-Whitney U-test, test χ^2 , so sánh 2 số trung bình bằng các phần mềm SPSS 20. Sự khác biệt thống kê có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi, giới của các nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm chứng (n = 134)	Nhóm bệnh (n = 257)
Tuổi (năm) ($\bar{X} \pm SD$)	56,29 $\pm$ 8,84	57,86 $\pm$ 8,60
P	> 0,05	
Nhóm tuổi (n,%)	40-49	33 (24,62)
	50-60	54 (40,29)
	> 60	104 (40,46)
Giới (n, %)	Nam (n,%)	48 (35,82)
	Nữ(n, %)	158 (61,48)
	p	< 0,001

Có sự tương đồng về tuổi giữa nhóm bệnh và nhóm chứng, độ tuổi trung bình không có sự khác biệt giữa nhóm bệnh và nhóm chứng. Có sự khác biệt về tỷ lệ nam, nữ trong nghiên cứu của chúng tôi điều này có thể là do cách chọn đối tượng tham gia nghiên cứu mẫu thuận tiện, ngẫu nhiên.

3.2. Nồng độ resistin, visatin huyết thanh ở bệnh nhân ĐTĐ

Bảng 3.2. Nồng độ Resistin huyết thanh ở các phân nhóm nghiên cứu

Nhóm	Nồng độ Resistin (ng/ml)	n	Trung bình, độ lệch chuẩn $\bar{X} \pm SD$	Trung vị (TPV25-TPV75)	P*
Chứng		134	9,77 $\pm$ 9,84	6,50 (3,46 - 15,71)	<0,001
ĐTĐ		257	19,49 $\pm$ 16,05	16,23 (8,31 - 22,62)	
Chứng KTCBP		58	8,40 $\pm$ 7,32	4,69 (2,55 - 14,67)	>0,05
Chứng TCBP		76	10,82 $\pm$ 11,34	6,94 (4,13 - 16,80)	
ĐTĐ KTCBP		92	16,21 $\pm$ 14,30	14,00 (5,42 - 18,56)	<0,01
ĐTĐ TCBP		165	21,32 $\pm$ 16,71	17,06 (10,95 - 25,50)	

*Mann – Whitney U – test

- Nồng độ resistin nhóm ĐTĐ cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng ($p < 0,001$).
- Nồng độ resistin các phân nhóm TCBP và KTCBP của nhóm chứng khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.
- Nồng độ resistin các phân nhóm TCBP và KTCBP của nhóm bệnh khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.3. Nồng độ Resistin huyết thanh ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2 theo mức độ béo phì

Đối tượng	Nồng độ Resistin (pg/ml)			p*
	Trung vị	Tứ phân vị		
		25	75	
ĐTĐ tít 2 KTCBP (n = 105) (1)	13,24	5,55	17,84	p<0,001
ĐTĐ tít 2 TC (n = 70) (2)	17,91	11,13	22,12	
ĐTĐ tít 2 BP độ 1 (n = 73) (3)	18,57	11,80	27,92	
ĐTĐ tít 2 BP độ 2(n = 9) (4)	19,81	14,42	40,72	

*Mann – Whitney U – test

Nồng độ Resistin huyết thanh ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 tăng dần theo mức độ thừa cân và béo phì sự khác biệt giữa các phân nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.4. Nồng độ Visfatin huyết thanh ở các phân nhóm nghiên cứu

Nhóm	Visfatin	n	Trung bình, độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$)	Trung vị (TPV25-TPV75)	P*
Chứng		134	7,37 $\pm$ 7,51	4,65 (2,67 - 7,48)	<0,001
ĐTĐ		257	14,68 $\pm$ 9,79	12,78 (8,74 - 17,84)	
Chứng KTCBP (1)		58	6,78 $\pm$ 5,29	4,50 (3,07 - 11,73)	$p_{1-2} > 0,05$
Chứng TCBP (2)		76	7,81 $\pm$ 8,85	5,18 (2,55 - 6,82)	$p_{3-4} > 0,05$
ĐTĐ TCBP (3)		165	15,42 $\pm$ 11,13	13,14 (9,09 - 18,37)	$p_{1-3} < 0,001$
ĐTĐ KTCBP (4)		92	13,35 $\pm$ 6,59	12,28 (8,43 - 15,96)	$p_{1-4} < 0,001$
					$p_{2-3} < 0,001$
					$p_{2-4} < 0,001$

*Mann – Whitney U – test

- Nồng độ visfatin ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng ($p < 0,001$). Phân nhóm ĐTĐ thừa cân béo phì có nồng độ visfatin cao nhất.

- Ở phân nhóm chứng KTCBP thấp hơn phân nhóm chứng TCBP nhưng chưa có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

- Ngược lại ở phân nhóm ĐTĐ týp 2 có TCBP cao hơn có ý nghĩa so với phân nhóm KTCBP ($p < 0,001$).

Bảng 3.5. Nồng độ Visfatin huyết thanh ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 theo mức độ béo phì

Đối tượng	Nồng độ Visfatin (pg/ml)			P*
	Trung vị	Tứ phân vị		
		25	75	
ĐTĐ týp 2 KTCBP (n = 105) (1)	12,16	8,48	15,36	p 1-2< 0.05
ĐTĐ týp 2 TC (n = 70) (2)	14,76	9,30	18,71	p 1-3> 0.05
ĐTĐ týp 2 BP độ 1 (n = 73) (3)	13,06	8,68	18,06	p 1-4>0,05
ĐTĐ týp 2 BP độ 2 (n = 9) (4)	11,60	8,20	18,88	p 2-3>0,05
				p 2-4>0,05
				p 2-4>0,05

* Mann – Whitney U – test

- Chưa thấy có sự khác biệt về nồng độ visfatin theo mức độ thừa cân béo phì ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2.

Bảng 3.6. Nồng độ Resistin và Visfatin huyết thanh theo thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ týp 2

Thời gian bệnh	Thời gian phát hiện và điều trị bệnh	
	Trung vị (TPV25 – TPV75)	
	Mới phát hiện lần đầu (chưa điều trị) (n = 72)	Đã điều trị một thời gian (n = 185)
Resistin (ng/ml)	16,60 (11,55 - 23,28)	16,11 (7,97 - 22,12)
P*	> 0,05	
Visfatin (ng/ml)	14,58 (9,36 - 17,79)	12,44 (8,68 - 17,90)
P*	> 0,05	

*Mann – Whitney U – test

Chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ resistin và visfatin giữa nhóm phát hiện lần đầu và nhóm đang điều trị $p > 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 391 đối tượng cho thấy nồng độ resistin, visfatin huyết thanh ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng ($p < 0,001$). Vai trò mô mỡ trước đây được coi là cơ quan dự trữ năng lượng đơn thuần, hiện nay đã được biết như là một tuyến nội tiết, tiết ra rất nhiều các adipokine có vai trò như những hormone [2], đã được chứng minh có vai trò trong cơ chế bệnh sinh của béo phì, ĐTĐ týp 2 cùng các biến chứng tim mạch, vữa xơ động

mạch, biến chứng thận kèm theo [6]. Cơ chế bệnh sinh của bệnh ĐTĐ týp 2 chủ yếu là do sự đề kháng insulin và khiếm khuyết về chức năng bào beta tuyến tụy dẫn đến thiếu hụt insulin, làm mất khả năng điều hoà đường máu, gây đái tháo đường, tuy nhiên vẫn còn nhiều băn khoăn nhất là vai trò của mô mỡ và các cytokine [7].

Resistin và visfatin là các adipokine được phát hiện từ năm 2001-2005 hiện đang có nhiều nghiên cứu về cấu trúc, chức năng của chúng trong bệnh học nói chung và ĐTĐ nói riêng [3].

Các adipokine này được tiết bởi các tế bào mô mỡ, bạch cầu, và gần đây là một số tế bào khác của các mô nhất là mô mỡ nội tạng có vai trò gây tổn thương mô, kháng insulin và đáp ứng viêm. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy nồng độ của resistin, visfatin tăng ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ so với các nhóm chứng [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ resistin và visfatin tăng cao ở nhóm ĐTĐtíp 2, cao nhất ở bệnh nhân ĐTĐ có thừa cân béo phì kết quả này phù hợp với các nghiên cứu gần đây [6],[8]. Liên quan đến thời gian mắc bệnh ĐTĐ thì nồng độ resistin, visfatin chưa có sự thay đổi giữa nhóm mới phát hiện và đã điều trị ($p > 0,05$). Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi với cỡ mẫu khá lớn so sánh với các kết quả nghiên cứu của các tác giả cho thấy thừa cân, béo phì có liên quan đáng kể đường típ 2. Tuy nhiên các kết quả cho thấy việc đánh giá vai trò của resistin, visfatin trong bệnh sinh của béo phì, kháng insulin vẫn còn phải được tiếp tục nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ resistin và visfatin tăng rõ rệt ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có hoặc không thừa cân, béo phì so với nhóm chứng không ĐTĐ ($p < 0,001$) cao nhất ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có thừa cân,

béo phì. Chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ resistin và visfatin giữa nhóm phát hiện lần đầu và nhóm đang điều trị $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cho N, Shaw J, Karuranga S, et.al: IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. Diabetes research and clinical practice 2018, 138:271-281.
2. Kershaw EE, Flier JS: Adipose tissue as an endocrine organ. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2004, 89(6):2548-2556.
3. Geyikli I, Muslum A: Resistin as a new molecule. African Journal of Pharmacy and Pharmacology 2011, 5(9):1182-1189.
4. Hernandez ASM, Rodriguez MSM, Rodriguez ASM, Armentia SM, Pachon J: Clinical significance of the resistin in clinical practice. 2018.
5. Fukuhara A, Matsuda M, Nishizawa M, et.al: Visfatin: a protein secreted by visceral fat that mimics the effects of insulin. Science 2005, 307(5708):426-430.
6. EISSA HM, SALEH ME, ELHADIDY KE: Study of the Relation of Visfatin to Obesity and Type II Diabetes Mellitus in Adult Male Subjects. 2014.
7. American Diabetes Association, Standards of Medical Care in Diabetes 2019, Diabetes Care, 42 (suppl 1)
8. Golay A, Ybarra J: Link between obesity and type 2 diabetes. Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism 2005, 19(4):649-663.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI HỖ TRỢ CẮT KHỐI TÁ TỤY ĐIỀU TRỊ CÁC KHỐI U ÁC TÍNH VÙNG QUANH BÓNG VATER

Trần Quế Sơn^{1,2}, Trần Hiếu Học^{1,2}, Nguyễn Tiến Quyết³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tụy do ung thư quanh bóng Vater. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, can thiệp lâm sàng không đối chứng, dựa trên 30 trường hợp được phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai từ 1/6/2016 – 30/5/2020. **Kết quả:** Thời gian nằm viện trung bình 19,5 ngày, ăn lại đường miệng sau 5,6 ngày, mổ lại (16,6%) và 2 trường hợp tử vong (8,3%). Tỷ lệ biến chứng chung (50%), rò tụy 25%, rò mật (4,2%), chảy máu ổ bụng (4,2%), chảy máu miệng nối tụy – ruột (4,2%), chậm lưu thông dạ dày (8,3%). Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau mổ được cải thiện đáng

kể, tái hòa nhập cộng đồng với 81% tốt và khá. Thời gian sống thêm trung bình 28,3 tháng. Thời gian sống thêm của nhóm chưa di căn hạch dài hơn có ý nghĩa so với nhóm di căn hạch (35,9 so với 12,4 tháng). Có sự khác biệt về thời gian sống thêm theo giai đoạn bệnh. **Kết luận:** Cắt khối tá tụy có nội soi hỗ trợ có tính khả thi, cải thiện chất lượng cuộc sống và thời gian sống thêm nhưng có tỉ lệ biến chứng cao, cần áp dụng thận trọng.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi hỗ trợ, cắt khối tá tụy, ung thư vùng bóng Vater.

SUMMARY

OUTCOME OF LAPAROSCOPIC ASSISTED PANCREATODUODENECTOMY (WHIPPLE PROCEDURE) FOR PERIAMPULLARY MALIGNANCIES

Objectives: To evaluate the results of laparoscopic assisted pancreaticoduodenectomy for periampullary malignancies. **Material and method:** Description and follow up 30 patients who were operated at Bachmai hospital from 1/6/2016 to 30/5/2020. **Results:** hospital stay was 19.5 days, re-

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hiếu Học

Email: hieuhoc1305@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/10/2020

Ngày phản biện khoa học: 10/10/2020

Ngày duyệt bài: 2/11/2020

oral eating after 5.6 days, re-operation (16.6%) and 2 deaths (8.3%). The overall morbidity rates were 50%. Postoperative complications were as pancreatic fistula, delayed gastric emptying, bile leak, pancreato-jejunostomy anastomosis bleeding, postoperative abdominal bleeding was 25%, 8.3%, 4.2%, 4.2% and 4.2% respectively. The quality of life (QoL-30) after surgery was significantly improved, reintegrating into the community with 81% good and fair results. The average survival time was 28.3 months. The long-term survival time of lymph node metastasis group (N0) was 35.9 months, significantly longer than the N1 group. The long-term survival time of stage I-B > II-A > II-B, this difference was statistically significant ($p = 0.016$). **Conclusion:** Laparoscopic assisted pancreaticoduodenectomy was a feasible technique that improves quality of life and long-term survival but has high complication rate.

Keywords: laparoscopic assisted surgery, pancreaticoduodenectomy, perianipillary Vater tumors, Whipple procedure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt khối tá tụy là phương pháp điều trị triệt để cho các bệnh lý ác tính vùng quanh nhú Vater. Phẫu thuật này có nhiều tai biến và biến chứng (35 – 65%) như chảy máu do rách tĩnh mạch cửa, xì rò miệng nối tụy – ống tiêu hóa, chảy máu sau mổ, chậm lưu thông dạ dày, áp xe ổ bụng.... Rò miệng nối tụy - ống tiêu hóa là biến chứng đáng ngại nhất (khoảng 10-15%), chiếm khoảng 50% các ca tử vong sau phẫu thuật. Nhiều nghiên cứu thực hiện nhằm mục đích hạn chế tối thiểu biến chứng này và tập trung vào các nhóm sau: dụng cụ cắt tụy (dao điện, dao siêu âm), vật liệu khâu nối (chỉ khâu không sang chấn), hạn chế bài tiết tụy sau mổ (thuốc Octreotide, tắc ống tụy tạm thời, đặt stent ống tụy), kỹ thuật khâu nối tụy với đường tiêu hóa. Thời gian sống thêm sau mổ phụ thuộc vào bản chất khối u, vị trí khối u và giai đoạn bệnh. Ung thư bóng Vater và tá tràng có tiên lượng tốt, có thể sống thêm 4 – 5 năm, ung thư đường mật khoảng 3 năm, tồi nhất là ung thư tụy khoảng 1 năm sau cắt khối tá tụy [1],[2].

Ứng dụng phẫu thuật ít xâm hại (phẫu thuật nội soi) cắt khối tá tụy đã được báo cáo ở nhiều trung tâm trên thế giới như Mỹ, Nhật Bản, Ấn Độ, Hàn Quốc, Trung Quốc cho kết quả vượt trội so với mổ mở như mất máu ít, nằm viện ngắn ngày, biến chứng thấp, thời gian sống thêm dài hơn [3],[4].

Tại Việt Nam, mổ nội soi toàn bộ cắt khối tá tụy vẫn là một phẫu thuật lớn, phức tạp do hạn chế về kỹ thuật và trang thiết bị. Các báo về phẫu thuật Whipple nội soi còn hạn chế ở các trung tâm với số lượng ít và chưa trở thành phẫu

thuật thường quy [5]. Liệu sử dụng phẫu thuật nội soi để phẫu tích cắt rời khối tá tụy rồi mở bụng nhỏ lấy bệnh phẩm và làm các miệng nối, đặc biệt là miệng nối tụy – ruột có thể hạn chế biến chứng, rút ngắn thời gian mổ, mà vẫn đảm bảo được ưu điểm của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hay không. Phương pháp này cần được nghiên cứu và rút kinh nghiệm. Bài viết nhằm đánh giá kết quả sau phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tụy thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân (BN) ung thư vùng bóng Vater chưa xâm lấn mạch, đồng ý cắt khối tá tụy bằng phẫu thuật nội soi. Kích thước u trên cắt lớp vi tính (CLVT) và/hoặc cộng hưởng từ và/hoặc siêu âm nội soi < 4 cm. Kết quả giải phẫu bệnh là u ác tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có ung thư khác kết hợp. Khối u vùng quanh bóng Vater nhưng xâm lấn rộng. BN có ổ bụng cũ đường trắng giữa vùng gan mật tụy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

Quy trình phẫu thuật: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa, dạng hai chân. Đặt trocar 10 mm dưới rốn, bơm CO₂ áp lực 12mmHg, đưa camera có ống kính nghiêng 30° quan sát đánh giá toàn bộ ổ phúc mạc. Bốn trocar tiếp theo đặt dưới quan sát của camera theo hình chữ U hướng về phía mũi ức. Sử dụng dao siêu âm (Harmonic Scalpel) Ligasure hoặc dao điện để phẫu tích các bước hạ đại tràng góc gan, cắt hai lá của mạc nối lớn, thắt bó mạch vị mạc nối phải, cắt mạc nối nhỏ bộc lộ bờ dưới, bờ trên hang môn vị và mặt sau dạ dày, lấy hạch nhóm 5 và 6. Thực hiện thủ thuật Kocher di động khối tá tụy. Kẹp hemolock và cắt động mạch vị tá tràng. Lấy hạch dọc động mạch thân tạng và gan chung (nhóm 8, 12). Cắt tá tràng dưới môn vị 2-3cm để bảo tồn môn vị nếu tá tràng chưa bị xâm lấn hoặc cắt hang vị. Cắt quai hồng tràng đầu tiên, tháo bắt chéo. Tách eo tụy khỏi tĩnh mạch mạc treo tràng trên rồi cắt ngang eo tụy. Phẫu tích móm móc và đám rối thần kinh đầu tụy, nạo vét hạch hệ thống. Cắt túi mật, cắt đôi ống mật chủ, nạo hạch cuống gan. Mở bụng đường trắng giữa trên rốn dài từ 5 – 8cm lấy bệnh phẩm, làm miệng nối: tụy -ruột, mật - ruột, dạ dày (tá tràng) – ruột.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Giải phẫu bệnh sau mổ, biến chứng và kết quả điều trị gần và thời

gian sống thêm sau mổ.

Xử lý số liệu: Bảng phần mềm SPSS 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Biến định lượng được tính và so sánh dưới dạng $\bar{x} \pm SD$, thống kê tần số và tỷ lệ phần trăm với các biến ngẫu nhiên. Sử dụng kiểm định Khi bình phương χ^2 và Fisher's exact test với biến ngẫu nhiên, kiểm định Student's t-test với biến liên tục. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Các chỉ số theo dõi sau phẫu thuật

Thời gian	Số BN (n = 24)	Trung bình	Độ lệch	Sớm nhất	Muộn nhất
Dẫn lưu bụng (ngày)	24	7,4	3,5	4	18
Sonde dạ dày (ngày)	24	5,9	1,6	4	13
Ăn đường miệng (ngày)	24	5,6	1,6	4	12
Ngày nằm viện (ngày)	24	19,5	13,7	9	64
Dẫn lưu tụy (ngày)	5	30,4	0,9	30	32
Dẫn lưu mật (ngày)	7	25,3	7,0	13	32
Sonde hồng tràng (ngày)	2	30,5	0,7	30	31

Nhận xét: Ngày nằm viện trung bình là 19,5 ngày, thời gian ăn lại đường miệng sau mổ 5,6 ngày. Dẫn lưu tụy, dẫn lưu mật hay mở thông hồng tràng rút sau mổ 3 – 4 tuần.

Bảng 2. Biến chứng và tử vong

Biến chứng	Số bệnh nhân (n = 24)	Tỷ lệ %
Tổng số biến chứng chung*	12	50
Số bệnh nhân có biến chứng	8	33,3
Số bệnh nhân nhiều hơn 1 biến chứng	3	12,6
Rò tụy:		
Rò tụy nhẹ (BL)	2	8,3
Độ B	2	8,3
Độ C**	2	8,3
Rò mật	1	4,2
Chậm lưu thông dạ dày	2	8,3
Chảy máu ổ bụng	1	4,2
Xuất huyết miệng nối dạ dày – ruột	1	4,2
Chảy máu miệng nối tụy–ruột	1	4,2
Tử vong	2	8,3

Nhận xét: 50% trường hợp có biến chứng chung sau mổ (*4 trường hợp chỉ định mổ lại), 25% rò tụy (**2 ca rò độ C và tử vong), 8 (33,3%) bệnh nhân có biến chứng theo phân loại của Clavien–Dindo, biến chứng độ V là 25% do rò tụy nặng.

Bảng 3. Giải phẫu bệnh sau mổ

Giải phẫu bệnh	Số BN (n = 30)	Tỷ lệ %
Ung thư biểu mô	23	76,7

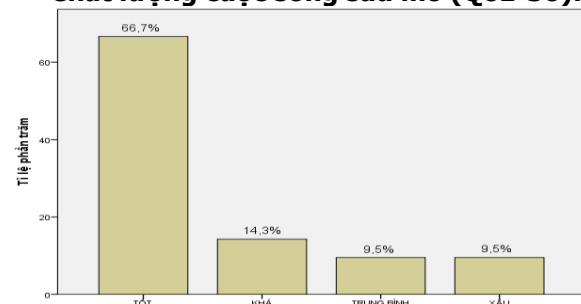
Tổng số 30 bệnh nhân có tổn thương ung thư quanh bóng Vater, 6 ca chuyển mô mỡ (20%), 24 bệnh nhân thực hiện thành công phẫu thuật nội soi hỗ trợ.

Kết quả: 12 bệnh nhân truyền máu (50%), 5 bệnh nhân truyền huyết tương (20,8%). Dinh dưỡng tĩnh mạch bằng túi ba ngăn (91,7%), albumin (41,7%), đạm (91,7%). *Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng 1, từ 2 đến 3, từ 4 đến 6 kháng sinh lần lượt là 12,5%, 70,8%, 16,7%.

tuyến bóng Vater*		
Ung thư biểu mô tuyến ống mật chủ**	4	13,3
Ung thư biểu mô tuyến ống tụy	2	6,7
U thần kinh nội tiết – thể carcinoid	1	3,3
Mức độ biệt hóa		
Kém biệt hóa	3	10
Biệt hóa vừa	26	86,7
Rất biệt hóa	1	3,3

Nhận xét: Ung thư biểu mô tuyến bóng Vater nhiều nhất (72%), biệt hóa vừa (86,7%). (*5 ca UTBMT bóng Vater, **1 ca UTBMT ống mật chủ chuyển mô mỡ).

Chất lượng cuộc sống sau mổ (QoL-30):



Biểu đồ 1. Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật

Nhận xét: 21 BN tham gia đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ 3 tháng, loại tốt và khá chiếm 81%, loại trung bình 9,5% và 9,5% ở mức xấu.

Bảng 4. Tổng số hạch nạo vét và hạch di căn

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n = 24)		
	Trung bình	Ít nhất	Nhiều nhất
Tổng số hạch nạo vét	14,8 ± 3,2	7	20
Số hạch di căn	0,3 ± 0,5	0	2

Nhận xét: Số hạch nạo vét trung bình 14,8 hạch.

Tình trạng sức khỏe khi ra viện: 79,2% số bệnh nhân có kết quả tốt và khá, 12,5% kết quả trung bình, 8,3% bệnh nhân kết quả kém (tử vong và nặng xin về).

Bảng 5. Thời gian sống thêm

Yếu tố	Số bệnh nhân (n)	Thời gian sống thêm (tháng)			p
		Trung bình	Độ lệch	95% CI	
Cả hai nhóm	30	29,9	3,2	(23,6 – 36,4)	
PTNS hỗ trợ	24	28,3	3,7	(21,0 – 35,5)	0,316
Chuyển mổ mở	6	35,9	6,5	(23,2 – 48,7)	
T2	14	27,9	4,8	(18,3 – 37,5)	0,940
T3	10	21,8	3,6	(14,6 – 29,1)	
N0	16	35,9	3,9	28,2 – 43,6	0,004
N1	8	12,4	2,8	6,8 – 17,9	
Giai đoạn I-B	10	35,6	4,9	25,8 – 45,4	0,016
Giai đoạn II-A	6	26,5	4,5	17,6 – 35,3	
Giai đoạn II-B	8	12,4	2,8	6,8 – 17,9	

Nhận xét: Có khác biệt về thời gian sống thêm giữa nhóm N1 và N0, giữa các giai đoạn bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt khối tá tụy là một phẫu thuật nặng, sau mổ cần có chế độ dinh dưỡng đảm bảo đủ năng lượng tạo điều kiện liền các miệng nối. Chúng tôi truyền máu cho 12 BN (50%), trung bình 820,8 mL (nhiều nhất là 1300 mL), truyền huyết tương tươi đông lạnh cho 5 bệnh nhân (20,8%), đây thường là những BN có mất máu đáng kể trong mổ hoặc có chảy máu sau mổ được đánh giá qua dẫn lưu, triệu chứng lâm sàng (da xanh, niêm mạc nhợt, mạch nhanh) và xét nghiệm máu. Số lượng máu truyền phụ thuộc vào kết quả xét tế bào máu và đông máu sau mổ. Túi ba ngăn được dùng cho 22 BN (91,7%) với thời gian trung bình là 10,9 ngày, 41,7% BN truyền albumin, 91,7% có truyền đạm, 100% BN dùng sandostatin. Bệnh nhân được dùng thuốc giảm đau trung bình là 4,5 ngày (ít nhất 2 ngày).

Thời gian nằm viện trung bình là 19,5 ngày dài hơn so với các nghiên cứu khác ở Châu Á là 13 ngày, Bắc Mỹ là 9,4 ngày nhưng ngắn hơn so với kết quả này ở Châu Âu (21,9 ngày) [4].

Thời gian rút hết dẫn lưu ổ bụng, rút ống thông dạ dày trung bình 7,4 và 5,9 ngày, ăn qua đường miệng sau 5,6 ngày, rút dẫn lưu tụy và dẫn lưu mật lần lượt là 30,4 và 25,3 ngày, rút mở thông hồng tràng ngày thứ 30. Kết quả này cũng tương tự như trong mổ mở của các tác giả khác [1],[7]. Quan điểm nuôi dưỡng sớm sau phẫu thuật được nhiều tác giả quan tâm và ứng dụng trong thực hành lâm sàng và cho rằng,

dinh dưỡng đường tiêu hóa sớm an toàn, khả thi và hiệu quả giúp giảm tỷ lệ rò miệng nối và giảm số ngày nằm viện.

Biến chứng sau cắt khối tá tụy rất đa dạng và phức tạp, nặng có nguy cơ đe dọa tính mạng như rò tụy, chảy máu, ứ trệ dạ dày; nhẹ như rò miệng nối mật ruột, viêm tụy cấp, nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm khuẩn đường mật ngược dòng, áp xe tồn dư. Biến chứng làm kéo dài thời gian điều trị, tăng chi phí, ảnh hưởng đến kinh tế gia đình và xã hội. Nghiên cứu của Song (2019) với 500 BN có biến chứng chung 37,2% trong đó biến chứng nặng độ III, IV, V là 4,8% chủ yếu là rò tụy 54,6%, chảy máu cấp 2,6%, tử vong 0,6% do sốc nhiễm khuẩn + hoại tử đại tràng và sốc mất máu + nhiễm khuẩn sau mổ. Các biến chứng gặp sau mổ từ mức độ nhẹ Clavien-Dindo độ I (13,8%), độ II (18,6%), độ III (3,8%), độ IV (0,4%) và độ V (0,6%) [4].

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ biến chứng chung cao (50%). Phân độ theo Clavien – Dindo thì độ I, II là 37,5%, biến chứng nặng tới 62,5% (độ IIIB là 37,5% và độ V là 25%). Trong số 8 BN có biến chứng thì 4 ca mổ lại (16,6%) vì: chảy máu ổ bụng; rò mật; chảy máu miệng nối tụy ruột; thoát vị túi thừa Meckel (lần 1) + hẹp miệng nối dạ dày – ruột.

Biến chứng chảy máu: Gặp 3 trường hợp trong đó 1 BN chảy máu miệng nối dạ dày – ruột được nội soi cầm máu và truyền máu và 2 phải mổ lại. Một BN do tuột hemoclock kẹp nhánh tĩnh mạch đổ vào tĩnh mạch cửa được khâu cầm

máu, đồng thời mở thông hồng tràng nuôi dưỡng, sau mổ rò tụy nhưng không phải can thiệp phẫu thuật, ra viện ngày thứ 50. Theo chúng tôi, đối với những tĩnh mạch và động mạch ≤ 3 mm có thể kẹp hemolock hoặc sử dụng dao ligation nhưng do thành tĩnh mạch mỏng, kẹp hoặc cắt sát tĩnh mạch cửa dễ bị tuột nên buộc thì tốt hơn. Một BN chảy máu tiêu hóa cao ngày thứ 10, nội soi dạ dày không thấy tổn thương. Sau soi, BN vẫn nôn máu, ỉa phân đen, diễn biến nặng, rò tụy số lượng nhiều, hút liên tục qua vết mổ nhưng BN tử vong ngày thứ 32. Tổn thương có thể chảy máu từ miệng nối tụy – ruột. Để tránh chảy máu, trong mổ cần phải xử trí tốt diện cắt tụy, những nhánh mạch nhỏ đổ vào mặt bên của tĩnh mạch cửa hoặc tĩnh mạch mạc treo tràng trên và cầm máu diện cắt dạ dày cẩn thận. Tỷ lệ chảy máu sau mổ dao động từ 5% - 10%. Để giảm biến chứng chảy máu, tác giả cho rằng cần phải cầm máu tốt, hạn chế tỷ lệ rò tụy sau mổ [3].

Biến chứng rò tụy: Là một trong những biến chứng phổ biến, nặng có thể gây áp xe trong ổ bụng, tổn thương mạch máu, chảy máu và nhiễm khuẩn. Nghiên cứu có tỷ lệ rò tụy là 6 BN (20%) dựa vào nồng độ amylase dịch dẫn lưu so với huyết tương, mức độ C là 8,3% (2 BN) và độ B là 8,3% (2 BN). Biểu hiện sốt dao động 38 – 39°C, đau dưới sườn phải và thượng vị, bụng chướng, dẫn lưu chảy dịch nâu đục, có thể lẫn dịch mật xanh, số lượng từ 100 ml đến 500, 600 ml/24 giờ, xét nghiệm amylase dịch rất cao (từ 460 đến 106.041 U/L). Siêu âm và CLVT thấy dịch giữa các quai ruột và thường có ổ dịch dưới gan, có thâm nhiễm mỡ. Những trường hợp rò tụy hoặc kèm rò mật, chúng tôi để dẫn lưu lâu hơn hoặc đặt dẫn lưu qua vết mổ vào ổ dịch và hút liên tục áp lực thấp. BN phải được sử dụng kháng sinh phối hợp, nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, truyền khối hồng cầu, huyết tương, dùng thuốc giảm tiết dịch vị, dịch tụy, bù nước và điện giải, theo dõi dịch dẫn lưu. Khi diễn biến lâm sàng tốt lên như hết sốt, dịch dẫn lưu giảm, có lưu thông ruột, bụng mềm, sẽ cho độ ăn và rút dẫn lưu. Rò miệng nối tụy – ruột thường diễn biến nặng nề, phức tạp và điều trị khó khăn (phải nằm hồi sức lâu, thở máy, hút liên tục, nguy cơ mổ lại...) và đó thường là nguyên nhân gây tử vong. Chúng tôi có hai trường hợp rò tụy mức độ nặng và tử vong. Một BN rò chảy nhiều dịch tụy hoại tử, tử vong do sốc nhiễm trùng nhiễm độc. Một BN rò tụy sau mổ lại do chảy máu miệng nối tụy ruột (đã nói ở trên). Chúng tôi thấy rằng, rò tụy nặng cung lượng lớn, rò gây

viêm phúc mạc nếu được phát hiện thì phải can thiệp lại, có thể phải cắt toàn bộ tụy, làm sạch và đặt dẫn lưu rộng rãi.

Boggi (2015) tổng hợp các nghiên cứu của Châu Á, Châu Âu và Mỹ thấy rò tụy 21,6% (17,7% - 24,4%), tử vong 2,1% (1 - 3,4%), không có khác biệt về tỷ lệ chuyển mổ mở, biến chứng chung, rò tụy và tử vong trong các nghiên cứu ≥ 30 ca và <30 ca PTNS cắt khối tá tụy [3]. Thực tế rất khó phân định rò tụy mức độ B và mức độ C nên Hackert (2016) tổng kết kinh nghiệm trên 2955 trường hợp cho rằng, những trường hợp rò tụy phải mổ lại thì xếp độ C, còn điều trị bảo tồn được là độ B [6].

Smits (2017) nghiên cứu kết quả điều trị 309 BN rò tụy sau cắt tá tụy thấy tỷ lệ tử vong 17,8%, 73,5% trường hợp được đặt catheter (tỷ lệ thành công 77,1%) và 26,5% mổ lại. Tỷ lệ tử vong sau điều trị (14,1%), suy một tạng (4,7%), suy đa tạng (15,6%) đều thấp hơn so với tỷ lệ này ở các trường hợp rò tụy phải phẫu thuật (35,9%; 20,3% và 39,1%). Tác giả cho rằng đặt catheter là lựa chọn can thiệp trước tiên với rò tụy nặng [7]. Còn rò tụy có viêm phúc mạc hay kèm theo sốc nhiễm trùng thì phải chỉ định mổ lại và cắt bỏ toàn bộ tuyến tụy có thể được đặt ra. Bouras (2015) tổng hợp các nghiên cứu và đưa ra sáu phương pháp mổ lại nhưng bảo tồn tuyến tụy đó là: (i) Dẫn lưu ống tụy ra ngoài; (ii) Đặt dẫn lưu cạnh miệng nối tụy; (iii) Khâu kín ống tụy; (iv) Dẫn lưu dịch tụy vào ruột non; (v) Cắt bớt một phần mỏm tụy; (vi) Nối tụy vào dạ dày. Kết quả của tác giả: biến chứng 75%, nằm viện trung bình 41,5 ngày, 25% phải can thiệp lại, 22,5% tăng đường máu sau mổ, suy tụy ngoại tiết từ 0 – 100% tùy phương pháp. Đây có thể là lựa chọn thay thế phương pháp cắt toàn bộ tụy [1].

Biến chứng chậm lưu thông dạ dày: sau ngày mổ thứ 4 – 5, phần lớn bệnh nhân được chỉ định chế độ ăn lỏng, truyền nhỏ giọt chậm qua ống thông dạ dày. Qua theo dõi, 2 trường hợp chậm lưu thông dạ dày. Một BN phải lưu ống thông dạ dày lâu, điều trị bằng Neostigmin 0,5 g x 3 ống/ngày, Loperamid 1 ống/ngày, nuôi dưỡng qua nhỏ giọt sonde dạ dày sau đó ổn. BN thứ hai điều trị nội không đỡ, nội soi thấy miệng nối xung huyết, quai đi bị gấp góc và phải mổ sửa lại miệng nối. Theo chúng tôi, để tránh hẹp miệng nối dạ dày – ruột thì nên để mỏm cắt dạ dày đủ rộng (khoảng 4 - 6 cm), tránh để đường cắt dạ dày chéo vát và miệng nối bị xoắn. Các tác giả giải thích một số nguyên nhân và cơ chế của ứ trệ dạ dày sau cắt khối tá tụy như: (i) rối

loạn sự phối hợp các yếu tố đóng vai trò cơ bóp của dạ dày như tế bào cơ trơn, các hóc môn và hệ thống thần kinh tự chủ; (ii) các thụ thể của hóc môn motilin có vai trò chính làm rỗng dạ dày bị cắt bỏ, tổn thương nhánh thần kinh chân ngỗng hoặc thiếu máu cục bộ vùng hang môn vị tá tràng và hay gặp đối với bệnh nhân cắt khối tá tụy có bảo tồn môn vị; (iii) Một số yếu tố nguy cơ khác: rò mật – tụy, áp xe tồn dư, viêm tụy cấp sau mổ, xơ hóa tụy, co thắt môn vị thứ phát, miệng nối vị tràng qua mạc treo đại tràng.

Biến chứng miệng nối mật – ruột: các khối u quanh bóng Vater thường gây giãn ống mật chủ, làm miệng nối mật – hồng tràng tương đối dễ. Malgras (2016) có 14% biến chứng của miệng nối mật – ruột (49/352BN) gồm: hẹp miệng nối (2%), rò mật (3%), viêm đường mật (6%). Ống mật chủ ≤ 5 mm làm tăng nguy cơ hẹp lên 10 lần. Chẩn đoán rò mật từ miệng nối rất khó vì các miệng nối trên một quai ruột rất gần nhau. Nếu rò mật ít (< 100 mL/ngày) và không có triệu chứng thì để dẫn lưu lâu thêm, còn nếu rò nhiều (> 1000 mL/ngày), viêm phúc mạc hoặc nhiễm khuẩn ổ bụng thì nên đặt thêm dẫn lưu, dẫn lưu mật qua da hoặc mổ làm lại miệng nối, đặt dẫn lưu mật [8]. Theo chúng tôi, khi ống mật không giãn, thành mỏng, phẫu trường hẹp thì nên đặt dẫn lưu đường mật (dẫn lưu Kehr hoặc dẫn lưu miệng nối qua quai ruột).

Tình trạng khi xuất viện: kết quả có 66,7% tốt, 12,5% khá, 12,5% trung bình và 8,3% kém cho thấy tính khả thi. Chất lượng cuộc sống của BN sau mổ: 81% tốt và khá, 9,5% trung bình và 9,5% xấu. Các kết quả nghiên cứu mổ mở cũng cho thấy phần lớn BN đều có chất lượng cuộc sống tốt trong khoảng 3 – 6 tháng sau mổ từ 62,8% - 100%. Kết quả tốt vượt trội so của phẫu thuật nội soi thường được báo cáo tại các trung tâm lớn, phẫu thuật viên ở giai đoạn sau của đường cong huấn luyện nội soi hoặc được hiện bởi các chuyên gia [4].

Thời gian sống thêm sau mổ: tính đến hết ngày 30/5/2020, có 13 bệnh nhân còn sống (54,2%), 10 bệnh nhân đã chết (41,6%) và 1 bệnh nhân mất tin. Thời gian sống thêm trung bình của nhóm PTNS hỗ trợ là 28,3 tháng và của nhóm chuyển mổ mở là 35,9 tháng.

Thời gian sống thêm sau phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: bản chất khối u (Vater, ống mật chủ, tá tràng, đầu tụy), độ xâm lấn (T), di căn hạch (N), giai đoạn bệnh, độ biệt hóa tế bào, bờ cắt tụy và tình trạng xâm lấn mạch máu của khối u. Qua 24 trường hợp được PTNS hỗ trợ cắt khối tá tụy thành công, chúng

tôi nhận thấy thời gian sống thêm trung bình sau phẫu thuật của u xâm lấn T2 dài hơn T3, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Ngược lại, có sự khác biệt về thời gian sống thêm sau mổ của nhóm chưa di căn hạch (N0) và giai đoạn bệnh. Theo Croome (2014), kích thước u, diện cắt còn u, di căn hạch, thời gian điều trị hóa chất muộn ngoài 3 tháng là những yếu tố nguy cơ làm giảm thời gian sống thêm [2]. Một số tác giả thấy rằng nhóm bệnh nhân được PTNS có thời gian sống thêm sau mổ lâu hơn so với mổ mở có thể do nhóm PTNS có biến chứng sau mổ thấp, nằm viện ngắn, thời gian được điều trị hóa chất bắt đầu sớm hơn so với mổ mở [2],[3],[4].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tụy là một phẫu thuật khả thi trong điều trị khối u ác tính vùng quanh bóng Vater nhưng. Kết quả bước đầu có tỷ lệ biến chứng và tử vong còn cao cho thấy tính phức tạp của kỹ thuật phẫu thuật nội soi hỗ trợ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bours A. F., Marin H., Bouzid, C., et al (2016). Pancreas-preserving management in reinterventions for severe pancreatic fistula after pancreato-duodenectomy: a systematic review. *Langenbeck's archives of surgery*, 401 (2), 141-149.
2. Croome K. P., Farnell M. B., et al (2014). Total laparoscopic pancreato-duodenectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma: oncologic advantages over open approaches? *Annals of surgery*, 260 (4), 633-638; discussion 638-640.
3. Boggi U., Amorese G., Vistoli F., et al (2015). Laparoscopic pancreato-duodenectomy: a systematic literature review. *Surgical endoscopy*, 29 (1), 9-23.
4. Song K. B., Kim S. C., Lee W., et al (2019). Laparoscopic pancreato-duodenectomy for peripancreatic tumors: lessons learned from 500 consecutive patients in a single center. *Surgical endoscopy*, 18 (2), 24 – 30.
5. Lê Hữu Phước, Lê Văn Cường, Nguyễn Cao Cường và cộng sự (2018). Nghiên cứu kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy do các bệnh lý ác tính vùng quanh nhú Vater tại Bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 22 (2), 474 - 482.
6. Hackert T., Hinz U., Pausch T., et al (2016). Postoperative pancreatic fistula: We need to redefine grades B and C. *Surgery*, 159 (3), 872-877.
7. Smits F. J., van Santvoort H. C., et al (2017). Management of Severe Pancreatic Fistula After Pancreatoduodenectomy. *JAMA surgery*, 152 (6), 540-548.
8. Malgras B., Duron S., Gaujoux S., et al (2016). Early biliary complications following pancreatoduodenectomy: prevalence and risk factors. *HPB: the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association*, 18 (4), 367-374.

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC SONDE NIỆU ĐẠO - BÀNG QUANG Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT CỘT SỐNG THẮT LƯNG TẠI KHOA NGOẠI THẦN KINH BỆNH VIỆN VIỆT TIỆP NĂM 2020

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Vũ Thị Cẩm Doanh¹, Nguyễn Thị Phương Thảo², Đỗ Mạnh Thắng², Đặng Việt Sơn², Nguyễn Bảo Trân¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả tiến cứu nhằm mục đích đánh giá thực trạng chăm sóc sonde niệu đạo bàng quang ở bệnh nhân sau phẫu thuật cột sống tại bệnh viện Việt Tiệp, Thành phố Hải Phòng. Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi 20 – 29 chiếm tỉ lệ cao nhất, đa số tổn thương ở vị trí D12 – L1 (50.7%). Có mối liên quan giữa vị trí với cách thức đặt sonde niệu đạo – bàng quang đối với vị trí D12-L1 ($p < 0,05$), tuy nhiên không tìm thấy mối liên quan với các vị trí còn lại. Thời gian trung bình đặt sonde niệu đạo – bàng quang từ 1 – 3 ngày. Có mối liên quan giữa biến chứng và thời gian đặt sonde niệu đạo – bàng quang ($p < 0,05$). Biến chứng nhiễm trùng đường niệu do đặt sonde niệu đạo – bàng quang chiếm tỉ lệ cao nhất 34%.

Từ khóa: Chăm sóc, sonde niệu đạo – bàng quang, cột sống thắt lưng

SUMMARY

EVALUATING THE CURRENT SITUATION OF URETERAL BLADDER CATHETERIZATION IN PATIENTS AFTER SPINAL SURGERY AT VIET TIET HOSPITAL, HAI PHONG CITY

The descriptive study is aimed to evaluate the current situation of ureteral bladder catheterization in patients after spinal surgery at Viet Tiet Hospital, Hai Phong City. Research results show that the age group 20 - 29 accounts for the highest proportion, most of the injury located in D12 - L1 position (50.7%). There was a relationship between the position of spinal injury and the way the urethra - bladder catheter was placed, specially the D12-L1 position ($p < 0.05$), but no association was found with the remaining position. The average time to keep the urethra sonde - bladder is from 1 to 3 days. There was a relationship between complication and the time of urethral - bladder sonde placement ($p < 0.05$). Complications of urinary tract infections due to urethral - bladder sonde accounted for the highest rate of 34%.

Keywords: Care, urethra sonde - bladder, lumbar spine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống thắt lưng là một chấn thương khá nặng trong các chấn thương nói

chung, có thể ảnh hưởng đến tủy sống và đám rối thần kinh đuôi ngựa và hậu quả ngoài gây các thương tổn liệt vận động còn ảnh hưởng đến chức năng rất quan trọng của hệ thống tiết niệu. Việc đặt thông niệu đạo bàng quang sớm để điều trị biến chứng rối loạn cơ tròn hoặc chủ động trong việc kiểm soát dòng nước tiểu khi tiến hành phẫu thuật vùng cột sống thắt lưng chấn thương đều có thể để lại những hậu quả không đáng có như biến chứng viêm đường tiết niệu, hội chứng bàng quang bé hay người bệnh phụ thuộc vào ống sống lâu dài... Tuy nhiên việc chăm sóc sonde niệu đạo bàng quang đúng kỹ thuật còn gặp nhiều khó khăn ảnh hưởng đến kết quả của phẫu thuật.

Do đó việc đánh giá hiệu quả chăm sóc sonde niệu đạo-bàng quang ở bệnh nhân sau phẫu thuật cột sống là rất cần thiết để hạn chế các biến chứng bệnh nhân thường gặp như chảy máu, nhiễm trùng đường niệu...đặc biệt là các biến chứng ảnh hưởng lâu dài đến chất lượng cuộc sống như hẹp niệu đạo, rối loạn tiểu tiện. Xuất phát từ thực tiễn đó chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục đích đánh giá thực trạng chăm sóc sonde niệu đạo bàng quang ở bệnh nhân sau phẫu thuật cột sống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh sau phẫu thuật cột sống tại khoa Ngoại Thần kinh – Sọ não Bệnh viện Việt Tiệp có đặt sonde niệu đạo – bàng quang, từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 1 năm 2020 được theo dõi và chăm sóc tại khoa

- Bệnh nhân phẫu thuật chấn thương cột sống tại bệnh viện Việt Tiệp Hải phòng có đặt thông niệu đạo – Bàng quang

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đặt thông bàng quang ở bệnh nhân phẫu thuật cột sống không do chấn thương

- Có bệnh lý về đường tiết niệu từ trước (phẫu thuật hệ tiết niệu....)

- Phẫu hợp với chấn thương hệ tiết niệu hoặc chấn thương khung chậu...

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hương,
Email: ntthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15/10/2020

Ngày phản biện khoa học: 2/11/2020

Ngày duyệt bài: 11/11/2020

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Sử dụng nghiên cứu mô tả tiến cứu

2.2.2. Cỡ mẫu. 71 Bệnh nhân được phẫu thuật chấn thương cột sống thắt lưng có đặt thông niệu đạo bàng quang

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 nhập và phân tích số liệu

- Dùng phương pháp thống kê mô tả để trình bày kết quả nghiên cứu

- Sử dụng tần suất và tỷ lệ phần trăm để mô tả dữ liệu

- Sử dụng chi-square để xác định mối liên quan giữa các biến chứng ở bệnh nhân có đặt sonde niệu đạo – bàng quang.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Trước khi tiến hành nghiên cứu, chúng tôi đã được sự đồng ý của ban lãnh đạo bệnh viện, các khoa phòng. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích cặn kẽ về đề tài nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Tuổi: 20 – 29	21	29,6
30 – 39	19	26,7

Bảng 4. Mối liên quan giữa vị trí với cách thức đặt thông niệu đạo – bàng quang

Cách thức	Chủ động (N=30)		Do rối loạn cơ tròn (N=41)		P (chi-square)
	N	%	N	%	
D12-L1 (36)	15	41,6	21	58,4	0,006
TL2-TL3 (18)	7	38,8	11	61,2	0,21
TL4-TL5 (17)	8	47,1	9	52,9	0,185

Có mối liên quan giữa vị trí đốt sống D12-L1 với cách thức đặt thông niệu đạo – bàng quang ($p=0.006$). Không có sự liên quan giữa vị trí các đốt còn lại với cách thức đặt thông niệu đạo – bàng quang.

Bảng 5. Thời gian trung bình đặt thông niệu đạo – bàng quang

Thời gian lưu sonde (ngày)	n	%
1 - 3	36	52,11
4 - 10	18	26,76
> 10	17	21,13
Tổng	71	100

Số bệnh nhân đặt sonde thời gian từ 1 – 3 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất khoảng 52%, thời gian lưu sonde trên 10 ngày chiếm tỷ lệ thấp nhất 21%.

Bảng 6. Biến chứng sau đặt thông niệu đạo

Các biến chứng	1 – 3 ngày		4 – 10 ngày		> 10 ngày		P
	N	%	N	%	N	%	
Nhiễm trùng đường niệu	1	2,7	11	61,1	10	58,8	P<0,05
Hẹp niệu đạo	0	0	3	16,7	4	23,5	
Chảy máu	2	5,4	4	22,2	3	17,7	
Không có biến chứng	33	91,6	0	0	0	0	

Bảng 7. Mối liên quan giữa biến chứng và thời gian đặt thông niệu đạo – bàng quang

40 – 49	14	19,7
> 50	17	23,9
Giới: Nam	44	61,9
Nữ	27	38,1
Tổng	71	100

Độ tuổi 20–29 chiếm 29.6% chiếm tỷ lệ cao nhất, trong khi đó bệnh nhân ở độ tuổi 40–49 chiếm tỷ lệ thấp nhất 19.7%. Đa số nam bị tổn thương cột sống chiếm 61.9%.

Bảng 2. Vị trí tổn thương cột sống

Vị trí	n	%
D12-L1	36	50,7
L2-L3	18	25,3
L4-L5	17	24,0
Tổng	71	100

Trong các vị trí tổn thương cột sống thì tổn thương vị trí D12-L1 chiếm tỷ lệ trên 50%. Vị trí tổn thương L4-L5 chiếm tỷ lệ 24%.

Bảng 3. Cách thức đặt thông niệu đạo – bàng quang

Cách thức	n	%
Chủ động	30	42,3
Do rối loạn cơ tròn	41	57,7
Tổng	71	100

Cách thức đặt thông niệu đạo – bàng quang do rối loạn cơ tròn chiếm 57.7%, chủ động chiếm 42.3%.

Bảng 8. Biến chứng sau đặt thông niệu đạo – bàng quang

Các biến chứng	N	%
Nhiễm trùng đường niệu	22	33,8
Hẹp niệu đạo	7	14,1
Chảy máu	9	19,7
Không có biến chứng	33	32,4
Tổng	71	100

Biến chứng nhiễm trùng đường niệu chiếm tỷ lệ cao nhất khoảng 34%. Tiếp theo không có biến chứng chiếm tỷ lệ 32.4%. Hẹp niệu đạo là biến chứng ít gặp nhất chiếm tỷ lệ 14.1%.

Có mối liên quan giữa biến chứng và thời gian đặt thông niệu đạo bàng quang. Thời gian đặt sonde càng lâu tỉ lệ biến chứng càng cao.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm tuổi 20–29 chiếm tỉ lệ cao nhất, trong khi đó bệnh nhân ở độ tuổi 40–49 chiếm tỉ lệ thấp nhất. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của tác giả Lê Văn Công năm 2015 [1], bệnh nhân bị chấn thương cột sống có độ tuổi từ 21 – 40 chiếm tỉ lệ 68,9%. Nghiên cứu của Võ Văn Thanh năm 2017[2] cho biết, độ tuổi trung bình của bệnh nhân bị chấn thương cột sống là 49.5 ± 10 tuổi. Tỉ lệ nam bị chấn thương cột sống nhiều hơn nữ, một phần có thể do nam liên quan nhiều đến lao động chân tay hơn nữ.

Vị trí tổn thương thường gặp là đốt D12-L1 chiếm tỉ lệ trên 50%. Tỉ lệ này cũng tương đương với tỉ lệ của Lê Văn Công (55.6%) [1] với vị trí gây gặp nhiều nhất ở vị trí L1. D12-L1 là đốt nối chuyển tiếp nên thường hay gặp chấn thương cột sống ở đốt này. Đây là vùng bản lề của cột sống nên dễ bị chấn thương.

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân phải đặt thông niệu đạo – bàng quang do rối loạn cơ tròn chiếm chủ yếu. Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng, người bệnh bị chấn thương cột sống thường gặp các biến chứng như tiểu tiện không tự chủ và táo bón (Kathleen, 2007)[3]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa vị trí đốt sống D12-L1 với cách thức đặt thông niệu đạo – bàng quang nhưng không tìm thấy mối liên quan với các vị trí khác.

Số bệnh nhân đặt sonde thời gian từ 1–3 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất khoảng 52%, thời gian lưu sonde trên 10 ngày chiếm tỉ lệ thấp nhất 21%. Theo nghiên cứu trước đây của Lucieni de Oliveira Conterno năm 2011[4], thời gian trung bình đặt sonde của người bệnh tại viện là 6,8 ngày chiếm tỉ lệ 23%. Có 66,9% bệnh nhân phẫu thuật có chỉ định đặt sonde. Bệnh nhân có chỉ định đặt sonde niệu đạo – bàng quang tương đối có tỉ lệ nhiễm trùng cao hơn và thời gian nằm viện lâu hơn (11,9 và 8.9 ngày, $p=0.002$).

Biến chứng nhiễm trùng đường niệu chiếm tỉ lệ cao nhất khoảng 34%. Tiếp theo không có biến chứng chiếm tỉ lệ 32.4%. Hẹp niệu đạo là biến chứng ít gặp nhất chiếm tỉ lệ 14.1%. Nghiên cứu tại Anh của Garibaldi R.A [5] cho thấy 10% bệnh nhân bị nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải vào thời điểm bàng quang và tỉ lệ này tăng lên cùng với thời gian lưu thông tiểu, thời gian đặt sonde càng dài thì nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu càng cao. Theo Lucieni de Oliveira Conterno

năm 2011[4], các biến chứng do đặt sonde niệu đạo – bàng quang là tổn thương niệu đạo, chảy máu, đau đớn, sự khó chịu cho người bệnh.

Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa biến chứng và thời gian đặt sonde niệu đạo - bàng quang. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Lê Thị Bình, 2004 [6] nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân đặt sonde niệu đạo – bàng quang tại bệnh viện Bạch Mai cho thấy bệnh nhân có đặt thông tiểu trên 7 ngày bị nhiễm khuẩn tiết niệu gấp 3 lần so với thời gian dưới 7 ngày. Khi đặt sonde niệu đạo – bàng quang thì tỉ lệ nhiễm khuẩn mỗi ngày tăng lên 1 – 2%, nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm tới 40% các ca nhiễm trùng bệnh viện và kéo dài thời gian nằm viện thêm 3 ngày. Nghiên cứu của Nguyễn Công Bình năm 2008 cho thấy biến chứng chảy máu chiếm tỉ lệ cao nhất (20,6%) trong các biến chứng do đặt sonde niệu đạo – bàng quang gây nên, tiếp đến là nhiễm trùng đường niệu [8].

Đối với các trường hợp phẫu thuật thì thường không nên đặt sonde quá 24 – 48h vì các nghiên cứu chỉ ra rằng nguy cơ nhiễm trùng gây ra có thể vượt qua lợi ích của việc đặt sonde tiểu [6]. Tuy nhiên, các nghiên cứu được thực hiện tại Hoa Kỳ đã chỉ ra rằng chỉ có 25% bệnh viện thực sự theo dõi bệnh nhân nào sử dụng sonde niệu đạo – bàng quang và chỉ 20% theo dõi thời gian sử dụng và rút sonde, thời gian sử dụng ống thông trung bình $5,8 \pm 4,3$ ngày [7].

V. KẾT LUẬN

- Nguyên nhân chủ yếu đặt sonde niệu đạo – bàng quang do rối loạn cơ tròn.
- Thời gian trung bình đặt sonde niệu đạo – bàng quang và mục đích chủ yếu là dẫn lưu nước tiểu.
- Nhiễm trùng tiết niệu là biến chứng chủ yếu do đặt thông niệu đạo – bàng quang.
- Có mối liên quan giữa biến chứng và thời gian đặt sonde niệu đạo – bàng quang.
- Từ kết quả này gợi ý cho các nhà quản lý có cái nhìn tổng quan về thực trạng chăm sóc sonde niệu đạo – bàng quang ở bệnh nhân sau mổ chấn thương cột sống và có các chính sách hay cách giải quyết phù hợp nhằm ngăn ngừa các biến chứng nhằm nâng cao hiệu quả trong công tác chăm sóc bệnh nhân của khối điều dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Công, Đặng Văn Thích.** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị chấn thương cột sống thắt lưng – thắt lưng bằng lối sau tại bệnh viện quân y

- 121.Kỷ yếu hội nghị khoa học bệnh viện quân y 121 năm 2015.
2. **Võ Văn Thanh, Hoàng Gia Du, Nguyễn Lê Bảo Tiên, Đinh Ngọc Sơn.** Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng L4-L5 bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm, cố định cột sống, ghép xương liên thân đốt tại khoa phẫu thuật cột sống – bệnh viện Việt Đức. Tạp chí nghiên cứu y học, 2017; 106(1): 102-108.
 3. **Kathleen Francis.** Physiology and management of bladder and bowel continence following spinal cord injury. Ostomy Wound Manage 2007; 53(12): 18-27.
 4. **Lucieni de Oliveira C, Juliana A.L, Wallan M.** The excessive use of urinary catheters in patients hospitalized in university hospital wards. The University of Sao Paulo Nursing School Journal 2011; 45(5): 1089-1096.
 5. **Garibaldi RA, Burke JP, Dickman ML, Smith CB.** Factors predisposing to bacteria during indwelling urethral catheterization. The New England of Journal of Medicine 1974; 291(5): 215-219.
 6. **Lê Thị Bình.** Thực trạng nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải sau đặt thông tiểu tại bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học thực hành, 2014; 905(2): 12-16.
 7. **Saint S, Kowalski CP, Kaufman SR, Hofer TP, Kauffman CA, Olmsted RN, et al.** Preventing hospital-acquired urinary tract infection in the United States: a national study. Clinical Infection Disease 2008; 46(2) :243-50.
 8. **Nguyễn Công Bình, Bùi Minh Tân.** Nhận xét tình hình nhiễm khuẩn niệu qua 126 bệnh nhân u phì đại lành tính tuyến tiền liệt tại khoa tiết niệu bệnh viện Việt Tiệp – Hải Phòng. Tạp chí y học thực hành tháng 5/2008. 143 – 145.

LIÊN QUAN GIỮA HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH VÀ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO KÍN CÓ MÁU TỤ NỘI SỌ

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá mối liên quan giữa hình ảnh cắt lớp vi tính và chỉ định phẫu thuật ở bệnh nhân chấn thương sọ não kín có máu tụ nội sọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 247 bệnh nhân chấn thương sọ não kín có máu tụ nội sọ điều trị tại Bệnh viện quân y 103 từ 1/2011 đến 12/2011. So sánh hình ảnh CLVT với phương pháp điều trị bằng Chi bình phương test. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân phẫu thuật là máu tụ ngoài màng cứng và máu tụ phổi hợp. Đa số bệnh nhân phẫu thuật khi thể tích khối máu tụ $\geq 25\text{ml}$ và mức độ di lệch đường giữa $\geq 5\text{mm}$. **Kết luận:** Hình ảnh CLVT sọ não có giá trị chỉ định phẫu thuật.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính, máu tụ trong não, chấn thương sọ não kín, chỉ định phẫu thuật.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN CT IMAGE AND SURGERY INDICATION ON PATIENTS WITH CLOSED HEAD INJURY AND INTRACRANIAL HEAMATOMA

Objective: Find out the CT image related with methodes of treatment on patients with closed head injury and intracranial hematoma. **Materials and methods:** 247 patients with closed head injury and intracranial hematoma treated at 103 Military Hopsital were investigated by CT from Jan 2011 to December 2011. Comparision CT findings with methodes of

Phùng Anh Tuấn*, Nguyễn Song Huỳnh**

treatment were performed by Chi-square test. **Results:** Majority of the patients having surgery were suffered from extradural hematoma and multiple hematomas. Majority of the patients had the surgery with the hematoma volume $\geq 25\text{ml}$ and the midline shift $\geq 5\text{mm}$. **Conclusion:** CT findings were helpful for indicating surgery.

Keywords: Computed tomography, intracranial hematoma, closed head injury, surgery indication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ nội sọ là biểu hiện thường gặp của chấn thương sọ não (CTSN) kín và là một trong những nguyên nhân quan trọng gây tàn phế và tử vong cho bệnh nhân (BN) [5]. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não là xét nghiệm cận lâm sàng quan trọng nhất để chẩn đoán xác định cũng như đánh giá mức độ bệnh. Bệnh nhân có thể được phẫu thuật (PT) hoặc điều trị bảo tồn (BT). Việc lựa chọn chiến lược điều trị phụ thuộc vào hình ảnh CLVT và diễn biến của bệnh [3]. Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm mục đích xác định những hình ảnh CLVT giúp gợi ý chỉ định phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 247 bệnh nhân (BN) CTSN có hình ảnh máu tụ nội sọ trên chụp CLVT điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ 1/2011 đến 12/2011.

2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Đối chiếu hình ảnh CLVT với phương pháp điều trị (PT hoặc BT).

Các thông số đánh giá trên phim chụp CLVT sọ não:

*Bệnh viện Quân y 103,

**Bệnh viện đa khoa khu vực Tây Nghệ An.

Liên hệ: Phùng Anh Tuấn,

Email: phunganhtuanbv103@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/9/2020

Ngày phản biện khoa học: 14/10/2020

Ngày duyệt bài: 12/11/2020

- Loại máu tụ: 4 loại [1]
- + Máu tụ ngoài màng cứng (MTNMC): ổ tăng tỷ trọng sát xương hình thấu kính 2 mặt lồi.
- + Máu tụ dưới màng cứng (MTDMC): ổ tăng tỷ trọng sát xương hình liềm.
- + Máu tụ trong não (MTTN): ổ tăng tỷ trọng trong nhu mô não, xung quanh có phù não giảm tỷ trọng.
- + Máu tụ phổi hợp (MTPH): kết hợp 2 hoặc 3 loại máu tụ.
- Thể tích khối máu tụ: xác định theo công thức $V = (A \times B \times C)/2$. Trong đó A, B, C là kích thước khối máu tụ trên 3 bình diện [2].
- Mức độ di lệch đường giữa: khoảng cách từ vách trong suốt tới đường nối rãnh xoang dọc trên ở trán và chẩm [1].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

1.1. Tuổi: Dưới 20: 36 BN (14,6%). Từ 21-40: 142 BN (57,5%). Từ 41-60: 49 BN (19,8%). Trên 60: 20 BN (8,1%). Tuổi thấp nhất: 12, tuổi cao nhất: 86, tuổi trung bình: $33,7 \pm 16,5$.

1.2. Giới: Nam 203 chiếm 82,2%. Nữ 44 chiếm 17,8%. Tỷ lệ nam/nữ ~ 4/1.

2. Phương pháp điều trị

Bảng 1. Tỷ lệ các loại máu tụ

Loại máu tụ	N = 247	Tỷ lệ%
Máu tụ ngoài màng cứng	105	42,5%
Máu tụ dưới màng cứng	54	21,9%
Máu tụ trong não	34	13,7%
Máu tụ phổi hợp	54	21,9%

Nhận xét: MTNMC hay gặp nhất, MTTN ít gặp nhất

Bảng 2. Phương pháp điều trị theo từng loại máu tụ

	MTNMC N=105 (%)	MTDMC N=54 (%)	MTTN N=34 (%)	MTPH N=54 (%)	Tổng N=247
Phẫu thuật	64 (61)	3 (5,6)	5 (14,7)	27 (50)	99
Bảo tồn	41 (39)	51 (94,4)	29 (85,3)	27 (50)	148

Nhận xét: MTNMC hay PT nhất, MTDMC hay điều trị BT nhất ($p < 0,05$).

Bảng 3. Phương pháp điều trị với thể tích khối máu tụ

	< 25ml		25-50ml		> 50ml		Tổng	
	PT	BT	PT	BT	PT	BT	PT	BT
MTNMC	8	24	26	17	30	0	64	41
MTDMC	0	14	2	33	1	4	3	51
MTTN	1	9	2	18	2	2	5	29
MTPH	0	0	8	21	19	6	27	27
Tổng	9	47	38	89	52	12	99	148

Nhận xét: Khối máu tụ >50ml có tỷ lệ PT cao nhất ($p < 0,05$).

Bảng 4. Phương pháp điều trị với mức độ di lệch đường giữa

	< 5mm		5-10mm		> 10mm		Tổng	
	PT	BT	PT	BT	PT	BT	PT	BT
MTNMC	34	38	20	3	10	0	64	41
MTDMC	0	40	2	8	1	3	3	51
MTTN	3	27	2	1	0	1	5	29
MTPH	9	20	12	5	6	2	27	27
Tổng	47	124	36	17	16	7	99	148

Nhận xét: Mức di lệch đường giữa >10mm hay được PT ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Máu tụ nội sọ là khối máu nằm phía trong xương hộp sọ. Trên hình ảnh CLVT máu tụ là hình tăng tỷ trọng so với nhu mô não. MTNMC là khối máu nằm giữa màng cứng và xương hộp sọ. MTDMC là khối máu nằm giữa màng cứng và nhu mô não. MTTN là các khối máu tụ nằm sâu trong tổ chức não. MTPH bao gồm 2 hoặc cả 3 loại máu tụ trên [1]. Kết quả bảng 1 cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi MTNMC hay gặp nhất, chiếm tới 42,5%. Nghiên cứu của Võ Tấn Sơn các BN chấn thương sọ não cho thấy tỷ lệ các loại máu tụ là MTNMC 48,77%, MTDMC

44,44%, MTTN 6,79% [4].

Theo kết quả ở bảng 2 trong số 247 BN, PT chiếm tỷ lệ 40,1%. Nghiên cứu của Lê Lệnh Lương trên 200 BN có MTNS do CTSN kín thấy tỷ lệ PT là 43,5% [3]. Trong nghiên cứu của Nigel J [8], chỉ 37% BN máu tụ nội sọ cấp do CTSN kín phải PT để lấy máu tụ. Đối với các loại máu tụ khác nhau, chỉ định PT cũng khác nhau. Kết quả ở bảng 2 cho thấy tỷ lệ PT ở MTNMC và MTPH là 61% và 50% cao hơn có ý nghĩa với MTDMC và MTTN lần lượt là 5,6% và 14,7%. Như vậy với MTNMC và MTPH, chỉ định phẫu thuật luôn được đặt ra nhiều hơn so với 2 loại máu tụ kia. Đó có

thể là do MTNMC và MTPH có triệu chứng lâm sàng rõ rệt hơn MTDMC và MTTN. Ngược lại, MTDMC có tỷ lệ điều trị BT cao nhất tới 94,4%. Trong nghiên cứu 98 BN MTDMC cấp tính do chấn thương Dương Trung Kiên [2] nhận thấy điều trị BT chiếm tới 74,5%. Theo tác giả, MTDMC thường tiến triển chậm, các biểu hiện lâm sàng không rõ rệt, tri giác ý thức ít bị ảnh hưởng nên chỉ định PT ít được đặt ra hơn.

Theo kết quả của bảng 3, tỷ lệ PT đối với khối máu tụ kích thước < 25ml là 16% (9/56) thấp hơn có ý nghĩa so với các khối máu tụ ≥ 25ml là 47% (90/191). Điều này chứng tỏ kích thước khối máu tụ là một yếu tố quan trọng để chỉ định phẫu thuật. Salama M nhận xét chưa có sự đồng thuận giữa các tác giả về thể tích khối máu tụ để chỉ định phẫu thuật. Thể tích khối máu tụ được xem là an toàn trong điều trị BT thay đổi từ 10ml đến 55ml. Servadei F nghiên cứu vai trò của PT trong CTSN nhận xét khi thể tích khối máu tụ > 25ml thì PT giúp đạt kết quả tốt 23% trong khi điều trị BT kết quả tốt 11%.

Trong các loại máu tụ thì MTNMC có tỷ lệ PT cao nhất 61%, đồng thời trong số các loại máu tụ được PT thì MTNMC cũng chiếm nhiều nhất 64,6% (64/99). Theo Bùi Quang Tuyến, điều trị BT trong MTNMC khi trên hình ảnh CLVT thể tích khối máu tụ < 30ml, di lệch đường giữa < 5mm và điểm Glasgow > 9 điểm. Chỉ định PT tuyệt đối khi thể tích > 30ml bất kể điểm Glasgow là bao nhiêu, máu tụ < 30ml nhưng tri giác ngày một xấu hoặc chụp lại CLVT thể tích máu tụ lớn lên, máu tụ < 30ml nhưng điều trị BT không kết quả [5].

Kết quả bảng 3 cũng cho thấy đối với MTDMC tỷ lệ PT khi thể tích khối máu tụ < 25ml 0% (0/14) không khác biệt so với khi khối máu tụ ≥ 25ml là 7,5% (3/40) ($p > 0,05$). Theo Dương Trung Kiên, do khối MTDMC thường có xu hướng lan tỏa, không khu trú ở một vị trí nhất định nên đánh giá thể tích khối máu tụ ít có giá trị trong thực hành lâm sàng. Chỉ định phẫu thuật dựa nhiều vào chiều dày của khối máu tụ [2]. Theo Bullock R [6], chỉ định PT các trường hợp MTDMC cấp tính thường được đưa ra khi hình ảnh CLVT có chiều dày khối máu tụ > 10mm, di lệch đường giữa > 5mm. Ngoài ra, vẫn có chỉ định PT khi Glasgow giảm 2 – 3 điểm, tình trạng BN xấu đi và xuất hiện các triệu chứng thần kinh khu trú.

Bảng 4 cho thấy với mức di lệch < 5mm tỷ lệ PT là 27,5% (47/171) so với tỷ lệ 68,4% (52/76) đối với mức di lệch ≥ 5mm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, mức độ di lệch đường giữa là một yếu tố quan trọng để chỉ

định PT. Theo Liu R và cộng sự, thay đổi đường giữa được sử dụng như một thước đo sự thay đổi đối xứng của não và là một chỉ số quan trọng của mức độ nghiêm trọng của bệnh [7].

Kết quả bảng 4 cũng cho thấy đối với MTTN, tỷ lệ PT ở nhóm BN có mức di lệch đường giữa < 5mm là 10% (3/30) thấp hơn không có ý nghĩa so với nhóm di lệch ≥ 5mm là 50% (2/4). Servadei F nhận thấy đối với MTTN, PT lấy máu tụ phụ thuộc vào khoảng cách, vị trí khối máu tụ, dựa vào sự suy giảm ý thức trên lâm sàng, tăng thể tích khối máu tụ trên CLVT, tăng áp lực nội sọ. Tổng cộng có khoảng 65 – 80% MTTN được điều trị BT. Có thể do đặc điểm vị trí của MTTN thường gặp ở vùng trán, đỉnh, chẩm là những vị trí ít đè đẩy đường giữa. Khi thể tích khối máu tụ tăng lên, mức độ độ di lệch đường giữa tăng thì tình trạng BN cũng đã rất nặng, hạn chế chỉ định PT.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu kết quả điều trị 247 bệnh nhân chấn thương sọ não kín có máu tụ nội sọ tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2011 đến tháng 12/2011, chúng tôi nhận thấy:

- Đa số bệnh nhân phẫu thuật là máu tụ ngoài màng cứng và máu tụ phổi hợp.
- Đa số bệnh nhân phẫu thuật khi thể tích khối máu tụ ≥ 25ml và di lệch đường giữa ≥ 5mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Ngọc Hoa, Lê Văn Phước (2005).** Hình ảnh CT chấn thương đầu mặt. Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh.
2. **Dương Trung Kiên (2007).** Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính, chỉ định điều trị máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương và kết quả sớm của phẫu thuật giải phóng chèn ép. Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Quân y.
3. **Lê Lệnh Lương (2000).** Nghiên cứu mối tương quan giữa hình ảnh cắt lớp vi tính với thang điểm Glasgow của máu tụ trong sọ cấp tính do chấn thương. Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Võ Tấn Sơn (1999).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, vai trò chụp cắt lớp vi tính và điều trị máu tụ trong não ở bán cầu đại não do chấn thương kín. Luận án tiến sỹ Y học, Học viện Quân y.
5. **Bùi Quang Tuyến (2008).** Máu tụ nội sọ do chấn thương. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. **Bullock R (2006).** Surgical management of acute subdural hematomas. *Neurosurgery*, 58(3), 133-141.
7. **Liu R, Li S, Tan C et al (2009).** From hemorrhage to midline shift: A new method of tracing the deformed midline in traumatic brain injury CT images. *The Moe Research Grant R*, 25, 349-355.
8. **Nigel J et al (1997).** The role of surgery for intracranial mass lesions after head injury. Chapman & Hall, London.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH MŨI TRƯỞNG THÀNH BIẾN DẠNG MŨI THỨ PHÁT KHE HỞ MÔI MỘT BÊN BẨM SINH

Lưu Phương Lan*, Phạm Thị Việt Dung*, Tạ Thị Hồng Thúy*

TÓM TẮT

Đánh giá kết quả tạo hình mũi trưởng thành biến dạng mũi thứ phát khe hở môi một bên bẩm sinh (UCL). Nghiên cứu trên 16 bệnh nhân (BN) trưởng thành có biến dạng mũi thứ phát UCL tại khoa Phẫu thuật (PT) tạo hình - Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ 5/2015 đến 12/2019. PT hoàn toàn mũi mở với 100% BN sử dụng mũi khâu liên vòm phối hợp vật tại chỗ, mảnh ghép (MG) trung bì mỡ, MG sụn tai hoặc MG nhân tạo. Kết quả là tỉ lệ chiều rộng cánh mũi, chiều rộng nền mũi, chiều rộng nền mũi bên trong giảm rõ rệt và đạt cân đối hơn từ sau mổ, nhưng 7/16 BN tăng trên 2 độ góc liên cánh mũi, 5/16 BN tăng trên 2 độ góc lệch trụ mũi sau mổ 3 tháng so với sau mổ từ dưới 7 ngày. Tỉ lệ góc nền cánh mũi đạt cân đối hơn từ sau mổ trên 3 tháng. Mức độ hài lòng của BN cải thiện rõ rệt thông qua điểm đánh giá tạo hình mũi ROE trước mổ 21.876 ± 5.990 , điểm ROE sau mổ 70.574 ± 11.534 . Như vậy biến dạng mũi thứ phát UCL cần sự phối hợp của nhiều phương pháp, nhiều kỹ thuật (KT) khác nhau trong đó việc sử dụng các MG tự thân và nhân tạo ngày càng khẳng định vai trò đặc biệt quan trọng.

Từ khóa: Biến dạng mũi thứ phát khe hở môi một bên, tạo hình mũi trưởng thành

SUMMARY

EVALUATION OF MATURE RHINOPLASTY IN THE UNILATERAL CLEFT LIP SECONDARY NASAL DEFORMITY

To evaluate the results of mature rhinoplasty in the unilateral cleft lip (UCL) secondary nasal deformity. The perioperative study of 16 patients with secondary nasal deformity in UCL was examined and treated at the Department of Plastic Surgery - Saint Paul Hospital from May 2015 to December 2019. In open rhinoplasty, patients were used 100% interdomal sutures combined with local flaps, conchal cartilage grafts, dermofat grafts and allografts. The alar width rate, alar base wide rate, inside alar base rate were reduced evidently and more balance after 3 months of surgery. The columella height rate, interalar angle, columella angle were also significantly improved postoperative but the 7 days postoperative interalar angle was increased more 2 degrees than 3 months postoperative in 7/16 patients, the 7 days postoperative columella angle was increased more 2

degrees than 3 months postoperative in 5/16 patients. The alar base angle rate was achieved more balance after 3 months. The nasal base angle C8 was decreased at the early stage and increased after 3 months after surgery, not statistically significant. The patients satisfaction was improved significantly by comparing preoperative ROE 21.876 ± 5.990 and postoperative ROE 70.574 ± 11.534 . In conclusion, the UCL secondary nasal deformity is the sum of many deformities, the repair needs to combine many methods, many others techniques. In particular, the use of autografts and allografts is increasingly important.

Keywords: The secondary unilateral cleft lip nasal deformity, mature rhinoplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lịch sử phẫu thuật tạo hình UCL đã phát triển từ rất lâu và không ngừng cải tiến, song các biến dạng thứ phát của UCL là không tránh khỏi. Trong đó biến dạng mũi thứ phát ảnh hưởng đến thẩm mỹ, tâm lý và cả chức năng của BN. Biến dạng mũi thứ phát UCL là những biến dạng còn lại mặc dù những tác động của PT thì đầu hay là tổng hợp của sự thiếu sửa chữa, sửa chữa thất bại, tái phát và tiến triển tổn thương. Biểu thức toán học của biến dạng mũi thứ phát: "Biến dạng mũi thứ phát = [Biến dạng nguyên phát còn lại] + [Biến dạng do sự điều trị] + [biến dạng mũi liên quan đến sự phát triển]" [1]. Cần có kế hoạch PT sửa chữa thích hợp với từng loại biến dạng, từng độ tuổi, nhu cầu của BN. Tạo hình mũi UCL chia ra thành tạo hình mũi UCL thì đầu, trung gian và trưởng thành. Sự trưởng thành "adult" hay "mature" ở đây bao gồm sự hoàn thiện của tháp xương và vách mũi điển hình ở nữ từ trên 14-16 tuổi và ở nam từ trên 16-18 tuổi [1][2]. PT tạo hình mũi UCL khi trưởng thành có thể sử dụng bất kỳ KT sửa chữa trung gian kết hợp với các KT thẩm mỹ và các KT đặc biệt được lựa chọn thêm để sửa chữa tùy theo đặc điểm biến dạng cá thể [1]. Phương pháp tiếp cận mở với tầm nhìn trực tiếp ở lứa tuổi này là thích hợp để giải quyết các biến dạng mũi UCL. Biến dạng mũi UCL có tính phức tạp cao, tính khác biệt nhưng vẫn có tính nhất quán giữa các bệnh nhân. Ngày nay có rất nhiều KT được cải tiến sáng tạo, vật liệu ghép tạo hình phong phú, nhìn chung được chia vào 3 nhóm phương pháp: định hướng lại cấu trúc mũi khung xương, sụn, cơ, phần mềm, thu gọn tổ chức và tăng thể tích tổ chức. Cùng với nhu cầu thẩm mỹ của con người

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Phương Lan
Email: luuphuonglan23091994@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/9/2020

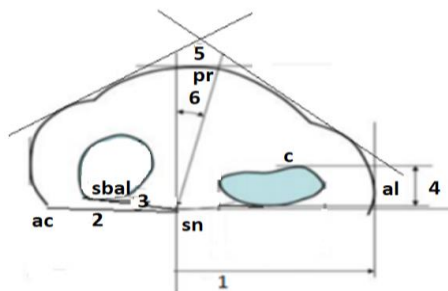
Ngày phản biện khoa học: 2/11/2020

Ngày duyệt bài: 12/11/2020

ngày càng cao, sự lựa chọn phương pháp KT thích hợp mang lại kết quả tối ưu cho BN là một bài toán. Vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên một nhóm BN với mục tiêu: "Đánh giá kết quả tạo hình mũi trường thành biến dạng mũi thứ phát khe hở môi một bên bẩm sinh."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành trên 16 BN có biến dạng mũi thứ phát sau PT UCL đã được khám và PT tại khoa PT tạo hình- Bệnh viện Xanh Pôn thời gian từ 5/2015 đến 12/2019; với nam từ trên 16 tuổi, nữ từ trên 14 tuổi.



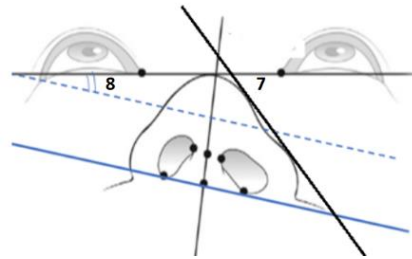
Hình 2.1. Các chỉ số đo lường mũi

C1-Tỉ lệ chiều rộng cánh mũi sn-al. C2-Tỉ lệ chiều rộng nền cánh mũi sn-ac. C3-Tỉ lệ chiều rộng nền cánh mũi bên trong sn-sbal. C4- Tỉ lệ chiều cao trụ mũi từng bên. C5- Góc liên cánh mũi. C6- Góc lệch trụ mũi. C7- Tỉ lệ góc nền – cánh mũi. C8- Góc nghiêng nền mũi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Chỉ số đo lường mũi. Đo đạc các chỉ số đo lường mũi trên ảnh trước mổ, sau mổ từ dưới 7 ngày và sau mổ trên 3 tháng, quy chiếu sang kích thước thực theo số đo góc mắt trong 2 bên. Các tỉ lệ được lập bởi số đo bên CL so với bên lành (Hình 2.1.).

2.2.2. Thực hiện phẫu thuật. Dưới tạo hình mũi mở, phẫu tích bộc lộ sụn bên dưới (LLC) 2 bên. Mũi khâu liên vòm được thực hiện ở tất cả BN. Tùy vào đặc điểm lâm sàng mũi và nhu cầu BN các KT tạo hình sống mũi, tạo hình đầu mũi, tạo hình trụ mũi, tạo hình cánh mũi, tạo hình nền mũi được thực hiện.



2.2.3. Đánh giá sự kết quả sự hài lòng của bệnh nhân. Chúng tôi đánh giá điểm hài lòng theo bảng đánh giá kết quả tạo hình mũi (ROE). Mỗi câu hỏi cho điểm từ 0 đến 4. Điểm tối đa là 24 với 6 câu hỏi. Được quy chiếu sang hệ điểm 100. Đánh giá thời điểm trước và sau mổ.

Bảng 2.1: Đánh giá kết quả tạo hình mũi (ROE) [3]

1. Bạn thấy đặc điểm mũi của bạn tốt như thế nào ?	Không hề	1 phần	vừa phải	rất nhiều	hoàn hảo
	0	1	2	3	4
2. Bạn có thể thở qua mũi của bạn tốt như thế nào ?	Không hề	1 phần	vừa phải	rất tốt	hoàn hảo
	0	1	2	3	4
3. Bạn cảm thấy bạn của bạn và những người thân của bạn thích mũi của bạn như thế nào ?	Không hề	1 phần	vừa phải	rất nhiều	hoàn toàn
	0	1	2	3	4
4. Bạn có cho rằng đặc điểm mũi hiện tại của bạn có gây ảnh hưởng đến hoạt động xã hội và công việc của bạn không ?	Luôn luôn	thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Không bao giờ
	0	1	2	3	4
5. Đặc điểm mũi của bạn làm bạn tự tin như thế nào ?	Không hề	1 phần	vừa phải	rất nhiều	hoàn toàn
	0	1	2	3	4
6. Bạn có muốn phẫu thuật thay đổi hình dạng hoặc chức năng mũi của bạn không ?	Chắc chắn	hầu như có	có thể	có thể không	không
	0	1	2	3	4

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Độ tuổi trung bình là 21.75 dao động từ 16 tuổi đến 39 tuổi. Trong đó 8 nam và 8 nữ, 10 BN là UCL hoàn toàn, 6 BN UCL không hoàn toàn, không có BN nào là UCL màng. 6 BN có biến dạng hàm mặt khác kèm theo cụ thể 1 BN có kèm khe hở vòm, 2 BN kèm khe hở cung răng, 3

BN kèm khe hở vòm và cung răng. Chúng tôi chia các KT tạo hình mũi trường thành UCL ra làm 3 nhóm phương pháp chính. Với 8 BN được sử dụng cả 3 phương pháp, 8 BN sử dụng 2 phương pháp.

Bảng 3.1. Các kỹ thuật sử dụng

Định hướng lại cấu trúc mũi: khung xương, sụn, cơ, phần mềm	Mũi khâu liên vòm	16
	KT khâu Mc Comb	2
	Vật đỡ cánh – trụ mũi	9
	Vật đẩy YV chân cánh mũi	7
	Vật Z nếp gấp tiền đình	1
	Vật Webster	1
Thu gọn tổ chức	Thu gọn chân cánh mũi	6
	Thu gọn nền mũi	1
	Thu gọn đỡ cánh – trụ mũi	5
Tăng thể tích tổ chức	MG đệm đầu mũi và MG thanh chống trụ mũi từ sụn tai	5
	MG đệm đầu mũi từ trung bì mỡ	1
	MG sàn lỗ mũi từ trung bì mỡ	14
	MG viền hố lê từ trung bì mỡ	5
	MG sống mũi từ implant	9

Các BN được đánh giá 7 chỉ số tại 3 thời điểm trước mổ, sau mổ dưới 7 ngày và sau mổ trên 3 tháng.

Bảng 3.2: Kết quả 7 chỉ số đo lường mũi

Mean±SD	Trước mổ	Sau mổ dưới 7 ngày	Sau mổ trên 3 tháng
C1	1.057±0.121	1.028±0.050	1.009±0.058
C2	1.090±0.149	1.034±0.059	1.029±0.080
C3	1.150±0.231	1.069±0.077	1.060±0.117
C4	0.849±0.212	1.006±0.094	0.938±0.080
C5	95.560±12.754	84.560±8.270	87.380±7.949
C6	10.560±4.226	2.310±1.250	3.630±2.026
C7	0.818±0.119	0.941±0.059	0.955±0.057
C8	5.630±2.473	1.810±1.515	2.220 ±1.958

Tỉ lệ chiều rộng cánh mũi C1 giảm sau mổ dưới 7 ngày không có ý nghĩa thống kê ($p=0.088$) nhưng sau mổ trên 3 tháng giảm rõ rệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p=0.036$). Cũng tương tự tỉ lệ chiều rộng nền cánh mũi C2 đạt sự cân đối hơn sau mổ trên 3 tháng với $p<0.05$ ($p=0.023$). Tỉ lệ chiều rộng nền cánh mũi bên trong C3 lớn hơn 1 trước mổ và sau mổ dưới 7 ngày với độ tin cậy 95% (p lần lượt là 0.030 và 0.033), sau mổ trên 3 tháng C3 gần bằng 1 với độ tin cậy 95% ($p=0.166$).

Tỉ lệ chiều cao trụ mũi C7 tăng so với trước mổ ($p=0.006$), gần bằng 1 ($p=0.798$) độ tin cậy 95%, song thấy tái phát sau mổ ($p=0.053$), nhỏ hơn 1 ($p=0.007$) độ tin cậy 95%. Góc lệch trụ mũi C6 giảm rõ rệt từ ngay sau mổ dưới 7 ngày ($p=0.000$), duy trì sau mổ trên 3 tháng ($p=0.000$) độ tin cậy 99%, nhưng có sự tái phát lệch hơn ở thời điểm sau mổ trên 3 tháng so với sau mổ dưới 7 ngày ($p=0.017$) độ tin cậy 95% với 5/16 BN tăng trên 2 độ. Tương tự, góc liên cánh mũi C5 giảm rõ rệt sau mổ ($p=0.001$, $p=0.003$), nhưng góc liên cánh mũi sau mổ sau 3 tháng tăng hơn sau mổ dưới 7 ngày độ tin cậy 95% ($p=0.048$), với 7/16 BN tăng trên 2 độ.

Tỉ lệ góc nền cánh mũi C7 trước mổ nhỏ hơn

1 ($p=0.000$). Sau mổ từ dưới 7 ngày và từ trên 3 tháng đều nhận thấy tăng rõ rệt ($p=0.002$, $p=0.000$) độ tin cậy 99%. Góc nghiêng nền mũi C8 giảm có ý nghĩa thống kê sau mổ ($p=0.001$). sau mổ trên 3 tháng, C8 tăng không có ý nghĩa thống kê độ tin cậy 95% ($p=0.328$).

Điểm ROE trước mổ 21.876 ± 5.990 , điểm ROE sau mổ 70.574 ± 1.534 . Mức độ hài lòng của BN cải thiện rõ rệt, độ tin cậy 99% ($p=0.00$). Phần lớn không có biến chứng sau mổ, có 1 BN phản nản về bầm tím tụ máu sau mổ, và 1 BN toác, chậm liền vết mổ.

IV. BÀN LUẬN



Hình 4.1. Hình ảnh lâm sàng bệnh nhân số 8, nữ 16 tuổi; A-Trước phẫu thuật, B- Sau mổ từ dưới 7 ngày, C- Sau mổ trên 3 tháng

Các chỉ số tỉ lệ chiều rộng cánh mũi C1, tỉ lệ chiều rộng nền cánh mũi C2, tỉ lệ chiều rộng nền

cánh mũi bên trong C3, nhìn chung sau mổ dưới 7 ngày vết mổ sưng nề nên kết quả các chỉ số giảm chưa đáng kể, theo thời gian vết mổ ổn định, cải thiện các chỉ số trên rõ rệt. Chúng tôi thực hiện KT vạt đẩy YV chân cánh mũi bên CL với 7 BN và nhận thấy chỉ số C2 giảm có ý nghĩa thống kê 95% ($p_1=0.046$ và $p_2=0.028$) so với nhóm 5BN chỉ sử dụng thu gọn chân cánh mũi. Điều này tương đồng với kết quả của tác giả Koichiro Kiya 2013 cho thấy KT vạt đẩy YV rất hiệu quả trong giảm chiều rộng phần sàn lỗ mũi [4].

Chỉ số góc liên cánh mũi C5 phản ánh sự tăng tạo độ nhô mũi và chỉ số góc lệch trụ mũi C6 nhận thấy cải thiện rõ rệt từ ngay sau mổ dưới 7 ngày cho đến sau mổ trên 3 tháng nhưng nhận thấy vẫn có sự tái phát nhẹ biến dạng lệch trụ mũi, đầu mũi từ sau 3 tháng. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 5 BN đặt MG sống mũi implant nhưng không có MG thanh chống trụ mũi, MG đệm đầu mũi sụn tai; 4 BN đặt MG sống mũi implant có MG thanh chống trụ mũi, MG đệm đầu sụn tai, 1 BN có MG thanh chống trụ mũi, MG đệm đầu mũi sụn tai không đặt MG sống mũi implant và tất cả BN được thực hiện mũi khâu liên vòm. Điều đó cho thấy, tác dụng của mũi khâu liên vòm trong tạo hình đầu mũi và góp phần tạo hình trụ mũi. Chưa thể khẳng định được vai trò đặc biệt của MG thanh chống trụ mũi trong tạo hình mũi UCL với cỡ mẫu và đặc điểm của BN trong nghiên cứu chúng tôi. Trong nghiên cứu của tác giả Dong Wook Lees sử dụng mũi khâu liên vòm sự cải thiện góc lệch trụ mũi cũng rất đáng kể với góc lệch trụ mũi trước mổ 12.0 ± 7.9 , sau mổ 3.9 ± 4.7 , đạt ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$) [5]. Trong nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mù đơn ngẫu nhiên của Mustehsan Bashir đã khẳng định vai trò dựng trụ mũi và tạo độ nhô vượt trội của sử dụng MG kết hợp KT mũi khâu so với sử dụng KT mũi khâu đơn thuần, nhấn mạnh vai trò của MG thanh chống trụ mũi và MG đệm đầu mũi [6].

Với 9 BN sử dụng MG sàn lỗ mũi trung bì mỡ, 5 BN vừa sử dụng MG sàn lỗ mũi trung bì mỡ và MG viền hố lệ trung bì mỡ, chỉ 2 BN không sử dụng MG sàn lỗ mũi; Sự lõm, thiếu hụt ở sàn lỗ mũi, viền hố lệ được làm đầy thông qua kết quả chỉ số tỉ lệ góc nền cánh mũi C7, góc nghiêng nền mũi C8. Trong tháng đầu sau ghép có sự sưng nề nhẹ nơi nhận, MG bị tiêu một phần từ sau 3 tháng nhưng sự cải thiện vẫn rất rõ rệt so với trước mổ. Các MG sàn lỗ mũi, viền hố lệ, thường được sử dụng phối hợp với tạo hình các

khuyết lõm môi trắng, môi đỏ thứ phát sau PT UCL trong nghiên cứu của Dương Hà Liên [7]. Jeeman Kim và cộng sự sử dụng MG trung bì mỡ trong biến dạng mũi môi thứ phát sau UCL đã cải thiện sự cân đối nhân trung, nền mũi 2 bên đáng kể với $p < 0.01$ [8].

Với sự phối hợp nhiều KT, nhiều phương pháp trong tạo hình mũi trường thành biến dạng mũi UCL, kết quả PT cải thiện rõ rệt theo thang điểm ROE.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đánh giá kết quả tạo hình mũi trường thành biến dạng mũi thứ phát UCL, chúng tôi nhận thấy đây là một biến dạng phức tạp, có nhiều lựa chọn KT để sử dụng cho mỗi đặc điểm biến dạng với những ưu nhược điểm khác nhau. Việc phối hợp nhiều KT, nhiều phương pháp đem lại hiệu quả thẩm mỹ cao, việc sử dụng các MG tự thân và nhân tạo ngày càng khẳng định giá trị trong tạo hình mũi UCL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alexander C. Allori và cộng sự (2017).** Evidence – based medicine: Secondary correction of cleft lip nasal deformity. American society of plastic surgeons ABMS MOC. 140: 166e, 2017.
2. **Bộ môn phẫu thuật tạo hình trường đại học Y Hà Nội (2014).** Các vấn đề cơ bản trong phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ, Nhà xuất bản y học, phần II: da và dị tật bẩm sinh.
3. **Adam R. Sawyer và cộng sự (2016).** Prospective patient related outcome evaluation of secondary cleft rhinoplasty using a validated questionnaire. The Cleft Palate – Craniofacial Journal.
4. **Mustehsan Basshir và cộng sự (2011).** Comparison of suture and graft techniques in secondary unilateral cleft rhinoplasty. The journal of craniofacial surgery volume 22, number 6, 2172-2175. November 2011.
5. **Dong Won Lee et al. (2011).** Seven fundamental procedures for definitive correction of unilateral secondary cleft lip nasal deformity in soft tissue aspects. J Oral maxillofac Surg 69. e420-e430, 2011.
6. **Jeeman Kim và cộng sự (2017.)** Formation of the Philtral Column Using a Dermal Graft in Secondary Unilateral Cleft Lip. J Craniofac Surg, 2017. 28(7): p. 1661-1663.
7. **Dương Hà Liên (2019).** Đánh giá kết quả phẫu thuật sửa biến dạng môi sau phẫu thuật tạo hình UCL bẩm sinh. Luận văn thạc sỹ. Đại học Y Hà Nội.
8. **Mustehsan Basshir và cộng sự (2011).** Comparison of suture and graft techniques in secondary unilateral cleft rhinoplasty. The journal of craniofacial surgery volume 22, number 6, November 2011.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG THẦN KINH NGOẠI VI Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Bùi Minh Thu*, Nguyễn Văn Chương**, Đoàn Văn Độ**

TÓM TẮT

Bệnh nhân đái tháo đường có nhiều biến chứng tổn thương thần kinh, gọi là bệnh thần kinh do đái tháo đường. Trong đó bệnh thần kinh ngoại vi do đái tháo đường là một biến chứng thường gặp và khá sớm. **Mục tiêu:** Mô tả kết quả điều trị biến chứng thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. Đối tượng nghiên cứu: 79 bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ typ 2 theo tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (America Diabetes Association - ADA) năm 2015 có biến chứng thần kinh ngoại vi, đang điều trị nội trú, ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Bệnh nhân sau điều trị có cải thiện phản xạ gót chiếm tỷ lệ cao nhất (58,3%), tiếp theo là phản xạ gối (33,3%), phản xạ tam đầu (19,4%), phản xạ trâm quay (16,9%), thấp nhất là phản xạ nhị đầu 9,7%; Bệnh nhân sau điều trị có cải thiện triệu chứng tê bì chiếm tỷ lệ cao nhất (52,1%), tiếp theo là rối loạn cảm giác rung với âm thoa (46,5%), Xúc giác (33,8%), châm kim (14,1%) và đau (22,5%), rất bỏng (22,5%) thấp nhất là cồng buốt (7,0 %); Triệu chứng lâm sàng có cải thiện ở 56,4% bệnh nhân sử dụng phác đồ 1, thấp hơn so với 75% bệnh nhân sử dụng phác đồ 2 ($p < 0,05$); Dẫn truyền thần kinh có cải thiện ở 62,5% bệnh nhân sử dụng phác đồ 1, thấp hơn so với 87,5% bệnh nhân sử dụng phác đồ 2 ($p < 0,05$). **Kết luận:** Sau điều trị bằng cả hai phác đồ điều trị biến chứng thần kinh thường quy và phác đồ có thêm ALA, kết quả cho thấy các chỉ số đánh giá dẫn truyền thần kinh đã được cải thiện rõ ($p < 0,05$).

Từ khóa: Tốc độ dẫn truyền, biên độ đáp ứng, thời gian tiềm, điện sinh lý thần kinh.

SUMMARY

RESULT TREATMENT OF PERIPHERAL NEUROPATHY IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS IN NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY

Diabetic patients have many complications with nerve damage, called diabetic neuropathy. In which peripheral neuropathy caused by diabetes is a common complication and quite early. **Objective:** Describe the treatment results of peripheral neurological complications in patients with type 2 diabetes mellitus at National Hospital of Endocrinology. **Study subjects:** 79 patients were diagnosed with type 2 diabetes according to the

diabetes diagnosis criteria of the American Diabetes Association (ADA) in 2015 with peripheral neurological complications, undergoing internal treatment. outpatient at National Hospital of Endocrinology. **Methods:** cross-sectional description. **Results:** Post-treatment patients with improved heel reflexes (58.3%), followed by knee reflex (33.3%), tricep reflex (19.4%), the rotating brooch reflection (16.9%), the lowest is the binocular reflex 9.7%; Post-treatment patients had the highest improvement in symptoms of epidermal numbness (52.1%), followed by vibration sensation disorder with tuning fork (46.5%), Touch (33.8%) , burning needles (14.1%) and pain (22.5%), burning burns (22.5%) the lowest is freezing (7.0%); Clinical symptoms improved in 56.4% of patients using regimen 1, lower than 75% of patients using regimen 2 ($p < 0.05$); Neurotransmission was improved in 62.5% of patients using regimen 1, lower than in 87.5% of patients using regimen 2 ($p < 0.05$). **Conclusions:** After treatment with both routine neurological complications and ALA supplementation regimens, the results showed that the assessment of neurotransmitters has improved significantly ($p < 0.05$).

Key words: Conduction velocity, amplitude, latency, electro-physiological neuropathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hoá hay gặp nhất, bệnh kéo dài và ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của người bệnh với các biến chứng gây tổn thương nhiều cơ quan như mắt, tim mạch, thận và thần kinh... hơn nữa khi được phát hiện, điều trị thì đã muộn.

Bệnh nhân đái tháo đường có nhiều biến chứng tổn thương thần kinh, gọi là bệnh thần kinh do đái tháo đường. Trong đó bệnh thần kinh ngoại vi do đái tháo đường là một biến chứng thường gặp và khá sớm. Tần suất xuất hiện bệnh tăng theo thời gian từ 8,3% lúc khởi bệnh cho đến 41,95% từ 10 năm trở đi.

Biến chứng thần kinh ngoại vi có thể xảy ra ở bệnh nhân đái tháo đường typ 1 (sau 5 năm) hoặc ở typ 2 ngay tại thời điểm mới chẩn đoán. Đa số các trường hợp biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường tiến triển mạn tính và gồm các triệu chứng âm tính là chủ yếu. Để góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả kết quả điều trị biến chứng thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương.*

*Bệnh viện Nội tiết Trung ương

**Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Minh Thu

Email: thu024@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.9.2020

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2020

Ngày duyệt bài: 16.11.2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 79 bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ typ 2 theo tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (America Diabetes Association - ADA) năm 2015 có biến chứng thần kinh ngoại vi, đang điều trị nội trú, ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương [1], [4], [6].

2.2. Phác đồ điều trị

Phác đồ 1 (Nhóm chứng):
Kiểm soát đường huyết
Kiểm soát huyết áp
Kiểm soát lipid máu
Điều trị biến chứng thần kinh ngoại vi:
Vitamin nhóm B

Phác đồ 2 (Nhóm nghiên cứu):
Kiểm soát đường huyết
Kiểm soát huyết áp
Kiểm soát lipid máu
Điều trị biến chứng thần kinh ngoại vi:
Vitamin nhóm B; Thioctic acid

Thời gian điều trị: 12 tuần (nội trú tại Bệnh viện và ngoại trú theo đơn).

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu. Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu. Từ tháng 02 năm 2014 đến tháng 05 năm 2019.

2.3. Phương pháp nghiên cứu.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu và phương pháp thu thập. Triệu chứng thần kinh ngoại vi: Khám lâm sàng, đánh giá bệnh nhân bằng theo dõi các triệu chứng lâm sàng và ghi vào bệnh án nghiên cứu.

Kết quả đo điện sinh lý thần kinh: Đo chức năng dẫn truyền các dây thần kinh ngoại vi tứ chi bằng máy đo dẫn truyền thần kinh Neuro Pack S1 của hãng NIHONKODEN (Nhật Bản) tại Bộ môn – khoa Nội Thần kinh - Bệnh viện 103. Máy được đặt tại phòng điều hòa duy trì nhiệt độ phòng : 25° - 26°C. Kỹ thuật đo do Kỹ thuật viên của Bộ môn – khoa Nội Thần kinh thực hiện, kết quả được nhận định bởi các Bác sỹ chuyên khoa Thần kinh của Bộ môn – khoa Nội Thần kinh.

2.5. Xử lý kết quả: Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học.

2.6. Nghiên cứu tuân thủ các vấn đề về đạo đức trong nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả điều trị theo tỷ lệ bệnh nhân có cải thiện triệu chứng lâm sàng

3.2. Kết quả điều trị theo các chỉ số điện thần kinh

Bảng 3.3. Thay đổi kết quả đo dẫn truyền vận động sau điều trị bằng cả 2 phác đồ

Bảng 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân có cải thiện bất thường vận động sau điều trị

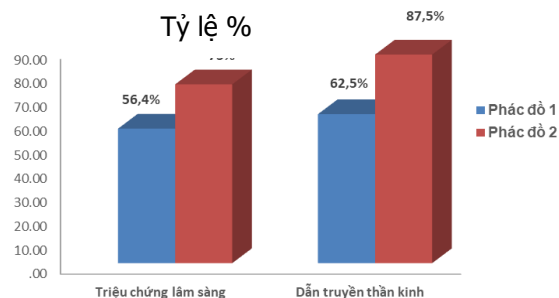
Phản xạ	n	%
Phản xạ gối	24	33,3%
Phản xạ gót	42	58,3%
Phản xạ trâm quay	12	16,9%
Phản xạ nhị đầu	7	9,7%
Phản xạ tam đầu	14	19,4%

Nhận xét: Bệnh nhân sau điều trị có cải thiện phản xạ gót chiếm tỷ lệ cao nhất (58,3%), tiếp theo là phản xạ gối (33,3%), phản xạ tam đầu (19,4%), phản xạ trâm quay (16,9%), thấp nhất là phản xạ nhị đầu 9,7%.

Bảng 3.2. Tỷ lệ bệnh nhân có cải thiện bất thường cảm giác sau điều trị

Tiêu chí	n	%
Tê bì	37	52,1%
Châm kim	10	14,1%
Cóng buốt	5	7,0%
Rát bỏng	16	22,5%
Xúc giác	24	33,8%
Nóng lạnh	15	21,1%
Đau	16	22,5%
Rung với âm thoa	33	46,5%

Nhận xét: Bệnh nhân sau điều trị có cải thiện triệu chứng tê bì chiếm tỷ lệ cao nhất (52,1%), tiếp theo là rối loạn cảm giác rung với âm thoa (46,5%), Xúc giác (33,8%), châm kim (14,1%) và đau (22,5%), rát bỏng (22,5%) thấp nhất là cồng buốt (7,0 %).



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ bệnh nhân có cải thiện triệu chứng lâm sàng và dẫn truyền thần kinh sau điều trị

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng có cải thiện ở 56,4% bệnh nhân sử dụng phác đồ 1, thấp hơn so với 87,5% bệnh nhân sử dụng phác đồ 2 ($p < 0,05$).

Dẫn truyền thần kinh có cải thiện ở 62,5% bệnh nhân sử dụng phác đồ 1, thấp hơn so với 87,5% bệnh nhân sử dụng phác đồ 2 ($p < 0,05$).

Thời điểm		Trước điều trị (n=79)		Sau điều trị (n=79)		p
		$\bar{X} \pm SD$	Median (IQR)	$\bar{X} \pm SD$	Median (IQR)	
Chỉ số	Thời gian tiềm tàng ngoại vi (ms)					
	TK giữa	3,97±0,69	3,79(3,40-4,23)	3,23 ± 0,72	3,73(3,38-4,11)	<0,05*
	TK trụ	2,62 ± 0,42	2,59(2,32-2,82)	2,64 ± 1,24	2,40 (2,25-2,65)	>0,05
	TK chày	4,77 ± 3,44	4,31 (3,68-4,85)	3,95 ± 0,73	3,94 (3,37-4,35)	<0,05*
	TK mác	3,94 ± 0,97	3,78(3,25-4,35)	3,48 ± 0,82	3,47(3,13-3,98)	<0,05*
Biên độ đáp ứng (µV)	TK giữa	9,67 ± 6,47	8,13(6,73-10,13)	9,32 ± 5,03	8,49(6,8-10,30)	>0,05
	TK trụ	8,35 ± 5,06	7,58(6,03-8,93)	8,52 ± 5,65	7,93(6,28-9,03)	>0,05
	TK chày	11,1 ± 4,99	10,30(7,35-13,80)	11,6 ± 4,61	10,90(7,9-14,80)	>0,05**
	TK mác	4,39 ± 4,2	3,60(2,53-5,10)	5,04 ± 7,02	3,78(2,7-5,20)	>0,05
Tốc độ dẫn truyền (m/s)	TK giữa	52,2 ± 7,39	53,08(49,75-55,93)	53,46 ± 5,2	53,70(50,0-55,00)	<0,05*
	TK trụ	58,23 ± 5,6	58,43(55,85-61,68)	59,50 ± 7,38	59,63(55,0-63,00)	>0,05
	TK chày	42,89 ± 5,8	42,93(38,85-46,50)	42,39 ± 5,49	42,50(39,0-45,00)	>0,05
	TK mác	44,33 ± 5,6	44,63(41,50-48,10)	45,34 ± 4,99	45,63(42,45-48,75)	<0,05**

Median (Trung vị), IQR (Tứ phân vị Q1-Q3); * Kiểm định sử dụng Wilcoxon's test; **Kiểm định sử dụng Test T ghép cặp (Paired T test)

Nhận xét: Giá trị trung bình thời gian tiềm tàng ngoại vi vận động của các dây thần kinh giữa, chày, mác sau điều trị giảm so với trước điều trị p<0,05.

Giá trị trung bình biên độ đáp ứng vận động của dây thần kinh chày sau điều trị tăng so với trước điều trị, tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê, p>0,05.

Giá trị trung bình tốc độ dẫn truyền vận động của các dây thần kinh giữa, mác sau điều trị tăng so với trước điều trị, p<0,05.

Bảng 3.4. Thay đổi kết quả đo dẫn truyền cảm giác sau điều trị bằng cả hai phác đồ

Thời điểm		Trước điều trị (n=79)		Sau điều trị (n=79)		p
		$\bar{X} \pm SD$	Median (IQR)	$\bar{X} \pm SD$	Median (IQR)	
Chỉ số	T tiềm tàng ngoại vi (ms)					
	TK Giữa	3,17 ± 2,71	2,70(2,5-3,13)	2,76 ± 0,42	2,70(2,45-3,00)	<0,05*
	TK Trụ	2,72 ± 1,93	2,25(2,1-2,50)	2,46 ± 2,46	2,25(2,00-2,48)	<0,05*
	TK Mács	3,40 ± 1,14	2,82(2,35-3,23)	3,0 ± 3,10	2,51(2,20-3,03)	<0,05*
Biên độ đáp ứng (µV)	TK Giữa	22,95 ± 9,1	22,30(17,0-28,75)	25,29 ± 9,24	25,20(19,75-30,58)	<0,05**
	TK Trụ	23,07 ± 11,1	20,25(14,15-30,68)	23,88 ± 10,4	23,33(14,75-31,25)	>0,05*
	TK Mács	14,23 ± 7,6	13,15(10,48-17,00)	15,8 ± 11,3	12,75(9,10-19,50)	>0,05*
	Tốc độ dẫn truyền (m/s)					
	TK Giữa	50,04 ± 8,0	50,08(45,05-56,25)	50,65 ± 7,93	50,09(45,25-56,50)	>0,05**
	TK Trụ	52,81 ± 8,1	53,65(49,3-58,25)	55,32 ± 8,1	54,90(50,75-61,50)	<0,05*
	TK Mács	48,5 ± 9,98	47,65(43,03-53,05)	51,97 ± 9,2	52,00(45,50-58,25)	<0,05*

Median (Trung vị), IQR (Tứ phân vị Q1-Q3); * Kiểm định sử dụng Wilcoxon's test; **Kiểm định sử dụng Test T ghép cặp (Paired T test)

Nhận xét: Giá trị trung bình thời gian tiềm tàng ngoại vi cảm giác của các dây thần kinh giữa, trụ, mác sau điều trị giảm so với trước điều trị (p<0,05).

Giá trị trung bình biên độ đáp ứng cảm giác của dây thần kinh giữa sau điều trị tăng so với trước điều trị, p<0,05.

Giá trị trung bình tốc độ dẫn truyền cảm giác của các dây thần kinh trụ, mác sau điều trị tăng so với trước điều trị (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Có 79 bệnh nhân có biến chứng thần kinh trong diện có chỉ định điều trị được tuyển lựa

toàn bộ vào nhóm can thiệp. Các bệnh nhân này được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm. Nhóm 1 sử dụng phác đồ điều trị biến chứng thần kinh thường quy tại bệnh viện bao gồm thuốc giảm đau thần kinh, vitamin nhóm B kết hợp với (acid alpha lipoic- hàm lượng); Nhóm 2 gồm 39 bệnh nhân được sử dụng phác đồ thường quy chỉ gồm thuốc giảm đau thần kinh và vitamin nhóm B. Cả 2 nhóm được dùng thuốc đều đặn và được đánh giá tình trạng biến chứng thần kinh trước và sau điều trị. Đánh giá hiệu quả điều trị bằng so sánh sự thay đổi các chỉ số khám thần kinh ở 2 thời điểm trước và sau điều trị (so sánh 1) ở nhóm can thiệp và so sánh các chỉ số này giữa nhóm 1 và nhóm 2 tại thời điểm sau điều trị (so sánh 2).

4.1. Đánh giá kết quả điều trị dựa trên

cải thiện triệu chứng lâm sàng. Bệnh nhân sau điều trị có cải thiện phản xạ gót chiếm tỷ lệ cao nhất (58,3%), tiếp theo là phản xạ gối (33,3%), phản xạ tam đầu (19,4%), phản xạ trâm quay (16,9%), thấp nhất là phản xạ nhị đầu 9,7%. Bệnh nhân sau điều trị có cải thiện triệu chứng tê bì chiếm tỷ lệ cao nhất (52,1%), tiếp theo là rối loạn cảm giác rung với âm thoa (46,5%), Xúc giác (33,8%), châm kim (14,1%) và đau (22,5%), rát bỏng (22,5%) thấp nhất là cồng buốt (7,0 %).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy: Triệu chứng lâm sàng có cải thiện ở 56,4% bệnh nhân sử dụng phác đồ 1, thấp hơn so với 75% bệnh nhân sử dụng phác đồ 2 ($p<0,05$); Dẫn truyền thần kinh có cải thiện ở 62,5% bệnh nhân sử dụng phác đồ 1, thấp hơn so với 87,5% bệnh nhân sử dụng phác đồ 2 ($p<0,05$).

4.2. Đánh giá điều trị dựa vào kết quả đo dẫn truyền thần kinh. Trong thực tế, các phương pháp điều trị nguyên nhân chủ yếu nhằm làm chậm tiến trình bệnh lý bên cạnh việc giảm sử dụng thuốc giảm đau và cải thiện thâm hụt thần kinh [5] ALA là một chất chống oxy hóa mạnh mẽ và một số các nghiên cứu - bao gồm cả thử nghiệm SYDNEY2 – có đã chứng minh một sự cải thiện trong bệnh lý thần kinh triệu chứng và thâm hụt [2]. Kết quả phân tích meta [28] cung cấp bằng chứng rằng điều trị với ALA 600mg/ngày trong 5 tuần là an toàn và có ý nghĩa lâm sàng làm giảm tổn thương thần kinh ở bệnh nhân tiểu đường có triệu chứng bệnh đa dây thần kinh [7]. Việc kết hợp ALA với các vitamin theo quy trình điều trị thông thường, chúng tôi nghiên cứu, đánh giá những cải thiện về triệu chứng lâm sàng bệnh thần kinh ngoại vi và đặc biệt là những thay đổi về điện sinh lý thần kinh.

Các nghiên cứu trước đây đã cho thấy vai trò điện sinh lý trong chẩn đoán cũng như trong việc đánh giá kết quả điều trị. Kết quả bảng 3.4 – 3.5 cho thấy: Kết quả thay đổi điện sinh lý thần kinh vận động trước - sau điều trị

Giá trị trung bình thời gian tiềm tàng ngoại vi vận động của các dây thần kinh giữa, trụ, mác sau điều trị $3,23\pm0,72$; $3,95\pm0,73$ ms; $3,48\pm0,82$ ms giảm so với trước điều trị $3,97\pm0,69$ ms; $4,77\pm3,44$ ms; $3,94\pm0,97$ ms với $p<0,05$; Giá trị trung bình tốc độ dẫn truyền cảm giác của các dây thần kinh giữa, mác sau điều trị $53,46\pm5,2$ m/s; $45,34\pm4,99$ m/s tăng so với trước điều trị $52,2\pm7,39$; $44,33\pm5,6$ m/s, với $p<0,05$; Giá trị trung bình biên độ đáp ứng cảm giác của các dây thần kinh thay đổi rất ít sau

điều trị so với trước điều trị ($p>0,05$).

Kết quả thay đổi điện sinh lý thần kinh cảm giác trước - sau điều trị

Giá trị trung bình thời gian tiềm tàng ngoại vi cảm giác của các dây thần kinh giữa, trụ, mác sau điều trị $2,76\pm0,42$ ms, $2,72\pm2,46$ ms; $3,2\pm3,10$ ms giảm so với trước điều trị $3,17\pm2,71$ ms; $2,66\pm1,93$ ms; $3,4\pm1,14$ ms, với $p<0,05$; Giá trị trung bình tốc độ dẫn truyền cảm giác của các dây thần kinh trụ, mác sau điều trị $55,32\pm8,1$ m/s; $51,97\pm9,2$ m/s tăng so với trước điều trị $52,81\pm8,1$ m/s; $48,5\pm9,98$ m/s, với $p<0,05$; Giá trị trung bình biên độ đáp ứng cảm giác dây thần kinh giữa $25,29\pm9,24$ μ V so với $22,95\pm9,1$ μ V trước điều trị ($p<0,05$).

Vitamin nhóm B cần thiết cho sự phục hồi các tổn thương thần kinh, duy trì chức năng thần kinh và thật sự có ích đối với tình trạng stress oxy hóa trên bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng thần kinh ngoại vi. Điều trị sớm với liều cao vitamin nhóm B khi khởi phát bệnh Đái tháo đường có thể làm giảm nguy cơ phát triển các biến chứng mạch máu lớn và nhỏ [3].

Như vậy sau điều trị bằng cả hai phác đồ điều trị biến chứng thần kinh thường quy và phác đồ có thêm ALA, kết quả cho thấy các chỉ số đánh giá dẫn truyền thần kinh đã được cải thiện rõ ($p<0,05$).

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân sau điều trị có cải thiện phản xạ gót chiếm tỷ lệ cao nhất (58,3%), tiếp theo là phản xạ gối (33,3%), phản xạ tam đầu (19,4%), phản xạ trâm quay (16,9%), thấp nhất là phản xạ nhị đầu 9,7%.

Bệnh nhân sau điều trị có cải thiện triệu chứng tê bì chiếm tỷ lệ cao nhất (52,1%), tiếp theo là rối loạn cảm giác rung với âm thoa (46,5%), Xúc giác (33,8%), châm kim (14,1%) và đau (22,5%), rát bỏng (22,5%) thấp nhất là cồng buốt (7,0%).

Triệu chứng lâm sàng có cải thiện ở 56,4% bệnh nhân sử dụng phác đồ 1, thấp hơn so với 75% bệnh nhân sử dụng phác đồ 2 ($p<0,05$); Dẫn truyền thần kinh có cải thiện ở 62,5% bệnh nhân sử dụng phác đồ 1, thấp hơn so với 87,5% bệnh nhân sử dụng phác đồ 2 ($p<0,05$).

Sau điều trị bằng cả hai phác đồ điều trị biến chứng thần kinh thường quy và phác đồ có thêm ALA, kết quả cho thấy các chỉ số đánh giá dẫn truyền thần kinh đã được cải thiện rõ ($p<0,05$).

LỜI CẢM ƠN. Xin trân trọng cảm ơn Học viện quân Y, Bộ môn Thần kinh, Phòng ghi Điện sinh lý thần kinh Bệnh viện Quân Y 103 đã giúp

đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế, (2017). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2. Quyết định số 3319/QĐ-BYT. (1–37).
2. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn sử dụng: bảng phân loại thống kê Quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan phiên bản lần thứ 10 (ICD10). Hà Nội.
3. Adaikalakoteswari A, Rabbani N, Waspadji S, et al., (2012). Disturbance of B-vitamin status in people with type 2 diabetes in Indonesia-Link to renal status, glycemetic control and vascular inflammation. Diabetes Research and Clinical Practice. 95(3):415–24.
4. Feldman E., Stevens M., Thomas P., et al. (1994). A Practical two-step quantitative clinical and electrophysiological assessment for the diagnosis and staging of diabetic Neuropathy. Diabetes Care, 17(11): 1281-1289.
5. Maruthi W., Rao C. (2015). The role of ulectrodiagnosis in the evaluation of subclinical diabetic neuropathy. Indian Journal of Applied Research, 5(8):451–453.
6. Tesfaye S., Boulton A., Dyck P., et al. (2010). Diabetic neuropathies: Update on definitions, diagnostic criteria, estimation of severity, and treatments. Diabetes Care, 33(10):2285–2293.
7. Vinik A., Mehrabyan A. (2004). Diabetic neuropathies. Medical Clinics of North America. 88(4):947–999.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHÁC ĐỒ BEVACIZUMAB PHỐI HỢP VỚI PACLITAXEL – CARBOPLATIN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ TUYẾN GIAI ĐOẠN IV

Đinh Ngọc Việt¹, Nguyễn Văn Hiếu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả và độc tính của phác đồ Bevacizumab phối hợp với Paclitaxel – Carboplatin trong điều trị ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn IV. **Phương pháp:** Hồi cứu 52 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn IV được điều trị bằng phác đồ Bevacizumab phối hợp với Paclitaxel – Carboplatin từ 2017 – 2020 tại bệnh viện Phổi trung ương. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng một phần là 78,8%, đáp ứng cơ năng đạt 88,5%. Thời gian sống thêm trung bình là 23,2 tháng, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 11,3 tháng. Tác dụng phụ thường gặp là giảm bạch cầu, hồng cầu, tế bào bạch cầu, tăng men gan, nôn và buồn nôn. **Kết luận:** Bevacizumab phối hợp Paclitaxel – Carboplatin là phác đồ có hiệu quả cao và ít tác dụng phụ trong điều trị ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn IV.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF BEVACIZUMAB COMBINED PACLITAXEL-CARBOPLATIN REGIMEN IN TREATING LUNG CANCER ADENOCARCINOMA STAGE IV

Objectives: To evaluate results and toxicities of the regimen bevacizumab combined Paclitaxel – Carboplatin in treating patients with lung cancer adenocarcinoma stage IV. **Methods:** A retrospective study was conducted on 52 lung cancer

adenocarcinoma stage IV patients treated by Bevacizumab combined Paclitaxel – Carboplatin regimen from 2017 to 2020 at the National Lung Hospital. **Results:** Partial response rate was 78.8%, symptom response rate was 88.5%. Mean OS was 23.2 months, PFS was 11.3 months. Common AE includes leucopenia, erythropenia, numbness, increased liver enzymes, nausea and vomiting. **Conclusions:** Bevacizumab combined Paclitaxel – Carboplatin is an highly effective regimen which has few adverse events in treating patients with lung cancer adenocarcinoma stage IV.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lí ác tính gây tử vong hàng đầu, ước tính năm 2014 có khoảng 224.000 ca mắc mới và gần 160.000 ca tử vong tại Mỹ [1]. Theo Globocan 2018, mỗi năm trên thế giới có khoảng 2,09 triệu ca mắc mới và 1,76 triệu người tử vong do ung thư phổi. Tại Việt Nam, con số này là 23.667 ca mới phát hiện và 20.170 ca tử vong mỗi năm. [2].

Bệnh nhân UTP đến viện thường ở giai đoạn muộn, không có khả năng phẫu thuật. Hóa chất bộ đôi là một trong những lựa chọn đầu tay để điều trị UTP giai đoạn muộn. Phác đồ Bevacizumab (kháng thể đơn dòng) phối hợp với hóa chất bộ đôi chuẩn cho thấy hiệu quả cao về tỷ lệ đáp ứng và kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân. Trên thế giới, hiệu quả của phác đồ Paclitaxel – Carboplatin (PC) đối với UTP biểu mô tuyến giai đoạn muộn cho thấy tỷ lệ đáp ứng khoảng 30 – 50%, khi phối hợp với Bevacizumab thì tỷ lệ đáp ứng tăng lên 60 – 70% và kéo dài

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Việt

Email: dinhngocviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 3.11.2020

Ngày duyệt bài: 16.11.2020

thời gian sống thêm [3],[4],[5]. Ở Việt Nam cũng đã có nhiều nghiên cứu về phác đồ này cho tỷ lệ đáp ứng cao, kéo dài thời gian sống thêm và ít tác dụng phụ.

Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả của phác đồ Bevacizumab phối hợp Paclitaxel – Carboplatin trong điều trị bệnh nhân UTP biểu mô tuyến giai đoạn IV và một số tác dụng phụ của phác đồ từ 2017 - 2020 tại Bệnh viện Phổi trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

- Chẩn đoán là UTP biểu mô tuyến giai đoạn IV.
- ECOG 0 – 2.
- Chưa điều trị bằng các phương pháp tại chỗ hay toàn thân trước đó.
- Không mắc thêm bệnh cấp tính hay mãn tính trầm trọng.
- Xét nghiệm EGFR âm tính hoặc không rõ tình trạng đột biến.
- Điều trị tối thiểu 3 đợt hóa chất Bevacizumab phối hợp Paclitaxel – Carboplatin.
- Chấp nhận tham gia nghiên cứu.
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Giải phẫu bệnh không phải Ung thư biểu mô tuyến.
- Có chống chỉ định điều trị hóa chất và Bevacizumab.
- Đã được điều trị trước đó.
- Không theo dõi được.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu kết hợp tiến

Bảng 1. Phân loại bệnh nhân theo tuổi, giới

Giới \ Tuổi	< 40	40 - 49	50 - 59	60 - 69	>70	Tổng
Nam	0	4	20	13	5	42 (80,8%)
Nữ	1	1	4	3	1	10 (19,2%)
Tổng	1(1,9%)	5(9,6%)	24(46,2%)	16(30,8%)	6(11,5%)	52 (100%)

3.2 Triệu chứng lâm sàng

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Ho	48	92,3%
Triệu chứng cơ năng	42	80,8%
Đau tức ngực	24	46,2%
Khó thở		
Sốt	4	7,7%
Triệu chứng toàn thân	21	40,4%

cứu, có theo dõi dọc.

Phương pháp thu thập số liệu: thu thập thông tin của các bệnh nhân theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất dựa trên

- Hồ sơ bệnh án
- Gửi thư mời bệnh nhân đến khám lại và đánh giá kết quả điều trị hoặc trao đổi với bệnh nhân, gia đình bệnh nhân qua điện thoại.

2.3 Các bước tiến hành

Thu thập thông tin lâm sàng và cận lâm sàng trước điều trị: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán Ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn IV, đủ điều kiện điều trị hóa chất phác đồ Bevacizumab phối hợp Paclitaxel – Carboplatin.

Thông tin điều trị: Phác đồ Bevacizumab – Paclitaxel – Carboplatin với liều

Bevacizumab: 15mg/kg truyền tĩnh mạch ngày 1

Paclitaxel 175mg/m² da truyền tĩnh mạch ngày 1

Carboplatin AUC = 5 truyền tĩnh mạch ngày 1

Chỉ tiêu đánh giá: Chu kỳ 21 ngày

- Đánh giá đáp ứng sau 3 đợt và sau 6 đợt.

- Đánh giá thời gian sống thêm.

- Đánh giá tác dụng phụ.

Phân tích và xử lý số liệu

- Các thông tin thu thập được mã hóa và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

- Phân tích thời gian sống thêm theo phương pháp Kaplan – Meier.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi trung bình là 58,88 ± 8,59, dao động từ 39 – 80 tuổi.

Nhóm tuổi mắc nhiều nhất là 50 – 59 chiếm 46,2%. Tỷ lệ nam / nữ = 4,2 / 1.

Sút cân	7	13,5%
Chán ăn	20	38,5%
Không có		
Tổng	52	100%

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất là ho (92,3%), đau ngực chiếm 80,8%, khó thở chiếm 24%.

Triệu chứng toàn thân hay gặp nhất là gầy sút chiếm tỷ lệ 40,4%.

Cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương trên CT Scanner lồng ngực

Vị trí tổn thương	n	Tỷ lệ
Thùy trên phải	17	32,7%
Thùy giữa phải	7	13,5%
Thùy dưới phải	7	13,5%
Thùy trên trái	12	23,1%
Thùy dưới trái	9	17,3%
Tổng	52	100%

Nhận xét: Vị trí u gặp nhiều nhất là thùy trên phải với 17 trường hợp chiếm 32,7%, tiếp theo là thùy trên trái với 12 trường hợp, chiếm 23,1%.

Bảng 4. Tình trạng di căn và các vị trí di căn

Tình trạng và vị trí di căn	n	Tỷ lệ
Gan	2	3,8%
Xương	8	15,4%
Não	7	13,5%
Phổi đối bên / Màng phổi	30	57,7%
Vị trí khác	5	9,6%
Tổng	52	100%

Nhận xét: Vị trí di căn gặp nhiều nhất là tại phổi (Màng phổi/phổi đối bên) với 30 trường hợp, chiếm 57,7%.

Não và xương gần bằng nhau với 13,5% và 15,4%. Gan 3,8%

Kết quả điều trị

Số chu kỳ hóa chất

Bảng 5. Số chu kỳ hóa chất

Số chu kỳ hóa chất	n	Tỷ lệ
3 chu kỳ	2	3,8%
4 chu kỳ	2	3,8%

Bảng 8. Đáp ứng theo số chu kỳ hóa chất

Số chu kỳ	Tình trạng đáp ứng		ĐƯ		Không ĐƯ		Tổng
	n	%	n	%	n	%	
3 – 5 chu kỳ	3	7,3	4	36,4	7	13,5	
≥ 6 chu kỳ	38	92,7	7	63,6	45	86,5	
Tổng	41	100	11	100	52	100	

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân được điều trị từ 6 CK trở lên là 92,7%, cao hơn nhóm điều trị từ 3 – 5 CK tương ứng chỉ là 7,3%, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,012$.

Bảng 9. Đáp ứng theo một số yếu tố khác

Yếu tố	n	Tỷ lệ ĐƯ %
Nhóm tuổi: ≤ 60 tuổi	22	53,7%
	19	46,3%
		$p = 0,256$
Giới: Nam	33	80,5%
	8	19,5%
		$p = 0,921$
ECOG: 0 – 1	32	78%
	9	22%
		$p = 0,786$
Tiền sử hút thuốc		
Có hút	13	31,7%
Không hút	28	68,3%
		$p = 0,133$

Nhận xét: Tình trạng đáp ứng có sự khác nhau giữa các yếu tố nhóm tuổi, giới, ECOG và vị

5 chu kỳ	3	5,8%
≥ 6 chu kỳ	45	86,5%
Tổng	52	100%

Nhận xét: Có 45 bệnh nhân điều trị được ít nhất 6 chu kỳ thuốc, chiếm 86,5%. Có 7 bệnh nhân không điều trị đủ 6 chu kỳ thuốc.

Đáp ứng điều trị

Bảng 6. Đáp ứng cơ năng

Đáp ứng cơ năng	n	Tỷ lệ
Đáp ứng hoàn toàn	12	23,1%
Đáp ứng một phần	34	65,4%
Không đáp ứng	6	11,5%
Tổng	52	100%

Nhận xét: Có 46 bệnh nhân có thuyên giảm các triệu chứng cơ năng chiếm 88,5%, trong đó có 12 bệnh nhân chiếm 23,1% là hết hẳn các triệu chứng.

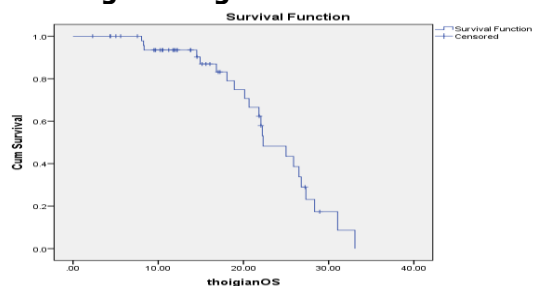
Bảng 7. Đáp ứng thực thể

Đáp ứng thực thể	n	Tỷ lệ
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	41	78,8%
Bệnh giữ nguyên	5	9,6%
Bệnh tiến triển	6	11,5%
Tổng	52	100%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng 1 phần là 78,8%, không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn. Có 11,5% (6 trường hợp) bệnh nhân tiến triển.

trí di căn. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Thời gian sống thêm

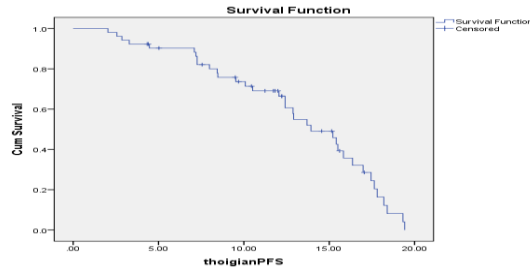


Biểu đồ 1: Thời gian sống còn toàn bộ

Trung vị thời gian sống còn toàn bộ là 22,3 ± 2,1 tháng

Trung bình thời gian sống còn toàn bộ là 23,2

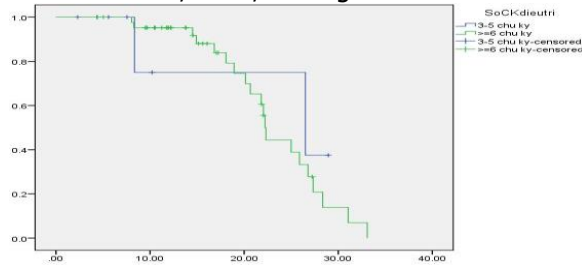
$\pm 1,2$ tháng



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là $12,2 \pm 1,2$ tháng

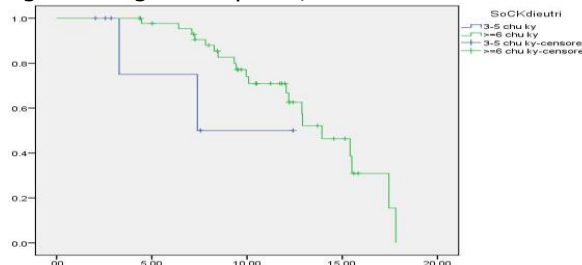
Trung bình thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là $11,3 \pm 0,6$ tháng



Thời gian sống thêm (tháng)

Biểu đồ 3. Sống thêm toàn bộ theo số chu kỳ hóa chất

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ ở nhóm bệnh nhân điều trị ≥ 6 CK cao hơn nhóm điều trị ≤ 6 CK. Nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,596$.



Thời gian sống thêm (tháng)

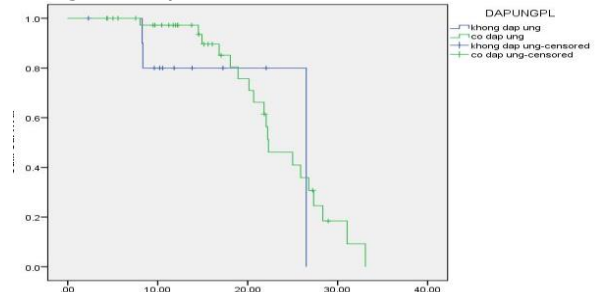
Một số tác dụng phụ của phác đồ PC – Bevacizumab

Bảng 10. Một số tác dụng phụ của phác đồ

Tác dụng phụ	Độ độc tính									
	0		1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Giảm bạch cầu	30	57,7	16	30,8	2	3,8	2	3,8	2	3,8
Giảm hồng cầu	26	50	18	34,6	6	11,5	2	3,8	0	0
Giảm huyết sắc tố	28	53,8	16	30,8	7	13,5	1	1,9	0	0
Giảm tiểu cầu	44	84,6	6	11,5	1	1,9	1	1,9	0	0
Tăng men gan	45	86,5	6	11,5	1	1,9	0	0	0	0
Buồn nôn, nôn	38	73,1	9	17,3	5	9,6	0	0	0	0
Tê bì chân tay	33	63,5	13	25	4	7,7	1	1,9	1	1,9

Biểu đồ 4. Sống thêm bệnh không tiến triển theo số chu kỳ hóa chất

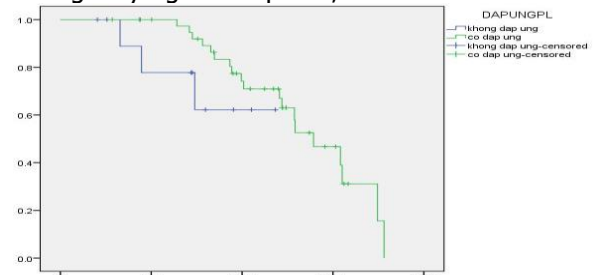
Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển ở nhóm bệnh nhân điều trị ≥ 6 CK cao hơn nhóm điều trị ≤ 6 CK. Nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,155$.



Thời gian sống thêm (tháng)

Biểu đồ 5. Sống thêm toàn bộ theo đáp ứng điều trị

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ ở nhóm bệnh nhân có đáp ứng điều trị cao hơn nhóm không đáp ứng điều trị. Nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa với $p = 0,561$.



Thời gian sống thêm (tháng)

Biểu đồ 6. Sống thêm bệnh không tiến triển theo đáp ứng điều trị

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển ở nhóm bệnh nhân có đáp ứng điều trị cao hơn nhóm không đáp ứng điều trị. Nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,232$.

Nhận xét: Giảm bạch cầu gặp 42,3%, chủ yếu giảm mức độ 1 với 30,8%. 2 trường hợp giảm mức độ 4 chiếm 3,8%.

Giảm hồng cầu và huyết sắc tố chủ yếu là mức độ 1 – 2 với 46,1% và 44,3%.

Tăng men gan và nôn, buồn nôn chỉ gặp mức độ 1 – 2 với 13,4% và 26,9%.

Tê bì tay chân gặp 36,5%, chủ yếu mức độ 1 – 2 là 32,7.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi: Trong nghiên cứu này, lứa tuổi mắc cao nhất là nhóm 50 – 59 tuổi chiếm 46,2%, độ tuổi trung bình là $58,88 \pm 8,59$, tương đương với Đặng Văn Khiêm (2017) là 56 [6], thấp hơn so với các tác giả nước ngoài như Belani là 65 tuổi [3] và Reck 68,5 tuổi [4].

Giới: Tại Việt Nam tỷ lệ mắc UTP của nam/nữ theo Đặng Văn Khiêm (2017) là 3/1. Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ = 4,2/1.

Lâm sàng: Triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất là ho (92,3%), đau ngực chiếm 80,8%, khó thở chiếm 24%.

Triệu chứng toàn thân hay gặp nhất là gầy sút chiếm tỷ lệ 40,4%.

Cận lâm sàng

- Về vị trí: Vị trí u nguyên phát gặp nhiều nhất là thùy trên phải với 32,7%, tiếp theo là

thùy trên

- Di căn: Vị trí di căn gặp nhiều nhất là tại phổi (Màng phổi/phổi đối bên) với 30 trường hợp, chiếm 57,7%.

Não và xương gần bằng nhau với 13,5% và 15,4%. Gan 3,8%

Kết quả điều trị

Tỷ lệ đáp ứng. Nghiên cứu về tỷ lệ đáp ứng với điều trị của phác đồ Paclitaxel – Platin (Carboplatin/Cisplatin) của nhiều tác giả cho thấy tỷ lệ đáp ứng với điều trị dao động từ 30 – 50%.

Nghiên cứu Beyond trên bệnh nhân Châu Á với phác đồ Bevacizumab kết hợp Paclitaxel – Carboplatin cho tỷ lệ đáp ứng là 54%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 95%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng đạt 78,8%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 88,4%, không có đáp ứng hoàn toàn, 11,5% bệnh tiến triển.

Tỷ lệ đáp ứng theo một số yếu tố:

- Theo số chu kỳ hóa chất: ở nhóm bệnh nhân được điều trị từ 6 CK trở lên tỷ lệ đáp ứng là 92,7%, cao hơn nhóm điều trị từ 3 – 5 CK tương ứng chỉ là 7,3%, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,012$.

- Theo một số các yếu tố khác: Tình trạng đáp ứng có sự khác nhau giữa các yếu tố nhóm tuổi, giới, ECOG và vị trí di căn. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 11: Một số nghiên cứu đánh giá hiệu quả của Bevacizumab phối hợp với hóa chất chuẩn trong điều trị UTPKTBN, không BMV trên thế giới

Nghiên cứu	n	Phác đồ	PFS (tháng)	OS (tháng)
Avail	345	GCB (7,5mg)	6,8	13,6
Avail	351	GCB (15mg)	6,6	13,4
Avail	347	GC	6,2	-
Aries	1967	HC chuẩn + B	-	13,3
E4599	417	Pac + carbo + B	6,2	12,3
Sail	2212	HC chuẩn + B	-	14,6
Beyond	276	Pac + carbo + B	9,2	24,3
Đặng Văn Khiêm	34	GCB	15,0	20,4
NC của chúng tôi	52	Pac + Carbo + B	12,2	22,3

Chú thích: Gemcitabin: G; Cisplatin: C; Paclitaxel: Pac; Carboplatin: Carbo; Bevacizumab: B

Nghiên cứu Avail [4] trung vị thời gian sống thêm toàn bộ của phác đồ Gemcitabin, Cisplatin, Avastin là 13,1 tháng, tuy nhiên nếu phân tích riêng nhóm bệnh nhân châu Á thì thời gian sống thêm toàn bộ là 25,8 tháng. Nghiên cứu Beyond trên quần thể bệnh nhân châu Á cũng cho kết quả tương tự và trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 24,3 tháng [7], [8].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần tương đương với kết quả phân tích cho nhóm bệnh nhân châu Á của một số nghiên cứu trên thế

giới, trung vị thời gian sống còn toàn bộ trong nghiên cứu của chúng tôi là 22,3 tháng (Avail là 25,8 tháng và Beyond là 24,3 tháng).

Ngoài ra, kết quả về thời gian sống thêm và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển theo một số yếu tố như số chu kỳ hóa chất, có hay có đáp ứng với điều trị đều có sự khác nhau, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Một số tác dụng phụ của phác đồ Paclitaxel – Carboplatin – Bevacizumab

Những tác dụng phụ trên hệ tạo huyết cũng như ngoài hệ tạo huyết của phác đồ Bevacizumab kết hợp Paclitaxel – Carboplatin đều gặp với tỷ lệ thấp và ít mức độ nặng. Hầu hết các trường hợp gặp tác dụng phụ đều có thể khắc phục hoặc dự phòng được. Có 2 trường hợp giảm bạch cầu độ 4 đã phải dùng hóa chất để điều trị phục hồi, sau đó phải chuyển phác đồ điều trị.

V. KẾT LUẬN

Với những hiệu quả không thể phủ nhận về tỷ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm cũng như sự xuất hiện với tần suất thấp những tác dụng phụ không mong muốn trong quá trình điều trị thì phác đồ Bevacizumab kết hợp Paclitaxel – Carboplatin thực sự là một lựa chọn tốt cho điều trị bệnh nhân UTP biểu mô tuyến giai đoạn IV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thoracic Tumors Essentials for Clinicians, ESMO, 2014.
2. Globocan I (2018). Cancer incidence, mortality and prevalence. World wide version 1.0, IARC Cancerbase No.5, Lyon, IARC Press, 2002.
3. Belani CP, et al (2008), Randomized phase III Study of Weekly Paclitaxel in Combination with Carboplatin versus standard every-3-weeks administration of Carboplatin and Paclitaxel for patients with Previously Untreated advanced non small cell lung cancer, J Clin Oncol, 26:468 – 473.
4. Reck, M., Von Pawel, J., Zatloukal, P.v., et al., (2010), Overall survival with cisplatin–gemcitabine and bevacizumab or placebo as first-line therapy for nonsquamous non-small-cell lung cancer: results from a randomised phase III trial (AVAL), Annals of oncology. 21(9), 1804-1809.
5. Ramalingam, S.S, Dahlberg et al (2008), Outcomes for elderly, advanced – stage non – small cell lung cancer patients treated with bevacizumab in combination with carboplatin and paclitaxel: analysis of Eastern Cooperative Oncology Group Trial 4599, Journal of Clinical Oncology, 26(1), 60 – 65.
6. Đặng Văn Khiêm (2017), Đánh giá kết quả điều trị của Avastin phối hợp với Gemza - Cisplatin trong điều trị bước 1 Ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn IIIB/IV tại Bệnh viện Phổi trung ương, Tạp chí Ung thư học Việt Nam, Hội Ung thư Việt Nam xuất bản.
7. Leigh, N.B, Zatloukal et al (2010), Efficacy and safety of bevacizumab – based therapy in elderly patients with advanced or recurrent nonsquamous non small cell lung cancer in the phase III BO17704 study (AVAL), Journal of Thoracic Oncology, 5(12), 1970 – 1976.
8. Brahmer, J.R, Dahlberg, S.E, Gray et al (2011), Sex differences in outcome with bevacizumab therapy: analysis of patients with advanced stage non small cell lung cancer treated with or without bevacizumab in combination with paclitaxel and carboplatin in the Eastern Cooperative Oncology Group Trial 4599, Journal of Thoracic Oncology, 6(1), 103 – 108.

ÁP DỤNG TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC ICDSC VÀ THANG ĐIỂM CAM-ICU TRONG PHÁT HIỆN SÀNG Ở BỆNH NHÂN HỒI SỨC CẤP CỨU

Đặng Học Lâm¹, Đặng Quốc Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân sàng được điều trị tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai và đánh giá vai trò của trắc nghiệm ICDSC và CAM-ICU trong phát hiện và theo dõi sàng kích động. **Kết quả:** có 357 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu. Có 34 bệnh nhân có hội chứng sàng (chiếm 9,5%). Trong đó sàng tăng hoạt động 30/34 (88,2%), sàng giảm hoạt động 3/34 (chiếm 8,8%). Sàng hỗn hợp 1/34(3%). CAM-ICU: độ nhạy 70,5%, độ đặc hiệu 99%, ICDSC: độ nhạy 88,2%, đặc hiệu 99%. Đối với bệnh nhân sàng có

điểm RASS ≤ 1, ICDSC có khả năng phát hiện sàng tốt hơn CAM-ICU

Từ khóa: sàng, hồi sức tích cực

SUMMARY

APPLICATION TWO INSTRUMENT (ICDSC AND CAM-ICU) FOR THE DIAGNOSIS OF DELIRIUM PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Method: This was prospective cohort study that collected all patients with adequate selection criterias in Intensive Care Unit Department – Bach Mai Hospital from 1 October 2019 to 31 September 2020. **Result:** There were 357 patients eligible for inclusion in the study. There were 34 delirium patients /357 patients (9,5%). The hyperactive delirium patients are 30(88,2%). The hypoactive delirium patients are 3 (8,8%). The mixed delirium a 1(3%). Delirium, diagnosed by either by ICDSC and CAM-ICU. The ICDSC was positive 5 patients in whom CAM-ICU negative. **Conclusions:** The ICDSC diagnoses

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Học Lâm

Email: lamdanghoc75@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2020

Ngày duyệt bài: 16.11.2020

delirium better than CAM –ICU in patients with low RASS score.

Key word: delirium, ICDSC, CAM-ICU

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa WHO trong ICD 10, sảng là một hội chứng căn nguyên không đặc hiệu đặc trưng bởi rối loạn đồng thời ý thức, chú ý, tri giác, tư duy, trí nhớ, tâm thần vận động, cảm xúc và chu kỳ ngủ thức. Sảng xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào. Trạng thái sảng là nhất thời với cường độ dao động.

Hiện nay chưa có một xét nghiệm, phương tiện nào chẩn đoán đặc hiệu được sảng. Chẩn đoán sảng vẫn dựa vào các triệu chứng lâm sàng.

Năm 1990 hội chứng sảng được nghiên cứu lần đầu ở nhóm bệnh nhân cao tuổi nhập viện. Từ đó đến nay, hội chứng sảng được nghiên cứu ở các chuyên khoa khác nhau như nhi khoa, gây mê hồi sức, sau phẫu thuật tim, hồi sức tích cực.

Trong các khoa hồi sức tích cực hội chứng sảng làm tăng chi phí điều trị, tăng thời gian thở máy, tăng nguy cơ tử vong do rút ống nội khí quản. Chẩn đoán sảng sớm và điều trị giúp bệnh nhân tránh được những bất lợi này, chống hồi phục. 2 thang điểm được các khoa hồi sức tích cực trên thế giới áp dụng ICDSC và CAM-ICU trong chẩn đoán sảng hồi sức tích cực. Mục tiêu nghiên cứu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân sảng được điều trị tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện bạch mai*

2. *Đánh giá vai trò của trắc nghiệm ICDSC và CAM -ICU trong phát hiện và theo dõi sảng kích động.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** bệnh nhân trên 18 tuổi, nằm điều trị khoa Hồi sức tích cực trên 48 giờ, Glasgow 15 điểm.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh lý thực thể thần kinh trung ương, hôn mê, đã được

chẩn đoán sa sút trí tuệ, bị rối loạn ý thức do rượu, bị co giật do nguyên nhân ngộ độc thuốc

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** nghiên cứu được tiến hành tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 01/10/2019 đến 31/9/2020

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả tiến cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu: lấy toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Thu thập theo trình tự thời gian

- **Quy trình nghiên cứu**

+ Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nhóm nghiên cứu.

+ Các bệnh nhân được thu thập: tuổi, giới, bệnh chính được chẩn đoán, thời gian bị sảng, các yếu tố nguy cơ (nhiễm trùng, tụt huyết áp, các thủ thuật xâm lấn, các thuốc an thần, giảm đau poiat)

+ Bệnh nhân được bác sỹ chính của khoa chẩn đoán sảng theo tiêu chuẩn DMS-5

A. Rối loạn chú ý và nhận thức (giảm định hướng cho môi trường)

B. Rối loạn diễn ra trong thời gian ngắn (thường vài giờ đến vài ngày) và có xu hướng dao động về mức độ nghiêm trọng trong suốt cả ngày

C. Có thêm rối loạn nhận thức khác (ví dụ rối loạn trí nhớ, mất định hướng, ngôn ngữ khả năng trực giác) hoặc tri giác

D. Những thay đổi trong tiêu chí A và C không được giải thích bởi các rối loạn nhận thức nào có từ trước hoặc trong tình trạng hôn mê.

E. Bằng chứng từ bệnh sử, khám thực thể hoặc xét nghiệm cho thấy sự xáo trộn là do rối loạn sinh lý cơ thể trong môi trường y tế hoặc độc chất.

+ Bác sỹ học viên đánh giá bệnh nhân bằng CAM-ICU và ICDSC

Đánh giá bệnh nhân bằng CAM-ICU 2 lần/ngày (9 giờ và 15 giờ)

Đánh giá bệnh nhân bằng ICDSC 1 lần /ngày (9 giờ)

Bảng 1. CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU)

CAM-ICU	Tiêu chí	Có
Đặc điểm 1: Thay đổi / biến động tình trạng tâm thần Tình trạng tinh thần khác so hàng ngày Có tình trạng tâm thần dao động, thay đổi trong 24 giờ trước đó (bằng chứng thay đổi điểm RASS)	Có 1 hoặc cả 2	
Đặc điểm 2: mất chú ý Test đánh giá sự chú ý: Nói với bệnh nhân bạn sẽ đọc 10 chữ cái, khi nào đọc đến chữ A thì nắm tay lại (SAVEAHAART)	Số lần thực hiện sai >2	
Đặc điểm 3: Thay đổi mức độ tỉnh táo Thay đổi điểm RASS	RASS ≠ 0	

Đặc điểm 4: suy nghĩ vô tổ chức -Yêu cầu bệnh nhân trả lời +Hòn đá sẽ nổi trên mặt nước? +Có cá ở biển không ? +1 Kg có nặng hơn 2 kg không? +Bạn có thể dùng búa đập vào móng tay không? - Yêu cầu bệnh nhân làm theo hướng dẫn của bạn a)Hãy nắm các ngón tay (đưa 2 ngón tay trước mặt bệnh nhân) b)bây giờ làm điều tương tự với tay khác	Câu trả lời sai >1	

Chẩn đoán sáng khi đặc điểm 1 và 2 đều xuất hiện và có đặc điểm 3 hoặc 4

Bảng 2. ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist)

1	Mức độ thay đổi ý thức	Không = 0	Có = 1
	RASS= -4,-5 Không thể đánh giá RASS = 1-4 = 1 RASS = 0 = 0 RASS= -1,-2,-3 = 1 (không thuốc an thần) = 0 (có thuốc an thần)		
2	Mất tập trung Khó khăn khi trò chuyện, dễ bị phân tâm bởi kích thích bên ngoài Không nắm tay khi nói từ A trong cụm từ :SEAVAHAART		
3	Mất phương hướng Ngoài tên, địa chỉ, ngày BN có nhận ra người chăm sóc không ? BN có biết mình đang ở đâu?		
4	Ảo giác, ảo tưởng, rối loạn hành vi Hỏi bệnh nhân họ có ảo giác, ảo tưởng (họ đang bắt một đối tượng không có ở đó) Họ có sợ những thứ, người xung quanh)		
5	Tăng hoặc giảm vận động Tăng vận động, trên lâm sàng phải dùng thuốc an thần kiểm soát những hành vi nguy hiểm tiềm tàng Giảm vận động, trên lâm sàng các hoạt động chậm chạp		
6	Lời nói tâm trạng không phù hợp Thể hiện cảm xúc không phù hợp, nói vô tổ chức, không mạch lạc		
7	Rối loạn chu kỳ ngủ thức		
8	Biến động các triệu chứng Biến động bất kỳ triệu chứng nào trong 24 giờ		

Tổng điểm = 8: 0 = bình thường

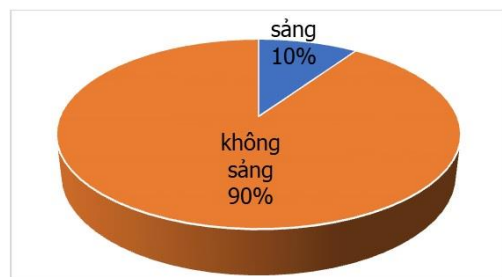
1-3= dưới sáng (bất thường); 4-8 = sáng

Đạo đức nghiên cứu. Đề cương đã được thông qua bởi hội đồng khoa học và đạo đức, bệnh viện Bạch Mai

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 1/10/2019 đến hết 31/9/2020, chúng tôi thu thập được 357 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu. Trong đó có 34 bệnh nhân xuất hiện hội chứng sáng, nam 20 bệnh nhân (58%), nữ 14 bệnh nhân (41,2%). Độ tuổi các bệnh nhân $45 \pm 15,6$ tuổi. Thời gian sáng kéo dài $3 \pm 1,7$ ngày.

Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân bị sáng trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu



Bảng 3. Các hình thức sáng

Loại sáng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sáng tăng vận động	30	88,2
Sáng giảm vận động	3	8,8
Sáng hỗn hợp	1	3

Nhận xét: bệnh nhân có hội chứng sáng tăng vận động gặp nhiều nhất chiếm 88,2%

Bảng 4. Đặc điểm bệnh nhân sàng đánh giá theo CAM-ICU

CAM- ICU	RASS	RASS +4	RASS +3	RASS +2	RASS +1	RASS 0	RASS -1
	n = 2	n=18	n=6	n=5			n=3
1. Tình trạng tinh thần khác hàng ngày	2	18	6	5			3
2. Đánh giá sự chú ý	2	18	6	5			3
3. Thay đổi mức độ tỉnh táo	2	18	6	0			
4. Suy nghĩ vô tổ chức				1			
CAM-ICU (+)	2	18	6	1			

Nhận xét: CAM-ICU không đánh giá được khi RASS -1 và khó đánh giá với RASS +1

Bảng 5. Đặc điểm bệnh nhân sàng đánh giá theo ICDSC

ICDSC	RASS	RASS +4	RASS +3	RASS +2	RASS +1	RASS 0	RASS -1
	n = 2	n=18	n=6	n=5			n=3
1. Thay đổi trạng thái tỉnh táo	2	18	6	5			3
2. Đánh giá chú ý	2	18	6	5			3
3. Rối loạn định hướng	2	5	6	3			1
4. Ảo giác, ảo tưởng				2			
5. Tăng hoặc giảm vận động	2	18	6	0			
6. Lời nói tâm trạng không phù hợp	2	5	6	3			3
7. Rối loạn chu kỳ ngủ thức	2	11	6	4			3
8. Dao động các triệu chứng	2	18					1
Tổng điểm	7	4	≥4	≥ 4			≥4
ICDSC(+)	2	18	6	3			3

Nhận xét: ICDSC đánh giá tình trạng sáng ở cả mức -1

IV. BÀN LUẬN

Qua 357 bệnh nhân đủ điều kiện nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân bị sáng 34 bệnh nhân chiếm 9,5% tổng số bệnh nhân, tỷ lệ này của chúng tôi thấp so với Shaughnessy 21%, Yabin Pan 36,1%[2], Ayuh Kumar Jayawad 31,4%[1], Jinya Xin 28,7%[5], Nguyễn Thị Hạnh Thúy 32,4% [7]. Tỷ lệ của chúng tôi thấp do chúng tôi không lấy vào nhóm nghiên cứu những bệnh nhân bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng thần kinh và những bệnh nhân bị sáng rượu. Độ tuổi $45 \pm 15,62$ độ tuổi thấp so với nghiên cứu Ayuh Kumar Jayawad là $56 \pm 18,9$, Yabin.Pan tỷ lệ trên 65 tuổi 42, 9 %, Jinya Xin độ tuổi tập trung khoảng 61 (46-71).

CAM- ICU thì thời gian tiến hành đối với 1 bệnh nhân khoảng 10 phút tiến hành 2 lần ngày, thực hiện được với bệnh nhân đang thở máy vì cách diễn giải nội dung nội dung câu hỏi đơn giản, bệnh nhân có thể trả lời ý kiến của mình bằng cử chỉ, hành động. Chẩn đoán sáng bằng CAM-ICU được xác định ngay sau mỗi lần đánh giá bệnh nhân. CAM-ICU dường như có hướng điều trị sớm.

CAM- ICU chẩn đoán sáng 27/34 trường hợp, đánh giá tốt ở bệnh nhân có điểm RASS $\geq$ 2, khó đánh giá với RASS+1, không đánh giá được với RASS-1

ICDSC tiến hành 24 giờ 1 lần (vì thu thập các dữ liệu mục 7 và 8 của thang ICDSC), mục 3, 4, 6 khó đánh giá ở bệnh nhân thở máy.

ICDSC chẩn đoán sáng 32/ 34 trường hợp, nhiều hơn CAM-ICU 5 trường hợp đánh giá tình trạng ở mức RASS +1 và RASS -1, do ICDSC đánh giá các đặc điểm mà CAM -ICU không có: rối loạn định hướng, rối loạn chu kỳ ngủ thức, lời nói hành vi không phù hợp, Nghiên cứu Tomasi [6] có 14 bệnh nhân (8,6%) ICDSC (+) trong khi CAM-ICU (-). Trong nghiên cứu Boenk Boettger [8] độ nhạy ICDSC(63%) cao hơn CAM-ICU (46,7%), nghiên cứu này có tỷ lệ sáng giảm vận động cao.

V. KẾT LUẬN

Sáng chiếm 9,5% nhóm bệnh nhân nghiên cứu, bao gồm cả 3 nhóm: tăng vận động, giảm vận động, hỗn hợp

CAM-ICU áp dụng bệnh nhân thở máy dễ thực hiện hơn, nhưng với nhóm bệnh nhân có điểm RASS thấp, tỷ lệ ICDSC phát hiện bệnh nhân sáng cao hơn CAM-ICU

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jayaswal AK, Sampath H "Delirium in medical intensive care units: Incidence, subtypes, risk factor, and outcome". Indian Journal of Psychiatry' 2019 Volume 61, Issue 4: 352-358.
2. Pan Y et al "Incidence, risk factors, and

- cumulative risk of delirium among ICU patients: A case-control study". International Journal of Nursing Sciences, 2019;6: 247-251
3. **Schramm P et al** "Impaired cerebrovascular autoregulation in patient with severe sepsis and sepsis-associated delirium" Critical Care 2012, 16(5): R181
 4. **Hori D et al** "Arterial pressure above the upper cerebral autoregulation limit during cardiopulmonary bypass associated with postoperative delirium. British Journal of Anaesthesia. 2014, 113(6):1009-1017.
 5. **Xing J, Yuan Zh-Y** "Risk factor for delirium: are therapeutic intervention part of it ?". Neuropsychiatric Disease and Treatment 2019, 15: 1321- 1327.
 6. **Tomasi C.D et al** Comparison of CAM-ICU and ICDSC for the detection of delirium in critically ill patients focusing on relevant clinical outcomes. Cristiane Damiani Tomasi et al. Journal of Critical Care, 2012, 27: 212-217.
 7. **Nguyễn Thị Hạnh Thuý** "Đánh giá tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ của sàng sau mổ ở người già" 2018. Luận văn bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội
 8. **Boettger S et al:** "Delirium in the intensive care setting: A reevaluation of the validity of the CAM-ICU and ICDSC versus the DSM-IV -TR in the determining a diagnosis of delirium as part of the daily clinical routine" Palliative and Supportive Care 2017, 15(6):675 -683.

THỰC TRẠNG NUÔI CON BẰNG SỮA NGOÀI Ở TRẺ EM 0-6 THÁNG TUỔI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI MỘT SỐ XÃ, PHƯỜNG, THÀNH PHỐ HẢI DƯƠNG THÁNG 12 NĂM 2018

Lê Văn Thêm*, Trương Thị Thu*, Nguyễn Thị Nga*, Ngô Bá Hưng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và phân tích một số yếu tố liên quan đến thực trạng nuôi con bằng sữa ngoài ở trẻ em từ 0-6 tháng tuổi tại một số xã phường thành phố Hải Dương tháng 12 năm 2018. **Phương pháp:** Nghiên cứu ngang có phân tích. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài ở trẻ em từ 0-6 tháng tuổi tại thành phố Hải Dương tháng 12 năm 2018 là 8%; Lý do nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài chủ yếu do mẹ mất sữa (66,7%) và mẹ có bệnh không được cho con bú (14,3%); Có mối liên quan giữa thời điểm bắt đầu ăn sữa ngoài của con với nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài ($p < 0,05$); Không có mối liên quan giữa giới tính của con, thứ tự con trong gia đình, trình độ học vấn của mẹ, nghề nghiệp của mẹ, kinh tế hộ gia đình, hình thức sinh, nơi cư trú đến nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài ($p > 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài ở trẻ em từ 0-6 tháng tuổi tại thành phố Hải Dương tháng 12 năm 2018 là 8%; Có mối liên quan giữa thời điểm bắt đầu ăn sữa ngoài của con với nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài ($p < 0,05$);

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF CHILDREN WITH EXTERNAL MILK IN CHILDREN 0-6 MONTHS AND SOME RELATED FACTORS IN SOME COMMUNITIES, WARDS, HAI DUONG CITY, DECEMBER 2018

*Trường đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm

Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2020

Ngày duyệt bài: 23.11.2020

Objective: Determine the rate and analyze a number of factors related to the current state of breastfeeding in children aged 0-6 months in some communes and wards of Hai Duong city in December 2018. **Methodology:** Horizontal study have analysis. **Research results:** The rate of exclusive breastfeeding among children aged 0-6 months in Hai Duong city in December 2018 was 8%; The main reasons for exclusive breastfeeding are mothers losing milk (66.7%) and sick mothers cannot breastfeed (14.3%); There was a relationship between the time of initiation of infant formula feeding and exclusive breastfeeding ($p < 0.05$); There is no relationship between the sex of the child, the order of the child in the family, the mother's education, the mother's occupation, the household economy, the form of birth, the place of residence to exclusive breastfeeding. outside ($p > 0.05$). **Conclusion:** The rate of exclusive breastfeeding among children aged 0-6 months in Hai Duong city in December 2018 was 8%; There was a relationship between the time of initiation of infant formula feeding and exclusive breastfeeding ($p < 0.05$);

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo WHO khuyến nghị, trẻ sơ sinh cần được bú sớm trong vòng 1 giờ đầu sau khi sinh và được nuôi hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu đời, sau đó ăn bổ sung hợp lý nhưng vẫn duy trì bú sữa mẹ đến 24 tháng tuổi. Chế độ dinh dưỡng hợp lý trong suốt thời gian này sẽ cải thiện sự tăng trưởng và phát triển thể chất, thành tích học tập của trẻ [1].

Nuôi con bằng sữa mẹ (NCBSM) cung cấp sự khởi đầu tốt nhất cho cuộc đời mỗi trẻ. Nuôi con bằng sữa mẹ sẽ đảm bảo cho trẻ phát triển tốt cả về thể chất lẫn tinh thần, đồng thời hạn chế được những bệnh nguy hiểm như suy dinh

dưỡng, các bệnh về đường tiêu hóa và hô hấp cho trẻ, ngoài ra nuôi con bằng sữa mẹ cũng giúp cho việc bảo vệ sức khỏe bà mẹ [1].

Mỗi năm có khoảng hơn một triệu trẻ em chết vì ỉa chảy, nhiễm khuẩn hô hấp và các nhiễm khuẩn khác vì trẻ không được bú mẹ đầy đủ; các bà mẹ không có thói quen tốt trong việc nuôi con bằng sữa mẹ khiến tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em vẫn ở mức cao. Việc thực hiện chăm sóc dinh dưỡng hợp lý như: cho trẻ bú mẹ trong vòng một giờ đầu sau khi sinh, cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu và một chế độ ăn hợp lý sẽ mang lại cho trẻ bước khởi đầu khỏe mạnh [1].

Hiện nay ở Việt Nam chỉ 55% số bà mẹ cho trẻ bú ngay trong vòng 1 giờ sau khi sinh và chỉ có 36,5% bà mẹ có ý định cho con bú kéo dài đến 24 tháng tuổi. Điều đáng lo ngại hơn là, chỉ có 10% bà mẹ nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu trong khi tỷ lệ này ở Campuchia là 65%, trung bình châu Á là 40%... Tại các thành phố lớn, chỉ có 1 trong số 3 bà mẹ cho con bú ngay trong vòng một giờ đầu sau sinh, trong khi đó tại các vùng nông thôn là 2 trong 3 phụ nữ. Song song với việc thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ, kiến thức về sữa mẹ và nuôi con bằng sữa mẹ cũng tác động đến việc cho con bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu và cho con bú mẹ kéo dài đến 24 tháng tuổi.

Ở Việt Nam, phần lớn các bà mẹ đều nuôi con bằng chính dòng sữa của mình vào những tháng đầu tiên của cuộc đời trẻ. Tuy nhiên, do nền kinh tế xã hội ngày càng phát triển, người phụ nữ đã tham gia vào công tác xã hội, phải đi làm sớm, phải lo lắng đến sắc đẹp của mình, bên cạnh đó nhiều loại sữa tràn ngập thị trường với nhiều quảng cáo hấp dẫn. Tại các thành phố lớn có nhiều bà mẹ đã không cho con bú sữa của mình mà thay vào đó là các loại sữa nhân tạo. Tại Hải Dương chưa có nghiên cứu nào về nuôi dưỡng cho trẻ em từ 0-6 tháng tuổi

Mục tiêu nghiên cứu của đề tài:

1. *Xác định tỷ lệ nuôi con bằng sữa ngoài ở trẻ em từ 0-6 tháng tuổi tại một số xã phường thành phố Hải Dương tháng 12 năm 2018.*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến thực trạng nuôi con bằng sữa ngoài ở trẻ em từ 0-6 tháng tuổi tại một số xã phường thành phố Hải Dương tháng 12 năm 2018*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

- Trẻ em từ 0-6 tháng tuổi tại một số xã phường thành phố Hải Dương thời điểm tháng

12/2018

- Bà mẹ trẻ từ 0-6 tháng tuổi tại một số xã phường thành phố Hải Dương thời điểm tháng 12/2018

• **Tiêu chuẩn lựa chọn.** Bà mẹ trẻ từ 0-6 tháng tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu.

• **Tiêu chuẩn loại trừ.** Bà mẹ trẻ từ 0-6 tháng tuổi không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu ngang có phân tích

2.2.2 Mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu và cách chọn mẫu

+ Bắt thăm 2 Phường và 2 xã trong số các xã. phường của Thành phố Hải Dương: Phường Phạm Ngũ Lão, Phường Trần Phú, Xã Tân Hưng và Xã Nam Đồng

+ Toàn bộ đối tượng nghiên cứu thuộc 2 xã và 2 phường trên đều được chọn vào nghiên cứu

2.2.3 Kỹ thuật thu thập số liệu:

- Lập danh sách đối tượng nghiên cứu theo danh sách trẻ được quản lý tại trạm y tế xã

- Đối với trẻ đi tiêm chủng: Tiếp cận mẹ của trẻ cần thu thập số liệu: điều tra viên giới thiệu về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu, giải thích cho đối tượng nghiên cứu về tính bảo mật của thông tin mà đối tượng cung cấp. Điều tra viên phỏng vấn trực tiếp thông qua bộ câu hỏi cho đối tượng nghiên cứu nghe và trả lời.

- Đối với trẻ không đi tiêm chủng: Điều tra viên đến từng nhà tiếp cận mẹ của trẻ cần thu thập số liệu: Điều tra viên giới thiệu về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu, giải thích cho đối tượng nghiên cứu về tính bảo mật của thông tin mà đối tượng cung cấp. Điều tra viên phỏng vấn trực tiếp thông qua bộ câu hỏi cho đối tượng nghiên cứu nghe và trả lời.

2.2.4 Phân tích và xử lý số liệu

Nhập liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1.

Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích số liệu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài ở trẻ em từ 0-6 tháng tuổi tại một số xã phường thành phố Hải Dương tháng 12 năm 2018

Bảng 3.1: Tình trạng nuôi dưỡng của trẻ

Tình trạng nuôi dưỡng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Bú hoàn toàn bằng sữa mẹ	181	68,6
Sữa ngoài hoàn toàn	21	8,0
Bú mẹ + ăn thêm sữa ngoài	24	9,1
Bú mẹ + ăn thêm thức ăn khác	4	1,5

Bú mẹ + ăn thêm sữa ngoài + ăn thức ăn khác	25	9,5
Sữa ngoài + ăn thêm thức ăn khác	9	3,4
Tổng	264	100

Đa số trẻ từ 0-6 tháng tuổi bú hoàn toàn bằng sữa mẹ (68,6%), có 8% trẻ ăn hoàn toàn bằng sữa ngoài

Bảng 3.2: Lý do trẻ ăn hoàn toàn bằng sữa ngoài

Lý do	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Mẹ bị mất sữa	14	66,7
Mẹ có bệnh không được cho bú	3	14,3
Mẹ sợ cho bú sẽ ảnh hưởng đến cơ thể	0	0
Mẹ cho rằng uống sữa ngoài tốt hơn	1	4,8
Khác	3	14,3
Tổng	21	100

Lý do trẻ ăn hoàn toàn bằng sữa ngoài chủ yếu là do mẹ mất sữa (66,7%) và mẹ có bệnh không được cho con bú (14,3%)

Bảng 3.3: Thời gian ăn hoàn toàn bằng sữa ngoài

Lý do	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Ngay sau sinh	10	47,6
Trẻ được 1 tháng	8	38,1
Trẻ được 2 tháng	1	4,8
Trẻ được 3 tháng	1	4,8
Trẻ được 4 tháng	1	4,8

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài ở trẻ em từ 0-6 tháng tuổi tại thành phố Hải Dương tháng 12 năm 2018

Bảng 3.6: Liên quan giữa tuổi của con và con ăn hoàn toàn bằng sữa ngoài

Tuổi	Có		không		Tổng		P
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Ngay sau sinh	3	12,0	22	88,0	25	9,5	0,159
Trẻ được 1 tháng	6	15,0	34	85,0	40	15,2	
Trẻ được 2 tháng	4	8,0	46	92,0	50	18,9	
Trẻ được 3 tháng	3	7,9	35	92,1	38	14,4	
Trẻ được 4 tháng	5	10,6	42	89,4	47	17,8	
Trẻ được 5 tháng	0	0	43	100	43	16,3	
Trẻ được 6 tháng	0	0	21	100	21	8,0	
Tổng	21	8,0	243	92,0	264	100	

Trẻ ăn hoàn toàn bằng sữa ngoài từ khi sau sinh đến khi trẻ được 4 tháng, trẻ 5-6 tháng tỷ lệ này là 0%

Bảng 3.7: Liên quan giữa tuổi của con thời điểm bắt đầu ăn sữa ngoài và cho con ăn hoàn toàn bằng sữa ngoài

Tuổi	Có		không		Tổng		P
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Ngay sau sinh	10	31,2	22	68,8	32	12,1	0,000
Trẻ được 1 tháng	8	19,0	34	81,0	42	15,9	
Trẻ được 2 tháng	1	2,1	46	97,9	47	17,8	

Trẻ được 5 tháng	0	0
Trẻ được 6 tháng	0	0
Tổng	21	100

Đa số trẻ ăn hoàn toàn bằng sữa ngoài từ ngay sau sinh (47,6%) và khi trẻ được 1 tháng (38,1%)

Bảng 3.4: Loại sữa trẻ ăn ngoài hoàn toàn

Loại sữa	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Sữa nestle	5	23,8
Sữa abbott	6	28,6
Sữa mead johnson	2	9,5
Sữa Friso	2	9,5
Khác	6	28,6
Tổng	21	100

Đa số trẻ ăn sữa ngoài hoàn toàn bằng sữa nestle (23,8%) và sữa abbott (28,6%)

Bảng 3.5: Lý do chọn loại sữa cho trẻ ăn ngoài hoàn toàn

Lý do	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tự tìm hiểu	18	85,7
Kinh nghiệm từ người thân, bạn bè	1	4,8
Người bán hàng giới thiệu	2	9,5
Xem quảng cáo	0	0
Khác	0	0
Tổng	21	100

Lý do chọn sữa cho trẻ ăn ngoài hoàn toàn là do mẹ tự tìm hiểu (85,7%)

Trẻ được 3 tháng	1	2,8	35	97,2	36	13,6	
Trẻ được 4 tháng	1	2,3	42	97,7	43	16,3	
Trẻ được 5 tháng	0	0	43	100	43	16,3	
Trẻ được 6 tháng	0	0	21	100	21	8,0	
Tổng	21	8,0	243	92,0	264	100	

Trẻ ăn hoàn toàn sữa ngoài bắt đầu từ ngay sau sinh chiếm tỷ lệ cao nhất 31,2%, 1 tháng là 19%, các tháng còn lại tỷ lệ này rất thấp

Bảng 3.8: Liên quan giữa giới của con và cho con ăn hoàn toàn bằng sữa ngoài

Giới	Có		không		Tổng		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Nam	12	7,0	159	93,0	171	64,8	0,445
Nữ	9	9,7	84	90,3	93	35,2	
Tổng	21	8,0	243	92,0	264	100	

Không có sự khác biệt giữa giới của trẻ và nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài

Bảng 3.9: Liên quan giữa thứ tự sinh của con và cho con ăn hoàn toàn bằng sữa ngoài

Con thứ	Có		không		Tổng		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Con đầu	7	6,5	101	93,5	108	40,9	0,573
Con thứ 2	9	8,0	104	92,0	113	42,8	
Con thứ 3 trở lên	5	11,6	38	88,4	43	16,3	
Tổng	21	8,0	243	92,0	264	100	

Không có sự khác biệt giữa thứ tự sinh của trẻ và nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài

Bảng 3.10: Liên quan giữa nghề nghiệp của mẹ và cho con ăn hoàn toàn bằng sữa ngoài

Nghề nghiệp	Có		không		Tổng		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Nông dân	1	100	0	0	1	0,4	0,023
Công nhân	8	8,7	84	91,3	92	34,8	
Buôn bán	1	3,1	31	96,9	32	12,1	
CBCNV	7	7,8	83	92,2	90	34,1	
Nội trợ	2	6,5	29	93,5	31	11,7	
Khác	2	11,1	16	88,9	18	6,8	
Tổng	21	8,0	243	92,0	264	100	

Có sự khác biệt giữa nghề nghiệp của mẹ và nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài

Bảng 3.11: Mối quan hệ giữa trình độ văn hóa của mẹ và cho con ăn hoàn toàn bằng sữa ngoài

Trình độ văn hóa	Có		không		Tổng		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Tiểu học	0	0	1	100	1	0,4	0,198
THCS	2	11,1	16	88,9	18	6,8	
THPT	9	8,8	93	91,2	102	38,6	
Trung cấp	0	0	55	100	55	20,8	
Cao đẳng/đại học	10	11,9	74	88,1	84	31,8	
Sau đại học	0	0	4	100	4	1,5	
Tổng	21	8,0	243	92,0	264	100	

Không có sự khác biệt giữa trình độ văn hóa của mẹ và nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài

Bảng 3.12: Liên quan giữa điều kiện kinh tế gia đình và cho con bú hoàn toàn sữa ngoài

Sữa mẹ hoàn toàn	Có		không		Tổng		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Kinh tế gia đình							
Hộ cận nghèo	1	50,0	1	50,0	2	0,8	0,062

Hộ trung bình	4	11,1	32	88,9	36	13,6
Hộ khá	16	7,1	210	92,9	226	85,6
Tổng	21	8	243	92	264	100

Không có sự khác biệt giữa điều kiện kinh tế gia đình và nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài

Bảng 3.13: Liên quan giữa hình thức sinh con với cho con ăn sữa ngoài hoàn toàn

Sữa ngoài hoàn toàn Hình thức sinh	Có		không		Tổng		P
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Mổ đẻ	11	9,6	104	90,4	115	43,6	0,396
Đẻ thường	10	6,7	139	93,3	149	56,4	
Tổng	21	8	243	92	264	100	

Không có sự khác biệt giữa hình thức sinh và cho con ăn sữa ngoài hoàn toàn

Bảng 3.14: Liên quan giữa địa điểm cư trú với cho con ăn sữa ngoài hoàn toàn

Sữa ngoài hoàn toàn Địa điểm cư trú	Có		không		Tổng		P
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Phường	7	5,0	134	95,0	141	53,4	0,055
Xã	14	11,4	109	88,6	123	46,6	
Tổng	21	8	243	92	264	100	

Không có sự khác biệt giữa nơi cư trú với cho con ăn sữa ngoài hoàn toàn

IV. BÀN LUẬN

5.2 Tỷ lệ nuôi con bằng sữa mẹ ở trẻ em từ 0-6 tháng tuổi tại thành phố Hải Dương tháng 12 năm 2018. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số trẻ bú hoàn toàn bằng sữa mẹ ngay sau sinh chiếm tỷ lệ cao nhất (80%), tỷ lệ này có giảm khi tuổi của trẻ tăng dần, và tỷ lệ bú mẹ hoàn khi trẻ 6 tháng tuổi là 33,3%. Trẻ ăn hoàn toàn bằng sữa ngoài 8,0%, trẻ được nuôi bằng sữa mẹ và ăn thêm sữa ngoài là 9,1%, trẻ được nuôi bằng sữa mẹ, ăn thêm sữa ngoài và ăn thêm thức ăn khác là 9,5%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ cao hơn các kết quả nghiên cứu khác của tác giả Nguyễn Văn Dũng ở Thanh Trì Hà Nội (28%) [3] và tác giả Nguyễn Lâm ở Phố Yên, Thái Nguyên (gần 90% trẻ được ăn bổ sung dưới 4 tháng tuổi) [4]. Có thể do chúng tôi nghiên cứu tại thành phố nên các bà mẹ có kiến thức tốt hơn về nuôi con bằng sữa mẹ và nhà nước có chính sách cho bà mẹ nghỉ sau sinh đến 6 tháng nên tỷ lệ nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ cao hơn.

Lý do mẹ nuôi con hoàn bằng sữa ngoài chủ yếu do mẹ mất sữa (66,7%) và mẹ có bệnh không được cho con bú (14,3%). Đây là những lý do bất khả kháng nên mẹ bắt buộc phải nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài. Chỉ có 14,3% bà mẹ nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài cho rằng ăn sữa ngoài tốt hơn.

Thời gian trẻ ăn hoàn toàn bằng sữa ngoài chủ yếu là ngay sau sinh và khi trẻ được 1

tháng. Điều này hoàn toàn phù hợp với lý do trẻ ăn hoàn toàn bằng sữa ngoài.

Lý do chủ yếu trẻ ngoài bú mẹ phải ăn thêm sữa ngoài là do mẹ thiếu sữa (62,5%) và do công việc (25%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lâm tại Thái Nguyên, Tỷ lệ trẻ phải ăn thêm sữa ngoài chủ yếu do công việc của mẹ (54,9%), mẹ không đủ sữa (16,9%) [4].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài ở trẻ em từ 0-6 tháng tuổi tại thành phố Hải Dương tháng 12 năm 2018. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy không có mối liên quan giữa giới tính thai nhi, trình độ học vấn của mẹ, nghề nghiệp của mẹ, số con trong gia đình, thứ tự sinh con, kinh tế hộ gia đình, hình thức sinh và địa điểm cư trú với nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài. Điều này hoàn toàn phù hợp vì lý do nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài chủ yếu do mẹ không có sữa (66,7%) và mẹ bị bệnh không được cho con bú (14,3%).

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ nuôi con bằng sữa ngoài ở trẻ em từ 0-6 tháng tuổi tại thành phố Hải Dương tháng 12 năm 2018.

- Tỷ lệ nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài ở trẻ em từ 0-6 tháng tuổi tại thành phố Hải Dương tháng 12 năm 2018 là 8%

- Lý do nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài chủ yếu do mẹ mất sữa (66,7%) và mẹ có bệnh không được cho con bú (14,3%).

2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nuôi con bằng sữa mẹ ở trẻ em từ 0-6 tháng tuổi tại thành phố Hải Dương tháng 12 năm 2018

- Có mối liên quan giữa thời điểm bắt đầu ăn sữa ngoài của con với nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài ($p < 0,05$)

- Không có mối liên quan giữa giới tính của con, thứ tự con trong gia đình, trình độ học vấn của mẹ, nghề nghiệp của mẹ, kinh tế hộ gia đình, hình thức sinh, nơi cư trú đến nuôi con hoàn toàn bằng sữa ngoài ($p > 0,05$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vương Tiến Hòa (2001)**, Sức khỏe sinh sản, Nhà xuất bản Y học Hà Nội
2. **Dương Thị Cường (2006)**, Bài giảng Sản Phụ Khoa I, tái bản lần thứ 3, Nhà xuất bản Y học, tr 55-70.
3. **Nguyễn Việt Dũng (2014)** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến nuôi con bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu của bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi tại Xã Ngọc Hồi, Huyện Thanh Trì Hà Nội năm

2014, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y tế Công cộng

4. **Nguyễn Lân (2017)** Ảnh hưởng của sữa bổ sung pre-probiotic lên tình trạng dinh dưỡng, nhiễm khuẩn & hệ vi khuẩn chí đường ruột ở trẻ 6-12 tháng tuổi tại huyện Phổ Yên, tỉnh Thái Nguyên, Luận án tiến sĩ, Viện dinh dưỡng quốc gia
5. **Nguyễn Thị Mai (2012)**, "Thực trạng thái độ nuôi con bằng sữa mẹ của phụ nữ tại ba tỉnh: Lào Cai, Hà Nam, Quảng Bình năm 2001" Tạp chí Y học thực hành, số 4/2012, trang 119-123.
6. **Bùi Minh Đức, Phan Thị Kim, (2002)** "Dinh dưỡng bảo vệ bà mẹ, thai nhi và phòng bệnh mạn tính", Nhà xuất bản y học Hà Nội, trang 41-42.
7. **Journal of Food and Nutrition Sciences (2009)** "Tìm hiểu thực trạng nuôi con bằng sữa mẹ và một số yếu tố liên quan tại trung tâm khám tư vấn dinh dưỡng Viện Dinh Dưỡng" Tạp chí DD&TP/ - Tập 5 - số 2, trang 54-56.
8. **Chiristensson K, Silic C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuentel, Lagercrantz H et al. (1992)**, "Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full - term newborns cared for skin to - skin or in a cot" Acta Paediatrica, 81(6,7), pp 488 - 493.(4)

ẢNH HƯỞNG CỦA YẾU TỐ DI TRUYỀN CỦA SNP RS226729 TRÊN GEN ADIPOQ Ở BỆNH GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU

Võ Duy Thông^{1,2}, Đỗ Đức Minh³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) là bệnh lý gan mật thường gặp nhất trên toàn thế giới. NAFLD là nguyên nhân dẫn đến bệnh viêm gan mạn, xơ gan và ung thư gan. Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ SNP rs226729 trên gen ADIPOQ và các yếu tố liên quan đến bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán NAFLD trên lâm sàng, cận lâm sàng và nhóm khỏe mạnh được đưa vào nghiên cứu. Tất cả đối tượng nghiên cứu đều lấy thông tin cần thiết cho nghiên cứu và lấy máu để tiến hành phân tích điểm đa hình (SNP). **Kết quả:** Tỷ lệ G/G ở nhóm NAFLD cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng, tương tự allen G cũng gặp ở BN NAFLD nhiều hơn nhóm chứng. BMI cao, tăng triglyceride, tăng LDL-Cholesterol và tăng ALT là những yếu tố có liên quan đến nguy cơ mắc NAFLD. **Kết luận:** SNP rs226729 adiponectin có liên

quan với NAFLD. Những bệnh nhân béo phì, tăng triglycerid, LDL-Cholesterol và tăng ALT có nguy cơ mắc bệnh NAFLD, nên được theo dõi nhằm đánh giá diễn tiến của bệnh.

Từ khóa: rs226729, NAFLD, gan nhiễm mỡ, ADIPOQ

SUMMARY

EFFECT OF GENETIC FACTORS OF SNP RS226729 IN ADIPOQ GENE IN NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

Background: Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is the most common liver disease worldwide. NAFLD is a leading cause of chronic hepatitis, cirrhosis, and liver cancer. This study aimed to determine the prevalence of SNP rs226729 of ADIPOQ gene and related factors associated with NAFLD. **Patients and method:** Patients with NAFLD and healthy patients (control group) were enrolled in the study. Data of patients' characteristics were observed, the blood sample of patients were collected for polymorphism score (SNP) analysis. **Results:** The ratio of G/G in the NAFLD group was significantly higher than that in the control group. Allen G was also more common in NAFLD patients than that in control group. High BMI, high level of triglyceride, LDL-cholesterol and ALT were related factors associated with NAFLD. **Conclusions:** SNP rs226729 adiponectin is related to NAFLD. It should be monitored to assess disease progression in patients with high BMI, high

¹Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành Phố Hồ Chí Minh

³Trung tâm sinh học phân tử, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Thông

Email: duythong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 23.11.2020

level of triglyceride, LDL-cholesterol and ALT.

Keywords: rs226729, NAFLD, ADIPOQ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh bệnh học của bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) vẫn chưa được hiểu biết một cách đầy đủ. Giả thuyết được chấp nhận rộng rãi nhất hiện nay xem đề kháng insulin là cơ chế chính dẫn đến NAFLD. Vì thế, có tác giả cho rằng NAFLD chính là biểu hiện tại gan của hội chứng chuyển hóa [1]. Sự đề kháng insulin dẫn đến tích lũy mỡ ở gan, làm cho gan nhạy cảm hơn với các tác nhân như viêm, peroxid hóa lipid, những stress oxy hóa do thiếu sắt, leptin và chất chống oxy hóa...Ngoài ra, theo nghiên cứu của Orlik B. và cộng sự, các hormone và cytokin do tế bào mỡ tiết ra đóng vai trò trung gian giữa béo phì, đề kháng insulin và NAFLD [2].

Adiponectin là protein thuộc nhóm adipokine, được sản xuất tại tế bào gan và có vai trò điều hòa độ nhạy cảm insulin, chuyển hóa glucose, lipid và tham gia chống lại hiện tượng tổn thương mạch máu [3]. Trên các đối tượng có các bệnh lý béo phì, đái tháo đường típ 2, hội chứng chuyển hóa và NAFLD, nồng độ adiponectin trong máu đều giảm thấp [4]. Adiponectin bao gồm 244 amino acid và được mã hóa từ gen ADIPOQ nằm trên nhiễm sắc thể số 3. Việc xác định điểm đa hình rs226729 có ý nghĩa lâm sàng hết sức quan trọng nhằm giúp chúng ta xác định được yếu tố nguy cơ di truyền của NAFLD. Do đó, thông qua nghiên cứu này, chúng tôi muốn xác định tỷ lệ SNP rs226729 trên gen ADIPOQ và các yếu tố liên quan đến bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Nhóm bệnh nhân NAFLD: Bệnh nhân được chẩn đoán NAFLD trên lâm sàng và cận lâm sàng đến khám tại phòng khám Viêm gan, Bệnh viện Đại học Y Dược. Bệnh nhân ≥ 18 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn chẩn đoán NAFLD: FibroScan đánh giá độ nhiễm mỡ gan dựa trên "thông số giảm âm được kiểm soát" (Controlled Attenuation Parameter: CAP) bằng cách tính toán từ tín hiệu siêu âm trong phép đo độ cứng [5]. Nhóm chứng (nhóm khoẻ mạnh): Bệnh nhân khoẻ mạnh được mời tham gia vào nhóm

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử uống rượu (uống rượu hàng ngày ≥ 30 g đối với nam giới và ≥ 20 g đối với phụ nữ). Bệnh nhân

mắc các bệnh viêm gan khác (viêm gan B, viêm gan C, xơ gan, ung thư gan). Bệnh nhân đã có những điều trị can thiệp có thể ảnh hưởng làm ảnh hưởng men gan (thuốc điều trị bệnh phổi hợp, các điều trị nâng đỡ hạ men gan). Bệnh nhân không được làm xét nghiệm đầy đủ (công thức máu, AST, ALT, GGT, đường huyết, triglyceride, cholesterol, ALP)

Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân thoả tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ.

Các bước tiến hành và phân tích số liệu

Số liệu nghiên cứu được thu thập tại phòng khám Viêm gan – bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Các thông tin được thu thập bao gồm: Hỏi thông tin bệnh chính, bệnh sử, tiền căn và khám lâm sàng từng bệnh nhân. Ghi nhận kết quả cận lâm sàng. Tất cả nhóm bệnh nhân NAFLD và nhóm chứng được lấy máu để tiến hành phân tích SNP.

Tách chiết DNA bộ gene: Tiến hành lấy 2 ml máu tĩnh mạch, cho vào ống chống đông có EDTA, lắc đều nhẹ nhàng. Genomic DNA được tách chiết trong vòng 24 giờ bằng bộ kit GeneJet TM whole blood genomic DNA purification (Thermo, Mỹ) theo hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất.

DNA của bộ gen sau khi chiết suất được chúng tôi thử nghiệm nhằm tối ưu hoá phương pháp xác định kiểu gen SNP.

Kiểm soát sai lệch thông tin: Định nghĩa rõ và cụ thể các biến số trong nghiên cứu. Nghiên cứu viên hiểu rõ bản chất dữ liệu và nắm vững phương pháp thu nhập dữ liệu. Đối với mỗi loại thông số, chỉ sử dụng thống nhất 1 thiết bị cân đo (máy xét nghiệm, siêu âm, fibroscan, chu trình luân nhiệt cho PCR được thực hiện trên máy Mastercycler@Pro S (ependorf, Đức), phần mềm CLC main workbench). Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.

Vấn đề y đức: Nghiên cứu tiến hành đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu Y học và được Hội đồng nghiên cứu khoa học của trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu, chúng tôi thu nhập được 74 bệnh nhân đồng ý tham gia, 12 bệnh nhân không đưa vào phân tích do không làm xét nghiệm đầy đủ. Kết quả cuối cùng chúng tôi thu nhập được 62 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu, bao gồm 30 bệnh nhân thuộc nhóm bệnh NAFLD và 32 người khoẻ mạnh thuộc nhóm chứng.

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Đặc điểm dịch tễ học. Đặc điểm dịch tễ học được thể hiện trong Bảng 1. Trong số 62 bệnh nhân, có 33 (53,2%) là nam. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là tuổi trung (30-54 tuổi). Trong số 62 bệnh nhân, có 33 (53,2%) là nam và 29 (46,8%) là nữ. Kết quả nghiên cứu cho

thấy BMI ở nhóm NAFLD cao hơn đáng kể so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($26,8 \pm 4,1$ so với $23,2 \pm 4,2$; $p < 0,001$). Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có tình trạng thừa cân (BMI $> 25 \text{ kg/m}^2$), trong đó số bệnh nhân béo phì trong nhóm NAFLD cao hơn so với nhóm chứng.

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Giá trị	Tổng (n = 62)	NAFLD (n = 30)	Nhóm chứng (n = 32)	p value
Tuổi (năm)	41,2 $\pm$ 11,2	42,4 $\pm$ 12,3	40,1 $\pm$ 10,0	0,37
Giới tính [n (%)]				
Nam	33 (53,2%)	19 (63,3%)	14 (42,8%)	0,29
Nữ	29 (46,8%)	11 (36,7%)	18 (57,2%)	
BMI (kg/m^2)	24,9 $\pm$ 4,0	26,8 $\pm$ 4,1	23,2 $\pm$ 4,2	<0,001
Béo phì (>25)	33 (53,2%)	19 (63,3%)	14 (43,8%)	
Triglyceride (mg/dL)	137,9 $\pm$ 74,6	157,3 $\pm$ 91,2	119,7 $\pm$ 55,8	<0,001
LDL-Cholesterol (mg/dL)	96,3 $\pm$ 23,9	97,2 $\pm$ 18,1	93,4 $\pm$ 29,8	0,26
AST (U/L)	26,9 $\pm$ 12,1	28,9 $\pm$ 12,4	25,1 $\pm$ 13,3	0,12
ALT (U/L)	37,8 $\pm$ 18,9	40,2 $\pm$ 19,8	26,2 $\pm$ 18,1	<0,001
GGT (U/L)	35,4 $\pm$ 14,7	39,1 $\pm$ 12,5	33,6 $\pm$ 11,9	0,03

Triglyceride ở nhóm NAFLD cao hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($157,3 \pm 91,2$ so với $119,7 \pm 55,8$; $p < 0,001$). Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về nồng độ LDL-Cholesterol.

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân NAFLD, AST không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($28,9 \pm 12,4$ so với $25,1 \pm 13,3$; $p = 0,12$). Tuy nhiên, tăng ALT có ý nghĩa ($p < 0,005$) liên quan đến NAFLD so với nhóm chứng đã được tìm thấy ở nghiên cứu chúng tôi. Chúng tôi cũng tìm thấy tăng GGT ở nhóm NAFLD so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu này ($39,1 \pm 12,5$ so với $33,6 \pm 11,9$; $p = 0,03$).

Tỷ lệ SNP rs226729 gen ADIPOQ. Sự phân bố SNP rs226729 trên gen ADIPOQ giữa NAFLD và nhóm chứng được thể hiện tại Bảng 2.

Bảng 2. Phân bố SNP rs226729 trên gen ADIPOQ giữa NAFLD và nhóm chứng

	NAFLD n (%)	Nhóm chứng n (%)	p value
Genotype			
C/C	10 (33,3%)	17 (53,1%)	0,001
C/G	11 (36,7%)	13 (40,6%)	
G/G	9 (30,0%)	2 (6,3%)	
Alen			
C	31 (51,7%)	47 (73,4%)	0,007
G	29 (48,3%)	17 (26,6%)	

Tính đa hình của rs226729 adiponectin có liên quan với NAFLD ($p = 0,001$). Phân tích từng nhóm cho thấy tỷ lệ người mang kiểu gen đồng hợp tử GG cao hơn ở nhóm bệnh nhân NAFLD (30,0%) so với nhóm chứng (6,3%). Ngược lại, tỷ lệ dị hợp tử CG và đồng hợp tử CC cao hơn ở nhóm chứng (40,6% và 53,1%) so với nhóm bệnh nhân NAFLD (36,7% và 33,3%). Khi phân tích từng alen giữa 2 nhóm, kết quả cho thấy alen G có liên quan đến NAFLD (48,3% so với 26,6%, $p = 0,007$).

Các yếu tố liên quan đến NAFLD

Phân tích hồi quy logistic được dùng để tìm các yếu tố liên quan đến NAFLD. Các biến liên quan bao gồm kiểu SNP, BMI, triglyceride, HDL-Cholesterol, LDL-Cholesterol, AST, ALT và GGT (Bảng 3). Kết quả nghiên cứu cho thấy BMI, ALT và triglyceride là những yếu tố tiên lượng mạnh của bệnh NAFLD ($p < 0,001$; $p < 0,001$ và $p = 0,008$, tương ứng). LDL-Cholesterol có mức yếu tố dự báo thấp hơn về bệnh NAFLD ($p = 0,014$).

Bảng 3. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố liên quan NAFLD

	OR	Khoảng tin cậy (CI) 95%	Giá trị p
rs226729 SNP			
Đồng trội			
CC	1,00	1,136 -	-

CG GG	2,124 1,153	4,093 0,291 - 9,274	0,022 0,589
Trội CC CG+GG	1,00 2,291	1,232 - 4,297	- 0,009
Lặn CC+CG GG	1,00 1,073	0,206 - 5,594	- 0,923
Alen C G	1,00 1,682	1,053 - 2,617	- 0,031
BMI	1,428	1,376 - 1,589	<0,001
Triglyceride	1,276	1,107 - 1,375	0,008
LDL- Cholesterol	1,401	1,119 - 1, 693	0,014
HDL- Cholesterol	1,563	0,305 - 4,762	0,892
ALT	1,022	1,008 - 1,037	<0,001
AST	1,031	1,015 - 1,048	0,391
GGT	1,037	0,216 - 5,051	0,416

Kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các SNP rs266729 của gen adiponectin, SNP rs266729 của adiponectin làm tăng nguy cơ NAFLD trong quần thể di truyền đồng trội và di truyền trội (OR = 2,124; 95% CI = 1,136 - 4,093, p = 0,022; CC so với CG; và OR = 2,29; 95% CI = 1,232 - 4,397; p = 0,009, CC so với CG - GG, tương ứng). Tần số alen nhỏ (MAF - minor allele frequency) (alen G) của SNP rs266729 trong NAFLD và nhóm chứng là 0,329 và 0,261. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được tìm thấy giữa hai nhóm liên quan đến tần số alen, alen rs266729 G làm tăng nguy cơ NAFLD so với alen C (OR = 1,68; 95% CI = 1,053 - 2,617; p = 0,031).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BMI, triglyceride, LDL-Cholesterol và ALT có liên quan đến nguy cơ mắc NAFLD. Ngoài LDL-Cholesterol dường như là yếu tố dự báo NAFLD thì BMI, triglyceride và ALT là các yếu tố tốt hơn để đánh giá nguy cơ dẫn đến NAFLD.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ nam và nữ gần như tương đồng ở nhóm chứng (42,8% so với 57,2%), thì tỷ lệ mắc NAFLD ở nam cao hơn nữ (63,3% so với 11,7%). Sự khác biệt này có thể là do vai trò bảo vệ của estrogen ở nữ và sự phân bố mỡ cơ thể giữa hai giới, nam thường dự

trữ chất béo ở bụng và nữ dự trữ chất béo trong mô dưới da [6]. Tăng ALT đặc hiệu cho tổn thương tế bào gan. Ở bệnh nhân NAFLD, ALT thường cao hơn AST. Kết quả nghiên cứu cho thấy tăng ALT có ý nghĩa (p < 0,005) liên quan đến NAFLD so với nhóm chứng đã được tìm thấy ở nghiên cứu chúng tôi. Mức độ tăng ALT thường liên quan đến viêm và/hoặc tổn thương tế bào gan, phản ánh mức độ xơ hoá gan ở bệnh nhân NAFLD, điều này tương đồng với nhiều nghiên cứu đã đưa ra [2]. Nồng độ GGT huyết thanh tăng cũng đã được chứng minh là có liên quan đến xơ hóa tiến triển ở bệnh nhân NAFLD [1]. Tăng GGT ở nhóm NAFLD so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu này (39,1± 12,5 so với 33,6 ± 11,9; p = 0,03).

Kết quả của nghiên cứu cho thấy alen G có liên quan đến NAFLD (48,3% so với 26,6%, p = 0,007) và tỷ lệ người mang kiểu gen đồng hợp tử GG cao hơn ở nhóm bệnh nhân NAFLD (30,0%) so với nhóm chứng (6,3%). Điều này tương đồng với nghiên cứu của Tokushige K., kết quả cho thấy tỷ lệ đồng hợp tử GG rs266729 adiponectin ở nhóm bệnh nhân NAFLD cao hơn so với nhóm chứng. Ngoài ra, trong nghiên cứu của Tokushige K. còn thấy mối liên quan giữa kiểu gen adiponectin với tiến triển xơ hoá gan ở bệnh nhân NAFLD [8]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nghiên cứu sự liên quan giữa SNP adiponectin và NAFLD trong mẫu dân số tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM. Một số nghiên cứu cho thấy SNP rs266729 (G/C) làm tăng nguy cơ NAFLD. Gần đây, có rất nhiều nghiên cứu đánh giá tác động của đa hình gen adiponectin đối với NAFLD ở các quần thể khác nhau [7]. Gupta AC và cs đã nghiên cứu chức năng SNP của gen adiponectin (G/C) ở NAFLD, và tìm thấy mối liên quan giữa các điểm đa hình di truyền và mức adiponectin và mức độ nặng của NAFLD [8]. Theo kết quả, chúng tôi tìm thấy kiểu gen đột biến di hợp của đột biến adiponectin C/G nhiều hơn đáng kể ở những bệnh nhân mắc NAFLD so với nhóm chứng. Trong một nghiên cứu khác, Song J và cs đã chứng minh rằng điểm đa hình adiponectin có liên quan đến việc tăng chỉ số khối cơ thể (BMI), tỷ lệ eo-hông và huyết áp tâm thu, tăng đường huyết lúc đói [7].

Kết quả nghiên cứu cho thấy BMI, triglyceride, LDL-Cholesterol và ALT có liên quan đến nguy cơ mắc NAFLD. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Tokushige K và Song J [7,8]. Theo Kim HK và cs, các yếu tố BMI, đường huyết lúc đói và LDL-cholesterol đóng vai trò lớn trong tiến triển của NAFLD. Điều này cũng được

hiều nghiên cứu và giả thiết về mối liên quan giữa hội chứng chuyển hoá và NAFLD. Những bệnh nhân NAFLD có thể làm giảm tình trạng gan nhiễm mỡ thông qua việc giảm cân, kiểm soát mỡ máu và đường huyết, và giảm men gan [3].

Các nghiên cứu trước đây cho thấy giảm cân có liên quan đến việc cải thiện tình trạng gan nhiễm mỡ và các cải thiện mô học khác [2, 4]. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy tầm quan trọng của việc kiểm soát trọng lượng cơ thể, không chỉ ở những người béo phì mà cả những người không béo phì, để giảm nguy cơ hoặc ngăn ngừa NAFLD [6]. Tăng ALT, AST và giảm số lượng tiểu cầu có liên quan đến mức độ nặng của NAFLD đã được tìm thấy ở nghiên cứu chúng tôi. Mức độ tăng AST, ALT và giảm số lượng tiểu cầu AST và ALT thường liên quan đến viêm và/hoặc tổn thương tế bào gan, phản ánh mức độ xơ hoá gan ở bệnh nhân NAFLD, điều này tương đồng với nhiều nghiên cứu đã đưa ra [1,6].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ G/G ở nhóm NAFLD cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng, tương tự allen G cũng gặp ở BN NAFLD nhiều hơn nhóm chứng. Người mang gen đồng trội CG có nguy cơ mắc NAFLD so với những người mang gen CC đồng trội. Người mang gen CG+GG trội có nguy cơ cao hơn nhóm CC, và mang allen G có nguy cơ cao hơn nhóm mang allen C mắc nguy cơ NAFLD. Người có chỉ số BMI cao nguy cơ NAFLD càng nhiều. Tăng

triglyceride, tăng LDL-Cholesterol và tăng ALT liên quan đến nguy cơ mắc NAFLD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Marchesini G, Brizi M, Bianchi G et al.** Non-alcoholic fatty liver disease. A feature of the metabolic syndrome. *Diabetes* 2001;50:1844-50.
2. **Orlik B, Handzlik G, Olszanecka GM.** "The role of adipokines and insulin resistance in the pathogenesis of nonalcoholic fatty liver disease" *Postepy Hig.Med.Dosw.(Online.)* 64 (2010): 212-19.
3. **Yoshioka K, Yoshida T, Umekawa T, Kogure A, Takakura Y, Toda H, et al.** Adiponectin gene polymorphism (G276T) is not associated with incipient diabetic nephropathy in Japanese type 2 diabetic patients. *Metabolism*. 2004;53(9):1223-6.
4. **Gupta AC, Misra R, Sakhuja P, Singh Y, Basir SF, Sarin SK.** Association of adiponectin gene functional polymorphisms (-11377C/G and +45T/G) with nonalcoholic fatty liver disease. *Gene*. 2012;496(1):63-7.
5. **Sanyal AJ.** AGA technical review on nonalcoholic fatty liver disease. *Gastroenterology*. 2002;123:1705-1725.
6. **Nishioji K, Sumida Y, Kamaguchi M, Mochizuki N, Kobayashi M, Nishimura T, Yamaguchi K, Itoh Y.** Prevalence of and risk factors for non-alcoholic fatty liver disease in a non-obese Japanese population, 2011-2012. *J Gastroenterol*. 2015;50:95-108
7. **Song J, da Costa KA, Fischer LM, Kohlmeier M, Kwok L, Wang S, et al.** Polymorphism of the PEMT gene and susceptibility to nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD). *FASEB J*. 2005;19(10):1266-71.
8. **Tokushige K, Hashimoto E, Noto H, Yatsuji S, Tanai M, Torii N, et al.** Influence of adiponectin gene polymorphisms in Japanese patients with non-alcoholic fatty liver disease. *J Gastroenterol*. 2009;44(9):976-82.

HOẠT ĐỘNG CÂU LẠC BỘ VÀ NHẬN THỨC, HÀNH VI VỀ TỰ CHĂM SÓC, ĐIỀU TRỊ CỦA THÀNH VIÊN CÂU LẠC BỘ NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS TẠI MỘT SỐ HUYỆN CỦA TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2017

Đỗ Duy Bình¹, Nguyễn Đức Thanh², Nguyễn Quốc Tiến²

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang trên bệnh nhân HIV/AIDS đang sinh hoạt tại câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS tại Thái Bình. Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn để phỏng vấn về thực trạng hoạt động

câu lạc bộ và nhận thức, hành vi về tự chăm sóc điều trị của thành viên câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS tại địa bàn nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Hình thức truyền thông của các câu lạc bộ tại 4 huyện nghiên cứu khá đa dạng, đã có sự kết hợp giữa thảo luận nhóm và xem tivi, băng đĩa trong các buổi sinh hoạt của câu lạc bộ (68,3%), tỷ lệ các đối tượng có nhận thức đúng về nguyên nhân gây bệnh chiếm 81,2% và phần lớn các đối tượng trong nghiên cứu (65,7%) biết về nội dung của tuân thủ điều trị là uống thuốc đúng giờ, đúng khoảng cách, tỷ lệ đối tượng bỏ, quên không, bỏ uống thuốc ARV trong tháng qua cao (86,9%). **Từ khóa:** HIV/AIDS, câu lạc bộ người nhiễm HI/AIDS, Thái Bình

¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Duy Bình

Email: binhapc@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 24.11.2020

SUMMARY**CLUB ACTIVITIES, AWARENESS AND BEHAVIOR ON SELF TREATMENT OF MEMBERS OF HIV-INFECTED PERSON CLUBS IN SOME DISTRICTS OF THAI BINH PROVINCE IN 2017**

Cross-sectional study on HIV/AIDS patients living at the club of persons with HIV/AIDS in Thai Binh. The study used questionnaires to ask about the club's activities and awareness and behavior on self-treatment of the members of HIV-infected person clubs in survey site. Results: Communication forms of clubs in the 4 studied districts were quite diversified, there was a combination of group discussion and TV/video watching in club activities (68.3%), the rate of respondents with right awareness of causes of HIV/AIDS accounted for 81.2%, and majority (65.7%) knew about medicine adherence for treatment is taking drugs on time and with right time interval. The rate of those who did not forget taking ARV drugs in the month before the survey was low (86.9%).

Key words: HIV/AIDS, HIV-infected person club, Thai Binh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Thái Bình trường hợp nhiễm HIV đầu tiên ở Thái Bình (năm 1996), tính đến ngày 29/9/2020 số trường hợp nhiễm HIV hiện còn sống là 2.181, trong đó số phụ nữ nhiễm HIV/AIDS là 743; Trẻ em nhiễm HIV/AIDS là 36; Số bệnh nhân đang điều trị thuốc ARV là 1.282 bệnh nhân [1]. Trong những năm gần đây các hoạt động phòng chống HIV/AIDS tại Thái Bình được triển khai mạnh mẽ, tích cực ở các cấp các ngành, tuy nhiên công tác phòng chống HIV/AIDS ở Thái Bình vẫn đứng trước nhiều khó khăn thách thức. Một trong những hoạt động mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân HIV/AIDS là thành lập và duy trì hoạt động của câu lạc bộ dành cho người nhiễm HIV/AIDS. Tuy nhiên, các nghiên cứu về hoạt động và hiệu quả hoạt động của câu lạc bộ còn hạn chế. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu sau: "*Hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS và nhận thức, hành vi về tự chăm sóc, điều trị của thành viên Câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS tại tỉnh Thái Bình năm 2017*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Những người nhiễm HIV/AIDS là thành viên đang sinh hoạt tại câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS tại tỉnh Thái Bình.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 4/2017 đến tháng 5/2018 tại 4 huyện Đông Hưng, Thái Thụy, Kiến Xương và Tiền Hải, tỉnh Thái Bình.

- **Giai đoạn 1:** Mục tiêu 1: Điều tra mô tả cắt

ngang thực trạng hoạt động CLB và nhận thức, hành vi về tự chăm sóc, điều trị của thành viên câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS của 04 huyện: Đông Hưng, Thái Thụy và Kiến Xương, Tiền Hải (điều tra trước can thiệp 4-5/2017).

3. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu định lượng sử dụng thiết kế nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu sử dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu

$Z_{1-\alpha/2}$: độ tin cậy 95% ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$)

p = tỷ lệ đối tượng có nhận thức đúng về chăm sóc, điều trị HIV ($p=0,5$ để có cỡ mẫu tối thiểu cần chọn lớn nhất).

d: sai số tuyệt đối lựa chọn ($d=0,05$).

Thay các giá trị trên vào công thức thu được $n = 384$. Thực tế chúng tôi đã điều tra số đối tượng là 420.

Kỹ thuật thu thập thông tin: Nghiên cứu tiến hành phỏng vấn trực tiếp đối tượng tham gia nghiên cứu bằng bộ phiếu phỏng vấn định lượng đã được thiết kế sẵn. Với điều tra viên là các cán bộ Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS Thái Bình, được tập huấn về nội dung và yêu cầu của cuộc điều tra, các kỹ năng tiếp cận và phỏng vấn để đảm bảo độ chính xác cao

Phân tích số liệu. Nghiên cứu định lượng, số liệu sau khi được thu thập sẽ được nhập 2 lần bằng phần mềm Epidata và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Số liệu được báo cáo dưới dạng số lượng, tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1 Thực trạng hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS****3.1.1 Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu**

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=420)

	Thông tin	SL	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	18 - 29	46	11,0
	30 - 39	153	36,4
	40 - 49	190	45,2
	50 - 59	26	6,2
	≥ 60	5	1,2
Giới tính	Nam	227	54,0
	Nữ	193	46,0
Tôn giáo	Phật giáo	302	71,9
	Thiên Chúa giáo	68	16,2

	Không theo tôn giáo nào	41	9,8
	Đạo tin lành	9	2,1
Nghề nghiệp	Nông dân	171	40,7
	Công nhân	139	33,1
	Thợ thủ công	13	3,1
	Lái xe	34	8,1
	Tự do	54	12,9

	Khác	9	2,2

Kết quả bảng trên cho thấy, về nhóm tuổi phần lớn đối tượng nghiên cứu trong nhóm tuổi từ 40-49 chiếm 45,2%. Tỷ lệ nam giới (54,0%) cao hơn nữ giới (46,0%). Tỷ lệ các đối tượng theo phật giáo chiếm cao nhất với 71,9%. Phần lớn các đối tượng trong nghiên cứu là nông dân chiếm 40,7%.

Bảng 2. Tỷ lệ đối tượng cho biết hình thức truyền thông tại CLB

Hình thức	Nam		Nữ		chung	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Thảo luận nhóm	48	21,1	33	17,1	81	19,3
Xem Tivi, xem băng đĩa	24	10,6	28	14,5	52	12,4
Cả hai hình thức trên	155	68,3	132	68,4	287	68,3
Tổng	227	100,0	193	100,0	420	100,0

Kết quả bảng 2 cho thấy, phần lớn các câu lạc bộ kết hợp 2 hình thức truyền thông là thảo luận nhóm và xem tivi, băng đĩa chiếm 68,3%. Tỷ lệ câu lạc bộ thực hiện một hình thức thảo luận nhóm chiếm 19,3% và thấp nhất là số câu lạc bộ thực hiện một hình thức truyền thông là xem tivi, băng đĩa chiếm 12,4%.

Bảng 3. Tỷ lệ đối tượng cho biết nội dung tham gia câu lạc bộ (n=420)

Nội dung	Nam		Nữ		chung	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Hướng dẫn cách tuân thủ điều trị ARV	116	57,4	109	64,1	225	60,5
Chia sẻ kinh nghiệm điều trị ARV	123	60,9	106	62,4	229	61,6
Hỗ trợ đi lại khi nhận dịch vụ	106	52,5	88	51,8	194	52,2

Qua kết quả bảng trên, chiếm tỷ lệ cao nhất là nội dung truyền thông về chia sẻ kinh nghiệm điều trị ARV chiếm 61,6%, tiếp theo là hướng dẫn cách tuân thủ điều trị ARV (60,5%).

3.1.2 Nhận thức, hành vi về tự chăm sóc, điều trị HIV của các đối tượng sinh hoạt tại câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS

Bảng 4. Tỷ lệ đối tượng biết về nguyên nhân gây bệnh HIV/AIDS

Nguyên nhân	Nam		Nữ		Chung	
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)
Vi khuẩn	9	4,0	10	5,2	19	4,5
Ký sinh trùng	18	7,9	11	5,7	29	6,9
Vi rút HIV	181	79,7	160	82,9	341	81,2
Nhiễm độc	5	2,2	4	2,1	9	2,1
Tác nhân khác	14	6,2	8	4,1	22	5,2
Tổng	227	100,0	193	100,0	420	100,0

Tỷ lệ đối tượng biết nguyên nhân gây bệnh là vi rút HIV chiếm cao nhất (81,2%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là số đối tượng cho rằng nguyên nhân gây bệnh HIV/AIDS là vi khuẩn và nhiễm độc chiếm tỷ lệ lần lượt là 4,5% và 2,1%.

Bảng 5. Tỷ lệ đối tượng cho biết thế nào là tuân thủ điều trị ARV (n=420)

Tuân thủ điều trị ARV	Nam		Nữ		Chung	
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)
Uống đúng thuốc	122	53,7	102	52,8	224	53,3
Uống đúng liều lượng	108	47,6	108	56,0	216	51,4
Uống đúng giờ, khoảng cách	145	63,9	131	67,9	276	65,7
Uống đều đặn suốt đời	83	36,6	96	49,7	179	42,6

Kết quả bảng 5 cho thấy, phần lớn các đối tượng trong nghiên cứu đã biết tuân thủ điều trị ARV là uống thuốc đúng giờ, đúng khoảng cách chiếm 65,7%, tiếp theo là uống đúng thuốc chiếm 53,3%. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là số đối tượng biết tuân thủ điều trị là uống thuốc đều đặn suốt đời chiếm 42,6%.

Bảng 6. Tỷ lệ đối tượng cho biết số lần bỏ/không uống thuốc ARV (n=420)

Số lần bỏ/không uống thuốc ARV	Nam		Nữ		Chung	
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)
0 lần	189	83,3	176	91,2	365	86,9
1 lần	29	12,8	12	6,2	41	9,8
2 lần	7	3,1	5	2,6	12	2,9
3 lần	2	0,9	0	0,0	2	0,5
Tổng	227	100,0	193	100,0	420	100,0

Về thực hành uống thuốc của đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ đối tượng không bỏ uống thuốc lần nào chiếm tỷ lệ cao nhất (86,9%), có đến 2,9% và 0,5% đối tượng bỏ thuốc 2, 3 lần trong tháng qua.

IV. BÀN LUẬN

1. Hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS tại địa bàn nghiên cứu

HIV/AIDS là một bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, hiện nay vẫn chưa có thuốc điều trị đặc hiệu cho bệnh lý này. Chính vì vậy, người nhiễm HIV/AIDS có kiến thức và kỹ năng tốt trong chăm sóc và điều trị bệnh có ý nghĩa vô cùng quan trọng. Với mong muốn người nhiễm HIV/AIDS được trang bị kiến thức và kỹ năng tốt trong quá trình sống chung với căn bệnh thế kỷ HIV/AIDS, các câu lạc bộ sinh hoạt cho người nhiễm đã được ra đời. Theo báo cáo kết quả thực hiện công tác Y tế 6 tháng đầu năm và nhiệm vụ trọng tâm 6 tháng cuối năm của Sở y tế, có 10 câu lạc bộ dành cho người nhiễm trên địa bàn tỉnh Thái Bình[1]. Các buổi sinh hoạt câu lạc bộ sử dụng các hình thức truyền thông hiệu quả, gần gũi và có ý nghĩa đối với đối tượng sẽ mang lại huyện quả truyền thông rất lớn. Qua kết quả điều tra của nghiên cứu này cho thấy, tại các câu lạc bộ người nhiễm tại 4 huyện nghiên cứu, phần lớn các câu lạc bộ đã thực hiện kết hợp cả hai hình thức truyền thông là thảo luận nhóm và xem tivi, băng đĩa chiếm 68,3%. Khi được xem các clip, video về các nội dung liên quan đến chăm sóc và điều trị HIV/AIDS đối tượng sẽ dễ dàng tiếp thu, hiểu được các thông tin mà câu lạc bộ muốn truyền đạt. Hơn nữa, khi được kết hợp với hoạt động thảo luận nhóm, các đối tượng được chia sẻ hiểu biết, quan điểm và kinh nghiệm trong chăm sóc điều trị bệnh điều này càng làm tăng hiệu quả truyền thông. Chính việc kết hợp các hình thức truyền thông có thể là một trong những yếu tố ảnh hưởng giúp tỷ lệ đối tượng biết được cách điều trị dự phòng và tự chăm sóc các triệu chứng nhiễm trùng cơ hội trong nghiên cứu là khá cao chiếm 69,7%. Đây cũng là một trong những tín hiệu đáng mừng thể hiện hiệu quả truyền thông về phòng chống HIV/AIDS. Chính vì vậy, việc xây dựng các câu lạc bộ với hình thức sinh hoạt phong phú, giúp đối tượng nhận thức và thực hành tốt về tự

chăm sóc, điều trị HIV/AIDS có vai trò quan trọng hơn bao giờ hết.

2. Nhận thức, hành vi về tự chăm sóc và điều trị HIV/AIDS của các đối tượng tham gia sinh hoạt câu lạc bộ người nhiễm trên địa bàn nghiên cứu

Một nghiên cứu cắt ngang về kiến thức, thái độ, niềm tin và thực hành đối với người nhiễm HIV/AIDS và điều trị bằng thuốc kháng vi-rút (ARV) đã được thực hiện ở Soweto, Nam Phi [2]. Trong số 105 bệnh nhân tới phòng khám HIV/AIDS được đánh giá, 89% có kiến thức tốt về nguyên nhân nhiễm HIV/AIDS kết quả trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về nguyên nhân gây bệnh và vi rút HIV chiếm 81,2%. Để thực hiện điều trị tốt bệnh HIV/AIDS thì việc tuân thủ uống thuốc như uống đúng thuốc, đúng thời gian và liều lượng là vô cùng quan trọng. Bệnh nhân HIV/AIDS điều trị bằng thuốc ARV cần đạt tỷ lệ tuân thủ 90% với điều trị để ngăn ngừa tiến triển và kháng thuốc [3]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 86,9% đối tượng không bỏ uống thuốc lần nào. Nếu tình trạng bỏ thuốc tiếp tục diễn ra thì nguy cơ kháng thuốc và giảm hiệu quả điều trị và tăng chi phí điều trị sẽ tăng lên. Điều này cần tích cực truyền thông, thay đổi nhận thức, thực hành của người nhiễm HIV/AIDS giúp nâng cao đời sống cũng như hiệu quả điều trị bệnh của thuốc ARV.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra được hình thức truyền thông của các câu lạc bộ tại 4 huyện nghiên cứu khá đa dạng, đã có sự kết hợp giữa thảo luận nhóm và xem tivi, băng đĩa trong các buổi sinh hoạt của câu lạc bộ (68,3%). Tỷ lệ các đối tượng nhận thấy hiệu quả khi tham gia câu lạc bộ về tăng hiểu biết về điều trị, dự phòng và lây nhiễm HIV/AIDS và tự chăm sóc các triệu chứng nhiễm trùng cơ hội là khá cao (69,7%). Tỷ lệ các đối tượng có nhận thức đúng về nguyên nhân gây bệnh chiếm 81,2% và tỷ lệ đối tượng quên

không, bỏ uống thuốc ARV lần nào trong tháng qua ở mức khá cao chiếm (86,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sở Y tế Thái Bình (2020)**, Báo cáo kết quả thực hiện công tác Y tế 6 tháng đầu năm và nhiệm vụ trọng tâm 6 tháng cuối năm. Số 401/BC-SYT ngày 13/7/2020.
2. **J. B. Nachega, D. A. Lehman, D. Hlatshwayo và các cộng sự. (2005)**, "HIV/AIDS and antiretroviral treatment knowledge, attitudes, beliefs, and practices in HIV-infected adults in Soweto, South Africa", *J Acquir Immune Defic Syndr*, **38(2)**, tr. 196-201.
3. **Lauren M. Terblanche và Ethelwynn L. Stellenberg (2014)**, "Patient knowledge of HIV and its treatment in South Africa", 2014, **6(1)**.

ĐẶC ĐIỂM NHÂN TRẮC VÀ SỰ TĂNG TRƯỞNG ĐẦU MẶT Ở TRẺ EM NGƯỜI KINH TỪ 7 ĐẾN 9 TUỔI BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐO TRỰC TIẾP

Trương Đình Khởi¹, Lương Ngọc Khuê², Đào Thị Dung³,
Trần Văn Tiến², Hà Ngọc Chiêu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm hình thái và tăng trưởng đầu mặt ở trẻ người Kinh 7 -9 tuổi bằng phương pháp đo trực tiếp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu dọc trên 206 trẻ 7 - 9 tuổi người Kinh tại trường Tiểu học Liên Ninh, Thanh trì, Hà Nội. **Kết quả:** Kích thước chu vi vòng đầu, chiều dài đầu, chiều rộng đầu ở nam lớn hơn ở nữ, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm khớp cắn theo phân loại Angle ($p>0,05$). Các kích thước đầu mặt tăng trưởng diễn ra liên tục theo tuổi, mức gia tăng và tỷ lệ gia tăng ở nữ lớn hơn ở nam ($p<0,05$). **Kết luận:** Các kích thước vùng đầu mặt ở nam lớn hơn ở nữ, tăng trưởng ở nữ có xu hướng sớm hơn ở nam.

Từ khóa: Chu vi vòng đầu, chiều dài đầu, chiều rộng đầu, nhân trắc đầu mặt

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CRANIOFACIAL ANTHROPOMETRY AND GROWTH IN KINH ETHNIC FROM 7 TO 9 YEARS OF AGE BY DIRECT MEASUREMENT – A LONGITUDINAL STUDY

Objectives: To determine craniofacial morphology and growth in Kinh ethnic from 7 to 9 years of age by direct anthropometry. **Subjects and methods:** A longitudinal study of 206 children (104 males, 102 females) from 7 to 9 years old in Lien Ninh primary school, Thanhtri, Hanoi. **Results:** Average of head circumference, length of head, width of head in male was larger than in female, there was not statistical difference among three groups of Angle classification

($p>0,05$). Head and face dimensions showed a continuous increase, level and rate of growth in female was larger than in male ($p<0,05$).

Conclusion: Most of craniofacial dimensions in male was larger than in female, facial growth in female was significantly sooner than in male.

Keywords: Head circumference, length of head, width of head, craniofacial anthropometry.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, có nhiều phương pháp hiện đại đo nhân trắc đầu – mặt: Đo nhân trắc đầu- mặt bằng ảnh kỹ thuật số chuẩn hóa, đo nhân trắc đầu – mặt bằng mô phỏng hình ảnh 3D. Tuy nhiên, phương pháp đo trực tiếp trên cơ thể sống vẫn được sử dụng rộng rãi tại các vị trí đo đặc mà phương pháp đo đặc gián tiếp không chính xác hoặc khó tiếp cận.

Trên thế giới, có một số nghiên cứu nhân trắc đầu- mặt bằng phương pháp trực tiếp: Nghiên cứu của Fakas L.G và CS (1992;2005) [1] thực hiện trên 1537 đối tượng người Caucasian khu vực Bắc Mỹ. Cleidy A và CS (2011) [2] nghiên cứu trên 458 trẻ người Colombia dựa trên 8 kích thước đo đặc trực tiếp; nghiên cứu nhân trắc đầu mặt của K.Albertsson Wikland (2002) [3]; nghiên cứu của L. Goto (2013)[4]; Olcay Neyzi (2015)[5]; L.Ran và CS (2017) [6]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Lê Đức Lánh (2000) [7], Trương Hoàng Lệ Thủy (2012)[8], Võ Trương Như Ngọc (2010). Các nghiên cứu được thực hiện trên người trưởng thành chiếm đa số, nghiên cứu trên các đối tượng 7-9 tuổi còn ít, cỡ mẫu nhỏ, số lượng biến số nghiên cứu còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đặc điểm nhân trắc và tăng trưởng đầu-mặt ở trẻ em người Kinh từ 7 đến 9 tuổi bằng phương pháp đo trực tiếp” với mục tiêu: xác định đặc điểm nhân trắc đầu – mặt ở trẻ em người Kinh 7 tuổi và mô tả mức độ

¹Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-Đại học Y Hà Nội

²Cục Khám chữa bệnh và Cục Y tế dự phòng- Bộ Y tế

³Khoa Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội;

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Khởi

Email: bskhoirhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2020

Ngày duyệt bài: 20.11.2020

tăng trưởng, tỷ lệ tăng trưởng đầu-mặt từ 7-9 tuổi ở nhóm đối tượng trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 206 trẻ em người Kinh 7 tuổi bao gồm 104 nam và 102 nữ.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng là người dân tộc Kinh, có bố mẹ, ông bà nội ngoại là người Kinh, không điều trị chỉnh hình răng mặt trước và trong thời gian nghiên cứu, không có dị tật bẩm sinh, không có biến dạng xương hàm, không mắc bệnh ảnh hưởng đến tăng trưởng của cơ thể và vùng đầu – mặt, không có viêm nhiễm hoặc chấn thương nghiêm trọng vùng hàm mặt, trẻ và người thân của trẻ (cha mẹ hoặc người giám hộ) đồng ý tham gia nghiên cứu. Đã mọc đầy đủ đủ bốn răng hàm lớn thứ nhất và chàm khớp hai hàm, khớp cắn theo phân loại Angle hai bên trái và phải giống nhau thể hiện cùng phân loại khớp cắn loại I, II và III Angle.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đối tượng không đủ các tiêu chuẩn lựa chọn.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 3/2017 đến tháng 12/2019 tại trường Tiểu học Liên Ninh, Thanh Trì, Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Bảng 3.1. Giá trị trung bình các kích thước nhân trắc đầu mặt ở trẻ em người Kinh 7 tuổi bằng phương pháp đo trực tiếp

Kích thước đầu mặt		Phân loại khớp cắn theo Angle				P
		Loại I	Loại II	Loại III	Chung	
cvvd	Nam	516,28±14,06	515,2±12,29	516,24±12,19	515,9±12,78	0,1326
	Nữ	510,76±10,51	510,52±11,04	510,81±13,99	510,7±11,75	0,1121
	P ₁	0,0110	0,0037	0,0099	0,0027	
	Chung	513,48±12,61	512,93±11,85	513,57±13,29	513,33±12,53	0,1086
eu-eu	Nam	140,75±5,3	139,6±5,15	140,15±5,12	140,17±5,16	0,1324
	Nữ	137,78±4,92	137±5,17	138,03±4,78	137,61±4,93	0,0754
	P ₁	0,0156	0,0417	0,0195	0,0003	
	Chung	139,25±5,29	138,34±5,28	139,11±5,03	138,9±5,2	0,0741
gl-op	Nam	158,53±6,32	158,11±4,48	158,52±5,12	158,38±5,32	0,1131
	Nữ	156,62±4,81	155,88±5,04	155,75±4,81	156,11±4,85	0,0867
	P ₁	0,0206	0,0372	0,0284	0,0016	
	Chung	157,56±5,65	157,03±4,86	157,15±5,12	157,26±5,21	0,0978
po-n	Nam	102,334,76	102,295,01	102,395,2	102,344,94	0,0879
	Nữ	100,114,67	100,455,2	100,135,12	100,234,94	0,0989
	P ₁	0,0577	0,1440	0,0813	0,0725	
	Chung	101,214,82	101,45,15	101,285,25	101,295,04	0,0938
po-pr	Nam	112,14±5,22	122,83±5,97	106,88±5,38	114,07±8,6	P _{I-II} ; P _{I-III} ; P _{II-III} < 0,017
	Nữ	109,73±5,06	120,85±6,22	104,13±5,14	111,57±8,74	P _{I-II} ; P _{I-III} ; P _{II-III} < 0,017
	P ₁	0,0590	0,1848	0,0589	0,0699	
	Chung	110,92±5,24	121,87±6,13	105,52±5,4	112,83±8,74	P _{I-II} ; P _{I-III} ; P _{II-III} < 0,017

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu dọc.

Vật liệu và phương tiện nghiên cứu: dụng cụ khám, thước dây, compa nhân trắc và thước kẹp điện tử.

Các điểm mốc giải phẫu [1]: Điểm bên đầu (eu- eurion), điểm trên gốc mũi (gl-glabella), điểm sau đầu (op- opisthocranion), điểm ống tai ngoài (po- porion), điểm lõm mũi (n – nasion), điểm nhú lợi hàm trên (pr- prosthion). Các kích thước đo đặc [1] (đơn vị: mm): Chu vi vòng đầu (cvvd), chiều rộng đầu (eu-eu), chiều dài đầu (gl-op), khoảng cách po-pr, khoảng cách po-n.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu sau khi thu thập được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Tiến hành nghiên cứu trên các đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu, được Hội đồng đạo đức Y sinh học của trường Đại học Y Hà Nội cấp giấy chấp thuận số 47/HĐĐĐĐHYHN ngày 12/01/2017.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 206 đối tượng trẻ em 7 tuổi dân tộc Kinh bao gồm 104 nam và 102 nữ bằng phương pháp đo trực tiếp cho kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm nhân trắc đầu – mặt

P1 (Sample t-test) so sánh giá trị trung bình giữa hai giới tính, P (One way ANOVA kết hợp Bonferoni test): So sánh giá trị trung bình giữa ba nhóm khớp cắn loại I, II và III Angle

Nhận xét: Kích thước chu vi vòng đầu (cvvd), chiều rộng đầu (eu-eu), chiều dài đầu (gl-op) ở nam giới lớn hơn ở nữ giới có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), tuy nhiên, không có sự khác biệt giữa ba nhóm theo phân loại khớp cắn Angle ($p > 0,05$).

3.2. Đặc điểm tăng trưởng đầu – mặt

Bảng 3.2. Mức tăng trưởng và tỷ lệ gia tăng các kích thước đầu-mặt bằng phương pháp đo trực tiếp từ 7-9 tuổi có khớp cắn loại I Angle

Mức độ thay đổi			Tuổi			p
			7-8	8-9	7-9	
cvvd	Mức gia tăng (mm)	Nam	8,11±2,48	8,69±2,77	16,81±3,88	0,4678***
		Nữ	8,78±2,69	9,38±3,00	18,16±4,06	0,7273***
		P ₁	0,3504**	0,3162**	0,1090**	
		Chung	8,45±2,59	9,04±2,89	17,49±4,00	0,4265***
	Tỷ lệ gia tăng (%)	Nam	1,57±0,50	1,67±0,56	3,27±0,81	0,7178***
		Nữ	1,72±0,55	1,81±0,60	3,57±0,85	0,9399***
		P ₁	0,2290**	0,2649**	0,0978*	
		Chung	1,65±0,52	1,74±0,58	3,42±0,84	0,8388***
eu-eu	Mức gia tăng (mm)	Nam	2,44±0,94	2,64±0,96	5,08±1,38	0,3776*
		Nữ	2,89±1,07	2,97±1,07	5,86±1,49	0,7497*
		P ₁	0,0626*	0,1645*	0,0232*	
		Chung	2,67±1,03	2,81±1,02	5,48±1,48	0,4116*
	Tỷ lệ gia tăng (%)	Nam	1,74±0,68	1,84±0,67	3,62±0,99	0,5279*
		Nữ	2,11±0,79	2,12±0,76	4,27±1,10	0,9412*
		P ₁	0,0596*	0,0642*	0,0099*	
		Chung	1,93±0,75	1,98±0,72	3,95±1,09	0,6411*
gl-op	Mức gia tăng (mm)	Nam	2,92±1,11	2,97±1,13	5,89±1,55	0,8280***
		Nữ	2,95±1,13	3±1,15	5,95±1,53	0,7419***
		P ₁	0,9112*	0,9591**	0,8744*	
		Chung	2,93±1,11	2,99±1,14	5,92±1,53	0,6831***
	Tỷ lệ gia tăng (%)	Nam	1,84±0,71	1,86±0,75	3,74±1,07	0,6543***
		Nữ	1,89±0,73	1,9±0,77	3,82±1,06	0,6507***
		P ₁	0,7962*	0,7571**	0,7489*	
		Chung	1,87±0,72	1,88±0,76	3,78±1,06	0,5362***
po-n	Mức gia tăng (mm)	Nam	2,11±0,71	2,22±0,72	4,33±1,24	0,3530*
		Nữ	2,27±0,73	2,57±0,8	4,84±1,07	0,1095*
		P ₁	0,3485*	0,0571*	0,0666*	
		Chung	2,19±0,72	2,4±0,78	4,59±1,18	0,0624*
	Tỷ lệ gia tăng (%)	Nam	2,08±0,74	2,15±0,75	4,28±1,35	0,5459*
		Nữ	2,29±0,77	2,5±0,76	4,85±1,10	0,2434*
		P ₁	0,2433*	0,0511*	0,0522*	
		Chung	2,19±0,76	2,33±0,77	4,57±1,25	0,1864*
po-pr	Mức gia tăng (mm)	Nam	3,22±0,83	3,5±0,88	6,72±1,03	0,3595***
		Nữ	3,84±0,90	4,05±0,91	7,89±1,04	0,2200***
		P ₁	0,0087**	0,0101*	<0,001*	
		Chung	3,53±0,91	3,78±0,93	7,32±1,19	0,1310***
	Tỷ lệ gia tăng (%)	Nam	2,9±0,83	3,04±0,75	6,02±1,04	0,4925*
		Nữ	3,51±0,86	3,58±0,83	7,21±1,06	0,7595*
		P ₁	0,0027*	0,0046*	<0,001*	
		Chung	3,21±0,89	3,31±0,83	6,62±1,20	0,4882*

P1: So sánh giá trị trung bình giữa hai giới tính (*: sample t-test, **: Mann – Whitney test), P: So sánh mức gia tăng và tỷ lệ gia tăng từ 7-8 tuổi và từ 8-9 tuổi (*: paired t-test, ***: Wilcoxon test)

Nhận xét: Các kích thước chu vi vòng đầu (cvvd), chiều dài đầu (gl-op), kích thước po-n mức độ gia tăng và tỷ lệ gia tăng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới tính, giữa 7-8 tuổi và 8-9 tuổi ($p>0,05$).

Bảng 3.3. Mức tăng trưởng và tỷ lệ gia tăng các kích thước đầu-mặt bằng phương pháp đo trực tiếp từ 7-9 tuổi có khớp cắn loại II Angle

Mức độ thay đổi			Tuổi			p
			7-8	8-9	7-9	
cvvd	Mức gia tăng (mm)	Nam	8,86±2,77	9,4±2,83	18,26±4,31	0,3468***
		Nữ	9,52±3,04	9,94±2,89	19,45±4,15	0,5476***
		P ₁	0,2410**	0,3667**	0,2921**	
		Chung	9,18±2,90	9,66±2,85	18,84±4,24	0,2618***
	Tỷ lệ gia tăng (%)	Nam	1,73±0,56	1,8±0,57	3,56±0,91	0,6583***
		Nữ	1,86±0,60	1,92±0,58	3,82±0,84	0,8372***
		P ₁	0,1870**	0,3171**	0,2667**	
		Chung	1,79±0,58	1,86±0,57	3,69±0,88	0,5371***
eu-eu	Mức gia tăng (mm)	Nam	2,66±1,00	2,86±1,06	5,51±1,44	0,4269*
		Nữ	3,09±1,13	3,27±1,21	6,36±1,83	0,4753*
		P ₁	0,0974*	0,1356*	0,0370*	
		Chung	2,87±1,08	3,06±1,14	5,93±1,69	0,2802*
	Tỷ lệ gia tăng (%)	Nam	1,91±0,75	2,01±0,76	3,96±1,08	0,5898*
		Nữ	2,26±0,84	2,34±0,87	4,66±1,37	0,6608*
		P ₁	0,0738*	0,0985*	0,0224*	
		Chung	2,08±0,80	2,17±0,83	4,3±1,27	0,4836*
gl-op	Mức gia tăng (mm)	Nam	2,97±1,15	3,06±1,16	6,03±1,69	0,9461***
		Nữ	3±1,2	3,09±1,21	6,09±1,10	0,7591***
		P ₁	0,9204*	0,9042**	0,8584*	
		Chung	2,99±1,17	3,07±1,18	6,06±1,42	0,7681***
	Tỷ lệ gia tăng (%)	Nam	1,88±0,74	1,91±0,74	3,83±1,11	0,3297***
		Nữ	1,92±0,76	1,97±0,81	3,92±0,76	0,9217***
		P ₁	0,8337*	0,5640**	0,6793*	
		Chung	1,9±0,75	1,93±0,77	3,87±0,95	0,5034***
po-n	Mức gia tăng (mm)	Nam	2,29±0,75	2,4±0,77	4,69±1,02	0,5542*
		Nữ	2,42±0,79	2,67±0,82	5,09±1,16	0,2223*
		P ₁	0,4615*	0,1716*	0,1299*	
		Chung	2,35±0,77	2,53±0,80	4,88±1,10	0,1979*
	Tỷ lệ gia tăng (%)	Nam	2,26±0,80	2,29±0,74	4,61±1,08	0,8648*
		Nữ	2,43±0,82	2,62±0,86	5,11±1,29	0,3451*
		P ₁	0,3903*	0,1000*	0,0830*	
		Chung	2,34±0,81	2,45±0,81	4,85±1,20	0,4296*
po-pr	Mức gia tăng (mm)	Nam	3,91±0,92	4,14±0,94	8,06±1,35	0,2724***
		Nữ	4,24±0,97	4,73±0,98	8,97±1,36	0,0450***
		P ₁	0,0927**	0,0146*	0,0071*	
		Chung	4,07±0,95	4,43±1,00	8,5±1,42	0,0296***
	Tỷ lệ gia tăng (%)	Nam	3,2±0,79	3,28±0,76	6,59±1,16	0,6690*
		Nữ	3,51±0,84	3,79±0,86	7,45±1,27	0,1938*
		P ₁	0,1117*	0,0104*	0,0047*	
		Chung	3,36±0,82	3,53±0,84	7,0±1,28	0,2064*

P₁: So sánh giá trị trung bình giữa hai giới tính (*: sample t-test, **: Mann – Whitney test), P: So sánh mức gia tăng và tỷ lệ gia tăng từ 7-8 tuổi và từ 8-9 tuổi (*: paired t-test, ***: Wilcoxon test)

Nhận xét: Các kích thước chu vi vòng đầu (cvvd), chiều dài đầu (gl-op), kích thước po-n mức độ gia tăng và tỷ lệ gia tăng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới tính, giữa 7-8 tuổi và 8-9 tuổi ($p>0,05$).

Bảng 3.4. Mức tăng trưởng và tỷ lệ gia tăng các kích thước đầu-mặt bằng phương pháp đo trực tiếp từ 7-9 tuổi có khớp cắn loại III Angle

Mức độ thay đổi			Tuổi			p
			7-8	8-9	7-9	
cvvd	Mức gia tăng (mm)	Nam	7,33±2,53	7,91±2,63	15,24±4,09	0,1800***
		Nữ	8,06±2,61	8,59±2,83	16,66±4,76	0,1511***
		P ₁	0,1539**	0,2531**	0,2250**	
		Chung	7,69±2,58	8,25±2,73	15,94±4,45	0,0530***
	Tỷ lệ gia tăng (%)	Nam	1,43±0,51	1,52±0,53	2,96±0,85	0,3574***
		Nữ	1,58±0,53	1,66±0,58	3,28±1,00	0,4772***
		P ₁	0,0866**	0,1785**	0,1765**	
		Chung	1,5±0,52	1,59±0,55	3,12±0,93	0,2278***
eu-eu	Mức gia tăng (mm)	Nam	2,27±0,88	2,48±0,94	4,76±1,20	0,3783*
		Nữ	2,69±1,03	2,84±1,02	5,53±1,65	0,4746*
		P ₁	0,0848*	0,1447*	0,0337*	
		Chung	2,48±0,97	2,66±0,99	5,14±1,48	0,2513*
	Tỷ lệ gia tăng (%)	Nam	1,62±0,61	1,75±0,66	3,4±0,85	0,4545*
		Nữ	1,96±0,79	2,03±0,75	4,03±1,27	0,6730*
		P ₁	0,0549*	0,1099*	0,0202*	
		Chung	1,79±0,72	1,89±0,71	3,71±1,12	0,3973*
gl-op	Mức gia tăng (mm)	Nam	2,85±1,06	2,88±1,08	5,73±1,61	0,8760***
		Nữ	2,91±1,09	2,94±1,08	5,84±1,59	0,7669***
		P ₁	0,8294*	0,8510**	0,7698*	
		Chung	2,88±1,07	2,91±1,07	5,78±1,59	0,7556***
	Tỷ lệ gia tăng (%)	Nam	1,81±0,69	1,8±0,70	3,64±1,09	0,4914***
		Nữ	1,87±0,72	1,86±0,72	3,77±1,10	0,6334***
		P ₁	0,7184*	0,3378**	0,6256*	
		Chung	1,84±0,70	1,83±0,71	3,7±1,09	0,4290***
po-n	Mức gia tăng (mm)	Nam	1,79±0,60	1,85±0,67	3,64±0,82	0,7210*
		Nữ	1,97±0,69	2,09±0,69	4,06±0,91	0,5014*
		P ₁	0,2651*	0,1498*	0,0523*	
		Chung	1,88±0,65	1,97±0,68	3,85±0,89	0,4575*
	Tỷ lệ gia tăng (%)	Nam	1,76±0,61	1,76±0,59	3,55±0,78	0,9660*
		Nữ	1,96±0,67	2,07±0,74	4,08±0,99	0,5408*
		P ₁	0,2013*	0,0655*	0,0601*	
		Chung	1,86±0,65	1,92±0,68	3,81±0,92	0,6284*
po-pr	Mức gia tăng (mm)	Nam	2,73±0,76	3,12±0,82	5,85±1,09	0,0516***
		Nữ	3,06±0,80	3,41±0,87	6,47±0,95	0,2958***
		P ₁	0,0713**	0,1800*	0,0176*	
		Chung	2,89±0,79	3,26±0,85	6,15±1,06	0,0342***
	Tỷ lệ gia tăng (%)	Nam	2,53±0,60	2,85±0,74	5,45±0,87	0,0890*
		Nữ	2,96±0,82	3,17±0,77	6,22±0,90	0,3834*
		P ₁	0,0196*	0,0994*	<0,001*	
		Chung	2,74±0,75	3,01±0,77	5,83±0,96	0,0764*

P1: So sánh giá trị trung bình giữa hai giới tính (*: sample t-test, **: Mann – Whitney test), P: So sánh mức gia tăng và tỷ lệ gia tăng từ 7-8 tuổi và từ 8-9 tuổi (*: paired t-test, ***: Wilcoxon test)

Nhận xét: Chu vi vòng đầu (cvvd) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức gia tăng từ 8-9 tuổi và từ 7-8 tuổi chung cho hai giới (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đầu mặt ở trẻ 7 tuổi người Kinh bằng phương pháp đo trực tiếp

Các kích thước chu vi vòng đầu (cvvd), chiều rộng đầu (eu-eu), chiều dài đầu (gl-op) có sự

khác biệt thống kê giữa hai giới, ở nam lớn hơn ở nữ (p<0,05; sample t-test), trong khi đó, kích thước po-n và po-pr thì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Lê Đức Lành

(2000) [7], So sánh với nghiên cứu của Cleidy.A và cộng sự (2011) [2] nghiên cứu trên trẻ 7 tuổi ở người Colombian vùng Nam Mỹ, cho kết quả các kích thước chu vi vòng đầu và chiều rộng đầu tương đồng so với người Colombian, tuy nhiên, kích thước chiều dài đầu trong nghiên cứu này nhỏ hơn. Các kích thước đầu mặt trong nghiên cứu nhỏ hơn kích thước trong nghiên cứu của K.Albertsson Wikland và cộng sự (2002) [3]. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của L. Ran và cộng sự (2017) [6] khi so sánh với nhóm tuổi 4-6 tuổi và 7-10 tuổi trong nghiên cứu của L. Ran trên 20000 trẻ em người Trung Quốc, có sự khác biệt hay tương đồng là do sự khác biệt hay tương đồng về chủng tộc.

4.2. Đặc điểm tăng trưởng từ 7-9 tuổi người kinh bằng phương pháp đo trực tiếp

Kích thước chiều rộng đầu (eu-eu) khi so sánh giữa hai giới ở cùng loại khớp cắn từ 7-9 tuổi thì mức độ gia tăng và tỷ lệ gia tăng ở nữ lớn hơn ở nam giới đối với cả ba loại khớp cắn theo phân loại Angle ($p < 0,05$); mức độ gia tăng và tỷ lệ gia tăng kích thước po-pr có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới ở cùng loại khớp cắn khoảng tăng trưởng từ 7-9 tuổi, ở nữ có lớn hơn ở nam, khoảng tăng trưởng 8-9 tuổi lớn hơn so với khoảng tăng trưởng từ 7-8 tuổi ($p < 0,05$). Nhìn chung, các kích thước vùng đầu – mặt đều có xu hướng tăng trưởng theo từng năm có ý nghĩa thống kê ở cả hai giới và ở mỗi loại khớp cắn theo phân loại Angle, kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Đức Lánh (2000) [7], tuy vậy, Lê Đức Lánh thấy rằng: Mức tăng trưởng chậm lại giai đoạn 12-15 tuổi và ở nữ có mức gia tăng nhỏ hơn ở nam; điều này khác biệt với nghiên cứu này là do độ tuổi nghiên cứu của Lê Đức Lánh từ 12-15 tuổi, là thời kỳ đã đạt đỉnh tăng trưởng và chậm lại, trong nghiên cứu này, độ tuổi từ 7-9 tuổi là thời điểm trước đỉnh tăng trưởng. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Trương Hoàng Lê Thủy, Nguyễn Thị Kim Anh (2012) [8] cho thấy tăng trưởng diễn ra liên tục theo tuổi và tăng trưởng ở nữ giới có xu hướng diễn ra sớm hơn ở nam giới. So sánh mức độ gia tăng và tỷ lệ gia tăng ở trẻ em 7-9 tuổi ở Bắc Mỹ theo nghiên cứu của Farkas (1992) [1], thấy rằng trẻ em người Kinh từ 7-9 tuổi có mức gia tăng và tỷ lệ gia tăng cao hơn trẻ em ở Bắc Mỹ. Mức gia tăng và tỷ lệ gia tăng các kích thước vùng đầu- mặt ở trẻ em người Kinh lớn hơn trẻ em người Colombian giai đoạn từ 7-9 tuổi theo nghiên cứu của Cleidy.A và cộng sự (2010) [2].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu dọc thực hiện bằng phương pháp đo trực tiếp nhân trắc đầu – mặt trên 206 trẻ em 7 -9 tuổi người Kinh (104 nam, 102 nữ), rút ra kết luận sau: Các kích thước chu vi vòng đầu, chiều dài đầu, chiều rộng đầu ở nam lớn hơn nữ 7 tuổi, kích thước po-n và po-pr không có sự khác biệt giữa hai giới, các kích thước không có sự khác biệt giữa các loại khớp cắn theo phân loại Angle, trừ kích thước po-pr ở khớp cắn loại I và II lớn hơn loại III Angle. Sự tăng trưởng diễn ra liên tục và đều đặn giai đoạn từ 7-9 tuổi, mức độ gia tăng và tỷ lệ gia tăng đều đặn giữa hai khoảng tăng trưởng 7-8 tuổi và 8-9 tuổi, một số kích thước ở nữ có xu hướng tăng trưởng sớm hơn ở nam với mức gia tăng và tỷ lệ tăng trưởng từ 8-9 tuổi lớn hơn từ 7-8 tuổi.

Lời cảm ơn. Trân trọng cảm ơn những đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu, cảm ơn sự giúp đỡ của Ban giám hiệu trường Tiểu học Liên Ninh, Thanh Trì, Hà Nội. Xin chân thành cảm ơn Viện Răng Hàm Mặt – Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện cho chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Farkas L. G et al (1992). Anthropometric growth study of the head. Cleft Palate - Craniofacial Journal, 29(4), 303-308.
2. Cleidy A. et al (2011). A mixed longitudinal anthropometric study of craniofacial growth of Colombian mestizos 6-17 years of age, The European Journal of Orthodontics, 33, 441-449.
3. K.Albertsson Wikland et al (2002). Swedish population – based longitudinal reference values from birth to 18 years of age for height, weight and head circumference, Acta Paediatr Scand Suppl, 91, 739-754.
4. L.Goto et al (2013). 3D anthropometric data set of the head and face of children aged 0,5-7 years for design applications, Proc. of the 4th International Conference on 3D Body Scanning Technologies, Long Beach CA, USA, 19-20 November 2013.
5. Olcay neyzi et al (2015). Reference values for weight, height, head circumference and body mass index in Turkey children, J Clin Res Pediatr Endocrinol; 7(4), 280-293.
6. L. Ran et al (2017). Anthropometric measurement of the head of chinese children, Springer International Publishing AG 2017, V.G. Duffy (Ed.): DHM 2017, Part I, LNCS 10286, pp. 39–46, 2017.
7. Lê Đức Lánh (2007). Sự phát triển hình thái đầu mặt của trẻ em Việt Nam từ 12-15 tuổi. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 11(2), 68-78.
8. Trương Hoàng Lê Thủy, Nguyễn Thị Kim Anh (2012). Sự thay đổi hình thái vùng mặt ở trẻ em Việt Nam từ 6 đến 12 tuổi. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 16(2), 69-77.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH THÔNG TRƯỚC VỠ TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY

Trần Trung Kiên*, Nguyễn Thế Hào*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh túi phình động mạch thông trước vỡ trên phim chụp cắt lớp vi tính đa dây (MSCT). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu trên 86 bệnh nhân phình mạch thông trước vỡ, được điều trị tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2018 đến 12/2018. **Kết quả:** tuổi trung bình là $55,9 \pm 11,9$; nhỏ nhất là 26 tuổi, lớn nhất là 81 tuổi. 82,6% có chảy máu dưới nhện, 48,8% có chảy máu não thất, 15,1% chảy máu trong não. Hướng túi phình lên trên chiếm 37,2%, trong khi hướng ra trước và xuống dưới chiếm tỷ lệ 27,9%, túi phình ra sau chiếm 7%. Tỷ lệ động mạch não trước cân đối là 26,7%, thiếu sản A1 chiếm 69,8%: A1 trái ưu thế là 50%, A1 phải ưu thế là 19,8%, không có 1 A1 (Azygos) chiếm 3,5% trong đó: không có A1 trái là 1,2%, không có A1 phải là 2,3%. 1 túi phình 94,2%, 2 túi phình 4,6%, 3 túi phình 1,2%, túi phình nhỏ chiếm đa số 98,8%. Đa số túi phình có tỷ lệ đáy cổ ≤ 2 chiếm 87,2%. Đa số túi phình hình túi chiếm 96,4%, 23,3% có co thắt mạch não. **Kết luận** MSCT có dụng hình mạch đánh giá hiệu quả với trường hợp vỡ túi phình động mạch thông trước mặc dù túi phình đa phần là kích thước nhỏ và có tỷ lệ co thắt mạch là 23,3%.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính, phình mạch thông trước, chảy máu dưới nhện.

SUMMARY

RESEARCH ON IMAGE CHARACTERISTIC OF ANTERIOR COMMUNICATING ARTERY RUPTURE IN MULTISLICE COMPUTER TOMOGRAPHY (MSCT)

Objective: Research on image characteristic of anterior communicating artery aneurysm rupture in MSCT. **Method:** Descriptive study on 86 patients with anterior rupture anterior aneurysm, treated at Bach Mai Hospital from January 2018 to December 2018. **Results:** Average age is 55.9 ± 11.9 ; the youngest is 26 years old, the oldest is 81 years old. 82,6% subarachnoid hemorrhage, 48,8% intraventricular hemorrhage and 15,1% intracerebral hemorrhage. The direction of saccular upwards accounts for 37.2%, while the forward and downward direction accounts for 27.9%, and the posterior saccular accounts for 7%. The proportion of the anterior cerebral artery is balanced at 26.7%, with minimum A1 accounting for 69.8%: A1 left dominant is 50%, A1 predominant is

19.8%, Azygos A1 accounts for 3.5%: without A1 left is 1.2%, without A1 is 2.3%. 1 aneurysm of 94.2%, 2 aneurysms of 4.6% bulge, 3 aneurysms of 1.2% bulge, small aneurysm the majority of 98.8% Most aneurysms have the rate of neck bottom ≤ 2 , accounting for 87.2%. The majority of saccular aneurysms accounted for 96.4%, and 23.3% had cerebral vasospasm. **Conclusions:** MSCT has angiogram to evaluate its effectiveness in case of rupture of anterior communicating aneurysm, although the aneurysm is mostly small in size and has a vasospasm rate of 23.3%.

Keywords: CT scanner, anterior communicating artery, subarachnoid hemorrhage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi phình động mạch thông trước được bao quanh bởi hệ thống mạch máu phức tạp với nhiều biến thể về giải phẫu. Phẫu thuật túi phình thông trước gặp khó khăn trong các trường hợp vỡ túi phình trong mổ, túi phình khổng lồ, canxi hóa cổ túi phình. Do vậy, dẫn tới các sai lầm trong phẫu thuật để lại hậu quả nặng nề: tử vong, liệt 2 chi dưới, rối loạn về nhận thức: ra quyết định, định hướng [1,7].

Kỹ thuật chụp MSCT đang được phát triển trong vòng hơn mười năm qua với tốc độ quay bóng nhanh hơn, bóng có công suất lớn hơn và các chương trình thuật toán chính xác, nó là một kỹ thuật chụp hình thể tích không xâm nhập. Hình ảnh có thể có được một cách an toàn mà không cần phải chọc động mạch hay luồn ống thông. Những bệnh nhân chụp mạch bằng MSCT hầu như không có nguy cơ nào ngoài nguy cơ có liên quan đến thuốc cản quang. Tuy nhiên ưu việt nhất là sự ra đời của các máy chụp cắt lớp đa dây, đem lại sự cải thiện về thời gian chụp rõ rệt.

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả hình ảnh trên cắt lớp vi tính đa dây có dụng hình mạch não của vỡ túi phình động mạch thông trước.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. **Đối tượng nghiên cứu:** 86 bệnh nhân được chẩn đoán là vỡ phình động mạch thông trước và được phẫu thuật tại khoa phẫu thuật Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội năm 2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu

+ BN được chẩn đoán xác định vỡ TP động mạch thông trước.

*Khoa phẫu thuật thần kinh bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Kiên

Email: trantrungkien300684@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 25.11.2020

+ BN hoặc người nhà đồng ý tham gia vào nhóm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- + BN được chẩn đoán có TP vỡ nhưng tình trạng lâm sàng nặng
- + BN có bệnh lý suy tim, suy thận có chạy thận chu kỳ, rối loạn đông máu.
- + BN hoặc gia đình không đồng ý tham gia vào nhóm nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu cắt ngang

2.2. Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tuổi giới.
- Hướng túi phình: ra trước, lên trên, ra sau, xuống dưới.
- Động mạch não trước 2 bên: Cân đối, A1 trái ưu thế A1 phải ưu thế Không có A1 trái, Không có A1 phải
- Số lượng túi phình, chiều dài túi phình, đường kính cổ túi phình, chỉ số đáy cổ, hình dáng túi phình, co thắt mạch.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tuổi, giới: Nghiên cứu của chúng tôi trên 86 BN với tuổi trung bình là $55,9 \pm 11,9$; nhỏ nhất là 26 tuổi, lớn nhất là 81 tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả khác khi nghiên cứu về TP ĐMN vỡ như Trần Anh Tuấn $55,12 \pm 12,62$. Nhóm tuổi vỡ phình mạch thông trước ở nam từ 40-69 chiếm 84%, đối với nữ lứa tuổi >50 chiếm 80,6%. Nhóm tuổi 40-49, nam có 26%, nữ là 16,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=303$, nhóm tuổi ≥ 70 nam có 2% nữ là 25%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,001$.

3.2. Đặc điểm hình ảnh học trên MSCT

Đặc điểm tổn thương vỡ túi phình trên phim chụp CLVT

Vị trí		Số BN	Tỉ lệ%
Chảy máu dưới màng nhện		71	82,6
Chảy máu nhu mô não	Thùy trán và Thái dương	13	15,1
	Thùy đảo	0	0,0
	Thế trãi	1	1,2
Chảy máu dưới màng cứng		5	5,8
Chảy máu não thất		46	48,8
Giãn não thất		4	4,7
Phù não		9	10,5

Nhận xét: Hình ảnh chảy máu dưới nhện trên cắt lớp vi tính thường phát hiện được trong 82,6% các trường hợp, chảy máu nhu mô não có 15,1% chảy máu thùy trán lan ra thái dương,

trong số đó có 1,2% trường hợp chảy máu vào thể chai, không có trường hợp nào chảy máu vào thùy đảo. Có 5,8% trường hợp có chảy máu lớn trong nhu mô và kèm theo chảy máu dưới màng cứng. 48,8% trường hợp chảy máu não thất, 4,7% giãn não thất và 10,5% có phù não.

Bảng 3.2. Hướng túi phình (n=86)

Hướng túi phình	Số BN	Tỉ lệ%
Ra trước	24	27,9
Xuống dưới	24	27,9
Lên trên	32	37,2
Ra sau	6	7

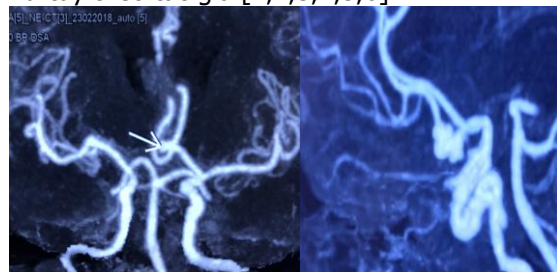
Nhận xét: Hướng túi phình lên trên chiếm 37,2%, trong khi hướng ra trước và xuống dưới chiếm tỷ lệ 27,9%, túi phình ra sau chiếm 7%.

Bảng 3.3. Động mạch não trước A1 2 bên (n=86)

Động mạch não trước A1 2 bên	Số BN	Tỉ lệ%
Cân đối	23	26,7
A1 trái ưu thế	43	50
A1 phải ưu thế	17	19,8
Không có A1 trái	1	1,2
Không có A1 phải	2	2,3

Nhận xét: Tỷ lệ động mạch não trước cân đối là 26,7%, thiếu sản A1 chiếm 69,8%: A1 trái ưu thế là 50%, A1 phải ưu thế là 19,8%, không có 1 A1 (Azygos) chiếm 3,5% trong đó: không có A1 trái là 1,2%, không có A1 phải là 2,3%.

MSCT còn cho phép phân tích hình dạng và hướng của túi phình, nó cho phép chẩn đoán chính xác huyết khối trong lòng túi phình, độ dày của huyết khối. Khi đã thu nhận được hình ảnh ta có thể đánh giá hình ảnh theo mọi hình thái dựa vào tái tạo hai chiều và ba chiều. Đây là ưu điểm vượt trội của MSCT so với chụp mạch số hóa xóa nền, mặc dù gần đây cũng đã có chụp mạch số hóa ba chiều. Do vậy, MSCT đang được sử dụng rộng rãi ở nước ngoài để phát hiện phình mạch nội sọ với độ nhạy khoảng 70-96% tùy theo kích thước túi phình, thể hệ máy cũng như tùy theo tác giả [1,2,3,4,5,6].



Hình 1: Hình ảnh túi phình động mạch trên phim MSCT dựng hình mạch:

A: Túi phình nhỏ, tỷ lệ đáy cổ 1, góc giữa cổ

túi phình và A2 động mạch não trước rộng. BN Tổng Đăng D, 49 tuổi.

B: Túi phình lớn, nhiều múi, tỷ lệ đáy cổ 1,9, động mạch A2 đi sát vào cổ túi phình, BN Văn Xuân S, 50 tuổi.

Bảng 3.4. Hình ảnh túi phình trên phim chụp CLVT (n=86)

Hình ảnh trên phim	n	%
Số lượng túi phình	1	81
	2	4
	3	1
Chiều dài túi phình	< 5mm	43
	5-10mm	42
	> 10 mm	1
	Mean $\pm$ SD	5,5 $\pm$ 2,1
Đường kính cổ túi phình	< 4mm	70
	$\geq$ 4mm	16
	Mean $\pm$ SD	3,0 $\pm$ 1,5
Chỉ số đáy cổ	> 2	11
	$\leq$ 2	75
Hình dáng túi phình	Hình túi	83
	Nhiều múi	1
	Hình đồng hồ cát	1
	Thoi	1
Co thắt mạch	Có	20
	Không	66

Nhận xét: Số lượng túi phình: 1 túi phình 94,2%, 2 túi phình 4,6%, 3 túi phình 1,2%.

Kích thước túi phình: <5mm chiếm 50%, 5-10mm chiếm 48,8%, túi phình nhỏ chiếm đa số 98,8%, 1,2% trường hợp túi phình lớn kích thước 11- 25mm, không có trường hợp nào túi phình khổng lồ >25mm, kích thước trung bình túi phình là 5,5 $\pm$ 2,1 mm. Đường kính cổ túi phình 3,0 $\pm$ 1,5 mm, đa phần là túi phình với cổ nhỏ <4mm: 81,4 %.

Đa số túi phình có tỷ lệ đáy cổ $\leq$ 2 chiếm 87,2%.

Đa số túi phình hình túi chiếm 96,4%, có 1,2% túi phình nhiều múi, 1,2% túi phình hình đồng hồ cát, 1,2% túi phình hình thoi.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi thấy 20/86 BN (23,3%) có co thắt mạch não. Theo Karam Moon và cộng sự cũng cho kết quả đa phần túi phình có kích thước nhỏ, kích thước trung bình là 5,8mm, túi phình nhỏ <3mm là yếu tố khó khăn cho can thiệp mạch. Theo Matsukawa và cộng sự kích thước túi phình thông trước vỡ là 5,5 mm (4,5mm-7mm), kích thước túi phình thông trước chưa vỡ là 3,1 mm (2mm-5mm), kết quả cho thấy kích thước túi phình vỡ lớn hơn so với chưa vỡ, khác biệt có ý

nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Để có phương thức tiếp cận phù hợp, phẫu thuật viên cần có đầy đủ thông tin về tình trạng chảy máu não, não thất, phù não, ngoài ra hình ảnh 3D của hệ thống phức hợp thông trước cũng như hình ảnh túi phình cũng cần được nghiên cứu kỹ lưỡng trước khi can thiệp can thiệp. Với nguyên tắc chính: 1/ Thương tổn tối thiểu tới bán cầu ưu thế, 2/ tách được các nhánh xuyên đi ra từ cổ của động mạch thông trước tránh làm thương tổn khi đặt clip vĩnh viễn. Cổ túi phình động mạch thường ở phía bên động mạch ưu thế, đáy túi phình hướng về phía đối diện, do vậy, thông thường để tránh vỡ túi phình trong mổ khi tiếp cận ngay vào đáy túi phình phẫu thuật viên lựa chọn hướng tiếp cận từ phía động mạch ưu thế, kiểm soát được tốt dòng máu đi vào túi phình, và phức hợp động mạch thông trước.

V. KẾT LUẬN

MSCT có dựng hình mạch đánh giá hiệu quả với trường hợp vỡ túi phình động mạch thông trước mặc dù túi phình đa phần là kích thước nhỏ và có tỷ lệ co thắt mạch là 23,3%.

KIẾN NGHỊ

Phương pháp chụp MSCT có dựng hình động mạch não là phương pháp an toàn, hiệu quả nên được áp dụng rộng rãi để giúp chẩn đoán và can thiệp nhanh và để lại ít biến chứng cho bệnh nhân vỡ phình động mạch thông trước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Max Wintermark et al (2003), Multislice computerized tomography angiography in the evaluation of intracranial aneurysms: a comparison with intraarterial digital subtraction angiography, J neurosurg 98: 828-836.
2. Mehmet Teksam and al (2004), Multi-section CT angiography for detection of cerebral aneurysms, AJNR Am J neuroradiol 25: 1485-1492.
3. Michel Piotin, MD, PhD, Laurent Spelle, MD, PhD, Charbel Mounayer, MD, Marco T. Salles-Rezende, MD, Daniel Giansante-Abud, MD, Ricardo Vanzin-Santos, MD, and Jaques Moret, MD (2007), Intracranial Aneurysms: Treatment with Bare Platinum Coils – Aneurysm Packing, Complex Coils, and Angiographic Recurrence, Radiology; 243:500-508 RSNA.
4. Philip M. White, Evelyn M. Teasdale, Joanna M. Wardlaw, MD, and Valerie Easton (2001), Intracranial Aneurysms: CT Angiography and MR Angiography for Detection- Prospective Blinded Comparison in a Large patient Cohort, Radiology; 219:739-749, RSNA.
5. Pozzi-Mucelli F, Bruni S, Doddi M, Calgaro A, Braini M, Cova M (2003), Detection of intracranial aneurysms with 64 channel multidetector row computer tomography: Comparison with digital subtraction angiography,

European Journal of Radiology, Volume 64, Issue 1, Pages 15-26.

6. **Teran W. Colen, Lilian C.Wang, Basavaraj V. Ghodke, Wendy A. Cohen, William Hollingworth, Yoshimi Anzai (2007)**, Effectiveness of MDCT Angiography for the Detection of Intracranial Aneurysms in Patients

with Nontraumatic Subarachnoid hemorrhage, AJR: 189:898-903, October.

7. **Trần Anh Tuấn (2008)**, Nghiên cứu giá trị chẩn đoán phình ĐM não bằng máy cắt lớp vi tính 64 dãy, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, Trường đại học Y Hà Nội

TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI BẰNG BÀI THUỐC ĐỘC HOẠT KÝ SINH THANG KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM

Nguyễn Vinh Quốc, Đỗ Thị Tuyền

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang kết hợp điện châm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 45 bệnh nhân thoái hóa khớp gối tuổi từ 39-85, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Các bệnh nhân được điều trị bằng uống bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang dạng sắc kết hợp điện châm trong thời gian 18 ngày, so sánh kết quả trước và sau điều trị. **Kết quả:** điểm VAS trung bình giảm từ $5,47 \pm 1,01$ (điểm) trước điều trị xuống $1,67 \pm 0,56$ (điểm) sau điều trị, điểm Lequesne trung bình giảm từ $13,47 \pm 2,00$ (điểm) trước điều trị xuống $4,98 \pm 2,02$ (điểm) sau điều trị, ROM duỗi khớp gối trung bình giảm từ $10,36 \pm 3,08$ (độ) trước điều trị xuống $3,21 \pm 4,21$ (độ) sau điều trị, ROM gấp khớp gối trung bình tăng từ $105,89 \pm 10,24$ (độ) trước điều trị lên $128,11 \pm 5,25$ (độ) sau điều trị, khác biệt có ý nghĩa thống kê. 88,89% đạt hiệu quả điều trị tốt và khá. **Kết luận:** Độc hoạt ký sinh thang kết hợp điện châm hiệu quả trong điều trị thoái hóa khớp gối.

Từ khóa: thoái hóa khớp gối, Độc hoạt ký sinh thang, điện châm.

SUMMARY

THE EFFECTS OF DOC HOAT KY SINH DECOCTION COMBINED WITH ELECTRIC ACUPUNCTURE IN TREATMENT KNEE OSTHEOARTHRITIS

Objectives: the purpose of the research is to evaluate the analgesic effect of Doc hoạt ký sinh decoction combined with electric acupuncture in treatment of patients with knee osteoarthritis. Subject and Method: 45 patients with knee osteoarthritis aged 39-85, regardless of gender, occupation, volunteer for research. Researchers combined using Doc hoạt ký sinh decoction with electric acupuncture for 18 days, comparing the results before and after treatment. **Results:** the average VAS score decreased from

5.47 ± 1.01 (points) pre-treatment to 1.67 ± 0.56 (points) post-treatment. The average Lequesne score decreased from 13.47 ± 2.00 (points) pre-treatment to 4.98 ± 2.02 (points) post-treatment. The average ROM stretching knee decreased from 10.36 ± 3.08 (degree) pre-treatment to 3.21 ± 4.21 (degree) post-treatment. The average ROM folded knee increased from 105.89 ± 10.24 pre-treatment to 128.11 ± 5.25 (degree) post-treatment, the difference was statistically significant. 88,89% of patients achieved good and fair results after treatment. **Conclusion:** the treating method using Doc hoạt ký sinh decoction with electric acupuncture had effect in knee osteoarthritis.

Keywords: knee osteoarthritis, Doc hoạt ký sinh decoction, electric acupuncture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối (THKG) là bệnh xương khớp mãn tính thường gặp ở người cao tuổi, xếp hàng thứ ba trong bệnh lý thoái hóa khớp nói chung với biểu hiện lâm sàng cơ bản đau, hạn chế vận động khớp [1]. Các tổn thương trong THK gối có thể là nguyên nhân phát sinh các bệnh lý với hậu quả nghiêm trọng ảnh hưởng tới sinh hoạt và lao động của người bệnh, thậm chí dẫn tới tàn phế [1]. Mục tiêu điều trị THKG hiện nay là kiểm soát triệu chứng, cải thiện khả năng vận động, hạn chế nguy cơ tàn phế, nâng cao chất lượng cuộc sống và tránh những tác dụng không mong muốn của thuốc [1].

Trong Y học cổ truyền (YHCT), THKG không có bệnh danh riêng mà thuộc về chứng Tý. Bệnh tiến triển mạn tính, thường ở người cao tuổi do nguyên khí suy yếu, can thận hư, tà khí nhân cơ hội xâm nhập mà gây bệnh [2]. Nhiều phương pháp điều trị THKG đã được ứng dụng trong thực tế lâm sàng và mang lại những kết quả khả quan, được minh chứng bằng những bằng chứng khoa học [2], [3], [4]...

Độc hoạt ký sinh thang (ĐHKST) là bài thuốc cổ phương có tác dụng khu phong trừ thấp, bổ khí huyết, ích can thận, chỉ tý thống, được nhiều thầy thuốc YHCT lựa chọn điều trị các bệnh lý thoái hóa khớp mang lại hiệu quả khả quan [4],

*Viện Y học cổ truyền Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vinh Quốc

Email: quocnguyenvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020

Ngày duyệt bài: 23.11.2020

[5]... Để tăng cường hiệu quả điều trị, rút ngắn thời gian nằm viện, nhanh chóng hồi phục sức khỏe, cải thiện chất lượng sống cho người bệnh, nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang kết hợp điện châm và tác dụng không mong muốn của phương pháp.

II. CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

- Chất liệu nghiên cứu: Bài thuốc cổ phương ĐHKST [6] (Độc hoạt 12g, Tang ký sinh 20g, Quế tâm 06g, Phòng phong 12g, Xuyên khung 08g, Đỗ trọng 12g, Cam thảo 06g, Xích thược 12g, Đường quy 12g, Tần giao 12g, Tế tân 04g, Ngưu tất 12g, Thục địa 16g, Đảng sâm 12g, Phục linh 12g. Đạt tiêu chuẩn dược điển Việt Nam IV). Thuốc được chiết bằng máy chiết xuất và đóng gói tự động tại Viện YHCT Quân đội, một thang đóng thành 2 túi, mỗi túi 120ml.

- Phương tiện nghiên cứu: Máy điện châm đa năng KWD808 I, thước đo biên độ khớp gối của hãng Shinwa Nhật bản, thước đo thang điểm VAS, kim châm cứu 1 lần các cỡ. Dụng cụ, trang bị khác theo yêu cầu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu. 45 bệnh nhân (BN) tuổi từ 39 – 85 được chẩn đoán THK gối nguyên phát theo tiêu chuẩn ACR (1991), thuộc giai đoạn 1, 2 theo tiêu chuẩn Xquang của Kellgren và Lawrence (1987) [1]. Không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Điều trị nội trú tại Viện YHCT Quân đội từ 09/2019 – 03/2020. Không đưa vào nghiên cứu các bệnh khớp gối không do thoái hóa (chấn thương, gãy xương, lao khớp gối, ung thư khớp), có tổn thương da, tổ chức dưới da vùng quanh khớp gối, BN có tiền sử dị ứng, suy gan, suy thận, suy tim, đái tháo đường, phụ nữ có thai...

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh kết quả trước và sau điều trị. Các BN được điều trị thống nhất theo phác đồ sau: điện châm theo phác đồ huyết do Bộ Y tế ban hành năm 2013 (gồm các huyệt

Huyệt hải, Lương khâu, Độc ty, Tật nhãn, Ủy trung, Dương lăng tuyền, Thái xung, Tam âm giao, Thái khê, Thận du, Quan nguyên x 30 phút/lần/ngày) [7]. Kết hợp uống nước sắc bài thuốc ĐHKST x 02 túi/ngày vào buổi sáng và buổi chiều sau ăn 15 phút. Liệu trình điều trị 18 ngày.

2.4. Chỉ tiêu theo dõi và đánh giá

- Lâm sàng: tần số mạch, chỉ số huyết áp. Đánh giá mức độ giảm đau theo thang điểm VAS, mức độ cải thiện chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne, mức độ cải thiện tâm vận động khớp gối theo các mức độ tốt, khá, trung bình, kém [1]. Đánh giá kết quả điều trị chung dựa trên phương pháp tính hiệu suất giảm tổng điểm căn cứ các chỉ số VAS, Lequesne, ROM khớp gối sau điều trị so với tổng điểm trước điều trị, phân thành các loại hiệu quả tốt (triệu chứng lâm sàng hết hẳn hoặc cơ bản hết, mức độ giảm trên 70% so với trước điều trị), khá (triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt, mức độ giảm từ 50% đến dưới 70% so với trước điều trị), trung bình (triệu chứng lâm sàng có chuyển biến, mức độ giảm từ 30% đến dưới 50% so với trước điều trị) và không kết quả (triệu chứng lâm sàng chuyển biến không rõ rệt hoặc nặng thêm, mức độ giảm dưới 30% so với trước điều trị).

- Cận lâm sàng: Số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, nồng độ huyết sắc tố, creatinin, glucose, AST, ALT.

Các chỉ tiêu theo dõi lâm sàng, cận lâm sàng được đánh giá tại các thời điểm trước và sau khi kết thúc liệu trình điều trị.

- Tác dụng không mong muốn của phương pháp: mệt mỏi, vùng châm, thay đổi mạch, huyết áp, mẩn ngứa, đau bụng, buồn nôn, nôn, đi ngoài lỏng, chảy máu, nhiễm khuẩn tại chỗ.

2.5. Xử lý số liệu. Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học bằng phần mềm SPSS 16.0 for Windows. Các thuật toán được áp dụng: Tính tỷ lệ phần trăm, tính số trung bình mẫu, độ lệch chuẩn, so sánh số trung bình theo thuật toán T-Student, so sánh các tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 , Fisher Exact.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

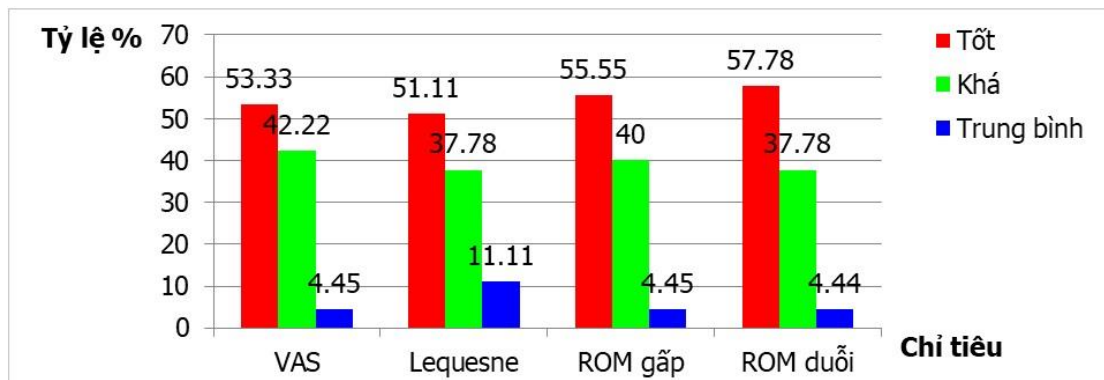
3.1. Hiệu quả điều trị của phương pháp

Bảng 1. Mức độ cải thiện các triệu chứng lâm sàng sau điều trị (n = 45; $\bar{x} \pm SD$)

Chỉ tiêu		Trước điều trị ⁽¹⁾	Sau điều trị ⁽²⁾	p ₁₋₂
Mức độ đau	VAS trung bình	5,47 ± 1,01	1,67 ± 0,56	<0,01
	Mức chênh	3,80 ± 0,92		
Chức năng vận động khớp gối	Điểm Lequesne trung bình	13,47 ± 2,00	4,98 ± 2,02	<0,01

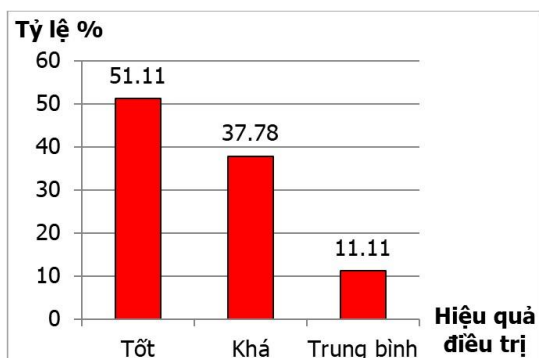
	Mức chênh	8,50 ± 1,66		
Tầm vận động gấp khớp gối	ROM gấp trung bình	105,89 ± 10,24	128,11 ± 5,25	<0,05
	Mức chênh	22,22 ± 8,70		
Tầm vận động duỗi khớp gối	ROM duỗi trung bình	10,36 ± 3,08	3,21 ± 4,21	<0,05
	Mức chênh	2,22 ± 3,80		

Sau điều trị, mức độ cải thiện các triệu chứng lâm sàng chuyển biến rõ rệt. Điểm VAS trung bình, chỉ số Lequesne trung bình, ROM duỗi khớp gối trung bình giảm có ý nghĩa so với trước điều trị ($p < 0,01$; $p < 0,05$). Mức giảm chỉ số VAS trung bình so với trước điều trị là $3,80 \pm 0,92$ (điểm), mức giảm chỉ số Lequesne trung bình so với trước điều trị là $8,50 \pm 1,66$ (điểm), mức giảm chỉ số ROM duỗi khớp gối so với trước điều trị là $2,22 \pm 3,80$ (độ). ROM gấp khớp gối trung bình tăng có ý nghĩa so với trước điều trị ($p < 0,05$), mức tăng chỉ số ROM gấp khớp gối so với trước điều trị là $22,22 \pm 8,70$ (độ).



Biểu đồ 1. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng sau điều trị

Sau điều trị, các triệu chứng lâm sàng được cải thiện rõ rệt. Tất cả các BN đều giảm đau ở các mức độ khác nhau, trong đó loại tốt 24 BN (53,33%), khá 19 BN (42,22%), trung bình 2 BN (4,45%). Hiệu quả cải thiện chức năng hoạt động khớp gối theo thang điểm Lequesne đạt 100% từ mức trung bình trở lên trong đó tốt 23 BN (51,11%), khá 17 BN (37,78%). 100% đều cải thiện tầm vận động gấp và duỗi gối, hiệu quả cải thiện gấp khớp gối đạt mức tốt và khá chiếm 95,55%, hiệu quả cải thiện duỗi khớp gối đạt mức tốt và khá chiếm 95,56%. Không có trường hợp nào không đạt hiệu quả điều trị (mức kém).



Biểu đồ 2. Hiệu quả điều trị chung các bệnh nhân nghiên cứu

Sau điều trị, 23 BN (51,11%) đạt hiệu quả điều trị đánh giá ở mức tốt, 17 BN (37,78%) đạt mức khá. Chỉ có 5 BN (11,11%) đạt mức trung bình, không có trường hợp nào hiệu quả điều trị đánh giá ở mức kém.

3.2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp

- Lâm sàng: Trong liệu trình điều trị, gặp 2 trường hợp bị sôi bụng, đại tiện lỏng ngay đầu sau uống thuốc sắc, sau khi điều chỉnh cách uống thuốc, các triệu chứng này tự hết sau 2 ngày. Không gặp BN nào có biểu hiện mệt mỏi, vụng châm, mẩn ngứa, đau bụng, buồn nôn, nôn, chảy máu, nhiễm khuẩn tại chỗ.

Bảng 2. Thay đổi huyết áp và tần số mạch sau điều trị (n=45; $\bar{x} \pm SD$)

Chỉ tiêu	Trước điều trị ⁽¹⁾	Sau điều trị ⁽²⁾	p ₁₋₂
Tần số mạch (lần/phút)	75,7 ± 3,7	76,1 ± 3,8	>0,05
Huyết áp tối đa (mmHg)	118,6 ± 3,2	119,5 ± 3,1	>0,05
Huyết áp tối thiểu (mmHg)	71,2 ± 3,6	70,9 ± 3,9	>0,05

Tần số mạch, chỉ số huyết áp sau điều trị thay đổi không có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p > 0,05$).

- Cận lâm sàng:

Bảng 3. Thay đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu sau điều trị ($n=45$; $\bar{X} \pm SD$)

Chỉ tiêu	Trước điều trị ⁽¹⁾	Sau điều trị ⁽²⁾	p_{1-2}
Hồng cầu (T/l)	$4,28 \pm 0,36$	$4,29 \pm 0,29$	$>0,05$
Huyết sắc tố (g/l)	$128,40 \pm 11,04$	$129,41 \pm 9,48$	$>0,05$
Bạch cầu (G/l)	$6,77 \pm 1,58$	$6,70 \pm 1,30$	$>0,05$
Tiểu cầu (G/l)	$244,15 \pm 65,69$	$245,35 \pm 56,75$	$>0,05$
Glucose (mmol/l)	$5,53 \pm 0,88$	$5,40 \pm 0,56$	$>0,05$
Creatinin ($\mu\text{mol/l}$)	$75,31 \pm 15,35$	$74,76 \pm 11,64$	$>0,05$
AST (U/l)	$23,49 \pm 6,89$	$23,03 \pm 4,90$	$>0,05$
ALT (U/l)	$20,83 \pm 8,86$	$20,07 \pm 5,07$	$>0,05$

Sau 18 ngày điều trị bằng bài thuốc ĐHKST kết hợp điện châm, các chỉ số huyết học và sinh hóa thay đổi không có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Cơ sở lựa chọn phương pháp điều trị. THKG là bệnh thuộc chứng tý, "Tý" là bế tắc, không thông. Bệnh tiến triển mạn tính, thường ở người cao tuổi do nguyên khí suy yếu, can thận hư, tà khí phong - hàn - thấp nhân cơ hội xâm nhập vào kinh mạch gây bế tắc dẫn đến khí huyết vận hành trở trệ, bì phu cân cốt cơ nhục khớp xương đau tức ê ẩm tê bì, nặng thì khớp sưng lên co duỗi khó khăn [2]. Pháp điều trị thường được sử dụng là khứ phong, trừ thấp, thông kinh hoạt lạc, bổ can thận và hoạt huyết chỉ thống [2].

Bài thuốc ĐHKST là bài cổ phương, tác dụng chủ yếu là khu phong trừ thấp, bổ khí huyết, ích can thận, chỉ tý thống. Đây là bài thuốc trị các chứng phong hàn thấp tý, can thận hư, gồm hai nhóm thuốc cơ bản: lấy khứ tà làm chủ (độc hoạt, tế tân, phòng phong, tần giao, đế khu, phong thấp giảm đau) và lấy phù chính làm chủ (đẳng sâm, cam thảo, phục linh, thực địa, xích thước, xuyên khung, đương quy có tác dụng hoạt huyết hóa ứ) gia tang ký sinh, đỗ trọng, ngưu tất để bổ can thận mạnh eo lưng, đầu gối, mạnh gân xương. Vì vậy bài thuốc này được nhiều thầy thuốc YHCT vận dụng điều trị chứng tý nói chung trong đó có THKG [4], [5]...

Điện châm là phương pháp điều trị không dùng thuốc YHCT đã được sử dụng từ ngàn đời nay và đã được chứng minh có hiệu quả rất tốt trong điều trị nhiều chứng bệnh trong đó có bệnh lý xương khớp [2], [5]... Theo YHCT, điện châm có tác dụng hành khí, hoạt huyết, thông kinh hoạt lạc từ đó có tác dụng chỉ thống (giảm đau). Theo Y học hiện đại, điện châm có thể thông qua tác động tại chỗ, phản ứng tiết đoạn và phản ứng toàn thân kích thích phản ứng cơ thể làm giảm hàm lượng Cathecholamin, tăng hàm lượng Achetylcholin và làm sản sinh Endorphin nội sinh, từ đó giúp đạt hiệu quả giảm đau, tăng cường sức cơ, cải thiện độ vững chắc

của khớp, đồng thời tăng cường tuần hoàn, dinh dưỡng cho khớp giúp làm chậm quá trình thoái hóa [4], [5], [8].

Để tăng cường hiệu quả cũng như rút ngắn thời gian điều trị, giúp người bệnh nhanh chóng hồi phục sức khỏe, cải thiện chất lượng cuộc sống thì cần phối hợp nhiều phương pháp điều trị, trong đó có sử dụng những phương pháp không dùng thuốc. Đây là cơ sở để chúng tôi lựa chọn thực hiện nghiên cứu này.

4.2. Hiệu quả điều trị. Đau là triệu chứng chính khiến bệnh nhân phải nhập viện điều trị. Đau trong THKG có thể do gai xương làm kéo căng các tận cùng thần kinh ở màng xương hoặc do kích thích từ các rạn nứt nhỏ xương dưới sụn gây nên [1]. Đánh giá đúng và quản lý tốt tình trạng đau của BN góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh. Hiện có nhiều phương pháp đánh giá mức độ đau được ứng dụng trên lâm sàng [1], [4], [5]. Chúng tôi sử dụng thang điểm VAS để đánh giá về mức độ đau vì là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện, đang được công nhận và áp dụng rộng rãi trên thế giới [1], [4], [5]... Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng đau của các BN THKG cải thiện tốt sau điều trị, điểm VAS trung bình trước điều trị là $5,47 \pm 1,01$ giảm xuống còn $1,67 \pm 0,56$ sau điều trị với mức chênh $3,80 \pm 0,92$ điểm. Hiệu quả giảm đau theo đạt kết quả tốt và khá chiếm 95,55%. Kết quả này phù hợp nghiên cứu của Nguyễn Giang Thanh và cộng sự (2013) điều trị THKG bằng phương pháp kết hợp giữa cấy chỉ và bài thuốc ĐHKST nhận thấy sau 30 ngày điều trị, triệu chứng đau giảm ở nhóm kết hợp bài thuốc và cấy chỉ giảm nhanh và nhiều hơn so với nhóm dùng thuốc đơn thuần, điểm VAS trung bình giảm từ $7,47 \pm 1,22$ trước điều trị xuống còn $1,13 \pm 1,22$ sau điều trị, khác biệt có ý nghĩa thống kê [4].

Tác dụng giảm đau của phương pháp kết hợp bài thuốc ĐHKST và điện châm đã giúp cải thiện

chức năng hoạt động cũng như tầm vận động khớp gối. Điểm Lequesne trung bình đã giảm từ $13,47 \pm 2,00$ trước điều trị xuống còn $,98 \pm 2,02$ với mức chênh $8,50 \pm 1,66$ (điểm) sau điều trị, khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$. Hiệu quả cải thiện chức năng hoạt động khớp gối theo thang điểm Lequesne đạt mức tốt 51,11% và 37,78% mức khá. ROM duỗi khớp gối trung bình giảm có ý nghĩa so với trước điều trị với mức giảm so với trước điều trị là $2,22 \pm 3,80$ (độ). ROM gấp khớp gối trung bình tăng có ý nghĩa so với trước điều trị với mức tăng so với trước điều trị là $22,22 \pm 8,70$ (độ). Hiệu quả cải thiện gấp khớp gối đạt mức tốt và khá chiếm 95,55% và 95,56% đối với duỗi khớp gối. Kết quả này tương tự nhận xét của Nguyễn Giang Thanh cũng như một số tác giả khác khi nghiên cứu điều trị THKG bằng kết hợp thuốc YHCT và phương pháp không dùng thuốc [4], [3]...

Để đánh giá hiệu quả chung của phương pháp, chúng tôi tính hiệu suất giảm tổng điểm căn cứ các chỉ số VAS, Lequesne, ROM khớp gối sau điều trị so với tổng điểm trước điều trị. Kết quả cho thấy 51,11% BN đạt hiệu quả điều trị đánh giá ở mức tốt, 37,78% đạt mức khá, chỉ có 11,11% đạt mức trung bình và không có trường hợp nào hiệu quả điều trị đánh giá ở mức kém. Như vậy, kết hợp bài thuốc ĐHKST và điện châm có thể rút ngắn thời gian điều trị ở các BN THKG, giúp người bệnh nhanh chóng trở lại cuộc sống lao động và sinh hoạt hàng ngày đồng thời tiết kiệm chi phí điều trị. Theo chúng tôi, đây là vấn đề rất có ý nghĩa về mặt xã hội.

Theo lý luận YHCT, thận chủ cốt, can chủ gân, đầu gối là nơi tụ hội của gân, can thận bất túc, khí huyết hư suy, gân cốt mất đi sự nuôi dưỡng dẫn tới đau, hạn chế vận động. Tà khí xâm nhập vào lưng, gối, gân cốt nên đau lưng mỏi gối, tê bì bắt rút khó chịu. Pháp điều trị cần phải khử phong thấp, chỉ thống tý, bổ ích can thận, bổ ích khí huyết, chính tà kiêm trị. ĐHKST là bài thuốc cổ phương có tác dụng khu phong, trừ thấp, hoạt huyết hóa ứ chỉ thống, thông kinh hoạt lạc, bổ khí huyết, ích can thận do vậy đã đạt được hiệu quả điều trị khá tốt [6]. Theo nhận định của chúng tôi, tác dụng điều khí, giúp lưu thông khí huyết nơi kinh lạc bị bế tắc, thúc đẩy quá trình sản sinh Endorphin nội sinh của điện châm đã giúp tăng cường hiệu quả hoạt huyết hóa ứ, giảm đau chống viêm của bài thuốc ĐHKST do vậy hiệu quả điều trị chung đạt ở mức tốt và khá của các BN nghiên cứu là rất khả quan. Tuy nhiên theo chúng tôi, để khẳng định được tính ưu việt của phương pháp, cần có

các nghiên cứu tiếp theo theo và có so sánh với nhóm đối chứng.

4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp. Trong quá trình thực hiện nghiên cứu, không gặp các tác dụng phụ không mong muốn khi dùng bài thuốc ĐHKST (mệt mỏi, mất ngủ, đau bụng, buồn nôn, nôn). Không gặp tai biến trong châm cứu (chảy máu, nhiễm khuẩn tại chỗ, vệt châm), điều này cho thấy trình độ và năng lực của kỹ thuật viên Viện YHCT Quân đội khi thực hiện kỹ thuật châm cứu. Không nhận thấy ảnh hưởng của phương pháp tới tần số mạch, chỉ số huyết áp, các chỉ số huyết học và sinh hóa trên các đối tượng nghiên cứu. Kết quả này góp phần minh chứng thêm cho tính an toàn của phương pháp, vì vậy có thể triển khai rộng rãi phương pháp này trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang kết hợp điện châm có tác dụng điều trị bệnh nhân thoái hóa khớp gối: cải thiện các triệu chứng đau trên lâm sàng có ý nghĩa so với trước điều trị; điểm VAS trung bình, điểm Lequesne trung bình, ROM duỗi khớp gối trung bình giảm có ý nghĩa so với trước điều trị. ROM gấp khớp gối trung bình tăng có ý nghĩa so với trước điều trị. 88,89% đạt hiệu quả điều trị tốt và khá.

Bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang kết hợp điện châm không gặp các tác dụng phụ bất lợi trên lâm sàng, không ảnh hưởng tới tần số mạch, chỉ số huyết áp, các chỉ số huyết học và sinh hóa trên các bệnh nhân thoái hóa khớp gối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Hoàng Kiệm (2018).** "Thoái hóa khớp gối", Bệnh thoái hóa khớp, chẩn đoán, điều trị và dự phòng, Nhà xuất bản Thể thao và Du lịch, Hà Nội.
2. **Viện Y học cổ truyền Quân đội (2013).** Bệnh tý. Một số chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, 240-274.
3. **Nguyễn Vinh Quốc, Phạm Xuân Phong (2018).** Đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối của thuốc Hoàn chỉ thống. Tạp chí Y học Việt Nam, 10 (1), 112-117.
4. **Nguyễn Giang Thanh và cộng sự (2013).** Hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng phương pháp kết hợp giữa cây chỉ và bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 85 (5), 78 - 85.
5. **Trần Nhật Minh và cộng sự (2018).** Hiệu quả của điện châm kết hợp bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. Tạp chí Y Dược, Trường Đại học Y Dược Huế, 8 (2), 27-31.
6. **Học viện Quân y - Bộ môn Y học cổ truyền (2017).** "Bài thuốc khử thấp", Các bài thuốc thường dùng trong Y học cổ truyền và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội.

7. **Bộ Y tế (2013).** Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh ngành Châm cứu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

8. **Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2005).** Điện châm. Châm cứu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 264-300.

NGHIÊN CỨU TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG KỸ THUẬT TÁN SỎI NIỆU QUẢN NỐI OI NGƯỢC DÒNG SỬ DỤNG NĂNG LƯỢNG LASER HOLMIUM

Nguyễn Văn Luân¹, Trần Đức², Lê Văn Quyết², Đinh Ngọc Hà³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng sử dụng năng lượng Laser Holmium đã trở thành tiêu chuẩn điều trị sỏi niệu quản. Mục đích của nghiên cứu này là báo cáo những tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ của phương pháp tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng sử dụng năng lượng Laser Holmium.

Phương pháp: Tất cả bệnh nhân sỏi niệu quản được tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng sử dụng năng lượng Laser Holmium tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 8 năm 2020. Đánh giá đặc điểm bệnh nhân, kích thước sỏi, tỷ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ. **Kết quả:** Tổng số 294 bệnh nhân được tán sỏi nội soi ống cứng bán cứng, với 198 nam và 96 nữ. Tỷ lệ tai biến là 38/294 (12,9%): Tổn thương thành niệu quản bao gồm: 8,2% Trầy xước niêm mạc; 1,2% rách niêm mạc; 1% đường hầm dưới niêm mạc do sai đường; 1,7% Đông tụ niêm mạc niệu quản. 6,1% mảnh sỏi chạy lên thận. Stent JJ được đặt vào tất cả các bệnh nhân. Tỷ lệ biến chứng là 40/294 (13,6%): Sốt 2%; nhiễm khuẩn niệu ở 0,7% bệnh nhân, nhiễm khuẩn huyết xảy ra ở 0,3% trường hợp; 4,1% Đái máu; Đau sau phẫu thuật và đau quặn thận đã được báo cáo ở 9,2% bệnh nhân. **Kết luận:** Tán sỏi nội soi niệu quản bán cứng bằng laser holmium để điều trị sỏi niệu quản có hiệu quả và ít biến chứng nặng hơn

Từ khóa: Tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng; Laser Holmium.

SUMMARY

STUDY INTRAOPERATIVE ACCIDENTS AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF URETEROSCOPY LITHOTRIPSY FOR URETERAL STONES USES HOLMIUM LASER ENERGY

Background: Ureteroscopy lithotripsy uses Holmium Laser energy have become standard of treatment for ureteral calculi. The aim of this study is to report the intraoperative accidents and postoperative complications of ureteroscopy

lithotripsy for ureteral stones uses Holmium Laser energy. **Methods:** All patients of ureteral stone who underwent ureteroscopy lithotripsy uses Holmium Laser energy at 108 Military Central Hospital and 103 Military Hospital between August 2019 and August 2020. Patient characteristics, stone size, rate intraoperative accidents and postoperative complications were assessed. **Results:** Total 294 patients underwent semi-rigid ureteroscopy lithotripsy, with 198 males and 96 females. The rate of intraoperative accidents were in 38/294 (12,9%) cases. Ureteral wall injury comprises: 8,2% mucosal abrasion; 1,2% mucosa tears; 1% submucosal tunnel by false passage; 1,7% Coagulation of the ureter mucosa. 6,1% retrograde migration of stone fragments. Double J stents were inserted in all the patients postoperatively. The rate of postoperative complications were in 40/294 (13,6%) cases: Fever were in 2%; urinary tract infection were in 0,7% of the patients, with sepsis occurring in 0,3% cases; 4,1% Hematuria; Postoperative pain and renal colic have been reported in 9,2% patients. **Conclusions:** Semi-rigid ureteroscopy lithotripsy uses Holmium Laser energy for the management of ureteral stones is efficacious and have a lesser major complications

Keywords: Ureteroscopy lithotripsy; Holmium Laser.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị sỏi niệu quản bằng kỹ thuật tán sỏi nội soi ngược dòng sử dụng năng lượng Laser Holmium trở thành tiêu chuẩn điều trị sỏi niệu quản. Tuy nhiên, tỷ lệ tai biến, biến chứng của kỹ thuật này vẫn chiếm tỷ lệ không nhỏ trong các nghiên cứu của các tác giả trong nước và trên thế giới, đặc biệt là các tai biến, biến chứng nặng. Tại Việt Nam các nghiên cứu đi sâu phân tích tai biến, biến chứng của kỹ thuật này còn một số hạn chế. Mục tiêu: Nghiên cứu tai biến của kỹ thuật tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng sử dụng năng lượng Laser Holmium và nghiên cứu biến chứng sớm của kỹ thuật tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng sử dụng năng lượng Laser Holmium.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 294 bệnh nhân nhập viện điều trị với chẩn đoán sỏi niệu quản được chỉ định điều trị bằng kỹ thuật TSNSND sử dụng năng lượng Laser Holmium tại Bộ môn - Khoa

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện TWQĐ 108

³Bệnh viện 198.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Luân

Email: doctorvanluanqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 23.11.2020

Tiết niệu, Bệnh viện Quân y 103 và Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện TWQĐ 108 trong khoảng thời gian từ tháng 08/2019 đến tháng 08/2020

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân trên 18 tuổi.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp không đủ hồ sơ nghiên cứu; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; Các trường hợp không đặt được máy soi tiếp cận được sỏi; Các trường hợp nội soi tiếp cận sỏi mà sỏi chạy lên thận cả viên chưa thực hiện kỹ thuật tán được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang đa trung tâm.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

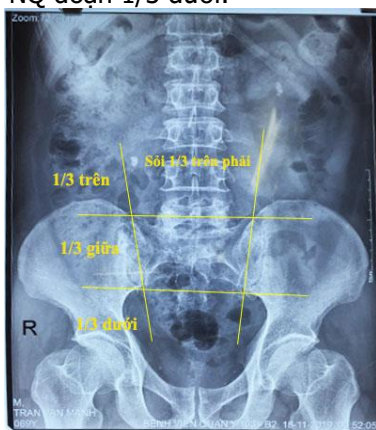
Phương pháp thu thập số liệu: Nghiên cứu tiền cứu và kết hợp hồi cứu

2.3. Các phương tiện, trang bị máy và dụng cụ phẫu thuật: Dàn máy phẫu thuật nội soi tiết niệu của hãng Karl – Storz, dây dẫn đường cỡ 0,038inch, Rọ bắt sỏi, Ống thông niệu quản Stent Double J (các kích cỡ 5/6/7F x 26cm chất liệu silicon, Ống soi niệu quản bán cứng của hãng Karl Storz™ 9,5F hoặc 7,8F, Máy tán sỏi Laser Holmium: YAG 30W hoặc 45W.

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới, thời gian phát hiện bệnh, tiền sử can thiệp niệu quản - thận bên tán sỏi, tình trạng bệnh nền trước phẫu thuật, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng chính, độ giãn đài bể thận và niệu quản trên siêu âm.

- Chẩn đoán vị trí, số lượng, kích thước lớn nhất của sỏi của sỏi dựa trên kết hợp các hình ảnh chụp phim KUB; chụp CLVT; Siêu âm. Vị trí sỏi được phân thành sỏi NQ 1/3 trên, sỏi NQ 1/3 giữa, sỏi NQ đoạn 1/3 dưới.



Hình 2.1. Chẩn đoán vị trí sỏi niệu quản trên phim KUB

Đối với sỏi đoạn 1/3 trên, phân nhóm vị trí theo đốt sống thắt lưng:

Nhóm 1: Sỏi vị trí L2-L3, được tính từ đốt sống L2 đến bờ trên L3

Nhóm 2: Sỏi vị trí L3-L4, được tính từ dưới bờ trên L3 đến bờ trên L4

Nhóm 3: Sỏi vị trí L4-L5, được tính từ dưới bờ trên L4 đến hết L5.

- Thời gian phẫu thuật (TGPT) tính theo phút, được xác định là thời gian tính từ thời điểm đặt máy soi vào bàng quang đến thời điểm kết thúc đặt ống thông niệu quản (theo Mishra A. (2020) [1]

- Nghiên cứu tai biến, biến chứng sớm:

*Tổn thương niệu quản: chẩn đoán các tổn thương trầy xước, phù nề niêm mạc; rách niêm mạc; lộn niêm mạc; thủng niệu quản; đứt niệu quản; đông tụ niêm mạc do laser đốt nhầm vị trí; đường hầm dưới niêm mạc do soi lạc đường; các tổn thương thường kèm theo phù nề niêm mạc, chảy máu. Đông tụ niêm mạc niệu quản do đầu tán laser tán nhầm vị trí: Được mô tả theo tác giả Thomsen S. (1991) dấu hiệu mô tổn thương đông tụ "hình ảnh cắt ngang miệng núi lửa" tổn thương trắng sáng so với mô lành xung quanh, gianh giới thường rõ xuất hiện ngay sau sự phát tia laser vào niêm mạc niệu quản (hình 4.1) [2].

*Mảnh sỏi lớn chạy lên thận: Được đánh giá là tai biến theo phân loại của Tepeler (2014) [3]. Trong nghiên cứu này, tiêu chuẩn đánh giá tai biến mảnh sỏi lớn chạy lên thận là quá trình tán sỏi có mảnh sỏi lớn chạy lên thận đánh giá trên phim chụp C-Arm ngay trong phòng mổ, nếu sỏi kích thước > 5mm thì coi là mảnh sỏi lớn.

*Biến chứng sớm là các biến chứng xuất hiện trong thời gian hậu phẫu và trong thời gian từ khi ra viện đến khi tái khám rút ống thông niệu quản [4].

- Sốt sau phẫu thuật: là khi nhiệt độ đo tại nách bệnh nhân $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

- Nhiễm khuẩn niệu và nhiễm khuẩn huyết do nhiễm khuẩn niệu được chẩn đoán xác định khi có $\geq 10^5\text{CFU/ml}$ tác nhân vi khuẩn. Chẩn đoán nhiễm NKH từ NKN khi kết quả cấy máu và cấy khuẩn niệu dương tính cùng loại vi khuẩn.

- Đái máu sau phẫu thuật: Chẩn đoán đái máu đại thể toàn bãi.

- Đau sau phẫu thuật: Đau cần phải xử trí bằng thuốc giảm đau.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Thực hiện bằng SPSS 22.0.

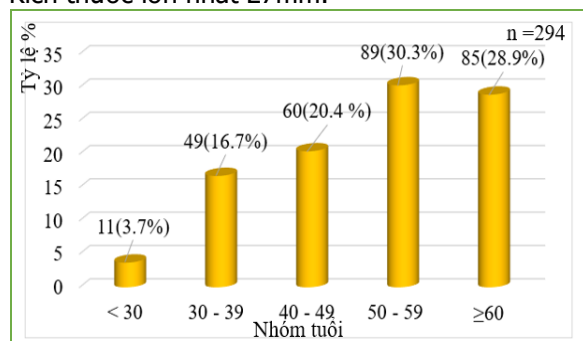
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Kích thước lớn nhất của sỏi (n=294)

Kích thước sỏi (mm)	n	%
> 15	59	20,1

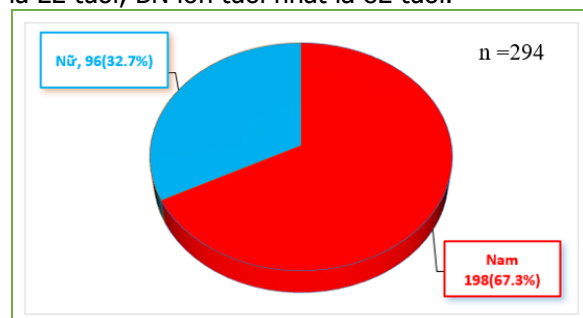
≤ 15	235	79,9
Tổng	294	100

Sỏi kích thước >15mm chiếm tỷ lệ 20,1%. Kích thước lớn nhất 27mm.



Biểu đồ 3.1. Phân bố nhóm tuổi

Tuổi trung bình $51,9 \pm 12,7$. Nhóm tuổi 30-59 chiếm tỷ lệ cao nhất (67,4%), BN nhỏ tuổi nhất là 22 tuổi, BN lớn tuổi nhất là 82 tuổi.



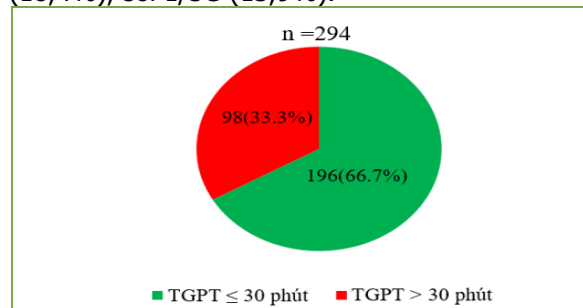
Biểu đồ 3.2. Phân bố theo giới tính

Tỷ lệ nam/ nữ là 198/96 $\approx$ 2/1

Bảng 3.2. Vị trí sỏi trên niệu quản (n = 294)

Vị trí tán sỏi	Tổng	
	n	%
Sỏi 1/3T	199	67,7
Sỏi 1/3G	41	13,9
Sỏi 1/3D	54	18,4
Tổng	294	100

Có 199 vị trí sỏi 1/3T (67,7%), sỏi 1/3D (18,4%), sỏi 1/3G (13,9%).



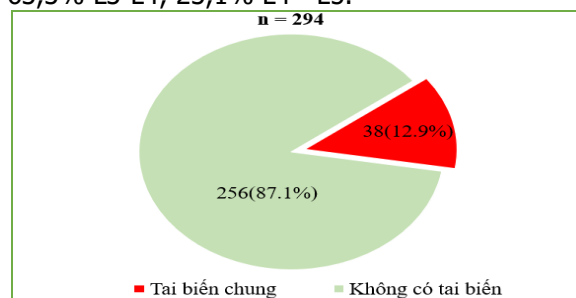
Biểu đồ 3.3. Thời gian phẫu thuật

TGPT có 66,7% ≤ 30 phút; 33,3% trên 30 phút.

Bảng 3.3. Vị trí sỏi 1/3T theo vị trí đốt sống thắt lưng (n = 294)

Vị trí sỏi đoạn 1/3 trên	n	%
L2 - L3	27	13,6
L3 - L4	126	63,3
L4 - L5	46	23,1
Tổng	199	100

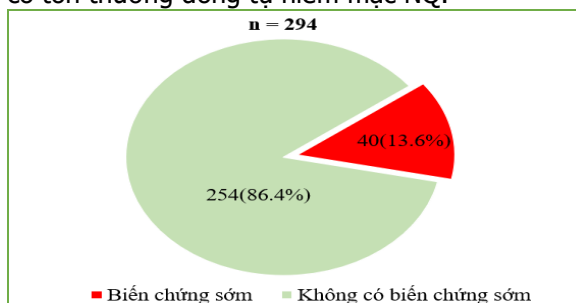
Vị trí sỏi đoạn 1/3 trên: Có 13,6% L2 - L3; 63,3% L3-L4; 23,1% L4 - L5.



Biểu đồ 3.4. Phân bố tỷ lệ tai biến chung

Tỷ lệ tai biến chung là 12,9% (bệnh nhân có thể có từ 2 tai biến trở lên).

Các tai biến gồm có 18 BN (6,1%) mảnh sỏi lớn chạy lên thận; 8,2% tổn thương NQ (6,8% tổn thương NQ đơn thuần; 1,4% kết hợp tai biến khác), các hình thái tổn thương NQ: 4 BN (8,2%) trĩ xước niêm mạc; 1,2% rách niêm mạc; 3 BN (1,0%) đường hầm dưới niêm mạc, 5 BN (1,7%) có tổn thương đồng tụ niêm mạc NQ.



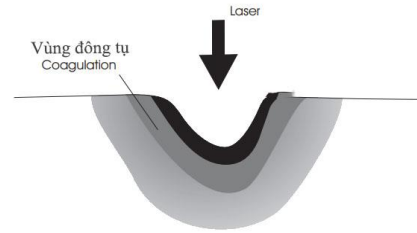
Biểu đồ 3.5. Phân bố tỷ lệ biến chứng sớm

Tỷ lệ biến chứng sớm là 13,6%. Biến chứng sớm có 6 BN (2%) Sốt; 2 BN (0,7%) NKN (trong đó có 1 BN (0,3%) tiến triển gây NKN); 27 BN (9,2%) đau MSTL; 12 BN (4,1%) đái máu.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ tai biến chung là 12,9% trong nghiên cứu này phù hợp với tỷ lệ được báo cáo của Hiệp Hội tiết niệu Châu Âu năm 2015 được ghi nhận từ 9 - 25% [5]. Tai biến tổn thương niệu quản chủ yếu gặp trĩ xước niêm mạc chiếm 8,2% kèm theo phù nề niêm mạc rõ, theo y văn tỷ lệ trĩ xước niêm mạc này từ 6 - 24% [5]. Rách niêm mạc chiếm tỷ lệ 1,4%. Đồng tụ niêm mạc niệu quản do đầu tán laser tán nhầm vị trí vào

thành niệu quản chiếm 1,7%. Theo Bagley D. (2010) Laser Holmium có thể gây ra đông tụ niêm mạc ở năng lượng cao, tuy nhiên độ sâu xuyên qua mô chỉ <0,4mm [6]. Đường hầm dưới niêm mạc trong nội soi niệu quản ngược dòng bởi các thiết bị như (dây dẫn, sợi laser, đầu ống soi) làm thủng niêm mạc NQ tạo đường hầm dưới niêm mạc mà không đi xuyên toàn bộ thành NQ, tỷ lệ gặp 0,4 - 0,9% theo báo cáo y văn trên thế giới [7]. Tai biến mảnh sỏi lớn chạy lên thận xuất hiện với tỷ lệ 9,5 - 12,2% trong y văn [8].



Hình 4.1. Cơ chế tổn thương đông tụ niêm mạc niệu quản [9]



Hình 4.1. Tổn thương đông tụ niêm mạc niệu quản (mũi tên đỏ)

Tỷ lệ biến chứng sớm là 13,6%, trong đó 2,0% sốt. Theo Yoshitaka Itami (2020) thì sốt do nhiễm khuẩn niệu là sốt > 38°C [10]. Có 0,7% nhiễm khuẩn niệu, trong đó có 1 BN (0,3%) xuất hiện NKN trong 24h đầu và diễn biến tiến triển nhiễm khuẩn huyết do NKN, có 1 BN có NKN sau 72h. Có 9,2% đau mạn sườn thắt lưng, có thể là hậu quả của sự trào ngược nước tiểu từ bàng quang lên thận qua ống thông NQ làm tăng áp lực trong thận dẫn đến đau. Có 4,1% đái máu đại thể toàn bãi, đái máu sau phẫu thuật có 2 nguyên nhân chính, một là từ tổn thương thành NQ và hai là do chính tác động của ống thông NQ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tai biến tổng thể là 12,9% (một bệnh nhân có thể có nhiều tai biến): Tai biến mảnh sỏi lớn chạy lên thận gặp 6,1%. Tai biến tổn thương niệu quản: Có 8,2% tổn thương niệu quản các mức độ, trong đó 6,8% tổn thương niệu quản đơn thuần, 1,4% tổn thương kết hợp với các tai biến khác. Các hình thái tổn thương niệu quản gặp gồm có: Có 8,2% trầy xước, phù nề niêm mạc; 1,2% rách niêm mạc; 1,0% đường hầm dưới niêm mạc; 1,7% đông tụ niêm mạc niệu quản do laser.

***Tỷ lệ biến chứng sớm tổng thể là 13,6%** (một bệnh nhân có thể có nhiều biến chứng): 2% sốt sau phẫu thuật; 0,7% có nhiễm khuẩn niệu, trong đó có 0,3% NKN tiến triển gây

nhiễm khuẩn huyết do nhiễm khuẩn niệu; 9,2% đau mạn sườn thắt lưng; 4.1% đái máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mishra A.K., Kumar S., Dorairajan L.N. et al. (2020), "Study of ureteral and renal morphometry on the outcome of ureterorenoscopic lithotripsy: The critical role of maximum ureteral wall thickness at the site of ureteral stone impaction", 12(3): 212.
2. Thomsen S.J.P., photobiology (1991), "Pathologic analysis of photothermal and photomechanical effects of laser-tissue interactions", 53(6): 825-835.
3. Tepeler A., Resorlu B., Sahin T. et al. (2014), "Categorization of intraoperative ureteroscopy complications using modified Satava classification system", World J Urol, 32(1): 131-6.
4. Tiwari K., Upadhyaya A.M., Kuwar A. et al. (2019), "Semi-rigid Ureteroscopy for the Management of Ureteric Calculi: Our Experience and Complication Encountered", J Nepal Health Res Counc, 17(2): 233-237.
5. Türk C., Knoll T., Petrik A. et al. (2014), "EAU guidelines on urolithiasis", 89.
6. Bagley D.H., Grasso M.J.W.j.o.u. (2010), "Ureteroscopic laser treatment of upper urinary tract neoplasms", 28(2): 143-149.
7. D'Addessi A., Bassi P.J.U.i. (2011), "Ureterorenoscopy: avoiding and managing the complications", 87(3): 251-259.
8. Mahmoud N.M., Jabali S.S.J.M.J.o.B. (2018), "Early complications of diagnostic and therapeutic ureteroscopy", 15(1): 93-98.
9. Huusmann S., Wolters M., Kramer M.W. et al. (2016), "Tissue damage by laser radiation: an in vitro comparison between Tm: YAG and Ho:YAG laser on a porcine kidney model", 5(1): 266.

KẾT QUẢ SÀNG LỌC 5 BỆNH DI TRUYỀN PHỔ BIẾN CỦA TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2018-2019

Lò Minh Trọng*, Bùi Thị Thu Hương*

TÓM TẮT

Sàng lọc sơ sinh (SLSS) là chương trình xét nghiệm thực hiện cho các trẻ sơ sinh nhằm phát hiện sớm các bệnh lý nội tiết và rối loạn chuyển hóa liên quan đến di truyền gây ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất, tâm thần của trẻ. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ tầm soát 5 bệnh di truyền phổ biến (thiếu men G6PD, suy giáp trạng bẩm sinh, tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh, phenylketone niệu và rối loạn chuyển hóa galactose). **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả trẻ sơ sinh đủ tiêu chuẩn được lấy máu gót chân làm xét nghiệm 5 bệnh di truyền tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Từ 01/09/2018 đến 30/08/2019 có 3363 trẻ được xét nghiệm SLSS, trong đó có 2527 trẻ phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu. Tỷ lệ phát hiện thiếu enzyme G6PD là 2,97%, xét nghiệm lại là 1,8%; Phenylketone niệu và rối loạn chuyển hóa galactose đều là 0,12%; tăng sản thượng thận bẩm sinh là 0,04%. Tuy nhiên sau xét nghiệm kiểm tra lần 2 không trường hợp nào trong 3 bệnh trên phát hiện bệnh. Không phát hiện trường hợp nào suy giáp trạng bẩm sinh. **Kết luận:** Xét nghiệm SLSS là rất cần thiết trong công tác y tế dự phòng cũng như tư vấn di truyền, điều trị bệnh, làm giảm các ảnh hưởng không mong muốn cho bệnh nhân, gia đình và xã hội.

Từ khóa: Sàng lọc sơ sinh, thiếu enzym G6PD, tăng sản thượng thận bẩm sinh

SUMMARY

THE NEONATAL SCREENING PROGRAM FOR 5 CONGENITAL DISEASES AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2018-2019

The neonatal screening program is performed in the children to detect early the congenital endocrine diseases and disorder metabolism and prevent them from mental and physical retardation. **Objective:** to determine the incidence rate of all newborn identified by neonatal screening program (G6PD deficiency, congenital hypothyroidism, congenital adrenal hyperplasia, phenylketonuria and galactosemia). **Methods:** descriptive cross-sectional study. **Results:** 2527 neonates, out of a total 3363 live births were screened, were enough information of study. In the first screening, G6PD deficiency accounted for 2.97%; phenylketonuria, galactosemia, congenital adrenal hyperplasia were detected for 0.12%, 0.12% and 0.04%, respectively. We had not find out any neonates with congenital hypothyroidism.

*Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Lò Minh Trọng
Email: lominhtrong91@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 24.11.2020

Conclusions: Neonatal screening program plays not only a importance role in the preventive healthcare but also in treatment to reduce the bad effect to patient and society.

Keyword: Neonatal screen, G6PD deficiency, congenital adrenal hyperplasia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sàng lọc sơ sinh (SLSS) là chương trình thực hiện thường quy cho tất cả các trẻ sơ sinh nhằm phát hiện sớm các bệnh lý nội tiết và rối loạn chuyển hóa ảnh hưởng đến sức khỏe, phát triển thể chất, tâm thần của trẻ.

Chương trình sàng lọc sơ sinh lần đầu tiên được triển khai tại Mỹ năm 1960, sau đó 5 năm Nhật là nước thứ 2 thực hiện, mở rộng ra các nước châu Âu và châu Úc những năm 1970 và thực hiện ở châu Á vào những năm 1980 với 5 bệnh phổ biến: thiếu men G6PD, tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh, suy giáp trạng bẩm sinh, Phenylketone niệu, Galactosemia [1], [2]. Việt Nam cũng thực hiện chương trình SLSS đầu tiên tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 1998 và ngày càng phát triển.

Các bệnh lý này thường khó phát hiện trên lâm sàng khi trẻ mới sinh và thường để lại hậu quả nặng nề nếu quá muộn, như: có nguy cơ tan huyết ở bệnh nhân thiếu men G6PD, chậm phát triển thể chất, tinh thần ở bệnh nhân suy giáp trạng bẩm sinh, hay lệch lạc giới tính ở bệnh nhân tăng sản thượng thận bẩm sinh, ...Việc phát hiện sớm bệnh có ý nghĩa trên lâm sàng trong điều trị bệnh, giúp bệnh nhân mắc bệnh có cơ hội hồi phục và phát triển bình thường. Do những lợi ích của SLSS cho nên từ 09/2018 Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã thực hiện chương trình sàng lọc sơ sinh 5 bệnh di truyền phổ biến bằng phương pháp lấy máu gót chân ở trẻ sau đẻ 24 - 48 giờ.

Xác định tỷ lệ tầm soát 5 bệnh di truyền phổ biến (thiếu men G6PD, suy giáp trạng bẩm sinh, tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh, phenylketone niệu và rối loạn chuyển hóa galactose) ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Đối tượng nghiên cứu. 2527 trẻ sơ sinh được lấy máu gót chân làm xét nghiệm sàng lọc 5 bệnh di truyền tại Bệnh viện Trung ương

Thái Nguyên và các bệnh viện khác chuyển đến làm xét nghiệm sàng lọc từ 01/09/2018 đến 30/08/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ sơ sinh đủ tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và các bệnh viện khác chuyển đến làm xét nghiệm sàng lọc sơ sinh.

Trẻ sơ sinh từ 24 – 48 giờ tuổi sau sinh và được bú sữa ít nhất một lần.

Bệnh án đầy đủ thông tin.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh án không đầy đủ thông tin; Gia đình trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu

3.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: 2527 trẻ sơ sinh được lấy máu gót chân thực hiện sàng lọc sơ sinh và đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

3.3. Nội dung nghiên cứu

Chỉ tiêu chung: Tuổi thai, tuổi ghi nhận sau sinh tới thời điểm lấy mẫu, giới, cân nặng lúc sinh, dân tộc, tiền sử gia đình.

Chỉ tiêu lâm sàng: Triệu chứng cơ năng ghi nhận trên lâm sàng như bỏ bú, lừ đừ, nôn, ... Triệu chứng thực thể: vàng da, bất thường cơ quan sinh dục

Chỉ tiêu cận lâm sàng: kết quả xét nghiệm sàng lọc sơ sinh 5 bệnh di truyền được nghiên cứu.

3.4. Kỹ thuật và vật liệu nghiên cứu

Kỹ thuật nghiên cứu: Dựa vào bệnh án nghiên cứu và kết quả xét nghiệm.

Vật liệu nghiên cứu: Mẫu giấy thấm có máu gót chân của trẻ

Phương tiện nghiên cứu: máy Wallac DBS Puncher và máy Victor 2D 1420 Multilabel Counter

3.5. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành từ 01/09/2018 đến 30/08/2019

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

3.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức của bệnh viện.

Được sự đồng ý tham gia của gia đình trẻ.

3.7. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của trẻ sơ sinh được sàng lọc 5 bệnh di truyền tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Đặc điểm		Số ca	%
Giới tính	Nam	1408	55,72
	Nữ	1119	44,28

Tiền sử gia đình	Có bệnh giống trẻ	12	0,47
	Dị tật khác	0	0
	Không	2515	99,53
Cân nặng lúc sinh	>3200 gram	1270	50,26
	2600gram ≤ cân nặng trẻ ≤ 3200 gram	1131	47,77
	< 2600 gram	126	1,97
Dân tộc	Kinh	1532	60,63
	Dân tộc khác	995	39,37

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ nam nhiều hơn số trẻ nữ (55,72% và 44,28%).

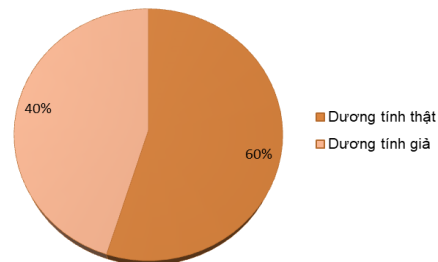
Dân tộc kinh chiếm đa số trẻ em được làm xét nghiệm sàng lọc sơ sinh (60,63%).

Chỉ có 1,97% số trẻ được sàng lọc có cân nặng < 2600 gram.

Bảng 2. Tỷ lệ trẻ nguy cơ cao được phát hiện trong sàng lọc sơ sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Bệnh	Tổng số ca sàng lọc	Tổng số ca nguy cơ cao	
		Số ca	%
Thiếu men G6PD	2527	75	3
Suy giáp trạng bẩm sinh	2527	0	0
Tăng sản thượng thận bẩm sinh	2527	1	0,04
Galactosemia	2527	3	0,12
Phenylketone niệu	2527	3	0,12
Tổng	2527	82	3,3

Nhận xét: Trong tổng số 2527 trẻ được sàng lọc trong nhóm nghiên cứu có 82 trẻ (3,3%) có nguy cơ cao, trong đó 75 trẻ thiếu enzyme G6PD (3%). Không phát hiện trẻ nào nguy cơ cao tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ dương tính thật, giả trong những trường hợp có nguy cơ cao thiếu enzyme G6PD

Nhận xét: Trong tổng số 75 trẻ có nguy cơ cao thiếu enzym G6PD có 45/75 trẻ có thiếu enzym G6PD (xét nghiệm lần 2) chiếm tỷ lệ 60%.

Bảng 3. Đặc điểm nhóm trẻ nguy cơ cao thiếu enzyme G6PD từ kết quả sàng lọc sơ sinh

Đặc điểm		Số ca	%
Giới tính	Nam	54	72
	Nữ	21	28
Tiền sử gia đình	Có bệnh giống trẻ	12	16
	Không	63	84
Vàng da	Không	53	70,7
	Có	Xuất hiện ≤ 24h	0
		Xuất hiện >24h	22
Triệu chứng cơ năng	Bỏ bú	Có	0
		Không	75
	Lừ đừ	Có	0
		Không	75

Nhận xét: Trong số 75 bệnh nhân thiếu enzyme G6PD:

Tỷ lệ trẻ nam (72%) gấp 2,6 lần tỷ lệ trẻ nữ (28%).

Có 16% số trẻ có người trong gia đình thiếu enzyme G6PD như trẻ.

Vàng da chỉ xuất hiện ở 22 trẻ (29,3%)

Không có trẻ nào biểu hiện có biểu hiện triệu chứng cơ năng.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của trẻ được sàng lọc 5 bệnh di truyền phổ biến. Từ 3363 trẻ sơ sinh được lấy máu gót chân làm xét nghiệm sàng lọc 5 bệnh di truyền tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và các bệnh viện khác chuyển đến làm xét nghiệm sàng lọc từ 01/09/2018 đến 30/08/2019 chúng tôi đã lựa chọn được 2527 trẻ đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Kết quả cho thấy tỷ lệ trẻ nam gấp 1,5 lần số trẻ nữ (55,72% và 44,28%). Điều này phù hợp với các báo cáo gần đây cho thấy Việt Nam hiện nằm trong nhóm 15 nước có tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh cao nhất và là đại diện duy nhất ở Đông Nam Á và đứng thứ 2 châu Á, chỉ sau Trung Quốc với tỉ lệ 117-118 bé trai/100 bé gái. Ở Ấn Độ - quốc gia đông dân thứ 2 thế giới - tỉ lệ này ở mức 110-111/100. Tuy nhiên có thể các xét nghiệm sàng lọc đang chưa được thực hiện 100%, do vậy không phản ánh toàn bộ số trẻ được sàng lọc cũng như mô hình giới tính thực tế chung tại Bệnh viện.

Có 98,03% số trẻ sinh ra được sàng lọc sơ sinh có cân nặng sơ sinh ≥ 2600 gram là chỉ số cân nặng trong giới hạn bình thường của trẻ sơ sinh đủ tháng (2600 – 3200 gram). Ngoài ra, ta thấy có 60,63% số trẻ được sàng lọc là dân tộc Kinh gấp 1,54 lần số trẻ được thực hiện sàng lọc sơ sinh thuộc dân tộc khác. Điều này có thể giải thích do xét nghiệm sàng lọc sơ sinh là xét nghiệm dịch vụ yêu cầu, người nhà phải tự chi

trả kinh phí và chỉ được thực hiện tại trung tâm y tế lớn, do vậy số trẻ sơ sinh ở thành phố được tiếp cận sàng lọc sơ sinh nhiều hơn. Trong khi đó, trẻ sơ sinh tại các vùng nông thôn, nguy cơ bệnh tật cao hơn nhưng cơ hội và điều kiện tiếp cận dịch vụ lại ít hơn. Vậy nên cần đưa sàng lọc sơ sinh vào chương trình y tế quốc gia, được thanh toán bảo hiểm y tế để nhiều trẻ được sàng lọc hơn, cũng là một giải pháp phòng bệnh hiệu quả.

Về tỷ lệ trẻ mắc bệnh trong sàng lọc sơ sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Trong tổng số 2527 trẻ được sàng lọc, phát hiện có 75 trẻ (3%) có nguy cơ cao thiếu enzyme G6PD, 01 trẻ (0,04%) có nguy cơ cao tăng sản thượng thận bẩm sinh, 03 trẻ có nguy cơ cao rối loạn chuyển hóa galactosemia và 3 trẻ có nguy cơ cao bệnh phenylketone niệu (0,12%). Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Gurjit Kaur và cộng sự (2010) trên 6813 trẻ sơ sinh ghi nhận 61 trường hợp thiếu men G6PD (0,09%), 2 trẻ suy giáp trạng bẩm sinh (0,003%), 1 trẻ có tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh (0,0015%)[2].

Tất cả các trường hợp nghi ngờ đều được tư vấn xét nghiệm lại lần 2 kiểm tra thì chỉ có 45 trẻ (1,8%) thiếu men G6PD. Kết quả này thấp hơn thống kê tại bệnh viện Từ Dũ ở 136 009 trẻ sơ sinh có 2,06% thiếu men G6PD[6]. Ngoài ra các trường hợp nghi ngờ khác đều có chỉ số xét nghiệm trong giới hạn bình thường, không phát hiện trường hợp nào trẻ có suy giáp trạng bẩm sinh vì tỷ lệ được khuyến cáo chỉ gặp 1/2000 – 1/4000 trẻ được sinh ra.

Về bệnh thiếu men G6PD ở trẻ được sàng lọc sơ sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Thiếu enzyme G6PD là bệnh di truyền gen lặn trên nhiễm sắc thể giới tính X, vị trí Xq28. Bệnh này gây ảnh hưởng đến khoảng 400 triệu người trên thế giới [1]. Trong số trẻ được xác định thiếu men G6PD trong nghiên cứu

của chúng tôi tỷ lệ trẻ nam/ nữ là 2,6 lần (tương ứng 72% và 28%). Kết quả này tương tự trong nghiên cứu của Mohamed GS và cộng sự (2018) trên 523 trẻ thấy tỷ lệ trẻ nam/ nữ thiếu men G6PD là 15% / 7% [3]. Ít hơn so với nghiên cứu của Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng, nam/nữ là 5/1[5]. Điều này phù hợp với lý thuyết vì bệnh thiếu men G6PD di truyền liên kết với giới tính. Ngoài ra, chúng tôi còn nhận thấy có mối liên quan giữa tiền sử gia đình có người mắc bệnh thiếu men G6PD và trẻ mắc bệnh trong nhóm nghiên cứu. Trong số 75 trẻ nguy cơ cao thiếu enzyme G6PD chúng tôi thấy có 12 trẻ (16%) có anh hoặc chị đã được sàng lọc chẩn đoán mắc bệnh giống trẻ. Thiếu enzyme G6PD gây ra các tình trạng như tan máu, tăng bilirubin máu trẻ sơ sinh do màng hồng cầu thiếu chất bảo vệ[4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 22/75 trẻ (29,33%) có biểu hiện vàng da sau sinh 24 giờ. Qua thăm khám và hỏi bệnh trong quá trình thu thập mẫu sàng lọc kiểm tra lần 2 không có trẻ nào phải điều trị chiếu đèn hay có bất thường như bỏ bú, lừ đừ, không đáp ứng.

V. KẾT LUẬN

- Có 82/2527 trẻ sơ sinh có nguy cơ cao mắc bệnh di truyền phổ biến trong nghiên cứu
- Không trường hợp trẻ nào được phát hiện có nguy cơ suy giáp trạng bẩm sinh
- Đặc điểm trẻ có nguy cơ cao thiếu men G6PD:
 - + Tỷ lệ gặp ở trẻ nam > trẻ nữ 2,6 lần

+ Vàng da gặp ở 22/ 75 trẻ sơ sinh có nguy cơ cao thiếu men G6PD

+ Có 12/75 trẻ gia đình có người mắc bệnh giống trẻ

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần đưa chương trình sàng lọc sơ sinh trở thành mục tiêu chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ trong chương trình mục tiêu quốc gia. Tăng cường tuyên truyền sâu rộng để mọi trẻ em sinh ra đều được sàng lọc 5 bệnh di truyền, hạn chế gánh nặng không mong muốn cho trẻ, gia đình và xã hội

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cappellini MD, Fiorelli G (2008)**, "Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency", *Lancet*, 371, pg 64-74.
2. **Gurjit Kaur et al (2010)**, "Preliminary report on Neonatal Screening for Congenital Hypothyroidism, Congenital Adrenal Hyperplasia and Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency: A Chandigarh Experience", *The Indian Journal of Pediatrics*, 77(9), pg 969-973.
3. **Mohamed GS et al (2018)**, "Neonatal Screening for Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase (G6PD) Deficiency in Mauritania", *Pan Afr Med J*, 30, pg 224.
4. **Rehman H, Khan (2010)**, "Erythrocyte Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency and Neonatal jaundice", *Curr Pediatric*, 24(2), pg 122-126.
5. **Lưu Vũ Dũng, Nguyễn Cao Hà (2018)**, "Chương trình sàng lọc bệnh lý sơ sinh tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng"
6. **Nguyễn Thị Ngọc Phượng và cộng sự (2005)**, "Thiếu năng tuyến giáp bẩm sinh, thiếu men G6PD ở trẻ sơ sinh", *Chương trình tầm soát bệnh sơ sinh bệnh viện Từ Dũ 2002 – 2005*.

NEURINOME TUỖ SỐNG - NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP PHÁT HIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẢI DƯƠNG

Trần Văn Việt*

TÓM TẮT

Neurimone cột sống là các khối u lành tính trong ống sống thường phát sinh từ rễ thần kinh cột sống và là khối u phổ biến nhất của cột sống[1]. Chúng là một trong hai khối u cột sống ngoại biên phổ biến nhất (u thần kinh và u xơ thần kinh), chiếm 15-50%. Bài viết này đặc biệt liên quan đến u thần kinh cột sống. Chúng tôi báo cáo một trường hợp được chẩn đoán u thần kinh cột sống tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương.

**Trường đại học kỹ thuật y tế Hải Dương*
 Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Việt
 Email: Tranvanviet2011@yahoo.com.vn
 Ngày nhận bài: 8.10.2020
 Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
 Ngày duyệt bài: 20.11.2020

SUMMARY

REPORT A CASE SIPINAL NEURINOMA DETECT IN THE HAIDUONG GENERAL HOSPITAL

Spinal neurinome are benign nerve sheath tumors within the spinal canal, typically arising from spinal nerve roots and it is the most common nerve sheath tumor of spine [1]. They are one of the two most common intradural extramedullary spinal tumors (neurinome and neurofibroma), representing 15-50% of such lesions. This article specifically relates to spinal neurinome. We are reporting one case, diagnosed spinal neurinome in Hai duong hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U bao dây thần kinh (Neurinome) là một khối u xuất phát từ tế bào Schwann của bao dây

thần kinh ngoại biên, nó còn được gọi là Schwannoma, Neurilemmoma hay khối u tế bào Schwann. Chiếm tỷ lệ 47% trong tất cả các u tủy sống, thường là lành tính, phát triển chậm, đôi khi ác tính hóa (<1%) thì được gọi là "Malignant schwannoma" hay "Neurosarcoma"[1],[2]. Trong những năm gần đây do sự phát triển của y học hiện đại, đặc biệt là ứng dụng máy cộng hưởng từ trong chẩn đoán nên u bao dây thần kinh cột sống đã được phát hiện sớm và điều trị kịp thời góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Do sự phát triển của khoa học công nghệ, đến nay đã có nhiều phương pháp cận lâm sàng giúp cho xác định u bao dây thần kinh cột sống như chụp cột sống thường, chụp tủy cản quang (Myelography), chụp cắt lớp vi tính (CLVT), chụp cộng hưởng từ (CHT). Tuy nhiên, CHT có những ưu thế đặc biệt, với độ phân giải phần mềm cao, không bị các nhiễu do xương, có thể cắt được trên nhiều mặt phẳng khác

nhau, đã trở thành phương pháp gần như không thể thiếu trong thăm khám các khối u của cột sống. Chúng tôi xin giới thiệu một trường hợp được chẩn đoán u bao dây thần kinh nhờ chụp CHT tại khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương.

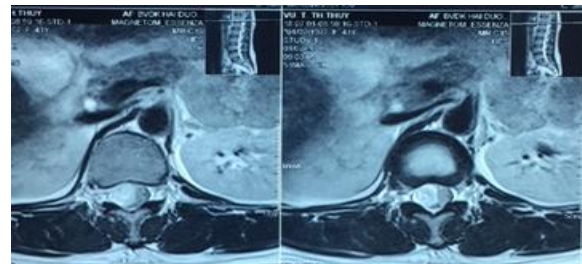
II. THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ : Vũ Thị Thanh Thủy, tuổi 41
Vào viện 10 tháng 7 năm 2018. Khoảng 2 tháng trước đây bệnh nhân bị tê chân trái. Triệu chứng bắt đầu khi uống Bonivein, sau 2 tuần dùng thuốc thì chân trái bị tê nhiều hơn, kèm theo đau lưng khi nằm ngủ. Triệu chứng đau tăng dần, đau chân trái nhiều, đau có sút hông, đau nhiều khi ngồi và nằm. Bệnh nhân tưởng thoát vị đĩa đệm nên đi chụp MRI thì thấy:

III. KẾT QUẢ CHỤP MRI CỘT SỐNG



Tư thế Saggital, khối giảm tín hiệu trên ảnh T1W không tiêm thuốc đối quang từ



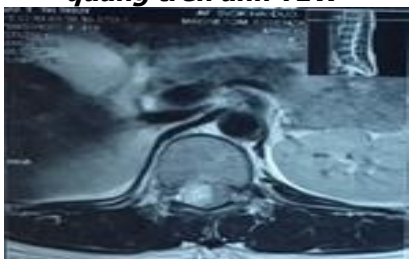
Tư thế Axial, khối tăng tín hiệu trên ảnh T2W không tiêm thuốc đối quang từ



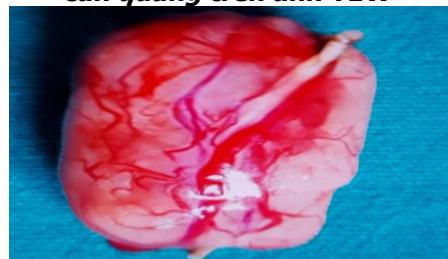
Tư thế Saggital, khối ngấm mạnh thuốc cản quang trên ảnh T1W



Tư thế Corronal, khối ngấm mạnh thuốc cản quang trên ảnh T1W



Tư thế Axial, khối ngấm mạnh thuốc cản quang trên ảnh T1W



Kết quả phẫu thuật U thần kinh Neurinome

Chóp tuỷ ngang mức D12- L1 tín hiệu bình thường, trong ống sống, ngoài tuỷ vùng chóp tuỷ, lệch sang phải có khối 12x 13x23mm, gianh giới rõ, giảm tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, có tín hiệu tổ chức, gianh giới rõ, khối đè đẩy chóp tuỷ sang trái và ngâm mạnh thuốc đối quang từ sau tiêm. Không thấy bất thường thân đốt sống và gai sừng. **Kết luận:** Neurinome tuỷ sống, bệnh nhân được mổ tại Bệnh Viện Việt Đức, có kết quả GPB Neurinome.

III. KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH:

Về đại thể, bệnh phẩm u kích thước 2x 1,5x 1 cm có vỏ mỏng, cắt qua trắng hồng mềm. U được cấu tạo từ các tế bào hình thoi nhân nhỏ, đều, bào tương thuần dài dạng sợi, chúng sắp xếp thành những vùng mật độ thưa và dày tế bào xen kẽ nhau, nhiều vùng tạo hình ảnh hàng rào, hang đậu, mạch máu thành dây, kính hóa, mô đệm rải rác vi nang. Không thấy nhân chia và nhân không điển hình. KL Neurinome.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Biểu hiện lâm sàng thường được chia làm 2 giai đoạn:

+Giai đoạn đau rễ: Đau do u tuỷ nói chung và neurinome nói riêng, có đặc điểm là đau theo rễ thần kinh, thời gian đau thường lâu, nó có thể là triệu chứng duy nhất của bệnh. Vì thế dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh khác như thoái vị đĩa đệm, viêm rễ thần kinh liên sườn, thoái hóa cột sống... [3], [4].

+ Giai đoạn đè ép tuỷ: Tuỷ theo mức độ đè ép tuỷ của vị trí u mà biểu hiện lâm sàng dưới các hình thức khác nhau, có thể thấy liệt một vài nhóm cơ, hoặc liệt hai chân nếu như u ở cột sống tuỷ ngực và thắt lưng, liệt tứ chi nếu u ở vùng tuỷ cổ.[3], [4].

Neurinome cột sống thường là u lành tính, bệnh lý u tiến triển chậm, nên triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn (triệu chứng lâm sàng thường chỉ có khi u đã có một kích thước đủ lớn) và không điển hình. Do đó việc phát hiện ngay ở giai đoạn đau rễ là vô cùng có ý nghĩa trong việc điều trị, và việc cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

4.2 Các phương pháp chẩn đoán neurinome:

- Chụp Xquang thường quy: Có thể thấy hình ảnh rộng ống tuỷ hoặc lỗ tiếp hợp do u gây lên. Tuy nhiên phương pháp này mang lại ít thông tin, thường dùng để đánh giá các tổn thương xương đi kèm.

- Chụp tuỷ cản quang (Myelographia) hiện ít sử dụng.

- Chụp cắt lớp vi tính cột sống: Rất có giá trị trong đánh giá tổn thương xương trong u thần kinh như hình ăn mòn xương, rộng ống tuỷ, rộng lỗ tiếp hợp... Nhưng có nhược điểm là rất hạn chế trong đánh giá bệnh lý tuỷ sống, đĩa đệm, dây thần kinh và hệ thống dây chằng cũng như phần mềm xung quanh.

- Chụp cộng hưởng từ:

Đây là phương pháp tiên tiến nhất, ưu việt nhất để chẩn đoán bệnh lý cột sống tuỷ sống nói chung và u bao dây TK cột sống nói riêng. Với độ phân giải phần mềm cao, không bị nhiễu do xương, có thể cắt được trên nhiều mặt phẳng khác nhau, đã trở thành phương pháp gần như không thể thiếu trong việc thăm khám các khối u của cột sống. Đồng thời, mỗi chuỗi xung của CHT cho hình ảnh của các tổ chức khác nhau là các hình ảnh khác nhau, do đó đánh giá được bản chất của tổn thương tốt hơn các phương pháp khác. Khối u tuỷ sống chính là một trong những loại hiếm nhất của các khối u, chiếm khoảng 4-16% tất cả các khối u phát sinh từ hệ thống thần kinh trung ương. Tuy nhiên u bao dây TK lại hay gặp nhất, chiếm khoảng 47%, ít khi có vôi hóa. Nếu u bao dây thần kinh phát triển thành hình quả tạ, chúng có thể tạo ra một khối u mềm điển hình, dễ xác định ở vùng cạnh cột sống. Sự mở rộng lỗ tiếp hợp có thể là dấu hiệu của sự loạn sản trong bệnh Von Recklinghausen của xương mà không có sự hiện diện của u sợi thần kinh [1], [5]

Trên cộng hưởng từ

- Trên hình ảnh T1W-đồng hoặc giảm tín hiệu.
- Trên hình ảnh T2 W - tăng tín hiệu.
- Trên hình ảnh T1+ Gd ngấm thuốc mạnh, thường không đồng nhất [5], ít khi thấy chảy máu hoặc vôi hóa và không có dấu hiệu đuôi màng cứng [5]. Hay gặp giãn rộng khoang tuỷ hoặc rộng lỗ tiếp hợp do u phát triển ra ngoài tạo nên tổn thương có hình quả tạ "Dumbbell shaped".

Chụp CHT đặc biệt có giá trị trong chẩn đoán phân biệt với u khác:

- U xơ sợi thần kinh (Neurofibroma).
- U màng não (Meningioma).
- U hạch thần kinh (Paraganglioma).
- U màng ống nội tuỷ thể nhú (Myxopapillary ependymoma).
- Di căn trong ống sống ngoài tuỷ (Intradural extramedullary metastata).

V. KẾT LUẬN

Neurinome tuỷ sống là một khối u lành tính, và khối phổ biến nhất trong u thần kinh cột

sống. Việc chẩn đoán sớm và chẩn đoán phân biệt với các u khác ở cột sống đặc biệt có ý nghĩa trong việc tiên lượng, lên kế hoạch điều trị, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Cùng với các kỹ thuật cận lâm sàng như X quang, Myelographia, Cắt lớp vi tính thì CHT mang lại một giá trị to lớn trong việc chẩn đoán sớm các khối u tủy sống như neurinome. Chẩn đoán u bao dây thần kinh (neurinome) bằng kỹ thuật chụp cộng hưởng từ có độ nhạy 86,53%, độ đặc hiệu 80,95% [5]

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Friedman DP, Tartaglino LM, Flanders AE. Intradural schwannomas of the spine: MR findings with emphasis on contrast-enhancement

- characteristics. AJR Am J Roentgenol. 1992;158 (6): 1347-50. AJR Am J Roentgenol (abstract) - Pubmed citation
2. James, W.B., **Diseases of the Skin:** Clinical Dermatology. Clinical Dermatology, ed. 10. 2005: Saunders.
3. Lương Việt Hòa, Trần Thị Mai Linh, và Hoàng Thế Hưng, (2013). Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật u tủy. Y học thực hành, 891-892, p153-155.
4. Nguyễn Vũ, Kiều Đình Hùng, (2014). Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật u tủy tại bệnh viện đại học y Hà Nội, Y Học TP Hồ Chí Minh, Tập 18, Phụ bản của số 6, 2014.
5. Lưu Công Thành (2015), "Nghiên cứu đặc điểm và giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán Neurinoma cột sống", Luận văn Bác sỹ chuyên khoa II, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG ĐỐI CHỨNG NGẪU NHIÊN: KHÍ DUNG KẾT HỢP TRUYỀN TĨNH MẠCH COLISTIN ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI NẶNG DO VI KHUẨN GRAM ÂM ĐA KHÁNG KHÁNG SINH

Nguyễn Minh Nghĩa¹, Đặng Quốc Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của khí dung kết hợp truyền tĩnh mạch colistin ở bệnh nhân viêm phổi nặng do vi khuẩn Gram âm đa kháng kháng sinh. **Phương pháp:** Nghiên cứu lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên, 44 trường hợp viêm phổi nặng do vi khuẩn Gram âm đa kháng kháng sinh được phân vào hai nhóm: 1 nhóm sử dụng khí dung kết hợp truyền tĩnh mạch colistin; 1 nhóm truyền tĩnh mạch colistin. **Kết quả:** Nhóm khí dung kết hợp truyền tĩnh mạch colistin đạt hiệu quả lâm sàng và vi sinh tốt hơn so với nhóm truyền tĩnh mạch colistin đơn thuần (40,9% và 83,3% so với 18,2 % và 20%). **Kết luận:** Khí dung kết hợp truyền tĩnh mạch colistin cho kết quả điều trị tốt hơn truyền tĩnh mạch colistin đơn thuần.

Từ khóa: khí dung colistin, viêm phổi liên quan thở máy

SUMMARY

RANDOMIZED CONTROLLED CLINICAL STUDY: NEBULIZED COMBINED WITH INTRAVENOUS COLISTIN TREATMENT SEVERE PNEUMONIA INFECTIOUS BY GRAM-NEGATIVE MULTIDRUG RESISTANCE
Objectives: To evaluate the therapeutic effects of

Nebulized combined with intravenous colistin in patients with severe pneumonia caused by multidrug-resistant Gram-negative bacteria. **Methods:** In a randomized controlled clinical study, 44 cases of severe pneumonia caused by multi-antibiotic resistant Gram-negative bacteria were classified into two groups: 1 group used aerosol and colistin intravenous infusion; 1 group of colistin intravenous infusion. **Results:** The aerosolized group combined with colistin intravenous infusion achieved better clinical and microbiological effects than the colistin group (40.9% and 83.3% versus 18.2% and 20%). **Conclusion:** Nebulized combined with intravenous colistin for better treatment results than intravenous colistin alone.

Key words: nebulized colistin, Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Colistin là một loại kháng sinh polypeptide ban đầu được phân lập vào năm 1947 từ vi khuẩn đất *Paenibacillus polymyxa* subsp. *colistinus* [1]. Việc sử dụng colistin giảm dần do độc tính thận và độc tính trên thần kinh vào những năm 1970. Những năm gần đây sự quay trở lại trên lâm sàng của colistin bởi sự gia tăng nhanh chóng tình trạng kháng tất cả kháng sinh của vi khuẩn Gram âm và được sử dụng như là những lựa chọn điều trị cuối cùng để điều trị những bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn Gram âm đa kháng kháng sinh gây ra [1], [2]. Một chế độ liều truyền tĩnh mạch được xây dựng trên công thức tính liều của Garonzik cho MIC = 0,5 của

¹Bệnh viện K,

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Nghĩa

Email: bsngnhia.vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2020

Ngày duyệt bài: 25.11.2020

colistin với *Acinetobacter baumannii* nhưng nghiên cứu cũng ghi nhận thất bại điều trị cao trên cả lâm sàng và vi sinh [3].

Chế độ liều kháng sinh colistin đường tĩnh mạch dường như đã chạm đến liều tối đa. Vậy làm thế nào để gia tăng nồng độ thuốc ở mô đích để cân bằng giữa hiệu quả điều trị và độc tính vẫn là một câu hỏi lớn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu khí dung kết hợp truyền tĩnh mạch colistin điều trị viêm phổi nặng do vi khuẩn Gram âm đa kháng kháng sinh nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của chế độ thuốc khí dung kết hợp truyền tĩnh mạch colistin [4], [5].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi theo CDC Hoa Kỳ 2019. Viêm phổi được xác định bằng cách sử dụng kết hợp các tiêu chí lâm sàng; xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh (Tiêu chuẩn cho Viêm phổi lâm sàng) [6].

- Được đặt nội khí quản thở máy.
- Cấy đờm mọc vi khuẩn Gram âm đa kháng kháng sinh.

- Chỉ định sử dụng Colistin.

- Trên 18 tuổi

- Văn bản tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Phụ nữ có thai, bệnh nhân dùng colistin trong vòng 2 tuần trước thời điểm vào nghiên cứu, dùng colistin ít hơn 3 ngày lịch, quá mẫn với Colistinmethat Natri.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên thực hiện tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2019 đến tháng 10/2020.
- Đề cương nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Bạch Mai thông qua.
- Các quy trình kỹ thuật được Hội đồng khoa học Bệnh viện Bạch Mai thông qua.
- Bệnh nhân được chia làm hai nhóm:

✓ Nhóm khí dung (**KD + TM**) khí dung colistin và kết hợp truyền tĩnh mạch colistin. Chế độ liều truyền tĩnh mạch tương tự nhóm **TM**. Chế độ liều khí dung colistin 1MUI mỗi 8h. Thời gian khí dung 8 ngày.

✓ Nhóm tĩnh mạch (**TM**) truyền tĩnh mạch Colistin. Chế độ liều tĩnh mạch colistin theo Phác đồ của Bệnh viện Bạch Mai.

3. Chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: tuổi, giới, cân nặng, BMI, điểm bệnh lý Charlson, SOFA, Apache II, CPIS.

Hiệu quả lâm sàng: Hiệu quả lâm sàng được đánh giá sau 3 ngày điều trị colistin đến hết ngày thứ 8 tính theo ngày lịch từ thời điểm bắt đầu điều trị colistin.

✓ Thành công: Bệnh nhân được rút ống nội khí quản và duy trì tình trạng tự thở trên 48h. Hoặc thôi thở máy trên 48 giờ ở bệnh nhân mở khí quản.

✓ Thất bại: Bệnh nhân vẫn duy trì thở máy qua ngày thứ 8.

Hiệu quả vi sinh: Dựa vào kết quả cấy đờm tại ngày 5 và ngày 8. Lấy đờm qua catheter hút đờm qua ống nội khí quản (canyl mở khí quản, nội soi phế quản), định danh vi sinh vật bằng dấu ấn phân tử, máy MALDI-TOF của hãng Bruker Daltonics, nuôi cấy theo phương pháp bán định lượng, xét nghiệm MIC của *A.baumannii* với colistin.

✓ Thành công: Không phân lập được căn nguyên vi khuẩn ban đầu, hay căn nguyên khác nhạy cảm với colistin trong dịch phế quản thời điểm N5 hoặc N8.

✓ Thất bại vi: Vẫn phân lập được căn nguyên ban đầu trong các mẫu bệnh phẩm hoặc phân lập được căn nguyên khác nhạy cảm với colistin thời điểm N8.

4. Phương pháp xử lý số liệu. Các số liệu được phân tích theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu

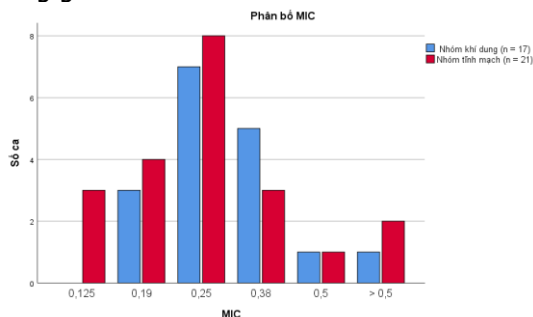
	Chung n = 44	Nhóm KD+TM n = 22	Nhóm TM n = 22	p
Tuổi (năm)	57,0 ± 18,2	52,7 ± 18,4	61,3 ± 17,3	0,118
Giới (nam%)	70,5 % (31)	68,2% (15)	72,7% (16)	0,741
Cân nặng (kg)	57,8 ± 12,1	57,1 ± 12,4	58,6 ± 12,0	0,686
BMI (kg/m ²)	22,2 ± 3,8	22,2 ± 3,7	22,1 ± 4,0	0,966
Điểm Charlson	3,3 [0 - 12]	3,3 [0 - 12]	3,3 [0 - 8]	0,958
Điểm SOFA	8,1 [0 - 20]	8,6 [1 - 20]	7,6 [0 - 15]	0,426

Điểm Apache II	18,6 ± 6,8	19,5 ± 7,2	17,7 ± 6,4	0,393
Điểm CPIS	6,8 [4 - 9]	6,9 [4 - 9]	6,7 [4 - 9]	0,650
Acinetobacter baumannii	38 (86,4 %)	19 (86,4%)	19 (86,4%)	
Klebsiella pneumoniae	4 (9,1%)	3 (13,6%)	1 (4,5%)	
Pseudomonas aeruginosa	2 (4,5%)	0 (0%)	2 (9,1%)	
Đặt NKQ đến dùng colistin (ngày)	7,8 [2 - 20]	8,0 [2 - 20]	7,6 [2 - 18]	0,740
Thời gian sử dụng colistin (ngày)	10,1 [4 - 27]	9,4 [4 - 20]	10,8 [5 - 27]	0,308
Albumin	28,4 ± 4,7	28,3 ± 5,1	28,5 ± 4,4	0,897
Bilirubin	42,5 [5 - 323]	63,0 [5 - 323]	22,0 [5 - 122]	0,064

Nhận xét: Phân bố về tuổi, giới, cân nặng, BMI, điểm bệnh lý mạn tính (Charlson), mức độ suy đa tạng (SOFA), điểm mức độ nặng (Apache II), điểm viêm phổi lâm sàng (CPIS) của hai nhóm tại thời điểm trước khi dùng colistin là tương đồng.

Vi khuẩn chủ yếu được cấy ra là Acinetobacter baumannii, tỷ lệ vi khuẩn giữa hai nhóm không có sự khác biệt.

Thời gian đặt nội khí quản đến khi sử dụng colistin, thời gian sử dụng colistin, chỉ số Albumin và Bilirubin trước khi sử dụng colistin là tương đồng giữa hai nhóm.



Biểu đồ 1. Phân bố MIC của colistin với vi khuẩn của hai nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Nồng độ ức chế tối thiểu của colistin với vi khuẩn trong hai nhóm nghiên cứu tập trung ở giá trị MIC = 0,25 mg/L.

2. Đánh giá hiệu quả lâm sàng

Bảng 2. Tỷ lệ thành công lâm sàng của hai nhóm tính đến hết ngày thứ 8

	Nhóm KD + TM n = 22	Nhóm TM n = 22	p
Tỷ lệ thành công lâm sàng	9 40,9%	4 18,2%	0.099

Nhận xét: Hiệu quả lâm sàng của nhóm khí dung kết hợp truyền tĩnh mạch colistin tốt hơn nhóm truyền tĩnh mạch đơn thuần, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

3. Đánh giá hiệu quả vi sinh

Bảng 3. Tỷ lệ thành công trên vi sinh của hai nhóm nghiên cứu

	Nhóm KD + TM n = 18	Nhóm TM n = 20	p
Tỷ lệ thành công vi sinh ngày thứ 5	15 83,3 %	2 10,0 %	0,001
Tỷ lệ thành công vi sinh ngày thứ 8	15 83,3 %	4 20,0 %	0,001

Nhận xét: Hiệu quả điều trị về vi sinh, tỷ lệ thành công vi sinh ngày thứ 5 và ngày thứ 8 của nhóm khí dung kết hợp truyền tĩnh mạch colistin đều tốt hơn nhóm truyền tĩnh mạch đơn thuần, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu nhận thấy, khí dung kết hợp truyền tĩnh mạch colistin đạt hiệu quả điều trị lâm sàng tốt, cụ thể: 40,9% thành công lâm sàng cho chế độ khí dung kết hợp truyền tĩnh mạch so với 18,2% thành công lâm sàng cho chế độ truyền tĩnh mạch colistin đơn thuần. Kết quả này khó so sánh với các nghiên cứu khác vì tác giả nghiên cứu chỉ chọn một tiêu chí thành công trên lâm sàng là rút nội khí quản trên 48 giờ hoặc thở máy trên 48 giờ ở bệnh nhân thở máy có mở khí quản và thời điểm xác định thành công hay thất bại là ngày điều trị thứ 8 [3],[7].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thành công vi sinh của nhóm khí dung kết hợp truyền tĩnh mạch colistin tốt hơn, cụ thể: 83,3% thành công vi sinh cho chế độ khí dung kết hợp truyền tĩnh mạch colistin so với 20,0% thành công vi sinh cho chế độ truyền tĩnh mạch đơn thuần tại ngày thứ 8. Đặc biệt thành công vi sinh cao của nhóm khí dung kết hợp truyền tĩnh mạch colistin đã có được sớm từ ngày thứ 5.

Tỷ lệ thành công vi sinh trong nghiên cứu này 20,0% của nhóm truyền tĩnh mạch thấp hơn kết quả 47,8% trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bá Cường thực hiện cùng địa điểm và cùng một chế độ liều. Tuy nhiên tác giả Nguyễn Bá Cường xác định thành công vi sinh dựa vào kết quả nuôi cấy khi bệnh nhân kết thúc điều trị hay ra viện.

Trong nghiên cứu này tác giả chỉ xác định thành công vi sinh tại thời điểm ngày 5 và ngày 8. Kết quả 83,3% thành công vi sinh khi kết hợp khí dung với truyền tĩnh mạch colistin tốt hơn 47,8% của tác giả Nguyễn Bá Cường chỉ truyền tĩnh mạch với chế độ liều tĩnh mạch là giống nhau giữa hai nghiên cứu [3]. Kết quả này cũng không tương đồng với nghiên cứu của Tumbarello M [7].

Hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu tương đối nhỏ. Tuy nhiên đây là nghiên cứu lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên so sánh hiệu quả điều trị giữa hai chế độ sử dụng colistin, định hướng cho thực hành điều trị lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu chúng tôi nhận thấy khí dung kết hợp truyền tĩnh mạch colistin có hiệu quả điều trị tốt hơn truyền tĩnh mạch colistin đơn thuần trong điều trị viêm phổi nặng do vi khuẩn Gram âm đa kháng kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Poirel L., Jayol A., và Nordmann P. (2017). Polymyxins: Antibacterial Activity, Susceptibility Testing, and Resistance Mechanisms Encoded by

Plasmids or Chromosomes. Clin Microbiol Rev, 30(2), 557–596.

2. Velkov T., Roberts K.D., Nation R.L. và cộng sự. (2013). Pharmacology of polymyxins: new insights into an “old” class of antibiotics. Future Microbiology, 8 (6), 711–724.
3. Nguyễn Bá Cường (2017). Hiệu quả của hai chế độ liều sử dụng colistin truyền tĩnh mạch trong điều trị viêm phổi liên quan thở máy.pdf. .
4. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thở máy. Thongdiepcuocsong. Net, <http://vnacem.org.vn/phac-do/khuyen-cao-chan-doan-va-dieu-tri-viem-phoi-benh-vien-viem-phoi-tho-may-post1093.html >, accessed: 12/11/2020.
5. Kalil A.C., Metersky M.L., Klompas M. và cộng sự. (2016). Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. Clinical Infectious Diseases, 63(5), e61–e111.
6. CDC6pscvapcurrent.pdf.
7. Tumbarello M., De Pascale G., Trecarichi E.M. và cộng sự. (2013). Effect of Aerosolized Colistin as Adjunctive Treatment on the Outcomes of Microbiologically Documented Ventilator-Associated Pneumonia Caused by Colistin-Only Susceptible Gram-Negative Bacteria. Chest, 144(6), 1768–1775.

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ LƯỠI

Bùi Thị Thanh Tâm¹, Huỳnh Quang Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị CLVT trong chẩn đoán ung thư lưỡi. **Đối tượng, phương pháp:** Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư lưỡi qua thăm khám, được chụp CT để chẩn đoán xác định và đánh giá giai đoạn trước điều trị, có kết quả giải phẫu bệnh xác định mô học tổn thương ở lưỡi. **Kết quả:** Độ nhạy CT trong chẩn đoán ung thư lưỡi là 99,3%, giá trị tiên đoán dương là 97,9%, độ đặc hiệu là 25% và giá trị tiên đoán âm là 50%. Mức độ đồng thuận giữa CT và nội soi trong đánh giá tình trạng lan đường giữa là 0,68. Độ nhạy của CLVT trong chẩn đoán xâm lấn đường giữa là 50%, giá trị tiên đoán dương 50%, độ đặc hiệu 96,9%, giá trị tiên đoán âm là 96,9%. Mức độ đồng thuận giữa CLVT và nội soi trong đánh giá xâm lấn sàn miệng là 0,69. Độ nhạy của CT trong đánh giá tình trạng xâm lấn sàn miệng của ung thư lưỡi là 25% (2/8), giá trị tiên đoán dương 100% (2/2), độ đặc

hiệu 100% (58/58), giá trị tiên đoán âm 90% (58/64). Mức độ đồng thuận giữa CT và GPB trong đánh giá giai đoạn T của ung thư lưỡi là 0,63. Chỉ số DOI trên CT thường lớn hơn so với chỉ số DOI đo được trên giải phẫu bệnh. Độ nhạy của CT trong chẩn đoán hạch di căn trong ung thư lưỡi là 80,9%, giá trị tiên đoán dương là 80,9%, độ đặc hiệu là 91,1%, giá trị tiên đoán âm là 91,1%. Mức độ đồng thuận giữa CT và giải phẫu bệnh sau mổ trong đánh giá giai đoạn hạch theo phân độ AJCC 8th là 0,58. Độ nhạy của CT trong đánh giá tình trạng xâm lấn vỏ bao hạch ra ngoài là 75%, giá trị tiên đoán dương 100%, độ đặc hiệu là 81,8% %, giá trị tiên đoán âm 81,8%. **Kết luận:** CT là phương tiện rất tốt để chẩn đoán ung thư lưỡi. CLVT giúp xác định khá chính xác chiều sâu xâm lấn của khối u, tình trạng xâm lấn đường giữa hay xâm lấn sàn miệng và di căn hạch vùng.

Từ khóa: cắt lớp vi tính, ung thư lưỡi, giai đoạn

SUMMARY

ROLE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF TONGUE CARCINOMA

Objectives: To determine the value of CT in the diagnosis of tongue carcinoma. **Methods:** The patients with tongue carcinoma underwent CT scan for definitive diagnosis and evaluated the pre-treatment stage, and had pathological results

¹Bệnh viện Thống Nhất- TP HCM

²Trường ĐHY Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy

Email: huyhq@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2020

Ngày duyệt bài: 17.11.2020

determined the tissue damage in the tongue. **Results:** The CT sensitivity in the diagnosis of tongue carcinoma was 99.3%, the positive predictive value was 97.9%, the specificity was 25%, and the negative predictive value was 50%. The degree of consensus between CT and endoscopy in the assessment of midway spread was 0.68. The sensitivity of CT in the diagnosis of mid-line invasion is 50%, the positive predictive value is 50%, the specificity is 96.9%, the negative predictive value is 96.9%. The inter-rater agreement between CT and endoscopy in the evaluation of oral floor invasion was 0.69. The sensitivity of CT in assessing oral floor invasion of tongue carcinoma was 25% (2/8), positive predictive value 100% (2/2), specificity 100% (58/58), predictive value is negative 90% (58/64). The inter-rater agreement between CT and histology in the evaluation of stage T of tongue carcinoma is 0.63. The DOI on CT is usually larger than the DOI measured in pathology. The sensitivity of CT in the diagnosis of metastatic lymph nodes in tongue carcinoma is 80.9%, the positive predictive value is 80.9%, the specificity is 91.1%, the negative predictive value is 91.1%. The inter-rater agreement between CT and postoperative pathology in the evaluation of lymphoma according to AJCC 8th scale was 0.58. The sensitivity of CT in assessing the envelope of lymphadenopathy is 75%, the predictive value is 100% positive, the specificity is 81.8%, the predictive value is negative 81.8%. **Conclusion:** CT is an excellent modality in diagnosis of tongue carcinoma. CT helps to determine quite accurately the tumor invasion depth, midline invasion, or oral floor invasion and regional lymph node metastasis.

Keywords: computed tomography, tongue carcinoma, stage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vùng khoang miệng chiếm khoảng 30% các loại ung thư vùng đầu mặt, trong đó ung thư lưỡi là loại thường gặp nhất(8). Xuất độ ung thư lưỡi khoảng 3/100000 dân(8). Tại Việt Nam, tỉ lệ ung thư lưỡi đang ngày càng gia tăng, chủ yếu gặp ở bệnh nhân nam trên 50 tuổi(8).

Hiện nay ở Việt Nam, chụp cắt lớp vi tính hay CT đã trở thành một phương tiện chẩn đoán hình ảnh thông dụng, có mặt ở hầu hết các cơ sở y tế. Đối với ung thư lưỡi, CT cho phép đánh giá chính xác kích thước cũng như sự xâm lấn của khối u ra các cấu trúc lân cận, từ đó cho phép đánh giá chính xác giai đoạn của tổn thương. Mặc dù cộng hưởng từ MRI có ưu thế trong độ tương phản mô, tuy nhiên đối với giải phẫu vùng khoang miệng, CT cũng cho phép đánh giá tốt các cấu trúc giải phẫu, đặc biệt là đối với các trường hợp cần đánh giá sự xâm lấn xương của khối u, CT tỏ ra ưu thế hơn MRI về độ chuyên biệt (2). Hơn nữa, CT cũng là một phương tiện hình ảnh không xâm lấn, thời gian chụp nhanh, giá thành không quá cao và đặc

biệt là phổ biến ở hầu hết các cơ sở y tế kể cả ở tuyến dưới. Chính vì những lý do đó, ở nước ta hiện nay CT vẫn là một phương tiện chẩn đoán hình ảnh ưu thế trong chẩn đoán ung thư lưỡi.

Tại Việt Nam, tình trạng ung thư lưỡi ngày càng gia tăng, tuy nhiên chúng tôi chưa ghi nhận nghiên cứu nào về đặc điểm hình ảnh ung thư lưỡi trên cắt lớp vi tính. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục đích: Xác định giá trị CLVT trong chẩn đoán ung thư lưỡi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chí chọn mẫu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên tất cả các bệnh nhân thỏa tiêu chí sau:

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư lưỡi qua thăm khám, được chụp CT để chẩn đoán xác định và đánh giá giai đoạn trước điều trị, có kết quả giải phẫu bệnh xác định mô học tổn thương ở lưỡi.

Tiêu chí loại ra. Bệnh nhân không có kết quả giải phẫu bệnh xác định chẩn đoán

Bệnh nhân ung thư lưỡi tái phát hay đã được phẫu thuật và điều trị, được chụp lại CT để đánh giá theo dõi diễn tiến bệnh.

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

Cỡ mẫu: Lấy trọn các trường hợp thỏa tiêu chí chọn mẫu

Các nội dung nghiên cứu: Độ nhạy, độ đặc hiệu của CT trong chẩn đoán xác định ung thư lưỡi (đối chiếu kết quả CT với giải phẫu bệnh)

Giá trị của CT trong chẩn đoán giai đoạn ung thư lưỡi:

- Xâm lấn đường giữa
- Xâm lấn sàn miệng
- Đánh giá giai đoạn T
- Đánh giá chỉ số DOI
- Đánh giá di căn hạch vùng
- Đánh giá tình trạng xâm lấn vỏ bao hạch ra ngoài

Phương tiện nghiên cứu: Máy cắt lớp vi tính 64 dãy đầu thu thế hệ Optima 660 và máy cắt lớp vi tính 16 dãy đầu thu thế hệ BrightSpeed Elite của hãng GE, tại bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh

Các bước tiến hành: (1) Mỗi bệnh nhân có một biểu mẫu hồ sơ nghiên cứu để ghi các số liệu thu thập. (2) Khai thác thông tin cá nhân: tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ... trong bệnh án. (3) Xem lại hình ảnh chụp cắt lớp vi tính đã lưu tại khoa cũng như kết quả chẩn đoán hình ảnh, siêu âm, nội soi và mô bệnh học trong bệnh án. (4) Thu thập các thông tin vào phiếu thu thập

theo đúng tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ sau đó bảo mật thông tin của bệnh nhân dưới dạng mật khẩu tệp tin cá nhân. (5) Không thăm khám bệnh nhân mà chỉ lấy thông tin dựa trên bệnh án và hình ảnh cắt lớp vi tính

Xử lý số liệu: Dữ liệu nhập và được phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0. Giá trị $p < 0,05$ được cho là có giá trị thống kê. Kết quả được trình bày qua các bảng biểu và đồ hình

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

138 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình $55,62 \pm 13,18$, tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 23, độ tuổi lớn nhất là 90.

Bảng 3.1. Đối chiếu kết quả chẩn đoán ung thư lưỡi giữa CT với GPB

CT	GPB	
	K lưỡi	Không phải K lưỡi
K lưỡi	138	3
Không phải K lưỡi	1	1

Nhận xét: Độ nhạy CT trong chẩn đoán ung thư lưỡi là 99,3%, giá trị tiên đoán dương là 97,9%, độ đặc hiệu là 25% và giá trị tiên đoán âm là 50%.

Bảng 3.2. Mức độ đồng thuận giữa CT và nội soi trong đánh giá sự xâm lấn đường giữa (n=138)

CT	Nội soi	
	Lan đường giữa	Không lan đường giữa
Lan đường giữa	17	12
Không lan đường giữa	2	107
Hệ số Kappa	0,68	

Nhận xét: Mức độ đồng thuận giữa CT và nội soi trong đánh giá tình trạng lan đường giữa là 0,68

Bảng 3.3. So sánh CT và nội soi trong đánh giá xâm lấn đường giữa (n=66)

CT	Phẫu thuật	
	Giải phẫu	Không giải phẫu
Lan đường giữa	17	12
Không lan đường giữa	2	107

Bảng 3.6. Mức độ đồng thuận giữa giai đoạn T trên CT với giai đoạn T trên lâm sàng (n=138)

GPB		T1	T2	T3	T4	Chỉ số Kappa
CT	T1	5	2	0	0	
	T2	4	17	3	0	
	T3	0	10	45	15	
	T4	0	0	2	35	

Nhận xét: Mức độ đồng thuận giữa CT và lâm sàng trong đánh giá giai đoạn T là 0,76

Bảng 3.7. Mức độ đồng thuận giữa CT và giải phẫu bệnh trong chẩn đoán giai đoạn T của ung thư lưỡi (n=66)

GPB		T1	T2	T3	T4	Chỉ số Kappa
CT	T1	5	2	0	0	
	T2	4	17	3	0	0,63

Lan đường giữa	CT	1	1
	Nội soi	1	4
Không lan đường giữa	CT	1	63
	Nội soi	1	60

Nhận xét:

- Độ nhạy của CLVT trong chẩn đoán xâm lấn đường giữa là 50%, giá trị tiên đoán dương 50%, độ đặc hiệu 96,9%, giá trị tiên đoán âm là 96,9%.

- Độ nhạy, độ đặc hiệu của nội soi trong đánh giá sự xâm lấn đường giữa là 50% và 93,7%.

Bảng 3.4. Mức độ đồng thuận giữa CT và nội soi tại mũi họng trong đánh giá xâm lấn sàn miệng (n=138)

CT	Nội soi	
	Lan sàn miệng	Không lan sàn miệng
Lan sàn miệng	22	2
Không lan sàn miệng	15	99
Hệ số Kappa	0,69	

Nhận xét: Mức độ đồng thuận giữa CLVT và nội soi trong đánh giá xâm lấn sàn miệng là 0,69.

Bảng 3.5. So sánh CT và nội soi trong đánh giá tình trạng xâm lấn sàn miệng (n=66)

CLS	GPB	
	Lan sàn miệng	Không lan sàn miệng
Lan sàn miệng	CT	2
	Nội soi	5
Không lan sàn miệng	CT	6
	Nội soi	3

Nhận xét: - Độ nhạy của CT trong đánh giá tình trạng xâm lấn sàn miệng của ung thư lưỡi là 25% (2/8), giá trị tiên đoán dương 100% (2/2), độ đặc hiệu 100% (58/58), giá trị tiên đoán âm 90% (58/64).

- Độ nhạy, độ đặc hiệu của nội soi trong đánh giá xâm lấn sàn miệng là 62,5%, độ đặc hiệu 100%.

CT	T2	4	13	2	0	0,61
	T3	0	6	26	6	0,71
	T4	0	0	0	2	0,24

Nhận xét: So với giải phẫu bệnh, CT chẩn đoán chính xác giai đoạn T ở 46 trường hợp (70%). Mức độ đồng thuận giữa CT và GPB trong đánh giá giai đoạn T của ung thư lưỡi là 0,63.

Bảng 3.8. Mối tương quan giữa DOI/CT và DOI/GPB (n=66)

Thông số	N	Min	Max	Trung bình	T (T test)	p
DOI/CT	48	4	36	11,79±4,80	3,79	<0,001
DOI/GPB	48	5	18	10,41±4,12		

Nhận xét: Chỉ số DOI trên CT thường lớn hơn so với chỉ số DOI đo được trên giải phẫu bệnh.

Bảng 3.9. Giá trị của CT trong phát hiện hạch di căn (n=66)

CT \ Phẫu thuật	Có hạch di căn	Không hạch di căn
Có hạch di căn	17	4
Không hạch di căn	4	41

Nhận xét: Độ nhạy của CT trong chẩn đoán hạch di căn trong ung thư lưỡi là 80,9%, giá trị tiên đoán dương là 80,9%, độ đặc hiệu là 91,1%, giá trị tiên đoán âm là 91,1%.

Bảng 3.10. Mức độ đồng thuận giữa CT và lâm sàng trong đánh giá giai đoạn N (n=138)

CT \ Lâm sàng	N0	N1	N2	N3	Hệ số Kappa
N0	65	8	1	1	0,5
N1	4	5	4	0	
N2	4	9	19	3	
N3	0	1	8	6	

Nhận xét: Mức độ đồng thuận giữa CT lâm sàng trong đánh giá giai đoạn hạch theo phân độ AJCC 8th là 0,5

Bảng 3.11. Mức độ đồng thuận giữa CT và GPB trong đánh giá giai đoạn hạch N theo phân độ AJCC 8th (n=66)

CT \ GPB	N0	N1	N2	N3	Hệ số Kappa
N0	41	3	1	0	0,58
N1	3	3	2	0	
N2	1	0	5	3	
N3	0	0	1	3	

Nhận xét: Mức độ đồng thuận giữa CT và giải phẫu bệnh sau mổ trong đánh giá giai đoạn hạch theo phân độ AJCC 8th là 0,58.

Bảng 3.12. Giá trị của CT trong đánh giá tình trạng xâm lấn vỏ bao hạch ra ngoài (n=19)

CT \ GPB	Có xâm lấn vỏ bao	Không xâm lấn vỏ bao
Có xâm lấn vỏ bao	6	2
Không xâm lấn vỏ bao	2	9

Nhận xét: Độ nhạy của CT trong đánh giá tình trạng xâm lấn vỏ bao hạch ra ngoài là 75%, giá trị tiên đoán dương 100%, độ đặc hiệu là 81,8%, giá trị tiên đoán âm 81,8%.

IV. BÀN LUẬN

CT có độ nhạy cao trong chẩn đoán ung thư lưỡi (99,3%) nhưng độ đặc hiệu lại thấp (25%).

Tuy nhiên tình trạng viêm nhiễm hay nhiễm trùng ở lưỡi cũng sẽ có hình ảnh tương tự trên CT(2), vì vậy rất khó phân biệt ung thư lưỡi với viêm nhiễm trên CLVT. Tác giả H.J. Kim và cộng sự cũng cho rằng cả CT và cộng hưởng từ đều thiếu độ đặc hiệu trong chẩn đoán ung thư lưỡi (6)

Đối với ung thư lưỡi, sự xâm lấn của khối u qua đường giữa là một yếu tố quan trọng cần đánh giá (2,4,8). Chúng tôi nhận thấy CT có mức đồng thuận tốt với nội soi trong đánh giá xâm lấn đường giữa (p=0,68). Khi đối chiếu với kết quả sau phẫu thuật, CT và nội soi có độ nhạy như nhau trong đánh giá sự xâm lấn đường giữa, tuy nhiên độ đặc hiệu của CT cao hơn nội soi trong đánh giá sự xâm lấn lan qua đường giữa. Điều này có lẽ do nội soi chỉ đánh giá bề

ngoài khối u vì vậy trong những trường hợp khối u đè đẩy đường giữa sang bên đối diện sẽ dễ chẩn đoán nhầm là xâm lấn đường giữa. Trong khi đó, trên CLVT sự xâm lấn đường giữa được đánh giá là sự xâm lấn mất đậm độ mỡ của đường giữa nên ít nhầm lẫn giữa tình trạng đè đẩy đường giữa với xâm lấn đường giữa. Tuy nhiên khi sự xâm lấn xảy ra ở giai đoạn sớm thì CT có thể không phát hiện được tình trạng này, vì vậy độ nhạy của CT vẫn chưa cao.

Phân độ AJCC 8th ra đời đã đưa chiều sâu xâm lấn của khối u (DOI) vào làm tiêu chuẩn để đánh giá giai đoạn T ở các trường hợp ung thư lưỡi. Thực tế thực hành lâm sàng, việc xác định DOI trên giải phẫu bệnh chỉ được thực hiện khi khối u đã được điều trị phẫu thuật triệt để, trong khi đó việc xác định DOI để đánh giá giai đoạn ban đầu trước điều trị mới thực sự cần thiết. Tuy nhiên AJCC 8th chỉ đề cập đến việc xác định chỉ số DOI trên giải phẫu bệnh, còn về việc xác định DOI trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như CT hay MRI vẫn chưa thống nhất. Trước đây, nhiều nghiên cứu đã thực hiện nhằm so sánh bề dày của khối u trên CT/MRI với bề dày trên giải phẫu bệnh (1,5) tuy nhiên như đã đề cập ở trên, bề dày khối u không phải là DOI mà chỉ gần tương tự DOI. Gần đây một số nghiên cứu mới được thực hiện chuyên biệt về chiều sâu xâm lấn, tiêu biểu có nghiên cứu của Baba A. (1), tác giả so sánh DOI trên MRI và CT với giải phẫu bệnh. Tuy nhiên Baba chỉ nghiên cứu trên 21 trường hợp, tương đối nhỏ so với chúng tôi 66 trường hợp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi mức chênh lệch trung bình giữa DOI/CT và DOI/GPB là $2,57 \pm 1,86$, chỉ số DOI trên CT thường lớn hơn DOI/GPB ($p < 0,05$). Điều này cũng được ghi nhận tương tự trong nghiên cứu của Akira Baba (1). Các tác giả khác (5,7,8) cũng đều ghi nhận chỉ số DOI/GPB thường nhỏ hơn DOI/CT hoặc DOI/MRI. Sự khác biệt giữa chỉ số DOI trên CT/MRI so với giải phẫu bệnh được lý giải là do tình trạng co rút mẫu mô bệnh phẩm khi được cố định trong formalin (1), đồng thời xung quanh mô u thường có vùng mô phù nề hay viêm phản ứng và thường được biểu hiện trên CT hoặc MRI, nên khi đo chỉ số DOI sẽ có thể bao gồm luôn các vùng này tạo chỉ số DOI lớn hơn thực tế (1). Chỉ số DOI trên giải phẫu bệnh được xác định là khoảng cách từ vị trí xâm lấn sâu nhất bên trong của khối u đến đường thẳng ngang qua vùng màng đáy của mô bình thường kế cận, không tính vùng mô loạn sản (1). Tuy nhiên trên CT

hoặc MRI đôi khi không phân biệt được mô bình thường với vùng mô loạn sản xung quanh khối u, chính vì vậy đường thẳng tiêu chuẩn trên CT hoặc MRI có thể sẽ nông hơn so với đường ngang qua màng đáy thực sự (1), và vì vậy chỉ số DOI đo được cũng sẽ lớn hơn. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy CT đánh giá rất tốt chỉ số chiều sâu xâm lấn của khối u, hệ số tương quan giữa chỉ số DOI trên CT so với giải phẫu bệnh là 0,79 ($p < 0,01$). Tác giả Baba A. ghi nhận CT đánh giá rất tốt chỉ số DOI với hệ số tương quan 0,74, xấp xỉ chúng tôi (1), tuy nhiên so với chúng tôi cỡ mẫu của Baba A. tương đối nhỏ hơn.

So với các nghiên cứu so sánh chỉ số DOI hoặc bề dày khối u trên cộng hưởng từ với giải phẫu bệnh, hệ số tương quan trong nghiên cứu của chúng tôi đều cao hơn. Tác giả Preda L. (6) so sánh bề dày của khối u đo trên chuỗi xung T1W và giải phẫu bệnh ghi nhận hệ số tương quan là 0,68. Tác giả Akira Baba và cộng sự ghi nhận hệ số tương quan giữa chiều sâu xâm lấn của khối u trên cộng hưởng từ với chiều sâu xâm lấn trên giải phẫu bệnh là 0,69, đồng thời nhận thấy CT đánh giá chỉ số DOI tốt hơn MRI (1).

Với phân độ AJCC mới, giai đoạn T4a không còn dùng tiêu chuẩn xâm lấn cơ ngoại lai mà chủ yếu là sự xâm lấn ra trước xuống dưới vào sàn miệng, xương hàm dưới hoặc lan ra sau vào khẩu hầu. Nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả khác đều nhận thấy xâm lấn sàn miệng là kiểu xâm lấn thường gặp nhất của K lưỡi (2,8). Chúng tôi ghi nhận mức độ đồng thuận giữa CLVT và nội soi trong đánh giá sự xâm lấn sàn miệng khá tốt 0,69. Khi đối chiếu với kết quả sau mổ, CT và nội soi đều có độ đặc hiệu 100% trong đánh giá xâm lấn sàn miệng, tuy nhiên độ nhạy của CT lại thấp hơn nội soi. Điều này có lẽ là bởi xâm lấn sàn miệng là sự xâm lấn đại thể có thể quan sát rõ trên nội soi, trong khi đó CLVT có độ tương phản mô mềm không cao nên sẽ khó nhận diện tình trạng này, dẫn đến độ nhạy thấp hơn.

Chúng tôi cho thấy CLVT rất có giá trị trong đánh giá sự xâm lấn tại chỗ của khối u, chỉ số đồng thuận Kappa giữa CT và lâm sàng trong đánh giá giai đoạn T của khối u là 0,73. So với giai đoạn trên giải phẫu bệnh, mức độ đồng thuận là 0,63. Tuy nhiên, mức độ đồng thuận của CT trong đánh giá giai đoạn T2 và T3 cao hơn giai đoạn T1 và T4. Tác giả El Kinniny nhận thấy CT đánh giá giai đoạn T1 kém hơn giai đoạn T2-T3 ở các trường hợp ung thư ổ miệng (3). Piia Houpainen khi nghiên cứu trên cộng

hường từ cũng nhận thấy MRI đánh giá giai đoạn T2, T3 tốt hơn so với T1 (6**Error! Reference source not found.**). Tác giả nhận định phần lớn các trường hợp ung thư lưỡi đều được sinh thiết trước khi chụp cộng hưởng từ, việc này sẽ dẫn đến tình trạng phù nề, xuất huyết, thâm nhiễm quanh mô u, do đó khi đo kích thước khối u sẽ không chính xác. Đối với các khối u lớn, tình trạng này không đáng kể so với kích thước khối u nên sẽ ít gây ảnh hưởng đến việc đánh giá giai đoạn trên hình ảnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp theo dõi ung thư lưỡi đều được sinh thiết trước khi chụp CLVT, đây có lẽ cũng là lý do ảnh hưởng đến việc đo đặc kích thước cũng như chỉ số DOI trên hình ảnh, dẫn đến việc đánh giá giai đoạn T1 không chính xác. Thêm vào đó các khối u kích thước nhỏ cũng sẽ dễ bị bỏ sót trên CLVT do tình trạng xáo ảnh hoặc độ tương phản mô mềm không cao của CT. Đối với giai đoạn T4, mức độ đồng thuận giữa CT và giải phẫu bệnh cũng không cao. Điều này có lẽ do trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy của CT trong phát hiện tình trạng xâm lấn sàn miệng không cao, từ đó dẫn đến việc nhiều khối u giai đoạn T4 được đánh giá là giai đoạn T3.

Về tình trạng di căn hạch vùng, độ nhạy của CLVT trong phát hiện hạch di căn là 80,9%, độ đặc hiệu 90,1%. El Kinniny et al (3) ghi nhận độ nhạy của CT trong đánh giá di căn hạch tương đối thấp hơn so với chúng tôi. Nghiên cứu chúng tôi nhận thấy nhận thấy CT có độ đặc hiệu cao hơn độ nhạy trong việc xác định ENE. Khác với chúng tôi, tác giả Steinkamp et al nhận thấy CT có độ nhạy cao hơn độ đặc hiệu (80,9%, so với 72,7%) (7). Phần lớn các tác giả như Souter et al (6), Uri et al, Joshua (5,7) lại ghi nhận kết quả tương tự chúng tôi, với độ đặc hiệu tương đối cao. Theo tác giả Joshua (7), CT sẽ có độ nhạy chưa cao trong đánh giá ENE khi mức độ xâm lấn vỏ bao hạch <1mm trên giải phẫu bệnh, mức độ xâm lấn tăng lên thì độ nhạy của CT cũng tăng lên. Tuy nhiên ung thư lưỡi chỉ đánh giá ENE đại thể (>2cm) nên có lẽ vì vậy độ nhạy của chúng tôi cao hơn tác giả Joshua.

Tại thời điểm hiện tại, chúng tôi vẫn chưa ghi nhận được nghiên cứu nào đánh giá giá trị của CT trong việc xác định giai đoạn hạch vùng di căn ở các trường hợp ung thư lưỡi hay ung thư vùng khoang miệng theo phân độ AJCC 8th mới. Với phân độ AJCC 7th, các nghiên cứu đều cho thấy CT và MRI có độ chính xác trong đánh giá giai đoạn hạch thấp hơn so với độ chính xác trong đánh giá giai đoạn T (3,6,7). Mức độ đồng

thuận trung bình giữa CT và giải phẫu bệnh trong đánh giá giai đoạn N ở nghiên cứu của chúng tôi có thể do độ nhạy độ đặc hiệu của CT trong đánh giá ENE ở nghiên cứu chúng tôi còn chưa cao, dẫn đến nhiều trường hợp bị đánh giá nhầm giai đoạn hạch.

V. KẾT LUẬN

CT có độ nhạy cao trong chẩn đoán ung thư lưỡi, nhưng độ đặc hiệu thấp. Đối với sự xâm lấn tại chỗ, CLVT giúp xác định khá chính xác chiều sâu xâm lấn của khối u. Với tình trạng xâm lấn đường giữa hay xâm lấn sàn miệng, CT có độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy chưa cao. Đối với di căn hạch vùng, CT đánh giá tốt tình trạng di căn hạch vùng cũng như tình trạng xâm lấn vỏ bao hạch ra ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baba A, Ojiri H, Ogane S, Hashimoto K, Inoue T, Takagiwa M, et al (2020)**, "Usefulness of contrast-enhanced CT in the evaluation of depth of invasion in oral tongue squamous cell carcinoma: comparison with MRI". *Oral Radiol.* <https://doi.org/10.1007/s11282-020-00429-y> [published online ahead of print, 2020 Feb 21].
2. **Brian M. T., Clinton S. P. (2011)**, "Oral Cavity and Oropharyngeal Squamous Cell Cancer: Key imaging findings for staging and treatment planning", *Radiographics*, **31**(1), p.p 339-354.
3. **El Kinniny et al. (2017)**, "Prospective Comparison of CT scan, MRI and PET/CT in the Diagnosis of Oral Cancer and Nodal Metastasis " *Int J Surg Res Pract* , **4**(1), p.p2-6.
4. **Hicks L.W, North H.J et al (1998)** "Surgery as a single modality therapy for squamous cell carcinoma of the oral tongue", *Am J Otolaryngol*, pp 24-28
5. **Masanari G. Kato, Chung-Hwan Baek, Pankaj Chaturvedi et al (2020)**, "Update on oral and oropharyngeal cancer staging - International perspectives", *World Journal of Otorhinolaryngology -Head and Neck Surgery*, **6**: 66-75.
6. **Preda L, Chiesa F, Calabrese L, Latronico A, Bruschini R, Leon ME, et al.** Relationship between histologic thickness of tongue carcinoma and thickness estimated from preoperative MRI. *Eur. Radiol.* 2006; **16**:2242-8.
7. **Souter MA, Allison RS, Clarkson JH, Cowan IA, Coates MH, Wells JE (2009)**. "Sensitivity and specificity of computed tomography for detection of extranodal spread from metastatic head and neck squamous cell carcinoma". *J Laryngol Otol*; **123**:778-82.
8. **Trần Minh Tuấn, Phạm Kiên Hữu (2019)**, "Khảo sát đặc điểm di căn hạch của ung thư lưỡi", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, **23**(3), tr. 20-26.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG GIAI ĐOẠN IIB – IIIB CÓ SỬ DỤNG XẠ TRỊ ÁP SÁT SUẤT LIỀU CAO DƯỚI HƯỚNG DẪN HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH MÔ PHÒNG

Vũ Hoài Nam*, Lê Văn Quảng*,
Tô Anh Dũng*, Đặng Thị Vân Anh*

TÓM TẮT

Mở đầu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng trên 101 bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn IIB-IIIB được điều trị triệt căn có sử dụng xạ trị áp sát liều cao dưới hướng dẫn hình ảnh cắt lớp vi tính mô phỏng (HDR – 3D IGBT) tại bệnh viện K giai đoạn 2017 – 2019. Hầu hết bệnh nhân được điều trị xạ trị toàn khung chậu 50 Gy/25 phân liều ± che chỉ giữa 10 – 20 Gy, nâng liều hạch chậu hoặc dây chằng rộng 10 Gy/5 phân liều nếu còn tổn thương, kết hợp (có/ không) với cisplatin theo tuần, sau đó được tiến hành điều trị xạ trị áp sát suất liều cao dưới hướng dẫn CLVT. **Kết quả:** Tổng liều xạ trị tương đương sinh học 2Gy (EQD2) HR-CTV D90 trung bình là $87,52 \pm 5,35$ Gy cao hơn so với tính liều điểm A ($81,26 \pm 4,43$ Gy), $p = 0,00$. Thể tích HR-CTV (lớn) được ghi nhận tại lần xạ áp sát đầu tiên > 37ml có 17 bệnh nhân (16,8%). Tổng liều xạ trị tối thiểu tại: D2cc bàng quang trung bình là $80,81 \pm 7,18$ Gy; D2cc trực tràng trung bình là $68 \pm 6,7$ Gy; D2cc đại tràng xích ma trung bình là $74,23 \pm 6,65$ Gy. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 93,1%. Thời gian theo dõi trung vị là 24 tháng, tỉ lệ sống thêm toàn bộ (OS), tỉ lệ kiểm soát tại chỗ (LC) sau 3 năm lần lượt là 79,1% và 91,7%. Độc tính muộn thường gặp mức độ nhẹ (độ 1, độ 2), chỉ gặp 4 bệnh nhân viêm đại trực tràng chảy máu độ 3, không gặp biến chứng độ 4. Biến chứng muộn đường tiết niệu gặp ở mức độ nhẹ, không gặp độ 3. Tỉ lệ độc tính muộn độ 3 tính chung là 3,9%. **Kết luận:** Việc triển khai kỹ thuật xạ trị áp sát HDR – 3D IGBT đã cải thiện chất lượng điều trị tại cơ sở

Từ khóa: ung thư cổ tử cung, xạ trị áp sát dưới hướng dẫn hình ảnh, cắt lớp vi tính

SUMMARY

OUTCOMES OF HDR CT BASE-GBT FOR CERVICAL CANCER STAGE IIB–IIIB IN K HOSPITAL FROM 2017 - 2019

Introduction: This clinical intervention study evaluated outcomes of 101 cervical cancer patients treated with CT-based 3D image guided brachytherapy (IGBT) in K hospital from 2017 to 2019. All patients received whole-pelvis external beam RT (EBRT) of 50 Gy in 25 fractions ± central shield of 10-20 Gy, ± boost parametrium/node 10 Gy in 5 fractions,

with/without cisplatin weekly. Total radiation doses were calculated as the total equivalent dose in 2 Gy fractions (EQD2) of IGBT and EBRT. **Results:** Mean of HR-CTV D90 was $87,52 \pm 5,35$ Gy which was higher than total dose EQD2 of point A ($81,26 \pm 4,43$ Gy), $p = 0,00$. 17 patients had volume of HR CTV > 37ml at the first brachytherapy. Mean of D2cc bladder, D2cc rectum and D2cc sigmoid were $80,81 \pm 7,18$ Gy, $68 \pm 6,7$ Gy and $74,23 \pm 6,65$ Gy, respectively. The complete response rate of treatment was 93,1%. The median of follow up time was 24 months, the overall survival rate, the local control rate were 79,1% and 91,7%. Late common toxicities were usually lower grade (grade 1 & 2), only 4 patients developed grade 3 rectal toxicity, no complications of grade 4. Late toxicity of urinary tract encountered in mild, not encountered grade 3. The rate of grade 3 late toxicity was 3,9%. **Conclusion:** The implementation of HDR - 3D IGBT brachytherapy has improved the quality of treatment in my hospital.

Keywords: cervical cancer, image-guided brachytherapy, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) ở giai đoạn muộn như IIB-III, vai trò của phẫu thuật là khá hạn chế. Phác đồ điều trị cho UTCTC giai đoạn IIB-III là hóa trị đồng thời hoặc xạ trị đơn thuần với sự kết hợp xạ trị từ ngoài và xạ áp sát tại cổ tử cung¹. Theo hướng dẫn điều trị của GEC-ESTRO² và hiệp hội xạ trị áp sát Hoa Kỳ (ABS)³ cũng như hướng dẫn ICRU 89 cho xạ áp sát của IAEA đã công bố hướng dẫn triển khai xạ áp sát dưới hướng dẫn hình ảnh ba chiều, chỉ định liều theo thể tích thực nhờ vậy mà lập kế hoạch cho xạ áp sát chính xác hơn. Tại Việt Nam, bệnh viện K là một trong những cơ sở y tế đầu tiên ứng dụng kỹ thuật xạ trị áp sát suất liều cao có hướng dẫn hình ảnh cắt lớp vi tính (HDR 3D-IGBT) để điều trị điều trị bệnh UTCTC từ năm 2017. Tuy nhiên, kỹ thuật xạ trị HDR 3D -IGBT là kỹ thuật mới không chỉ đối với Việt Nam mà còn với nhiều nước trên thế giới, nên còn tồn tại nhiều quan điểm điều trị khác biệt giữa các trung tâm xạ trị lớn như Hoa Kỳ, Châu Âu và Nhật Bản^{2,3,4}. Chính vì vậy, nghiên cứu là hết sức cần thiết để đánh giá hiệu quả của kỹ thuật điều trị mới tới kết quả điều trị UTCTC. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu sau:

1. *Đánh giá kết quả điều trị ung thư cổ tử cung*

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hoài Nam

Email: vuhoainam.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020

Ngày duyệt bài: 24.11.2020

giai đoạn IIB - IIIB có sử dụng xạ trị áp sát suất liều cao dưới hướng dẫn hình ảnh ba chiều.

2. Nhận xét một số tác dụng không mong muốn của phương pháp trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đưa vào nghiên cứu 101 bệnh nhân (BN) UTCTC giai đoạn IIB – IIIB được xạ trị từ ngoài kết hợp với xạ trị áp sát liều cao dưới hướng dẫn hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) tại bệnh viện K từ tháng 11 năm 2017 tới tháng 4 năm 2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung và đặc điểm điều trị của nhóm đối tượng nghiên cứu

3.1.1 Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 101)

Đặc điểm lâm sàng	Số bệnh nhân(%)
Tuổi trung bình: 53,9 ± 9,3 (từ 32 -71 tuổi)	101 (100%)
Giai đoạn FIGO: IIB IIIB	64 (63,4%) 37 (36,6%)
Kích thước u: 4,3 ± 1,06cm (3 – 7,7 cm)	
U < 5 cm U ≥ 5 cm	72 (71,3%) 29 (28,7%)
Kích thước hạch chậu (mm)	
Không < 1cm ≥ 1cm	55 (54,5%) 18 (17,8%) 28 (27,7%)
Mô bệnh học: UTBM vảy UTBM tuyến UTBM tuyến vảy	89 (88,1%) 10 (9,9%) 02 (2%)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 53,9 tuổi; 63,4% bệnh nhân ở giai đoạn IIB; 45,5% ghi nhận có hạch chậu, 27,7% hạch chậu ≥ 1cm; u có kích thước ≥ 5cm có tỉ lệ 28,7%; ung thư biểu mô vảy chiếm 88,1%.

3.1.2 Đặc điểm điều trị của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 2: Đặc điểm điều trị của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 101)

Tổng thời gian điều trị (ngày) 64,34 (41 – 101)	
Thể tích HR- CTV (V _{HR-CTV}) trung bình: 29,5 ± 7,1ml (Từ 16,7 – 53,2 ml) V _{HR-CTV} > 37 ml (lớn); 17 (16,8%); V _{HR-CTV} ≤ 37ml; 84 (83,2%)	
Tổng liều xạ trị trung bình EQD2 (xạ ngoài + xạ áp sát) Tổng liều EQD2 tại điểm A (Gy) Tổng liều EQD2 tại HR-CTV D90 (Gy)	81,26 ± 4,43 Gy 87,52 ±

Tổng liều EQD2 tại trực tràng D2cc (Gy)	5,35Gy 67,99±6,7Gy (từ 45,5 – 84,3Gy)
Tổng liều EQD2 tại đại tràng sigma D2cc (Gy)	74,23±6,65Gy (53,5-86,9Gy)
Tổng liều EQD2 tại bàng quang D2cc (Gy)	80,81±7,18Gy (62,3-93Gy)

Nhận xét: Tổng thời gian điều trị trung bình: 64,34 ± 14,04 ngày (từ 41- 101 ngày); tổng liều EQD2 tại điểm A trung bình là 81,26 ± 4,43 Gy thấp hơn tổng liều tại HR-CTV D90 là 87,52 ± 5,35 Gy, với p = 0,00; D2cc bàng quang là 80,81 ± 7,18 Gy, D2cc trực tràng là 67,99 ± 6,7 Gy; D2cc đại tràng xích ma là 74,23 ± 6,65.

3.2. Kết quả điều trị và độc tính biến chứng muộn

Thời gian theo dõi trung bình là 24 tháng, trong số 101 bệnh nhân nghiên cứu đã có 15 trường hợp tử vong do tái phát di căn; 04 trường hợp tái phát, di căn còn sống tại thời điểm kết thúc nghiên cứu.

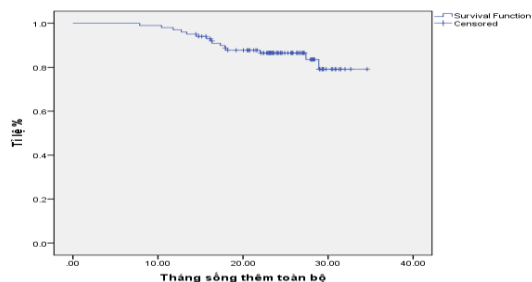
3.2.1. Đáp ứng điều trị và một số yếu tố tiên lượng

Bảng 3. Đáp ứng điều trị

Đáp ứng điều trị	N (%)
Đáp ứng hoàn toàn	94(93,1%)
Đáp ứng một phần	4 (3,9%)
Bệnh giữ nguyên hoặc tiến triển	3 (3%)

Nhận xét: Đánh giá sau 3 tháng: tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 93,1%. Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn theo giai đoạn IIB, IIIB lần lượt là 95,3%, 89,2%, với p > 0,05. Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn ở nhóm có thể tích HR- CTV < 37ml là 97,6% cao hơn nhóm có thể tích HR-CTV ≥ 37ml (70,6%), với p = 0,002 < 0,01.

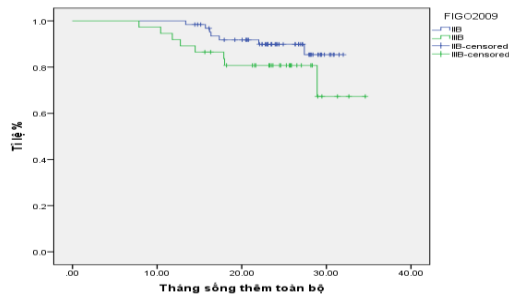
3.2.2. Sống còn toàn bộ và một số yếu tố liên quan



Biểu đồ 1: Sống còn toàn bộ

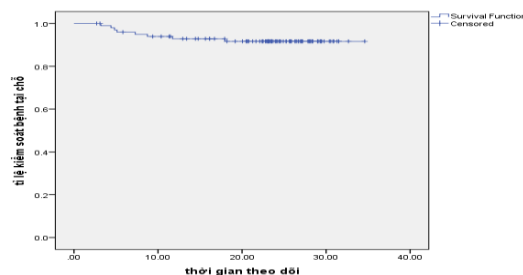
Nhận xét: Sống còn toàn bộ sau một năm là 93%; ba năm là 79,1%. Sống còn toàn bộ sau 3 năm của nhóm bệnh nhân giai đoạn IIB là 85,4% cao hơn nhóm bệnh nhân giai đoạn IIIB

(67,3%), với $p = 0,122 > 0,05$.

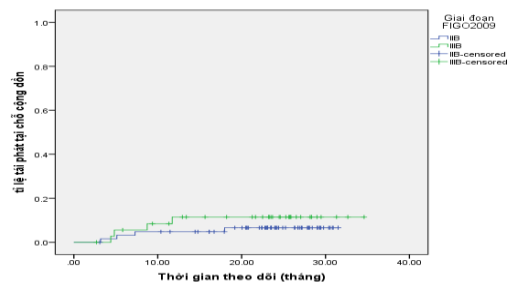


Biểu đồ 2: Sống còn toàn bộ theo giai đoạn ($p = 0,122$)

3.2.3 Kiểm soát tại chỗ



Biểu đồ 3. Kiểm soát tại chỗ tích lũy



Biểu đồ 4. Tái phát tại chỗ liên quan đến giai đoạn bệnh ($P = 0,38$)

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát bệnh tại chỗ sau 3 năm là 91,7%; tái phát tại chỗ thường xảy ra trong 2 năm đầu. Tỷ lệ tái phát tại chỗ theo giai đoạn IIB là 6,6 %; IIIB là 11,5% ($p > 0,05$)

3.2.4. Một số độc tính muộn sau xạ trị,

Bảng 4. Độc tính muộn sau xạ trị

Mức độ biến chứng tính chung	n	Tỷ lệ %
Chưa có	79	78,2 %
Độ 1+2	18	17,9 %
Độ 3	04	3,9 %
Độ 4	0	0 %
Tổng	101	100 %

Nhận xét: Biến chứng muộn chung thường gặp ở mức độ nhẹ 17,9%, độ 3 là 3,9%; không gặp độ 4. Tỷ lệ biến chứng muộn với hệ tiêu hóa thường gặp ở mức độ 1& độ 2: 16,8%. Có 4

bệnh nhân viêm trực tràng chảy máu độ 3 (3,9%). Độc tính muộn đường tiết niệu gặp ở mức độ nhẹ 6,9% (với 4,9% mức độ 1 và 2% mức độ 2), chưa gặp mức độ 3 trở lên.

IV. BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm điều trị: Khi nói về lợi ích của xạ trị áp sát cho UTCTC dưới hướng dẫn hình ảnh ba chiều, Akila N Viswanathan³ cho rằng không có liệu pháp nào khác có thể đưa một liều lượng bức xạ rất cao vào vị trí khối u, đồng thời giảm liều nhanh chóng đến các cấu trúc lân cận tương tự như phương pháp này. So với xạ trị áp sát dựa trên phim X-quang truyền thống (HDR- 2D), việc sử dụng hình ảnh CLVT hoặc CHT mô phỏng để lập kế hoạch xạ trị áp sát trong điều trị UTCTC cho phép tính liều lượng xạ trị tại tổn thương, cũng như khảo sát giới hạn liều bằng quang, trực tràng, đại tràng xích ma và các cơ quan vùng chậu khác có nguy cơ (OAR) theo không gian ba chiều, từ đó giúp giảm thiểu các biến chứng xạ trị. Theo khuyến cáo của GEC-ESTRO thì CHT nên được sử dụng để xác định các thể tích điều trị IR-CTV và HR-CTV do khả năng phân biệt các tổ chức mô mềm so với phim CLVT^{2,3}. Tuy nhiên, do tình hình thực tiễn thiếu đồng bộ về trang thiết bị tại các cơ sở xạ trị, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Do vậy một giải pháp thay thế trong thực hành lâm sàng là sử dụng CLVT mô phỏng^{3,4,5}.

Khi nghiên cứu về tổng liều điều trị, chúng tôi nhận thấy có 2 xu hướng trên thế giới. Các tác giả phương Tây có xu hướng dùng tổng liều xạ trị cao, từ 80-85Gy cho giai đoạn IIB-IIIB, thậm chí đến 90 Gy đối với các trường hợp giai đoạn IIIB, khối u có kích thước lớn hoặc kém đáp ứng^{2,3}. Tại một số nước Châu Á, dẫn đầu là Nhật Bản, có xu hướng dùng tổng liều xạ trị thấp hơn và thời gian điều trị ngắn hơn so với các trung tâm xạ trị tại Mỹ và châu Âu. Naoya Murakami⁴ xạ ngoài kết hợp xạ áp sát 3D- IGBT dưới hướng dẫn CLVT có tổng liều trung bình HR-CTV D90 (EQD2) là 65 Gy. Toita T xạ trị đơn thuần ung thư cổ tử cung (xạ trị ngoài gia tốc kết hợp xạ trị trong suất liều cao) giai đoạn IIB và IIIB chỉ dùng tổng liều trung bình tại điểm A là $53,9 \pm 8,3$ Gy, cao nhất là 72Gy. Theo hướng dẫn của NCCN 2020, liều khuyến cáo cho HR-CTV D90 $\geq 80-85$ Gy, thậm chí với trường hợp u kích thước lớn, đáp ứng kém với xạ trị liều khuyến cáo ≥ 87 Gy. Trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng theo các hướng dẫn điều trị của ABS và GEC – ESTRO và ICRU 89 cho xạ áp sát và ICRU 50 & 62 cho xạ trị từ ngoài.

3.2. Kết quả điều trị và độc tính muộn: Chúng tôi đã điều trị và theo dõi 3 năm cho 101 bệnh nhân UTCTC giai đoạn IIB-IIIB, trung vị thời gian theo dõi 24 tháng. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu đã có 15 BN tử vong do tái phát di căn, 04 bệnh nhân tái phát di căn còn sống. Số bệnh nhân tái phát tại chỗ tại vùng là 11 bệnh nhân chiếm tỉ lệ trong đó tái phát tại cổ tử cung là 8 bệnh nhân. Số bệnh nhân có di căn xa là 18. Vị trí di căn thường gặp là phổi (8,9%), gan (4,9%), xương (4,9%), hạch (3,9%).

3.2.1. Đáp ứng chung của phác đồ: Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 93,1% (đánh giá sau 1-3 tháng), 4 bệnh nhân đáp ứng một phần, một bệnh nhân tiến triển tại chỗ và 02 bệnh nhân tiến triển di căn xa. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự Trần Đặng Ngọc Linh (2013) với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 93,2%.

3.2.2. Sống còn toàn bộ (OS) sau 3 năm: Kết quả của chúng tôi ghi nhận sống còn toàn bộ chung là 79,1%. Nguyễn Tiến Quang⁶ nghiên cứu 157 bệnh nhân cùng giai đoạn, tỉ lệ sống còn toàn bộ sau 3 năm là 80%. Kris Derks⁷ nghiên cứu 126 bệnh nhân, OS sau 3 năm, 5 năm là 75% và 66%. Khi đánh giá tỉ lệ sống còn toàn bộ theo giai đoạn chúng tôi ghi nhận OS theo giai đoạn IIB, IIIB là 85,4 và 67,3% ($p=0,112$). Kento Tomizawa⁸ nghiên cứu hồi cứu trên 221 bệnh nhân, OS giai đoạn II là 86,7%; giai đoạn III là 67% ($p=0,032$). Weiping Wang⁹ nghiên cứu 373 bệnh nhân UTCTC giai đoạn IIB, OS (3 năm) là 87,5%. Tổng hợp các nghiên cứu, chúng tôi thấy kết quả sống thêm toàn bộ sau 2 năm, 3 năm của nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tiến Quang⁶ (cùng cơ sở nghiên cứu) và một số tác giả nước ngoài khác.

3.2.2. Tỉ lệ kiểm soát tại chỗ (LCr) là 91,7%; LC theo giai đoạn IIB, IIIB lần lượt là 93,4% và 88,5% ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự với nhiều tác giả Âu, Mỹ khác như Weiping Wang⁹ và Kento Tomizawa⁸. Tỉ lệ kiểm soát tại chỗ theo giai đoạn bệnh của chúng tôi cũng tương tự với Richard Pötter. Trong nghiên cứu của Takeaki Kusada⁵ và cộng sự năm 2017 đánh giá kết quả xạ trị áp sát suất liều cao dưới hướng dẫn hình ảnh sử dụng CLVT mô phỏng, kết quả cũng cho thấy mối liên quan giữa tỉ lệ tái phát tại chỗ với thể tích HR-CTV và HR-CTV D90. Chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tái phát tại chỗ giữa nhóm có $V_{HR-CTV} < 37$ ml là 5,7% thấp hơn nhóm có $V_{HR-CTV} \geq 37$ ml (31,2%), với $p = 0,000 < 0,001$; tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau 3 năm ở

nhóm có $V_{HR-CTV} < 37$ ml là 82,3 % cao hơn nhóm có $V_{HR-CTV} \geq 37$ ml (64,2 %) với $p < 0,01$.

3.2.3. Độc tính muộn sau xạ trị: Sau 3 năm, chúng tôi ghi nhận 4 bệnh nhân viêm trực tràng chảy máu độ 3 (3,9%), đại tiện ra máu thường xuyên phải nhập viện truyền máu. Chưa gặp bệnh nhân nào bị biến chứng mức độ 4 sau thời gian dõi 3 năm. Tỷ lệ viêm bàng quang chảy máu trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp chủ yếu ở mức độ nhẹ 6,9% (với 4,9% mức độ 1 và 2% mức độ 2) có 2 bệnh nhân đái máu thoáng qua, chưa gặp mức độ 3 trở lên. Tính chung, tỉ lệ bệnh nhân xuất hiện biến chứng muộn thường gặp ở mức độ nhẹ, độ 3 là 3,9%, không gặp độ 4 (bảng 4). Kết quả này cho thấy tỉ lệ độc tính muộn sau xạ trị tại bệnh viện chúng tôi đã cải thiện hơn so với Nguyễn Tiến Quang (2013)⁶, khi nghiên cứu 157 trường hợp UTCTC giai đoạn IIB- IIIB ở cùng cơ sở điều trị. Tỉ lệ độc tính muộn trong nghiên cứu này cũng thấp hơn kết quả của tác giả Richard Pötter. Mặc dù vậy tỉ lệ độc tính muộn của chúng tôi vẫn còn cao hơn so các tác giả Nhật Bản, là do các tác giả Nhật Bản có xu hướng dung tổng liều thấp và sử dụng kỹ thuật xạ áp sát có cảm kim xuyên mô^{4,5}.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 93,1%. Sống còn toàn bộ chung là 79,1%; OS theo giai đoạn IIB, IIIB là 85,4 và 67,3%. Tỉ lệ kiểm soát tại chỗ (LC) là 91,7 %; LC theo giai đoạn IIB, IIIB lần lượt là 93,4% và 88,5%. Tỉ lệ bệnh nhân xuất hiện biến chứng muộn thường gặp ở mức độ nhẹ. Độ 3 là 3,9%, không gặp độ 4.

Phác đồ điều trị UTCTC có sử dụng xạ áp sát suất liều cao dưới hướng dẫn hình ảnh CLVT bước đầu cho thấy cải thiện về kết quả điều trị và độc tính muộn sau xạ trị tại cơ sở. Chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để có thể đưa ra những số liệu thống kê có ý nghĩa lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vincent T, De Vita Jr. Cancer: Principles and Practices of Oncology (10th edition). Lippincott - Raven Publishers - Philadelphia, New York, pp: 1028- 1050. (2015)
2. Potter R, Haie-Meder C, Van Limbergen E et al(2006). Recommendations from gynaecological (GYN) GEC ESTRO working group (II): concepts and terms in 3D image-based treatment planning in cervix cancer brachytherapy-3D dose volume parameters and aspects of 3D image-based anatomy, radiation physics, radiobiology. Radiother Oncol. 2006; 78: 67-77.
3. Akila N, Viswanathan¹Sushil Beriwal²Jennifer F.De Los Santos³ et al. American Brachytherapy

- Society consensus guidelines for locally advanced carcinoma of the cervix. Part II: High-dose-rate brachytherapy. Brachytherapy Volume 11, Issue 1, January–February 2012, Pages 47-52
4. **Naoya Murakami.** CT based three dimensional dose-volume evaluations for high-dose rate intracavitary brachytherapy for cervical cancer. June 2014, BMC Cancer 14(1):447
 5. **Takeaki Kusada, Takafumi Toita, Takuro Ariga et al.** Computed tomography-based image-guided brachytherapy for cervical cancer: correlations between dose-volume parameters and clinical outcomes. Journal of Radiation Research, Vol. 59, No. 1, 2018, pp. 67–7
 6. **Nguyễn Tiên Quang.** Nghiên cứu ứng dụng xạ trị áp sát suất liều cao kết hợp xạ ngoài và Cisplatin điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn IIB-IIIb. Luận án tiến sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội. (2013)
 7. **Kris Derks, Jacco L.G. Steenhuisen, Hetty A. van den Berg, et al.** Impact of brachytherapy technique (2D versus 3D) on outcome following radiotherapy of cervical cancer. Journal of Contemporary Brachytherapy. (2018)
 8. **Kento Tomizawa.** FIGO 2018 Staging for Cervical Cancer: Influence on Stage Distribution and Outcomes in the 3D-Image-Guided Brachytherapy Era. Cancers 12(7):1770, July 2020
 9. **Weiping Wang et al (2017).** Efficacy and toxicity of image-guided intensity-modulated radiation therapy combined with dose-escalated brachytherapy for stage IIB cervical cancer. Oncotarget. 2017.Brachytherapy

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ CHẢY MÁU BẰNG THANG ĐIỂM IMPROVE TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Mai Như Chất¹, Nguyễn Thế Anh²,
Công Quyết Thắng³, Đồng Ngọc Minh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ nguy cơ chảy máu bằng thang điểm Improve trên người cao tuổi được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu, mô tả có phân tích. Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, tuổi ≥ 60 , ASA 1-5. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 374 bệnh nhân. Trong đó tỷ lệ nguy cơ chảy máu cao theo điểm Improve ≥ 7 là 21,7%. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ được xác định là tuổi ≥ 85 9,9%, ung thư tiến triển là 26,2%, suy thận chiếm 9,9%, suy gan chiếm 17,1%, tiểu cầu < 50 G/l chiếm 10,96%, đặt catheter TMTT chiếm 18,2%. Lượng acid transamic sử dụng là $874,6 \pm 320,8$ mg. Tỷ lệ truyền khối hồng cầu là 14,7%, thể tích trung bình là $1033,2 \pm 817,4$ ml. Số bệnh nhân truyền huyết tương tươi đông lạnh là 17,9% tổng số bệnh nhân phẫu thuật. Số bệnh nhân truyền tiểu cầu là 13,1%. **Kết luận:** Nguy cơ chảy máu trên người cao tuổi phẫu thuật là cao với 21,7%. Trong đó các yếu tố nguy cơ có tỷ lệ gặp cao là tuổi ≥ 85 , ung thư tiến triển, suy gan, suy thận, giảm tiểu cầu và đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.

Từ khóa: Điểm Improve, phẫu thuật người cao tuổi, chảy máu sau mổ.

SUMMARY

EVALUATE OF BLEEDING BY IMPROVE FOR ELDERLY SURGERY AT FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: Evaluate of bleeding by Improve score for the elderly surgery at Friendship Hospital. **Subjects and methods:** Research, analytical description. Patients with surgery indication, age ≥ 60 , ASA 1-5. **Results:** The study included 374 patients. In which, the risk of bleeding as high as Improve ≥ 7 is 21.7%. The proportion of risk factors identified as age ≥ 85 9.9%, advanced cancer is 26.2%, kidney failure for 9.9%, liver failure for 17.1%, platelets < 50 G/l for 10.96%, and insertion catheter for 18.2%. The amount of transamic acid used was 874.6 ± 320.8 mg. The rate of infusion of erythrocytes was 14.7%, mean volume was 1033.2 ± 817.4 ml. The number of patients transfused with fresh frozen plasma was 17.9% of the total number of surgical patients. The number of patients with platelet transfusion was 13.1%. **Conclusion:** The risk of bleeding in the elderly for surgery is high with 21.7%. The risk factors with high prevalence are age ≥ 85 , advanced cancer, liver failure, kidney failure, thrombocytopenia, and central venous catheterization.

Keywords: Improve, elderly surgery, bleeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những thập niên trở lại đây, phẫu thuật trên người cao tuổi liên tục tăng. Trong đó các bệnh lý phải phẫu thuật thường gặp như các bệnh lý ung thư hàng đầu được nhắc tới như ung thư đường tiêu hóa, ung thư đường hô hấp... Quá trình phẫu thuật trên người cao tuổi thường phức tạp hơn so với độ tuổi trung niên. Một trong những yếu tố phức tạp là bệnh nhân

¹BV Gang Thép Thái Nguyên

²Bv Hữu Nghị

³Đại học Y Hà Nội

⁴BV Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Mai Như Chất

Email: tonnguyenchat@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2020

Ngày duyệt bài: 23.11.2020

cao tuổi thường có những bệnh lý kèm theo dẫn tới phải sử dụng các thuốc chống đông kéo dài thường xuyên. Việc này làm cho quá trình điều trị bệnh nhân cần quan tâm tới cả hai yếu tố là thuyên tắc mạch và chảy máu trong mổ.

Trên thế giới, có nhiều nghiên cứu về đánh giá sự dụng các thuốc đông máu trên người bệnh. Ở Việt Nam, đã có những báo cáo về việc sử dụng thuốc đông máu. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về sử dụng thuốc đông máu trên lâm sàng ở bệnh nhân cao tuổi phẫu thuật. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên với các mục tiêu sau: *Đánh giá nguy cơ chảy máu bằng thang điểm Improve trên bệnh nhân cao tuổi được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: 374 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, tuổi ≥ 60 , ASA 1-5.

2.2 Thời gian, địa điểm: Từ 12/2019-06/2020. Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Hữu Nghị.

2.3 Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả có phân tích.

2.3.2. Thuốc và phương tiện kỹ thuật:

Thuốc: Transamin, các chế phẩm máu như tiểu cầu, huyết tương tươi đông lạnh, Cryo. Các thuốc hồi sức: Ephedrin, atropin, dung dịch Natri clorid 0,9%...

Phương tiện: Thang điểm đánh giá nguy cơ chảy máu Improve, máy xét nghiệm đông máu, tổng phân tích tế bào máu.

2.3.3 Phương pháp tiến hành: Khám bệnh nhân trước mổ, đánh giá các chỉ tiêu nghiên cứu.

Bệnh nhân vào phòng mổ, được tiến hành gây mê và phẫu thuật. Các tiêu chí về đánh giá nguy cơ chảy máu, tình trạng lâm sàng, cận lâm sàng được theo dõi và ghi vào phiếu thu thập số liệu. Người bệnh được theo dõi từ khi có chỉ định phẫu thuật tới khi ra viện.

2.3.4 Chỉ tiêu nghiên cứu. Chỉ tiêu chính: Đánh giá nguy cơ chảy máu bằng điểm Improve, tiền sử sử dụng thuốc chống đông, tình trạng chảy máu trên lâm sàng, thuốc transamin, các chế phẩm máu truyền. Các chỉ tiêu khác: tuổi (năm), giới, chiều cao (cm), cân nặng (kg), ASA, thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật.

2.3.5. Xử lý số liệu: Bảng phần mềm SPSS 22.0, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

*Các yếu tố nguy cơ theo thang điểm Improve

Bảng 3.2: Nguy cơ xuất huyết theo thang điểm Improve

Các yếu tố nguy cơ	Mổ phình n(%)	Mổ cấp cứu n(%)	Chung
≥ 85 tuổi	28 (18,9)	9 (40,3)	37 (9,9)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

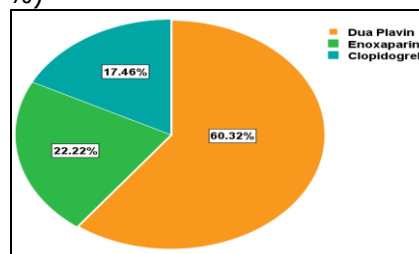
3.1 Đặc điểm chung. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $76,25 \pm 7,53$, trong đó thấp nhất là 60 tuổi và cao nhất là 95 tuổi. Trong nghiên cứu có 134 bệnh nhân chiếm 35,8% có tuổi ≥ 80 . Tỷ lệ nam giới chiếm 81,0%, nữ giới chiếm 19%. Chiều cao trung bình trong nghiên cứu $163,6 \pm 4,93$ cm, thấp nhất là 145cm và cao nhất là 176cm. Cân nặng trung bình trong nghiên cứu là $59,03 \pm 5,57$ kg, thấp nhất 45kg và nặng nhất là 74kg.

Tỷ lệ mổ cấp cứu trong nghiên cứu là 16,3%. Như vậy trong nghiên cứu có tỷ lệ mổ có chuẩn bị chiếm đa số. Phương pháp vô cảm bằng gây mê toàn thân có đặt nội khí quản chiếm đa số với 57%. Gây tê vùng thần kinh trung ương chiếm 25,4%.

Thời gian phẫu thuật $119,03 \pm 55,57$ phút, nhanh nhất là 45 phút và lâu nhất là 274 phút. Thời gian gây mê $163,6 \pm 45,93$ phút, ngắn nhất là 85 phút và lâu nhất là 326 phút.

*Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc chống đông trước mổ

Trong nghiên cứu cho thấy có 126/374 bệnh nhân có sử dụng thuốc chống đông trước mổ. Trong đó tỷ lệ sử dụng thuốc chống đông đường tiêm là 28 (22,22%) và đường uống là 98 (77,77%)



Biểu đồ 3.1: Phân bố sử dụng thuốc chống đông trước mổ

3.2 Đánh giá nguy cơ chảy máu bằng điểm Improve

*Điểm Improve trong nghiên cứu

Bảng 3.1: Tỷ lệ điểm Improve trong nghiên cứu

Phân loại	n	(%)
Điểm IMPROVE < 7	293	78,3
Điểm IMPROVE ≥ 7	81	21,7

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ chảy máu cao theo improve là 21,7%.

40 - 84 tuổi	285 (72,3)	52 (49,6)	337 (90,1)
Thấp khớp	-	-	-
Ung thư tiền triển	84 (26,8)	14 (22,9)	98 (26,2)
Nam giới	254 (81,2%)	49 (80,3%)	303 (81,0)
Suy thận trung bình (eGFR < 30 → 59 ml/phút/1,73m ²)	26 (8,3%)	11 (18,0)	37 (9,9)
Loét dạ dày tiền triển	2 (0,5%)	-	2 (0,53)
Xuất huyết tiêu hóa trong vòng 3 tháng trước nhập viện	5 (1,3%)	4 (1,07%)	9 (2,4)
Suy gan (INR > 1,5)	45 (14,4)	19 (31,1)	64 (17,1)
Tiểu cầu < 50 G/L	28 (8,9)	13 (21,3)	41 (10,96)
Catheter TMTT	34 (10,9)	32 (49,1)	68 (18,2)
Điều trị ICU		8(13,1)	8 (2,14)

Nhận xét: Các yếu tố có tỷ lệ gặp cao là ung thư tiền triển, nam giới, suy gan, tiểu cầu < 50 G/L, đặt catheter TMTT

3.3.3 Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc tăng đông sau mổ

***Thuốc tăng đông acid transamic, calci**

Bảng 3.3: Lượng thuốc acid transamic sử dụng

Đặc điểm		
Số bệnh nhân sử dụng n(%)	163 (43,6%)	
Liều acid transamic (mg)	$\bar{X} \pm SD$	874,6 ± 320,8
	(Min-Max)	500 - 1500
Số ngày sử dụng (ngày)	$\bar{X} \pm SD$	1,21 ± 0,62
	(Min-Max)	1 - 4

Nhận xét: Lượng acid transamic sử dụng là 874,6 ± 320,8 mg trong thời gian ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 4 ngày.

3.3.3 Truyền máu và chế phẩm máu

***Tỷ lệ bệnh nhân truyền khối hồng cầu trên nhóm nguy cơ cao**

Bảng 3.4: Đặc điểm truyền máu trong nghiên cứu.

Đặc điểm	n	%
Tỷ lệ truyền máu trong khi mổ	8	13,1
Tỷ lệ bệnh nhân truyền trong 24 giờ sau mổ	26	42,6
Tỷ lệ bệnh nhân truyền sau 24 giờ sau mổ	21	45,6
Thể tích truyền		
Thể tích truyền (ml)	$\bar{X} \pm SD$	1033,2 ± 817,4
	(Min-Max)	(350 - 2450)

Nhận xét: Tỷ lệ truyền máu trong nhóm nguy cơ là 13,1% với thể tích máu truyền là 1033,2 ± 817,4 ml.

***Tỷ lệ truyền chế phẩm chứa yếu tố đông máu**

Số bệnh nhân phải truyền yếu tố đông máu là

78 (20,85%). Số bệnh nhân truyền huyết tương tươi đông lạnh chiếm tỷ lệ cao nhất với 17,9% tổng số bệnh nhân phẫu thuật. Tỷ lệ truyền yếu tố VIII chiếm 2,14% và truyền tiểu cầu là 13,1%.

***Tỷ lệ truyền tiểu cầu**

Bảng 3.5: Đặc điểm truyền tiểu cầu trong nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Tỷ lệ truyền trước phẫu thuật	11	22,4
Tỷ lệ bệnh nhân truyền trong phẫu thuật	15	30,6
Tỷ lệ bệnh nhân truyền sau phẫu thuật	23	46,9

Nhận xét: số bệnh nhân phải truyền tiểu cầu sau mổ là lớn nhất với 46,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung

***Tuổi.** Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là 76,25 ± 7,53 tuổi, tuổi thấp nhất 60 tuổi, tuổi cao nhất 95 tuổi. BN có chỉ định phẫu thuật đa dạng về lứa tuổi, đặc biệt phẫu thuật cấp cứu có thể gặp ở bất cứ lứa tuổi nào. Trong nghiên cứu có 134 bệnh nhân chiếm 35,8% có tuổi ≥ 80. Tuổi trung bình cao, đây là đối tượng có nhiều bệnh kèm theo, nhiều yếu tố nguy cơ HKTMS và chảy máu. Kết quả của chúng tôi có tuổi trung bình cao hơn của Ngô Minh Diệp [1], tuổi trung bình trong nghiên cứu tác giả thực hiện tại bệnh viện Hữu Nghị 20118 là 72,6 ± 7,4. Trong đó thấp nhất là 60 và cao nhất là 90 tuổi.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của Paul S. Myles[7] (2016) là 66.5±9.7 ở nhóm sử dụng aspirin cho bệnh nhân phẫu thuật thay đoạn động mạch. Như vậy, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các tác giả nước ngoài. Tuổi cao như ≥ 85 là yếu tố đánh giá nguy cơ chảy máu theo thang điểm

Improve[8].

***Giới.** Trong nghiên cứu tỷ lệ nam giới chiếm 81,0%, nữ giới chiếm 19%. Kết quả cho thấy tỷ lệ phẫu thuật ở giới nam cao hơn nữ. Theo tác giả Mai Đức Thảo[9] tỷ lệ nam trong nghiên cứu là 75,1%. Ji Soo Kim[6] và cộng sự đánh giá tình trạng chảy máu trên bệnh nhân sau chấn thương cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm 77,9%. Giới nam được coi là một trong yếu tố trong bảng điểm Padua[8] để đánh giá nguy cơ thuyên tắc mạch.

***Đặc điểm chiều cao, cân nặng, BMI.** Chiều cao trong nghiên cứu thấp nhất là 145 cm và cao nhất là 176cm. Cân nặng thấp nhất trong nghiên cứu là 45kg và nặng nhất là 74kg. Trong nghiên cứu BMI cao nhất là 27,8 không có trường hợp nào BMI ≥ 30 .

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với của tác giả Mai Đức Thảo[9], trong nghiên cứu của tác giả chiều cao trung bình là $163,7 \pm 5,1$ cm, cân nặng trung bình là $55,5 \pm 6,8$ kg và chỉ số BMI trung bình là $20,7 \pm 2,3$. Trong nghiên cứu của Ngô Minh Diệp[1] chiều cao trung bình là $162,8 \pm 5,9$ cm với chiều cao thấp nhất là 147cm và cao nhất là 180 cm. Kết quả trên phù hợp với chỉ số khối cơ thể trung bình của bệnh nhân nằm viện thường gặp ở Việt Nam.

Đặc điểm thời gian gây mê và phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu là $119,03 \pm 55,57$ phút nhanh nhất là 45 phút và lâu nhất là 274 phút. Thời gian gây mê $163,6 \pm 45,93$ ngắn nhất là 85 phút và lâu nhất là 326 phút. Kết quả của chúng tôi tương đương với của tác giả Ngô Minh Diệp, Thời gian gây mê của bệnh nhân trong nghiên cứu là $192,5 \pm 64,1$ phút, trong đó dài nhất là 420 phút và ngắn nhất là 80 phút. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu trung bình là $166,1 \pm 61,07$ phút, với thời gian dài nhất là 390 phút dài >6 giờ. Kết quả nghiên cứu của Paul S. Myles là 3.8 ± 1.1 giờ. Nghiên cứu của Pascal H. Colson thời gian phẫu thuật là 110 (75 - 150) phút.

4.3 Đánh giá nguy cơ chảy máu và thuốc tăng đông:

4.3.1 Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ chảy máu cao theo Improve. Trong nghiên cứu của chúng tôi, (Bảng 3.1) tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ chảy máu cao theo improve ≥ 7 là 21,7%.

Đánh giá các yếu tố nguy cơ xuất huyết theo thang điểm Improve (bảng 3.2) cho thấy, tuổi ≥ 85 tuổi chiếm 18,9% ở nhóm mổ phôi và 40,3% ở nhóm mổ cấp cứu. Bệnh lý ung thư của nhóm mổ phôi là 26,8% và nhóm mổ cấp cứu là 22,9%. Tỷ lệ nam giới cao ở cả hai nhóm, tiểu

cầu $< 50G/l$ ở nhóm mổ phôi là 8,9% và nhóm cấp cứu là 21,3%.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với của tác giả Mai Đức Thảo[9] trong nghiên cứu tác giả cũng đánh giá các yếu tố nguy cơ gặp nhiều trên bệnh nhân nam giới, ung thư tiến triển, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, nằm ICU, suy gan, suy thận.

Thuốc chống đông trước mổ. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc chống đông trước mổ 126 bệnh nhân chiếm 33,7% trong nghiên cứu. Trong đó (biểu đồ 3.1) thuốc chống đông đường uống có tỷ lệ sử dụng cao hơn trong đó Dưa plavin chiếm 60,32%. Đường tiêm chiếm 22,22%.

Fergal Fleming[4] hướng dẫn thực hành lâm sàng của Hiệp hội bác sĩ phẫu thuật trực tràng và ruột kết Hoa Kỳ để ngăn ngừa bệnh huyết khối tĩnh mạch trong phẫu thuật đại trực tràng. Thuốc dự phòng huyết khối với một trong hai LMWH hoặc LDUH thường nên được đưa cho bệnh nhân trải qua các cuộc phẫu thuật đại trực tràng, những người được coi là có nguy cơ trung bình hoặc cao đối với VTE, những người không được xác định là có nguy cơ cao bị biến chứng chảy máu. Đây là khuyến nghị mức độ mạnh dựa trên bằng chứng chất lượng cao, 1A.

4.3.2 Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc tăng đông sau mổ

***Thuốc tăng đông acid transamic.** Từ kết quả bảng 3.3 số bệnh nhân sử dụng 163 (43,6%). Lượng acid transamic sử dụng là $874,6 \pm 320,8$ mg trong thời gian ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 4 ngày.

Thamer Alaifan[2] đánh giá vai trò của acid transamic trong điều trị chảy máu do phẫu thuật cho thấy đây là thuốc được khuyến cáo sử dụng trên bệnh nhân chảy máu do phẫu thuật, kể cả phẫu thuật tim. Tuy nhiên, thuốc cũng có thể gây nên những tác dụng không mong muốn như co giật.

Domenico Pagano[3] trong khuyến cáo của hội gây mê châu Âu cho phẫu thuật tim mạch khuyến cáo nên thực hiện tiếp các nghiên cứu để xác định liều lượng sử dụng acid transamic cho vấn đề chảy máu sau phẫu thuật. Đây là thuốc có hiệu quả trong điều trị các vấn đề về chảy máu sau mổ, tuy nhiên còn nhiều vấn đề cần nghiên cứu đặc biệt là về liều lượng và tác dụng không mong muốn.

4.3.3 Truyền máu và chế phẩm máu

***Tỷ lệ bệnh nhân truyền khối hồng cầu và yếu tố đông máu.** Từ bảng 3.4 tỷ lệ truyền máu trong nhóm nguy cơ là 13,1% với thể tích máu truyền là $1033,2 \pm 817,4$ ml. Tỷ lệ bệnh

nhân truyền máu ngay sau mổ chiếm 47,3%. Trong nghiên cứu, số bệnh nhân cần truyền các yếu tố đông máu là 20,85% (bảng 3.5). Trong đó số bệnh nhân truyền huyết tương tươi đông lạnh chiếm tỷ lệ cao nhất với 17,9% tổng số bệnh nhân phẫu thuật. Tỷ lệ truyền yếu tố VIII chiếm 2,14%. Thời điểm truyền tiểu cầu sau mổ là lớn nhất với 46,9%. Theo tác giả K. Ghadimi[5], đánh giá nguy cơ và xử trí tình huống cần truyền máu trước mổ. Trong nghiên cứu tác giả dựa vào các chỉ số về xét nghiệm máu như số lượng tiểu cầu, fibrinogen, các yếu tố kháng đông và các xét nghiệm đo độ đàn hồi cục máu đông. Từ các kết quả trên tác giả đưa ra nhiều khuyến cáo thực hành về bổ sung các yếu tố đông máu đối với người bệnh chảy máu phải phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 374 bệnh nhân phẫu thuật tại khoa Gây mê hồi sức – bệnh viện Hữu Nghị. Chúng tôi rút ra kết luận như sau: Đánh giá nguy cơ chảy máu cao theo điểm Improve ≥ 7 chiếm 21,7% số bệnh nhân nghiên cứu. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ được xác định là tuổi 85, ung thư tiến triển là 26,2%, suy thận chiếm 9,9%, suy gan chiếm 17,1%, tiểu cầu <50 G/l chiếm 10,96%, đặt catheter TMTT chiếm 18,2%. Lượng acid transaminic sử dụng là $874,6 \pm 320,8$ mg trong thời gian ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 4 ngày. Tỷ lệ truyền khối hồng cầu là 14,7%, thể tích trung bình là $1033,2 \pm 817,4$ ml. Số bệnh

nhân truyền huyết tương tươi đông lạnh là 17,9%, số bệnh nhân truyền tiểu cầu là 13,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Minh Diệp (2018)**, Luận văn thạc sĩ Y học: "So sánh mối liên quan của chỉ số đau ANI và SPI với thang điểm PRST trong gây mê toàn thân để phẫu thuật mở ổ bụng ở người cao tuổi", Bộ môn Gây mê hồi sức, Đại học Y Hà Nội.
2. **Thamer Alaifan (2019)**, "Tranexamic acid in cardiac surgery: a systematic review and metaanalysis (protocol)", BMJ Open. 9, tr. e028585.
3. **Pagano D (2018)**, "2017 EACTS/EACTA Guidelines on patient blood management for adult cardiac surgery", Eur J Cardiothorac Surg. 53, pg. 79–111.
4. **Fergal Fleming (2018)**, "The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guideline for the Prevention of Venous Thromboembolic Disease in Colorectal Surgery", Dis Colon Rectum. 61, pg. 14–20.
5. **K. Ghadimi (2016)**, "Perioperative management of the bleeding patient", British Journal of Anaesthesia. 117(s3), pg. iii18–iii30.
6. **Ji Soo Kim (2018)**, "Usefulness of Rotational Thromboelastometry as a Mortality Predictor of Hyperfibrinolysis in Patients with Severe Trauma", Acute and Critical Care. 33(3), pg. 162–169.
7. **Paul S. Myles (2016)**, "Stopping vs. Continuing Aspirin before Coronary Artery Surgery", The New England Journal of Medicine. 374(8), pg. 728–37.
8. **Nguyễn Văn Trí và cộng sự (2016)**, Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch của Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam, chủ biên, Nhà xuất bản Y Học.
9. **Mai Đức Thảo (2020)**, Nghiên cứu nguy cơ xuất hiện huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới lần đầu và kết quả dự phòng bằng heparin trọng lượng phân tử thấp ở bệnh nhân hồi sức cấp cứu, Bộ môn Hồi sức cấp cứu - Chống độc, Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỰC QUẢN, VẾT HẠCH, TẠO HÌNH BẰNG DẠ DÀY TOÀN BỘ TẠI BỆNH VIỆN K

Hà Hải Nam*, Phan Hữu Huỳnh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm ứng dụng PTNS cắt thực quản vết hạch, tạo hình bằng dạ dày toàn bộ tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiến cứu, theo dõi dọc (đánh giá kết quả trước mổ và sau mổ) trên 40 bệnh nhân UTTQ được phẫu thuật nội soi cắt thực quản, vết hạch, tạo hình bằng dạ dày toàn bộ tại khoa Ngoại Bụng 1-Bệnh

viện K Tân Triều từ 01 tháng 8/2018 đến 30 tháng 9/2020. **Kết quả:** Thời gian mổ trung bình $266,4 \pm 42,2$ phút. Lượng máu mất là $87,0 \pm 28,8$ (ml). Số lượng hạch trung bình nạo vét được là $26,5 \pm 5,3$ hạch. Thời gian nằm hồi sức trung bình $3,9 \pm 2,3$ (ngày), thời gian thở máy $31,2 \pm 18,5$ (giờ), thời gian nằm viện sau mổ trung bình 14,5 ngày, thời gian rút dẫn lưu màng phổi trung bình $6,1 \pm 3,7$ (ngày). Biến chứng sau mổ hay gặp nhất là biến chứng hô hấp (25%), sau đó là rò miệng nối (10%), tổn thương dây quặt ngược (10%), hẹp miệng nối (7,5%), không có bệnh nhân nào bị rò đường chấp, tắc ruột sau mổ. Có 1 bệnh nhân tử vong sau mổ do rò diện cắt máy để tạo hình ống dạ dày trong trung thất, dẫn tới tràn dịch màng phổi, suy hô hấp. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt thực quản, tạo hình bằng dạ dày toàn bộ là phương pháp phẫu thuật an toàn, hiệu quả, áp dụng

*Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Hà Hải Nam

Email: dr.nam.k@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 24.11.2020

cho các trường hợp điều trị UTTQ đoạn 2/3 dưới tại bệnh viện K.

Từ khóa: ung thư thực quản, phẫu thuật nội soi

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY RESULT AFTER MINIMALLY INVASIVE ESOPHAGECTOMY WITH GASTRIC CONDUIT AT K HOSPITAL

Objective: Evaluate the early results of the laparoscopic esophagectomy with 2 field lymphadenectomy, total gastric conduit at K hospital. **Methods:** prospective study, longitudinal follow-up (pre-operative and postoperative results) on 40 patients with esophageal cancer who underwent minimally invasive Esophagectomy at Abdominal Department 1- K Hospital from August 1st 2018 to September 30th 2020. **Results:** Average surgery time was 266.4 ± 42.2 mins. The amount of blood loss is 87.0 ± 28.8 (ml). The average number of dissected nodes was 26.5 ± 5.3 . Length of stay in ICU is 3.9 ± 2.3 (day), mechanical ventilation time 31.2 ± 18.5 (hour), average length of postoperative hospital stay is 14.5 days, and pleural drainage withdrawal is 6.1 ± 3.7 (day). The most common postoperative complications were respiratory complications (25%), followed by anastomosis leakage (10%), laryngeal nerve palsy (10%), stenosis (7.5%), none of thoracic duct fistula and intestinal obstruction. One patient died after surgery due to leakage of stapled zone of the gastric tube in the mediastinum, leading to pleural effusion, respiratory failure. **Conclusion:** Laparoscopic esophagectomy with the total gastric conduit is a safe and effective surgical approach, applicable to the treatment of lower 2/3 esophageal cancer in K hospital.

Key Words: Esophageal cancer, Laparoscopic surgery, Minimally Invasive Surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là bệnh ung thư hay gặp, có tỷ lệ mắc mới là 4,3/100.000 dân ở cả 2 giới và tỷ lệ tử vong là 4/100.000 dân, đứng thứ 9 về tỷ lệ mắc, thứ 6 về tỷ lệ tử vong trong các bệnh ung thư, [1],[2], [5]. Điều trị UTTQ vẫn là một vấn đề khó khăn và kết quả sống sau 5 năm chỉ đạt gần 20% (Âu Mỹ) và 50% (Nhật Bản)[6]. Điều trị UTTQ thường phối hợp 3 phương pháp: hóa trị, xạ trị và phẫu thuật, trong đó phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu, tuy vậy, phẫu thuật thực quản là phẫu thuật nặng nề với 2-3 đường mổ (ngực-bụng, ngực-bụng-cổ). Từ những năm cuối thế kỷ 20, phẫu thuật nội soi (PTNS) đã được áp dụng để điều trị UTTQ, trong đó PTNS ngực bụng với miệng nối cổ là phương pháp hay được áp dụng [9]. PTNS có nhiều ưu điểm: giảm đau, thẩm mỹ, giảm được biến chứng đặc biệt là biến chứng hô hấp. Tại Việt Nam, cắt thực quản nội soi điều trị UTTQ được mô tả và áp dụng lần đầu tiên bởi

Phạm Đức Huân tại bệnh viện Việt Đức (2004) và Nguyễn Minh Hải tại bệnh viện Chợ Rẫy (2006)[3],[4]. Tại bệnh viện K, phẫu thuật mở cắt thực quản được thực hiện từ những năm 2000 nhưng số lượng rất hạn chế, tỷ lệ biến chứng sau mổ cao, do vậy điều trị UTTQ chủ yếu vẫn bằng hoá chất và xạ trị. Phương pháp PTNS cắt thực quản đường ngực-bụng và tạo hình bằng dạ dày toàn bộ được áp dụng tại bệnh viện K từ năm 2017 với sự trợ giúp của các chuyên gia tại bệnh viện Việt Đức và bệnh viện Showa Nhật Bản. Tới nay, kỹ thuật này đang được áp dụng rộng rãi tại bệnh viện K để điều trị UTTQ 2/3 dưới, nhưng chưa có những báo cáo cụ thể về kết quả ứng dụng của kỹ thuật này. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm các mục tiêu: *"Đánh giá kết quả sớm của PTNS cắt thực quản vết hạch, tạo hình bằng dạ dày toàn bộ tại bệnh viện K"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTTQ, xác chẩn qua MBH.
- UTTQ 1/3 giữa, dưới T1-2N0M0 hoặc T3-4N0M0 có hoá xạ tiền phẫu.
- Bệnh nhân có tuổi ≤ 70 , không có bệnh lý về hô hấp, tim mạch.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tuổi > 70 , có bệnh lý hô hấp, tim mạch.
- Bệnh nhân không có kết quả mô bệnh học là UTTQ.
- Bệnh nhân UTTQ giai đoạn muộn hoặc di căn xa.
- Bệnh nhân UTTQ 1/3 trên, ung thư tâm vị hoặc những trường hợp phẫu thuật cắt thực quản nhưng không tạo hình thực quản bằng dạ dày toàn bộ.
- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật mở vùng ngực phải, bụng trên.

2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. Phương pháp nghiên cứu: can thiệp lâm sàng, tiền cứu

2.2. Cỡ mẫu: Tất cả các BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn được phẫu thuật tại khoa Ngoại Bụng 1-Bệnh viện K từ tháng 8/2018 đến tháng 9/2020.

2.3 Các biến nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi, giới, tiền sử bệnh lý hô hấp tim mạch, nuốt nghẹn, đau ngực, khàn tiếng, sút cân.
- Tiền sử nghiện rượu, thuốc lá hoặc cả 2.

Đặc điểm cận lâm sàng.

*Nội soi thực quản dạ dày: Vị trí, kích thước, hình ảnh.

*Chụp cắt lớp vi tính: vị trí, kích thước u, hình ảnh khối u, mức độ xâm lấn.

*Siêu âm nội soi (SANS): so sánh kết quả của SANS về mức độ xâm lấn và di căn hạch với nhận xét trong mổ và kết quả giải phẫu bệnh

Phân loại giai đoạn TNM theo AJCC 2017 [5]

T-Tumor (U nguyên phát)

T1: U giới hạn ở lớp niêm mạc (T1a) hoặc dưới niêm mạc (T1b).

T2: U xâm lấn lớp cơ.

T3: U xâm lấn lớp dưới áo ngoài quanh thực quản.

T4: U xâm lấn tổ chức lân cận.

N (lymph node-di căn hạch)

N0: không có hạch di căn. N1: có 1 hoặc 2 hạch di căn

N2: có từ 3 đến 6 hạch di căn; N3: có ≥ 7 hạch di căn.

M (Metastasis-di căn xa)

M0: không có di căn xa; M1: Có di căn xa

*Thăm dò chức năng hô hấp: rối loạn thông khí nhẹ, vừa, nặng

Quy trình phẫu thuật: 3 thì: ngực-bụng-cổ

+ Thì nội soi ngực: nghiêng T hoặc sấp nghiêng 30 độ, gây mê nội khí quản qua Carlen. Đặt 04 trocar: 2 trocar 10mm nách sau (KLS 5)+ đường nách giữa KLS 10. 02 Trocar 5mm đường nách giữa và cạnh vú phải. Thắt quai tĩnh mạch đơn. Giải phóng thực quản, nạo vét hạch. Đặt 1 dẫn lưu màng phổi.

+ Thì nội soi bụng: nằm ngửa, đặt 5 trocar. Giải phóng bờ cong lớn dạ dày, bảo tồn cung mạch vị mạc phải. Cắt dây chằng vị lách, vị đại tràng, mạch vị ngắn, nạo nhóm hạch 2, cắt dây chằng gan vị, giải phóng dạ dày vùng BCN (nạo hạch nhóm 1, 8a, 12a, cắt mạch vị trái, vét hạch 7, 9, 11p. Tách rời hoàn toàn thực quản bụng khỏi khe hoành, cắt mở rộng khe hoành.

+ Thì cổ trái: Đường rạch chữ J bờ trước cơ ức đòn chũm trái. Cắt cơ vai móng, tĩnh mạch giáp giữa, động mạch giáp dưới, đi vào khe giữa thùy trái tuyến giáp và bó mạch cảnh, phẫu tích bờ trái thực quản. Phẫu tích khoang tế bào trước cột sống để phẫu tích mặt sau thực quản. Ở mặt trước, tách thực quản ra khỏi khí quản. Phẫu tích sát bờ phải thực quản tránh tổn thương thần kinh quặt ngược. Luồn một ống thông Nelaton nhỏ qua thực quản kéo lên để phẫu tích mặt sau thực quản lên trên và xuống dưới ngực. Cắt đôi thực quản cổ ngang mức bờ dưới tuyến giáp, đóng đầu dưới và kéo toàn bộ thực quản xuống bụng.

+ Tạo hình ống dạ dày.

Mở nhỏ 5 cm dưới mũi ức, kéo căng vào đỉnh

của phình vị để xác định giới hạn bờ cong nhỏ sẽ cắt bỏ là đường nối giữa đỉnh của phình vị đi song song với bờ cong lớn cách 5cm (dùng máy cắt thẳng NTLC 75 hoặc 55mm), tới bờ cong nhỏ cách môn vị khoảng 4cm. Đưa ống dạ dày lên cổ qua trung thất sau và làm miệng nối thực quản ống dạ dày tận-tận một lớp mũi rời chỉ đơn sợi 4/0.

Đặc điểm phẫu thuật.

+ Thời gian mổ (phút): Thời gian thì ngực, thì bụng, thì cổ.

+ Lượng máu mất (ml): tính số lượng máu qua bình hút và qua cân gạc.

+ Số hạch nạo vét được: hạch ngực, hạch bụng, tổng số hạch.

+ Chuyển mổ mở: mở ngực, mở bụng.

+ Kỹ thuật làm miệng nối: khâu nối bằng tay cho miệng nối ở cổ, hay nối máy nối tròn, máy nối thẳng.

Tai biến trong phẫu thuật: Chảy máu, tổn thương khí phế quản, ống ngực.

Diễn biến sau mổ.

+ Thời gian điều trị tại khoa hồi sức tích cực (ngày).

+ Thời gian thở máy, thời gian có trung tiện (giờ).

+ Tử vong sau mổ.

+ Dịch màng phổi: số lượng, màu sắc.

Biến chứng sau mổ.

+ Biến chứng hô hấp: tràn dịch màng phổi, tràn mủ màng phổi, xẹp phổi, hội chứng suy hô hấp cấp.

+ Tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản.

+ Rò miệng nối ở cổ

+ Rò đường chấp màng phổi: do tổn thương ống ngực

+ Hẹp miệng nối.

+ Các biến chứng khác: áp xe dưới hoành, tổn thương khí phế quản, nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột sau mổ.

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý với phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Các đặc điểm lâm sàng

	n	
	Số lượng	%
Nam/nữ	40/0	100
Nuốt nghẹn	29	72,5
Sút cân	5	12,5
Đau ngực	1	2,5
Tiền sử nôn máu	0	0
Hạch ngoại vi	0	0
Khàn tiếng	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ mắc UTTQ ở nam cao hơn nữ, triệu chứng hay gặp nhất là nuốt nghẹn

(72,5%)

Bảng 2: Một số yếu tố nguy cơ.

Yếu tố nguy cơ	N	Tỷ lệ %
Rượu	36	90
Thuốc lá	33	82,5
Rượu + thuốc lá	30	75
Không rượu, không thuốc lá	10	25

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử uống rượu, hút thuốc lá, cả uống rượu lẫn hút thuốc lá là rất cao 90%, 82,5% và 75%.

Bảng 3: Hình ảnh đại thể trên nội soi.

Hình ảnh UTTQ	N	Tỷ lệ %
Thể sùi	31	77,5
Thể loét	9	22,5
Tổng số	40	100

Nhận xét: Qua nội soi, tổn thương u sùi chiếm đa số 77,5%.

Bảng 4: Vị trí u trên CT Scan.

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1/3 giữa	20	50
1/3 dưới	19	47,5
Không xác định	1	2,5
Tổng số	40	100

Nhận xét: Tỷ lệ phân bố vị trí u trên hình ảnh cắt lớp là tương đồng giữa 2 nhóm 1/3 giữa và dưới (50% và 47,5%).

Bảng 5: Mức độ xâm lấn u trên SANS.

Mức độ xâm lấn	n	Tỷ lệ %
Không rõ u	3	8,8
T1	11	32,4
T2	17	50
T3	3	8,8
Tổng số	34	100

Nhận xét: Trong số 34 BN được làm xét nghiệm SANS, mức độ xâm lấn u trên SANS hay gặp nhất ở giai đoạn T1, T2 (32,4% và 50%)

Bảng 6: Thời gian phẫu thuật.

Thời gian phẫu thuật (phút)	Trung bình	SD	Min	Max
Ngực	116,1	17,6	80	150
Bụng	77,0	13,9	50	120
Tổng	266,4	42,2	200	360

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình 266,4 ± 42,2 phút. Lượng máu mất là 87,0 ± 28,8 (ml). không có bệnh nhân nào phải truyền máu trong và sau khi mổ

Bảng 7: Số lượng hạch nạo vét được.

Số lượng hạch	Trung bình ± SD	Min	Max
Bụng	15,2 ± 4,3	8	24
Trung thất	11,3 ± 3,0	5	19
Tổng số	26,5 ± 5,3	17	38

Nhận xét: Số lượng hạch trung bình nạo vét

được là 26,5 ± 5,3 hạch.

Chuyển mổ mở, các tai biến trong phẫu thuật: chúng tôi không có ca bệnh nào phải chuyển mổ mở hay xảy ra tai biến trong mổ.

Bảng 8: Giai đoạn bệnh.

Giai đoạn bệnh	n	Tỷ lệ %
I		
IIA	13	32,5
IIB	10	25
Không còn tế bào ung thư do hóa chất và xạ trị tiền phẫu	11	27,5
	6	15
Tổng số	40	100

Nhận xét: giai đoạn bệnh phân bố đều từ giai đoạn I đến giai đoạn IIB.

Diễn biến sau mổ:

+ Thời gian điều trị tại khoa hồi sức tích cực: 3,9 ± 2,3 ngày (2-16 ngày). + Thời gian rút nội khí quản là 31,2 ± 18,5 giờ (5÷72 giờ).

+ Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 14,5 ngày (7-60).

+ Thời gian trung tiện: 52,1 ± 13,4 giờ (24÷72 giờ).

+ Thời gian rút dẫn lưu màng phổi trung bình là 6,1 ± 3,7 (3÷28 ngày)

+ Tử vong sau mổ: Chúng tôi có 1 trường hợp tử vong trong 30 ngày đầu sau mổ, bệnh nhân Nguyễn Văn U., tử vong sau mổ 30 ngày, do biến chứng rò mồm cắt máy tạo hình ống dạ dày trong trung thất, gây tràn dịch tràn mủ trung thất. được điều trị nội khoa tích cực nhưng người nhà xin về vào ngày thứ 28 sau mổ, bệnh nhân tử vong sau đó 2 ngày.

Biến chứng sau mổ.

*Biến chứng hô hấp: Chúng tôi có 25% bệnh nhân biến chứng hô hấp: 1 bệnh nhân tràn dịch màng phổi trái, 2 bệnh nhân có biến chứng viêm phổi-xẹp phổi (T), 7 bệnh nhân có biến chứng viêm phổi nặng dẫn tới suy hô hấp, trong đó có 1 bệnh nhân tử vong (đã nêu trên).

*Tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược: có 10% bệnh nhân bị khàn tiếng sau mổ, (liệt dây thần kinh quặt ngược phải). Trong đó, có 2 bệnh nhân là kết hợp cả biến chứng hô hấp và tổn thương liệt dây thanh quản quặt ngược, 1 trường hợp kết hợp cả biến chứng hô hấp, liệt dây quặt ngược, hẹp miệng nổi sau mổ, 1 trường hợp chỉ có tổn thương dây quặt ngược đơn thuần.

*Rò miệng nổi: có 4 trường hợp rò miệng nổi chiếm 10%. Các trường hợp rò miệng nổi xuất hiện vào ngày thứ 3-11 sau mổ (rò mức độ nhỏ hoặc rò chặt), đều chỉ điều trị nội khoa. Sau 1 tháng đánh giá lại tình trạng vết mổ cổ thì thấy 3 bệnh nhân đều liền hoàn toàn mà không còn có

triệu chứng rò ở cổ, 1 bệnh nhân liền lỗ rò sau 2 tháng.

*Rò đường chấp: Chúng tôi không có ca nào có rò đường chấp sau mổ.

*Hẹp miệng nổi: Nghiên cứu có 7,5% trường hợp hẹp miệng nổi trong đó 1 (2,5%) bệnh nhân hẹp miệng nổi mức độ nhẹ, 2 (5%) bệnh nhân hẹp miệng nổi mức độ trung bình phải nong thực quản, không có trường hợp nào hẹp miệng nổi nặng.

*Biến chứng khác: Chúng tôi không ghi nhận biến chứng tắc ruột sau mổ, 3 trường hợp có biến chứng nhiễm trùng vết mổ nhỏ ở bụng, được điều trị nội khoa ổn định, không có trường hợp toác vết mổ bụng

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt thực quản vẫn là một phẫu thuật lớn đòi hỏi trình độ phẫu thuật viên và gây mê hồi sức. Trước năm 1990, tại bệnh viện Việt Đức, tỷ lệ tử vong trong mổ cắt thực quản còn khá cao 21,7%[3]. Tại bệnh viện K trước những năm 2000 chưa triển khai mổ cắt thực quản. Khoảng 10 năm trở lại đây, tỷ lệ UTTQ tăng nhanh, nên nhu cầu phẫu thuật UTTQ được đề cập đến nhiều hơn và đã có nhiều phẫu thuật viên thực hiện ca mổ phức tạp này. Khi bắt đầu triển khai mổ thực quản nội soi tại Bệnh viện K, chúng tôi cần sự hỗ trợ về chuyên môn từ phía bệnh viện Việt Đức và trung tâm phẫu thuật thực quản-Đại Học Showa, Nhật Bản. Nhờ vậy, chúng tôi được trực tiếp học hỏi, trau dồi kinh nghiệm, kỹ năng phẫu tích. Chúng tôi xác định chọn những bệnh nhân có UTTQ nằm ở đoạn 2/3 dưới thực quản, đây là đoạn mà phẫu thuật viên có thể quan sát và thao tác dễ dàng. Ngoài ra chúng tôi lựa chọn những bệnh nhân có u xâm lấn tại chỗ $\leq$ T3, do kinh nghiệm phẫu thuật cắt thực quản còn chưa nhiều, để hạn chế những tai biến nặng làm ảnh hưởng đến tỷ lệ biến chứng, tử vong cũng như chất lượng sau mổ của bệnh nhân. Việc đánh giá tình trạng toàn thân, tình trạng hô hấp, tim mạch, chức năng gan thận là rất quan trọng để lựa chọn bệnh nhân cho phẫu thuật cắt thực quản.

Thời gian mổ trung bình là 266,4 phút (200-360). Thời gian trung bình thì ngực là 116,1 phút; thì bụng là 77 phút. Lượng máu mất là không đáng kể khoảng 90 ml. Các nghiên cứu trong và ngoài nước đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt thực quản, cho kết quả khá tốt về thời gian mổ, lượng máu mất và các biến chứng sớm sau mổ, thậm chí một số kết quả còn tốt hơn so với phẫu thuật mổ mở truyền thống [2],[4],[6],[8]. Thời gian mổ của chúng tôi cũng tương đương với hầu hết các tác giả trong

nước và trên thế giới [2],[4],[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào chảy máu mà chuyển mổ mở. Kết quả này cũng phù hợp với một số tác giả trong và ngoài nước.

UTTQ có tỉ lệ cao di căn hạch và di căn xa ngay cả ở giai đoạn sớm [1]. Theo các tác giả Nhật, ung thư biểu mô tế bào vảy thực quản 1/3 giữa nên nạo hạch 3 vùng là vùng cổ, ngực và bụng; đối với 1/3 dưới, có thể chỉ cần nạo hạch vùng ngực và bụng [6]. Chúng tôi tiến hành nạo hạch 2 vùng: ngực và bụng và cộng thêm hạch cạnh khí quản (trung thất trên). Số lượng hạch trung bình của chúng tôi là: hạch ngực 11,3 (5-19), hạch bụng 15,2 (8-24), tổng hạch 26,5 (17-38). Số lượng hạch vét được trong nghiên cứu của chúng tôi, trong tư thế sắp nghiêng cũng có sự tương đồng với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài sử dụng tư thế nằm sấp [2],[4],[7],[8].

Thời gian nằm hồi sức trong nghiên cứu này là $3,9 \pm 2,3$ ngày (2-16 ngày). Thời gian rút nội khí quản trung bình là $31,2 \pm 18,5$ giờ (5÷72 giờ). Thời gian nằm hồi sức của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là cao hơn các tác giả trong và ngoài nước khác [2], [3], [4], [7], [8]. Điều này có thể lý giải là do trong thời gian đầu triển khai kỹ thuật mới, chúng tôi luôn đề cao tính an toàn của cuộc mổ, bệnh nhân nằm hồi sức lâu hơn để sẵn sàng ứng phó với những biến động về hô hấp, tuần hoàn sau mổ. Sau hơn 20 ca đầu tiên, dần dần thời gian nằm hồi sức của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu được rút ngắn và bệnh nhân có thể rời khỏi phòng hồi sức từ ngày thứ 3 sau mổ. Nghiên cứu cho thấy thời gian nằm viện có trung bình là 14,5 ngày, có những bệnh nhân diễn biến ổn định và ra viện 7 ngày sau mổ. Chúng tôi có 1 bệnh nhân nằm viện 60 ngày do rò miệng nổi kết hợp viêm phổi, suy hô hấp từ ngày thứ 5 sau mổ. Nhìn chung, thời gian nằm viện trong nhóm nghiên cứu cũng giống với các tác giả trong và ngoài nước [2],[7]. Chúng tôi có 1 trường hợp tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật, là bệnh nhân được K thực quản 1/3 giữa cT3N0M0, được hoá xạ tiền phẫu và mổ cắt thực quản, đã mô tả kể trên.

PTNS có tỷ lệ biến chứng thấp hơn so với phẫu thuật mổ mở [2],[6]. Chúng tôi có 10 (25%) bệnh nhân biến chứng hô hấp sau mổ. Dùng phép kiểm Fisher's exact test, tỷ lệ biến chứng hô hấp giữa nhóm bệnh nhân có chức năng hô hấp bình thường với nhóm bệnh nhân có rối loạn thông khí thì khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,39$). Liệt dây thanh âm là một biến chứng khá phổ biến sau cắt UTTQ, với tỷ lệ thay đổi từ 5% - 60%[6]. Chúng tôi có 4

trường hợp bị khản tiếng sau mổ, chiếm 10%. Về rò miệng nổi, có nhiều yếu tố ảnh hưởng như: bệnh lý toàn thân (đái tháo đường, cao HA, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy gan, suy thận), suy dinh dưỡng, giai đoạn bệnh muộn, kỹ thuật khâu nối, mức độ thiếu máu ống dạ dày...[2],[8]. Nghiên cứu ghi nhận có 4 trường hợp rò miệng nổi chiếm 10%, tương đương với nghiên cứu của các tác giả trong nước và trên thế giới. Các trường hợp rò miệng nổi xuất hiện vào ngày thứ 3-11 sau mổ (rò mức độ nhỏ hoặc rò chột), đều không phải mổ lại, chỉ điều trị nội khoa. Tỷ lệ rò miệng nổi không cao có thể do quy trình chọn lựa kỹ càng bệnh nhân trước mổ và kỹ thuật phẫu tích cũng như làm miệng nối của chúng tôi ngày càng cải thiện.

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận ca bệnh nhân nào bị rò ống ngực. Hẹp miệng nối là biến chứng sau mổ ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân với tỉ lệ khoảng 9% - 40% tùy thuộc nghiên cứu[2],[3],[4],[6]. Biến chứng này phụ thuộc nhiều vào kỹ thuật khâu nối, thiếu máu nuôi dưỡng miệng nối (gây rò miệng nối) và vị trí miệng nối. Rò miệng nối cũng là yếu tố thuận lợi gây hẹp miệng nối [2],[7]. Chúng tôi ghi nhận có 7,5% trường hợp hẹp miệng nối trong đó 2,5% là hẹp mức độ nhẹ, 5% bệnh nhân hẹp mức độ trung bình phải nong thực quản, không có trường hợp nào hẹp miệng nối nặng. Thời gian hẹp miệng nối trung bình là 2 tháng. Trong 2 bệnh nhân nong thực quản có 1 bệnh nhân phải nong 2 lần, 1 bệnh nhân phải nong 3 lần. Tới thời điểm sau mổ 6 tháng, các bệnh nhân được tái khám và không phát hiện còn tổn thương hẹp miệng nối.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt thực quản tạo hình bằng dạ dày toàn bộ là kỹ thuật ngoại khoa hiện đại, có thể được áp dụng một cách an toàn, bước đầu mang lại lợi ích sống còn và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân UTTQ tại bệnh viện K.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Duy Hiến và cs** (2010). "Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư". Nhà xuất bản y học.
2. **Phạm Đức Huân, Đỗ Mai Lâm, Nguyễn Xuân Hòa** (2017), "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng nạo vét hạch rộng hai vùng với tư thế sắp nghiêng 30 độ", Tạp chí Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, tập 7-số 2/ 2017, pp.36-46.
3. **Phạm Đức Huân** (2003). "Nghiên cứu điều trị phẫu thuật ung thư thực quản ngực". Luận án tiến sĩ y học, pp. 212-27
4. **Trần Phùng Dũng Tiến, Lâm Việt Trung, Trần Vũ Đức, et al.** (2011). "Phẫu thuật nội soi ngực bụng điều trị ung thư thực quản 1/3 giữa và dưới". Y học thành phố Hồ Chí Minh, 15(Phụ bản của Số 1), pp.14-19
5. **American Joint Committee on Cancer** (2018). "Esophagus and Esophagogastric Junction", AJCC Cancer Staging Manual, 8th ed: Springer, pp.103-16.
6. **Akiyama H, Tsurumaru M, Udagawa H, et al.** (1994). "Radical lymph node dissection for cancer of the thoracic esophagus". Annals of surgery, 220(3), pp 364-72; discussion 72-3.
7. **Chen J, Liu S, Pan J, et al.** (2009). "The pattern and prevalence of lymphatic spread in thoracic oesophageal squamous cell carcinoma", European journal of cardio-thoracic surgery : official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery, 36(3), pp. 480-6.
8. **Luketich JD, Nguyen NT, Weigel T, et al.** (1998). "Minimally invasive approach to esophagectomy". JSLS : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons / Society of Laparoendoscopic Surgeons, 2(3), pp. 243-7.

NGUYÊN NHÂN TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA Ở TRẺ EM

Nguyễn Thuỳ Dung¹, Nguyễn Phạm Anh Hoa²

TÓM TẮT

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTM) là hậu quả của nhiều nguyên nhân, được xác định khi áp lực tĩnh mạch cửa $\geq 10\text{mmHg}$ hoặc chênh áp qua tĩnh mạch gan $\geq 4\text{ mmHg}$. Chẩn đoán TALTM ở trẻ em chủ yếu được thực hiện gián tiếp dựa vào triệu chứng giãn tĩnh

mạch thực quản trên nội soi tiêu hoá. Chưa có nhiều nghiên cứu tại Việt Nam về các nguyên nhân gây TALTM ở trẻ em. **Mục tiêu:** Tìm hiểu các nguyên nhân gây TALTM ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên nhóm bệnh nhân được chẩn đoán xác định TALTM bằng nội soi tiêu hóa trong thời gian tháng 1/2019 - tháng 7/2020 tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Khai thác bệnh sử và dựa vào các xét nghiệm cận lâm sàng để xác định nguyên nhân gây TALTM. **Kết quả:** Có 88 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán TALTM, trong đó 83% TALTM do nguyên nhân tại gan, 10,2% do nguyên nhân ngoài gan, 6,8% TALTM không rõ nguyên nhân. Các nguyên nhân gây TALTM tại gan gồm: teo mật bẩm sinh, bệnh Wilson, viêm gan C và xơ gan chưa rõ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phạm Anh Hoa

Email: dranhhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2020

Ngày duyệt bài: 25.11.2020

nguyên nhân với tỷ lệ lần lượt là 72,7%; 5,7%; 1,1% và 3,5%. Lách to và giảm tiểu cầu là những triệu chứng thường. Đa số bệnh nhân được phát hiện TALTMTC trong quá trình theo dõi bệnh gan mạn tính.

Kết luận: TALTMTC chủ yếu do nguyên nhân tại gan. Triệu chứng lách to và giảm tiểu cầu có giá trị gợi ý TALTMTC ở trẻ mắc bệnh gan mạn tính.

Từ khóa: Tăng áp lực tĩnh mạch cửa, giãn tĩnh mạch thực quản, nội soi, nguyên nhân, trẻ em.

SUMMARY

THE ETIOLOGY OF PORTAL HYPERTENSION IN CHILDREN

Background: Portal Hypertension (PH) is defined as portal vein pressure ≥ 10 mmHg or hepatic venous pressure gradient ≥ 4 mmHg. It's found in many diseases. Currently, the diagnosis of PH based on the presence of esophageal varices. There are only a few studies on etiology of portal hypertension among children in Vietnam. **Aim:** We conducted this study to assess the etiological reasons for portal hypertension in children. **Materials and methods:** Patients diagnosed with PH by endoscopy during January 2019 to July 2020 in National Hospital of Children were enrolled in the study. Taking history and relied on subclinical test to determine and classify the causes of PH. **Results:** A total of 88 children were diagnosed with PH. Common causes of PH were intrahepatic (83%), followed by extrahepatic (10,2%) and the rest was unknown causes (6,8%). Intrahepatic PH included: biliary atresia, Wilson disease, Hepatitis C and cryptogenic with proportion were 72,7%; 5,7%; 1,1% and 3,5%, respectively. Common clinical manifestation of PH in children were spleen enlargement, thrombocytopenia. PH is usually detected during chronic liver disease follow up. **Conclusion:** PH in children's mainly cause is intrahepatic. Splenomegaly and thrombocytopenia suggest PH in children with chronic liver disease.

Key words: Portal hypertension, esophageal varices, endoscopy, etiology, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTMTC) là tình trạng tăng áp lực trong lòng mạch của hệ tĩnh mạch cửa, được xác định khi áp lực tĩnh mạch cửa lớn hơn 10 mmHg hoặc chênh áp tĩnh mạch gan (gradient qua tĩnh mạch gan) lớn hơn 4 mmHg [4]. Đây là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán TALTMTC, tuy nhiên việc đo chênh áp tĩnh mạch gan là một thủ thuật xâm lấn, khó thực hiện ở trẻ em. Theo Hướng dẫn của Hiệp hội Nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ [2], có thể chẩn đoán TALTMTC dựa vào một trong ba tiêu chuẩn sau: (1) hình ảnh giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) trên nội soi tiêu hóa (NSTH); (2) tuần hoàn bàng hệ phát hiện qua chẩn đoán hình ảnh; (3) đo độ đàn hồi của gan (LS) 20-25 kPa và/hoặc chỉ số LSPS $\geq 2,06$ với LSPS = LS (kPa) x kích thước lách (cm)/số lượng tiểu cầu (mm³). Trong đó,

tiêu chuẩn chẩn đoán TALTMTC dựa trên tiêu chuẩn nội soi tiêu hóa được áp dụng phổ biến nhất.

Sự xuất hiện của tình trạng TALTMTC là yếu tố tiên lượng xấu cho bệnh nhân mắc bệnh gan mạn tính.

TALTMTC gây ra bởi nhiều nguyên nhân. Trong nghiên cứu của Imanieh và cộng sự (2012) trên 45 trẻ, nguyên nhân TALTMTC được chia làm 2 nhóm chính: tại gan, ngoài gan với tỷ lệ lần lượt là 93,3% và 6,7%[6]. Bệnh lý gây TALTMTC tại gan gồm: tắc mật, viêm gan, bệnh chuyển hóa, bệnh lý tự miễn, xơ gan bẩm sinh, xơ gan chưa rõ nguyên nhân (CRNN)... Bệnh lý gây TALTMTC ngoài gan gồm: huyết khối tĩnh mạch cửa, huyết khối tĩnh mạch gan, dị dạng hệ tĩnh mạch cửa... Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về TALTMTC ở trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Tìm hiểu nguyên nhân gây bệnh và các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân có tình trạng TALTMTC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán TALTMTC dựa vào triệu chứng giãn TMTQ trên NSTH trong thời gian từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 7 năm 2020 được lựa chọn vào nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu. Tiến hành khai thác bệnh sử, dựa vào các xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu, sinh thiết gan, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng 128 dãy, cộng hưởng từ ổ bụng ... để xác định nguyên nhân gây TALTMTC và phân loại theo nhóm nguyên nhân tại gan, ngoài gan.

Bệnh nhân được xác định thiếu máu theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế thế giới nếu có Hemoglobin (Hb) < 110 g/L với trẻ 6 tháng - 5 tuổi, Hb < 115 g/L với trẻ từ 5-11 tuổi, Hb < 120 g/L với trẻ trên 12 tuổi. Giảm bạch cầu hạt được xác định khi số lượng bạch cầu đa nhân trung tính (BCĐNTT) giảm dưới 1,5 G/L. Giảm tiểu cầu được chẩn đoán khi số lượng tiểu cầu máu ngoại vi dưới 150 G/L.

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập liệu, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu đã thu thập được 88 bệnh nhân TALTMTC với độ tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán $3,9 \pm 4,1$ tuổi.

Bảng 1: Phân nhóm độ tuổi chẩn đoán TALTMTC ở trẻ em

	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tuổi trung bình	p
<1 tuổi	12	13,6	3,9±4,1	0,00
1-5 tuổi	52	59,1		
>5 tuổi	24	27,3		
Tổng	88	100		

Độ tuổi chẩn đoán TALTCMC ở trẻ em trung bình là $3,9 \pm 4,1$ tuổi, gặp nhiều nhất ở nhóm

trẻ 1-5 tuổi với tỷ lệ 58%, nhóm dưới 1 tuổi chiếm 13,6% và nhóm trên 5 tuổi có tỷ lệ 27,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TALTCMC gặp ở 38 trẻ nam (43,2%) và gặp ở 50 trẻ nữ (56,8%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 2: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân TALTCMC

Triệu chứng	Tại gan (%)	Ngoài gan (%)	CRNN (%)	Tổng	p
Xuất huyết tiêu hóa	8,2	2/9	0/6	8/88	0,27
Lách to	72/73	9/9	6/6	87/88	1,0
Gan to	34/73	2/9	1/6	37/88	0,19
Dịch cổ trướng	6/73	0/9	0/6	6/88	1,0
Tổng	73	9	6	88	

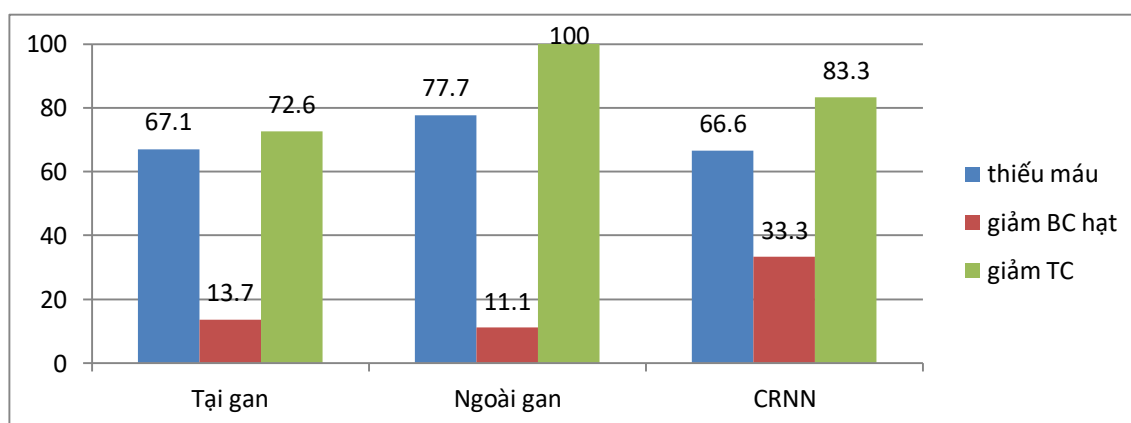
Các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở trẻ em có TALTCMC gồm lách to (98,9%), gan to (42%) và ít gặp hơn là xuất huyết tiêu hóa (9,1%) và dịch cổ trướng (6,8%). Sự khác biệt về triệu chứng lâm sàng không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm nguyên nhân TALTCMC với $p > 0,05$.

Bảng 3: Xét nghiệm công thức máu tại thời điểm chẩn đoán TALTCMC

	Tại gan	Ngoài gan	CRNN	Tổng	p
Số lượng bạch cầu (G/L)	$8,25 \pm 5,49$	$7,91 \pm 5,73$	$5,4 \pm 2,65$	$8,0 \pm 5,37$	0,514
Bạch cầu đa nhân trung tính (G/L)	$3,3 \pm 2,99$	$3,87 \pm 2,32$	$2,84 \pm 1,93$	$3,33 \pm 2,85$	0,324
Huyết sắc tố (g/L)	$109 \pm 19,47$	$105 \pm 18,03$	$107 \pm 17,86$	$108,5 \pm 19,06$	0,791
Số lượng tiểu cầu (G/L)	$130,8 \pm 59,3$	$85,1 \pm 35,6$	$89 \pm 43,1$	$123,3 \pm 58,4$	0,019

Tại thời điểm chẩn đoán TALTCMC, số lượng bạch cầu trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $8,0 \pm 5,37$ G/L; số lượng bạch cầu đa nhân trung tính là $3,33 \pm 2,85$ G/L và huyết sắc tố trung bình là $108,5 \pm 19,06$ g/L, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm nguyên nhân.

Số lượng tiểu cầu trung bình tại thời điểm chẩn đoán TALTCMC là $123,3 \pm 58,4$ G/L, trong đó trẻ TALTCMC do nhóm nguyên nhân tại gan là $130,8 \pm 59,3$ G/L cao hơn so với nhóm nguyên nhân ngoài gan là $85,1 \pm 35,6$ G/L, sự khác biệt về số lượng tiểu cầu trung bình giữa hai nhóm nguyên nhân là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,019$.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ giảm các dòng tế bào máu theo nhóm nguyên nhân TALTCMC

Trẻ TALTCMC ở tất cả các nhóm nguyên nhân đều có tình trạng giảm các dòng tế bào máu ngoại vi. Tỷ lệ thiếu máu, giảm bạch cầu hạt và giảm tiểu cầu lần lượt là 67,1%, 13,7% và 72,6% với nhóm nguyên nhân tại gan; 77,7%, 11,1% và 100% với nhóm nguyên nhân ngoài gan. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nguyên nhân.

Bảng 4: Giảm số lượng tiểu cầu ở trẻ TALTCM

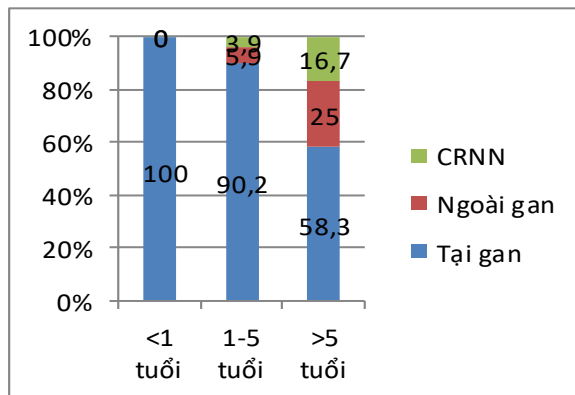
	Tiểu cầu <100G/L	Tiểu cầu 100-120 G/L	Tiểu cầu 120-150 G/L	P
Tại gan	24 (45,3%)	14 (26,4%)	15 (28,3%)	0,261
Ngoài gan	6 (66,7%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	
CRNN	5 (100%)	0	0	
Tổng	35 (52,2%)	15 (22,1%)	17 (25,4%)	67

Có 67 trẻ được chẩn đoán TALTCM có giảm số lượng tiểu cầu (76%), trong đó số lượng tiểu cầu giảm dưới 100 G/L chủ yếu gặp ở nhóm nguyên nhân tại gan với n=24 (35,8%). Không có sự khác biệt về mức độ giảm tiểu cầu giữa các nhóm nguyên nhân với p= 0,261.

Bảng 5: Phân loại TALTCM theo nhóm nguyên nhân

Nhóm nguyên nhân		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tại gan	Teo mật bẩm sinh	64	72,7
	Bệnh Wilson	5	5,7
	Viêm gan C	1	1,1
	Xơ gan CRNN	3	3,5
Ngoài gan	Teo TMC	9	10,2
CRNN		6	6,8
Tổng		88	100

Có 73 bệnh nhân (72%) TALTCM do nhóm nguyên nhân tại gan như teo mật bẩm sinh (72,7%), bệnh Wilson (5,7%), viêm gan C (1,1%) và xơ gan CRNN chiếm 3,5%. Nguyên nhân gây TALTCM ngoài gan và CRNN gặp với tỷ lệ lần lượt là 10,2% và 6,8%.

**Biểu đồ 2: Phân loại nguyên nhân TALTCM theo nhóm tuổi**

Ở trẻ <1 tuổi thì 100% là TALTCM do nguyên nhân tại gan. Với nhóm trẻ 1-5 tuổi thì TALTCM do nguyên nhân tại gan chiếm 90,2% (46/51), nguyên nhân ngoài gan chiếm 5,9% (3/51). Với nhóm trẻ trên 5 tuổi thì nguyên nhân tại gan chiếm 58,3% (14/24), nguyên nhân ngoài gan chiếm 25% (6/24).

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Độ tuổi trung bình chẩn đoán TALTCM ở

trẻ em là 3,9±4,1 tuổi, gặp ở hai giới với tỷ lệ tương tự nhau. Trong khi đó một nghiên cứu hồi cứu tại Việt Nam được thực hiện bởi Nguyễn Phạm Anh Hoa (2018) trên 86 trẻ, tuổi trung bình chẩn đoán TALTCM là 6,6±4,2 tuổi, tỷ lệ mắc bệnh của nam và nữ là như nhau [1]. Một nghiên cứu đơn trung tâm khác tại Iran được tiến hành trên 45 trẻ có độ tuổi trung bình chẩn đoán TALTCM là 7,6±4,7 tuổi [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ được chẩn đoán TALTCM ở độ tuổi trung bình thấp hơn nhiều so với hai nghiên cứu trên. Nguyên nhân của sự khác biệt có thể do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu tiền cứu, đa số bệnh nhân đã được chẩn đoán mắc bệnh gan mạn tính trước đó và theo dõi định kỳ giúp phát hiện kịp thời các triệu chứng gợi ý TALTCM như lách to, giảm tiểu cầu... Các nghiên cứu trước đây của các tác giả khác đều là hồi cứu.

Theo kết quả thu được từ nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở trẻ TALTCM gồm lách to (98,9%), gan to (42%). Các triệu chứng xuất huyết tiêu hóa và dịch cổ trướng ít gặp hơn với tỷ lệ lần lượt là 9,1% và 6,8%. Trong nghiên cứu của Hussain và cộng sự (2016) trên 100 trẻ TALTCM cũng có nhận xét tương tự với 98% trẻ có triệu chứng lách to, tuy nhiên có tới 62% trẻ có xuất huyết tiêu hóa, chỉ có 7% gan to, 8% dịch ổ bụng [5]. Sự khác biệt về tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa có thể do sự khác biệt về đối tượng và phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu tiền cứu với đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân có bệnh gan mạn tính, được theo dõi và chỉ định thường quy các xét nghiệm, thăm dò nhằm phát hiện sớm biến chứng TALTCM khi có các dấu hiệu như giảm tiểu cầu, lách to, tuần hoàn bàng hệ trên siêu âm Doppler và chẩn đoán TALTCM khi có giãn tĩnh mạch thực quản trên nội soi tiêu hóa. Trong nghiên cứu của Hussain và cộng sự, đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhi có độ tuổi 2-15 tuổi, trong đó 87% là trẻ trên 6 tuổi và vào viện vì

xuất huyết tiêu hóa. Có thể tuổi chẩn đoán muộn là lí do chính khiến tỷ lệ bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa của Hussain cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Tình trạng TALTMTC gây hậu quả cường lách [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 84 bệnh nhân (95,5%) các rối loạn huyết học, thường gặp là giảm tiểu cầu (76%) với số lượng tiểu cầu trung bình là $123,3 \pm 58,4$ G/L, thiếu máu (68%) và giảm bạch cầu hạt (14,8%). Có tới 72% bệnh nhân TALTMTC do nguyên nhân tại gan và 100% bệnh nhân TALTMTC do nguyên nhân ngoài gan có số lượng tiểu cầu giảm. Số lượng tiểu cầu trung bình ở nhóm nguyên nhân ngoài gan là $85,1 \pm 35,6$ G/L thấp hơn so với nhóm nguyên nhân tại gan $130,8 \pm 59,3$ G/L. Sự khác biệt về số lượng tiểu cầu trung bình này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể do triệu chứng cường lách gây ra bởi TALTMTC ngoài gan thường xảy ra sớm hơn TALTMTC tại gan. Trẻ TALTMTC do nguyên nhân tại gan có tình trạng thiếu máu chiếm 67,1%, giảm tiểu cầu chiếm 72,6% và giảm bạch cầu hạt chiếm 13,7%. Trẻ TALTMTC do nguyên nhân ngoài gan có tỷ lệ thiếu máu là 77,7%, giảm tiểu cầu là 100% và giảm bạch cầu hạt là 33,3%. Nghiên cứu của Sahin và cộng sự (2018) về sự biến đổi của xét nghiệm tế bào máu ngoại vi trên hai nhóm đối tượng nghiên cứu TALTMTC có xơ gan và không có xơ gan cho thấy: 92,5% bệnh nhân có bất thường về xét nghiệm huyết học, giảm tiểu cầu gặp phổ biến ở nhóm xơ gan hơn là nhóm không xơ gan với tỷ lệ 82,7%[8]. Sự khác biệt về tỷ lệ giảm tiểu cầu giữa hai nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Có thể thấy giảm tiểu cầu là xét nghiệm có ý nghĩa gợi ý tình trạng TALTMTC.

2. Nguyên nhân TALTMTC ở trẻ em. Trong nghiên cứu của Goel và cộng sự (2013) trên 583 bệnh nhân người lớn TALTMTC, có tới 91,6% bệnh nhân thuộc nhóm nguyên nhân tại gan trong đó 35% do bệnh gan mạn tính CRNN, 29% bệnh nhân bệnh gan mạn tính do rượu, 26% do viêm gan virus, 1% do tắc mật, 0,3% do bệnh Wilson và 0,3% do bệnh gan tự miễn; còn lại 8,4% là do nguyên nhân ngoài gan [3]. Trong một nghiên cứu đơn trung tâm tại Iran trên 45 trẻ TALTMTC thì có tới 93,3% (42/45) do nguyên nhân tại gan với xơ gan CRNN (26,6%), teo mật bẩm sinh (24,4%), bệnh Wilson (17,7%), xơ gan bẩm sinh (6,6%), viêm gan tự miễn (6,6%) và các nguyên nhân khác [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, TALTMTC cũng được chẩn đoán ở trẻ có bệnh lý tại gan là chủ yếu (chiếm 82%), tuy

nhiên trong nhóm bệnh này, căn nguyên thường gặp lại là nhóm teo đường mật bẩm sinh (72,7%) và bệnh Wilson (5,7%), viêm gan C (1,1%) và xơ gan CRNN (3,5%). Có sự khác biệt giữa hai nghiên cứu do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trẻ em nên có nhiều nguyên nhân gây bệnh thuộc nhóm bệnh lý bẩm sinh, di truyền.

Căn nguyên gây TALTMTC cũng thay đổi theo nhóm tuổi. Với nhóm <1 tuổi, 100% bệnh nhân có TALTMTC do bệnh lý teo mật bẩm sinh. Với nhóm trẻ 1-5 tuổi, TALTMTC do nguyên nhân tại gan chiếm 90,2%. Hai nhóm này trẻ thường được chẩn đoán bệnh gan mạn tính và được theo dõi. Nhóm trẻ >5 tuổi thì tỷ lệ TALTMTC do nguyên nhân ngoài gan tăng lên, chiếm 25%. Có thể thấy, nhóm bệnh lý ngoài gan thường diễn tiến thầm lặng, chẩn đoán TALTMTC muộn hơn nhóm nguyên nhân tại gan.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này chỉ ra TALTMTC ở trẻ em thường được chẩn đoán trong độ tuổi từ 1-5 tuổi, do nhiều nguyên nhân trong đó các nguyên nhân tại gan như teo mật, bệnh Wilson... chiếm đa số. Việc chẩn đoán sớm TALTMTC qua nội soi tiêu hóa nên được thực hiện trong quá trình theo dõi trẻ mắc bệnh gan mạn tính trong vòng 5 năm đầu tiên khi có các dấu hiệu gợi ý như gan lách to, giảm tiểu cầu, tuần hoàn bàng hệ trên siêu âm Doppler mạch máu ổ bụng nhằm phát hiện và điều trị sớm, hạn chế các biến chứng của TALTMTC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phạm Anh Hoa, Đoàn Thị Lan. (2019). Chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân tăng áp lực tĩnh mạch cửa ở trẻ em. Tạp chí Y học Việt Nam, 482: 216-219.
2. Garcia-Tsao G., Abraldes J.G., Berzigotti A. và cộng sự. (2017). Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases: Garcia-Tsao et al. Hepatology, 65(1), 310-335.
3. Goel A., Madhu K., Zachariah U. và cộng sự. (2013). A study of aetiology of portal hypertension in adults (including the elderly) at a tertiary centre in southern India. Indian J Med Res, 137(5), 922-927.
4. Grammatikopoulos T., McKiernan P.J., và Dhawan A. (2018). Portal hypertension and its management in children. Archives of Disease in Childhood, 103(2), 186-191.
5. Hussain F., Karim A.B., Matin A. và cộng sự. (2016). Portal Hypertension: 2 years Experience in Department of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, at a Tertiary Care Hospital, Bangladesh. Journal of Shaheed Suhrawardy Medical College,

- 8(1), 26–29.
 6. Imanieh M.H., Dehghani S.M., Khoshkhui M. và cộng sự. (2012). Etiology of Portal Hypertension in Children: A Single Center's Experiences. Middle East J Dig Dis, 4(4), 206–210.
 7. Sarin S.K. và Kumar A. (2006). Noncirrhotic

- portal hypertension. Clin Liver Dis, 10(3), 627–651, x.
 8. Sahin A., Artas H., Tunc N. và cộng sự. (2018). Hematological Indices in Portal Hypertension: Cirrhosis versus Noncirrhotic Portal Hypertension. J Clin Med, 7(8).

GIÁ TRỊ CỦA NỒNG ĐỘ IGE TOÀN PHẦN TRONG TIỀN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG CỦA VIÊM DA CƠ ĐỊA Ở TRẺ EM

Phạm Thị Lượ¹, Nguyễn Thị Diệu Thúy¹
 Lê Thị Thu Hương², Phạm Thị Mai Hương³

TÓM TẮT

Nồng độ IgE toàn phần huyết thanh thường tăng trong bệnh viêm da cơ địa. Liệu IgE huyết thanh có là chỉ số giúp tiên lượng mức độ nặng của bệnh. **Mục tiêu:** Nhận xét giá trị của nồng độ IgE toàn phần trong tiên lượng mức độ nặng của viêm da cơ địa ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** 120 trẻ được chẩn đoán viêm da cơ địa đến khám và điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 6 năm 2020. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang. Bệnh nhân được khai thác tiền sử, bệnh sử, thăm khám lâm sàng, xét nghiệm định lượng nồng độ IgE toàn phần huyết thanh. **Kết quả:** Viêm da cơ địa mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (58,3%), sau đó là mức độ trung bình (34,2%) và mức độ nặng là 7,5%. Nồng độ IgE toàn phần trung bình tăng tương ứng với mức độ bệnh từ nhẹ đến nặng lần lượt là 62,9 IU/ml; 267,9 IU/ml; 2960 IU/ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0001$). Tỷ lệ nồng độ IgE tăng tăng dần theo mức độ bệnh từ nhẹ đến nặng, lần lượt là 34,7%; 64,7%; 88,9%. **Kết luận:** Trẻ viêm da cơ địa có nồng độ IgE toàn phần càng cao tiên lượng mức độ bệnh càng nặng.

Từ khóa: Viêm da cơ địa, nồng độ IgE toàn phần, tiên lượng, mức độ nặng

SUMMARY

VALUE OF TOTAL IgE CONCENTRATION IN THE PROGNOSIS OF THE SEVERITY OF CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

Serum total IgE concentrations are often increased in atopic dermatitis (AD). Whether serum IgE is an indicator of the severity of AD. **Objects:** This study aimed to assess the value of total IgE concentration for prognosis of the severity of children with AD. **Subjects and methods:** 120 children were diagnosed with AD

treated at the National Children's Hospital from July 2019 to June 2020. This was a descriptive cross-sectional study. All subjects were asked past medical history, medical history, examined and performed serum total IgE test. **Results:** AD was divided in three 3 groups in which mild accounted for 58.3%, followed by moderate and severe with 34.2 % and 7.5%, respectively. Total IgE concentration increased corresponding to the severity of AD, in which mild, moderate and severe groups were 62,9 IU/ml; 267,9 IU/ml and 2960 IU/ml, respectively ($p = 0,0001$). The percentages of elevated IgE concentrations increased gradually according to AD severity, with 34,7%; 64,7%; 88,9% respectively. **Conclusion:** Total IgE concentration may predict the severity of AD in children.

Keywords: atopic dermatitis, total IgE concentration, prognosis, severity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da cơ địa (VDCĐ) là một bệnh da thường gặp có tính chất mạn tính, hay tái phát. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, thường khởi phát ở trẻ em. Bệnh có một số những biến đổi về sinh học và miễn dịch, trong đó có IgE huyết thanh và bạch cầu ái toan [1].

IgE là loại kháng thể thuộc một trong năm dưới nhóm của các globulin miễn dịch. IgE có vai trò quan trọng trong việc bảo vệ cơ thể chống lại các bệnh ký sinh trùng và trong bệnh sinh của các bệnh dị ứng như hen phế quản, viêm mũi dị ứng, VDCĐ. Trong các bệnh lý dị ứng này, nồng độ IgE huyết thanh thường tăng cao [2].

Trong VDCĐ, cơ chế sinh bệnh phức tạp bao gồm nhiều yếu tố tương tác với nhau: di truyền, bất thường đáp ứng miễn dịch, rối loạn chức năng hàng rào bảo vệ da và môi trường. Về miễn dịch, vai trò phản ứng dị ứng quá mẫn qua trung gian miễn dịch IgE trong bệnh này chưa rõ ràng. Cơ chế tăng IgE trong VDCĐ do histamin tác động lên thụ thể H2 của bạch cầu, làm cho chức năng của bạch cầu suy yếu, giảm chuyển dạng lympho. Tế bào lympho mang thụ thể H2

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thúy

Email: nguyendieuthuyhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2020

Ngày duyệt bài: 25.11.2020

có chức năng sản xuất ra yếu tố ức chế sản xuất IgE do histamin phát động, do vậy khi thiếu yếu tố này, IgE được sản xuất tăng. Ngoài ra IgE tăng cao còn do trong bệnh VDCĐ có tăng AMP – Phosphodiesterase trong tế bào B hoặc tế bào T giúp đỡ (T hỗ trợ) làm tổng hợp IgE tăng cao [1].

IgE tăng ở 80% số bệnh nhân VDCĐ [1]. Hầu hết bệnh nhân VDCĐ nặng có mức IgE toàn phần tăng cao. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng ở trẻ em có nồng độ IgE toàn phần cao hơn bị VDCĐ nặng hơn hoặc bệnh nhân VDCĐ liên quan đến yếu tố di truyền có tiên lượng lâu dài xấu hơn [2].

Tại Việt Nam, còn ít nghiên cứu về vai trò của nồng độ IgE toàn phần trong viêm da cơ địa ở trẻ em. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét giá trị của nồng độ IgE toàn phần trong tiên lượng mức độ nặng của viêm da cơ địa ở trẻ em.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em được chẩn đoán bệnh viêm da cơ địa đến khám và điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 6 năm 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trẻ được chẩn đoán viêm da cơ địa theo Hanifin và Raika năm 1980 [3].
- Bố mẹ/người giám hộ và/hoặc trẻ tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ VDCĐ có các bệnh lý da khác kèm theo.
- Trẻ VDCĐ có các bệnh lý khác gây tăng IgE huyết thanh như suy giảm miễn dịch bẩm sinh, bệnh ác tính.
- Trẻ có bệnh lý nặng khác cần điều trị.

Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu: Các trẻ viêm da cơ địa được khai thác thông tin chung, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng và đánh giá mức độ nặng của bệnh theo thang điểm của Rajka và Langeland năm 1989 chia 3 mức độ như sau: nhẹ: 3-4 điểm; trung bình: 4,5-7,5 điểm; nặng: 8-9 điểm [4]. Trẻ được lấy máu làm xét nghiệm định lượng nồng độ IgE toàn phần theo phương pháp miễn dịch gắn enzyme (Enzyme - Linked Immunosorbent Assay – ELISA).

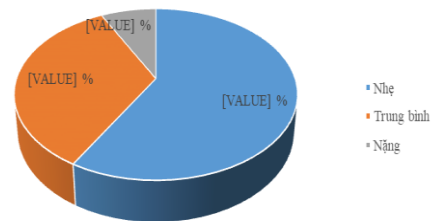
Xử lý số liệu: Phân tích và xử lý số liệu theo

thuật toán thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội.

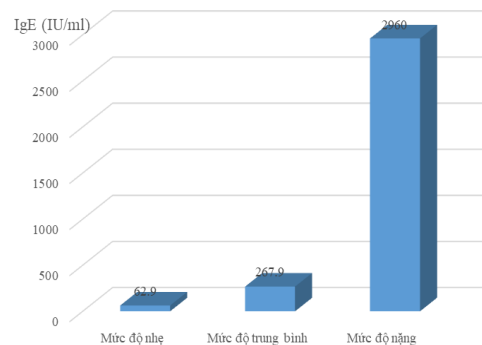
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có 120 trẻ VDCĐ đến khám và điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương, đủ tiêu chuẩn được lựa chọn mời tham gia nghiên cứu.



Biểu đồ 1. Phân bố mức độ bệnh

Nhận xét: Trẻ viêm da cơ địa mức độ bệnh nhẹ chiếm nhiều nhất (58,3%), sau đó là mức độ trung bình chiếm 34,2%. Mức độ nặng có tỷ lệ ít nhất 7,5%.



Biểu đồ 2. Nồng độ IgE toàn phần theo mức độ bệnh

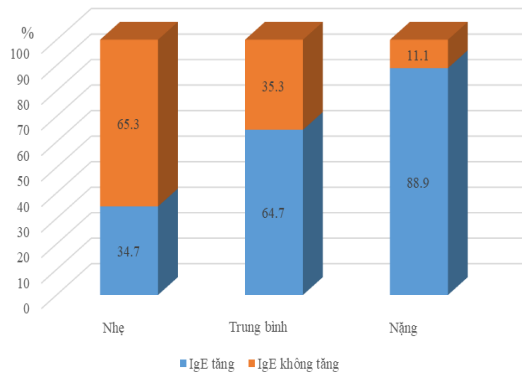
Nhận xét: Nồng độ IgE toàn phần tăng tương ứng với mức độ bệnh từ nhẹ đến nặng, lần lượt là 62,9 IU/ml; 267,9 IU/ml; 2960 IU/ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0001$.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi trung vị (tuổi)		1
Nhóm tuổi n (%)	< 2 tuổi	78 (65)
	≥ 2 tuổi	42 (35)
Giới n (%)	Nam	80 (66,7)
	Nữ	40 (33,3)
Tiền sử đẻ non n (%)		11 (9,2)

Tiền sử đủ tháng n (%)		109 (90,8)
Hình thức sinh n (%)	Sinh mổ	59 (49,2)
	Sinh thường	61 (50,8)
Tiền sử bệnh dị ứng n (%)	Bản thân	53 (44,2)
	Gia đình	79 (65,8)

Nhận xét: Tuổi trung vị của trẻ trong nghiên cứu là 1 tuổi. Nhóm dưới 2 tuổi gặp nhiều hơn, chiếm tỷ lệ 65%. Tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Tỷ lệ trẻ sinh mổ là 49,2%.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ tăng IgE theo mức độ nặng viêm da cơ địa

Nhận xét: Tỷ lệ có IgE tăng tăng dần theo mức độ nặng của bệnh, lần lượt là VDCĐ nhẹ 34,7%; trung bình 64,7% và nặng 88,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian 1 năm, có 120 bệnh nhân VDCĐ đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu. Tuổi trung vị tại thời điểm nghiên cứu là 1 tuổi. Trẻ em mắc bệnh VDCĐ dưới 2 tuổi chiếm tỷ lệ 65%. Kết quả này khác với nghiên cứu của Nguyễn Duy Hưng, trong đó nhóm trẻ 2-12 tuổi chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 46,7% so với nhóm dưới 2 tuổi là 40% và trên 12 tuổi là 13,3% [5]. Điều này có thể do cỡ mẫu, địa điểm nghiên cứu khác nhau cũng như hiện nay khả năng chuẩn đoán VDCĐ sớm hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ nam gặp nhiều hơn trẻ nữ với tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Duy Hưng với tỷ lệ nam/nữ là 1,7 [5].

Đa số trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi có tiền sử đẻ đủ tháng, chỉ có 9,2% trẻ đẻ non. Sự khác biệt này có thể giải thích do trẻ đẻ non có sự giảm sản xuất các kháng thể đặc hiệu với protein sữa bò trong 6 tháng đầu; người ta thấy sự hấp thu kháng nguyên protein nguyên vẹn ở trẻ dưới 33 tuần thai có thể lớn gấp 100 lần so với trẻ đủ tháng do sự chưa trưởng thành của hệ bạch huyết và tiêu hóa thời kỳ sơ sinh và việc

hấp thu một lượng lớn kháng nguyên dẫn đến khả năng dung nạp hơn là miễn cảm. Theo nghiên cứu phân tích gộp của Zhu và cộng sự, trẻ đẻ rất non giảm nguy cơ mắc VDCĐ [6].

Tỷ lệ sinh mổ và sinh thường của trẻ VDCĐ là tương đương nhau. Ở trẻ sinh thường có tăng nồng độ cortisol, interleukin-8 và E-selectin, giúp hoạt hóa và phân phối lại tế bào của hệ miễn dịch, chuẩn bị cho da và niêm mạc tiếp xúc với hệ vi sinh vật bên ngoài, góp phần vào sự trưởng thành hệ miễn dịch. Ngoài ra, trẻ sinh thường có cơ hội tiếp xúc với vi khuẩn ở da, niêm mạc, hệ tiêu hóa và âm đạo của người mẹ; tạo điều kiện cho sự trưởng thành sớm của hệ miễn dịch và do đó có thể bảo vệ trẻ chống lại các bệnh dị ứng. Tuy nhiên, một nghiên cứu phân tích gộp của Mihaela và cộng sự đã chỉ ra rằng không có mối liên quan giữa sinh mổ và VDCĐ [7].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ dị ứng bản thân và gia đình trẻ lần lượt là 44,2% và 65,8%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Duy Hưng nhưng tương đương kết quả nghiên cứu của Hanifin và Rajka [5].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy trẻ VDCĐ mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 58,3%, mức độ trung bình chiếm 34,2% và mức độ nặng chỉ có 7,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu trên đối tượng trẻ em của Trịnh Thị Linh và cộng sự. Tác giả này ghi nhận có 37,78% bệnh nhân VDCĐ mức độ nhẹ, 50% mức độ trung bình và 12,22% bệnh nhân mức độ nặng [8]. Ngoài ra, chúng tôi còn thấy nồng độ IgE toàn phần trung bình tăng tương ứng với mức độ nặng của bệnh. Điều này cho thấy mức độ bệnh càng nặng, nồng độ IgE toàn phần càng cao và tỷ lệ IgE tăng càng nhiều. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu phân tích gộp của Flohr và cộng sự thấy rằng mức độ nặng của VDCĐ có liên quan với nồng độ IgE toàn phần trong 7 trên 8 nghiên cứu về vấn đề này, đồng thời nghiên cứu cũng chỉ ra rằng bệnh nhân VDCĐ có yếu tố cơ địa có tiền lượng lâu dài xấu hơn [2]. VDCĐ thường có nồng độ IgE toàn phần trong huyết thanh tăng và đây cũng là một tiêu chuẩn trong các tiêu chuẩn chẩn đoán VDCĐ. Như vậy, định lượng nồng độ IgE toàn phần ngoài vai trò trong chẩn đoán, nó còn có vai trò quan trọng trong tiên lượng mức độ nặng của VDCĐ.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ IgE toàn phần là chỉ số cận lâm sàng có vai trò quan trọng trong tiên lượng mức độ

nặng của bệnh, nồng độ càng cao trẻ càng có nguy cơ mắc VDCĐ nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Thu Hiền (2016)**. Cơ chế bệnh sinh và chẩn đoán viêm da cơ địa. <https://dalieu.vn/co-che-benh-sinh-va-chan-doan-viem-da-co-dia/>.
2. **Flohr C., Johansson S.G.O., Wahlgren C. - F., et al (2004)**. How atopic is atopic dermatitis?. *J Allergy Clin Immunol.* 114(1), 150-158.
3. **Hanifin JM, Rajka G (1980)**. Diagnostic feature of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl.* 92, 44-47.
4. **Rajka G, Langeland T (1989)**. Grading of the severity of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl.* 144, 13-14.
5. **Nguyễn Duy Hưng (2012)**. Đặc điểm lâm sàng

của viêm da cơ địa ở trẻ em đến khám tại Bệnh viện Da Liễu Hà Nội. *Tạp chí nghiên cứu khoa học.* 384-390.

6. **Zhu T., Zhao J., Qu Y., et al (2018)**. Association of very preterm birth with decreased risk of eczema: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 78(6), 1142-1148.e8.
7. **Mihaela Panduru, Nicolae M. Panduru, Daniela A. Ion (2012)**. Caesarian section delivery and atopic dermatitis-meta-analysis of observational studies. *Gineco.eu Journal.* 8 (30), 196-198.
8. **Trịnh Thị Linh, Đặng Văn Em (2018)**. Nghiên cứu thay đổi nồng độ kẽm trong máu của bệnh nhân viêm da cơ địa trẻ em tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. *Trường Đại học Y Hà Nội.*

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM TRÍ TUỆ CỦA TRẺ CÓ RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý

Nguyễn Phương Hồng Ngọc¹, Nguyễn Minh Phương²,
Nguyễn Thị Quý³, Trần Thiện Thắng², Hoàng Dương⁴

TÓM TẮT

Tổng quan: Rối loạn tăng động giảm chú ý là một rối loạn phát triển thần kinh phổ biến. Trẻ bị tăng động giảm chú ý có thể gặp khó khăn trong việc chú ý, kiểm soát các hành vi bốc đồng, hoặc hoạt động quá mức. Việc tìm hiểu đặc điểm trí tuệ của trẻ tăng động giảm chú ý giúp xây dựng kế hoạch điều trị, tư vấn phù hợp hơn cho trẻ. **Mục tiêu:** Tìm hiểu đặc điểm trí tuệ của trẻ có rối loạn tăng động giảm chú ý tại bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội và bệnh viện Nhi Đồng 1, thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang 102 trẻ được chẩn đoán tăng động giảm chú ý bằng tiêu chuẩn DSM-IV. **Kết quả:** Đánh giá 102 trẻ tăng động giảm chú ý từ 06 đến 11 tuổi cho thấy các chỉ số trí nhớ làm việc, tư duy tri giác, tư duy ngôn ngữ, tốc độ xử lý của đa số trẻ tăng động giảm chú ý dao động trong khoảng từ cực kỳ thấp đến trung bình. Trong các chỉ số trí tuệ được đánh giá, trẻ có điểm số thấp nhất ở trí nhớ làm việc. Nhìn chung, ít trẻ có điểm cao ở các chỉ số, chẳng hạn như trong mẫu nghiên cứu này, chỉ có 2% trẻ có chỉ số tư duy ngôn ngữ ở mức trung bình cao, 9,9% trẻ có chỉ số tư duy tri giác ở mức trung bình cao đến rất cao, 1,0% trẻ có mức độ trung bình cao ở chỉ số tốc độ xử lý và

không quan sát thấy mức độ trung bình cao trở lên ở chỉ số trí nhớ làm việc. **Kết luận:** Chỉ số trí nhớ làm việc, tư duy tri giác, tư duy ngôn ngữ, tốc độ xử lý của đa số trẻ tăng động giảm chú ý dao động trong khoảng từ rất thấp đến trung bình.

Từ khóa: trí tuệ, rối loạn tăng động giảm chú ý, trẻ em

SUMMARY

INTELLECTUAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICITHYPERACTIVITY DISORDER

Background: Attention deficit hyperactivity disorder is one of the most common neurodevelopmental disorders of childhood. Children with ADHD may have trouble paying attention, controlling impulsive behaviors, or be overly active. Determining intellectual characteristics of children with attention deficit hyperactivity disorder will help to develop more appropriate treatment and counseling plans for children. **Objective:** To determine the intellectual characteristics of children with attention deficit hyperactivity disorder at the Viet Nam National Hospital Of Pediatrics, Hanoi and Children Hospital No.1, Ho Chi Minh City. **Materials and methods:** A cross-sectional survey is conducted among 102 children who were diagnosed ADHD disorders by DSM-IV standards. **Results:** Screening on 102 children with ADHD from 06 to 11 years old showed that four index scores (i.e., verbal comprehension, perceptual organization, working memory, processing speed) range from extremely low to moderate level. Children had the lowest score in working memory index. In general, few children had a high index, such as in this sample, only 2% had a high average level at verbal comprehension index, 9,9% had average to

¹Trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Nhi trung ương, Hà Nội

⁴Bệnh Viện Nhi Đồng 1, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Phương

Email: nmphuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020

Ngày duyệt bài: 20.11.2020

very high level at perceptual organization index, 1,0% had a high average level at processing speed index and did not observe average high or higher level in the working memory index. **Conclusions:** The four index scores (i.e., verbal comprehension, perceptual organization, working memory, processing speed) range from extremely low to moderate level.

Key words: intelligence, attention deficit hyperactivity disorder, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tăng động giảm chú ý là một rối loạn phát triển thần kinh, đặc trưng bởi khả năng tập trung chú ý kém, hoạt động quá mức, và xung động [1]. Theo Viện sức khỏe tâm thần quốc gia của Mỹ, rối loạn tăng động giảm chú ý là một trong những rối loạn phổ biến nhất ở trẻ em và có thể tiếp diễn trong quá trình trưởng thành và đến cả tuổi trưởng thành. Rối loạn tăng động giảm chú ý ảnh hưởng đến 9,0% trẻ em Mỹ độ tuổi từ 13 - 18 tuổi. Tại Việt Nam, mặc dù vẫn chưa có con số thống kê cụ thể về tỷ lệ trẻ tăng động giảm chú ý trên cả nước, nhưng một số nghiên cứu đã đưa ra con số khá cao, nghiên cứu trên 400 học sinh của Nguyễn Thị Thu Hiền (2012) thì có 6,3% số khách thể đó có rối loạn tăng động giảm chú ý. Một nghiên cứu khác của Nguyễn Thị Minh Hằng và cộng sự (2012) trên 948 học sinh tiểu học cho thấy kết quả sàng lọc là 44 em (chiếm 4,6%) có rối loạn tăng động giảm chú ý [1], [2].

Rối loạn tăng động giảm chú ý ảnh hưởng rất lớn đến các hoạt động cá nhân, trường học, gia đình và xã hội của trẻ. Nghiên cứu cho thấy có 25% - 35% trẻ tăng động giảm chú ý sẽ có một vấn đề học tập hoặc ngôn ngữ cùng tồn tại. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hằng và cộng sự (2012), trẻ tăng động giảm chú ý gặp nhiều khó khăn học đường, trong đó khó khăn lớn nhất là thích nghi với hoạt động học tập [2]. Theo báo cáo của Touzin và cộng sự (1997) thì trẻ tăng động giảm chú ý có nguy cơ thất bại trường học gấp 2-3 lần so với những trẻ cùng lứa tuổi, và 50% trẻ tăng động giảm chú ý gặp thất bại ở trường học và nó kéo dài đến tuổi trưởng thành. Có thể thấy, đây là nhóm trẻ cần được quan tâm phát hiện và có kế hoạch điều trị, can thiệp sớm và rõ ràng.

Đánh giá trí tuệ là một phần vô cùng hữu ích trong việc tìm ra những điểm mạnh cũng như hạn chế về mặt nhận thức, trí tuệ, giúp ích cho việc xây dựng các kế hoạch điều trị, can thiệp, đồng thời đó cũng là một trong những cơ sở để đánh giá hiệu quả của điều trị cho trẻ. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu về đặc điểm trí tuệ của trẻ tăng động giảm chú ý đã được thực hiện.

Nghiên cứu cho thấy trẻ tăng động giảm chú ý có điểm thấp ở trí nhớ làm việc [9], điểm thấp ở tốc độ xử lý [7]. Những kết quả này đã góp phần lý giải cho khả năng học tập của trẻ, vì tốc độ xử lý và trí nhớ là những khía cạnh quan trọng trong việc đạt được các thành tích học tập, chẳng hạn như tốc độ xử lý kém có thể làm giảm khả năng đọc trôi chảy, trí nhớ làm việc kém có thể ảnh hưởng đến việc đọc, làm toán, [8]. Do đó, nhóm chúng tôi đề xuất "*nghiên cứu một số đặc điểm trí tuệ của trẻ có rối loạn tăng động giảm chú ý*" nhằm mục tiêu đánh giá đặc điểm trí tuệ của nhóm trẻ có rối loạn này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

a. Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ đã được chẩn đoán có rối loạn tăng động giảm chú ý (thông qua kết quả từ thang đo ADHD Vanderbilt dành cho cha mẹ và giáo viên đánh giá trẻ có rối loạn tăng động giảm chú ý trong hai môi trường là ở nhà và ở trường, kết hợp với phỏng vấn, quan sát lâm sàng từ chuyên viên tâm lý và bác sĩ tâm thần) và được đánh giá bằng trắc nghiệm trí tuệ WISC-IV.

b. Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ có các rối loạn phát triển khác; Trẻ có các khuyết tật (bệnh lý ở hệ hay cơ quan của cơ thể: Thị giác quan (khiếm thính, khiếm thị), Thần kinh, vận động (khiếm khuyết vận động); Trẻ hiện đang có bệnh cơ thể nặng; Gia đình hoặc người giám hộ, trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Có 102 trẻ lứa tuổi tiểu học (6-11 tuổi) được gia đình đưa đến bệnh viện Nhi trung ương Hà Nội và bệnh viện Nhi Đồng 1, thành phố Hồ Chí Minh đã tham gia nghiên cứu này.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:** 102 trẻ

- **Phương pháp chọn mẫu:** Trẻ đã được chọn mẫu thuận tiện tại bệnh viện Nhi Trung ương Hà Nội và bệnh viện Nhi Đồng 1, thành phố Hồ Chí Minh.

- **Nội dung nghiên cứu:** mức độ tăng động, mức độ giảm chú ý (qua đánh giá của phụ huynh và giáo viên), chỉ số hiểu lời, tư duy tri giác, tốc độ xử lý và trí nhớ làm việc (qua đánh giá trẻ)

- **Công cụ nghiên cứu:**

+ Thang đánh giá ADHD Vanderbilt (phiên bản dành cho cha mẹ và phiên bản dành cho giáo viên): Thang đo được thiết kế dùng cho công tác đánh giá sàng lọc trẻ có nguy cơ có rối

loạn tăng động giảm chú ý do bệnh viện Vanderbilt thuộc Trung tâm phát triển trẻ em xây dựng với hai phiên bản dành cho cha mẹ và giáo viên. Thang đo được sử dụng cho trẻ từ 6 đến 12 tuổi với hai phiên bản. Cha mẹ và giáo viên là người trả lời các miêu tả triệu chứng bằng cách chấm điểm: 0, 1, 2, 3 tương ứng với bốn mức độ: không bao giờ, đôi khi, thường xuyên và rất thường xuyên cho các biểu hiện của trẻ xuất hiện ít nhất trong 6 tháng trở đi (tính từ thời điểm làm trắc nghiệm trở về trước). Thang đo là tập hợp các tiểu mục mô tả các biểu hiện cụ thể của triệu chứng tăng động giảm chú ý và một số của triệu chứng rối loạn hành vi, hay cảm xúc được thiết kế trên tiêu chí biểu hiện của triệu chứng rối loạn tăng động giảm chú ý do DSM-IV đưa ra.

+ Về trắc nghiệm trí tuệ WICS-IV: Trắc nghiệm này được sử dụng nhằm mục đích tìm hiểu năng lực trí tuệ của trẻ; các điểm mạnh và điểm yếu của trẻ từ 6 đến 16 tuổi; đo đặc IQ, các khía cạnh của trí tuệ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng trắc nghiệm WISC-IV đã được thích nghi và chuẩn hóa tại Việt Nam bởi Trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội, trắc nghiệm có độ tin cậy và độ hiệu lực [3], [4], [5]. Trắc nghiệm gồm có 10 tiểu trắc nghiệm, được chia thành 4 chỉ số là chỉ số hiểu lời, tư duy tri giác, tốc độ xử lý và trí nhớ làm việc.

- **Quy trình thu thập và xử lý dữ liệu:** Tuyển chọn các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ để đưa vào nghiên cứu. Mỗi bệnh nhân được thực hiện các bước sau: (1) Xin phép cha mẹ/ người bảo hộ của trẻ và trẻ về việc tham gia đánh giá và sử dụng dữ liệu đánh giá cho nghiên cứu (thư chấp thuận tham gia nghiên cứu), (2) Trẻ được khám lâm sàng, quan sát và phỏng vấn cha mẹ bởi bác

sĩ tâm thần và chuyên viên tâm lý, (3) Cha mẹ/ người giám hộ và giáo viên đánh giá các triệu chứng rối loạn tăng động giảm chú ý bằng thang đánh giá rối loạn tăng động giảm chú ý Vanderbilt, (4) Đánh giá trí tuệ bằng trắc nghiệm WICS- IV bởi chuyên viên tâm lý đã được đào tạo và có chứng chỉ hoàn thành khóa tập huấn thực hiện trắc nghiệm này tại trường Đại học Giáo dục, (5) Dữ liệu thu thập được qua hai trắc nghiệm được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 102 trẻ lứa tuổi tiểu học (6-11 tuổi) được gia đình đưa đến bệnh viện Nhi trung ương Hà Nội và bệnh viện Nhi Đồng 1, thành phố Hồ Chí Minh đã tham gia vào nghiên cứu này. Độ tuổi trung bình của các trẻ trong mẫu nghiên cứu là ($\bar{X}$ = 7,58; SD = 1,58), trong đó có 85 trẻ nam (chiếm 83,3% tổng số khách thể). 100% trẻ tham gia nghiên cứu có rối loạn tăng động giảm chú ý ở dạng kết hợp.

Thống kê dữ liệu đã thu được cho thấy ở trẻ có rối loạn tăng động giảm chú ý, điểm thấp nhất nằm ở chỉ số trí nhớ công việc ($\bar{X}$ = 74,36, DL = 11,34), tiếp theo cao hơn là chỉ số tư duy ngôn ngữ ($\bar{X}$ = 78,43; DL = 16,74), chỉ số tốc độ xử lý ($\bar{X}$ = 80,29, DL = 13,67), và cuối cùng cao nhất là chỉ số tư duy tri giác ($\bar{X}$ = 89,41; DL = 14,32).

Xem xét mối quan hệ giữa mức độ giảm chú ý, mức độ tăng động của trẻ do giáo viên và phụ huynh đánh giá với các chỉ số trí tuệ, kết quả cho thấy có tương quan nghịch ở mức độ trung bình ($r = -0,305^{**}$), tức là một số trẻ càng giảm chú ý (theo quan sát và đánh giá của giáo viên), thì có xu hướng có tốc độ xử lý càng chậm và ngược lại.

Bảng 1. Tương quan giữa kết quả đánh giá của giáo viên, phụ huynh và các chỉ số trí tuệ của trẻ

	Tư duy ngôn ngữ	Tư duy tri giác	Trí nhớ làm việc	Tốc độ xử lý
Mức độ giảm chú ý (Đánh giá của phụ huynh)	-0,045	-0,099	-0,042	-0,162
Mức độ tăng động/ xung động (Đánh giá của phụ huynh)	-0,044	-0,084	0,146	0,037
Mức độ giảm chú ý (Đánh giá của giáo viên)	0,017	-0,096	-0,052	-0,305**
Mức độ tăng động/ xung động (Đánh giá của giáo viên)	0,080	-0,032	0,135	0,110

3.1. Đặc điểm tư duy ngôn ngữ của trẻ tăng động giảm chú ý

Trong mẫu này, 48,0% trẻ tăng động giảm chú ý có năng lực ở chỉ số tư duy ngôn ngữ chỉ đạt ở rất thấp và mức ranh giới chậm phát triển.

Điểm số cao về tư duy ngôn ngữ chỉ có 2 trẻ, chiếm 2,0% tổng số khách thể. Trẻ tăng động giảm chú ý có tư duy ngôn ngữ ở mức rất thấp chiếm tỷ lệ cao nhất (31 trẻ, chiếm 30,4%). Điều này cho thấy cứ 10 trẻ tăng động giảm chú ý, thì

có khoảng 3 trẻ chậm phát triển về mặt tư duy ngôn ngữ.

Bảng 2. Mức độ điểm số về tư duy ngôn ngữ của trẻ tăng động giảm chú ý

Mức độ	Số lượng (trẻ)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Rất thấp	31	30,4
Ranh giới	18	17,6
Trung bình thấp	24	23,5
Trung bình	27	26,5
Trung bình cao	2	2,0

3.2. Đặc điểm tư duy tri giác của trẻ tăng động giảm chú ý

Về tư duy tri giác, kết quả cho thấy chiếm tỷ lệ lớn trẻ có mức độ tư duy tri giác ở mức trung bình yếu (49 trẻ, chiếm 48,0% tổng số khách thể) cho đến trung bình (có 33 trẻ, chiếm 32,4%). Số lượng trẻ chậm về tư duy tri giác chiếm 9,8%, tức là cứ 10 trẻ tăng động giảm chú ý thì có khoảng 1 trẻ gặp khó khăn về mặt tư duy tri giác.

Bảng 3. Mức độ điểm số về tư duy tri giác của trẻ tăng động giảm chú ý

Mức độ	Số lượng (trẻ)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Rất thấp	10	9,8
Ranh giới	17	16,7
Trung bình thấp	32	31,4
Trung bình	33	32,4
Trung bình cao	7	6,9
Cao	2	2,0
Rất cao	1	1,0

3.3. Đặc điểm trí nhớ làm việc của trẻ tăng động giảm chú ý

Như đã trình bày ở trên, đây là chỉ số yếu nhất ở trẻ tăng động giảm chú ý đặt trong so sánh với các chỉ số trí tuệ khác. Tỷ lệ trẻ chậm phát triển ở chỉ số này tương đương với chỉ số tư duy ngôn ngữ (có 31 trẻ, chiếm 30,4%). Tuy nhiên, điểm số ở chỉ số này của trẻ chỉ dao động trong khoảng từ rất thấp đến mức độ trung bình. Không quan sát thấy điểm số ở mức cao.

Bảng 4. Mức độ điểm số về trí nhớ công việc của trẻ tăng động giảm chú ý

Mức độ	Số lượng (trẻ)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Rất thấp	31	30,4
Ranh giới	43	42,2
Trung bình thấp	18	17,6
Trung bình	10	9,8

3.4. Đặc điểm tốc độ xử lý của trẻ tăng động giảm chú ý

Trong mẫu này, hầu hết trẻ tăng động giảm chú ý có tốc độ xử lý ở mức dưới trung bình. Trẻ

tăng động giảm chú ý có chỉ số tốc độ xử lý ở mức chậm phát triển (rất thấp chiếm tỷ lệ 23,5% và trẻ có chỉ số này ở mức ranh giới có 23 trẻ (chiếm 22,5%)).

Bảng 5. Mức độ điểm số về tốc độ xử lý của trẻ tăng động giảm chú ý

Mức độ	Số lượng (trẻ)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Rất thấp	24	23,5
Ranh giới	23	22,5
Trung bình thấp	28	27,5
Trung bình	26	25,5
Trung bình cao	1	1,0

IV. BÀN LUẬN

Nhìn chung, trong mẫu nghiên cứu này, chỉ có 2% trẻ có chỉ số tư duy ngôn ngữ ở mức trung bình cao, 9,9% trẻ có chỉ số tư duy tri giác ở mức trung bình cao đến rất cao, 1,0% trẻ có mức độ trung bình cao ở chỉ số tốc độ xử lý và không quan sát thấy mức độ trung bình cao trở lên ở chỉ số trí nhớ làm việc.

Trong các chỉ số trí tuệ được đánh giá, trẻ tăng động giảm chú ý có điểm số thấp nhất ở trí nhớ làm việc. Kết quả này tương đồng với kết quả của nghiên cứu trước đây của Martinussen và cộng sự (2005)[9], Willcutt và cộng sự (2005), nghiên cứu cho thấy trẻ cũng có điểm thấp ở tốc độ xử lý tương đồng với nghiên cứu của Calhoun & Mayes (2005) [7], Mayes & Calhoun (2006).

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu này là một phần nhỏ đóng góp vào bức tranh chung của các nghiên cứu về rối loạn tăng động giảm chú ý ở Việt Nam. Những kết quả nghiên cứu trên đã cho thấy phần nào những điểm khó khăn về mặt nhận thức của trẻ tăng động giảm chú ý. Kết quả nghiên cứu cho thấy các chỉ số trí nhớ làm việc, tư duy tri giác, tư duy ngôn ngữ, tốc độ xử lý của đa số trẻ tăng động giảm chú ý dao động trong khoảng từ rất thấp đến trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Hiền (2012), Nghiên cứu tỉ lệ học sinh tiểu học có rối loạn tăng động giảm chú ý tại quận Ba Đình Hà Nội. Luận văn thạc sỹ tâm lý học - Trường đại học giáo dục.
2. Nguyễn Thị Minh Hằng, Hoàng Thị Nam Phương (2012), Khó khăn học đường của học sinh đầu tiểu học có rối loạn tăng động giảm chú ý, Tạp chí Tâm lý học, số 4 (157), tháng 4/2012.
3. Nguyễn Thị Mỹ Lộc, Đặng Hoàng Minh, Bùi Thị Thúy Hằng, Trần Thành Nam, Trần Văn Công, Nguyễn Cao Minh (2011), Phương pháp và quy trình thích nghi trắc nghiệm tâm lý nước ngoài vào

- Việt Nam: Một số kinh nghiệm rút ra từ việc thích nghi các trắc nghiệm WISC-IV, WAIS, NEO, CPAI, Kỹ yếu hội thảo Tâm lý học đường lần thứ III.
4. **Trần Thành Nam (2014a)**, Nghiên cứu tương quan giữa điểm số trí tuệ đo bằng trắc nghiệm WISC-IV phiên bản Việt và thành tích học tập của học sinh lớp 8. Tạp chí Tâm lý học, số tháng 2/2014.
 5. **Trần Thành Nam (2014b)**, So sánh kết quả trắc nghiệm WISC-IV và Raven màu trên bệnh nhi tới khám và điều trị tại khoa Tâm thần trẻ em – Bệnh viện tâm thần Đà Nẵng. Tạp chí Tâm lý học, số tháng 4/2014.
 6. **American Psychiatric Association. (2013)**. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
 7. **Calhoun, S. L., & Mayes, S. D. (2005)**. Processing speed in children with clinical disorders. *Psychology in the Schools*, 42(4), 333-343.
 8. **Jacobson, L. A., Ryan, M., Martin, R. B., Ewen, J., Mostofsky, S. H., Denckla, M. B., & Mahone, E. M. (2011)**. Working memory influences processing speed and reading fluency in ADHD. *Child Neuropsychology*, 17(3), 209-224.
 9. **Martinussen, R., Hayden, J., Hogg-Johnson, S., & Tannock, R. (2005)**. A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(4), 377-384.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TÁI TẠO XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG VẬT XƯƠNG VI MÁC VI PHẪU ÁP DỤNG CÔNG NGHỆ IN 3D

Nguyễn Tiến Sơn¹, Phạm Dương Châu¹,
Nguyễn Ngọc Khánh², Nguyễn Hữu Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả tạo hình khuyết hổng xương hàm dưới của bệnh nhân tại Bệnh viện Răng Hàm mặt Trung Ương HN áp dụng công nghệ in 3D. **Phương pháp:** Nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng không đối chứng trên 48 bệnh nhân khuyết xương hàm dưới từ tháng 6/2019 đến tháng 6/2020. **Kết quả nghiên cứu:** Kết quả phẫu thuật sau 48 giờ 100% vật sống và tình trạng vết mổ nơi lấy vật tốt. Kết quả sau phẫu thuật sau 3 tháng trên 40 bệnh nhân: 90% trường hợp khám thấy ổ liên kết xương bền vững; 92,5% trường hợp không đau khi ăn nhai, há ngậm miệng. Về kết quả phẫu thuật sau 6 tháng của 30 bệnh nhân; 96,7% bệnh nhân ổ liên kết xương bền vững; 96,7% trường hợp không đau khi ăn nhai, há ngậm miệng. Kết quả tạo hình sau 6 tháng: kết quả tạo hình tốt là 90%.

Từ khóa: Kết quả điều trị, tái tạo xương hàm dưới, vật xương vi mac, 3D.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULT OF MANDIBULAR RECONSTRUCTION PATIENTS WITH BONY FREE FLAPS IN 3D PRINTED MODELS

Objective: To evaluate the treatment results of the patient's mandibular reconstruction were defected at the Central Hospital of Dentistry. **Methods:** The

study was conducted on 48 patients with mandibular reconstruction detected from June 2019 to June 2020. **Results:** The results of treatment after 48 hours: 100% was the percentage of patients have the condition of the flap and the incision in the place was good. Regarding the results after 3 months of 40 patients, 90% of patients had a stable bone connective drive. Functional examination results after 3 months; 92.5% had a painless condition. In terms of the results after 6 months of 30 patients; 96.7% of patients with bone connective drive were stable. The results of functional after 6 months had 96.7% of patients without pain. The result of shaping after 6 months was 90% good.

Key words: Results of treatment, mandibular construction, 3D printed model.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xương hàm dưới được coi là khung đỡ của phức hợp chức năng miệng, họng và hình dáng khuôn mặt[1]. Việc phẫu thuật tạo hình lại xương hàm dưới giúp khôi phục tối đa các chức năng nhai, nói, nuốt, tiết nước bọt và đảm bảo cả yếu tố thẩm mỹ cho bệnh nhân. Tạo hình khuyết hổng lớn xương hàm dưới do nhiều nguyên nhân là một kỹ thuật phức tạp [2].

Hiện nay công nghệ in 3D được áp dụng ngày càng phổ biến vào phẫu thuật hàm mặt, giúp đơn giản hoá những trường hợp phẫu thuật được cho là phức tạp, cho kết quả phẫu thuật chính xác hơn, giảm thời gian phẫu thuật và cuối cùng thu được kết quả cải thiện tốt cấu trúc và chức năng của xương hàm [3]. Phương pháp này đã được áp dụng tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ nhiều năm, tuy nhiên hiện nay ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu. Vì

¹Khoa Răng Hàm Mặt trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

²Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Trường Đại học Y HN.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Sơn

Email: nguyentien1991@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2020

Ngày duyệt bài: 16.11.2020

vậy, nghiên cứu nhằm đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật tái tạo xương hàm dưới bằng vật xương mắc vi phẫu áp dụng công nghệ in 3D.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được khám, chẩn đoán, điều trị phẫu thuật cắt đoạn và tái tạo xương hàm dưới bằng vật xương mắc có nối mạch vi phẫu tại khoa Phẫu thuật và tạo hình Hàm mặt, Từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2019. Loại trừ: Bệnh tái phát, Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, địa chỉ: 40 Tràng Thi, Hàng Bông, Hoàn Kiếm, Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng không đối chứng 6/2019 đến tháng 6/2020

2.3.2. Cỡ mẫu đối với nghiên cứu định lượng: Toàn bộ 48 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn được lựa chọn và nghiên cứu

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện

2.3.4. Công cụ thu thập số liệu: Nghiên cứu dựa trên thông tin hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. Các biến số về bốn phần chính: thông tin chung của bệnh nhân, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, kết quả điều trị sau 48 giờ, 3 tháng và 6 tháng.

2.2.8. Phân tích số liệu: Làm sạch và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26. Sử dụng thống kê mô tả để mô tả tỷ lệ, giá trị trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p-value < 0,05.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều được giải thích rõ ràng mục đích, nội dung và bộ câu hỏi nghiên cứu, tự nguyện tham gia, thông tin được bảo mật, kết quả chỉ nhằm mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của bệnh nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong 48 bệnh nhân, tuổi trung bình của bệnh nhân là $39,6 \pm 13,7$; 66,7% bệnh nhân có u lành tính. 54,2% bệnh nhân khuyết hồng xương hàm dưới vị trí cạnh ngang. Về kích thước tổn thương, kích thước từ 6 đến 12 cm chiếm tỷ lệ 66,7%. Kích thước tổn thương trung bình là $11,6 \pm 5,8$ cm.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả điều trị sau 48 giờ

Sau mổ kết quả thông mạch 100%, để tạo hình xương mắc sử dụng kỹ thuật cắt hình chêm, 100% vật xương mắc kèm vật monitor. 100%

bệnh nhân có tình trạng vật sống sau 48h và tình trạng vết mổ nơi vật sau 48h là 100% tốt.

3.2.2. Kết quả điều trị sau 3 tháng và 6 tháng

3.2.2.1. Kết quả liền xương sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng

Bảng 1. Kết quả kiểm tra liền xương trên lâm sàng sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng

Nội dung	3 tháng		6 tháng		p-value
	N	%	N	%	
Ổ liền kết xương bền vững	36	90	29	66,7	0,00
Di động bất thường	4	10	1	33,3	

Kết quả cho thấy, sau 3 tháng, tổng số bệnh nhân là 40 về tình trạng liền xương có ổ liền kết bền vững là 90%. Sau 6 tháng, tổng số bệnh nhân là 40 về tình trạng liền xương có ổ liền kết bền vững là 90% Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.2.2.2. Kết quả về sự liền xương trên phim panorama sau phẫu thuật 3 tháng, 6 tháng (n=48).

Sau 3 tháng 100% ổ kết xương mắc – mắc vẫn thấy đường cắt trên phim panorama, 100% ổ kết xương mắc – xương hàm dưới thấy đường cắt trên phim panorama. Sau 6 tháng, 100% vẫn thấy đường cắt tại ổ lk mắc - xhđ. 14,6% bệnh nhân có đường cắt ở ổ liền kết xương mắc – mắc.

Bảng 4. Kết quả về chức năng sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng

Nội dung	3 tháng		6 tháng		p-value
	N	%	N	%	
Đau	3	7,5	1	3,3	0,00
Không đau	37	92,5	29	96,7	

Kết quả cho thấy, sau 3 tháng, tổng số bệnh nhân khám lại sau mổ là 40, 92,5% bệnh nhân không đau khi ăn nhai, há ngậm miệng, kết quả sau 6 tháng là 30 bệnh nhân và 96,7% thực hiện chức năng ăn nhai tốt, không đau. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.2.3. Kết quả về độ lệch góc hàm, độ dài cạnh ngang của xương hàm dưới và kết quả tạo hình sau phẫu thuật 6 tháng

3.2.3.1. Kết quả độ lệch góc hàm, độ dài cạnh ngang của xương hàm dưới

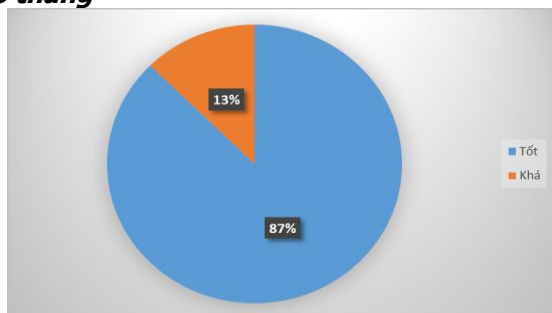
Bảng 5. Điểm trung bình về độ lệch góc hàm và độ dài cạnh ngang xương hàm dưới ở 2 bên góc hàm sau tạo hình 6 tháng (n=30)

Nội dung	N	ĐTB $\pm$ ĐLC
Độ lệch giữa 2 góc	30	$4,3 \pm 1,7$

hàm (độ)		
Chênh lệch độ dài giữa cành ngang và xương hàm dưới (cm)	30	$0,9 \pm 0,4$

Kết quả sau 6 tháng ở 30 bệnh nhân, độ lệch giữa 2 góc hàm $4,3 \pm 1,7$ (độ), độ dài giữa cành ngang và xương hàm dưới $0,9 \pm 0,4$ (cm).

3.2.3.2. Kết quả tạo hình sau phẫu thuật 6 tháng



Biểu đồ 1. Tỷ lệ kết quả tạo hình sau phẫu thuật 6 tháng sau phẫu thuật 6 tháng (n=48)

87% bệnh nhân có kết quả tạo hình tốt sau phẫu thuật 6 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Nguyên nhân gây mất đoạn xương hàm dưới chủ yếu do u lành tính, kết quả của chúng tôi giống với kết quả của tác giả Nguyễn Quang Đức, 61,36% do u men [2]. Vị trí tổn thương trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là cành ngang XHD, nhiều trường hợp đi qua đường giữa; khác với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Đức đa số là vị trí cành cao. Điều này, có thể thấy sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân. Kích thước tổn thương trung bình là $11,6 \pm 5,8$ cm. Do vậy, kích thước và vị trí tổn thương không còn là vấn đề cân nhắc trong việc lựa chọn chỉ định vật xương mác tự do. Tỷ lệ sống của vật ghép sau 48 giờ là 100% cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Quang Đức. Việc này cho thấy việc áp dụng các kỹ thuật lâm sàng là phù hợp [2].

Kết quả liền xương của tác giả Nguyễn Quang Đức giống với nghiên cứu của chúng tôi, kết quả sau 6 tháng cao hơn 3 tháng. Điều này có thể giải thích do tình trạng phục hồi phụ thuộc nhiều vào thể trạng của các bệnh nhân và một số bệnh nhân bỏ cuộc trong nghiên cứu. Kết quả liền xương sau 6 tháng của chúng tôi là 96,6%, tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Đức (84,4%) [2]. Nghiên cứu của Jacek

cũng chỉ ra độ lệch góc hàm của bệnh nhân khi sử dụng công nghệ 3D là $7,3 \pm 9,1$, khi sử dụng phương pháp truyền thống là $10,0 \pm 12,5$. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với Jacek, độ lệch góc hàm là $4,3 \pm 1,7$. Độ ổn định của mỗi nới của nghiên cứu với phương pháp 3D là 100% còn đối với phương pháp truyền thống là 84%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự như vậy. Điều này, cho thấy được việc áp dụng công nghệ 3D làm phương tiện tạo hình trước là có hiệu quả [4]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng kết quả phẫu thuật tạo hình tốt sau 6 tháng là 90%, cao hơn với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Đức là 84,8%. Sự chênh lệch này có thể giải thích nhờ vào công nghệ in 3D lấy mẫu tổn thương trước phẫu thuật, giúp kết quả phẫu thuật chính xác hơn, kết quả khuôn mặt hài hòa hơn và thuận lợi hơn cho việc phục hình răng sau này [5].

V. KẾT LUẬN

Kết quả phẫu thuật sau 48 giờ 100% vật sống và tình trạng vết mổ nơi cho vật tốt. Kết quả phẫu thuật sau 3 tháng có 40 bệnh nhân, 90% bệnh nhân có ổ liền kết xương bền vững. Kết quả khám chức năng sau 3 tháng 92,5% có tình trạng không đau. Về kết quả điều trị sau 6 tháng, 96,7% bệnh nhân ổ liền kết xương bền vững. Kết quả chức năng sau 6 tháng có 96,7% bệnh nhân không đau. Kết quả tạo hình sau 6 tháng là 90% tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Reconstruction** of the mandible with osseous free flaps: a 10-year experience with 150 consecutive patients - PubMed. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10513911/>>, accessed: 09/10/2020.
2. **Nguyễn Quang Đức (2011)** Nghiên cứu sử dụng vật xương mác tự do có nối mạch nuôi trong tạo hình mất đoạn lớn xương hàm dưới. Luận án tiến sỹ y học, viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108, tr. 45-49.
3. **Kirke D.N., Owen R.P., Carrao V. và cộng sự. (2016).** Using 3D computer planning for complex reconstruction of mandibular defects. *Cancers Head Neck*, **1**.
4. **Jacek B., Maciej P., Tomasz P. và cộng sự. (2018).** 3D printed models in mandibular reconstruction with bony free flaps. *J Mater Sci Mater Med*, **29**(2).
5. **Goh B.T., Lee S., Tideman H. và cộng sự. (2008).** Mandibular reconstruction in adults: a review. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, **37**(7), 597-605.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH THÔNG TRƯỚC VỠ

Trần Trung Kiên*, Nguyễn Thế Hào*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật túi phình động mạch thông trước vỡ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả can thiệp lâm sàng không đối chứng 86 bệnh nhân túi phình mạch thông trước vỡ, được can thiệp phẫu thuật tại bệnh viện Bạch Mai, và theo dõi kết quả sau mổ, trong thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 03/2020. **Kết quả:** Thời gian bệnh nhân được chẩn đoán sớm trong vòng 24h chiếm tỷ lệ cao 53,5%. Kết quả thấy rằng mổ ít xâm lấn có hiệu quả: lượng máu mất trong mổ với đường mổ ít xâm lấn lượng máu mất là $209,4 \pm 53,0$ ml ít hơn các đường mổ khác đường mổ giải toả não $300 \pm 154,9$ ml, đường mổ trán thái dương là $304,2 \pm 77,1$ ml. Thời gian điều trị sau mổ trung bình là $11,7 \pm 5,9$ ngày, với mổ giải toả não là $16,2 \pm 7$ ngày, đường mổ trán thái dương là $11,8 \pm 6,6$ ngày, đường mổ ít xâm lấn là $10,9 \pm 4,2$ ngày, không có sự khác biệt với $p=0,1325$. Kết quả sau 2 năm điều trị: kết quả tốt (mRS 0,1,2) là 87,2%. **Kết luận:** Phẫu thuật xử lý vỡ phình động mạch thông trước là phương pháp hiệu quả, an toàn.

Từ khóa: phình mạch, động mạch thông trước, phẫu thuật

SUMMARY

EVALUATION RESULTS MICROSURGERY FOR RUPTURE ANTERIOR COMMUNICATING ARTERY (AcomA)

Objective: Evaluation of results in microsurgery for rupture AcomA aneurysm. **Method:** An uncontrolled clinical intervention study of 86 patients diagnosed with rupture AcomA aneurysm and surgery in Bach Mai Hospital 01/2018 to 03/2020. **Results:** 53,5% patients have diagnosed within 24h. Miniinvasive approach was effective: blood loss in surgery is $209,4 \pm 53,0$ ml less than other approach, decompression is $300 \pm 154,9$ ml and pterional approach is $304,2 \pm 77,1$ ml. The average postoperative treatment is $11,7 \pm 5,9$ days, for decompression is $16,2 \pm 7$ days, for pterional approach is $11,8 \pm 6,6$ days, for miniinvasive approach is $10,9 \pm 4,2$, no different with $p=0,1325$. Results after 2 years: good results (mRS 0,1,2) is 87,2%. **Conclusions:** Microsurgery for AcomA aneurysm rupture is an effective and safe method.

Keywords: Aneurysm, anterior communicating artery, surgery.

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Kiên

Email: trantrungkien300684@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2020

Ngày duyệt bài: 23.11.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch thông trước là loại phình mạch hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 30%-37% tất cả các loại phình mạch não [1]. Phình mạch thông trước hiện nay vẫn là dạng túi phình gây khó khăn cho cả phẫu thuật và can thiệp mạch.

Hiện nay, cùng sự phát triển vượt bậc của các kỹ thuật thăm khám hình ảnh mạch máu não như cắt lớp vi tính dựng hình mạch não, chụp cộng hưởng từ mạch não hay chụp mạch não số hóa xóa nền, sự tiến bộ về kỹ thuật siêu âm doppler xuyên sọ nên chẩn đoán túi phình (TP) mạch não ngày càng được phát hiện sớm hơn. Điều trị TP động mạch não trong trong sọ vẫn là một thách thức với các bác sĩ lâm sàng, cần phải phối hợp chặt chẽ các chuyên ngành hồi sức, gây mê, nội thần kinh để từ đó đưa ra chiến lược điều trị hợp lý nhất. Trong đó phẫu thuật loại bỏ hoàn toàn TP động mạch não khỏi vòng tuần hoàn đóng vai trò quan trọng nhằm giải quyết nguyên nhân, tránh biến chứng chảy máu tái phát, đồng thời giải quyết các biến chứng như chống co thắt mạch não, giãn não thất, khối máu tụ trong não [1,2,3,4,5].

Xuất phát từ thực tế mong muốn đánh giá toàn diện về bệnh cảnh vỡ túi phình động mạch thông trước, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật vỡ túi phình động mạch thông trước.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán là vỡ phình động mạch thông trước và được phẫu thuật tại khoa phẫu thuật Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội năm 2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu: + BN được chẩn đoán xác định vỡ TP động mạch thông trước.

+ BN hoặc người nhà đồng ý tham gia vào nhóm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

+ BN được chẩn đoán có TP vỡ nhưng tình trạng lâm sàng nặng

+ BN có bệnh lý suy tim, suy thận có chạy thận chu kỳ, rối loạn đông máu.

+ BN hoặc gia đình không đồng ý tham gia vào nhóm nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả can thiệp lâm

sàng không đối chứng.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tuổi, giới.
- Thời gian khởi phát bệnh.
- Phân độ lâm sàng khi vào viện: theo phân độ cầu hội phẫu thuật thần kinh thể giới (WFNS)

Bảng 2.1. Phân độ lâm sàng theo WFNS

Độ	Điểm Glasgow	Dấu hiệu thần kinh khu trú
I	15	Không
II	13- 14	Không
III	13- 14	Có
IV	7- 12	Có hoặc không
V	3- 6	Có hoặc không

Phân độ chảy máu dưới nhện theo phân loại Fisher:

Bảng 2.2: Phân độ của Fisher

Độ	Mô tả hình ảnh
1.	Không thấy CMDN
2.	CMDN có độ dày < 1mm
3.	CMDN có độ dày > 1mm
4.	Chảy máu nhiều, lan tỏa. máu tràn vào trong não hoặc vào não thất

- Phẫu thuật được thực hiện theo 3 phương pháp: phẫu thuật ít xâm lấn, phẫu thuật mở đường trán thái dương thường quy và mở nắp sọ giảm áp.

- Đánh giá lượng máu mất, thời gian phẫu thuật, khó khăn của từng phương pháp phẫu thuật.

- Đánh giá kết quả điều trị sau mổ và khám lại kiểm tra sau mổ. Tiêu chuẩn đánh giá theo Rankin sửa đổi

2.3. Phân tích số liệu theo phần mềm SPSS 16.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: đảm bảo theo đúng quy định về đạo đức trong nghiên cứu. Các vấn đề của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được tôn trọng và bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa hướng túi phình và phân độ Fisher

		Hướng túi phình								Tổng	
		Ra trước		Xuống dưới		Lên trên		Ra sau			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fisher	Độ1	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	1,2
	Độ 2	8	9,3	4	4,7	9	10,5	0	0,0	21	24,4
	Độ 3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Độ 4	16	18,6	20	23,3	22	25,6	6	6,9	64	74,4
Tổng		24	27,9	24	27,9	32	37,2	6	6,9	86	100

Nhận xét: Có 64/86 BN (74,4%) có Fisher 4, tỷ lệ cao nhất có các loại túi phình lên trên chiếm 25,6%, xuống dưới 23,3%, ra trước chiếm 18,6%, ngoài ra còn các dạng túi phình có

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Thời gian diễn biến của bệnh tại các thời điểm

Thời điểm Thời gian	Vào viện		Phẫu thuật	
	n	%	n	%
Trong 24 giờ	46	53,5	73	84,9
Từ 24 giờ - 72 giờ	20	23,3	5	5,8
Từ 72 giờ - 7 ngày	12	14	2	2,3
Sau 7 ngày	8	9,3	6	7

Nhận xét: Thời gian bệnh nhân được chẩn đoán sớm trong vòng 24h chiếm tỷ lệ cao 53,5%. So với nghiên cứu trước tỷ lệ phát hiện và đưa bệnh nhân đến tuyến chuyên khoa có khả năng điều trị can thiệp túi phình động mạch não vỡ được cải thiện đáng kể so với nghiên cứu của Đặng Việt Sơn số bệnh nhân đến viện trong 24h đầu chỉ chiếm 16,2% [6]. Tỷ lệ này có được do công tác khám chữa bệnh cơ sở được cải thiện, khái niệm vỡ túi phình động mạch não được cập nhật tại nhiều địa phương, chụp cắt lớp vi tính đã trở thành phương pháp chẩn đoán thường quy tại tuyến cơ sở. Thêm vào đó, nhiều bệnh viện đa khoa tuyến khu vực đã được trang bị chụp cắt lớp vi tính đa dãy (MSCT) có dựng hình động mạch não (CTA), giúp chẩn đoán bệnh, tiền lượng bệnh được chính xác và kịp thời hơn.

Bảng 3.3. Bảng phân độ lâm sàng theo WFNS

WFNS	Số BN	Tỉ lệ %
Độ 1	31	36
Độ 2	40	46,5
Độ 3	4	4,7
Độ 4	11	12,8
Tổng	86	100

Nhận xét: Theo phân loại của tổ chức phẫu thuật thần kinh thể giới WFNS tỷ lệ bệnh nhân mức độ nhẹ độ 1,2 chiếm đa số: độ 1 là 36%, độ 2 chiếm 46,5%, và độ 3 là 4,7% độ 4 là 12,8%.

Fisher 2: ra trước 9,3%, lên trên 10,5%, xuống dưới 4,7%.

Hình ảnh đa dạng của túi phình động mạch thông trước khiến các phẫu thuật viên cần đánh

giá tất cả khó khăn để lập kế hoạch can thiệp phù hợp. Đối với trường hợp túi phình nhỏ, thông thường túi phình sẽ tách biệt ra khỏi động mạch A2, việc đặt Clip sẽ dễ dàng hơn. Ngược lại, khi túi phình lớn, nhiều múi, nhiều thùy, hoặc túi phình lên trên, ra sau, các thành phần của phức hợp thông trước như động mạch A2 và các

nhánh xuyên sẽ khó khăn để bóc tách hơn, cổ túi phình bị che khuất bởi động mạch A2 cùng bên. Chúng tôi có thông tin về túi phình và toàn bộ phức hợp động mạch thông trước nhờ việc dựng hình 3D trên phim chụp MSCT, đây là ưu điểm lớn so với các phương pháp chẩn đoán khác.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa đường mổ và phẫu thuật

	Giải toả	Trán thái dương	Ít xâm lấn	Tổng	p
Lượng máu mất trong mổ	300 ± 154,9	304,2 ± 77,1	209,4 ± 53,0	268,6 ± 88,5	0,0001
Thời gian kẹp tạm thời A1 lúc phẫu thuật		3,9 ± 4,4	3,5 ± 4,5	3,5 ± 4,4	0,1151
Thời gian phẫu thuật	120 ± 0	114,3 ± 31,7	91,6 ± 26,4	105,2 ± 30,4	0,006
Thời gian điều trị sau mổ	16,2 ± 7	11,8 ± 6,6	10,9 ± 4,2	11,7 ± 5,9	0,1325
Tổng thời gian điều trị	17,3 ± 7,7	13,1 ± 6,7	12,1 ± 4,1	13 ± 6	0,14

- Kết quả thấy rằng mổ ít xâm lấn có hiệu quả: lượng máu mất trong mổ với đường mổ ít xâm lấn lượng máu mất là 209,4 ± 53,0 ml ít hơn các đường mổ khác đường mổ giải toả não 300 ± 154,9 ml, đường mổ trán thái dương là 304,2 ± 77,1 ml, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,0001. Thời gian kẹp tạm thời đường mổ ít xâm lấn là 3,5 ± 4,5 phút, sự khác biệt giữa các đường mổ là không có sự khác biệt với p=0,1151. Thời gian phẫu thuật ít xâm lấn là 91,6 ± 26,4 phút, khác biệt với các đường mổ khác: giải toả não 120 ± 7 phút, và trán thái dương là 114,3 ± 31,7 với p=0,006.

- Thời gian điều trị sau mổ trung bình là 11,7 ± 5,9 ngày, với mổ giải toả não là 16,2 ± 7 ngày, đường mổ trán thái dương là 11,8 ± 6,6 ngày, đường mổ ít xâm lấn là 10,9 ± 4,2 ngày, tuy nhiên sự khác biệt ngày điều trị sau mổ giữa các BN được sử dụng đường mổ khác nhau là không có sự khác biệt với p=0,1325.

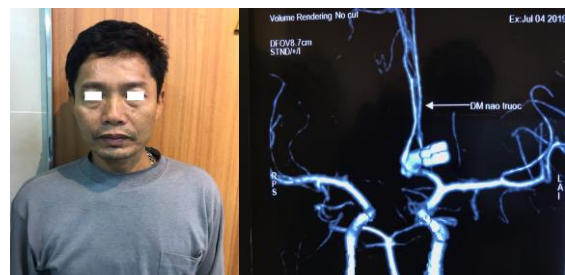
- Tổng thời gian điều trị trung bình là 13 ± 6 ngày, trung bình 1 ngày BN được đi phẫu thuật do vậy thời gian bệnh nhân nằm viện ngắn.

Thời gian điều trị trung bình là 13 ± 6 ngày, trung bình 1 ngày được phẫu thuật do vậy thời gian bệnh nhân nằm viện ngắn.

Bảng 3.6. Kết quả điều trị sau 2 năm

Kết quả		n	%	
Tốt	Rankin 0	61	70,9	87,2
	Rankin 1	13	15,1	
	Rankin 2	1	1,2	
Trung bình	Rankin 3	2	2,3	2,3
Xấu	Rankin 4	6	7	10,5
	Rankin 5	0	0	
	Rankin 6	3	3,5	

Nhận xét: Kết quả sau 2 năm điều trị: kết quả tốt (mRS 0,1,2) là 87,2%, kết quả trung bình (mRS 3) 2,3%, kết quả xấu (mRS 4,5) 10,5%. Theo Sang Keun Koo cho thấy rằng nguyên nhân chính khiến bệnh nhân tử vong là do tuổi tác, co thắt mạch, và chảy máu tái phát. Tác giả cũng cho thấy rằng viêm phổi, nhồi máu cơ tim, xuất huyết tiêu hoá cao, suy thận là những nguyên nhân gây tử vong của những bệnh nhân nặng. Và tác giả kết luận rằng, với những trường hợp lâm sàng tốt cần phẫu thuật sớm, với những trường hợp lâm sàng nặng cần cân nhắc kỹ lưỡng thời điểm can thiệp phẫu thuật, phối hợp cùng can thiệp điều trị nội khoa tích cực để hạn chế biến chứng sau phẫu thuật.



Hình 1: Bệnh nhân Lê Xuân L, 50 tuổi, chụp kiểm tra sau phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị vi phẫu thuật túi phình động mạch thông trước võ cho kết quả khả quan

sau 2 năm điều trị với kết quả tốt (mRS 0,1,2) là 87,2%, cho thấy đây là phương pháp điều trị hiệu quả cho bệnh lý phức tạp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thế Hào (2006)**, Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật chảy máu dưới nhện do vỡ túi phình hệ động mạch cảnh trong, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Phạm Minh Thông (2002)** Phình động mạch não, Nhà xuất bản Y Học.
3. **Vũ Đăng Lưu (2012)**, Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phình ĐM não vỡ bằng can thiệp nội mạch, Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.

4. **Majoie C.B.L.M, Sprenger M.E, Van Rooij W.J.J (2005)**, MR Angiography at 3T versus Digital Subtraction Angiography in the Follow-up of Intracranial Aneurysms Treated with Detachable Coils, Am J Neuroradiol, 26, 1349- 1356.
5. **Trần Anh Tuấn (2008)**, Nghiên cứu giá trị chẩn đoán phình ĐM não bằng máy cắt lớp vi tính 64 dãy, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Đặng Việt Sơn, (2018)**, Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị vi phẫu thuật túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ vỡ, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH P-CIMT (VẬN ĐỘNG CƯỜNG BỨC BÊN LIỆT) CHO TRẺ BẠI NÃO THỂ CO CỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÀ NỘI

Hoàng Thị Liên*, Phạm Văn Minh*

TÓM TẮT

Bại não là khuyết tật về vận động thường gặp nhất ở trẻ em. Trẻ bại não có nhiều khiếm khuyết về vận động đặc biệt là về chức năng bàn tay khiến trẻ khó độc lập trong việc tự chăm sóc bản thân và tham gia các hoạt động hàng ngày so với các bạn cùng tuổi. Vận động cường bức bên liệt (P-CIMT) là một phương pháp giúp cải thiện chức năng bàn tay cho trẻ bại não. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả chương trình P-CIMT cho trẻ bại não thể co cứng. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 15 trẻ bại não thể co cứng liệt nửa người trái hoặc phải được trị liệu vận động cường bức cải biến dành cho trẻ nhỏ (P-CIMT). **Kết quả:** 15 trẻ bại não phần lớn ở phân loại MACS và Mini MACS mức độ 2 là chủ yếu chiếm 53,3%, sau 4 tuần trị liệu P-CIMT: thang điểm PMAL mức độ thường xuyên sử dụng tay bên liệt của trẻ tăng lên trung bình 16,6, mức độ hoàn thành tốt của tay bên liệt trong các hoạt động cũng tăng lên trung bình 17,73, thang điểm QUEST thì điểm trung bình của từng mục riêng như cầm nắm, phân tích vận động hay tổng điểm của 2 mục đều tăng lên. **Kết luận:** điều trị theo phương pháp P-CIMT giúp trẻ bại não thể co cứng liệt nửa người cải thiện tốt chức năng bàn tay bên liệt.

Từ khóa: vận động cường bức bên liệt, P-CIMT, bại não thể co cứng, chức năng bàn tay.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE EFFICIENCY OF P-CIMT (PEDIATRIC CONSTRAINT INDUCED MOVEMENT

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Liên

Email: hoanglien2331994@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2020

Ngày duyệt bài: 19.11.2020

THERAPY) PROGRAM FOR CHILDREN WITH SPASTIC CEREBRAL PALSY IN HANOI REHABILITATION HOSPITAL

Background: Cerebral palsy is the most common motor disability in children. Children with cerebral palsy have many mobility defects, especially in hand function, making it difficult for them to be independent in taking care of themselves and participating in daily activities compared to their ages. Pediatric Constraint Induced Movement Therapy (P-CIMT) is a method of improving hand function in children with cerebral palsy. **Objectives:** Evaluate the effectiveness of P-CIMT program for children with spastic cerebral palsy. **Subjects and research methods:** 15 children with spastic cerebral palsy hemiplegia left or right received variant compulsory motor therapy for infants (P-CIMT). **Results:** 15 children with cerebral palsy, mostly in the MACS and Mini MACS level 2, mainly accounted for 53.3%, after 4 weeks of P-CIMT therapy: PMAL "How often scale" increases by an average of 16.6, PMAL "How Well scale" increases on average by 17.73, on the QUEST scale, the average score for each item such as manual, movement analysis or the total score of 2 items both increases. **Conclusion:** P-CIMT helps children with hemiplegic cerebral palsy to improve the function of the hand.

Keywords: Pediatric Constraint-induced movement therapy, P-CIMT, spastic cerebral palsy, hand function.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bại não đặc trưng bởi các rối loạn phát triển vĩnh viễn về vận động và tư thế gây ra bởi các tổn thương không tiến triển ở não trẻ nhỏ hoặc bào thai. Theo nghiên cứu công bố năm 2013, tần số mắc bại não chung trên thế giới là 2,11 trên 1000 trẻ sơ sinh sống[6]. Tần số này hầu

nếu không thay đổi trong nhiều năm trở lại đây. Trong đó bại não thể co cứng chiếm tỷ lệ lớn nhất khoảng 70 – 80 % tổng số trẻ bại não.

Trong những khiếm khuyết về vận động ở trẻ bại não thì sự suy giảm chức năng bàn tay là một trong những nguyên nhân quan trọng ảnh hưởng nhiều đến hoạt động hàng ngày của trẻ. Có nhiều phương pháp để cải thiện chức năng bàn tay được sử dụng hiện nay. Trong đó có nhiều bằng chứng từ các thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát, thử nghiệm lâm sàng có kiểm soát và đánh giá có hệ thống đã cho thấy vận động cưỡng bức bên liệt giúp cải thiện cử động bàn tay và cánh tay ở trẻ bại não thể co cứng liệt nửa người[3]. Trên thế giới CIMT đã được nghiên cứu nhiều và rộng rãi với nhiều mô hình từ CIMT cổ điển đến các mô hình sửa đổi (mCIMT) nhưng vẫn còn tồn tại những yếu tố chưa được xác định rõ vai trò cũng như ảnh hưởng của nó đối với kết quả can thiệp như mức độ nhận thức của trẻ, các mức độ co cứng trước điều trị, liều lượng và tần suất can thiệp[4].

Tại Việt Nam thì hoạt động trị liệu cho trẻ bại não vẫn chưa phát triển và việc áp dụng CIMT cho trẻ bại não vẫn chưa có đánh giá nghiên cứu nào được thực hiện. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá hiệu quả chương trình P-CIMT cho trẻ bại não thể co cứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 15 trẻ bại não thể co cứng liệt nửa người trái hoặc phải trong độ tuổi từ 2 đến 8 tuổi được trị liệu vận động cưỡng bức cải biên dành cho trẻ nhỏ (P-CIMT) tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội từ tháng 8/2019 đến 7/2020.

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, thử nghiệm

Bảng 1.1 Phân loại chức năng bàn tay của bệnh nhân theo MACS và Mini MACS

MACS hoặc Mini MACS	2	3	4	Tổng
n	7	6	2	15
%	46,7	40	13,3	100

Nhận xét: Phân loại theo mức độ nặng: MACS và Mini-MACS phần lớn ở mức độ 2 chiếm 53,3 %, mức độ 4 chiếm tỉ lệ ít nhất 13,3%.

Bảng 1.2 Phân loại bệnh nhân theo GMFCS

GMFCS	1	2	3	4	Tổng
n	3	7	4	1	15
%	20	46,6	26,7	6,7	100

Nhận xét: Phân loại theo GMFCS trẻ phần lớn ở mức độ từ nhẹ đến trung bình (1-3) chiếm 93,3%, trong đó mức độ 2 chiếm 46,6%.

2. Kết quả điều trị

Bảng 2.1 Trung bình điểm PMAL trước và sau can thiệp

TB ± SD	Trước can thiệp	Sau can thiệp	Hiệu quả điều trị (Sau – Trước)	p

lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: trẻ bại não thể co cứng liệt nửa người từ 2 đến 8 tuổi được xác định GMFCS mức độ 1-4, MACS, Mini MACS mức độ II, III, IV và Ashworth các cơ chi trên bậc 1, 1+ hoặc 2, hiểu được mệnh lệnh đơn giản.

- Phương pháp hạn chế tay khỏe: băng tất và băng chun để buộc cố định lên hết cẳng tay, phía trong bàn tay nắm cục bông (trẻ sẽ không dùng được bàn tay hạn chế trong thời gian tập luyện)

- Liều điều trị: thực hiện vận động cưỡng bức bên liệt trong 4 tuần; 5 ngày/tuần; 1,5h/ngày: 1/2 giờ với kĩ thuật viên, 1 giờ với phụ huynh, tổng thời gian của chương trình là 30 giờ. Phụ huynh được hướng dẫn kế hoạch tập luyện, tư vấn, cách tập luyện cho trẻ. Kĩ thuật viên có kiểm tra đánh giá quá trình tập luyện của phụ huynh với trẻ.

- Các bước tiến hành: lựa chọn mục tiêu và các vận động đích phù hợp thông qua trao đổi thông tin, xác định mong muốn của gia đình sau đợt điều trị, lượng giá trẻ bằng các thang điểm GMFCS (phân loại theo chức năng vận động thô), MACS (hệ thống phân loại chức năng bàn tay), PMAL (nhật kí hoạt động vận động nhi khoa), QUEST (kiểm tra chất lượng các kỹ năng chi trên).

- Tiến hành điều trị áp dụng chu trình MR3: Vận động - Củng cố - Lặp lại – Tinh chỉnh

- Đánh giá kết quả điều trị thông qua thang điểm PMAL, QUEST

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Độ tuổi thường gặp là từ 2 đến 4 tuổi chiếm 93,3%, trong đó nam nhiều hơn nữ chiếm 73,3%, phần lớn là liệt bên phải chiếm 67,7%.

Mức độ thường xuyên	28,2 ± 10,63	44,87 ± 10,93	16,67 ± 1,88	<0,01
Mức độ hoàn thành tốt	34,07 ± 8,75	51,8 ± 10,75	17,73 ± 4,57	<0,01

Nhận xét: Sau can thiệp mức độ thường xuyên sử dụng tay bên liệt của trẻ tăng lên trung bình 16,6, mức độ hoàn thành tốt của tay bên liệt trong các hoạt động cũng tăng lên trung bình 17,73

Bảng 2.2 Trung bình điểm QUEST trước và sau can thiệp

TB ± SD	Trước can thiệp	Sau can thiệp	Hiệu quả điều trị (Sau – Trước)	p
Cầm nắm	52,9 ± 11,36	59,47 ± 11,49	6,57 ± 2	<0,01
Phân tích vận động	69,48 ± 5,44	77,87 ± 5,94	8,39 ± 1,84	<0,01
Tổng điểm	61,19 ± 5,43	68,70 ± 5,43	7,51 ± 1,15	<0,01

Nhận xét: Sau điều trị điểm trung bình của từng mục riêng như cầm nắm, phân tích vận động hay tổng điểm của 2 mục đều tăng lên.

IV. BÀN LUẬN

Do chức năng bàn tay bị suy giảm nên trẻ bại não phải phát triển các chiến lược bù cho chuyển động. Điều này có thể làm cho chuyển động kém hiệu quả hơn và có thể kém linh hoạt hơn nhưng có một phần chức năng. Để can thiệp, các chiến lược khác nhau có thể được chọn: một là cải thiện chức năng thông qua thực hành chuyên sâu; hai là học cách bù đắp, thay thế để tăng sự tự tin và an toàn trong việc thực hiện các hoạt động[1]. Hiện nay có nhiều phương pháp để cải thiện chức năng bàn tay cho trẻ bại não được áp dụng. P-CIMT là 1 trong số đó, nó thay đổi mô hình từ nhấn mạnh vào các kỹ năng bù trừ sang mong muốn phục hồi một phần. Trên thế giới P-CIMT đã được nghiên cứu nhiều và rộng rãi với nhiều mô hình từ P-CIMT cổ điển đến các mô hình sửa đổi (mP-CIMT) nhưng tại Việt Nam thì hoạt động trị liệu cho trẻ bại não vẫn chưa phát triển và việc áp dụng P-CIMT cho trẻ bại não vẫn chưa có đánh giá nghiên cứu nào được thực hiện. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện để đánh giá hiệu quả của P-CIMT áp dụng mô hình sửa đổi tại Việt Nam. Chúng tôi nghiên cứu trên 15 trẻ bại não thể co cứng liệt nửa người trong độ tuổi từ 2 đến 8 tuổi chủ yếu là độ tuổi từ 2 đến 4 tuổi, bên liệt có thể là trái hoặc phải trong đó trẻ liệt bên phải chiếm 67,7 %. Các trẻ tham gia chương trình được phân loại mức độ nặng MACS và Mini MACS từ 2 đến 4, mức độ nặng theo GMFCS từ 1 đến 4. Như vậy đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có đủ cả nam lẫn nữ, không phân biệt tay bên liệt, mức độ nặng thì có đủ từ mức độ nhẹ, trung bình đến nặng.

Nghiên cứu của chúng tôi được thiết kế trong vòng 4 tuần với liều điều trị là 1,5 giờ mỗi ngày với 5 ngày trong tuần tổng liều điều trị trong chương trình là 30 giờ. Đây là liều điều trị tối thiểu của P-CIMT để đạt được kết quả theo nghiên cứu của Taub và cộng sự năm 2007[7]. Chúng tôi sử dụng phương pháp hạn chế bằng

tất và băng chun để buộc cố định lên hết cẳng tay, phía trong bàn tay nắm cục bông để trẻ không dùng được tay khỏe để thực hiện hoạt động trong thời gian điều trị. Đây là cải tiến so với P-CIMT truyền thống nó thân thiện hơn với trẻ giúp trẻ hợp tác hơn trong quá trình điều trị, phù hợp với khí hậu nóng ẩm của Việt Nam và vẫn đảm bảo được việc hạn chế tay lành trong khi điều trị để trẻ tăng sự chú ý tập trung vào tay bệnh và giảm cảm giác vận động theo thói quen được thiết lập trước đó là không sử dụng tay liệt trong các hoạt động.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100 % các trẻ đều có cải thiện về mặt chức năng bàn tay sau khi tham gia chương trình với mức cải thiện theo thang điểm PMAL về cả 2 mặt là mức độ thường xuyên sử dụng tay bên liệt và mức độ hoàn thành tốt hoạt động khi sử dụng tay bên liệt so với trước điều trị lần lượt là 16,67 ± 1,88 và 17,73 ± 4,57. Trong khi đó khi sử dụng PMAL trong lượng giá sự thay đổi về mức độ thường xuyên ít nhất là 0,67 và mức độ hoàn thành tốt là 0,66 đã là có sự khác biệt trong kết quả điều trị[5]. Còn theo thang điểm QUEST khả năng cầm nắm của trẻ cũng như khả năng vận động chi trên bên liệt của trẻ tốt lên so với trước điều trị lần lượt là 6,57 ± 2 và 8,39 ± 1,84. Kết quả này cho thấy P-CIMT mang lại hiệu quả rõ rệt cải thiện chức năng bàn tay cho trẻ bại não thể co cứng liệt nửa người giống các nghiên cứu trước đây[2],[3]. Và liệu điều trị và phương pháp cố định được sử dụng trong chương có hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

P-CIMT là một phương pháp tốt để cải thiện chức năng bàn tay cho trẻ bại não thể co cứng liệt nửa người.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dan, B., et al.,** Cerebral Palsy: Science and Clinical Practice. 2015: Wiley.
- Eliasson, A.-C.,** Improving the use of hands in daily activities: aspects of the treatment of children

- with cerebral palsy. Physical & Occupational therapy in pediatrics, 2005. **25**(3): p. 37-60.
3. **Hoare, B., et al.,** Constraint-induced movement therapy in the treatment of the upper limb in children with hemiplegic cerebral palsy: a Cochrane systematic review. Clinical rehabilitation, 2007. **21**(8): p. 675-685.
 4. **Jamali, A.R. and M. Amini,** The Effects of Constraint-Induced Movement Therapy on Functions of Cerebral Palsy Children. Iranian journal of child neurology, 2018. **12**(4): p. 16-27.
 5. **Lin, K.-c., et al.,** Validity, responsiveness, minimal detectable change, and minimal clinically important change of the Pediatric Motor Activity Log in children with cerebral palsy. Research in developmental disabilities, 2012. **33**(2): p. 570-577.
 6. **Oskoui, M., et al.,** An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. Developmental Medicine & Child Neurology, 2013. **55**(6): p. 509-519.
 7. **Taub, E., et al.,** Pediatric CI therapy for stroke-induced hemiparesis in young children. Developmental neurorehabilitation, 2007. **10**(1): p. 3-18.

SỰ KHÁC BIỆT GIỮA NHU CẦU ĐIỀU TRỊ NẪN CHỈNH RĂNG TỰ NHẬN THỨC VÀ NHU CẦU ĐIỀU TRỊ SỬ DỤNG THÀNH PHẦN THẨM MỸ Ở HỌC SINH ĐỘ TUỔI 12-15 TẠI HÀ NỘI

Đặng Thị Thu Hương*, Nguyễn Thị Thu Phương*,
Quách Thị Thuý Lan*, Hà Ngọc Chiêu*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự khác biệt về nhu cầu điều trị tự nhận thức của học sinh và nhu cầu điều trị nắn chỉnh răng do bác sĩ đánh giá. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Có sự khác biệt giữa đánh giá của bác sĩ và học sinh tự đánh giá, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,346$, trong đó học sinh có xu hướng đánh giá thẩm mỹ bản thân ở mức cao hơn bác sĩ. **Kết luận:** Có sự khác biệt giữa chỉ số thẩm mỹ nhu cầu điều trị nắn chỉnh răng tự đánh giá và nhu cầu điều trị nắn chỉnh răng do bác sĩ đánh giá, tuy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Để nghiên cứu hoàn thiện hơn nữa, cần có thêm những công trình nghiên cứu trên diện rộng hơn, cỡ mẫu lớn hơn, đa dạng hơn để tìm ra và củng cố mối quan hệ này, giúp cho việc giáo dục, nâng cao nhận thức và đưa điều trị nắn chỉnh răng phổ biến tới người dân hơn.

Từ khóa: tự nhận thức, nhu cầu điều trị nắn chỉnh răng IOTN, thành phần thẩm mỹ AC.

SUMMARY

DIFFERENCE BETWEEN SELF-PERCEIVE AND NORMATIVE ORTHODONTIC TREATMENT NEED BY USING AESTHETIC COMPONENT (AC) OF THE INDEX OF ORTHODONTIC TREATMENT NEED (IOTN) IN 12-TO 16-YEAR-OLD STUDENTS IN HANOI

Objectives: The aim of study was to compare student and clinician perceived need for orthodontic

treatment in relation to normative orthodontic treat. **Method:** Cross-sectional research. **Results:** The clinician had the higher average perceived need scores than students, the difference is not statistically significant ($p>0,05$). **Conclusions:** The present study has shown that had the relationship between students and clinicians perceived in orthodontic treatment need. Further work is required to help quantify factors that influence students perceived need for orthodontic treatment and perhaps incorporate them into indices of treatment need.

Key words: self-perceive, normative, orthodontic treatment need, IOTN.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàm răng đều đặn, trắng sáng không những giúp thực hiện chức năng ăn nhai mà còn giúp nụ cười trở nên hấp dẫn và tự tin trong cuộc sống, nâng cao chất lượng cuộc sống. Kinh tế xã hội ngày càng phát triển, mức sống người dân ngày càng cao, nhu cầu để có một vẻ đẹp hoàn thiện ngày càng tăng. Điều trị nắn chỉnh răng không chỉ sắp xếp răng giúp cải thiện chức năng mà còn mang lại thẩm mỹ cho khuôn mặt, hàm răng, nụ cười. Chính vì vậy nắn chỉnh răng đang là một xu hướng phát triển của ngành Răng Hàm Mặt [1].

Việc đánh giá nhu cầu điều trị nắn chỉnh răng cần thiết không chỉ với các chuyên gia dịch tễ, mà còn giúp các lãnh đạo ngành y tế trong việc lập kế hoạch ưu tiên cho các chương trình sức khỏe cộng đồng. Vấn đề khó khăn là xác định đối tượng có nhu cầu điều trị nắn chỉnh răng khi đánh giá nhu cầu điều trị của một nhóm cộng đồng. Các nghiên cứu điều tra về khớp cắn và nhu cầu điều trị nắn chỉnh răng đã được tiến

*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Thu Hương
Email: Dr.Dangthithuhoang@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020
Ngày duyệt bài: 24.11.2020

hành ở nhiều nước trên thế giới như: Thụy Điển, Anh, Brazil, Ấn Độ...[2],[3],[4]. Tuy nhiên, hiện nay ở nước ta chưa có nhiều nghiên cứu về đề tài này. Vì vậy nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu: "*Đánh giá sự khác biệt về nhu cầu điều trị tự nhận thức của học sinh và nhu cầu điều trị nắn chỉnh răng do bác sĩ đánh giá thông qua chỉ số nhu cầu điều trị nắn chỉnh răng IONT*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là 140 học sinh trong độ tuổi từ 12 đến 15 được lựa chọn ngẫu nhiên tại trường Trung học cơ sở Bắc Sơn, Sóc Sơn, Hà Nội trong thời gian từ tháng 4/2020 đến tháng 6/2020.

Đối tượng khảo sát được chọn lựa và loại trừ theo các tiêu chuẩn sau:

- **Tiêu chuẩn chọn lựa:** không mắc các bệnh về tâm thần kinh, thị giác thính giác, hợp tác nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Từng điều trị nắn chỉnh răng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: phương pháp mô tả cắt ngang.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Chuẩn bị bảng câu hỏi và bộ ảnh thể hiện 10 bậc khác nhau từ cao đến thấp về quan điểm thẩm mỹ và nhu cầu điều trị nắn chỉnh răng (trích từ tập ảnh gốc của tác giả Brook và Shaw 1987).



Hình 2.1. Hình ảnh chụp trong miệng của học sinh

- Lập danh sách đối tượng nghiên cứu.

- Tập huấn nghiên cứu

Giải thích cho học sinh hiểu mục đích nghiên cứu

Học sinh hợp tác nghiên cứu.

Chụp ảnh trong miệng của học sinh bằng banh miêng và điện thoại.

Cho học sinh xem 10 ảnh theo thang thẩm mỹ, cho bệnh nhân tự đánh giá xem răng của mình giống với hình nào nhất trong các hình được đưa.

Bác sĩ đánh giá xem ảnh chụp rằng bệnh nhân giống với hình nào nhất trong bảng 10 hình được đưa.

Kiểm tra bảng trả lời

Nhập dữ liệu và xử lý thống kê bằng phần mềm Microsoft Excel 2007 và SPSS 19.

Viết báo cáo và báo cáo

2.4. Vật liệu nghiên cứu

- Bảng kiểm

- 10 bức ảnh màu được trích từ tập ảnh gốc của Evan and Shaw 1987.

- Banh miêng, điện thoại di động chụp hình.

2.5. Xử lý số liệu. Nhập dữ liệu và xử lý thống kê bằng phần mềm Microsoft Excel 2007 và SPSS 19 và một số thuật toán thống kê y học khác.

2.6. Sai số và biện pháp khắc phục sai số. Sai số trong quá trình trả lời bảng kiểm, sai số do chất lượng ảnh không tốt.

Các khống chế sai số: cần kiểm tra bảng kiểm thật chính xác, giải thích rõ cho bệnh nhân khi phỏng vấn. Chọn ảnh độ phân giải cao, không bị nhoè, lem ảnh. Tập huấn chụp ảnh đạt yêu cầu.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu. Giải thích rõ cho đối tượng nghiên cứu về mục đích nghiên cứu, trách nhiệm của người nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ tiến hành trên những đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu và trên tinh thần hợp tác, không ép buộc. Toàn bộ thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu mà không phục vụ bất cứ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá nhu cầu điều trị theo chỉ số thẩm mỹ của IONT

Độ tuổi	Chỉ số thẩm mỹ				Tổng	p
	Không cần điều trị (1+2)	Ít cần điều trị (3+4)	Cần phải điều trị (5+6+7)	Rất cần điều trị (8+9+10)		
12	20(14,29%)	12(8,57%)	1(0,71%)	2(1,43%)	35(50%)	0,041
13	19(13,57%)	12(8,57%)	3(2,14%)	1(0,71%)	35(50%)	
14	11(7,86%)	11(7,86%)	3(2,14%)	10(7,14%)	35(50%)	
15	14(10%)	15(10,71%)	4(2,86%)	2(1,43%)	35(50%)	
Tổng	64(45,71%)	50(35,71%)	11(7,86%)	15(10,71%)	140(100%)	

Khác biệt về chỉ số thẩm mỹ giữa các học sinh 12 tuổi, trong đó chỉ số thẩm mỹ của nhóm không cần điều trị là cao nhất, chỉ số nhóm cần điều trị là thấp nhất. Các học sinh 13 tuổi, trong đó chỉ số thẩm mỹ của nhóm không cần điều trị là cao nhất, chỉ số nhóm rất cần điều trị là thấp nhất. Các học sinh 14 tuổi, trong đó chỉ số thẩm mỹ của nhóm không cần điều trị và ít cần điều trị là cao nhất, chỉ số nhóm cần điều trị là thấp

nhất. Các học sinh 15 tuổi, trong đó chỉ số thẩm mỹ của nhóm ít cần điều trị là cao nhất, chỉ số nhóm rất cần điều trị là thấp nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,041$.

Chỉ số thẩm mỹ do bác sĩ đánh giá mức không hoặc ít cần điều trị (từ 1-4) chiếm tỉ lệ cao (81,43%) so với mức độ cần/rất cần điều trị (5-10) (18,57%)

Giới	Chỉ số thẩm mỹ				Tổng	p
	Không cần điều trị (1+2)	Ít cần điều trị (3+4)	Cần phải điều trị (5+6+7)	Rất cần điều trị (8+9+10)		
Nam	22	18	1	8	49	0,352
Nữ	42	32	10	8	91	

Chỉ số thẩm mỹ của nam giới và nữ giới ở nhóm không cần điều trị là cao nhất, nhóm cần điều trị và rất cần điều trị là thấp nhất. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,352$.

3.2. Chỉ số thẩm mỹ nhu cầu điều trị cần chỉnh răng do học sinh tự đánh giá

Độ tuổi	Chỉ số thẩm mỹ				Tổng	p
	Không cần điều trị (1+2)	Ít cần điều trị (3+4)	Cần phải điều trị (5+6+7)	Rất cần điều trị (8+9+10)		
12	21	11	0	3	35	0,039
13	19	12	3	1	35	
14	11	11	5	8	35	
15	14	15	4	2	35	

Khác biệt về chỉ số thẩm mỹ tự đánh giá giữa các học sinh 12 tuổi, trong đó chỉ số thẩm mỹ của nhóm không cần điều trị là cao nhất, chỉ số nhóm cần điều trị là thấp nhất. Các học sinh 13 tuổi, trong đó chỉ số thẩm mỹ của nhóm không cần điều trị là cao nhất, chỉ số nhóm rất cần điều trị là thấp nhất. Các học sinh 14 tuổi, trong đó

chỉ số thẩm mỹ của nhóm không cần điều trị và ít cần điều trị là cao nhất, chỉ số nhóm cần điều trị là thấp nhất. Các học sinh 15 tuổi, trong đó chỉ số thẩm mỹ của nhóm ít cần điều trị là cao nhất, chỉ số nhóm rất cần điều trị là thấp nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,039$.

Giới	Chỉ số thẩm mỹ				Tổng	p
	Không cần điều trị (1+2)	Ít cần điều trị (3+4)	Cần phải điều trị (5+6+7)	Rất cần điều trị (8+9+10)		
Nam	22	18	2	7	49	0
Nữ	43	31	9	7	91	

Chỉ số thẩm mỹ của nam giới và nữ giới ở nhóm không cần điều trị là cao nhất, nhóm cần điều trị và rất cần điều trị là thấp nhất. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p gần bằng 0.

3.3. So sánh đánh giá thẩm mỹ giữa hai nhóm

Đánh giá thẩm mỹ	Trung bình cộng	Độ lệch chuẩn	Min	Max	Tứ phân vị			Tổng	p
					25%	50%	75%		
Học sinh tự đánh giá	3,29	2,27	1	10	2	3	4	140	0,346
Bác sĩ đánh giá	3,33	2,29	1	10	2	3	4	140	

Có sự khác biệt giữa đánh giá của bác sĩ và học sinh tự đánh giá, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,346$, trong đó học sinh có xu hướng đánh giá thẩm mỹ bản thân ở mức cao hơn bác sĩ.

IV. BÀN LUẬN

Chỉ số thẩm mỹ do bác sĩ đánh giá mức không hoặc ít cần điều trị (từ 1-4) chiếm tỉ lệ cao so với mức độ cần/rất cần điều trị (5-10). Điều này có sự tương đồng với nghiên cứu của Đồng Thị Mai Hương (2012) khi tỉ lệ này tương ứng là không/ít cần (78,6%), cần/rất cần là (21,4%).

Tác giả	Tuổi	Nước (năm)	Không cần điều trị	Ít cần điều trị	Cần điều trị trung bình	Rất cần điều trị
Dias PF, Gleiser [2]	9 – 12	Brazil (2010)	84,3		10,6	5,1
Ahmad M. Hamdan [5]	9 – 30	Jordan (2004)	73,3		10	16,7
Ghijselings I và cs [6]	11 – 16	Bỉ (2014)	74,4		25,7	
Siti Zuriana Mohd Z [7]	13 – 14	Malaysia (2014)	92,4		4,4	3,2
Đặng Thị Thu Hương	12 – 15	2020	81,43		7,57	10

Trẻ có xu hướng tự xếp mình vào mức không/ít cần điều trị dựa vào bảng đánh giá thành phần thẩm mỹ của chỉ số IOTN trong tất cả các nghiên cứu được thực hiện. Rất ít trẻ tự xếp mình vào mức cần/rất cần điều trị. Ở nghiên cứu của tôi và các nghiên cứu tại Malaysia (2010) [7], Brazil (2010) trên trẻ em từ 9 – 15 tuổi tỉ lệ ở nhóm không/ít cần điều trị cao hơn ở các nghiên cứu tại Bỉ (2014) [6], Jordan (2004)[5] mẫu nghiên cứu có người trưởng thành (25 – 30 tuổi). Điều này có thể lý giải bởi việc càng lớn người ta càng có xu hướng chú ý đến thẩm mỹ răng miệng nhiều hơn, nên khả năng tự nhận ra những lệch lạc răng ảnh hưởng thẩm mỹ răng càng lớn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt giữa đánh giá của bác sĩ và học sinh tự đánh giá, trong đó học sinh có xu hướng đánh giá thẩm mỹ bản thân ở mức cao hơn bác sĩ (mức điểm AC thấp hơn). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,346$. Điều này trái với nghiên cứu của Mandall và cộng sự (1999) [8] trên trẻ 14-15 tuổi tại trường học ở Anh khi học sinh có xu hướng đánh giá thẩm mỹ miệng thấp hơn (mức điểm AC cao hơn). Điều này có thể lý giải do nghiên cứu này bao gồm cả những học sinh đã từng trải qua điều trị nắn chỉnh răng, khác với nghiên cứu của chúng tôi thực hiện hoàn toàn trên trẻ chưa từng trải qua điều trị nắn chỉnh răng nào. Có lẽ những trẻ từng trải qua điều trị nắn chỉnh răng có xu hướng nhận ra những lệch lạc trên răng mình nhiều hơn những trẻ chưa từng trải qua điều trị.

Nghiên cứu của Ines Ghijseling và cộng sự (2014) tại Bỉ cho kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi trẻ có xu hướng cho thẩm mỹ răng mình cao hơn bác sĩ [6]. Nghiên cứu này thực hiện trên những trẻ đăng ký tư vấn khám nắn chỉnh răng lần đầu tiên. Do đó, có thể thấy, mặc dù trẻ có mong muốn điều trị nắn chỉnh răng, nhưng khi chưa trải qua tư vấn, giải

thích và điều trị từ bác sĩ chuyên khoa thì trẻ rất khó có thể đánh giá tổng thể những khía cạnh thẩm mỹ của sự lệch lạc khớp cắn của chính bản thân mình.

Nghiên cứu tại thành phố Rio de Janeiro, Brazil (2010) của Patricia F. Dias và cộng sự trên trẻ từ 9 – 12 tuổi, trẻ có xu hướng tự đánh giá thẩm mỹ răng cao hơn bác sĩ tương tự nghiên cứu của chúng tôi có thể lý giải do sự tương đồng về điều kiện kinh tế xã hội và lứa tuổi của mẫu nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Có sự khác biệt giữa chỉ số thẩm mỹ nhu cầu điều trị nắn chỉnh răng tự đánh giá và nhu cầu điều trị nắn chỉnh răng do bác sĩ đánh giá, tuy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Để nghiên cứu hoàn thiện hơn nữa, cần có thêm những công trình nghiên cứu trên diện rộng hơn, cỡ mẫu lớn hơn, đa dạng hơn để tìm ra và củng cố mối quan hệ này, giúp cho việc giáo dục, nâng cao nhận thức và đưa điều trị nắn chỉnh răng phổ biến tới người dân hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. William R. Proffit, H.W.F., James L. Ackerman (2000), Contemporary orthodontic. Sixth edition, Elsevier, American.
2. Dias PF, Gleiser (2010). Orthodontic concerns of Brazilian children and their parents compared to the normative treatment need. J Oral Sci, **52(1)**, 7-101.
3. Sarabjeet Singh, A.S., Navreet Sandhu et al (2016). The prevalence of malocclusion and orthodontic treatment needs in school going children of Nalagarh, Himachal Pradesh, India, Indian Journal of Dental Research, **27(3)**, 5.
4. Đặng Thị Mai Hương (2012). Nghiên cứu tình trạng lệch lạc khớp cắn và nhu cầu điều trị chỉnh nha của sinh viên trường Đại học Y Hải Phòng. Luận văn thạc sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội.
5. Ahmad M. Hamdan (2004). The relationship between patient, parent and clinician perceived need and normative orthodontic treatment need, European Journal of Orthodontics, **26**, 3.

6. Ghijselings I, Brosens V, Willems G, Fieuws S, Clijmans M et al (2014). Normative and self-perceived orthodontic treatment need in 11- to 16-year-old children. Eur J Orthod. **36**(2), 85-179.
7. Zamzuri, Siti (2014). Normative and Perceived Need for Treatment of Malocclusion among Malaysian Adolescents. Sains Malaysiana, **43**, 1037

- 1043.

8. Mandall NA, McCord JF, Blinkhorn AS, Worthington HV, et al (1999). Perceived aesthetic impact of malocclusion and oral self-perceptions in 14-15-year-old Asian and Caucasian children in greater Manchester. Eur J Orthod. **22**(2), 83-175

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ TỔN THƯƠNG DI CẮN CỘT SỐNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ

Hồ Thị Diễm^{1,2}, Huỳnh Quang Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị của cộng hưởng từ trong đánh giá tổn thương di căn cột sống ở bệnh nhân ung thư vú. **Đối tượng, phương pháp:** Bệnh nhân nữ mắc ung thư vú đã được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, được đánh giá giai đoạn TNM và phân loại dựa vào hóa mô miễn dịch. Bệnh nhân được tiến hành theo dõi bằng cộng hưởng từ cột sống với đầy đủ các chuỗi xung axial T1W, T2W, sagittal T1W, T2W, sagittal và coronal STIR, T1W – Gadolinium ở bất cứ thời điểm nào và có tổn thương di căn cột sống. **Kết quả:** Tổn thương ngoài màng cứng chiếm đa số với 98,1% số bệnh nhân. Tổn thương ở màng não – tủy, màng cứng và tủy sống ít gặp, với tỷ lệ lần lượt là 3,7%, 1,9% và 1,9%. Tổn thương di căn có xâm lấn ở 45/53 bệnh nhân. Trong đó, xâm lấn vào khoang ngoài màng cứng gây hẹp ống sống thường gặp nhất với tỷ lệ 81,1%. Tiếp theo là xâm lấn vào lỗ liên hợp và xâm lấn vào mô mềm cạnh sống chiếm tỷ lệ lần lượt 69,8% và 33,9%. Hình ảnh tổn thương di căn ở màng cứng, màng não – tủy, và tủy sống được đánh giá chủ yếu trên CHT với chuỗi xung T1W sau tiêm đối quang từ. **Kết luận:** MRI là một phương pháp có độ nhạy cao trong chẩn đoán di căn cột sống; đồng thời là phương tiện tốt nhất để đánh giá những tổn thương di căn tủy sống, tổn thương di căn ngoài màng cứng xâm lấn ra mô mềm xung quanh gây chèn ép tủy.

Từ khóa: Cộng hưởng từ, ung thư vú, di căn cột sống.

SUMMARY

ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IN THE ASSESSMENT OF SPINAL METASTATIC LESIONS IN PATIENTS WITH BREAST CANCER

Objectives: To determine the value of magnetic resonance in the assessment of spinal metastatic lesions in patients with breast cancer. **Methods:** Female patients with breast cancer who have been

diagnosed with histopathology, were evaluated for the stage of TNM and classified based on immunohistochemistry. Patients were monitored by spinal magnetic resonance with complete series of axial pulses T1W, T2W, sagittal T1W, T2W, sagittal and coronal STIR, T1W - Gadolinium at any time and had spinal metastatic lesions. **Results:** Epidural damage accounted for the majority with 98.1% of patients. Lesions in the meningeal - spinal cord, sclera and spinal cord were uncommon, with rates of 3.7%, 1.9% and 1.9%, respectively. Metastatic lesions were invasive in 45/53 patients. In which, encroachment into the epidural space causes stenosis of the spinal canal was most common with the rate of 81.1%. Followed by invasion of the conjunctival hole and invasion of living parietal soft tissue accounted for 69.8% and 33.9% respectively. Image of metastatic lesions in the epidural, meningeal - spinal cord and spinal cord was evaluated mainly on CHT with a series of T1W pulses after magnetic enantiomy injection. **Conclusion:** MRI is a highly sensitive method in diagnosing spinal metastases; and is the best modality to evaluate metastatic spinal lesions, epidural metastatic lesions invade the surrounding soft tissue causing compression of the spine.

Keywords: Magnetic resonance, breast cancer, spinal metastasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến nhất với khoảng 2,1 triệu ca mắc mới mỗi năm trên thế giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phụ nữ. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu năm 2012 có hơn 10.000 ca mắc mới, tăng 30% so với giai đoạn 10 năm trước và tập trung chủ yếu ở độ tuổi từ 40 – 55 tuổi.

Hiện nay ung thư vú thường được phát hiện ở giai đoạn sớm, có thể chữa được nhờ việc tự khám vú thường xuyên và sàng lọc bằng siêu âm, nhũ ảnh. Tuy nhiên, tại thời điểm chẩn đoán có khoảng 5% bệnh nhân ung thư vú có di căn xa, trong đó, xương là vị trí thường gặp nhất.

Di căn cột sống chiếm 70% trong các tổn thương di căn xương. Di căn cột sống không những ảnh hưởng đến chất lượng sống, gia tăng

¹Bệnh viện đa khoa Hải Châu – Đà Nẵng

²Trường ĐHY Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy

Email: huyhq@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2020

Ngày duyệt bài: 20.11.2020

chi phí điều trị mà còn rút ngắn thời gian sống của bệnh nhân ung thư vú. Điều đáng ngại là phần lớn các trường hợp di căn cột sống thường không có triệu chứng, nên thường phát hiện muộn khi đã có biến chứng như gãy xương bệnh lý, chèn ép tủy sống gây yếu liệt chi và tăng Canxi máu ác tính. Vì vậy, việc theo dõi phát hiện sớm di căn cột sống ở bệnh nhân ung thư vú có vai trò đặc biệt quan trọng.

Bên cạnh những phương pháp chẩn đoán hình ảnh truyền thống như X quang, CT, XHX, MRI được biết như một phương pháp có độ nhạy cao trong chẩn đoán di căn cột sống (98,7%). MRI là phương tiện tốt nhất để đánh giá những tổn thương di căn tủy sống, tổn thương di căn ngoài màng cứng xâm lấn ra mô mềm xung quanh gây chèn ép tủy. Hơn nữa, MRI là phương pháp chẩn đoán không xâm lấn, không sử dụng tia xạ. Vì vậy, MRI whole-body nổi lên như là một phương pháp tiêu chuẩn thay thế cho CT và XHX trong việc chẩn đoán di căn cột sống^[4]. Hiện nay, ở Việt Nam chưa có đề tài nào nghiên cứu đặc điểm hình ảnh trên MRI của di căn cột sống trong ung thư vú và hiệu quả của việc sử dụng MRI để theo dõi sau điều trị.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ di căn cột sống ở bệnh nhân ung thư vú*" với mục tiêu: *Xác định giá trị của cộng hưởng từ trong đánh giá tổn thương di căn cột sống ở bệnh nhân ung thư vú.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân nữ mắc ung thư vú đã được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, được đánh giá giai đoạn TNM và phân loại dựa vào hóa mô miễn dịch.

Bệnh nhân có hồ sơ ghi chép đầy đủ thông tin lâm sàng, cận lâm sàng.

Bệnh nhân được tiến hành theo dõi bằng cộng hưởng từ cột sống với đầy đủ các chuỗi xung axial T1W, T2W, sagittal T1W, T2W, sagittal và coronal STIR, T1W – Gadolinium ở bất cứ thời điểm nào và có tổn thương di căn cột sống.

Tiêu chuẩn loại trừ. Hình ảnh cộng hưởng từ không đạt chất lượng cho chẩn đoán

Hồ sơ thu thập thiếu sót, hay thông tin không đầy đủ theo phiếu thu thập số liệu.

Mô bệnh học không rõ ràng.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Địa điểm: Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh. Thời gian lấy mẫu: tháng 05/2020 đến tháng 06/2020

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả

Phương tiện nghiên cứu: máy cộng hưởng từ GE 1.5 Tesla

Nhận định kết quả nghiên cứu

Phân loại tổn thương di căn cột sống

Đặc điểm tổn thương di căn ngoài màng cứng

Số lượng và vị trí tổn thương; Các vấn đề liên quan đến xương (SREs) ở cột sống

Tính chất xâm lấn của tổn thương di căn ngoài màng cứng

Biến chứng hẹp ống sống

Đặc điểm tổn thương di căn tủy sống, màng cứng, màng tủy

Mối tương quan về khả năng phát hiện tổn thương di căn xương cột sống giữa cộng hưởng từ và xạ hình xương toàn thân.

Phương pháp thu thập số liệu. Ghi nhận các thông tin đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư vú, đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của tổn thương di căn cột sống trước và sau điều trị từ hồ sơ bệnh án vào phiếu thu thập số liệu

Nhập và xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê Stata 13.0. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn nếu là phân phối chuẩn và dạng trung vị, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất nếu không phải phân phối chuẩn. Dùng phép kiểm định CHI bình phương để kiểm định mối liên quan giữa hai hay nhiều biến định tính. Dùng phép kiểm t-test (nếu là phân phối chuẩn) so sánh các giá trị trung bình. Sự khác biệt được xem có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$ với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

54 bệnh nhân ung thư vú có di căn cột sống, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là $51,5 \pm 10,4$ (từ 33 đến 85 tuổi). Toàn bộ bệnh nhân có loại mô học tổn thương nguyên phát ở vú là ung thư biểu mô tuyến vú xâm nhập. Trong đó có 98,1% bệnh nhân là ung thư biểu mô ống tuyến vú. Ung thư biểu mô tiểu thùy chỉ có 1 bệnh nhân (1,9%).

3.1. Đặc điểm di căn cột sống

Bảng 3.1 Phân loại tổn thương di căn cột sống

Loại tổn thương	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ % (n=54)
Ngoài màng cứng (thân sống và thành phần sau đốt sống)	53	98,1
Màng cứng	1	1,9
Màng tủy	2	3,7
Tủy sống	1	1,9

Nhận xét: Đa số tổn thương ở nhóm nghiên cứu là tổn thương ngoài màng cứng, với 53/54 bệnh nhân có tổn thương ngoài màng cứng. Tổn thương ở màng não – tủy, màng cứng và tủy sống ít gặp, với tỷ lệ lần lượt là 3,7%, 1,9% và 1,9%.

Bảng 3.2 Số lượng tổn thương ngoài màng cứng ở 53 bệnh nhân

	Số lượng (n)	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Tổng số tổn thương ngoài màng cứng	742	14,0 ± 7,0	1	28
Cổ	162	3,1±2,2	0	7
Ngực	352	6,6±3,2	1	12
Thắt lưng	150	2,8±1,6	0	5
Cùng – cột	78	1,5±1,1	0	4

Nhận xét: Tổng số tổn thương ngoài màng cứng ghi nhận được là 742 tổn thương / 53 bệnh nhân. Trong đó, số tổn thương ở đốt sống ngực chiếm tỷ lệ cao nhất 47,3%. Trung bình có 14 tổn thương trên mỗi bệnh nhân (từ 1 đến 28 tổn thương). Số tổn thương trung bình ở cổ, ngực, thắt lưng và cùng – cột lần lượt là 3,1; 6,6; 2,8 và 1,5.

Bảng 3.3 Các vấn đề liên quan đến xương cột sống (SREs)

SREs	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đau vùng cột sống	40	75,5
Tăng Canxi máu	25	47,2
Xẹp thân sống bệnh lý	38	71,7
Chèn ép tủy sống (MESCC)	29	54,7

Nhận xét: Đau vùng cột sống ghi nhận ở 40/53 bệnh nhân có di căn ngoài màng cứng, chiếm tỷ lệ 75,5%. Tiếp đó là xẹp thân sống với tỷ lệ 71,7%. Chèn ép tủy sống chiếm tỷ lệ ít hơn với 54,7% số bệnh nhân. Biểu hiện của tăng Canxi máu chiếm tỷ lệ 47,2% số bệnh nhân.

Bảng 3.4 Vị trí xẹp thân sống

Vị trí	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%) (n=38)
Cổ	10	26,3
Ngực	28	73,7
Thắt lưng	18	47,4
Cùng	0	0

Nhận xét: Có 28/38 bệnh nhân có xẹp thân sống bệnh lý ở đốt sống ngực, chiếm 73,7%. Tiếp đến là đốt sống thắt lưng với 47,4%. Đốt sống cổ ít gặp hơn với 10 bệnh nhân, chiếm 26,3%.

Bảng 3.4 Tính chất xâm lấn của tổn thương di căn ngoài màng cứng

		Số bệnh nhân(n)	Tỷ lệ(%) (n=53)
Xâm lấn (n=45)	Khoang ngoài màng cứng gây hẹp ống sống	43	81,1
	Lỗ liên hợp và ép rễ thần kinh trong lỗ liên hợp	37	69,8
	Mô mềm cạnh sống	18	33,9
	Chưa có xâm lấn	8	15,1

Nhận xét: Tổn thương di căn có xâm lấn ở 45/53 bệnh nhân. Trong đó, xâm lấn vào khoang ngoài màng cứng gây hẹp ống sống là vị trí thường gặp nhất với tỷ lệ 81,1%. Tiếp theo là xâm lấn vào lỗ liên hợp và ép rễ thần kinh trong lỗ liên hợp chiếm 69,8% số bệnh nhân. 33,9% bệnh nhân có xâm lấn vào mô mềm cạnh sống. Chỉ có 15,1 % số bệnh nhân chỉ tổn thương ở thần sống và thành phần sau đốt sống mà chưa xâm lấn xung quanh.

Bảng 3.5 Vị trí hẹp ống sống

Vị trí hẹp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ % (n=43)
Ống sống cổ	11	25,6
Ống sống ngực	35	81,4
Ống sống Thắt lưng – cùng	22	51,2

Nhận xét: Trong số 43 bệnh nhân có hẹp ống sống, có 81,4% số bệnh nhân có hẹp ở ống sống ngực, chiếm tỷ lệ cao nhất. Tiếp đó là ống sống thắt lưng – cùng với 51,2%. Hẹp ống sống cổ có tỷ lệ thấp hơn với 11/43 bệnh nhân (25,6%).

3.2 Môi trường quan về khả năng phát hiện tổn thương di căn xương cột sống giữa cộng hưởng từ và xạ hình xương toàn thân.

Bảng 3.6 Đối chiếu khả năng phát hiện tổn thương di căn ở xương đốt sống giữa cộng hưởng từ và xạ hình xương

		Cộng hưởng từ		Tổng	Hệ số Kappa
		Dương tính	Âm tính		
Xạ hình xương	Dương tính	48	0	48	K= 0,28
	Âm tính	5	1	6	
Tổng		53	1	54	

Nhận xét: Đối chiếu khả năng phát hiện tổn thương di căn ở xương đốt sống giữa cộng hưởng từ và xạ hình xương có độ tương quan yếu (k=0,28)

Bảng 3.7 Liên quan giữa khả năng phát hiện tổn thương di căn cột sống điển hình bằng xạ hình xương với số lượng tổn

thương phát hiện trên cộng hưởng từ

		Số lượng tổn thương ngoài màng cứng phát hiện trên CHT	p
Kết quả xạ hình xương	Âm tính	2,8 ± 2,0	0,002
	Dương tính	15,2 ± 6,3	

Nhận xét: Số lượng tổn thương ngoài màng cứng phát hiện trên cộng hưởng từ ở nhóm có kết quả xạ hình xương dương tính cao hơn nhóm có kết quả xạ hình xương âm tính. Nhóm có kết quả xạ hình xương âm tính có số tổn thương trung bình trên cộng hưởng từ là 2,8 tổn thương. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm di căn cột sống. Tổn thương u ở cột sống được chia làm 3 loại: tổn thương u ngoài màng cứng, tổn thương u dưới màng cứng – ngoài tủy, tổn thương u nội tủy. Trong đó u ngoài màng cứng chiếm tỷ lệ cao nhất 50%. Hai loại u còn lại chiếm tỷ lệ lần lượt là 40-45% và 5-10%. Tổn thương ngoài màng cứng là những tổn thương có nguồn gốc ở thân sống sau đó phát triển lan rộng, xâm lấn vào khoang ngoài màng cứng và cuối cùng đè ép lên tủy màng cứng [3].

Nghiên cứu của chúng tôi quan sát thấy có 98,1% bệnh nhân có tổn thương ngoài màng cứng. Có 1 bệnh nhân có tổn thương di căn ở tủy sống mà không có tổn thương ngoài màng cứng kèm theo (chiếm 1,9%). Tỷ lệ tổn thương ở màng não – tủy và màng cứng lần lượt là 3,7% và 1,9%. Kết quả này có sự tương đồng với các nghiên cứu trước đây.

Tổng số tổn thương ngoài màng cứng ghi nhận được trên 53 bệnh nhân là 748 tổn thương. Số tổn thương trung bình ghi nhận ở mỗi bệnh nhân là 14,1. Số lượng tổn thương trung bình khá cao so với các nghiên cứu trước đây. Như vậy, thời điểm phát hiện di căn cột sống ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi khá muộn, khi đã có tổn thương di căn ở nhiều vị trí. Nguyên nhân có thể do 40,8% bệnh nhân trong nghiên cứu ở giai đoạn IV tại thời điểm khởi phát ung thư vú, trong đó có đến 22 bệnh nhân đã có di căn xương. Điều này cho thấy việc sàng lọc bệnh và quản lý tái phát di căn ở bệnh nhân ung thư vú chưa được thực hiện hiệu quả. Vì vậy, cần có sự kết hợp nhiều phương pháp hình ảnh để phát hiện sớm di căn ở cột sống. Việc đánh giá sớm

và chi tiết tổn thương di căn ở cột sống giúp làm thay đổi phân loại giai đoạn bệnh, hạn chế các biến chứng, kéo dài thời gian sống và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân ung thư.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 71,7% bệnh nhân có gãy xương bệnh lý. Chèn ép tủy sống và chùm đuôi ngựa cũng là biến chứng thường gặp, chiếm 54,7%. Nguyên nhân chèn ép tủy sống thường do tổn thương từ thân sống và thành phần sau đốt sống phát triển xâm lấn vào khoang ngoài màng cứng, nằm đè lên tủy màng cứng, gây hẹp ống sống và chèn ép vào tủy sống, chùm đuôi ngựa. Các triệu chứng báo hiệu bao gồm đau khu trú tại cột sống. Yếu chi, bí tiểu, rối loạn thần kinh bàng quang – trực tràng thường xuất hiện muộn khoảng vài tuần hoặc vài tháng sau khi có chèn ép. Gãy xương bệnh lý thường xảy ra ở những loại di căn dạng hủy xương, có thể chèn ép vào tủy sống, làm tăng nguy cơ tử vong cho những bệnh nhân ung thư vú có di căn xương [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, gãy thân sống thường xuất hiện ở đốt sống ngực và đốt sống thắt lưng với tỷ lệ lần lượt là 73,7% và 47,4%. Gãy đốt sống cổ ít gặp, chiếm 26,3%.

Một biến chứng nữa ghi nhận ở nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là tăng canxi máu, chiếm 47,2%. Đây là một biến chứng về chuyển hóa phổ biến ở những bệnh nhân di căn xương dạng hủy xương, nhất là thứ phát từ ung thư vú. Triệu chứng hay gặp ở những bệnh nhân này là buồn nôn, nôn, chán ăn, tiểu nhiều. Nặng nề hơn là xuất hiện các dấu hiệu toàn thân như mất nước, rối loạn điện giải và rối loạn tâm thần.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, 15,1% số bệnh nhân có tổn thương ngoài màng cứng đơn thuần (thân sống hoặc thành phần sau đốt sống) mà chưa xâm lấn vào vùng lân cận. Xâm lấn vào khoang ngoài màng cứng chiếm tỷ lệ lớn nhất, 81,1%. Tiếp đến là xâm lấn vào lỗ liên hợp gây chèn ép rễ thần kinh và xâm lấn mô mềm cạnh sống và xương sườn kế cận, chiếm tỷ lệ lần lượt là 69,8% và 33,9%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân có tổn thương di căn tủy sống mà không kèm bất kỳ tổn thương ngoài màng cứng và tổn thương ngoài tủy nào, chiếm tỷ lệ 1,9%. 2/54 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tổn thương di căn ở màng tủy, chiếm tỷ lệ 3,7%. Đặc điểm chung ở 3 bệnh nhân này là đều có kết hợp tổn thương thứ phát ở não. Cơ chế của loại di căn này chủ yếu theo đường máu hoặc xâm lấn trực tiếp từ tổn thương ở màng não – tủy. Triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân di căn tủy

sống là đau khu trú hoặc lan tỏa, tê rần, yếu chi một hoặc hai bên, rối loạn cảm giác. Chẩn đoán được thực hiện trên MRI với chuỗi xung T1W sau tiêm đối quang tử, với hình ảnh điển hình là bắt thuốc dạng nốt hoặc vòng nhẫn, phù tủy xung quanh^[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có triệu chứng đau vùng cổ và yếu chi trên 2 bên. Hình ảnh trên MRI cho thấy nốt tổn thương đơn độc ở tủy cổ, phù tủy xung quanh, bắt thuốc mạnh dạng vòng nhẫn. Bệnh nhân này có ghi nhận nhiều tổn thương di căn dạng vòng nhẫn tương tự ở bán cầu đại não 2 bên.

Di căn màng não – tủy là loại di căn hiếm gặp. Cơ chế của loại di căn này là do sự gieo rắc của tế bào ác tính theo đường máu đến màng não – tủy hoặc có thể do sự xâm lấn trực tiếp hoặc gieo rắc của tế bào di căn theo dịch não tủy từ não, tủy sống hoặc rễ thần kinh. Triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân là đau vùng cột sống, tê rần, yếu chi, rối loạn chức năng đại tiểu tiện.^[5] Chọc dịch não – tủy tìm tế bào ung thư là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh, tuy nhiên đây là xét nghiệm xâm lấn và có âm tính giả cao. MRI là phương pháp hình ảnh được ưu tiên lựa chọn với độ nhạy cao^[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 bệnh nhân có di căn đến màng tủy. Triệu chứng đau gặp ở cả 2 bệnh nhân, rối loạn tự chủ đại – tiểu tiện gặp ở 1 bệnh nhân. Hình ảnh ghi nhận trên cộng hưởng từ ở cả 2 bệnh nhân là dày không đều màng tủy ngực kéo dài đến nón tủy, bắt thuốc tương phản mạnh, đồng nhất.

Tổn thương di căn ở màng cứng ghi nhận ở 1 bệnh nhân, chiếm 1,9%. Bệnh nhân có kết hợp nhiều tổn thương ngoài màng cứng phát triển vào khoang ngoài màng cứng gây hẹp ống sống. Theo y văn, hai cơ chế di căn đến màng cứng thường gặp nhất là xâm lấn trực tiếp của tế bào ung thư ở tổn thương ngoài màng cứng vào màng cứng hoặc lan truyền theo đường máu^[6]. Di căn màng cứng được chẩn đoán chủ yếu trên MRI với chuỗi xung T1W sau tiêm đối quang tử. Hình ảnh thu nhận được là tổn thương dày không đều ở màng cứng, ngấm thuốc mạnh, đồng nhất.

4.2. Tương quan về khả năng phát hiện tổn thương di căn cột sống giữa cộng hưởng từ và xạ hình xương toàn thân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, xạ hình xương không phát hiện được 5/53 bệnh nhân có tổn thương di căn ngoài màng cứng trên cộng hưởng từ, chiếm 9,3%. Mức độ tương quan trong chẩn đoán di căn ngoài màng cứng của 2 phương pháp là mức độ kém ($k=0,28$). Nhóm

bệnh nhân có kết quả xạ hình xương âm tính có số lượng tổn thương di căn ngoài màng cứng phát hiện trên MRI trung bình là 2,8 tổn thương/1 bệnh nhân. Nghiên cứu cho thấy số lượng tổn thương di căn ngoài màng cứng trung bình trên cộng hưởng từ ghi nhận được ở nhóm bệnh nhân có xạ hình xương dương tính gấp 5 lần so với nhóm âm tính, và số lượng tổn thương ghi nhận ở nhóm bệnh nhân này >5 tổn thương/1 bệnh nhân, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Nguyên lý của xạ hình xương là tại các vùng xương bị phá hủy do tế bào di căn thường kèm theo tái tạo xương, dẫn đến tăng hoạt động chuyển hóa và hấp thu chất phóng xạ có chuyển hóa tương đồng với canxi, tạo nên những điểm "hot spot" trên xạ hình xương. Vì vậy, xạ hình xương rất nhạy trong phát hiện các tổn thương di căn xương. Tuy nhiên, các bệnh lành tính như viêm, thoái hóa, chấn thương cũng tăng bắt giữ chất phóng xạ. Ngoài ra, các tổn thương giảm mật độ phóng xạ (tổn thương lạnh) do hủy xương, thường gặp trong ung thư vú, cũng làm giảm tăng tỷ lệ âm tính giả. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các tổn thương nhỏ, đơn độc phát hiện trên cộng hưởng từ thường không phát hiện được trên xạ hình xương. Ketelsen và cộng sự (2008) cũng nhận định rằng cộng hưởng từ với các chuỗi xung T1W, STIR ưu việt hơn xạ hình xương trong chẩn đoán tổn thương di căn xương nhỏ và đơn độc.

MRI đánh giá chi tiết hình thái của xương và tủy xương. Độ nhạy trong chẩn đoán di căn xương của phương pháp này dao động từ 82% – 100%; độ đặc hiệu là 73% đến 100%. Cộng hưởng từ rất nhạy trong đánh giá di căn ở tủy xương. Tủy xương có tín hiệu cao trên chuỗi xung T1W, trong khi tổn thương di căn xuất hiện vùng giảm tín hiệu, phản ánh sự thay thế của tủy mỡ bởi tế bào khối u^[1]. Ngoài ra cộng hưởng từ có độ tương phản tốt hơn cắt lớp vi tính và xạ hình xương trong việc đánh giá mô mềm và tủy sống, phát hiện sự xâm lấn của khối u vào khoang ngoài màng cứng gây chèn ép tủy sống, đánh giá tình trạng đĩa đệm, rễ thần kinh, màng tủy và khối cơ cạnh sống^[8].

Qua nghiên cứu này, cộng hưởng từ cho thấy khả năng phát hiện sớm di căn cột sống, ngay cả khi không phát hiện được trên xạ hình xương. Thêm vào đó, hình thái và biến chứng của tổn thương di căn cột sống cũng được đánh giá rõ ràng hơn. Điều này góp phần quan trọng vào việc cân nhắc lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp cho bệnh nhân ung thư vú di căn cột

sống. Sự cải tiến không ngừng về kỹ thuật giúp cải thiện độ phân giải, cũng như ngày càng có nhiều chuỗi xung ra đời để giúp đánh giá toàn diện cột sống. Một số nghiên cứu trên thế giới về sử dụng chuỗi xung khuếch tán Diffusion trong đánh giá đáp ứng của tổn thương di căn cột sống sau xạ trị, cho kết quả khả quan.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm di căn cột sống

- Tổn thương ngoài màng cứng chiếm đa số với 98,1% số bệnh nhân. Tổn thương ở màng não – tủy, màng cứng và tủy sống ít gặp, với tỷ lệ lần lượt là 3,7%, 1,9% và 1,9%.

- Tổng số tổn thương ngoài màng cứng là 742 tổn thương / 53 bệnh nhân. Trung bình có 14,1 tổn thương trên mỗi bệnh nhân.

- Về các vấn đề liên quan đến xương (SREs) ở nhóm di căn ngoài màng cứng: đau vùng cột sống chiếm tỷ lệ cao nhất 75,5%, tiếp đó là gãy thân sống với tỷ lệ 71,7%. Chèn ép tủy sống chiếm 54,7% số bệnh nhân và tăng Canxi máu chiếm 47,2% số bệnh nhân.

- Tổn thương di căn có xâm lấn ở 45/53 bệnh nhân. Trong đó, xâm lấn vào khoang ngoài màng cứng gây hẹp ống sống thường gặp nhất với tỷ lệ 81,1%. Tiếp theo là xâm lấn vào lỗ liên hợp và xâm lấn vào mô mềm cạnh sống chiếm tỷ lệ lần lượt 69,8% và 33,9%.

- Hình ảnh tổn thương di căn ở màng cứng, màng não – tủy và tủy sống được đánh giá chủ yếu trên CHT với chuỗi xung T1W sau tiêm đối quang từ.

2. Mối tương quan về khả năng phát hiện tổn thương di căn cột sống giữa cộng hưởng từ và xạ hình xương toàn thân

- Xạ hình xương không phát hiện được 5/53 bệnh nhân có tổn thương di căn ngoài màng cứng trên cộng hưởng từ, chiếm 9,3%. Mức độ

tương quan trong chẩn đoán di căn ngoài màng cứng của 2 phương pháp là mức độ kém ($k=0,28$).

- Số lượng tổn thương ngoài màng cứng phát hiện trên cộng hưởng từ ở nhóm có kết quả xạ hình xương dương tính cao hơn nhóm có kết quả xạ hình xương âm tính. Nhóm có kết quả xạ hình xương âm tính có số tổn thương trung bình trên cộng hưởng từ là 2,8 tổn thương. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hamaoka T., Madewell J. E., Podoloff D. A. et al. (2004), "Bone imaging in metastatic breast cancer", J Clin Oncol. **22** (14), pp. 2942-2953.
2. Henk H. J., Kaura S. (2012), "Retrospective database analysis of the effect of zoledronic acid on skeletal-related events and mortality in women with breast cancer and bone metastasis in a managed care plan", J Med Econ. **15** (1), pp. 175-184.
3. Jacobs W. B., Perrin R. G. (2001), "Evaluation and treatment of spinal metastases: an overview", Neurosurg Focus. **11** (6), pp. e10.
4. Lee D. H., Nam J. K., Jung H. S. et al. (2017), "Does T1- and diffusion-weighted magnetic resonance imaging give value-added than bone scintigraphy in the follow-up of vertebral metastasis of prostate cancer?", Invest Clin Urol. **58** (5), pp. 324-330.
5. Mendez J. S., DeAngelis L. M. (2018), "Metastatic Complications of Cancer Involving the Central and Peripheral Nervous Systems", Neurol Clin. **36** (3), pp. 579-598.
6. Nayak L., Abrey L. E., Iwamoto F. M. (2009), "Intracranial dural metastases", Cancer. **115** (9), pp. 1947-1953.
7. Rykken J. B., Diehn F. E., Hunt C. H. et al. (2013), "Intramedullary spinal cord metastases: MRI and relevant clinical features from a 13-year institutional case series", AJNR Am J Neuroradiol. **34** (10), pp. 2043-2049.
8. Sciubba D. M., Gokaslan Z. L. (2006), "Diagnosis and management of metastatic spine disease", Surg Oncol. **15** (3), pp. 141-151.

BÁO CÁO NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP BỆNH XƠ HOÁ CỨ PHÁT HIỆN TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG (Tuberous sclerosis-TS)

Trần Văn Việt*

TÓM TẮT

*Trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Việt
Email: Tranvanviet2011@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 5.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 19.11.2020

Xơ cứng củ, hoặc phức tạp xơ cứng (TS), bao gồm "động kinh, trí thông minh thấp, u tuyến bẩm sinh", là một bệnh di truyền đa hệ thống hiếm gặp gây ra các khối u lành tính phát triển trong não và các cơ quan trọng khác như thận, tim, gan, mắt, phổi và da. Một sự kết hợp của các triệu chứng có thể bao gồm co giật, khuyết tật trí tuệ, chậm phát triển, các vấn đề hành vi, bất thường về da, và bệnh phổi và thận. TS là do đột biến của một trong hai gen, TSC1 và TSC2, mã

hóa cho các protein hamartin và tuberin, tương ứng. Những protein này hoạt động như các chất ức chế tăng trưởng khối u, các tác nhân điều hòa sự tăng sinh và sự phân hóa tế bào.

SUMMARY

REPORT A CASE TUBEROUS SCLEROSIS DETECT IN THE HAIDUONG CHILDREN HOSPITAL

Tuberous sclerosis, or tuberous sclerosis complex (TSC), (acronym of "epilepsy, low intelligence, adenoma sebaceum"), is a rare multisystem genetic disease that causes benign tumors to grow in the brain and on other vital organs such as the kidneys, heart, liver, eyes, lungs, and skin. A combination of symptoms may include seizures, intellectual disability, developmental delay, behavioral problems, skin abnormalities, and lung and kidney disease. TSC is caused by a mutation of either of two genes, TSC1 and TSC2, which code for the proteins hamartin and tuberin, respectively. These proteins act as tumor growth suppressors, agents that regulate cell proliferation and differentiation.[1]

II. BỆNH ÁN

Vũ xuân ngh 3 tháng tuổi

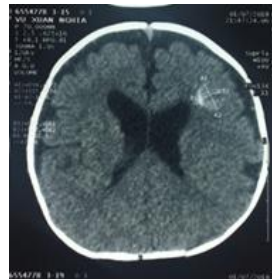
Đại chỉ. Việt Hưng- Kim thành - Hải Dương

Vào viện 29/6/2018. Trước đó, ở nhà trẻ sốt cao khoảng 38°C, đồng thời xuất hiện một cơn giật toàn thân, cơn co giật kéo dài khoảng 1 phút. Sau cơn giật trẻ tỉnh táo. Gia đình đưa trẻ vào BV trẻ em Hải phòng điều trị khoảng 12 ngày, có chụp CLVT, chụp MRI không rõ kết quả CLVT và MRI) chẩn đoán sốt cao co giật nhưng điều trị không đỡ, sau đó vào viện nhi Hải Dương. Ở BV nhi, tại thời điểm thăm khám trẻ tỉnh, không có giật, không sốt, không nôn, họng đỏ, tim đều, chẩn đoán lâm sàng nghi động kinh. Kết quả siêu âm bụng, siêu âm thóp: không thấy bất thường

CLVT sọ não không tiêm thuốc cản quang thấy xuất hiện khối kích thước 14x 10 mm ở thùy trán đỉnh bên trái, khối tăng nhẹ tỷ trọng, giới hạn rõ, không thấy phù não xung quanh, vùng ngoại biên khối có nốt vôi hóa nhỏ. Chẩn đoán. chưa loại trừ xơ hóa củ.



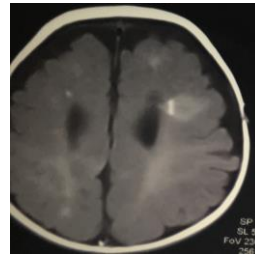
Ảnh không tiêm thuốc cản quang



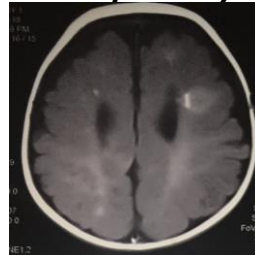
Kích thước 14x 10 mm

Cộng hưởng từ sọ não: Hình ảnh nhiễu ổ thương dưới vỏ não ở bán cầu đại não hai bên, tăng tín hiệu trên ảnh T2W và flair, giảm tín hiệu trên ảnh T1W, không thấy hiệu ứng khối, ranh giới rõ, không có phù não. Không thấy ngấm thuốc đối quang từ sau tiêm. Ngoài ra còn thấy nhiều cấu trúc lõi vào trong lòng não thất hai bên, kích thước < 5 mm. Tổn thương này giống như tín hiệu chất trắng trên các chuỗi xung. Hệ thống não thất giãn

Kết luận: Tổn thương bệnh xơ hóa củ, giãn não thất.

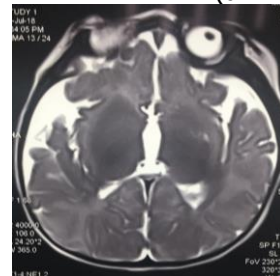


MRI tư thế axial. Ảnh T1W khối tăng tín hiệu ở thùy trán đỉnh, não thất

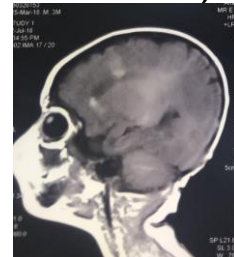


MRI tư thế axial. Ảnh T1W khối tăng tín hiệu ở thùy trán đỉnh, não thất

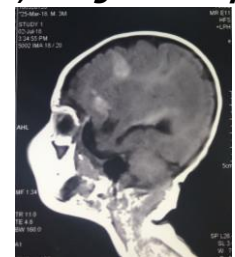
(ảnh sau tiêm)

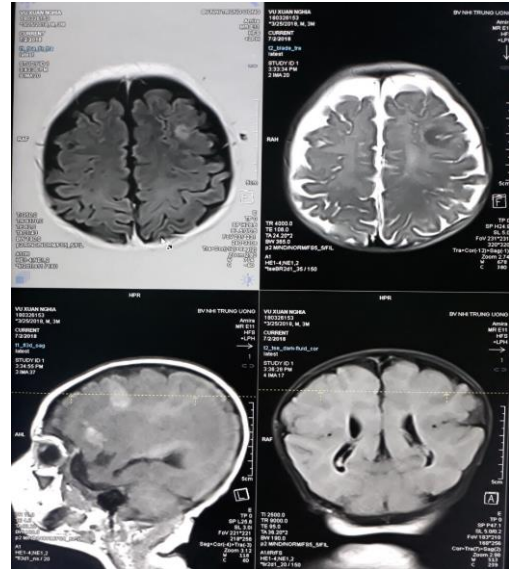
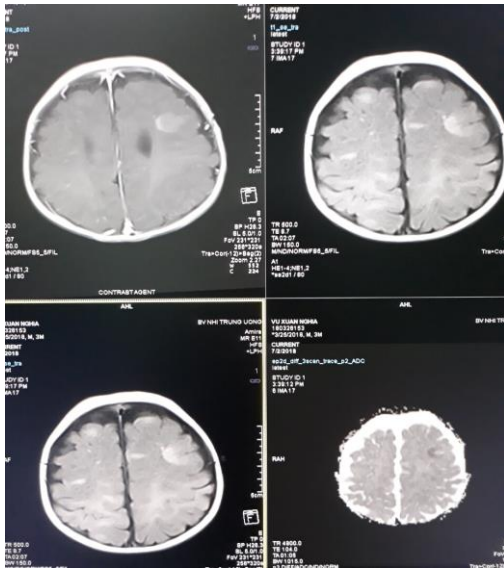


MRI. Tư thế axial, ảnh T2W, khối giảm tín hiệu



Ảnh T1W, hướng cắt Coronal ảnh T1





MRI sọ não trên ảnh Flair

IV. BÀN LUẬN

1. Định nghĩa. Bệnh xơ cứng củ (TS) là một bệnh lý thần kinh, da đặc trưng bởi các thay đổi Hamartoma trong não, thận, phổi, da, tim và các cơ quan khác. Bệnh xơ cứng củ (Bourneville), bác sĩ người Pháp, được mô tả năm 1880. Nó là bệnh di truyền bởi gen trội trên NST thường.

Tam chứng lâm sàng của bệnh xơ cứng củ bao gồm động kinh, u tuyến bã (u sợi mạch vùng mặt) và chậm phát triển trí tuệ. Không phải bệnh nào cũng có tam chứng cổ điển này, tuy nhiên quá nửa bệnh nhân có trí tuệ bình thường và khoảng một phần tư không có động kinh. Những phát hiện những tổn thương phổ biến bao gồm như những củ ở vỏ hoặc nốt dưới màng não tủy, những bất thường chất trắng, u cơ vân và AML thận. Sự đa dạng trong tổn thương của bệnh xơ cứng củ nên chẩn đoán dựa vào sự phát hiện một hoặc nhiều tổn thương. Chẩn đoán dựa trên lâm sàng và hình ảnh học với dấu chính và phụ.

2. Triệu chứng và dấu hiệu bệnh xơ cứng củ. Bệnh xơ cứng củ xuất hiện từ lúc mới sinh, nhưng các dấu hiệu và triệu chứng có thể không khởi phát ngay lập tức. Việc chẩn đoán được thực hiện ở thời điểm 10 tuổi. Hầu hết người bệnh chỉ có các khối u ở một phần của cơ thể, chẳng hạn như trên da. Các triệu chứng nghiêm trọng có thể bao gồm các vấn đề về học tập và trí thông minh, nhưng nhiều người vẫn có thể có chỉ số thông minh bình thường hoặc cao hơn bình thường. Ngoài ra triệu chứng thường gặp là những đốm trắng trên da (thường ở chân) và mụn đỏ trên mặt. Các triệu chứng khác là da chân thô ráp. Men răng có thể bị tróc và chứng

co thắt hoặc co giật có thể xảy ra. Sự phát triển thần kinh hoặc thể chất có thể bị đình trệ.

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán TS (Roach và cộng sự 1998):

Dấu hiệu chính:

- U sợi mạch vùng mặt hoặc U sợi ở móng hoặc quanh móng.
- Nhiều nốt trong củng mạc
- Củ vỏ não
- Nốt dưới màng não thất
- U tế bào hình sao dưới màng não thất; U cơ vân, U cơ trơn bạch mạch (LAM); AML thận

Dấu hiệu phụ:

- Nhiều vết lõm trong men răng
- Nhiều polyp (Hamartoma) trực tràng, nang xương;
- U xơ lợi răng
- Nhiều nang thận
- Đốm ở võng mạc
- Hamartoma ngoài thận

Chẩn đoán xác định: Hai dấu hiệu chính hoặc một dấu chính với hai dấu phụ.

Chẩn đoán có thể: Một dấu chính và một dấu phụ

Chẩn đoán nghi ngờ: Một dấu chính hoặc hai dấu phụ

4. Liên quan ở thần kinh trung ương

4.1 Củ vỏ não: Là phát triển bất thường vỏ não với đặc trưng mất lớp cấu trúc bình thường của vỏ và xuất hiện những tế bào thần kinh loạn hình thái và lớn các tế bào hình sao. Liên quan các triệu chứng thần kinh kèm theo như động kinh, mất nhận thức. Gần 50% xuất hiện ở thùy trán mặc dù nó có thể xuất hiện mọi nơi trong

nhu mô não từ vỏ đến chất trắng, thường xuất hiện nhiều ổ.

MRI thường thấy rõ hơn trên CLVT trong tìm kiếm củ vỏ não. Thường có tín hiệu tăng trên FLAIR và T2W kèm giảm tín hiệu trên T1W ở vùng vỏ và dưới vỏ. Sau khi tiêm thuốc đối quang từ thì khoảng 10% tổn thương bắt thuốc. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ thì củ vỏ não có thể không thấy rõ trên T2W (Do não thiếu bao myelin) và xác định trên T1W.

4.2 Những nốt dưới màng não thất:

Những nốt dưới vỏ xuất hiện thay đổi Hamartoma mô dưới màng não thất và thường xuất hiện nhiều nốt. CLVT là phương pháp tốt xác định tổn thương vôi hóa là phổ biến. Những nốt nhỏ đậm độ canxi dọc hai bên não thất bên.

MRI nốt dưới màng não thất là tăng tín hiệu trên T1W và đồng đến tăng tín hiệu trên T2W. Nốt dưới màng não thất có xu hướng tín hiệu thấp hơn trên T2W so với củ vỏ não. Cần phân biệt nốt dưới màng não thất với sự lạc chỗ dưới màng não thất. Tuy nhiên sự lạc chỗ sẽ đồng với chất xám trên mọi chuỗi xung MRI, trong khi nốt dưới màng não thất có tín hiệu thay đổi và thường gặp đồng tín hiệu với chất trắng.

4.3. Bất thường chất trắng: Những bất thường chất trắng bề mặt với củ vỏ não; Những dải tia chất trắng; Những tổn thương giống nang. Những bất thường chất trắng bề mặt phản ánh giảm myelin hoặc tăng thần kinh đệm và tăng tín hiệu trên T2W và giảm trên T1W. Những dải tia chất trắng phản ánh những phát triển thay đổi dọc theo những vị trí di chuyển của những tế bào thần kinh và tế bào đệm. Chúng thường liên quan chất trắng hai bên hay gặp thùy trán và ít phổ biến ở tiểu não. Trên MRI là những đường thẳng mỏng hoặc dải cong hoặc tam giác tăng tín hiệu trên T2W và đồng đến giảm T1W chạy từ não thất hoặc chất trắng cạnh não thất đến bề mặt sâu của củ vỏ não hoặc vỏ não bình thường.

5. Liên quan ở thận. AML thận thường gặp khoảng 55%–75% trong bệnh nhân TS, gần 20% bệnh nhân AML có TS. Bệnh thận phổ biến thứ hai kèm theo của TS là những nang thận. Hiếm hơn là bệnh ung thư thận cũng có xuất hiện trong bệnh TS. AML là u phổ biến nhất lành tính của thận đặc trưng bởi các bất thường mạch máu, cơ trơn chưa trưởng thành và những tế bào mỡ. AML thấy trong TS xu hướng người trẻ tuổi với nhiều tổn thương, lớn, hai bên và phát triển. Biến chứng hay gặp là vỡ AML do những bất thường mạch máu mà thường là phình mạch. Hình ảnh CLVT là chẩn đoán đặc hiệu của AML

bởi xác định mỡ trong khối u có cấu trúc hỗn hợp. Nang thận hoặc bệnh thận đa nang có thể thấy trong TS. Khác với AML thận nang thận xuất hiện trong trẻ em trẻ. Hình ảnh CLVT là nhiều nang thận hai bên.

6. Điều trị bệnh xơ cứng củ. Phương pháp điều trị tùy thuộc vào tình trạng bệnh. Một số người bị bệnh nhẹ có thể không cần điều trị. Các khối u da có thể được loại bỏ bằng tia laser hoặc phẫu thuật. Thuốc có thể điều trị động kinh. Phẫu thuật để bỏ các khối u bên trong cơ thể, chẳng hạn như trong thận hoặc não. Trẻ em cần được kiểm tra các vấn đề về mặt tâm thần, hành vi và phát triển. Nếu can thiệp sớm có thể giúp bé phát triển tốt trong học tập. Bệnh này có tác động suốt cuộc đời. Ngay cả sau khi điều trị thì vẫn cần phải kiểm tra thường xuyên. Việc điều trị có thể lặp đi lặp lại nhiều lần nếu các khối u phát triển trở lại.

V. KẾT LUẬN

TS có thay đổi rộng của triệu chứng lâm sàng và hình ảnh kèm theo. TS cần nghi ngờ khi vài triệu chứng xuất hiện phổ biến bao gồm liên quan hệ thần kinh trung ương, AML thận và ngay cả khi không có dấu hiệu lâm sàng. Nhận biết hình ảnh của biểu hiện các cơ quan khác nhau là điều cần thiết để chẩn đoán đúng và giúp ích cho việc tìm kiếm các bất thường khác.

Phương pháp chụp cộng hưởng từ (MRI) được tiến hành để tìm kiếm các khối u. Phương pháp ghi điện tâm đồ, siêu âm tim giúp xác định xem tim có bị ảnh hưởng không. Mắt được kiểm tra để tìm kiếm sự bất thường. Xét nghiệm, siêu âm thận được tiến hành để đánh giá thận. Như vậy các bác sỹ ở các chuyên khoa khác nhau cùng tham gia vào việc chăm sóc, tìm kiếm căn bệnh rối loạn phức tạp này.

Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm não, chụp CLVT và MRI sọ não

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Matoko ishii, Koichiro asano (2012).** Tuberous sclerosis diagnosed by incidental Computer Tomography findings of multifocal micronodular pneumocyte hyperplasia: a case report. Journal of medical case report
- 2. Gary gerard and Leon Werberg (1987).** Tuberous Sclerosis CT findings and differential diagnosis. Pergamon Journal Ltd
- 3. Yuichi Inone, Yutaka nemoto (1998).** CT and MR Imaging of cerebral Tuberous Sclerosis. Brain and development 20
- 4. Radiographics November December 2008** 28:e32; Published online September 4, 2008
- 5. Neuroimaging of Tuberous Sclerosis:** Spectrum of Pathologic Findings and Frontiers in ImagingAm. J. Roentgenol., May 2008; 190: W304 - W309

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ XQUANG BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA CHÂM CỨU DƯỠNG SINH/VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN QUÂN ĐỘI NĂM 2019

Nguyễn Vinh Quốc*, Đỗ Thị Tuyền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá đặc điểm lâm sàng và Xquang các bệnh nhân thoái hóa khớp gối. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 45 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối, điều trị tại Khoa Châm cứu dưỡng sinh/Viện Y học cổ truyền Quân đội từ 9/2019 - 3/2020, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Đánh giá đặc điểm chung các đối tượng nghiên cứu, mức độ đau theo thang điểm VAS, mức độ rối loạn hoạt động khớp gối theo thang điểm Lequesne, mức độ hạn chế tầm vận động khớp gối, thể lâm sàng theo Y học cổ truyền và đặc điểm tổn thương khớp gối trên Xquang. **Kết quả:** nữ giới mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao (55,56%), tuổi mắc bệnh trung bình $64,84 \pm 10,86$ (năm). 71,11% đối tượng là lao động trí óc. 95,56% thuộc thể Can thận âm hư và thể Hạc tất phong theo Y học cổ truyền. Điểm VAS trung bình $5,47 \pm 1,01$, điểm Lequesne trung bình $13,47 \pm 2,00$, ROM trung bình gấp khớp gối $105,89 \pm 10,24$ (độ) và duỗi khớp gối $10,36 \pm 3,08$ (độ). Tổn thương khớp gối trên phim Xquang giai đoạn II và III chiếm 97,78%. **Kết luận và kiến nghị:** thoái hóa khớp gối gây ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống, lao động và sinh hoạt của người bệnh. Có thể sử dụng Xquang quy ước như một công cụ sàng lọc ban đầu cho tất cả các bệnh nhân có đau khớp gối nhằm phát hiện sớm các tổn thương thoái hóa khớp gối.

Từ khóa: thoái hóa khớp gối, đặc điểm lâm sàng, Xquang khớp gối.

SUMMARY

CLINICAL AND RADIOLOGICAL FEATURES OF THE KNEE OSTEOARTHRITIS PATIENTS AT ACUPUNCTURE AND HEALTHPRESER ACTION DEPARTMENT/MILITARY INSTITUTE OF TRADITIONAL MEDICINE IN 2019

Objectives: To evaluate the clinical features and radiology of knee osteoarthritis patients. **Subjects and method:** 45 patients were diagnosed with osteoarthritis of knee, were getting treatment at Acupuncture and Healthpreser Action Department, Military Institute of Traditional Medicine from 9/2019 - 3/2020, regardless of gender, occupation, volunteer for research. Generalizing the characterization of the patients, the pain score on the VAS scale, the degree of knee joint dysfunction according to Lequesne scale,

the limited degree of movement of the knee joint, the clinical form according to traditional medicine and X-ray knee joint injury characteristics. **Results:** the number of female suffered from the disease take high percentage (55.56%), the age average is 64.84 ± 10.86 (years). 71.11% of the object were intellectual work. 95.56% of the object were Ganshenyinxu and Hexifeng according to traditional medicine. The average VAS score were 5.47 ± 1.01 , the average Lequesne score were 13.47 ± 2.00 . The average ROM folded knee were 105.89 ± 10.24 (degree) and stretch knee were 10.36 ± 3.08 (degree). 97.78% of knee injuries on X-ray were stage II and III. Conclusion and recommendations: knee osteoarthritis greatly affects the quality of work and life of patients. Conventional radiographs can be used as a primary screening tool for all patients with knee pain to detect knee osteoarthritis injuries early.

Keywords: knee osteoarthritis, clinical features, X-ray of the knee.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối (THKG) là bệnh khá phổ biến ở người cao tuổi, là nguyên nhân chủ yếu gây đau và tàn phế, chỉ đứng thứ 2 sau bệnh lý tim mạch [1]. Trong xã hội hiện đại, với tuổi thọ trung bình ngày càng cao và sự gia tăng béo phì, tỷ lệ THKG ngày càng tăng, ảnh hưởng đáng kể tới chất lượng cuộc sống và chi phí xã hội để chăm sóc và điều trị người bệnh [1]. THKG là bệnh tiến triển chậm, triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, việc chẩn đoán THKG hiện nay chủ yếu vẫn dựa vào lâm sàng và tổn thương cấu trúc trên Xquang theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Thấp khớp học Mỹ (American College Rheumatology - ACR) [1].

Trong quá trình khám chữa bệnh, khoa Châm cứu dưỡng sinh/Viện Y học cổ truyền Quân đội đã tiếp nhận điều trị nhiều bệnh nhân THKG. Để có cơ sở định hướng phát triển chuyên sâu đối với chuyên ngành xương khớp tại Viện, xây dựng quy trình chăm sóc điều trị THKG bằng các phương pháp Y học cổ truyền phù hợp, hiệu quả, góp phần mang lại sức khỏe cho người bệnh. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá đặc điểm lâm sàng và Xquang các bệnh nhân THKG điều trị tại Khoa Châm cứu dưỡng sinh/Viện Y học cổ truyền Quân đội năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 45 bệnh nhân

*Viện Y học cổ truyền Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vinh Quốc

Email: quocnguyenvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 24.11.2020

(BN) tuổi 39 - 85, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp. Được chẩn đoán THKG theo tiêu chuẩn Hội thấp khớp học Mỹ - ACR (1991) [1], điều trị tại Khoa Châm cứu dưỡng sinh/Viện Y học cổ truyền Quân đội từ tháng 09/2019 - tháng 3/2020, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Không đưa vào nghiên cứu những trường hợp bệnh khớp gối không do thoái hóa (chấn thương, gãy xương, lao khớp gối, ung thư khớp, nhiễm khuẩn).

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, phân tích, tổng hợp số liệu qua hồ sơ bệnh án các BN đang điều trị tại Khoa Châm cứu dưỡng sinh/Viện Y học cổ truyền Quân đội.

2.3. Chỉ tiêu theo dõi và đánh giá

- Đặc điểm chung các BN nghiên cứu: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, chỉ số khối cơ thể.

- Đặc điểm lâm sàng các BN nghiên cứu: triệu chứng lâm sàng tại khớp gối (cứng khớp, lực khục tại khớp, dấu hiệu bào gổ); đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analog Scales), phân thành các mức độ: không đau, đau nhẹ, đau vừa, đau nặng; đánh giá mức độ rối loạn hoạt động khớp gối theo thang điểm Lequesne, phân thành các mức độ rối loạn nhẹ, trung bình, nặng, rất nặng, nghiêm trọng; đánh giá mức độ hạn chế tầm vận động khớp gối (ROM), phân thành các mức độ không hạn chế, hạn chế nhẹ, hạn chế trung bình, hạn chế nặng [1]; thể lâm sàng theo YHCT (Phong hàn thấp tý, Phong thấp nhiệt tý, Can thận hư, Hạc tất phong) [2].

- Đặc điểm tổn thương khớp gối trên Xquang quy ước: phân loại tổn thương THKG trên XQ theo 4 giai đoạn của Kellgren và Lawrence [1].

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0 for Windows. Sử dụng các thuật toán tính tỷ lệ phần trăm, tính số trung bình, độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung các đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung các đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu		Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	38 - 45	2	4,44
	46 - 55	12	26,67
	56 - 65	7	15,56
	66 - 75	14	31,11
	>75	10	22,22
	Tuổi trung bình (năm; $\bar{x} \pm SD$): 64,84 $\pm$ 12,10 (39 – 85)		
Giới tính	Nam	20	44,44
	Nữ	25	55,56

Nghề nghiệp	Lao động trí óc	13	28,89
	Lao động chân tay	32	71,11
Chỉ số BMI (kg/m ²)	< 18,5	2	4,44
	18,5 ≤ 23	24	53,33
	23 ≤ 25	17	37,78
	25 < 29,99	2	4,44
	≥ 30	0	0
	BMI trung bình ($\bar{x} \pm SD$): 22,03 ± 2,12 (16,89 - 27,41)		

Tuổi trung bình các đối tượng nghiên cứu 64,84 $\pm$ 12,10 (năm), nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 66 - 75 (31,11%). Tỷ lệ BN nữ nhiều hơn nam (55,56% so với 44,44%). Đối tượng mắc bệnh chủ yếu là những BN lao động chân tay (71,11%). Chỉ số khối cơ thể trung bình là: 22,03 $\pm$ 2,12 trong đó nhóm quá cân (BMI $\geq$ 23) chiếm 42,22%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng và mức độ đau khớp gối theo thang điểm VAS

Chỉ tiêu		Số lượng	Tỷ lệ %
Triệu chứng lâm sàng	Cứng khớp	35	77,78
	Lực khục tại khớp	42	93,33
	Dấu hiệu bào gổ	31	68,89
Mức độ đau khớp gối	Không	0	0
	Nhẹ	0	0
	Vừa	35	77,78
	Nặng	10	22,22
	VAS trung bình ($\bar{x} \pm SD$)		5,47 $\pm$ 1,01

Phần lớn các BN đều có biểu hiện lâm sàng của THKG tại khớp. Tất cả đều đau khớp gối mức độ vừa và nặng khi vào điều trị, trong đó 22,2% đau nặng và 77,8% đau vừa. Điểm VAS trung bình là 5,47 $\pm$ 1,01 (điểm).

Bảng 3. Mức độ rối loạn hoạt động khớp gối theo thang điểm Lequesne

Mức độ rối loạn hoạt động	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhẹ	0	0
Trung bình	0	0
Nặng	2	4,44
Rất nặng	20	44,44
Nghiêm trọng	23	51,12
Điểm Lequesne trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	13,47 $\pm$ 2,00	

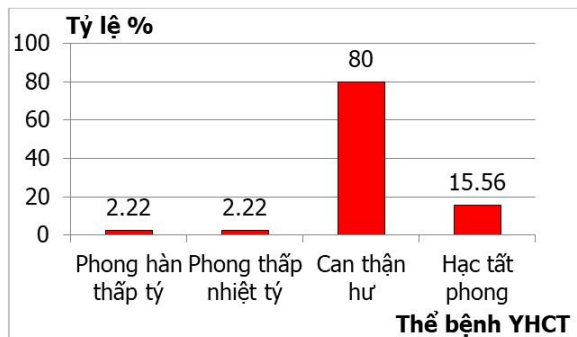
Tất cả BN đều có rối loạn hoạt động khớp gối từ mức độ nặng trở lên. Trong đó 51,12% có rối loạn ở mức nghiêm trọng và 44,44% ở mức rất nặng, điểm Lequesne trung bình là 13,47 $\pm$ 2,00.

Bảng 4. Mức độ hạn chế tầm vận động

khớp gối

Mức độ hạn chế	Gấp		Duỗi	
	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%
Không	0	0	31	68,89
Nhẹ	10	22,22	11	24,44
Trung bình	35	77,78	3	6,67
Nặng	0	0	0	0
ROM trung bình (độ; $\bar{X} \pm SD$)	105,89 $\pm$ 10,24		10,36 $\pm$ 3,08	

77,8% BN hạn chế gấp khớp gối ở mức độ trung bình và 22,2% ở mức độ nhẹ, ROM trung bình gấp khớp gối 105,89 $\pm$ 10,24 (độ). 14 BN có hạn chế duỗi (31,1%) mức trung bình và nhẹ với ROM trung bình 10,36 $\pm$ 3,08 (độ).

**Biểu đồ 1. Phân bố thể bệnh theo YHCT**

Thể can thận âm hư chiếm đa số (80,0%), tiếp đến là thể Hạc tất phong (phong hàn thấp tỷ kết hợp can thận âm hư) với tỷ lệ 15,56%. Các thể phong hàn thấp tỷ và phong thấp nhiệt tỷ chiếm tỷ lệ thấp với mỗi thể chỉ gặp 01 BN.

3.3. Mức độ tổn thương khớp gối trên XQuang**Bảng 5. Các giai đoạn X quang theo Kellgren và Lawrence**

Giai đoạn	Số lượng	Tỷ lệ %
I	1	2,22
II	36	80,0
III	8	17,78
IV	0	0
Tổng	45	100

Phần lớn các BN THKG xuất hiện tổn thương trên phim chụp XQ giai đoạn II và III theo Kellgren và Lawrence (80% giai đoạn II và 17,78% giai đoạn III), không có BN tổn thương ở giai đoạn IV.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung các bệnh nhân nghiên cứu. Tuổi trung bình của BN THKG trong nghiên cứu là 64,84 $\pm$ 10,86 năm, cao tuổi

nhất là 85 và ít tuổi nhất là 39 tuổi. Nghiên cứu của một số tác giả trong nước về tuổi THKG cũng cho kết quả tương tự: Đinh Quốc Hưng (2016) nhận thấy tuổi mắc THKG trung bình là 65,35 $\pm$ 9,8 (năm) trong đó thấp nhất là 46 và cao nhất là 85 tuổi, Phan Thị Thu Thảo (2014) nhận thấy tuổi mắc THKG trung bình 69,13 $\pm$ 8,25 (năm) [3],[4]. Hầu hết các BN THKG trong nghiên cứu có độ tuổi trên 45 (95,56%) trong đó lứa tuổi nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 66 - 75 (31,11%). Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định của hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước, THKG ít gặp ở tuổi dưới 40 nhưng tỷ lệ mắc bệnh sẽ tăng dần đến tuổi 80 [5]. Theo Hawamdeh và cộng sự, sự gia tăng THKG cùng với tuổi là do những thay đổi tại sụn khớp, yếu cơ, mất tế bào sụn, mất tính mềm dẻo của xương dưới sụn, đáp ứng thần kinh cơ không đầy đủ... dẫn đến tăng phá hủy sụn khớp [6]. Đa số các nghiên cứu đều cho rằng tuổi tác không phải là nguyên nhân tất yếu gây THKG nhưng rõ ràng đây là yếu tố nguy cơ của bệnh [3], [4], [5], [6], [7].

Trong nghiên cứu, 55,5% BN THKG là nữ. Theo nhận định của chúng tôi, kết quả này là phù hợp. Các nghiên cứu dịch tễ học đều cho rằng THK gối thường gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới đặc biệt sau tuổi mãn kinh. Nữ giới sau mãn kinh thường có sự mất cân bằng giữa quá trình tạo xương và hủy xương, nồng độ estrogen giảm, interleukin 1 tăng dẫn tới nguy cơ THK [1], [4], [6], [7]...

Yếu tố nghề nghiệp đã được chứng minh là một trong các yếu tố nguy cơ gây THKG, đặc biệt là những người làm công việc phải mang vác nặng hoặc đi bộ nhiều hoặc đứng lâu làm tăng sức đè nặng lên bề mặt khớp, quá mức chịu đựng của sụn gây ra các vi chấn thương, biến đổi cơ học và sinh hóa sụn khớp dẫn đến thoái hóa sụn khớp [1]. Tỷ lệ những người lao động chân tay, công việc nặng nhọc trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với những người lao động trí óc, công việc nhẹ nhàng (bảng 1), phù hợp với nhận định của nhiều nghiên cứu trong nước đã thực hiện [3], [4], [7]...

Cùng với tuổi tác và yếu tố nghề nghiệp thì chỉ số khối cơ thể cũng là yếu tố thúc đẩy THK, đặc biệt là các khớp chịu lực như khớp gối, khớp háng. Theo cơ chế bệnh sinh THK thì yếu tố cơ học (trong đó có béo phì) góp phần khởi phát cũng như là yếu tố nguy cơ làm trầm trọng hơn quá trình thoái hóa của sụn khớp [1]. Tỷ lệ BN thừa cân và béo phì (BMI > 23) trong nghiên cứu của chúng tôi là 42,22%, tương tự với kết quả

nghiên cứu của một số tác giả trong nước đã thực hiện[3],[4],[7]... Do vậy việc kiểm soát cân nặng, tránh béo phì là vấn đề cần thiết và có ý nghĩa rất quan trọng trong điều trị THK gối.

4.2. Đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân nghiên cứu. Đau là triệu chứng chính khiến bệnh nhân phải nhập viện điều trị. Đau trong THK gối có thể do gai xương làm kéo căng các tận cùng thần kinh ở màng xương hoặc do kích thích từ các rạn nứt nhỏ xương dưới sụn gây ra. Đau trong THKG là đau kiểu cơ học, đau tăng khi vận động, nhất là khi làm các động tác tác động lên khớp gối, giảm và hết khi nghỉ ngơi [1]. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 35 BN cứng khớp chiếm 77,78%, 42 BN có lực khục tại khớp (93,33%) và 31 BN (68,89%) có dấu hiệu bào gồ. 100% các BN đều đau khớp gối mức độ vừa và nặng, điểm VAS trung bình là $5,47 \pm 1,01$ (điểm). Kết quả này tương đương nghiên cứu của Đình Quốc Hưng (2016): tỷ lệ cứng khớp 100%, lực cục trong khớp 93,4%, dấu hiệu bào gồ 53,3% và điểm VAS trung bình là $6,9 \pm 0,9$ (điểm) [3].

Đau là nguyên nhân gây hạn chế chức năng hoạt động và tầm vận động khớp gối. Để đánh giá chức năng hoạt động và tầm vận động khớp gối có nhiều thang điểm được sử dụng [1]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang điểm Lequesne và WOMAC để đánh giá, đây là những bộ thang điểm tương đối toàn diện, đánh giá tình trạng đau về đêm, đau khi đứng, tình trạng cứng khớp, khả năng di chuyển... Điểm cải thiện chất lượng sống của BN THKG thường được đánh giá qua cải thiện những thang điểm này [1], [7]... Kết quả nghiên cứu cho thấy tất cả BN đều có rối loạn hoạt động khớp gối từ mức độ nặng trở lên (51,12% có rối loạn ở mức nghiêm trọng và 44,44% ở mức rất nặng) với điểm Lequesne trung bình là $13,47 \pm 2,00$. ROM trung bình gấp khớp gối $105,89 \pm 10,24$ (độ) và $10,36 \pm 3,08$ (độ) với duỗi khớp gối. Phù hợp với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác [3], [4], [7]... Đây cũng chính là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tàn phế. Vì vậy phát hiện bệnh và điều trị sớm, quản lý tốt các BN THKG, hạn chế các biến chứng sẽ góp phần giảm bớt gánh nặng cho bản thân người bệnh, cho gia đình và xã hội.

Về phân bố thể bệnh theo YHCT, kết quả cho thấy thể can thận âm hư chiếm đa số (80,0%), thể Hạc tất phong chiếm 15,56%, thể phong hàn thấp tý và phong thấp nhiệt tý chiếm tỷ lệ thấp (2,22%). Kết quả này theo chúng tôi là phù hợp, tuổi trung bình các BN THKG trong nghiên cứu là $64,84 \pm 10,86$ với tuổi thấp nhất là 39, theo

YHCT, ở độ tuổi này chính khí của cơ thể con người bắt đầu giảm sút: thận khí kém dần, thiên quý kiệt, công năng của các tạng phủ có chiều hướng suy giảm do đó bệnh tật dễ phát sinh. Các yếu tố ngoại tà nhân cơ hội chính khí (đáp ứng miễn dịch) của cơ thể suy giảm xâm nhập làm cho bệnh tình có xu hướng tái đi tái lại và diễn biến nặng dần, ảnh hưởng tới chức năng vận động khớp gối cũng như khả năng sinh hoạt của người bệnh [2], [3], [4], [7]... Do vậy việc tăng cường khả năng miễn dịch (chính khí) tại khớp cũng như toàn cơ thể đóng vai trò hết sức quan trọng trong phòng và điều trị THKG nói riêng cũng như bệnh lý của cơ thể nói chung.

4.3. Mức độ tổn thương khớp gối trên Xquang. Theo nhiều nghiên cứu, để chẩn đoán THKG thì chỉ cần phim Xquang khớp gối thẳng kết hợp với phim nghiêng/và hoặc phim chụp khớp gối thẳng trục là đủ, đây cũng là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán THKG theo tiêu chuẩn của hội thấp khớp học Hoa Kỳ ACR (1991) [1]. Xquang qui ước cho thấy hình ảnh gai xương, hẹp khe khớp và đặc xương dưới sụn, ngoài ra có thể thấy các hốc nhỏ lẫn vào mô xương dưới sụn [1], [6]. Đây là những hình ảnh đặc trưng của THKG, dựa vào các tổn thương trên hình ảnh Xquang Kellgren và Lawrence phân chia thành 4 giai đoạn [1]. Kết quả trong nghiên cứu cho thấy tổn thương trên phim chụp Xquang giai đoạn II và III chiếm đa số (97,78%), chỉ có 2,22% BN tổn thương giai đoạn I và không có BN tổn thương khớp gối giai đoạn IV. Kết quả này tương tự nhận định của Đình Quốc Hưng (2016) khi nghiên cứu trên 60 BN THKG cho kết quả về Xquang có thương tổn giai đoạn II và III chiếm 91,7% và không có BN tổn thương giai đoạn IV [3]. Nguyễn Giang Thanh và cộng sự (2013), Phan Thị Thu Thảo và cộng sự (2014) cũng có nhận xét tương tự [4], [7]. Theo chúng tôi, có thể sử dụng Xquang quy ước như một công cụ sàng lọc ban đầu cho tất cả các BN có đau khớp gối nhằm phát hiện sớm các tổn thương THKG.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Thoái hóa khớp gối là bệnh lý gặp nhiều ở nữ giới. Tuổi càng lớn thì tỷ lệ mắc càng cao, tuổi trung bình $64,84 \pm 10,86$. Đau khớp gối kiểu cơ học 100% với điểm VAS trung bình là $5,47 \pm 1,01$. Bệnh gây ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống, lao động và sinh hoạt của người bệnh với điểm Lequesne trung bình $13,47 \pm 2,00$, ROM trung bình gấp khớp gối $105,89 \pm 10,24$ (độ) và duỗi khớp gối $10,36 \pm 3,08$ (độ). Tổn

thương khớp gối trên phim chụp Xquang quy ước giai đoạn II và III chiếm 97,78%. Thể can thận âm hư và thể Hạc tất phong theo Y học cổ truyền chiếm 95,56%. Ít gặp thể phong hàn thấp tý và phong thấp nhiệt tý đơn thuần.

Có thể sử dụng Xquang quy ước như công cụ sàng lọc ban đầu cho tất cả các bệnh nhân có đau khớp gối nhằm phát hiện sớm các tổn thương thoái hóa khớp gối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Hoàng Kiệm (2018).** "Thoái hóa khớp gối", Bệnh thoái hóa khớp, chẩn đoán, điều trị và dự phòng, Nhà xuất bản Thể thao và Du lịch, Hà Nội.
2. **Học viện Quân y - Bộ môn Y học cổ truyền (2011).** Chứng ty. Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, 354-362.
3. **Đinh Quốc Hưng (2016).** Đánh giá tác dụng giảm đau của Hoàn chỉ thống trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Phan Thị Thu Thảo và cộng sự (2014).** Tác dụng giảm đau của cao lỏng Hoàng Kinh trong điều trị thoái hóa khớp gối. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 95 (5), 62-67.
5. **Zhang W, Doherty M, Peat G (2010).** EULAR evidence - based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. Ann Rheum Dis, 69, 483-489.
6. **Hawamdeh M.Z, Al-Ajlouni M.J (2013).** The clinical pattern of knee osteoarthritis in Jordan A hospital based study. International Journal of medical sciences, 10 (6), 790-795.
7. **Nguyễn Giang Thanh và cộng sự (2013).** Hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng phương pháp kết hợp giữa cây chỉ và bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 85 (5), 78 - 85.

Kiến thức và thực hành trong xử trí một số bệnh thông thường của cán bộ y tế tuyến xã tại 3 tỉnh Ninh Bình, Hải Phòng và Sơn La năm 2018

Nguyễn Thị Thu Cúc¹, Nguyễn Thế Vinh¹, Trần Thị Mai Oanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng về kiến thức và thực hành trong xử trí một số bệnh thông thường, bao gồm bệnh tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ), tiêu chảy cấp trẻ em, viêm phổi trẻ em của bác sỹ/y sỹ trực tiếp khám chữa bệnh tại tuyến xã thuộc 3 tỉnh Ninh Bình, Hải Phòng và Sơn La năm 2018. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 44 đối tượng là bác sỹ/y sỹ tại 18 xã của 6 huyện thuộc 3 tỉnh Ninh Bình, Hải Phòng và Sơn La năm 2018. **Kết quả và kết luận:** Kiến thức và thực hành trong xử trí một số bệnh thông thường của bác sỹ/y sỹ tại tuyến xã còn hạn chế; tỷ lệ có kiến thức đúng trong xử trí bệnh thông thường dưới 60%, tỷ lệ chẩn đoán đúng bệnh THA độ 1 chỉ đạt 45,5%, tỷ lệ có kiến thức đúng về điều trị bệnh ĐTĐ tuýp 2 là 27,3%, vẫn còn tình trạng kê đơn thuốc chưa hợp lý. Cần tăng cường đào tạo, tập huấn nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ cho các bác sỹ, y sỹ để đảm bảo chất lượng và tăng sự tiếp cận sử dụng dịch vụ y tế của người dân tại trạm y tế xã.

Từ khóa: tăng huyết áp, đái tháo đường, tiêu chảy cấp trẻ em, viêm phổi trẻ em, y tế xã.

SUMMARY

AN ASSESSMENT OF THE DOCTOR ABILITY

¹Viện Chiến lược và Chính sách y tế, Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Mai Oanh

Email: tranmaioanh@hspi.org.vn

Ngày nhận bài: 9.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2020

Ngày duyệt bài: 25.11.2020

AT COMMUNE HEALTH STATION IN NINH BINH, HAI PHONG, AND SON LA PROVINCES OF VIETNAM, 2018

Objective: The study set out to assess the clinical knowledge and practice of healthcare providers at commune health stations (CHS). **Methods:** A cross-section study of 44 doctors/assistant doctors (doctors) was performed at 18 CHSs in Ninh Binh, Hai Phong, and Son La provinces (Vietnam) in 2018. A series of structured medical vignettes for four common outpatient conditions (hypertension category I, diabetes type II, acute diarrhea in children, and child pneumonia) was presented to doctors. Doctors' performance was evaluated using their responses to the medical vignettes, comparing them to the set of clinical guidelines for the management of these cases in Vietnam. **Results and conclusion:** In general, the clinical knowledge and practice of doctors at the CHSs were relatively limited. Most of the knowledge questions were just correctly answered by less than 60% of the doctors. After being presented with essential patient history and physical examination information, doctors were generally able to reach a correct diagnosis in three of the four cases tested (>70%), except for hypertension category I (45.5%). The proportion of doctors giving proper treatment was different between cases, ranged from 27% (diabetes type II) to 93% (acute diarrhea in children). Besides that, some doctors still proposed harmful treatment by prescribing unreasonable prescriptions of drugs (e.g. antibiotics or drug combination). It is necessary to strengthen the training for doctors at the CHSs to improve the quality of health service delivery, as well as to increase the accessibility to health care services

for people at the CHSs.

Keywords: hypertension, diabetes, acute diarrhea in children, and child pneumonia, commune health station.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mạng lưới y tế cơ sở (YTCS) được qui định bao gồm y tế quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, y tế xã, phường, thị trấn và y tế thôn bản [1]. Y tế tuyến cơ sở đóng vai trò đặc biệt quan trọng trong hệ thống y tế, là tuyến đầu tiên cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, đảm bảo cho mọi người dân được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí thấp nhất. Giải pháp củng cố hoàn thiện và nâng cao chất lượng tuyến YTCS là định hướng ưu tiên của ngành y tế, góp phần giảm tải cho tuyến trên, bảo đảm công bằng, hiệu quả trong công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

Trạm y tế xã (TYT) là đơn vị có chức năng cung cấp, thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trên địa bàn xã [2]. Tuy nhiên, trong những năm gần đây TYT xã cũng đang phải đối mặt với nhiều vấn đề khó khăn, bắt cập từ nhiều góc độ khác nhau như cơ cấu tổ chức và quản lý, nguồn nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc, tài chính, ... [3]. Hạn chế về nguồn nhân lực tuyến xã đang được nhìn nhận là một trong những vấn đề tác động lớn đối với sự phát triển của tuyến YTCS. Bên cạnh sự thiếu hụt về số lượng, chất lượng của nhân lực y tế tuyến xã cũng là một vấn đề đáng được quan tâm. Bài báo này trình bày kết quả đánh giá về kiến thức và thực hành trong xử trí một số bệnh thông thường (bao gồm: tăng huyết áp, đái tháo đường, tiêu chảy cấp trẻ em, viêm phổi trẻ em) của các bác sỹ/y sỹ tuyến xã thông qua phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi định lượng. Đây là một phần trong nội dung của nghiên cứu Đánh giá thực trạng hoạt động của trạm y tế xã tại ba tỉnh Ninh Bình, Hải Phòng, Sơn La do Tổ chức Y tế thế giới hỗ trợ về kỹ thuật và tài chính cho Viện Chiến lược và Chính sách Y tế thực hiện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là tất cả các bác sỹ/y sỹ đang trực tiếp khám chữa bệnh của 18 TYT xã trên địa bàn 3 tỉnh Ninh Bình (Đồng

bằng), Hải Phòng (đô thị) và Sơn La (miền núi). Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 8/2018 đến tháng 12/2018. Tại mỗi tỉnh lựa chọn 2 huyện, mỗi huyện chọn 3 trạm y tế xã ở 3 vùng theo Quyết định 4667/QĐ-BYT ngày 7/11/2014 ban hành Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi định lượng về kiến thức và thực hành của 44 bác sỹ/y sỹ đang tham gia khám chữa bệnh tại 18 trạm y tế xã của 3 tỉnh nghiên cứu.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu thu thập được nhập vào máy tính bằng phần mềm Epi-Data và được phân tích bằng phần mềm Stata 14.0.

Đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích nghiên cứu và phương pháp thực hiện. Đồng thời, đối tượng được dừng tham gia bất kỳ thời điểm nào đối tượng muốn mà không ảnh hưởng đến lợi ích hay quyền lợi cá nhân. Kết quả nghiên cứu hoàn toàn phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học, không vì bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung. Khảo sát được thực hiện đối với 44 bác sỹ/y sỹ tại 18 trạm y tế xã, thuộc 3 tỉnh/thành phố bao gồm Hải Phòng, Ninh Bình và Sơn La. Bảng 1 mô tả một số thông tin chung của các y, bác sỹ tham gia phỏng vấn. Số đối tượng phỏng vấn có chức danh bác sỹ là 16 người (chiếm 36%) và y sỹ là 28 người (chiếm 64%), đây đều là những cán bộ chịu trách nhiệm khám chữa bệnh tại trạm y tế. Trong đó, 43% số cán bộ là nam và 57% là nữ; 100% số bác sỹ/y sỹ được phỏng vấn là dân tộc Kinh ở các tỉnh đồng bằng, riêng tỉnh Sơn La thuộc khu vực miền núi có tỷ lệ cán bộ dân tộc Kinh là 40%. Trung bình số tuổi của các bác sỹ/y sỹ trong khảo sát là 43 tuổi, dao động từ 26 đến 55 tuổi. Số năm làm chuyên môn và số năm làm việc tại TYT đạt trung bình là 17 năm, trong đó cán bộ có kinh nghiệm làm việc trẻ nhất là 2 năm và cao nhất là 33 năm. Đối với chức vụ quản lý, có 21/44 đối tượng phỏng vấn là trạm trưởng hoặc trạm phó tại TYT, với số năm làm quản lý trung bình là 11 năm, người giữ chức vụ quản lý lâu nhất là 27 năm.

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

	Hải Phòng (n=12)	Ninh Bình (n=17)	Sơn La (n=15)	Chung (n=44)
Số đối tượng cán bộ phỏng	12	17	15	44

vấn (người)				
Bác sỹ (%)	50% (6)	29,4% (5)	33,3% (5)	36,4% (16)
Y sỹ (%)	50% (6)	70,6% (12)	66,7% (10)	63,6% (28)
Tuổi trung bình (min – max)	46,3 (26 – 54)	42,3 (27 – 55)	40,1 (28 – 53)	42,7 (26 – 55)
Giới tính: Nam (%)	25% (3)	52,9% (9)	46,7% (7)	43,2 (19)
Nữ (%)	75% (9)	47,1% (8)	53,3% (8)	56,8% (25)
Dân tộc – Kinh (%)	100% (12)	100% (17)	40,0% (6)	79,6% (35)
Chức danh quản lý				
Trạm trưởng/phó	58,3% (7)	35,3% (6)	53,3% (8)	47,7% (21)
Không làm quản lý	41,7% (5)	64,7% (11)	47,7% (7)	52,3% (23)
Trung bình số năm làm việc tại TYT	20,6 (3 – 29)	16,5 (2 – 30)	14,6 (2 – 33)	17 (2 – 33)
Trung bình số năm làm chuyên môn	20,6 (3 – 29)	16,8 (2 – 30)	15,7 (7 – 33)	17,4 (2 – 33)
Trung bình số năm làm quản lý (tính trên cán bộ đang giữ chức vụ quản lý TYT)	10 (2 – 21)	11,3 (1 – 19)	11,8 (1 – 27)	11,1 (1 – 27)

3.2. Kiến thức trong xử trí một số bệnh thông thường

Đối với một số các bệnh thông thường tại cộng đồng bao gồm tiêu chảy cấp trẻ em, viêm phổi trẻ em, tăng huyết áp, đái tháo đường, tỷ lệ bác sỹ/y sỹ có kiến thức đúng trong xử trí bệnh có sự khác biệt lớn giữa các trường hợp bệnh

được hỏi. Tuy nhiên, tỷ lệ cán bộ có kiến thức đúng này tương đối hạn chế, chỉ đạt dưới 60% cho phần lớn các câu hỏi, ngoại trừ tỷ lệ trả lời đúng cho chỉ số nhịp thở nhanh của trẻ <36 tháng tuổi là 70%, và đưa ra được các nhóm thuốc hạ áp sử dụng điều trị khởi đầu cho bệnh nhân tăng huyết áp độ 1 là 80%.

Bảng 2. Đánh giá kiến thức của bác sỹ/y sỹ với một số bệnh thông thường

	Hải Phòng (n=12)	Ninh Bình (n=17)	Sơn La (n=15)	Chung (n=44)
Tiêu chảy cấp trẻ em				
Tỷ lệ bác sỹ/y sỹ trả lời đúng về 4 dấu hiệu mất nước chính trong tiêu chảy ở trẻ				
0 dấu hiệu	0	0	0	0
1 dấu hiệu	25% (3)	23,5% (4)	13,3% (2)	20,4% (9)
2 dấu hiệu	16,7% (2)	41,2% (7)	46,7% (7)	36,4%(16)
3 dấu hiệu	50% (6)	23,5% (4)	40% (6)	36,4%(16)
Cả 4 dấu hiệu	8,3% (1)	11,8% (2)	0	6,8% (3)
Tỷ lệ bác sỹ/y sỹ trả lời đúng về phác đồ điều trị tiêu chảy có mất nước ở trẻ	50% (6)	41,2% (7)	86,7%(13)	59,1%(26)
Viêm phổi trẻ em				
Tỷ lệ bác sỹ/y sỹ trả lời đúng chỉ số nhịp thở nhanh của trẻ 36 tháng tuổi	91,7% (11)	76,5% (13)	46,7% (7)	70,5%(31)
Tỷ lệ bác sỹ/y sỹ trả lời đúng về các kháng sinh ban đầu có thể lựa chọn để điều trị viêm phổi ở trẻ < 5 tuổi	50% (6)	76,5% (13)	40% (6)	56,8%(25)
Tăng huyết áp				
Tỷ lệ bác sỹ/y sỹ trả lời đúng về ngưỡng chẩn đoán THA độ 2	25% (3)	35,3% (6)	20% (3)	27,3%(12)
Tỷ lệ bác sỹ/y sỹ trả lời đúng về các nhóm thuốc hạ áp có thể sử dụng để điều trị khởi đầu cho bệnh nhân THA độ 1	83,3% (10)	76,5% (13)	86,7%(13)	81,8%(36)
Đái tháo đường				
Tỷ lệ bác sỹ/y sỹ trả lời đúng về ngưỡng chỉ số đường máu khi đói trong chẩn	66,7% (8)	41,2% (7)	33,3% (5)	45,5%(20)

đoán xác định đái tháo đường				
Tỷ lệ bác sỹ/y sỹ trả lời đúng về nội dung quản lý bệnh nhân ĐTĐ tại tuyến xã				
0 nội dung	0	17,7% (3)	7,7% (1)	9,5% (4)
1 nội dung	8,3% (1)	11,7% (2)	23,1% (3)	14,3% (6)
2 nội dung	41,7% (5)	17,7% (3)	15,4% (2)	23,8% (10)
3 nội dung	50% (6)	52,9% (9)	53,9% (7)	52,4% (22)
Cả 4 nội dung	0	0	0	0

3.3. Thực hành trong xử trí một số bệnh thông thường. Nhằm đánh giá năng lực của bác sỹ/y sỹ trong thực hành xử trí các bệnh thông thường, khảo sát sử dụng một loạt tình huống bệnh được xây dựng dựa trên 4 bệnh thông thường tại cộng đồng bao gồm: tiêu chảy cấp trẻ em, viêm phổi trẻ em, đái tháo đường (ĐTĐ) tuýp 2, tăng huyết áp (THA) độ 1. Đối với mỗi tình huống đưa ra, các thông tin cơ bản về bệnh lý của bệnh nhân và một số kết quả khám, kết quả xét nghiệm cận lâm sàng sẽ được cung cấp, theo đó bác sỹ/y sỹ sẽ được yêu cầu đưa ra những chẩn đoán, cách điều trị và tư vấn phù hợp. Các câu trả lời từ đối tượng được phỏng vấn sẽ được các bác sỹ lâm sàng đánh giá dựa trên các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị do Bộ Y tế ban hành và sẽ được đánh giá ở 2 nội dung:

chẩn đoán bệnh đúng và điều trị bệnh hợp lý [4, 5, 6, 7]. Nhìn chung, các bác sỹ/y sỹ được phỏng vấn có thể dựa trên những thông tin lâm sàng cơ bản để đưa ra chẩn đoán và điều trị bệnh hợp lý, tuy nhiên kết quả đánh giá cho thấy tỷ lệ cán bộ có năng lực trong điều trị bệnh hợp lý còn tương đối hạn chế.

Đối với thực hành chẩn đoán bệnh: Kết quả bảng 3 chỉ ra rằng 3/4 tình huống đưa ra có tỷ lệ bác sỹ/y sỹ chẩn đoán bệnh đúng đạt ở mức cao, với tỷ lệ cán bộ chẩn đoán đúng bệnh viêm phổi trẻ em là 95,4%, tiếp đến là trên 70% đối với bệnh tiêu chảy trẻ em và ĐTĐ tuýp 2. Riêng đối với bệnh THA độ 1, tỷ lệ chẩn đoán đúng chỉ đạt khoảng 45% do phần lớn các chẩn đoán sai đều nhầm sang chẩn đoán THA độ 2.

Bảng 3. Tỷ lệ bác sỹ/y sỹ có chẩn đoán bệnh ĐÚNG (%)

Trường hợp bệnh	Hải Phòng (n=12)	Ninh Bình (n=17)	Sơn La (n=15)	Chung (n=44)
Tiêu chảy trẻ em	66,7% (8)	70,6% (12)	80% (12)	72,7% (32)
Viêm phổi trẻ em	100% (12)	88,2% (15)	100% (15)	95,4% (42)
ĐTĐ tuýp 2	83,3% (10)	70,6% (12)	60% (9)	70,5% (31)
THA độ 1	41,7% (5)	47,1% (8)	46,7% (7)	45,5% (20)

Đối với thực hành điều trị bệnh: Tỷ lệ bác sỹ/y sỹ có kiến thức đúng về điều trị bệnh được thể hiện trong bảng 4, theo đó tỷ lệ điều trị bệnh hợp lý lần lượt là 93,2%, 88,6%, 59,1%, và 27,3% đối với tiêu chảy trẻ em, THA, Viêm phổi trẻ em, và ĐTĐ tuýp 2.

Bảng 4. Tỷ lệ bác sỹ/y sỹ có kiến thức ĐÚNG về điều trị bệnh (%)

Trường hợp bệnh	Hải Phòng (n=12)	Ninh Bình (n=17)	Sơn La (n=15)	Chung (n=44)
Tiêu chảy trẻ em	100% (12)	94,1% (16)	86,7% (13)	93,2% (41)
Viêm phổi trẻ em	66,7% (8)	70,6% (12)	40% (6)	59,1% (26)
ĐTĐ tuýp 2	33,3% (4)	35,3% (6)	13,3% (2)	27,3% (12)
THA độ 1	91,7% (11)	94,1% (16)	80% (12)	88,6% (39)

Khi đối chiếu với các hướng dẫn điều trị hiện hành, vẫn còn những trường hợp bác sỹ/y sỹ đưa ra thêm những chỉ định thuốc/xử trí có thể gây hại cho bệnh nhân (< 12%), chủ yếu là vấn đề kê thêm thuốc kháng sinh hoặc phối hợp sử dụng thuốc chưa hợp lý. Các trường hợp này xảy ra ở các nhóm bác sỹ/y sỹ có điều trị đúng và điều trị chưa hợp lý. (bảng 5)

Bảng 5. Đánh giá sử dụng thuốc/xử trí CÓ HẠI trong điều trị

Trường hợp bệnh	Tỷ lệ bác sỹ/y sỹ có điều trị CÓ HẠI theo trường hợp bệnh và theo đánh giá điều trị	Tỷ lệ bác sỹ/y sỹ có điều trị CÓ HẠI theo trường hợp bệnh (n=44)
Tiêu chảy trẻ em	Điều trị đúng: n=41	9,1% (4/44)
	Điều trị sai: n=3	

Viêm phổi trẻ em	Điều trị đúng: n=26	0/26	0/44
	Điều trị sai: n=18	0/18	
Đái tháo đường tuýp 2	Điều trị đúng: n=12	0/12	4,6% (2/44)
	Điều trị sai: n=32	6,3% (2/32)	
Tăng huyết áp độ 1	Điều trị đúng: n=39	0/39	4,6% (2/44)
	Điều trị sai: n=5	40% (2/5)	
	Điều trị sai: n=6	83,3% (5/6)	

IV. BÀN LUẬN

Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại TYT xã hạn chế do kiến thức và kỹ năng của bác sỹ/y sĩ hạn chế. Tỷ lệ bác sỹ/y sĩ có kiến thức đúng trong xử trí bệnh thông thường đạt dưới 60% cho phần lớn các câu hỏi. Trong thực hành xử trí các bệnh thông thường, các bác sỹ/y sĩ dựa trên những thông tin lâm sàng cơ bản để đưa ra chẩn đoán và điều trị bệnh hợp lý nhưng tỷ lệ cán bộ có năng lực trong điều trị bệnh hợp lý, kê đơn thuốc hợp lý còn hạn chế. Tăng huyết áp và đái tháo đường là hai bệnh có tỷ lệ người dân mắc cao và có thể điều trị được ngay tại TYT xã nhưng kiến thức và thực hành của bác sỹ/y sĩ về hai bệnh này còn chưa cao. Đối với bệnh THA, phần lớn các chẩn đoán còn nhầm giữa THA độ 1 và độ 2, tỷ lệ bác sỹ/y sĩ có kiến thức đúng về điều trị bệnh ĐTĐ tuýp 2 chỉ đạt 27,3%, duy chỉ có kiến thức về sử dụng nhóm thuốc hạ áp để điều trị khởi đầu cho bệnh nhân THA độ 1 là đạt trên 80%.

V. KẾT LUẬN

Đào tạo, tập huấn nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ cho các bác sỹ, y sỹ để đảm bảo chất lượng và tăng sự tiếp cận sử dụng dịch vụ y

tế của người dân tại trạm y tế xã. Chú trọng đào tạo các kiến thức liên quan đến tư vấn, điều trị và quản lý bệnh không lây nhiễm có tỷ lệ mắc cao như THA, ĐTĐ. Trong hình thức đào tạo phải kết hợp dài hạn với ngắn hạn, đào tạo liên tục, kết hợp trung ương với địa phương, chuẩn hóa các loại hình đào tạo ở cấp quốc gia về chương trình các loại hình đào tạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **thủ tướng chính phủ**, quyết định 2348/qđ-ttg phê duyệt đề án xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới.
2. **bộ y tế**, thông tư số 33/2015/tt-byt ngày 27/10/2015 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế xã, phường, thị trấn
3. **trần thị mai oanh, dương đức thiện**. vai trò của y tế cơ sở đối với đảm bảo công bằng trong chăm sóc sức khỏe. tạp chí chính sách y tế, 2015; 14, 44-47.
4. **bộ y tế**, quyết định 3192/qđ-byt ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. 2010.
5. **bộ y tế**, quyết định 3879/qđ-byt ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết – chuyển hoá. 2014.
6. **bộ y tế**, quyết định 101/qđ-byt ban hành hướng dẫn xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em. 2014.
7. **bộ y tế**, quyết định 4121/qđ-byt về việc ban hành "tài liệu hướng dẫn xử trí tiêu chảy ở trẻ em". 2009

ĐÁNH GIÁ TỈ LỆ TAI BIẾN BIẾN CHỨNG CỦA KỸ THUẬT TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 TỪ 1/2018 ĐẾN 5/2020

Đinh Ngọc Hà¹, Nguyễn Phú Việt²,
Trần Văn Hình², Nguyễn Văn Luân²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện 198

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Hà

Email: bshadn@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020

Ngày duyệt bài: 20.11.2020

Mục tiêu: đánh giá tỉ lệ tai biến biến chứng của kỹ thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 322 bệnh nhân được tán sỏi qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 05 năm 2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình $52,02 \pm 11,15$ (20 - 86) tuổi, nam / nữ = 1,25 / 1. Tổng cộng có 56 biến chứng được ghi nhận trên 322 bệnh nhân. Theo phân loại Clavien đã sửa đổi, cấp 0, I, II, IIb, IVa, IVb được quan sát thấy ở 266 (82,61%), 25 (7,76%), 24 (7,45%), 2 (0,62%), 3 (0,93%) , và 2 (0,62%)

bệnh nhân, tương ứng. Sốt thoáng qua (13,66%) là biến chứng thường gặp nhất, sau đó là truyền máu (3,72%). Các biến chứng cá nhân khác xảy ra trong ít hơn 2,2% trường hợp. Ở những bệnh nhân bị sỏi san hô, các biến chứng độ I, II, IIb và IVa thường gặp hơn đáng kể. **Kết luận:** Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (mini-PCNL) là một phương pháp điều trị sỏi thận ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: tai biến biến chứng, tán sỏi qua da đường hầm nhỏ

SUMMARY

EVALUATION COMPLICATIONS OF MINI PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY IN THE 103 MILITARY HOSPITAL

Objective Evaluation complications of mini-percutaneous nephrolithotomy for the treatment of renal calculi in the 19-8 hospital. **Subjects and methods:** 322 patients underwent mini-percutaneous nephrolithotomy for the treatment of renal calculi in the 19-8 hospital from Jun 2016 to Mar 2019. **Results:** Mean age 52.02 ± 11.15 (20 – 86) years, male/female = 1.25/1. A total of 56 complications were documented in 322 patients. According to the modified Clavien classification, grade 0, I, II, IIb, IVa, IVb were observed in 266 (82.61%), 25 (7.76%), 24 (7.45%), 2 (0.62%), 3 (0.93%), and 2 (0.62%) patients, respectively. Transient fever (13.66%) was the most common complication, followed by transfusion (3.72%). Other individual complications occurred in less than 2.2% of cases. In patients with staghorn stones, grade I, II, IIb, and IVa complications were significantly more common. **Conclusion** Percutaneous nephrolithotomy with small tracts (mini-PCNL) is a method of treatment renal calculi less invasive, safe, effective.

Keywords: complications, mini percutaneous nephrolithotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường tiết niệu là bệnh phổ biến trên thế giới, chiếm 1% đến 15% dân số, tần suất mắc bệnh phụ thuộc vào tuổi, giới tính, chủng tộc và vị trí địa lý [1]. Với sự ra đời của các phương pháp điều trị ít xâm lấn, hầu hết các trung tâm tiết niệu trên toàn thế giới báo cáo phẫu thuật mở điều trị sỏi thận chỉ còn từ 1 đến 5,4% các trường hợp [2].

Ra đời từ rất sớm vào năm 1976, nhưng tán sỏi thận qua da (percutaneous nephrolithotomy - PCNL) chỉ thực sự phát triển vào những năm 90 của thế kỷ trước. Với phương pháp này, tỉ lệ sạch sỏi sau mổ từ 71,4 đến 95%, được xem là kết quả lý tưởng trong điều trị sỏi thận [3]. Tuy nhiên, tỉ lệ tai biến biến chứng (TBBC) của PCNL lại khá cao so với các kỹ thuật khác, tỉ lệ này dao động từ 20% đến 83% tùy theo từng nghiên cứu [4]. Thực tế đã có nhiều thay đổi trong kỹ thuật trong những năm gần đây, trong đó việc

thay thế đường hầm tiêu chuẩn (sPCNL) bằng đường hầm nhỏ (mPCNL) cùng với năng lượng laser thực sự là bước tiến lớn của kỹ thuật và đã dần thay thế cho sPCNL trong phần lớn chỉ định điều trị sỏi thận.

Từ năm 2015, kỹ thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ được thực hiện tại Bệnh viện Quân y 103. Cho đến nay, trên 1000 bệnh nhân đã được thực hiện điều trị sỏi thận bằng phương pháp này. Để trả lời câu hỏi việc thay đổi kích thước đường hầm có làm thay đổi tỉ lệ TBBC của kỹ thuật chúng tôi thực hiện nghiên cứu "đánh giá tai biến, biến chứng của kỹ thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận tại Bệnh viện Quân y 103 từ 1/2018 đến 5/2020".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận và được điều trị bằng kỹ thuật mPCNL 18Fr tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2018 đến tháng 5/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả phân tích các ca lâm sàng.
- Cỡ mẫu: Công thức tính cỡ mẫu chọn mẫu thử nghiệm lâm sàng với test kiểm định cho tương quan từ hai phía.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \left[\frac{p(1-p)}{d^2} \right]$$

Với khoảng tin cậy 95%, thì $\alpha = 0,05$ và $Z_{0,975} = 1,96$. Sai số mong muốn 5%, lấy tỉ lệ TBBC của Seitz và cs (2012) [5] là 20,85% làm kỳ vọng thì cỡ mẫu cần tối thiểu 254 bệnh nhân (BN).

- Thu thập và sử lý số liệu: Thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án. Các số liệu nghiên cứu được thu thập, phân tích theo những quy tắc thống kê y học.

2.3. Quy trình kỹ thuật

- Dụng cụ tại phòng mổ:

+ Dàn máy nội soi của hãng Karl Storz: bao gồm màn hình, camera, nguồn sáng Xenon 300W.

+ Ống soi niệu quản bán cứng 6°, cỡ 8,5Fr của hãng Karl Storz. Ống soi thận tán sỏi cỡ 12Fr (Karl Storz).

+ Máy phát tia laser Holmium của hãng Accu-tech công suất 80W, dây laser tán sỏi đường kính 550 μ m.

+ Máy bơm nước liên tục của hãng Accu-tech, dịch bơm NaCl 0,9%.

+ Máy siêu âm ACUSON P300, đầu dò Convex 3,5 MHz.

+ Bộ nong thận bằng nhựa bán cứng (từ 8-18 Fr)

+ Một số dụng cụ khác: thông niệu quản kích cỡ 7Fr, sonde Foley 16Fr dẫn lưu thận, sonde JJ 7Fr, guidewire...

- Quy trình kỹ thuật:

+ **Thì 1:** BN nằm ngửa tư thế sản khoa, soi bàng quang đặt catheter niệu quản ngược dòng. Nối catheter với hệ thống bơm nước NaCl 0,9% vào thận. Đặt sonde Foley 16Fr niệu đạo – bàng quang, bơm bóng 10ml nước cất. Cố định thông niệu quản vào thông foley và cố định 2 thông vào mặt trong đùi BN.

+ **Thì 2:** Chọc dò và nong, tạo đường hầm vào thận. Chuyển BN sang tư thế nằm sấp. Đặt gối độn ở dưới vai, cánh tay dang ra 90° và để thấp hơn vai, cẳng tay thấp hơn cánh tay. Đặt một gối độn khác ở vùng bụng – thắt lưng hơi lệch sang bên thận mổ để nâng cao vùng hông lưng lên khoảng 30° và giữ cố định thận khi chọc dò. Gập 2 đùi xuống 10 -15° để mông không bị nhô lên, cản trở thao tác khi soi thận. Xác định vị trí chọc trên đường nách sau, sao cho khoảng cách từ điểm này tới đỉnh đài thận là ngắn nhất, hướng trùng với đài thận định chọc, tạo với mặt phẳng lưng khoảng 40 – 45°. Rạch da 10mm và tiến hành chọc vào đài thận dưới hướng dẫn siêu âm. Khi kim vào đài thận giãn sẽ có dấu hiệu kim chạm sỏi hoặc rút nòng kim thấy nước tiểu chảy ra. Luồn dây dẫn đường qua kim vào đài bể thận. Tiến hành nong đường hầm bằng bộ nong nhựa từ 8Fr tới 18Fr. Đặt Amplatz 18Fr để hoàn thành quá trình tạo đường hầm.

+ **Thì 3:** Đặt máy soi và tán sỏi, bằng Laser Holmium. Các mảnh sỏi được lấy ra ngoài nhờ áp lực của dòng nước được bơm vào. Sau khi tán và lấy sỏi, kiểm tra xem còn sót sỏi hay không bằng cách soi trực tiếp. Kiểm soát tình trạng sạch sỏi qua nội soi trực tiếp hoặc siêu âm. Thời gian tán sỏi không quá 90 phút. Nếu còn sỏi sẽ để lại cho lần tán sỏi thận qua da thứ 2.

+ **Thì 4:** Đặt sonde JJ niệu quản và dẫn lưu thận. Kết thúc phẫu thuật, đưa máy soi tìm ra bể thận, khúc nối, luồn dây dẫn đường xuống NQ và bàng quang. Rút ống thông niệu quản, đặt thông JJ xuôi dòng theo dây dẫn đường. Đặt dẫn lưu thận ra da bằng sonde Foley 16Fr, bơm bóng 1 – 3ml.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu. 322 BN có độ tuổi $52,02 \pm 11,15$ tuổi (20-86 tuổi), độ tuổi tập trung từ 40-60 tuổi (60,2%). Tỷ lệ mắc bệnh nam/nữ ~ 2,25/1, tỷ lệ mắc sỏi ở thận phải và trái tương đồng không có sự khác biệt. Chỉ số khối cơ thể trung bình: $22,49 \pm 2,64$ (16-30,8). BMI bình

thường có 247 BN (76,7%), thiếu cân 17 BN (5,3%), thừa cân và béo phì có 58 BN (18%).

Bảng 1. Đặc điểm của sỏi

		Số lượng	Tỷ lệ %
Thận có sỏi	Thận P	159	49,4
	Thận T	163	50,6
Hình thái sỏi theo Guy	Độ I	134	41,6
	Độ II	120	37,3
	Độ III	33	10,2
	Độ IV	34	10,9
Mức độ ứ nước thận	Không ứ nước	28	8,7
	Ứ cục bộ	11	3,5
	Độ 1	150	46,5
	Độ 2	104	32,3
	Độ 3	29	9

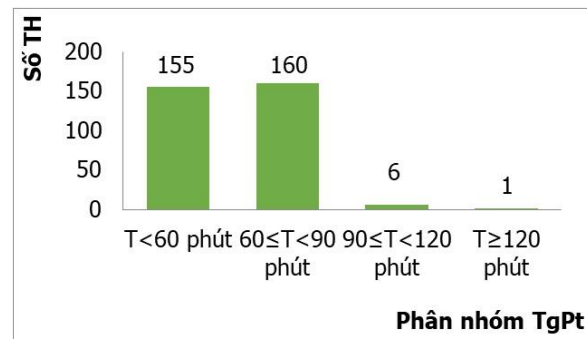
Một số đặc điểm liên quan đến kỹ thuật mổ:

Bảng 2. Đặc điểm liên quan đến kỹ thuật mổ

		Số lượng	Tỷ lệ %
Đường vào thận	Đài trên	10	3,1
	Đài giữa	81	25,2
	Đài dưới	231	71,7
Số đường hầm	1 đường	309	95,96
	2 đường	13	4,04

3.2. Tai biến, biến chứng. Các tai biến biến chứng gặp trong nghiên cứu:

Thời gian phẫu thuật:



Biểu đồ 1. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là: $63,01 \pm 13,58$ phút (40-135 phút).

Bảng 3. Tỷ lệ tai biến biến chứng

Tai biến – biến chứng	Số TH	Tỷ lệ %
Không TBBC	266	82,61%
Tai Biến	5	1,55%
- Chảy máu truyền máu	5	1,55%
Biến chứng	51	15,84%
- Sốt hậu phẫu	44	13,66%
+ Sốt thoáng qua	25	7,76%
+ Nhiễm khuẩn niệu	13	4,03%
+ Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS)	3	0,93%

+ Nhiễm khuẩn huyết	2	0,62%
+ Tụ máu, dịch quanh thận	1	0,31%
- Chảy máu phải truyền máu	6	1,86%
- Chảy máu phải truyền tắc mạch thận chọn lọc	1	0,31%

Phân độ tai biến biến chứng theo Clavien-Dindo:

Bảng 4. Phân độ tai biến biến chứng

Phân độ Clavien		Số TH	Tỉ lệ %
Độ 0	- Không TBBC	266	82,61
Độ I	- Sốt hậu phẫu	25	7,76
Độ II	- Chảy máu phải truyền máu	24	7,45
	- NKN đơn thuần	11	3,41
		13	4,04
Độ IIIb	- Tụ dịch quanh thận nhiều cần can thiệp	2	0,62
	- Chảy máu sau mổ cần can thiệp	1	0,31
		1	0,31
Độ IVa	- Nhiễm khuẩn nặng cần hỗ trợ ICU	3	0,93
Độ IVb	- Nhiễm khuẩn huyết	3	0,93
		2	0,62
Tổng		322	100

IV. BÀN LUẬN

Theo Preminger [6] biến chứng nặng xảy ra trong 1,1% đến 7%, biến chứng nhẹ là 11% đến 25% dù do những phẫu thuật viên có kinh nghiệm thực hiện. Các biến chứng có thể xảy ra với tỉ lệ biến chứng tổng thể lên đến 83%, bao gồm rò nước tiểu (7,2%), chảy máu cần truyền máu (11,2-17,5%), và sốt sau mổ (21-32,1%), trong khi các biến chứng lớn, chẳng hạn như nhiễm khuẩn huyết (0,3-4,7%) và tổn thương đại tràng (0,2-0,8%) hoặc tổn thương màng phổi (0,0-3,1%) hiếm gặp. Theo cơ quan nghiên cứu lâm sàng của Hiệp hội Nội soi niệu (CROES), nghiên cứu trên 5803 BN sỏi, biến chứng chảy máu đáng kể là 7,8% với tỉ lệ truyền máu là 5,7%, tổn thương bể thận < 3,4%, tràn khí màng phổi 1,8% [7], sốt > 38,5°C gặp ở 10,5%.

Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3) có 56 BN (tỉ lệ 17,39%) tai biến biến chứng trong đó có 44 BN (13,66%) sốt hậu phẫu; 01 BN (0,31%) tụ dịch lớn sau phúc mạc áp xe hóa phải mổ mở làm sạch ổ áp xe sau 1 tháng; chảy máu phải truyền máu có 12 BN (3,73%) bao gồm 05 BN (1,55%) tai biến chảy máu trong mổ, 07 TH (2,17%) biến chứng chảy máu sau mổ trong đó có 1 BN (0,31%) phải truyền tắc động mạch thận chọn lọc. Không có biến chứng tổn thương các tạng trong ổ bụng, lồng ngực và tử vong.

4.1. Bàn luận về các trường hợp sốt sau mổ:

Theo khuyến cáo của AUA [8], bệnh nhân cần phải có xét nghiệm nước tiểu trước khi mổ để giảm thiểu nguy cơ nhiễm khuẩn, nếu có nghi ngờ nhiễm khuẩn đường tiết niệu thì bắt buộc phải cấy nước tiểu trước khi can thiệp lấy sỏi bởi vì đang có nhiễm khuẩn đường tiết niệu là chống chỉ định của các phương pháp nội soi. Nghiên cứu của chúng tôi không thực hiện cấy nước tiểu trước mổ thường quy. Tất cả những bệnh nhân có bất thường về chỉ số nước tiểu và/hoặc có triệu chứng tiểu buốt đắt đều được sử dụng kháng sinh điều trị, những bệnh nhân khác được dùng kháng sinh dự phòng trước khi phẫu thuật. Những trường hợp sốt hậu phẫu (44 BN) có thể giải thích không cấy nước tiểu bàng quang trước mổ có thể bỏ sót những trường hợp nhiễm khuẩn niệu không triệu chứng hoặc có thể là bên thận có sỏi gây bế tắc và nước tiểu lấy được để thực hiện xét nghiệm là nước tiểu của bên thận lành. Tình trạng bế tắc nhiễm khuẩn trong đài bể thận có thể phát hiện khi đặt thông niệu quản ngược chiều hoặc chọc dò vào đài bể thận ra nước tiểu đục. Khi đó phải ngưng mổ, dẫn lưu hiệu quả, lấy dịch cấy và điều trị kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ cho đến khi có bằng chứng là nước tiểu vô khuẩn.

Nhiễm khuẩn niệu trước phẫu thuật tăng nguy cơ biến chứng nhiễm khuẩn sau phẫu thuật trong PCNL. Do đó, cấy nước tiểu trước mổ và dự phòng kháng sinh sau mổ là khuyến nghị [3]. Tuy nhiên, các biến chứng nhiễm khuẩn sau phẫu thuật được quan sát thấy ngay cả trong trường hợp với cấy nước tiểu giữa dòng âm tính trước mổ [9]. Mariappan và cộng sự nghiên cứu 73 BN và báo cáo kết quả cấy nước tiểu bàng quang, cấy sỏi và nước tiểu bể thận như những yếu tố dự báo nhiễm khuẩn huyết sau mổ sau PCNL. Kết quả cấy nước tiểu bàng quang giữa dòng dương tính 28,8%, nước tiểu bể thận 58,9% và cấy sỏi 34,3%. Cùng một loại vi sinh vật được tìm thấy đồng thời trong nước tiểu bể thận và sỏi là 70,6% trường hợp, nhưng không có trường hợp nào có cùng một loại vi sinh vật giữa nước tiểu bàng quang và đường tiết niệu trên. Nguy cơ của nhiễm khuẩn huyết được cho thấy là cao gấp 4 lần với cấy nước tiểu bể thận và sỏi dương tính. Gần đây, Korets và cộng sự đã phân tích mối tương quan của nuôi cấy nước tiểu bàng quang, nước tiểu bể thận và sỏi với hội chứng đáp ứng viêm hệ thống sau phẫu thuật (SIRS) sau PCNL ở 198 BN. Kết quả 33% BN cấy nước tiểu bể thận dương tính có nước tiểu bàng quang giữa dòng âm tính. Cấy sỏi và nước tiểu

bể thận dương tính có tỉ lệ cao ở BN SIRS (26% so với 10%, $p = 0,03$ và 44% so với 17%, $p = 0,01$ tương ứng). Chẩn đoán và xử trí kịp thời các biến chứng nhiễm khuẩn sau phẫu thuật là rất quan trọng nhằm tránh tiến triển đến nhiễm khuẩn huyết. BN sốt sau phẫu thuật nên được sử dụng kháng sinh. Thuốc kháng sinh phổ rộng được khuyến nghị cho đến khi phân lập được vi khuẩn và sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ. Dẫn lưu thận ra da và stent hoặc double-JJ niệu quản ngăn cản sự tắc nghẽn niệu quản hoặc rò rỉ nước tiểu ra khoang sau phúc mạc có thể làm trầm trọng thêm các biến chứng nhiễm khuẩn. Phát hiện sớm các triệu chứng của nhiễm khuẩn huyết và các kết quả cấy nước tiểu giữa dòng từ bàng quang, bể thận và sỏi là cần thiết để lựa chọn phác đồ điều trị thích hợp và phòng ngừa của các biến chứng đe dọa tính mạng.

4.2. Bàn luận về tỉ lệ truyền máu. Lượng máu mất trong PCNL nói chung khó xác định do hòa lẫn với dịch tưới rửa do đó các tác giả thường dựa vào sự thay đổi của HGB và HCT sau

mổ để chỉ định truyền máu. Soucy, chỉ định truyền máu khi $Hb < 80g/l$. Theo Shakhawan và cs (2017) truyền máu 1 đơn vị đã tăng mức Hb lên $1g/dL$ và hematocrit 3%. Chỉ định truyền máu được quyết định sử dụng ngưỡng nồng độ Hb là $10g/dL$, do đó các TH sau phẫu thuật có nồng độ Hb $< 10g/dL$ được chỉ định truyền máu. TH BN có nồng độ Hb $> 10g/dL$ nhưng lâm sàng cho thấy các triệu chứng thiếu máu thì được theo dõi tiếp tục. TH BN bị chảy máu điều trị khó khăn như có tiểu máu nặng kết hợp hoặc bất ổn về huyết động là những TH cần sự can thiệp tắc mạch thận chọn lọc sớm.

Nghiên cứu của chúng tôi có 12 BN có chỉ định truyền máu trong đó có 1 BN phải truyền tắc động mạch chọn lọc do chảy máu kéo dài. Kết quả này cũng tương đồng so với kết quả của các nghiên cứu khác khi sử dụng mPCNL và cũng thấp hơn các nghiên cứu khác khi sử dụng sPCNL (bảng 5).

Bảng 5. So sánh tỉ lệ truyền máu

Tác giả	mPCNL		sPCNL	
	Số TH (%)	Mẫu	Số TH (%)	Mẫu
Giusti (2007)	0	40	2 (3%)	67
Li (2010)	1 (1,1%)	93	5 (6,9%)	72
Cheng (2010)	1 (1,34%)	72	12 (10,4%)	115
Zhong (2011)	1 (3,4%)	29	3 (12%)	25
Mishra (2011)	0	27	1 (3,57%)	28
Sark	1 (1,2%)	75	8 (9,8%)	75
Cheng (2010)	1 (1,4%)	142	12 (10,4%)	139
Zhu (2014)	0,84%	353	5,8%	396
Elsheemy (2019)	3,7%	378	7,9%	151
CROES	1,1%		5,9%	
Chúng tôi	12 (3,73%)	322		

Về yếu tố nguy cơ chảy máu được nhận định là: Theo Srivastava và cs (2005), kích thước sỏi lớn là yếu tố nguy cơ duy nhất gây chảy máu khi thực hiện PCNL. Sitki Un và cs (2015) yếu tố nguy cơ là: BN đài máu kéo dài liên tục, cần huyết động học, truyền máu, xem xét chụp mạch thận chọn lọc. Còn theo El-Nahas và cs (2007) với 2909 BN, Trong đó tình trạng chảy máu nghiêm trọng phức tạp có tổng cộng 39 BN (1%), Truyền tắc động mạch thận chọn lọc thành công 36 BN (92,3%) cho rằng các yếu tố nguy cơ chảy máu gồm: đường vào thận từ đài trên, thận duy nhất, sỏi san hô toàn bộ, vào thận với nhiều đường hầm và kinh nghiệm phẫu thuật viên kém.

Để hạn chế và phòng tránh nguy cơ chảy máu trong PCNL một số tác giả khuyến nên vào

thận từ đài dưới-mặt sau, vào thận từ đáy của đài thận, không nông đường hầm quá sâu vào đến bể thận và không xoắn vặn ống soi thận quá mức trong lúc thao tác để tránh làm rách nhu mô thận. Ngoài ra để hạn chế chảy máu, thì nông đường hầm vào thận bằng bóng sẽ hạn chế chảy máu hơn so với nông bằng ống nông cứng Alken hoặc bán cứng.

V. KẾT LUẬN

Tán sỏi qua da đường hầm nhỏ 18Fr dưới hướng dẫn siêu âm và nguồn năng lượng tán sỏi Holmium Laser là phương pháp điều trị sỏi thận đạt hiệu quả, tỷ lệ biến chứng chảy máu thấp hơn khi sử dụng đường hầm tiêu chuẩn. Phương pháp này là lựa chọn phù hợp thay thế cho phẫu thuật mở trong điều trị sỏi thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pearle M.S., Lotan Y.** (2015), "Urinary lithiasis: etiology, epidemiology, and pathogenesis", *Campbell-walsh urology*, 2(51): pp. 1170-1199.
2. **Alvizatos G., Skolarikos A.J.C.o.i.U.** (2006), "Is there still a role for open surgery in the management of renal stones?", 16(2): pp. 106-111.
3. **Türk C., Neisius A., Petrik A. et al.** (2019), *EAU Guidelines on Urolithiasis*.
4. **Taylor E., Miller J., Chi T. et al.** (2012), "Complications associated with percutaneous nephrolithotomy", *Translational andrology and urology*, 1(4): pp. 223-228.
5. **Türk C., Petrik A., Sarica K. et al.** (2016), "EAU guidelines on interventional treatment for urolithiasis", *European urology*, 69(3): pp. 475-482.
6. **Preminger G.M.** (2010), "High burden and complex renal calculi: Aggressive percutaneous nephrolithotomy versus multimodal approaches", *Arch Ital Urol Androl*, 82(1): pp. 37-40.
7. **Rosette J.d.I., Assimos D., Desai M. et al.** (2011), "The clinical research office of the endourological society percutaneous nephrolithotomy global study: indications, complications, and outcomes in 5803 patients", 25(1): pp. 11-17.
8. **Pearle M.S.** (2005), "AUA guideline on management of staghorn calculi: diagnosis and treatment recommendations", *Official Journal of the Brazilian Society of Urology*, 31(3): pp. 271-271.
9. **Gutierrez J., Smith A., Geavlete P. et al.** (2013), "Urinary tract infections and post-operative fever in percutaneous nephrolithotomy", 31(5): pp. 1135-1140.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở TRẺ VỊ THÀNH NIÊN VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI LO ÂU, STRESS

Nguyễn Thị Ngọc Nga¹, Nguyễn Thị Thanh Mai¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm ở trẻ vị thành niên và khảo sát mối liên quan với lo âu, stress. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả đặc điểm lâm sàng của 38 vị thành niên (tuổi trung bình là $12,8 \pm 1,8$) mắc rối loạn trầm cảm theo ICD 10 tại bệnh viện Nhi Trung ương từ 12/2019 đến 7/2020 và sử dụng công cụ DASS 21 khảo sát mối liên quan giữa trầm cảm với lo âu, stress. **Kết quả:** 73,6% trẻ mắc một giai đoạn trầm cảm ở mức độ vừa và nặng. Khí sắc giảm đi kèm cáu gắt, bùng nổ gặp tỷ lệ cao (60%), 60,5% trẻ có biểu hiện tự hủy hoại hoặc tự sát và phần lớn có phản nản cơ thể (63,2%). Trầm cảm có mối tương quan tuyến tính chặt chẽ với lo âu và stress ($r = 0,687$ và $r = 0,799$ với $p < 0,001$). **Kết luận:** Cần quan tâm đến các đặc điểm khác biệt của trầm cảm ở vị thành niên để tránh bỏ qua chẩn đoán và điều trị. Lo âu và stress ở vị thành niên nên cần được phát hiện và quản lý đồng thời khi điều trị trầm cảm ở tuổi vị thành niên.

Từ khóa: trầm cảm, lo âu, stress, vị thành niên.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENT DEPRESSION AND ITS CORRELATION WITH ANXIETY, STRESS

Objective: To describe the clinical characteristics of adolescent depression and investigate the correlation with anxiety and stress. **Subjects and**

methods: This descriptive cross-sectional study was implemented to describe the characteristics of 38 adolescents (mean age 12.8 ± 1.8) diagnosed with depressive episode (F32) according to ICD 10 at Vietnam National Children's Hospital from December 2019 to July 2020 and investigate the correlation between depression and anxiety, stress by using The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS 21). **Results:** 73.6% of adolescents experienced a period of moderate and severe depression. The rate of depressed mood accompanied by irritable mood was high (60%). 60.5% of adolescents showed signs of self-harm or suicide. Most adolescents had somatic complaints with 63.2%. Depression had a strong linear correlation with anxiety and stress ($r = 0.687$ and $r = 0.799$ with $p < 0.001$). **Conclusion:** The need for more concerns on distinct characteristics of adolescent depression should be considered to avoid neglect of diagnosis and treatment. Anxiety and stress should be detected and managed simultaneously while treating depression in adolescents.

Keywords: depression, anxiety, stress, adolescent.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến ở trẻ vị thành niên (VTN) trên thế giới với tỷ lệ ước tính khoảng 4 – 5%, là nguyên nhân hàng đầu gây giảm chất lượng cuộc sống và là yếu tố nguy cơ dẫn đến tự tử [1], [2]. Chẩn đoán giai đoạn trầm cảm theo ICD 10 được dùng chung cho mọi lứa tuổi nhưng trầm cảm ở trẻ VTN có những đặc điểm lâm sàng không hoàn toàn giống người trưởng thành, có thể dẫn đến bỏ sót chẩn đoán [3]. Hơn nữa, lứa tuổi VTN gặp rất nhiều stress, lo âu đến từ gia đình, nhà

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Nga

Email: dr.nga.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 24.11.2020

trường, xã hội, từ chính bản thân của trẻ và một số tác giả đã chỉ ra lo âu, stress là những yếu tố đi kèm và thúc đẩy trầm cảm ở trẻ VTN [5]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để làm rõ hơn đặc điểm lâm sàng của rối loạn trầm cảm ở trẻ vị thành niên và khảo sát mối liên quan với lo âu, stress.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 38 trẻ VTN đến khám tại Khoa Tâm thần và Khoa Sức khỏe vị thành niên Bệnh viện Nhi Trung ương từ 12/2019 đến 7/2020, đáp ứng đủ tiêu chuẩn chuẩn đoán giai đoạn trầm cảm (F32) theo ICD 10 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả đặc điểm lâm sàng và mức độ nặng của trầm cảm theo ICD 10 với 3 triệu chứng đặc trưng (khí sắc giảm hoặc cáu giận, bùng nổ; giảm hoặc mất sự quan tâm thích thú; giảm năng lượng, tăng mệt mỏi) và 7 triệu chứng phổ biến (giảm sự tự tin, tự trọng; giảm tập trung, chú ý; cảm giác tội lỗi, không xứng đáng; bi quan về tương lai; rối loạn giấc ngủ; rối loạn ăn uống và tự hủy hoại hoặc tự sát) cùng một số triệu chứng cơ thể và triệu chứng loạn thần. Đồng thời, sử dụng công cụ DASS 21 bằng cách hướng dẫn để trẻ tự trả lời, qua đó khảo sát mối tương quan giữa lo âu, stress với trầm cảm ở trẻ vị thành niên.

Công cụ nghiên cứu: DASS 21 do Lovibond xây dựng và rút gọn vào năm 1997 với 21 câu hỏi, chia làm 3 nhóm trầm cảm (DASS - D), lo âu (DASS - A) và stress (DASS - S). Điểm cho mỗi câu hỏi từ 0 đến 3 điểm tùy vào mức độ và thời gian xuất hiện triệu chứng trong 1 tuần, sau đó cộng tổng điểm từng nhóm và nhân 2. DASS 21 đã được các chuyên gia về sức khỏe tâm thần dịch sang Tiếng Việt, chuẩn hóa, đánh giá độ tin cậy và tính giá trị với độ nhất quán cao (Cronbach's alpha = 0,761 – 0,906) [6].

Mức độ	Trầm cảm	Lo âu	Stress
Bình thường	0-9	0-7	0-14
Nhẹ	10-13	8-9	15-18
Vừa	14-20	10-14	19-25
Nặng	21-27	15-19	26-33
Rất nặng	≥ 28	≥ 20	≥ 34

Xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0, xác định tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và mối tương quan tuyến tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		n	%
Nhóm tuổi	10 – 14	31	81,6
	15 – 19	7	18,4
Giới	Nam	11	28,9
	Nữ	27	71,1
Trình độ văn hóa	Tiểu học	10	26,3
	Trung học cơ sở	24	63,2
	Trung học phổ thông	4	10,5
Khu vực sống	Thành thị	21	55,3
	Nông thôn	17	44,7
Hoàn cảnh gia đình	Bình thường	9	23,7
	Bố mẹ li thân/li hôn/ Mồ côi/ Bỏ rơi	7	18,4
	Gia đình thường xuyên mâu thuẫn, bạo lực, nghiện chất	11	28,9
	Xung đột giữa trẻ và gia đình	26	68,4
Bệnh mạn tính		7	18,4
Mức độ trầm cảm	Nhẹ	10	26,3
	Vừa	15	39,5
	Nặng	13	34,2

Nhận xét: 38 trẻ từ 10 – 17 tuổi, tuổi trung bình là $12,8 \pm 1,8$, tập trung ở giai đoạn đầu tuổi VTN 10 – 14 tuổi (81,6%), nữ nhiều hơn nam (nữ/nam = 2,5/1). 73,7% trẻ mắc rối loạn trầm cảm ở mức độ vừa và nặng. Đa số trẻ sống trong hoàn cảnh gia đình có vấn đề và 18,4% có bệnh mạn tính kèm theo như động kinh, lupus, viêm loét dạ dày tá tràng...

Bảng 2. Triệu chứng đặc trưng và phổ biến của giai đoạn trầm cảm ở trẻ vị thành niên

Triệu chứng đặc trưng (n = 38)	n	%
Khí sắc thay đổi	35	92,1
Khí sắc giảm đơn thuần	10	28,6
Cáu giận, bùng nổ	4	11,4
Cáu giận, bùng nổ + khí sắc giảm	21	60,0
Giảm quan tâm thích thú	30	78,9
Giảm năng lượng, tăng mệt mỏi	38	100,0
Triệu chứng phổ biến		
Giảm sự tự tin, tự trọng	32	84,6
Giảm tập trung, chú ý	32	84,6
Cảm giác bị tội, không xứng đáng	23	60,5
Bi quan về tương lai	24	63,2
Rối loạn ăn uống	31	81,6
Rối loạn giấc ngủ	32	84,6
Tự hủy hoại, tự sát	23	60,5
Tự hủy hoại	6	15,8
Ý tưởng tự sát	14	36,8
Toàn tự sát	8	21,1

Nhận xét: Triệu chứng đặc trưng gặp phổ biến nhất là giảm năng lượng, tăng mệt mỏi (100%); 92,1% có thay đổi khí sắc, trong đó 60% kèm theo cáu giận, bùng nổ. Phần lớn trẻ có các triệu chứng phổ biến như giảm sự tự tin, tự trọng; giảm tập trung, chú ý; rối loạn giấc ngủ và rối loạn ăn uống. 60,5% có biểu hiện tự hủy hoại hoặc tự sát với 23,7% trẻ có toan tự sát.

Bảng 3. Một số triệu chứng khác trong rối loạn trầm cảm ở trẻ vị thành niên

Triệu chứng (n = 38)	n	%
Triệu chứng cơ thể	24	63,2
Đau đầu	17	44,7
Đau ngực	5	13,2
Đau bụng	6	15,8
Buồn nôn	6	15,8
Biểu hiện khác	5	13,2
Triệu chứng loạn thần	4	10,5

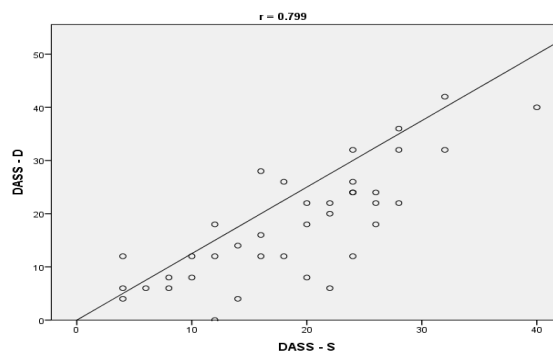
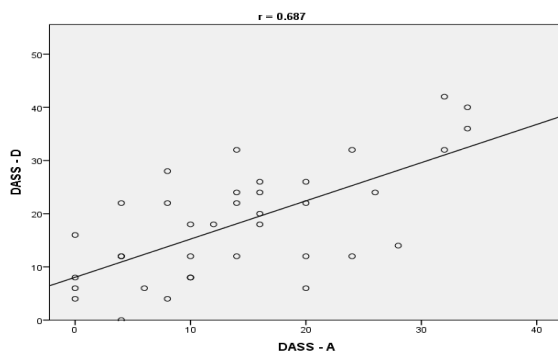
Nhận xét: 63,2% có biểu hiện phần nản cơ

thể, gặp nhiều nhất là đau đầu (44,7%). Biểu hiện loạn thần ít gặp (10,5%) với triệu chứng ảo thanh kẻ tội, bình phẩm.

Bảng 4. Khảo sát trầm cảm, lo âu, stress ở trẻ vị thành niên bằng công cụ DASS 21

	Trầm cảm (n,%)	Lo âu (n,%)	Stress (n,%)
Bình thường	10 (26,3)	10 (26,3)	13 (34,2)
Nhẹ	6 (15,8)	3 (7,9)	5 (13,2)
Vừa	6 (15,8)	9 (23,7)	11 (28,9)
Nặng	9 (23,7)	4 (10,5)	8 (21,1)
Rất nặng	7 (18,4)	12 (31,6)	1 (2,6)
Tổng	30(100,0)	38(100,0)	38(100,0)

Nhận xét: Khảo sát bằng công cụ DASS 21 do trẻ tự trả lời, chỉ có 73,7% trẻ tự bộc lộ có triệu chứng trầm cảm, 73,7% có triệu chứng lo âu và 65,8% có stress.



Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa lo âu, stress với trầm cảm ở trẻ vị thành niên

Nhận xét. Điểm mức độ lo âu và stress khảo sát bằng DASS 21 có mối tương quan tuyến tính đồng biến chặt chẽ với điểm mức độ trầm cảm ($r = 0,687$ và $r = 0,799$ với $p < 0.001$).

IV. BÀN LUẬN

Nhóm VTN mắc giai đoạn trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ở giai đoạn đầu tuổi vị thành niên 10 – 14 tuổi (81,6%) với tuổi trung bình là $12,8 \pm 1,8$ thấp hơn so với nghiên cứu của Cao Vũ Hùng khảo sát với nhóm tuổi trung bình là $14,2 \pm 1,8$ [7]. Nữ mắc trầm cảm nhiều hơn nam (gấp 2,5 lần), ghi nhận này tương tự kết quả của Cao Vũ Hùng (2010) và Nguyễn Tấn Đạt (2013) [5], [7].

Nghiên cứu trong y văn chỉ ra rằng các vấn đề bất lợi xảy ra trong gia đình như bố mẹ li thân, li hôn, mâu thuẫn, nghiện chất, bạo lực có ảnh hưởng nhiều đến cảm xúc của tuổi VTN, tăng nguy cơ mắc rối loạn trầm cảm và lo âu. Kết quả của chúng tôi cũng ghi nhận 73,6% trẻ có hoàn cảnh có các yếu tố nêu trên. Đồng thời, 68,4% trẻ có xung đột với bố mẹ, trẻ cảm nhận bố mẹ không hiểu trẻ, thường xuyên quát mắng,

so sánh, bắt ép trẻ theo kỳ vọng của bố mẹ, khiến trẻ không muốn chia sẻ với bố mẹ. Cao Vũ Hùng (2010) và Nguyễn Tấn Đạt (2013) cũng khẳng định rằng sống trong gia đình nhiều xung đột, mâu thuẫn làm tăng nguy cơ trầm cảm ở trẻ vị thành niên [5], [7]. Do nghiên cứu tại bệnh viện, chúng tôi gặp đa số là trẻ mắc giai đoạn trầm cảm ở mức độ vừa và nặng theo ICD 10 (73,7%); tương tự với kết quả của Cao Vũ Hùng (90%) [7]. 3 triệu chứng đặc trưng gồm thay đổi khí sắc, giảm quan tâm thích thú, giảm năng lượng tăng mệt mỏi đều chiếm tỷ lệ cao (78,9 – 100%). Mặc dù được sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của người trưởng thành, nhưng biểu hiện lâm sàng ở VTN có một số đặc điểm khác biệt rõ rệt. 92,1% trẻ có biểu hiện thay đổi khí sắc, nhưng chỉ 28,6% trẻ có giảm khí sắc đơn thuần trong khi có đến 60% trẻ biểu hiện cáu giận, bùng nổ kèm theo giảm khí sắc. Crowe (2006)

khảo sát 121 trẻ vị thành niên trầm cảm tại New Zealand đưa ra quan điểm tương tự rằng dễ cáu giận, nổi nóng là một trong những triệu chứng nổi bật của trầm cảm vị thành niên, khác với người lớn và thường bị bỏ qua [3]. Tuy nhiên, theo Rice (2019), khi so sánh 39 trẻ vị thành niên và 109 người trưởng thành mắc rối loạn trầm cảm thì 94,6% trẻ vị thành niên trầm cảm có triệu chứng giảm khí sắc, chỉ 29,7% có triệu chứng kích thích, cáu giận, không có sự khác biệt với người lớn (tỷ lệ các triệu chứng này lần lượt là 98,2% và 46,8%) [8].

Các triệu chứng phổ biến chiếm tỷ lệ cao nhất là giảm sự tự tin, tự trọng, giảm tập trung chú ý, rối loạn giấc ngủ và rối loạn ăn uống, thường là chán ăn (84, 6%). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Cao Vũ Hùng (2010), Rice F(2019) [7], [8]. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ có ý tưởng và hành vi tự hủy hoại bản thân hay tự sát là 60,5% cao hơn so với tác giả Cao Vũ Hùng, chỉ gặp 42,5% [7]. Nghiên cứu ghi nhận 8/38 trẻ toàn tự sát (nhảy từ trên cao xuống, dùng dao cắt tay, uống thuốc ngủ, thuốc chống động kinh để tự sát). Điều này cho thấy sự báo động về tính chất nguy hiểm đối với VTN mắc rối loạn trầm cảm, đặc biệt ở mức độ nặng. Chúng tôi cũng nhận thấy tỷ lệ phần nản về cơ thể cao (63,2%) như đau đầu, đau ngực, đau bụng, buồn nôn, đau môi chân tay, trong đó nhiều nhất là đau đầu (44,7%); tương tự Cao Vũ Hùng (71,3%) [7]. Đây cũng là một đặc điểm có tính khác biệt của trầm cảm ở VTN. Ngoài ra, 10,5% trẻ có biểu hiện loạn thần với triệu chứng ảo thanh kể tội, bình phẩm... đều xuất hiện ở trẻ bị trầm cảm mức độ nặng. Theo đánh giá lâm sàng của bác sĩ chuyên khoa, 100% trẻ tham gia nghiên cứu đều đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán mắc giai đoạn trầm cảm của ICD – 10 với 73,7% ở mức độ vừa và nặng, nhưng khảo sát bằng công cụ DASS 21 chỉ có 73,6% trẻ tự ghi nhận mình có biểu hiện trầm cảm. Mặc dù, nghiên cứu trên 1745 trẻ vị thành niên của Lê Thị Hồng Minh, Trần Đức Thạch (2017) cho thấy DASS 21 đáng tin cậy và phù hợp để đánh giá các vấn đề trầm cảm, lo âu, stress ở thanh thiếu niên Việt Nam [6]. Nguyên nhân có thể do DASS – D chỉ gồm 7 câu hỏi, chưa thực sự bao trùm hết các triệu chứng trầm cảm, trẻ chưa đánh giá đúng được tần suất của các triệu chứng và nhiều trẻ VTN muốn che giấu vấn đề cảm xúc của mình. Tuy nhiên, ưu điểm của công cụ DASS 21 là khảo sát được cả 3 vấn

đề: trầm cảm, lo âu và stress và kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phát hiện được 73,7% trẻ có biểu hiện lo âu và 65,8% trẻ có stress kèm theo trầm cảm; kết quả này tương tự với Cao Vũ Hùng (2010) [7]. Khi khảo sát mối tương quan giữa lo âu, stress với trầm cảm, kết quả cho thấy lo âu và stress có mối tương quan tuyến tính đồng biến chặt chẽ với trầm cảm ($r = 0,687$ và $r = 0,799$ với $p < 0,001$). Nhận định này tương tự như Al-Gelban (2007) nghiên cứu trên 1723 trẻ nam từ 15 – 19 tuổi bằng công cụ DASS 42, cho thấy lo âu và stress có mối tương quan chặt chẽ với trầm cảm tương ứng $r = 0.692$ và $r = 0.696$ ($p < 0.001$) [4].

V. KẾT LUẬN

Trầm cảm ở VTN có đặc điểm lâm sàng khác biệt với người trưởng thành như ít có giảm khí sắc đơn thuần, chủ yếu có kèm theo biểu hiện cáu giận, bùng nổ, biểu hiện tự hủy hoại hoặc tự sát chiếm tỷ lệ cao và hay kèm theo các phần nản cơ thể như đau đầu, đau bụng... Trầm cảm ở VTN có mối liên quan rõ rệt với lo âu và stress.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Plummer M.L., Baltag V., Strong K., et al. (2017)**, Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation, .
2. **Costello E.J., Egger H., and Angold A. (2005)**. 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **44**(10), 972–986.
3. **Crowe M., Ward N., Dunnachie B., et al. (2006)**. Characteristics of adolescent depression. *Int J Ment Health Nurs*, **15**(1), 10–18.
4. **Al-Gelban K.S. (2007)**. Depression, anxiety and stress among Saudi adolescent school boys. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, **127**(1), 33–37.
5. **Nguyen D.T., Dedding C., Pham T.T., et al. (2013)**. Depression, anxiety, and suicidal ideation among Vietnamese secondary school students and proposed solutions: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, **13**(1), 1195.
6. **Le M.T.H., Tran T.D., Holton S., et al. (2017)**. Reliability, convergent validity and factor structure of the DASS-21 in a sample of Vietnamese adolescents. *PLoS One*, **12**(7), e0180557.
7. **Cao Vũ Hùng (2010)**, Nghiên cứu rối loạn trầm cảm ở trẻ vị thành niên điều trị tại bệnh viện Nhi trung ương, Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y HN.
8. **Rice F., Riglin L., Lomax T., et al. (2019)**. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of Affective Disorders*, **243**, 175–181.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA LỌC MÁU LIÊN TỤC BẰNG MÀNG LỌC OXIRIS TRONG PHỐI HỢP ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Minh Lực¹, Lê Thị Diễm Tuyết², Nguyễn Thế Anh³

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 51 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn được lọc máu liên tục tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai. Trong đó có 27 bệnh nhân sử dụng màng lọc oXiris và 24 bệnh nhân dùng màng lọc M100 trong thời gian từ 8/2019 đến 8/2020. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thoát sốc của nhóm oXiris là 81,5%, nhóm chứng là 58,3%. Thời gian thoát sốc trung bình là $57,9 \pm 39,25$ giờ ở nhóm oXiris và $85,7 \pm 46,54$ giờ ở nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ tử vong tại viện trong nghiên cứu là 44,4% ở nhóm oXiris và 62,5% ở nhóm chứng. Điều này cho thấy được hiệu quả của việc sử dụng màng lọc oXiris.

Từ khóa: Lọc máu liên tục, màng lọc oXiris, sốc nhiễm khuẩn.

SUMMARY

RESULT OF CONTINUOUS RENAL REPLACEMENT THERAPY WITH THE OXIRIS FILTER IN PATIENTS WITH SEPTIC SHOCK IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF BACH MAI HOSPITAL

Subject: 51 patients were diagnosed with septic shock and underwent continuous renal replacement therapy (CRRT) in the intensive care unit of Bach Mai Hospital. In which, 27 patients with septic shock used the oXiris filter and 24 patients used the M100 filter from August 2019 to August 2020. **Result:** The rate of recovery from shock in group used the oXiris filter was 81,5% and group used the M100 filter was 58,3%. The median duration to recovery from septic shock used the oXiris filter was $57,9 \pm 39,25$ hours, the standard filter $85,7 \pm 46,54$ hours ($p < 0,05$). Hospital standardized mortality ratios was 44,4% in oXiris filter patients and 62,5% in standard filter patients. **Conclusions:** CRRT with the oXiris filter is better than CRRT with standard filter in patients with septic shock.

Keywords: Continuous renal replacent therpy, oXiris filter, septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn (SNK) là tình trạng rối loạn chức năng cơ quan đe dọa tính mạng do đáp ứng không được điều phối của cơ thể với nhiễm

trùng gây nên các bất thường về tuần hoàn và chuyển hóa tế bào đủ nặng làm tăng đáng kể tỷ lệ tử vong [1]. Dù đã có nhiều tiến bộ trong hồi sức, tỷ lệ tử vong do SNK vẫn lên tới 30%-50% [2].

Điều hòa miễn dịch bằng thanh lọc máu là một hướng điều trị mới trong những năm gần đây. Nhiều phương pháp thanh lọc máu đã được nghiên cứu triển khai: siêu lọc thể tích cao, tách huyết tương, dùng màng lọc hấp thụ độc chất, màng lọc dùng hạt hấp thụ... cho kết quả khả quan về cải thiện sinh hóa cũng như kết quả lâm sàng, an toàn cho người bệnh [3]. Lọc máu liên tục với màng lọc oXiris bản chất là AN69 (Acrylonitrile Sodium Methallyl Sulfonate) được phủ Polyethyleneimine (tích điện dương) và Heparin bề mặt làm tăng khả năng hấp phụ nội độc tố (tích điện âm), các cytokines, TNF α , IL6, IL8, IL10... bổ thể C3a và C5a, độc tố phản vệ yếu tố D [4]. Một số nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh hiệu quả lọc cytokine và độc tố của màng lọc oXiris, làm giảm nhanh cytokine trong máu do đó ngăn chặn tiến trình tổn thương tạng. Tại Việt Nam Phạm Quốc Dũng cũng chỉ ra lọc máu liên tục CVVH bằng quả màng oXiris có tác dụng giảm các cytokine sau lọc tuy nhiên chưa nêu rõ được hiệu quả của nó lên kết quả điều trị [5]. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị của lọc máu liên tục bằng màng lọc Oxiris trong điều trị sốc nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo định nghĩa Sepsis 3: Bệnh nhân sepsis với tình trạng tụt huyết áp đòi hỏi thuốc vận mạch để duy trì huyết áp trung bình ≥ 65 mmHg và có nồng độ lactat huyết thanh > 2 mmol/L dù đã được hồi sức dịch đầy đủ [1] tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai.

- **Thời gian nghiên cứu:** 8/2019-8/2020

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu có đối chứng

- **Cách chọn mẫu:**

Nhóm bệnh sử dụng OXiris: Tất cả bệnh nhân sốc nhân sốc nhiễm khuẩn đồng ý lọc máu bằng màng lọc oXiris là 27 bệnh nhân.

^{1,3}Bệnh viện Hữu Nghị

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Lực

Email: dr.nguyengialuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2020

Ngày duyệt bài: 26.11.2020

Nhóm chứng: Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn lọc máu liên tục với màng M100. Tổng số bệnh nhân là 24.

- **Phân tích và xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng để tính tần số, %, trung bình. Thống kê suy luận để so sánh tỷ lệ và giá trị trung bình của các chỉ số. $p < 0.05$ được coi là mức có ý nghĩa thống kê.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Được sự cho phép của Khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai. Mặt khác, bệnh nhân và người nhà bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Thông tin chung

Thông tin chung		Nhóm oXiris	Nhóm chứng
Số bệnh nhân		27	24
Số quả lọc		65	59
Thời gian lọc máu (giờ)/ BN		43,7	43,4
Thời gian 1 quả lọc (giờ)/ BN		18,3	17,6
Chống đông	heparin	36	27
	Không dùng	29	32
Phương thức lọc	CVVH	48	35
	CVVHDF	17	24

Nhóm oXiris 27 BN sử dụng 65 quả lọc oXiris, nhóm chứng 24 BN sử dụng 59 quả lọc M100.

Bảng 3: Đặc điểm của bệnh nhân trước khi lọc máu

	Nhóm oXiris (n=27)	Nhóm chứng (n=24)	p
Tuổi bệnh nhân	52,6±18,11	59,6±11,17	0,11
Thời gian tụt áp đến lúc lọc máu (giờ)	15,9±17,47	16,9±10,64	0,30
Huyết áp trung bình(mmHg)	75,85±15,15	71,56±9,79	0,34
Liều Noradrenalin ($\mu\text{g/Kg/phút}$)	0,51±0,28	0,52±0,38	0,76
Điểm APACHE II	19,3±4,27	20±4,88	0,48
Điểm SOFA	11,2±3,12	12,1±3,94	0,37

Đặc điểm trước lọc máu của hai nhóm không có sự khác biệt về tuổi, thời gian tụt áp đến lúc được lọc máu, huyết áp trung bình, nhu cầu vận mạch, điểm APACHE II và điểm suy tạng (SOFA).

Bảng 4: Thời gian thoát sốc và số ngày nằm ICU

	Nhóm oXiris	Nhóm chứng	p
Thời gian thoát sốc	57,9±39,25	85,7±46,54	0,04
Số ngày nằm ICU	16,5±11,86	10,8±9,8	0,07

Thời gian thoát sốc của nhóm oXiris trung bình là 57,9 giờ, nhóm chứng là 85,7 giờ sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Thời gian nằm viện của nhóm oXiris cao hơn nhóm chứng.

Bảng 5: Tỷ lệ tử vong của 2 nhóm

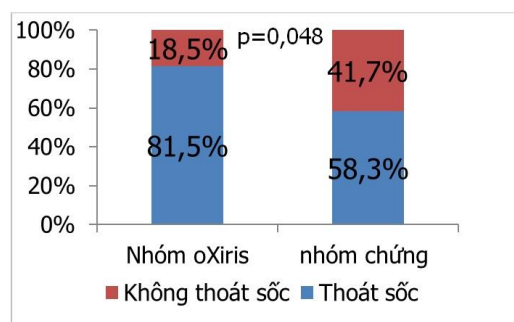
	Nhóm oXiris	Nhóm chứng	p

Thời gian lọc máu trung bình của mỗi bệnh nhân ở hai nhóm là 43,5 giờ, thời gian lọc máu của mỗi quả lọc ở hai nhóm 18 giờ.

Bảng 2: Đường vào nhiễm khuẩn

Đường vào	Nhóm oXiris (n=27)	Nhóm chứng (n=24)
Ổ bụng	4(14,8)	7(29,2)
Hô hấp	18(66,7)	11(45,8)
Da-mô mềm	2(7,4)	2(8,3)
Máu	3(11,1)	3(12,5)
Thân – tiết niệu	0(0,0)	1(4,2)

Nhiễm khuẩn đường hô hấp và đường ổ bụng là những đường vào thường gặp nhất ở cả 2 nhóm.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ thoát sốc

Tỷ lệ thoát sốc của nhóm oXiris cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

	(n=27)	(n=24)	
Bn sống	15(55,6)	9(37,5)	0,157
BN tử vong	12(44,4)	15(62,5)	

Tỷ lệ tử vong của nhóm oXiris là 44,4%, nhóm chứng là 62,5%, giữa hai nhóm không có sự khác biệt với $p = 0,157$

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 51 BN có SNK tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai, trong đó có 27 BN nhóm oXiris và 24 BN nhóm chứng sử dụng quả lọc M100. Thời gian trung bình lọc máu của mỗi BN lọc quả oXiris là 43,74 giờ, nhóm chứng 43,4 giờ. Thời gian trung bình lọc máu mỗi quả của nhóm oXiris 18,3 giờ và nhóm chứng 17,6 giờ, kết quả này tương tự

với nghiên cứu của Lê Hữu Nghuợng (18,0 ± 3,79 giờ) [6] và Schwindenhammer (17 giờ) [7].

Đường vào nhiễm khuẩn trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là đường vào từ hô hấp và ổ bụng (ở nhóm oXiris, 14,8% BN nhiễm khuẩn từ ổ bụng, 66,7% từ đường hô hấp; ở nhóm chứng, 29,2% BN nhiễm khuẩn từ ổ bụng và 45,8% từ đường hô hấp). Đây cũng là hai đường vào phổ biến nhất trong các nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thảo (46,6% đường hô hấp, 24,7% đường tiêu hóa) [8], và nghiên cứu của Nguyễn Đăng Tuấn (36,5% đường hô hấp, 26,9% đường tiêu hóa) [9].

Đặc điểm trước lọc máu của hai nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt ($p > 0,1$): Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 52,63 tuổi ở nhóm oXiris, 59,63 tuổi ở nhóm chứng, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thảo (55,77 ± 16,29 tuổi) [8], Nguyễn Đăng Tuấn (57 ± 17 tuổi) [9] và thấp hơn nghiên cứu của Schwindenhammer (trung bình 65 tuổi) [7]. Thời gian từ khi xuất hiện tụt huyết áp cho tới khi được lọc máu liên tục trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,9 ± 17,47 giờ ở nhóm oXiris và 16,98 ± 10,64 giờ ở nhóm chứng. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đã được lọc sớm hơn nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thảo tiến hành năm 2010 (24,34 ± 13,26 giờ) [8] và của Nguyễn Đăng Tuấn tiến hành năm 2009-2012 (27,7 ± 19,7 giờ) [9] do những thay đổi về quan điểm lọc máu sớm cho BN SNK và sự thành thực về kỹ thuật lọc máu liên tục. Huyết áp trung bình cả hai nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình trên 70 mmHg, để giữa được huyết áp chúng tôi bù dịch và duy trì thuốc vận mạch để đạt huyết áp mục tiêu tránh hạ huyết áp khi vào lọc máu. Liều Noradrenalin của nhóm oXiris và nhóm chứng lần lượt là 0,51 ± 0,28 µg/kg/phút, 0,52 ± 0,38 µg/kg/phút thấp hơn so với quần thể nghiên cứu của Schwindenhammer (1,7 µg/kg/phút) [7], Phạm Thị Ngọc Thảo (0,79 ± 0,65 µg/kg/phút) [8] và Nguyễn Đăng Tuấn (1,15 µg/kg/phút) [9], do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đã được lọc máu sớm hơn.

Tỷ lệ thoát sốc của nhóm oXiris trong nghiên cứu của chúng tôi là 81,5%, nhóm chứng là 58,3%, sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Tỷ lệ thoát sốc nhóm oXiris trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Đăng Tuấn (73,1%) [9] và nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thảo (54,79%) [8]. Có sự khác biệt này do BN trong nghiên cứu của chúng tôi được lọc máu sớm hơn và có

những tiến bộ nhất định trong điều trị SNK so với nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thảo tiến hành năm 2012, Nguyễn Đăng Tuấn tiến hành 4/2009 đến 10/2012 và việc chúng tôi sử dụng màng lọc oXiris.

Thời gian thoát sốc trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm oXiris là 57,9 ± 39,25 giờ thấp hơn nhóm chứng (85,7 ± 46,54 giờ) ($p < 0,05$) và thấp hơn của Nguyễn Đăng Tuấn (58 ± 31,17 giờ) [9], Phạm Thị Ngọc Thảo (72,35 ± 35,52 giờ) [8].

Số ngày nằm viện trung bình của nhóm oXiris là 16,5 ± 11,86 ngày, nhóm chứng là 10,8 ± 9,8 ngày. Kết quả của chúng tôi có số ngày nằm viện dài hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đăng Tuấn [9] (12,5 ± 9,17 ngày) và Phạm Thị Ngọc Thảo [8] (11,1 ± 10,6 ngày). Có sự khác biệt này do nhiều nguyên nhân, trong đó tỷ lệ tử vong của nhóm oXiris chúng tôi thấp hơn, do đó những BN sống sót có số ngày nằm viện dài hơn. Đồng thời, cũng cần nhìn nhận rằng một số BN rơi vào tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện và đáp ứng viêm dai dẳng sau lọc máu. Mặc dù sự khác biệt giữa số ngày nằm viện của nhóm lọc máu oXiris và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê, song thời gian nằm viện của nhóm oXiris có xu hướng dài hơn. Việc làm giảm nồng độ các cytokine thông qua lọc máu ở BN SNK pha muộn, khi nồng độ cytokine đã thấp, có thể làm rơi vào hội chứng viêm kéo dài, ức chế miễn dịch và dị hóa (PICS). Tuy nhiên điều này cần có những nghiên cứu sâu thêm.

Tính từ ngày bắt đầu lọc máu, tỷ lệ tử vong tại viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 44,4% ở nhóm oXiris và 62,5% ở nhóm chứng. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm oXiris thấp hơn so với tỷ lệ tử vong tiên đoán lý thuyết theo các thang điểm SOFA và cao hơn thang điểm APACHE II đánh giá tại thời điểm vào viện. Theo đó tỷ lệ tử vong lý thuyết theo thang điểm SOFA là 50%, thang điểm APACHE II là 40%. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm oXiris thấp hơn nhóm chứng và thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Đăng Tuấn (57,7%) [9] và Phạm Thị Ngọc Thảo (49,3%) [8]. Có nhiều lý do dẫn đến sự khác biệt này, trong đó có việc BN của chúng tôi được lọc máu sớm hơn và sự lựa chọn màng lọc oXiris.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết quả trên 51 bệnh nhân đã cho thấy được hiệu quả điều trị của việc lọc máu liên tục bằng màng lọc Oxiris ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Singer M., Deutschman C.S., Seymour C.W., et al. (2016).** The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, **315**(8), 801–810.
2. **Angus D.C. and van der Poll T. (2013).** Severe Sepsis and Septic Shock. *N Engl J Med*, **369**(9), 840–851.
3. **Bello G., Di Muzio F., Maviglia R., et al. (2012).** New membranes for extracorporeal blood purification in septic conditions. *Minerva Anestesiol*, **78**(11), 1265–1281.
4. **Turani F, Candidi F, Barchetta R, Grilli E, Belli A, Papi E, et al (2013).** Continuous renal replacement therapy with the adsorbent membrane oXiris in septic patients: a clinical experience. *Crit Care*, 17 Suppl 2:P63.
5. **Phạm Quốc Dũng (2019)** Nghiên cứu hiệu quả giảm cytokine của lọc máu liên tục CVVH sử dụng màng lọc oXiris ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. *Tạp chí y dược lâm sàng* 108, **14**(2), 19–26
6. **Lê Hữu Nhượng (2015).** nhận xét kết quả lọc máu liên tục bằng quả lọc oXiris trong phổi hợp điều trị ARDS. *Luận Văn Thạc Sĩ Học*.
7. **Schwindenhammer et al (2019)** oXiris® Use in Septic Shock: Experience of Two French Centres. *Blood Purif*, 47(suppl 3):29–35.
8. **Phạm Thị Ngọc Thảo, Nguyễn Gia Bình, Đặng Quốc Tuấn, et al. (2012).** Đánh giá kết quả áp dụng kỹ thuật lọc máu liên tục trong điều trị sốc nhiễm khuẩn. *Y Học TP Hồ Chí Minh*, **16**(2), 145–157.
9. **Nguyễn Đăng Tuấn (2017),** Nghiên cứu hiệu quả về huyết động và cân bằng nội môi của phương pháp lọc máu liên tục trong phổi hợp điều trị sốc nhiễm khuẩn, *Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng* 108.

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT HÀM MẶT CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ THẦN KINH V DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Nguyễn Thị Bạch Dương*, Phạm Quang Minh**, Nguyễn Thế Anh***

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả giảm đau của phương pháp gây tê dây thần kinh V2, V3 dưới hướng dẫn siêu âm so với giảm đau bằng paracetamol truyền tĩnh mạch sau phẫu thuật hàm mặt. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** 60 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật vùng hàm mặt, tuổi >18, ASA 1- 3 với thiết kế can thiệp lâm sàng có nhóm chứng. **Kết quả:** Gây tê dây thần kinh V2, V3 dưới hướng dẫn siêu âm bằng Ropivacain sau các phẫu thuật hàm mặt, nhận thấy: Điểm VAS nghỉ ngơi ở nhóm T thấp hơn so với nhóm C ở hầu hết các thời điểm. Tuy nhiên chỉ sau một giờ thứ 2, giờ thứ 3 là sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, cụ thể điểm VAS nghỉ ngơi của nhóm T và nhóm C lần lượt là: $(2,60 \pm 0,53; 3,0 \pm 0,26); (3,15 \pm 0,95; 3,73 \pm 0,83)$. Điểm VAS vận động ở nhóm T thấp hơn so với nhóm C ở đa số các thời điểm. Nhưng chỉ ở thời điểm sau một giờ thứ 1, thứ 2, thứ 3 là sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, điểm VAS vận động lần lượt giữa 2 nhóm T và C là: $(2,10 \pm 0,31; 3,03 \pm 0,18); (2,87 \pm 0,63; 3,60 \pm 0,56); (3,30 \pm 0,65; 4,73 \pm 0,83)$. **Kết luận:** Nghiên cứu đánh giá bước đầu hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật hàm mặt của phương pháp gây tê dây thần kinh V2, V3 dưới hướng dẫn siêu âm cho thấy tỷ lệ rất hài lòng khá cao, điểm VAS khi nghỉ ngơi và vận động của nhóm nghiên cứu thấp hơn so

với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: dây thần kinh V2, V3, siêu âm, giảm đau, Ropivacain

SUMMARY

THE ANALGESIC EFFECTS OF ULTRASOUND - GUIDED CRANIAL NERVES V BLOCK AFTER MAXILLOFACIAL SURGERY

Objective: To compare the analgesic effects of ultrasound – guided cranial nerves V2, V3 block with paracetamol continuous infusion intravenous after maxillofacial surgery. **Subjects and methods:** study in total of 60 parturient was assigned maxillofacial surgery, age > 18, ASA 1- 3. Method: Randomized controlled clinical trial. **Result:** Ultrasound guidance maxillary nerve (V2) and mandibular nerve (V3) blocks by Ropivacain after surface surgery we see VAS score at rest of group T were lower than group C at 2 and 3 hours after surgery, the difference was statistically significant ($p < 0.05$), respectively $(1,60 \pm 0,53; 2,0 \pm 0,26); (2,15 \pm 0,95; 2,73 \pm 0,83)$. VAS scores at movement of group T were lower than group C at 1, 2 and 3 hours after surgery, the difference was statistically significant ($p < 0.05$), respectively $(1,10 \pm 0,31; 2,03 \pm 0,18); (1,87 \pm 0,63; 2,60 \pm 0,56); (2,30 \pm 0,65; 3,73 \pm 0,83)$. **Conclusion:** The purpose of this study was to determine the efficacy of ultrasound guidance V2,V3 blocks may increase the parturient satisfaction, rest an active VAS score in experimenter group lower than controll group have statistical significance

Keywords: nerves V2, V3; ultrasound; Analgesic, Ropivacaine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay phẫu thuật Răng hàm mặt có rất nhiều tiến bộ, có thể thực hiện được nhiều loại

*Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Đại học Y Hà Nội

***Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bạch Dương

Email: bachduongdhyd@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020

Ngày duyệt bài: 18.11.2020

phẫu thuật lớn gây đau nhiều như ung thư, gãy xương hàm mặt phức tạp, tạo hình thẩm mỹ... Theo thống kê về đau sau mổ thì phẫu thuật vùng hàm mặt có tỷ lệ đau vừa sau mổ là 25% - 35%, đau nặng là 35%-55%[1] Cùng với đó các phương pháp gây tê vùng được sử dụng rộng rãi để tăng hiệu quả và thời gian giảm đau sau mổ hàm mặt cho BN, cũng như làm giảm các tác dụng không mong muốn lên hô hấp huyết động. Trên thế giới đã có một số nghiên cứu về phương pháp gây tê dây thần kinh V để giảm đau vùng hàm mặt [2],[3],[4], tuy nhiên tại Việt Nam chúng tôi chưa thấy có nghiên cứu nào về vấn đề này. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: "*So sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật hàm mặt của phương pháp gây tê dây thần kinh V2, V3 dưới hướng dẫn siêu âm so với giảm đau bằng paracetamon truyền tĩnh mạch*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật vùng hàm mặt. Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Gây mê hồi sức và chống đau, Bệnh viện trường Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2019 đến tháng 10/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có nhóm chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện với 60 bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu được rút thăm ngẫu nhiên chia đều thành 2 nhóm.

- Nhóm T là nhóm nghiên cứu, có gây tê dây V.
- Nhóm C là nhóm chứng, không gây tê dây V.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm T	Nhóm C	p
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$	29,67±11,46	0,83
	Min – Max	18-67	
Chiều cao (cm)	$\bar{X} \pm SD$	162,60±7,61	0,97
	Min – Max	150-180	
Cân nặng (kg)	$\bar{X} \pm SD$	57,07±11,42	0,58
	Min – Max	36-83	
BMI (kg/m ²)	$\bar{X} \pm SD$	21,42±2,98	0,38
	Min – Max	16-28,03	
Giới	Nam (n/%)	17 (56,7)	0,43
	Nữ (n/%)	13 (43,3)	
Phân loại ASA	I(n/%)	25(83,3)	0,42
	II(n/%)	5(16,7)	
Tổng	30 (100)	30 (100)	

Nhận xét: Tuổi trung bình ở nhóm T là 29,67 với tuổi nhỏ nhất 18, lớn nhất 67; nhóm C là 29,17 tuổi với tuổi nhỏ nhất 20, tuổi lớn nhất 43.

Chiều cao, cân nặng trung bình nhóm T là

2.2.3. Tiến hành

Phương tiện nghiên cứu: Máy theo dõi đa thông số: Điện tim, tần số tim, huyết áp, nhịp thở, SpO₂. Máy siêu âm có đầu dò linear tần số 5 – 12 MHz. Thuốc gây tê: Anaropin 0,5% (Ropivacaine 5mg/ml). Thang điểm đau nhìn hình đồng dạng (VAS) của Astra – Zeneca.[5]

Tiến hành: Tất cả bệnh nhân được vô cảm theo phương pháp gây mê nội khí quản: Khởi mê: Fentanyl 2mcg/kg, propofol 2,5 mg/kg, esmeron 0,6 mg/kg. Duy trì mê: sevofluran 0,8-1,0 MAC, fentanyl 2 mcg/kg trước khi rạch da. Kết thúc mổ: nhóm T sẽ được tiến hành gây tê dây V dưới hướng dẫn siêu âm, nhóm C sẽ được truyền paracetamol, bệnh nhân đủ điều kiện tiến hành rút ống NKQ, sau đó chuyển ra phòng hồi tỉnh theo dõi hô hấp, huyết động, mức độ đau các thời điểm: ngay khi vừa chuyển ra phòng hồi tỉnh (H0), sau 1 giờ (H1), 2 giờ (H2), 3 giờ (H3), 6 giờ (H6), 9 giờ (H9), 12 giờ (H12), 18 giờ (H18), 24 giờ (H24).

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Các biến số về đặc điểm đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, BMI, ASA; thời gian phẫu thuật, phân loại phẫu thuật, các thuốc dùng trong gây mê.

- Đánh giá đau: Đánh giá đau theo VAS khi nghỉ ngơi, khi vận động.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0. Trình bày bảng, biểu đồ thể hiện các kết quả nghiên cứu.

162,60cm; 57,07kg thấp hơn so với nhóm C; là 162,63 cm và 58,57kg. BMI trung bình ở nhóm T thấp hơn so với nhóm C (21,52kg/m² so với 22,04kg/m²).

Trong cả 2 nhóm tỷ lệ nam giới cao hơn so với nữ giới; trong đó tỷ lệ nam giới ở nhóm T (56,7%) thấp hơn so với nhóm C (66,7%).

Tuy nhiên sự khác biệt giữa tuổi, cân nặng, BMI, giới giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 2. Phân loại cách thức phẫu thuật

Phân loại phẫu thuật	Nhóm T(n/%)	Nhóm C(n/%)	p
Nhổ răng	16(53,3)	18(60,0)	0,47
Cắt u/ nang xương	10(33,3)	6(20,0)	
Kết hợp xương/tháo PTKHX	4(13,3)	6(20,0)	
Tổng	30(100)	30(100)	

Nhận xét: Phân loại cách thức phẫu thuật cả 2 nhóm chủ yếu là nhổ răng tỷ lệ này ở nhóm T thấp hơn so với nhóm C (53,3% và 60%) tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 3. Thời gian phẫu thuật và lượng thuốc sử dụng trong gây mê

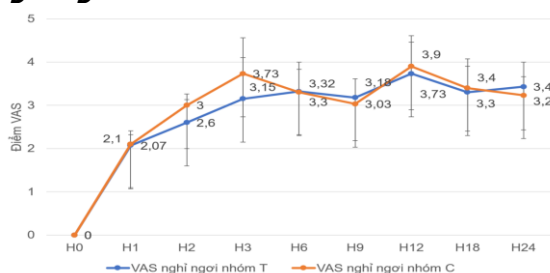
Đặc điểm	Nhóm T		Nhóm C		p
	$\bar{x} \pm SD$	Min - Max	$\bar{x} \pm SD$	Min - Max	
Thời gian mổ (phút)	53,83±17,06	30-85	55,07±27,25	24-130	0,83
Fentanyl (mg)	0,20±0,05	0,10-0,25	0,19±0,04	0,10-0,25	0,39
Esmeron (mg)	33,17±5,00	25-40	33,00±4,66	30-40	0,94
Propofol (mg)	133,33±35,07	90-20	130±20,68	90-170	0,95

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình ở nhóm T là 53,38 phút (ngắn nhất 30', dài nhất 85') thấp hơn so với nhóm C 55,07 phút (ngắn nhất 24', dài nhất 130'), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Lượng thuốc sử dụng trong gây mê ở nhóm T cao hơn so với nhóm C: cụ thể lần lượt thuốc Fentanyl; Esmeron; Propofol lần lượt ở nhóm T là 0,20±0,05; 33,17±5,00; 133,33±35,07 mg; nhóm C là 0,19±0,04; 33,00±4,66; 130±20,68 mg; tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

3.2. Đánh giá đau giữa 2 nhóm

3.2.1. Đánh giá sự thay đổi điểm VAS khi nghỉ ngơi



Hình 1. Đánh giá sự thay đổi điểm VAS nghỉ ngơi theo các thời điểm.

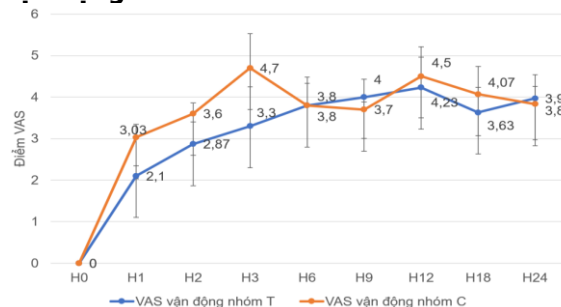
Nhận xét: Số liệu hình 1 cho thấy: Điểm VAS nghỉ ngơi tăng theo các thời điểm; VAS nghỉ ngơi ở nhóm T thấp hơn so với nhóm C ở đa số các thời điểm. Tuy nhiên chỉ ở thời điểm H2; H3 là sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$, cụ thể điểm VAS nghỉ ngơi lần lượt giữa 2 nhóm T và C là: (2,60±0,53; 3,0±0,26);

kê với $p>0,05$.

Về phân loại ASA, phần lớn đối tượng đều có ASA độ I, tỷ lệ này ở nhóm T thấp hơn so với nhóm C (83,3% và 93,3%), tuy nhiên sự khác biệt 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

(3,15±0,95; 3,73±0,83).

3.2.2. Đánh giá sự thay đổi điểm VAS khi vận động



Hình 2: Đánh giá sự thay đổi điểm VAS vận động theo các thời điểm

Nhận xét: Số liệu hình 2 cho thấy: Điểm VAS vận động tăng theo các thời điểm; VAS vận động ở nhóm T thấp hơn so với nhóm C ở hầu hết các thời điểm. Tuy nhiên chỉ ở thời điểm H1, H2; H3 là sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$, cụ thể điểm VAS vận động lần lượt giữa 2 nhóm T và C là: (2,10±0,31; 3,03±0,18); (2,87 ±0,63; 3,60±0,56); (2,30±0,65; 4,73±0,83).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình ở nhóm T là 29,67 với tuổi nhỏ nhất 18, lớn nhất 67; nhóm C là 29,17 tuổi với tuổi nhỏ nhất 20, tuổi lớn nhất 43. Chiều cao, cân nặng trung bình nhóm T là 162,60cm; 57,07kg thấp hơn so với nhóm C; là 162,63 cm và 58,57kg. BMI trung bình ở nhóm T thấp hơn so với nhóm C

(21,52kg/m² so với 22,04kg/m²). Trong cả 2 nhóm tỷ lệ nam giới cao hơn so với nữ giới; trong đó tỷ lệ nam giới ở nhóm T (56,7%) thấp hơn so với nhóm C (66,7%). Sự khác biệt giữa tuổi, cân nặng, BMI, giới giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Về phân loại ASA, phần lớn đối tượng đều có ASA độ I, tỷ lệ này ở nhóm C cao hơn so với nhóm T (93,3% và 83,3%), tuy nhiên sự khác biệt 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này cho thấy nghiên cứu của chúng tôi đã lựa chọn 2 nhóm đối tượng gần như là tương đồng và đồng đều nhau về đặc điểm nhân trắc học, không có sự khác biệt nhiều về các đặc điểm này. Điều này cho thấy việc đánh giá hiệu quả giữa 2 phương pháp sẽ được chính xác hơn về mặt thống kê và chuyên môn giữa 2 phương pháp.

Đặc điểm này tương đồng với nghiên cứu của Gaurav Janin (2016) khi so sánh hiệu quả giữa 2 nhóm như nghiên cứu của chúng tôi, và trong nghiên cứu này cũng cho thấy không có sự khác biệt về đặc điểm tuổi, giới, ASA giữa 2 nhóm nghiên cứu [6].

Thời gian mổ trung bình ở nhóm T là 53,38 phút (ngắn nhất 30', dài nhất 85') thấp hơn so với nhóm C 55,07 phút (ngắn nhất 24', dài nhất 130'), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Lượng thuốc sử dụng trong gây mê ở nhóm T cao hơn so với nhóm C: cụ thể thuốc Fentanyl; Esmeron; Propofol lần lượt ở nhóm T là $0,20 \pm 0,05$; $33,17 \pm 5,00$; $133,33 \pm 35,07$ mg; nhóm C là $0,19 \pm 0,04$; $33,00 \pm 4,66$; $130 \pm 20,68$; tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Để điều trị đau hiệu quả và an toàn thì bước quan trọng đầu tiên là phải đánh giá đúng mức độ và bản chất của đau. Thang điểm nhìn hình đồng dạng VAS (Visual Analogue Scale) [5] là thang điểm được đánh giá dựa theo 1 thước được chia thành 10 khoảng bằng nhau. Người bệnh sẽ tự di chuyển và định vị con trỏ đến mức đau tương ứng của mình. Đau nên được đánh giá khi BN nghỉ ngơi và thực hiện đều đặn trong quá trình hậu phẫu. Một chỉ điểm cho việc đánh giá điều trị đau có hiệu quả là đánh giá đau khi ho, khi hít thở sâu hoặc cử động, xoay trở tư thế. Trong nghiên cứu của chúng tôi đánh giá đau theo thang điểm VAS ở các thời điểm nghiên cứu khi nghỉ ngơi (khi nằm yên và hít thở bình thường không gắng sức), khi vận động (khi thay đổi tư thế hay khi hít sâu gắng sức):

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy VAS nghỉ ngơi tăng theo các thời điểm; VAS nghỉ ngơi ở nhóm T thấp hơn so với nhóm C ở hầu

hết các thời điểm. Tuy nhiên chỉ ở thời điểm H2; H3 là sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, cụ thể điểm VAS nghỉ ngơi lần lượt giữa 2 nhóm T và C là: ($2,60 \pm 0,53$; $3,0 \pm 0,26$); ($3,15 \pm 0,95$; $3,73 \pm 0,83$). Kết quả này cho thấy điểm đau của BN tăng dần qua các thời điểm, nhưng vẫn ở ngưỡng đau ít. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Gaurav Janin (2016) về xu hướng điểm VAS ở nhóm có sử dụng phương pháp gây tê dây thần kinh V2, V3 dưới hướng dẫn siêu âm thấp hơn nhóm còn lại, tuy nhiên điểm VAS cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi $3,12 \pm 3,04$ và $4,61 \pm 4,45$ [6].

Điểm VAS vận động tăng theo các thời điểm; VAS vận động ở nhóm T thấp hơn so với nhóm C ở đa số các thời điểm. Tuy nhiên chỉ ở thời điểm H1, H2; H3 là sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, cụ thể điểm VAS nghỉ ngơi lần lượt giữa 2 nhóm T và C là: ($2,10 \pm 0,31$; $3,03 \pm 0,18$); ($2,87 \pm 0,63$; $3,60 \pm 0,56$); ($3,30 \pm 0,65$; $4,73 \pm 0,83$). Kết quả này cho thấy điểm đau của BN tăng dần qua các thời điểm, ở thời điểm sau 6 giờ phẫu thuật, ngưỡng đau khi vận động của 1 số bệnh nhân đã tăng lên mức 6 điểm (đau vừa). Trong nghiên cứu "Giảm đau sau mổ hàm mặt bằng phương pháp chuẩn liều morphine" của tác giả Nguyễn Văn Thắng [7], thiết kế 1 nhóm được áp dụng chuẩn liều morphin còn 1 nhóm truyền paracetamol để giảm đau sau mổ thì nhận thấy mức độ đau tại vết mổ của cả 2 nhóm bệnh nhân là đau nhẹ và đau vừa, cũng tương đương về độ đau với nghiên cứu của chúng tôi.

Trong quá trình làm nghiên cứu của chúng tôi, 100% đối tượng đều rất hài lòng và hài lòng cả 2 phương pháp, tuy nhiên tỉ lệ đối tượng rất hài lòng ở nhóm T cao hơn so với nhóm C (30,0% so với 13,3%), điều này cho thấy ưu điểm của việc sử dụng gây tê dưới hướng dẫn siêu âm làm cho người bệnh cảm thấy tốt hơn, giảm đau có hiệu quả hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá bước đầu hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật hàm mặt của phương pháp gây tê dây thần kinh V2, V3 dưới hướng dẫn siêu âm cho thấy tỷ lệ rất hài lòng khá cao, điểm VAS khi nghỉ ngơi và vận động của nhóm nghiên cứu thấp hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brasseur, L. and B. Boukhatem. Épidémiologie de la douleur postopératoire. in Annales françaises

- d'anesthésie et de réanimation. 1998. Elsevier.
2. **Cok, O.Y., et al.,** Management of isolated infraorbital neuralgia by ultrasound-guided infraorbital nerve block with combination of steroid and local anesthetic. *Journal of Clinical Anesthesia*, 2017. **37**: p. 146-148.
 3. **Bouzinac, A., et al.,** Ultrasound-guided maxillary nerve block in adults: feasibility and efficiency for postoperative analgesia after maxillary osteotomy. *Minerva anesthesiologica*, 2014. **80**(7): p. 860.
 4. **Kumita, S., T. Murouchi, and J. Arakawa,** Ultrasound-guided maxillary and inferior alveolar nerve blocks for postoperative analgesia in gnathoplasty. *Asian journal of anesthesiology*, 2017. **55**(4): p. 89.
 5. **Welchek, C.M., et al.,** Qualitative and quantitative assessment of pain. *Acute pain management*, 2009. **14**(7): p. 171.
 6. **Jain, G., et al.,** Efficacy of ultrasound-guided mandibular block in predicting safer anesthetic induction. *Anesthesia, essays and researches*, 2016. **10**(2): p. 184.
 7. **Nguyễn Văn Thắng, N.T.,** Giảm đau sau mổ hàm mặt bằng phương pháp chuẩn liều morphine. 2003.

HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP NÂNG CAO HIỆU QUẢ HOẠT ĐỘNG CỦA CÂU LẠC BỘ NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS TẠI TỈNH THÁI BÌNH

Đỗ Duy Bình¹, Nguyễn Đức Thanh², Nguyễn Quốc Tiến²

TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp trên bệnh nhân HIV/AIDS đang sinh hoạt tại câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS tại Thái Bình (210 đối tượng thuộc nhóm can thiệp và 210 thuộc nhóm đối chứng). Một số giải pháp áp dụng gồm: đào tạo, tập huấn, phát tờ rơi về HIV/AIDS trong thời gian 12 tháng. Kết quả: sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng cho biết hình thức hoạt động của câu lạc bộ kết hợp thảo luận nhóm và xem tivi, băng đĩa tăng lên 99,5%; Tỷ lệ đối tượng uống thuốc không đúng giờ đã giảm từ 22,9% trước can thiệp xuống 5,2% sau can thiệp ($p < 0,05$; chỉ số hiệu quả: 46,2%). Chỉ số tế bào CD4 đã tăng lên có ý nghĩa so với trước can thiệp với số lượng tế bào CD4 ở thời điểm sau 6 tháng can thiệp là $471,0 \pm 200,8$ TB/mm³ và $592,4 \pm 240,9$ TB/mm³ ở thời điểm sau 12 tháng can thiệp, $p < 0,05$.

Từ khóa: HIV/AIDS, hiệu quả can thiệp, Thái Bình

SUMMARY

EFFICIENCY OF SOME INTERVENTION SOLUTIONS TO PROMOTE ACTIVITIES OF CLUBS OF HIV/AIDS INFECTED PEOPLE IN THAI BINH PROVINCE

Intervention study on HIV / AIDS patients living at the HIV / AIDS Club in Thai Binh (210 subjects in the intervention group and 210 in the control group). Some solutions applied included: training, leaflets on HIV/AIDS for the 12-month period. Results show that after the intervention, the rate of subjects who reported the clubs' activity form which combined between group discussion and watching television/video tapes increased to 99.5%; The rate of subjects taking drugs at an incorrect time decreased from 22.9% before

intervention to 5.2% after intervention ($p < 0.05$; effect index: 46.2%). The CD4 cell index increased significantly when compared to that before intervention, with CD4 counted was 471.0 ± 200.8 cells/mm³ after 6 months of intervention and 592.4 ± 240.9 cells/mm³ after 12 months of intervention, $p < 0.05$.

Key words: HIV/AIDS, effective intervention, clubs, Thai Binh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV- Human Immunodeficiency Virus là virus gây suy giảm miễn dịch ở người, tấn công vào các tế bào của hệ thống miễn dịch, đặc biệt là tế bào CD4 [1]. AIDS: Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (Acquired Immune Deficiency Syndrome) là một hội chứng bệnh lý do Virút gây suy giảm miễn dịch (Human Immuno deficiency Virus - HIV) gây ra [2], làm cho cơ thể mất sức đề kháng với các vi sinh vật gây bệnh và những vi sinh vật bình thường không gây bệnh trở thành gây bệnh, tạo ra các nhiễm trùng cơ hội, làm cho ung thư dễ phát triển và có những thương tổn do chính HIV/AIDS gây ra.

Tại Thái Bình, trường hợp nhiễm HIV đầu tiên vào năm 1996, tính đến ngày 29/9/2020 số trường hợp nhiễm HIV hiện còn sống là 2.181, trong đó số phụ nữ nhiễm HIV/AIDS là 743; Trẻ em nhiễm HIV/AIDS là 36; Số bệnh nhân đang điều trị thuốc ARV là 1.282 bệnh nhân [3]. Trong những năm gần đây các hoạt động phòng chống HIV/AIDS tại Thái Bình được triển khai mạnh mẽ, tích cực ở các cấp các ngành, tuy nhiên công tác phòng chống HIV/AIDS ở Thái Bình vẫn đứng trước nhiều khó khăn thách thức. Một trong những hoạt động mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân HIV/AIDS là thành lập và duy trì hoạt động của câu lạc bộ dành cho người nhiễm HIV/AIDS. Xuất phát từ thực trạng trên, nghiên cứu của

¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Duy Bình

Email: binhapc@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 24.11.2020

chúng tôi tiến hành với mục tiêu sau: *Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp nâng cao nhận thức, hành vi về tự chăm sóc, điều trị của thành viên Câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS tại tỉnh Thái Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Những người nhiễm HIV/AIDS là thành viên đang sinh hoạt tại câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS tại tỉnh Thái Bình.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Mục tiêu: Can thiệp nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động câu lạc bộ và nhận thức, hành vi về tự chăm sóc của thành viên CLB người nhiễm HIV/AIDS và đánh giá hiệu quả can thiệp 12 tháng, cụ thể như sau:

+ Điều tra trước can thiệp: Cùng thời gian với điều tra giai đoạn 1 (4-5/2017)

+ Tiến hành can thiệp: từ 6/2017-6/2018, trong đó đánh giá CD4 giữa kỳ tháng 6 và tháng 12/2017.

+ Điều tra sau can thiệp tháng 07/2018-8/2018).

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 4/2017 đến tháng 8/2018 tại 4 huyện Đông Hưng, Thái Thụy, Kiến Xương và Tiền Hải, tỉnh Thái Bình.

Thiết kế nghiên cứu. Đề tài có nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang kết hợp với nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau có đối chứng nhằm phân tích, mô tả thực trạng hoạt động câu lạc bộ, nhận thức, hành vi và tự chăm sóc, điều trị của thành viên Câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS và đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp địa bàn nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{\{Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{p_1(1-p_1)} + Z_{(1-\beta)}\sqrt{p_2(1-p_2)}\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó: - p₁: tỷ lệ đối tượng có nhận thức đúng về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS trước can thiệp, dự kiến bằng 0,60.

- p₂: tỷ lệ đối tượng có nhận thức đúng về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS mong đợi sau can thiệp, dự kiến đạt 0,74

- Z_(1-α/2): hệ số tin cậy, bằng 1,96 (tra trong bảng Z với α=0,05)

- Z_(1-β): xác suất tình huống, bằng 1,28 (tra trong bảng Z với β=0,10)

Thay vào công thức, cỡ mẫu tính được là n = 192, làm tròn thành 210 đối tượng cho mỗi địa bàn can thiệp và đối chứng. Như vậy tổng số cỡ mẫu cho địa bàn can thiệp là 420 người trong đó 210 đối tượng của địa bàn can thiệp và 210 đối tượng của địa bàn đối chứng

Phương pháp chọn mẫu: Đề tài có nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang (Giai đoạn 1) kết hợp với nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau có đối chứng (Giai đoạn 2) nhằm phân tích, mô tả thực trạng nhận thức, hành vi và tự chăm sóc, điều trị của thành viên Câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS và đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp địa bàn nghiên cứu.

Chọn mẫu Giai đoạn 1: - Phương pháp chọn huyện (chọn mẫu có chủ đích):

- Là 2 huyện nội đồng, nông nghiệp là nghề sản xuất chính (Đông Hưng và Kiến Xương)

- Là 2 huyện ven biển, nghề nuôi trồng thủy, hải sản là chủ yếu, có địa lý, kinh tế, văn hóa tương đồng nhau (Tiền Hải và Thái Thụy).

- Là các địa phương có nhiều người HIV/AIDS đang sinh hoạt tại câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS.

Tại 4 huyện đã được chọn, lập danh sách các đối tượng và chọn ngẫu nhiên theo hình thức bốc thăm lấy 105 đối tượng mỗi huyện.

Chọn mẫu Giai đoạn 2:

Chọn huyện can thiệp: 02 huyện gồm một huyện ven biển và một huyện nội đồng, cụ thể chọn chủ đích huyện Kiến Xương và Tiền Hải.

Chọn huyện đối chứng: 02 huyện gồm một huyện ven biển và một huyện nội đồng, cụ thể chọn chủ đích hai huyện còn lại là Đông Hưng và Thái Thụy.

- Tại các huyện can thiệp và đối chứng, lấy cùng đối tượng đã được chọn tại Giai đoạn 1, tương đương 105 đối tượng mỗi huyện (Kiến Xương và Tiền Hải).

- Áp dụng phương pháp chọn mẫu tương tự đối với 2 huyện đối chứng là huyện Đông Hưng và Thái Thụy.

Trong thời gian can thiệp từ 6/2017 -6/2018, trong đó đánh giá CD4 giữa kỳ tháng 6 và tháng 12/2017, không có trường hợp đối tượng nào di cư hoặc bỏ cuộc điều trị.

Nhóm đối chứng: 02 huyện Đông Hưng, Thái Thụy được chọn làm nhóm đối chứng.

Nhóm can thiệp: 02 huyện còn lại là Kiến Xương, Tiền Hải làm nhóm can thiệp.

Một số biện pháp can thiệp:

Giải pháp 1: Đào tạo

+ Tập huấn cho thành viên đang sinh hoạt tại câu lạc bộ, 50 người/lớp/huyện x 02 lớp x 02 huyện can thiệp tại thành phố Thái Bình

+ Nói chuyện chuyên đề phòng chống HIV/AIDS, cập nhật kiến thức mới về điều trị ARV và nhiễm HIV/AIDS trong tình hình mới.

Giải pháp 2: Cấp phát tờ rơi về HIV/AIDS:

Cấp phát tờ rơi cho người nhiễm HIV đang điều trị tại phòng khám ngoại trú người lớn, các câu lạc bộ người nhiễm trên địa bàn can thiệp

Giải pháp 3: Chính sách

- + Hỗ trợ trang thiết bị sinh hoạt cho CLB (bàn, ghế, bàn tin...)
- + Tuyên truyền, tư vấn người nhiễm HIV/AIDS mua bảo hiểm y tế (Nguồn kinh phí do Dự án Quỹ Toàn Cầu phòng chống HIV/AIDS – Bộ Y tế tài trợ)

Kỹ thuật thu thập thông tin: Nghiên cứu tiến hành phỏng vấn trực tiếp đối tượng tham gia nghiên cứu bằng bộ phiếu phỏng vấn định lượng đã được thiết kế sẵn. Với điều tra viên là các cán bộ Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS Thái Bình, được tập huấn về nội dung và yêu cầu của cuộc điều tra, các kỹ năng tiếp cận và phỏng vấn để đảm bảo độ chính xác cao.

Phân tích số liệu. Nghiên cứu định lượng, số liệu sau khi được thu thập sẽ được nhập 2 lần bằng phần mềm Epidata và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

- So sánh 2 tỷ lệ bằng kiểm định khi bình phương (Chi-square test).

- So sánh 2 giá trị trung bình trước và sau can thiệp ở cùng nhóm nghiên cứu bằng kiểm định t theo từng cặp mẫu (paired-samples test).

- So sánh 2 giá trị trung bình của hai nhóm nghiên cứu (can thiệp và đối chứng) bằng kiểm định t mẫu độc lập (independent-samples test).

- Xác định giá trị p (p-value) cho các kiểm định, với $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Chỉ số hiệu quả (CSHQ) được tính theo các bước sau:

***Bước 1:** đánh giá hiệu quả can thiệp (%) của nhóm nghiên cứu can thiệp – HQ(CT):

$$HQ(CT) = \frac{|P1 - P2|}{P1} \times 100$$

Trong đó: P1: chỉ số đánh giá trước thời điểm can thiệp.

P2: chỉ số đánh giá sau thời điểm can thiệp.

***Bước 2:** đánh giá hiệu quả can thiệp (%) của nhóm nghiên cứu đối chứng – HQ(KCT):

$$HQ(KCT) = \frac{|P1' - P2'|}{P1'} \times 100$$

Trong đó: P1': chỉ số đánh giá trước thời điểm can thiệp.

P2': chỉ số đánh giá sau thời điểm can thiệp.

***Bước 3:** đánh giá hiệu quả can thiệp thực sự (%) của nghiên cứu bằng chỉ số hiệu quả (CSHQ): $CSHQ = HQ(CT) - HQ(KCT)$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Hiệu quả can thiệp về hoạt động của câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS

Bảng 1. Tỷ lệ đối tượng cho biết hình thức truyền thông tại CLB

Nội dung	Nhóm can thiệp (n=210)		Nhóm chứng (n=210)	
	Trước SL (%)	Sau SL (%)	Trước SL (%)	Sau SL (%)
Thảo luận nhóm	67(68,1)	1(1,5)	14(6,7)	2(1,0)
Xem tivi, băng đĩa	34(16,2)	0(0,0)	18(8,6)	1(0,5)
Cả hai hoạt động trên	109(51,9)	209(99,5)	178(84,8)	207(98,6)

Kết quả bảng 1 cho thấy, hình thức truyền thông tại câu lạc bộ kết hợp cả thảo luận nhóm và xem tivi, băng đĩa sau can thiệp (99,5%) đã tăng so với trước can thiệp (51,9%) và mức tăng cao hơn so với tỷ lệ này ở nhóm chứng với tỷ lệ tương ứng (tăng từ 84,8% lên 98,6%).

Bảng 2. Nội dung của cán bộ y tế tuyên truyền tại câu lạc bộ

Nội dung	Nhóm can thiệp (n=210)		Nhóm chứng (n=210)		So sánh P
	Trước SL (%) (1)	Sau SL (%) (2)	Trước SL (%) (3)	Sau SL (%) (4)	
Tư vấn điều trị ARV	21(47,7)	4(1,9)	13(68,4)	0(0,0)	$p_{(1&2)} < 0,05$ $p_{(3,4)} > 0,05$
Cập nhật kiến thức mới về điều trị ARV	9(20,5)	32(15,5)	2(10,5)	1(100,0)	$p_{(1&2)} > 0,05$ $p_{(3,4)} > 0,05$
Nói chuyện chuyên đề về HIV/AIDS	4(9,1)	171(82,6)	1(5,3)	0(0,0)	$p_{(1&2)} < 0,05$ $p_{(3,4)} > 0,05$

Kết quả bảng trên cho thấy, về nội dung của các buổi sinh hoạt câu lạc bộ là nói chuyện chuyên đề về HIV/AIDS sau can thiệp tăng lên 82,6% so với trước can thiệp (9,1%). Sự khác biệt giữa trước – sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2. Hiệu quả can thiệp về nhận thức, hành vi tự chăm sóc và điều trị của thành viên câu lạc bộ

Bảng 3. Tỷ lệ đối tượng biết về nguyên nhân gây bệnh trước và sau can thiệp

Biết về nguyên nhân gây bệnh	Nhóm can thiệp (n=210)		Nhóm chứng (n=210)		CSHQ
	Trước (1)	Sau (2)	Trước (3)	Sau (4)	
Số lượng	149	210	192	183	45,5
Tỷ lệ (%)	71,0	100,0	91,4	87,1	
So sánh (p)	p _(1&2) < 0,05, P _(3,4) < 0,05				

Tỷ lệ đối tượng biết về nguyên nhân gây bệnh HIV/AIDS sau can thiệp (100,0%) cao hơn so với nhóm trước can thiệp (71,0%), mức tăng cao hơn so với nhóm chứng với tỷ lệ tương ứng (tăng từ 91,4% lên 87,1%). Sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và CSHQ sau can thiệp thu được là 45,5%.

Bảng 4. Tỷ lệ đối tượng cho biết tuân thủ điều trị ARV trước và sau can thiệp

Nội dung	Nhóm can thiệp (n=210)		Nhóm chứng (n=210)		CSHQ	p
	Trước SL(%) (1)	Sau SL(%) (2)	Trước SL(%) (3)	Sau SL(%) (4)		
Uống đúng thuốc	105(50,0)	139(66,2)	119(56,7)	126(60,0)	26,6	$p_{(1&2)} < 0,05$ $P_{(3,4)} > 0,05$
Uống đúng liều lượng	96(45,7)	209(99,5)	120(57,1)	167(79,5)	78,5	$p_{(1&2)} < 0,05$ $P_{(3,4)} < 0,05$
Uống đúng giờ, khoảng cách	149(71,0)	210(100,0)	127(60,5)	194(92,4)	11,9	$p_{(1&2)} < 0,05$ $P_{(3,4)} < 0,05$
Uống đều đặn suốt đời	90(42,9)	208(99,0)	89(42,4)	190(90,5)	17,3	$p_{(1&2)} < 0,05$ $P_{(3,4)} < 0,05$

Tỷ lệ đối tượng biết tuân thủ điều trị ARV là uống thuốc đúng liều lượng tăng từ 45,7% trước can thiệp lên 99,5% sau can thiệp. Mức tăng trong quần thể can thiệp cao hơn so với nhóm không can thiệp với tỷ lệ tăng trước – sau can thiệp tương ứng là 57,1% và 79,5%. Sự khác biệt trước – sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, CSHQ là 78,5%.

Bảng 5. Tỷ lệ đối tượng cho biết trong tháng uống thuốc không đúng giờ

Uống thuốc không đúng giờ	Nhóm can thiệp (n=210)		Nhóm chứng (n=210)		CSHQ
	Trước (1)	Sau (2)	Trước (3)	Sau (4)	
Số lượng	48	11	20	13	46,2
Tỷ lệ (%)	22,9	5,2	9,0	6,2	
So sánh (p)	P<0,05		P>0,05		

Kết quả bảng trên cho thấy, tỷ lệ các đối tượng uống thuốc không đúng giờ trong tháng qua sau can thiệp đã giảm so với trước can thiệp (22,9% so với 5,2%), trong khi đó, mức giảm ở quần thể đối chứng không có sự khác biệt trước và sau can thiệp với tỷ lệ tương ứng là 9,0% và 6,2%. Sự khác biệt tỷ lệ trước-sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, CSHQ đạt được là 46,2%.

Bảng 6. Hiệu quả can thiệp với chỉ số xét nghiệm tế bào CD4

Chỉ số	Nhóm can thiệp (n = 210) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm đối chứng (n = 210) $\bar{X} \pm SD$	P
CD4(TB/mm ³) (T ₀) (1)	233,6±224,3	215,8±169,0	>0,05
CD4(TB/mm ³) (T ₆) (2)	471,0±200,8	380,0±225,1	>0,05
CD4(TB/mm ³) (T ₁₂) (3)	592,4±240,9	268,5±169,8	<0,05
CD4(TB/mm ³) (T ₆ -T ₀)	238,3±201,8	164,5±166,5	<0,05
CD4(TB/mm ³) (T ₁₂ -T ₀)	358,2±436,6	54,4±299,6	<0,05
So sánh (p)	$P_{(1&2)} < 0,05$, $P_{(1&3)} < 0,05$		$P_{(1&2)} < 0,05$, $P_{(1&3)} < 0,05$

Sau can thiệp chỉ số tế bào CD4 đã tăng lên có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp với số lượng tế bào ở thời điểm sau 6 tháng can thiệp là 471,0±200,8 TB/mm³ tăng lên đến 592,4±240,9 TB/mm³ sau 12 tháng can thiệp. Số lượng tế bào CD4 sau 6 tháng và 12 tháng can thiệp ở quần thể can thiệp tăng cao hơn có ý

nghĩa thống kê so với quần thể không can thiệp với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Hiệu quả can thiệp về hoạt động của câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS. Câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS mang lại nhiều lợi ích

cho người nhiễm, chính vì vậy cải thiện hoạt động của câu lạc bộ giúp câu lạc bộ hoạt động hiệu quả hơn có vai trò rất lớn trong nâng cao đời sống thể chất và tinh thần cho người nhiễm. Kết quả nghiên cứu này cho thấy, hình thức truyền thông của câu lạc bộ đã thay đổi so với trước can thiệp, hình thức kết hợp cả thảo luận nhóm và xem tivi, băng đĩa sau can thiệp (99,5%) đã tăng so với trước can thiệp (51,9%), chỉ số hiệu quả lên đến 75,4%. Sự khác biệt này mang lại ý nghĩa rất lớn, khi hình thức truyền thông thay đổi hấp dẫn hơn, phù hợp hơn sẽ giúp đối tượng dễ dàng tiếp thu những kiến thức mới hữu ích cho đối tượng nói chung và thực hành tuân thủ điều trị ARV nói riêng. Tỷ lệ các đối tượng nghiên cứu biết tuân thủ điều trị là uống đúng thuốc, đúng liều lượng và đúng giờ/đúng khoảng cách đều tăng lên có ý nghĩa sau can thiệp với mức tăng tương ứng là 66,2%, 99,5% và 100,0% với $p < 0,05$. Như vậy, điều này cũng cho thấy rằng hiệu quả truyền thông cho đối tượng ở các câu lạc bộ đã đạt được với tỷ lệ các đối tượng có kiến thức đúng về tuân thủ tăng lên. Đây là một tín hiệu rất đáng mừng trong công tác tăng cường kiến thức và kỹ năng về tuân thủ điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS.

2. Hiệu quả can thiệp về nhận thức, hành vi tự chăm sóc và điều trị của thành viên câu lạc bộ. Kiến thức là nền tảng để hình thành nên mọi hành vi sức khỏe. Vì vậy, kiến thức tốt về quản lý và điều trị HIV/AIDS là rất quan trọng để đảm bảo tuân thủ tốt, giảm nguy cơ kháng thuốc, tăng hiệu quả điều trị và giảm chi phí [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết nguyên nhân gây bệnh HIV/AIDS sau can thiệp có mức tăng có ý nghĩa so với nhóm trước can thiệp, với tỷ lệ biết sau can thiệp chiếm 100,0% với CSHQ là 45,5%. Tỷ lệ các đối tượng có kiến thức tốt sau can thiệp cao hơn so với nghiên cứu của J. B. Nachega và cộng sự [4] thực hiện ở Nam Phi với tỷ lệ này là 89,0%. Khi đối tượng biết về nguyên nhân gây bệnh đối tượng sẽ có khả năng thực hiện tốt hơn các biện pháp dự phòng lây nhiễm ra gia đình và cộng đồng.

Quá trình điều trị ARV là rất phức tạp, đòi hỏi sự tuân thủ điều trị nghiêm ngặt về thời gian, liều lượng, cách dùng thuốc ARV để hạn chế sự nhân lên và đột biến kháng thuốc của vi rút HIV/AIDS. Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện để đo lường tuân thủ điều trị ARV và xác định

các yếu tố liên quan trên 250 bệnh nhân AIDS đang được quản lý và điều trị tại Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Hải Dương năm 2016. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị còn thấp (60,4%) [5]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ đối tượng uống thuốc không đúng giờ đã giảm rõ rệt sau can thiệp (từ 22,9% xuống còn 5,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trước – sau can thiệp với $p < 0,05$. Kết quả là chỉ số tế bào CD4 ở nhóm có can thiệp đã có sự chuyển biến rõ rệt, sau can thiệp chỉ số tế bào CD4 đã tăng lên có ý nghĩa so với trước can thiệp với trung bình sự khác biệt là $238,3 \pm 201,8$ TB/mm³ ở thời điểm sau 6 tháng can thiệp và $358,2 \pm 436,6$ TB/mm³ ở thời điểm sau 12 tháng can thiệp. Trung bình sự khác biệt sau 6 tháng can thiệp ở quần thể can thiệp tăng cao hơn có ý nghĩa so với quần thể không can thiệp với $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã mang lại một số hiệu quả truyền thông khá lớn như: hình thức truyền thông kết hợp thảo luận nhóm và xem tivi, băng đĩa đã tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$; CSHQ là 75,4%). Tỷ lệ đối tượng uống thuốc không đúng giờ đã giảm từ 22,9% trước can thiệp xuống 5,2% sau can thiệp ($p < 0,05$, CSHQ là 46,2%). Số lượng tế bào CD4 sau 6 tháng và 12 tháng can thiệp ở quần thể can thiệp tăng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với quần thể không can thiệp ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2017)**, HIV/AIDS, truy cập ngày-3/6/2020, tại trang web <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/hiv-aids>.
2. **Daniel C. Douek, Mario Roederer và Richard A. Koup (2009)**, "Emerging Concepts in the Immunopathogenesis of AIDS", *Annual Review of Medicine*, 60(1), tr. 471-484.
3. **Lauren M. Terblanche và Ethelwynn L. Stellenberg (2014)**, "Patient knowledge of HIV and its treatment in South Africa", 2014, **6(1)**.
4. **J. B. Nachega, D. A. Lehman, D. Hlatshwayo và các cộng sự. (2005)**, "HIV/AIDS and antiretroviral treatment knowledge, attitudes, beliefs, and practices in HIV-infected adults in Soweto, South Africa", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 38(2), tr. 196-201.
5. **Phan Thị Thu Hương (2017)**, "Tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân AIDS đang được điều trị tại trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Hải Dương, năm 2016", *Tạp chí Y học dự phòng*, 27(3-2017).

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU SAU ĐẸ TRÊN XÉT NGHIỆM GHI ĐỘNG HỌC ĐÔNG MÁU (ROTEM)

Võ Thị Tâm¹, Ngô Đức Ngọc², Bạch Quốc Khánh³, Lê Hồng Trung⁴

TÓM TẮT

Mô tả các đặc điểm rối loạn đông máu ở bệnh nhân chảy máu sau đẻ (CMSĐ) trên xét nghiệm ghi động học đông máu (ROTEM). **Phương pháp:** mô tả tiến cứu được thực hiện tại khoa Cấp cứu – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2019 đến hết tháng 09/2020. **Kết quả:** có 36 bệnh nhân đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình (năm) là $30,9 \pm 5,7$. Nguyên nhân thường gặp nhất gây rối loạn đông máu là đờ tử cung (55,6%). Có tương quan cao giữa biên độ cực đông cực đại MCF-FIBTEM và nồng độ fibrinogen ($r=0,93$; $p<0,01$), tương tự giữa CT-INTEM và aPTT ($r=0,82$; $p<0,01$). Tỷ lệ rối loạn đông máu nội sinh phát hiện trên xét nghiệm thường quy cao hơn trên ROTEM trong khi tỷ lệ rối loạn đông máu ngoại sinh phát hiện trên ROTEM lại cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Đặc biệt tỷ lệ giảm fibrinogen phát hiện trên ROTEM cao hơn trên xét nghiệm thường quy, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,003$). **Kết luận:** Xét nghiệm ROTEM và đông máu cơ bản có thể hỗ trợ nhau trong việc đánh giá tình trạng đông máu ở bệnh nhân chảy máu sau đẻ.

Từ khóa: chảy máu sau đẻ, đông máu, xét nghiệm động học đông máu, ROTEM.

SUMMARY

ASSESSMENT COAGULATION DISORDER IN PATIENTS WITH POSTPARTUM HEMORRHAGE BY ROTATIONAL THROMBOELASTOMETRY

The study aims to assessment coagulation disorder in patients with postpartum hemorrhage (PPH) by rotational thromboelastometry (ROTEM). **Method:** This was prospective study that collected all patients with adequate selection criteria in Emergency Department – Bạch Mai Hospital from January 2019 to September 2020. **Result:** There were 36 patients eligible for inclusion in our study. Average age of patients was 30.9 ± 5.7 years. The common cause of coagulation disorder was uterine atony (55.6%). There was strong positive correlation between MCF (FIBTEM) and the plasma fibrinogen concentration ($r=0.93$; $p<0.01$), and between the CT-INTEM and the aPTT ($r=0.82$; $p<0.01$). The rate of endogenous coagulation detections in routine assays was higher than in ROTEM, while the rate of exogenous

coagulation detections on ROTEM was higher than in routine tests, but the difference was not statistically significant. Especially, the rate of reduced fibrinogen detections in ROTEM was significant higher than in routine assays ($p=0,003$). **Conclusion:** The ROTEM and routine testing can support each other on assessing coagulation status in patients with PPH.

Key words: postpartum hemorrhage, ROTEM, coagulation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu sau đẻ (CMSĐ) là một tai biến sản khoa nghiêm trọng, xảy ra bất ngờ và là một trong những nguyên nhân gây tử vong chính của sản khoa. Theo tổ chức y tế thế giới, chảy máu sau đẻ (CMSĐ) được định nghĩa là tình trạng chảy máu với lượng máu mất trên 500ml sau khi sổ thai với đẻ thường và trên 1000ml với đẻ mổ^{1,2}. Theo thống kê tại Mỹ năm 2013, tỷ lệ tử vong liên quan đến sinh đẻ là 17,3 ca trên 100000 ca sinh, trong đó nguyên nhân tử vong do CMSĐ là xấp xỉ 11,4%^{1,2}. Tại Việt Nam, CMSĐ chiếm 3 – 8% tổng số sinh³.

Việc xác định được rối loạn đông máu trong giai đoạn đầu là hết sức cần thiết nhằm bồi phụ các yếu tố đông máu cần thiết và cắt đứt vòng xoắn bệnh lý⁴. Các xét nghiệm về đông máu hiện nay bao gồm đếm số lượng tiểu cầu, thời gian prothrombin (PT), thời gian thromboplastin hoạt hóa từng phần (aPTT), định lượng fibrinogen... mặc dù rất phổ biến nhưng có nhược điểm là thời gian đợi kết quả lâu (thường trên 2 giờ), thông tin rời rạc, không phản ánh đầy đủ quá trình đông máu và không dự đoán được nhu cầu truyền máu cho bệnh nhân^{2,4}. Vì thế xét nghiệm ghi động học cục đông – ROTEM (rotational thromboelastometry) có ưu điểm cho kết quả nhanh, có thể dự báo và chỉ dẫn sử dụng loại chế phẩm máu lẫn số lượng cần dùng để điều trị tình trạng rối loạn đông máu^{4,5}. Hiện nay có ít đề tài nghiên cứu về vấn đề này [6]. Vì vậy chúng tôi lựa chọn đề tài theo nhu cầu thực tiễn lâm sàng với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tình trạng rối loạn đông máu ở bệnh nhân chảy máu sau đẻ điều trị tại khoa cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu sau đẻ theo tiêu chuẩn của tổ chức y tế thế giới (World Health

¹Bệnh viện đa khoa Thanh Trì

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Viện Huyết học và Truyền máu Trung Ương

⁴Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Tâm

Email: boorin261216@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 25.11.2020

Organization, WHO) năm 2012: lượng máu mất ít nhất trong vòng 24 giờ sau sinh là 500ml với sinh thường và 1000ml với sinh mổ¹.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đang sử dụng các thuốc chống đông.
- Có tiền sử rối loạn đông máu do mắc các bệnh nội khoa hoặc bệnh máu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 01/2019 đến hết tháng 09/2020.

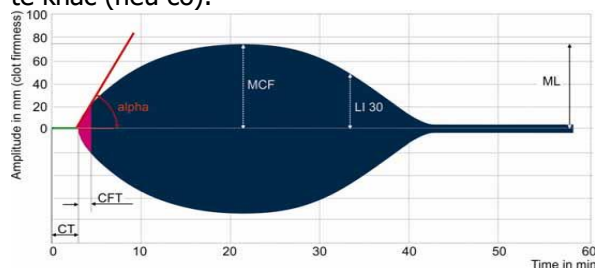
Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu

Cỡ mẫu: Thuận tiện

Phương tiện nghiên cứu

- Máy xét nghiệm ROTEM® delta (của hãng TEM Innovations GmbH – Đức) máy được nội chuẩn hàng ngày và ngoại chuẩn 4 tháng một lần.
- Ống đựng máu xét nghiệm có chống đông bằng Citrate 3.2%
- Pipette tự động (đi kèm theo máy ROTEM® delta)
- Cốc (cuvette) đựng máu xét nghiệm (đi kèm theo máy ROTEM® delta)
- Dung dịch phản ứng: IN-TEM®, EX-TEM®, FIB-TEM®, AP-TEM®/ t AP-TEM® và HAP-TEM® (được cung cấp bởi TEM Innovations GmbH).
- Máy phân tích tế bào tự động CELL-DYN Sapphire (của hãng Abbott – Hòa Kỳ) hoặc máy COULTER* LH 780 (của hãng BECKMAN COULTER – Hoa Kỳ).
- Máy đông máu tự động ACL TOP 500 CTS (Instrumentation Laboratory – Hoa Kỳ).

Các bước tiến hành. Các bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu sẽ được khai thác các thông tin về tuổi, tiền sử bệnh, xác định các yếu tố nguy cơ, diễn biến bệnh, các xét nghiệm đã được làm và chẩn đoán, điều trị tại các cơ sở y tế khác (nếu có).



Hình 1. Các thông số của xét nghiệm ROTEM [5]

Ghi chú: - Hình thành cục đông (Clot initiation): CT (clot time) là thời gian từ khi bắt đầu cho đến khi độ lớn cục đông được 2 mm. CT thể hiện tốc độ hình thành sợi huyết.

Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu, PT, aPTT, fibrinogen, D-dimer, Von Kaulla, nghiệm pháp rựu và xét nghiệm ROTEM lúc vào viện và thời điểm sau khi bù các chế phẩm máu.

Phân tích các giá trị trên xét nghiệm thường quy và xét nghiệm ROTEM. Tìm sự tương quan giữa các chỉ số tương ứng.

- Động học cục đông (Clot kinetics): CFT (clot formation time) là thời gian cục đông tăng kích thước từ 2 mm cho tới 20 mm. Góc alpha là góc tiếp tuyến của đường cong khi cục máu đông tăng kích thước từ 2mm cho tới 2mm.

- Độ bền của cục máu đông (Clot strength): MCF (maximal clot firmness) là biên độ tối đa của cục đông.

- Pha ly giải cục máu đông: LI30 (lysis index at 30) là phần trăm mức độ bền vững của cục đông sau 30 phút từ thời điểm MCF. ML (maximal lysis) là mức độ ly giải tối đa của cục máu đông.

Bảng 1. Các kênh xét nghiệm ROTEM và ý nghĩa lâm sàng [5], [6]

Các kênh xét nghiệm ROTEM	Ý nghĩa
INTEM	Đánh giá đông máu nội sinh
EXTEM	Đánh giá đông máu ngoại sinh
HEPTEM	Đánh giá quá trình hình thành cục máu đông (ở những bệnh nhân sử dụng heparin hoặc nghi ngờ có heparin) khi không có sự ảnh hưởng của heparin
FIBTEM	Đánh giá sự thiếu hụt fibrinogen và bất thường polymer hóa fibrin khi loại bỏ ảnh hưởng của tiểu cầu
APTEM	Theo dõi chất lượng của cục máu đông sau khi loại trừ được ảnh hưởng của yếu tố tiêu hủy Fibrin bằng hoạt chất Apotronin. Theo dõi sự ảnh hưởng của tăng tiêu sợi huyết (Hyperfibrinolysis) khi so sánh với EXTEM.

Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu được phân tích và xử trí bằng phần mềm thống kê y học. Mức ý nghĩa $p < 0,05$. So sánh bằng các thuật toán thống kê theo qui luật chuẩn hoặc phi tham số tùy theo đặc điểm phân bố của số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/2019 đến hết 09/2020, có 36 bệnh nhân đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là $30,9 \pm 5,7$; thấp nhất 17 và cao nhất 45 tuổi.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

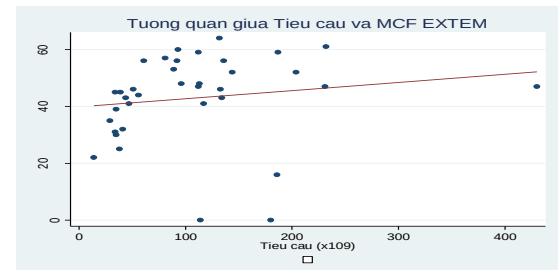
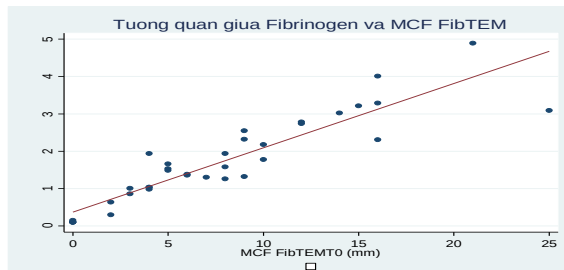
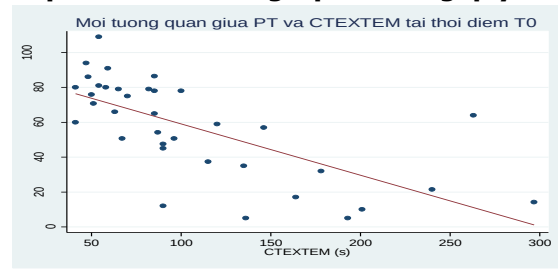
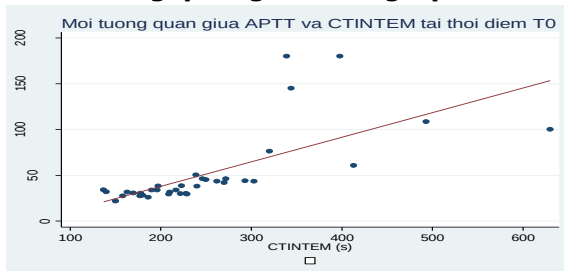
Bảng 2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n (%)
Phương pháp đẻ: Đẻ thường	16 (44,4)
Đẻ mổ	19 (52,8)
Đẻ thủ thuật	1 (2,8)
Số lần đẻ: Đẻ lần đầu	7 (19,4)
Đẻ lần thứ 2 trở lên	29 (80,6)
Tiền sử thai sản: Bình thường	24 (66,7)
Tiền sản giật/ sản giật	6 (16,7)
Thai chết lưu/ sảy thai	7 (19,4)
Nguyên nhân gây rối loạn đông máu	
Đờ tử cung	20 (55,6)
Rau cài răng lược	4 (11,1)
Thai lưu	3 (8,3)
Hội chứng HELLP	6 (16,7)
Nguyên nhân khác	3 (8,3)
Vị trí chảy máu	
Da, niêm mạc, chảy máu vết mổ	11 (30,6)

Chảy máu âm đạo	36 (100)
Chảy máu trong ổ bụng	8 (22,2)
Chảy máu tiêu hóa	1 (2,8)
Chảy máu bàng quang	2 (5,6)
Chảy máu dưới bao gan	1 (2,8)
Tỷ lệ cắt tử cung: Không cắt	15 (41,7)
Cắt bán phần	16 (44,4)
Cắt hoàn toàn	5 (13,9)
Kết cục sống còn	
Sống	32 (88,9)
Tử vong	4 (11,1)

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu có tiền sử sản khoa bình thường, đẻ mổ, đẻ lần thứ 2 trở lên. Nguyên nhân chính gây chảy máu là đờ tử cung sau đẻ. Tất cả các bệnh nhân đều được phát hiện có chảy máu qua đường âm đạo.

3.2. Tương quan giữa xét nghiệm ROTEM và một số chỉ số xét nghiệm thường quy



Biểu đồ 1. Tương quan giữa xét nghiệm ROTEM và một số chỉ số xét nghiệm thường quy

Nhận xét: Có mối tương quan rất chặt chẽ giữa biên độ cực đông cực đại MCF-FIBTEM và nồng độ fibrinogen ($r = 0,93$; $p < 0,01$), giữa CT-INTEM và xét nghiệm aPTT tại thời điểm vào viện ($r = 0,82$; $p < 0,01$). Trong khi tiểu cầu và biên độ MCF có tương quan trung bình ($r = 0,409$; $p < 0,05$). CT-EXTM và PT% có tương quan nghịch biến ($r = -0,78$; $p < 0,01$).

3.3. Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn đông máu phát hiện theo xét nghiệm thường quy và xét nghiệm ROTEM

Bảng 3. So sánh tỷ lệ phát hiện bất thường giữa xét nghiệm thường quy và ROTEM

	Xét nghiệm đông máu thường quy		Xét nghiệm ROTEM		p
	Biểu hiện	n (%)	Biểu hiện	n (%)	
Rối loạn đông máu nội sinh	aPTT b/c $\geq 1,25$	20 (55,6)	CT-INTEM > 240s	14 (38,9)	0,157
Rối loạn đông máu ngoại sinh	PT < 70%	21 (58,3)	CT-EXTM > 79s	22 (61,1)	0,810
Giảm fibrinogen	Fibrinogen < 2	24 (66,7)	MCF-FIBTEM < 18mm	34 (94,4)	0,003

Nhận xét: Tỷ lệ đông máu nội sinh phát hiện trên xét nghiệm thường quy cao hơn trên ROTEM trong khi tỷ lệ đông máu ngoại sinh phát hiện trên ROTEM cao hơn. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đặc biệt tình trạng giảm fibrinogen phát hiện trên ROTEM cao hơn có ý nghĩa thống kê so với xét nghiệm thường quy ($p = 0,003$).

IV. BÀN LUẬN

Xét nghiệm ghi động học đông máu ROTEM còn khá mới trên thực hành lâm sàng với nhiều thông số có thể gây khó khăn cho các bác sĩ mới tiếp cận đến xét nghiệm này. Tuy nhiên ROTEM lại đem đến một cái nhìn toàn cảnh, chi tiết nhất về bức tranh đông máu cho bệnh nhân và hơn hết cung cấp dự báo nhu cầu truyền chế phẩm máu cho bệnh nhân. Vì thế việc áp dụng ROTEM trên lâm sàng rất có lợi, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân tối cấp cứu hoặc rối loạn đông máu nặng^{4,5,7}.

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các sản phụ CMSĐ có rối loạn đông máu. Nguyên nhân hay gặp nhất là đờ tử cung (chiếm 55,6%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Friedman và cộng sự năm 2013⁸. Có 19/36 bệnh nhân (52,8%) xuất hiện CMSĐ sau mổ đẻ và hậu quả là 21/36 bệnh nhân (58,3%) phải tiến hành cắt tử cung. Điều đó cho thấy bức tranh rối loạn đông máu sau đẻ đến từ rất nhiều yếu tố: bệnh lý sau đẻ, rối loạn do phẫu thuật, mất máu toàn thể dẫn đến thiếu hụt các yếu tố đông máu^{4, 7, 8}. Vì thế việc có một cái nhìn tổng quan về tình trạng đông máu của bệnh nhân là hết sức quan trọng.

Nghiên cứu cho thấy có tương quan chặt giữa xét nghiệm ROTEM và xét nghiệm thường quy. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu được công bố gần đây^{7,9}.

Đặc biệt ROTEM phát hiện tình trạng thiếu fibrinogen cao hơn so với xét nghiệm thường quy, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,003$). Kết quả này tương tự so với các nghiên cứu khác khi các tác giả thấy rằng fibrinogen đại diện cho 85-90% toàn bộ lượng các yếu tố đông máu trong huyết tương và là yếu tố đầu tiên giảm xuống dưới mức nghiêm trọng trong chảy máu và pha loãng. Thiếu fibrinogen là dấu hiệu thông tin chính cho mức độ nghiêm trọng của xuất huyết. Phát hiện sớm và khắc phục tích cực sự suy giảm này rất quan trọng với việc quản lý CMSĐ^{5,8,9}.

Bên cạnh đó ROTEM lại phát hiện tỷ lệ rối loạn đông máu ngoại sinh cao hơn và rối loạn đông máu nội sinh thấp hơn so với xét nghiệm thường

quy mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê nhưng kết quả này là phù hợp với cơ chế bệnh sinh, mặt khác do xét nghiệm PT và aPTT được thực hiện trong huyết tương còn xét nghiệm ROTEM được thực hiện trong máu toàn phần, hơn nữa PT và aPTT phụ thuộc rất nhiều vào cơ chất phản ứng (reagent) được sử dụng, thời gian ủ.

Việc phát hiện các rối loạn đông máu chính xác và nhanh chóng có ý nghĩa trong việc bù các chế phẩm máu kịp thời và đúng mức cũng như hạn chế truyền các chế phẩm máu một cách không cần thiết. Mặc dù cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ, nhưng cũng đã cung cấp xu hướng ứng dụng của ROTEM trên đối tượng CMSĐ. Việc tiến hành nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn tại nhiều trung tâm là cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Xét nghiệm ghi động học cục bộ đông máu ROTEM và xét nghiệm đông máu thường quy có thể hỗ trợ nhau trong việc đánh giá tình trạng rối loạn đông máu ở các bệnh nhân biến chứng chảy máu sau đẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization (2012).
2. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** ACOG Practice Bulletin Number 183, October 2017: Postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol (2017) 130 - 168.
3. **Phạm Thị Hải.** Nghiên cứu chảy máu sau đẻ tại bệnh viện phụ sản Trung ương từ 7/2004-6/2007. Luận văn thạc sĩ y học (2017), Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. **Collins P., Abdul-Kadir R., Thachil J., et al.** Management of coagulopathy associated with postpartum hemorrhage: guidance from the SSC of the ISTH. J Thromb Haemost (2016) 14(1), 205.
5. **Curry N.S., Davenport R., Pavord S., et al.** The use of viscoelastic haemostatic assays in the management of major bleeding: A British Society for Haematology Guideline. (2018) 182 (2), 789.
6. **Võ Hữu Tín, Nguyễn Thái An, Nguyễn Thành Hư và cộng sự.** Khảo sát tình hình sử dụng xét nghiệm đo độ đàn hồi cục bộ máu bằng hệ thống máy ROTEM ở bệnh nhân phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 12/2015 đến 6/2016. Tạp chí y học Việt Nam (2016) 446, 892 -899.
7. **De Lange N.M., Lancé M.D., De Groot R., et al.** Obstetric hemorrhage and coagulation: an update. Thromboelastography, thromboelastometry, and conventional coagulation tests in the diagnosis and prediction of postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol Surv (2012) 67(7), 426.
8. **Friedman A.J. Obstetric Hemorrhage.** Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia. (2013) 27(4), 44 - 48.

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ SUY THẬN MẠN VÀ KẾT QUẢ TƯ VẤN TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KIÊN GIANG NĂM 2020

Nguyễn Thị Ngọc Hằng¹, Đỗ Đào Vũ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh suy thận mạn điều trị ngoại trú và kết quả tư vấn về tự chăm sóc và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** thiết kế mô tả cắt ngang; phỏng vấn 226 người bệnh suy thận mạn tính đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang từ 02/2020 – 06/2020 về kiến thức tuân thủ điều trị về bệnh suy thận mạn. **Kết quả:** Sau khi được tư vấn về kiến thức bệnh STM đa số bệnh nhân biết được kết quả điều trị bệnh STM là không khỏi bệnh chiếm 89.8%; không biết 8.9%; khỏi bệnh 1.3.%. Biết được phương pháp điều trị bảo tồn 93.4%; thay thế thận suy 80.1%; Không biết 1.8%. Kiến thức về tuân thủ dùng thuốc đều đặn, thường xuyên, đúng thuốc, đúng thời gian, đúng liều 95.1%; Dùng thuốc khi có dấu hiệu bệnh khó chịu 4.9%. Nhìn chung bệnh nhân có kiến thức đúng là 80.5%. Sau khi được tư vấn BN có nhận thức hơn về những thức ăn không tốt cho bệnh STM, phần lớn bệnh nhân biết được thuốc lá, cà phê chiếm tỷ lệ cao 94.6%; kể đến là các loại trái cây, hoa quả có nhiều kali như chuối, hồng xiêm, cam, quýt, táo, rau dền, củ cải, su hào, măng chiếm 71.2%; Muối 48.7%; nước 37.2%; Các phụ tạng động vật, thịt gà, thịt ngỗng 30.5%. Sau khi được tư vấn nguyên tắc về chế độ dinh dưỡng có 84.9% tuân thủ hạn chế rượu, bia, hút thuốc lá và các chất kích thích, 45.6% bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn giàu năng lượng, đủ vitamin, đủ yếu tố vi lượng, 40.3% tuân thủ chế độ cân bằng muối nước, 38.0% tuân thủ chế độ ít protein, 31.8% bệnh nhân tuân thủ đủ canxi, ít phosphate, 27.4% tỷ lệ bệnh nhân hạn chế mỡ, và không biết ăn theo nguyên tắc về chế độ dinh dưỡng là 6.19%; ăn uống tự do 0.44%. So với nhóm có trình độ trung học cơ sở, cấp trung học phổ thông và trung cấp trở lên tỷ lệ tuân thủ tự chăm sóc ở nhóm có trình độ tiểu học và không biết chữ cao gấp 0.19 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Vai trò của Điều dưỡng trong tư vấn cho bệnh nhân STM đầy đủ hơn và có kiến thức sâu rộng về bệnh, khả năng lập kế hoạch chăm sóc là rất quan trọng, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khóa: suy thận mạn

SUMMARY

COMPLIANCE WITH THERMAL AND RESULTS

¹Bệnh viện ĐK Kiên Giang

²Bệnh viện Bạch Mai, Trường ĐH Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Hằng

Email: ngochangbvdkg@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2020

Ngày duyệt bài: 19.11.2020

OF SELF-CARE CONSULTATION OF PATIENTS WITH OUT-OF-ONE TREATMENT IN KIEN GIANG MULTIPLAYER HOSPITAL IN 2020

Objective: Describe the status of treatment compliance of patients with outpatient chronic renal failure and the results of self-care counseling and some related factors. **Research method:** cross-sectional descriptive design; interviewing 226 patients with chronic kidney failure who are on outpatient treatment at Kien Giang General Hospital from February 2020 to June 2020 on knowledge of compliance with the above chronic kidney failure disease. **Result:** Patients have learned that chronic kidney failure is a medical condition that does not cure but can only delay complications for the patient. **Conclude:** This result shows that nurses need to advise patients more fully and have extensive knowledge about the disease, counseling ability so that in the process of planning care for patients must pay attention to economic conditions. The habits of patients then give advice and instructions suitable to each patient so that they can apply and improve the effectiveness of treatment for themselves.

Keywords: chronic kidney failure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn là tình trạng suy giảm chức năng thận thường xuyên, liên tục, chậm, nhiều tháng hay nhiều năm và không hồi phục. Trong giai đoạn đầu của suy thận mạn tính, bệnh có thể gây xuất hiện một vài triệu chứng. Nhưng, đôi khi bệnh không gây ra bất kỳ biểu hiện nào cho đến khi chức năng thận bắt đầu suy giảm một cách đáng kể.

Trong công tác khám chữa bệnh hàng ngày các thầy thuốc thường ít chú trọng đến việc giáo dục bệnh nhân mà thường chú trọng đến việc kê đơn và kết quả điều trị. Trong thực tế lâm sàng, hiệu quả điều trị phụ thuộc rất nhiều vào bệnh nhân có những nhận thức, thực hành và hợp tác điều trị bệnh nhân không tuân thủ việc điều trị của bác sĩ và tự chăm sóc cho bản thân sẽ làm tăng các biến chứng, làm tăng chi phí điều trị và tỉ lệ tử vong. Để kéo dài thời gian sống và chất lượng sống của bệnh nhân suy thận mạn, chữa trị đạt hiệu quả và giảm số lần chạy thận, người bệnh nên chú ý tuân thủ đúng phác đồ điều trị của bác sĩ, chạy thận định kỳ, đúng lịch, không được bỏ dở, chế độ ăn uống nghiêm ngặt, giữ tinh thần luôn thoải mái, tập thể dục thể thao nhẹ nhàng... Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên

cứu đề tài: "Tuân thủ điều trị suy thận mạn và kết quả tư vấn tự chăm sóc của người bệnh điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang" với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh suy thận mạn điều trị ngoại trú tại khoa Nội thận Bệnh viện đa khoa Kiên Giang

2. Đánh giá kết quả tư vấn về tự chăm sóc và một số yếu tố liên quan

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Đối tượng nghiên cứu là 226 người bệnh được chẩn đoán bệnh suy thận mạn đang điều trị tại khoa Nội Thận - Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

• **Tuổi?** Được chẩn đoán suy thận mạn chưa có chỉ định chạy thận nhân tạo

Bệnh nhân có thể hợp tác với cán bộ y tế và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ**

Bệnh nhân đang điều trị có diễn biến nặng cần can thiệp Hồi sức tích cực.

• Địa điểm và thời gian nghiên cứu

• Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội Thận - Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang

• Thời gian nghiên cứu: từ tháng 02/2020 đến tháng 6 năm 2020.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện 226 người bệnh suy thận mạn tính đang điều trị bảo

tồn tại khoa Nội Thận - Bệnh viện Kiên Giang đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn

Cách chọn mẫu: chọn mẫu chủ đích những người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn

2.4. Biến số nghiên cứu chính: Tuổi, giới tính + Biến số kiến thức điều trị: kiến thức về bệnh, chế độ dinh dưỡng, thực phẩm ...

2.5. Kỹ thuật thu thập và công cụ nghiên cứu

2.6. Xử lý số liệu: phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 để tính tỷ lệ phần trăm, phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Biến số nghiên cứu		(n=226)	(%)
Nhóm tuổi	18-35	17	7.5
	36-59	99	43.8
	≥60	110	48.7
Giới tính	Nam	86	38.1
	Nữ	140	61.9

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy độ tuổi chiếm cao nhất 48.7% từ 60 tuổi trở lên; thấp nhất 7.5% từ < 18 - 35 tuổi. Tỷ lệ nữ cao hơn nam, nữ chiếm 61.9%.

3.2. Hiệu quả sau tư vấn tuân thủ điều trị dùng thuốc của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.2. Hiệu quả sau tư vấn tuân thủ điều trị dùng thuốc của mẫu nghiên cứu

Kiến thức	Trước tư vấn		Sau tư vấn		p
	(n = 226)	%	(n = 226)	%	
Kiến thức về kết quả điều trị					0.001**
Khỏi	7	3.1	3	1.3	
Không khỏi	177	78.3	203	89.8	
Không biết	42	18.6	20	8.9	
Kiến thức về phương pháp điều trị					
Điều trị bảo tồn	189	83.6	211	93.4	0.000*
Điều trị thay thế thận suy	133	58.8	181	80.1	0.000*
Không biết phương pháp điều trị	25	14.6	4	1.8	0.000*
Kiến thức về tuân thủ dùng thuốc					
Dùng thuốc đều đặn, thường xuyên, đúng thuốc, đúng thời gian, đúng liều	205	90.7	215	95.1	0.002**
Dùng thuốc khi có dấu hiệu bệnh khó chịu	12	5.3	11	4.9	
Dùng thuốc theo đơn của bệnh nhân khác	9	4.0	0	0	

Nhận xét: Sau khi được tư vấn về kiến thức bệnh STM đa số bệnh nhân biết được kết quả điều trị bệnh STM là không khỏi bệnh chiếm 89.8%; không biết 8.9%; khỏi bệnh 1.3%. Biết được phương pháp điều trị bảo tồn 93.4%; thay thế thận suy 80.1%; Không biết 1.8%. Kiến thức về

tuân thủ dùng thuốc đều đặn, thường xuyên, đúng thuốc, đúng thời gian, đúng liều 95.1%; Dùng thuốc khi có dấu hiệu bệnh khó chịu 4.9%; Dùng thuốc theo đơn của bệnh nhân khác 0%. Nhìn chung bệnh nhân có kiến thức đúng là 80.5%, 19.5% bệnh nhân chưa có nhận thức đúng.

3.3. Hiệu quả sau tư vấn về các thực phẩm và nguồn thông tin về bệnh

3.3.1. Những thức ăn thích hợp, an toàn

Bảng 3.3. Những thức ăn thích hợp, an toàn

Nội dung	Trước tư vấn		Sau tư vấn		p
	(n = 226)	%	(n = 226)	%	
Miến dong	32	14.2	123	54.4	0.000*
Bột sắn	15	6.6	86	38.0	0.000*
Khoai lang	98	43.4	166	73.4	0.000*
An nhiều loại trái cây: Vải, nhãn, xoài, đu đủ, nho ngọt	18	8.0	62	27.4	0.000*
Bầu, bí, mướp, thịt nạc, trứng, cá, sữa, tôm	144	63.7	182	80.5	0.000*
Những loại thức ăn cần bổ sung thêm: (Sắt, canxi, vitamin A,D)	78	34.5	128	56.6	0.000*

Nhận xét: Sau khi BN được tư vấn về bệnh thì Bầu, bí, mướp, thịt nạc, trứng, cá, sữa, tôm chiếm đa số với 80,5%; kế tiếp; Khoai lang 73,4%; sau đó là thức ăn cần bổ sung thêm: (Sắt, canxi, vitamin A, D) 56.6%; miến dong 54.4%. còn lại là bột sắn 38.0%. trái cây 27.4%

3.3.2. Những thức ăn không thích hợp, an toàn

Bảng 3.4. Những thức ăn không thích hợp, an toàn

Nội dung	Trước tư vấn		Sau tư vấn		p
	(n=226)	%	(n = 226)	%	
Thuốc lá, café	194	85.8	214	94.6	0.000*
Các phủ tạng động vật, thịt gà, thịt ngỗng	30	13.3	69	30.5	0.000*
An nhiều loại trái cây, hoa quả có nhiều kali như chuối, hồng xiêm, cam, quýt, táo, rau dền, củ cải, su hào, măng	152	67.3	161	71.2	0.012*
Muối	59	26.1	110	48.7	0.000*
Nước	28	12.4	84	37.2	0.000*

Nhận xét: Sau khi được tư vấn BN có nhận thức hơn về những thức ăn không tốt cho bệnh STM, phần lớn bệnh nhân biết được Thuốc lá, café chiếm tỷ lệ cao 94.6%; kế đến là các loại trái cây, hoa quả có nhiều kali như chuối, hồng xiêm, cam, quýt, táo, rau dền, củ cải, su hào, măng chiếm 71.2%; Muối 48.7%; nước 37.2%; Các phủ tạng động vật, thịt gà, thịt ngỗng 30.5%

3.4. Hiệu quả sau tư vấn về tuân thủ nguyên tắc về chế độ dinh dưỡng

Bảng 3.3. Tuân thủ nguyên tắc về chế độ dinh dưỡng

Nội dung	Trước khi tư vấn		Sau khi tư vấn		p
	(n = 226)	%	(n = 226)	%	
Ít protein	46	20.4	86	38.0	0.000*
Giàu năng lượng, đủ vitamin, đủ yếu tố vi lượng	33	14.6	103	45.6	0.000*
Cân bằng muối nước	46	20.3	91	40.3	0.000*
Đủ canxi, ít phosphate	12	5.3	72	31.8	0.000*
Hạn chế mỡ	36	15.9	62	27.4	0.000*
Hạn chế rượu, bia, hút thuốc lá và các chất kích thích	175	77.4	192	84.9	0.000*
An uống tự do	5	2.2	1	0.44	0.125*
Không biết	19	8.4	14	6.19	0.063*

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy sau khi được tư vấn nguyên tắc về chế độ dinh dưỡng có 84.9% tuân thủ hạn chế rượu, bia, hút thuốc lá và các chất kích thích, 45.6% bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn giàu năng lượng, đủ vitamin, đủ yếu tố vi lượng, 40.3% tuân thủ chế độ cân bằng muối nước, 38.0% tuân thủ chế độ ít protein, 31.8% bệnh nhân tuân thủ đủ canxi, ít phosphate, 27.4% tỷ lệ bệnh nhân hạn chế mỡ, và còn lại không biết ăn theo nguyên tắc về chế độ dinh dưỡng là 6.19%; ăn uống tự do 0.44%.

3.5. Mối liên quan giữa kết quả tư vấn tự chăm sóc với đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa kết quả tư vấn tự chăm sóc với đặc điểm nhân khẩu học

Yếu tố		Kết quả tư vấn tự chăm sóc				OR (95%CI)	p
		Tốt		Chưa tốt			
		n	%	n	%		
Giới tính	Nam	81	94.2	5	5.8	0.725	0.752*

	Nữ	134	95.7	6	4.3	0.21 -2.45	
Nhóm tuổi	≤ 35 tuổi	15	93.8	1	6.2	0.46	0.45*
	Từ 36 - 59	97	97.0	3	3.0	0.04 - 4.76	
	≥ 60 tuổi	103	93.6	7	6.4	1.02(0.12-8.88)	
Dân tộc	Kinh	198	95.2	10	4.8	1.18	0.603*
	Thiểu số	16	94.1	1	5.9	0.14 - 9.82	
Trình độ học vấn	Không biết chữ	49	91.1	7	8.9	0.19	0.017*
	Cấp I	108	96.4	3	3.6	0.05 - 0.78	
	Cấp II	42	95.3	1	4.7	0.17(0.02-1.41)	0.13*
	Cấp III	8	100.0	0	0	-	0.58*
	≥ Trung cấp	9	100.0	0	0	-	0.58*
Nghề nghiệp	Nông dân	100	93.5	7	6.5	-	1*
	Công nhân	13	100.0	0	0.0	-	
	Cán bộ viên chức	2	100.0	0	0.0	-	1*
	Học sinh, sinh viên	1	100.0	0	0.0	-	1*
	Hết khả năng LĐ	82	96.5	3	3.5	0.97(0.91-1.03)	0.52*
	Khác	17	94.4	1	5.6	0.84(0.10-7.27)	1*
Môi trường gia đình	Sống cùng vợ/ chồng	183	95.3	9	4.7	-	1*
	Ly hôn	7	100.0	0	0.0	-	
	Độc thân	25	92.6	2	7.4	1.63(0.33-7.69)	0.63*

Nhận xét: So với nhóm có trình độ cấp II, cấp III, Trung cấp trở lên tỷ lệ tuân thủ tự chăm sóc ở nhóm có trình độ cấp I và không biết chữ cao gấp 0.19 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0.017$)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

- **Về tuổi:** Qua khảo sát trên 226 người, độ tuổi chiếm cao nhất 48.7% từ 60 tuổi trở lên; tiếp theo 43.8% từ 36 – 59 tuổi và còn lại 7.5% từ < 18 - 35 tuổi. Kết quả về độ tuổi trung bình suy thận mạn của chúng tôi tương đồng so với nghiên cứu của Nguyễn Duy Cường, Đoàn Thị Thư Nghĩa tại Thái Bình. Từ đó cho thấy tình trạng bệnh tập chung nhiều ở các đối tượng là nguồn lực lao động chính của xã hội và người cao tuổi, ảnh hưởng lớn đến nền kinh tế và chất lượng cuộc sống.

- **Về giới:** Tỷ lệ nữ cao hơn nam, nữ chiếm 61.9%; nam chỉ chiếm 38.1%. Như vậy, bệnh nhân nữ trong nhóm nghiên cứu cao hơn nhiều với bệnh nhân nam, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nathan R.Hill và cộng sự.

Kiến thức về bệnh và tuân thủ điều trị của mẫu nghiên cứu. Kiến thức và phương pháp điều trị bệnh STM: Bệnh nhân biết được STM là một bệnh lý điều trị không khỏi mà chỉ có thể làm chậm các biến chứng cho người bệnh chiếm 89.8%; Biết được phương pháp điều trị bảo tồn 93.4%; thay thế thận suy 80.1%; Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về dùng thuốc chiếm tỷ lệ khá cao 95.1%; Dùng thuốc khi có dấu hiệu bệnh khó chịu 45.1%;

Những thức ăn thích hợp, an toàn. Suy thận mạn là một hội chứng bệnh lý tồn tại suốt đời. Bệnh sẽ tiến triển nặng dần nếu không có phác đồ điều trị cụ thể và chế độ dinh dưỡng

hợp lý. Bầu, bí, mướp, thịt nạc, trứng, cá, sữa, tôm chiếm đa số với 80,5%; kế tiếp khoai lang 73,4%; sau đó là những thức ăn bổ sung sắt, canxi, vitamin A, D 56.6%, miễn dong 54.4%. kế đến là bột sắn 38.0%, và các loại trái cây như vải, nhãn, xoài, đu đủ, nho ngọt 27.4%

Những thức ăn không thích hợp, an toàn.

Thức ăn cần hạn chế vì không an toàn cho bệnh như các phủ tạng động vật, thịt gà, thịt ngỗng hoặc gạo, khoai tây, đậu đỗ, lạc, vừng hay một số rau có chứa nhiều muối như rau ngót, rau muống, rau dền, giá đỗ hoặc các loại dưa muối, các loại thực phẩm chế biến như ô mai, sấu dầm... Trong điều tra của chúng tôi cho thấy thuốc lá, café chiếm tỷ lệ cao 94.6%; kế đến là các loại trái cây, hoa quả có nhiều kali như chuối, hồng xiêm, cam, quýt, táo, rau dền, củ cải, su hào, măng chiếm 71.2%; Muối 48.7%; nước 37.2%; Các phủ tạng động vật, thịt gà, thịt ngỗng 30.5%

Tuân thủ nguyên tắc về chế độ dinh dưỡng. Chế độ dinh dưỡng có 84.9% tuân thủ hạn chế rượu, bia, hút thuốc lá và các chất kích thích, 45.6% bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn giàu năng lượng, đủ vitamin, đủ yếu tố vi lượng, 40.3% tuân thủ chế độ cân bằng muối nước, 38.0% tuân thủ chế độ ít protein, 31.8% bệnh nhân tuân thủ đủ canxi, ít phosphate, 27.4% tỷ lệ bệnh nhân hạn chế mỡ, và còn lại không biết ăn theo nguyên tắc về chế độ dinh dưỡng là 6.19%; ăn uống tự do 0.44%. Đa số bệnh nhân đều biết đến chế độ dinh dưỡng, nhưng qua kết quả trên chúng tôi thấy phần lớn chỉ tuân thủ hạn chế rượu, bia, hút thuốc lá, các chất kích

thích và hạn chế mỡ trong các bữa ăn, các chế độ dinh dưỡng khác thì chỉ một số ít đối tượng biết và tuân thủ, điều này nói lên tuân thủ chế độ dinh dưỡng về bệnh STM cũng như về bệnh STM thật sự chưa cao. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Julie A. Wright et al...

V. KẾT LUẬN

Người bệnh có kiến thức về bệnh và tuân thủ điều trị khá cao

Với số người bệnh nhận thức được không khỏi bệnh chiếm 89.8%, không biết 8.9%. Người bệnh biết được phương pháp điều trị bảo tồn 93.4%; thay thế thận suy 80.1%, dùng thuốc đều đặn, thường xuyên, đúng thuốc, đúng thời gian, đúng liều 95.1% và dùng thuốc khi có dấu hiệu bệnh khó chịu là 45.1%.

Việc tuân thủ tuân thủ nguyên tắc về chế độ dinh dưỡng của người bệnh cao nhất là tuân thủ hạn chế rượu, bia, hút thuốc lá và các chất kích thích chiếm 84.9%, tiếp đến tuân thủ chế độ ăn giàu năng lượng, đủ vitamin, đủ yếu tố vi lượng 45.6%; chế độ cân bằng muối nước 40.3%, chế độ ít protein 38.0%; bệnh nhân tuân thủ đủ canxi, ít phosphate 31.8%, tỷ lệ bệnh nhân hạn chế mỡ 27.4% và 6.19% không biết ăn theo nguyên tắc về chế độ dinh dưỡng.

Kiến thức của người bệnh về thức ăn thích hợp, an toàn cho thấy ý thức tự chăm sóc sức khỏe đạt mức khá với tỷ lệ 80,5% lựa chọn thức ăn là bầu, bí, mướp, thịt nạc, trứng, cá, sữa, tiếp đến 73,4% khoai lang; 56.6% thức ăn cần bổ sung thêm: (Sắt, canxi, vitamin A, D), 54.4%

miến dong và 38.0% bột sắn; 27.4% trái cây; 94.6% thuốc lá, café; 71.2% các loại trái cây, hoa quả có nhiều kali như chuối, hồng xiêm, cam, quýt, táo, rau dền, củ cải, su hào, măng; Muối chiếm 48.7%; nước 37.2%; Các phụ tạng động vật, thịt gà, thịt ngỗng 30.5%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Bùi Bảo (2011)**, nghiên cứu chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy thận mạn, trường Đại Học Y Dược Huế, tr.2-7
2. **Nguyễn Duy Cường, Doãn Thị Thư Nghĩa (2014)**. Nghiên cứu tình trạng cường cận giáp trạng thứ phát ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Thái Bình. Y Học thực hành. Số 4. Tr.19-20.
3. **Trần Văn Chất (2008)**. Bệnh thận. Nhà Xuất bản Y Học. Hà Nội. Tr.311.
4. **Trần Văn Chất (2008)**. Bệnh thận (tái bản lần thứ nhất có sửa chữa và bổ sung). Nhà Xuất bản Y học. Hà Nội.Tr.149-238
5. **Trương Việt Dũng (2014)**, Thực hành lâm sàng tốt và đạo đức trong nghiên cứu y sinh học có đối tượng là con người, Phương pháp nghiên cứu khoa học, Nhà xuất bản Y học, tr. 86-103.
6. **Lưu Thị Hương (2013)**. Kiến thức về bệnh suy thận mạn và cách tự chăm sóc của bệnh nhân suy thận mạn đang chạy thận nhân tạo chu kỳ tại bệnh viện Đa Khoa tỉnh Gia Lai. Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Gia Lai, tr.1-7.
7. **Võ Thành Nhân (2012)**. Khảo sát kiến thức thực hành dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn tại bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ. Luận văn cử nhân Điều Dưỡng. Đại học Y Dược Cần Thơ. Tr.28 -42.
8. **Trường Đại học Y Hà Nội (2012)**, Xét nghiệm và thăm dò cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh thận, Nội khoa cơ sở, Tập. 2, Nhà xuất bản Y học, tr. 355-369.

BẤT THƯỜNG NHIỄM SẮC THỂ Ở BỆNH NHÂN VÔ KINH

Trịnh Thùy Dương¹, Phan Thu Giang²

Ngô Văn Phương², Đoàn Thị Kim Phụng¹, Hoàng Thị Ngọc Lan^{1,2}

TÓM TẮT

Vô kinh là một triệu chứng thường gặp trong sản khoa. Hiện nay trên thế giới đã có rất nhiều tác giả nghiên cứu đánh giá tần suất và mô hình phân bố bất thường nhiễm sắc thể (bất thường NST) trong các bệnh nhân vô kinh, ở Việt Nam cũng có tác giả nghiên cứu về vấn đề này nhưng cỡ mẫu còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với **mục tiêu**: (1) Xác

định tỷ lệ và các dạng bất thường NST ở các bệnh nhân vô kinh (2) Nhận xét mối liên quan giữa vô kinh và một số hội chứng di truyền. **Đối tượng**: 320 nữ giới vô kinh đến xét nghiệm NST tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh – Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 10/2017 đến 12/2019. **Phương pháp**: nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu. **Kết quả**: Tỷ lệ bất thường NST là 28,1%. Trong đó 97,8% bất thường NST giới. Tỷ lệ bất thường NST giới ở bệnh nhân vô kinh nguyên phát và vô kinh thứ phát là 29,7% và 18,18%. Chủ yếu gặp bất thường số lượng NST 45,5%. Hay gặp nhất là hội chứng Turner (21,25%) với karyotype 45,X (11,25%) và hội chứng 46,XY DSD (5,94%). Các bất thường khác gặp lẻ tẻ, liên quan đến bất thường cấu trúc NST X, dạng khảm. **Kết luận**: Tỷ lệ bất thường NST trong đối tượng vô kinh là 28,1%. Trong đó chủ yếu gặp dạng bất thường số lượng NST. Hội chứng Turner là

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Phụ sản trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Ngọc Lan

Email: hoangthingoclan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020

Ngày duyệt bài: 20.11.2020

hội chứng bất thường hay gặp nhất, karyotype hay gặp nhất là 45,X thuần.

Từ khóa: vô kinh, bất thường nhiễm sắc thể, hội chứng Turner.

SUMMARY

ANALYSE CHROMOSOMAL ABERRATIONS IN AMENORRHOEA

Amenorrhoea is one of the most common symptoms in Gynecology and Obstetrics. Recently, many researches have been carried out in order to shed light on abnormal chromosomes at women who suffer from amenorrhoea. The number of researches and subjects relating to the subject matter remain meagre. Therefore, this research focuses on 2 targets: (1) assessing the frequency of chromosomal abnormalities and abnormal karyotype characteristics (2) identifying the relation between some congenital syndromes which we detected in the research and amenorrhoea. **Subjects:** 320 women with amenorrhoea did karyotyping in the prenatal diagnosis center, National hospital of Obstetrics and Gynecology (NHOG) in the period between 10/2017 and 12/2019.

Methods: described retrospectively. Chromosomal analysis was followed ISCN 2016. Statistical data were processed on computer with SPSS statistical software 20.0. **Results:** In 320 patients with amenorrhoea were identified 28,1% with abnormal chromosomes. 97.8% among them only affected by sex chromosomal abnormality. The proportion of abnormal chromosomes in patients with primary amenorrhoea and secondary amenorrhoea were 29.7% and 18.18%, respectively. The main part we detected was numerical chromosomal abnormalities (45.5%). The syndrome we observed which had the most frequent was Turner syndrome (21.25%) and the follow was 46,XY Disorder of sex development (5.94%).

Conclusions: The prevalence of chromosomal abnormalities in amenorrhoea was 28.1%. In which, the dominant was numerical chromosomal abnormalities. The Turner syndrome was the most common aberrant syndrome. The karyotype which was the highest frequent was homogenous 45,X.

Key words: amenorrhoea, abnormal chromosome, Turner syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô kinh (amenorrhoea) là triệu chứng thường gặp trong sản khoa. Vô kinh được định nghĩa là tình trạng không hành kinh trong một thời gian nhất định. Vô kinh có thể xảy ra như một tình trạng sinh lý hoặc một triệu chứng bệnh lý. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ nói đến vô kinh bệnh lý, bao gồm vô kinh nguyên phát và vô kinh thứ phát. Vô kinh nguyên phát (primary amenorrhoea – PA) được định nghĩa là nữ giới đến 15 tuổi đã phát triển các đặc tính sinh dục thứ phát mà không có kinh nguyệt (hoặc 13 tuổi mà không xuất hiện các đặc tính thứ phát). Vô kinh thứ phát (secondary amenorrhoea – SA)

được định nghĩa là tình trạng mất kinh từ 3 tháng trở lên (với trường hợp kinh nguyệt đều) và từ 6 tháng trở lên (với trường hợp không đều). Có nhiều nguyên nhân dẫn tới vô kinh: bất thường NST, bất thường sản xuất hormone trục dưới đồi-tuyến yên, hội chứng Rokitansky... Trong đó bất thường NST là nguyên nhân thường gặp, có phương pháp điều trị, tiên lượng khác biệt khi so sánh với các trường hợp có các triệu chứng tương tự nhưng không mang bất thường NST. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về vấn đề này nhưng ở Việt Nam số lượng nghiên cứu và cỡ mẫu còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu:

- *Xác định tỷ lệ và các dạng bất thường NST ở các bệnh nhân vô kinh.*

- *Nhận xét mối liên quan giữa vô kinh và một số hội chứng di truyền.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và cỡ mẫu: Theo nghiên cứu của O. Optiz, tỷ lệ bất thường NST ở nữ giới vô kinh: $p=0.369$, tính được cỡ mẫu là $n=48.5$, làm tròn thành 49 trường hợp. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện với $n=320$ nữ giới vô kinh làm xét nghiệm tại NST đồ tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 10/2017-12/2019.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang hồi cứu. Mẫu được thu thập để làm xét nghiệm là mẫu máu ngoại vi, nuôi cấy theo phương pháp nuôi cấy máu toàn phần, thu hoạch sau 72 giờ và được nhuộm bằng G. Phân tích kết quả karyotype bằng phần mềm Ikaros theo tiêu chuẩn ISCN 2016. Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ bất thường NST nói chung gặp trong vô kinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 320 nữ giới vô kinh được xét nghiệm NST bao gồm:

- 276 trường hợp PA (86,3%) với tuổi trung bình là $21,7 \pm 5,6$ có tỷ lệ bất thường NST là 29,7%. Tuổi đi khám nhỏ nhất trong nhóm là 13 tuổi, lớn nhất là 40 tuổi.

- 44 trường hợp SA (13,7%) với tuổi trung bình là $23 \pm 5,8$ có tỷ lệ bất thường NST là 18,18%. Tuổi đi khám nhỏ nhất trong nhóm là 13 tuổi, lớn nhất là 39 tuổi.

- Tỷ lệ bất thường NST gặp ở vô kinh nói chung là 28,1% với tuổi trung bình $21,9 \pm 5,7$.

3.2. Tỷ lệ các dạng bất thường NST theo từng phân loại ở bệnh nhân vô kinh

Bảng 1. Tỷ lệ bất thường NST được phân loại theo từng tiêu chí ở nhóm PA và nhóm SA

Phương pháp phân loại		Vô kinh nguyên phát		Vô kinh thứ phát		Tổng	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Karyotype bất thường	82	29,7(82/276)	8	18,18(8/44)	90	28,1(90/320)
	Karyotype bình thường	193	70,3 (193/276)	36	81,82 (36/44)	229	71,9 (229/320)
2	Bất thường NST Giới	81	98,7(81/82)	7	87,5(7/8)	88	97,8(88/90)
	Bất thường NST thường	0	0	0	0	0	0
	Bất thường NST giới-thường	1	1,3(1/82)	1	12,5(1/8)	2	2,2(2/90)
3	Bất thường cấu trúc	15	18,3(15/82)	5	62,5(5/8)	20	22,2(20/90)
	Bất thường số lượng	39	47,6(39/82)	2	25(2/8)	41	45,5(41/90)
	Bất thường cấu trúc và số lượng	9	10,8 (9/82)	1	12,5 (1/8)	10	11,2 (10/90)
	46,XY DSD	19	23,1(19/82)	0	0	19	21,1(19/90)
4	Dạng khảm	14	17,1(14/82)	2	25(2/8)	16	17,8(16/90)
	Không khảm	68	82,9(68/82)	6	75(6/8)	74	82,2(74/90)

Nhận xét: tỷ lệ bất thường chung ở bệnh nhân vô kinh là 28,1%. Tỷ lệ bất thường NST ở nhóm PA là 29,7 %; SA là 18,18%. Tất cả đều liên quan đến NST giới, trong đó 88 trường hợp chỉ bất thường NST giới và 2 trường hợp kết hợp cả NST giới và thường.

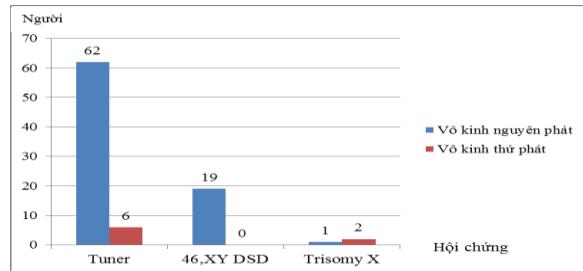
3.3. Các dạng karyotype bất thường gặp trong nghiên cứu

Bảng 2. Các dạng karyotype bất thường gặp trong nghiên cứu

Karyotype bất thường	Vô kinh nguyên phát	Vô kinh thứ phát	Tổng	Tần suất %
45,X	36	0	36	40
46,X,i(Xq)	6	1	7	7,8
46,X,del(X)	3	3	6	6,7
46,X,add(X)	1	0	1	1,1
46,X,idic(X)	2	0	2	2,2
46,X,+mar	1	0	1	1,1
47,XXX	0	1	1	1,1
46,X,t(X,5)	1	1	2	2,2
45,X/46,X,+mar	2	0	2	2,2
45,X/46,XX	2	1	3	3,3
45,X/47,XXX	1	0	1	1,1
45,X/46,X,i(Xq)	5	1	6	6,7
45,X/46,X,del(X)	1	0	1	1,1
45,X/46,X,inv(X)	1	0	1	1,1
45,X/46,X,qsudic(X)	1	0	1	1,1
46,XY DSD	19	0	19	21,2
Tổng	82	8	90	100%

Nhận xét: Các dạng karyotype bất thường gặp rất đa dạng. Trong đó thường gặp nhất là 45,X (36/90 case) và kiểu hình nữ 46,XY với 19/90 case, đều có lâm sàng PA.

3.4. Các hội chứng lâm sàng gặp ở các trường hợp vô kinh

**Hình 2. Các hội chứng bất thường NST gặp trong nghiên cứu**

Nhận xét: Tuy kiểu karyotype rất đa dạng nhưng chủ yếu phát hiện 2 hội chứng chính: Turner và Rối loạn phát triển giới (46,XY DSD), ngoài ra còn có Trisomy X. Hội chứng Turner hay gặp nhất với 68 trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ bất thường NST nói chung gặp trong vô kinh. Tỷ lệ bất thường NST trong nhóm PA cao gặp nhiều lần so với nhóm SA. Trong nhóm PA, tỷ lệ này rất thay đổi từ 13,22% - Pal[7] đến 54,56% - Butnariu[2] do sự khác biệt trong cỡ mẫu và tiêu chuẩn chọn mẫu. Butnariu đánh giá trên 531 trường hợp vô kinh, với phổ tuổi rộng: 13 - 45, có tỷ lệ phát hiện bất thường NST cao hơn so với chúng tôi với phổ tuổi: 14 - 41. Kết quả này cao hơn của Pal đối với nhóm PA do cỡ mẫu của họ ít hơn nên tỷ lệ bất thường NST thấp hơn (13,22%). Kết quả trong nhóm PA tương tự với Koppaka - 31,2%[3] có cỡ mẫu 3776 và không khác biệt với các nghiên cứu khác[4-6].

Đối với SA, tiêu chuẩn lựa chọn mẫu chưa thống nhất, cỡ mẫu hạn chế khiến cho tỷ lệ bất thường rất khác biệt giữa các nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bất thường trong nhóm SA là 18,18% tương tự Butnariu (18,42%) [2] do tiêu chuẩn chọn mẫu và cỡ mẫu tương tự (lần lượt: 44 - 38). Trong khi ở các nghiên cứu khác như: Optiz[6] với cỡ mẫu 15 và Safai[8] với cỡ mẫu 94, tỷ lệ lần lượt là 33% và 5,3%. Tỷ lệ bất thường ở nhóm SA thấp hơn so với nhóm PA nhưng cao hơn so với trong cộng đồng. Ở nhóm SA, mặc dù buồng trứng đã từng thực hiện chức năng, không thể loại trừ được khả năng bệnh nhân mang bất thường NST, đặc biệt là bất thường dạng khảm cơ quan (NST đồ chỉ được thực hiện trên tế bào lympho máu ngoại vi). Do đó chúng tôi khuyến khích phân tích karyotype cho tất cả các trường hợp vô kinh. Đồng thời, đề nghị thống nhất các tiêu chuẩn chọn mẫu và thực hiện các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn ở nhóm SA để có cái nhìn chính xác hơn về bất thường NST trong nhóm này.

Phân loại các dạng bất thường NST xuất hiện ở bệnh nhân vô kinh

Với nhóm PA: bất thường NST thuần chiếm ưu thế (>80%) với bất thường số lượng nhiều hơn cấu trúc, tỷ lệ bất thường số lượng cao gấp hơn 2 lần bất thường cấu trúc (47,6% với 20%). Khác biệt này ở Butnariu[2] là 8 lần. Trong nhóm SA, các nghiên cứu chủ yếu gặp bất thường số lượng nhưng trong nghiên cứu này lại thường gặp cấu trúc. Có thể do cỡ mẫu hạn chế, tỷ lệ bất thường trong nhóm SA tương đối thấp khi so sánh với nhóm PA nên đánh giá chưa mang tính bao quát. Bất thường trong nhóm PA và SA hầu hết là bất thường NST giới. Chuyển đoạn giữa NST giới và NST thường cũng như bất thường NST thường gặp với tỷ lệ rất thấp, không quá 3%. Ở nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ chuyển đoạn giữa NST giới và thường là 2,2%. Do vậy trong khi phân tích karyotype cần phân tích nhiều cụm NST để tránh bỏ sót trường hợp khảm với tỷ lệ thấp.

Các dạng karyotype bất thường gặp trong các trường hợp vô kinh nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện 36 trường hợp 45,X chiếm 43,9% bất thường NST nhóm PA và chiếm 40% tổng bất thường NST và 11,25% trong tất cả các trường hợp vô kinh. Kết quả này tuy thấp hơn kết quả của Butnariu[2] với tỷ lệ lần lượt là: 50,6%, 49,27% và 25,8% nhưng có sự phân bố tương tự. Các trường hợp 45,X thuần thường biểu hiện PA, chỉ có 1 trường hợp 45,X biểu hiện SA trong nghiên cứu của

Safai[8]. Chúng tôi đánh giá được 19 trường hợp nữ 46,XY, đều biểu hiện PA, chiếm 23,1% bất thường NST ở nhóm PA, 21,11% trong tổng các bất thường NST và 5,9% trong tổng số vô kinh, tương tự với kết quả của Pal[7] (5,74%) và Butnariu[2] (5,2%). Với các bất thường khác, gặp đáng kể là các dạng liên quan với bất thường cấu trúc NST X (thêm hoặc mất một phần NST X ở dạng thuần hoặc khảm): 46,X,i(X) (7,8%); 46,X,del(X) (6,7%); 45,X/46,X,i(X) (6,7%), tương tự với nghiên cứu của Koppaka [3]. Khảm 45,X/46,XX xuất hiện nhiều ở các nghiên cứu khác nhưng nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp 3 case: 2 PA và 1 SA. Ngoài ra đối với PA, ghi nhận một số karyotype: 1 case 46,X,add(X), 2 case 46,X, idic(X), 1 case 46,X,+mar, 2 case 45,X/46,X,+mar, 1 case 45,X/47,XXX, 1 case 45,X/46,X,del(X), 1 case 45,X/46,X, inv(X), 1 case 45,X/46,X,qsudic(X). Ở nhóm SA, có 1 case 47,XXX. Khảm 45,X/46,XY gặp trong nhiều nghiên cứu khác nhưng chưa gặp trong nghiên cứu của chúng tôi. Chúng tôi gặp 2 case chuyển đoạn NST giới và NST thường, là chuyển đoạn giữa NST X và NST số 5 bao gồm 1 PA và 1 SA.

Trong các trường hợp SA mang hội chứng Turner, không có trường hợp nào 45,X thuần. Do vậy, nếu trường hợp SA có karyotype 45,X cần đánh giá thêm karyotype mô sinh dục xem có tình trạng khảm mô không. Dựa trên các biểu hiện lâm sàng và karyotype, chúng ta có thể tiên lượng được tiềm năng sinh sản của bệnh nhân. Một nghiên cứu ở Đan Mạch trên 410 phụ nữ Turner trong độ tuổi sinh sản thì 7,6% có ít nhất 1 lần mang thai. Phần lớn có karyotype 45,X/46,XX hoặc 46,XX với 1 NST X bất thường cấu trúc. Tuy vậy, 48% trong số các trường hợp này là 45,X/46,XX và có tỷ lệ tế bào 45,X<10%[1]. Tiềm năng sinh sản của các trường hợp Turner 45,X thuần kém hơn nhiều so với các trường hợp Turner khảm và khả năng thụ thai sẽ cao hơn ở trường hợp Turner 45,X/46,XX với tỷ lệ tế bào 45,X<10%. Như vậy, có mối liên quan giữa karyotype bất thường và kiểu hình bệnh lý. Tuy vậy, dự đoán karyotype thông qua kiểu hình là không được khuyến cáo vì dễ dẫn đến chẩn đoán sai, tổn thất về thời gian-kinh tế và gây ra sự lo lắng không cần thiết cho người bệnh.

Các hội chứng lâm sàng gặp trong các trường hợp vô kinh nghiên cứu

Các trường hợp bất thường trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu thuộc 2 hội chứng: hội chứng Turner và hội chứng 46,XY DSD. Với Turner, kết quả của chúng tôi tương đồng với

ngiên cứu của Mohajertehran[4] (19,4%), thấp hơn Butnariu[2] (46,1%). Tuổi trung bình của Turner trong nghiên cứu của chúng tôi là $21,8 \pm 5,7$, như vậy đa số phát hiện bệnh sau dậy thì, là "muộn" để điều trị có hiệu quả. Đặc trưng của Turner là suy buồng trứng, thoái triển nang trứng ngay từ sau sinh hoặc trong thời kì thơ ấu với tốc độ cao, tăng dần. Buồng trứng sẽ cạn kiệt nang trứng, biểu hiện mãn kinh sớm. Hiện nay, nhờ các phát triển trong hỗ trợ sinh sản, nân cao kiến thức của gia đình và nhà trường trong sàng lọc, phát hiện sớm trẻ mắc Turner rất quan trọng, giúp tăng hi vọng mang thai và sinh con. Các trường hợp Turner trong nghiên cứu của chúng tôi đều mang bất thường ở cả tử cung và buồng trứng. Bất thường đa dạng: từ không phát hiện cho đến nhi tính. Chiều cao, đặc tính sinh dục thứ phát và một số dấu hiệu đặc trưng cho Turner không rõ ràng, nhất là ở thể khảm. Trên lâm sàng vẫn có trường hợp Turner mang thai, sinh con. Vì hội chứng này còn ảnh hưởng đến nhiều hệ cơ quan khác ngoài sinh dục, cần làm karyotype cho tất cả nữ giới nghi ngờ Turner kể cả khi đã có tiền sử mang thai.

19 case 46,XY DSD's trong nghiên cứu đều biểu hiện kiểu hình nữ, tuy có âm hộ và âm đạo nhưng các đặc tính sinh dục thứ phát kém hoặc không phát triển. Họ thường đến xét nghiệm vì chưa có kinh mặc dù đã qua tuổi dậy thì phổ biến. Người có kiểu hình nữ mang karyotype 46,XY thường liên quan đến hội chứng tinh hoàn nữ tính hóa hay hội chứng kháng Androgen (Androgen insensitivity syndrome - AIS), đây là bệnh di truyền gen lặn liên kết NST X. Gen AR sản xuất sản phẩm protein là receptor androgen, nằm tại vị trí Xq11-12, đột biến gen này là nguyên nhân của AIS. Vì tinh hoàn thường nằm lạc chỗ (ở trong bụng hay trong ống bẹn...) có khả năng dẫn đến ung thư tinh hoàn, gây nhiều biến chứng nặng nề cho bệnh nhân. Do vậy, để chẩn đoán đúng, nên phân tích karyotype cho bệnh nhân và những người có triệu chứng tương tự là chị em gái, kết hợp với xét nghiệm di truyền phân tử và đo nồng độ hormone, xác định người bệnh, mẹ và chị em gái có mang đột biến gen AR hay không. Đột biến gen AR với nhiều biến thể, gây ra tình trạng kém hoặc không nhạy cảm với androgen, làm rối loạn phát triển các đặc tính sinh dục và định hướng tính dục ở nam giới. Phụ thuộc vào mức độ không nhạy cảm với androgen mà chia thành 3 nhóm: hoàn toàn (CAIS), cục bộ (PAIS) hay nhẹ (MAIS) với lâm sàng khác biệt: kiểu hình gần như nữ, không rõ ràng hoặc gần như nam. 19 trường hợp

phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi, đều thể hiện triệu chứng lâm sàng giống với các trường hợp CAIS.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 320 bệnh nhân nữ vô kinh, trong đó 276 trường hợp PA và 44 trường hợp SA. Tỷ lệ bất thường NST nói chung là 28,1%; 29,7% nhóm PA và 18,18% nhóm SA. Tỷ lệ bất thường NST giới là 97,8%. Tỷ lệ bất thường cấu trúc và số lượng là: 22,2% và 45,5% nói chung, 18,3% và 47,6% ở nhóm PA, 62,5% và 25% ở nhóm SA. Tỷ lệ khảm trong nghiên cứu là 17,8% với 17,1% ở nhóm PA và 25% ở SA. Karyotype gặp nhiều nhất là 45,X thuần: 43,9% trong nhóm PA, 40% trong nhóm bất thường NST và 11,25% trong toàn bộ nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp vô kinh được chẩn đoán mắc 1 trong 3 hội chứng: Turner, 46,XY DSD hoặc Trisomy X. Trong đó hội chứng hay gặp nhất là hội chứng Turner (21,25%) với karyotype 45,X chiếm 53% và 46,XY DSD chiếm 5,9%. Các trường hợp đều biểu hiện bất thường cả ở tử cung và buồng trứng với nhiều dạng bất thường khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Birkebaek N. H, Cruger D, Hansen J và cộng sự.** Fertility and pregnancy outcome in Danish women with Turner Syndrome. Clin Genet (2002) 61(1), 35-39.
2. **Butnariu L, Covic M, Ivanov I và cộng sự.** Clinical and cytogenetic correlation in primary and secondary amenorrhea: retrospective study on 531 patients. Revista Română de Medicină de Laborator Vol. 19 (2011) 12(2), 149-160.
3. **Koppaka N. T, Virulkar S. K, Chavan D. S và cộng sự.** Specific Chromosomal Aberrations in Primary Amenorrhoea: Study on 3776 Cases from Indian Population. J Obstet Gynaecol India (2019) 69(5), 457-461.
4. **Mohajertehran F, Ghodsi K, Hafizi L và cộng sự.** Frequency and the type of chromosomal abnormalities in patients with primary amenorrhea in northeast of iran. Iran J Basic Med Sci (2013) 16(4), 643-647.
5. **Oktay K, Bedoschi G, Berkowitz K và cộng sự.** Fertility Preservation in Women with Turner Syndrome: A Comprehensive Review and Practical Guidelines. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology (2016) 29(5), 409-416.
6. **Opitz O, Hansmann I và Hinney B.** Cytogenetic investigation of 103 patients with primary or secondary amenorrhea. Human Genetics (1983) 65(1), 46-47.
7. **Pal A. K, Ambulkar P. S, Sontakke B. R và cộng sự.** A Study on Chromosomal Analysis of Patients with Primary Amenorrhoea. J Hum Reprod Sci (2019) 12(1), 29-34.
8. **Safai A, Vasei M, Attaranzadeh A và cộng sự.** Chromosomal abnormality in patients with secondary amenorrhea. Arch Iran Med (2012) 15(4), 232-234.

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Trần Thị Dung^{1,2}, Huỳnh Quang Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm hình ảnh và giá trị chẩn đoán ung thư cổ tử cung của cộng hưởng từ. **Đối tượng, phương pháp:** Bệnh nhân có chẩn đoán hoặc nghi ngờ ung thư cổ tử cung được chụp cộng hưởng từ theo quy trình thống nhất và được làm giải phẫu bệnh chẩn đoán (sinh thiết hoặc phẫu thuật) tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 2/2019 đến 8/2020. Thiết kế nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Ung thư CTC có thể bất kỳ vị trí nào ở CTC, thường gặp nhất là chiếm cả thành trước và thành sau CTC (55.7%). Đường bờ u: hầu hết không đều, nhám nhò (79.6%). Tính chất u: đa phần đồng nhất, chiếm 64.1%. Thường xâm lấn 2/3 trên âm đạo (44.3%), chỉ 1.9% trường hợp xâm lấn 1/3 dưới. Các cơ quan khác: dây chằng rộng 31.1%, thân dưới tử cung 17.9%. Bàng quang, trực tràng, vách chậu tỉ lệ bị xâm lấn thấp 1 - 2.8%. Đặc điểm di căn hạch: di căn hạch chậu 30.1%, di căn hạch cạnh ĐMC bụng chiếm tỉ lệ 1.9%. Giá trị cộng hưởng từ trong chẩn đoán ung thư cổ tử cung: Độ nhạy: 96.2%; Độ đặc hiệu: 84.6%; Giá trị tiên đoán dương: 98.1%; Giá trị tiên đoán âm: 73%; Độ chính xác: 95%. **Kết luận:** Cộng hưởng từ là phương tiện chẩn đoán có độ chính xác cao, nên ứng dụng trong chẩn đoán và theo dõi điều trị ung thư CTC.

Từ khóa: Cộng hưởng từ, ung thư cổ tử cung, chẩn đoán.

SUMMARY

ROLE OF MRI IN DIAGNOSIS OF UTERINE CERVICAL CANCER

Objectives: To determine the diagnostic value of MRI in diagnostics of uterine cervical cancer. **Methods:** A retrospective study was carried out in patients with uterine cervical cancer who underwent cervical MRI and biopsy/ surgery at HCMC Oncology Hospital between Feb 2019 and Aug 2020. **Results:** Uterine cervical cancer can be anywhere in the cervix, the most common was the anterior and posterior walls of the cervix (55.7%). Tumor margin: almost uneven, messy (79.6%). MRI signal: mostly homogeneous, accounting for 64.1%. Usually invades 2/3 of the vagina (44.3%), only 1.9% of cases invade the lower third. Other organs: ligament 31.1% wide, lower body of the uterus 17.9%. Bladder, rectum, pelvic wall invasive rate is low 1 - 2.8%. Characteristics of lymph node metastasis: pelvic lymph node metastasis 30.1%, adjacent to abdominal lymph node metastasis

rate 1.9%. Diagnostic value of MRI: sensitivity: 96.2%; specificity: 84.6%; positive predictive value: 98.1%; negative predictive value: 73%; Accuracy: 95%. **Conclusion:** MRI is a modality with high accuracy, so it can be used in the diagnosis and monitoring and treatment of cervical cancer.

Keywords: Magnetic resonance, cervical cancer, diagnosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung là loại ung thư thường gặp thứ tư ở phụ nữ trên toàn thế giới^[5], với ước tính khoảng 570.000 ca mắc mới trong năm 2018. Khoảng 90% trường hợp tử vong do ung thư cổ tử cung xảy ra ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Tại Việt Nam, theo báo cáo của HPV Information Center năm 2018, ung thư cổ tử cung phổ biến thứ ba ở phụ nữ. Mỗi năm khoảng 4177 ca mắc mới và mỗi ngày có 7 phụ nữ Việt Nam tử vong do ung thư cổ tử cung.

Mặc dù giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán ung thư cổ tử cung, là quy chuẩn tham chiếu mà các kết quả hình ảnh học muốn hướng tới. Nhưng bấm sinh thiết cổ tử cung vẫn là một thủ thuật xâm lấn, vì vậy, ở một mức độ nào đó nó sẽ gây đau, gây khó chịu và đôi khi là chảy nhiều máu. Hơn nữa, bấm sinh thiết bao nhiêu mẫu là đủ để có thể bao quát hết cổ tử cung và không bỏ sót tổn thương là một câu hỏi khó. Một cổ tử cung không thấy hình ảnh nghi ngờ đại thể khi soi, thì liệu rằng bấm ngẫu nhiên một vài vị trí nào đó sẽ bấm chính xác được bao nhiêu vị trí có tổn thương.

Những năm gần đây, cộng hưởng từ nổi lên như một phương tiện chẩn đoán hình ảnh với rất nhiều ưu việt: cho phép thu thập hình ảnh đa chiều với trường nhìn rộng và độ tương phản mô mềm tuyệt vời, hiệu quả cao trong việc chứng minh cấu trúc tử cung bình thường^[1]. So sánh với hình ảnh cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ đánh giá chính xác hơn trong phân giai đoạn trước phẫu thuật của ung thư cổ tử cung, cũng như khả năng đánh giá đúng và chi tiết hơn sự xâm lấn các cơ quan lân cận và di căn hạch, cung cấp nhiều thông tin quan trọng cho quyết định điều trị của lâm sàng và tiên lượng bệnh^[6].

Vì những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài: nghiên cứu vai trò cộng hưởng từ trong chẩn đoán ung thư cổ tử cung với mục tiêu: *Xác định đặc điểm hình ảnh và giá trị chẩn đoán ung thư cổ tử cung của cộng hưởng từ.*

¹Bệnh viện đa khoa Hải Châu – Đà Nẵng

²Trường ĐH Y Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy

Email: huyhq@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2020

Ngày duyệt bài: 24.11.2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn mẫu: (1) Bệnh nhân có chẩn đoán hoặc nghi ngờ ung thư cổ tử cung; (2) Được chụp cộng hưởng từ theo quy trình thống nhất; (3) Được làm giải phẫu bệnh chẩn đoán (sinh thiết hoặc phẫu thuật).

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Hình ảnh Cộng hưởng từ không đạt chất lượng cho chẩn đoán; (2) Bệnh nhân đã được điều trị ung thư CTC trước đó.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện: lấy tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu trong khoảng thời gian nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh, thời gian nghiên cứu từ tháng 2/2019 đến 8/2020.

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

Cách đánh giá các biến số lâm sàng và xét nghiệm: Dựa vào bệnh sử, triệu chứng lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh được ghi nhận trong bệnh án nghiên cứu.

Cách đánh giá các biến số về CHT tử cung: sử dụng máy CHT GE 1.5 Tesla. Thuốc đối quang từ Gadolinium: lọ 10ml, hàm lượng 0,5mmol/ml, liều sử dụng cho khảo sát tử cung là 0,1 mmol/kg cân nặng (tương đương 0,2ml/kg).

Phân tích kết quả: Người nghiên cứu trực tiếp đọc và phân tích kết quả CHT cùng một Bác sĩ có kinh nghiệm tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện Ung bướu. Việc xác nhận kết quả phải đảm bảo tính "mù" với kết quả giải phẫu bệnh.

Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS. Đối với biến số định tính: tính tần số và tỉ lệ phần trăm. Đối với biến số định lượng: trình bày giá trị đặc trưng của biến số: trung bình, độ lệch chuẩn (đối với biến phân phối chuẩn); trung vị, tứ phân vị (đối với biến phân phối không chuẩn). Để đánh giá được giá trị của CHT, chúng tôi so sánh kết quả đọc phim với tiêu chuẩn vàng là kết quả giải phẫu bệnh để tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và độ chính xác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 119 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, trong đó 106 trường hợp có kết quả chẩn đoán ung thư cổ tử cung trên giải phẫu bệnh và 13 trường hợp có chẩn đoán khác. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 50.2 tuổi. Tuổi nhỏ nhất trong nhóm là 26, tuổi lớn nhất là 77. Mô bệnh học của ung thư cổ tử cung phần lớn là carcinoma TB gai, chiếm 67%, sau đó là carcinoma tuyến, chiếm 28.3%, các loại mô bệnh

học khác (carcinoma thần kinh nội tiết TB nhỏ, carcinoma TB sáng.....) chiếm tỉ lệ thấp 4.7%.

3.1 Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ 1.5T của ung thư cổ tử cung.

Bảng 3.1. Vị trí u.

Vị trí	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thành trước	16	15.1
Thành sau	24	22.6
Cả thành trước và thành sau	59	55.7
Ổng cổ tử cung	4	3.8
Không thấy tổn thương	3	2.8
Tổng	106	100

Nhận xét: Ung thư CTC thường thấy ở cả thành trước và thành sau, chiếm tỉ lệ 55.7%

Bảng 3.2. Đường bờ u.

Đường bờ u	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đều, trơn láng	21	20.4
Không đều, nhám nhở	82	79.6
Tổng	103	100

Nhận xét: Tổn thương ung thư CTC phần lớn có đường bờ không đều, nhám nhở (79.6%)

Bảng 3.3. Tính chất u.

Tính chất u	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đồng nhất	66	64.1
Không đồng nhất	37	35.9
Tổng	103	100

Nhận xét: Các tổn thương ung thư CTC phần lớn có hình ảnh trên MRI khá đồng nhất, chiếm 64.1%, các u có tính chất không đồng nhất chiếm 35.9%

Bảng 3.4. Đặc điểm xâm lấn.

Đặc điểm xâm lấn		Tần số	Tỷ lệ (%)
Âm đạo	2/3 trên	47	44.3
	1/3 dưới	2	1.9
	Không	57	53.8
	Tổng	106	100
Thân tử cung	Có	19	17.9
	Không	87	82.1
	Tổng	106	100
Dây chằng rộng	Có	33	31.1
	Không	73	68.9
	Tổng	106	100
Bàng quang	Có	3	2.8
	Không	103	97.2
	Tổng	106	100
Trực tràng	Có	1	1
	Không	105	99
	Tổng	106	100
Vách chậu	Có	1	1
	Không	105	99
	Tổng	106	100

Nhận xét: Ung thư CTC thường cho xâm lấn 2/3 trên âm đạo (44.3%), chỉ 1.9% trường hợp xâm lấn 1/3 dưới. Cơ quan thứ hai thường bị xâm lấn trong mẫu nghiên cứu là dây chằng rộng, chiếm 31.1%. Tỷ lệ xâm lấn thân tử cung chiếm 17.9%. Bàng quang, trực tràng chỉ thấy 1-3 trường hợp bị xâm lấn trong mẫu nghiên cứu này, chiếm 1 – 2.8%.

Bảng 3.5. Đặc điểm di căn hạch.

Đặc điểm di căn hạch		Tần số	Tỷ lệ (%)
Hạch chậu	Có	32	30.2
	Không	74	69.8
	Tổng	106	100
Hạch cạnh ĐMC bụng	Có	2	1,9
	Không	104	98.1
	Tổng	106	100

Nhận xét: MRI đánh giá có 32 trường hợp di căn hạch chậu trong mẫu nghiên cứu này, chiếm tỷ lệ 30.1%. Hai trường hợp di căn hạch cạnh ĐMC bụng chiếm tỷ lệ 1.9%.

3.2. Giá trị cộng hưởng từ trong chẩn đoán ung thư CTC.

Bảng 3.6. Đối chiếu kết quả chẩn đoán ung thư CTC trên CHT với GPB.

		Giải phẫu bệnh		Tổng
		Ung thư CTC	Khác	
Cộng hưởng từ	Ung thư CTC	102	2	104
	Khác	4	11	15
Tổng		106	13	119
Độ nhạy: 96.2%		Độ đặc hiệu: 84.6%		
Giá trị tiên đoán dương: 98.1%		Giá trị tiên đoán âm: 73%		
Độ chính xác: 95%				

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung. Nghiên cứu của chúng tôi, ung thư CTC thường thấy ở cả thành trước và thành sau, chiếm tỷ lệ 55.7%. U chỉ nằm ở thành sau chiếm 22.6% và u nằm ở thành trước chiếm 15.1%. Trong số 106 trường hợp u chỉ khu trú ở ống CTC, chiếm 3.8% và 3 trường hợp ung thư CTC (2.8%) không thấy hình ảnh tổn thương trên CHT, đây là 3 trường hợp gây chẩn đoán bỏ sót với một hình ảnh CHT CTC hoàn toàn bình thường, không có sự thay đổi bất kì một tín hiệu hay hình dạng nào ở các chuỗi xung, nhưng kết quả GPB chỉ ra rằng đó là những ung thư CTC giai đoạn vi xâm lấn (IA). Nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương ung thư CTC phần lớn có đường bờ không đều, nhám nhở (80.4%), các trường

hợp đường bờ đều rõ, trơn láng chiếm 19.6%. Điều này phù hợp với giải phẫu bệnh đại thể ung thư CTC: sùi không đều như hoa cải hoặc loét nhám nhở, nhiều mô mủn nát, bề mặt lồi nhô, dễ chảy máu. Những trường hợp ung thư CTC tại chỗ, hoặc ung thư CTC giai đoạn sớm thường không có biểu hiện đặc biệt về đại thể hoặc chỉ biểu hiện bởi những vết trắng sùi nhẹ hoặc hơi nhô lên.^[3]

Nghiên cứu chúng tôi, ung thư CTC thường cho xâm lấn âm đạo đoạn 2/3 trên, chiếm 44.3%. Dây chằng rộng là cơ quan thường bị xâm lấn thứ hai với tỷ lệ 31.1%. Xâm lấn thân tử cung tỷ lệ 17.9%. Âm đạo 1/3 dưới, bàng quang, trực tràng, vách chậu mức độ xâm lấn thấp, chỉ thấy 1-3 trường hợp bị xâm lấn trong mẫu nghiên cứu này chiếm từ 1%- 2.9%.

Kết quả chúng tôi tương đồng với kết quả Doãn Văn Ngọc (2017)^[2]: âm đạo đoạn 2/3 trên là cơ quan thường bị xâm lấn nhất của ung thư CTC 57.8%, sau đó đến dây chằng rộng chiếm 48.2%. Xâm lấn âm đạo 1/3 dưới, bàng quang, trực tràng, vách chậu với tỷ lệ thấp, từ 1.4% - 4.1%.

Theo nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, hình ảnh MRI có độ chính xác cao 88% - 97% khi đánh giá xâm lấn các cơ quan lân cận, giá trị tiên đoán âm lên đến 100% để loại trừ xâm lấn bàng quang và trực tràng, 94% để loại trừ xâm lấn các cơ quan khác.

Theo FIGO 2018, ung thư CTC chỉ xâm lấn 2/3 trên âm đạo mà không xâm lấn các cơ quan lân cận được xếp vào giai đoạn IIA. Xâm lấn các cơ quan lân cận nhưng chưa đến vách chậu thuộc giai đoạn IIB. Xâm lấn đến 1/3 dưới âm đạo hoặc vách chậu xếp vào giai đoạn III. Giai đoạn IV khi ung thư CTC đã xâm lấn bàng quang hoặc trực tràng hoặc vượt ra ngoài khung chậu.^[7]

Trong 106 trường hợp nghiên cứu của chúng tôi có 32 trường hợp di căn hạch chậu chiếm tỷ lệ 30.1%. Hai trường hợp di căn hạch cạnh ĐMC bụng chiếm tỷ lệ 1.9%.

Trên CHT, hạch di căn có đường kính theo trục ngắn lớn hơn 10mm tăng nhẹ tín hiệu trên T2W, giảm đến đồng tín hiệu trên T1W hạn chế khuếch tán (tăng tín hiệu) trên Diffusion (b800-b1000) và trị số ADC thấp. Theo Yun B. Chen et al (2009)^[8], MRI kết hợp chuỗi xung DWI và trị số ADC thấp (dưới $1.15 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$) có giá trị cao trong chẩn đoán di căn hạch ở BN ung thư CTC, phân biệt hạch viêm tăng sản với hạch di căn ở độ nhạy 83.3% và độ đặc hiệu 74.7%.

Theo FIGO 2018, di căn hạch là một tiêu chuẩn quan trọng trong đánh giá giai đoạn ung thư CTC. Di căn hạch chậu được xếp vào giai

đoạn IIIC1 và di căn hạch cạnh ĐMC bụng được xếp và giai đoạn IIIC2.^[7]

3.2. Giá trị cộng hưởng từ trong chẩn đoán ung thư CTC. Với tiêu chuẩn chọn mẫu là những BN có chẩn đoán hoặc nghi ngờ ung thư CTC được chụp CHT vùng chậu và làm GPB, chúng tôi chọn được 119 BN, trong đó kết quả GPB chẩn đoán 106 BN ung thư CTC ứng với 102 trường hợp chẩn đoán đúng trên CHT và 4 trường hợp chẩn đoán sai gồm: 3 trường hợp chẩn đoán CTC bình thường (ung thư CTC giai đoạn IA) và 1 trường hợp chẩn đoán polyp CTC với các đặc điểm điển hình của 1 polyp: giảm nhẹ tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, không đồng nhất với các ổ dịch nhỏ bên trong, không hạn chế khuếch tán và ngấm thuốc tương phản từ mạnh, không có dấu hiệu xâm lấn và di căn (kết quả GPB: carcinom TB tuyến CTC). 13 trường hợp kết quả GPB chẩn đoán bệnh khác gồm 11 trường hợp chẩn đoán đúng bệnh tương ứng trên CHT và 2 trường hợp chẩn đoán ung thư CTC trên CHT nhưng giải phẫu bệnh là ung thư nội mạc tử cung xâm lấn CTC.

Từ đó chúng tôi tính được độ nhạy của CHT trong chẩn đoán ung thư CTC là 96.2%, độ đặc hiệu 84.6%, giá trị tiên đoán dương 98.1%, giá trị tiên đoán âm 73% và độ chính xác 95%.

Theo H He, P Bhosale và cs (2013)^[4], độ nhạy và độ đặc hiệu của CHT trong chẩn đoán ung thư CTC lần lượt là 75% và 93%. Độ nhạy trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn và độ đặc hiệu thấp hơn có thể do mẫu nghiên cứu chúng tôi tập trung vào đối tượng có chẩn đoán ung thư CTC trên GPB và hình ảnh CHT là chính, nên lượng BN được chọn trong nhóm này cao (102 BN), còn số BN trong nhóm có chẩn đoán bệnh khác trên GPB và CHT trong cỡ mẫu chúng tôi có số lượng thấp (11BN).

Dù vậy, nhìn chung cả nghiên cứu của chúng tôi và của H He, P Bhosale và cs (2013), CHT có độ nhạy và độ đặc hiệu đều cao trong chẩn đoán ung thư CTC.

Giá trị tiên đoán dương trong nghiên cứu chúng tôi khá cao (98.1%), nghĩa là 98.1% BN có kết quả CHT chẩn đoán ung thư CTC thật sự mắc ung thư CTC, điều này chứng tỏ rằng CHT với sự kết hợp giữa các chuỗi xung T2W, DWI và T1W xóa mỡ sau tiêm có độ chính xác cao để chẩn đoán xác định ung thư CTC. 1.9% hình ảnh CHT điển hình cho một chẩn đoán ung thư CTC nhưng GPB là ung thư khác (ung thư nội mạc TC trong nghiên cứu chúng tôi). Chẩn đoán phân biệt ung thư CTC và ung thư NMTC các yếu tố

cần chú ý là: vị trí trọng tâm tổn thương nằm ở thân TC hay cổ TC, khoang nội mạc TC dẫn hay không. Dù vậy việc chẩn đoán phân biệt ung thư CTC với ung thư NMTC không phải luôn dễ dàng và chắc chắn.

Giá trị tiên đoán âm 73% trong nghiên cứu chúng tôi, nghĩa là 73% BN có kết quả CHT chẩn đoán không phải ung thư CTC thật sự không mắc ung thư CTC. 27% trường hợp còn lại CHT tiên đoán âm tính sai lầm là vì CHT hạn chế đánh giá những u ở giai đoạn sớm IA và một vài trường hợp ung thư CTC với đặc điểm tín hiệu trên các chuỗi xung không đặc hiệu cho một tổn thương ác tính.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của ung thư cổ tử cung:

Vị trí u: có thể bất kì vị trí nào ở CTC, thường gặp nhất là chiếm cả thành trước và thành sau CTC (55.7%).

Đường bờ u: hầu hết không đều, nhám nhở (79.6%)

Tính chất u: đa phần đồng nhất, chiếm 64.1%.

Đặc điểm xâm lấn: thường cho xâm lấn 2/3 trên âm đạo (44.3%), chỉ 1.9% trường hợp xâm lấn 1/3 dưới. Các cơ quan khác: dây chằng rộng 31.1%, thân dưới tử cung 17.9%. Bàng quang, trực tràng, vách chậu tỉ lệ bị xâm lấn thấp 1 - 2.8%.

Đặc điểm di căn hạch: di căn hạch chậu 30.1%, di căn hạch cạnh ĐMC bụng chiếm tỉ lệ 1.9%.

Giá trị cộng hưởng từ trong chẩn đoán ung thư cổ tử cung: Độ nhạy: 96.2%; Độ đặc hiệu: 84.6%; Giá trị tiên đoán dương: 98.1%; Giá trị tiên đoán âm: 73%; Độ chính xác: 95%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Hiền, Nguyễn Thị Tố Ngân (2019), "Hình ảnh cộng hưởng từ bệnh lý tử cung", Chẩn đoán hình ảnh cộng hưởng từ toàn thân, Nhà xuất bản đại học Huế, tr. 919 – 973.
2. Đoàn Văn Ngọc, Bùi Văn Lệnh, Bùi Diệu (2017), "Đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ 1.5T trong phân loại giai đoạn ung thư cổ tử cung", Tạp chí Khoa học ĐHQGHN, 33(1), tr 75- 83.
3. Nguyễn Vương và cs, "Bệnh của cổ tử cung", Giải phẫu bệnh học, Nhà xuất bản y học, tr.430 -442.
4. H He, P Bhosale, W Wei, P Ramalingam, R Iyer (2013), "MRI is highly specific in determining primary cervical versus endometrial cancer when biopsy results are inconclusive", Clin Radiol, 68(11), pp.1107 -1113.
5. Jacques Ferlay et al, (2015), "Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012", Int J Cancer, 136(5), pp.359-386.
6. Kim SH, Choi BI, Han JK, et al (1993), "Preoperative staging of uterine cervical carcinoma:

- comparison of CT and MRI in 99 patients", J Comput Assist Tomogr, 17, pp. 633-640.
7. **Susanna I. Lee, Mostafa Atri (2019)**, "2018 FIGO Staging System for Uterine Cervical Cancer: Enter Cross-sectional Imaging", Radiology, 292(1), pp.15-24.
8. **Yun B. Chen et al (2009)**, "Discrimination of metastatic from hyperplastic pelvic lymph nodes in patients with cervical cancer by diffusion-weighted magnetic resonance imaging", Abdominal Imaging, 36, pp. 102-109.

KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP SAU CAN THIỆP MẠCH VÀNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN TIM MẠCH AN GIANG NĂM 2020

Trần Thanh Phong*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp có xu hướng gia tăng, diễn biến phức tạp có nhiều biến chứng nguy hiểm đe dọa đến tính mạng. Mục đích của nghiên cứu này, nhằm tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả chăm sóc của người bệnh NMCT sau can thiệp mạch vành tại Bệnh viện Tim mạch An Giang. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 199 người bệnh NMCT tại Bệnh viện Tim mạch An Giang từ tháng 02/2020 đến tháng 6/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $63,3 \pm 11,8$. Các bệnh mắc kèm theo bệnh suy tim 68,3%, tăng huyết áp 53,3%. Đau ngực 86,9%, khó thở 4,5%, ST chênh lên 41,2%. Hồng cầu 4,45 T/l, tiểu cầu 278,5, Troponin T 237,6 ng/l. Mức độ lo âu trước can thiệp mạch vành và khi ra viện lần lượt là 171(85,9%), và 3 (1,5%). Mức độ đau theo thang điểm VAS trước can thiệp là 99,5% (đau nhẹ 23,6%, đau vừa 66,3% và đau dữ dội 9,5%); sau can thiệp mạch vành là 87,4% (đau nhẹ 84,4%, đau vừa 3,0% và đau dữ dội 0%). Tỷ lệ các triệu chứng trước và sau can thiệp lần lượt là: đau ngực 86,9% và 4%, đau đầu 18,6% và 4%, mất ngủ 80,4 và 26,1%, hồi hộp đánh trống ngực 31,2% và 1,5%, buồn nôn 5% và 2,5%. **Kết luận:** Chăm sóc tốt người bệnh NMCT sau can thiệp mạch vành làm giảm tình trạng lo âu, đau và các triệu chứng lâm sàng.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim cấp, can thiệp mạch vành, lo âu, đau, chăm sóc điều dưỡng.

SUMMARY

RESULTS OF CARE FOR PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AFTER CORONARY INTERVENTION AND SOME RELATED FACTORS AT AN GIANG CARDIOVASCULAR HOSPITAL IN 2020

Background: Acute myocardial infarction (MI) tends to increase, complicated developments with many dangerous complications that are life-

threatening. The purpose of this study is to learn clinical features, CLS and to evaluate the results of care of patients with MI after coronary intervention at An Giang Cardiovascular Hospital. **Subjects and Methods:** Cross-sectional descriptive study on 199 patients with MI at An Giang Cardiovascular Hospital from February 2020 to June 2020. Results: The mean age was 63.3 ± 11.8 . Diseases accompanied by heart failure 68.3%, hypertension 53.3%. Chest pain 86.9%, dyspnea 4.5%, ST elevation 41.2%. Red blood cells 4.45 T / l, platelets 278.5, Troponin T 237.6 ng / l. Anxiety levels before coronary intervention and at discharge were 171 (85.9%), and 3 (1.5%), respectively. The level of pain on the VAS scale before intervention was 99.5% (mild pain 23.6%, moderate pain 66.3% and severe pain 9.5%); after coronary intervention was 87.4% (mild pain 84.4%, moderate pain 3.0% and severe pain 0%). The rates of symptoms before and after the intervention were respectively: chest pain 86.9% and 4%, headache 18.6% and 4%, insomnia 80.4 and 26.1%, palpitations 31.2% and 1.5%, nausea 5% and 2.5%. **Conclusion:** Careful care of patients with MI after coronary intervention reduces anxiety, pain and clinical symptoms.

Key words: Myocardial infarction, coronary intervention, anxiety, pain, nursing care

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp có xu hướng gia tăng, chi phí điều trị rất cao mặc dù có nhiều tiến bộ trong việc chẩn đoán và điều trị nhưng nhồi máu cơ tim vẫn là bệnh nặng diễn biến phức tạp có nhiều biến chứng nguy hiểm đe dọa đến tính mạng là một cấp cứu nội khoa rất thường gặp trên lâm sàng [2]. Can thiệp mạch vành giúp giải quyết tình trạng hẹp tắc trong động mạch vành, giúp tưới máu cho cơ tim tốt làm cho bệnh nhân có thể hoạt động trở lại mà không xuất hiện cơn đau thắt ngực [1]. Việc đánh giá đặc điểm của người bệnh nhồi máu cơ tim sau can thiệp trên lâm sàng về chăm sóc sẽ giúp góp phần cải thiện trong việc điều trị cho bệnh nhân. Do đó kết quả chăm sóc cũng là kết quả điều trị.

*Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Phong

Email: phongbvtmag@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2020

Ngày duyệt bài: 26.11.2020

Mục đích của nghiên cứu này, tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả chăm sóc của người bệnh nhồi máu cơ tim sau can thiệp mạch vành tại Bệnh viện Tim mạch (BVTM) An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm 199 người bệnh được chẩn đoán NMCT cấp theo định nghĩa về nhồi máu cơ tim của hội nghị đồng thuận quốc tế lần 4 [8], có chỉ định chụp và can thiệp động mạch vành qua da được điều trị tại Khoa Tim mạch Can thiệp, BVTM An Giang, thời gian từ tháng 02 năm 2020 đến tháng 6 năm 2020.

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

2.3. Cỡ mẫu: Lấy toàn bộ tổng số 199 người đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, trình độ học vấn, địa dư, kinh tế, thời gian can thiệp, bệnh mắc kèm; Tình trạng lo âu; Tình trạng đau; Lâm sàng; Cận lâm sàng; Kết quả chăm sóc.

+ Đánh giá mức độ lo âu theo thang điểm DASS-21: Tổng số 7 câu, tổng điểm 21 điểm, có lo âu là 7 điểm, không lo âu là <7 điểm.

+ **Đánh giá mức độ đau theo thang điểm đau (10 điểm)** Visual Analogue Scales (VAS), chia mức độ đau thành: đau nhẹ 1- 3 điểm, đau vừa phải 4 - <6 điểm đau dữ dội >6 điểm.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: dựa trên mục tiêu nghiên cứu, theo dõi ghi nhận trong mẫu bệnh án nghiên cứu vào thời điểm trước khi can thiệp và sau khi can thiệp đến khi ra viện.

2.6. Xử lý số liệu: phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 để tính tỷ lệ phần trăm. Dùng phép kiểm Chi bình phương cho biến định tính và phép kiểm Mann-Whitney cho biến định lượng không có phân phối chuẩn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=199)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Dưới 60 tuổi	85	42,7
	Trên 60 tuổi	114	57,3
Giới	Nam	134	67,3
	Nữ	65	32,7
Học vấn	≤ tiểu học	100	50,2
	> tiểu học	99	49,8

Nghề nghiệp	Lao động	85	42,7
	Nghỉ hưu	114	57,3
Nơi sống	Nông thôn	121	60,8
	Thành thị	78	39,2
Tình trạng kinh tế	Hộ nghèo	3	1,5
	Không nghèo	196	98,5
BMI	<23	98	49,2
	>23	101	50,8
Thời điểm bệnh đến can thiệp	≤ 24 giờ	147	73,8
	>24 giờ	52	26,2
Bệnh kèm theo*	Tăng huyết áp	106	53,3
	Suy tim	136	68,3
Đường vào can thiệp	Động mạch quay (P)	186	93,5
	Động mạch đùi	13	6,5
Kết quả điều trị	Ra viện	186	99,0
	Khác **	2	1,0

*Một người bệnh có thể mắc nhiều hơn 01 bệnh, **Chuyển viện, xin về

Nhận xét: Nam giới chiếm 67,3%, nữ giới chiếm 32,7%. Tuổi trung bình $63 \pm 11,7$. Học vấn trên tiểu học là 49,8%, nghỉ hưu 57,3%. Đa số có BHYT 97,5%. BMI > 23 đạt 50,8%. Thời điểm bệnh đến can thiệp ≤ 24 giờ chiếm 73,8%. Bệnh kèm theo là suy tim chiếm 68,3%

3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Một số đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tính chất cơn đau	Có cơn đau	146	73,4
	Không cơn đau	2	1,0
	Đau điển hình	51	25,6
Vị trí đau	Sau xương ức	51	25,6
	Ngực trái	117	58,8
	Vùng thượng vị	31	15,6
Vị trí vùng da đặt stent	Động mạch quay (P)	186	93,5
	Động mạch đùi	13	6,5
Lý do vào viện	Đau ngực	139	69,8
	Tim nhanh	1	0,5
	khó thở	9	4,5
	Mệt	8	4,0
	Ngất	2	1,0
	Nặng ngực	40	20,1
Các nhánh động mạch	ĐM vành trái		
	Thân chung	2	11%

vành đã can thiệp	ĐM liên thất trước	83	41,7%
	ĐM mũ	39	19,6%
	ĐM vành phải	75	37,7%
Khoảng ST trên điện tim	Không chênh	117	58,8
	Chênh lên	82	41,2
Siêu âm tim (EF)	Trước can thiệp	59,4	
	Sau can thiệp	61,1	

Nhận xét: Bảng 3.2 Tính chất cơn đau ngực điển hình chiếm 25,6%. Vị trí đau ngực trái chiếm 58,8%. Vị trí vùng da để đưa stent vào động mạch vành là động mạch quay (P) chiếm ưu thế 93,5%. Triệu chứng đau ngực chiếm 69,8%, khó thở chiếm 4,5%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4: Các kết quả xét nghiệm

Các chỉ số xét nghiệm	TB ± ĐLC hoặc Trung vị (tứ phân vị)
Hồng cầu	4,45 ± 0,65
Bạch cầu	9,78 ± 2,99
Tiểu cầu	278,53 ± 84,30
Huyết sắc tố (g/l)	12,73 ± 9,91
Hematorit (%)	38,02 ± 21,43
Cholesterol (mmol/l)	4,72 (3,89-5,77)
Triglyceride (mmol/l)	2,04 (1,30 – 2,96)
HDL-C (mmol/l)	1,08 (0,87- 1,34)
LDL-C (mmol/l)	3,17 (2,50 – 4,12)
AST (U/l)	40,0 (28,3 – 60,2)
ALT (U/l)	38,1 (23,1 – 52)
Troponin T (ng/l)	237,6 (35,1- 858,5)
NT-proBNP (pg/l)	466 (93,59 – 1508)

Nhận xét: - Hồng cầu trung bình 4,45 ± 0,65, Tiểu cầu 278,53 ± 84,30, và Troponin T trung vị là 237,6 ng/l, Cholesterol là 4,72 mmol/l

3.4. So sánh tình trạng lo âu và đau trước và sau điều trị

Bảng 3.5. Kết quả giảm lo âu trước can thiệp và trước ra viện

	Trước can thiệp TB ± ĐLC	Trước ra viện TB ± ĐLC	Giá trị P
Thang điểm DASS-21 lo âu			
Câu 1. Khô miệng	0,55 ± 0,05	0,16 ± 0,04	<0,001
Câu 2. Rối loạn nhịp thở	1,29 ± 0,05	0,17 ± 0,06	<0,001
Câu 3. Ra mồ hôi	1,01 ± 0,05	0,12 ± 0,03	<0,001
Câu 4. Tôi lo lắng	2,26 ± 0,05	0,21 ± 0,03	<0,001
Câu 5. Thấy	1,92 ± 0,05	0,18 ± 0,03	<0,001

hoảng loạn			
Câu 6. Nghe tiếng tim	0,62 ± 0,04	0,05 ± 0,02	<0,001
Câu 7. Lo sợ vô cớ	2,54 ± 0,05	0,25 ± 0,03	<0,001
Tổng cộng	10,23 ± 0,37	1,16 ± 0,20	<0,001
Thang điểm đau VAS			
Điểm đau	4,55 ± 1,53	0,02 ± 0,14	<0,001

Nhận xét: - Điểm trung bình của thang điểm DASS-21, trước can thiệp điều trị là 10,23 ± 0,37 và trước ra viện là 3,61 ± 0,20 (p < 0,001). Điểm trung bình cho 7 nội dung đều giảm sau can thiệp (p < 0,001).

- Điểm trung bình của thang điểm đau trước can thiệp điều trị là 4,55(±1,53) và trước ra viện là 0,02 (± 0,14) (p < 0,001).

3.5 So sánh kết quả chăm sóc trước và sau can thiệp

Bảng 3.6. Kết quả chăm sóc trước can thiệp và sau can thiệp

Đặc điểm	Trước can thiệp n(%)	Sau can thiệp n(%)	P
Thở oxy	10 (5)	5 (2,5)	<0,001
Đau ngực	173 (86,9)	8 (4)	<0,001
Buồn nôn	30 (15,1)	2 (1)	<0,001
Chóng mặt	10 (5)	5 (2,5)	<0,001
Đau đầu	37 (18,6)	8 (4)	<0,001
Mất ngủ	160 (80,4)	52 (26,1)	<0,001
Hồi hộp đánh trống ngực	62 (31,2)	3 (1,5)	<0,001

Nhận xét: Tất cả các triệu chứng đau ngực, buồn nôn, chóng mặt, đau đầu, mất ngủ và hồi hộp đều giảm sau can thiệp (P < 0,001).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 199 bệnh nhân NMCT. Tuổi trên 60 chiếm 57,3% (bảng 3.1), tuổi trung bình là 63,4 ± 11,84; tuổi cao nhất là: 90 tuổi thấp nhất là: 31. Về độ tuổi nghiên cứu của chúng tôi tương tự như của tác giả trong và ngoài nước như của Nguyễn Thị Thanh Trung năm 2013 tuổi trung bình là 60,94 ± 11,6 tuổi [4]. Tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Quang Tuấn năm 2005 tuổi trung bình của nhóm bệnh là 63,8 ± 10,9 tuổi [6]. Anna Wudkowska và cộng sự thì tuổi trung bình là 63 ± 12 tuổi [7]. Tiền sử bệnh hay gặp nhất là suy tim 68,3%, và tăng huyết áp 53,3%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Đau ngực là lý do chính dẫn đến bệnh nhân nhập viện cộng với tính chất đau ngực điển hình là định hướng tới NMCT. Trong nghiên cứu này

có 86,9% bệnh nhân đau ngực trước can thiệp, sau can thiệp giảm còn 4%, điều đó cho thấy rằng cơn đau ngực của bệnh nhân được kiểm soát tốt trong quá trình chăm sóc và điều trị góp phần làm giảm lo lắng, người bệnh được an tâm hơn. Bệnh nhân NMCT có ST chênh lên chiếm 41,2% thấp hơn nhiều của tác giả Nguyễn Quang Tuấn 95,2% [6], thông số siêu âm tim có tỷ lệ có phân số tổng máu EF trước can thiệp là 59,4%, sau can thiệp 61,1%. Phân bố stent trên các nhánh động mạch trong nhóm nghiên cứu, tổn thương hay gặp nhất là động mạch liên thất trước 41,7%, thứ hai là động mạch vành phải là 37,7%, động mạch mũ 19,6% và thân chung là 11%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả trong và ngoài nước như nghiên cứu của Nguyễn Thanh Phương [3], và của Schamperart [9].

4.3. Kết quả chăm sóc và điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân có lo âu trước can thiệp và trước khi ra viện trong nghiên cứu của chúng tôi giảm đáng kể từ 85,9% xuống còn 1,5% có thể do người bệnh lo lắng quá mức trong quá trình điều trị can thiệp khi phải tốn chi phí cao và chưa biết kết quả điều trị. Ngoài ra, những người bệnh có tiền sử vào viện thì mức độ lo âu ít hơn.

Mức độ đau theo thang điểm VAS trước can thiệp mạch vành là 99,5% trong đó mức độ đau (đau nhẹ 23,6%, đau vừa 66,3% và đau dữ dội 9,5%); sau can thiệp mạch vành là 87,4% (đau nhẹ 84,4%, đau vừa 3,0% và đau dữ dội 0%).

Trong quá trình điều trị, có 99% người bệnh được ra viện và chỉ 0,5% người bệnh cần chuyển tuyến trên, 0,5% người bệnh xin về vì bệnh nặng hơn. So với kết quả của kết quả Bùi Hữu Minh Trí và cộng sự là 4,5% [5] cao hơn chúng tôi. Từ kết quả này cũng chỉ ra rằng khi người bệnh được bác sĩ chẩn đoán và điều trị đúng quy trình thì tạo cho người bệnh niềm tin và an tâm điều trị. Các triệu chứng trên lâm sàng được cải thiện tốt như đau ngực, ngủ được, đau đầu, mất ngủ, hồi hộp đánh trống ngực, buồn nôn trước và sau can thiệp có ý nghĩa đến kết quả chăm sóc người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: đau ngực 86,9%, khó thở 4,5%, ST chênh lên 41,2 %. Hồng cầu 4,45 T/l, tiểu cầu 278,5, Troponin T 237,6 ng/l. Mức độ lo âu trước can thiệp mạch vành và khi ra viện lần lượt là 171(85,9%), và 3 (1,5%). Mức độ đau theo thang điểm VAS trước can thiệp là 99,5% (đau nhẹ 23,6%, đau vừa 66,3% và đau dữ dội 9,5%); sau can thiệp mạch vành là 87,4% (đau nhẹ 84,4%, đau vừa 3,0% và đau dữ dội 0%). Tỷ lệ các triệu chứng trước và sau can thiệp lần lượt là: đau ngực 86,9% và 4%, đau đầu 18,6% và 4%, mất ngủ 80,4 và 26,1%, hồi hộp đánh trống ngực 31,2% và 1,5%, buồn nôn 5% và 2,5%. Chăm sóc tốt người bệnh NMCT sau can thiệp mạch vành làm giảm tình trạng lo âu, đau và các triệu chứng lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Mạnh Hùng (2015).** Can thiệp động mạch vành qua da. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, số 70, 100-104
2. **Phạm Gia Khải, Nguyễn Lân Việt (1997),** "Nhồi máu cơ tim", Bài giảng bệnh học nội khoa, Nhà xuất bản Y học, (2), Tr 82 – 94
3. **Nguyễn Thanh Phương (2011),** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả can thiệp qua da ở bệnh nhân tổn thương động mạch vành có đường kính nhỏ". Luận văn thạc sĩ y học
4. **Nguyễn Thị Thanh Trung (2014),** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Bệnh Viện Đa Khoa tỉnh Thái Bình" Tạp chí Y học thực hành (905)- số 2/2014: tr. 16-19
5. **B.H.M.Trí và cộng sự (2015).** Kết quả điều trị, diễn tiến lâm sàng và các yếu tố tiên lượng bệnh thân chung/3 nhánh động mạch vành. Kỷ yếu Nghiên cứu khoa học 2015- 7, Bệnh viện Tim mạch An Giang.
6. **Nguyễn Quang Tuấn (2005),** "Nghiên cứu hiệu quả phương pháp can thiệp động mạch vành qua da trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp". Luận án tiến sĩ y học
7. **Anna Wudkowska, Jan Goch, Aleksander (2010),** "Ischemia-modified albumin in differential diagnosis of acute coronary syndrome without ST elevation and unstable angina pectoris", Kardiologia Polska, 68, 4, pp 431-437
8. **Thygesen K, Alpert JS, et al, (2018).** Fourth universal definition of myocardial infarction, European Heart Journal, Volume 40, Issue 3, 14 January 2019, Pages 237–269, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy462>.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG VÀ ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG ĐỒNG NAI THEO NTA

Trần Hồng Lê**, Nguyễn Như Hồ*, Nguyễn Ngọc Khôi*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm, sự nhạy cảm của vi khuẩn và tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi sơ sinh (VPSS). **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** VPSS muộn chiếm tỉ lệ cao hơn VPSS sớm. Tỉ lệ NTA dương tính là 70,1%. Tác nhân chủ yếu là vi khuẩn Gram (-): Enterobacter spp., Klebsiella spp., Acinetobacter spp..., có tỉ lệ đề kháng cao với cefotaxim, nhưng vẫn còn nhạy với amikacin, imipenem, meropenem. Phác đồ phối hợp 2 kháng sinh chiếm 36,4%. Có 94,6% bệnh nhân khỏi và đỡ - giảm, 1,7% bệnh nhân tử vong. Việc điều trị VPSS theo kết quả KSD hay hoàn toàn theo kinh nghiệm đều đạt hiệu quả cao, số bệnh nhân khỏi và đỡ - giảm của hai nhóm chiếm tỉ lệ lần lượt là 93,5% và 95,1%. **Kết luận:** Tác nhân gây VPSS chủ yếu là vi khuẩn Gram (-), vẫn còn nhạy với amikacin, imipenem, meropenem. Nhìn chung, việc điều trị VPSS tại bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai đạt hiệu quả cao.

Từ khóa: viêm phổi sơ sinh, đề kháng kháng sinh, vi khuẩn.

SUMMARY

INVESTIGATING THE USAGE AND ANTIBIOTIC RESISTANCE IN TREATMENT OF NEONATAL PNEUMONIA AT DONG NAI CHILDREN'S HOSPITAL BASED ON NTA

Objective: to investigate the characteristics and sensitivity of bacteria and the pattern of antibiotic use in the treatment of neonatal pneumonia. **Methods:** Cross-sectional description. **Results:** Number of patients with late-onset neonatal pneumonia was higher than those with early-onset pneumonia. NTA-positive tests accounted for 70.1%. Gram-negative bacteria were the most commonly isolated agents, including Enterobacter spp., Klebsiella spp., Acinetobacter spp ... They were highly resistant to cefotaxime, but still sensitive to amikacin, imipenem, and meropenem. Combination regimens of 2 antibiotics accounted for 36.4%. Of all patients, 94.6% recovered or remitted from disease; 1.7% died. Success rates were high in both empiric antibiotic treatment group and susceptibility-test-based group, which were 93.5% and 95.1%, respectively. **Conclusion:** Causative agents of neonatal pneumonia were mainly Gram-negative bacteria, which were still

sensitive to amikacin, imipenem, and meropenem. In general, the treatment of neonatal pneumonia at Dong Nai Children's Hospital were highly effective.

Keywords: neonatal pneumonia, antibiotic resistance, bacteria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một bệnh nhiễm trùng có tiên lượng xấu gặp ở giai đoạn sơ sinh, một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sơ sinh, đứng hàng thứ hai sau bệnh tiêu hóa [6]. Ở các nước châu Á hơn một nửa trẻ tử vong do viêm phổi xảy ra ở trẻ sơ sinh [6],[8]. Tại Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai năm 2017 viêm phổi sơ sinh chiếm 24,5% số trẻ sơ sinh nhập viện [3]. Viêm phổi sơ sinh có thể diễn biến nặng nhanh chóng nếu không được điều trị kịp thời. Vì vậy, điều trị kháng sinh dựa vào kinh nghiệm lâm sàng của thầy thuốc kết hợp với các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng như cấy dịch hút phế quản, cấy máu...là cần thiết. Hiện nay, việc lựa chọn kháng sinh ban đầu thường dựa vào kinh nghiệm của thầy thuốc về các chủng vi khuẩn gây bệnh thường gặp và sự nhạy cảm đối với kháng sinh [1]. Đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh là một vấn đề quan trọng, dẫn đến nhiều khó khăn trong điều trị như tăng tỉ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị [4]. Theo các nghiên cứu, tác nhân chủ yếu gây viêm phổi sơ sinh là Streptococcus BG, Klebsiella spp., Escherichia coli, Staphylococcus coagulase-negative, Staphylococcus aureus... [1], [6]. Các vi khuẩn này đã có tỉ lệ đề kháng cao với các kháng sinh thường được sử dụng trong điều trị viêm phổi sơ sinh như ampicillin, gentamicin, cefotaxim...[1]. Do đó, nghiên cứu đánh giá tình hình sử dụng và đề kháng kháng sinh trong điều trị viêm phổi sơ sinh để đảm bảo an toàn và nâng cao chất lượng khám chữa bệnh là cần thiết, với mục tiêu là xác định tỉ lệ vi khuẩn gây bệnh, mức độ đề kháng của các vi khuẩn thường gặp trong viêm phổi sơ sinh và đánh giá việc sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi sơ sinh tại Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Thực hiện trên 720 bệnh nhân VPSS được chia làm hai loại: viêm

*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

**Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Khôi

Email: nnkhoi@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 23.11.2020

phổi khởi phát sớm (≤ 3 ngày sau khi sinh) và viêm phổi khởi phát trễ (lớn hơn 3 ngày sau sinh đến 30 ngày tuổi) [5] được chẩn đoán viêm phổi, điều trị nội trú ≥ 3 ngày trong khoảng thời gian 1/2018 – 12/2018.

Nghiên cứu tiến hành khảo sát hồ sơ bệnh án đạt tiêu chí chọn mẫu với các nội dung: đặc điểm dịch tễ VPSS, đặc điểm vi khuẩn gây bệnh, đánh giá việc sử dụng kháng sinh trong điều trị và kết quả điều trị.

720 bệnh nhân được chia thành 2 nhóm để đánh giá hiệu quả điều trị:

Nhóm 1: bệnh nhân được chỉ định làm xét nghiệm dịch phế quản (NTA) và có kết quả dương tính.

Nhóm 2: bệnh nhân không làm xét nghiệm NTA hoặc làm xét nghiệm NTA có kết quả âm tính, loại trừ những bệnh nhân có kết quả xét nghiệm mẫu khác (máu, mủ ở da, dịch não tủy, catheter) dương tính.

Phân tích thống kê. Số liệu được nhập bằng Excel 2013 và xử lý bằng SPSS 18.0

Dùng phép kiểm χ^2 để so sánh các tỉ lệ hoặc phép kiểm chính xác Fisher (Fisher's exact test) khi có nhiều hơn 20% tần số mong đợi trong bảng nhỏ hơn 5. Mọi khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Phép kiểm Mann – Whitney để so sánh giá trị trung bình của 2 nhóm độc lập và hồi qui tương quan kiểm tra mối liên hệ giữa các biến.

Y đức. Đề tài nghiên cứu đã thông qua hội đồng Nghiên cứu khoa học tại Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai và Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm dịch tễ. Tuổi của mẫu nghiên cứu phân bố từ 0,05 (1 giờ tuổi) đến 30 ngày tuổi. Nhiều nhất là < 1 ngày chiếm 21,8% với 157 trường hợp. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 12,4 ($\pm 9,9$) ngày tuổi. Kết quả cho thấy tỉ lệ bé trai bị VPSS là 59,6%, chủ yếu là sơ sinh đủ tháng 87,2%, có 69 trẻ nhẹ cân chiếm tỉ lệ 9,6%.

2. Đặc điểm viêm phổi sơ sinh

Bảng 1. Phân loại và mức độ VPSS

Đặc điểm VPSS	Tần suất(n)	Tỉ lệ (%)
Phân loại		
VPSS muộn	482	66,9
VPSS sớm	238	33,1
Mức độ		
Viêm phổi	94	13,1
Viêm phổi nặng	624	86,7
Viêm phổi rất nặng	2	0,3

Trong nghiên cứu, có 86,7% trường hợp là viêm phổi nặng, chỉ có 2 trường hợp viêm phổi rất nặng chiếm 0,3% (bệnh kèm theo là nhiễm trùng huyết và bệnh màng trong). Đa phần bệnh nhi mắc VPSS muộn, chiếm 66,9%. Theo phân loại VPSS, viêm phổi xuất hiện ở trẻ sơ sinh đều được coi là viêm phổi nặng và VPSS muộn chiếm ưu thế, tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước [2] [5], [6].

3. Đặc điểm về vi khuẩn gây bệnh viêm phổi sơ sinh

Bảng 2. Tỉ lệ xét nghiệm vi sinh vật

	Không	Có	
		Mẫu NTA	
		Âm tính	Dương tính
Tần suất (n)	166	110 (29,9%)	258 (70,1%)
Tỉ lệ (%)	23,1	51,1	25,8

Trong 720 trường hợp, có 368 bệnh nhân được chỉ định làm xét nghiệm NTA, chiếm tỉ lệ 51,1%. Có 25,8% được chỉ định làm xét nghiệm khác (mẫu máu, mủ ở da) nhưng không làm xét nghiệm NTA, những trường hợp này chủ yếu được chẩn đoán viêm phổi và có bệnh nhiễm trùng khác mắc kèm. Tỉ lệ mẫu NTA dương tính là 70,1%, trong đó có 2 mẫu dương tính với nấm. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Anh, nghiên cứu này có tỉ lệ xét nghiệm NTA dương tính cao hơn.

Bảng 3. Sự phân bố vi khuẩn gây bệnh trong VPSS sớm và muộn

Vi khuẩn		VPSS sớm (n=65)	VPSS muộn (n=213)	Tổng (n=278)
Vi khuẩn Gram (-)	Acinetobacter spp	6	21	27
	Burkholderia spp.	4	4	8
	Citrobacter spp.	1	2	3
	E. coli	3	13	16
	Enterobacter spp.	22	37	59
	Stenotrophomonas spp.	7	6	13
	Escherichia spp.	1	3	4
	Klebsiella spp.	9	25	34
	Pseudomonas spp.	1	1	2
	Serratia spp.	3	14	17
	Edwardsiella spp.	0	1	1
	Moraxella spp.	0	2	2
	H. influenza	0	2	2
	Haemophilus spp.	0	1	1
	Tổng	57 (87,7%)	132 (62,0%)	189
Vi	S. aureus	2	69	71

khuẩn Gram (+)	Enterococci spp.	1	0	1
	Streptococci AG	5	10	15
	S. intermedius	0	1	1
	S. pneumoniae	0	1	1
	Tổng	8 (12,3%)	81 (38,0%)	89
Tổng		65	213	278

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 235 trường hợp nhiễm 1 loại vi khuẩn chiếm tỉ lệ cao nhất 91,8%, 20 trường hợp nhiễm 2 loại vi khuẩn, 1 trường hợp nhiễm 3 loại vi khuẩn. Như vậy, tần suất xuất hiện các loại vi khuẩn là $n = 278$.

Nguyên nhân chủ yếu gây VPSS sớm là vi khuẩn Gram (-), chiếm 87,7%. Trong đó, thường gặp nhất là Enterobacter spp., Klebsiella spp., Acinetobacter spp.

VPSS muộn chủ yếu cũng do vi khuẩn Gram (-) gây ra chiếm 62,0%, hay gặp là Enterobacter spp., Klebsiella spp., Acinetobacter spp., Serratia spp. Tuy nhiên, nguyên nhân gây VPSS muộn do S. aureus chiếm tỉ lệ cao 85,2% tổng số trường hợp phân lập được Gram (+) với 69/71 ca. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với một số nghiên cứu trước đó [7], [9]. Trong VPSS sớm, S. aureus chiếm tỉ lệ thấp 3,1%, khác so với một số nghiên cứu trước đó, S. aureus chiếm hơn 12% [9]. Việc xác định tác nhân gây bệnh khi chưa có kết quả phân lập là một việc khó khăn. Các triệu chứng lâm sàng khi nhiễm vi khuẩn Gram (-) và Gram (+) khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Do đó, chúng ta không thể dựa vào lâm sàng để chẩn đoán nhiễm loại vi khuẩn gì. Tuy nhiên, căn cứ vào loại VPSS, có thể chẩn đoán bệnh nhân nhiễm vi khuẩn Gram (-) hay Gram (+), từ đó có định hướng để lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm. Vì thế cần có những nghiên cứu liên tục về tác nhân gây bệnh VPSS ở những thời gian khác nhau để có hướng điều trị chính xác nhất.

3. Đặc điểm sử dụng kháng sinh trong điều trị VPSS

Có 15,97% điều trị kháng sinh trước đó, kháng sinh được sử dụng là: ampicillin, ampicillin/sulbactam, cefotaxim, gentamicin, amikacin. Kháng sinh điều trị ban đầu thường là cefotaxim + amikacin chiếm 39,4%, phác đồ điều trị này khác so với phác đồ hướng dẫn điều trị VPSS ban đầu của Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai. Phác đồ ban đầu trên lâm sàng sử dụng khi trẻ nhập viện khác so với phác đồ của bệnh viện chiếm tỉ lệ cao 62,2%. Phác đồ 1 kháng sinh chiếm 7,8%, gồm: ampicillin/sulbactam, cefotaxim, cefepim, piperacillin, piperacillin/tazobactam.

Bảng 4. Tỉ lệ phác đồ điều trị ban đầu

So với phác đồ của bệnh viện	Phác đồ điều trị ban đầu	Tần suất (n)	Tỉ lệ (%)
Tương tự	Ampicillin/sulbactam + gentamicin	1	0,1
	Ampicillin hoặc Ampicillin/sulbactam + cefotaxim	126	17,5
	Ampicillin hoặc ampicillin/sulbactam +cefotaxim+amikacin	107	15,0
	Ampicillin hoặc ampicillin/sulbactam + cefotaxim + gentamicin	14	1,9
	Cefepim + amikacin	24	3,3
Tổng		272	37,8
Khác	Amoxicillin/sulbactam + cefotaxim	5	0,7
	Amoxicillin/sulbactam + cefotaxim + amikacin	1	0,1
	Ampicillin/sulbactam + amikacin + imipenem	7	1,0
	Ampicillin/sulbactam + cefepim + amikacin +	5	0,7
	Ampicillin/sulbactam + cefepim + gentamicin	1	0,1
	Cefotaxim + amikacin	284	39,4
	Cefotaxim + gentamicin	53	7,4
	Cefotaxim + amikacin + oxacillin	5	0,7
	Cefotaxim + netilmicin	3	0,4
	Cefotaxim + oxacillin	4	0,6
	Cefotaxim + oxacillin + amikacin	1	0,1
	Cefepim + oxacillin + amikacin	1	0,1
	Imipenem + amikacin	6	0,8
	Imipenem + amikacin + vancomycin	2	0,3
	Imipenem + netilmicin	2	0,3
	Meropenem + amikacin	1	0,1
	Meropenem + netilmicin	1	0,1
	Piperacillin/tazobactam + amikacin	9	1,3
	Piperacillin/tazobactam + netilmicin	1	0,1
	1 kháng sinh: ampicillin/sulbactam, cefepim, cefotaxim, piperacillin, piperacillin/tzobactam	56	7,8
Tổng		448	62,2

Đa phần không thay đổi kháng sinh trong quá trình điều trị chiếm 49,2%, tiếp đến là thay đổi 1 lần 32,1%, 2 lần 11,8%. Điều trị VPSS sử dụng phác đồ 2 kháng sinh có tỉ lệ cao nhất 36,4%, hai kháng sinh thường hay sử dụng cefotaxim và amikacin, cefotaxim và gentamicin, cefotaxim và ampicillin/sulbactam. Có 1 trường hợp sử dụng nhiều nhất là 13 kháng sinh trong suốt quá trình nằm viện. Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là $10,0 \pm 6,0$ ngày, trong đó 7 – 14 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 66,7%.

Các vi khuẩn Gram (-) gần như đề kháng hoàn toàn với ampicillin và có tỉ lệ đề kháng cao với cefotaxim, nhưng vẫn còn nhạy với amikacin, imipenem, meropenem thường được sử dụng trong điều trị VPSS. Vi khuẩn Gram (+) như *S. aureus* có tỉ lệ nhạy cao trên 90% với: imipenem, vancomycin. Xuất hiện 1 trường hợp *S. aureus* kháng vancomycin. Tỉ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn Gram (-) tại Bệnh viện Nhi

đồng Đồng Nai năm 2017 và trong nghiên cứu này có sự khác nhau, nhưng chủ yếu là tăng lên. Đáng chú ý là hai kháng sinh phổ rộng được xem như là lựa chọn cuối cùng khi nhiễm vi khuẩn Gram (-) là imipenem và meropenem có tỉ lệ đề kháng với vi khuẩn tăng nhanh. Năm 2017, *Klebsiella* spp. có tỉ lệ kháng 0,0% với meropenem, năm 2018 tỉ lệ này tăng lên 40%. *Enterobacter* spp. kháng với meropenem năm 2017 là 17,5%, tỉ lệ này tăng lên 30% trong năm 2018. Đây là vấn đề cần được quan tâm trong công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại bệnh viện thời gian tới để hạn chế kháng thuốc. Nhìn chung trong nghiên cứu này, imipenem có tỉ lệ nhạy với vi khuẩn Gram (-) cao hơn meropenem, kết quả này ngược với nghiên cứu của Phạm Hùng Văn và cộng sự, meropenem có hoạt tính cao hơn trên vi khuẩn Gram (-) so với imipenem và ít bị đề kháng hơn.

Bảng 5. Hiệu quả điều trị chung của nhóm 1 và nhóm 2

Kết quả điều trị		Nhóm 1		Nhóm 2		Giá trị p
		n	%	n	%	
Thành công	Đỡ, giảm	21	93,6	56	95,1	0,07
	Khỏi	212		374		
Thất bại	Không thay đổi, nặng hơn	9	6,4	17	4,9	
	Tử vong	7		5		
Tổng		249	100.0	452	100.0	

Tỉ lệ bệnh nhân khỏi bệnh, tình trạng không thay đổi hoặc nặng hơn ở nhóm 1 và nhóm 2 xấp xỉ nhau. Tuy nhiên, tỉ lệ bệnh nhân tử vong ở nhóm điều trị theo kết quả KSD cao hơn nhóm điều trị theo kinh nghiệm. Sự khác nhau về kết quả điều trị chung giữa nhóm 1 điều trị theo kết quả KSD và nhóm 2 điều trị theo kinh nghiệm khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân được làm xét nghiệm NTA có tình trạng bệnh nặng hơn so với nhóm không làm xét nghiệm (khác nhau có ý nghĩa thống kê $p=0,00 < 0,05$), đây có thể là yếu tố dẫn đến kết quả điều trị thất bại nhóm 1 cao hơn nhóm 2.

V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân gây VPSS chủ yếu là vi khuẩn Gram (-). Trong số vi khuẩn Gram (-), thường gặp nhất là *Enterobacter* spp., tiếp theo là *Klebsiella* spp., *Acinetobacter* spp. Trong số vi khuẩn Gram (+), thường gặp nhất là *S. aureus*. Trong VPSS sớm và muộn, vi khuẩn Gram (-) đều chiếm tỉ lệ cao hơn Gram (+). Các vi khuẩn Gram (-) gần như đề kháng hoàn toàn với ampicillin và có tỉ lệ đề kháng cao với cefotaxim, nhưng vẫn còn nhạy với amikacin, imipenem, meropenem thường được sử dụng trong điều trị

VPSS. Vi khuẩn Gram (+) như *S. aureus* có tỉ lệ nhạy cao trên 90% với: amikacin, imipenem, vancomycin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện nhi đồng 1 (2013)**, Phác đồ điều trị nhi khoa, NXB Y học, tr. 306- 308
2. **Bệnh viện nhi đồng 2 (2016)**, Phác đồ điều trị nhi khoa, NXB Y học, tr. 257-270, 425.
3. **Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai (2017)**, "Báo cáo tổng kết năm 2017".
4. **Lê Thị Ngọc Dung, Nguyễn Ngọc Khôi (2012)**, Khảo sát tình hình sử dụng và đề kháng kháng sinh trong điều trị nhiễm trùng huyết sơ sinh, Y học thực hành, 2012; 852-853 468-472
5. **Phạm Thị Kim Hồng, Nguyễn Thị Kim Anh (2009)**, "Đặc điểm viêm phổi ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 03/2007 đến tháng 10/20", Y Học TP. Hồ Chí Minh 13(1): tr. 58 – 63
6. **T Duke (2005)**, "Neonatal pneumonia in developing countries", Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 90(3): pp. F211-FF219
7. **M English, et al. (2003)**, "Causes and outcome of young infant admissions to a Kenyan district hospital", Archives of disease in childhood, 88(5): pp. 438-443
8. **Robin J Green, et al. (2016)**, "Neonatal pneumonia in sub-Saharan Africa", Pneumonia, 8(1): pp. 3

ÁP DỤNG CAI VA-ECMO BẰNG PHƯƠNG PHÁP GIẢM LƯU LƯỢNG MÁU NHANH Ở BỆNH NHÂN VIÊM CƠ TIM CẤP

Ngô Huỳnh Đức*, Bùi Văn Cường*, Đặng Quốc Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cai VA-ECMO bằng phương pháp giảm lưu lượng máu nhanh ở bệnh nhân viêm cơ tim. **Đối tượng nghiên cứu:** 17 bệnh nhân viêm cơ tim cấp được tiến hành VA-ECMO có đủ tiêu chuẩn cai tại khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai từ 8/2019 – 10/2020. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu can thiệp theo dõi dọc. **Kết quả nghiên cứu:** 100% bệnh nhân kết VA-ECMO thành công. Không có sự thay đổi huyết áp trung bình khi bắt đầu cai so với lúc kết ECMO (Bắt đầu cai $84,5 \pm 9,6$ mmHg, sau kết ECMO $85,8 \pm 8,5$ mmHg, $p > 0,05$), Huyết áp chênh lệch và LVEF sau kết ECMO tăng so với thời điểm bắt đầu cai ECMO (Bắt đầu cai $33,5 \pm 8,6$ mmHg, $38,9 \pm 5,9\%$, sau kết ECMO $43,5 \pm 6,3$ mmHg, $40,8 \pm 4,3\%$, $p < 0,05$). 88,2% bệnh nhân sống ở ngày thứ 30. **Kết luận:** Phương pháp giảm lưu lượng máu nhanh trong cai VA-ECMO ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp có tỷ lệ thành công 100% không có trường hợp nào xuất hiện suy tim nặng cần dùng lại Dobutamin. Tỷ lệ huyết khối liên quan đến quá trình cai 5,9%

Từ khóa: Viêm cơ tim, phương pháp giảm lưu lượng máu nhanh, cai VA-ECMO:

SUMMARY

APPLICATION WEANING VA ECMO BY METHOD RAPID DECREASE IN BLOOD FLOW IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDITIS

Objective: Evaluate VA ECMO weaning results by rapidly reducing blood flow in patients with myocarditis. **Subject study:** 17 patients with acute myocarditis support by VA-ECMO are eligible to wean at the intensive care unit, Bach Mai Hospital from 8/2019 - 10/2020. **Methods:** experimental study. **Result:** 100% patients weaned the result successfully. There was no change in mean arterial pressure at the beginning of weaning to the end of ECMO (Start with treatment 84.5 ± 9.6 mmHg, after ECMO 85.8 ± 8.5 mmHg, $p > 0.05$), Pulse pressure and LVEF after ECMO end increased compared to ECMO at the beginning of weaning (Start weaning 33.5 ± 8.6 mmHg, $38.9 \pm 5.9\%$, after ending ECMO 43.5 ± 6.3 mmHg, $40.8 \pm 4.3\%$, $p < 0.05$). 88.2% of patients lived on day 30. **Conclusion:** The method of rapid blood flow reduction in VA-ECMO weaning in patients with acute myocarditis has a 100% success rate, no cases of severe heart failure requiring Dobutamine therapy. The incidence of weaning related thrombosis VA-ECMO was 5.9%.

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Huỳnh Đức

Email: drduchmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2020

Ngày duyệt bài: 18.11.2020

Key word: Myocarditis, rapid decrease in blood flow, weaning VA-ECMO

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cơ tim là tình trạng tổn thương cơ tim cấp tính có thể tiến triển nhanh chóng dẫn đến sốc tim và rối loạn nhịp^{1,2}. Kỹ thuật trao đổi oxy qua màng ngoài cơ thể bằng phương thức tĩnh động mạch (VA-ECMO) mang lại hiệu quả trong điều trị viêm cơ tim cấp³. Hiện nay chưa có hướng dẫn cụ thể nào về cai VA-ECMO. Đánh giá dùng VA-ECMO thường bằng phương pháp giảm lưu lượng máu chậm trong thời gian dài. Phương pháp này làm kéo dài thời gian ECMO cho bệnh nhân⁴.

Cai VA-ECMO bằng phương pháp giảm lưu lượng máu nhanh được Aissaoui công bố năm 2011 như là một test thử nghiệm cho tim mang đến một hướng đi mới có thể khắc phục được những hậu quả của phương pháp cũ⁵. Tuy nhiên khi giảm dòng nhanh lại có những bất lợi khi cơ tim chưa hồi phục đầy đủ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả cai VA ECMO bằng phương pháp giảm lưu lượng máu nhanh ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2019 đến 10/2020, gồm 17 bệnh nhân viêm cơ tim chẩn đoán theo tiêu chuẩn của hội tim mạch châu Âu 2013 được tiến hành hỗ trợ VA-ECMO có đủ tiêu chuẩn cai

2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu can thiệp theo dõi dọc. Tất cả các bệnh nhân viêm cơ tim cấp hỗ trợ VA-ECMO có đủ tiêu chuẩn cai được tiến hành cai bằng phương pháp giảm lưu lượng máu nhanh.

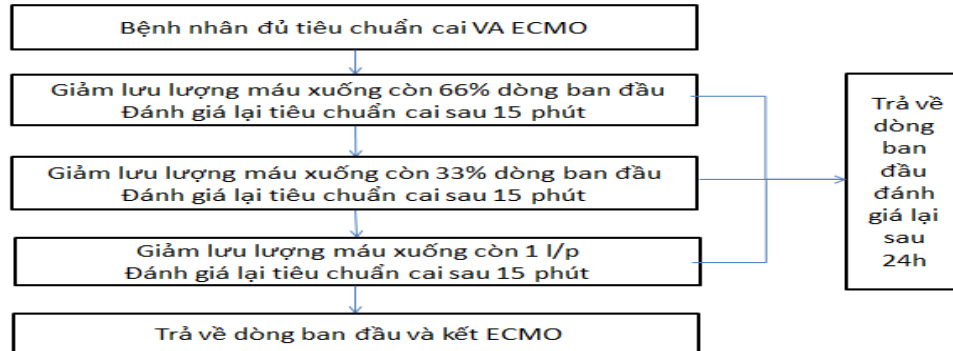
Tiêu chuẩn cai VA-ECMO. Nguyên nhân sốc tim được giải quyết và thời gian cơ tim phục hồi sau 72h hỗ trợ ECMO

Bệnh nhân có HATB > 65mmHg, chênh áp > 30mmHg ổn định trên 24h (với chỉ số vận mạch < 10); Không có rối loạn nhịp nguy hiểm

Lactat máu < 2mmol/l

LVEF > 30%, VTI > 10cm

Không có tổn thương phổi nghiêm trọng (spO2 tay phải > 92% với FiO2 ECMO 21%, FiO2 máy thở ≤ 60%)

Quy trình cai VA-ECMO

- Điều chỉnh máy thở đảm bảo mức thông khí phù hợp cho bệnh nhân trong quá trình cai

Các thông số tuổi, giới, điểm SOFA, APACHE II, SAVE score được ghi lại tại thời điểm bệnh nhân nhập viện

Các thông số nhịp tim, huyết áp, chỉ số vận mạch, LVEF, VTI, Lactat máu ghi lại tại các thời điểm bắt đầu cai, các thời điểm giảm lưu lượng máu, ngay sau kết ECMO và sau kết ECMO 24h

3. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập, xử lý theo các thuật toán thống kê y học. So sánh các giá trị trung bình và tỷ lệ bằng thuật toán tham số và phi tham số với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 8/2019 đến 10/2020 có 23 bệnh nhân viêm cơ tim có hỗ trợ VA-ECMO ngoại vi.

Có 17 bệnh nhân gồm 7 nam và 10 nữ đủ tiêu chuẩn được cai bằng phương pháp giảm lưu lượng máu nhanh

Bảng 3.1 Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, n=17

Các chỉ số	X $\pm$ SD/ Median(IQR)	Min	Max
Tuổi (năm)	34,1 $\pm$ 9,9	18	50
Điểm SOFA	8 (6 – 9,5)	5	11
Điểm APACHE II	12 (10 – 14)	9	19
Điểm SAVE	6 (4 – 8)	1	11

Nhận xét: Điểm SOFA và điểm APACHE II tại thời điểm nhập viện đều ở mức cao

Điểm SAVE với mức dự đoán thành công 75%

Bảng 3.2: Thay đổi huyết áp, nhịp tim, lactat máu, LVEF, VTI trong quá trình cai

	Bắt đầu cai (1)	Mức 66% lưu lượng máu ban đầu (2)	Mức 33% lưu lượng máu ban đầu (3)	Mức lưu lượng máu 1 lít/phút (4)	Ngay sau kết ECMO(5)	P (1-5)
Huyết áp trung bình(mmHg)	84,5 $\pm$ 9,6	84,8 $\pm$ 7,4	85 $\pm$ 8,3	84,3 $\pm$ 9,1	85,8 $\pm$ 8,5	0,522
Chênh áp(mmHg)	33,5 $\pm$ 8,6	44,5 $\pm$ 11,1	43,8 $\pm$ 6,9	40,5 $\pm$ 6,0	43,5 $\pm$ 6,3	0,005
Nhịp tim(lần/phút)	100,1 $\pm$ 19	97,8 $\pm$ 15,7	96,3 $\pm$ 14,5	98,8 $\pm$ 12,7	98,4 $\pm$ 13	0,61
LVEF%	38,9 $\pm$ 5,9	39,4 $\pm$ 5,8	40,8 $\pm$ 5,8	41,7 $\pm$ 6,5	40,8 $\pm$ 4,3	0,032
VTI (cm)	13,9 $\pm$ 1,9	13,8 $\pm$ 1,7	14,2 $\pm$ 1,5	15,1 $\pm$ 2,5	14,2 $\pm$ 3,2	0,089
Lactat máu(mmol/l)	1,2 $\pm$ 0,6	1,1 $\pm$ 0,4	1,1 $\pm$ 0,2	1,3 $\pm$ 0,4	1,1 $\pm$ 0,6	0,834

Nhận xét: Không có sự khác biệt về huyết áp trung bình, nhịp tim, VTI và lactat máu sau kết ECMO so với khi bắt đầu cai ($p > 0,05$)

Huyết áp chênh lệch và LVEF sau kết ECMO tăng so với khi bắt đầu cai ECMO ($p < 0,05$)

Bảng 3.3 Thay đổi liều vận mạch

	Bắt đầu cai	Ngay sau kết ECMO	24h sau kết ECMO	48h sau kết ECMO
Số bệnh nhân phải	2 (11,8%)	1 (5,9%)	1 (5,9)	3 (17,6%)*

	dùng Noradrenalin	Số bệnh nhân phải dùng	dùng Dobutamin	Số bệnh nhân phải dùng
		6 (35,3%)	3 (17,6%)	0

***Ghi chú:** 2 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn cần dùng Noradrenalin sau 48h đều đã tử vong

Nhận xét: Có 3 bệnh nhân cần dùng thêm dobutamin sau khi kết ECMO

Sau 24h và 48h sau kết ECMO không có bệnh nhân phải dùng dobutamin

Bảng 3.4 Kết quả chung

	X ± SD	Min	Max
Thời gian chạy ECMO (giờ)	140,7 ± 66,4	78	265,2
Thời gian cai ECMO (phút)	42,6 ± 5,3	30	45
Tỷ lệ cai ECMO thành công	100%		
Tỷ lệ sống sau 30 ngày	88,2%		

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân viêm cơ tim đủ tiêu chuẩn cai VA-ECMO đều được cai thành công bằng phương pháp giảm lưu lượng máu nhanh.

Bảng 3.5 Các biến chứng gặp trong quá trình ECMO

Biến chứng	Kết quả
Chảy máu chân canuyn	11(64,7%)
Nhiễm trùng canuyn ECMO	2(11,7%)
Nhiễm khuẩn huyết	3(17,6%)
Có huyết khối trước cai	4(23,5%)
Có huyết khối trong quá trình cai	1(5,9%)

Nhận xét: Chỉ có 1 bệnh nhân có huyết khối liên quan đến quá trình cai VA-ECMO

IV. BÀN LUẬN

Nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 58,8% không có sự khác biệt so với nam giới (41,2%). Tỷ lệ nữ giới của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Tấn Hùng⁶

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là 34,1±9,9 nữ giới chiếm nhiều hơn nam. Kết quả này cũng tương đương với một số tác giả khác của Nguyễn Tấn Hùng, Aissaoui^{5,6}

Trong nghiên cứu của chúng tôi điểm SOFA trung bình 7,7 ± 1,9 với điểm tuần hoàn 4/8 tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Tấn Hùng,⁶ cũng thực hiện trên nhóm viêm cơ tim tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai. Thấp hơn nghiên cứu của Aissaoui do tác giả này thực hiện trên những bệnh nhân sốc tim do nhiều nguyên nhân khác⁵

Điểm SAVE trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với tỷ lệ dự đoán thành công 75% phù hợp với tỷ lệ sống của bệnh nhân sau ECMO

Không có sự khác biệt về huyết áp trung bình, nhịp tim, và lactat máu sau kết ECMO so với khi bắt đầu cai. Có 3 bệnh nhân cần duy trì liều dobutamin sau khi kết ECMO tuy nhiên không làm thay đổi lactat máu và kết VA-ECMO thành công. Điều này chứng tỏ khi bệnh nhân đạt được tiêu chuẩn cai VA-ECMO quá trình giảm lưu lượng máu nhanh không làm thay đổi huyết

động của bệnh nhân.

Huyết áp chênh lệch và LVEF sau kết ECMO tăng so với khi bắt đầu cai ECMO. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân đều hỗ trợ VA-ECMO ngoại vi do đó khi giảm nhanh lưu lượng máu giảm hậu gánh thất trái làm tăng huyết áp chênh lệch và LVEF. Điều này chứng tỏ chức năng tim bệnh nhân hồi phục và không bị ảnh hưởng bởi quá trình giảm lưu lượng máu

Thời gian chạy VA-ECMO trong nghiên cứu của chúng tôi 140,7 ± 66,4 giờ, trong đó thời gian cai VA-ECMO trung bình 42,6 ± 5,3 phút thấp hơn, tỷ lệ huyết khối liên quan tới cai VA-ECMO 5,9% đều thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tấn Hùng. Do đó phương pháp giảm lưu lượng máu nhanh có thể có ưu điểm so với phương pháp giảm lưu lượng máu chậm tuy nhiên cần thực hiện trên nhiều bệnh nhân và các nhóm bệnh khác nhau để khẳng định.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp giảm lưu lượng máu nhanh trong cai VA-ECMO ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp có tỷ lệ thành công 100%. Không có trường hợp nào xuất hiện suy tim nặng sau kết ECMO 24h cần duy trì lại Dobutamin.

Tỷ lệ huyết khối liên quan đến quá trình cai 5,9%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hékimian G, Combes A. [Myocarditis]. Rev Med Interne. 2017;38(8):531-538. doi:10.1016/j.revmed.2016.12.022
2. Luyt C-E, Hékimian G, Ginsberg F. What's new in myocarditis? Intensive Care Medicine. 2016;42(6):1055-1057. doi:10.1007/s00134-015-4017-5
3. Lorusso R, Centofanti P, Gelsomino S, et al. Venoarterial Extracorporeal Membrane Oxygenation for Acute Fulminant Myocarditis in Adult Patients: A 5-Year Multi-Institutional Experience. Ann Thorac Surg. 2016;101(3):919-926. doi:10.1016/j.athoracsur.2015.08.014
4. Pappalardo F, Pieri M, Arnaez Corada B, et al. Timing and Strategy for Weaning From Venoarterial ECMO are Complex Issues. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2015;29(4):906-911. doi:10.1053/j.jvca.2014.12.011
5. Aissaoui N, Luyt C-E, Leprince P, et al. Predictors of successful extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) weaning after assistance for refractory cardiogenic shock. Intensive Care Med. 2011;37(11):1738-1745. doi:10.1007/s00134-011-2358-2
6. Nguyễn Tấn Hùng. Nhận xét phương pháp cai VA ECMO ở bệnh nhân sốc tim viêm cơ tim tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai. T/c Y học VN, tháng 10 số 1, tập 459. Published online 2017.

HIỆU QUẢ CỦA KỸ THUẬT LỌC HUYẾT TƯƠNG HẤP PHỤ PHÂN TỬ KÉP BẰNG MÀNG LỌC BS330 VÀ HA330-II TRONG ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ SUY GAN CẤP

Nguyễn Văn Nghĩa¹, Đỗ Ngọc Sơn², Hà Trần Hưng^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả lâm sàng, cận lâm sàng của kỹ thuật lọc huyết tương hấp phụ phân tử kép (DPMAS) trong phối hợp điều trị suy gan cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp tiền cứu không có nhóm đối chứng trên 27 BN được chẩn đoán suy gan cấp hoặc đợt cấp suy gan mạn tính từ T6/2019 đến T8/2020 với 51 lần lọc hấp phụ phân tử kép (DPMAS) tại Khoa Cấp Cứu Bệnh viện Bạch Mai. Các thông số về lâm sàng và cận lâm sàng được ghi nhận lúc vào viện, trước và sau mỗi lần lọc, tỉ lệ tử vong được thu thập trong 30 ngày. **Kết quả nghiên cứu:** Trong 27 BN, nam giới chiếm 88,9%, độ tuổi trung bình là 52,3±14,1, số BN được chẩn đoán ALF chiếm 44,6% và ACLF chiếm 55,6%, các BN nhập viện trong tình trạng nặng với các thang điểm SOFA là 8,2 ± 3,6, MELD 26,9±8,1, APACHE II 14,0 ± 7,7. DPMAS làm giảm 25,98% Bilirubin TP, 27,6% Bilirubin TT, làm giảm các marker viêm 19,17% CRP, tỉ lệ tử vong sau 30 ngày đối với nhóm đợt cấp suy gan mạn là 46,7%. **Kết luận:** DPMAS làm giảm các chỉ số bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, GOT, GPT.

Từ khóa: Suy gan cấp, đợt cấp suy gan mạn tính, lọc huyết tương hấp phụ phân tử kép (DPMAS)

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF DOUBLE PLASMA MOLECULAR ADSORPTION SYSTEM BY BS330 AND HA-330II IN SUPPORTING TREATMENT FOR ACUTE LIVER FAILURE PATIENTS

Objective: to evaluate the clinical and subclinical results of double plasma molecular absorption system (DPMAS) as supporting treatment for patients with acute liver failure. **Patients and method:** a prospective non-controlled interventional study was carried out on 27 patients diagnosed acute liver failure or acute-on-chronic liver failure from June 2019 to August 2020 with 51 DPMAS episodes at Emergency Department, Bach Mai Hospital. Clinical and subclinical parameters were recorded at admission, before and after each time DPMAS, mortality rate was collected within 30 days. **Results:** Among 27 patients, the male accounted for 88.9%, the mean age was 52.3 ± 14.1, the number of patients diagnosed with ALF and ACLF

was 44.6%, 55.6%, respectively. On admission severity score as follow: SOFA score was 8.2 ± 3.6, MELD score was 26.9 ± 8.1, APACHE II scales was 14.0 ± 7.7 DPMAS reduced 25.98% total bilirubin, 27.6% direct bilirubin, reduced inflammatory markers such as NH3, CRP, mortality rates within 30 days on acute-on-chronic liver failure patients was 46.7%. **Conclusion:** DPMAS reduced total bilirubin, direct bilirubin, GOT, GPT.

Keyword: Acute liver failure, acute-on-chronic liver failure, double plasma molecular absorption system (DPMAS).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy gan cấp (acute liver failure - ALF) được định nghĩa là tình trạng tổn thương tế bào gan cấp tính với bệnh lý não gan và rối loạn chức năng đông máu (INR >1,5) ở BN không có xơ gan hoặc bệnh lý trước đó, thời gian khởi phát dưới 26 tuần¹. Đợt cấp suy gan mạn (acute-on-chronic liver failure- ACLF) là tình trạng tổn thương gan cấp tính biểu hiện bởi vàng da, rối loạn đông máu; diễn biến cổ chướng và/hoặc bệnh lý não gan trong vòng 4 tuần ở một bệnh nhân có bệnh lý gan mạn tính². Hiện nay, ghép gan được coi là biện pháp điều trị duy nhất có hiệu quả, tuy nhiên do hạn chế về người hiến tạng và giá cả nên biện pháp không được triển khai rộng rãi³. Do đó, bên cạnh điều trị nội khoa tích cực, các biện pháp hỗ trợ gan nhân tạo được sử dụng để cải thiện chức năng gan hoặc chờ đợi đến khi được ghép gan.

Hiện nay, nhiều biện pháp hỗ trợ gan nhân tạo như: thay huyết tương kết hợp lọc máu liên tục, hệ thống hấp phụ phân tử tái tuần hoàn (MARS), lọc máu hấp phụ và thẩm tách... được áp dụng để điều trị suy gan cấp⁴. Hệ thống lọc huyết tương hấp phụ phân tử kép bao gồm hai màng lọc hấp phụ, màng lọc BS330 hấp phụ muối mật và bilirubin, màng lọc HA330-II hấp phụ các chất trung gian hóa học giải phóng trong suy gan cấp cũng như NH₃. Huyết tương sau khi được làm sạch được trả về cho bệnh nhân. Biện pháp này không cần huyết tương của người cho do đó tránh được các bệnh truyền nhiễm liên quan đến truyền máu, phản vệ. Nghiên cứu của Yue-Meng Wan và cộng sự cho thấy DPMAS làm giảm các chỉ số Bilirubin TP, Bilirubin TT, giảm các marker viêm như CRP, cải thiện tỉ lệ sống sau 12 tuần trên nhóm đối tượng

¹Trường Đại Học Y Hà Nội,

²Khoa Cấp Cứu Bệnh Viện Bạch Mai

³Trung tâm Chống Độc Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Sơn

Email: sonngocdo@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2020

Ngày duyệt bài: 19.11.2020

đợt cấp của suy gan mạn tính do viêm gan B⁵.

Hiện ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về hệ thống DPMAS do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá hiệu quả của kỹ thuật lọc huyết tương hấp phụ phân tử kép trên bệnh nhân suy gan cấp hoặc đợt cấp suy gan mạn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Gồm 27 BN suy gan cấp hoặc đợt cấp suy gan mạn được điều trị tại khoa cấp cứu BV Bạch Mai từ 6/2019 đến 7/2020.

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn BN

- Với BN suy gan cấp: tất cả BN trên 18 tuổi được chẩn đoán suy gan cấp theo tiêu chuẩn của Hiệp hội nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ 2016 (AASLD 2016) do bất kỳ nguyên nhân gì.

- Với BN suy gan cấp trên nền gan mạn tính, được chỉ định khi có một trong các dấu hiệu sau:

Hôn mê gan

Hội chứng gan thận

Vàng da tăng dần bilirubin $\geq 250 \mu\text{mol/L}$ không đáp ứng điều trị nội khoa

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- BN có dị ứng với màng lọc hoặc với các thuốc dùng trong quá trình lọc huyết tương

- Huyết áp trung bình (có sử dụng vận mạch)

dưới 55mmHg

- Phụ nữ có thai hoặc cho con bú

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết cứu nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp tiến cứu không có nhóm chứng

Phương tiện lọc huyết tương hấp phụ phân tử kép:

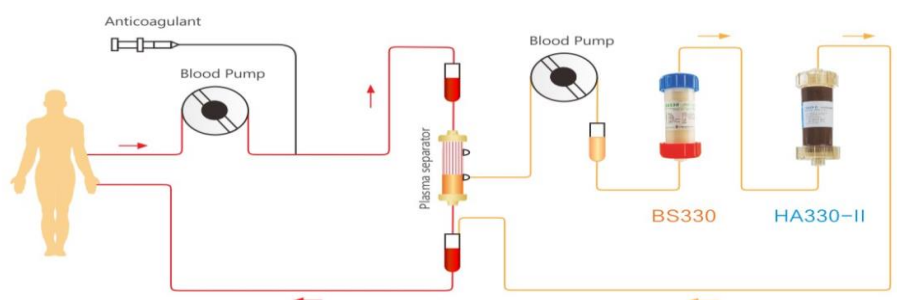
- 02 máy Hemoperfusion Machine của hãng Jafron (No. 98 Technology Six Road, High-tech Zone, Zhuhai City, China)

- Màng tách huyết tương Prisma filter P2 dry của hãng Fresenius (Bad Homburg- Germany)

- Màng lọc BS330 và màng lọc HA330-II của hãng Jafron (No. 98 Technology Six Road, High-tech Zone, Zhuhai City, China)

Các bước tiến hành nghiên cứu. BN đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu được đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng, tìm nguyên nhân gây suy gan và điều trị nguyên nhân, điều trị nội khoa tích cực theo hướng dẫn của AASLD 2016 như điều trị chống phù não và tăng áp lực nội sọ, phòng và chống nhiễm khuẩn, điều chỉnh các rối loạn đông máu, điều trị các rối loạn huyết động, suy thận, điều chỉnh các rối loạn chuyển hóa và hỗ trợ dinh dưỡng.

Điều trị bằng hệ thống DPMAS



Hình 1: Sơ đồ hệ thống DPMAS

Máu được đưa vào hệ thống qua catheter tĩnh mạch đùi hoặc cánh với tốc độ máu khoảng 100-140ml/p. Huyết tương được tách khỏi máu toàn phần nhờ màng tách huyết tương đi vào hệ thống màng lọc hấp phụ BS330 và HA330II. Huyết tương được bơm với tốc độ khoảng 25-30ml/phút, tỉ lệ tách huyết tương đạt 30%, huyết tương sau khi được lọc hấp phụ được trả về cho bệnh nhân. Lượng huyết tương được lọc trong một cuộc lọc đạt xấp xỉ 5,5 đến 8 lít. Tùy thuộc mức độ mà mỗi bệnh nhân có thể trải qua 1 đến 3 lần lọc, mỗi lần lọc kéo dài 3-4 tiếng.

Ngừng tiến hành điều trị bằng DPMAS khi xảy ra một trong các biến cố như: Tắc màng lọc, có dấu hiệu phản vệ nặng trong quá trình lọc mà

loại trừ được các nguyên nhân khác, tụt huyết áp không kiểm soát được bằng nghiệm pháp truyền dịch và các thuốc vận mạch, chảy máu nặng không kiểm soát được...

Các chỉ số nghiên cứu. Trước và sau mỗi lần lọc, các biến số được thu thập bao gồm, các chỉ số về dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp, SpO₂, nhiệt độ, thang điểm Glasgow), xét nghiệm về huyết học và đông máu cơ bản (hồng cầu, hemoglobin, tiểu cầu, bạch cầu, PT%, INR, aPTT, fibrinogen), các chỉ số sinh hóa (ure, creatinin, AST, ALT, Bilirubin TP, Bilirubin TT, Protein, Albumin, điện giải đồ, Glucose, NH₃, CRP, IL6), và các biến chứng trong quá trình lọc. Tốc độ thải trừ của một chất được tính theo

công thức $([A \text{ trước}] - [A \text{ sau}]) / [A \text{ trước}] \times 100\%$.

2.3 Xử lý số liệu. Các số liệu được phân tích theo phương pháp thống kê y học, trên chương trình SPSS 20.0, tính tỷ lệ %, trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, so sánh các giá trị trung bình và tỷ lệ bằng thuật toán T-test và test χ^2 với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

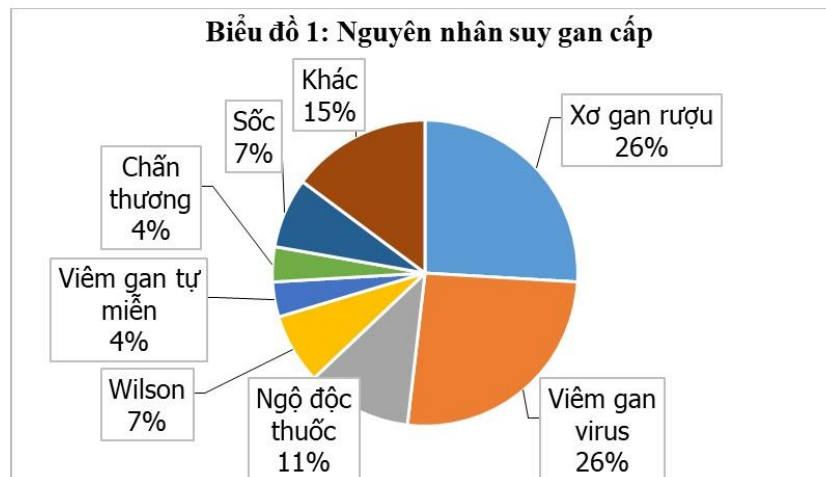
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm tuổi, giới

Đặc điểm	Nhóm ALF N(%)	Nhóm ACLF N(%)	Tổng N(%)
Số BN	12(44,4%)	15(55,6%)	27(100%)
Nam	9 (33,3%)	15(55,6%)	24(88,9%)
Nữ	3 (11,1%)	0(0%)	3 (11,1%)
Tuổi (năm)	51,8 $\pm$ 18,8	53,2 $\pm$ 10,5	52,3 $\pm$ 14,1

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, nam giới chiếm chủ yếu 88,9%, độ tuổi trung bình là 52,3 $\pm$ 14,1



Nhận xét: Nguyên nhân chủ yếu là do đợt cấp viêm gan virus (26%) và đợt cấp trên nền xơ gan rượu (26%).

Bảng 2: Mức độ nặng lúc nhập viện

Thang điểm	Chung(TB $\pm$ SD)	Nhóm ALF(TB $\pm$ SD)	Nhóm ACLF(TB $\pm$ SD)	p
MELD	26,85 $\pm$ 8,14	28,33 $\pm$ 7,90	25,67 $\pm$ 8,41	0,408
SOFA	8,19 $\pm$ 3,63	8,83 $\pm$ 4,41	7,67 $\pm$ 2,92	0,417
Glasgow	12,67 $\pm$ 2,99	12,83 $\pm$ 2,55	12,53 $\pm$ 3,39	0,801
APACHE II	14,00 $\pm$ 7,7	13,50 $\pm$ 8,34	14,40 $\pm$ 7,41	0,769

Nhận xét: Các bệnh nhân nhập viện đều trong tình trạng nặng với điểm số các thang điểm đánh giá lúc nhập viện như MELD, SOFA, Glasgow, APACHE II đều cao.

2. Kết quả lâm sàng và cận lâm sàng trước và sau khi lọc

Bảng 3: Sự thay đổi các dấu hiệu sinh tồn

Thông số	Trước lọc DPMAS (TB $\pm$ SD)	Sau lọc DPMAS (TB $\pm$ SD)	p
Mạch(l/p)	100,31 $\pm$ 20,03	99,90 $\pm$ 20,77	0,88
HATB(mmHg)	86,42 $\pm$ 15,53	84,27 $\pm$ 13,15	0,16
SpO2	97,24 $\pm$ 2,07	97,16 $\pm$ 2,34	0,88
Nhiệt độ(°C)	37,12 $\pm$ 0,79	37,04 $\pm$ 0,66	0,17
Glasgow	12,51 $\pm$ 3,02	12,39 $\pm$ 3,19	0,08

Nhận xét: Các thông số dấu hiệu sinh tồn như mạch, huyết áp, SpO2 trước và sau lọc thay đổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4: Sự thay đổi các chỉ số xét nghiệm

Thông số	Trước lọc DPMAS TB $\pm$ SD	Sau lọc DPMAS TB $\pm$ SD	Tốc độ thải trừ %	p*
Ure (mmol/L)	13,58 $\pm$ 12,95	14,03 $\pm$ 13,5		0,38
Creatinin (μ mol/L)	103,63 $\pm$ 112,49	109,8 $\pm$ 121,05		0,89
AST(U/L)	329,13 $\pm$ 344,05	220,57 $\pm$ 274,41	30,31 $\pm$ 22,95%	<0,001

ALT(U/L)	381,63±577,92	276,67±400,56	12,95±37,42%	<0,001
BilirubinTP (Umol/L)	279,75 ±174,32	202,46 ±131,16	25,98±17,96%	<0,001
BilirubinTT (Umol/L)	215,29 ±128,33	157,6 ±101,19	27,57 ±20,18%	<0,001
Protein (g/L)	55,35 ±8,11	51,43 ±7,07		<0,001
Albumin (g/L)	29,0 ±4,71	27,36 ±3,47		0,01
Glucose (mmol/L)	9,18±3,72	9,35±4,39		0,62
Na (mmol/L)	137,18 ±6,02	137,84± 6,82		0,26
K (mmol/L)	3,90 ±0,77	3,96 ±0,84		0,53
PT(%)	48,36±19,07	28,62±15,42		<0,001
INR	1,93±1,3	3,25±2,04		<0,001
NH3 (μmol/L)	113,09±126,46	85,19±51,61		0,119
IL6 (pg/mL)	47,42±75,69	65,41±233,71		0,478
CRP (mg/dL)	8,79±18,09	6,54±10,54	19,17±32,23%	0,149

Nhận xét: Hệ thống DPMAS làm giảm bilirubin TP, bilirubin TT, AST, ALT có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Tuy nhiên cũng làm giảm nồng độ protein, albumin, làm giảm PT% và INR. Chưa thấy sự khác biệt ở các chỉ số CRP, IL6 cũng như NH3.

Bảng 5: Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày

Tỷ lệ tử vong	Chung N(%)	Nhóm ALF N(%)	Nhóm ACLF N(%)	p**
Số BN	15(55,6%)	8(66,7%)	7(46,7%)	0,299

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong sau 30 ngày là 55,6% trong đó tỷ lệ tử vong nhóm ALF là 66,7% và nhóm ACLF là 46,7%.

*Kiểm định Wilcoxin **Kiểm định t-test

IV. BÀN LUẬN

4.1 Về đặc điểm chung. Nghiên cứu tiến hành trên 27 BN trong đó có 12/27 (44,6) BN suy gan cấp và 15/27 (55,4%) BN đợt cấp suy gan mạn tính (**Bảng 1**), nguyên nhân chủ yếu do viêm gan virus và đợt cấp trên nền xơ gan rượu, lần lượt chiếm 7/27 (26%), 7/27 (26%) (**Biểu đồ 1**). Hầu hết các BN nhập viện trong tình trạng nặng được thể hiện qua các thang điểm đánh giá mức độ nặng như APACHE II ($14,0 \pm 7,7$), MELD ($26,85 \pm 8,14$), SOFA ($8,19 \pm 3,63$) (**Bảng 2**).

4.2 Về hiệu quả của hệ thống DPMAS

4.2.1 Về sự thay đổi các dấu hiệu sinh tồn. Trước và sau khi lọc DPMAS, các dấu hiệu lâm sàng như mạch, huyết áp trung bình, SpO2 thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) cho thấy sự an toàn của kỹ thuật (**Bảng 3**).

4.2.2 Về sự thay đổi các chỉ số cận lâm sàng. Các thông số xét nghiệm trước và sau khi lọc như AST, ALT, Bilirubin toàn phần, Bilirubin trực tiếp thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$ (**Bảng 4**) cho thấy hiệu quả trong thải trừ muối mật và bilirubin. Tốc độ giảm các chỉ số Bilirubin TP và Bilirubin TT so với nghiên cứu của Yue-Meng Wan⁵ được thực hiện từ 2014-2016 có sự khác biệt, có lẽ do đối tượng nghiên cứu của Yue-Meng Wan chủ yếu trên đối tượng đợt cấp viêm gan B mạn tính. Các thay đổi chỉ số khác như ure, creatinin, điện giải, glucose đều không thấy sự khác biệt trước và sau lọc.

Các thông số về đông máu như PT%, INR (**Bảng 4**) có sự thay đổi theo chiều hướng suy giảm có ý nghĩa, do đó, cần theo dõi để có thể điều chỉnh các rối loạn này như truyền huyết tương tươi hoặc phối hợp các biện pháp khác như thay huyết tương... như nghiên cứu của Jia Jao⁶ và cộng sự để cải thiện các rối loạn này.

Về hiệu quả đào thải một số yếu tố viêm như CRP, IL6, tương tự nghiên cứu của Yue-Meng Wan, các marker CRP, IL6 trong nghiên cứu này có giảm trước và sau khi thực hiện kỹ thuật, tuy nhiên sự thay đổi không có sự khác biệt có ý nghĩa. Chỉ số NH3 có giảm sau khi lọc, tuy nhiên chưa có sự thay đổi mang ý nghĩa thống kê, NH3 bị ảnh hưởng bởi thời gian xét nghiệm nên cần có những nghiên cứu thêm.

Mặc dù tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu là (55,6%), nhóm BN đợt cấp suy gan mạn tính là 46,7%, thấp hơn so với nghiên cứu của Vương Xuân Toàn (59,1%⁷) cho thấy hiệu quả của hệ thống DPMAS và cần thêm nhiều nghiên cứu để chứng minh hiệu quả trên các nhóm đối tượng khác nhau (**Bảng 5**).

V. KẾT LUẬN

DPMAS làm giảm các chỉ số bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, AST, ALT. Cần tiếp tục nghiên cứu sâu hơn về DPMAS và phối hợp DPMAS với các phương pháp điều trị suy gan cấp khác (thay huyết tương, lọc máu liên tục...) để đánh giá hiệu quả trong phối hợp điều trị suy gan cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McDowell Torres D, Stevens RD, Gurakar A. Acute Liver Failure. Gastroenterol Hepatol. 2010;6(7):444-450.
2. Sarin SK, Kedarisetty CK, Abbas Z, et al. Acute-on-chronic liver failure: consensus recommendations of the Asian Pacific Association for the Study of the Liver (APASL) 2014. Hepatol Int. 2014;8(4):453-471. doi:10.1007/s12072-014-9580-2
3. G G, E T, R A, et al. Liver transplantation for acute liver failure in Europe: outcomes over 20 years from the ELTR database. Journal of hepatology. doi:10.1016/j.jhep.2012.03.017
4. Pless G, Sauer IM. Bioartificial liver: current status. Transplant Proc. 2005;37(9):3893-3895. doi:10.1016/j.transproceed.2005.09.113
5. Wan Y-M, Li Y-H, Xu Z-Y, et al. Therapeutic plasma exchange versus double plasma molecular absorption system in hepatitis B virus-infected acute-on-chronic liver failure treated by entecavir: A prospective study. J Clin Apheresis. 2017;32(6):453-461. doi:10.1002/jca.21535
6. J Y, S L, L Z, et al. Therapeutic effect of double plasma molecular adsorption system and sequential half-dose plasma exchange in patients with HBV-related acute-on-chronic liver failure. Journal of clinical apheresis. doi:10.1002/jca.21690
7. Vương Xuân Toàn. Đánh giá tác dụng của phương pháp thay huyết tương thể tích cao kết hợp lọc máu liên tục trong phối hợp điều trị suy gan cấp. Tc Y Học Việt Nam. tháng 11;BV1: tập 484(số 1/2019):97-100.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT SỚM TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Duy¹, Lê Thế Đường¹, Trần Đức Toàn¹,
Ngô Xuân Quý¹, Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm bệnh học và kết quả phẫu thuật sớm ung thư tuyến giáp ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân không quá 18 tuổi được chẩn đoán UTTG và điều trị phẫu thuật tại bệnh viện K từ tháng 1/2016 đến tháng 11/2020. **Kết quả:** Nữ chiếm đa số với tỷ lệ 66,7%. Phần lớn bệnh nhân ≥ 15 tuổi (chiếm 62,5%). Đa số bệnh nhân có kích thước u trên 10mm (chiếm 79,2%). Có 29 BN chỉ có 1 u (chiếm 60,4%). Có 14 bệnh nhân phá vỡ bao tuyến giáp (chiếm 27,1%). Có 3 bệnh nhân có di căn xa (di căn phổi), chiếm 6,3%. Tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm là 40/48 bệnh nhân (chiếm 83,3%). Tỷ lệ di căn hạch cổ bên là 62,5%. Các yếu tố tuổi (dưới 15 tuổi), nam giới, kích thước u > 10mm, đa ổ, u phá vỡ là những yếu tố tăng nguy cơ di căn hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên. Kết quả phẫu thuật: Không có bệnh nhân nào chảy máu, khó thở sau mổ. Tỷ lệ khàn tiếng tạm thời là 27,1%, trong đó chỉ có 1 bệnh nhân khàn tiếng vĩnh viễn (do u xâm lấn dây thần kinh TQON gây liệt từ trước mổ). Tỷ lệ suy cận giáp tạm thời là 20,8% và tất cả bệnh nhân đều hồi phục sau 3 tháng. Chỉ có 1 bệnh nhân rò ống ngực sau mổ và được điều trị nội khoa ổn định.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp, ung thư trẻ em

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR

¹Bệnh viện K Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quốc Duy

Email: Duyyhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020

Ngày duyệt bài: 19.11.2020

PEDIATRIC THYROID CANCER AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objectives: To study clinicopathological characteristics and results of surgical treatment for pediatric thyroid cancer. **Patients and methods:** A retrospective study of 48 pediatric thyroid carcinoma patients who operated from January 2016 to Nov 2020 at Vietnam National Cancer Hospital. **Results:** The rate of female was 66,7%. Thirtty patients were older than 15 years of age. 79,2% of the patients was larger than 10 mm. The number of patients with unifocal lesion was 29 (60,4%). Fourteen (27,1%) tumours were characterized by extrathyroidal extensions. There were 3 patients with distant metastasis (lung metastasis). The proportion of central lymph node metastasis and lateral neck metastasis were 83,3% and 62,5%, respectively. Univariate logistic regression demonstrated that central neck lymph node metastasis and lateral neck lymph node metastasis were associated with age (≤ 15 years), tumour size > 10 mm, multifocality and external extension. The two most common complications were temporary recurrent laryngeal nerve injury (27,1%) and temporary hypoparathyroidism (20,8%).

Key words: thyroid cancer, pediatric cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là một trong những loại ung thư phổ biến. Ung thư tuyến giáp ở trẻ em được định nghĩa là ung thư tuyến giáp gặp ở trẻ em bằng hoặc dưới 18 tuổi. Đây là loại ung thư hiếm gặp ở trẻ em, chiếm khoảng 1,5% trong tổng số các loại ung thư ở lứa tuổi này, với tỷ lệ mắc hàng năm là từ 4,8-5,9 ca/ 1 triệu người và ngày càng có xu hướng gia tăng [1],[2]. Đối với

ung thư tuyến giáp ở trẻ em, một câu hỏi được đặt ra đó là: Ung thư tuyến giáp ở trẻ em có đặc điểm về bệnh học, kết quả điều trị và tiên lượng gì khác so với người lớn. Hiện nay, ở Việt Nam chưa có nhiều báo cáo về đặc điểm bệnh học và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp ở trẻ em. Đó chính là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân không quá 18 tuổi được chẩn đoán UTTG và điều trị phẫu thuật tại bệnh viện K từ tháng 1/2016 đến tháng 11/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Tuổi ≤ 18 tuổi;
- Bệnh nhân được chẩn đoán UTTG dựa vào khám lâm sàng, siêu âm vùng cổ và/ hoặc xét nghiệm tế bào học khối u tuyến giáp. Xét nghiệm giải phẫu bệnh tức thì đối với khối u tuyến giáp nếu lâm sàng và tế bào học nghi ngờ;
- Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp tại Bệnh viện K
- Có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh u tuyến giáp và/ hoặc hạch cổ, khẳng định là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú hoặc thể nang;

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mô bệnh học sau mổ là ung thư tuyến giáp thể tuỷ hoặc thể không biệt hoá hoặc ung thư của tổ chức liên kết hoặc u lympho ác tính biểu hiện ở tuyến giáp
- Bệnh nhân đã được phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại tuyến trước;

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

2.3. Xử lý số liệu: Theo phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh học

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, bệnh học của nhóm bệnh nhân

Chỉ số	Số lượng BN (n)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Giới: Nữ	32	66,7
Nam	16	33,3
Tuổi: < 15	18	37,5
≥ 15	30	62,5
Kích thước u (mm)		
≤ 10 mm	10	20,8
> 10 mm	38	79,2
Số lượng u		
Đơn ổ	29	60,4
Đa ổ	19	39,6
Phá vỡ hay không		

Có	14	27,1
Không	34	72,9
Di căn xa: Có	3	6,3
Không	45	93,7

Nhận xét: Nữ chiếm đa số với tỷ lệ 66,7%. Phần lớn bệnh nhân ≥ 15 tuổi (chiếm 62,5%). Đa số bệnh nhân có kích thước u trên 10mm (chiếm 79,2%). Có 29 BN chỉ có 1 u (chiếm 60,4%). Có 14 bệnh nhân phá vỡ bao tuyến giáp (chiếm 27,1%). Có 3 bệnh nhân có di căn xa (di căn phổi), chiếm 6,3%.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 2: Các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng di căn hạch cổ trung tâm

Biến số	N1a Không	N1a Có	p
Tuổi: < 15	0	18	p = 0,016
≥ 15	8	22	
Giới: Nữ	8	24	p = 0,028
Nam	0	16	
Kích thước u			
≤ 10 mm	8	2	p < 0,001
> 10 mm	0	38	
Số lượng u: Đơn ổ	8	21	p = 0,012
Đa ổ	0	19	
Phá vỡ: Có	0	14	p = 0,047
Không	8	26	

Bảng 3: Các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng di căn hạch cổ bên

Biến số	N1b Không	N1b Có	p
Tuổi: < 15	3	15	p = 0,021
≥ 15	15	15	
Giới: Nữ	16	16	p = 0,011
Nam	2	14	
Kích thước u			
≤ 10 mm	8	2	p = 0,002
> 10 mm	10	28	
Số lượng u			
Đơn ổ	17	12	p < 0,001
Đa ổ	1	18	
Phá vỡ: Có	0	14	p = 0,001
Không	18	16	

Nhận xét: Tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm là 40/48 bệnh nhân (chiếm 83,3%). Tỷ lệ di căn hạch cổ bên là 62,5%. Các yếu tố tuổi (dưới 15 tuổi), nam giới, kích thước u > 10mm, đa ổ, u phá vỡ là những yếu tố tăng nguy cơ di căn hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên.

Bảng 4: Biến chứng sau phẫu thuật

Các biến chứng sau phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chảy máu	0	0
Khó thở	0	0

Khàn tiếng tạm thời	13	27,1
Suy cận giáp tạm thời	10	20,8
Khàn tiếng vĩnh viễn	1	0,2
Suy cận giáp vĩnh viễn	0	0
Rò ống ngực	1	0,2

Nhận xét: Trong số 48 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ, vết hạch nhóm 6 và một số bệnh nhân được vét hạch cổ bên, không có bệnh nhân nào chảy máu, khó thở sau mổ phải mổ lại. Tỷ lệ khàn tiếng tạm thời là 27,1%, trong đó chỉ có 1 bệnh nhân khàn tiếng vĩnh viễn (do u xâm lấn dây thần kinh TQQN gây liệt từ trước mổ). Tỷ lệ suy cận giáp tạm thời là 20,8% và đều hồi phục sau 3 tháng. Có 1 bệnh nhân rò ống ngực được điều trị nội khoa ổn định.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư tuyến giáp ở trẻ em được định nghĩa là ung thư tuyến giáp gặp ở trẻ em bằng hoặc dưới 18 tuổi. Bệnh cảnh lâm sàng ung thư tuyến giáp ở trẻ em có một số điểm khác so với ung thư tuyến giáp ở người lớn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ chiếm đa số với tỷ lệ 66,7%. Phần lớn bệnh nhân ≥ 15 tuổi (chiếm 62,5%). Đa số bệnh nhân có kích thước u trên 10mm (chiếm 79,2%). Có 29 BN chỉ có 1 u (chiếm 60,4%). Có 14 bệnh nhân phá vỡ bao tuyến giáp (chiếm 27,1%). Có 3 bệnh nhân có di căn xa (di căn phổi), chiếm 6,3%. Tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm là 40/48 bệnh nhân (chiếm 83,3%). Tỷ lệ di căn hạch cổ bên là 62,5%. Các yếu tố tuổi (dưới 15 tuổi), nam giới, kích thước u > 10 mm, đa ổ, u phá vỡ là những yếu tố tăng nguy cơ di căn hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các tác giả nước ngoài. Trong nghiên cứu lớn tại Hoa Kỳ, biểu hiện lâm sàng của 644 bệnh nhân ung thư tuyến giáp ở trẻ em được so sánh với biểu hiện lâm sàng của hơn 43,000 bệnh nhân ung thư tuyến giáp ở người lớn. Kết quả cho thấy, so với người lớn thì trẻ em có tỉ lệ di căn hạch cao hơn rõ rệt (31,5% ở trẻ em so với 14,7% ở người lớn) và tỉ lệ di căn phổi cũng cao hơn (5,7% ở trẻ em so với 2,2% ở người lớn) [3]. Kích thước u (u lớn hơn 1 cm), phá vỡ vỏ và đa ổ tăng tỷ lệ di căn hạch nhóm trung tâm nhóm VI và hạch cổ nhóm II, III, IV [4]. Ngoài ra, khi so sánh với trẻ vị thành niên đang dậy thì, trẻ nhỏ chưa dậy thì có biểu hiện lâm sàng rõ ràng hơn với tỷ lệ u phá vỡ vỏ, di căn hạch và di căn phổi cao hơn. Tuy nhiên, kết quả là tương đồng giữa nhóm trẻ vị thành niên chưa dậy thì và đang dậy thì [5].

Trong điều trị ung thư tuyến giáp ở trẻ em,

phẫu thuật và điều trị iod phóng xạ vẫn là hai phương pháp điều trị chủ yếu, trong đó phẫu thuật có vai trò chủ đạo. Khác với điều trị ung thư tuyến giáp ở người lớn, trong điều trị UTG ở trẻ em, cắt toàn bộ tuyến giáp được khuyến cáo theo nhiều hướng dẫn điều trị khác nhau [6],[7]. Đó chính là lý do trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều được cắt toàn bộ tuyến giáp. Khi đã có bằng chứng về di căn hạch trên lâm sàng, chỉ định vét hạch cổ điều trị được đặt ra. Tuy nhiên khi chưa có bằng chứng di căn hạch trên lâm sàng, hầu hết các khuyến cáo điều trị đều thống nhất: Không có chỉ định vét hạch cổ bên dự phòng, tuy nhiên vét hạch nhóm 6 dự phòng vẫn chưa được thống nhất cao do vét hạch nhóm 6 dự phòng sẽ làm tăng biến chứng hạ canxi tạm thời và khàn tiếng tạm thời và điều này sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân trẻ em. Do vậy để cân bằng giữa lợi ích và nguy cơ, chúng tôi tiến hành vét hạch nhóm 6 cùng bên với vị trí u nguyên phát, gửi hạch làm sinh thiết tức thì, nếu kết quả sinh thiết tức thì hạch dương tính thì tiếp tục vét nhóm hạch cổ trung tâm bên đối diện. Nếu kết quả cắt lạnh âm tính thì không vét hạch cổ trung tâm bên đối diện.

Trong số 48 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ, vét hạch nhóm 6 và một số bệnh nhân được vét hạch cổ bên, không có bệnh nhân nào chảy máu, khó thở sau mổ phải mổ lại. Tỷ lệ khàn tiếng tạm thời là 27,1%, trong đó chỉ có 1 bệnh nhân khàn tiếng vĩnh viễn (do u xâm lấn dây thần kinh TQQN gây liệt từ trước mổ). Tỷ lệ suy cận giáp tạm thời là 20,8% và đều hồi phục sau 3 tháng. Có 1 bệnh nhân rò ống ngực được điều trị nội khoa ổn định.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, ung thư tuyến giáp ở trẻ em có biểu hiện lâm sàng rõ ràng hơn với tỷ lệ u phá vỡ vỏ, di căn hạch và di căn phổi cao hơn người trưởng thành. Các yếu tố tuổi (dưới 15 tuổi), nam giới, kích thước u > 10 mm, đa ổ, u phá vỡ là những yếu tố tăng nguy cơ di căn hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên. Đa số bệnh nhân có kết quả phẫu thuật tốt với hai biến chứng thường gặp nhất là hạ canxi tạm thời, khàn tiếng tạm thời và hầu hết hồi phục sau 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Golpanian S, Perez E.A, Tashiro J et al (2016). Pediatric papillary thyroid carcinoma: outcomes and survival predictors in 2504 surgical patients, *Pediatr Surg Int*, 32 (3), 201-208.
2. Dermody S, Walls A, Harley E.H Jr (2016).

- Pediatric thyroid cancer: An update from the SEER database 2007-2012. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 89, 121-126.
3. **Al-Qurayshi Z, Hauch A, Srivastav S et al (2016).** A National Perspective of the Risk, Presentation, and Outcomes of Pediatric Thyroid Cancer. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 142 (5), 472-478.
 4. **Kim J, Sun Z, Adam MA et al (2017).** Predictors of nodal metastasis in pediatric differentiated thyroid cancer. *J Pediatr Surg*, 52 (1), 120-123.
 5. **Lazar L, Lebenthal Y, Steinmetz A et al (2009).** Differentiated thyroid carcinoma in pediatric patients: comparison of presentation and course between pre-pubertal children and adolescents. *J Pediatr*, 154 (5), 708-14.
 6. **Gary L. Francis, Steven G. Waguespack, Andrew J. Bauer et al (2015).** Management Guidelines for Children with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*, 25(7).
 7. **NCCN, National Comprehensive Cancer Network.** NCCN Clinical practice guidelines in oncology. Available at http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp [Accessed 9 September, 2020]

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỊ VẬT THỰC QUẢN CÓ SỬ DỤNG ỐNG SOI MỀM LẤY DỊ VẬT

Nguyễn Thị Thu*, Phạm Trần Anh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả lấy dị vật thực quản bằng Nội soi ống mềm ở 58 bệnh nhân được chẩn đoán DVTQ điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 8/2019 đến tháng 7/2020. Kết quả: Bệnh nhân người lớn 100%, Tỷ lệ nam/nữ=1:1. Dị vật là xương động vật chiếm chủ yếu 63,8%. Vị trí DVTQ cổ 70,7%, DVTQ ngực 22,4%, DVTQ bụng 6,9%. Triệu chứng thường gặp: nuốt đau, nuốt vướng 94,8%, ăn uống cảnh đau 67,2%; X quang có hình ảnh dị vật 53,4%. Biến chứng sau khi soi gặp DV: viêm loét niêm mạc thực quản ở 39,7%, rách thực quản 5,3%. Tỷ lệ lấy dị vật thành công là 98,3%, thất bại 1,7%. Kết quả tốt 86,2%, trung bình 13,8%, không có kết quả xấu.

Từ khóa: dị vật thực quản, nội soi ống mềm

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF TREATMENT OF ESOPHAGEAL FOREIGN BODY USING FLEXIBLE ENDOSCOPY

Study on clinical, paraclinical characteristics and results of taking esophageal foreign bodies by flexible endoscopy at 58 patients diagnosed with traditional services at Vietnam National ENT Hospital, Bach Mai Hospital and Hanoi Medical University Hospital, from August 2019 to July 2020. Results: Patients in adult 100%. The same percentage of men and women. Foreign objects are animal bones, accounting for 63.8%. The location of impacted foreign body was the cervical esophagus in 70.7; thoracic esophagus in 22.4%, esophago-gastric junction in 6.9%. Common

symptoms: dysphagia and odynophagia 94.8%, pain points along the carotid artery trough 67.2%; X-ray images of foreign bodies are 53.4%. Complications after taking foreign bodies: Erosion in 39.7%, tearing esophagus 5.3%. Perforation: 0% The rate of successfully taking foreign bodies is 98.3%, failure is 1.7%. Good result 86.2%, medium 13.8%, no bad result.

Key words: esophageal foreign body, flexible endoscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật thực quản (DVTQ) là một cấp cứu thường gặp trong lĩnh vực tai mũi họng, có thể gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng đe dọa tính mạng. Hiện nay, nội soi thực quản lấy DV được khuyến cáo là lựa chọn đầu tay trong điều trị DVTQ [1]. Trước đây ở nước ta, phương pháp điều trị DVTQ chủ yếu bằng nội soi ống cứng mang lại kết quả khá tốt. Tuy nhiên, ống soi cứng có nhược điểm làm bệnh nhân đau và không thực hiện được ở bệnh nhân có dị tật giải phẫu hàm miệng và dị tật đốt sống cổ. Trong những năm gần đây, sử dụng ống nội soi mềm (OSM) trong điều trị DVTQ đã khắc phục những nhược điểm trên cũng như mang lại nhiều ưu điểm như: sử dụng tiện lợi, chất lượng hình ảnh tốt, dụng cụ kỹ thuật hiện đại, bệnh nhân ít đau... Trên thế giới, tỷ lệ thành công của nội soi ống mềm điều trị DVTQ là hơn 95% và tỷ lệ biến chứng từ 0% - 5% [1]. Tuy nhiên ở nước ta các nghiên cứu đánh giá về kết quả điều trị DVTQ bằng phương pháp soi ống mềm còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá kết quả điều trị dị vật thực quản có sử dụng ống soi mềm lấy dị vật" với 2 mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của DVTQ.

*Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn thị Thu

Email: nguyenthuthu269@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 24.11.2020

- Đánh giá kết quả điều trị DVTQ có sử dụng OSM lấy dị vật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. 58 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị DVTQ bằng phương pháp sử dụng OSM lấy DV tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW, Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Thời gian từ tháng 8/2019 đến tháng 7/2020.

2.2.1 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Được chẩn đoán DVTQ và điều trị lấy DV bằng OSM.
- Được theo dõi điều trị cho đến khi ra viện hoặc tử vong.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- BN được lấy DV bằng phương pháp khác
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiền cứu- mô tả từng ca bệnh

2.3 Chọn mẫu: mẫu thuận tiện.

2.4 Thu thập các thông số nghiên cứu: tuổi, giới; bản chất của DV, triệu chứng lâm sàng, kết quả soi gấp; Dụng cụ lấy DV; biến chứng sau soi gấp; kết quả điều trị.

2.5 Các bước tiến hành. Xây dựng bệnh án mẫu; Thu thập số liệu nghiên cứu; Phân tích số liệu, viết báo cáo kết quả và bản luận kết quả thu được; Đưa ra kết luận và kiến nghị

2.6 Phân tích số liệu cụ thể. Các số liệu thu được qua bệnh án nghiên cứu, được nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Excel 2010 và SPSS 16.0

2.7 Đạo đức nghiên cứu. Thực hiện đúng đạo đức nghiên cứu trong các nghiên cứu y sinh

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu: bệnh nhân >16 tuổi: 100%. Tỷ lệ nam, nữ tương đương.

3.2 Phân loại và vị trí DVTQ

Bảng 1. Phân loại dị vật

Loại dị vật	N	%
Xương động vật	37	63,8
Khối thức ăn	9	15,5
Răng giả	4	6,9
Viên thuốc bọc vi	3	5,2
DV khác	5	8,6
Tổng	58	100

Nhận xét: xương động vật chiếm chủ yếu 63,8%

Bảng 2. Vị trí dị vật

Vị trí dị vật	DVTQ cổ	DVTQ ngực	DVTQ bụng	Tổng
N	41	13	4	58
%	70,7	22,4	6,9	100,0

Nhận xét: DVTQ cổ chiếm tỷ lệ 74,1%, DVTQ ngực 22,4%, DVTQ bụng 6,9%.

3.3 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của DVTQ

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng của DVTQ

Triệu chứng	N= 58	%
Sốt	3	5,2
Nuốt đau, nuốt vướng	55	94,8
Ăn uống khó khăn	39	67,2
Tăng tiết nước bọt	11	19,0
Đau ngực	4	6,9
Ăn máng cảnh đau	39	67,2
LCTQCS G/M	7	12,0
Sưng vùng cổ	1	1,7

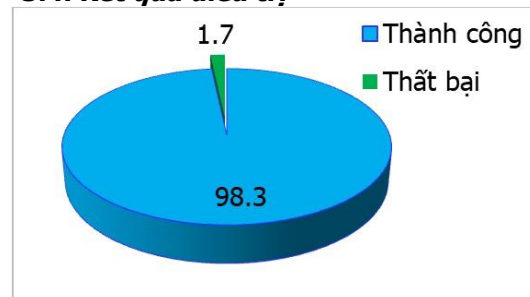
Nhận xét: Nuốt đau, nuốt vướng 94,8%. Ăn máng cảnh đau 67,2%

Bảng 4. Hình ảnh X quang và CLVT của DVTQ

Hình ảnh	N = 58	%
Dị vật cản quang	37	53,4
Dày phần mềm trước cột sống cổ	5	8,6
Mất chiều cong sinh lý cột sống cổ	3	5,1

Nhận xét: Hình ảnh dị vật cản quang: 53,4%, dày phần mềm trước cột sống cổ 8,6%

3.4. Kết quả điều trị



Biểu đồ 1: Tỷ lệ soi lấy DV thành công

Nhận xét: Lấy DV thành công: 98,3%; thất bại 1,7%

Bảng 5. Biến chứng sau khi soi gấp DV

Biến chứng	Không biến chứng	Chợt	Rách	Thủng	Tổng
N	43	23	2	0	58
%	56,8	39,7	3,5	0	100,0

Nhận xét: Không có biến chứng: 56,8% chợt xước niêm mạc thực quản: 39,7% ; rách thành thực quản: 3,5%, thủng thực quản: 0%

Bảng 6. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
N	55	8	0	58
%	86,2	13,8	0	100,0

Nhận xét: Kết quả tốt: 94,8%; trung bình: 6,2%; xấu: 0%.

IV. BÀN LUẬN

- Về tuổi và giới, chúng tôi gặp chủ yếu là bệnh nhân người lớn, đều ở cả hai giới. Kết quả này tương tự với các tác giả Trương Minh Quý và Trần Thanh Hải [1,2]. Chúng tôi không gặp bệnh nhân nhido địa điểm nghiên cứu của chúng tôi đối tượng phục vụ chủ yếu là người lớn.

- Phần lớn DVTQ là xương động vật chiếm tỷ lệ 63,8%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với các nghiên cứu trong nước và các nước châu Á. [2,3,4]. Loại DVTQ phụ thuộc rất nhiều vào thói quen ăn uống và phong tục tập quán của từng quốc gia, khu vực. Người châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng thường có thói quen chế biến các món ăn có lẫn xương nên dễ bị hóc. Trong khi đó, ở các nước phương Tây, người dân có thói quen sử dụng thức ăn không xương, DVTQ hầu hết xảy ra ở trẻ em [5]. Dị vật xương động vật nói chung là những DV sắc nhọn, cứng, ô nhiễm, dễ gây xuyên thủng thực quản và nhiễm khuẩn, dẫn đến các biến chứng so với các loại DV vô cơ.

DVTQ cổ chiếm tỷ lệ cao nhất với 70,7%. DVTQ ngực 22,4% và DVTQ bụng là 6,9%, phù hợp với kết quả của Trương Minh Quý [2]: DVTQ cổ 71,4%, Trần Thanh Hải [3]: DVTQ cổ: 87,5%. Thực quản có 5 đoạn hẹp tự nhiên, các đoạn hẹp này là nơi DV dễ bị mắc lại. Miệng TQ là đoạn hẹp đầu tiên và cũng là nơi hẹp nhất nên DV hay mắc lại ở đây. Những DV bị cơ xiết họng đẩy qua miệng TQ thường hết đà, nhu động của TQ không đủ sức thắng sự ma sát giữa DV và thành TQ làm cho DV không tiến xuống dưới được và dừng lại ngay dưới miệng TQ [6].

- Về lâm sàng DVTQ, các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là nuốt đau, nuốt vướng chiếm tỷ lệ 94,8%. Đây cũng là triệu chứng nổi bật làm bệnh nhân thấy khó chịu và phải đi khám. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Trần Thanh Hải, Trương Minh Quý [2,3]. Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là ấn máng cảnh đau với 67,2%, bệnh nhân, triệu chứng này rất có giá trị gợi ý DV mắc lại ở đoạn thực quản cổ.

Về cận lâm sàng, phim Xquang phát hiện được 53,4% dị vật cản quang, chủ yếu trên phim Xquang cổ nghiêng. Những trường hợp không thấy dị vật cản quang, thường do dị vật có kích thước nhỏ, nằm ngang hoặc dị vật nằm ở đoạn thực quản ngực. Các hình ảnh dày phần mềm cột sống cổ gặp ở 6,8% bệnh nhân và mất chiều cong sinh lý cột sống cổ 5,1%. Trong trường hợp

không có hình ảnh trực tiếp của dị vật mà chỉ có hình ảnh gián tiếp cần phải nghi ngờ DVTQ và cho bệnh nhân nội soi TQ để chẩn đoán xác định nhằm tránh bỏ sót DV.

- **Về kết quả điều trị DVTQ:** Tỷ lệ lấy dị vật thành công là 98,3%. Chỉ có một bệnh nhân lấy dị vật thất bại chiếm 1,7%. Đây là trường hợp mắc dị vật xương gà kích thước lớn 2,7 x 2,3 cm, có nhiều góc cạnh cắm sâu vào niêm mạc thực quản ở vị trí cơ thắt trên thực quản. Bệnh nhân đã được sử dụng kim gấp DV nhưng thất bại nên phải chuyển sang soi gấp bằng ống cứng. Tỷ lệ soi lấy DV thành công trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các tác giả trong Trần Thanh Hải: soi gấp thành công DV là 93,73% [3] và Wang Y. là 97,3% [6].

Sau soi lấy DV, có 56,8% bệnh nhân không có biến chứng. Đây là những bệnh nhân có DV cùn hoặc đến sớm, quá trình soi gấp thuận lợi, nên không có tổn thương thành thực quản. Những bệnh nhân này sau soi thường ra viện ngay trong ngày mà không cần kê kháng sinh. Chợt niêm mạc ở 39,7% thường gặp ở bệnh nhân có DV sắc nhọn hoặc đến muộn, ... Những tổn thương này nhẹ, bệnh nhân thường chỉ cần kê kháng sinh đường uống và cũng được ra viện ngay trong ngày. Biến chứng rách thực quản chúng tôi gặp 2 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 3,5%. Một bệnh nhân dị vật viên thuốc ngày thứ 21 cắm 2 thành thực quản và một bệnh nhân dị vật xương cá cắm sâu vào thực quản vùng cơ thắt thực quản trên, bệnh nhân phản xạ nhiều. Cả hai trường hợp này đều gây khó khăn trong khi gấp dẫn đến biến chứng rách thành thực quản. Tỷ lệ biến chứng sau khi điều trị nội soi ống mềm lấy DVTQ dao động từ 0-5% [4]. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có lẽ do dị vật trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là xương và các DV sắc nhọn khác nên tỷ lệ tổn thương ở thực quản cao hơn. Tuy nhiên phần lớn là các tổn thương nhẹ (chợt thực quản), tiên lượng tốt và bệnh nhân thường ra viện trong ngày.

Kết quả điều trị được đánh giá dựa vào: lấy DVTQ thành công hay thất bại, Có tổn thương thực quản sau soi gấp không và mức độ tổn thương và điều trị sau soi gấp DV. Kết quả của chúng tôi bệnh nhân điều trị tốt chiếm tỷ lệ cao 86,2%, kết quả trung bình chiếm 13,8% và không có kết quả xấu. Kết quả của tác giả Trần Thanh Hải [1] cũng gần giống với chúng tôi: kết quả tốt 91,67%, trung bình và khá 8,33%, không có kết quả xấu.

V. KẾT LUẬN

Điều trị DVTQ bằng phương pháp lấy DV bằng ống soi mềm toàn và có hiệu quả cao. Ống cứng vẫn có vai trò khi lấy DVTQ bằng OSM thất bại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Birk M, Bauerfeind P, Deprez P, Häfner M, Hartmann D, Hassan C, et al. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy. 2016;48:489–496.
2. Trương Minh Quý (2019). Đánh giá kết quả điều trị dị vật thực quản giai đoạn biến chứng tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2016 – 2018. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Trần Thanh Hải (2010). Đặc điểm lâm sàng và

kết quả điều trị dị vật thực quản bằng ống soi mềm tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội

4. Chen T, Wu HF, Shi Q et al. Endoscopic management of impact esophageal foreign bodies. Dis Esophagus 2013; 26: 799-806
5. Pelucchi S., Bianchini C., Ciorba A. et al (2007). "Unusual foreign body in the upper cervical oesophagus: case report", Acta Otorhinolaryngol Ital, 27(1), 38-40.
6. Võ Tân (2006). "Dị vật thực quản", Tai Mũi Họng thực hành, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh, 227-236.
7. Wang Y. Therapeutic effect of esophageal foreign body extraction management: flexible versus rigid endoscopy in 216 adults of Beijing. Med Sci Monit. 2014;20:2054–2060W C Conway 1, C Sugawa, H Ono, C E Lucas. Upper GI foreign body: an adult urban emergency hospital experience.SurgEndosc 2007 Mar;21(3): 455-60

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RISPERIDONE CHO RỐI LOẠN HÀNH VI KÍCH THÍCH Ở TRẺ TỰ KỶ

Trần Thị Ngọc Hồi¹, Nguyễn Thị Thanh Mai²

TÓM TẮT

Thuốc chống loạn thần không điển hình risperidone có hiệu quả điều trị rối loạn hành vi (RLHV) kích thích ở trẻ tự kỷ. Tuy nhiên, ở Việt Nam rất ít dữ liệu về kết quả điều trị và tính an toàn của thuốc với nhóm trẻ này. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị RLHV kích thích ở trẻ tự kỷ bằng risperidone. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu trên nhóm trẻ tự kỷ 5 – 13 tuổi có RLHV kích thích mức nặng và nghiêm trọng, so sánh trước- sau điều trị 8 tuần risperidone. Kết quả đánh giá dựa trên phân loại cải thiện - Ấn tượng lâm sàng chung (Clinical Global Impressions- Improvement- CGI-I) và điểm mức độ Hành vi kích thích- Bảng kiểm hành vi bất thường (Aberrant Behavior Checklist-Irritability- ABC-I). **Kết quả:** 67 trẻ trung bình $7,8 \pm 2,3$ tuổi, điều trị Risperidone liều 0,33- 2mg/ ngày trong 8 tuần, 54,6% cải thiện nhiều đến rất nhiều với đánh giá phân loại cải thiện của thang ấn tượng lâm sàng chung. Mức độ nặng của các RLHV kích thích giảm rõ rệt so với trước điều trị. Tác dụng phụ thường gặp là ăn nhiều (31,3%), tăng cân (22,4%), các tác dụng phụ khác ít gặp. **Kết luận:** Risperidone có hiệu quả rõ rệt điều trị RLHV kích thích ở trẻ tự kỷ.

Từ khóa: hành vi, kích thích, tự kỷ, risperidone.

SUMMARY

RESULT OF TREATMENT IRRITABLE BEHAVIOR BY RISPERIDONE IN CHILDREN WITH AUTISTIC DISORDERS

Background: Atypical antipsychotic agents may be beneficial in children with autistic disorder who have serious behavioral disturbances. However, data on the safety and efficacy of atypical antipsychotic agents in children are limited. **Objectives:** To investigate the efficacy of risperidone for the treatment of irritability behaviors in autistic children. **Methods:** Risperidone was administered to 67 child 5-13 years old have autism spectrum disorder with severe irritable behaviors. The outcome after eight weeks treatment were measures by score of Irritability subscale - Aberrant Behavior Checklist and Improvement rate of Clinical Global Impressions - CGI-I. **Result:** Risperidone 0.33-2mg per day in 8 weeks resulted in 47.1% improvement, 7.5% much improvement of Clinical Global Impressions of irritable behavior. Score of Irritability subscale- ABC-I decreased 41,1% after treatment. Common side effects are overeating (31.3%), weight gain (22.4%), and other side effects are mild and rare. **Conclusions:** Risperidone was well tolerated and efficacious in treating irritability behavior in children with autism.

Key words: behavior, autistic disorder, risperidone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ là một rối loạn phát triển thần kinh với tỉ lệ mắc tại Mỹ năm 2018 là 1/58 trẻ, tại Việt Nam là 0,758% [1], [2]. Nghiên cứu

¹Bệnh viện trẻ em quốc gia

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngọc Hồi

Email: tranngochoi123@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 23.11.2020

cho thấy hơn 60% trẻ tự kỷ có rối loạn hành vi đi kèm, trong đó các hành vi kích thích như bùng nổ, gây hấn, tự gây tổn thương... gây trở ngại lớn đến quá trình hoà nhập, chất lượng sống của trẻ và gia đình [3]. Risperidone là thuốc chống loạn thần không điển hình, thế hệ mới, ít tác dụng phụ, đã được FDA Hoa Kỳ cấp phép sử dụng điều trị hành vi kích thích ở trẻ tự kỷ [4]. Ở Việt Nam, năm 2014, Trần Thị Ngọc Hồi nghiên cứu kết quả điều trị risperidone cho nhóm trẻ tự kỷ bé 3- 6 tuổi nhận thấy liều trung bình 0,025mg/kg/ngày có cải thiện rõ rệt các biểu hiện hành vi kích thích [5]. Các rối loạn hành vi trầm trọng thường hơn ở trẻ tự kỷ tuổi thiếu niên, nhưng chưa có nghiên cứu nào ở Việt Nam về điều trị risperidone cho trẻ tự kỷ ở nhóm tuổi này. Vì vậy nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: *Nhận xét kết quả điều trị Risperidone cho hành vi kích thích ở trẻ tự kỷ 5- 17 tuổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: trẻ 5-13 tuổi được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ tại phòng khám chuyên khoa Tâm thần- Bệnh viện trẻ em quốc gia từ 05/2019 - 05/2020, có chỉ định điều trị RLHV kích thích bằng risperidone. Loại trừ những trẻ mắc các bệnh thực thể cấp tính nặng và gia đình không đồng ý tham gia, không tuân thủ theo dõi điều trị.

2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả loạt ca bệnh tại thời điểm: trước điều trị risperidone (T0), sau điều trị risperidone 8 tuần (T2).

Biên số nghiên cứu và tiêu chí đánh giá: liều điều trị risperidone (mg/ngày), tác dụng phụ trong 2 tuần đầu và trong 8 tuần điều trị, thay đổi mức độ hành vi kích thích.

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung (N=67)		n	%
Tuổi	5- 9 tuổi	54	80, 6
	10 -13 tuổi	13	19, 4
	Tuổi TB (năm) $\pm$ SD (min – max)	7,8 $\pm$ 2,3 (5 – 13)	
Giới	Nam	58	86,5
	Nữ	9	13,4
Địa dư	Nông thôn	34	50,7
	Thành thị	33	49,3
Mức độ tự kỷ (theo CARS)	Nhẹ - TB (CARS 31- 35)	4	6, 0
	Nặng (CARS 36- 44)	42	62,7
	Rất nặng (CARS $\geq$ 45)	21	31,3
	CARS trung bình $\pm$ SD (min – max)	42,54 $\pm$ 4,9 (32 – 57)	
Mức độ phát triển trí tuệ	Chậm trí tuệ rất nặng	39	58,2
	Chậm trí tuệ nặng	15	22,4

Công cụ đánh giá: Thang Ấn tượng lâm sàng chung về cải thiện CGI-I (Clinical Global Impression – Improvement (CGI-I) do bác sĩ chuyên khoa đánh giá. Bảng kiểm hành vi bất thường- phân nhóm hành vi kích thích (Aberrant Behavior Checklist – Irritability: ABC-I) [6]. ABC-I gồm 15 biểu hiện, mỗi biểu hiện được người chăm sóc trẻ chấm điểm tương ứng mức độ trầm trọng của hành vi: 0 = không vấn đề, 1 = vấn đề mức nhẹ, 2= vấn đề mức trung bình, 3 = vấn đề mức nặng, tổng điểm từ 0 đến 45.

Thu thập số liệu: Thời điểm trước điều trị (T0), nhóm nghiên cứu trực tiếp khám lâm sàng, đánh giá, thu thập thông tin về điều trị, hỗ trợ người chăm sóc điền bảng kiểm ABC-I lần 1 theo mức độ biểu hiện của trẻ, hướng dẫn theo dõi tác dụng phụ tại nhà theo nhật ký sử dụng thuốc. Trong 2 tuần đầu điều trị- T1, việc theo dõi tác dụng phụ, điều chỉnh liều theo phác đồ và tuân thủ điều trị được nghiên cứu viên thực hiện qua điện thoại. Sau 8 tuần (T2), khám lại bệnh nhân, đánh giá cải thiện hành vi theo CGI-I, tác dụng phụ, tuân thủ điều trị, người chăm sóc điền bảng kiểm ABC – I lần 2. Thông tin nghiên cứu được nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương- QĐ số 1880/ BVNTW-VNSCKTE.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tại thời điểm bắt đầu điều trị, 70 trẻ đáp ứng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, nhưng sau 3 ngày điều trị risperidone, 03 trẻ có tác dụng phụ rõ rệt (mệt nhiều hoặc kích động bất thường) được chỉ định ngừng thuốc và ra khỏi nghiên cứu. Nhóm tham gia nghiên cứu theo dõi đủ 8 tuần là 67 trẻ.

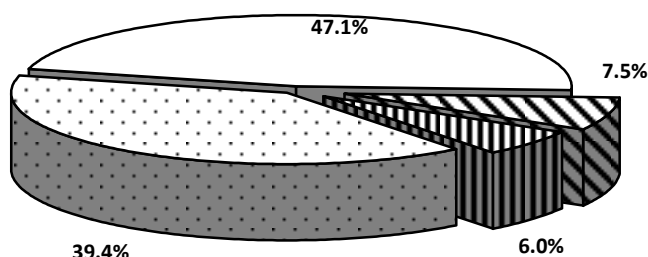
Mức độ hành vi kích thích	Chậm trí tuệ trung bình	8	11,9
	Không chậm trí tuệ	5	7,5
	Nặng	50	74,6
	Trầm trọng và rất trầm trọng	17	25,4

Nhận xét: Tuổi trung bình là 7,8 tuổi, trẻ 5-9 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (80,6%). Nam nhiều hơn nữ, nam/ nữ = 6/1. Mức độ tự kỷ nặng- rất nặng chiếm 94%. Tỷ lệ trẻ chậm phát triển trí tuệ mức nặng là 58,2%. 1/4 số trẻ có hành vi kích thích mức độ trầm trọng và rất trầm trọng.

Bảng 2: Liều điều trị Risperidone:

Liều risperidone	Liều khởi đầu	4 tuần	8 tuần
Liều (mg/ngày) TB $\pm$ SD (thấp nhất- cao nhất)	0,47 $\pm$ 0,24 (0,25-0,5)	0,76 $\pm$ 0,28 (0,33-1,5)	0,84 $\pm$ 0,35 (0,33-2)

Nhận xét: Liều khởi đầu được sử dụng từ 0,25mg đến 0,5 mg/ ngày, trung bình 0,47 $\pm$ 0,24mg/ ngày. Sau 2 tháng, liều điều trị cao nhất là 2mg/ngày, trung bình là 0,84 $\pm$ 0,35 mg/ngày.



■ Không cải thiện

□ Cải thiện ít

□ Cải thiện nhiều

■ Cải thiện rất nhiều

Biểu đồ 3: Đánh giá cải thiện trên lâm sàng theo CGI

Nhận xét: Tại thời điểm hoàn thành 8 tuần điều trị, 94% trẻ có cải thiện về lâm sàng hành vi kích thích, trong đó gần 47,1% cải thiện nhiều và 7,5% cải thiện rất nhiều.

Bảng 4. Mức độ RLHV kích thích lượng giá bằng ABC-I trước và sau điều trị

Hành vi kích thích (N=67)	T ₀	T ₂	p
Tự gây tổn thương	1.10 $\pm$ 1.14	0.78 $\pm$ 0.79	<0.001
Hung tính	1.39 $\pm$ 1.10	1.03 $\pm$ 0.87	<0.001
Gào thét	1.63 $\pm$ 1.07	1.19 $\pm$ 0.80	<0.001
Cơn thịnh nộ, giận dữ	1.94 $\pm$ 0.95	1.49 $\pm$ 0.84	<0.001
Khóc, la hét không phù hợp	1.91 $\pm$ 1.04	1.36 $\pm$ 0.73	<0.001
Tổng điểm nhóm	24.6 $\pm$ 9.16	14.5 $\pm$ 6.07	< 0.001

(*) So sánh ghép cặp giá trị trung bình bằng Paired-Sample T-Test

Nhận xét: Sau 8 tuần, điểm mức độ của các biểu hiện hành vi kích thích giảm rất rõ rệt so với trước điều trị (p<0,001), tổng điểm chung giảm 10,1 điểm tương ứng với giảm 41,1% mức điểm ABC – I trước điều trị.

Bảng 6. Tác dụng phụ của risperidone trong 8 tuần điều trị

Tác dụng phụ	Tuần 1 (N=70) n (%)	Tuần 2 (N=67) n (%)	Tuần 8 (N=67) n (%)
Mệt nhiều	2 (2,8)		
Kích thích bất thường	1(1,4)		
Tiểu đêm		3(4,5)	
Rối loạn tiêu hóa		1(1,5)	
Chảy máu mũi		1(1,5)	
Ngạt mũi, ho		2(2,9)	

Tăng >1 kg/2 tháng			15(22,4)
Ăn nhiều		17(25,4)	21(31,3)
Buồn ngủ ban ngày	2 (2,8)	5(7,5)	6 (9)
Táo bón		3 (4,5)	

Nhận xét: Trong 2 tuần đầu điều trị, 3/70 trẻ (4,2%) xuất hiện tác dụng phụ rõ rệt (mệt nhiều hoặc kích thích bất thường) đã được chỉ định ngừng điều trị. Các tác dụng phụ chủ yếu là ăn quá nhiều (31,3%), tăng cân >1 kg/ 2 tháng (22,4%), các tác dụng phụ khác gặp tỷ lệ rất

thấp và không nghiêm trọng. Không trẻ nào có biểu hiện loạn động.

Tuân thủ điều trị: 67 trẻ (100%) tuân thủ đúng chỉ định điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: Tuổi trung bình của trẻ tự kỷ trong nghiên cứu là $7,8 \pm 2,3$ tuổi, phần lớn ở lứa tuổi 5-9, đã qua giai đoạn can thiệp sớm và bắt đầu đi học hòa nhập, thường gặp nhiều khó khăn khi phải thích ứng môi trường. 94% bệnh nhân mức độ tự kỷ nặng ($CARS \geq 37$ điểm), 1/3 bệnh nhân tự kỷ rất nặng ($CARS \geq 45$ điểm), đi kèm hành vi kích thích mức độ nặng- nghiêm trọng, điều trị rất khó khăn.

Liều điều trị: Liều điều trị trung bình có hiệu quả là $0,84 \pm 0,35\text{mg/ngày}$, thấp hơn so với nghiên cứu của RUPP ($1,8 - 0,7\text{mg}$, từ $0,5$ đến $3,5\text{mg/ngày}$) và nghiên cứu của Sarah Shea ($1,48\text{mg/ngày}$) [8],[9]. Một phần do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình thấp hơn, thường đi kèm cân nặng cũng thấp hơn. Liều cao nhất được sử dụng là 2mg/ngày , chưa phải là liều cao nhất theo phác đồ điều trị. Tuy nhiên với liều này trẻ đã xuất hiện có một số tác dụng phụ (ngủ nhiều, tiểu đêm, tăng cân nhiều) nên không được tăng liều thêm. 67 trẻ (100%) tuân thủ hoàn toàn liều được chỉ định.

Cải thiện RLHV kích thích sau điều trị: Risperidone là một thuốc chống loạn thần thể hệ mới, đã được nhiều nghiên cứu chứng minh hiệu quả đối với trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ, đặc biệt các nhóm hành vi kích thích. Đánh giá cải thiện lâm sàng chung sau điều trị có 54,6% trường hợp cải thiện nhiều và rất nhiều, 38,8% có cải thiện ít, chỉ có 6% không cải thiện. So sánh ghép cặp trước và sau điều trị 8 tuần cho thấy mức độ biểu hiện các hành vi kích thích lượng giá bằng thang điểm ABC-I được cải thiện rõ rệt ($p < 0,001$). Tổng điểm RLHV kích thích giảm 10,1 điểm, tương đương 41,1% tổng điểm trước điều trị. Kết quả này thấp so với kết quả nghiên cứu của RUPP ghi nhận mức giảm 15,9 điểm tương đương 56%[8] và nghiên cứu của Sarah Shea giảm 14,9 điểm tương đương [9]. Sự tăng liều cao hơn của các tác giả trên có thể giải thích cho hiệu quả cải thiện hành vi rõ rệt hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Tác dụng phụ: Ngoài 3 trẻ có biểu hiện mệt nhiều hoặc kích thích bất thường nên được ngừng điều trị, không gặp tác dụng phụ mức

trầm trọng như loạn động. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần suất các tác dụng phụ thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của RUPP [8] và nghiên cứu của Sarah Shea [9]. Như vậy, liều điều trị cao hơn cho hiệu quả cải thiện rõ rệt hơn nhưng có thể gặp tác dụng phụ tăng lên. Vì vậy điều chỉnh liều đạt hiệu quả và ít gây tác dụng phụ nhất là điều rất quan trọng, góp phần làm cho người chăm sóc bệnh nhân an tâm tuân thủ điều trị.

V. KẾT LUẬN

Risperidone có tác dụng tốt điều trị các rối loạn hành vi kích thích ở trẻ tự kỷ. Liều trung bình $0,84 \pm 0,35\text{mg/}$ ngày ít gặp tác dụng phụ.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin cảm ơn khoa Tâm bệnh, bệnh viện Nhi Trung Ương đã hỗ trợ, giúp đỡ trong quá trình nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Centers for Disease Control and Prevention. Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder: CDC; 2020. Available from: <https://www.cdc.gov/media/releases/2020/p0326-autism-prevalence-rises.html>
2. Lê Thị Vui và cs. Dịch tễ học rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ 18 – 30 tháng và rào cản tiếp cận dịch vụ chẩn đoán, can thiệp rối loạn phổ tự kỷ tại Việt Nam [Luận án tiến sĩ y học]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế công cộng; 2019.
3. Rebecca L, McStay, et al. Parenting stress and autism: The role of age, autism severity, quality of life and problem behaviour of children and adolescents with autism. Autism.1-9; 2013.
4. U.S Food and Drug Administration. FDA approves the first drug to treat irritability associated with autism, Risperdal; 2006. Available from: <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncement/2006/ucm108759.htm>
5. TrầnThị Ngọc Hồi, Nguyễn Thị Thanh Mai. Kết quả điều trị RLHV ở trẻ tự kỷ bằng risperidone. Tạp chí Nhi khoa 2016; tháng 6, tập 9, số 3: 40 – 45.
6. John Rush et al. Clinical Global Impressions (CGI) Scale. (Modified). Psychiatric Measures, APA, Washington DC; 2000.
7. Aman MG, Singh NN, Stewart AW, Field CJ. The aberrant behavior checklist: a behavior rating scale for the assessment of treatment effects. Am J Ment Defic. 1985;1(89):485– 491.
8. James T. McCracken, M.D, James McGough. Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. New England Journal Medicine. 2002; August 1; 5: 347.
9. Sarah Shea, Atilla Turgay, Alan Carroll. Risperidone in the treatment of disruptive Behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders, Pediatrics, 2004; October; 18: 633-641.

THỰC TRẠNG ĐỘI NGŨ ĐIỀU DƯỠNG GÂY MÊ HỒI SỨC TẠI CÁC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN THUỘC TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2019

Nguyễn Thị Minh Thu*, Lê Thúy Hương*, Vũ Thị Hân*,
Lê Huy Thế*, Trần Văn Cường*, Lương Thị Ngọc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng đội ngũ điều dưỡng gây mê hồi sức tại các trung tâm y tế huyện thuộc tỉnh Hải Dương năm 2019. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp phiếu điều tra và phỏng vấn sâu có phiên giải trên 63 đối tượng làm công việc ĐD GMHS, phụ trách bộ phận GMHS, phụ trách khoa ngoại, lãnh đạo TTYTH tại 11 TTYTH thuộc tỉnh Hải Dương năm 2019. **Kết quả:** Cơ cấu: 70% nữ giới; 66,7% phân bố trong độ tuổi 25 đến 39. Số lượng: thiếu, 60% đảm nhận ít nhất 2 vị trí việc làm trong cùng thời điểm; Trình độ chuyên ngành: (CD 46,7%, TC 40%, chứng chỉ 13,3%); 100% đáp ứng được công việc hiện tại. Một số kỹ năng, thái độ nghề nghiệp: kỹ năng thực hành tốt 90,9%, kỹ năng quản lý công việc tốt 100%, kỹ năng làm việc nhóm tốt 100%, kỹ năng phối hợp giải quyết sự cố y khoa chưa tốt (81,8 % TB và yếu) nguyên nhân do ĐD GMHS chưa có kinh nghiệm chứ không phải thái độ hợp tác kém. **Kết luận:** nguồn nhân lực ĐD GMHS tại TTYTH thuộc tỉnh Hải Dương hiện tại còn thiếu, đa số là nữ giới, trẻ. Trình độ chuyên ngành cao nhất mới ở mức cao đẳng nhưng vẫn đáp ứng công việc ở thời điểm hiện tại, tốt các kỹ năng thực hành, quản lý công việc, làm việc nhóm, tuy nhiên kỹ năng phối hợp giải quyết sự cố y khoa còn chưa tốt do chưa có kinh nghiệm. 100% phẫu thuật viên nhận xét ĐD GMHS có kỹ năng quản lý công việc và kỹ năng phối hợp làm việc tốt; hơn 90% nhận xét ĐD GMHS có tay nghề tốt. Trong phối hợp giải quyết sự cố y khoa: 63,6% nhận xét ở mức trung bình, 18,2% nhận xét ở mức yếu. 100% nguyên nhân cho rằng do chưa có kinh nghiệm chứ không phải do thái độ hợp tác với các nhân viên khác.

Từ khóa: điều dưỡng, gây mê hồi sức, trung tâm y tế huyện, kiến thức, kỹ năng, thái độ.

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF ANESTHESIA NURSING AT DISTRICT HEALTH CENTERS IN HAI DUONG PROVINCE IN 2019

Background: Survey current situation of anesthesia nursing at district health centers in Hai duong province in 2019. **Methods:** Cross-sectional descriptive studies combined with analysis on 63 people includes: anesthesia nursing, head of Anesthesiology Department, head of Surgery Department, leader of district health centers. The study

was conducted on 11 district health centers in Hai duong province. **Results:** Structure: 70% of women; 66.7% is distributed between the ages of 25 and 39. Quantity: missing, 60% assumed at least 2 job positions at the same time; Professional qualifications: college 46.7%, technicians 40%, certificate 13.3%; 100% meet current jobs; Some skills: good practice skills 90.9%, good work management skills 100%, good teamwork skills 100%, coordination skills to solve medical incidents are not good (63.6 %), caused by inexperienced anesthesia nursing. **Conclusion:** resources for anesthesia nursing are currently in shortage, most of them female and young. Highest professional level at college level but still meet the job at the present time, good practical skills, work management, teamwork, however coordination skills to solve medical problems is not good due to lack of experience.

Key words: nursing, anesthesia, district health center, knowledge, skills and attitude...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trung tâm y tế huyện (TTYTH) là cơ sở y tế tuyến đầu tiếp xúc mô hình bệnh tật trong hệ thống y tế Việt Nam, tuy nhiên hiện nay nhiều TTYTH vẫn chưa thực sự là điểm đến đầu tiên của người bệnh. Do sự quảng bá chưa tốt, do hạn chế nhiều chuyên ngành, do năng lực đội ngũ và trang thiết bị còn yếu kém... Thực tiễn cho thấy việc phát triển lĩnh vực ngoại khoa và gây mê hồi sức sẽ tạo nên thương hiệu cho cơ sở y tế, tạo thuận lợi cho rất nhiều chuyên khoa đi kèm như nội khoa, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, kiểm soát nhiễm khuẩn... Đội ngũ điều dưỡng Gây mê hồi sức (ĐD GMHS) vững mạnh phối hợp tốt với bác sĩ GMHS sẽ là đòn bẩy phát triển ngoại khoa. Thực trạng đội ngũ ĐD GMHS tại 28 tỉnh phía Bắc được nghiên cứu (NC) năm 2005 của Vũ Đình Chính cho thấy tỉ lệ kỹ thuật viên (KTV) GMHS không được đào tạo đúng chuyên ngành là 31,2%; khó khăn trong việc làm do thiếu phương tiện là 45,1%, do thiếu kiến thức là 23,4%[1]. Sự cập nhật liên tục về chương trình đào tạo ĐD GMHS của trường ĐH Kỹ thuật Y tế Hải Dương, sự thay đổi trang thiết bị cơ sở y tế 15 năm qua đã tác động như thế nào đến đội ngũ ĐD GMHS tại các TTYTH. Với mong muốn tìm hiểu thực trạng đội ngũ ĐD GMHS, trên cơ sở đó đi tìm giải pháp nâng cao năng lực đội ngũ ĐD GMHS, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Khảo sát thực trạng*

*Trường đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Thu

Email: nguyenthiminhthuktythd@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2020

Ngày duyệt bài: 18.11.2020

đội ngũ điều dưỡng Gây mê hồi sức tại các trung tâm y tế huyện thuộc tỉnh Hải Dương năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nhóm 1: nhân viên làm công việc ĐD GMHS: ĐD GMHS các trình độ đại học (ĐH), cao đẳng (CĐ), trung cấp (KTV), ĐD có chứng chỉ ĐD GMHS; ĐD có giấy chứng nhận ĐD GMHS; ĐD làm công việc ĐD GMHS chưa có văn bằng/chứng chỉ/chứng nhận ĐD GMHS.

- Nhóm 2: lãnh đạo, cán bộ quản lý: cán bộ quản lý bộ phận GMHS; trưởng khoa ngoại tổng hợp; lãnh đạo BV.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp phiếu điều tra và phỏng vấn sâu (PVS) có phiên giải.

- Địa điểm: bao gồm 11 TTYTH: Cẩm Giàng, Bình Giang, Nam Sách, Chí Linh, Kinh Môn, Thanh Hà, Gia Lộc, Thanh Miện, Tứ Kỳ, Ninh Giang, Kim Thành.

- Thời gian: từ tháng 04/2019 – 04/2020

- Cỡ mẫu: mẫu toàn bộ, bao gồm: 30 NV làm công việc ĐD GMHS; 22 cán bộ quản lý và 11 cán bộ lãnh đạo bệnh viện. Tổng: 63 người

2.3. Quy trình thu thập thông tin

- Thu thập số liệu khảo sát

+ **Bước 1:** Chọn các địa điểm NC: các TTYTH tỉnh Hải Dương

+ **Bước 2:** Lập danh sách các đối tượng nghiên cứu.

+ **Bước 3:** Thu thập thông tin. Sau khi thử nghiệm và hiệu chỉnh đầy đủ phiếu điều tra, nhóm đánh giá trực tiếp liên hệ và thu thập số liệu tại đơn vị được chọn vào NC đánh giá. Tại mỗi đơn vị, quy trình thu thập số liệu được đảm

bảo đồng nhất và khách quan. Phiếu được làm sạch trong ngày bởi nhóm đánh giá.

- Thu thập số liệu thứ cấp: Hệ thống các văn bản, báo cáo, tài liệu thứ cấp có liên quan tới nội dung nghiên cứu.

2.4. Các biến số nghiên cứu (phụ lục)

2.5. Phương pháp thống kê y học: sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

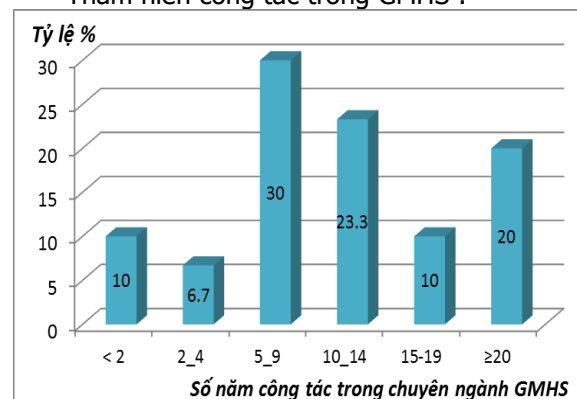
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Cơ cấu

- Tuổi: tuổi trung bình của ĐD GMHS là: $37,23 \pm 9,61$, trẻ nhất 24 tuổi, già nhất 59 tuổi. Độ tuổi làm việc tập chung cao nhất trong nhóm tuổi 25-39 (66,7%).

- Giới tính: chủ yếu là giới tính nữ (70%)

- Thâm niên công tác trong GMHS :



Biểu đồ 3.1. Phân bố thâm niên công tác trong lĩnh vực GMHS

NX: Số năm công tác trong lĩnh vực GMHS tập trung nhiều nhất từ 5 đến 9 năm (30%)

3.2. Số lượng

- Tỷ lệ ĐD GMHS theo vị trí công việc:

Bảng 3.1. Phân bố nhân lực ĐD GMHS

	TTYT Bình G.	TTYT Cẩm G.	TTYT Chí L.	TTYT Gia L.	TTYT Kim T.	TTYT Kinh M.	TTYT Nam S.	TTYT Ninh G.	TTYT Thanh H.	TTYT Thanh M.	TTYT Tứ K.	Tỉ lệ chung
ĐD GMHS/ bàn mổ	1,5	2,33	2,5	1,33	1	2	1, 5	1	0,33	2	2	1,59± 0,65
Số lượng kíp GMHS	2	2	2	2	1	2	2	2	2	4	2	2,09± 0,7
ĐD GMHS/ kíp GMHS	1,5	3,5	2,5	2	2	2	1,5	1	0,5	1	2	1,77± 0,81

NX: Số lượng kíp GMHS $2,09 \pm 0,7$ thấp. TTYTH Thanh H. thiếu hụt ĐD GMHS

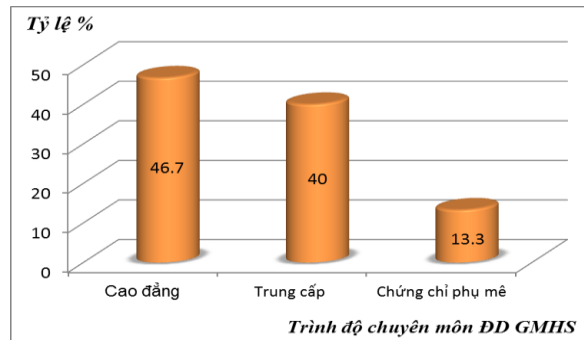
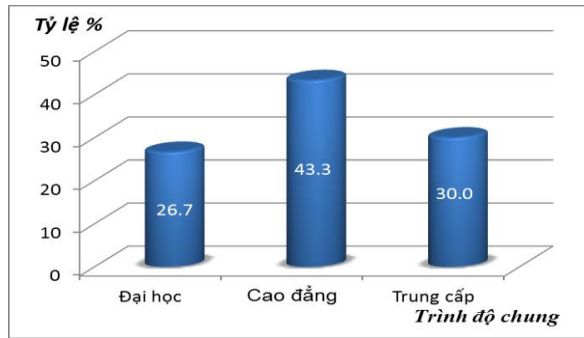
- Số lượng vị trí đảm nhiệm trong một thời điểm làm việc: Trong 3 ngày gần nhất, 60% ĐD GMHS đảm nhận 2 vị trí việc làm trong cùng thời điểm, đặc biệt có tới 30% ĐD GMHS đảm nhận 3 vị trí công việc.

- Đúng vị trí làm việc: 76,7% ĐD GMHS được phân đúng vị trí việc làm; 23,3% đúng một phần; 0% không đúng vị trí việc làm

3.3. Năng lực chuyên môn

-Kiến thức:

+/- Trình độ chung cao nhất và trình độ chuyên môn GMHS cao nhất:



Biểu đồ 3.2. Phân bố trình độ chung và trình độ ĐD GMHS cao nhất

NX: Trình độ GMHS cao nhất là cao đẳng (46,7%), 40% là trung cấp và 13,3% ĐD GMHS chỉ có chứng chỉ phụ mê. Số ĐD GMHS học đại học khác là 26,7%.

+/- Nơi đào tạo: 83,3% ĐD GMHS được đào tạo chuyên môn tại trường ĐH KTYTHD.

+/- Các kỹ thuật được thực hiện trong khoa GMHS trong 1 năm nay:

Bảng 3.2. Phân bố tỉ lệ các kỹ thuật GMHS tại cơ sở

TT	Các kỹ thuật gây mê, gây tê, giảm đau	n (=11)	%
1	Gây mê tĩnh mạch	9	81,8
	Gây mê tĩnh mạch kèm mask thanh quản	5	45,5
	Gây mê hô hấp	6	54,5
	Gây mê nội khí quản 1 nòng	11	100
	Gây mê nội khí quản	1	9,1

2	KT Gây tê	2 nòng		
		Gây tê tủy sống	11	100
		Gây tê ngoài màng cứng	5	45,5
		Gây tê khe xương cùng	2	18,2
		Gây tê đám rối cổ nông	7	63,6
		Gây tê đám rối cổ sâu	2	18,2
		Gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường gian cơ bậc thang	7	63,6
		Gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường trên đòn	10	90,9
		Gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường nách	5	45,5
		Gây tê thần thần kinh đùi	1	9,1
		Gây tê thần thần kinh hông to	1	9,1
3	KT giảm đau	Gây tê tại chỗ	11	100
		Giảm đau đường tĩnh mạch	11	100
		Giảm đau qua các đường gây tê	6	54,5

Kỹ thuật gây mê: 100% cơ sở sử dụng gây mê NKQ 1 nòng và 81,8% cơ sở sử dụng gây mê tĩnh mạch; sử dụng ít nhất là gây mê NKQ 2 nòng (9,1%).

Kỹ thuật gây tê: 100% cơ sở sử dụng gây tê tủy sống và gây tê tại chỗ, 90,9% cơ sở sử dụng gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường trên đòn; sử dụng ít nhất là gây tê thần kinh đùi (9,1%), gây tê thần kinh hông to (9,1%).

Kỹ thuật giảm đau: 100% cơ sở sử dụng giảm đau đường tĩnh mạch, chỉ có 54,5% cơ sở sử dụng giảm đau qua các đường gây tê.

+/- Các trình độ khác: 26,7% có trình độ ngoại ngữ; 30% có trình độ tin học; 6,7% có nghiệp vụ quản lý; 6,7% có khả năng nghiên cứu khoa học.

- Một số kỹ năng, thái độ nghề nghiệp:

Bảng 3.3. Phân bố kỹ năng, thái độ nghề nghiệp của ĐD GMHS

TT	Tiêu chí	Tốt (n, %)	Trung bình (n, %)	Yếu (n, %)	Tổng (n, %)
Kỹ năng					
1	Kỹ năng thực hành chuyên môn	12(40%)	16(53,3%)	2(6,7%)	30(100%)
2	Kỹ năng quản lý công việc, quản lý trang thiết bị	16 (53,3%)	14 (46,7%)	0 (0%)	30 (100%)
3	Kỹ năng làm việc nhóm (tương tác với đồng nghiệp)	21 (70%)	9 (30%)	0 (0%)	30 (100%)
4	Kỹ năng giao tiếp với BN, người nhà	26	4	0	30

	BN, đồng nghiệp	(86,7%)	(13,3%)	(0%)	(100%)
Thái độ					
5	Mức độ tuân thủ các quy định trong luật khám chữa bệnh	24 (80%)	6 (20%)	0 (0%)	30 (100%)
6	Khả năng tự học, tự cập nhật kiến thức nâng cao trình độ	13 (43,4%)	16 (53,3%)	1 (3,3%)	30 (100%)

NX: ĐD GMHS tự đánh giá tốt ở các kỹ năng giao tiếp (86,7%), kỹ năng làm việc nhóm (70%). Yếu ở kỹ năng thực hành chuyên môn gặp 6,7%.

ĐD GMHS tự đánh giá tốt ở thái độ tuân thủ các quy định khám chữa bệnh (80%); khả năng tự học: tốt 43,4%; trung bình 53,3% và yếu 3,3%.

***Phòng văn sâu:**

- PVS 11 cán bộ phụ trách GMHS:
+/- Có 63,6% TTYTH (7/11 TTYTH) đáp ứng được công việc,
+/- Những nguyên nhân dẫn đến chưa đáp ứng được công việc:

Bảng 3.4. Nguyên nhân ĐD GMHS chưa đáp ứng công việc

Nguyên nhân	Tỉ lệ	Số lượng (n)	Phần trăm(%)
Số lượng thiếu		2	25%
Chất lượng yếu, cần cập nhật kiến thức CN		3	37,5%
Kiểm nhiều công việc ở khoa khác		3	37,5%
Tổng (số lượt)		8	100%

NX: 4 TTYTH có ĐD GMHS chưa đáp ứng công việc, trong đó nguyên nhân chủ yếu là chất lượng yếu, còn kiểm nhiều công việc khoa khác, số lượng thiếu.

- PVS 11 cán bộ phụ trách khoa ngoại về kỹ năng thái độ làm việc của ĐD GMHS:

Bảng 3.5. Nhận xét của phẫu thuật viên về kỹ năng thái độ của ĐD GMHS

Kỹ năng thái độ ĐD GMHS	Tỉ lệ	Tốt (n, %)	Trung bình (n, %)	Yếu (n, %)	Tổng (n, %)
Thực hành chuyên môn		10 (90,9%)	1 (9,1%)	0 (0%)	11
Kỹ năng quản lý công việc		11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	11
Kỹ năng phối hợp làm việc		11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	11
Kỹ năng phối hợp trong giải quyết sự cố y khoa		2 (18,2%)	7 (63,6%)	2 (18,2%)	11
Tổng		34(77,3%)	8(18,2%)	2(4,5%)	44(100%)

NX: 100% phẫu thuật viên nhận xét ĐD GMHS có kỹ năng quản lý công việc và kỹ năng phối hợp làm việc tốt; hơn 90% nhận xét ĐD GMHS có tay nghề tốt. Trong phối hợp giải quyết sự cố y khoa: 63,6% nhận xét ở mức trung bình, 18,2% nhận xét ở mức yếu. 100% nguyên nhân cho rằng do chưa có kinh nghiệm chứ không phải do thái độ hợp tác với các nhân viên khác.

IV. BÀN LUẬN

Cơ cấu: ĐD GMHS tập trung chủ yếu là nữ giới, chiếm 70%. Tỉ lệ này cũng tương đương trong một số báo cáo về tỉ lệ ĐD nữ nói chung [2], [3]. Tuổi trung bình của ĐD GMHS là 37,23 ± 9,61, thấp nhất 24 tuổi và cao nhất 59 tuổi, được phân bố chủ yếu trong lứa tuổi 25-39 là 66,7%. Mặt khác số năm công tác trong chuyên ngành GMHS chiếm đa số (30%) trong khoảng thời gian 5-9 năm (biểu đồ 3.1). Cơ cấu độ tuổi của ĐD GMHS tương tự cơ cấu của ĐD, hộ sinh. Kỹ thuật viên trong một số báo cáo trước đó, như của Nguyễn Việt Thắng về nguồn nhân lực ĐD, hộ sinh, KTV tại các cơ sở y tế công lập Hà Tĩnh năm 2014 cho thấy mức tuổi dưới 40 đạt 68,8% [4]. Độ tuổi 25-39 cùng với thâm niên công tác 10-14 năm là khoảng thời gian vừa qua tập sự và bắt đầu quen việc, đây là những năm

tháng tuổi trẻ, đang cần nhiều tích lũy kinh nghiệm và mong muốn học tập.

Số lượng: Bảng 3.1 về phân bố nhân lực: số lượng kíp GMHS trung bình là 2,09 ± 0,7, trong đó TTYTH Thanh M. có 4 kíp GMHS là nhiều nhất và ít nhất là TTYTH Kim T. có 1 kíp GMHS. Như vậy trung bình cứ cách một ngày kíp GMHS sẽ trực một ngày, đặc biệt TTYTH Kim T. có duy nhất một kíp GMHS thì phải làm việc liên tục. Qua PVS được biết các TTYTH này bố trí cho kíp GMHS trực thường trú do số lượng BN mổ cấp cứu còn ít. Bố trí số lượng ĐD GMHS trong một kíp GMHS trung bình 1,77 ± 0,81, con số này đảm bảo cho 1 kíp GMHS hoạt động hiệu quả. Tuy nhiên tại TTYTH Thanh H. số lượng ĐD GMHS cực thiếu: chỉ có 0,5 ĐD GMHS cho 1 kíp GMHS và 0,33 ĐD GMHS cho một bàn mổ, có nghĩa là 1 ĐD GMHS ít nhất phải thực hiện công việc phụ mê quá 1 bàn mổ trong cùng một thời

điểm, và tần xuất trực của ĐD GMHS nhiều hơn các thành phần khác trong kíp trực. Trong 3 ngày gần nhất, 60% ĐD GMHS phải đảm nhận 2 vị trí việc làm trong cùng thời điểm làm việc, thậm chí có tới 30% ĐD GMHS phải đảm nhận 3 vị trí công việc.

Theo điều tra của Vũ Văn Trình năm 2012, tổng số ĐD - nữ hộ sinh - KTV của 13 BV huyện Hải Dương là 924 người; đối chiếu theo quy định của thông tư số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 05/6/2007 [5] thì mới chỉ đáp ứng được 74,2% (còn thiếu 25,8%) [6]. NC của Nguyễn Việt Thắng trên 18 BV, 6 trung tâm thuộc hệ YTDP tuyến tỉnh, 12 TTYTDP tuyến huyện và 262 trạm y tế của tỉnh Hà Tĩnh năm 2014 cũng cho thấy tình trạng thiếu số lượng đội ngũ ĐD - nữ hộ sinh- KTV [4]. Từ năm 2018 các TTYTH tỉnh Hải Dương bước đầu triển khai mô hình tự chủ một phần và có lộ trình tiến tới tự chủ toàn phần, giải quyết nguồn nhân lực y tế là bài toán hóc búa cho các nhà lãnh đạo và quản lý bệnh viện các cấp, đặc biệt cấp huyện. Với quy mô vừa phải, cơ sở vật chất trang thiết bị còn thiếu, mặt bệnh chưa phong phú đa dạng, sự phân tuyến kỹ thuật, tâm lý NB.... dẫn tới nguồn BN chưa thực sự dồi dào và đặc biệt lại không đồng đều, mang tính chất thời vụ. 11 TTYTH của Hải Dương đều phải tạm thời thiết lập cơ cấu hoạt động phòng mổ: nhân viên ĐD GMHS được phân công công việc thường xuyên ở các bộ phận khác như ngoại, sản, cấp cứu, và được huy động khi có PT. Điều này cũng gây ảnh hưởng đến tay nghề và sự thiếu hụt ĐD GMHS tức thời tại mỗi thời điểm làm việc.

Năng lực chuyên môn: Biểu đồ 3.2 phản ánh sự chênh lệch giữa trình độ chung và trình độ chuyên ngành ĐD GMHS, với trình độ ĐH 26,7% trong khi chuyên ngành ĐD GMHS chưa ai đạt trình độ ĐH. Nơi đào tạo chuyên môn chiếm 83,3% là trường ĐH KTYT Hải Dương. Năm 2014-2015 trường ĐH KTYT Hải Dương cho tốt nghiệp khóa ĐH ĐD GMHS đầu tiên; và đến năm 2020 cho tốt nghiệp khóa ĐH ĐD GMHS hệ vừa làm vừa học đầu tiên. Như vậy 5 khóa ĐH ĐD GMHS tốt nghiệp trong thời gian qua (khoảng 200 SV) không có SV ĐD GMHS trình độ ĐH về công tác tại các TTYTH Hải Dương. Mặt khác, có tới 13,3% ĐD GMHS mới chỉ dừng lại ở mức chuyên môn chứng chỉ phụ mê. Đây là hạn chế đầu tiên về năng lực của ĐD GMHS tại TTYTH thuộc tỉnh Hải Dương.

Bảng 3.2 chỉ ra tỉ lệ phân bố các kỹ thuật GMHS tại tuyến cơ sở, theo đó: Kỹ thuật gây mê: 100% cơ sở sử dụng gây mê NKQ 1 nồng và

81,8% cơ sở sử dụng gây mê tĩnh mạch; 9,1% cơ sở có sử dụng gây mê NKQ 2 nồng. Kỹ thuật gây tê: 100% cơ sở sử dụng gây tê tủy sống và gây tê tại chỗ; 90,9% cơ sở sử dụng gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường trên đòn; sử dụng ít nhất là gây tê thần kinh đùi (9,1%), gây tê thần kinh hông to (9,1%). Kỹ thuật giảm đau: 100% cơ sở sử dụng giảm đau đường tĩnh mạch; 54,5% cơ sở sử dụng giảm đau qua các đường gây tê. Bản so sánh các trình độ trung cấp - cao đẳng - đại học - của CTDH điều dưỡng Gây mê hồi sức trường đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm 2018 [5] và Chương trình giáo dục ĐH điều dưỡng Gây mê hồi sức trường đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm 2018 [7] cho thấy một số nội dung và học phần còn khuyết thiếu trong đào tạo ĐD GMHS trình độ trung cấp và cao đẳng như gây mê NKQ 2 nồng, gây mê hô hấp, gây tê đám rối cổ, gây tê khe xương cùng, gây tê thần kinh đùi và thần kinh hông to, học phần quản lý đau... Do vậy, kiến thức ĐD GMHS tại các TTYTH sẽ yếu về các vấn đề đó. Tuy nhiên số lượng các TTYTH sử dụng các kỹ thuật gây mê NKQ 2 nồng, gây tê thần kinh đùi và thần kinh hông to, giảm đau bằng phương pháp phong bế tê chưa nhiều nên tại thời điểm hiện tại chưa thấy rõ sự thiếu hụt kiến thức, hay nói cách khác thì ĐD GMHS vẫn đáp ứng tốt vị trí làm việc.

Các trình độ khác: 30% ĐD GMHS được trang bị chứng chỉ tin học văn phòng, tỉ lệ kiến thức về nghiên cứu khoa học và quản lý nghiệp vụ còn thấp (biểu đồ 3.8).

Một số kỹ năng, thái độ nghề nghiệp: chúng tôi tiến hành song song phát phiếu ĐD GMHS tự điền về mức độ kỹ năng thái độ và PVS cán bộ phụ trách bộ phận gây mê, phụ trách ngoại khoa – là những đối tượng tương tác trong làm việc nhóm. Theo bảng 3.3, ĐD GMHS tự đánh giá tốt ở các kỹ năng giao tiếp là 86,7%, kỹ năng làm việc nhóm là 70%, kỹ năng quản lý công việc, trang thiết bị là 53,3%. Yếu ở kỹ năng thực hành chuyên môn gặp 6,7%. Về thái độ: tuân thủ tốt các quy định khám chữa bệnh là 80%; thái độ tích cực với khả năng khả năng tự học là 43,4%; 3,3% có thái độ yếu kém về khả năng tự học.

Để có sự quan sát đa chiều và khách quan, chúng tôi đã phỏng vấn 11 cán bộ phụ trách khoa ngoại chung, là đối tượng làm việc nhóm thường xuyên với đội ngũ ĐD GMHS: 90,9% nhận xét tốt về kỹ năng thực hành chuyên môn của ĐD GMHS; 100% nhận xét tốt về kỹ năng phối hợp làm việc, kỹ năng quản lý công việc. Kỹ năng phối hợp giải quyết sự cố y khoa: 63,6% nhận xét ở mức trung bình, 18,2% nhận xét ở

mức yếu. 100% nguyên nhân cho rằng do chưa có kinh nghiệm chứ không phải do thái độ hợp tác với các nhân viên khác.

Theo NC của Vũ Đình Chính (2005), đánh giá của lãnh đạo khoa về mức độ đáp ứng nhu cầu công việc của KTV GMHS tại các BV tỉnh và huyện thuộc 28 tỉnh phía bắc cho thấy: đáp ứng nhu cầu (tốt và trung bình) 96,5%, mức độ yếu là 3,5% [1]. Với nghiên cứu này, khi phỏng vấn sâu 11 cán bộ phụ trách bộ phận GMHS về tình trạng đáp ứng nhu cầu của ĐD GMHS tại TTYTH thu được kết quả: đáp ứng nhu cầu 63,6% và chưa đáp ứng 36,4%. Như vậy sau 14 năm, mức độ đáp ứng công việc của ĐD GMHS bị giảm sút. Đi tìm hiểu nguyên nhân được biết: 15% do thiếu số lượng; 37,5% do yếu chất lượng cần cập nhật kiến thức để theo kịp ngoại khoa; 37,5% do kiểm nhiều công việc ở khoa khác. Cán bộ quản lý bộ phận GMHS của TTYTH Bình G.:...vừa thiếu, vừa yếu, tương lai thiếu hụt nhiều, khó phát triển bộ phận GMHS; cán bộ quản lý bộ phận GMHS của TTYTH Cẩm G.: ...số lượng 5 người có tham gia làm công tác phụ mê, rải rác làm ở các khoa cấp cứu, nhi, nội. Như vậy, do tính chất bộ phận GMHS bị phân tán tại các TTYTH, do thiếu nguồn lực, do không được học tập nâng cao trình độ là những nguyên nhân chính dẫn tới không đáp ứng được nhu cầu công việc. Đó là nhận định của những cán bộ quản lý bộ phận GMHS làm việc trực tiếp và thường xuyên nhất với đội ngũ ĐD GMHS. Mặc dù với các PTV, ĐD GMHS để lại ấn tượng rất tốt với họ.

V. KẾT LUẬN

Nguồn nhân lực ĐD GMHS tại TTYTH thuộc tỉnh Hải Dương hiện tại còn thiếu, đa số là nữ giới, trẻ. Trình độ chuyên ngành cao nhất mới ở mức cao đẳng nhưng vẫn đáp ứng công việc ở thời điểm hiện tại, tốt các kỹ năng thực hành, quản lý công việc, làm việc nhóm, tuy nhiên kỹ năng phối hợp giải quyết sự cố y khoa còn chưa tốt do chưa có kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Đình Chính, Trần Thị Minh Tâm, Đinh Thị Diệu Hằng (2005), "Đánh giá thực trạng nguồn nhân lực kỹ thuật viên y tế tại các bệnh viện thuộc 28 tỉnh phía bắc", tạp chí y học thực hành, 526, 7-10.
2. Nguyễn Thị Thu Hà (2016), Nguyễn Thị Thu Hà (2016), "Thực trạng kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện của điều dưỡng viên hồi sức tích cực, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2015", tạp chí y học dự phòng, Tập XXVI, số 15 (188)
3. Farid Najafi (2017), Knowledge, Attitude and Practice of Nurses Regarding Nosocomial Infections Control in Teaching Hospitals of Kermanshah University of Medical Sciences, Iran . Arch Hyg Sci, 6(4), 314- 319.
4. Nguyễn Việt Thắng (2014), Thực trạng nguồn nhân lực điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên tại các cơ sở y tế công lập Hà Tĩnh năm 2014.
5. Trường đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, Bản so sánh các trình độ trung cấp - cao đẳng - đại học - của Chương trình dạy học điều dưỡng Gây mê hồi sức trường đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm 2018.
6. Vũ Văn Trinh (2014), "Thực trạng và một số yếu tố tác động đến nguồn nhân lực y tế tại các bệnh viện huyện tỉnh Hải Dương năm 2010-2012"
7. Trường đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, Chương trình giáo dục đại học điều dưỡng Gây mê hồi sức trường đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm 2018.

LIÊN QUAN GIỮA TĂNG PROGESTERONE SỚM VỚI THỜI GIAN KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG VÀ TỶ LỆ CÓ THAI TRONG THỤ TINH ỒNG NGHIỆM

Phan Thị Thu Huyền¹, Hồ Sỹ Hùng²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện nhằm đánh giá mối liên quan giữa tăng progesterone sớm với thời gian kích thích buồng trứng và tỷ lệ có thai trong thụ tinh ống nghiệm. Nghiên cứu được thực hiện

trên 276 bệnh án nghiên cứu của các cặp vợ chồng điều trị IVF tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Kết quả nghiên cứu cho thấy, thời gian kích thích buồng trứng trung bình là $9,8 \pm 3,2$ ngày, trong đó đa số các trường hợp kích thích buồng trứng từ 9 – 11 ngày (63,4%). Có 30,8% các trường hợp kích thích buồng trứng dưới 8 ngày và 5,8% số trường hợp kích thích buồng trứng trên 12 ngày. Trong số 276 trường hợp KTBT thì chỉ có 139 ca trường hợp được chuyển phôi tươi. Tỷ lệ có thai là 30,2% (42/139). Tỷ lệ có thai trong 9 nhóm bệnh nhân có nồng độ progesterone ngày tiêm hCG $\leq 1,5\text{ng/ml}$ là 33,1%; và ở nhóm có nồng độ progesterone $> 1,5\text{ng/ml}$ là 6,7%. Khi số ngày kích

¹Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Thu Huyền

Email: thuhuyen.pstb@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2020

Ngày duyệt bài: 19.11.2020

thích buồng trứng càng dài thì tỷ lệ bệnh nhân bị tăng progesterone sớm càng nhiều. Nhóm bệnh nhân kích thích buồng trứng ≤ 8 ngày có tỷ lệ bệnh nhân tăng progesterone sớm là 10,6%. Nhóm kích thích buồng trứng từ 9-11 ngày là 24% và nhóm ≥ 12 ngày là 25%.

Từ khóa: progesterone, kích thích buồng trứng, thụ tinh ống nghiệm

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN EARLY PROGESTERONE ELEVATION WITH DURATION OF OVARIAN STIMULATION AND PREGNANCY RATE DURING IN VITRO FERTILIZATION

A descriptive cross-sectional study was performed to evaluate the association between early progesterone elevation with duration of ovarian stimulation and pregnancy rates in in vitro fertilization. The study was performed on 276 medical records of the couples treated with IVF at the Fertility Support Center of the National Obstetrics and Gynecology Hospital. Results showed that, the average time of ovarian stimulation was 9.8 ± 3.2 days in which the majority of cases with ovarian stimulation ranged from 9-11 days (63.4%). There were 30.8% of cases with ovarian stimulation less than 8 days and 5.8% of cases with ovarian stimulation over 12 days. Of the 276 cases of ovarian stimulation, only 139 cases were transferred fresh embryos. The pregnancy rate was 30.2% (42/139). The pregnancy rate in the group of patients with daily progesterone injection hCG ≤ 1.5 ng/ml was 33.1%; and in the group with progesterone concentrations > 1.5 ng / ml was 6.7%. The longer the number of days of ovarian stimulation increased, the earlier the percentage of patients with increased progesterone. The group of patients with ovarian stimulation ≤ 8 days had an early progesterone increase rate of 10.6%. The ovarian stimulation group from 9-11 days was 24% and the group ≥ 12 days was 25%.

Keywords: progesterone, ovarian stimulation, invitro fertilization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh sản có vai trò như một trong những nhân tố chính của cuộc đời và sự thất bại trong khả năng sinh sản có thể đưa đến các vấn đề sức khỏe tinh thần và vật chất về sau, vì vậy vô sinh hiếm muộn là tình trạng bệnh lý với những hậu quả tiềm ẩn ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của cả hai giới. Tỷ lệ vô sinh tùy theo từng quốc gia và từng nghiên cứu, dao động trong khoảng từ 3% đến 15% [1],[2]. Thụ tinh trong ống nghiệm là kỹ thuật nền tảng của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản bao gồm nhiều công đoạn mà đầu tiên là kích thích buồng trứng để có nhiều nang noãn giúp tăng hiệu quả điều trị. Các phác đồ kích thích buồng trứng rất đa dạng với loại, liều thuốc và cá thể hóa cho từng đối tượng bệnh nhân, nhưng kích thích buồng trứng tạo

nên sự phát triển các nang noãn đồng thời cũng làm thay đổi về các hormon. Một trong những đáp ứng bất thường với kích thích buồng trứng là hiện tượng tăng progesterone sớm. Trong những năm gần đây tầm quan trọng của việc tăng progesterone huyết thanh trong giai đoạn nang noãn để kích thích buồng trứng trong điều trị thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) đã trở thành một vấn đề tranh luận gay gắt. Kích thích buồng trứng cho phép thu nhận nhiều noãn trong một chu kỳ, từ đó tăng cơ hội có thai của thụ tinh ống nghiệm nhưng kích thích buồng trứng cũng có thể đưa đến tăng sớm progesterone do tạo ra nhiều nang noãn phát triển. Các ngưỡng nồng độ progesterone khác nhau đã được sử dụng để xác định progesterone tăng cao trong các chu kỳ kích thích, dao động từ 0,8 đến 2,0 ng/ml tùy vào từng nghiên cứu. Bosch và cộng sự [3] đã chứng minh, trong một phân tích hồi cứu lớn với hơn 4000 chu kỳ, tỷ lệ mang thai diễn tiến giảm đáng kể với nồng độ progesterone huyết thanh trên 1,5 ng / ml vào ngày dùng hCG. Tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản quốc gia, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, các nghiên cứu công bố hiện nay tập trung đánh giá kết quả kích thích buồng trứng và có thai của IVF mà còn rất ít nghiên cứu về tỷ lệ tăng sớm progesterone với thời gian kích thích buồng trứng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: "*Đánh giá mối liên quan giữa tăng progesterone sớm với thời gian kích thích buồng trứng và tỷ lệ có thai trong thụ tinh ống nghiệm*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Các cặp vợ chồng điều trị IVF tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân điều trị thụ tinh trong ống nghiệm được kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist; Các bệnh án được chuyển phôi tươi hoặc đông phôi toàn bộ vì các lý do khác nhau

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp cho nhận noãn; Các bệnh nhân không đầy đủ thông tin nghiên cứu ghi lại trong bệnh án.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản – Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 3/2020 đến tháng 8/2020.

2.3 Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng kỹ thuật hồi cứu bệnh án.

2.4 Cỡ mẫu: 276 Bệnh án nghiên cứu.

2.5 Cách thức thu thập thông tin: Lựa chọn tất cả các bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

cứu. Thu thập tất cả các số liệu theo phiếu nghiên cứu. Gọi điện thoại lại cho bệnh nhân để xác định: bệnh nhân có thai hay không, có thai trong hay ngoài tử cung, tình trạng phát triển của thai (thai lưu, thai sảy, đẻ non). Sau khi thu thập đầy đủ số liệu, tiến hành nhập và xử lý số liệu. Các thông tin về thai sinh hóa, progesterone và estradiol vào ngày tiêm trưởng thành noãn và thai lâm sàng được thu thập qua bệnh án.

2.6 Phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập được nhập liệu, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Tính các tỷ lệ %. Các giá trị trung bình được biểu diễn dưới dạng Mean $\pm$ SD. Thuật toán χ^2 và T test được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa các biến số; nếu $p < 0,05$ thì sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.7 Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này là nghiên cứu hồi cứu trên các bệnh án của bệnh nhân đã được điều trị tại bệnh viện nên không ảnh hưởng đến sức khỏe của bệnh nhân. Các thông tin được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho nghiên cứu. Danh sách bệnh nhân sẽ không công bố tên đầy đủ của đối tượng nghiên cứu để đảm bảo bí mật. Được Hội đồng Y đức của Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Hội đồng đề cương Đại học Y Hà Nội thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 276 bệnh nhân cho kết quả đa phần vô sinh gặp ở người vợ có độ tuổi dưới 35 (trung bình $33,3 \pm 4,7$ tuổi). Nguyên nhân dẫn đến vô sinh chủ yếu là từ phía người vợ chiếm tỷ lệ 62%, với thời gian vô sinh chủ yếu dưới 5 năm.

Bảng 1. Mối liên quan giữa nồng độ progesterone và số noãn chọc được

Số noãn chọc được	Nồng độ prog				Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
≤ 4	15	93,8	1	6,2	16	100,0	>0,05
5-10	69	78,4	19	21,6	88	100,0	
11-15	62	77,5	18	22,5	80	100,0	
> 15	75	81,5	17	18,5	92	100,0	
Tổng	221	80,1	55	19,9	276	100,0	

Tỷ lệ bệnh nhân có progesterone tăng sớm cao nhất ở nhóm bệnh nhân thu được từ 11 đến 15 noãn là 22,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có progesterone tăng sớm thấp nhất ở nhóm bệnh nhân thu được dưới 5 noãn là 6,2%. Như vậy có sự khác biệt về nồng độ progesterone tăng sớm với số noãn thu được nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 2. Mối liên quan giữa nồng độ progesterone và nhóm tuổi, số ngày tiêm FSH, và tình trạng có thai

Nồng độ prog		< 1,5 (n=221)		≥ 1,5 (n=55)		Tổng (n=276)		p
Đặc điểm		SL	%	SL	%	SL	%	
Nhóm tuổi	< 35	148	67,0	41	74,5	189	68,5	>0,05
	35-40	63	28,5	9	16,4	72	26,1	
	> 40	10	4,5	5	9,1	15	5,4	
Số ngày tiêm FSH	≤ 8	76	34,4	9	16,4	85	30,8	<0,05
	9-11	133	60,2	42	76,4	175	63,4	
	12	12	5,4	4	7,3	16	5,8	
Có thai	Có	41	18,6	1	1,8	42	15,2	<0,05
	Không	83	37,6	14	25,5	97	35,1	

Bảng 2 cho thấy, trong nhóm chuyển phôi tươi, tỷ lệ có thai trong ở nhóm có nồng độ Progesterone <1,5 ng/ml là 18,6%; trong nhóm có nồng độ Progesterone >1,5 ng/ml là 1,8%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả cũng cho thấy, khi số ngày kích thích buồng trứng càng dài, tỷ lệ tăng sớm progesterone càng cao, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có sự khác biệt về nồng độ progesterone tăng sớm giữa các nhóm tuổi, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Mối liên quan giữa có thai lâm sàng và các đặc điểm về progesterone

Có thai (LS)		Có (n=42)		Không (n=97)		Tổng (n=139)		p
Đặc điểm		SL	%	SL	%	SL	%	
Nhóm tuổi	< 35	28	66,7	59	60,8	87	62,6	<0,05
	≥ 35	14	33,3	38	39,2	52	37,4	
Độ dày niêm	8-10	17	40,5	52	53,6	69	49,6	>0,05

mạc	11-14	21	50,0	39	40,2	60	43,2	>0,05
	>=15	4	9,5	6	6,2	10	7,2	
Số lượng phôi	1-2	18	42,9	37	38,1	55	39,6	
	3-4	24	57,1	60	61,9	84	60,4	

Trong nhóm chuyển phôi, tỷ lệ có thai ở nhóm tuổi dưới 35 là 32,2%; trong nhóm tuổi từ 35 trở lên là 26,9%. Tỷ lệ có thai ở nhóm chuyển từ 1-2 phôi là 32,7%, ở nhóm chuyển từ 3-4 phôi là 28,6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này được tiến hành trên 276 bệnh nhân thông qua hồi cứu 276 bệnh án tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Trong IVF mục đích là tạo ra nhiều nang noãn để tạo thành nhiều phôi để tăng tỷ lệ có thai cho bệnh nhân. Tuy nhiên khi kích thích buồng trứng các nang noãn phát triển không đồng đều, sẽ có những nang noãn trưởng thành sớm, nhưng cũng có những nang noãn còn chưa trưởng thành. Do vậy trong các chu kỳ kích thích buồng trứng có một tỷ lệ nhất định sẽ bị tăng progesterone sớm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có progesterone tăng sớm cao nhất ở nhóm bệnh nhân thu được từ 11 đến 15 noãn là 22,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có progesterone tăng sớm thấp nhất ở nhóm bệnh nhân thu được dưới 5 noãn là 6,2%. Như vậy có sự khác biệt về nồng độ progesterone tăng sớm với số noãn thu được nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi trái với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hợi (2012) [1] khi nghiên cứu trên 1395 chu kỳ được sử dụng phác đồ dài thấy nồng độ progesterone tăng tỷ lệ thuận với số noãn ($7,31 \pm 4,02$ so với $10,13 \pm 5,39$, $p < 0,05$). Theo nghiên cứu của Philippe (2019) [2] bằng chứng thu được về tác động tiêu cực của tăng progesterone ở các giá trị thấp hay cao, không phụ thuộc vào số lượng noãn, do đó xác định ngưỡng progesterone thích hợp cho chuyển phôi tươi hoặc chiến lược đông phôi toàn bộ. Ở những người đáp ứng kém, tăng progesterone sớm có thể bị bỏ qua. Ngược lại, ở những người đáp ứng cao tác động không tốt của tăng progesterone rõ rệt hơn. Nghiên cứu của Cynthia Simon và cộng sự [3], dữ liệu lâm sàng từ 960 cặp vợ chồng trải qua quá trình chuyển phôi tươi có dùng phác đồ Agonist thì đã chứng minh rằng có một mối liên quan không tốt giữa tăng progesterone với số noãn trưởng thành.

Vậy khi nồng độ progesterone tăng thì ảnh hưởng đến yếu tố nào nhiều nhất: chất lượng nang noãn hay niêm mạc tử cung? Ở các trường hợp cho nhận noãn có thể đánh giá nồng độ progesterone tăng thì ảnh hưởng tới noãn hay niêm mạc tử cung. Melo (2006) [4] nghiên cứu

240 chu kỳ hiến noãn được thực hiện bởi 120 phụ nữ hiến noãn trong hai chu kỳ liên tiếp. Trong một chu kỳ, nồng độ progesterone huyết thanh dưới mức ngưỡng 1,2ng/ml trong khi ở chu kỳ khác, nồng độ progesterone trên mức ngưỡng này. Không ghi nhận sự khác nhau trong tỷ lệ thụ tinh, làm tổ và sảy thai khi chuyển phôi cho người nhận noãn.

Venetis (2013) [5] đã công bố một tổng quan hệ thống bao gồm hơn 60.000 chu kỳ IVF kết luận rằng progesterone tăng sớm không liên quan đến chất lượng noãn. Tăng progesterone sớm dường như không có tác động đến kết quả chu kỳ người nhận của người cho noãn hoặc chuyển phôi đông lạnh.

Trong nghiên cứu này độ dày nội mạc tử cung từ 8-10mm chiếm tỷ lệ cao nhất, thấp nhất ở nhóm độ dày NMTC trên 15mm, cũng tương tự như các nghiên cứu khác. Theo Vương Thị Ngọc Lan, NMTC thuận lợi nhất cho phôi làm tổ là từ 8 - 14mm [6]. Bên cạnh đó sự gia tăng progesterone ở cuối giai đoạn nang noãn có thể ảnh hưởng đến việc làm tổ ở nội mạc tử cung. Thật vậy, việc gia tăng oestradiol và progesterone huyết thanh trong quá trình kích thích buồng trứng gây ảnh hưởng tới các cơ quan thụ cảm oestradiol và progesterone trong nội mạc tử cung. Ngược lại biểu hiện của một số gen điều khiển sự tiếp nhận của niêm mạc tử cung bị rối loạn, dẫn tới sự trưởng thành của nội mạc tử cung sớm. Do đó quan điểm về sự thay đổi hình thái niêm mạc tử cung và việc không đồng bộ trong sự trưởng thành tương ứng của nội mạc tử cung và phôi thai là yếu tố chính góp phần làm giảm tỷ lệ có thai lâm sàng liên quan đến tăng progesterone sớm đã được chấp nhận rộng rãi.

Ở những người có progesterone $\geq 1,5$ ng/ml thì tỷ lệ có thai lâm sàng thấp hơn so với những người có nồng độ progesterone $< 1,5$ (1,8% so với 18,6%) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy nồng độ progesterone tăng có liên quan đến tỷ lệ có thai lâm sàng trong thụ tinh trong ống nghiệm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Theo Nguyễn Xuân Hợi

nồng độ progesteron ngày tiêm hCG tăng liên quan đến tỷ lệ có thai lâm sàng thấp, có ý nghĩa thống kê. Với ngưỡng progesterone $\leq 1,5$ ng/ml thì tỷ lệ có thai lâm sàng cao hơn (30,7% so với 21,6%) và cao hơn 1,63 lần; tỷ lệ làm tổ cao hơn (10,23% so với 6,93%) và cao gấp 1,53 lần so với ngưỡng progesteron $> 1,5$ ng/ml. Tăng progesterone trong giai đoạn nang trứng muộn của kích thích buồng trứng có kiểm soát trong chuyển phôi tươi trong thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) đã được khẳng định là có liên quan đến giảm tỷ lệ mang thai [1]. Tuy nhiên bằng chứng không phải là không rõ ràng, và các bác sĩ lâm sàng vẫn có câu hỏi về giá trị lâm sàng của việc đo nồng độ progesterone trong giai đoạn nang trứng của chu kỳ kích thích và ngưỡng progesterone nào là tốt nhất để xác định bệnh nhân có nguy cơ thất bại cấy ghép do tăng progesterone sớm trong chuyển phôi tươi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm chuyển phôi tươi, tỷ lệ có thai trong ở nhóm có nồng độ progesterone $\leq 1,5$ ng/ml là 33,1%; nhóm có nồng độ progesterone $> 1,5$ ng/ml là 6,7%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tại ngưỡng 1,2 ng/ml, tỷ lệ có thai trong ở nhóm có nồng độ progesterone $\leq 1,2$ ng/ml là 36,2%; trong nhóm có nồng độ progesterone $> 1,2$ ng/ml là 17,6%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả khác. Bosch và cộng sự (2003) đã sử dụng mức cắt giảm 1,2 ng/ml để xác định progesterone tăng cao và thấy tỷ lệ có thai thấp hơn đáng kể ở những bệnh nhân có mức progesterone trên 1,2 ng/ml [7]. Nghiên cứu này cũng ủng hộ lý thuyết về kích thích FSH tăng cường là nguyên nhân làm tăng nồng độ progesterone, vì bệnh nhân tăng progesterone có liều FSH cao hơn và kích thích lâu hơn.

Trong nghiên cứu này ở nhóm chuyển phôi, tỷ lệ có thai ở nhóm chuyển từ 1-2 phôi là 32,7%, ở nhóm chuyển từ 3-4 phôi là 28,6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Như vậy số lượng phôi chuyển không ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai mà nhiều tác giả cho rằng chất lượng phôi là mối yếu tố quan trọng quyết định sự thành công của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Chất lượng phôi tốt góp phần làm giảm số phôi chuyển mà vẫn đảm bảo tỷ lệ thành công của chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm, làm giảm tỷ lệ đa thai. Nhìn chung xu thế trên thế giới hiện nay là chuyển ít phôi, tiến tới chuyển 1 phôi. Theo J. Witmyer (2004) tỷ lệ có thai giảm từ 53,8% ở bệnh nhân có ít nhất 1

phôi tốt xuống 26,3% ở bệnh nhân không có phôi nào tốt [8].

Các chu KTBT trong IVF/ICSI có tăng progesterone thường được quản lý bằng chiến lược đông phôi toàn bộ do tác động bất lợi của nồng độ progesterone cao đối với khả năng thụ thai niêm mạc tử cung. Tuy nhiên, cũng có những tác động bất lợi của tăng progesterone sớm đối với phôi chất lượng tốt. Vấn đề này đã được nghiên cứu tại hai trung tâm lớn bao gồm 986 chu kỳ đối vận và sử dụng tỷ lệ phôi nang chất lượng tốt là yếu tố chính, kết quả cho thấy mức $P > 1,49$ ng/ml là mức cắt tốt nhất không có phôi chất tốt (AUC 0,55, $p < 0,01$). Đây là nghiên cứu đầu tiên nghiên cứu tỷ lệ hình thành phôi nang chất lượng tốt liên quan đến mức tăng progesterone trong chu kỳ IVF/ICSI, cho thấy việc tăng progesterone có liên quan đến tỷ lệ phôi chất lượng tốt thấp hơn.

Thực tế, vấn đề này gần đây đã trở thành chủ đề của một số cuộc tranh luận, như Huang và cộng sự đã mô tả ở một loạt bệnh nhân giảm tỷ lệ hình thành phôi chất lượng tốt liên quan đến tăng progesterone, bất kể tuổi của phụ nữ, nồng độ FSH đầu kỳ kinh, tổng liều gonadotropin được sử dụng hoặc thời gian kích thích buồng trứng.

Việc quan sát thấy kết quả thai kỳ tồi tệ hơn trong việc chuyển phôi tươi trong thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) giữa các bệnh nhân tăng sớm progesterone so với các bệnh nhân không tăng sớm progesterone đã khiến các bác sĩ lâm sàng theo dõi nồng độ progesterone trong giai đoạn nang trứng muộn hoặc vào ngày kích hoạt hCG. Chính sách đông phôi toàn bộ từ chu kỳ IVF/ICSI mới và thay thế phôi trong chu kỳ tiếp theo đã được ủng hộ như một giải pháp để tránh tác động tiêu cực của tăng progesterone sớm đối với thai kỳ.

V. KẾT LUẬN

1. Mối liên quan giữa tỷ lệ bệnh nhân tăng progesterone sớm với thời gian kích thích buồng trứng bằng phác đồ đối vận.

- Thời gian kích thích buồng trứng trung bình là $9,8 \pm 3,2$ ngày trong đó đa số các trường hợp kích thích buồng trứng từ 9 – 11 ngày (63,4%). Có 30,8% các trường hợp kích thích buồng trứng dưới 8 ngày và 5,8% số trường hợp kích thích buồng trứng trên 12 ngày.

- Khi số ngày kích thích buồng trứng càng dài thì tỷ lệ bệnh nhân bị tăng progesterone sớm càng nhiều. Nhóm bệnh nhân kích thích buồng trứng ≤ 8 ngày có tỷ lệ bệnh nhân tăng progesterone sớm là 10,6%. Nhóm kích thích

buồng trứng từ 9 – 11 ngày là 24% và nhóm ≥ 12 ngày là 25%.

2. Tỷ lệ có thai ở các ngưỡng nồng độ progesterone trên các bệnh nhân chuyển phôi tươi

- Trong số 276 trường hợp KTBT thì chỉ có 139 ca trường hợp được chuyển phôi tươi. Tỷ lệ có thai là 30,2% (42/139).

- Tỷ lệ có thai trong ở nhóm bệnh nhân có nồng độ progesterone ngày tiêm hCG $\leq 1,5$ ng/ml là 33,1%; và ở nhóm có nồng độ progesterone $> 1,5$ ng/ml là 6,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Hợi, Nguyễn Việt Tiến, Lê Thị Phương Lan và cộng sự (2012). Nghiên cứu ảnh hưởng nồng độ progesterone ngày tiêm hCG trong các phác đồ kích thích buồng trứng. Tạp chí y học sinh sản. 86 (1), 1 -7.
2. Philippe Arvis 1, Philippe Lehert 2, Anne Guivarc'h-Levêque (2019). Both High and Low HCG Day Progesterone Concentrations Negatively Affect Live Birth Rates in IVF/ICSI Cycle. Reprod Biomed Online. Nov, 39 (5), 852-859.
3. Cynthia Simon, Lise Branet, Jessika Moreau, Nicolas Gatimel, Clementine Cohade, Florence Lesourd, Jean Parinaud, Roger Leandr (2019). Association between progesterone to number of mature oocytes index and live birth in GnRH antagonist protocols. Published online. January 22, p901-907, RBMO.
4. Melo M A B, Meseguer M, Garrido N, Bosch E, Pellicer A, Remohi J (2006). The significance of premature luteinization in an oocyte-donation progra. Hum Reprod. 21, p1503-7.
5. Venetis CA, Kolibianakis EM, Bosdou JK, Tarlatzis BC (2013). Progesterone elevation and probability of pregnancy after IVF: a systematic review and meta-analysis of over 60 000 cycles, Hum Reprod Update;19.p. 433-57
6. Vương Thị Ngọc Lan (2019). Kích thích buồng trứng và các tác động trên kết quả kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, thụ tinh ống nghiệm. NXB Tổng hợp Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 281-296
7. Bosch E, Labarta E, Crespo J et al (2010). Circulating progesterone levels and ongoing pregnancy rates in controlled ovarian stimulation cycles for in vitro fertilization: analysis of over 4000 cycles. Hum Reprod. 1-9.
8. Witmyer J (2004). Derivation of embryonic stem – cell lines from human blastocysts, N Engl J Med, 2004 Mar 25; 350(13): 1353-6.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA DUNG DỊCH BẢO QUẢN TẠNG PLEGISTORE TRONG GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG

Nguyễn Quang Nghĩa*, Lê Nguyên Vũ*, Đàm Mai Hương**, Vũ Đình Hòa***, Ninh Việt Khải*, Trần Hà Phương*, Hoàng Tuấn Anh*, Trần Đình Dũng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dung dịch bảo quản tạng đóng vai trò quan trọng trong quy trình ghép thận và chức năng thận ghép. Custodiol đã được sử dụng rộng rãi còn PlegiStore là chế phẩm mới được đưa vào sử dụng, cần được đánh giá hiệu quả và tính an toàn trong quy trình ghép thận. **Mục tiêu:** So sánh hiệu quả của dung dịch PlegiStore so với Custodiol trong quy trình rửa, bảo quản thận ghép và chức năng thận sau ghép tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đơn trên 44 cặp bệnh nhân hiến – ghép thận từ người cho sống (lấy thận nội soi) tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ 03/2020 đến 08/2020. Các cặp bệnh nhân được chia thành Nhóm A: rửa thận bằng dung dịch Custodiol và nhóm B: rửa thận bằng

PlegiStore, sau đó so sánh kết quả sau rửa và sau ghép của hai nhóm. **Kết quả:** Tuổi, giới, mức độ hòa hợp HLA, số lượng mạch máu thận ghép giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thời gian thiếu máu nóng trung bình của nhóm A là 315.55 ± 90.43 giây, nhóm B là 418.18 ± 134.29 giây ($p=0.066$). Thời gian rửa thận trung bình của nhóm A và B tương đương nhau với số lượng dịch rửa sử dụng lần lượt là 522.72 ± 137.77 ml và 444.54 ± 125.11 ml ($p=0.055$). Nồng độ Creatinin máu trung bình ngày 3 và ngày ra viện của nhóm B là $115.24 \pm 28.16 \mu\text{mol/l}$ và $93.65 \pm 20.90 \mu\text{mol/l}$; thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm A (ngày 3 là $148.95 \pm 71.44 \mu\text{mol/ml}$, ngày ra viện là $110.74 \pm 21.95 \mu\text{mol/ml}$) với $p=0.05$ và $p=0.014$. **Kết luận:** Dung dịch rửa tạng PlegiStore có hiệu quả tương đương Custodiol trong quy trình rửa và bảo quản thận ghép.

Từ khóa: ghép thận, dung dịch bảo quản tạng, PlegiStore

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE EFFICIENCY OF ORGAN PRESERVATION FLUID PLEGISTORE IN LIVING DONOR KIDNEY TRANSPLANTATION

Background: Organ preservative fluid play an important role in the kidney transplant process and

*Trung tâm ghép tạng – Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

**Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

***Trường đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Nghĩa

Email: nghianguyenvduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 23.11.2020

kidney graft function. Custodioliol has been widely used and PlegiStore is a newly introduced fluid that needs to be evaluated for its safety and effectiveness in the kidney transplant process. **Objectives:** Comparison of the efficiency of PlegiStore and Custodioliol on the back-table preparation and kidney graft function at Viet Duc hospital. **Methods:** A single-blind randomized study on 44 pairs of living donor - recipient kidney transplant patient (laparoscopic nephrectomy) at Viet Duc hospital from 03/2020 to 08/2020. These pairs were divided equally into two groups: group A: used Custodioliol; group B used PlegiStore and these 2 groups were compared of the results post-perfusion and post-transplant. **Results:** Age, sex, HLA matching, number of kidney graft artery and vein were not significantly different in both the groups. Mean warm ischemia time of group 1 was 315.55 ± 90.43 s and of group 2 was 418.18 ± 134.29 s ($p=0.066$). Mean back-table preparation time was not significantly different between group 1 and 2 with volume of preservation fluid was 522.72 ± 137.77 ml and 444.54 ± 125.11 ml, respectively ($p=0.055$). Mean creatinine at day 3 and discharge day of group 2 was 115.24 ± 28.16 μ mol/l and 93.65 ± 20.90 μ mol/l, significantly lower than of group 1 (at day 3 was 148.95 ± 71.44 μ mol/ml and at discharge day was 110.74 ± 21.95 μ mol/ml) with $p=0.05$ and $p=0.014$, respectively. **Conclusion:** Organ preservation solution PlegiStore was as effective as Custodioliol on the back-table preparation and kidney graft function.

Keywords: kidney transplantation, organ preservation fluid, PlegiStore

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là phẫu thuật ghép tạng phổ biến nhất hiện nay, đây là phẫu thuật mang lại hiệu quả cho những bệnh nhân suy thận. Hàng năm tại Việt Nam có gần 1000 trường hợp ghép thận với nguồn thận hiến chủ yếu từ người hiến khỏe mạnh. Trong quy trình ghép thận, dung dịch Custodioliol HTK được áp dụng thường quy trong rửa và bảo quản thận của người hiến tạng[1],[2]. Dung dịch HTK (Histidin-Tryptophan-Ketoglutarat) được sử dụng đầu tiên trong phẫu thuật tim mở từ những năm 1970 do Bretschneider tiến hành và đến nay đã được áp dụng rộng rãi trong các phẫu thuật ghép tạng trong đó có ghép thận[3]. Hiện nay, một chế phẩm mới của dung dịch HTK là PlegiStore đã được cấp phép và giới thiệu đến các đơn vị ghép tạng. Sử dụng PlegiStore có chi phí thấp hơn so với dung dịch Custodioliol HTK trong ghép tạng. Tuy nhiên, về hiệu quả cũng như tính an toàn của dung dịch PlegiStore chưa được kiểm chứng nhiều trên các bệnh nhân tại Việt Nam. Để tìm hiểu về khả năng bảo quản của dung dịch PlegiStore và làm căn cứ cho các đơn vị điều trị trong việc áp dụng trên lâm sàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá hiệu

quả trong rửa và bảo quản thận ghép bằng dung dịch PlegiStore tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các cặp hiến thận khỏe mạnh và ghép thận tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 03/2020 đến 08/2020. Các tiêu chuẩn lựa chọn người hiến thận khỏe mạnh, người nhận thận theo tiêu chuẩn của Bộ y tế.

2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu ngẫu nhiên mù đơn trên bệnh nhân ghép thận. Để đảm bảo phân nhóm ngẫu nhiên được cân đối giữa hai nhóm chúng tôi thực hiện kỹ thuật ngẫu nhiên theo khối 4 (block 4) với độ dài mẫu khi phân nhóm là 44 bệnh nhân. Do cỡ mẫu không quá lớn, việc phân nhóm ngẫu nhiên theo khối giúp hai nhóm có cỡ mẫu xấp xỉ nhau. Việc ngẫu nhiên được thực hiện bằng công cụ Sealed envelope[8].

2.2. Lựa chọn bệnh nhân – phân nhóm nghiên cứu: Lựa chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, giải thích về mục tiêu nghiên cứu, quyền lợi, trách nhiệm và nghĩa vụ khi tham gia nghiên cứu. Phân nhóm ngẫu nhiên: Dựa vào bảng số ngẫu nhiên chia bệnh nhân thành 2 nhóm: Nhóm A: dùng dung dịch Custodioliol; Nhóm B: dùng dung dịch PlegiStore

2.4. Phẫu thuật lấy thận – bảo quản thận – ghép thận:

- **Nhóm A:** dùng dung dịch Custodioliol. Phẫu thuật lấy thận nội soi theo quy trình tại bệnh viện HN Việt Đức, rửa và bảo quản thận bằng dung dịch Custodioliol theo quy trình, ghép thận; theo dõi chức năng thận ghép

- **Nhóm B:** dùng dung dịch PlegiStore. Phẫu thuật lấy thận nội soi theo quy trình tại bệnh viện HN Việt Đức, rửa và bảo quản thận bằng dung dịch PlegiStore theo quy trình, ghép thận; theo dõi chức năng thận ghép

2.5. Các chỉ tiêu đánh giá: Các chỉ tiêu về số lượng, thời gian, màu sắc dịch rửa thận; Các chỉ tiêu về xét nghiệm dịch rửa thận; Các chỉ tiêu đánh giá thận ghép tức thì; Các chỉ tiêu chức năng thận ghép ngày 1-3-5-7 và ra viện.

3. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập, làm sạch và xử lý theo phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0. Các biến số phân hạng được biểu diễn dưới dạng tỉ lệ % còn các biến số liên tục được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Các kết quả được so sánh bằng kiểm định t độc lập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 03/2020 đến 08/2020 có 44 cặp ghép được đưa vào nghiên cứu, các chỉ tiêu so sánh giữa 2 nhóm được thể hiện tại bảng 1

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân và việc sử dụng dịch bảo quản trong quá trình ghép thận

TT	Chỉ tiêu		Nhóm Custodioli (n=22)	Nhóm PlegiStore (n=22)	p
1.	Tuổi		36.06 ± 8.69	32.86 ± 6.03	0.618
2.	Giới	Nam	12 (54.5%)	16 (72.7%)	0.21
		Nữ	10 (45.5%)	6 (27.3%)	
3.	Quan hệ người hiến	Cùng huyết thống	3 (13.6%)	2 (9.1%)	0.63
		Không huyết thống	19 (86.4%)	20 (90.9%)	
4.	Hoà hợp HLA	< 3/6	9 (40.9%)	12 (54.5%)	0.41
		3/6	13 (59.1%)	10 (45.5%)	
5.	Số lượng ĐM	1	18 (81.8%)	16 (72.7%)	0.35
		> 2	4 (18.2%)	6 (27.3%)	
6.	Số lượng TM	1	18 (81.8%)	20 (90.9%)	0.38
		2	4 (18.2%)	2 (9.1%)	

Không ghi nhận sự khác biệt giữa 2 nhóm về đặc điểm nhân trắc học, mức độ hòa hợp miễn dịch giữa người cho – người nhận cũng như khó khăn về mặt kỹ thuật (số lượng động mạch và tĩnh mạch thận ở người hiến)

Bảng 2. Đặc điểm liên quan quá trình rửa và bảo quản thận

TT	Chỉ tiêu	Nhóm Custodioli (n=22)	Nhóm PlegiStore (n=22)	p
1.	Thời gian thiếu máu nóng (giây)	315.55 ± 90.43	418.18 ± 134.29	0.066
2.	Thời gian rửa thận (phút)	16.87 ± 2.94	16.30 ± 2.45	0.65
3.	Lượng dịch rửa (ml)	522.72 ± 137.77	444.54 ± 125.11	0.055
4.	Thận trắng đều	22 (100%)	22 (100%)	

Không ghi nhận sự khác biệt giữa 2 nhóm về các chỉ tiêu liên quan đến rửa và bảo quản thận ghép: thời gian thiếu máu nóng của nhóm A có xu hướng ngắn hơn nhưng thời gian tính riêng của rửa thận là như nhau, lượng dịch rửa ở nhóm B có xu hướng ít hơn nhóm A và cả 2 nhóm 100% thận trắng đều sau khi rửa.

Bảng 3. So sánh các chỉ số lâm sàng

TT	Chỉ tiêu	Nhóm Custodioli (n=22)	Nhóm PlegiStore (n=22)	p
1.	Thời gian bắt đầu có nước tiểu (giờ)	102.00 ± 78.10	87.27 ± 57.75	0.48
2.	Lượng nước tiểu ngày đầu	6023.63 ± 2191.22	6227.90 ± 1498.80	0.724
3.	Lượng nước tiểu ngày 3	4724.54 ± 933.61	4845.23 ± 1406.93	0.741
4.	Lượng nước tiểu ngày 7	3748.63 ± 822.28	3860.00 ± 943.26	0.682
5.	Lượng nước tiểu ra viện	3597.61 ± 959.09	3666.66 ± 756.85	0.797

Không ghi nhận sự khác biệt giữa 2 nhóm về các chỉ tiêu lâm sàng liên quan đến thận ghép như: thời gian có nước tiểu sau khi thả mạch máu nối, số lượng nước tiểu tại các thời điểm ngày đầu, thứ 3, thứ 7 và trước khi ra viện.

Bảng 4. So sánh các chỉ số lâm sàng

TT	Chỉ tiêu	Nhóm Custodioli (n=22)	Nhóm PlegiStore (n=22)	p
1.	Số lượng BC dịch rửa (G/L)	0.067 ± 0.043	0.061 ± 0.025	0.56
2.	Số lượng HC dịch rửa (T/L)	0.002 ± 0.004	0.002 ± 0.002	0.946
3.	Ure ngày 1 (1.7-8.3 mmol/l)	14.19 ± 5.39	16.86 ± 5.66	0.122
4.	Crea ngày 1 (Nam <115, Nữ <90 µmol/l)	455.93 ± 237.64	410.53 ± 185.73	0.491
5.	Ure ngày 3 (1.7-8.3 mmol/l)	11.05 ± 4.83	8.88 ± 2.20	0.067
6.	Crea ngày 3 (Nam <115, Nữ <90 µmol/l)	148.95 ± 71.44	115.24 ± 28.16	0.05

	Nữ <90 $\mu\text{mol/l}$)			
7.	Ure ngày 7 (1.7-8.3 mmol/l)	12.91 $\pm$ 8.86	9.47 $\pm$ 3.51	0.105
8.	Crea ngày 7 (Nam <115, Nữ <90 $\mu\text{mol/l}$)	135.26 $\pm$ 78.82	102.92 $\pm$ 25.30	0.08
9.	Ure khi ra viện (1.7-8.3 mmol/l)	9.56 $\pm$ 3.50	7.87 $\pm$ 2.32	0.073
10.	Crea khi ra viện (Nam <115, Nữ <90 $\mu\text{mol/l}$)	110.74 $\pm$ 21.95	93.65 $\pm$ 20.90	0.014

Không ghi nhận sự khác biệt giữa 2 nhóm về các chỉ tiêu liên quan đến dịch rửa thận (số lượng bạch cầu, hồng cầu) và các chỉ số sinh hóa chức năng thận sau ghép. Ghi nhận ở nhóm B (dùng PlegiStore) có chỉ số Creatinin ngày thứ 3 sau ghép và trước khi ra viện thấp hơn nhóm A (dùng Custodiol), tuy nhiên chức năng thận ở cả 2 nhóm đều trong giới hạn bình thường khi ra viện.

IV. BÀN LUẬN

Tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức, trường hợp ghép thận đầu tiên từ người hiến sống được thực hiện năm 2002, đến năm 2010 bệnh viện đã thực hiện trường hợp ghép thận từ người cho chết não. Trung tâm ghép tạng của bệnh viện được thành lập năm 2015, hiện nay tổng số ghép thận của bệnh viện là 1002 trường hợp, số lượng ghép thận trung bình 150 trường hợp/năm. Từ trước bệnh viện sử dụng dung dịch Custodiol trong việc bảo quản tạng ghép, đặc biệt là thận[2]. Đây là dung dịch chứa ba acid amin là histidin, tryptophan và ketoglutarat (dung dịch HTK) và các muối calci, magiê, kali và natri trong nước được điều chỉnh về pH và áp suất thẩm thấu sinh lý (pH 7,02-7,20 và 310 mOsm/kg). Các ion của acid amin trong thành phần dung dịch sẽ ngăn chặn sự kích hoạt quá trình tiêu thụ năng lượng bằng cách giảm đến mức tối thiểu nhu cầu năng lượng của cơ quan. Hệ đệm histidin-histidine hydroclorid giúp làm chậm quá trình giảm pH trong mô cơ quan trong điều kiện thiếu máu cục bộ và làm tăng tỉ lệ năng lượng kỵ khí glycolytic được tạo ra. Tryptophan có tác dụng ổn định màng tế bào còn ketoglutarat là cơ chất trong chuyển hoá hiếu khí [5]. Hiện nay, một chế phẩm mới của dung dịch HTK là PlegiStore đã được cấp phép và giới thiệu đến các đơn vị ghép tạng. Sử dụng PlegiStore có chi phí thấp hơn so với dung dịch Custodiol HTK trong ghép tạng.

Do vậy từ tháng 03/2020 chúng tôi sử dụng dung dịch PlegiStore đã được cấp phép của Bộ Y tế trong ghép thận và thực hiện nghiên cứu này để đánh giá hiệu quả của PlegiStore trong việc rửa và bảo quản thận so với dung dịch Custodiol. Chúng tôi lựa chọn nhóm bệnh nhân ghép từ người hiến khoẻ mạnh, chia ngẫu nhiên để sử dụng Custodiol và PlegiStore theo cùng quy trình và liều lượng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhìn chung không có sự khác biệt đáng kể về các thông số lâm sàng và cận lâm sàng đặc

trung cho hiệu quả sớm của quá trình ghép tạng giữa hai nhóm dùng dung dịch Custodiol và PlegiStore. Có một khác biệt về chỉ số creatinin của bệnh nhân ở tại thời điểm ra viện và kết quả này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Cần lưu ý là chỉ số creatinin tại thời điểm ba ngày sau ghép sẽ phản ánh khả năng hồi phục của tạng. Chỉ số creatinin $> 264 \mu\text{mol/l}$ được coi là dấu hiệu cho thấy khả năng tạng phục hồi chậm [6]. Trong nghiên cứu này chỉ có 01 trường hợp có biểu hiện chậm chức năng thận ghép, còn lại tất cả các bệnh nhân khác có chỉ số creatinin huyết thanh dưới ngưỡng này. Các bệnh nhân hồi phục chức năng tạng chậm được coi là dấu hiệu tiên lượng xấu đến khả năng thải ghép và cần điều chỉnh phác đồ ức chế miễn dịch một cách phù hợp[7]

Về đặc điểm bệnh nhân tham gia nghiên cứu, chúng tôi không ghi nhận có sự khác biệt giữa hai nhóm sử dụng Custodiol và PlegiStore. Điều này cho thấy kết quả phân nhóm ngẫu nhiên cân đối và do đó đảm bảo không có sai lệch trong chọn mẫu và tuyển dụng bệnh nhân. Độ tuổi của bệnh nhân là 36.06 ± 8.69 và 32 tuổi với tỉ lệ nam giới là 54,5 và 72,7% tương ứng với nhóm Custodiol và PlegiStore. Các đặc điểm về người hiến thận, hoà hợp HLA không có sự khác biệt. Có một sự khác biệt nhỏ về thời gian thiếu máu nóng và lượng dịch rửa tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Về hiệu quả trong rửa và bảo quản tạng: Thời gian bắt đầu có nước tiểu cũng như lượng nước tiểu ngày đầu của các bệnh nhân nhìn chung không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Điều này gợi ý hiệu quả trên tiêu chí lâm sàng sớm và quan trọng này là tương đối tương đồng giữa hai nhóm. Bên cạnh tiêu chí lâm sàng, chúng tôi cũng tiến hành theo dõi các tiêu chí cận lâm sàng gồm hai chỉ số phản ánh chức năng thận là ure và creatinin máu theo thời gian trong giai đoạn nội trú. Kết quả cho thấy cũng không có sự thay đổi giữa nhóm bệnh nhân sử

dụng Custodiol và PlegiStore, thậm chí ở nhóm bệnh nhân được rửa thận bằng PlegiStore có chỉ số Creatinin giảm nhiều hơn (bảng 4).

Như vậy, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên này đã cho cái nhìn ban đầu về tính tương đồng trên lâm sàng của hai chế phẩm bảo quản thận đối với bệnh nhân ghép thận. Qua kết quả này, các đơn vị có thể cân nhắc áp dụng linh động hai chế phẩm trên thực hành.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu nghiên cứu khá nhỏ và thời gian theo dõi ngắn nên có thể kết quả chưa đủ phát hiện được những khác biệt ở mức độ nhỏ do thiếu hiệu lực thống kê và chưa đủ để kết luận về hiệu quả dài hạn[4]. Bên cạnh đó, các chỉ số lâm sàng ghi nhận còn tương đối hạn chế ở hai chỉ số ure và creatinin. Đây chỉ là hai thông số trung gian phản ánh chức năng thận trên lâm sàng. Do đó, cần có những đánh giá chi tiết và dài hạn hơn trong những nghiên cứu tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Việc sử dụng PlegiStore đã chứng minh được tính an toàn và hiệu quả trên nhóm bệnh nhân ghép thận từ người hiến sống. Dung dịch này đã được cấp phép và có thể sử dụng trong phẫu thuật ghép các tạng khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Nguyên Vũ (2015)**, Đánh giá kết quả lấy, rửa và ghép thận từ người cho chết não tại bệnh viện Việt Đức, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Trịnh Hồng Sơn, Trần Hà Phương, et al. (2010)**, "Bảo quản tạng ghép", Y học thực hành, 728(7), pp.
3. **Bretschneider H. J. (1980)**, "Myocardial protection", Thorac Cardiovasc Surg, 28(5), pp. 295-302.
4. **Connie J. Wang, Ahmad Tuffaha, et al. (2018)**, "Association of Slow Graft Function with Long-Term Outcomes in Kidney Transplant Recipients", Annals of Transplantation, 23 pp. 224-231.
5. **Fridell J. A., Mangus R. S., et al. (2009)**, "Clinical experience with histidine-tryptophan-ketoglutarate solution in abdominal organ preservation: a review of recent literature", Clin Transplant, 23(3), pp. 305-12.
6. **Kolonko A., Krol R., et al. (2020)**, "Early graft function and intrarenal resistant index after kidney transplantation using Biolasol-A new solid organ preservation fluid", Artif Organs, pp.
7. **Park J. H., Yang C. W., et al. (2002)**, "Comparisons of clinicopathological correlations between immediate and slow graft function in renal transplant recipients", Clin Transplant, 16 Suppl 8, pp. 18-23.
8. **Sealed envelope (2020)**, "CREATE A RANDOMISATION LIST", Retrieved 22, October, 2020, from <https://www.sealedenvelope.com/simple-randomiser/v1/lists>.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN U TỦY THƯỢNG THẬN

Phùng Quốc Toàn¹, Nguyễn Khoa Diệu Vân^{1,2}

TÓM TẮT

U tủy thượng thận là khối u phát triển từ các tế bào ưa crom của tủy thượng thận thường sản xuất ra một hoặc nhiều loại catecholamin: noradrenaline, adrenaline, và dopamine. Đây là bệnh lý hiếm gặp với tỷ lệ mắc hàng năm là 2-8/1.000.000 người. Bệnh có thể dẫn đến tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị thích hợp. **Mục tiêu:** nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u tủy thượng thận. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu, bệnh nhân được chẩn đoán u tủy thượng thận từ tháng 06/2018 đến tháng 07/2020 tại bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, tỷ lệ mắc của

nữ và nam lần lượt 56.2% và 43.8%, tuổi trung bình 44.32 ± 14.04 tuổi, huyết áp tâm thu/huyết áp tâm trương cao nhất ghi nhận được trước phẫu thuật là $149.9 \pm 29.8/88.8 \pm 14.1$ mmHg, số bệnh nhân có tăng huyết áp thường xuyên chiếm 34.4%, tăng huyết áp cơn chiếm 37.5%. U phát hiện tình cờ chiếm 62.5%, trong khi u có triệu chứng nghi ngờ chiếm 37.5%. Các triệu chứng hay gặp ở bệnh nhân u tủy thượng thận gồm: đau đầu (31.1%), trống ngực (50%), vã mồ hôi (31.1%), cảm giác nóng hoặc bừng mặt (28.1%), mệt mỏi (34.4%). Trong đó, có 6 bệnh nhân có tam chứng kinh điển (đau đầu, vã mồ hôi, trống ngực) chiếm 18.8%. Có 1 bệnh nhân có biểu hiện của cơn bão catecholamine cấp (3.2%). Về cận lâm sàng: tỷ số nồng độ hormone cao trên giới hạn trên của giá trị bình thường khoảng 5.85 lần. Số BN có dày thất trái trên siêu âm tim chỉ chiếm 18,8%. Về hình ảnh khối u: u bên phải gặp nhiều hơn, chiếm 65.6%, u 2 bên chiếm 6.3%, kích thước u trên cắt lớp vi tính/cộng hưởng từ ổ bụng và tuyến thượng thận 44.28 ± 18.83 mm. **Kết luận:** U tủy thượng thận là một bệnh lý hiếm gặp với bệnh cảnh lâm sàng đa dạng. Các bác sỹ lâm sàng cần phải ý thức được các biểu

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Quốc Toàn

Email: phungquotoan2604@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2020

Ngày duyệt bài: 25.11.2020

hiện của bệnh để có thể phát hiện sớm và điều trị thích hợp.

Từ khóa: U tủy thượng thận, tăng huyết áp cơn.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PHEOCHROMOCYTOMA

Pheochromocytoma is tumors that arise from chromaffin cells of the adrenal medulla secrete one or more of types of catecholamine: noradrenaline, adrenaline, and dopamine. This is a rare disease which the annual incidence of pheochromocytoma is 2 – 8 per 1.000.000 persons. It can cause death if it is not diagnosed and treated reasonably. **Aims:** to comment on the clinical and subclinical characteristics of patients with pheochromocytoma. **Methods:** cross-sectional, retrospective and prospective study, patients diagnosed with primary aldosteronism from June 2018 to July 2020 at Bach Mai Hospital and Viet Duc Hospital. **Results:** In clinical features, the incidence in men and women was 56.2% and 43.8%, respectively, average age 44.32 ± 14.04 years. The highest systolic/diastolic blood pressure preoperatively was $149.9 \pm 29.8/88.8 \pm 14.1$ mmHg, the rate of patients with sustained hypertension was 34.4%, and 37.5% for paroxysmal hypertension. The rate of adrenal incidentaloma was 62.5% whereas it was 37.5% for suspected pheochromocytomas. The common symptoms of pheochromocytomas included headaches (31.3%), palpitation (50%), sweating (31.3%), feeling hot/flush (28.1%), tiredness (34.4%). In there, there were six patients with classic triad (headaches, sweating and palpitation). There was a patient with pheochromocytoma crisis. In subclinical terms, the mean of highest ratio of 24hrs urinary catecholamines deviated the upper level of normal was 5.85. The number of patients with left ventricular hypertrophy was six (18.8%). In diagnostic imaging, the right-sided tumors was 65.6%, bilateral tumors was 6.3%, the average tumor diameter in Computed Tomography Scan or Magnetic resonance imaging was 44.28 ± 18.83 mm. **Conclusion:** Pheochromocytoma is a rare disease with variable clinical presentations. Clinicians need to be aware of spectrum of pheochromocytoma to detect and treat reasonably.

Key words: Pheochromocytoma, Paroxysmal hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tủy thượng thận là khối u phát triển từ các tế bào ưa crom của tủy thượng thận thường sản xuất ra một hoặc nhiều loại catecholamin: epinephrin, norepinephrin, và dopamin. Bệnh được mô tả lần đầu tiên bởi Felix Fränkel vào năm 1866. Đây là một bệnh lý hiếm gặp với tỷ lệ mắc hàng năm là 2-8/1.000.000 người. Tuy nhiên, bệnh có thể dẫn đến tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị thích hợp. Song, có tới 25% bệnh nhân u tủy thượng thận được phát

hiện tình cờ không vì các biểu hiện nghi ngờ của bệnh. U tủy thượng thận có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào, tuy nhiên, hay gặp ở lứa tuổi 40-50 tuổi với tỷ lệ như nhau ở nam và nữ⁶. Triệu chứng của bệnh thay đổi từ không triệu chứng đến những biểu hiện nặng đe dọa tính mạng. Ở những bệnh nhân có triệu chứng, các triệu chứng hay gặp gồm: đau đầu chiếm 60-90%, trống ngực chiếm 50-70%, vã mồ hôi 55-75%, tái nhợt 40-45%⁸. Mục tiêu điều trị ở những bệnh nhân u tủy thượng thận là kiểm soát huyết áp và phẫu thuật cắt bỏ u cũng như theo dõi phát hiện sớm tình trạng u tái phát hoặc di căn. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu một cách hệ thống về bệnh này, tuy nhiên, ở Việt Nam, các nghiên cứu về bệnh chưa được đánh giá đầy đủ và cỡ mẫu còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u tủy thượng thận để có những cảnh giác lâm sàng giúp phát hiện bệnh sớm và điều trị thích hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Tiêu chuẩn

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả bệnh nhân có chẩn đoán xác định bằng kết quả mô bệnh học tuyến thượng thận phù hợp với Pheochromocytoma.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân ung thư di căn.

- Bệnh nhân tiến cứu không đồng ý làm các thăm dò chẩn đoán.

- Bệnh nhân hồi cứu không đủ dữ liệu.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 32 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định u tủy thượng thận tại bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Việt Đức từ tháng 06/2018 đến tháng 07/2020 bằng kết quả giải phẫu bệnh.

2.3 Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu (từ tháng 6/2018 đến tháng 9/2019) và tiến cứu (từ tháng 10/2019 đến tháng 7/2020), bệnh nhân được lựa chọn sẽ được thu thập các thông tin theo quy trình:

***Bệnh nhân hồi cứu:** Tra cứu sổ ra vào, phần mềm bệnh viện xác định các bệnh nhân chẩn đoán u tủy thượng thận đã phẫu thuật có kết quả mô bệnh học phù hợp Pheochromocytoma. Tiến hành phỏng vấn và tra cứu bệnh án điều trị thu thập thông tin dựa theo bệnh án nghiên cứu.

***Bệnh nhân tiến cứu:** Bệnh nhân vào viện với

biểu hiện nghi ngờ u tủy thượng thận hoặc phát hiện tình cờ với đặc điểm hình ảnh hướng đến pheochromocytoma sẽ được khai thác các thông tin:

- Đặc điểm nhân trắc học: tuổi, giới.

- Đặc điểm lâm sàng:

• Tiền sử: Tăng huyết áp thường xuyên, thuốc huyết áp đang sử dụng, tăng huyết áp cơn, huyết áp cao nhất ghi nhận trước phẫu thuật.

• Triệu chứng lâm sàng: Các triệu chứng điển hình: tăng huyết áp cơn, đau đầu, vã mồ hôi, hồi hộp trống ngực. Các triệu chứng khác: tái nhợt, buồn nôn, lo lắng, nóng bừng mặt, run, sụt cân, mệt mỏi. Các biểu hiện của cơn bão catecholamin cấp (Pheochromocytoma crisis): tăng hoặc tụt huyết áp nặng, tăng thân nhiệt $>40^{\circ}\text{C}$, rối loạn ý thức, suy đa cơ quan⁷. Huyết áp kiểm soát trước phẫu thuật.

- Đặc điểm cận lâm sàng: Xét nghiệm định lượng catecholamine niệu 24h, có thể có thêm định lượng catecholamine huyết tương. Tỷ số nồng độ hormone cao nhất (Tỷ số nồng độ hormone chia giới hạn trên của giá trị bình thường cao nhất). Đánh giá dày thất trái theo tiêu chuẩn của ASE⁹ 2015.

- Đặc điểm hình ảnh: Kích thước u, hình dạng, ranh giới, tính chất u, sự xâm lấn của u.

2.4 Xử lý số liệu: phần mềm IBM SPSS Statistics 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân

Đặc điểm	Tổng số BN (n=32)
Giới: Nam	18 (56.2%)
Nữ	14 (43.8%)
Tuổi (năm)	44.32±14.04
THA thường xuyên	11 (34.4%)
THA cơn	12 (37.5%)
Huyết áp cao nhất trước phẫu thuật: HATT (mmHg) HATTr (mmHg)	149.9±29.8 88.8±14.1
Huyết áp kiểm soát trước phẫu thuật: HATT (mmHg) HATTr (mmHg)	123.4±16 77.1±9.1
Số loại thuốc hạ HA	0.78±0.87 (0-3)

Nhận xét: Nghiên cứu này được tiến hành trên 32 bệnh nhân với tuổi trung bình phát hiện bệnh 44.32±14.04 tuổi, tỷ lệ gặp ở nam và nữ lần lượt là 56.2% và 43.8% (không có sự khác biệt với $p=0.48$). Trong đó, có 12 BN (37.5%) có biểu hiện nghi ngờ được làm chẩn đoán, còn lại

20 bệnh nhân (62.5%) được phát hiện tình cờ mà không có triệu chứng nghi ngờ u tủy thượng thận. Lý do phát hiện thường do khám sức khỏe, đau bụng, mệt mỏi, đo huyết áp cao. Số BN có THA thường xuyên là 11 trường hợp (34.4%), THA cơn là 12 trường hợp (chiếm 37.5%). HATT/HATTr cao nhất ghi nhận được trung bình 149.9±29.8/88.8±14.1 mmHg. HATT/HATTr kiểm soát trước phẫu thuật là 123.4±16/77.1±9.1 mmHg. Số loại thuốc hạ HA sử dụng để kiểm soát HA trước phẫu thuật trung bình 0.78 loại (0-3).

2.5 Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng	Tổng số BN (n=32)
Trống ngực (n)	16 (50%)
Mệt mỏi (n)	11 (34.4%)
Đau đầu (n)	10 (31.3%)
Vã mồ hôi (n)	10 (31.3%)
Nóng/Bùng mặt (n)	9 (28.1%)
Sụt cân (n)	8 (25%)
Run (n)	8 (25%)
Lo lắng (n)	7 (21.9%)
Buồn nôn (n)	6 (18.8%)
Tái nhợt (n)	6 (18.8%)
Tam chứng (đau đầu, vã mồ hôi, trống ngực) (n)	6 (18.8%)
Không triệu chứng (n)	9 (28.1%)
Pheochromocytoma crisis	1 (3.1%)

Nhận xét: Các triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân u tủy thượng thận gồm: đau đầu (31.1%), trống ngực (50%), vã mồ hôi (31.1%), cảm giác nóng hoặc bừng mặt (28.1%), mệt mỏi (34.4%). Trong đó, có 6 bệnh nhân có tam chứng kinh điển (đau đầu, vã mồ hôi, trống ngực) chiếm 18.8%. Có 9 BN (28.1%) không có triệu chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 BN có biểu hiện của cơn bão catecholamine cấp: sốc tim, suy gan, suy thận, suy hô hấp cấp.

2.6 Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

	Tổng số BN (n=32)
Nồng độ Noradrenaline nước tiểu 24h ($\mu\text{g}/24\text{h}$)	366±634.4
Nồng độ Adrenaline nước tiểu 24h ($\mu\text{g}/24\text{h}$)	62±77
Tỷ số nồng độ hormone cao nhất	5.85 (0.9-34.83)
Dày thất trái (trên siêu âm tim)	6 (18.8%)

Nhận xét: Nồng độ Noradrenaline/Adrenaline nước tiểu 24h trung bình 366±634.4/62±77 $\mu\text{g}/24\text{h}$. Tỷ số nồng độ

hormon cao trên giới hạn trên của giá trị bình thường khoảng 5.85 lần. Số BN có dày thất trái trên siêu âm tim chỉ chiếm 18,8%.

2.7 Đặc điểm hình ảnh

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh

	Tổng số BN (n=32)
Vị trí: Phải	21 (65.6%)
Trái	9 (28.1%)
Hai bên	2 (6.3%)
Kích thước u (mm)	44.3±18.8
Tính chất u:	
Ranh giới rõ	32 (100%)
Không xâm lấn	32 (100%)
Không có hạch vùng	32 (100%)

Nhận xét: Kích thước u trung bình 44.3±18.8 mm. U gặp nhiều ở bên phải, chiếm 65.6%. Nhìn chung, đặc điểm hình ảnh khối u trên phim CLVT ổ bụng và tuyến thượng thận là những khối u tròn, kích thước > 3 cm, ranh giới rõ, tỷ trọng tổ chức không đồng đều. Sau tiêm chất cản quang, khối u ngấm thuốc mạnh. Những khối u kích thước lớn đôi khi có hoại tử trung tâm hoặc có cấu trúc dạng nang. Trên CHT ổ bụng và tuyến thượng thận, các khối u thường tăng tín hiệu trên T2W, đồng tín hiệu với cơ trên T1W. U không xâm lấn xung quanh, không có hạch vùng.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung: Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ gặp ở nam và nữ lần lượt là 56.2% và 43.8% (không có sự khác biệt với $p=0.48$). Kết quả này cũng giống với nghiên cứu của Jung Hee Kim¹. Tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là 44.32±14.04 tuổi, giống với kết quả nghiên cứu của Jung Hee Kim¹ (47.6±16.1 tuổi). Tỷ lệ THA thường xuyên và THA cơn trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt chiếm 34.4% và 37.5%. Tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của Sandra² lần lượt là 47.9% và 44.2%. Nguyên nhân có thể do việc sử dụng rộng rãi của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh những năm trở lại đây. Đây cũng có thể là lý do cho việc tỷ lệ BN được phát hiện tình cờ chiếm khá nhiều (62.5%) trong khi chỉ có 6 bệnh nhân (18.8%) có tam chứng kinh điển: đau đầu, vã mồ hôi, trống ngực. Nghiên cứu của Amar³ và cộng sự tiến hành từ năm 1975 đến năm 2003 trên 48 bệnh nhân được chẩn đoán u tủy thượng thận cho thấy tỷ lệ bệnh nhân phát hiện tình cờ chiếm 25%.

4.2 Đặc điểm lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng trống ngực, đau đầu, vã mồ hôi vẫn là các triệu chứng gặp nhiều nhất ở những BN u tủy thượng thận với tỷ lệ gặp

lần lượt 34.4%, 31.3%, 31.3%. Ngoài ra, các triệu chứng khác như tái nhợt lo lắng, cảm giác nóng/bùng mặt, buồn nôn, run,... gặp với tỷ lệ ít hơn. Kết quả này cũng giống với nghiên cứu của Henrik Falhammar⁴ và cộng sự. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân (3%) nhập viện với biểu hiện của cơn bão catecholamine cấp với tổn thương đa cơ quan nguy cơ tử vong cao. Tỷ lệ này thấp hơn trong 1 nghiên cứu đa trung tâm ở Đức (11%) do nghiên cứu của họ lấy cả hững bệnh nhân nhập viện khoa hồi sức tích cực do biến chứng liên quan đến u tủy thượng thận.

4.3 Đặc điểm cận lâm sàng: Nồng độ Noradrenaline/Adrenaline nước tiểu 24h trung bình 366±634.4/62±77 µg/24h. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Jae-Hyeong Park⁵ (Noradrenaline/Adrenaline nước tiểu 24h là 437.3 ± 409.2/155.0 ± 334.0 µg/24h). Tỷ số nồng độ hormon cao trên giới hạn trên của giá trị bình thường khoảng 5.85 lần. Số BN có dày thất trái trên siêu âm tim chỉ chiếm 18,8%, thấp hơn nghiên cứu của Jae-Hyeong Park⁵ (27.6%).

4.4 Đặc điểm hình ảnh: Tại thời điểm chẩn đoán, u có kích thước trung bình 44.3±18.8 mm gần tương tự kết quả của Henrik Falhammar⁴ và cộng sự (4.9cm). U bên phải chiếm 65.6%, nhiều hơn trong nghiên cứu của Jae-Hyeong Park⁵ (54%). U thường có dạng tròn, ranh giới rõ, tỷ trọng tổ chức, không xâm lấn cơ quan lân cận, không có hạch vùng.

V. KẾT LUẬN

U tủy thượng thận là một bệnh lý hiếm gặp với bệnh cảnh lâm sàng đa dạng. Các bác sỹ lâm sàng cần phải ý thức được các biểu hiện của bệnh để có thể phát hiện sớm và điều trị thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim J.H., Moon H., Noh J., et al. (2020). Epidemiology and Prognosis of Pheochromocytoma/Paraganglioma in Korea: A Nationwide Study Based on the National Health Insurance Service. *Endocrinology and Metabolism*, **35**(1), 157.
2. Werbel S.S. and Ober K.P. (1995). Pheochromocytoma: Update on Diagnosis, Localization, and Management. *Medical Clinics of North America*, **79**(1), 131–153.
3. Amar L., Servais A., Gimenez-Roqueplo A.-P., et al. (2005). Year of Diagnosis, Features at Presentation, and Risk of Recurrence in Patients with Pheochromocytoma or Secreting Paraganglioma. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, **90**(4), 2110–2116.
4. Falhammar H., Kjellman M., and Calissendorff J. (2018). Initial clinical presentation and spectrum of pheochromocytoma: a study of 94 cases from a single center. *Endocrine Connections*, **7**(1), 186–192.

5. Park J.-H., Kim K.S., Sul J.-Y., et al. (2011). Prevalence and Patterns of Left Ventricular Dysfunction in Patients with Pheochromocytoma. *Journal of Cardiovascular Ultrasound*, **19**(2), 76.
6. Guerrero M.A., Schreinemakers J.M.J., Vriens M.R., et al. (2009). Clinical Spectrum of Pheochromocytoma. *Journal of the American College of Surgeons*, **209**(6), 727–732.
7. Castellino T. and Mitmaker E. (2017). Pheochromocytoma Crisis. *Clinical Management of Adrenal Tumors*. InTech.
8. Lenders J.W.M., Eisenhofer G., Mannelli M., et al. (2005). Pheochromocytoma. *Lancet*, **366**(9486), 665–675.
9. Lang R.M., Badano L.P., Mor-Avi V., et al. (2015). Recommendations for Cardiac Chamber Quantification by Echocardiography in Adults: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. *Journal of the American Society of Echocardiography*, **28**(1), 1-39.e14.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỔNG CỔ TAY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Lê Văn Chất*, Lê Văn Đoàn**, Trần chiến*

TÓM TẮT

Hội chứng ống cổ tay (HC OCT) là một bệnh đơn dây thần kinh do chèn ép lên thần kinh giữa tại ống cổ tay rất phổ biến trong thực hành lâm sàng. Trong số các phương pháp điều trị hiện có, quan điểm điều trị phẫu thuật được cho là có hiệu quả nhất và được chấp nhận. **Mục Tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 42 bệnh nhân (42 bàn tay) được phẫu thuật cắt dây chằng ngang cổ tay điều trị hội chứng ống cổ tay tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 1/2015 đến tháng 6/2020. **Kết quả:** Trong 42 bệnh nhân (42 bàn tay: tay phải chiếm 57,1%, tay trái chiếm 42,9%), tỷ lệ nam/nữ là 6/1, độ tuổi trung bình là $50 \pm 11,61$ tuổi. Nghề nghiệp nội trợ chiếm tỉ lệ cao nhất (35,7%), hưu trí chiếm 28,6%, nhân viên văn phòng chiếm 23,8%. Điểm Boston questionnaire trước phẫu thuật là 3,71 giảm còn 1,72 sau phẫu thuật 6 tháng. Các triệu chứng lâm sàng giảm rõ rệt sau 6 tháng Tinel từ 71,4% còn 7,1%, Phalen từ 85,7% còn 11,9%, Dukan từ 97,6% còn 14,3%. Teo cơ ô mô cái từ 42,9% giảm còn 7,1% sau 6 tháng. Trước phẫu thuật không có bệnh nhân nào cảm giác da đỉnh thường, sau phẫu thuật 6 tháng tỷ lệ này tăng lên 88,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật mở ống cổ tay là một phương pháp điều trị có hiệu quả và an toàn cho bệnh lý chèn ép thần kinh giữa.

Từ khóa: Hội chứng ống cổ tay, bảng điểm Boston questionnaire, thần kinh giữa.

SUMMARY

RESULT OF SURGICAL TREATMENT FOR THE CARPAL TUNNEL SYNDROME AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

*Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

**BV Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Chất

Email: levanchat1993@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2020

Ngày duyệt bài: 25.11.2020

Carpal Tunnel Syndrome (CTS) is the most frequent entrapment mononeuropathy in daily practice due to median nerve is compressed within its course through carpal tunnel. Among the available treatments, surgical release of the nerve is the most effective and acceptable treatment option. **Objective:** Evaluate the result of surgical treatment for the Carpal Tunnel Syndrome at 108 Military Central Hospital. **Subjects and research methods:** A cross-sectional descriptive study on 42 patients (42 hands) with CTS underwent open carpal tunnel release surgery in the Carpal Tunnel Syndrome in 108 Military Central Hospital from January 2015 to June 2020. **Results:** Out of 42 patients [(42 hands: right hand (57,1%), left hand (42,9%)]]. The female/male ratio was 6/1. The mean age is $50 \pm 11,61$ years. Most of them are housewife (35,7%), retirement (28,6%) and office workers (23,8%). The Boston questionnaire score before surgery was 3.71, reduced to 1.72 after 6 months of surgery. The clinical symptoms decreased significantly after 6 months Tinel from 71.4% to 7.1%, Phalen from 85.7% to 11.9%, Dukan from 97.6% to 14.3%. Female tissue atrophy from 42.9% decreased to 7.1% after 6 months. Before surgery, no patient had normal skin sensation, after 6 months of surgery this rate increased to 88.1%. **Conclusion:** Open carpal tunnel release surgery is a safe and effective for compression neuropathy of the median nerve.

Keywords: Carpal Tunnel Syndrome, Boston questionnaire, median nerve

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay (Carpal Tunnel Syndrome) là một bệnh lý phổ biến do tình trạng chèn ép thần kinh giữa ở đoạn ống cổ tay, ảnh hưởng đến khoảng 3 – 4% số người trưởng thành, phụ nữ có nguy cơ mắc hội chứng ống cổ tay cao gấp 3 lần so với nam giới, lứa tuổi mắc bệnh chiếm tỉ lệ cao là 50 - 60 tuổi [2].

Hội chứng ống cổ tay đặc trưng bởi sự khởi phát thâm lạng và chẩn đoán chủ yếu dựa trên lâm sàng. Giai đoạn sớm bệnh nhân than phiền về cảm giác ngứa ran và tê ở lòng bàn tay, đặc

biệt là ở ba ngón tay đầu tiên và một nửa ngón tay thứ tư (vùng chi phối của thần kinh giữa), thường tăng lên về ban đêm. Nặng hơn bệnh có thể gây teo cơ, giảm chức năng và vận động bàn tay. Bệnh có thể khỏi hoàn toàn nếu được chẩn đoán sớm và điều trị, ngược lại phát hiện muộn có thể để lại những tổn thương không hồi phục và di chứng kéo dài ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và công việc của bệnh nhân [6].

Về điều trị hội chứng ống cổ tay bao gồm điều trị nội khoa và điều trị phẫu thuật. Thông thường, những bệnh nhân có triệu chứng nhẹ, thời gian ngắn sẽ được điều trị nội khoa bằng các biện pháp như nẹp, điều chỉnh hoạt động, thuốc chống viêm không steroid, thuốc lợi tiểu, vitamin B6..., tuy nhiên bệnh có tỷ lệ tái phát cao [3]. Điều trị phẫu thuật cắt dây chằng ngang cổ tay được chỉ định khi bệnh nhân đến trong giai đoạn từ trung bình đến nặng, hoặc đã điều trị nội khoa thất bại.

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay nhiều năm nay. Tuy nhiên chưa có một đánh giá nào về kết quả đạt được sau phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi viết bài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 42 bệnh nhân được chẩn đoán xác định HC OCT và được phẫu thuật cắt dây chằng ngang giải phóng ống cổ tay tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 01/2015 đến 06/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định HC OCT, có chỉ định ngoại khoa và được điều trị phẫu thuật cắt dây chằng ngang cổ tay.

Không phân biệt giới tính, lứa tuổi.

Thời gian theo dõi sau phẫu thuật tối thiểu là 06 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân có bệnh thần kinh khác như viêm đa dây thần kinh, bệnh rễ thần kinh, bệnh đám rối thần kinh cánh tay.

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin theo yêu cầu của bệnh án nghiên cứu; Bệnh nhân không thăm khám lại sau phẫu thuật.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang, lấy số liệu hồi cứu, theo dõi dọc tại các thời điểm sau mổ 1 tháng và sau mổ 6 tháng.

Chọn hồ sơ bệnh án lưu trữ đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Thu thập các dữ liệu

nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Đánh giá kết quả phẫu thuật bằng hẹn bệnh nhân khám lại và gọi điện phỏng vấn

2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu. Tuổi, giới, thời gian bị bệnh, nghề nghiệp, tiền sử bệnh lý, tay bị bệnh.

Thay đổi thang điểm Boston questionnaire, tỷ lệ dương tính của các nghiệm pháp lâm sàng, tỷ lệ bệnh nhân có teo cơ ô mô cái, tỷ lệ rối loạn cảm giác da bàn tay tại các thời điểm trước sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Số lượng: 42 BN (6 nam, 36 nữ), BN nhỏ tuổi nhất là 27 tuổi, lớn tuổi nhất là 70 tuổi. Tuổi trung bình của nam là 53,83 ($\pm 11,86$), nữ là 51,11 ($\pm 10,26$), trong đó độ tuổi từ 45 – 60 chiếm tỉ lệ cao nhất.

Nghề nghiệp: Nội trợ, hưu trí và nhân viên văn phòng là 3 nhóm chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt 35,7%, 28,6% và 23,8%. Còn lại công nhân và nông dân – tự do là 2 nhóm chiếm tỉ lệ thấp nhất.

Số bệnh nhân có tiền sử mắc các bệnh lý khớp viêm mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất 21,4%. Bệnh lí tăng huyết áp cao thứ 2 chiếm tỉ lệ 7,1%.

Tiền sử điều trị HC OCT: có 85,7% bệnh nhân đã được điều trị bằng ít nhất một phương pháp điều trị nội khoa. Có 5 bệnh nhân chưa từng được điều trị bằng phương pháp nào.

Lý do vào viện: BN vào viện chủ yếu vì cảm thấy tê bì bàn tay (66,7%). Các triệu chứng đau cổ bàn tay, dị cảm bàn tay, yếu cổ bàn tay có tỷ lệ tương đương 16,7%, 2,4% và 14,3%.

Tỷ lệ mắc bệnh giữa 2 bàn tay không có sự khác biệt nhiều: tay phải 57,1%, tay trái 42,9%.

Thời gian mắc bệnh: BN mắc bệnh < 2 năm chiếm phần lớn (76,2%), ≥ 2 năm chiếm 23,8%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 3.1: Thay đổi thang điểm Boston questionnaire sau phẫu thuật

	Bảng điểm SSS	Bảng điểm FSS	Bảng điểm BQ
Trước PT	3,76 $\pm$ 0,35	3,66 $\pm$ 0,31	3,71 $\pm$ 0,31
Sau PT 1 tháng	2,72 $\pm$ 0,3	2,81 $\pm$ 0,4	2,77 $\pm$ 0,34
Sau PT 6 tháng	1,72 $\pm$ 0,27	1,73 $\pm$ 0,28	1,72 $\pm$ 0,27

Nhận xét: Trung bình điểm Boston questionnaire giảm dần sau phẫu thuật tại các thời điểm 1 tháng, 6 tháng. Sự khác biệt về trung bình điểm Boston questionnaire tại các thời

điểm trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.2: Tỷ lệ dương tính của các nghiệm pháp lâm sàng sau PT

	Tỷ lệ dương tính		
	Test Tinel	Test Phalen	Test Dukan
Trước PT	71,4%	85,7%	97,6%
Sau PT 1 tháng	19%	64,3%	81%
Sau PT 6 tháng	7,1%	11,9%	14,3%

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật đã cải thiện rất nhiều qua các thời điểm khám lại. Sau phẫu thuật 6 tháng, tỷ lệ

dương tính các nghiệm pháp còn rất thấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.3: Tỷ lệ bệnh nhân có teo cơ ô mô cái tại các thời điểm sau phẫu thuật

Tỷ lệ teo cơ ô mô Cái	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Trước PT	18	42,9 %
Sau PT 1 tháng	14	33,3 %
Sau PT 6 tháng	3	7,1 %

Nhận xét: Sau phẫu thuật 6 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có teo cơ ô mô cái giảm đi rõ rệt so với trước phẫu thuật, từ 42,9% xuống còn 7,1%, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.4: Sự cải thiện cảm giác da sau phẫu thuật

	Nhận biết 2 điểm < 6mm	Nhận biết 2 điểm 6-10 mm	Nhận biết 2 điểm 11-15 mm	Nhận biết 1 điểm	Không nhận biết
Trước PT	0 %	26,2 %	73,8 %	0 %	0%
Sau PT 1 tháng	2,4 %	93 %	4,8 %	0 %	0 %
Sau PT 6 tháng	88,1 %	11,9 %	0%	0 %	0%

Nhận xét: Bệnh nhân có test cảm giác da bàn tay giữa 2 điểm < 6mm (cảm giác da bình thường) tăng lên rõ rệt sau PT 6 tháng từ 0% trước PT lên 88,1% sau PT.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Qua nghiên cứu trên chúng ta thấy hội chứng ống cổ tay chủ yếu gặp ở nữ giới, nhóm tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 45 – 60 tuổi, kết quả này của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên thế giới [4]. Về nghề nghiệp thì nội trợ, hưu trí và nhân viên văn phòng là 3 nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt 35,7%, 28,6% và 23,8 %. Đây là 3 nhóm nghề không đòi hỏi sức lao động nặng nhưng lại đòi hỏi tính tỉ mỉ, lao động trong một thời gian dài, đòi hỏi cổ tay chịu một áp lực nhẹ nhưng kéo dài, là yếu tố nguy cơ gây nên tình trạng bệnh. Phần lớn các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tiền sử viêm khớp mạn tính (21,4%) và đã từng điều trị nội khoa nhưng không khỏi (85,7%), với thời gian đến viện dưới 2 năm (76,2%). Đa phần lí do khiến bệnh nhân đến viện là tê bì bàn tay (66,7%) và tỷ lệ mắc bệnh không có sự khác biệt nhiều giữa 2 tay (tay phải 57,1%, tay trái 42,9%).

4.2. Kết quả phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay

Thay đổi bảng điểm Boston questionnaire. Điểm Boston questionnaire trước phẫu thuật là 3,71 giảm còn 1,72 sau 6 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của các tác giả khác trong nước

và trên thế giới. Tác giả Mallick năm 2007 nghiên cứu trên 300 bệnh nhân sau phẫu thuật hội chứng ống cổ tay 6 tháng có mức giảm điểm SSS là 2 điểm và điểm FSS là 1,59 điểm so với trước phẫu thuật [5]. Năm 2014, Đặng Hoàng Giang nghiên cứu trên 34 bệnh nhân có sự thay đổi rõ rệt ở bảng điểm Boston questionnaire trước phẫu thuật là 3,66 giảm còn 1,72 sau 6 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [1].

Các nghiệm pháp lâm sàng sau phẫu thuật. Sau 1 tháng mức độ thay đổi về tỷ lệ dương tính các triệu chứng khá rõ rệt khác đối với cả 3 nghiệm pháp lâm sàng, đặc biệt là Tinel giảm từ 74,1% còn 19%, Phalen từ 85,7% còn 64,3%, Dukan từ 97,6 còn 81%. Tác giả Jacqueline 2013 nghiên cứu 74 bệnh nhân, kết quả sau phẫu thuật các triệu chứng Tinel giảm từ 62% còn 47%, Phalen từ 87% còn 62% sau 1 tháng [7], sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả có thể do nhóm nghiên cứu của chúng tôi đến trong giai đoạn muộn của bệnh, sự cải thiện lâm sàng sau phẫu thuật 1 tháng kém.

Sau 6 tháng, tỷ lệ dương tính trong các nghiệm pháp lâm sàng giảm đi rõ rệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%. Các nghiệm pháp Tinel, Phalen, Dukan giảm chỉ còn lần lượt là 7,1%, 11,9% và 14,3%. Kết quả này của chúng tôi giống với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước [1], [7].

Triệu chứng teo cơ ô mô cái sau phẫu thuật. Trước phẫu thuật có 42,9% bệnh nhân bị teo cơ, sau phẫu thuật 1 tháng tỷ lệ này giảm còn 33,3%, sau 6 tháng còn 7,1%, tỷ lệ hồi phục có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ này cho thấy khả năng phục hồi tốt hơn so với nghiên cứu của một số tác giả trước đó. Năm 2014, Đặng Hoàng Giang nghiên cứu trên 34 bệnh nhân trước phẫu thuật có 33% bệnh nhân bị teo cơ, sau phẫu thuật 6 tháng tỷ lệ này giảm còn 8,8%[1]. Theo Trần Trung Dũng và cộng sự năm 2019 nghiên cứu tiến hành trên 150 bàn tay ở 118 bệnh nhân trước khi phẫu thuật, có 26,7% bệnh nhân bị teo cơ, sau phẫu thuật 6 tháng tỷ lệ này đã giảm xuống còn 14%[8]. Sự phục hồi tốt hơn của triệu chứng teo cơ sau phẫu thuật 6 tháng trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có thể là do các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có thời gian đến viện và được phẫu thuật trước 2 năm kể từ khi mắc bệnh.

Triệu chứng rối loạn cảm giác da bàn tay sau phẫu thuật

Trước phẫu thuật nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào có cảm giác da bình thường (nghiệm pháp phân biệt 2 điểm $< 6\text{mm}$), bắt đầu từ tháng thứ 1 có 2,4% và tăng lên 88,1% sau phẫu thuật 6 tháng. Kết quả của chúng tôi có phần tốt hơn nghiên cứu của Đặng Hoàng Giang 2014 có tỷ lệ phục hồi cảm giác da bình thường sau 6 tháng là 52,3%[1].

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào bị rối loạn cảm giác da nặng (chỉ nhận biết được 1 điểm). Điều này có thể được giải thích do thời điểm thăm khám và phẫu thuật của các bệnh nhân hầu hết sớm dưới 2 năm bị bệnh.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên cho ta thấy hội chứng ống cổ tay là bệnh lý phổ biến trên lâm sàng. Phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay là một phương pháp điều trị có hiệu quả tốt cho bệnh lý thần kinh giữa do chèn ép vị trí ống cổ tay. Phương pháp này được chỉ định cho những bệnh nhân có mức độ bệnh lý trung bình và nặng, khi điều trị nội khoa thất bại. Kết quả xa cho thấy các bệnh nhân đều hài lòng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hoàng Giang (2014)**, Kết quả điều trị phẫu thuật hội chứng ống cổ tay, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú.
2. **Alanazy MH (2017)**, "Clinical and electrophysiological evaluation of carpal tunnel syndrome: approach and pitfalls", *Neurosciences*, 22 (3), pp. 169.
3. **Atroshi I, Flondell M, Hofer M, et al. (2013)**, "Methylprednisolone injections for the carpal tunnel syndrome: a randomized, placebo-controlled trial", *Annals of internal medicine*, 159 (5), pp. 309-317.
4. **Blazar PE, Floyd IV WE, Han CH, et al. (2015)**, "Prognostic indicators for recurrent symptoms after a single corticosteroid injection for carpal tunnel syndrome", *JBJS*, 97 (19), pp. 1563-1570.
5. **Mallick A, Clarke M, and Kershaw C (2007)**, "Comparing the outcome of a carpal tunnel decompression at 2 weeks and 6 months", *The Journal of hand surgery*, 32 (8), pp. 1154-1158.
6. **Padua L, Coraci D, Erra C, et al. (2016)**, "Carpal tunnel syndrome: clinical features, diagnosis, and management", *The Lancet Neurology*, 15 (12), pp. 1273-1284.
7. **Tan JSW, Tan AB-H (2012)**, "Outcomes of open carpal tunnel releases and its predictors: a prospective study", *Hand Surgery*, 17 (03), pp. 341-345.
8. **Trung DT, Ngọc TM, Ngọc SD, et al. (2019)**, "Endoscopic carpal tunnel release surgery: a case study in Vietnam", *Journal of orthopaedic surgery and research*, 14 (1), pp. 149.

TIỀN LƯỢNG TÁI PHÁT XƠ CỨNG RỈ RÁC THỂ TỦY DỰA TRÊN MỘT SỐ YẾU TỐ LÂM SÀNG TỪ ĐỢT BỆNH ĐẦU TIÊN

Nguyễn Trung Sơn*, Nguyễn Văn Liệu*

TÓM TẮT

Mục Tiêu: Tiên lượng tần suất và thời điểm tái phát dựa trên các biểu hiện lâm sàng trên bệnh nhân xơ cứng rải rác thể tủy từ đợt bệnh đầu tiên. **Đổi**

tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 38 bệnh nhân được chẩn đoán xơ cứng rải rác thể tủy đã, đang điều trị và theo dõi tại bệnh viện Bạch Mai bằng cách phân tích liên quan giữa số đợt tái phát trong hai năm đầu của bệnh nhân xơ cứng rải rác thể tủy với một số yếu tố lâm sàng. **Kết quả:** Các bệnh nhân bệnh nhân khởi phát ≤ 40 tuổi thì có tần suất có ≥ 3 đợt tái phát trong hai năm đầu gấp 10,76 lần so với nhóm những bệnh nhân khởi phát > 40 tuổi. Khởi phát sớm trước 40 tuổi thì khả năng xuất hiện triệu chứng thị giác cao gấp 12,83 lần khởi phát sau 40 tuổi. Những bệnh nhân có nhiều hơn

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Sơn

Email: drnguyentrungson@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 24.11.2020

1 triệu chứng khởi phát thì có khả năng sớm xuất hiện đợt thứ 2 trong vòng hai năm hơn gấp 12,44 lần những bệnh nhân có 1 triệu chứng khởi phát. Tuy nhiên số đợt tái phát trong hai năm đầu không có mối liên quan với những bệnh nhân có triệu chứng khởi phát thị giác. **Kết luận:** Những bệnh nhân khởi phát sớm trước 40 tuổi thì có nguy cơ cao có nhiều đợt tái phát trong những năm đầu và có khả năng cao là có triệu chứng thị giác. Những bệnh nhân có nhiều triệu chứng khởi phát thì có nguy cơ xuất hiện đợt bệnh thứ 2 sớm hơn những bệnh nhân có 1 triệu chứng khởi phát. Tuy nhiên số đợt tái phát trong hai năm đầu không có mối liên quan với những bệnh nhân có triệu chứng khởi phát thị giác.

Từ khóa: xơ cứng rải rác, tái phát.

SUMMARY

PROGNOSIS OF RELAPSE OF SPINAL CORD MULTI SCLEROSIS BASED ON CLINICAL SYMPTOMS IN THE FIRST DISEASE

Objective: Prognose number of relapses in the first two years based on first-appeared clinical symptoms in spinal cord multi sclerosis. **Subjects and methods:** The study was carried-out on 38 multi sclerosis patients who have being treated and monitored at Bach Mai Hospital by analyzing the relationship between the number of relapses in the first two years of a patient with their clinical symptoms of movement, sensation, vision and the age of disease onset. **Results:** Patients with onset of disease after 40 years of age had a number of relapses ≥ 3 in the first two years which was 10.76 times in comparison to the ones with onset 40 years or younger. Patients with onset of disease before 40 years of age had visual symptoms in 12.8 times in comparison to the ones with onset 40 years or older. Patients who expressed more than one sign at onset had the next period of the disease earlier than the others. There was no correlation between the number of relapses in the first two years and visual symptoms at the onset. **Conclusions:** Patients with onset of age before 40 years have a higher risk of relapse with visual symptoms compared with onset of age 40 and older. Patients who expressed more than one sign at onset had the next period of the disease earlier than the others. There was no correlation between the number of relapses in the first two years and visual symptoms at the onset.

Keywords: Multi sclerosis, relapse.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh xơ cứng rải rác (XCRR) là một bệnh viêm mất myelin của hệ thần kinh trung ương, với nhiều ổ tổn thương, gây nên các triệu chứng thần kinh đa tổn thương, nhiều đợt, mạn tính [1]. Trong đó tổn thương tủy là dạng thường gặp trong lâm sàng bệnh xơ cứng rải rác, đặc biệt ở quần thể người châu Á. Tổn thương hủy myelin cấp hoặc bán cấp ở tủy sống có thể là đợt bệnh đầu tiên thường được biết đến như viêm tủy cắt ngang.

Xơ cứng rải rác là bệnh mạn tính, tái phát nhiều lần. Sau mỗi lần tái phát, triệu chứng bệnh

nặng dần và các khiếm khuyết thần kinh ngày một nhiều. Việc theo dõi tái phát và đánh giá các yếu tố tiên lượng tái phát góp phần tích cực cho việc phân loại bệnh nhân và đưa ra phương án theo dõi và điều trị hợp lý.

Các khiếm khuyết chức năng thần kinh trên lâm sàng phản ánh vị trí tổn thương tại thần kinh trung ương, nhiều nghiên cứu cho thấy mỗi vị trí tổn thương lại có tiên lượng bệnh khác nhau [2], [3]. Trước đây và ngay cả sau khi MRI ra đời, các triệu chứng lâm sàng vẫn luôn là yếu tố không thể thiếu trong chẩn đoán, tiên lượng xơ cứng rải rác. Do đó tiên lượng sớm ngay từ đợt bệnh đầu tiên dựa trên biểu hiện lâm sàng đóng vai trò rất quan trọng trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 38 bệnh nhân điều trị tại khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai được chẩn đoán xác định xơ cứng rải rác thể tủy theo tiêu chuẩn McDonald 2010. Các bệnh nhân được khai thác tiền sử, bệnh sử và theo dõi các đợt tái phát tiếp theo. Chia bệnh nhân các nhóm khởi phát trước và sau tuổi 40, có hay không có các triệu chứng lâm sàng về vận động, cảm giác, thị giác. Tiếp đó tiến hành phân tích mối liên quan về số đợt tái phát trong hai năm đầu giữa các nhóm có hay không có các biểu hiện trên.

Phương pháp nghiên cứu: phương pháp mô tả cắt ngang, phương pháp nghiên cứu hồi cứu với nguồn thông tin từ bệnh nhân, những người thân và gia đình bệnh. Mẫu nghiên cứu có 38 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

Thu thập số liệu: Các bệnh nhân nghi ngờ lấy tại khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai, được thăm khám lâm sàng, chụp MRI, xét nghiệm dịch não tủy để chẩn đoán xác định xơ cứng rải rác thể tủy theo tiêu chuẩn McDonald 2010, loại trừ những trường hợp hợp không thỏa mãn. Khai thác bệnh sử, ghi nhận các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, theo dõi tiến triển. Những bệnh nhân theo dõi có ít nhất 2 đợt tái phát trên lâm sàng trong vòng 2 năm đầu được đưa vào nghiên cứu, tiến hành phân tích mối liên quan giữa số đợt tái phát trên lâm sàng trong 2 năm đầu với các biểu hiện lâm sàng trong đợt bệnh đầu tiên.

Xử lý và phân tích số liệu: Bảng phần mềm thống kê y học SPSS 20.

Đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng tham gia được giải thích về mục đích, nội dung, phương pháp nghiên cứu, tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu... Thông tin cá nhân sẽ được mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Liên quan giữa số đợt tái phát trong hai năm đầu với tuổi khởi phát

Bảng 1 Liên quan giữa số đợt tái phát trong hai năm đầu với tuổi khởi phát

		Tuổi khởi phát		Tổng	OR	p
		≤ 40	>40			
Số lần xuất hiện trong 2 năm đầu	≥ 3	10	1	11	10,76	0,026
		43.48%	6.67%	28.95%		
	< 3	13	14	27		
		56.52%	93.33%	71.05%		
Tổng		23	15	38		
		100%	100%	100.0%		

Nhận xét: Trong nhóm những bệnh nhân khởi phát ≤40 tuổi thì có 43,48% bệnh nhân có ≥3 đợt tái phát trong hai năm đầu, nhiều gấp 10,76 lần so với nhóm những bệnh nhân khởi phát > 40 tuổi khi chỉ có 6,67% bệnh nhân có ≥3 đợt tái phát trong hai năm đầu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,026$; OR: 10,76; CI: 0,01-0,83).

2. Liên quan giữa số triệu chứng khởi phát với thời gian từ khi khởi phát đến khi xuất hiện đợt thứ 2

Bảng 2 Liên quan giữa số triệu chứng khởi phát với thời gian từ khi khởi phát đến khi xuất hiện đợt thứ 2

		Số triệu chứng khởi phát		Tổng	OR	p
		> 1	1			
Thời gian đến khi xuất hiện đợt thứ 2	≤2 năm	28	3	31	12,44	0,013
		90.32%	42.86%	81.58%		
	>2 năm	3	4	7		
		9.68%	57.14%	18.42%		
Tổng		31	7	38		
		81.58%	18.42%	100.0%		

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân có số triệu chứng khởi phát >1 thì số bệnh nhân có thời gian từ khi khởi phát đến khi xuất hiện đợt thứ 2 ≤2 năm chiếm 90,32%. Tỷ lệ này gấp 12,44 lần so với nhóm bệnh nhân có 1 triệu chứng khởi phát. Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê ($p=0,013$, OR: 12,44; CI: 0,012 – 0,544). Như vậy khi số triệu chứng khởi phát >1 thì bệnh nhân có khả năng xuất hiện đợt thứ 2 sớm hơn so với khi chỉ có 1 triệu chứng khởi phát.

3. Liên quan giữa tuổi khởi phát với triệu chứng khởi phát thị giác

Bảng 3 Liên quan giữa tuổi khởi phát với triệu chứng khởi phát thị giác

Tuổi khởi phát	Triệu chứng thị giác		Tổng	OR	p
	Có	Không			
≤40	11	12	23	12,83	0,012
	47.83%	52.17%	100.0%		
>40	1	14	15		
	6.67%	93.33%	100.0%		
Tổng	12	26	38		
	31.6%	68.4%	100.0%		

Nhận xét: Những bệnh nhân có tuổi khởi phát ≤40 tuổi thì khả năng xuất hiện triệu chứng khởi phát thị giác gấp 12,83 lần những bệnh nhân khởi phát ở tuổi >40. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,012$; OR: 12,83; CI: 0,009 – 0,695).

4. Liên quan giữa số đợt tái phát trong hai năm đầu với triệu chứng khởi phát thị giác

Bảng 4 Liên quan giữa số đợt tái phát trong hai năm đầu với triệu chứng khởi phát thị giác

		Triệu chứng thị giác		Tổng	OR	p
		Có	Không			
Số đợt tái phát trong 2 năm đầu	≥ 3	4	7	11	1,35	0,71
		33.33%	26.92%	28.95%		
	< 3	8	19	27		
		66.67%	73.08%	71.05%		
Tổng		12	26	38		
		100.0%	100.0%	100.0%		

Nhận xét: Những bệnh nhân có triệu chứng khởi phát thị giác có khả năng xuất hiện ≥ 3 đợt tái phát trong 2 năm đầu cao gấp 1,35 lần những bệnh nhân không có triệu chứng khởi phát thị giác. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,71$; OR: 1,35; CI: 0,17 – 3,24).

IV. BÀN LUẬN

Xơ cứng rải rác là bệnh lý do viêm mất myelin mạn tính, đặc trưng bởi các đợt tái phát bệnh. Tái phát được định nghĩa là sự xuất hiện một triệu chứng mới hoặc sự tiến triển nặng hơn triệu chứng cũ mà kéo dài hơn 24h, có thể quy cho là do MS mà không có có biểu hiện sốt hoặc bệnh khác đan xen, và trước đợt đó các triệu chứng bền vững hoặc không cải thiện trong vòng 30 ngày [4]. Các nghiên cứu gần đây về mặt sinh bệnh học đã có những lý giải rõ ràng về nguyên nhân tái phát, đó là do tồn tại cả hai quá trình viêm mất myelin và thoái hóa sợi trục trên bệnh nhân MS, chúng được thừa nhận như là đặc trưng của xơ cứng rải rác từ những nghiên cứu ban đầu về mô bệnh học [5].

Trước đây, các yếu tố tiên lượng đợt tiến triển thứ phát sau các đợt tái phát đã được xác định chặt chẽ trong một số nghiên cứu như trong nghiên cứu của Antonio Scalfari và cộng sự trên cơ sở theo dõi một lượng lớn bệnh nhân ở Anh, kết quả cho thấy tỉ lệ bệnh nhân chuyển sang giai đoạn thứ phát, thời gian từ khi khởi bệnh đến khi chuyển sang giai đoạn thứ phát và mức độ tiến triển tàn tật có liên quan đến số đợt tái phát trước đó [6]. Nghiên cứu của Mark P. Gorman và cộng sự năm 2009, kết quả cho thấy tái phát xuất hiện thường xuyên hơn ở giai đoạn sớm của MS và ở những bệnh nhân khởi phát sớm nhiều hơn là những bệnh nhân khởi phát muộn [7].

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa tuổi khởi phát bệnh và số lần tái phát bệnh trong 2 năm đầu trên bệnh nhân xơ cứng rải rác thể tùy, kết quả là trong nhóm những bệnh nhân khởi phát ≤ 40 tuổi thì tỉ lệ bệnh nhân có ≥ 3 đợt tái phát trong hai năm đầu, nhiều gấp 10,76 lần so với nhóm những bệnh nhân khởi phát > 40 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,026$; OR: 10,76; CI: 0,01-0,83). Như vậy, những bệnh nhân có tuổi khởi phát càng lớn thì tần suất xuất hiện các đợt tái phát càng thưa. Điều này cũng tương ứng với các nghiên cứu ở trên.

Trong tiên lượng tiến triển của MS dựa trên các triệu chứng lâm sàng, từ những năm 1990, J G Phadke đã tổng hợp các triệu chứng và so

sánh trên nhiều nhóm bệnh nhân tác giả đã thu được nhiều kết quả có giá trị: Về vị trí tổn thương khi bắt đầu khởi bệnh, tác giả thấy những bệnh nhân có viêm thị thần kinh đơn độc có tiên lượng tốt hơn và những bệnh nhân có tổn thương tủy sống hoặc có nhiều hơn một tổn thương thì có tiên lượng xấu hơn. Những bệnh nhân có khởi phát là tổn thương viêm thần kinh thị, tổn thương tiểu não hoặc tổn thương tủy sống thì có tỉ lệ cao có quá trình bệnh tái phát - thuyên giảm, ngược lại, những bệnh nhân có có tổn thương lúc khởi phát nhiều hơn một tổn thương thì thường có kiểu khởi phát tiến triển ngay từ đầu hoặc sau một số đợt tái phát [2].

Nhận thấy tầm quan trọng về những biểu hiện lâm sàng sớm có thể thăm khám được ngay từ đợt bệnh đầu tiên, chúng tôi đã tiến hành đánh giá dựa trên số triệu chứng khởi phát và các triệu chứng thị giác, đây là triệu chứng mà người bệnh dễ nhận biết nhất và đi khám sớm, ngay từ đợt bệnh đầu tiên. Trong nhóm bệnh nhân có số triệu chứng khởi phát >1 thì số bệnh nhân có thời gian từ khi khởi phát đến khi xuất hiện đợt thứ 2 $\leq$ năm chiếm 90,32%. Tỉ lệ này gấp 12,44 lần so với nhóm bệnh nhân có 1 triệu chứng khởi phát. Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê ($p=0,013$, OR: 12,44; CI: 0,012 – 0,544). Như vậy khi số triệu chứng khởi phát >1 thì bệnh nhân có khả năng xuất hiện đợt thứ 2 sớm hơn so với khi chỉ có 1 triệu chứng khởi phát. Về triệu chứng thị giác, những bệnh nhân có tuổi khởi phát ≤ 40 tuổi thì khả năng xuất hiện triệu chứng khởi phát thị giác gấp 12,8 lần những bệnh nhân khởi phát ở tuổi >40 . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,012$; OR: 12,83; CI: 0,009 – 0,695).

Nghiên cứu của chúng tôi cũng đồng thời tiên lượng tái phát dựa trên triệu chứng thực thể mà trong đó triệu chứng thị giác có tần suất xuất hiện cao và dễ nhận biết nhất từ đợt bệnh đầu tiên. Kết quả cho thấy những bệnh nhân có triệu chứng khởi phát thị giác có khả năng xuất hiện ≥ 3 đợt tái phát trong 2 năm đầu cao gấp 1,35 lần những bệnh nhân không có triệu chứng khởi phát thị giác. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,71$; OR: 1,35; CI: 0,17 – 3,24).

V. KẾT LUẬN

Xơ cứng rải rác được đặc trưng bởi các đợt tái phát mà đã được chứng minh trên lâm sàng và làm sáng tỏ qua các cơ chế mô bệnh học. Tiên lượng tái phát có vai trò rất quan trọng trong điều trị, theo dõi và đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân. Các biểu hiện lâm sàng trong

đợt bệnh đầu tiên là yếu tố cần thiết để tiên lượng sớm quá trình tiến triển của bệnh. Trong đó tuổi khởi phát có liên quan mật thiết với số đợt tái phát trong thời gian đầu, tuổi khởi phát càng cao thì khả năng xuất hiện số đợt tái phát càng thưa. Tuổi khởi phát sớm trước 40 tuổi thì khả năng xuất hiện triệu chứng thị giác cao hơn khởi phát muộn sau 40 tuổi. Những bệnh nhân có nhiều hơn 1 triệu chứng khởi phát thì có khả năng sớm xuất hiện đợt thứ 2 hơn những bệnh nhân có 1 triệu chứng khởi phát. Tuy nhiên những bệnh nhân có triệu chứng khởi phát thị giác không có liên quan đến số đợt tái phát trong hai năm đầu của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Daniel D. Trương, L.Đ.H.v.N.T.H., Thần Kinh Học Lâm Sàng. 2004.

2. Phadke, J.G., Clinical aspects of multiple sclerosis in north-east Scotland with particular reference to its course and prognosis. *Brain*, 1990. **113** (Pt 6): p. 1597-628.
3. Mowry, E.M., et al., Clinical predictors of early second event in patients with clinically isolated syndrome. 2009. **256**(7): p. 1061-1066.
4. Krupp, L.B., et al., Consensus definitions proposed for pediatric multiple sclerosis and related disorders. *Neurology*, 2007. **68**(16 Suppl 2): p. S7-12.
5. Koch, M., et al., Progression in multiple sclerosis: further evidence of an age dependent process. *J Neurol Sci*, 2007. **255**(1-2): p. 35-41.
6. Scalfari, A., et al., Onset of secondary progressive phase and long-term evolution of multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2014. **85**(1): p. 67-75.
7. Gorman, M.P., et al., Increased relapse rate in pediatric-onset compared with adult-onset multiple sclerosis. *Arch Neurol*, 2009. **66**(1): p. 54-9.

ĐÁNH GIÁ THÔNG KHÍ VÙNG PHỔI Ở BỆNH NHÂN SUY HÔ HẤP CẤP TIẾN TRIỂN ĐƯỢC THÔNG KHÍ XÂM NHẬP BẰNG BẢNG ĐIỂM SIÊU ÂM PHỔI TẠI GIƯỜNG

Đặng Duy Hiền¹, Đỗ Ngọc Sơn², Vũ Đăng Lưu^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thông khí vùng phổi ở bệnh nhân suy hô hấp cấp tiến triển (Acute Respiratory Distress Syndrome – ARDS) được thông khí xâm nhập bằng bảng điểm siêu âm phổi tại giường. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu thực hiện trên 24 bệnh nhân ARDS được thông khí xâm nhập tại khoa Cấp cứu và khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2019 đến tháng 10/2020. Siêu âm phổi đánh giá mức độ thông khí của 12 vùng phổi theo bảng điểm siêu âm phổi điểm cao nhất 3 điểm khi có hình ảnh A - line, điểm siêu âm phổi (LUS) là điểm cộng của 12 vùng. Các dữ liệu về cơ học phổi, khí máu, hình ảnh X quang, chỉ số SOFA, chỉ số nước ngoài mao mạch phổi (EVLWI) đo bằng PICCO được thu thập trong 3 ngày liên tiếp. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện 64 lần siêu âm phổi trên 24 bệnh nhân ARDS được thông khí xâm nhập có tuổi trung bình 44 ± 13 (năm), tỷ lệ nam: nữ là 2:1. Kết quả điểm siêu âm phổi (LUS) cao tập trung chủ yếu tại vùng sau, dưới với nhiều hình ảnh đồng

đặc, B – line. Điểm siêu âm phổi có tương quan mạnh ngược chiều với độ giãn nở phổi ($r = -0,554$, $p < 0,05$), tương quan mạnh cùng chiều với chỉ số EVLWI ($r = 0,789$, $p < 0,05$), không có tương quan với các chỉ số PaO_2/FiO_2 , chỉ số tổn thương phổi LIS, thang điểm SOFA với $p > 0,05$. **Kết luận:** Điểm siêu âm phổi (LUS) đánh giá qua siêu âm phổi tại giường có tương quan mạnh với độ giãn nở phổi và chỉ số EVLWI trên bệnh nhân ARDS được thông khí xâm nhập.

Từ khóa: suy hô hấp cấp tiến triển, siêu âm phổi, thông khí vùng phổi

SUMMARY

REGIONAL LUNG AERATION BY BEDSIDE LUNG ULTRASOUND SCORE IN PATIENTS WITH ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME ON INVASIVE VENTILATION

Objective: to evaluate regional lung aeration by bedside lung ultrasound score (LUS) in patients with Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) on invasive ventilation. **Patients and Methods:** A prospective observational study was carried out on 24 patients with ARDS who were on invasive ventilation at the Emergency Department and Intensive Care Unit of Bach Mai Hospital from October 2019 to October 2020. Lung ultrasound was performed on the 12 regions according to the lung ultrasound score, the highest score was 3 points with consolidation, the lowest was 0 points with the A – line. The final LUS of the patient was the sum of each regional ultrasound score (ranging from 0 to 36). Data on lung mechanics, blood gas, X-ray images, SOFA score, extravascular

¹Đại học Y Hà Nội,

²Khoa Cấp Cứu A9- Bệnh viện Bạch Mai

³Trung tâm Điện Quang – Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Sơn

Email: sonngocdo@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 24.11.2020

lung water indices (EVLWI) measured by PICCO were simultaneously collected for 3 consecutive days.

Results: 64 lung ultrasounds were performed on 24 ARDS patients on invasive ventilation with an average age of 44 ± 13 (years), the ratio of men vs. women was 2: 1. Results of ultrasound of the lungs (LUS) were higher mainly in the posterior and lower areas with many consolidation, B - line images. LUS was strongly inversely correlated with respiratory system compliance ($r = -0.554$, $p < 0.05$), strongly correlated with the EVLWI ($r = 0.789$, $p < 0.05$), no correlation was observed with the PaO₂/FiO₂, lung injury score, the sequential organ failure assessment score with $p > 0.05$. **Conclusion:** Bedside LUS were strongly correlated with the respiratory system compliance and EVLWI in invasive ventilated ARDS patients.

Keyword: Acute respiratory distress syndrome, lung ultrasound, regional lung aeration

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) rất thường gặp trong các khoa hồi sức cấp cứu có tỷ lệ tử vong cao và di chứng nặng nề. Đặc trưng của ARDS là tổn thương màng phế nang mao mạch lan tỏa, tăng tính thấm mao mạch phổi, làm cho dịch và các chất có trong lượng phân tử cao từ trong lòng mạch thoát ra ngoài khoảng kẽ vào phế nang dẫn đến mất thể tích thông khí bình thường còn gọi là hiện tượng "phổi nhỏ" (baby lung). Bên cạnh đó tổn thương phổi trong ARDS phân bố không đồng đều mà phụ thuộc theo chiều trọng lực nên hình ảnh đông đặc tập trung chủ yếu tại vùng đáy sau hai bên phổi [1]. Hiện nay có nhiều phương pháp đánh giá mức độ thông khí phổi trên bệnh nhân ARDS như khám lâm sàng, khí máu động mạch, đo áp lực thực quản tính áp lực xuyên thành, đo chỉ số căng xé (stress index), chụp X quang, cắt lớp vi tính. Tuy nhiên các phương pháp này đều tồn tại những nhược điểm nhất định như không chính xác, không phổ biến, giá thành cao, tăng phơi nhiễm với tia X, rủi ro khi vận chuyển bệnh nhân [2]. Gần đây nhiều nghiên cứu về giá trị của siêu âm phổi trong ARDS và thu được những kết quả nhất định. Tương tự như CT, siêu âm phổi có khả năng đánh giá tốt thông khí từng vùng phổi, nên được ứng dụng trong theo dõi đáp ứng khi thực hiện nghiệm pháp huy động phế nang, thông khí nằm sấp, ECMO. Ngoài ra, dựa vào hình ảnh siêu âm thu được có thể phân loại được dạng tổn thương khu trú hay lan tỏa, có giá trị trong việc lựa chọn chiến lược thông khí cũng như tiên lượng tử vong. Bảng điểm siêu âm phổi (Lung Ultrasound Score – LUS) lần đầu được giới thiệu bởi Bouhemad, thực hiện trên 12 vùng phổi, tính toán dựa trên các dấu hiệu A line, B line, đông đặc phổi, đã được chứng minh

là công cụ tốt để đánh giá thông khí các vùng của phổi [3]. Hơn nữa siêu âm phổi có ưu điểm tiện dụng, thực hiện tại giường, chi phí thấp và dễ dàng lập lại. Hiện tại ở Việt Nam siêu âm phổi vẫn còn là vấn đề mới, chưa có nhiều nghiên cứu áp dụng siêu âm trong việc đánh giá thông khí vùng phổi ở bệnh nhân ARDS vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu đánh giá thông khí vùng ở bệnh nhân ARDS được thông khí xâm nhập.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân ARDS được thông khí xâm nhập điều trị tại khoa Cấp Cứu và khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai thời gian từ 10/2019 – 10/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân chẩn đoán ARDS theo tiêu chuẩn Berlin 2012 [4]

- Thông khí nhân tạo xâm nhập ≥ 48 h

- Tuổi ≥ 16

Tiêu chuẩn loại trừ

- Tiên lượng tử vong trong 24h đầu

- Rối loạn huyết động nặng không thể thay đổi tư thế.

- Dị dạng lồng ngực nặng, tràn khí dưới da không thể thăm dò bằng siêu âm

- Bệnh nhân và người nhà từ chối tham gia vào nghiên cứu

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả tiến cứu

Phương tiện nghiên cứu

- Máy siêu âm SonoSite hãng Fujifilm sản xuất tại Nhật Bản có đầu dò cong tần số 3,5 – 5 MHz.

- Máy chụp X quang tại giường X – Buggy của hãng Obayashi.

- Máy phân tích khí máu Stat Profile Phox Ultra của hãng NOVA biomedical

- Máy đo các thông số huyết động hòa loãng nhiệt PICCO: PULSION Medical systems AG sản xuất tại Đức

- Máy thở The Puritan Bennett 840 của hãng Medtronic sản xuất tại Ireland

- Các máy xét nghiệm khác: tại labo trung tâm bệnh viện Bạch Mai

Quy trình nghiên cứu:

- Lựa chọn tất cả những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu

- Điều trị chuẩn theo quy trình điều trị của Khoa cấp cứu và Hồi sức tích cực

- Đo độ chỉ số nước ngoài mạch phổi (EVLWI) nhờ phương pháp pha loãng nhiệt xuyên phổi (PICCO)

- Siêu âm phổi tính điểm LUS tại thời điểm t0

(vào viện), t0 +24h, t0 + 48h

- Ngay khi siêu âm phổi tại các thời điểm tx thực hiện theo thứ tự lần lượt các bước đánh giá: lấy khí máu động mạch tính PaO₂/FiO₂, đo độ giãn nở tĩnh trên máy thở, chụp X quang ngực thẳng tại giường.

1. Quy trình siêu âm phổi.

Chuẩn bị: Bác sỹ được đào tạo về siêu âm phổi, một người hỗ trợ, bệnh nhân nằm ngửa, đầu bằng.

Tiến hành

Bước 1: Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn, tình trạng ống nội khí quản, đường truyền, catheter tĩnh mạch trung tâm

Bước 2: Mỗi bên phổi được chia thành 3 vùng trước, bên, sau bằng các đường giữa xương ức, đường nách trước, đường nách sau. Mỗi vùng này lại được chia làm phần trên và phần dưới bởi đường nằm ngang đi qua khoảng liên sườn 5.

Bước 3: Siêu âm lần lượt 8 vùng ở phía trước và bên của hai bên phổi.

Tiếp theo, người hỗ trợ nghiêng bệnh nhân, bộc lộ lần lượt vùng phía sau hai bên phổi. Bác sỹ tiến hành siêu âm 4 vùng phổi còn lại phía sau hai bên.

Siêu âm sử dụng đầu dò cong tần số 3- 5 MHz, đầu dò cắt ngang qua 2 cung sườn và vuông góc với xương sườn. Định hướng đầu dò quay lên phía đầu, chỉ điểm màn hình ở góc bên trái. Hình ảnh của siêu âm phổi được lưu lại trên USB có đánh dấu chú thích vùng phổi và thời điểm được siêu âm (t0, t0 + 24h, t0 + 48h). Hình ảnh siêu âm được xem và đọc lại độc lập bởi bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh.

Bác sỹ thực hiện ghi điểm từng vùng vào mẫu nghiên cứu dựa trên nhận định hình ảnh siêu âm như sau: 0 điểm – đường A hoặc đường B nhưng số lượng ≤ 3 , 1 điểm: đường B1: số lượng đường B lớn hơn 3, khoảng cách ngang giữa các đường B > 3mm, 2 điểm: đường B2: số lượng đường B lớn hơn 3 khoảng cách ngang giữa các đường B < 3mm, 3 điểm: hình ảnh đông đặc phổi. Dựa vào kết quả siêu âm phổi tính điểm LUS bằng cách cộng điểm 12 vùng

Bước 4: Đưa bệnh nhân về tư thế ban đầu, kiểm tra ống nội khí quản, catheter tĩnh mạch trung tâm.

1. Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu được phân tích theo phương pháp thống kê y học, trên chương trình SPSS 20.0. Các thuật toán sử dụng bao gồm: Mô tả trung bình và độ lệch chuẩn cho biến định lượng phân bố chuẩn và mô tả trung vị và tứ phân vị cho biến không chuẩn.

Mô tả tần số và tỉ lệ phần trăm cho biến định tính. Các biến liên tục có phân phối chuẩn được kiểm tra bằng phép thử Kolmogorov-Smirnov và được so sánh bằng phép thử T-Test. Phân tích tương quan bằng mô hình hồi quy tuyến tính. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nam	16	67
Nữ	8	33
Tuổi nghiên cứu (năm) (Trung bình $\pm$ SD)	44 $\pm$ 13 (năm) Cao nhất: 66, thấp nhất: 16	
Tổng	24	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 44 $\pm$ 13 tuổi. Nam giới chiếm phần lớn bệnh nhân (67%).

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ dẫn đến ARDS và tỷ lệ các biện pháp điều trị

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Yếu tố nguy cơ		
Viêm phổi	19	79
Đuối nước	3	13
Nhiễm khuẩn ngoài phổi	2	2
Biện pháp điều trị		
An thần	24	100
Giãn cơ	20	83
Kháng sinh	24	100
Kháng nấm	3	12,5
Kháng virus	2	8,3
Lọc máu	16	66,7
Nằm sấp	9	37,5
Mở phổi	3	12,5
T tuần hoàn ngoài cơ thể	1	4,2

Nhận xét: Yếu tố nguy cơ chủ yếu dẫn đến ARDS là viêm phổi (79%). 100% bệnh nhân có sử dụng an thần, kháng sinh. Tỷ lệ bệnh nhân được nằm sấp 37,5%, trong khi đó chỉ có 1 bệnh nhân được điều trị bằng ECMO

Bảng 3. Chỉ số lâm sàng ngày thứ nhất

Chỉ số	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn
SOFA	9 $\pm$ 5
LIS	2,8 $\pm$ 0,5
Độ giãn nở phổi (mL/cm H ₂ O)	25,8 $\pm$ 7,5

PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	171 ± 67
LUS	21,9 ± 4,2

LIS: chỉ số tổn thương phổi (Lung Injury Score)

SOFA: (Sequential Organ Failure Assessment)

Nhận xét: Chỉ số SOFA, LIS, LUS của nhóm nghiên cứu trong ngày thứ nhất tương đối cao, trong khi đó có sự giảm mạnh về độ giãn nở phổi và chỉ số PaO₂/FiO₂.

2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm phổi theo bảng điểm siêu âm phổi.

Bảng 4. Điểm siêu âm phổi ở các vùng phổi khác nhau *t test

	Điểm siêu âm phổi	p
Trên	10 ± 3	< 0,05*
Dưới	11 ± 3	
Trước	5 ± 3	<0,05*
Bên	7 ± 2	
Sau	9 ± 2	
Trái	11 ± 3	<0,05*
Phải	10 ± 3	

Nhận xét: Điểm siêu âm phổi tăng dần theo vị trí vùng phổi theo chiều từ trước ra sau và từ trên xuống dưới khi bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa. Điểm siêu âm phổi của phổi phải và trái cũng khác nhau. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05

3. Tương quan điểm siêu âm phổi với các chỉ số đánh giá tổn thương phổi

Bảng 3.1. Tương quan của điểm siêu âm phổi với các chỉ số đánh giá tổn thương phổi (tổng cộng các lần đo)

	r	p
SOFA	-0,103	> 0,05
LIS	0,232	> 0,05
PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	-0,224	>0,05
Độ giãn nở phổi((mL/cm H ₂ O)	-0,554	<0,05**
EVLWI (ml/kg)	0,769	<0,05**

** : Spearman's rho

Nhận xét: Điểm siêu âm phổi có mối tương quan mạnh ngược chiều với độ giãn nở phổi và thuận chiều với chỉ số EVLWI (r = - 0,554 và 0,769, p < 0,05), không có mối tương quan với chỉ số SOFA, PaO₂/FiO₂, LIS.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 24 bệnh nhân ARDS được thông khí xâm nhập có độ tuổi trung bình là 44 ± 13 (năm), nam giới chiếm đa số với tỷ lệ nam/nữ: 2/1 (**Bảng 1.1**). Trong các yếu tố nguy cơ dẫn đến ARDS, căn nguyên chủ yếu vẫn là viêm phổi (79%). Trong ngày thứ nhất, chỉ số LIS, SOFA cao còn PaO₂/FiO₂ và độ

giãn nở phổi giảm nhiều (**Bảng 1.3**). Hầu hết các phương pháp điều trị đều đã được áp dụng trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu từ điều trị nền tảng (an thần, giãn cơ, thở máy theo ARDSnet, kháng sinh) cho đến điều trị cứu vãn (mở phổi, nằm sấp, ECMO), tuy nhiên tỷ lệ tử vong vẫn cao (67%) (**Bảng 1.2**)

2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm phổi theo bảng điểm siêu âm phổi. Nghiên cứu cho thấy, các hình ảnh siêu âm phân bố không đồng đều giữa các vùng phổi trên, dưới, trái phải và trước bên sau khi bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa. Các hình ảnh đồng đặc, B2 tập trung chủ yếu tại vùng phổi phụ thuộc (sau, dưới), trong khi đó hình ảnh B1 và A line chủ yếu tại vùng phổi không phụ thuộc (trên và trước). Tổng điểm ở vùng trước, bên, sau của phổi lần lượt là 5 ± 3, 7 ± 2, 9 ± 2 (**Bảng 2.1**), sự khác biệt này tương tự trong nghiên cứu của Haddam (2016) [5]

3. Tương quan của điểm siêu âm phổi với các chỉ số tổn thương phổi khác.

Trong 64 lần thực hiện siêu âm phổi trên 24 bệnh nhân nghiên cứu, điểm siêu âm phổi (LUS) có mối tương quan mạnh ngược chiều với độ giãn nở phổi, trong khi đó không có mối tương quan với chỉ số SOFA, LIS, P/F (**Bảng 3.1**). Kết quả này khác với nghiên cứu của Zhen Zhao (2015) và Lianhua Li (2015) khi điểm siêu âm phổi có tương quan với tất cả chỉ số này [6],[7]. Kết quả của nghiên cứu có thể được giải thích do SOFA phản ánh mức độ suy đa tạng kể cả ngoài phổi, còn các chỉ số PaO₂/FiO₂, LIS ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố nhất là các biện pháp điều trị.

Trong nhóm nghiên cứu, có 6 bệnh nhân được thăm dò huyết động xâm lấn bằng PICCO để tính chỉ số EVLWI với tổng cộng 16 lần đo. Kết quả cho thấy, LUS tương quan mạnh với EVLWI trong các lần đo này, tương tự nghiên cứu của Zhen Zhao (2015).

4. Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế nhất định. Kết quả siêu âm phổi có được phụ thuộc chủ quan của người nghiên cứu, chúng tôi cũng chưa đưa đánh giá được độ lặp lại (Repeatability/Test-retest reliability), sự nhất quán của người chẩn đoán cũng như giữa những người chẩn đoán (intraobserver và interobserver). Cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ, cần có những nghiên cứu bổ sung để đưa ra những kết luận có thể đại diện tốt cho quần thể nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Điểm siêu âm phổi (LUS) đánh giá bằng siêu âm phổi tại giường có tương quan với độ giãn

nở phổi và chỉ số nước ngoài mao mạch phổi trên bệnh nhân ARDS được thông khí xâm nhập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gattinoni L., Pesenti A. (2005).** The concept of "baby lung". *Intensive Care Med*; 31: 776–784.
2. **Ball et al (2017).** Lung imaging: how to get better look inside the lung. *Ann Transl Med*, 5:294.
3. **Bouhemad B. et al (2011).** Bedside ultrasound assessment of positive end-expiratory pressure-induced lung recruitment. *Am J Respir Crit Care Med*, 183:341–347.
4. **Ferguson N. D., Fan E., Camporota L. et al (2012).** The Berlin definition of ARDS: an expanded rationale, justification, and

supplementary material. *Intensive Care Med*, 38 (10), 1573–1582.

5. **Haddam M., Zieleskiewicz L., Perbet S., et al (2016).** Lung ultrasonography for assessment of oxygenation response to prone position ventilation in ARDS. *Intens Care Med*; 42:1546–1556.
6. **Zhao Z., Jiang L., Xi X., et al (2015).** Prognostic value of extravascular lung water assessed with lung ultrasound score by chest sonography in patients with acute respiratory distress syndrome. *BMC Pulm Med*.
7. **Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue. (2015).** The value of lung ultrasound score in evaluating clinical severity and prognosis in patients with acute respiratory distress syndrome.

BƯỚC ĐẦU NGHIÊN CỨU VỀ GÂY MÊ HỒI SỨC CHO PHẪU THUẬT LASER QUANG ĐÔNG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG TRUYỀN MÁU TRONG SONG THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Duy Ánh*, Nguyễn Đức Lam**, Nguyễn Thị Sim*

TÓM TẮT

Hội chứng truyền máu trong song thai (TMST) là một hội chứng rất hiếm gặp, tỉ lệ tử vong của thai nhi rất cao nếu không được điều trị. Trong các phương pháp điều trị hiện nay, phẫu thuật laser quang đông để đốt các mạch máu nối thông giữa hai thai cho thấy có hiệu quả cao. **Mục tiêu:** Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp vô cảm bằng gây tê tại chỗ lidocain 2% phối hợp với tiền mê bằng fentanyl và midazolam trong phẫu thuật laser quang đông điều trị hội chứng truyền máu ở bệnh nhân song thai tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** 23 bệnh nhân song thai có hội chứng truyền máu, có chỉ định điều trị bằng phẫu thuật laser quang đông. Tiền mê bằng 2mg midazolam và fentanyl 2mcg/kg trước khi đặt sonde tiểu. Sau đó, gây tê tại các vị trí chọc troca bằng lidocain 2%. Đánh giá tình trạng đau và vận động của bệnh nhân trong quá trình phẫu thuật, sự hài lòng của phẫu thuật viên cũng như kết quả phẫu thuật và các biến chứng của gây mê hồi sức. **Kết quả:** Tuổi thai trung bình tại thời điểm phẫu thuật là 20.7 tuần, có hội chứng truyền máu song thai chủ yếu ở giai đoạn 2-3 (95,7%). Đa số bệnh nhân khỏe mạnh (91,4%). Tuổi thai trung bình lúc sinh là 33,05±4,04 tuần. Vô cảm thành công ở cả 23 trường hợp, không có trường hợp nào phải chuyển phương pháp khác vì đau hay hạn chế quan sát phẫu trường. Phẫu thuật viên đều đánh giá ở mức độ hài lòng. Phẫu thuật thành công ở 20/23 bệnh nhân, có 3 trường hợp thất

bại, trong đó 2 trường hợp thai lưu và 1 trường hợp ối vỡ non. Không có trường hợp nào có các biến chứng của gây mê như suy hô hấp mẹ, tụt huyết áp, ngộ độc thuốc tê... **Kết luận:** Vô cảm bằng gây tê tại chỗ phổi hợp với tiền mê bằng midazolam và fentanyl có hiệu quả tốt cho phẫu thuật laser quang đông điều trị hội chứng truyền máu trong song thai, không ghi nhận các biến chứng liên quan đến gây mê hồi sức.

Từ khóa: Gây mê hồi sức, hội chứng truyền máu, laser quang đông

SUMMARY

THE FIRST STEP OF RESEARCH ON ANESTHESIA FOR PHOTOCOAGULATION LASER SURGERY OF TWIN-TO-TWINS TRANSFUSION SYNDROME AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Twin-to-twins transfusion syndrome (TTS) is a very rare syndrome with a very high mortality rate if they untreated. Of the current treatments, laser surgery to burn the vessels between the two fetuses shows the most effective. **Aim:** Characteristics of twin-to-twin transfusion syndrome with laser surgery and the efficacy of local anesthesia with 2% lidocaine in combination with premedication drugs as fentanyl and midazolam for this surgery in the Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** 23 patients in 2nd trimester with twin-to-twin transfusion syndrome planned for laser surgery were selected. Premedication drugs were equal to 2mg of midazolam and fentanyl 2mcg/kg before urinary catheter insertion. Subsequently, 2% lidocaine was used to local anesthesia at the troca puncture sites. Evaluation of patients pain and mobility, surgeon satisfaction as well as surgical outcomes and complications of resuscitation anesthesia. **Results:** The average gestational age is about 20.7 weeks, with twin-to-twin transfusion syndrome mainly in the 2-3 stage

*Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Ánh

Email: bsanhbnh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020

Ngày duyệt bài: 18.11.2020

(95.7%). Most mothers are healthy (91.4%). The mean gestational age was 33.05 ± 4.04 weeks at birth. Anesthesia was successful in all 23 cases, has no case had to change other method anesthesia because of pain or limited observation of the field surgery. The surgeons rate the satisfaction level. Surgery was successful in 20/23 patients, there were 3 cases failure, of which 2 cases of stillbirth and 1 case of premature ruptured amniotic fluid, the main cause was due to too late intervention. There were no cases of failure due to the complications of anesthesia such as respiratory failure, hypotension, or drug poisoning. **Conclusion:** Local anesthesia combined with premedication drugs as midazolam and fentanyl were highly efficiency in laser surgery. The risk of anesthesia complications is very low.

Keywords: Anesthesia reanimation, Twin-to-twins transfusion syndrome, photocoagulation laser surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng truyền máu song thai là một hội chứng lâm sàng hiếm gặp, tỉ lệ 0,9-1,9/1000 trẻ; tuy nhiên, có tỉ lệ tử vong của thai nhi rất cao lên tới 80-100% nếu không được điều trị trước 26 tuần. Nguyên nhân của hiện tượng này là do sự nối thông động mạch- tĩnh mạch tại bánh rau giữa thai cho và thai nhận gây ra hậu quả vô cùng nặng nề: phù thai, suy tim thai nhận gây thai lưu, chết thai, nguy cơ tổn thương hệ thần kinh... Có nhiều biện pháp điều trị cho hội chứng truyền máu song thai bao gồm: hút ối giảm thể tích ối, mở thông màng ối, hủy một thai bằng kẹp dây rốn, đốt mạch nối bằng laser quang đông... Trong đó, phẫu thuật đốt mạch nối bằng laser quang đông là một phương pháp mới, hiệu quả cao và ít gây biến chứng, được áp dụng ngày càng phổ biến trên thế giới trong đó có bệnh viện phụ sản Hà Nội.

Vô cảm tốt trong quá trình phẫu thuật giúp bệnh nhân nằm yên, tạo phẫu trường tối ưu cho phẫu thuật viên, đồng thời giảm thiểu tối đa các biến chứng của vô cảm đối với mẹ và thai. Có nhiều phương pháp vô cảm đã được thực hiện cho phẫu thuật này như gây tê tại chỗ, gây tê vùng, gây tê trục thần kinh, gây mê. Tuy nhiên, phương pháp gây tê tại chỗ phối hợp với tiền mê là phương pháp tối ưu hơn cả bởi đây là phẫu thuật có mức độ xâm lấn tối thiểu, thời gian phẫu thuật ngắn.

Nghiên cứu của chúng tôi với mục tiêu Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp vô cảm bằng gây tê tại chỗ lidocain 2% phối hợp với tiền mê bằng fentanyl và midazolam trong phẫu thuật laser quang đông điều trị hội chứng truyền máu ở bệnh nhân song thai tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

• Đối tượng:

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Sản phụ ở thai kì thứ 2, được chẩn đoán hội chứng truyền máu song thai có chỉ định phẫu thuật laser quang đông.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Các sản phụ từ chối tham gia nghiên cứu

+ Sản phụ có rối loạn toàn thân nặng

• Phương pháp nghiên cứu: can thiệp, tiến cứu.

• Chọn mẫu: thuận tiện, lấy toàn bộ sản phụ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu

• Địa điểm: Bệnh viện phụ sản Hà Nội.

• Thời gian: từ tháng 10/2019 đến tháng 6/2020

*Các bước tiến hành

• **Trước phẫu thuật:** Sản phụ được siêu âm đánh giá tình trạng thai.

Dẫn nhin ăn trước phẫu thuật 6 giờ. Uống Indomethacin 25 mg x 2 viên trước mổ 1 giờ.

• Phẫu thuật được tiến hành tại phòng mổ:

- Bệnh nhân vào phòng mổ được theo dõi M, HA, SpO₂, EtCO₂, nhiệt độ, nhịp thở, đặt sonde tiểu, thở oxy mũi 2 lít/phút

- Tiến hành tiền mê bằng midazolam 2mg phối hợp với fentanyl 2mcg/kg. Giảm đau bằng gây tê tại chỗ với lidocain 2% tại các vị trí chọc trocar, với liều lidocain sử dụng thấp hơn liều tối đa (4mg/kg). Trong mổ truyền tĩnh mạch chậm indomethacin và paracetamol để giảm đau.

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, nếu xuất hiện suy hô hấp (nhịp thở <10 lần/phút, SpO₂ < 95%) hỗ trợ hô hấp bằng mask, bóng ambu.... Nếu xuất hiện HA > 140/90 mmHg, tìm và giải quyết các nguyên nhân (đau, bang quang căng,...), có thể sử dụng nicardipin truyền SE tĩnh mạch suy trì HA <140/90mmHg khi không tìm thấy nguyên nhân nào khác.

- Phẫu thuật tiến hành dưới hướng dẫn siêu âm, dùng laser quang đông đốt toàn bộ mạch nối. Theo dõi tim thai trong quá trình phẫu thuật.

• Sau phẫu thuật, bệnh nhân được lưu tại viện ít nhất 24h, điều trị giảm co và kháng sinh. Tiếp tục theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và nước tiểu 1h/lần, theo dõi tim thai, cơn co tử cung, tình trạng ối....

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung các trường hợp TMST được phẫu thuật laser quang đông

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số		Tổng (n = 23)	Tỉ lệ (%)
Tuổi mẹ		28,7 ± 4,89 (22-38)	
Tuổi thai		20,7 (17 - 26)	
Giai đoạn hội chứng truyền máu	1	0	0,0
	2	16	69,6
	3	6	26,1
	4	1	4,3
	5	0	0,0
Vị trí rau	Mặt trước	10	43,5
	Mặt sau	13	56,5
Tình trạng sức khỏe mẹ trước can thiệp	Khỏe mạnh	21	91,4
	Tiểu đường	1	4,3
	Tiền sản giật	1	4,3

Nhận xét: - Tình trạng mẹ trước phẫu thuật: Phần lớn sản phụ khỏe mạnh (91,4%), có một trường hợp bị tiền sản giật nặng (4,3%) và một trường hợp bị đái tháo đường thai kỳ (4,3%).

- Giai đoạn Quintero: Đa số các trường hợp được can thiệp ở giai đoạn 2 (69,6%) và giai đoạn 3 (26,1%), có một trường hợp được can thiệp ở giai đoạn 4 (4,3%). Không có trường hợp nào can thiệp ở giai đoạn 1 và giai đoạn 5.

- Tuổi thai trung bình tại thời điểm phẫu thuật là 20,7 tuần, thấp nhất là 17 tuần, cao nhất là 26 tuần.

2. Hiệu quả vô cảm của phương pháp gây tê tại chỗ phối hợp với tiền mê

Bảng 3.2. Đặc điểm về gây mê hồi sức

Thông số	Giá trị trung bình	Min - Max
Mạch (lần/phút)	83,5 ± 12,4	61 - 109
Huyết áp trung bình (mmHg)	85,2 ± 9,6	72 - 101
Tần số thở (lần/phút)	16,3 ± 5,7	12 - 22
SpO2 (%)	98,7 ± 1,2	92 - 100
Điểm đau VAS	1,5 ± 0,6	0 - 3
Sự hài lòng của phẫu thuật viên	Hài lòng	100%

Nhận xét: - Hiệu quả vô cảm: phẫu thuật được thực hiện thuận lợi ở cả 23 trường hợp bằng gây tê tại chỗ (lidocaine) phối hợp với tiền mê (fentanyl, midazolam). Không có trường hợp nào phải chuyển phương pháp vô cảm do đau hay gây ra cử động bất thường của mẹ. Phẫu thuật viên đều đánh giá ở mức hài lòng, không có trường hợp nào bị cản trở phẫu thuật.

- Không có trường hợp nào xảy ra các tác dụng không mong muốn liên quan đến phương pháp vô cảm được sử dụng như tử vong mẹ, suy hô hấp, ngộ độc thuốc tê...

3. Kết quả sau can thiệp phẫu thuật

❖ **Kết quả sớm sau can thiệp phẫu thuật**

Bảng 3.3: Kết quả sớm sau can thiệp phẫu thuật 1 tuần

Kết quả phẫu thuật	n	%
Mẹ và thai ổn định ra viện	20	86,95
Thai lưu	2	8,7
Vỡ ối non	1	4,35
Chảy máu buồng ối	0	0
Sảy thai, rau bong non	0	0
Nhiễm trùng	0	0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân ổn định ra viện, chỉ có 4,35% vỡ ối sớm và 8,7% thai lưu.

❖ **Kết quả sau can thiệp phẫu thuật**

- Thời gian giữ thai trung bình sau phẫu thuật là 12,5 tuần (ngắn nhất là 2,6 tuần, dài nhất là 20,6 tuần). Tuổi thai trung bình lúc sinh là 33 tuần

- Tình trạng của con sau sinh:

Bảng 3.4: Điểm Apgar

Thời gian	Trung bình	Min	Max
1 phút	6,6 ± 2,88	3	8
5 phút	7,6 ± 5,35	4	9

Nhận xét: các trẻ sinh ra có điểm Apgar trung bình sau 1 phút và 5 phút thấp

Bảng 3.5: Tình trạng hô hấp của con sau phẫu thuật

Tình trạng hô hấp	Sơ sinh đủ tháng (%)	Sơ sinh non tháng (%)	Tổng
Tự Thở	5 (50,0)	5 (50,0)	10
Thở oxy	0 (0)	7 (100,0)	7
CPAP	0 (0)	9 (100,0)	9
Đặt NKQ	0 (0)	3 (100,0)	3
Tổng	5 (17,2)	24 (82,8)	29

Nhận xét: phần lớn các trẻ sinh ra là trẻ sơ sinh non tháng, phải can thiệp hỗ trợ hô hấp.

4. Báo cáo 02 ca lâm sàng đặc biệt

Trường hợp 1: Bệnh nhân Tiền sản giật có hội chứng truyền máu song thai

Sản phụ 27 tuổi, PARA 0000, thai tự nhiên

Chẩn đoán: Song thai 19 tuần 1 bánh rau- 2 buồng ối

Tuần 22,5 phát hiện: Hội chứng truyền máu song thai giai đoạn Quintero 1/ Tiền sản giật

HA: 140/90mmHg Protein niệu 1,5g/l

Siêu âm thai: Thai 1: BPD 57mm; AC 192mm; EFW: 597g; MVP 114mm; FL 39,8mm; Bàng quang: 18,4x16,8; RI :0,63 Doppler ĐM não: 26,1

Thai 2: BPD 49mm; AC 161 mm EFW: 412g; MVP 0mm; FL 35mm; Bàng quang 4,5x4,3; RI 0,69; Doppler ĐM não 43,3

Bệnh nhân được tư vấn và đồng ý can thiệp phẫu thuật laser quang đông

- Phẫu thuật được tiến hành tại phòng mổ trong 35 phút. Không có tình trạng suy hô hấp hay

rối loạn huyết động của mẹ xảy ra trong mổ, rút 600ml nước ối, giữ lại được 1 thai sau can thiệp.

- Sau phẫu thuật, bệnh nhân được lưu tại viện 24h, điều trị giảm co và kháng sinh. Theo dõi huyết áp, nhịp thở, spo2, nước tiểu 1h/lần, bệnh nhân ổn định, ra viện.

- Khám lại sau 2 tuần: HA: 126/72mmHg; Protein niệu: 4,2g/l

Siêu âm thai: Một thai lưu. Một thai sống: Tim thai 135l/p; BPD 65mm; AC 201mm; FL 42mm EFW 702g MVP 64,7mm; RI 0,73; Doppler ĐM não 14,7.

- Sau 10,5 tuần kể từ khi can thiệp (Tuổi thai 33 tuần): Sinh mổ 1 bé trai nặng 2300g, Apgar 1 phút: 7 điểm, Apgar 5 phút: 8 điểm.

Trẻ được nằm sơ sinh 1 ngày theo dõi, ổn định ra viện

Trường hợp 2: Bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ có hội chứng truyền máu song thai Sản phụ 39 tuổi, PARA, thai tự nhiên

Chẩn đoán: Song thai 18 tuần có hội chứng truyền máu song thai giai đoạn Quintero 3/ Đái tháo đường thai kỳ.

Siêu âm thai: Thai 1: BPD 40,9mm AC 133mm FL 24,9mm EFW 277g; MVP 84mm Bàng quang: có RI: 1

Thai 2: BPD 39,4mm AC: 112mm FL 24mm EFW 189g

MVP 17,5mm; Bàng quang: không RI: 0,79 Bệnh nhân được điều trị kiểm soát đường huyết bằng insulin tiêm, được tư vấn và đồng ý phẫu thuật laser quang đông.

- Phẫu thuật được tiến hành tại phòng mổ, trong quá trình phẫu thuật theo dõi và kiểm soát đường huyết chặt.

- Phẫu thuật diễn ra thuận lợi trong 60 phút, bệnh nhân không có cử động bất thường, đường huyết trong mổ duy trì ổn định, không phải sử dụng insulin. Kết quả giữ lại được cả 2 thai sau phẫu thuật.

- Sau mổ tiếp tục được theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và đường huyết 1h/lần. Bệnh nhân ổn định và ra viện sau 1 ngày.

- Sau 12 tuần (tuổi thai 30 tuần):

Sinh mổ được 2 bé trai:

Trẻ thứ 1: Nặng 1500g, Apgar 1p: 6, Apgar 5p: 7

Trẻ thứ 2: Nặng 1100g, Apgar 1p: 6, Apgar 5p: 7

Cả 2 trẻ điều trị tại khoa sơ sinh 28 ngày, ổn định ra viện.

IV. BÀN LUẬN

a. Đặc điểm chung các trường hợp TMST trong nghiên cứu

- Tuổi thai trung bình được can thiệp laser quang đông là 20,7 tuần, dao động từ 17-26 tuần. Giai đoạn Quintero khi can thiệp từ chủ yếu là giai đoạn 2-3. Đây là thời gian và giai đoạn tối ưu được chỉ định cho phẫu thuật laser quang đông, mang lại hiệu quả cao nhất.

- Tiền sử mẹ: Đa số mẹ khỏe mạnh (91,4%), có 1 trường hợp bị tiền sản giật nặng và 1 trường hợp bị đái tháo đường thai kỳ.

- Tuổi thai lúc sinh trung bình là 33,05±4,04, dao động từ 26-39 tuần, như vậy đa số các trường hợp đều sinh non. Thời gian trung bình từ khi can thiệp phẫu thuật đến khi đẻ là 12,5 tuần. Trường hợp ngắn nhất can thiệp lúc 22 tuần 4 ngày, sinh vào lúc 25 tuần (thời gian từ lúc can thiệp đến lúc sinh là 2,6 tuần).

b. Hiệu quả của phương pháp vô cảm.

Phẫu thuật được thực hiện thuận lợi ở cả 23 trường hợp. Đây là phẫu thuật có mức độ xâm lấn tối thiểu, thời gian phẫu thuật trung bình kéo dài 45 phút, không gây đau nhiều cho bệnh nhân, gây tê tại chỗ (lidocain 2%) phối hợp với tiền mê bằng fentanyl và midazolam có hiệu quả vô cảm tốt, đáp ứng đủ các yêu cầu của phẫu thuật. Không có trường hợp nào bị suy hô hấp mẹ do sử dụng fentanyl và midazolam. So với các phương pháp vô cảm khác, đây là phương pháp có nhiều ưu điểm.

Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy: Điểm đau VAS trung bình trong mổ là 1,5 ± 0,6; như vậy các bệnh nhân đều được vô cảm tốt trong mổ. Các thông số huyết động và tần số thở cũng đánh giá khách quan chất lượng vô cảm, các thông số này đều trong giới hạn bình thường. Như vậy, phương pháp của vô cảm sử dụng trong nghiên cứu này của chúng tôi có hiệu quả vô cảm đạt yêu cầu cho phẫu thuật, không ảnh hưởng đến huyết động và hô hấp của các bệnh nhân trong mổ.

Gây tê trực thần kinh cũng từng được sử dụng (TTS, NMC). Lợi ích của phương pháp này là không phải gặp các biến chứng bất lợi liên quan đến gây mê. Tuy nhiên, mức phong bế cần đạt ít nhất là từ T8-T6 có thể gây tụt huyết áp và nhịp chậm, làm giảm tưới máu thai. Hơn nữa, kĩ thuật cũng phức tạp hơn so với gây tê tại chỗ.

Gây mê toàn thân là phương pháp có nhiều nguy cơ tình trạng trào ngược gây hít sặc, rối loạn huyết động lúc khởi mê,... Kĩ thuật này thường sử dụng trong các trường hợp cần đặt bệnh nhân ở tư thế phức tạp để thuận tiện cho các thao tác phẫu thuật tại tử cung như trường hợp rau bám mặt trước gây khó khăn khi đặt trocar.

c. Kết quả chung của phẫu thuật

- 20/23 trường hợp sản phụ ổn định ra viện

sau can thiệp phẫu thuật 1 tuần. Có 3 trường hợp thất bại, trong đó có 2 trường hợp thai lưu ở giai đoạn Quintero 3 và 4, 1 trường hợp ối vỡ non. Nguyên nhân của các thất bại này không đến từ gây mê hồi sức mà do bệnh nhân được can thiệp muộn, thai đã có biến chứng phù thai tim to, hoặc cổ tử cung ngắn gây ra đẻ non.

- Số trẻ sinh đủ tháng chiếm tỷ lệ thấp (17,2%). Trẻ sinh ra có Apgar trung bình 1 phút là $6,6 \pm 2,88$, 5 phút là $7,6 \pm 5,35$, tỉ lệ suy hô hấp phải hỗ trợ oxy liệu pháp là 65,5%. Nguyên nhân do đa số các trẻ đều đẻ non khi mà tình trạng trưởng thành phổi chưa đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

Vô cảm bằng gây tê tại chỗ phối hợp với tiền mê bằng midazolam và fentanyl có hiệu quả tốt cho phẫu thuật laser quang đông điều trị hội chứng truyền máu trong song thai, không ghi

nhận các biến chứng liên quan đến gây mê hồi sức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Habli M, Lim FY, vs CS**. Twin-to-twin transfusion syndrome: a comprehensive update. Clin Perinatol. 2009 Jun;36(2):391-416.
2. **Simpson L.L.** Twin-twin transfusion syndrome: Copel J.A. Obstetric imaging. 1st ed. Elsevier, Philadelphia 2012
3. **Kumbhar, V., Radhika, vs CS (2016).** Anaesthesia for foetoscopic Laser ablation- a retrospective study. Indian journal of anaesthesia, 60(12), 931-935.
4. **Cooley S, Walsh J, Mash vs CS**. Successful fetoscopic laser coagulation for twin-to-twin transfusion syndrome under local anaesthesia. Ir Med J. 2011 Jun;104(6):187-90.
5. **Myers LB, Watcha MF.** Epidural versus general anesthesia for twin-twin transfusion syndrome requiring fetal surgery. Fetal Diagn Ther. 2004 May-Jun;19(3):286-91

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TRIỆT CĂN UNG THƯ THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN I – III

Vũ Minh Tuấn*, Trịnh Lê Huy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời triệt căn ung thư thực quản giai đoạn I – III. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiền cứu trên 36 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thực quản (UTTQ) giai đoạn I – III, được điều trị hóa chất phác đồ CF kết hợp với xạ trị 3D-CRT tại Bệnh viện K và Bệnh viện Quân Y 103 từ 1/2015 – 9/2020. **Kết quả:** Đánh giá đáp ứng trên CT: đáp ứng hoàn toàn chiếm 41,7%, đáp ứng một phần chiếm 47,2%. Biến chứng trên hệ tạo máu: thiếu máu (25%), giảm bạch cầu (25%), giảm tiểu cầu (11,1%). Biến chứng viêm thực quản (47,2%), hẹp thực quản (38,9%). **Kết luận:** hóa xạ trị đồng thời triệt căn UTTQ với kĩ thuật xạ trị 3D-CRT cho kết quả đáp ứng tốt và tỷ lệ độc tính thấp.

Từ khóa: ung thư thực quản, hóa xạ trị triệt căn, xạ trị 3D-CRT.

SUMMARY

RESULTS OF TREATING STAGE I-III ESOPHAGEAL CANCER BY CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY

Objects: To evaluate the results of concurrent

chemoradiotherapy in stage I-III esophageal cancer. **Subjects and methods:** A descriptive perspective study with 36 esophageal cancer patients treated by with CF regimen combined 3D Conformal Radiation Therapy at Vietnam Nation Cancer Hospital and 103 Hospital from 1/2015 – 9/2020. **Results:** Complete and partial response was seen in 41,7% and 47,2% patients. Common toxicities were low hematological toxicity, esophagitis (47,2%), esophagostenosis (38,9%). **Conclusions:** concurrent chemoradiotherapy in stage I-III esophageal cancer with 3D Conformal Radiation Therapy had well response results and low toxicity.

Key words: esophageal cancer, concurrent chemoradiotherapy, 3D Conformal Radiation Therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2018, UTTQ đứng hàng thứ 7 trong các ung thư thường gặp nhất ở nam giới, và đứng thứ 13 ở nữ giới¹. Tại Việt Nam, theo ghi nhận giai đoạn 2001 – 2003, tỷ lệ UTTQ tại Hà Nội ở Nam là 8,7/100.000 và ở nữ 1,7/100.000. Tuổi thường gặp từ 50 – 60². Thuốc lá và rượu là 2 yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ mắc UTTQ. Các biểu hiện lâm sàng hay gặp là nuốt nghẹn, đau ngực, gầy sút cân. Khi có các dấu hiệu này bệnh thường ở giai đoạn muộn và kết quả điều trị thấp³. Điều trị UTTQ chủ yếu phụ thuộc vào giai đoạn và chỉ số toàn trạng của người bệnh. Cùng với phẫu thuật và hóa trị, xạ trị là một trong những phương pháp phổ biến trong chiến lược kiểm soát bệnh UTTQ nói riêng.

*Trường đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Tuấn

Email: brightdoctorfu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2020

Ngày duyệt bài: 24.11.2020

Các kỹ thuật xạ trị phân bố liều lượng theo 2 chiều (2D), ba chiều (3D), ba chiều theo định dạng khối u (3D-CRT), kỹ thuật xạ trị điều biến liều lượng (IMRT), ... đã và đang được ứng dụng rộng rãi trên thế giới⁴. Phương pháp xạ trị gia tốc 3D-CRT kết hợp với hóa chất đã trở thành một trong những phương pháp điều trị chủ yếu trong UTTQ, được áp dụng thường quy tại nhiều bệnh viện lớn như Bệnh viện K, Bạch Mai, Bệnh viện Quân y 103... Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm "Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời triệt căn UTTQ giai đoạn I-III".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 36 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô (UTBM) vảy thực quản giai đoạn I-III, được điều trị hóa xạ trị đồng thời (Xạ trị kỹ thuật 3D-CRT và hóa chất phác đồ CF) tại Bệnh viện K và Bệnh viện Quân Y 103 từ 1/2015 – 9/2020.

Phác đồ điều trị: Hóa chất phác đồ CF: Cisplatin 75mg/m², truyền TM ngày 1. 5-FU 1000mg/m² truyền TM ngày 2-5. Chu kỳ 28 ngày x 4 chu kỳ (trong đó có 2 chu kỳ điều trị đồng thời với xạ trị, vào tuần 1 và tuần 5 của quá trình xạ trị. Và 2 chu kỳ còn lại vào tuần 9 và tuần thứ 13). Đồng thời BN được xạ trị ngay sau truyền 2 giờ. Tổng liều xạ trị 50,4Gy với phân liều 1,8Gy/ngày x 5 ngày/tuần.

Tiêu chuẩn lựa chọn: ECOG từ 0 – 2, được chẩn đoán xác định UTBM vảy thực quản bằng giải phẫu bệnh, giai đoạn I-III (AJCC 8th), điều trị hóa xạ trị đồng thời triệt căn phác đồ CF, 3D-CRT.

Tiêu chuẩn loại trừ: không thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu, có hai ung thư đồng thời, bỏ điều trị hoặc không theo dõi được.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu và tiến cứu.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập bằng mẫu bệnh án nghiên cứu dựa trên các ghi nhận trên hồ sơ bệnh án và liên hệ bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân qua điện thoại

Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

- Đánh giá giai đoạn bệnh TNM theo AJCC 2017
- Đánh giá đáp ứng theo RECIST 1.1-WHO
- Đánh giá tác dụng không mong muốn (độc tính điều trị) theo CTCAE 4.0

2.4. Phân tích và xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 20.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trường Đại Học Y Hà Nội

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

Bảng 1: Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Tuổi trung bình 56,94; Min42, Max 76	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ %
Tuổi		36	100%
Giới	Nam	35	97,2
	Nữ	1	2,8
Tiền sử	Thuốc lá	7	19,4
	Rượu	6	16,7
	Thuốc lá + rượu	22	61,12
	Khác	1	2,8
Giai đoạn	II	10	27,8
	III	26	72,2

3.2. Đánh giá đáp ứng điều trị

Bảng 2: Đánh giá đáp ứng sau điều trị

Đáp ứng	Số BN	Tỷ lệ %
Hoàn toàn	15	41,7
Một phần	17	47,2
Ổn định	2	5,6
Tiến triển	2	5,6
Tổng	36	100

Bệnh nhân được đánh giá điều trị sau 1 tháng kết thúc phác đồ: tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 41,7%. Số lượng bệnh nhân đáp ứng một phần chiếm nhiều nhất 17BN (47,2%). Chỉ có 5,6% bệnh nhân tiến triển sau điều trị.

3.3. Đánh giá độc tính điều trị

Bảng 3. Đặc điểm độc tính điều trị trên hệ tạo máu (n=36)

Độc tính	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Hạ huyết sắc tố	7(19,4)	2(5,6)	0 (0)	0(0)
Hạ BCTT	6(16,7)	3(8,3)	0 (0)	0(0)
Hạ tiểu cầu	3(8,3)	1(2,8)	0 (0)	0(0)

Độc tính trên hệ tạo máu ghi nhận được đều là độ 1 và độ 2. Không ghi nhận trường hợp nào độ 3 và độ 4. Trong đó, độc tính được quan tâm nhất là hạ bạch cầu trung tính chiếm 25%, chủ yếu là hạ độ 1 (19,4). Tỷ lệ thiếu máu 25%, trong đó chỉ có 5,6% (2BN) thiếu máu độ 2. Tỷ lệ độc tính trên hệ tạo máu ít gặp hơn là hạ tiểu cầu (11,1%).

Bảng 4. Biến chứng do tia xạ

Biến chứng	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Viêm da	27 (75)	7(19,4)	2(5,6)	0(0)
Viêm thực quản	14(38,9)	3 (8,3)	0 (0)	0(0)
Hẹp thực quản	11(30,6)	2 (5,6)	1(2,8)	0(0)

Biến chứng viêm da gặp ở hầu hết bệnh nhân sau xạ trị, tuy nhiên chủ yếu ở độ 1 (75%). Có 47,2% BN gặp biến chứng viêm thực quản trong đó, có 38,9% BN bị viêm thực quản độ 1 và 8,3% BN viêm thực quản độ 2. Biến chứng hẹp thực quản do tia xạ chiếm tỷ lệ 38,9%, trong đó độ 1 có 11 BN (30,6%), độ 2 có 2 BN (5,6%), và độ 3 có 1 BN (2,8%), không có BN nào bị chít hẹp hoàn toàn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá đáp ứng điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được đánh giá lại sau 4 tuần kết thúc phác đồ hóa xạ trị đồng thời, tỷ lệ đáp ứng một phần chiếm tỷ lệ cao nhất 47,2%, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 41,7%. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu trong nước và trên thế giới. Theo tác giả Nguyễn Đức Lợi⁵ nghiên cứu trên 132 bệnh nhân UTTQ tỷ lệ đáp ứng một phần cũng chiếm tỷ lệ cao nhất 53%, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn chiếm 29,5%; có 9,8% bệnh không đáp ứng và 7,7% bệnh tiến triển. Theo Kaoru Ishida⁶, nghiên cứu 60 BN UTBM vảy thực quản giai đoạn T4N1 điều trị hóa chất phác đồ CF + tia xạ 60Gy đồng thời, tỷ lệ đáp ứng là 68,3%, không đáp ứng là 28,4%. Nhìn chung các nghiên cứu cho thấy mặc dù tỷ lệ đáp ứng có khác nhau, tuy nhiên đều khẳng định phác đồ điều trị có sự kết hợp giữa xạ trị và hóa chất có hiệu quả tốt hơn nhiều tia xạ đơn thuần.

4.2. Một số độc tính điều trị

Tác dụng trên hệ tạo huyết: Sự phối hợp hóa chất và tia xạ làm tăng ức chế tủy xương. Trong đó hạ bạch cầu trung tính là đáng lo ngại nhất chiếm 25%. Trong nghiên cứu này, không có bệnh nhân nào bị hạ bạch cầu trung tính độ 3, 4, tỷ lệ hạ bạch cầu trung tính độ 2 là 8,3%, độ 1 là 16,7%. Những bệnh nhân này được theo dõi chặt chẽ trên lâm sàng, dùng thuốc kích thích tăng bạch cầu và kháng sinh dự phòng khi có chỉ định. Tỷ lệ thiếu máu gặp ở 25%, tuy nhiên đa phần là thiếu máu nhẹ, không làm gián đoạn quá trình điều trị. Ngoài ra, hạ tiểu cầu cũng chỉ gặp ở 4 BN (11,1%), không ghi nhận trường nào có xuất huyết trên lâm sàng. Theo nghiên cứu của Zorat và CS⁷ trên 118 bệnh nhân ung thư vảy vùng đầu cổ giai đoạn III và IV, điều trị bằng phác đồ CF, thiếu máu độ 3 và độ 4 là 3% và có 7% số bệnh nhân hạ bạch cầu độ 3 và độ 4.

Viêm da: Trong nghiên cứu các bệnh nhân đều gặp các vấn đề về da ở các mức độ khác nhau. Đa số bệnh nhân (94,4%) biểu hiện viêm

da từ nhẹ đến trung bình (đỏ da, xạm da). Có 2 BN chiếm 5,6% bị viêm da mức độ nặng. Những bệnh nhân này được kiểm soát tốt bằng kháng sinh, kháng viêm và thuốc bôi tại chỗ. Kết quả của chúng tôi thấp hơn với nghiên cứu của Hàn Thanh Bình³ gặp 10,7%, nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi⁵ gặp 9,6% BN loét da

Viêm thực quản do tia xạ: Viêm thực quản là biến chứng thường gặp ở các bệnh nhân được xạ trị ở vùng thực quản. Bệnh nhân viêm thực quản biểu hiện bằng cảm giác bỏng rát thực quản vùng tia, nhẹ thì đau khi nuốt, nặng thì không ăn được phải nghỉ tia xạ và điều trị bằng thuốc giảm đau, kháng viêm và có thể tạm nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân bị viêm thực quản do tia xạ chiếm 47,2%, trong đó viêm thực quản độ II chiếm 8,3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi⁵ tỷ lệ viêm thực quản là 43,9% với viêm độ 1 là 35,6%, viêm độ 2 là 8,3%, nghiên cứu của Hàn Thanh Bình³ tỷ lệ viêm thực quản là 37,2%, trong đó viêm độ 1 chiếm 19,8%, độ 2 chiếm 9,9%

Chít hẹp thực quản do tia xạ: Trong nghiên cứu, tỷ lệ chít hẹp thực quản do tia xạ chiếm 38,9% ở các mức độ khác nhau, trong đó hẹp thực quản độ 1 chiếm 30,6%, độ 2 chiếm 5,6%, độ 3 chiếm 2,8%, không có bệnh nhân nào chít hẹp hoàn toàn. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi⁵ tỷ lệ chít hẹp thực quản sau tia độ 1, độ 2, độ 3 lần lượt là 32,6%, 6,8%, 0,8%, nghiên cứu của Hàn Thanh Bình³ tỷ lệ chít hẹp thực quản sau tia là 51,9%, trong đó hẹp độ 1, 2 chiếm 14,8%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Zhao⁸, biến chứng hẹp thực quản chiếm 55,4%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vai trò của hóa xạ trị đồng thời trong điều trị triệt căn UTTQ giai đoạn I-III. Kết quả cho thấy tỷ lệ đáp ứng khá tốt (đáp ứng toàn bộ chiếm 41,7%, đáp ứng một phần chiếm 47,2%), các độc tính ở mức chấp nhận được (chủ yếu độ 1,2), riêng độc tính trên hệ tạo huyết không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện độc tính độ 3,4. Tuy nhiên, hạn chế của nghiên cứu là số lượng bệnh nhân ít, thời gian theo dõi chưa đủ để đánh giá sống thêm và các biến chứng muộn. Mặc dù hiện nay có nhiều kỹ thuật xạ trị hiện đại hơn nhưng kỹ thuật 3D-CRT vẫn cho thấy hiệu quả tương đối tốt và có chi phí phù hợp với điều kiện chung của bệnh nhân ở Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492
2. Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Chấn Hùng (2003). Kết quả bước đầu nghiên cứu dịch tễ học mô tả một số bệnh ung thư tại 6 vùng địa lý Việt Nam giai đoạn 2001-2003. Tạp chí Y học TPHCM, Tập 13, phụ bản số 5. 23-64.
3. Hàn Thanh Bình (2004). Nhận Xét Đặc Điểm Lâm Sàng, Mô Bệnh Học và Kết Quả Điều Trị Ung Thư Biểu Mô Thực Quản Tại Bệnh Viện K Giai Đoạn 1998 - 2004. Luận Văn Bác Sĩ Nội Trú. Đại Học Y Hà Nội.
4. Eifel PJ, Berek JS, Markman MA (2009). Esophageal Cancer. Devita, Hellman, Anh Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 1311-1330.
5. Nguyễn Đức Lợi (2014). Đánh Giá Hiệu Quả Phác Đồ Hóa Xạ Trị Đồng Thời và Một Số Yếu Tố Tiên Lượng Ung Thư Biểu Mô Thực Quản Giai Đoạn III, IV Tại Bệnh Viện K. Luận Án Tiến Sĩ Y Học. Đại Học Y Hà Nội.
6. Ando et al (2004) Kaoru Ishida, Nobutoshi, Phage II Study of Cisplatin and 5FU with Concurrent Radiotherapy in Advanced Squamous Cell Carcinoma of Esophagus: A Japan Esophageal Oncology Group, *Jpn J Clin Oncol*, 615-619.
7. Zorat P. L., Paccagnella A., Cavaniglia G., et al. (2004). Randomized Phase III Trial of Neoadjuvant Chemotherapy in Head and Neck Cancer: 10-Year Follow-up. *Journal of the National Cancer Institute*. 96, 22, 1714-1717.
8. Zhao K.-L., Wang Y., Shi X.-H. (2003). Late Course Accelerated Hyperfractionated Radiotherapy for Clinical T1-2 Esophageal Carcinoma. *World Journal of Gastroenterology*. 9, 6, 1374-1376.

VAI TRÒ CỦA CÁC LOẠI HCG HUYẾT THANH TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT CHỨA TRỨNG HOÀN TOÀN VÀ CHỨA TRỨNG BÁN PHẦN

Mai Trọng Dũng¹, Phạm Huy Hiền Hào²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: khảo sát giá trị của các loại hCG huyết thanh trong chẩn đoán phân biệt và chữa trứng bán phần; xác định vai trò của các loại hCG huyết thanh trong chẩn đoán phân biệt chữa trứng hoàn toàn và chữa trứng bán phần. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Đối tượng nghiên cứu:** 191 trường hợp chữa trứng được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Kết quả nghiên cứu:** Nồng độ trung bình của β hCG tự do huyết thanh trong CTHT là $529,4 \pm 472,3$ ng/ml, trong CTBP là $174,0 \pm 183,4$ ng/ml, tính chung trong chữa trứng là $432,6 \pm 443,0$ ng/ml; nồng độ hCG nguyên vẹn huyết thanh trong CTHT là 260.974 ± 241.073 IU/L, trong CTBP là 127.543 ± 116.910 IU/L, tính chung trong chữa trứng là 224.647 ± 222.319 IU/L; nồng độ hCG toàn phần huyết thanh CTHT là $772,6 \pm 710,3$ nmol/l, trong CTBP là $374,0 \pm 343,2$ nmol/l, tính chung trong chữa trứng là $664,1 \pm 655,5$ nmol/l; tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh trong CTHT là $3,13 \pm 1,06$ (%), trong CTBP là $1,88 \pm 0,64$ (%) và tính chung trong chữa trứng là $2,79 \pm 1,11$ (%). Sử dụng β hCG tự do, hCG nguyên vẹn, hCG toàn phần và tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh đều có thể phân biệt giữa CTHT và CTBP trong đó sử dụng tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần và β hCG tự do

huyết thanh có giá trị tốt, sử dụng hCG nguyên vẹn và hCG toàn phần huyết thanh để chẩn đoán phân biệt có giá trị ở mức vừa phải.

Từ khóa: β hCG tự do, hCG nguyên vẹn, hCG toàn phần, hCG huyết thanh

SUMMARY

THE ROLE OF MULTIPLES HCG IN SERUM FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSIS PARTIAL AND COMPLETE HYDATIDIFORM MOLE

Research objectives: Investigate the value of multiples hCG in serum for differential diagnosis partial and complete hydatidiform mole; determine the role of multiples hCG in serum for differential diagnosis partial and complete hydatidiform mole. **Research method:** cross-descriptive study. **Research object:** 191 cases hydatidiform moles were treated at the National Obstetrics and Gynecology Hospital. **Research results:** the value of free β hCG in complete hydatidiform mole (CHM) serum is $529,4 \pm 472,3$ ng/ml, in partial hydatidiform mole (PHM) serum is $174,0 \pm 183,4$ ng/ml and average in hydatidiform mole (HM) is $432,6 \pm 443,0$ ng/ml; the value of intact hCG in CHM is 260.974 ± 241.073 IU/L, in PHM is 127.543 ± 116.910 IU/L, average in HM is 224.647 ± 222.319 IU/L; the value of total hCG in CHM is $772,6 \pm 710,3$ nmol/l, in PHM is $374,0 \pm 343,2$ nmol/l, average in HM is $664,1 \pm 655,5$ nmol/l; ratio of free β hCG/total hCG in CHM is $3,13 \pm 1,06$ (%), in PHM is $1,88 \pm 0,64$ (%), average in HM is $2,79 \pm 1,11$ (%). Using free β hCG and ratio of free β hCG/total hCG are good for differential diagnosis CHM and PHM. Using intact hCG and total hCG are average for differential diagnosis CHM and PHM. **Key word:** free β hCG, intact hCG, total hCG, hCG in serum

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Trọng Dũng

Email: maitrongdung@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020

Ngày duyệt bài: 19.11.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa trứng là thai nghén bất thường do bệnh lý của gai rau và có nhiều biến chứng nguy hiểm ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và tính mạng người bệnh.

Có hai hình thái của chửa trứng mà tính chất bệnh lý và nguy cơ biến chứng khác nhau là chửa trứng hoàn toàn (CTHT) và chửa trứng bán phần (CTBP). Đối với CTHT, tỷ lệ biến chứng u nguyên bào nuôi từ 15 – 30 (%); đối với CTBP, tỷ lệ biến chứng u nguyên bào nuôi chỉ từ 1 – 5 (%).

Chẩn đoán phân biệt các hình thái chửa trứng trong nhiều trường hợp rất khó và vì thế sẽ dẫn tới khó khăn trong quyết định phương pháp điều trị và tư vấn cho người bệnh. Theo một số nghiên cứu trên thế giới thì nồng độ β hCG tự do, hCG nguyên vẹn, hCG toàn phần và tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần có thể sử dụng để chẩn đoán phân biệt CTHT và CTBP. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Khảo sát giá trị của β hCG tự do, hCG nguyên vẹn, hCG toàn phần và tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh trong bệnh chửa trứng hoàn toàn và chửa trứng bán phần.

2. Xác định vai trò của β hCG tự do, hCG nguyên vẹn, hCG toàn phần và tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh trong chẩn đoán

phân biệt chửa trứng hoàn toàn và chửa trứng bán phần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 191 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong thời gian từ 2016 – 2019.

Phương pháp nghiên cứu: Là nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân chửa trứng được lấy máu đo nồng độ β hCG tự do, hCG nguyên vẹn huyết thanh sau đó tính toán các giá trị hCG toàn phần, tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh và so sánh kết quả giữa hai nhóm.

Xét nghiệm β hCG tự do, hCG nguyên vẹn huyết thanh được thực hiện bởi máy xét nghiệm AutoDELFI[®] immunoassay system 1235-5220. Kit xét nghiệm để định lượng β hCG tự do huyết thanh có mã B097-101, kit xét nghiệm để định lượng hCG nguyên vẹn huyết thanh có mã B082-101 do hãng PerkinElmer sản xuất.

Chuyển đổi kết quả xét nghiệm: đối với β hCG tự do: 1 ng/ml = 0,0426 nmol/l = 1IU/l; đối với hCG nguyên vẹn: 1ng/ml = 0,0267 nmol/l = 9,29IU/l. HCG toàn phần = β hCG tự do + hCG nguyên vẹn; đơn vị tính: nmol/l; tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần chỉ tính sau khi chuyển đổi thành cùng đơn vị nmol/l.

Kết quả nghiên cứu được thống kê tính toán trên phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giá trị của các loại hCG huyết thanh

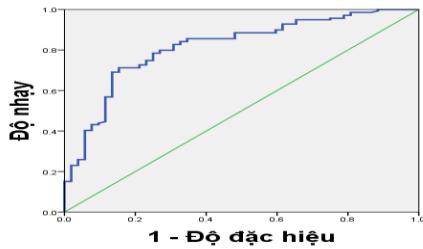
Bảng 3.1. So sánh các chỉ số hCG giữa CTHT và CTBP

Loại thai nghén hCG huyết thanh		CTHT (n = 139)	CTBP (n = 52)	p
BhCG tự do (ng/ml)	X $\pm$ SD (Min - Max)	529,4 $\pm$ 472,3 (21,1 – 1991,1)	174,0 $\pm$ 183,4 (2,6 - 918)	T test p < 0,001
	Trung vị (Tứ phần vị)	362 (55,9 – 1758,3)	122,1 (12,1 – 678,7)	Mann-Whitney U p < 0,001
HCG nguyên vẹn (IU/L)	X $\pm$ SD (Min - Max)	260.974 $\pm$ 241.073 (13.526 - 1.430.298)	127.543 $\pm$ 116.910 (1392 - 592.589)	T test p < 0,001
	Trung vị (Tứ phần vị)	175.209 (34.553 – 774.627)	107.492 (11.760 – 435.516)	Mann-Whitney U p < 0,001
HCG toàn phần (nmol/l)	X $\pm$ SD (Min - Max)	772,6 $\pm$ 710,3 (39,8 – 4163,8)	374,0 $\pm$ 343,2 (4,1 – 1742,3)	T test p < 0,001
	Trung vị (Tứ phần vị)	517,7 (101,0 – 2277,0)	316,6 (34,3 – 1273,5)	Mann-Whitney U p < 0,001
β hCG tự do/hCG toàn phần (%)	X $\pm$ SD (Min - Max)	3,13 $\pm$ 1,06 (1,27 - 5,99)	1,88 $\pm$ 0,64 (0,72 - 3,69)	T test p < 0,001
	Trung vị (Tứ phần vị)	3,10 (1,51 – 5,13)	1,70 (1,08 – 3,22)	Mann-Whitney U p < 0,001

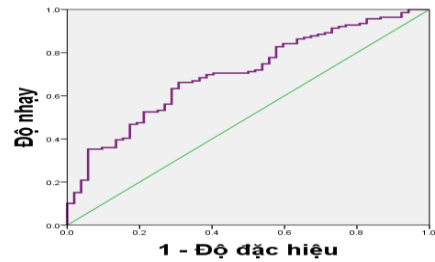
X: trung bình; SD: độ lệch chuẩn; Min: giá trị nhỏ nhất; Max: giá trị lớn nhất

Nhận xét: Giá trị trung bình và trung vị của β hCG tự do, hCG nguyên vẹn, hCG toàn phần và tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh trong CTHT đều cao hơn nhóm CTBP với độ tin cậy có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

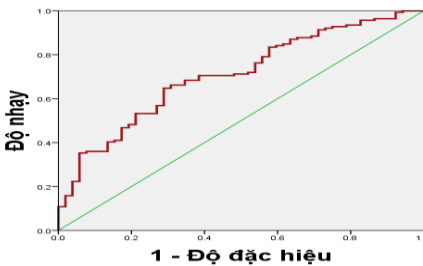
3.2. Các giá trị hCG huyết thanh trên biểu đồ đường cong ROC



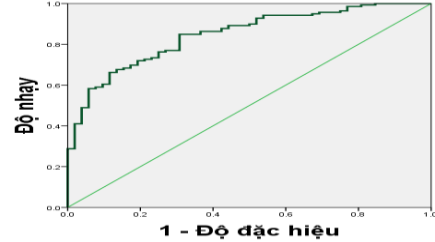
AAUC = 0,82; 95% CI: 0,75 - 0,88; $p < 0,001$
Điểm cắt: 239,35 ng/ml; **BhCG tự do**



AUC = 0,70; 95% CI: 0,62 - 0,78; $p < 0,001$
Điểm cắt: 123.885 IU/L; **hCG nguyên vẹn**



AUC = 0,71; 95% CI: 0,63 - 0,79; $p < 0,001$
Điểm cắt: 404,53 nmol/l; **hCG toàn phần**



AUC: 0,85; 95% CI: 0,79 - 0,94; $p < 0,001$
Điểm cắt: 2,70%; **Tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần**

Biểu đồ 3.1. Biểu diễn đường cong ROC các giá trị hCG huyết thanh trong chẩn đoán phân biệt giữa CTHT và CTBP

Nhận xét: - Diện tích dưới đường cong của tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần là 0,85 (95% CI: 0,79 - 0,94); của β hCG tự do là 0,82 (95% CI: 0,75 - 0,88). Giá trị chẩn đoán phân biệt giữa CTHT và CTBP của hai chỉ số này ở mức tốt.

Đối với tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần: tại điểm cắt là 2,7% có độ nhạy và độ đặc hiệu lớn nhất, độ nhạy bằng 66% và độ đặc hiệu là 89%.

Đối với β hCG tự do: tại điểm cắt là 239,35 ng/ml có độ nhạy và độ đặc hiệu lớn nhất, độ nhạy bằng 71% và độ đặc hiệu là 85%.

- Giá trị hCG nguyên vẹn và hCG toàn phần có giá trị trong chẩn đoán phân biệt giữa CTHT và CTBP ở mức trung bình.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nồng độ của các loại hCG huyết thanh trong chữa trứng

***Nồng độ β hCG tự do huyết thanh trong chữa trứng.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ trung bình của β hCG tự do huyết thanh đối với CTHT là $529,4 \pm 472,3$ ng/ml; đối với CTBP là $174,0 \pm 183,4$ ng/ml và tính chung trong chữa trứng là $432,6 \pm 443,0$ ng/ml. Các giá trị trung vị của β hCG tự do huyết thanh lần lượt tương ứng là 362 ng/ml; 122,1 ng/ml và 294 ng/ml. Có sự khác nhau về nồng độ β hCG tự do huyết thanh giữa CTHT và

CTBP với $p < 0,001$.

So với các kết quả khác cho thấy có sự khác nhau về kết quả giữa các nghiên cứu: trong nghiên cứu của Ozturk, nồng độ trung bình của β hCG tự do huyết thanh đối với chữa trứng chung được xác định ở mức 833 ± 688 ng/ml và cao hơn kết quả của chúng tôi [1]; trong nghiên cứu của Berkowitz cũng tương tự với nồng độ trung bình của β hCG tự do huyết thanh đối với nhóm CTBP là 261 ± 518 ng/ml, đối với nhóm CTHT là 856 ± 717 ng/ml [2]. Chúng tôi cho rằng sự khác biệt này là do tuổi thai trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn: nghiên cứu của Ozturk có tuổi thai dao động từ 10 - 15 tuần; nghiên cứu của Berkowitz có tuổi thai trung bình là $10,9 \pm 2,3$ đối với CTHT và $12,1 \pm 1,7$ tuần đối với CTBP còn nghiên cứu của chúng tôi có tuổi thai trung bình thấp hơn.

***Nồng độ hCG nguyên vẹn, hCG toàn phần huyết thanh trong chữa trứng.** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ hCG nguyên vẹn huyết thanh trong CTBP là 127.543 ± 116.910 IU/L; trong CTHT là 260.974 ± 241.073 IU/L và tính chung trong chữa trứng là 224.647 ± 222.319 IU/L. Các giá trị trung vị của CTBP, CTHT và tính chung trong chữa trứng lần lượt là 107.492 IU/L; 175.209 IU/L và 148.239 IU/L.

Nồng độ trung bình của hCG toàn phần huyết

thanh trong nghiên cứu của chúng tôi đối với CTBP là $374,0 \pm 343,2$ nmol/l; đối với CTHT là $772,6 \pm 710,3$ nmol/l và tính chung trong chữa trứng là $664,1 \pm 655,5$ nmol/l. Các giá trị trung vị của hCG toàn phần huyết thanh trong CTBP, CTHT và tính chung trong chữa trứng lần lượt là 316,6 nmol/l; 517,7nmol/l và 441,6 nmol/l. Chúng tôi có nhận xét rằng các giá trị trung bình và trung vị của hCG nguyên vẹn gần tương đương với với các giá trị tương ứng của hCG toàn phần huyết thanh (trong một số báo cáo các tác giả coi hai xét nghiệm này là một và được gọi với tên chung là hCG huyết thanh).

Nhận xét chung về kết quả của các nghiên cứu là nồng độ hCG huyết thanh trong chữa trứng rất thay đổi và có sự khác nhau giữa các nghiên cứu. Chúng tôi cho rằng sự khác nhau này có nhiều nguyên nhân trong đó hai nguyên nhân chính là do tuổi thai và phương pháp xét nghiệm. Các nghiên cứu trước đây thường được thực hiện ở các người bệnh chữa trứng có tuổi thai đã lớn nên nồng độ hCG thường cao hơn so với các nghiên cứu về sau này có tuổi thai khi chẩn đoán chữa trứng thấp hơn. Phương pháp xét nghiệm cũng cho kết quả không giống nhau: nghiên cứu của Cole khi so sánh kết quả xét nghiệm hCG huyết thanh tại 12 trung tâm bằng các phương pháp khác nhau cho thấy có sai số, thậm chí có trường hợp có sự chênh lệch kết quả tới 25% [5],[6].

***Tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh trong chữa trứng.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh trong CTBP là $1,88 \pm 0,64$ (%); trong CTHT là $3,13 \pm 1,06$ (%) và tính chung trong chữa trứng là $2,79 \pm 1,11$ (%).

Chúng tôi cho rằng kết quả nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp và tương đồng với các nghiên cứu khác: nghiên cứu của Berkowitz cho thấy tỷ lệ giữa β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh đối với nhóm CTBP là $1,04 \pm 0,44$ (%); đối với CTHT là $2,39 \pm 1,29$ (%) [2]. Nghiên cứu của Ozturk cho tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh ở chữa trứng (tính chung CTHT và CTBP) là $1,80 \pm 1,00$ (%) [1]. Nghiên cứu của Harvey cho thấy trung vị của tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh ở các trường hợp CTXN là 4,66% [7]. Nghiên cứu của Gaspard cho tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh ở chữa trứng là $3,68 \pm 0,27$ (%); Gaspard cũng nhận thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh ở các tuổi thai của các người bệnh chữa trứng [8].

4.2. Vai trò của hCG huyết thanh trong

chẩn đoán phân biệt giữa CTHT và CTBP.

***Vai trò của β hCG tự do huyết thanh.**

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ trung bình của β hCG tự do huyết thanh trong CTHT cao hơn trong CTBP. Kết quả đối với nhóm CTHT là $529,4 \pm 472,3$ ng/ml; cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm CTBP là $174,0 \pm 183,4$ ng/ml với $p < 0,001$. Giá trị trung vị của β hCG tự do huyết thanh ở nhóm CTHT là 362ng/ml, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm CTBP là 122,1ng/ml với $p < 0,001$.

Trên biểu đồ ROC, diện tích dưới đường cong (AUC) đạt mức tốt (AUC = 0,82; 95% CI: 0,75 - 0,88; $p < 0,001$). Giá trị này cho thấy β hCG tự do huyết thanh hoàn toàn có thể sử dụng để phân biệt CTHT và CTBP.

Điểm cắt β hCG tự do huyết thanh được chúng tôi xác định để phân biệt giữa hai nhóm là 239,35 ng/ml trong đó CTHT có giá trị cao hơn.

So sánh với các nghiên cứu khác chúng tôi cho rằng kết quả nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp. Nghiên cứu của Berkowitz cho thấy nồng độ trung bình của β hCG tự do huyết thanh ở nhóm CTHT là 856 ± 717 ng/ml; ở nhóm CTBP là 261 ± 518 ng/ml; nồng độ β hCG tự do huyết thanh trong CTHT cao hơn so với CTBP có ý nghĩa thống kê với $p < 0,025$ [2]. Nghiên cứu của Van Trommel cho thấy nồng độ β hCG tự do huyết thanh trong CTHT cao hơn trong CTBP: chỉ số hiệu chỉnh mMoM của β hCG tự do huyết thanh đối với nhóm CTHT là 7,145, cao hơn so với nhóm CTBP là 3,618 với $p < 0,001$. Cũng trong nghiên cứu của Van Trommel, giá trị AUC trên biểu đồ ROC đạt mức 0,797 là mức có giá trị trong chẩn đoán.

***Vai trò của hCG huyết thanh.** Nồng độ hCG nguyên vẹn huyết thanh ở nhóm CTHT trong nghiên cứu của chúng tôi có giá trị trung bình là 260.974 ± 241.073 IU/L, cao hơn so với nhóm CTBP là 127.543 ± 116.910 IU/L với $p < 0,001$. Nồng độ hCG toàn phần huyết thanh ở nhóm CTHT có giá trị trung bình là $772,6 \pm 710,3$ nmol/l, cao hơn so với nhóm CTBP là $374,0 \pm 343,2$ nmol/l với $p < 0,001$.

Giá trị trung vị của hCG nguyên vẹn huyết thanh trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm CTHT là 175.209 IU/L; cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm CTBP là 107.492 IU/L với $p < 0,001$. Trung vị của hCG toàn phần huyết thanh ở nhóm CTHT là 517,7nmol/l; cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm CTBP là 316,6 nmol/l với $p < 0,001$.

Trên biểu đồ đường cong ROC, giá trị AUC của hCG nguyên vẹn đạt mức trung bình (AUC = 0,70;

95% CI: 0,62 – 0,78; $p < 0,001$); giá trị AUC của hCG toàn phần cũng đạt mức trung bình (AUC = 0,71; 95% CI: 0,63 - 0,79; $p < 0,001$). Kết quả này cho thấy có thể sử dụng hCG nguyên vẹn hay hCG toàn phần huyết thanh để phân biệt CTHT và CTBP nhưng giá trị không cao. Chúng tôi xác định điểm cắt đối với hCG nguyên vẹn là 123.885 IU/L; đối với hCG toàn phần là 404,53 nmol/l trong đó CTHT có giá trị cao hơn.

Các nghiên cứu khác cho kết luận không giống nhau khi so sánh nồng độ hCG huyết thanh giữa CTBP và CTHT nhưng phần lớn các nghiên cứu đều có nhận định về kết quả giống như của chúng tôi. Tuy nhiên, nghiên cứu của Berkowitz lại cho thấy không có sự khác biệt về nồng độ hCG huyết thanh của hai nhóm: nhóm CTBP có nồng độ hCG huyết thanh là 32.899 ± 53.457 ng/ml; nhóm CTHT là 61.140 ± 46.799 ng/ml; sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê [2]. Chúng tôi cho rằng kết quả nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp do sự tăng sản của nguyên bào nuôi trong CTHT luôn nhiều hơn so với CTBP.

***Vai trò của tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh.** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị trung bình của tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh ở nhóm CTHT là $3,13 \pm 1,06$ (%), cao hơn giá trị trong nhóm CTBP là $1,88 \pm 0,64$ (%) với $p < 0,001$.

Giá trị trung vị của tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh ở nhóm CTHT là 3,1 %, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ của nhóm CTBP là 1,7 % với $p < 0,001$.

Trên biểu đồ ROC, giá trị AUC đạt mức tốt (AUC = 0,85; 95% CI: 0,79 – 0,94; $p < 0,001$). Kết quả này cho thấy sử dụng tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh để phân biệt CTHT và CTBP là có giá trị.

Điểm cắt tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh để phân biệt CTHT và CTBP được chúng tôi xác định là 2,70% trong đó CTHT có giá trị cao hơn.

Có rất ít các nghiên cứu trước đây sử dụng tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh để phân biệt giữa CTBP và CTHT và kết quả nghiên cứu của các tác giả không giống nhau. Trong nghiên cứu của Berkowitz, tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh trong CTHT cao hơn CTBP có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy $< 0,005$ [2]. Tuy nhiên nghiên cứu của Van Trommel cho thấy chỉ số mMoM của tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh ở nhóm CTHT là 2,991 cao hơn không có ý nghĩa thống kê so với chỉ số mMoM trong nhóm CTBP là 2,431; vai trò của tỷ

lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh là ít có giá trị khi AUC trên biểu đồ ROC để phân biệt giữa CTBP và CTHT trong nghiên cứu này cũng chỉ đạt ở mức 0,602.

Mặc dù có sự khác nhau về kết quả giữa các nghiên cứu nhưng chúng tôi vẫn cho rằng kết quả của chúng tôi là hợp lý. Lý do là trong chữa trứng luôn có sự tăng tiết hCG và β hCG tự do do có sự tăng sản của các nguyên bào nuôi. Sự tăng tiết β hCG tự do không tương đương với sự tăng tiết hCG trong chữa trứng do tính chất xâm lấn của nguyên bào nuôi trong mỗi cá thể là khác nhau. Các trường hợp có lượng đơn bào nuôi càng nhiều thì tính chất xâm lấn càng mạnh, sự chế tiết β hCG tự do càng tăng, biến chứng của chữa trứng càng nhiều (CTXN, UNBN) và ngược lại. Điều này cũng thể hiện qua nhiều báo cáo thể hiện biến chứng của CTHT luôn cao hơn trong CTBP.

Tóm tắt lại, cả bốn giá trị β hCG tự do, hCG nguyên vẹn, hCG toàn phần và tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh đều có thể sử dụng để phân biệt giữa CTHT và CTBP. Trong bốn phương pháp này thì sử dụng tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh là có giá trị nhất.

V. KẾT LUẬN

1. Nồng độ trung bình của β hCG tự do huyết thanh trong CTHT là $529,4 \pm 472,3$ ng/ml; trong CTBP là $174,0 \pm 183,4$ ng/ml và tính chung trong chữa trứng là $432,6 \pm 443,0$ ng/ml; nồng độ hCG nguyên vẹn huyết thanh trong CTHT là 260.974 ± 241.073 IU/L; trong CTBP là 127.543 ± 116.910 IU/L và tính chung trong chữa trứng là 224.647 ± 222.319 IU/L; nồng độ trung bình của hCG toàn phần huyết thanh trong nghiên cứu của chúng tôi đối với CTBP là $374,0 \pm 343,2$ nmol/l; đối với CTHT là $772,6 \pm 710,3$ nmol/l và tính chung trong chữa trứng là $664,1 \pm 655,5$ nmol/l; tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh trong CTBP là $1,88 \pm 0,64$ (%); trong CTHT là $3,13 \pm 1,06$ (%) và tính chung trong chữa trứng là $2,79 \pm 1,11$ (%).

2. Sử dụng β hCG tự do, hCG nguyên vẹn, hCG toàn phần và tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần huyết thanh đều có thể phân biệt giữa CTHT và CTBP trong đó sử dụng tỷ lệ β hCG tự do/hCG toàn phần và β hCG tự do huyết thanh có giá trị tốt, sử dụng hCG nguyên vẹn và hCG toàn phần huyết thanh để chẩn đoán phân biệt có giá trị ở mức vừa phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. MOzturk, R. Berkowitz, D. Goldstein et al (1988). Differential production of human

- chorionic gonadotropin and free subunits in gestational trophoblastic disease. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 158(1), 193-198.
2. **R. Berkowitz, M. Ozturk, D. Goldstein et al (1989).** Human Chorionic Gonadotropin and Free Subunits' Serum Levels in Patients With Partial and Complete Hydatidiform Moles. Obstetrics & Gynecology, 74(2), 212-216.
 3. **A. Braga, V. Moraes, I. Maesta et al (2016).** Changing Trends in the Clinical Presentation and Management of Complete Hydatidiform Mole Among Brazilian Women. Int J Gynecol Cancer, 26 (5), 984-990.
 4. **S.Y. Sun, A. Melamed, N.T. Joseph et al (2016).** Clinical Presentation of Complete Hydatidiform Mole and Partial Hydatidiform Mole at a Regional Trophoblastic Disease Center in the United States Over the Past 2 Decades. Int J Gynecol Cancer, 26(2), 367-370.
 5. **L.A. Cole (2012).** The hCG assay or pregnancy test. Clin Chem Lab Med, 50(4), 617-630.
 6. **L.A. Cole (2015).** Positive hCG tests. Human Chorionic Gonadotropin (HCG), second edition, Elsevier, Massachusetts, 291-309.
 7. **Harvey R.A, Pursglove H.D, Schmid P et al (2008).** Human chorionic gonadotropin free beta-subunit measurement as a marker of placental site trophoblastic tumors. J Reprod Med, 53(8), 643-648.
 8. **Gaspard U.J, Reuter A.M, Deville J.L et al (1980).** Serum concentration of human chorionic gonadotropin and its alpha and beta subunits. 2. Trophoblastic tumours. Clin Endocrinol (Oxf), 13(4), 319-329.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA KHÁNG THỂ KHÁNG PHOSPHOLIPID VÀ VIÊM THẬN LUPUS

Nguyễn Thị Thu Hà^{1,2}, Hoàng Thị Lâm^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mối liên quan giữa kháng thể kháng phospholipid với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm thận lupus. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 146 bệnh nhân được chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống theo tiêu chuẩn SLICC 2012 (The Systemic Lupus International Collaborating Clinics 2012) và có protein niệu $\geq 0,5$ gr/24h có thể kèm theo hồng cầu niệu hoặc trụ niệu; suy thận cấp; trong thời gian từ tháng 6/2019 đến tháng 9/2020 tại Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Các triệu chứng thường gặp của viêm thận lupus là: viêm khớp (45%), tăng huyết áp (41,1%), phù (38,8%), tràn dịch đa màng (37,7%), sốt (36,6%), thiếu máu (87,7%), giảm bạch cầu (55,5%) và giảm tiểu cầu (21,2%). Trong nhóm kháng thể kháng phospholipid, tỷ lệ aCL 39%, tỷ lệ aPL 31,5%, tỷ lệ anti β 2-GPI IgG là 19,2% và tỷ lệ LA là 14,3%. Kháng thể kháng phospholipid có mối liên quan với thiếu máu tan máu ($p=0,028$) và giảm tiểu cầu ($p=0,044$). **Kết luận:** Nguy cơ thiếu máu tan máu ở bệnh nhân viêm thận lupus có aPL dương tính tăng gấp 2.318 lần so với bệnh nhân viêm thận lupus không có aPL. Nguy cơ giảm tiểu cầu ở bệnh nhân viêm thận lupus có aPL dương tính tăng gấp 2.024 lần so với bệnh nhân viêm thận lupus không có aPL.

Từ khóa: lupus ban đỏ hệ thống, viêm thận lupus, kháng thể kháng phospholipid (aPL).

SUMMARY

THE ASSOCIATION OF ANTIPHOSPHOLIPID ANTIBODIES AND LUPUS NEPHRITIS

Objective: To study the relationship between antiphospholipid antibodies with clinicals and characteristics in patients with lupus nephritis. **Methods:** A Cross-sectional study of 146 patients, who were diagnosed SLE according to The Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) 2012 group revised criteria and with proteinuria ≥ 0.5 g / 24h, may have hematuria or urinary casts; acute renal failure. The study was conducted at the Bach Mai Hospital from June 2019 to September 2020. **Results:** Common symptoms of lupus nephritis: arthritis (45%), hypertension (41.1%), edema (38.8%), multilayer effusion (37.7%), fever (36.6%), anemia (87.7%), leukopenia (55.5%) and thrombocytopenia (21.2%). In the anti-phospholipid antibody group, aCL (39%), aPL (31.5%), β 2-GPI IgG (19.2%) and LA (14.3%). Antiphospholipid antibodies were associated with hemolytic anemia ($p = 0.028$) and thrombocytopenia ($p = 0.044$). **Conclusion:** The risk of hemolytic anemia in antiphospholipid antibodies-positive lupus nephritis patients was 2.318. The risk of thrombocytopenia in antiphospholipid antibodies-positive lupus nephritis patients was 2.024.

Keywords: systemic lupus erythematosus, lupus nephritis, antiphospholipid antibodies.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic Lupus Erythematosus - SLE) là bệnh tự miễn, trong đó các tế bào và tổ chức bị tổn thương bởi sự lắng đọng của phức hợp miễn dịch gây tổn thương đến nhiều cơ quan trong cơ thể. Tổn thương thận trong SLE hay viêm thận lupus (Lupus

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²TT Dự Ứng-Miễn dịch lâm sàng-Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: nguyenthuha0504@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2020

Ngày duyệt bài: 19.11.2020

Nephritis - LN) là một trong những tổn thương quan trọng và thường gặp với tỷ lệ từ 50%- 60% bệnh nhân SLE¹. Ngày nay, mặc dù chúng ta đã có tiến bộ trong hiểu biết về cơ chế bệnh sinh của viêm thận lupus cũng như điều trị viêm thận lupus, tuy nhiên khoảng 25% bệnh nhân viêm thận lupus phát triển bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) cần lọc máu hoặc ghép thận². Kháng thể kháng phospholipid (antiphospholipid antibodies – aPL) là một tiêu chí chẩn đoán SLE, với tỷ lệ là 30% -40%³. Các kháng thể kháng phospholipid (aPLs) là một nhóm các kháng thể chống lại các protein huyết tương liên kết với phospholipid màng. Sự xuất hiện của các kháng thể kháng phospholipid làm tăng nguy cơ về huyết khối động, tĩnh mạch, nhồi máu cơ tim và các biến cố thai sản. Một số nghiên cứu cho thấy kháng thể kháng phospholipid liên quan đến sự xuất hiện của huyết khối trong đó có các mạch máu thận, làm tăng nguy cơ xuất hiện tổn thương thận và làm tình trạng tổn thương thận của bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống trầm trọng hơn, tiên lượng xấu hơn. Tỷ lệ kháng thể kháng phospholipid dao động trong khoảng 20- 30% bệnh nhân viêm thận lupus. Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu đánh giá về viêm thận lupus cũng như hội chứng kháng phospholipid, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá cụ thể về mối liên quan giữa kháng thể kháng phospholipid và viêm thận lupus. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài *"Mối liên quan giữa kháng thể kháng phospholipid với viêm thận lupus"* với mục tiêu: *Nghiên cứu mối liên quan giữa kháng thể kháng phospholipid với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm thận lupus.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 80 bệnh nhân SLE được chẩn đoán và điều trị tại Trung tâm Dị ứng – Miễn dịch Lâm sàng, bệnh viện Bạch Mai. Tiêu chuẩn lựa chọn của chúng tôi là các bệnh nhân được chẩn đoán SLE khi có ≥ 4 tiêu chuẩn (ít nhất một tiêu chuẩn lâm sàng và một tiêu chuẩn miễn dịch) hoặc bệnh thận lupus được chứng minh trên sinh thiết thận kèm với ANA hoặc anti dsDNA theo tiêu chuẩn SLICC 2012 và bệnh nhân được chẩn đoán viêm thận lupus có protein niệu 24h $\geq 0,5$ g/24h có thể có kèm theo hồng cầu niệu hoặc trụ niệu; suy thận cấp.

Tiêu chuẩn loại trừ của nghiên cứu bao gồm: các bệnh nhân có hội chứng kháng phospholipid nguyên phát, bệnh nhân mắc kèm bệnh tự miễn khác, đang điều trị thuốc chống đông, phụ nữ có

thai, trẻ <16 tuổi và bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành từ tháng 6/2019 đến tháng 9/2020.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng: tế bào máu ngoại vi, sinh hóa máu (ure, cre, AST, ALT, albumin, bổ thể C3, C4), Xét nghiệm nước tiểu (hồng cầu, bạch cầu, protein niệu 24 giờ), kháng đông lupus, định lượng kháng thể kháng nhân, anti-dsDNA, anti-cardiolipin IgM-IgG, anti- β 2glycoprotein IgM-IgG, anti-phospholipid IgM-IgG bằng phương pháp ELISA.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được nhập, quản lý và xử lý số bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Sử dụng các thuật toán tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, kiểm định "Khi bình phương".

2.5. Đạo đức nghiên cứu trong y học: Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học trước khi triển khai. Đối tượng được thông báo rõ mục đích nghiên cứu, giải thích rõ về việc tham gia trên tinh thần tự nguyện. Chỉ những bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu mới được đưa vào nghiên cứu. Các đối tượng tham gia có quyền rút lui tại bất cứ thời điểm nào và từ chối trả lời bất cứ câu hỏi nào của nghiên cứu mà không bị phân biệt đối xử. Các thông tin cá nhân thu thập được mã hoá khi nhập vào máy tính và được giữ bí mật, chỉ nhóm nghiên cứu được tiếp cận với các thông tin và số liệu của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu chỉ được sử dụng cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

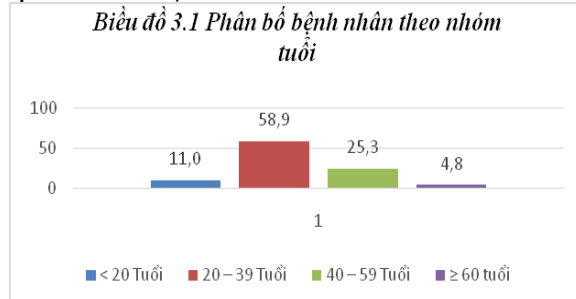
3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới.

Bảng 3.1. Phân bố tuổi và giới của nhóm nghiên cứu

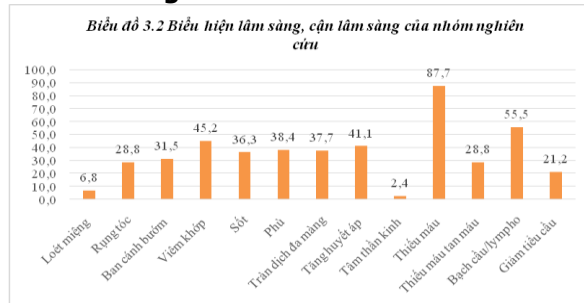
Tuổi trung bình (năm)	34,44 $\pm$ 12,857
Nhỏ nhất (năm)	16
Lớn nhất (năm)	75
Giới tính Nữ	134 (91,8%)
Nam	12 (8,2%)
Tỷ lệ Nữ/ Nam	11/1

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi có 134 bệnh nhân nữ và 12 bệnh nhân nam. Tỷ lệ nữ/nam là 11,1/1. Tỷ lệ nam và nữ trong nghiên

cứ khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $34,44 \pm 12,857$, tuổi nhỏ nhất là 16, tuổi lớn nhất là 75, trong đó bệnh nhân trong nhóm 20 – 39 tuổi tỷ lệ cao nhất 58,9%.



3.2. Biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu



Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi, các

3.4. Mối liên quan giữa kháng thể antiphospholipid và huyết học

Bảng 3.2 Mối liên quan giữa aPL với tổn thương huyết học

Đặc điểm	LN – aPL(-) %	LN – aPL(+) %	OR	95%CI	P
Thiếu máu tan máu	19,7	36,2	2,318	1,085 – 4,901	0,028
Tiểu cầu < 150 G/L	28,8	45	2,024	1,014 – 4,04	0,044
Bạch cầu < 4 G/L	15,2	27,5	2,124	0,924 – 4,885	0,073

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ thiếu máu tan máu của nhóm aPL(-) và nhóm aPL(+) lần lượt là 19,7% và 36,2%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,028 < 0,05$. Nguy cơ thiếu máu tan máu của nhóm viêm thận lupus có aPL gấp 2,318 lần nhóm viêm thận lupus không có aPL.

Tỷ lệ giảm tiểu cầu của nhóm aPL(-) và nhóm aPL(+) lần lượt là 28,8% và 45%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,044 < 0,05$. Nguy cơ giảm tiểu cầu của nhóm viêm thận lupus có aPL gấp 2,024 lần nhóm viêm thận lupus không có aPL.

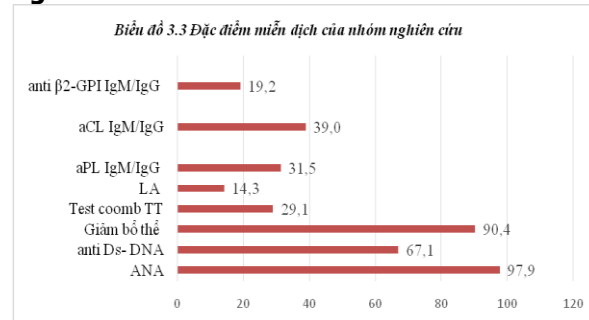
Tỷ lệ giảm bạch cầu của nhóm aPL(-) và nhóm aPL(+) lần lượt là 15,2% và 27,5%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,073 > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất là viêm khớp (45%), tăng huyết áp (41,1%), phù (38,8%), tràn dịch đa màng (37,7%) và sốt (36,6%). Các triệu chứng ít gặp nhất là loét miệng (6,8%) và tâm thần kinh (2,4%).

Nghiên cứu của chúng tôi, biểu hiện về huyết học có tỷ lệ thiếu máu thường gặp nhất với 87,7%, trong đó tỷ lệ thiếu máu tan máu là 28,8%, tỷ lệ giảm bạch cầu (55,5%) và tỷ lệ giảm tiểu cầu (21,2%).

3.3. Đặc điểm miễn dịch của nhóm nghiên cứu



Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ kháng thể kháng nhân cao nhất 97,9%, giảm bổ thể 90,4%, và anti Ds-DNA 67,2%. Trong nhóm kháng thể kháng phospholipid, tỷ lệ aCL cao nhất 39%, tỷ lệ aPL 31,5%, tỷ lệ anti β2-GPI IgG là 19,2% và thấp nhất là tỷ lệ LA 14,3%.

4.1. Đặc điểm tuổi và giới của nhóm nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ/nam=11/1 với độ tuổi trung bình là $34,44 \pm 12,857$. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu của các tác giả trong nước và ngoài nước như nghiên cứu Nghiêm Trung Dũng tuổi trung bình là $29,52 \pm 9,17^4$, Moroni G nghiên cứu với 107 bệnh nhân viêm thận lupus có độ tuổi trung bình là $36,4 \pm 13,9^5$, Hanly JG tuổi trung bình là $31,3^6$. Các bệnh nhân tập trung ở độ tuổi 20 đến 39 tuổi. Kết quả của chúng tôi phù hợp với đặc trưng của bệnh SLE, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản do quan mật thiết với hoocmon sinh dục với cơ chế bệnh sinh của bệnh.

4.2. Biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu. Các bất thường về huyết

học hay gặp ở bệnh nhân SLE. Đây cũng là một trong những tiêu chuẩn giúp chẩn đoán xác định bệnh lupus. Tổn thương huyết học bao gồm: thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm bạch cầu lympho, giảm tiểu cầu, rối loạn đông cầm máu. Khoảng 50 - 60% bệnh nhân SLE có thiếu máu trong đó thiếu máu tan máu chiếm khoảng 20%. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Nghiêm Trung Dũng (2018), tỷ lệ thiếu máu là 85,5%; tỷ lệ giảm bạch cầu ngoại vi là 9,9%, tỷ lệ giảm bạch cầu lympho là 44,7% và tỷ lệ giảm tiểu cầu là 3,9% thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (21,1%)⁴.

Các triệu chứng viêm khớp, sốt, ban cánh bướm và rụng tóc là các triệu chứng thường gặp của SLE. Các triệu chứng phù và tăng huyết áp là triệu chứng thường gặp trong nhóm viêm thận lupus. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu khác như Nghiêm Trung Dũng (2018) tỷ lệ ban cánh bướm và rụng tóc, tăng huyết áp và tràn dịch đa màng gặp nhiều hơn với tỷ lệ tương ứng là 55,9% và 55,9%, 44,7%, 63,8%⁴. Nghiên cứu đa trung tâm của Hanly JG (2016) tỷ lệ ban cánh bướm, loét miệng, đau khớp lần lượt là 35,5%, 39,7%, 78,4%⁶. Đây là nghiên cứu tiến cứu, các triệu chứng được tích lũy dần nên tỷ lệ cao hơn triệu chứng của chúng tôi với các bệnh nhân mới được chẩn đoán cắt ngang.

4.3. Đặc điểm miễn dịch của nhóm nghiên cứu. Rối loạn về miễn dịch thể đã được chứng minh là một trong những rối loạn bệnh học đặc trưng của bệnh SLE. Một trong những rối loạn miễn dịch quan trọng này là sự xuất hiện các tự kháng thể kháng lại các thành phần kháng nguyên nhân của cơ thể trong đó có 2 kháng thể quan trọng nhất là kháng thể kháng chuỗi kép DNA (ds-DNA) và kháng thể kháng nhân (ANA). Ngoài ra, kháng Ds-DNA và giảm bổ thể đặc trưng cho đợt hoạt động của bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu khác. Urrestarazú A (2017) tỷ lệ kháng thể kháng nhân, kháng Ds-DNA, giảm bổ thể lần lượt 96%, 74%, 84%⁷.

3.4. Mối liên quan giữa kháng thể antiphospholipid và huyết học. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự có mặt của kháng thể aPL trong nhóm viêm thận lupus có mối liên quan với huyết học, nguy cơ thiếu máu tan máu gấp 2,318 lần và giảm tiểu cầu gấp 2,024 lần so với nhóm viêm thận không có kháng thể aPL. Kết quả của chúng tôi tương tự với các kết quả

nghiên cứu khác. Trong đánh giá hệ thống và phân tích tổng hợp của Ozan unlu và cộng sự năm 2015 tỷ lệ thiếu máu tan máu trong nhóm lupus có aPL và không có aPL lần lượt là 22,4% và 8,4%. Nguy cơ tăng thiếu máu tan máu ở nhóm có kháng thể aPL tăng 3,22 (KTC 95% [CI], 2,40-4,32)⁸. Chock YP và cộng sự nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp báo cáo năm 2019 tỷ lệ giảm tiểu cầu trong nhóm lupus có aPL và không có aPL lần lượt là 29% và 15,1%. Nguy cơ giảm tiểu cầu ở bệnh nhân aPL dương tính là 2,48 (KTC 95%; 2,10-2,93)⁹.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi đưa được ra một số kết luận sau:

- Triệu chứng thường gặp của viêm thận lupus là: viêm khớp (45%), tăng huyết áp (41,1%), phù (38,8%), tràn dịch đa màng (37,7%), sốt (36,6%), thiếu máu (87,7%), giảm bạch cầu (55,5%) và giảm tiểu cầu (21,2%).

- Nhóm viêm thận lupus có aPL có nguy cơ thiếu máu tan máu gấp 2,318 lần và giảm tiểu cầu gấp 2,024 lần so với nhóm viêm thận lupus không có aPL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mok CC.** Understanding lupus nephritis: diagnosis, management, and treatment options. *Int J Womens Health.* 2012;4:213-222.
2. **Mok CC.** Prognostic factors in lupus nephritis. *Lupus.* 2005;14(1):39-44.
3. **Pons-Estel GJ, Serrano R, Plasín MA, Espinosa G, Cervera R.** Epidemiology and management of refractory lupus nephritis. *Autoimmun Rev.* 2011;10(11):655-663.
4. **Nghiêm TD.** Nghiên cứu đánh giá mức độ hoạt động, tổn thương mô bệnh học và tính đa hình thái gen STAT4, IRF5, DKN1A trong viêm thận lupus. Luận văn Tiến sĩ. Chuyên ngành Dị ứng-Miễn dịch lâm sàng, Hà Nội, 2018.
5. **Moroni G, Quaglini S, Radice A, et al.** The Value of a Panel of Autoantibodies for Predicting the Activity of Lupus Nephritis at Time of Renal Biopsy. *Journal of Immunology Research.*
6. **Hanly JG, O'Keefe AG, Su L, et al.** The frequency and outcome of lupus nephritis: results from an international inception cohort study. *Rheumatology (Oxford).* 2016;55(2):252-262.
7. **Urrestarazú A, Otatti G, Silvaniño R, et al.** Lupus Nephritis in Males: Clinical Features, Course, and Prognostic Factors for End-Stage Renal Disease. *Kidney Int Rep.* 2017;2(5):905-912.
8. **Increased Risk of Hemolytic Anemia Associated with Antiphospholipid Antibodies in Patients with Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review and Meta-Analysis.** ACR Meeting Abstracts. Accessed October 17, 2020.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH XQUANG TRẬT KHỚP HÁNG BẨM SINH Ở TRẺ EM ĐƯỢC PHẪU THUẬT NẮN CHỈNH KHÔNG CẮT XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phạm Văn Hà*, Hoàng Hải Đức**, Nguyễn Vũ Hoàng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh Xquang trật khớp háng bẩm sinh ở trẻ em được phẫu thuật nắn chỉnh không cắt xương tại bệnh viện Nhi Trung ương. **Phương pháp Nghiên cứu:** mô tả lâm sàng, cắt ngang. Gồm 60 bệnh nhân có dị tật trật khớp háng bẩm sinh được phẫu thuật nắn chỉnh không cắt xương tại khoa Chỉnh hình nhi, bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 06/2018 đến tháng 06/2020. **Kết quả:** Tuổi phát hiện bệnh 12 – 24 tháng (65%), tuổi phẫu thuật 18-24 tháng (66,7%); tỷ lệ nữ/ nam $\approx$ 7,5; chủ yếu gặp ở khớp háng bên trái (60%); Chênh lệch chiều dài chi dưới (95%); Nghiệm pháp Galeazzi dương tính (95%), Xquang trật khớp háng độ 4 theo Tonniss (71,7%). **Kết luận:** Trật khớp háng bẩm sinh thường được phát hiện trong độ tuổi trẻ bắt đầu tập đi với triệu chứng tập tễnh do bệnh nhi có chênh lệch chiều dài chi dưới và phẫu thuật ngay sau khi gia đình phát hiện bất thường và đưa đi khám, Bệnh nhi phẫu thuật chủ yếu có trật khớp háng độ 4 theo Tonniss trên Xquang

Từ khóa: Trật khớp háng bẩm sinh, Khớp háng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND X- RAY IMAGES OF CONGENITAL HIP DISLOCATION IN CHILDREN OPEN REDUCTION NOT CONJUNCTION FEMORAL SHORTENING AND INNOMINATE OSTEOTOMY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Objectives: To describe the clinical characteristics and images Xray of congenital hip dislocations in children open reduction not conjunction femoral shortening and innominate osteotomy at the National Hospital of Pediatrics. **Methods:** Clinical, cross-sectional descriptive studies. Including 60 patients with congenital hip dislocations undergoing osteoporosis surgery at Pediatric Orthopedics Department, National Pediatric Hospital from June 2018 to June 2020. **Results:** Age 12-24 months (65%), age of surgery 18-24 months (66.7%); the ratio of female / male $\approx$ 7.5; mainly found in the left hip joint (60%); The difference in length of lower limbs (95%); Galeazzi test positive (95%), X-ray hip dislocation 4 according to Tonniss (71.7%).

*Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

**Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hà

Email: hachelsea258@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020

Ngày duyệt bài: 19.11.2020

Conclusion: Congenital hip dislocation is often found at a young age when a child begins to walk with symptoms of a toddler with a deviation in the lower limb length and surgery soon after finding an abnormality in his family. Surgery, pediatric surgery mainly had hip dislocation 4 according to Tonniss on X-ray

Key words: Congenital hip dislocation, hip joint.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trật khớp háng bẩm sinh (TKHBS) là dị tật của khớp háng khi chỏm xương đùi không khớp một cách chính xác với ổ cối trên xương chậu hoặc chỏm xương đùi nằm trật ra phía ngoài ổ cối. Ở trẻ sơ sinh, tỷ lệ mắc TKHBS từ 1/3000-1/800. Trong số trẻ bị TKHBS, tỷ lệ mắc của trẻ gái khoảng 80%, trẻ trai chiếm 20%, trẻ gái so với trẻ trai là 4/1 [1], [2].

Trật khớp háng ảnh hưởng nhiều đến tầm vận động, chức năng, thẩm mỹ của chi dưới và tâm lý cho người bệnh. Điều trị trật khớp háng bẩm sinh thì tùy thuộc vào lứa tuổi phát hiện bệnh mà ta có thể bó bột hoặc phẫu thuật với mục đích đưa lại chỏm xương đùi vào đúng với ổ cối để thực hiện đúng các chức năng giải phẫu sinh lý bình thường.

Trên thế giới có khá nhiều nghiên cứu về các phương pháp điều trị trật khớp háng và đã đạt hiệu quả cao. Tại Việt Nam, bệnh lý trật khớp háng bẩm sinh đã được biết đến từ lâu tuy nhiên mới gần đây mới được điều trị thực sự hiệu quả tại một số bệnh viện lớn. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *'Kết quả phẫu thuật nắn chỉnh điều trị trật khớp háng bẩm sinh ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương'*

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh Xquang trật khớp háng bẩm sinh ở trẻ em được phẫu thuật nắn chỉnh không cắt xương tại bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là trật khớp háng bẩm sinh được phẫu thuật nắn chỉnh mở không cắt xương tại bệnh viện Nhi Trung ương

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là trật khớp háng bẩm sinh dựa vào kết quả khám lâm sàng (ngắn chi, nghiệm pháp Galeazzi dương tính, hạn chế giang khớp háng) và kết quả Xquang, có chỉ định PT.

- Các BN được phẫu thuật theo phương pháp nắn chỉnh mở không có cắt xương.

**Chỉ định PT:*

- Trật khớp háng độ III, độ IV theo phân độ của Tönnis.[4]

- Góc ổ cối < 35^o.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những trường hợp chưa đủ điều kiện để thực hiện PT như mắc bệnh toàn thân.

- Bệnh nhân có dị tật bẩm sinh kèm theo.

- Những BN đã điều trị bảo tồn, đã điều trị tại cơ sở khác thất bại.

- Bệnh nhân có độ tuổi không thuộc nhóm nghiên cứu.

- Bệnh nhân loạn sản ổ cối nhưng không sai khớp.

- Những BN không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

**Chống chỉ định PT:*

- BN trật khớp háng kèm bại não thể cơ cứng hai chi dưới, trẻ bị loạn sản tủy, BN bị cứng dính đa khớp.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 06/2018 đến 06/2020

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Chỉnh hình nhi Bệnh viện Nhi Trung ương.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả lâm sàng, thiết kế cắt ngang.

- Cơ mẫu nghiên cứu: Chọn toàn bộ bệnh nhân được phẫu thuật nắn chỉnh không cắt xương mà đã được chẩn đoán trật khớp háng bẩm sinh đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn.

Chỉ tiêu nghiên cứu.

- Tuổi phát hiện trật khớp háng.

- Tuổi phẫu thuật, tỉ lệ nam/ nữ.

- Chênh lệch chiều dài chi dưới.

- Bên trái hay bên phải, cả hai bên.

- Phân độ trật khớp háng trên Xquang theo Tönnis.[4]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 60 bệnh nhân trật khớp háng bẩm sinh được phẫu thuật nắn chỉnh không cắt xương, chúng tôi thu được kết quả sau

Bảng 1: Tuổi phát hiện bệnh

Tuổi phát hiện bệnh	Tình trạng TKHBS		
	Lứa tuổi	n	Tỷ lệ (%)
Tuổi phát hiện bệnh (TKHBS)	< 12 tháng	3	5
	12 - <24 tháng	39	65
	≥ 24 - <36 tháng	18	30
	Tổng	60	100

Nhận xét: Tuổi phát hiện bệnh ở nhóm 12 -

< 24 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất 65% (39/60), có khác biệt về tỉ lệ phát hiện bệnh vào thời điểm này so với phát hiện sớm trước 12 tháng tuổi và phát hiện muộn sau lớn hơn hoặc bằng 24 tháng tuổi với các tỉ lệ 65 % so với 5% và 30%

Bảng 2: Tuổi phẫu thuật

Tuổi phẫu thuật	Tình trạng TKHBS		
	Lứa tuổi	n	Tỷ lệ (%)
Tuổi phẫu thuật	18 - <24 tháng	40	66,7
	≥ 24 - <36 tháng	20	33,3
	Tổng	60	100

Nhận xét: Bệnh nhân được can thiệp phẫu thuật ở thời điểm từ 18 đến 24 tháng tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 68,9%, có sự khác biệt so với tỉ lệ bệnh nhân được can thiệp ở nhóm tuổi lớn hơn 24 tháng đến nhỏ hơn 36 tháng, với các tỉ lệ 66,7% so với 33,3%

Bảng 3: Tình trạng trật khớp háng theo giới tính

Giới	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nữ	53	88,3
Nam	7	11,7
Tổng	60	100

Nhận xét: Trong số 60 bệnh nhân bị trật khớp háng bẩm sinh, tỉ lệ nữ mắc cao nhất 88,3%; tỉ lệ nam mắc là 11,7%. Tỉ lệ nữ/nam là 7,5/1. Có sự khác biệt lớn về tỉ lệ bệnh nhân nữ và nam với các giá trị tương ứng là 88,3% so với 11,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P<0,01.

Bảng 4: Tình trạng chênh lệch chiều dài chi dưới.

Tình trạng chênh lệch chiều dài	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có chênh lệch chiều dài	57	95
Không chênh lệch chiều dài	3	5
Tổng	60	100

Nhận xét: Có sự khác biệt lớn về tỉ lệ có chênh lệch chiều dài chi dưới và không chênh lệch chiều dài chi dưới. Có chênh lệch chiều dài chiếm 95% so với không chênh lệch chiều dài chỉ có 5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P<0,01. Với 5% bệnh nhân bị trật khớp háng nhưng không chênh lệch chiều dài chi dưới là do bị trật khớp háng cả hai bên

Bảng 5: Nghiệm pháp Galeazzi

Galeazzi sign	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Âm tính	3	5
Dương tính	57	95
Tổng	60	100

Nhận xét: Có sự khác biệt lớn về nghiệm pháp Galeazzi dương tính và nghiệm pháp Galeazzi âm tính. Nghiệm pháp Galeazzi dương tính chiếm 95% so với nghiệm pháp Galeazzi âm

tính chỉ có 5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$. Với 5% bệnh nhân bị trật khớp háng nhưng nghiệm pháp Galeazzi âm tính là do bị trật khớp háng cả hai bên

Bảng 6: Tình trạng trật khớp háng bên trái, bên phải, hai bên trên phim chụp Xquang.

TKHBS	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bên trái	36	60
Bên phải	21	35
Cả hai bên	3	5
Tổng	60	100

Nhận xét: Trật khớp háng bên trái chiếm tỉ lệ cao nhất là 60%. Có sự khác biệt về tỉ lệ trật khớp háng trái 60% so với tỉ lệ trật khớp háng bên phải 35% và hai bên là 5%; sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê với $P < 0,01$

Bảng 7: Đánh giá tình trạng trật khớp háng theo phân độ của Tonnis

Phân độ TKHBS	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độ 1	0	0
Độ 2	0	0
Độ 3	17	28,3
Độ 4	43	71,7
Tổng	60	100

Nhận xét: Bệnh nhân trật khớp háng độ 4 chiếm tỉ lệ 71,7%. Có sự khác biệt về tỉ lệ bệnh nhân trật khớp háng độ 4 là 71,7% so với trật khớp háng độ 3 là 28,3; sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê với $P < 0,01$

IV. BÀN LUẬN

1. Về tuổi phẫu phát hiện bệnh và tuổi phẫu thuật

- Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tuổi phát hiện ra bệnh ở nhóm tuổi từ 12 - < 24 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 65%. Độ tuổi này trẻ bắt đầu tập đi. Do đó, khó khăn về vận động dễ dàng được cha mẹ phát hiện qua quan sát độ dài của chân, dáng đi của con với các dấu hiệu đi khập khiễng, lệch người. Vì vậy, tỷ lệ phát hiện dị tật của BN cao hơn trong giai đoạn này là hoàn toàn phù hợp.

- Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trên thế giới như: kết quả nghiên cứu của Kocer HE và cộng sự (2016), có 96% ca TKHBS được phát hiện sớm trong thời gian 24 tháng tuổi [5]. Samarah OQ và cộng sự (2016), nghiên cứu hồi cứu thấy tỷ lệ phát hiện TKHBS dưới 12 tháng tuổi là 41,9% và được can thiệp PT sớm khi trẻ dưới 12 tháng tuổi là 44,2% [6].

- Tỷ lệ bệnh nhi phẫu thuật ở độ tuổi từ 18 đến 24 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất (66,7%) là hoàn toàn hợp lý vì người nhà phát hiện ở lúc tập

đi sẽ cho con đi khám ngay. Tỷ lệ này tương đương với tác giả Nguyễn Ngọc Hưng (2013) thực hiện PT cắt xương chậu zigzag, kết hợp ghép xương mác đồng loại điều trị TKHBS, tuổi từ 12 - 36 tháng, trung bình 22,6 tháng [3]. Các tác giả đã kết luận: nên PT sớm ngay sau khi phát hiện bệnh, tốt nhất là trong năm đầu để tránh phải tiến hành cắt xương chậu [7]. Điều này đã được các tác giả khẳng định là can thiệp càng sớm càng có hiệu quả cao, nếu phải PT thì giảm thiểu các biến chứng

2. Tình trạng trật khớp háng theo giới tính. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong số 60 bệnh nhân bị trật khớp háng bẩm sinh, tỉ lệ nữ mắc cao nhất 88,3%; tỉ lệ nam mắc là 11,7%. Tỉ lệ nữ/nam là 7,5/1. Có sự khác biệt lớn về tỉ lệ bệnh nhân nữ và nam với các giá trị tương ứng là 88,3% so với 11,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$. Kết quả này cũng tương đương với một số nghiên cứu khác như Trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hưng (2013), tỷ lệ nữ giới là 86,3% (63/73), 13,7% (10/73) là nam; tỷ lệ nữ/nam là 6,3/1 [3]. Ulici A và cộng sự (2016) tỷ lệ nữ/nam là 7/1 [2].

3. Trật khớp háng bên trái, bên phải và cả hai bên. Trật khớp háng bên trái chiếm tỉ lệ cao nhất là 60%. Có sự khác biệt về tỉ lệ trật khớp háng trái 60% so với tỉ lệ trật khớp háng bên phải 35% và hai bên là 5%; sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê với $P < 0,01$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Ngọc Hưng (2013) có 88,4% trật khớp háng một bên; 11,6% trật khớp háng hai bên; trật khớp háng phải là 17,8% (17/95) và trật khớp háng trái là 70,5% (67/95) [3].

4. Chênh lệch chiều dài của chi và nghiệm pháp Galeazzi. Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu thì chỉ có duy nhất 3 bệnh nhân mà nghiệm pháp galeazzi âm tính và không có chênh lệch chiều dài chi dưới chiếm 5%, nguyên nhân là do bị trật khớp háng bẩm sinh cả hai bên. Như vậy sự chênh lệch chiều dài chi và xác định Nghiệm pháp Galeazzi trên lâm sàng là các dấu hiệu điển hình để chẩn đoán bệnh lý trật khớp háng do khi trật khớp háng thì thay đổi vị trí của chỏm xương đùi và ổ cối, xương đùi bị kéo lên trên làm cho chênh lệch chiều dài chi khiến đi tập tễnh từ đó nghiệm pháp Galeazzi sẽ dương tính.

5. Phân độ Tonnis trên Xquang. Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu ta thấy bệnh nhân trật khớp háng độ 4 chiếm tỉ lệ 71,7%. Có sự khác biệt về tỉ lệ bệnh nhân trật khớp háng độ 4 là 71,7% so với trật khớp háng độ 3 là 28,3; sự

khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê với $P < 0,01$. Việc nhận định phân độ trên Xquang khung chậu hết sức quan trọng thì nó liên quan đến chỉ định phẫu thuật (phẫu thuật khi trật khớp háng độ 3 và độ 4) và chiến lược điều trị chung cho cả quá trình

V. KẾT LUẬN

Như vậy, qua nghiên cứu 60 bệnh nhân ta thấy Tuổi phát hiện bệnh 12 – 24 tháng (65%), tuổi phẫu thuật 18-24 tháng (66,7%); tỷ lệ nữ/nam $\approx 7,5$; chủ yếu gặp ở khớp háng bên trái (60%); Chênh lệch chiều dài chi dưới (95%); Nghiệm pháp Galeazzi dương tính (95%), Xquang trật khớp háng độ 4 theo Tönnis (71,7%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Hải Đức (2018)**, Nghiên cứu chẩn đoán và ứng dụng phẫu thuật tạo hình ổ cối có ghép xương đồng loại trong điều trị trật khớp háng bẩm sinh ở trẻ nhỏ tại Bệnh viện Nhi trung ương, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 1

2. **Ulici A, Dulea AM, Tevanov I, Sterian G, Balanescu R (2016)**. Total Hip Replacement in Congenital Hip Dislocation in 14 Years Female Patient. *Chirurgia of Journal*, 111(3), 279-282.
3. **Nguyen Ngoc Hung (2013)**. Congenital Dislocation of the Hip in Children between the Ages of One and Three: Open Reduction and Modified Salter Innominate Osteotomy Combined with Fibular Allograft. *Open Journal of Orthopedics*, 3(2), 137-152.
4. **Tönnis D ed (1987)**. Congenital dysplasia and dislocation of the hip in children and adults. New York: Springer-Verlag, 113-130.
5. **Kocer HE, Cevik KK, Sivri M, Koplay M (2016)**. Measuring the Effect of Filters on Segmentation of Developmental Dysplasia of the Hip. *Iran J Radiol*, 13(3), e25491.
6. **Samarah OQ, Al Hadidi FA, Hamdan MQ, Hantouly AT (2016)**. Late-presenting developmental dysplasia of the hip in Jordanian males. *Saudi Med Journal*, 37(2), 151-155.
7. **Pospischill R, Weninger J, Ganger R, Altenhuber J, Grill F (2012)**. Does Open Reduction of the Developmental Dislocated Hip Increase the Risk of Osteonecrosis. *Clin Orthop Relat Res*, 470(1), 250-260.

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ GLUCOSE MÁU Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Nguyễn Thanh Nga*, Phạm Thái Dũng*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát sự thay đổi nồng độ glucose máu ở bệnh nhân chấn thương sọ não trong 7 ngày đầu nhập viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 54 bệnh nhân chấn thương sọ não nhập khoa Hồi Sức Tích Cực- Bệnh Viện Quân Y 103 từ tháng 11/2019 đến tháng 6/2020. So sánh nồng độ, tỷ lệ tăng glucose tại các thời điểm N₀ (nhập viện), thời điểm N₃ (sau 3 ngày), thời điểm N₇ (sau 7 ngày) giữa nhóm sống và nhóm tử vong. So sánh thời gian nằm viện, thời gian nằm điều trị hồi sức, tỷ lệ tử vong, điểm glasgow tại thời điểm nhập viện giữa 2 nhóm có tăng glucose và không tăng glucose máu. **Kết quả nghiên cứu:** Nồng độ glucose trung bình, tỷ lệ tăng glucose ở nhóm bệnh nhân tử vong cao hơn ở nhóm sống ở tất cả các thời điểm. Giá trị trung bình cao nhất là $13,06 \pm 0,83$ mmol/l ở nhóm tử vong N₀, khác biệt ở hai nhóm tử vong và nhóm sống có ý nghĩa thống kê ở thời điểm N₀. Những bệnh nhân chấn thương sọ não càng nặng thì nồng độ glucose máu càng cao. Thời gian nằm viện, thời gian nằm điều trị tại hồi sức, tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân có

glucose máu $\geq 11,1$ mmol/l cao hơn so với nhóm có nồng độ glucose $< 11,1$ mmol/l. **Kết luận:** Theo dõi nồng độ glucose máu ở thời điểm nhập viện giữa nhóm bệnh nhân sống và tử vong khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), có giá trị giúp tiên lượng mức độ nặng ở bệnh nhân chấn thương sọ não.

Từ khóa: tăng glucose máu, chấn thương sọ não

SUMMARY

TO STUDY THE VARIATION OF BLOOD GLUCOSE CONCENTRATION IN PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY

Objective: To survey the variation of glucose concentration in traumatic brain injury treated in Intensive Care Unit in 7 first days. **Subjects and methods:** 54 cases were diagnosed traumatic primary brain injury treated from November 2019 to June 2020. Blood glucose concentrations, at time N₀ (admission), N₃ (after 3 days), N₇ (after 7 days) in 2 group: survivors and death group. Data were collected from the patients records on mortality, intensive care unit length of stay, hospital length of stay, admission glasgow score in 2 groups: blood glucose concentration $\geq 11,1$ mmol/l and $< 11,1$ mmol/l groups. **Results:** The average glucose concentration, patient rate with hyperglycemia in the mortality group is always higher than that of the live group at all times. The highest average value is $13,06 \pm 0,83$ mmol/l in death group at admission time. Differences in mean glucose concentration in the two groups of

*Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Nga
Email: ngavmmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 20.11.2020

mortality and living groups were statistically significant at N_0 . The more severe traumatic brain injury patients, the higher the blood glucose concentration. The length of hospital stay, intensive care unit stay, glasgow coma score arrival in patient with blood glucose concentration $\geq 11,1$ mmol/l was significantly higher than patients with blood glucose concentration $<11,1$ mmol/l. **Conclusion:** The monitoring of blood glucose concentration at N_0 was significantly different between the living and death groups, valuable for the prognosis of severe level in patients with traumatic brain injury.

Keywords: hyperglycemia, traumatic brain injury

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não là một nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở các khoa lâm sàng nói chung, ở khoa Hồi sức tích cực nói riêng [2, 3]. Chấn thương sọ não gây ra các biến chứng toàn thân và tại chỗ như: thay đổi huyết áp, tăng glucose máu, tăng áp lực nội sọ,... Trong đó, tăng nồng độ glucose máu là một trong những biến chứng toàn thân hay gặp thường do nhiều cơ chế như: tăng đáp ứng viêm hệ thống, tăng đáp ứng với stress, tăng tiết catecholamin, rối loạn chức năng vùng hạ đồi, tuyến yên, [3]... Tăng glucose máu là một yếu tố tiên lượng sớm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân chấn thương sọ não. Việc kiểm soát nồng độ glucose máu ở bệnh nhân chấn thương sọ não có vai trò quan trọng làm giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân [3]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Khảo sát sự thay đổi nồng độ glucose máu ở bệnh nhân chấn thương sọ não trong 7 ngày đầu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 54 bệnh nhân chấn thương sọ não điều trị tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 11/2019 đến tháng 6 /2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương sọ não (tuổi ≥ 15)
- Bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Tiền sử được chẩn đoán và điều trị đái tháo đường
- Bệnh lý tim mạch, bệnh thận mạn tính, nhiễm khuẩn, bệnh lý hệ thống, được xác định bằng khai thác tiền sử kết hợp với khám xét lâm sàng, cận lâm sàng

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả.

2.2.2. Tiến hành: Các bệnh nhân được điều

trị tích cực theo phác đồ chung, các đặc điểm chung được ghi nhận: tuổi, giới, cơ chế chấn thương, điểm glasgow tại thời điểm nhập viện. Thay đổi nồng độ glucose tại thời điểm nhập viện (N_0), thời điểm N_3 (ngày thứ 3 sau chấn thương), N_7 (ngày thứ 7 sau chấn thương) ở bệnh nhân chấn thương sọ não sống và tử vong. Các bệnh nhân được chia thành 2 nhóm dựa trên nồng độ glucose máu tại thời điểm nhập viện: $\geq 11,1$ mmol/l và $<11,1$ mmol/l. Bệnh nhân có nồng độ glucose máu $\geq 11,1$ mmol/l được điều trị insulin theo phác đồ. Theo dõi đáp ứng điều trị của bệnh nhân trong thời gian điều trị đến khi bệnh nhân ra viện hoặc tử vong

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

2.2.3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương sọ não, thời gian đến viện sau chấn thương, điểm GCS tại thời điểm nhập viện.

2.2.3.2. Đặc điểm về sự thay đổi nồng độ glucose máu ở bệnh nhân chấn thương sọ não qua các thời điểm nghiên cứu

- Thay đổi tỷ lệ tăng glucose máu giữa nhóm sống và tử vong.
- Thay đổi nồng độ glucose giữa nhóm sống và tử vong
- Thay đổi nồng độ glucose ở các nhóm bệnh nhân theo thang điểm Glasgow.
- So sánh thời gian nằm viện, thời gian nằm hồi sức, thang điểm Glasgow, tuổi, tỷ lệ tử vong giữa 2 nhóm bệnh nhân có tăng glucose máu và không có tăng glucose máu.

2.2.4. Các thời điểm thu thập số liệu. Qui ước các thời điểm đánh giá các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (lấy mẫu xét nghiệm nồng độ glucose máu) vào các thời điểm sau: tại các thời điểm nhập viện (N_0); N_3 (ngày thứ 3 sau chấn thương); N_7 (ngày thứ 7 sau chấn thương).

2.2.5. Phân tích số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Số liệu được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, tỷ lệ % và $p < 0,05$ được coi là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm cơ bản	Giá trị
Tuổi ($\bar{x} \pm SD$; năm) (thấp nhất-cao nhất)	42 ± 20 ; 15 – 90
Giới nam (n; %), nữ (n; %)	41 (75,9%), 13 (24,1%)
Nguyên nhân chấn	Tai nạn giao thông;

thương sọ não (nguyên nhân chủ yếu; n; %)	46; 85,2%
Thời gian nhập viện (giờ; sớm nhất – muộn nhất)	2,82 ± 1,02 giờ; sớm nhất là 1 giờ, muộn nhất là 6 giờ
Điểm GCS thời điểm nhập viện (n; %)	6,77±2,53 điểm, cao nhất 12 điểm, thấp nhất 3 điểm, 3-5 điểm là 16 (27,1%); 6-8 điểm là 27 (45,8%) từ 9-12 điểm là 11 (18,6%)

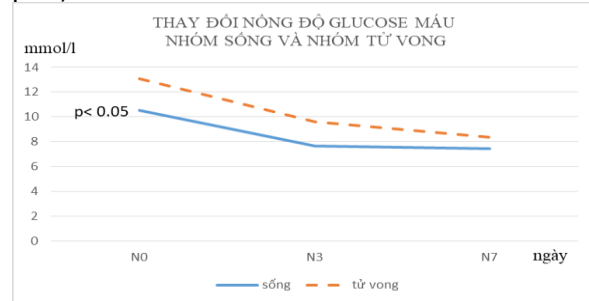
Nhận xét: Các bệnh nhân chủ yếu ở độ tuổi lao động, nam giới, chấn thương sọ não nặng.

Bảng 3.3: Thay đổi nồng độ glucose tại thời điểm nhập viện ở các nhóm bệnh nhân theo thang điểm Glasgow

Glucose Glasgow	Giá trị	p
3 - 5 (1)	11,06 ± 3,5	P ₁₂ < 0,05
6 - 8 (2)	9,5 ± 3,2	P ₂₃ < 0,05
9 - 12 (3)	7,5 ± 3,5	P ₁₃ < 0,05

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có GCS từ 3-5

điểm có nồng độ glucose máu cao hơn so với nhóm bệnh nhân có GCS từ 6-8 điểm và 9-12 điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05



Biểu đồ 3.1: Thay đổi nồng độ glucose máu giữa nhóm sống và tử vong qua các thời điểm

Nhận xét: Nồng độ glucose máu cao nhất tại thời điểm nhập viện, có xu hướng giảm dần qua các thời điểm nghiên cứu cả nhóm sống và tử vong. Nhóm bệnh nhân tử vong có nồng độ glucose máu cao hơn nhóm sống ở tất cả các thời điểm, có ý nghĩa thống kê tại thời điểm N₀ với p<0,05.

Bảng 3.2: Thay đổi về tỷ lệ tăng glucose máu ở nhóm sống và tử vong.

Thời điểm	BN	Sống		Tử vong		p
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
N ₀ (N=54)	≥11,1	9	25,7%	11	57,9%	p<0,05
	<11,1	26	74,3%	8	42,1%	
	Tổng	35	100%	19	100%	
N ₃ (N=44)	≥11,1	6	17,1%	3	33,3%	p>0,05
	<11,1	29	82,9%	6	66,7%	
	Tổng	35	100%	9	100%	
N ₇ (N=38)	≥11,1	3	8,6%	1	33,3%	p>0,05
	<11,1	32	91,4%	2	66,7%	
	Tổng	35	100%	3	100%	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tăng glucose máu ở nhóm tử vong cao hơn nhóm sống ở tất cả các thời điểm, có ý nghĩa thống kê tại thời điểm N₀, p<0,05.

Bảng 3.4: So sánh thời gian nằm viện, thời gian nằm hồi sức, thang điểm Glasgow, tuổi, tỷ lệ tử vong giữa 2 nhóm bệnh nhân có tăng và không tăng glucose máu ở thời điểm nhập viện

Chỉ tiêu	Glucose ≥11,1	Glucose <11,1	p
Thời gian nằm viện (ngày)	13,27±1,21	10±1,99	p<0,05
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	7,3±1,42	3,7±0,45	p<0,05
Glasgow (điểm)	5,75±0,47	7,45±0,495	p<0,05
Tỷ lệ tử vong (%)	55%(N=11)	24,2%(N=8)	p<0,05
Tuổi (năm)	42±3,5	41,9±4,7	p>0,05

Nhận xét: Thời gian nằm điều trị tại hồi sức, thời gian nằm viện ở nhóm bệnh nhân có Glucose ≥11,1mmol/l tại thời điểm nhập viện cao hơn nhóm BN có glucose <11,1 mmol/l. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điểm glasgow ở nhóm bệnh nhân tăng glucose máu thấp hơn bệnh nhân không có tăng glucose máu. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân có nồng độ Glucose ≥11.1 là 55%, cao hơn ở bệnh nhân có nồng độ Glucose <11.1 mmol/l (24,2%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0.05. Không có sự khác biệt về tuổi giữa 2 nhóm tăng glucose máu và không tăng glucose máu.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung. Nghiên cứu 54 bệnh nhân chấn thương sọ não có nam giới 41BN (75,9%), 24,1% là nữ, độ tuổi trung bình là 42 ± 20 , thấp nhất là 15, cao nhất là 90 tuổi.

Nguyên nhân chấn thương phần lớn là tai nạn giao thông chiếm 85,9%. Không chỉ ở Việt Nam mà trên toàn thế giới, tai nạn giao thông vẫn là một trong những nguyên nhân gây tử vong cao và là nguyên nhân hàng đầu của các trường hợp chấn thương sọ não vào viện. Bệnh nhân chấn thương sọ não trong nghiên cứu được đưa đến viện sau tai nạn trong khoảng 2,82 giờ. Sớm nhất sau tai nạn 1 giờ. Kết quả này tương đồng với một số tác giả trong nước nhưng dài hơn so với nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài. Mặc dù ở Việt Nam khoảng thời gian này đã được rút ngắn nhưng vẫn bộc lộ sự bất cập trong công tác cấp cứu, vận chuyển trước bệnh viện hiện nay của nước ta. Các bệnh nhân nhập viện chủ yếu là bệnh nhân chấn thương sọ não nặng, trong đó có 16 (27,1%) bệnh nhân được nhập viện có điểm Glasgow từ 3-5 điểm, có 27 (45,8%) bệnh nhân nhập viện có điểm Glasgow từ 6-12 điểm, 11 (20,4%) bệnh nhân nhập viện có điểm Glasgow từ 9-12 điểm. Điểm trung bình Glasgow là $6,77 \pm 2,53$, thấp nhất là 3 điểm, cao nhất là 12 điểm.

Đặc điểm nồng độ glucose ở bệnh nhân chấn thương sọ não. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ glucose ở nhóm bệnh nhân tử vong cao hơn so với bệnh nhân sống sót qua các thời điểm nghiên cứu. Theo đó, nồng độ glucose tại thời điểm nhập viện N_0 ở nhóm tử vong là $13,06 \pm 0,83$ mmol/l, còn nhóm sống sót giá trị này thấp hơn với $10,5 \pm 0,83$ mmol/l; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ tăng glucose máu ở nhóm bệnh nhân tử vong cao hơn nhóm sống ở các thời điểm nghiên cứu, có ý nghĩa thống kê tại thời điểm nhập viện.

Nghiên cứu của Javaher và cộng sự khi nghiên cứu trên 83 bệnh nhân chấn thương sọ não nặng nhận thấy nồng độ glucose máu tại thời điểm nhập viện ở nhóm bệnh nhân tử vong là $280,57 \pm 75,49$ mg/dl, cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân sống với giá trị là $137,38 \pm 61,46$ mg/dl, $p < 0,05$ [5].

Kafaki nghiên cứu trên 220 bệnh nhân chấn thương sọ não nặng nhận thấy nồng độ glucose ở nhóm bệnh nhân tử vong cao hơn so với nhóm bệnh nhân sống sót tại thời điểm nhập viện, thời điểm 72 giờ sau nhập viện. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$ [4].

Những bệnh nhân chấn thương sọ não có Glasgow từ 3-5 điểm có nồng độ glucose máu cao hơn so với nhóm bệnh nhân chấn thương có Glasgow 6-8 điểm và 9-12 điểm với giá trị lần lượt là $11,06 \pm 3,5$; $9,5 \pm 3,2$; $7,5 \pm 3,25$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Năm 2014, George và cộng sự đã nghiên cứu trên 149 bệnh nhân chấn thương sọ não cho thấy nhóm bệnh nhân chấn thương sọ não nặng có nồng độ glucose máu cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân chấn thương sọ não vừa [6]. Kết quả này phù hợp với tác giả Nguyễn Việt Quang (2014), cho thấy nhóm bệnh nhân có thang điểm Glasgow càng thấp thì nồng độ glucose máu càng cao [1].

Nhóm bệnh nhân có nồng độ Glucose ở thời điểm nhập viện $\geq 11,1$ mmol/l có thời gian nằm viện, thời gian nằm hồi sức tích cực, điểm Glasgow, tỷ lệ tử vong cao hơn so với nhóm có nồng độ glucose ở thời điểm nhập viện $< 11,1$ mmol/l. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Javaher và cộng sự nghiên cứu trên 83 bệnh nhân chấn thương sọ não nặng (2016) cho thấy tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân có nồng độ Glucose ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) là 88,2%, cao hơn rõ rệt so với nhóm có nồng độ Glucose < 200 mg/dl (11,1 mmol/l) là 30,6%. Cũng nghiên cứu này cho thấy thời gian nằm viện, thời gian nằm điều trị hồi sức ở nhóm bệnh nhân có Glucose ≥ 200 mg (11,1 mmol/l) cao hơn so với nhóm có glucose < 200 mg (11,1 mmol/l) [5].

Sung và cộng sự đã nghiên cứu nồng độ glucose và hậu quả ở những bệnh nhân chấn thương sọ não nằm điều trị tại khoa hồi sức nhận thấy các bệnh nhân có nồng độ glucose máu > 11 mmol/l có thời gian thở máy, thời gian nằm viện kéo dài hơn cũng như gia tăng biến chứng nhiễm trùng và tỷ lệ tử vong.

Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả trên. Tăng glucose máu ở bệnh nhân chấn thương sọ não gây nên do đáp ứng tăng chuyển hóa với Stress, đáp ứng viêm hệ thống, rối loạn trục dưới đồi, tuyến yên, tuyến thượng thận,... Tăng glucose máu có thể xem là một dấu hiệu nguy hiểm ở bệnh nhân chấn thương sọ não, người ta nhận thấy rằng có mối liên hệ giữa nồng độ glucose máu với tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng [3].

V. KẾT LUẬN

- Nồng độ glucose máu cao nhất tại thời điểm nhập viện (N_0) ở cả 2 nhóm bệnh nhân sống và tử vong với giá trị lần lượt là $10,5 \pm 0,83$ và

13,06 ± 0,83, có xu hướng giảm dần theo thời gian. Nồng độ trung bình glucose máu, tỷ lệ tăng glucose ở nhóm bệnh nhân tử vong cao hơn so với bệnh nhân sống tại thời điểm nhập viện có ý nghĩa thống kê.

- Tăng nồng độ glucose ở thời điểm nhập viện có mối liên quan với một số yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân chấn thương sọ não: tăng tỷ lệ tử vong, tăng thời gian nằm viện, tăng thời gian nằm điều trị tại hồi sức, điểm GCS lúc nhập viện. Theo dõi glucose máu ở thời điểm nhập viện giúp cho việc theo dõi, tiên lượng bệnh nhân chấn thương sọ não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Việt Quang (2014)**, Nghiên cứu mối liên quan giữa glucose máu với thang điểm

- glasgow ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng, Tạp chí y học thực hành; 4: 28-29.
2. **Wong, V.S. and B. Langley**, Epigenetic changes following traumatic brain injury and their implications for outcome, recovery and therapy. *Neurosci Lett*, 2016; 625: 26-33.
3. **Jia Shi¹, Bo Dong¹, et al**, Review: Traumatic brain injury and hyperglycemia, a potentially modifiable risk factor. 2016.
4. **Kafaki, S.B, et al**, Hyperglycemia: A Predictor of Death in Severe Head Injury Patients. *Clin Med Insights Endocrinol Diabetes* 2016; 9: 43-46.
5. **Khajavikhan, et al**, Association between Hyperglycaemia with Neurological Outcomes Following Severe Head Trauma. *J Clin Diagn Res*, 2016; 10(4): 11-3.
6. **Alexiou, G.A., et al.**, Admission glucose and coagulopathy occurrence in patients with traumatic brain injury. *Brain Inj*, 2014; 28(4): 438-41.

NGHIÊN CỨU VỀ CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI CON SO TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Nguyễn Bình An¹, Đặng Thị Minh Nguyệt², Trần Văn Hoàng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mổ lấy thai (MLT) là phẫu thuật nhằm lấy thai nhi, rau và màng ối ra khỏi tử cung qua một vết mổ ở thành tử cung đang nguyên vẹn. Qua các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ MLT trong cả nước nói chung và tại Bệnh viện Bưu điện nói riêng đang có xu hướng tăng nhanh, đặc biệt MLT con so. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm của thai phụ và kết quả mổ lấy tại con so tại Bệnh viện Bưu điện. Nhận xét một số chỉ định mổ lấy thai. **Đối tượng và phương pháp:** Áp dụng phương pháp nghiên cứu tiền cứu trên 500 thai phụ. **Kết quả:** Nhóm tuổi từ 26-30 chiếm tỉ lệ cao nhất 43,2%, tỉ lệ thai phụ có bệnh lý trước mổ là 25,2%, tỉ lệ MLT chung là 58,2%, tỉ lệ MLT con so là 58,8%, MLT do nguyên nhân xã hội chiếm tỉ lệ cao nhất 43,4%, sử dụng kháng sinh dự phòng là chủ yếu. **Từ khóa:** Chỉ định mổ lấy thai, cổ tử cung, sản phụ, thai nhi.

SUMMARY

RESEARCH ON INDICATIONS CAESAREAN SECTION OF THE FIRST CHILD IN HOSPITAL OF POST AND TELECOMMUNICATIONS

Background: The caesarean section (TCS) is surgery that removes the fetus, placenta and amniotic

fluid from the uterus through an incision in the intact uterine wall. Through recent studies, it is shown that the proportion of TCS in the country in general and at the Hospital of Post and Telecommunications in particular is tending to increase rapidly, especially TCS in comparison. **Objectives:** Describe the characteristics of pregnant women and caesarean section results in the Hospital of Post and Telecommunications. To comments on some indications for cesarean section. **Subjects and methods:** Using a prospective research method on 500 pregnant women. **Result:** The age group from 26-30 accounts for the highest rate of 43.2%, the percentage of pregnant women with preoperative diseases is 25.2%, the rate of general TCS is 58.2%, the rate of general TCS is 58.8%, TCS due to social reasons accounted for the highest rate 43.4%, mainly use of antibiotic prophylaxis.

Keywords: The caesarean section, cervical, pregnant woman, fetus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) là phẫu thuật nhằm lấy thai nhi, rau và màng ối ra khỏi tử cung qua một vết mổ ở thành tử cung đang nguyên vẹn.

Theo thời gian, cùng với sự tiến bộ của khoa học nói chung và y học nói riêng, kỹ thuật mổ lấy thai ngày càng hoàn thiện.

Tỉ lệ tai biến và biến chứng cho mẹ và con do MLT ngày càng thấp.

MLT cũng là lựa chọn để giải quyết những trường hợp đẻ khó phổ biến nhất, nó đã đẩy lùi và dần thay thế nhiều thủ thuật sản khoa cổ điển.³

¹Bệnh viện Bưu điện,

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bình An

Email: dranvnpt@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2020

Ngày duyệt bài: 24.11.2020

Qua các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ MLT trong cả nước nói chung và tại Bệnh viện Bưu điện nói riêng đang có xu hướng tăng nhanh, đặc biệt MLT con so. Có nhiều lý do để giải thích cho vấn đề này. Về mặt chuyên môn, do kỹ thuật mổ lấy thai và gây mê hồi sức ngày càng hoàn thiện, chất lượng kháng sinh ngày càng tốt, chất lượng chăm sóc sau mổ được nâng cao nên các tai biến và biến chứng của phẫu thuật mổ lấy thai ít hơn. Về mặt xã hội, có nhiều yếu tố tác động như con quý hiếm, thai do chữa vô sinh nhiều năm, sinh con theo ý muốn, tâm lý cộng đồng cho rằng mổ lấy thai an toàn hơn mổ đẻ, tâm lý sợ đau đẻ, chọn ngày chọn giờ sinh cho con, tỉ lệ phụ nữ lớn tuổi mới lập gia đình tăng... Ngành sản khoa cũng đứng trước áp lực lớn từ xã hội, báo chí, cộng đồng mạng... khi có tai biến xảy ra. Vì vậy, nhiều bác sĩ, nhiều cơ sở y tế đã đưa ra chỉ định non, không kiên trì theo dõi những trường hợp đẻ khó.

II. TỔNG QUAN

1. Sơ lược về lịch sử MLT. Năm 1610, Jeremih Trantann (Ý) thực hiện ca mổ lấy thai lần đầu tiên trên người sống nhưng người mẹ chỉ sống được 25 ngày sau phẫu thuật

Cho đến năm 1794 mới có ca phẫu thuật thành công đã cứu sống được cả mẹ và con tại bang Virginia của Mỹ. Đầu tiên người ta thực hiện mổ lấy thai bằng rạch thân tử cung mà không khâu phục hồi cơ tử cung do đó hầu hết các bà mẹ đều tử vong do chảy máu và nhiễm trùng. Như ở Anh năm 1865 tử vong mẹ là 85%, ở Áo là 100%, ở Pháp là 95%.

Ở Việt Nam, vào đầu thập kỷ 60 của thế kỷ XX mổ lấy thai lần đầu tiên được áp dụng tại khoa sản bệnh viện Bạch Mai (Hà Nội) theo phương pháp cổ điển. Sau đó giáo sư Đinh Văn Thăng đã thực hiện mổ ngang đoạn dưới lấy thai và phương pháp này hiện đang được áp dụng rộng rãi trong cả nước

2. Tình hình MLT ở thế giới và Việt Nam.

Tại Châu Phi, tỉ lệ MLT tăng từ 2.9% lên 7.4%, gấp 2,5 lần. Nhưng riêng vùng Bắc Phi, tỉ lệ MLT đã tăng vọt từ 4,4% lên 27,8%, gấp hơn 6 lần. Ở Châu Á, tỉ lệ mổ lấy thai tăng gần 4,5 lần, riêng khu vực Đông Á tỉ lệ này đã tăng kỷ lục lên đến 7 lần.

Đỗ Quang Mai nghiên cứu tình hình mổ lấy thai ở sản phụ con so trong 2 năm 1996 và 2006 tại BVPSTƯ, lần lượt là 28,71% và 37,09%. Theo Huỳnh Thị Thu Thủy, tỉ lệ mổ lấy thai tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2007 là 47,35%, nhóm chỉ định cao nhất là vết mổ cũ.

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** 500 BN mổ lấy thai con so tại BV Bưu điện từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2019.

- **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu

- **Phương pháp xử lý số liệu:** SPSS 22.0

IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của thai phụ

- **Tuổi sản phụ:** 43,2% thuộc nhóm 26-30 tuổi. Nhóm có độ tuổi < 20 tuổi và > 35 tuổi chiếm tỷ lệ mổ lấy thai thấp lần lượt chiếm 2.2% và chiếm 5.4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả của Vương Tiến Hòa 28 ± 4,8827, Đỗ Quang Mai 28 ± 5 30 tại bệnh viện phụ sản Trung Ương,

- **Nghề nghiệp thai phụ:** Các sản phụ làm CBVC MLT con so chiếm tỷ lệ cao nhất 39.4%, thấp nhất là nhóm học sinh – sinh viên chỉ chiếm 3.6%.

- **Tình trạng bệnh lý thai phụ:** 4,6% tiền sản giật, 13% thiếu máu, 3% liên quan bệnh lý tim mạch, 7% có các bệnh khác và 74,8% thai phụ khỏe mạnh.

- **Phương pháp thụ thai:** 81% thai tự nhiên, 19% thai nhờ các phương pháp HTSS.

- **Số lượng thai:** 3,4% song thai, 96,6% đơn thai.

2. Kết quả mổ lấy thai. Nghiên cứu được tiến hành trên 500 bà mẹ mổ lấy thai con so trên tổng số 1859 sản phụ vào đẻ.

Bảng 1. Phân bố MLT con so trong nghiên cứu

Tỷ lệ MLT	n	Tỉ lệ (%)
MLT con so/ tổng số đẻ	500/1859	26,9
MLT con so/ số đẻ con so	500/850	58,8
MLT con so/ tổng số MLT	500/1081	46,3
Tổng số MLT / tổng số đẻ	1081/1859	58,2

Tỷ lệ MLT chung tại BV Bưu Điện là 58,2%, trong đó MLT con so trên tổng số đẻ con so chiếm tỷ lệ 58,8% và MLT con so trên tổng số MLT chiếm 46,3%. Tỉ lệ MLT con so và tỉ lệ MLT chung của chúng tôi khá cao, tương đương nghiên cứu của Phùng Ngọc Hân năm 2017 tại Bệnh viện Đại học Y được Huế 58,8% và Lê Hoài Chương tại Bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2017.

Có một số nguyên nhân dẫn tới tỉ lệ MLT tại Bệnh viện Bưu điện khá cao, như tỉ lệ thai có liên quan tới các phương pháp HTSS là khá cao 19%, tỉ lệ thai to trong nghiên cứu là 18%... và với một chi phí cho một ca MLT tại đây được cho là hợp lý so với các bệnh viện trong khu vực.

Bảng 2. Thời điểm mổ lấy thai

Thời điểm mổ	n	Tỉ lệ (%)
Chủ động	415	83
Trong chuyển dạ	85	17
Tổng số	500	100,0

MLT chủ động chiếm tỉ lệ rất cao tới 83%, MLT trong chuyển dạ chỉ có 17%.

Bảng 3: Chỉ số Apgar phút thứ nhất (có 17 ca song thai)

Điểm Apgar	n	Tỉ lệ (%)
<4	1	0,19
5-7	9	1,7
>7	470	94,2
Sơ sinh non tháng	20	3,91
Tổng	517	100,0

Trong 517 trẻ sơ sinh, chỉ có 1 trường hợp Apgar < 4 điểm, 470 trường hợp có Apgar tốt >7 điểm, 9 sơ sinh có Apgar từ 5-7 điểm chiếm 1,7%, có 20 sơ sinh non tháng.

Tỉ lệ này tương đương nghiên cứu của Phùng Ngọc Hân và Vũ Mạnh Cường.

Bảng 4: Chỉ số Apgar phút thứ 5.

Điểm Apgar	n	Tỉ lệ (%)

Bảng 6. Phôi hợp kháng sinh trên sản phụ

Số kháng sinh	Thời điểm	Chủ động		Cấp cứu		Tổng
		n	%	n	%	
Một loại		408	98.3	82	96.5	490 (98.0%)
≥ hai loại		7	1.7	3	3.5	10 (2.0%)
Tổng		415	100.0	85	100.0	500 (100.0%)

Tỷ lệ sản phụ chỉ định MLT dùng phối hợp từ 2 loại kháng sinh trở lên rất ít chiếm 2.0%, dùng 1 loại kháng sinh chủ yếu 490/500 chiếm 98.0%.

Bệnh viện Bưu điện sử dụng kháng sinh dự phòng trong phần lớn các trường hợp MLT, chỉ dùng 2gr kháng sinh trước mổ.

Bảng 7. Thời gian điều trị sau mổ.

Thời gian	Thời điểm	Chủ động		Cấp cứu		Tổng
		n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	
3 ngày		413	99,5	84	98,8	497 (99,4%)
4-7 ngày		2	0,5	1	1,2	3 (0,7%)
Tổng		415	100.0	85	100,0	500 (100,0%)

Thời gian điều trị 3 ngày chiếm tới 98,8%, chỉ có 3 bệnh nhân cần nằm viện từ 4-7 ngày trở lên.

Bảng 8. MLT theo các nhóm nguyên nhân chung

Nhóm nguyên nhân	Thời điểm mổ	n	Tổng	%
Do đường sinh dục	CĐ	11	31	6.2
	CC	20		
Do thai	CĐ	139	189	37.8
	CC	50		
Do phần phụ của thai	CĐ	23	24	4.8
	CC	1		
Bệnh lý mẹ	CĐ	10	10	2.0
	CC	0		
Nguyên nhân xã hội	CĐ	208	217	43.4
	CC	9		
Phối hợp các nguyên nhân	CĐ	24	29	5.8

<4	0	0,0
5-7	2	0,58
>7	494	95,51
Sơ sinh non tháng	20	3,91
Tổng	517	100,0

Sau 5 phút, không còn trẻ ngạt nặng, chỉ còn 2 trường hợp Apgar từ 5-7 điểm (0,58%), tỉ lệ này cao hơn nghiên cứu của Phùng Ngọc Hân và Vũ Mạnh Cường.

Tỉ lệ sơ sinh non tháng trong nghiên cứu là 3,91%, cao hơn nghiên cứu của Vũ Mạnh Cường 1,1%. Đa phần những trường hợp này là thai HTSS OVN, OVS và thai bệnh lý cần lấy thai ra sớm.

Bảng 5: Tai biến trong mổ

Tai biến	n	Tỉ lệ (%)
Chảy máu	16	3,2
Sốc phản vệ	0	0,0
Suy hô hấp	6	1,2
Không có tai biến	478	95,6
Tổng số	500	100,0

Trong mổ không gặp tai biến nghiêm trọng nào, có 3,2% chảy máu nhiều trong một số ca RTĐ, đa thai, thai to được xử trí kịp thời, bệnh nhân ổn định.

	CC	5	
Tổng		500	100.0

Nhóm nguyên nhân do xã hội chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 43.4% và nhóm do bệnh lý của mẹ chiếm tỷ lệ thấp nhất chỉ chiếm 2.0%.

Trong nhóm nguyên nhân xã hội, tỉ lệ thai HTSS, các trường hợp TSSKNN, con quý hiếm chiếm tỉ lệ khá cao.

V. KẾT LUẬN

- Nhóm tuổi từ 26-30 chiếm tỉ lệ cao nhất 43,2%, nhóm tuổi <20 chiếm tỉ lệ thấp nhất 2,2%.

- Tình trạng bệnh lý thai phụ: 4,6% tiền sản giật, 13% thiếu máu, 3% liên quan bệnh lý tim mạch, 7% có các bệnh khác và 74,8% thai phụ khỏe mạnh

- Tỷ lệ MLT chung tại BV Bưu Điện là 58,2%, trong đó MLT con so trên tổng số đẻ con so chiếm tỷ lệ 58,8% và MLT con so trên tổng số MLT chiếm 46,3%.

- MLT vì lý do xã hội chiếm tỉ lệ cao nhất 43,4%, trong đó các trường hợp vô sinh và TSSKNN chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm này (64,6% của nhóm và chiếm 28% tổng số MLT), đứng thứ 2 là nguyên nhân do thai 37,8%.

- Sử dụng kháng sinh: có 6 trường hợp cần phối hợp 2 loại kháng sinh chiếm 1,2%, còn lại 88,8% dùng một loại kháng sinh (đa số dùng kháng sinh dự phòng.)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Quang Mai (2007)**, "Nghiên cứu tình hình mổ lấy thai ở sản phụ con so tại bệnh viện phụ sản trung ương trong 2 năm 1996 và 2006".
2. **Hyattsville M.D (2004)**, "Preliminary birth for 2004: infant and Maternal health". National center for health statistics.
3. **Phạm Thị Hoa Hồng (2016)**, "Các chỉ định mổ lấy thai". Bài giảng sản phụ khoa tập I, tái bản lần thứ VI, nhà xuất bản y học Hà Nội, trang 105 - 107.
4. **Vương Tiến Hòa (2004)**, "Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai ở người đẻ con so tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2002". tạp chí nghiên cứu y học tập 21, số 5: tr. 79-84.
5. **Vũ Mạnh Cường (2016)**, "Nghiên cứu về chỉ định và biến chứng mổ lấy thai con so tại Bệnh viện phụ sản Thái Bình", Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y khoa Hà Nội.
6. **Lê Hoài Chương (2018)** "Nhận xét thực trạng mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2017". Tạp chí phụ sản, tập 16, số 1, 2018, tr. 92-96.
7. **Phùng Ngọc Hân (2017)** "Chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế". Tạp chí phụ sản, tập 15, số 1, 2017, tr. 41-46

ĐẶC ĐIỂM CỘNG HƯỞNG TỪ CỘT SỐNG THẮT LƯNG Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ PHONG BẾ DO ĐAU THẮT LƯNG CÙNG

Nguyễn Đình Minh*, Sử Tuấn Vũ*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đặc điểm CHT cột sống thắt lưng ở các trường hợp đau thắt lưng cùng được điều trị bằng phong bế rễ thần kinh là mục tiêu của nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 41 BN đau thần kinh thắt lưng cùng có phim chụp CHT và được điều trị phong bế cột sống thắt lưng từ tháng 3/2020 đến 09/2020 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình BN là $48 \pm 15,56$ tuổi (từ 17 đến 76 tuổi). Đau thắt lưng lan xuống chân là 31/41(75,1%). Có 35/41 (85,4%) thoái hoá đĩa đệm và 32/41(78%) thoái hoá đốt sống. Thoái hoá đĩa đệm hay gặp ở các tầng thắt lưng thấp, với 32/41(78%) ở L4/L5 và 35/41 (85,4%) ở L5/S1. Thoái hoá đốt sống tăng theo tuổi, với 5/12(41,7%) ở nhóm <40 tuổi và 10/10(100%) ở

nhóm >60 tuổi ($p=0,001$). Có 4/10(40%) BN nhóm >60 tuổi có thoái hoá Modic ($p=0,001$). Thoái hoá đốt sống thấy ở 5/10(50%) BN đau thắt lưng đơn thuần và 27/31(87,1%) đau thắt lưng lan xuống chân ($p=0,014$). Thoát vị nội xẹp gặp trong 1/10(10%) đau thắt lưng và 8/31(19,4%) BN đau thắt lưng lan xuống chân ($p=0,04$). **Kết luận:** CHT đóng vai trò quan trọng trong phát hiện các dấu hiệu thoái hoá cột sống thắt lưng ở các trường hợp đau thắt lưng cùng.

Từ khóa: Cộng hưởng từ, thoái hoá cột sống thắt lưng, đau thắt lưng cùng.

SUMMARY

MAGNETIC RESONNANCE IMAGING OF LUMBAR SPINE IN LOW-BACK-PAIN PATIENTS TREATED BY EPIDURAL INJECTION

Introduction: The MRI features of low back pain (LBP) treated by lumbar epidural injection were the purpose of the study. **Materials and Methods:** 41 patients with lumbosacral radiculopathy had spinal MRI and lumbar epidural injection from 3/2020 to 9/2020 at VietDuc hospital. A prospective descriptive study. **Results:** patient's average ages was $48 \pm 15,56$

*Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: minhdt24@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2020

Ngày duyệt bài: 19.11.2020

years (from 17 to 76). Low back pain expanding to lower extremities were 31/41(75,1%). There were 35/41(85,4%) degenerative disc and 32/41(78%) vertebral degenerative disease. Disc degeneration was frequently found at low lumbar levels, with 32/41(78%) at L4/L5 and 35/41(85,4%) at L5/S1. Vertebral degeneration has increased with age, with 5/12(41,7%) at <40 years of age and 10/10(100%) at over 60 years ($p=0,001$). 4/10(40%) of over-60-year group had Modic's degeneration ($p=0,001$). Vertebral degeneration was seen at 5/10(50%) in LBP and 27/31(87,1%) in LBP with radiculopathy ($p=0,014$). Intravertebral disc herniation was seen at 1/10(10%) LBP and 8/31(19,4%) LBP with radiculopathy ($p=0,04$). **Conclusion:** Magnetic Resonance Imaging plays an important role in diagnosing lumbar degenerative disease in lumbosacral radiculopathy.

Keywords: Magnetic Resonance Imaging, lumbar degeneration, lumbosacral radiculopathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng cùng là bệnh lý hay gặp trên thực tế lâm sàng. Tỷ lệ mắc khoảng từ 5% -30% và trong suốt cuộc đời là 70%-85%. Bệnh thường gây hạn chế vận động, sinh hoạt ở những người trên 40 tuổi. Nguyên nhân của đau thắt lưng cùng rất đa dạng và liên quan đến yếu tố di truyền, tuổi, giới tính, công việc. Trong phần lớn các trường hợp, đau thường là hậu quả của thoái hoá cột sống thắt lưng gây chèn ép rễ thần kinh. Tuy nhiên, các yếu tố khác của cột sống cũng có thể gây nên tình trạng đau này[1], [2]. Đau rễ thần kinh thắt lưng cùng thường được chỉ định phong bế cột sống nhằm giảm đau, hạn chế can thiệp xâm lấn và kéo dài thời gian trước khi chỉ định phẫu thuật. Để phát hiện các bất thường cột sống cần phải có các phương pháp chẩn đoán hình ảnh rõ nét, độ phân giải cao về hình thái cấu trúc cột sống.

Cộng hưởng từ (CHT) là thăm khám được lựa chọn trong chẩn đoán bệnh lý đau thắt lưng cùng. Vì đây là phương pháp thăm khám không nhiễm xạ, khả năng tạo ảnh đa mặt phẳng, độ tương phản hình ảnh cao và cho chẩn đoán chính xác [1], [3]. Cộng hưởng từ cho phép chẩn đoán xác định thoái hoá cột sống, loại trừ các bệnh lý hệ thống như ung thư, nhiễm trùng và để lập kế hoạch điều trị. Tuy nhiên, các dấu hiệu bất thường cột sống được phát hiện trên CHT như thoái hoá, thoát vị đĩa đệm, thoái hoá cột sống, hẹp ống sống... liên quan như thế nào với đau thắt lưng cùng vẫn chưa được nghiên cứu một cách chi tiết.

Do vậy, chúng tôi nghiên cứu: "*Đặc điểm cộng hưởng từ cột sống thắt lưng ở bệnh nhân điều trị phong bế do đau thắt lưng cùng*" nhằm mô tả các

đặc điểm hình ảnh CHT cột sống thắt lưng ở các BN đau thắt lưng cùng được chỉ định phong bế cột sống tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 41 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán đau thần kinh thắt lưng cùng được chỉ định điều trị bằng phong bế cột sống tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 3/2020 đến tháng 8/2020.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN không phân biệt giới tính được chẩn đoán đau thắt lưng cùng có thể kèm đau lan theo rễ thần kinh, được chụp Cộng hưởng từ (CHT) cột sống thắt lưng và được phong bế cột sống thắt lưng giảm đau.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN đau không do thần kinh, hoặc đã phẫu thuật cột sống trước đó, hoặc tình trạng nhiễm trùng, rối loạn đông máu, dị ứng thuốc (cần quang, corticoid, lidocain), có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu
- Phương tiện nghiên cứu: gồm phim chụp CHT cột sống thắt lưng hoặc dữ liệu hình ảnh CHT trên hệ thống lưu trữ hình ảnh PACS.
- Thống kê và xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

- Tuổi và giới tính: Tuổi trung bình là $48 \pm 15,56$ tuổi, cao tuổi nhất là 76 và ít tuổi nhất là 17. Có 17 nam và 24 nữ với tỷ lệ nam: nữ là 1: 1,4.

- Vị trí đau: hay gặp là đau thắt lưng với 15/41(36,6%) bên phải và 11/41(26,8%) bên trái, đau lan xuống mông phải và trái là 16/41(39%) và 10/40 (24,4%). Có 31/41(75,6%) BN đau lan xuống chân trong đó 16/41(39%) BN chân phải và 15/41(36,6%) BN chân trái. Đau xuống đùi là 14/41(34,1%) và 13/41(31,7%), xuống gối và cẳng chân là 10/41(24,4%) cả bên phải và trái. Đau đến bàn chân ít gặp hơn với tỷ lệ <10%.

3.2. Đặc điểm hình ảnh Cộng hưởng từ cột sống thắt lưng

- Thoái hoá đĩa đệm là 35/41(85,4%) BN. Phình đĩa đệm là tổn thương hay gặp với 25/41(61,0%) BN. Thoát vị đĩa đệm, rách vòng xơ, hẹp ống sống và thoát vị xẹp là các dấu hiệu ít gặp hơn với 18/41(43,9%), 13/41(31,7%), 12/41(29,3%) và 9/41(22%). Tỷ lệ thoái hoá đốt sống là 32/41(78%). Không có sự khác biệt giữa nam và nữ ($p>0,05$) (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm thoái hoá cột sống thắt lưng theo giới tính (n=41)

Dấu hiệu Cộng hưởng từ	Giới tính			Giá trị P
	Nam (n=17)	Nữ (n=24)	Chung (n=41)	
Thoái hoá đĩa đệm	14 (82,4)	21(87,5)	35(85,4)	0,679
Rách vòng xơ đĩa đệm	7(41,2)	6(25)	13(31,7)	0,273
Thoát vị đĩa đệm	7(41,2)	11(45,8)	18(43,9)	0,767
Thoát vị xẹp	4(23,5)	5(20,8)	9(22)	0,565
Hẹp ống sống	5(29,4)	7(29,2)	12(29,3)	0,626
Phình đĩa đệm	10(58,8)	15(62,5)	25(61,0)	0,812
Trượt đốt sống	2(11,8)	3(12,5)	5(12,2)	0,665
Thoái hoá đốt sống	12 (70,6)	20(83,3)	32(78)	0,331
Xẹp đốt sống	1(5,9)	1(4,2)	2(4,9)	0,802
Thoái hoá Modic	1(5,9)	3(12,5)	4(9,8)	0,629

- Thoái hoá đĩa đệm tăng theo tuổi với 8/12(66,7%) ở BN <40 tuổi, 17/19(89,5%) ở 40-60 tuổi và 10/10(100) ở >60 tuổi, nhưng khác biệt không có ý nghĩa (p=0,070). Xu hướng thoái hoá đốt sống tăng theo tuổi, với 5/12(41,7%) ở nhóm <40 tuổi và 10/10(100%) ở nhóm >60 tuổi (p=0,001). Có 4/10(40%) BN thuộc nhóm >60 tuổi thoái hoá Modic (p=0,001) (Bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm thoái hoá cột sống thắt lưng theo tuổi (n=41)

Dấu hiệu cộng hưởng từ	<40 tuổi (n=12)	40-60 tuổi (n=19)	>60 tuổi (n=10)	Chung (n=41)	Giá trị P
Thoái hoá đĩa đệm	8(66,7)	17(89,5)	10(100)	35(85,4)	0,070
Rách vòng xơ	4(33,3)	7(41,3)	2(16,7)	13(31,7)	0,644
Thoát vị đĩa đệm	8(66,7)	8(42,1)	2(20)	18(43,9)	0,088
Thoát vị xẹp	2(16,7)	5(29,4)	2(16,7)	9(22)	0,807
Phình đĩa đệm	5(41,7)	11(57,9)	9(90)	25(61)	0,064
Trượt đốt sống	1(8,3)	2(11,8)	2(16,7)	5(12,2)	0,675
Hẹp ống sống	3(25)	6(31,6)	3(30)	12(29,3)	0,924
Thoái hoá đốt sống	5(41,7)	17(89,5)	10(100)	32(78)	0,001
Xẹp đốt sống	1(8,3)	-	1(10)	2(4,9)	0,397
Thoái hoá Modic	-	-	4(40)	4(9,8)	0,001

Bảng 3: Đặc điểm thoái hoá đĩa đệm theo tầng (n=41)

Tầng đĩa đệm	Dấu hiệu cộng hưởng từ						Trượt
	TH	RVX	TV	TVX	HOS	PDD	
L1/L2	27(65,9)	-	1(2,4)	4(9,8)	1(2,4)	4(9,8)	-
L2/L3	27(65,9)	-	1(2,4)	5(12,2)	2(4,9)	8(19,5)	-
L3/L4	29(70,7)	2(4,9)	2(4,9)	5(12,2)	2(4,9)	11(26,8)	-
L4/L5	32(78)	7(17,1)	10(24,4)	6(14,6)	9(22)	22(53,7)	2(4,9)
L5/S1	35(85,4)	11(26,8)	14(34,1)	3(7,3)	11(26,8)	15(36,6)	4(9,8)

(TH: thoái hoá, RVX: rách vòng xơ, TV: thoát vị, TVX: thoát vị xẹp, HOS: hẹp ống sống; PDD: phình đĩa đệm).

- Thoái hoá đĩa đệm hay gặp ở các tầng thắt lưng thấp, với 32/41(78%) ở tầng L4/L5 và 35/41(85,4%) ở tầng L5/S1. Các dấu hiệu khác như phình đĩa đệm, thoát vị, rách vòng xơ, hẹp ống sống cũng có xu hướng tương tự (Bảng 3).

3.2. Liên quan hình ảnh Cộng hưởng từ và đau lan xuống chi dưới

Bảng 4: Liên quan hình ảnh CHT và đau lan xuống chi dưới (n=41)

Dấu hiệu Cộng hưởng từ	ĐTL (n=10)	ĐTL+ĐC (n=31)	Chung (n=41)	Giá trị P
Thoái hoá đĩa đệm	8 (80)	27(87,1)	35(85,4)	0,581
Rách vòng xơ đĩa đệm	3(30)	10(32,3)	13(31,7)	1
Thoát vị đĩa đệm	4(40)	14(45,2)	18(43,9)	1
Thoát vị xẹp	1(10)	8(19,4)	9(22)	0,040
Hẹp ống sống	6(60)	6(29,2)	12(29,3)	0,626
Phình đĩa đệm	6(60)	19(61,3)	25(61,0)	0,942

Trượt đốt sống	2(20)	3(9,7)	5(12,2)	0,580
Thoái hoá đốt sống	5(50)	27(87,1)	32(78)	0,014
Xẹp đốt sống	2(20)	0(0)	2(4,9)	0,055
Thoái hoá Modic	0(0)	4(12,9)	4(9,8)	0,556

(ĐTL: đau thắt lưng; ĐC: đau xuống chân)

- Thoái hoá đốt sống thấy ở 5/10(50%) BN đau thắt lưng đơn thuần và 27/31(87,1%) đau thắt lưng có lan xuống chân ($p=0,014$). Thoát vị nội xấp gặp trong 1/10(10%) BN đau thắt lưng và 8/31(19,4%) BN đau thắt lưng và đau chân ($p=0,04$).

IV. BÀN LUẬN

Đau thắt lưng cùng là bệnh lý hay gặp, ảnh hưởng đến sinh hoạt và lao động của BN từ đó ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Đau thắt lưng cùng có nhiều nguyên nhân trong đó thoái hoá cột sống là một trong những nguyên nhân chính. Tổn thương thoái hoá cột sống thắt lưng rất đa dạng, thay đổi theo từng lứa tuổi và từng cá thể. Đau thắt lưng do thoái hoá cột sống có thể được điều trị giảm đau bằng phong bế cột sống. Đánh giá chính xác tổn thương và mức độ thoái hoá góp phần điều trị hiệu quả bệnh này. Cộng hưởng từ được xem là phương pháp được ưa chuộng trong thăm khám cột sống thắt lưng. Cộng hưởng với độ tương phản cao, hình ảnh chi tiết, cho chẩn đoán chính xác các nguyên nhân gây đau thắt lưng cùng như phình hay thoát vị đĩa đệm gây chèn ép rễ, rách vòng xơ đĩa đệm, thoái hoá Modic, hẹp ống sống. Xác định chính xác liên quan giữa các dấu hiệu thoái hoá và đau sẽ giúp ra chỉ định điều trị phù hợp hơn.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 41BN đau thắt lưng cùng có thể kết hợp với đau lan theo rễ thần kinh, tuổi trung bình là $48 \pm 15,56$ tuổi (từ 17- 76 tuổi). Đây cũng là lứa tuổi thường gặp trong các nghiên cứu khác[2], [4], [5], [6]. Theo đó, thoái hoá cột sống là tình trạng hay gặp ở lứa tuổi > 40 tuổi và tỷ lệ tăng lên >90% ở lứa tuổi > 50 tuổi. Nghiên cứu có 17 nam và 24 nữ với tỷ lệ nam : nữ là 1: 1,4. Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Kushwah và cs [4]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác cho thấy bệnh thường gặp ở nam nhiều hơn nữ[3], [6]. Chúng tôi chỉ lựa chọn những BN được chỉ định điều trị phong bế cột sống và cỡ mẫu còn nhỏ do đó chưa đại diện được cho tỷ lệ mắc bệnh trong cộng đồng.

Tất cả các BN đều có phim chụp CHT cột sống thắt lưng với các lớp cắt T2W sagital và axial, T1W sagital và T2STIR coronal hoặc sagital. Thoái hoá được phát hiện ở phần lớn các trường hợp với 78% thoái hoá đốt sống và 85,4% thoái hoá đĩa đệm. Tỷ lệ này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Kushwah và cs.[4]. Thoái hoá cột sống thắt lưng thường là do trọng

lực cơ học của cơ thể và là nơi chịu ảnh hưởng nhiều nhất của quá trình thoái hoá cột sống.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thoái hoá đĩa đệm ở nam và nữ là tương đương nhau với 82,4% và 87,5% ($p=0,679$). Nghiên cứu của Kushwah và cs [4] thì ở nam giới gặp nhiều hơn nữ giới nhưng sự khác biệt này là không có ý nghĩa. Mặt khác, chúng tôi thấy tỷ lệ thoái hoá đĩa đệm tăng ở những người cao tuổi với 66,7% ở tuổi <40 và 100% ở tuổi >60, nhưng sự khác biệt này là không có ý nghĩa ($p=0,063$). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Kushwah và cs [4] với tỷ lệ là 100% ở nhóm trên 60 tuổi và 89% và 43% với nhóm 40-60 và dưới 40 tuổi. Thoái hoá đĩa đệm ở những người trẻ có thể do yếu tố thể chất di truyền. Tuy nhiên, các yếu tố khác như chấn thương và lao động nặng cũng là những nguyên nhân hay gặp.

Bên cạnh đó, tỷ lệ thoái hoá đĩa đệm tăng nhẹ ở các tầng thắt lưng thấp với L4/L5 là 78% và L5/S1 là 85,4%, trong khi 34,1% đĩa đệm tầng L1/L2 là bình thường. Kết quả của Kushwah và cs [4] có 85% đĩa đệm L1/L2 là bình thường trong khi chỉ 47% ở tầng L4/L5. Nghiên cứu của Suthar và cs[3] cũng tương tự, với 38,59% đĩa đệm L4/L5 bị tổn thương. Như vậy, tỷ lệ thoái hoá đĩa đệm thắt lưng thấp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Điều này có thể do các BN của chúng tôi là những trường hợp đã có biểu hiện triệu chứng đau nhiều cần phải can thiệp bằng phong bế nên mức độ thoái hoá có phần nặng hơn.

Sự di lệch đĩa đệm là tình trạng hay gặp trong thoái hoá đĩa đệm. Di lệch đĩa đệm có thể dưới dạng phình hay thoát vị. Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp 61% phình đĩa đệm, 43,9% thoát vị đĩa đệm và thoát vị xấp là 22%. Theo nghiên cứu của Kushwah và cs[4] thì thoát vị đĩa đệm gặp nhiều hơn phình đĩa đệm, tỷ lệ thoát vị đĩa đệm thay đổi từ 60% đến trên 90%, tỷ lệ này thường là thấp ở những người trẻ. Mặt khác, chúng tôi thấy phình đĩa đệm hay gặp ở các tầng thắt lưng thấp với 53,7% ở L4/L5 và 36,6% ở L5/S1 so với 9,8% ở L1/L2. Thoát vị đĩa đệm cũng có kết quả tương tự với tầng L4/L5 và

L5/S1 tương ứng là 24,4% và 34,1% so với 2,4% ở L1/L2. Kết quả này tương tự các nghiên cứu trước đây [3], [4], [5], điều đó có thể do chức năng chịu trọng lực cơ thể ở các tầng thắt lưng thấp là nhiều hơn các tầng khác.

Tỷ lệ thoái hoá đốt sống trong nghiên cứu là 78% và không có sự khác biệt giữa nam và nữ ($p=0,331$). Tuy vậy, xu hướng thoái hoá đốt sống tăng theo tuổi, với 41,7% ở nhóm dưới 40 tuổi và tăng lên 100% ở nhóm trên 60 tuổi ($p=0,001$). Như vậy, cùng với quá trình thoái hoá đĩa đệm thì các đốt sống cũng có xu hướng thoái hoá tăng lên ở các tầng thắt lưng thấp.

Tỷ lệ thoái hoá Modic trong nghiên cứu tăng ở những BN cao tuổi, với 33% ở tuổi trên 60, chúng tôi không gặp trường hợp nào ở nhóm tuổi trẻ hơn, sự khác biệt này là có ý nghĩa ($p=0,005$). Điều đó cho thấy thoái hoá Modic có liên quan đến quá trình lão hoá của cơ thể. Bên cạnh đó, thoái hoá Modic hay gặp ở các tầng thắt lưng thấp và phần lớn tập trung ở các đốt sống L3, L4, L5. Nghiên cứu của Kushwah và cs cũng kết quả tương tự và cho thấy thoái hoá Modic còn hay gặp ở BN đau thắt lưng có kèm đau lan theo rễ thần kinh [4].

Tỷ lệ trượt đốt sống trong nghiên cứu là 12,2%, chủ yếu tập trung ở tầng L4/L5 (4,9%) và L5/S1 (9,8%). Chúng tôi không thấy có sự khác biệt về giới tính hay nhóm tuổi về tổn thương này. Theo Suthar và cs [3] thì tỷ lệ trượt đốt sống là 13,76% chủ yếu là tầng L5/S1 và trượt ra trước thì hay gặp hơn trượt ra sau. Tác giả cũng nhận định trượt đốt sống hay gặp ở các trường hợp hẹp ống sống hơn so với thoát vị đĩa đệm. Điều đó cho thấy khi hẹp ống sống thì sự lỏng lẻo của bao khớp và dây chằng sẽ gây nên trượt đốt sống.

Hẹp ống sống là dấu hiệu có thể gặp ở các BN có thoái hoá cột sống và đau thắt lưng cùng. Tỷ lệ hẹp ống sống trong nghiên cứu này là 29,3%, không có sự khác biệt về nhóm tuổi hay giới tính. Tuy nhiên, tỷ lệ hẹp ống sống cao hơn ở các tầng L4/L5 và L5/S1 với 22% và 26,8% so với tầng L1/L2 là 2,4%. Nghiên cứu của Suthar và cs [3] cho thấy hẹp ống sống và hẹp túi cùng bên thường xảy ra ở tầng L4/L5. Kushwah và cs [4] cho rằng hẹp ống sống gây chèn ép ống tủy và rễ thần kinh nên gây đau khi BN hoạt động. Theo nghiên cứu của Shobeiri và cs [5] thì hẹp ống sống gặp nhiều hơn ở các trường hợp đau thắt lưng có kèm đau thần kinh tọa.

Nghiên cứu gặp 75,6% BN đau thắt lưng cùng lan xuống chi dưới theo chi phối rễ thần kinh trong đó 39% BN lan xuống chân phải và

36,6% BN lan xuống chân trái. Nghiên cứu của Shobeiri và cs [5] cho thấy các trường hợp đau lan theo rễ thần kinh thắt lưng cùng thường hay gặp có chèn ép rễ xảy ra ở trong túi cùng bên. Trong nghiên cứu của Kushwah và cs [4] thì tỷ lệ chèn ép rễ thần kinh tăng lên theo tuổi, đồng thời nam có tỷ lệ trội hơn nữ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thoái hoá đốt sống hay gặp ở các trường hợp đau thắt lưng lan xuống chân hơn so với đau thắt lưng đơn thuần với tỷ lệ tương ứng là 87,1% và 50% ($p=0,014$). Bên cạnh đó, thoát vị nội xấp cũng gặp nhiều hơn ở các BN có đau lan xuống chân với tỷ lệ là 19,4% so với 1 trường hợp đau thắt lưng đơn thuần ($p=0,04$). Nghiên cứu của Kushwah và cs cho thấy thoái hoá Modic hay gặp ở BN đau thắt lưng có lan xuống rễ thần kinh [4]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi cả 4 trường hợp thoái hoá Modic đều đau lan xuống chân nhưng không có ý nghĩa về mặt thống kê ($p=0,556$).

V. KẾT LUẬN

Các BN đau thắt lưng cùng được điều trị bằng phong bế rễ thần kinh thường thấy có thoái hoá cột sống thắt lưng. Các dấu hiệu thoái hoá như phình đĩa đệm, thoát vị, rách vòng xơ hay hẹp ống sống thường xảy ra ở các tầng thắt lưng thấp từ L3 trở xuống. Bên cạnh đó, thoái hoá đốt sống và thoái hoá Modic tăng lên ở các BN cao tuổi. Mặt khác, thoái hoá đốt sống và thoát vị xấp thường có đau lan xuống chi dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D'Aprile P., Nasuto M., Tarantino A. et al. (2018).** Magnetic Resonance Imaging in degenerative disease of the lumbar spine: Fat Saturation technique and contrast medium. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, **89(1-S)**, 208-219.
2. **Mark Buller. (2018).** MRI Degenerative Disease of the Lumbar Spine: A Review. *J Am Osteopath Coll Radiol*, **7(4)**, 11-19.
3. **Suthar P., Patel R., Mehta C. et al. (2015).** MRI Evaluation of Lumbar Disc Degenerative Disease. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*, **9**, TC04-9.
4. **Kushwah A.P.S, Bharti R.A., Pande S. et al. (2018).** Magnetic Resonance Imaging Evaluation of Lumbar Degenerative Disc Disease with Clinical Correlation. *International Journal of Scientific Study*, **6(8)**, 165-173.
5. **Shobeiri E., Khalatbari M.R., Taheri M.S. et al. (2009).** Magnetic resonance imaging characteristics of patients with low back pain and those with sciatica. *Singapore Med J*, **50(1)**, 87-93.
6. **Sultana T., Alam S., Mostafa S.N. et al. (2015).** Plain Radiographic Evaluation of Degenerative Changes of Lumbosacral Spine- Correlation with Magnetic Resonance Imaging Findings. *Faridpur Medical College Journal*, **10(2)**, 68-70.

MỘT SỐ TỰ KHÁNG THỂ VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI LÂM SÀNG TRONG BỆNH XƠ CỨNG BÌ KHU TRÚ

Nguyễn Đăng Xuân¹, Lê Hữu Doanh², Vũ Nguyệt Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số tự kháng thể và mối liên quan với lâm sàng trong bệnh xơ cứng bì khu trú. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu chúng tôi lựa chọn 96 bệnh nhân xơ cứng bì khu trú đã được khẳng định bằng mô bệnh học. Trong 96 bệnh nhân, chúng tôi tiến hành làm xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng nhân bằng xét nghiệm ANA Hep-2 ở 63 bệnh nhân và phát hiện một số tự kháng thể bằng xét nghiệm ANA Profiles 23 ở 31 bệnh nhân sau đó phân tích xử lý số liệu và đưa ra đánh giá. **Kết quả:** Trong 63 bệnh nhân được làm xét nghiệm ANA Hep-2 có 39 bệnh nhân dương tính chiếm tỷ lệ 61,9%, dạng lắng đọng huỳnh quang gặp nhiều nhất là speckled chiếm 38,5%, tiếp đó là dạng homogeneous chiếm 30,8% và thấp hơn là các dạng lắng đọng khác. Tỷ lệ kháng thể kháng nhân dương tính trong XCBKT dạng mảng khá cao chiếm 66,7%, tiếp đó là dạng dải với 47%. Trong 31 bệnh nhân được làm xét nghiệm ANA Profiles 23, có 13 bệnh nhân dương tính với ít nhất 1 tự kháng thể chiếm tỷ lệ 41,9%. Tỷ lệ bệnh nhân dương tính với kháng thể kháng histon, kháng thể kháng dsDNA, kháng thể kháng DFS70 dương tính khá cao và bằng nhau là 9,7%. **Kết luận:** Tỷ lệ kháng thể kháng nhân dương tính khá cao ở bệnh nhân XCBKT, không thấy mối liên quan giữa tỷ lệ ANA dương tính với các thể lâm sàng XCBKT (dạng dải, dạng mảng, dạng lan tỏa và dạng sâu). Dạng lắng đọng huỳnh quang gặp nhiều nhất là speckled chiếm 38,5%, tiếp đó là dạng homogeneous chiếm 30,8% và thấp hơn là các dạng lắng đọng khác. Trong 23 tự kháng thể được làm xét nghiệm ANA Profiles 23, tự kháng thể kháng histon, kháng thể kháng dsDNA, kháng thể kháng DFS70 là hay gặp nhất.

Từ khóa: tự kháng thể, kháng thể kháng nhân, xơ cứng bì khu trú.

SUMMARY

SOME AUTOANTIBODIES AND THEIR CLINICAL RELEVANCE IN THE LOCALIZED SCLERODERMA DISEASE

Objective: To identify some autoantibodies and their clinical relevance in the localized scleroderma disease. **Subjects and methods:** In our study, we selected 96 localized scleroderma patients confirmed by histopathology. In 96 patients, we conducted laboratory tests to detect antinuclear antibodies by

testing ANA Hep-2 in 63 patients and detected some autoantibodies by ANA Profiles 23 test in 31 patients, then analyzed the data and presented evaluations. **Results:** Of 63 patients tested for ANA Hep-2, 39 positive patients accounted for 61.9%, the most common fluorescent deposition form was speckled with 38.5%, followed by homogeneous with 30.8% and other forms of deposition with the lower rates. The rate of positive antibodies in the plaque localized scleroderma accounted for 66.7%, followed by the strip form with 47%. Of the 31 patients tested with ANA Profiles 23, 13 were positive with at least 1 autoantibody, accounted for 41.9%. Proportion of positive patients with anti-histone antibodies, anti-dsDNA antibodies, anti-DFS70 antibodies were equal, 9.7%. **Conclusion:** The rate of positive antinuclear antibodies was quite high in patients with localized scleroderma. No relationship was found between the rate of positive ANA with clinical form (strip, plaque, diffuse and deep). Common fluorescence deposition form was speckled with 38.5%, followed by homogeneous form with 30.8% and other types of deposition with the lower rate. Of the 23 autoantibodies made in the ANA Profiles 23 test, autoantibodies to antihistones, antibodies to dsDNA, antibodies to DFS70 were the most common.

Key words: autoantibodies, antinuclear antibodies, localized scleroderma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ cứng bì là bệnh thuộc nhóm bệnh tổ chức liên kết tự miễn, bệnh được chia thành 2 nhóm là xơ cứng bì hệ thống (ảnh hưởng đến nhiều cơ quan) và xơ cứng bì khu trú (ảnh hưởng đến da). Xơ cứng bì khu trú (XCBKT) là bệnh da tự miễn ít gặp. Bệnh biểu hiện quá trình viêm đặc biệt, tổn thương chủ yếu ở trung bì và mô dưới da, đôi khi ảnh hưởng đến cân, cơ và xương bên dưới. Cả XCBKT và xơ cứng bì hệ thống (XCBHT) đều có thay đổi các mạch máu nhỏ, thâm nhập viêm và quá trình xơ hóa. Khác với XCBHT, XCBKT hiếm gặp các biểu hiện như hiện tượng Raynaud, xơ cứng đầu ngón, biểu hiện tiêu hóa và hô hấp. XCBKT ít ảnh hưởng đến tính mạng nhưng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống, tàn tật. Khoảng 10% bệnh nhân XCBKT có tổn thương gây biến dạng, co cứng đáng kể hoặc làm giảm sự tăng trưởng, gây khó khăn trong các hoạt động cá nhân. Cho đến nay, căn nguyên và cơ chế bệnh sinh của XCBKT còn chưa rõ, việc chẩn đoán, phân loại XCBKT còn chưa thống nhất. Các nghiên cứu về XCBKT cho thấy bệnh tổn thương nội mô mạch máu với phản ứng viêm và hoạt hóa hệ miễn dịch, dẫn tới tăng

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đăng Xuân

Email: xuanytbdd@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 23.11.2020

tổng hợp collagen và các protein của lưới ngoại bào. Biểu hiện lâm sàng của bệnh có hai giai đoạn là viêm (màng đỏ hoặc tím, bề mặt nhẵn, có viên xung quanh) và xơ, teo (màu trắng ngà, màng xơ cứng, teo). Trên Thế giới đã có nhiều nghiên cứu về bệnh XCBKT, tuy nhiên các nghiên cứu tập trung vào mô tả đặc điểm lâm sàng, các thể, các giai đoạn bệnh và điều trị bệnh XCBKT. Tại Việt Nam bệnh XCBKT còn chưa được chú trọng vì bệnh diễn biến mạn tính, ít ảnh hưởng đến chức năng cơ quan và không đe dọa tính mạng người bệnh. Cho đến nay tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về bệnh Xơ cứng bì khu trú, đặc biệt là nghiên cứu các tự kháng thể ở bệnh nhân XCBKT, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu một số tự kháng thể và mối liên quan với lâm sàng trong bệnh xơ cứng bì khu trú" với hai mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh xơ cứng bì khu trú.
2. Xác định một số tự kháng thể và mối liên quan với các thể lâm sàng của bệnh xơ cứng bì khu trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Các bệnh nhân được chẩn đoán xơ cứng bì khu trú đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 08/2019 đến tháng 08/2020.

1.1 . Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán XCBKT với biểu hiện lâm sàng là các mảng hoặc các dải màu đỏ/ tăng sắc tố/ giảm sắc tố có xơ hoặc teo ở trung tâm, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, do bác sĩ chuyên khoa da liễu chẩn đoán.

- Được khẳng định bằng mô bệnh học.
- Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm tự kháng thể bao gồm ANA Hep2 và ANA Profiles 23 (xét nghiệm phát hiện các tự kháng thể bằng kỹ thuật IMMUNOBLOT của hãng EUROIMMUNE) tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

- Bệnh nhân hay người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu

1.2 . Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có biểu hiện nghi ngờ XCBKT: có phù nề hoặc xơ cứng ngón tay, ngón chân.
- Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng hoặc cận lâm sàng nghi ngờ hội chứng overlap.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu + tiến cứu mô tả cắt ngang.

2.2 Các bước tiến hành và cách đánh giá

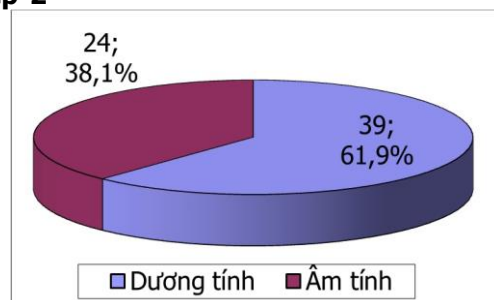
Nghiên cứu chúng tôi lựa chọn 96 bệnh nhân

xơ cứng bì khu trú đã được khẳng định bằng mô bệnh học. Trong 96 bệnh nhân, chúng tôi tiến hành làm xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng nhân bằng xét nghiệm ANA Hep-2 ở 63 bệnh nhân và phát hiện một số tự kháng thể bằng xét nghiệm ANA Profiles 23 ở 31 bệnh nhân sau đó phân tích xử lý số liệu và đưa ra đánh giá.

2.3 Phương pháp xử lý số liệu: sử dụng thuật toán thống kê với phần mềm SPSS 16.0. Kiểm định so sánh với biến định tính sử dụng test so sánh χ^2 Chi – square nếu kỳ vọng lý thuyết <5 thì sử dụng test χ^2 có hiệu chỉnh Fisher.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

2.1. Tỷ lệ bệnh nhân dương tính với ANA Hep-2



Biểu đồ 1: Tỷ lệ bệnh nhân dương tính ANA Hep-2 (n = 63)

Nhận xét: Trong 63 bệnh nhân được làm xét nghiệm ANA Hep-2 có 39 bệnh nhân dương tính chiếm tỷ lệ 61,9%

2.2. Mối liên quan giữa tỷ lệ kháng thể kháng nhân dương tính và thể XCBKT

Bảng 1: Mối liên quan giữa tỷ lệ kháng thể kháng nhân dương tính và thể XCBKT

Dạng tổn thương \ ANA dương tính	Dạng mảng (n = 45)	Dạng dải (n = 17)	Dạng lan tỏa (n = 1)
n	30	8	1
%	66,7	47	100

Nhận xét: Trong các thể lâm sàng của XCBKT, dạng mảng có tỷ lệ kháng thể kháng nhân dương tính khá cao chiếm 66,7%, tiếp đó là dạng dải với 47%.

2.3. Dạng lắng đọng huỳnh quang trên tế bào Hep-2 của BN XCBKT

Bảng 2: Dạng lắng đọng huỳnh quang trên tế bào Hep-2 của BN XCBKT (n = 39)

Dạng lắng đọng	n	%
Centromere	2	5,1
Cytoplasmic	4	10,2
Grainynscl70	1	2,6
Homogeneous	12	30,8

Nucleolar	3	7,7
Speckled	15	38,5
Spindlfibers	2	5,1
Tổng	39	100

Nhận xét: Trong 39 bệnh nhân có xét

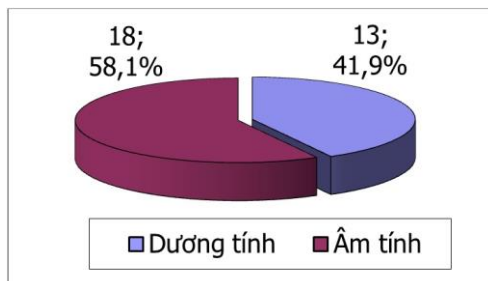
nghiệm ANA Hep-2 dương tính, dạng lắng đọng huỳnh quang gặp nhiều nhất là speckled chiếm 38,5%, tiếp đó là dạng homogeneus chiếm 30,8% và thấp hơn là các dạng lắng đọng khác.

Bảng 3: Dạng lắng đọng huỳnh quang trên tế bào Hep-2 theo thể lâm sàng của bệnh nhân XCBKT (n = 63)

Thể lâm sàng	Dạng dải (n = 8)		Dạng mảng (n = 30)		Dạng lan tỏa (n = 1)	
Kết quả Dạng lắng đọng	n	%	n	%	n	%
Centromere	1	12,5	4	13,3	0	
Cytoplasmic	0		1	3,3	0	
Grainyscl70	0		1	3,3	0	
Homogeneous	3	37,5	9	30	0	
Nucleolar	0		3	10	0	
Speckled	3	37,5	12	40	0	
Spindlfibers	1	12,5	0		1	100

Nhận xét: Trong 8 bệnh nhân XCBKT dạng dải có ANA Hep-2 dương tính, dạng lắng đọng huỳnh quang hay gặp nhất là homogeneous và speckled chiếm 37,5%. Dạng lắng đọng huỳnh quang hay gặp nhất ở bệnh nhân XCBKT dạng mảng là speckled chiếm 40%, sau đó là homogeneous chiếm 30%, centromere chiếm 13,3% và nucleolar chiếm 10%. Dạng lắng đọng huỳnh quang của bệnh nhân XCBKT dạng lan tỏa trong nghiên cứu là spindlfibers.

2.4. Tỷ lệ bệnh nhân dương tính với ít nhất 1 tự kháng thể trong ANA Profiles 23



Biểu đồ 2: Tỷ lệ bệnh nhân dương tính với ít nhất 1 tự kháng thể trong ANA profiles 23 (n = 31)

Nhận xét: Trong 31 bệnh nhân được làm xét nghiệm ANA Profiles 23, có 13 bệnh nhân dương tính với ít nhất 1 tự kháng thể chiếm tỷ lệ 41,9%.

2.5. Tỷ lệ các tự kháng thể lưu hành ở BN XCBKT phát hiện bằng xét nghiệm ANA Profiles 23

Bảng 3.5. Tỷ lệ các tự kháng thể lưu hành ở BN XCBKT (n = 31)

Tự kháng thể	Dương tính	
	n	%
ds DNA	3	9,7
Anti Histone	3	9,7

Anti SSA	1	3,2
Anti SSB	0	0
Anti Ro52	1	3,2
Anti SM	0	0
Anti RNP/SM	2	6,4
Anti Mi-2α	1	3,2
Anti Mi-2β	0	0
Anti Ku	2	6,4
Anti CENP A	0	0
Anti CENP B	0	0
Anti PML	0	0
Anti Sp100	0	0
Anti Scl-70	0	0
Anti PM-Scl75	0	0
Anti PM-Scl100	0	0
Anti RP 11	1	3,2
Anti RP155	3	9,7
Anti gp210	1	3,2
Anti PCNA	0	0
Anti DFS70	3	9,7
Anti Nucleosomes	0	0

Nhận xét: Các tự kháng thể dương tính nhiều nhất trong xét nghiệm ANA Profiles 23 là kháng thể kháng dsDNA, kháng thể kháng histon, kháng thể kháng RP155 và kháng thể kháng DFS70 với tỷ lệ 9,7%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 63/96 bệnh nhân được làm xét nghiệm ANA Hep-2 và tỷ lệ kháng thể kháng nhân dương tính là 61,9%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với tỷ lệ ANA dương tính được y văn thế giới ghi nhận là 23 – 68%¹.

Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ ANA dương tính ở XCBKT dạng mảng, dạng dải và dạng lan tỏa tương ứng là 66,7%, 47% và 100%. Tuy nhiên,

vì trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 bệnh nhân XCBKT dạng lan tỏa nên tỷ lệ ANA dương tính trong thể này không có ý nghĩa thống kê do cỡ mẫu quá nhỏ. Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu Leitenberger và cộng sự năm 2009 trên 245 bệnh nhân, nhóm tác giả này nhận thấy tỷ lệ ANA dương tính cao ở XCBKT dạng lan tỏa và dạng hỗn hợp lần lượt là 58% và 54% so với 27% của dạng màng và 29% của dạng dải. Tuy nhiên, sau đó nhóm tác giả này thực hiện một nghiên cứu bệnh chứng lồng ghép với độ mạnh bằng chứng cao hơn lại cho thấy kết quả trái ngược rằng tỷ lệ ANA dương tính không liên quan đến thể XCBKT². Các tác giả lý giải sự trái ngược này có thể do sự khác biệt trong thiết kế nghiên cứu. Các nghiên cứu trước đây là hồi cứu hoặc chỉ xét nghiệm ANA ở một số ít thể lâm sàng XCBKT, có khả năng là những bệnh nhân bị XCBKT dạng lan tỏa được làm xét nghiệm ANA nhiều hơn những thể XCBKT khác nhẹ hơn như dạng dải, dạng màng, điều này có thể giải thích cho mối liên quan giữa tỷ lệ ANA dương tính cao với XCBKT dạng lan tỏa trong nghiên cứu trước đó².

Nghiên cứu thuần tập lớn nhất cho đến nay về xét nghiệm ANA trên bệnh nhân XCBKT được Zulian và cs thực hiện trên 750 bệnh nhân cũng không thấy mối liên quan giữa tỷ lệ ANA dương tính với các thể lâm sàng XCBKT (dạng dải, dạng màng, dạng lan tỏa và dạng sâu), và tỷ lệ ANA dương tính của các thể XCBKT nằm trong khoảng 31 – 47%³.

Trong 39 bệnh nhân có xét nghiệm ANA Hep-2 dương tính, dạng lắng đọng huỳnh quang gặp nhiều nhất là speckled chiếm 38,5%, tiếp đó là dạng homogenous chiếm 30,8% và thấp hơn là các dạng lắng đọng khác. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Leitenberger, tác giả này nhận thấy dạng lắng đọng huỳnh quang hay gặp nhất là dạng speckled và 83% bệnh nhân XCBKT dạng dải và 66% bệnh nhân XCBKT dạng màng lắng đọng dạng speckled, 57% bệnh nhân dạng hỗn hợp lắng đọng dạng nucleolar. Điều này cũng phù hợp với kết quả của chúng tôi rằng 37,5% XCBKT dạng dải và 40% XCBKT dạng màng lắng đọng dạng speckled. Sự chênh lệch trong tỷ lệ có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu trong 2 nghiên cứu.

Trong 31 bệnh nhân được làm xét nghiệm ANA Profiles 23, tỷ lệ bệnh nhân dương tính với kháng thể kháng histon, kháng thể kháng dsDNA, kháng thể kháng DFS70 dương tính bằng nhau là 9,7%.

Tỷ lệ kháng thể kháng dsDNA dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với

kết quả nghiên cứu Leitenberger và cs cho thấy 3/19 bệnh nhân (chiếm 14%). Sau 1 năm theo dõi, không có bệnh nhân nào trong 3 bệnh nhân của Leitenberger xuất hiện bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào của SLE. Với nghiên cứu của chúng tôi, 3 bệnh nhân có kháng thể kháng dsDNA không có tiền sử bị SLE và tại thời điểm nghiên cứu bệnh nhân cũng không có bất cứ triệu chứng hay dấu hiệu nào của SLE, tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu mô tả cắt ngang không theo dõi được diễn biến bệnh về sau của những bệnh nhân này.

Tỷ lệ kháng thể kháng histon trong nghiên cứu thấp hơn nhiều so với nghiên cứu thuần tập của Takehara vào những năm 1990 cho thấy kháng thể kháng histon dương tính ở 47% bệnh nhân XCBKT và dương tính 87% ở bệnh nhân XCBKT dạng lan tỏa. Sự chênh lệch này có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu giữa 2 nghiên cứu và tỷ lệ của các thể XCBKT khác nhau giữa 2 nghiên cứu, trong nghiên cứu này của chúng tôi chỉ có 2/31 bệnh nhân được làm xét nghiệm ANA Profiles 23 mắc XCBKT dạng lan tỏa – thể XCBKT có tỷ lệ kháng thể kháng histon cao.

Tỷ lệ bệnh nhân có kháng thể kháng DFS70 dương tính khá cao chiếm 9,7%. Đây là một trong những tự kháng thể mới được chú ý đến gần đây, và cần được chú ý nghiên cứu thêm. Kết quả chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Schmeling và cộng sự thấy rằng tỷ lệ kháng thể kháng DFS70 dương tính ở bệnh nhân XCBKT là 13,8%⁴.

Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào dương tính với kháng thể Scl-70 (kháng thể đặc hiệu cho XCBHT), kháng thể kháng La, có 3,2% bệnh nhân dương tính với kháng thể kháng Ro, 6,4% bệnh nhân dương tính với kháng thể kháng Sm/RNP. Điều này phù hợp với kết quả của một số tác giả thấy rằng các kháng thể kháng kháng nguyên hạt nhân như kháng thể kháng dsDNA, kháng thể kháng Ro/La, Sm/RNP, Scl-70 hiếm khi gặp trong XCBKT và gặp với tỷ lệ từ 1 – 15% bệnh nhân XCBKT ở cả người lớn và trẻ em^{1,3,5-7}.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ kháng thể kháng nhân dương tính khá cao ở bệnh nhân XCBKT, không thấy mối liên quan giữa tỷ lệ ANA dương tính với các thể lâm sàng XCBKT (dạng dải, dạng màng, dạng lan tỏa và dạng sâu). Dạng lắng đọng huỳnh quang gặp nhiều nhất là speckled chiếm 38,5%, tiếp đó là dạng homogenous chiếm 30,8% và thấp hơn là các dạng lắng đọng khác. Trong 23 tự kháng

thể được làm trong xét nghiệm ANA Profiles 23, tự kháng thể kháng histon, kháng thể kháng dsDNA, kháng thể kháng DFS70 là hay gặp nhất.

V. KẾT LUẬN

1. **Khatiri S, Torok KS, Mirizio E, Liu C, Astakhova K.** Autoantibodies in Morphea: An Update. *Front Immunol.* 2019;10. doi:10.3389/fimmu.2019.01487
2. **Dharamsi JW, Victor S, Aguwa N, et al.** Morphea in adults and children cohort III: nested case-control study--the clinical significance of autoantibodies in morphea. *JAMA Dermatol.* 2013;149(10):1159-1165. doi:10.1001/jamadermatol.2013.4207
3. **Zulian F, Athreya BH, Laxer R, et al.** Juvenile localized scleroderma: clinical and epidemiological features in 750 children. An international study. *Rheumatol Oxf Engl.* 2006;45(5):614-620. doi:10.1093/rheumatology/kei251

4. **Schmeling H, Mahler M, Levy DM, et al.** Autoantibodies to Dense Fine Speckles in Pediatric Diseases and Controls. *J Rheumatol.* 2015;42(12):2419-2426. doi:10.3899/jrheum.150567
5. **Leitenberger JJ, Cayce RL, Haley RW, Adams-Huet B, Bergstresser PR, Jacobe HT.** Morphea subtypes are distinct autoimmune syndromes: A review of 245 adult and pediatric cases. *Arch Dermatol.* 2009;145(5):545-550. doi:10.1001/archdermatol.2009.79
6. **Zulian F, Vallongo C, Woo P, et al.** Localized scleroderma in childhood is not just a skin disease. *Arthritis Rheum.* 2005;52(9):2873-2881. doi:10.1002/art.21264
7. **Kreuter A, Wischnewski J, Terras S, Altmeyer P, Stücker M, Gambichler T.** Coexistence of lichen sclerosus and morphea: a retrospective analysis of 472 patients with localized scleroderma from a German tertiary referral center. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67(6):1157-1162. doi:10.1016/j.jaad.2012.04.003

ĐÁNH GIÁ VIỆC SỬ DỤNG PHƯƠNG PHÁP NHUỘM HOÁ HỌC TẾ BÀO TRONG PHÂN LOẠI CÁC TẾ BÀO DỊCH MÀNG PHỔI TẠI BỆNH VIỆN 19-8 TỪ THÁNG 1/2019 ĐẾN 4/2020

Nguyễn Cẩm Linh*, Lưu Thị Thu Phương*, Trần Văn Tính**, Bùi Thanh Hương**, Trần Thị Thanh Tâm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sử dụng phương pháp nhuộm hóa học tế bào trong phân loại các tế bào có trong dịch màng phổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và mô tả cắt ngang 107 mẫu dịch màng phổi chọc hút lần đầu tại bệnh viện 19-8 từ 1/2019 đến 4/2020. **Kết quả và bàn luận:** hình thái tế bào: gặp chủ yếu bạch cầu trung tính (99,1%) và lympho (98,1%), 58,9% đại thực bào, 12,1% bạch cầu axit, 9,3% bạch cầu mono, 7,5% tế bào biểu mô, 7,1% mô bào nhân, 4,7% tế bào thoái hoá, 1,9% tế bào trung mô, các tế bào khác ít gặp. Mức độ dương tính của các tế bào: Bạch cầu trung tính, bạch cầu lympho, bạch cầu eosin, bạch cầu mono có mức độ dương tính ở các phương pháp giống với trên lý thuyết. Các đại thực bào dương tính với hầu hết các kỹ thuật nhuộm enzym, tế bào biểu mô dương tính với kỹ thuật PAS nhưng âm tính với các phản ứng nhuộm enzym và là đặc điểm phân biệt với đại thực bào.

Từ khóa: Dịch màng phổi, dịch tiết, dịch thấm, tràn dịch màng phổi, xét nghiệm

SUMMARY

EVALUATE THE USING OF CHEMICAL STAININGS METHODS IN CLASSIFYING PLEURAL FLUID CELLS IN 19-8 HOSPITAL FROM 1/2019 TO 4/2020

Objectives: To evaluate and classifying pleural fluid cells of patients with pleural fluid effusions. **Subjects and methods:** Retrospective and cross-sectional study on 107 pleural fluids in 19-8 hospital from 1/2019 to 4/2020. **Results and discussion:** cell morphology: Found that 99.1% neutrophils and 98.1% lymphocytes, 58.9% macrophages, 12.1% eosinophils, 9.3% monocytes, 7.5% mucous epithelial cells, 7.1% of ring cells, 4.7% degenerating neutrophil, 1.9% mesothelial cells, other rarely seen. Positive cells: Neutrophils, lymphocytes, eosinophils, monocytes are positive at the same methods as in theory. Macrophages are positive for most enzyme staining techniques, mucous epithelial cells are positive for PAS but negative for enzyme staining reactions and are distinctive for macrophages.

Keywords: pleural fluid, exudate, transudate, pleural effusion, test.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi là một bệnh lý thường xuyên được bắt gặp, bình thường mỗi bên khoang phổi chứa khoảng 10-15ml dịch. Khi lượng dịch xuất hiện nhiều hơn so với mức sinh lý bình thường, hiện tượng tràn dịch màng phổi

*Trường Đại học khoa học Tự nhiên – ĐHQGHN.

**Bệnh viện 19-8, Bộ Công an.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thanh Tâm

Email: tamtranthithanh432@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2020

Ngày duyệt bài: 24.11.2020

sẽ xuất hiện. Thống kê cho thấy, Ở Việt Nam, tính từ năm 2004 đến 2007 tổng hợp được 768 ca tràn dịch màng phổi điều trị tại bệnh viện Bạch Mai [2]. Trong dịch màng phổi có rất nhiều loại tế bào, việc định dạng và phân loại tế bào chủ yếu dựa trên phương pháp nhuộm giemsa và HE. Nếu phát hiện tế bào ung thư thì tiến hành nhuộm hóa mô miễn dịch. Các xét nghiệm hóa mô miễn dịch đòi hỏi đầu tư thiết bị và chuyên gia nên thường có giá thành cao. Trong ngành Huyết học sử dụng phương pháp nhuộm hoá học tế bào có thể phân loại được dòng tế bào khác nhau. Ưu điểm của phương pháp này là giá thành rẻ so với một số các phương pháp khác và không cần tới máy móc hiện đại. Nhằm ứng dụng thử nghiệm kỹ thuật nhuộm hóa học để phân loại các tế bào trong dịch màng phổi, tiến hành nghiên cứu đề tài "*Bước đầu đánh giá sử dụng phương pháp nhuộm hoá học tế bào trong phân loại các tế bào dịch màng phổi tại bệnh viện 19-8, từ tháng 1/2019 đến 4/2020*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 107 mẫu dịch chọc dò màng phổi của bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng phổi lần đầu từ tháng 1/2019 đến tháng 4/2020.

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu và mô tả cắt ngang;

+ Hồi cứu: Thu thập và sàng lọc hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng phổi có đủ các thông tin cần thiết cho đề tài nghiên cứu;

+ Tiến cứu: Thu thập các thông tin cá nhân, kết quả xét nghiệm của bệnh nhân tại cơ sở lưu trữ dữ liệu thuộc Trung tâm Huyết học - Truyền máu, Bệnh viện 19-8. Mẫu bệnh phẩm dịch màng phổi của bệnh nhân được nhuộm 8 kỹ thuật nhuộm hóa học tế bào: Periodic Acid Schiff, Peroxidase, Sudan black B, Esterase đặc hiệu dòng tủy, Esterase không đặc hiệu có và không có chất ức chế NaF, Phosphatase axit và kiềm.

- Thông tin nghiên cứu:

+ Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, chẩn đoán xác định;

+ Các chỉ số xét nghiệm huyết học: màu sắc, độ đục của dịch; từ kết quả nhuộm hóa học tế bào phân loại các tế bào trong dịch.

3. Đặc điểm vật lý của mẫu dịch

Bảng 5: Phân bố màu sắc dịch màng phổi theo loại dịch

Màu sắc	Dịch thấm		Dịch tiết		Tổng cộng	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Không màu	0	0	1	1,1%	1	0,9%

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện 19-8, Bộ Công an;

- **Xử lý số liệu:** Kết quả được xử lý bằng Excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung về nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung về giới

Giới tính	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	75	70,1%
Nữ	32	29,9%
Tổng	107	100%

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân bị tràn dịch màng phổi ở nam cao hơn nữ (nam/nữ = 2,3)

Bảng 2: Đặc điểm chung về nhóm tuổi

Giới	Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ
Nam	<19	0	0%
	19-60	31	28,9%
	>60	44	41,1%
Nữ	<19	0	0%
	19-60	12	11,2%
	>60	21	19,6%
Tổng		107	100%
Độ tuổi trung bình		57,4±19,0 (p=0,95)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tràn dịch màng phổi ở nam giới và nữ giới trong độ tuổi ngoài lao động chiếm tỷ lệ cao nhất (nam: 41,1% và nữ: 19,6%)

Bảng 3: Thống kê các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ %
Lao	53	49,5%
Viêm phổi	27	25,2%
Nhiễm khuẩn	6	5,6%
Ung thư	5	4,7%
Chưa rõ nguyên nhân	16	15,0%
Tổng:	107	100%

Nhận xét: Nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi do lao chiếm tỷ lệ cao nhất 49,5% và thấp nhất là ung thư chiếm 4,7%.

2. Kết quả phân loại dịch thấm và dịch tiết

Bảng 4: Kết quả phân loại mẫu dịch nghiên cứu

Loại dịch	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dịch thấm	14	13,1%
Dịch tiết	93	86,9%
Tổng cộng	107	100%

Nhận xét: Số lượng dịch tiết chiếm tỷ lệ cao 86,9% gấp 6,6 lần so với số lượng dịch thấm.

Vàng chanh	8	57,1%	51	54,8%	59	56,1%
Hồng nhạt	5	35,7%	22	23,7%	27	25,2%
Đỏ	1	7,2%	10	10,8%	11	10,2%
Nâu	0	0	9	9,7%	9	8,4%
Tổng	14	100%	93	100%	107	100%

Nhận xét: Hầu hết là dịch màu vàng chanh.

Bảng 6: Phân bố độ đục dịch màng phổi theo loại dịch

Độ đục	Dịch thấm		Dịch tiết		Tổng cộng	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Trong	14	100%	91	97,8%	105	98,1%
Đục	0	0%	2	2,2%	2	1,9%
Tổng	14	100%	93	100%	107	100%

Nhận xét: Dịch trong: dịch thấm có 100%, dịch tiết 97,8%.

4. Kết quả phân tích tế bào

Bảng 7: Kết quả số lượng tế bào theo loại dịch

Số lượng tế bào	Dịch thấm		Dịch tiết		Tổng cộng	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
0-500	13	92,84%	20	21,51%	33	30,84%
500-1.000	0	0%	17	18,28%	17	15,89%
1000-5000	0	0%	46	49,46%	46	42,49%
>5000	1	7,16%	10	10,75%	11	10,28%
Tổng	14	100%	93	100%	107	100%

Nhận xét: - Dịch thấm: 92,84% trường hợp có số lượng tế bào <500, 7,16% trường hợp số lượng tế bào >5000.

- Dịch tiết: 49,46 % trường hợp có số lượng tế bào từ 1000-5000, thấp nhất là 10,75% trường hợp có số lượng tế bào >5000.

Bảng 8: Tần suất xuất hiện các loại tế bào trong dịch màng phổi

Loại tế bào	Dịch thấm		Dịch tiết		Tổng cộng	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Bạch cầu trung tính	13	92,9%	93	100%	106	99,1%
Bạch cầu lympho	13	92,9%	92	98,9%	105	98,1%
Bạch cầu eosin	0	0%	13	14,0%	13	12,1%
Bạch cầu mono	1	7,1%	9	9,7%	10	9,3%
Bạch cầu lympho chuyển dạng kích thích	0	0%	2	2,2%	2	1,9%
Đại thực bào	6	42,9%	57	61,3%	63	58,9%
Mô bào hình nhân	1	7,1%	12	12,9%	13	12,1%
Tế bào biểu mô phản ứng	1	7,1%	1	1,1%	2	1,9%
Tế bào biểu mô	1	7,1%	7	7,5%	8	7,5%
Tế bào nội mô	0	0%	6	6,5%	1	0,9%
Tế bào thoái hoá	0	0%	5	5,4%	5	4,7%
Tế bào trung mô	0	0%	2	2,2%	2	1,9%
Tế bào lạ	0	0%	7	7,5%	7	6,5%
Tổng cộng:	14	13,1%	93	86,9%	107	100%

Nhận xét: - Dịch thấm: 92,9% có tế bào bạch cầu trung tính, 92,9% có tế bào bạch cầu lympho, 42,9% có tế bào đại thực bào, mô bào hình nhân, tế bào biểu mô phản ứng và tế bào biểu mô gấp 1 trường hợp; Dịch tiết: 99,1% có bạch cầu trung tính, 98,1% có bạch cầu lympho, hiếm gặp tế bào nội mô (0,9%).

5. Mối liên quan giữa kết quả nhuộm hóa học tế bào và loại tế bào trong mẫu dịch màng phổi

Bảng 9: Kết quả dương tính nhuộm hóa học của các tế bào trong dịch tiết dịch màng phổi theo tần suất xuất hiện

Loại tế bào	PAS		PER		SD		CE		Tần suất/ 93 mẫu
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Bạch cầu trung tính	93	100%	93	93	93	100%	93	100%	93

Bạch cầu lympho	40	43,5%	0	0%	0	0%	0	0%	92
Bạch cầu eosin			0	0%	0	0%	0	0%	13
Bạch cầu mono			9	100%	9	100%			9
Bạch cầu lympho chuyển dạng kích thích	2	100%							2
Đại thực bào	23	40,4%	21	36,8%	12	21,1%	30	52,6%	57
Mô bào hình nhân	0	0%	0	0%					12
Tế bào biểu mô phản ứng	1	100%							1
Tế bào biểu mô	5	71,4%	0	0%	0	0%	0	0%	7
Tế bào nội mô			6	100%	6	100%	6	100%	6
Tế bào thoái hoá									5
Tế bào trung mô	2	100%							2
Tế bào lạ							7	100%	7

Bảng 10: Kết quả dương tính nhuộm hóa học của các tế bào trong dịch màng phổi (tiếp theo)

Loại tế bào	NSE		NSE-NaF		AP		ALP		Tần suất/ 93 mẫu
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Bạch cầu trung tính	93	100%	93	100%			93	100%	93
Bạch cầu lympho	31	33,7%			46	50%	0	0%	92
Bạch cầu eosin									13
Bạch cầu mono	9	100%				0	0%		9
Bạch cầu lympho chuyển dạng kích thích									2
Đại thực bào	44	77,2%	3	5,2%	31	54,3%	10	17,5%	57
Mô bào hình nhân	12	100%	12	100%	0	0%	2	16,7%	12
Tế bào biểu mô phản ứng									1
Tế bào biểu mô	7	100%	0	0%	0	0%	0	0,0%	7
Tế bào nội mô	3	50%			0	0%	4	66,7%	6
Tế bào thoái hoá									5
Tế bào trung mô									2
Tế bào lạ	7	100%	7	100%	7	100%	2	28,5%	7

Nhận xét: Bạch cầu trung tính, bạch cầu lympho, bạch cầu eosin, bạch cầu mono, bạch cầu lympho chuyển dạng kích thích có mức độ dương tính ở các phương pháp giống với đặc điểm của tế bào trên máu ngoại vi. Tế bào đại thực bào dương tính với hầu hết các kỹ thuật nhuộm enzyme.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Đặc điểm giới tính: Kết quả cho thấy, tỷ lệ nam giới mắc bệnh gấp hơn hai lần nữ giới (2,3/1) cao hơn so với công bố của Bùi Xuân Tám là 64% [4]. Nguyên nhân có thể là do có liên quan đến nghề nghiệp, lao động nặng nhọc và tiếp xúc với môi trường độc hại... nên dễ mắc bệnh phổi. Ngoài ra, các thói quen liên quan đến giới tính như là hút thuốc lá, uống rượu bia, không chăm sóc tốt cho sức khỏe... cũng làm gia tăng tỷ lệ nam giới bị mắc bệnh tràn dịch màng phổi.

Phân bố theo nhóm tuổi: nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ lớn hơn (60,8%), nhóm từ 19-60 chiếm tỷ lệ nhỏ hơn (40,2%). Nguyên nhân có thể là do hệ miễn dịch của nhóm người trong độ tuổi này kém hơn, dẫn đến dễ nhiễm bệnh. Kết quả nghiên cứu không gặp trường hợp

nào dưới 19 tuổi vì đặc thù bệnh viện 19-8 không có khoa nhi.

Nguyên nhân gây tràn dịch: Kết quả nghiên cứu cho thấy, lao là nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi hàng đầu (49,5%); tiếp theo là viêm phổi (25,2%), nhiễm trùng (5,6%) và ung thư (4,7%). Xét nghiệm dịch màng phổi không định hướng được (viêm phổi không đặc hiệu) chiếm 15,0% đây là các trường hợp chưa rõ nguyên nhân. Điều này phù hợp với thực trạng nhiễm lao ở nước ta. Nguyên nhân do đặc thù của bệnh lao là một bệnh rất dễ lây qua đường hô hấp và tình trạng lao kháng thuốc khá phổ biến hiện nay [3]. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh viêm phổi đứng thứ 2 (25,2%), nguyên nhân mắc cao có thể là do chất lượng không khí, ô nhiễm khí bụi ngày càng gia tăng và đặc điểm về thời tiết nước ta là nhiệt đới nóng ẩm.

2. Kết quả phân loại dịch thấm và dịch tiết. Trong 107 mẫu dịch thì 86,9% là dịch tiết chỉ gặp 13,1% là dịch thấm. Kết quả cho thấy dịch màng phổi của các bệnh nhân điều trị tại bệnh viện 19-8 hầu hết là dịch viêm.

3. Đặc điểm vật lý của mẫu dịch

Đối với dịch thấm: không gặp dịch màu nâu. 57,1% mẫu dịch có màu vàng chanh, 35,7% là màu hồng và 7,2% màu đỏ. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Ngô Quý Châu 2010 [1].

Đối với dịch tiết: gặp cả 4 màu, tỷ lệ màu vàng chanh thấp hơn so với dịch thấm nhưng xuất hiện thêm dịch có màu nâu chiếm tỷ lệ khá cao (9,7%). Điều này cũng phù hợp vì đây là dịch viêm nên nhiều trường hợp dịch là hỗn dịch phân hủy của các tế bào thực bào và tác nhân gây bệnh. Đặc biệt dịch tiết có một mẫu không màu nhưng các số liệu nằm trong tiêu chuẩn dịch tiết.

Độ đục: Trong 107 mẫu dịch chỉ gặp 2 mẫu đục. Qua phân tích sinh hóa cho thấy không phải là dịch dưỡng chấp. Hai mẫu này có rất nhiều bạch cầu nên tạo thành hỗn dịch đục.

Số lượng tế bào: Dịch thấm gặp 13/14 bệnh nhân có số lượng tế bào dưới 500, 1 trường hợp duy nhất có số lượng tế bào >5000 (7,16%). Dịch tiết: 49,46% trường hợp có số lượng tế bào từ 1000-5000, thấp nhất là 10,75% trường hợp có số lượng tế bào >5000.

4. Kết quả phân tích tế bào: Có 14 bệnh nhân có mẫu dịch màng phổi là dịch thấm (13,1%), tương đồng với Ngô Quý Châu và cộng sự (2010) có kết quả là 13,4% dịch thấm [1]. Thống kê kết quả nghiên cứu cho thấy, các tế bào xuất hiện trong dịch thấm là bạch cầu trung tính, lympho (92,9%) và đại thực bào (42,9%). Ngoài ra cũng bắt gặp một vài tế bào biểu mô, biểu mô phản ứng và mô bào hình nhẵn với tỷ lệ thấp.

Có 93 bệnh nhân có mẫu dịch màng phổi là dịch tiết, tương đương với 86,9% số bệnh nhân, khá tương đồng với kết quả của Ngô Quý Châu và cộng sự (86,6%) [1]. Trong dịch tiết sự xuất hiện đa dạng của nhiều loại tế bào đã cho thấy tính phức tạp của các nguyên nhân gây ra tràn dịch màng phổi. Bạch cầu trung tính (100%) và lympho (98,92%) xuất hiện với tỷ lệ cao là tiêu chuẩn chẩn đoán dịch tiết viêm. Các đại thực bào xuất hiện với tỷ lệ cao (61,29%) trong dịch tiết cho thấy phản ứng viêm vừa diễn ra đồng thời với quá trình thực bào các tế bào chết nhằm dọn sạch các ổ viêm trong mô tổ chức.

5. Mối liên quan giữa kết quả nhuộm hóa học tế bào và loại tế bào trong mẫu dịch màng phổi

- Dịch thấm: Do số lượng tế bào ít hầu hết là trung tính và lympho nên các phản ứng nhuộm hóa học tế bào không có gì đặc biệt và tương tự kết quả nhuộm máu ngoại vi.

- Dịch tiết: Đại thực bào xuất hiện với tần số khá lớn và dương tính với kỹ thuật nhuộm esterase không đặc hiệu (77,2%), phosphatase axit 54,3%, kỹ thuật nhuộm PAS đại thực bào dương tính lan tỏa tỷ lệ là 40,4%, kỹ thuật nhuộm Peroxidase và ALP phần lớn hình ảnh cho kết quả âm tính. Trong đó ở phương pháp NSE là dương tính mạnh nhất, riêng kỹ thuật nhuộm NSE-NAF tế bào bị ức chế dẫn đến âm tính nguyên nhân do đại thực bào có nguồn gốc từ tế bào đơn nhân nên mang một số đặc điểm tính chất tương tự dòng tế bào này. Các đại thực bào trên nguyên sinh chất có thể gặp một số đại thực bào đang ăn tế bào. Có thể gặp một số hình ảnh các đại thực bào đang ăn bạch cầu đoạn với đầy đủ các phản ứng nhuộm hóa học tế bào như: peroxidase, sudan B, CE... dương tính. Các đại thực bào đang ăn hồng cầu cho phản ứng âm tính và không có nhân trên nguyên sinh chất của hồng cầu trong bào tương của tế bào.

Mô bào nhẵn xuất hiện với tần số ít, tuy nhiên lại dương tính với tất cả các tế bào ở phương pháp nhuộm NSE và NSE – NAF, tiếp đến là kỹ thuật nhuộm ALP gặp 2 trường hợp có kết quả nhuộm dương tính với mô bào hình nhẵn. Trong khi ở kỹ thuật nhuộm PAS, PER và AP không gặp trường hợp nào dương tính. Kết quả phù hợp với nghiên cứu trước đây, khi gặp tế bào nhẵn dương tính với kỹ thuật nhuộm PAS bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tế bào nhẵn.

Đối với các tế bào nội mô, mức độ dương tính là 100% ở ba kỹ thuật nhuộm PER, SD và CE, ngoài ra cũng có một phần các tế bào cho phản ứng dương tính với phương pháp APL và NSE. Tế bào trung mô phát hiện với tần số không nhiều, tuy nhiên lại dương tính 100% ở khi nhuộm PAS. Các tế bào lạ cũng cho kết quả dương tính 100% ở kỹ thuật NSE, NSE – NAF, AP và CE, trong đó có 28% số tế bào lạ dương tính ở ALP.

Tế bào biểu mô có kích thước lớn, nguyên sinh chất kiềm tính, chứa từ 1 đến 3 nhân, phản ứng nhuộm Periodic acid –Schiff. Các kỹ thuật nhuộm enzyme hầu như cho kết quả âm tính. Đây là đặc điểm quan trọng có thể dùng kỹ thuật nhuộm hóa học tế bào để phân biệt giữa tế bào biểu mô và các đại thực bào.

V. KẾT LUẬN

– Về tần suất xuất hiện các tế bào dịch màng phổi: 98,1% bạch cầu lympho, 99,1% bạch cầu

trung tính, 58,9% đại thực bào, 9,3% bạch cầu mono, 6,5% tế bào lạ, 12,1% bạch cầu axit, 7,5% tế bào biểu mô, 7,1% mô bào nhẵn, 1,9% tế bào trung mô, 0,9% tế bào nội mô, 4,7% tế bào thoái hoá, 1,9% tế bào lympho chuyển dạng kích thích, 1,9% tế bào biểu mô phản ứng.

Về mức độ dương tính của các tế bào dịch màng phổi: Bạch cầu trung tính, bạch cầu lympho, bạch cầu eosin, bạch cầu mono, bạch cầu lympho chuyển dạng kích thích có mức độ dương tính ở các phương pháp giống với trên lý thuyết. Các đại thực bào dương tính với hầu hết các kỹ thuật nhuộm enzym, tế bào biểu mô dương tính với kỹ thuật PAS nhưng âm tính với các phản ứng nhuộm enzym và là đặc điểm phân

biệt với đại thực bào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu và cộng sự (2010)**, Đặc điểm cận lâm sàng và nguyên nhân của tràn dịch màng phổi tại trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Ngô Quý Châu, Trịnh Thị Hương (2007)**, "Đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng và kết quả điều trị 768 bệnh nhân tràn dịch màng phổi", Tạp chí nghiên cứu khoa học, 5(53), tr. 72-79.
3. **Nguyễn Giang Nam (2008)**, Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của tràn dịch màng phổi do lao tại Bệnh viện lao và bệnh phổi Thái Nguyên, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Thái Nguyên.
4. **Bùi Xuân Tám (1999)**, Bệnh màng phổi. Bệnh hô hấp, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 881-979.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP GIẢM ĐAU PCA VỚI FENTANYL CHO BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP

Phạm Ngọc Trường¹, Ngô Đức Ngọc^{1,2},
Nguyễn Toàn Thắng^{1,3}, Nguyễn Hữu Quân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Đánh giá hiệu quả của phương pháp giảm đau PCA với Fentanyl bằng máy ANI cho bệnh nhân viêm tụy cấp. 2. Mối tương quan giữa thang điểm VAS và chỉ số ANI ở bệnh nhân viêm tụy cấp được giảm đau bằng phương pháp PCA với Fentanyl. **Đối tượng:** 28 bệnh nhân viêm tụy cấp tại khoa Cấp cứu hồi sức tích cực bệnh viện đại học Y Hà Nội và khoa Cấp cứu bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiên cứu. **Kết quả:** Phương pháp PCA với fentanyl có hiệu quả giảm đau tốt với thay đổi điểm VAS trung bình lúc nhập viện (7,68) và kết thúc nghiên cứu (0,86) có ý nghĩa ($p < 0,01$) và ít tác dụng phụ (ngứa và ban đỏ 3,6%, buồn nôn và nôn 21,4 %, không gặp bí đái, bí trung tiện, ức chế hô hấp và tác dụng khác), nhu cầu thêm các thuốc giảm đau khác hoặc tăng liều bolus trong quá trình sử dụng chỉ gặp ở 1 bệnh nhân (3,6%), 100% bệnh nhân hài lòng. Điểm VAS và chỉ số ANI có mối tương quan tuyến tính âm với hệ số tương quan $r = -0,549$. **Kết luận:** PCA với fentanyl là phương pháp giảm đau hiệu quả cho bệnh nhân viêm tụy cấp. ANI là một công cụ tốt trong theo dõi điều trị giảm đau ở bệnh nhân viêm tụy cấp.

Key word: giảm đau PCA, fentanyl, ANI (Analgesia Nociception Index)

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF PCA ANALGESIA METHOD WITH FENTANYL FOR ACUTE PANCREATITIS PATIENTS

Objectives: 1. Assessing the effectiveness of PCA-analgesia method with fentanyl by ANI monitoring for acute pancreatitis patients. 2. Finding out the correlation between VAS score and ANI at acute pancreatitis patients using PCA-analgesia method with fentanyl. **Subjects:** 28 patients with acute pancreatitis in emergency department at HNU hospital and Bach Mai hospital. **Methods:** prospective descriptive research. **Results:** PCA method with fentanyl had good analgesic effectiveness with significant VAS score changes between at admission (7.68) and at the end of study (0.86) ($p < 0.01$) and few side effects (pruritus 3.6%, nausea and vomiting 21.4%, no urinary retention, respiratory depression and other effects), the need for additional analgesics or increased dose of bolus during use was only 1 patient (3.6%), 100% of patients were satisfied. The VAS score and the ANI index had a negative linear correlation with the correlation coefficient $r = -0.549$.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là nhóm bệnh nhân phổ biến ở khoa phòng cấp cứu, đau bụng là triệu chứng nổi trội ở nhóm bệnh nhân này. Điều trị đau tốt giúp cải thiện sự hài lòng và tâm trạng của bệnh nhân, giảm thời gian nằm viện, giảm tỷ lệ tử vong[1]. Hiện nay có rất nhiều phương pháp giảm đau khác nhau bên cạnh các biện pháp giảm đau truyền thống (Paracetamol, NSAIDs,

¹Trường đại học y hà nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Trường

Email: efenpham@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020

Ngày duyệt bài: 20.11.2020

các opioid đường dưới da, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch ngắt quãng...), việc áp dụng các biện pháp giảm đau tiên tiến (như đặt catheter phong bế thần kinh ngoại vi, catheter ngoài màng cứng hay giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển...) đã mang lại nhiều chọn lựa hiệu quả hơn cho việc điều trị đau. Trong điều kiện tại khoa phòng cấp cứu, giảm đau đường tĩnh mạch do bệnh nhân tự kiểm soát (PCA) với opioid giảm đau đường như có nhiều ưu điểm (dễ áp dụng, đạt được mục đích giảm đau nhanh, làm giảm tác dụng không mong muốn...) hơn so với các phương pháp khác. Việc sử dụng opioid trong giảm đau viêm tụy cấp đã chứng minh hiệu quả và an toàn, ít các tác dụng phụ nguy hiểm [2-4]. Fentanyl là dẫn xuất của Morphin, tác dụng giảm đau gấp 100 lần Morphin, tác dụng phụ ít gặp hơn [2,3]. Hiện nay, trong kho dữ liệu chúng tôi kiểm tra các nghiên cứu về sử dụng opioid trong viêm tụy cấp ở Việt Nam có rất ít.

Chỉ số giảm đau (ANI) tính toán dựa trên sự biến thiên nhịp tim (heart rate variability- HRV) phản ánh sự cân bằng của hệ giao cảm và phó giao cảm, có tác dụng đánh giá mức độ giảm đau. ANI là một công cụ đánh giá đáng tin cậy, liên tục và không xâm lấn đau đớn và thoải mái. Các nghiên cứu của Le Guen, Boselli đã chứng minh máy ANI đem lại nhiều lợi ích trong theo dõi và điều trị đau, đặc biệt trên bệnh nhân chưa tỉnh sau mổ hay cả những bệnh nhân an thần thở máy và có mối tương quan chặt chẽ với các thang điểm đau VAS, NRS [5-7]. Trong khi đó, ở bệnh nhân tỉnh, thang điểm VAS thường được sử dụng để đánh giá và theo dõi điều trị đau với VAS ≤ 3 được quan tâm là giảm đau đầy đủ và VAS ≥ 7 là mức độ nghiêm trọng cần phải quan tâm.

Vì vậy nghiên cứu của chúng tôi có mục tiêu là để đánh giá hiệu quả của việc sử dụng phương pháp PCA với fentanyl tại phòng cấp cứu trên bệnh nhân viêm tụy cấp, đồng thời tìm mối tương quan giữa chỉ số ANI và điểm VAS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân viêm tụy cấp có cơn đau dữ dội VAS ≥ 7
- Bệnh nhân tỉnh (Glasgow ≥ 14 điểm)
- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, đồng ý hợp tác và tham gia vào nghiên cứu.
- Bệnh nhân cùng người nhà được giải thích trước về kỹ thuật giảm đau PCA, thang điểm VAS, lợi ích chi phí của sử dụng máy ANI. Có khả năng hiểu và ấn nút PCA.

- Không có chống chỉ định với các thuốc sử dụng trong nghiên cứu.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có tiền sử bệnh tổn thương não hoặc tâm thần
- Bệnh nhân nhận thuốc chẹn thụ thể beta, clonidine hoặc truyền liên tục bất kỳ chất vận mạch nào (tức là metaraminol, ephedrine), neostigmin, atropine hoặc glycopyrrolate cũng như bệnh nhân có máy tạo nhịp tim hoặc rối loạn nhịp tim đáng kể (ví dụ rung nhĩ)
- Trạng thái thần kinh, tâm thần không ổn định, khiếm khuyết về các giác quan nghe, nhìn, phát âm (không có khả năng hiểu và/hoặc ấn nút PCA).

- Có đau mạn tính sử dụng thường xuyên các thuốc giảm đau nhóm opioid. Nghiện hoặc phụ thuộc các opioid, heroin.

2.3. Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu

- Bệnh nhân không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân tri giác giảm sẽ bị loại khỏi nghiên cứu (GCS < 14 điểm).
- Xuất hiện các biến chứng dẫn đến phải ngừng sử dụng PCA.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Cấp cứu bệnh viện Bạch Mai, khoa Cấp Cứu hồi sức tích cực bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8/2019 đến tháng 10/2020

Chọn mẫu: thuận tiện

- Phương tiện nghiên cứu: Máy PCA của hãng Braun, máy ANI của M-doloris Medical Systems, thước đánh giá điểm VAS, Fentanyl 0,1mg.

- Các biến số thu thập gồm:

Hành chính: tuổi, giới, địa dư

Lâm sàng: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, điểm Glasgow, SpO₂, điểm VASNY (nằm yên), VASVD (vận động), chỉ số ANI, các tác dụng phụ của thuốc, tổng liều, các lỗi trong quá trình sử dụng PCA. Các thời điểm nghiên cứu: T0: vào nghiên cứu, T1, T2,..., T (kết thúc nghiên cứu).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

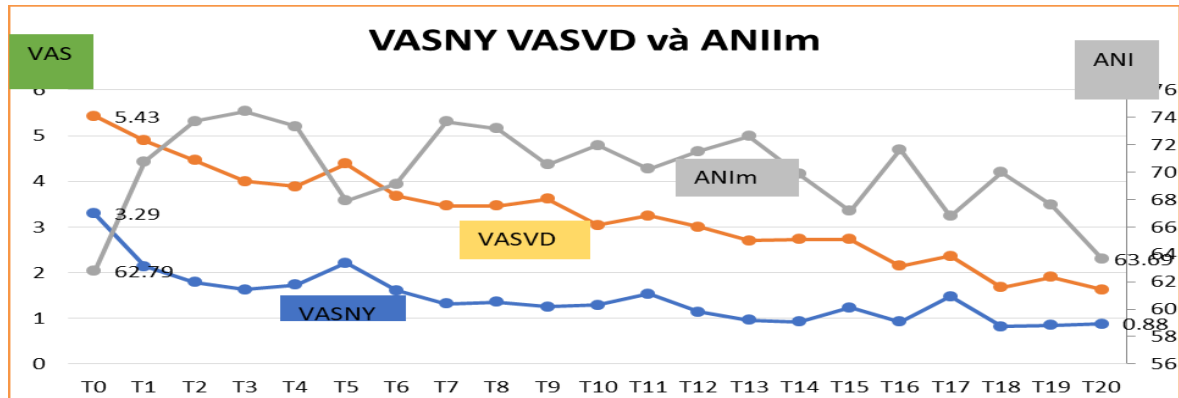
Bảng 1: Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp

Tuổi (X ± SD) (min-max)		44,57 ± 13,6 (28-78)
VAS nhập viện (min-max)		7,68 (7-8)
		n (%)
Giới	Nam	22 (78,6)
	Nữ	6 (21,4)
Nguyên	Rượu	6 (21,4)

nhân viêm tụy cấp	Sỏi	1 (3,6)
	Tăng Triglycerid khác	20 (71,4)
Mức độ viêm tụy	Nhe	10 (35,7)
	Trung bình	13 (46,4)
	Nặng	5 (17,9)

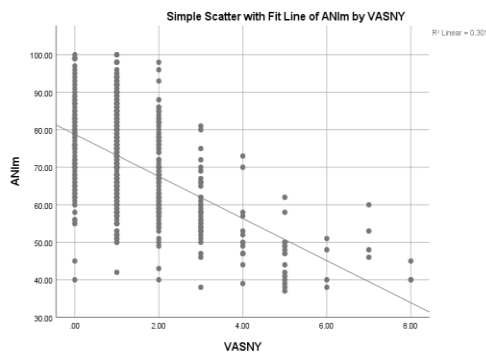
Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 44,57, nam chiếm phổ biến (78,6%). Điểm VAS trung bình lúc nhập viện 7,68. Nguyên nhân viêm tụy đa số là do tăng triglycerid (71,4%).

3.2. Hiệu quả của phương pháp giảm đa



Biểu đồ 1: Sự thay đổi của VAS NY, VASVD và ANIm

Nhận xét: Điểm VAS trung bình tại các thời điểm có xu hướng giảm từ thời điểm bắt đầu nghiên cứu đến khi kết thúc nghiên cứu. Chỉ số ANIm dao động trong khoảng (62-76).



Biểu đồ 2: tương quan tuyến tính giữa VASNY và ANI

Nhận xét: Điểm VASNY và chỉ số ANIm có mối tương quan tuyến tính âm $RR=0,301$ (hệ số tương quan $R=-0,549$)

Bảng 3: Nhu cầu thêm thuốc giảm đau khác và tác dụng phụ

		n (%)
Nhu cầu thêm giảm đau	Có	1 (3,6)
	Không	27 (96,4)
Tăng liều bolus	Có	1 (3,6)
	Không	27 (96,4)
Mức độ hài lòng	Rất hài lòng	13 (46,4)
	Hài lòng	15 (53,6)
	Không hài lòng	0 (0)
Tác dụng phụ	Buồn nôn, nôn	6 (21,4)
	Trung tiện	Ngày 1: 16 (57,1) Ngày 2: 10 (35,7)

	Từ ngày 3	2 (7,1)
	Ngứa, ban đỏ	1 (3,6)
	Bí đại	0 (0)
	Ưc chế hô hấp (tần số thở <10)	0 (0)

Nhận xét: 100% bệnh nhân hài lòng với phương pháp giảm đau, chỉ có 1 bệnh nhân cần thêm thuốc giảm đau khác và tăng liều bolus, chiếm 3,6%; tác dụng phụ rất ít: ngứa (3,6%), buồn nôn (21,4%).

Bảng 4: Lượng thuốc giảm đau tiêu thụ trung bình

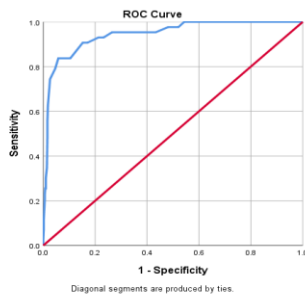
	12 giờ đầu	12 giờ sau	Tổng liều	
Số mcg	244,6007 ±152,125	106,5 ± 126,191	351,007	
Phần trăm	69,7%	30,3%	100%	P=0,000

Bảng 5: Lượng thuốc dùng giữa các mức độ viêm tụy

Mức độ	Nhe	Trung bình	Nặng	
Lượng thuốc	397,6 ± 245,6	327,5 ± 249,9	319 ± 158,6	P=0,741

Nhận xét: Lượng thuốc tiêu thụ trong 12 giờ đầu nhiều hơn có ý nghĩa. Không có sự khác biệt về lượng thuốc tiêu thụ giữa các mức độ viêm tụy.

3.3. Tương quan VASNY và ANI



Biểu đồ 3: Đường cong ROC mô tả mối tương quan giữa VASNY và ANIm

Nhận xét: Cut off: VAS=4 (VAS<4 hay ANIm>59.5 coi như giảm đau đầy đủ) với AUC 0,945, độ nhạy(Se): 90,7%, độ đặc hiệu(Sp): 84,8%, giá trị dự đoán dương tính(PPV): 84,2%, giá trị dự đoán âm tính(NPV): 89,9%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu. Tuổi trung bình là 44,47, cao nhất là 78 tuổi, thấp nhất là 28 tuổi. Các nghiên cứu trước đây cho thấy tuổi là một trong những yếu tố có thể ảnh hưởng đến quá trình cảm nhận đau cũng như nhu cầu thuốc giảm đau [8]. Nhìn chung nhu cầu thuốc giảm đau giảm dần khi tuổi tăng lên.

Giới nam chiếm đa số, ảnh hưởng của giới tính đối với đau và nhu cầu thuốc giảm đau là vấn đề còn bàn cãi [8].

Rượu, sỏi mật là nguyên nhân thường gặp nhất gây viêm tụy cấp, nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là tăng triglycerid.

4.2. Hiệu quả giảm đau. Mục đích nghiên cứu của chúng tôi là nhằm đánh giá hiệu quả giảm đau của phương pháp PCA với fentanyl tĩnh mạch. Cùng với các tác dụng không mong muốn (TDKMM), hiệu quả giảm đau là một trong những tiêu chí quan trọng nhất trong việc đánh giá tác dụng của một phương pháp, thuốc hoặc sự phối hợp thuốc giảm đau. Cũng như đa số các nghiên cứu chúng tôi đánh giá hiệu quả giảm đau dựa vào thang điểm VAS (từ 0 -10) nằm yên và khi vận động, mức độ hài lòng của bệnh nhân và chỉ số ANI. Kết quả trình bày tại biểu đồ 1 cho thấy điểm đau (VAS) trung bình khi nằm yên ở các thời điểm nghiên cứu đều < 4, khi vận động thay đổi trong khoảng từ 1,63 đến 5,43, chỉ số ANI thay đổi trong khoảng từ 62 đến 75, 100% bệnh nhân hài lòng khi sử dụng PCA. Như vậy đa số bệnh nhân đạt được mức độ giảm đau tốt, nhất là khi nằm yên. Điều này cũng phù hợp với kết quả tổng kết bao gồm nhiều nghiên cứu về giảm đau PCA tĩnh mạch sử dụng các opioid với

hiệu quả giảm đau tốt và mức độ thỏa mãn bệnh nhân cao hơn so với các cách sử dụng truyền thống khác.

Tác dụng phụ gặp chủ yếu là buồn nôn và nôn (21,4%), có 1 bệnh nhân bị ngứa (3,6%) nhưng chỉ thoáng qua, các tác dụng này gặp với tỷ lệ tương đương trong các nghiên cứu PCA với fentanyl của tác giả Nguyễn Toàn Thắng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, buồn nôn và nôn xuất hiện từ trước khi sử dụng thuốc và không tăng lên trong quá trình sử dụng. Tác dụng phụ ít gặp có thể là lợi ích của dùng việc dùng PCA và theo bằng chứng chưa chắc chắn thì có thể do lượng thuốc tiêu thụ trung bình ít hơn so với truyền liên tục.

Kết quả trình bày ở bảng 4 và bảng 5 cho thấy lượng thuốc trung bình tiêu thụ trong 12 giờ đầu (không tính lượng thuốc chuẩn độ) nhiều hơn đáng so với 12 giờ sau, tương ứng là $244,6 \pm 152,1$ so với $106 \pm 126,2$ ($p < 0,05$) và không có sự khác biệt về tổng liều thuốc dùng giữa các mức độ viêm tụy ($p > 0,05$). Lượng thuốc dùng ít hơn ở 12 giờ sau tiền lượng bệnh nhân có thể cai giảm đau.

3.4. Tương quan giữa VASNY và chỉ số ANIm. Biểu đồ 2 cho thấy mối tương quan tuyến tính âm giữa VAS và ANI ($r = -0,549$), kết quả này tương tự như các nghiên cứu về ANI của tác giả Le Guen năm 2012 về đau trong quá trình chuyển dạ đẻ ($r = -0,179$) và Q. Yan nghiên cứu sử dụng ANI ở bệnh nhân tỉnh ($r = -0,267$), thậm chí mức độ tương quan còn mạnh hơn.

Biểu đồ 3 đường cong Roc cho thấy chỉ số ANI là một công cụ tốt (AUC 0.945) theo dõi điều trị đau ở bệnh nhân viêm tụy cấp với điểm cut off 59,5 (ANI $\leq 59,5$ là giảm đau không đầy đủ, ANI $> 59,5$ là giảm đau đầy đủ) với PPV 84,2% và NPV 89,9%. Kết quả này tương đương kết quả của Boselli 2013 về sử dụng ANI theo dõi giảm đau sau mổ (ANI > 57 giảm đau đầy đủ).

V. KẾT LUẬN

Phương pháp giảm đau PCA với fentanyl cho bệnh nhân viêm tụy cấp có hiệu quả giảm đau tốt, ít tác dụng phụ, giảm nhu cầu thuốc, làm bệnh nhân hài lòng và có thể tự cai thuốc giảm đau. ANI là một công cụ tốt trong theo dõi điều trị giảm đau ở bệnh nhân viêm tụy cấp, trên các nhóm bệnh nhân khác cần nghiên cứu xa hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ivan Samcam MD and Linda Papa MD, MSc. Acute Pain Management in the Emergency Department, <https://www.intechopen.com/books/pain-management/acute-pain-management-in-the->

- emergency-department, xem 29/07/2019.
2. **Nguyễn Toàn Thắng (2016).** Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật bụng và tác dụng không mong muốn của fentanyl, morphin, morphin-ketamin, tĩnh mạch theo phương pháp bệnh nhân tự kiểm soát, Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội
 3. **Nguyễn Toàn Thắng, Nguyễn Hữu Tú (2013),** Hiệu quả của phương pháp giảm đau do bệnh nhân kiểm soát (PCA) đường tĩnh mạch sử dụng kết hợp morphine và ketamine sau các phẫu thuật lớn tại ổ bụng. Tạp chí Nguyên cứu y học, 83(3), 60-67.
 4. **Management of acute pancreatitis,** Santhi Swaroop Vege, MD. Pain Control. <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis>?
 5. **Le Guen, M., Jeanne, M., Sievert, K., Al Moubarik, M., Chazot, T., Laloë, P. A., ... Fischler, M. (2012).** The Analgesia Nociception Index: a pilot study to evaluation of a new pain parameter during labor. International Journal of Obstetric Anesthesia, 21(2), 146–151.
 6. **Boselli, E., Daniela-Ionescu, M., Bégou, G., Bouvet, L., Dabouz, R., Magnin, C., & Allaouchiche, B. (2013).** Prospective observational study of the non-invasive assessment of immediate postoperative pain using the analgesia/nociception index (ANI). British Journal of Anaesthesia, 111(3), 453–459.
 7. **Boselli, E., Bouvet, L., Bégou, G., Dabouz, R., Davidson, J., Deloste, J.-Y., ... Allaouchiche, B. (2014).** Prediction of immediate postoperative pain using the analgesia/nociception index: a prospective observational study. British Journal of Anaesthesia, 112(4), 715–721.
 8. **Ip, H.Y., et al. (2009),** Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. Anesthesiology, 111(3), 657-77.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT TẠI KHOA NGOẠI TIÊU HÓA BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng việc sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) ở bệnh nhân phẫu thuật tại khoa ngoại tiêu hóa Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên (BVTWTN). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 400 bệnh nhân được phẫu thuật tại Khoa Ngoại tiêu hóa BVTWTN. **Kết quả:** Các bệnh nhân có độ tuổi trung bình $42,42 \pm 0,4$ tham gia nghiên cứu trong đó có 244 bệnh nhân nữ (61%) và 156 nam (39%), bệnh lý mắc kèm nhiều nhất là bệnh lý tim mạch (53,5%) và đái tháo đường (16,5%). Đa số bệnh nhân có thời gian phẫu thuật nhỏ hơn 120 phút. Tỷ lệ phẫu thuật nhiễm và phẫu thuật sạch – nhiễm chiếm gần 70%. Phẫu thuật cắt ruột thừa chiếm tỉ lệ lớn nhất 68,0%. Có 263 bệnh nhân (65,75%) sử dụng kháng sinh phối hợp, các kháng sinh được dùng dự phòng NKVM trong tất cả các trường hợp là cefoxitin sự phối hợp giữa Cefoxitin và Metronidazol chiếm hầu hết ở các phẫu thuật. Có 23 bệnh nhân (5,75%) có NKVM sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện của bệnh nhân phần lớn là nhỏ hơn 8 ngày (65,0%). Tất cả các bệnh nhân có đường dùng kháng sinh, thời gian đưa liều đầu KSDP hợp lý, đa số bệnh nhân có liều dùng kháng sinh đúng khuyến cáo trừ một số trường hợp như cefotaxim 4 bệnh nhân

Nguyễn Thị Hiền*, Nguyễn Duy Hưng*

(28,57%) và Ofloxacin 5 bệnh nhân (5,95%). **Kết luận:** Dùng KSDP trong phẫu thuật ở khoa Ngoại tiêu hóa cho kết quả tốt, ít biến chứng nhiễm trùng, KSDP tại khoa có đường dùng, thời gian đưa liều KSDP đầu tiên hợp lý, một số trường hợp liều dùng chưa đúng khuyến cáo, lựa chọn loại KSDP chưa đúng hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế (2015).

Từ khóa: Kháng sinh dự phòng, phẫu thuật

SUMMARY

THE USE OF PROPHYLACTIC ANTIBIOTICS IN SURGICAL PATIENTS IN THE DEPARTMENT OF DIGESTIVE SURGERY OF THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the use of prophylactic antibiotics in surgical patients at the Department of Digestive Surgery of Thai Nguyen National Hospital (TNNH). **Subjects and methods:** Cross-sectional study describes 400 patients operated at the Department of Digestive Surgery of TNNH. **Results:** The average age of patients is 42.42 ± 0.4 , including 244 female patients (61%) and 156 male patients (39%), secondary diseases accompanying mainly were cardiovascular disease (53.5%) and diabetes (16.5%). Most patients had surgery time less than 120 minutes. The main types of surgery were clean-contaminated surgery and contaminated operation (70%). Appendectomy accounted for the highest percentage (68.0%). In our study, 263 patients (65.75%) patients used a combination of antibiotics and Cefotaxim was used in all patients, most of which was combined with Metronidazol. There were 23 patients suffered wound infections after surgery (5.75%). Most patients are

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hiền
Email: hiennnguyentn92@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.10.2020
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2020
Ngày duyệt bài: 23.11.2020

hospitalized for less than 8 days (65.0%). In all patients, the antibiotic was used reasonably in the route, and timing of the first dose, though in some cases, dose was not used as recommended, such as Cefotaxime (28.57%) and Ofloxacin (5.95%). **Conclusion:** Using prophylactic antibiotics at the Department of Digestive Surgery gave good results and was reasonable in route, and timing of the first dose. However, according to the guideline for antibiotic use of the Ministry of Health (2015), some cases were not suitable in dose.

Keywords: Prophylactic antibiotics, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong phẫu thuật ngoại khoa, nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một biến chứng thường gặp dẫn đến kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân và có thể gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh. NKVM là hậu quả thường gặp nhất và là nguyên nhân quan trọng gây tử vong ở người bệnh được phẫu thuật trên toàn thế giới. Tại Hoa Kỳ, NKVM đứng hàng thứ hai sau nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ NKVM được ghi nhận trong một nghiên cứu tại một số bệnh viện các tỉnh phía Bắc năm 2008 là 10,5% [2]. NKVM gây kéo dài thời gian nằm viện của bệnh nhân, tăng tỷ lệ tử vong và tăng chi phí điều trị [3]. Sử dụng KSDP là một biện pháp hữu hiệu để hạn chế NKVM, tuy nhiên, sử dụng không đúng nguyên tắc sẽ là yếu tố nguy cơ làm gia tăng đề kháng kháng sinh. Ước tính khoảng một nửa số ca NKVM có thể phòng tránh được nếu sử dụng đúng các chiến lược can thiệp dựa trên bằng chứng. Sử dụng KSDP trong phẫu thuật là biện pháp hiệu quả nhất để kiểm soát NKVM và giúp giảm chi phí điều trị, đồng thời, hạn chế tình trạng kháng thuốc [4]. Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên thường xuyên tiếp nhận các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, nên đa số các trường hợp điều trị tại bệnh viện đều có chỉ định dùng kháng sinh. Những năm gần đây, việc sử dụng kháng sinh rộng rãi tại bệnh viện đã làm gia tăng tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn phân lập tại bệnh viện, đặc biệt là các chủng gram âm, thậm chí đã xuất hiện các vi khuẩn đa kháng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục đích đánh giá thực tế sử dụng KSDP tại bệnh viện, từ đó có biện pháp quản lý và nâng cao hiệu quả sử dụng kháng sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh án điều trị của bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật tại khoa Ngoại tiêu hóa, BVTWTN từ 15/02/2020 đến 15/07/2020.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh án của bệnh nhân có sử dụng KSDP đường toàn thân theo hướng dẫn sử dụng kháng sinh Bộ Y tế (2015). KSDP được quy ước là kháng sinh sử dụng lần cuối cùng trước phẫu thuật cách thời điểm rạch da trong vòng 24 giờ và kháng sinh sử dụng trong vòng 24 giờ sau khi kết thúc phẫu thuật.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh án của bệnh nhân không có đủ chỉ tiêu nghiên cứu, bệnh án của bệnh nhân tử vong, chuyển viện sau vào khoa 72 giờ.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu
nghiên cứu: Thời gian: Từ tháng 2 – 10/2020. Địa điểm: khoa Ngoại tiêu hóa, BVTWTN.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, không can thiệp thông qua dữ liệu bệnh án ra viện của các bệnh nhân.

Phương pháp thu thập số liệu: Thông tin về bệnh nhân và thông tin về sử dụng kháng sinh được thu thập từ bệnh án của bệnh nhân đạt tiêu chuẩn và điền vào phiếu thu thập thông tin bệnh nhân.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm phẫu thuật về thời gian phẫu thuật trung bình, thời gian nằm viện trung bình, trung bình thời gian nằm viện sau phẫu thuật, trung bình thời gian nằm viện trước phẫu thuật, hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, nhiễm khuẩn trước mổ, bệnh nhân nhiễm khuẩn sau phẫu thuật. Tỷ lệ % bệnh nhân sử dụng các loại kháng sinh thường gặp tương ứng với mỗi nhóm phẫu thuật, tỷ lệ % từng loại phác đồ kháng sinh dự phòng, tỷ lệ % bệnh nhân sử dụng đúng liều thông thường của KSDP, đường dùng, tỷ lệ % bệnh nhân sử dụng lần đầu KSDP tương ứng theo từng khoảng thời gian theo khuyến cáo thời điểm sử dụng KSDP, tỷ lệ % bệnh nhân có NKVM sau phẫu thuật theo loại phẫu thuật.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Phân tích và xử lý số liệu dựa trên phần mềm SPSS 22.0

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi được sự cho phép của Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô tả đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	n (%) (N=400) hoặc TB ±SD hoặc trung vị (IQR)
Tuổi (năm)	Trung vị : 35; Q1=27; Q3=57; TB ±SD =

		42,42 ± 0,4
Giới		Nữ: 244 (61,0%); Nam: 156 (39%)
Có bệnh lý mắc kèm		214 (53,5%)
Bệnh mắc kèm	Bệnh tim mạch	66 (16,5%)
	Đái tháo đường	42 (10,5%)
	COPD	30 (7,5%)
	Bệnh tiêu hóa	46 (11,5%)
	Khác	30 (7,5%)

Trong 400 bệnh nhân của mẫu nghiên cứu, bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ chủ yếu 61%, Độ tuổi của các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có trung vị là 35 và TB $\pm$ SD = 42,42 ± 0,4. Có 214 bệnh nhân có bệnh kèm theo, trong đó phổ biến nhất là bệnh tim mạch với 66 bệnh nhân chiếm 16,5%.

Bảng 2. Tình trạng nhiễm khuẩn và đặc điểm phẫu thuật của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		n (%) (N= 400)
Nhiễm khuẩn trước mổ	Có	228(57,0%)
	Không	172 (43,0%)
Có dấu hiệu liên quan đến nhiễm khuẩn	Có	263 (65,75%)
	Không	137 (34,25%)
Có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân	Có	249(62,25%)
	Không	151 (37,75%)
Loại phẫu thuật	Sạch	110 (27,5%)
	Sạch – nhiễm	126 (31,5%)
	Nhiễm	150 (37,5%)
	Bẩn	14 (3,5%)
Nhóm phẫu thuật	Cắt ruột thừa	272 (68,0%)
	Cắt túi mật	30 (7,5%)
	Cắt đại tràng	24 (6,0%)
	Tắc ruột	13 (3,25%)
	Thoát vị bẹn	16 (4,0%)
	Khác	45 (11,25%)
Quy trình phẫu thuật	Mổ phàn	108 (27,0%)
	Mổ cấp cứu	292 (73,0%)
Phương pháp phẫu thuật	Mổ mở	110 (27,5%)
	Mổ nội soi	290 (72,5%)
Thời gian nằm viện (ngày): Trung vị: 10; TB $\pm$ SD = 10,4±0,35; Q1=7; Q3= 10		

Thời gian nằm viện	≤2 ngày	0 (0%)
	3-8 ngày	260 (65,0%)
	9-14 ngày	100 (25,0%)
	≥15 ngày	40 (10,0%)
Thời gian phẫu thuật (phút): Trung vị: 60; TB $\pm$ SD = 102,42±3,78; Q1= 60; Q3=120		
Thời gian nằm viện trước phẫu thuật (ngày): Trung vị: 1; TB $\pm$ SD = 2,14±0,11; Q1= 1; Q3=3		
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày): Trung vị: 8; TB $\pm$ SD = 8,12±0,274; Q1= 5; Q3=9		

Số bệnh nhân được chẩn đoán có nhiễm khuẩn trước mổ là 228 (57,0%) và 263 bệnh nhân (65,75%) có dấu hiệu liên quan đến nhiễm khuẩn. Đồng thời, có 249 bệnh nhân có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, chiếm 62,25% mẫu nghiên cứu.

Trong các loại phẫu thuật, phẫu thuật nhiễm chiếm tỷ lệ lớn nhất, với 150 ca chiếm 37,5%. Phẫu thuật bẩn chiếm tỷ lệ nhỏ nhất là 14 ca chiếm 3,5%. Độ dài phẫu thuật của các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu ngắn với trung vị 60 phút, trung bình 102,42±3,78 phút. Thời gian nằm viện của các bệnh nhân trong nghiên cứu kéo dài khoảng hơn 1 tuần, với trung vị 10 ngày tập trung ở nhóm từ 3-7 ngày chiếm 65%, sau đó nằm viện 9-14 ngày là 25%. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật sau 1 ngày nhập viện, thời gian nằm viện sau phẫu thuật khoảng 8,12±0,274 ngày. Nhóm phẫu thuật chiếm tỷ lệ lớn nhất là cắt ruột thừa chiếm 272 ca (68,0%), tiếp theo đến cắt túi mật 30 ca (7,5%) và chiếm tỷ lệ nhỏ nhất là tắc ruột chiếm 13 (3,25%). Bệnh nhân được phẫu thuật chủ yếu theo quy trình mổ cấp cứu với 292 (73%). Phần lớn bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được thực hiện phẫu thuật theo phương pháp mổ nội soi chiếm 72,5%.

3.2. Thực trạng sử dụng kháng sinh dự phòng của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu. Tỷ lệ các KSDP tương ứng với từng nhóm phẫu thuật và phác đồ sử dụng kháng sinh dự phòng được trình bày ở bảng 3

Bảng 3. Lựa chọn KSDP theo nhóm phẫu thuật

Loại phẫu thuật Phác đồ	Cắt ruột thừa (n=272)	Cắt túi mật (n=30)	Cắt đại tràng (n=24)	Tắc ruột (n=13)	Thoát vị bẹn (n=16)	Khác (n=45)
Cefoxitin	123(45,22%)	-	-	-	-	-
Cefotaxim	-	14(46,67%)	-	-	-	-
Cefoxitin+Tinidazole	39(14,34%)	-	-	-	-	18(40%)
Cefoxitin+Metronidazol	66(24,26%)	-	8(33,33%)	5(38,64%)	16(100%)	15(33,33%)
Cefoxitin+Ofloxacin	-	16(53,33%)	-	-	-	-

Cefoxitin+Tienam	-	-	-	-	-	12(26,67%)
Cefoxitin+ Tinidazole+Olfloxacin	44 (16,18%)	-	-	-	-	-
Cefoxitin+ Metronidazol+Olfloxacin	-	-	16 (66,67%)	8 (61,54%)	-	-

Với các nhóm phẫu thuật thì kháng sinh được dùng trong tất cả các trường hợp là kháng sinh cephalosporin thế hệ 2 Cefoxitin. Các kháng sinh thường được dùng để phối hợp với cephalosporin thế hệ 2 là 5 – nitro – midazole, fluoroquinolon, beta-lactam. Phối hợp 2 kháng sinh luôn có một kháng sinh là 5 – nitro – imidazole hoặc fluoroquinolon chủ yếu là phối hợp giữa Cefoxitin và Metronidazol chiếm hầu hết ở các phẫu thuật (Cắt ruột thừa, cắt đại tràng, tắc ruột, thoát vị bẹn, khác). Phối hợp 3 kháng sinh luôn có một kháng sinh nhóm fluoroquinolon kết hợp 5 – nitro – imidazole

Bảng 4 Phác đồ kháng sinh dự phòng

Loại phẫu thuật Phác đồ	Số bệnh nhân	Cắt ruột thừa	Cắt túi mật	Cắt đại tràng	Tắc ruột	Thoát vị bẹn	Khác
Phác đồ đơn độc	137 (34,25%)	123 (89,78%)	14 (10,22%)	-	-	-	-
Phác đồ 2 kháng sinh	195 (48,75%)	105 (53,85%)	16 (8,21%)	8 (4,10%)	5 (2,56%)	16 (8,21%)	45 (23,07%)
Phác đồ 3 kháng sinh	68 (17,0%)	44 (64,7%)	-	16 (23,53%)	8 (11,77%)	-	-

Trong 400 bệnh nhân được kê KSDP, số bệnh nhân được chỉ định phác đồ phối hợp 2 kháng sinh chiếm đa số 48,75% được dùng trong tất cả các loại phẫu thuật, trong đó phẫu thuật cắt ruột thừa sử dụng phác đồ 2 kháng sinh là nhiều nhất chiếm 53,85%, tiếp đó là phác đồ đơn độc có 137 bệnh nhân (34,25%) dùng cho phẫu thuật cắt ruột thừa (89,78%), cắt túi mật (10,22%). Phác đồ 3 kháng sinh được sử dụng ít nhất cho 68 bệnh nhân (17,0%)

Bảng 5. Liều dùng, đường dùng kháng sinh dự phòng

Tên thuốc	Số bệnh nhân	Đúng liều dùng khuyến cáo (%)	Không đúng liều dùng khuyến cáo (%)
Tiêm tĩnh mạch	400		
Cefoxitin	386	386 (100%)	0 (0%)
Cefotaxim	14	10 (71,43%)	4 (28,57%)
Truyền tĩnh mạch	363		
Metronidazol	184	184 (100%)	0 (0%)
Tinidazole	83	83 (100%)	0 (0%)
Olfloxacin	84	79 (94,05%)	5 (5,95%)
Tienam	12	12 (100%)	0 (0%)

Toàn bộ bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều sử dụng KSDP theo đường tiêm tĩnh mạch. Ngoài ra có 363 bệnh nhân được sử dụng kháng sinh theo đường truyền tĩnh mạch. Đa số bệnh nhân dùng KSDP ở mức liều thường dùng đúng với khuyến cáo của Bộ Y tế, có một số trường hợp sử dụng không đúng khuyến cáo như cefotaxim 4 bệnh nhân (28,57%) và Olfloxacin 5 bệnh nhân (5,95%).

Bảng 7. Tỷ lệ nhiễm khuẩn sau phẫu thuật

Loại phẫu thuật Phác đồ	Số bệnh nhân	Cắt ruột thừa	Cắt túi mật	Cắt đại tràng	Tắc ruột	Thoát vị bẹn	Khác
NKVM nông	16(4,0%)	8(50%)	3(18,75%)	5(12,5%)	-	-	-
NKVM sâu	17(4,25%)	-	2(11,76%)	3(17,65%)	-	-	12(70,59%)
Nhiễm khuẩn khoang/ cơ quan	0(0%)	-	-	-	-	-	-
Nhiễm khuẩn xa	0(0%)	-	-	-	-	-	-

Trong mẫu nghiên cứu, có 16 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán NKVM nông (chiếm 4,0%) chủ yếu NKVM nông ở phẫu thuật cắt ruột thừa (50,0%) và 17 bệnh nhân NKVM sâu

(chiếm 4,25%) chủ yếu NKVM sâu ở bệnh nhân phẫu thuật loại khác. Không có bệnh nhân nào nhiễm khuẩn khoang/ cơ quan hoặc xuất hiện nhiễm khuẩn xa sau phẫu thuật.

Bảng 6. Thời điểm sử dụng liều đầu kháng sinh dự phòng

Thời điểm	n(%)
Trước rạch da >120 phút	14 (3,5%)
Trước rạch da < 120 phút	386(96,5%)

Phần lớn bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được sử dụng liều KSDP đầu tiên trước 120 phút trước phẫu thuật chiếm 96,5%.

IV. BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỷ lệ NKVM tăng lên trên các bệnh nhân cao tuổi. Tại Việt Nam nghiên cứu của Trần Văn Châu cho thấy tỷ lệ NKVM tăng lên với những bệnh nhân trên 60 tuổi [2], trong tổng số 400 bệnh nhân, bệnh nhân trên 60 tuổi là 84 chiếm 21,0% (bảng 1) do đó nguy cơ NKVM liên quan đến tuổi bệnh nhân chiếm tỉ lệ nhỏ. Nồng độ glucose cao trong huyết thanh ở bệnh nhân đái tháo đường tạo thuận lợi để vi khuẩn phát triển khi xâm nhập vào vết mổ [1], có 214 bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có bệnh mắc kèm, trong đó nhiều nhất là bệnh lý tim mạch và đái tháo đường. (bảng 1). Một nghiên cứu về NKVM ở Việt Nam xác định thời gian phẫu thuật dài hơn 120 phút là một trong các yếu tố nguy cơ của NKVM [5]. Phần lớn bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có thời gian phẫu thuật là nhỏ hơn 120 phút. Thời gian nằm viện trước phẫu thuật cũng có ảnh hưởng đến khả năng xuất hiện NKVM. Người bệnh nằm lâu trong bệnh viện trước mổ làm tăng lượng vi sinh vật định cư, thời gian nằm viện trước phẫu thuật là $2,14 \pm 0,11$ ngày. Việc phân loại phẫu thuật được dựa trên các thông tin thu thập được trong bệnh án tỷ lệ phẫu thuật nhiễm và phẫu thuật sạch – nhiễm chiếm gần 70% (bảng 2), tuy nhiên, hiện nay tại khoa Ngoại Tiêu hóa, việc phân loại phẫu thuật dựa trên nguy cơ NKVM chưa được tiến hành thường quy bởi các bác sĩ ngoại khoa. Một tỷ lệ lớn phẫu thuật tại bệnh viện có nguy cơ NKVM cao cho thấy tính cần thiết của việc đánh giá, phân loại nguy cơ phù hợp, từ đó, tiến hành các biện pháp dự phòng để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân. Trong các nhóm phẫu thuật tại khoa Ngoại tiêu hóa thì phẫu thuật cắt ruột thừa chiếm tỉ lệ lớn nhất 272 bệnh nhân (68,0%), các phẫu thuật chủ yếu là các phẫu thuật nội soi chiếm 72,5%. Bệnh nhân có nhiễm khuẩn trước phẫu thuật, đặc biệt tại vị trí phẫu thuật, có khả năng NKVM cao hơn các bệnh nhân không nhiễm khuẩn. Trong mẫu nghiên cứu có 228 (57,0%) bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn trước phẫu thuật, có 263 (65,75%) có biểu hiện liên quan

đến nhiễm khuẩn. Đặc biệt có 249 (62,25%) bệnh nhân có hội chứng SIRS là những bệnh nhân có nguy cơ cao tiến triển thành nhiễm khuẩn huyết hoặc sốc nhiễm khuẩn. (bảng 2)

Trong 400 bệnh nhân có 263 bệnh nhân (65,75%) sử dụng kháng sinh phối hợp (bảng 4), tỷ lệ cao bệnh nhân sử dụng phác đồ kháng sinh phối hợp có thể do số lượng bệnh nhân phẫu thuật sạch-nhiễm (31,52%) và nhiễm (37,5%) trong mẫu nghiên cứu lớn (bảng 2). Đây là lý do dẫn đến việc nhiều bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu cần sử dụng từ hai kháng sinh trở lên trong phác đồ kháng sinh dự phòng. Các kháng sinh được dùng dự phòng NKVM trong tất cả các trường hợp là cefoxitin đây là kháng sinh cephalosporin thế hệ 2 và thường được phối hợp với là 5 – nitro – midazole, fluoroquinolon, beta-lactam. Phối hợp 2 kháng sinh luôn có một kháng sinh là 5 – nitro – imidazole hoặc fluoroquinolon chủ yếu là phối hợp giữa Cefoxitin và Metronidazol chiếm hầu hết ở các phẫu thuật (Cắt ruột thừa, cắt đại tràng, tắc ruột, thoát vị bẹn, khác) phẫu thuật còn lại chủ yếu dùng kháng sinh kết hợp giữa Cefoxitin với Ofloxacin, Metronidazol, Tinidazole, Tienam. Trong đó việc sử dụng trong dự phòng NKVM không có khuyến cáo nào sử dụng Tienam trong việc dự phòng NKVM. Do đó cần xem xét chỉ định loại kháng sinh này với chỉ định KSDP.

KSDP có hiệu quả làm giảm NKVM cụ thể trên 400 bệnh nhân có 23 bệnh nhân (5,75%) NKVM trong đó có 16 trường hợp nhiễm khuẩn nông (4,0%) và 16 trường hợp nhiễm khuẩn sâu (4,55%) và làm giảm thời gian nằm viện của bệnh nhân, bệnh nhân có thời gian nằm viện kéo dài khoảng một tuần trong đó thời gian từ 3-8 ngày chiếm đa số (62,5%).

Sự phù hợp của KSDP được đánh giá trên nhiều tiêu chí khác biệt, trong 400 bệnh nhân có chỉ định KSDP thì có tất cả các bệnh nhân có đường dùng kháng sinh hợp lý qua tiêm tĩnh mạch và truyền tĩnh mạch. Để đạt được mục tiêu dự phòng NKVM KSDP cần được sử dụng liều phù hợp sao cho nồng độ trong máu và tại mô đủ để ức chế vi khuẩn tại vị trí rạch da không phát triển thành nhiễm khuẩn, trong nghiên cứu, có lớn hơn 90% bệnh nhân có liều dùng kháng sinh hợp lý, một số ít trường hợp của sử dụng không đúng khuyến cáo như cefotaxim 4 bệnh nhân (28,57%) và Ofloxacin 5 bệnh nhân (5,95%) (bảng 5). KSDP đạt kết quả tốt nhất theo khuyến cáo của tổ chức Y tế Thế giới (WHO) là kháng sinh được sử dụng trong vòng 120 phút trước khi rạch da, kết quả nghiên cứu

cho thấy hầu hết bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu (386 bệnh nhân, 96,5%) được sử dụng KSDP trước rạch da 120 phút (bảng 6). Tuy nhiên, trong trường hợp căn cứ trên hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế (2015) thì không có bệnh nhân nào được đánh giá phù hợp chung tất cả các tiêu chí.

V. KẾT LUẬN

Dùng KSDP trong phẫu thuật ở khoa Ngoại tiêu hóa cho kết quả tốt, ít biến chứng nhiễm trùng, KSDP tại khoa có đường dùng, thời gian đưa liều KSDP đầu tiên hợp lý, một số trường hợp liều dùng chưa đúng khuyến cáo, lựa chọn loại KSDP chưa đúng hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế (2015).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. Nhà xuất bản Y học.
2. Trần Văn Châu, Đinh Trung Kiên (2005). Nhận xét về kháng sinh dự phòng trong một số phẫu thuật nội soi ổ bụng tại bệnh viện quân y 211. Y học Việt Nam(136), 242-250.
3. Badia J.M., Casey A.L., Petrosillo N., et al. (2017). Impact of surgical site infection on healthcare costs and patient outcomes: a systematic review in six European countries. J Hosp Infect(96(1)), 1-15.
4. Bratzler D., W. Dellinger E.P., Olsen K. M., et al. (2013). Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. Am J Health Syst Pharm(70(3)), 195-283.
5. Hung N. V., Thu T. A., Salmon S, et al. (2011). Surgical site infections in Vietnamese hospitals: incidence, pathogens and risk factors. BMC Proceedings, 5, O54-O054.

ĐẶC ĐIỂM PHÙ HOÀNG ĐIỂM DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN MẮT TW NĂM 2020

Nguyễn Phước Hải*, Nguyễn Xuân Hiệp*, Vũ Tuấn Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1, Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của phù hoàng điểm (HĐ) do đái tháo đường (ĐTĐ) ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. 2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến phù HĐ do ĐTĐ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 61 bệnh nhân ĐTĐ, 98 mắt có phù hoàng điểm được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn ETDRS. Sau khi chẩn đoán, bệnh nhân được thu thập thông tin cơ bản, chụp ảnh đáy mắt, OCT, huỳnh quang và so sánh với các yếu tố liên quan. **Kết quả:** trong 98 mắt bị phù HĐ có 44 mắt phù HĐ khu trú chiếm tỷ lệ 44,9%. 31 mắt phù HĐ dạng nang chiếm tỷ lệ 31,6% và 23 mắt phù HĐ phối hợp chiếm tỷ lệ 23,5%. Xu hướng điều trị chủ yếu là tiêm kháng VEGF đơn thuần. Có liên quan chặt chẽ giữa mức độ phù HĐ và giai đoạn bệnh VM ĐTĐ, không có liên quan rõ giữa thời gian mắc ĐTĐ và mức độ trầm trọng của bệnh.

Từ khóa: phù hoàng điểm do đái tháo đường, bệnh võng mạc đái tháo đường.

SUMMARY

DIABETIC MACULAR EDEMA FEATURES IN VIETNAM NATIONAL EYE HOSPITAL YEAR 2020

Purpose: 1, Describe the features of DME in VNIO

*Bệnh viện Mắt trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phước Hải

Email: phuochai1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 23.11.2020

2020, 2, Investigate some related - factors in DME. **Materials and Methods:** cross-sectional study, 98 eyes (61 patients) diagnosed of clinically significant macular edema following the criteria of the ETDRS was recorded. **Results:** in 98 DME eyes, focal form were 44 eyes (44,9%), cystoid form were 31 eyes (31,9%), 23 eyes were mixed (23,5%). Almost previous treatments were anti-VEGF injection. **Conclusions:** DME is main cause of vision impairment in diabetic patients.

Keyword: macular edema, diabetic retinopathy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phù hoàng điểm do đái tháo đường (ĐTĐ) là nguyên nhân chính gây giảm thị lực trên bệnh nhân ĐTĐ, đặc biệt ở lứa tuổi lao động¹. Phù hoàng điểm do ĐTĐ có thể gặp ở tất cả các giai đoạn của bệnh đái tháo đường². Việc điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường bằng tiêm nội nhãn kháng VEGF, steroid; laser võng mạc đã được áp dụng cho kết quả điều trị tích cực, nhưng chưa có các nghiên cứu cụ thể về hiện trạng của thể bệnh lý đặc biệt này, nhằm đưa ra phác đồ theo dõi và điều trị hợp lý, thống nhất.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của phù hoàng điểm do đái tháo đường ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến phù hoàng điểm do đái tháo đường.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân bị phù HÐ do ĐTĐ đến khám và điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương, từ tháng 8/2019 đến tháng 8/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: là những bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định phù hoàng điểm do ĐTĐ.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân phù HÐ do ĐTĐ nhưng có kèm theo đục môi trường trong suốt (như sẹo mờ giác mạc, đục thể thủy tinh độ 3 trở lên, xuất huyết dịch kính 2++ trở lên), bệnh nhân không hợp tác sau do tình trạng toàn thân, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế và qui trình nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang,

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Thu thập các thông tin cơ bản: tuổi, giới, typ ĐTĐ, thời gian mắc bệnh ĐTĐ

Khám mắt

- Thử thị lực có chỉnh kính với bảng thị lực Snellen, có qui đổi log MAR

Đánh giá thị lực theo quy định của Tổ chức y tế thế giới (WHO) năm 1985.

- Khám bán phần trước thường quy

- Khám phát hiện tổn thương bán phần sau: sau khi nhỏ giãn đồng tử tối đa, khám đáy mắt bằng thấu kính +90D kết hợp với sinh hiển vi khám bệnh phát hiện các tổn thương võng mạc.

- Chia phù HÐ theo thể bệnh

+ Phù HÐ khu trú: VM vùng HÐ dày lên hình vòng cung, vùng phù này được giới hạn bởi xuất tiết cứng hình vòng cung

+ Phù HÐ dạng nang: dịch tích trong VM vùng HÐ tạo nên những khoang dạng nang, có thể thấy khi soi đáy mắt và chụp OCT

+ Phù HÐ lan tỏa: VM vùng HÐ dày lên, lan tỏa

+ Phù HÐ hỗn hợp: phù khu trú kết hợp phù lan tỏa.

- Khám võng mạc, phân loại giai đoạn bệnh võng mạc ĐTĐ phối hợp theo phân loại ĐTĐ của ICO/UK grading từ R0 tới R4

- Chụp ảnh đáy mắt kỹ thuật số tiêu chuẩn, OCT, chụp mạch huỳnh quang

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các qui tắc đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, được thông qua Hội đồng đạo đức và được mã hóa, giữ bí mật thông tin của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 8/2019 đến tháng 8/2020, chúng tôi tiến hành nghiên cứu, thu nhập số liệu và khám 98 mắt của 61

bệnh nhân bị phù hoàng điểm do đái tháo đường đến khám và điều trị tại Bệnh Viện Mắt TW.

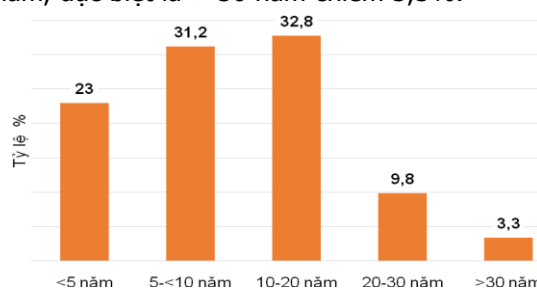
3.1. Đặc điểm của bệnh nhân.

3.1.1. Tuổi. Nghiên cứu trên 61 đối tượng nghiên cứu, tuổi trung bình của đối tượng là $61,98 \pm 8,06$ (41-88). Lứa tuổi hay gặp phù HÐ do ĐTĐ là trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 55,7%, nhóm tuổi 50 - 60 chiếm 41% và dưới 50 tuổi gặp tỷ lệ thấp 3,3%. Đặc điểm về tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Vũ Tuấn Anh (2015) tiến hành trên 64 BN có 54,6% đối tượng trên 60 tuổi, 45,4% bệnh nhân <60 tuổi; với tuổi nhỏ nhất 39, lớn nhất 80 tuổi². Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi cũng xấp xỉ với nghiên cứu của Huỳnh Thanh Tùng là $63,90 \pm 9,20$ ⁶. Điều này cũng phù hợp với đặc điểm của bệnh ĐTĐ, trong các nghiên cứu trước cho thấy độ tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc ĐTĐ càng tăng và tỷ lệ gia tăng nhiều nhất là nhóm tuổi từ 50 trở lên³. Tỷ lệ phân nửa bệnh nhân dưới 60 tuổi phản ánh xu hướng trẻ hóa của bệnh cũng như gánh nặng bệnh tật ảnh hưởng đến kinh tế xã hội.

3.1.2. Giới. 33 nữ chiếm 54,1% và 28 nam chiếm tỷ lệ 45,9%.

3.1.3. Typ ĐTĐ. Nghiên cứu của chúng tôi gặp phù hoàng điểm do ĐTĐ type 2 là chủ yếu, chiếm 77,1% còn gặp ở ĐTĐ type I có 22,9%. Bệnh võng mạc do ĐTĐ cũng như phù HÐ do ĐTĐ trong nhiều nghiên cứu cho thấy không phụ thuộc vào type ĐTĐ.

3.1.4. Thời gian mắc ĐTĐ. Thời gian bệnh nhân bị ĐTĐ từ 10 năm - 20 năm gặp tỷ lệ cao nhất 32,8%, tiếp đến là 5 - < 10 năm 31,2% và ít gặp nhất ở nhóm có thời gian mắc bệnh > 20 năm, đặc biệt là > 30 năm chiếm 3,3%.



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh ĐTĐ

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thời gian bệnh nhân bị đái tháo đường từ 10 năm - 20 năm gặp tỷ lệ cao nhất 32,8%, tiếp đến là 5 - < 10 năm 31,2% và ít gặp nhất ở nhóm có thời gian mắc bệnh > 20 năm, đặc biệt là > 30 năm chiếm 3,3%.

Thời gian phát hiện ĐTD trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Tuấn Anh là 9,6 năm (5-18 năm)², Huỳnh Thanh Tùng 16,05±4,80 năm⁶. Thời gian phát hiện ĐTD trung bình trong nghiên cứu của Klein là 8,4 năm⁷, nghiên cứu của Ong Ming Jew (2012) là 12,72 ± 6,59 năm⁸. Điều này có thể cho thấy xu hướng kiểm soát bệnh ĐTD ngày một khả quan hơn.

3.1.5. Phương pháp điều trị trước nghiên cứu. Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu đã được điều trị trước gặp 52% đã tiêm kháng VEGF nội nhãn, chiếm tỷ lệ cao nhất, chưa can thiệp điều trị trước khi đến khám chiếm 22,5%, điều trị kết hợp gặp 13,3% và ít nhất là laser võng mạc chiếm 12,2%.

Kết quả này cũng phản ánh thực tế hiện nay khi một số phương pháp điều trị phù hoàng điểm như laser quang đông võng mạc⁸, tiêm các thuốc kháng VEGF hoặc steroid nội nhãn được áp dụng với ưu thế và nhược điểm khác nhau. Điều này cũng phản ánh quan điểm điều trị chưa được thống nhất, sự lựa chọn phương pháp và thời điểm điều trị chưa được tối ưu hóa.

3.2 Đặc điểm lâm sàng của phù hoàng điểm do ĐTD

- Thị lực

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo thị lực

Thị lực	Số mắt	Tỷ lệ %
Mù	31	31,6
Rất kém	55	56,1
Kém	12	12,2
Tốt	0	0
Tổng số mắt	98	100

Thị lực của bệnh nhân bị phù hoàng điểm do ĐTD trong nhóm nghiên cứu gặp nhiều nhất là thị lực rất kém (ĐNT 3m đến 20/60 sau chỉnh kính) chiếm tỷ lệ 56,1%, thị lực ĐNT < 3m chiếm 31,6%, hiếm gặp là thị lực kém (20/60 - 20/30) chiếm tỷ lệ là 12,2%, đặc biệt không gặp trường hợp nào thị lực tốt. Thị lực của bệnh nhân bị phù hoàng điểm do ĐTD trong nhóm nghiên cứu gặp nhiều nhất là thị lực rất kém (ĐNT 3m đến 20/60 sau chỉnh kính) chiếm tỷ lệ 56,1%, thị lực ĐNT < 3m chiếm 31,6%, hiếm gặp là thị lực kém (20/60 - 20/30) chiếm tỷ lệ là 12,2%, đặc biệt không gặp trường hợp nào thị lực bình thường. Trong các nghiên cứu trước cũng cho thấy phần lớn các đối tượng đều có sự suy giảm về thị lực.

Trong nghiên cứu của Vũ Tuấn Anh² cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, có thể thấy phần lớn mắt nằm trong nhóm thị lực thấp dưới 20/50; thị lực cao ≥ 20/25 rất ít (2 mắt). Nghiên cứu của Huỳnh Thanh Tùng cho thấy

trong 41 mắt có phù hoàng điểm, phần lớn thị lực 4/10-7/10 (51,2%); 8/10-10/10 là 30,5%; có 1 mắt có thị lực dưới 1/10⁶. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Khải (2018) tỷ lệ bệnh nhân có thị lực 7/10 trở lên dưới 20. Sở dĩ tỷ lệ giảm thị lực trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với 1 số nghiên cứu trước là do nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại Bệnh viện Mắt TW phần lớn bệnh nhân đến khám đã có những tổn thương nặng tại mắt gây suy giảm thị lực trầm trọng.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo dấu hiệu thực thể

Triệu chứng thực thể	Số mắt	Tỷ lệ%
Bán phần trước	Bình thường	84
	Tân mạch	14
	TT khắc	0
Soi góc tiền phòng	Góc mở	96
	Góc đóng	1
	Tân mạch	1
Tình trạng TTT	Trong	36
	Đục	48
	Không có	1
	IOL	13
Dịch kính	Trong	52
	Đục	36
	Xuất huyết	10
Tổng số mắt	98	100

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu tình trạng lâm sàng bán phần trước bình thường chiếm đa số 85,7%, tân mạch mống mắt chiếm 14,3%.

+ Tình trạng tiền phòng bình thường là 98%, góc đóng 1% và tân mạch 1%.

Trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi gặp 36 mắt TTT còn trong chiếm 36,7%, 48 mắt đục TTT có 40 mắt đục độ II, 8 mắt đục TTT độ I chiếm 49%, 13 mắt đã mổ TTT đặt TTT nhân tạo chiếm 13,3% và duy nhất có một trường hợp không có TTT chiếm 1%. Kết quả nghiên cứu này cũng gần với kết quả nghiên cứu của Vũ Tuấn Anh (2015)².

+ Dịch kính trong chiếm tỷ lệ cao nhất 53,1% tiếp đến là đục thô 36,7% và ít gặp nhất là xuất huyết mức độ nhẹ chiếm 10,2%.

- Phù hoàng điểm do đái tháo đường

Trong nhóm nghiên cứu phù HĐ do ĐTD gặp nhiều nhất phù khu trú, chiếm tỷ lệ 46,9%, sau đó là phù dạng nang 29,6% và ít gặp nhất là phù hoàng điểm phối hợp chiếm tỷ lệ 23,5%.

- Bệnh lý võng mạc ĐTD

Bảng 3.3. Bệnh lý võng mạc ĐTD

Bệnh lý	N	%
R0	52	53,1
R1	6	6,1
R2	2	2,0

R3	5	5,1
R4	33	33,7
Tổng số mắt	98	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp phù hoàng điểm chưa có tăng sinh chiếm tỷ lệ cao nhất 53,1% ngay sau đó là phù có tăng sinh giai đoạn nặng chiếm 33,7%, ít gặp hơn là tăng sinh mức độ 2,3 và 1 lần lượt là 6,1%, 5,1% và 2%. Trong nghiên cứu của Vũ Tuấn Anh cũng cho thấy 5 mắt bị mắc bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh, tức là bệnh đã tiến triển nặng hơn; 2 bệnh nhân có mắt còn lại bị glôcôm tân mạch, cũng có khả năng là biến chứng giai đoạn muộn của đái tháo đường².

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của phù hoàng điểm do ĐTĐ

- Chụp OCT

Bảng 3.4. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	Số mắt	Tỷ lệ %
Hình thái	Phù khu trú	45
	Phù dạng nang	29
	Khác	21
	Bong TDVM	1
	Kết hợp	2
Mức độ	Nhẹ	12
	TB	40
	Nặng	46
Tổn thương phối hợp	Không AMD	80
	Có AMD	18
Tổng số mắt	98	100

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán về hình thái và mức độ phù HD của ETDRS trong nghiên cứu phù HD khu trú hay gặp nhất chiếm 45,9%, phù dạng nang chiếm 29,6% và phù khác chiếm > 21,4%. Phù HD mức độ nặng chiếm 46,9%, thấp hơn là phù HD mức độ trung bình chiếm 40,8% và phù nhẹ chiếm 12,2%. Trong tổn thương phối hợp phù HD không có AMD chiếm tỷ lệ 81,6% còn phù có AMD chiếm 18,4%.

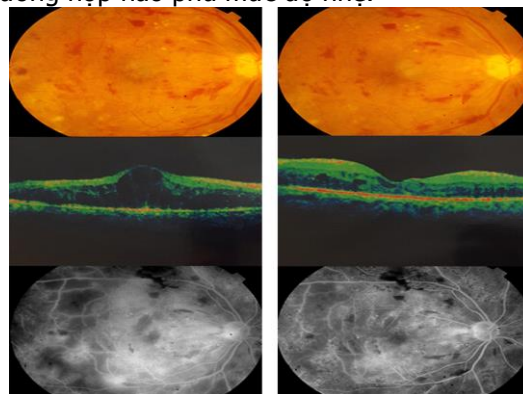
- Phù HD khu trú gặp cao nhất chiếm 44,9% (Trong đó có 45,4% mức độ nặng, 20,5% mức độ trung bình và nhẹ chiếm 34,1%).

- Phù HD dạng nang chiếm 31,6% (Phù HD dạng nang mức độ trung bình chiếm 67,7%, mức độ nặng chiếm 25,8% và phù mức độ nhẹ chiếm 6,5%).

Bảng 3.6. Phù HD với bệnh lý VMĐTĐ

Phù hoàng điểm VMDTD	Khu trú		Dạng nang		Phối hợp		Tổng số	
	N	%	n	%	n	%	n	%
R0	24	46,2	22	42,3	6	11,5	52	100
R1	4	66,7	2	33,3	0	0	6	100
R2	1	50,0	1	50,0	0	0	2	100
R3	0	0	2	40,0	3	60,0	5	100
R4	15	45,5	4	12,1	14	42,4	33	100

- Phù HD phối hợp, có thể toả lan, hoặc kết hợp với tổn thương khác như tắc tĩnh mạch hay bong thanh dịch trung tâm võng mạc chiếm 23,5%. Trong đó mức độ nặng chiếm 82,6%, mức độ trung bình 17,4% và đặc biệt không có trường hợp nào phù mức độ nhẹ.



Hình ảnh tổn thương trên chụp ảnh đáy mắt, OCT và chụp huỳnh quang

3.3. Mối liên quan của phù hoàng điểm do ĐTĐ với các yếu tố

3.3.1. Liên quan phù HD với thị lực

Bảng 3.5. Phù HD với bệnh lý VMĐTĐ

Hình thái phù	Thị lực trung bình (LogMAR)	p
Khu trú	0,91 ± 0,42	0,15
Dạng nang	0,97 ± 0,32	
Phối hợp	1,09 ± 0,37	
Chung	0,97 ± 0,38	

Nhóm đối tượng có phù phối hợp có thị lực thấp nhất 1,09 ± 0,37; dạng nang 0,97 ± 0,32; thị lực cao nhất ở nhóm phù khu trú 0,97 ± 0,32; tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả một số nghiên cứu trước cho thấy mối liên quan của bệnh ĐTĐ đến thị lực là rất cao. Các tổn thương do phù khu trú có thể nằm cạnh vùng hố trung tâm nên không gây ảnh hưởng thị lực trầm trọng. Trong khi đó, tổn thương do phù dạng nang gây ra tách lớp, do vậy ảnh hưởng trầm trọng đến chức năng vùng hố HD^{3,4,5}.

3.3.2. Liên quan phù HD với bệnh lý võng mạc ĐTĐ

Tổng	44	44,9	31	31,6	23	23,5	98	100
P	<0,01							

- Phù khu trú ở giai đoạn tăng sinh nhẹ (R1) chiếm 66,7%, tăng sinh trung bình (R2) chiếm 50%, giai đoạn chưa có tăng sinh và tăng sinh nặng tỷ lệ phù HĐ khu trú tương đương nhau, lần lượt là 46,2% và 45,5%.

- Trong nhóm phù dạng nang, tăng sinh mức độ trung bình gặp cao nhất, chiếm 50%, chưa tăng sinh chiếm tỷ lệ 42,3% và thấp nhất là mức độ tăng sinh nặng chỉ gặp 12,1%.

- Đối với nhóm phù HĐ phối hợp, mức độ tăng sinh nặng chiếm 60% và mức độ rất nặng chiếm 42,4%. Giai đoạn chưa có tăng sinh chỉ chiếm tỷ lệ 11,5%. Trong nghiên cứu này có mối liên quan mật thiết giữa phù HĐ do ĐĐTĐ với bệnh lý VMĐTĐ với $P < 0,01$.

Mặc dù trong y văn, phù HĐ xuất hiện ở mọi giai đoạn của bệnh VM ĐĐTĐ, nghiên cứu vẫn cho thấy giai đoạn bệnh lý VM ĐĐTĐ có liên quan với thể mắc phù HĐ, giai đoạn tăng sinh càng nặng thì tỉ lệ phù HĐ càng cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Trong 98 mắt bị phù HĐ do ĐĐTĐ có 44 mắt phù HĐ khu trú chiếm tỷ lệ 44,9%. 31 mắt phù HĐ dạng nang chiếm tỷ lệ 31,6% và 23 mắt phù HĐ phối hợp chiếm tỷ lệ 23,5%. Xu hướng điều trị chủ yếu là tiêm kháng VEGF đơn thuần.

Thị lực cao nhất ở nhóm phù khu trú, thấp nhất ở nhóm phù phối hợp, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó, có mối liên quan chặt chẽ giữa mức độ nặng của bệnh VM ĐĐTĐ và phù HĐ.

Cần phải tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu lớn

hơn, lựa chọn phương pháp can thiệp để đưa ra được qui trình chuẩn trong theo dõi và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tuấn Thanh Hào, Phạm Trọng Văn.** Nghiên cứu nồng độ yếu tố tăng sinh tân mạch trong thủy dịch trước và sau tiêm nội nhãn Bevacizumab ở bệnh võng mạc đái tháo đường, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2019.
2. **Vũ Tuấn Anh, Hoàng Thị Phúc.** Nghiên cứu sử dụng laser quang đông võng mạc trong điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2015.
3. **Fong D. S., Aiello L., Gardner T. W. et al.** Diabetic retinopathy. Diabetes Care, 2003; 26(1), 226-229.
4. **Klein R., Knudtson M. D., Lee K. E. et al.** The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy: XXII the twenty-five-year progression of retinopathy in persons with type 1 diabetes. Ophthalmology, 2008; 115(11), 1859-1868.
5. **Kinyoun J., Barton F., Fisher M. et al.** Detection of diabetic macular edema. Ophthalmoscopy versus photography--Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Report Number 5. The ETDRS Research Group. Ophthalmology, 1989; 96(6), 746-750; discussion 750-741.
6. **Huỳnh Thanh Tùng.** Tầm soát phù hoàng điểm Bệnh nhân Đái tháo đường Típ 2. Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, Tp Hồ Chí Minh. 2017.
7. **Klein R, Klein BE, Moss SE, Davis MD, DeMets DL.** The Wisconsin epidemiologic study of diabetic retinopathy: IV. Diabetic macular edema. Ophthalmology. 1984;91(12):1464-1474.
8. **Focal photocoagulation treatment of diabetic macular edema.** Relationship of treatment effect to fluorescein angiographic and other retinal characteristics at baseline: ETDRS report no. 19. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group. 1995.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA KHÁNG THỂ KHÁNG PHOSPHOLIPID VÀ GIẢM TIỂU CẦU Ở BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG

Nguyễn Hồng Ngọc¹, Hoàng Thị Lâm^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa kháng thể kháng phospholipid và giảm tiểu cầu trên bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 100 bệnh nhân được

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Ngọc

Email: drhongngoc612@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2020

Ngày duyệt bài: 24.11.2020

chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống theo tiêu chuẩn SLICC 2012 (The Systemic Lupus International Collaborating Clinics 2012) trong thời gian từ tháng 8/2019 đến tháng 8/2020 tại Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** 37% bệnh nhân SLE có giảm tiểu cầu ($\leq 100 \times 10^9/l$). Nguy cơ giảm tiểu cầu ở bệnh nhân có ít nhất một kháng thể kháng phospholipid dương tính tăng gấp 2.34 lần so với bệnh nhân không có kháng thể kháng phospholipid ($OR=2.338$, $p=0.044$). Giảm tiểu cầu không liên quan đến giảm bổ thể C3 ($p=0.298$) và C4 ($p=0.688$). Không có mối liên quan giữa giảm tiểu cầu và sự xuất hiện đơn độc của kháng thể kháng chuỗi kép dsDNA ($p=0.261$), kháng thể

kháng β 2glycoprotein ($p=0.298$), kháng thể kháng cardiolipin ($p=0.064$), kháng đông lupus ($p=0.177$). **Kết luận:** Nguy cơ giảm tiểu cầu ở bệnh nhân có các kháng thể kháng phospholipid dương tính tăng gấp 2.34 lần so với bệnh nhân không có kháng thể kháng phospholipid.

Từ khóa: lupus ban đỏ hệ thống, giảm tiểu cầu, kháng thể kháng phospholipid.

SUMMARY

THE ASSOCIATION OF ANTIPHOSPHOLIPID ANTIBODIES AND THROMBOCYTOPENIA IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Objective: To determine the association of antiphospholipid antibodies and thrombocytopenia in patients with systemic lupus erythematosus.

Methods: A Cross-sectional study of 100 patients, who were diagnosed SLE according to The Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) 2012 group revised criteria. The study was conducted at the Bach Mai Hospital from August 2019 to August 2020.

Results: Thrombocytopenia ($<100 \times 10^9/l$) was observed in 37% of SLE patients. The risk of thrombocytopenia in patients with positive antiphospholipid antibodies was 2.34 ($OR=2.338$, $p=0.044$). Thrombocytopenia wasn't associated with decreased C3 ($p=0.298$), nor C4 ($p=0.688$). Thrombocytopenia wasn't associated with anti-dsDNA-positive ($p=0.261$), anti- β 2glycoprotein-positive ($p=0.298$), anti-cardiolipin ($p=0.064$), lupus anticoagulant ($p=0.177$). **Conclusion:** The risk of thrombocytopenia in antiphospholipid antibodies-positive SLE patients was 2.34.

Keywords: systemic lupus erythematosus, thrombocytopenia, antiphospholipid antibodies.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE – Systemic Lupus Erythematosus) là bệnh lý tự miễn, đặc trưng bởi sự sản xuất các tự kháng thể gây ảnh hưởng đến nhiều cơ quan trong cơ thể, trong đó có hệ thống huyết học. Giảm tiểu cầu được phát hiện khoảng 20 – 40% bệnh nhân SLE trong quá trình phát hiện và điều trị bệnh[1]. Phần lớn bệnh nhân SLE có giảm tiểu cầu do tăng sự phá hủy tiểu cầu ở ngoại biên thường được điều hòa bởi các kháng thể kháng tiểu cầu. Các kháng thể kháng phospholipid (aPLs) là một họ tự kháng thể chống lại các protein huyết tương liên kết với phospholipid[2]. Trên lâm sàng, những kháng thể kháng phospholipid hay gặp bao gồm kháng thể kháng phospholipid, kháng thể kháng β 2-glycoprotein-I, kháng thể kháng cardiolipin và kháng đông lupus. Sự xuất hiện của các kháng thể kháng phospholipid làm tăng nguy cơ về huyết khối động, tĩnh mạch, nhồi máu cơ tim và các biến cố thai sản[3]. Một số nghiên cứu đã cho thấy mối tương quan giữa các kháng thể này

và các tổn thương huyết học trong Lupus ban đỏ hệ thống, đặc biệt trong tan máu tự miễn và giảm tiểu cầu[4,5]. Tuy nhiên sự tương quan này còn chưa được thống nhất.

Mối liên quan giữa các kháng thể kháng phospholipid và tổn thương huyết học đang là một vấn đề rất được quan tâm trong quản lý và điều trị bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về vấn đề này còn khá hạn chế, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "Mối liên quan giữa các kháng thể kháng phospholipid và giảm tiểu cầu trên bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống" với mục tiêu:

Đánh giá mối liên quan giữa các kháng thể kháng phospholipid và giảm tiểu cầu ở bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 100 bệnh nhân SLE được chẩn đoán và điều trị tại Trung tâm Dị ứng – Miễn dịch Lâm sàng, bệnh viện Bạch Mai. Tiêu chuẩn lựa chọn của chúng tôi là các bệnh nhân được chẩn đoán SLE khi có ≥ 4 tiêu chuẩn (ít nhất một tiêu chuẩn lâm sàng và một tiêu chuẩn miễn dịch) hoặc bệnh thận lupus được chứng minh trên sinh thiết thận kèm với ANA hoặc anti – dsDNA theo tiêu chuẩn SLICC 2012.

Tiêu chuẩn loại trừ của nghiên cứu bao gồm: các bệnh nhân giảm tiểu cầu vì nguyên nhân khác (suy tủy xương, sốt xuất huyết...), hội chứng kháng phospholipid nguyên phát, bệnh mô liên kết hỗn hợp, xơ cứng bì, đang dùng thuốc chống đông để điều trị các bệnh lý khác, phụ nữ có thai.

2.2. Thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành từ tháng 8/2019 đến tháng 8/2020.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng: tế bào máu ngoại vi, sinh hóa máu (ure, cre, AST, ALT, albumin, bổ thể C3, C4), kháng đông lupus, định lượng kháng thể kháng nhân, anti-dsDNA, anti-cardiolipin IgM-IgG, anti- β 2glycoprotein IgM-IgG, anti-phospholipid IgM-IgG bằng phương pháp ELISA.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được nhập, quản lý và xử lý số bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Sử dụng các

thuật toán tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, kiểm định "Khi bình phương".

2.5. Đạo đức nghiên cứu trong y học: Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học trước khi triển khai. Đối tượng được thông báo rõ mục đích nghiên cứu, giải thích rõ về việc tham gia trên tinh thần tự nguyện. Chỉ những bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu mới được đưa vào nghiên cứu. Các đối tượng tham gia có quyền rút lui tại bất cứ thời điểm nào và từ chối trả lời bất cứ câu hỏi nào của nghiên cứu mà không bị phân biệt đối xử.

Các thông tin cá nhân thu thập được mã hoá khi nhập vào máy tính và được giữ bí mật, chỉ nhóm nghiên cứu được tiếp cận với các thông tin và số liệu của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu chỉ được sử dụng cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

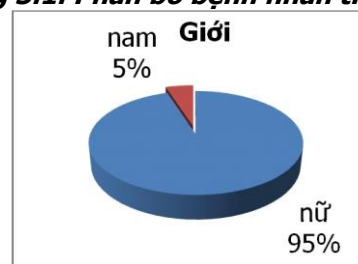
Nhóm tuổi	Bệnh nhân nghiên cứu (n=100)		Nhóm BNNC có kháng thể kháng phospholipid dương tính (n=49)	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 16	4	4	2	4.1
16 – 25	30	30	17	34.7
26 – 45	44	44	20	40.8
> 45	22	22	10	20.4
Tổng	100	100	49	100
X ± SD	34.54 ± 14.15		33.47 ± 15.184	

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là dưới 45 tuổi với tỷ lệ 78%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 34.54 ± 14.15 tuổi.

Với nhóm bệnh nhân nghiên cứu có kháng thể kháng phospholipid dương tính, nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là dưới 45 tuổi với tỷ lệ

3.1. Giới tính

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới



Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi có 95 bệnh nhân nữ và 5 bệnh nhân nam. Các bệnh nhân nữ chiếm phần lớn nhóm bệnh nhân nghiên cứu với tỷ lệ nữ/nam là 19/1. Tỷ lệ nam và nữ trong nghiên cứu khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$ theo kiểm định khi bình phương.

3.2. Tuổi

79.6% và tuổi trung bình của 49 bệnh nhân này là 33.47 ± 15.184 tuổi.

Trong nghiên cứu này, khác biệt về tuổi của hai nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng phospholipid dương tính và âm tính không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p=0.461$).

3.3. Liên quan giữa giảm tiểu cầu và một số biểu hiện miễn dịch ở bệnh nhân SLE.

Thông số		Tiểu cầu $\leq 100 \times 10^9/l$ (n=37)	Tiểu cầu $> 100 \times 10^9/l$ (n=63)	OR	KTC 95%	p
Bổ thể	Giảm C3 (%)	75.7	84.1	0.587	0.214 – 1.612	0.298
	Giảm C4 (%)	59.5	63.5	0.843	0.367 – 1.940	0.688
Kháng thể kháng chuỗi kép dương tính (%)		67.6	77.8	0.595	0.240 – 1.478	0.261
Kháng thể kháng β_2 glycoprotein		24.3	15.9	1.704	0.620 – 4.679	0.298
Kháng thể kháng cardiolipin		48.6	30.2	2.194	0.947 – 5.080	0.064
Kháng đông lupus		18.9	9.5	2.217	0.683 – 7.190	0.177

Nhận xét: Giảm tiểu cầu trong máu ngoại vi không liên quan đến sự giảm bổ thể C3 ($p=0.298$) và C4 ($p=0.688$). Sự lưu hành của kháng thể kháng nhân không liên quan đến giảm tiểu cầu trong máu ngoại vi ($p=0.261$). Với từng kháng thể kháng phospholipid đơn lẻ, nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa giảm tiểu cầu với sự lưu hành của kháng thể kháng β_2 glycoprotein ($p=0.298$), kháng thể kháng cardiolipin ($p=0.064$) và kháng đông lupus ($p=0.177$).

3.4. Liên quan giữa các kháng thể kháng phospholipid và giảm tiểu cầu ở bệnh nhân SLE.**Bảng 3.4. Môi liên quan giữa các kháng thể kháng phospholipid và giảm tiểu cầu trên SLE**

Biến số		Giảm tiểu cầu (%)	OR (95%CI)	p
Các kháng thể kháng phospholipid	Dương tính (n=49)	46.9	2.338	0.044
	Âm tính (n=51)	27.5	(1.017 – 5.375)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân giảm tiểu cầu của nhóm dương tính với một trong bốn kháng thể kháng phospholipid là 46.9%, của nhóm âm tính với các kháng thể kháng phospholipid là 27.6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.044 < 0.05$. Như vậy, tình trạng giảm tiểu cầu có tương quan với sự xuất hiện của các kháng thể kháng phospholipid ($OR=2.338, p=0.044$).

Nguy cơ giảm tiểu cầu ở nhóm bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống có các kháng thể kháng phospholipid cao gấp 2.34 lần bệnh nhân SLE không có các kháng thể kháng phospholipid.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi và giới của nhóm nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp 95% bệnh nhân là nữ, nam giới chỉ chiếm 5%, tỉ lệ nữ/nam=19:1 với độ tuổi trung bình là 34.54. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu của các tác giả trong nước: Nguyễn Quốc Tuấn[6], Nguyễn Quang Tùng[7]. Điều này phù hợp với đặc trưng của bệnh SLE, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản do vai trò sinh bệnh học quan trọng của hormone giới tính tới hệ miễn dịch.

4.2. Liên quan giữa tình trạng giảm tiểu cầu với một số biểu hiện miễn dịch. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giảm tiểu cầu không liên quan đến sự giảm của bổ thể C3, C4. Giảm tiểu cầu cũng không có mối liên quan với sự lưu hành của kháng thể kháng dsDNA theo nghiên cứu của chúng tôi. Các nghiên cứu trước đây của các tác giả nước ngoài đã cho thấy giảm tiểu cầu ở bệnh nhân SLE thường xảy ra độc lập và khá ít liên quan đến biểu hiện lâm sàng khác của bệnh. Tuy nhiên, nghiên cứu của Jung J.H (2016) đã cho thấy mối liên quan của giảm tiểu cầu với giảm bổ thể C4, nồng độ của kháng thể dsDNA[8]. Tại Việt Nam, Nguyễn Quang Tùng (2015) trong nghiên cứu trên 192 bệnh nhân SLE (27.08% bệnh nhân giảm tiểu cầu) đã thấy mối liên quan của giảm tiểu cầu với giảm nồng độ bổ thể và nồng độ kháng thể kháng nhân ở bệnh nhân SLE[7].

Nghiên cứu của Chock Y.P (2019) dựa trên 53 nghiên cứu từ năm 1990 đến năm 2018 đã lựa chọn được 9019 bệnh nhân SLE. Tác giả này đã thực hiện nghiên cứu phân tích gộp và tổng quan hệ thống và đưa ra kết quả về nguy cơ

giảm tiểu cầu cao hơn ở những bệnh nhân có kháng đông lupus dương tính ($OR=3.56, 95\%CI, 2.57-5.25$), kháng β 2glycoprotein-IgM ($OR=2.87, 95\%CI, 2.57-5.25$), kháng cardiolipin IgG ($OR=1.87, 95\% CI, 1.52-2.31$) và IgM ($OR=1.73, 95\%CI, 1.36-2.19$). Nghiên cứu của chúng tôi không có kết quả tương đồng với nghiên cứu trên. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu chưa đủ lớn.

4.3. Liên quan giữa các kháng thể kháng phospholipid và giảm tiểu cầu ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống. Mối liên quan giữa giảm tiểu cầu và các kháng thể kháng phospholipid ở bệnh nhân SLE đã được khảo sát trong một vài nghiên cứu với những kết quả còn nhiều tranh cãi. Nghiên cứu phân tích gộp và tổng quan hệ thống của Chock Y.P đã cho thấy mối liên quan về các kháng thể kháng phospholipid với giảm tiểu cầu ở bệnh nhân SLE. Nghiên cứu này có kết quả là giảm tiểu cầu có liên quan rõ rệt với sự xuất hiện của các kháng thể kháng phospholipid trên bệnh nhân SLE với $OR=2.48 (95\%CI;2.10-2.93)$ hay nguy cơ giảm tiểu cầu ở bệnh nhân SLE có các kháng thể kháng phospholipid cao gấp 2.5 lần các bệnh nhân SLE không có kháng thể kháng phospholipid. Kết quả chúng tôi thu được trong nghiên cứu này hoàn toàn phù hợp với nhận định của tác giả trên về mối liên quan giữa các kháng thể kháng phospholipid và giảm tiểu cầu ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống.

V. KẾT LUẬN

- Có mối liên quan giữa giảm tiểu cầu và các kháng thể kháng phospholipid ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống.

- Nguy cơ giảm tiểu cầu ở nhóm bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống có các kháng thể kháng phospholipid cao gấp 2.34 lần bệnh nhân LBĐHT không có các kháng thể kháng phospholipid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Galanopoulos, N., A. Christoforidou, and Z. Bezirgiannidou, Lupus thrombocytopenia: pathogenesis and therapeutic implications. Mediterranean Journal of Rheumatology, 2017. 28(1): p. 20.
2. Rich, R.R., et al., Clinical Immunology: Principles and Practice. 2012: Elsevier Health Sciences.

3. **Abu-Shakra, M., et al.,** Anticardiolipin antibodies in systemic lupus erythematosus: clinical and laboratory correlations. *Am J Med*, 1995. **99**(6): p. 624-8.
4. **Fayyaz, A., et al.,** Haematological manifestations of lupus. *Lupus science & medicine*, 2015. **2**(1): p. e000078.
5. **Ünlü, O., S. Zuily, and D. Erkan,** The clinical significance of antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus. *European journal of rheumatology*, 2016. **3**(2): p. 75.
6. **Tuân, N.Q.,** Góp phần nghiên cứu các kháng thể kháng chuỗi kép DNA, các thành phần kháng nguyên nhân và mối liên quan của chúng với một số biểu hiện lâm sàng ở bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống. Luận án phó tiến sĩ Y học, Chuyên ngành Dị ứng-Miễn dịch lâm sàng, Hà Nội, 1991.
7. **Nguyễn Quang Tùng, N.H.T.,** Nghiên cứu mối liên quan giữa tình trạng giảm tiểu cầu với biểu hiện lâm sàng và mức độ hoạt động của bệnh Lupus ban đỏ hệ thống. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2015.
8. **Jung, J.-H., et al.,** Thrombocytopenia in systemic lupus erythematosus: clinical manifestations, treatment, and prognosis in 230 patients. *Medicine*, 2016. **95**(6).

ĐẶC ĐIỂM BIẾN CHỨNG BÀN CHÂN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Bùi Thị Diệu*, Trịnh Xuân Tráng*

TÓM TẮT

Mở đầu: Biến chứng bàn chân thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) typ 2. Bệnh gây nhiều loại tổn thương, vì vậy việc đánh giá đặc điểm biến chứng này giúp xác định nguyên nhân, mức độ bệnh, nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế tối đa các biến chứng. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng về biến chứng bàn chân ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và phân tích một số yếu tố liên quan đến biến chứng bàn chân ở đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện. 50 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có biến chứng bàn chân điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên được đưa vào nghiên cứu từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 8 năm 2020. **Kết quả:** Có 50 bệnh nhân trong đó 27 nam (54%) và 23 nữ (46%), tuổi trung bình là $69,62 \pm 10,05$ tuổi. Thời gian trung bình phát hiện ĐTĐ typ 2 là $13,0 \pm 7,5$ (năm). Phân độ theo Wagner-Meggitt có 25 ca (50%) độ 0 và 25 ca (50%) có tổn thương loét $\geq$ độ 1. Trong nhóm 25 ca có loét với 22 ca (88%) có nhiễm trùng vết loét, 14 ca nhiễm trùng nặng trong tổng số 22 ca nhiễm trùng (63,6%). Kết quả nuôi cấy vi khuẩn chủ yếu là vi khuẩn Gram âm có 8 ca với 57,1%. HbA1c trung bình là $10,04 \pm 2,44$ (%), và đường máu bất kỳ lúc nhập viện là $19,37 \pm 9,77$ (mmol/L). Nghiên cứu thấy phân loại loét liên quan có ý nghĩa thống kê với kiểm soát đường máu HbA1c, giới tính, và nhóm tuổi ($p < 0,05$), nhưng lại liên quan không có ý nghĩa với thời gian phát hiện bệnh (ĐTĐ) typ 2. **Kết luận:** Biến chứng bàn chân ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có biểu hiện đa dạng, phong phú với nhiều mức độ khác nhau gây ra nhiều hậu quả nặng nề.

Từ khóa: Biến chứng bàn chân ĐTĐ, loét bàn chân ĐTĐ, đoạn chi, kiểm soát đường máu.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF DIABETIC FOOT COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES TREATED AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Background: Foot complications are common in patients with type 2 diabetes mellitus. The disease causes many types of lesions, so the assessment of these complications helps to determine the cause, severity of the disease, improve the effectiveness of treatment, and minimize the severe complications of complications. **Objectives:** Description of some clinical and subclinical characteristics of foot complications in type 2 diabetes patients treated at Thai Nguyen Central hospital and analysis of some factors related to foot complications in research subjects. **Methods:** Cross-sectional study, convenient sample size. 50 type 2 diabetic patients with foot complications inpatient treatment at the Thai Nguyen Central hospital were included in the study from August 2019 to August 2020. **Results:** There were 50 patients, including 27 were male (54%) and 23 were female (46%), the mean age was $69,62 \pm 10,05$ years old. The average time to detect type 2 diabetes was $13,0 \pm 7,5$ (year). According to Wagner-Meggitt classification, there were 25 case (50%) grade 0 and 25 case (50%) with ulcer lesions $\geq$ grade 1. In a group of 25 cases with ulcers, 22 case (88%) had ulcer infection, 14 cases of severe infections in total 22 cases of infection (63,6%). Results of culturing bacteria mainly Gram-negative bacteria had 8 cases with 57,1%. Average HbA1c was $10,04 \pm 2,44$ (%), any blood glucose at admission was $19,37 \pm 9,77$ (mmol/L). The study found that ulcer classification was statistically related to HbA1c blood sugar control, gender, and age group ($p < 0,05$), but it is not statistically related to the time to detect diabetes. **Conclusions:** Foot complications in type 2 diabetic patients have diverse, rich manifestations with many different levels, causing serious consequences.

*Trường Đại học Y- Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Diệu

Email: huongduonghb1992@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2020

Ngày duyệt bài: 25.11.2020

Keywords: Diabetic foot complications, Diabetic foot ulcers, amputation, glycemic control.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng bàn chân ĐTD là hậu quả của biến chứng mạn tính mạch máu lớn và mạch máu nhỏ chi dưới ở bệnh nhân ĐTD, gặp nhiều hơn ở ĐTD týp 2 và nam giới[8]. Bệnh biểu hiện đa dạng với biến chứng thần kinh ngoại vi chi dưới như: chai chân, biến dạng móng (móng chân quặp), biến dạng ngón chân (ngón chân hình vuốt, hình búa), biến dạng bàn chân bàn chân (bàn chân charcot), khô da... hoặc biểu hiện do tổn thương thần kinh ngoại biên có thể kết hợp với biến chứng mạch máu lớn chi dưới, chấn thương và/hoặc yếu tố nhiễm trùng hình thành viêm da mô tế bào, loét bàn chân, viêm xương tủy và đặc biệt cắt đoạn chi dưới mang lại hậu quả nặng nề. Tỷ lệ xuất hiện loét bàn chân trong suốt cuộc đời của bệnh nhân ĐTD là 10-25%. Theo ước tính IDF 2017 (liên đoàn đái tháo đường quốc tế) cứ mỗi 30 giây lại có một bệnh nhân ĐTD bị cắt cụt chi, tỷ lệ bị loét chân hàng năm ở bệnh nhân ĐTD khoảng 2%[8]. Tại Việt nam, chưa có báo cáo toàn quốc về tỷ lệ bàn chân đái tháo đường, theo nghiên cứu của Huỳnh Tấn Đạt tỷ lệ đoạn chi chiếm 46,5% ở bệnh nhân ĐTD có loét chân[3].

Để nắm rõ hơn về biến chứng này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng về biến chứng bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 điều trị tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và phân tích một số yếu tố liên quan đến biến chứng bàn chân ở đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: 50 bệnh nhân ĐTD týp 2 có biến chứng bàn chân điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Thái từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 8 năm 2020.

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang

Cỡ mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, có tất cả 50 bệnh nhân.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ĐTD được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của ADA 2020 [7], chẩn đoán xác định khi có 1 trong 4 tiêu chí sau:

+ Glucose huyết tương lúc đói ≥ 126 mg/dL (7,0 mmol/L) sau một đêm nhịn đói ít nhất sau 8 giờ (≥ 2 lần thử).

+ Glucose huyết tương 2 giờ sau uống 75g glucose ≥ 200 mg/dL (11,1mmol/L) (≥ 2 lần thử).

+ HbA1c $\geq 6,5\%$.

+ Glucose huyết tương bất kỳ ≥ 200 mg/dL (11,1mmol/L) kèm theo triệu chứng tăng glucose máu (tiểu nhiều, uống nhiều, ăn nhiều, sụt cân).

- Chẩn đoán phân loại týp 2 dựa vào quyết định của bộ y tế về chẩn đoán ĐTD và điều trị ĐTD cho người Việt Nam vào năm 2011 và được bổ sung năm 2017[1].

- Tổn thương bàn chân theo phân độ của Wagner-Meggitt, được chia từ độ 0 đến độ 5[9].

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đái tháo đường týp khác, không có đầy đủ các thông tin theo mục tiêu nghiên cứu. Bệnh nhân đang ở trong giai đoạn bệnh lý cấp tính: hôn mê, thở máy... hoặc cầm diếu, đã có tiền sử cắt cụt bàn chân 2 bên.

Chỉ số nghiên cứu:

- Chỉ số chung: Tuổi, giới, thời gian phát hiện bệnh ĐTD týp 2

- Chỉ số lâm sàng: Phân độ tổn thương bàn chân theo Wagner-Meggitt.

- Chỉ số cận lâm sàng: HbA1c, glucose máu lúc vào, mức độ nhiễm khuẩn, đặc điểm vi khuẩn học, siêu âm Doppler mạch máu chi dưới 2 bên.

- Mối liên quan giữa biến chứng bàn chân với các yếu tố (giới, nhóm tuổi, thời gian phát hiện bệnh ĐTD týp 2, HbA1c).

Xử lý số liệu: Bảng toán thống kê y học, và bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu		Kết quả
Tuổi trung bình (năm)		69,62 $\pm$ 10,05 (X $\pm$ SD)
Nhóm tuổi	50-69 tuổi	Số ca 26 (52%)
	≥ 70 tuổi	Số ca 24 (48%)
Giới	Nam	Số ca 27 (54%)
	Nữ	Số ca 23 (46%)
Thời gian trung bình phát hiện bệnh ĐTD týp 2 (năm)		13,0 $\pm$ 7,5 (X $\pm$ SD)

Kết quả có tuổi trung bình là 69,62 $\pm$ 10,05 (tuổi), tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi trung niên 50-69 tuổi (52%), tuổi thấp nhất là 50, cao nhất là 89 tuổi. Biến chứng bàn chân ở nam chiếm 52% cao hơn ở nữ, đây là kết quả phù hợp với báo cáo của IDF 2017 về biến chứng bàn chân gặp nhiều hơn ở nam so với nữ giới. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đàm Thanh Toan trên đối tượng đái tháo đường týp 2 có loét bàn chân gặp chủ yếu ở nhóm tuổi

50-69 với tuổi trung bình là $61,76 \pm 13,01$ và ở nam nhiều hơn nữ[6]. Tuy nhiên tuổi trung bình lại cao hơn so với các nghiên cứu của tác giả Huỳnh Tấn Đạt với tuổi trung bình là $62,9 \pm 10,8$ [3], tác giả Trần Cư là $58,26 \pm 10,67$ [2], của Bùi Văn Thìn là $59,43 \pm 10,0$ [5]. Điều này một phần bởi chúng tôi nghiên cứu tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, nơi tiếp nhận chủ yếu các bệnh nhân có sổ quản lý tại thành phố, với phần đa là hưu trí và có tiền sử bệnh lý bàn chân từ trước. Thời gian phát hiện ĐTD típ 2 trung bình là $13,0 \pm 7,5$ (năm). Có 4 ca (8%) được phát hiện đái tháo đường típ 2 lần đầu và thời gian bị bệnh ĐTD típ 2 dài nhất là 30 năm.

Bảng 2: Phân độ tổn thương bàn chân theo Wagner-Meggitt ở đối tượng nghiên cứu

Độ tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ 0	25	50,0
Độ 1	11	22,0
Độ 2	2	4,0
Độ 3	1	2,0

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm về HbA1c và glucose máu lúc nhập viện

HbA1c	Trung bình ($X \pm SD$)	10,04 $\pm$ 2,44
	$\leq 6,5$ mmol/L	1 ca (2%)
	6.6-7.5 mmol/L	9 ca (18%)
	>7.5 mmol/L	40 ca (80%)
Glucose máu bất kỳ lúc nhập viện ($X \pm SD$)		19,37 $\pm$ 9.77 (mmol/l)

Bảng 3.2: Đặc điểm vi khuẩn học ở đối tượng nghiên cứu

Trong 25 ca loét bàn chân	Không có nhiễm trùng	3 ca
	Có nhiễm trùng	Số ca 22 (88%)
	Nhiễm trùng nặng trong số 22ca	Số ca 14 (63,6%)
Số ca có chỉ định nuôi cấy vi sinh vật		22 ca (88%)
Kết quả	Dương tính	14 ca (63,6%)
	Âm tính	8 ca (36,4%)
Vi khuẩn học	Gram âm	8 ca (57,1%)
	Gram dương	6 ca (42,9%)

Bảng 3.3: Đặc điểm Siêu âm Doppler mạch máu chi dưới ở đối tượng nghiên cứu

Siêu âm Doppler mạch máu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	4	8,0
Xơ vữa không gây tắc hẹp	32	64,0
Hẹp mạch máu mức độ nhẹ và vừa	4	8,0
Hẹp nặng và tắc mạch hoàn toàn	10	20,0
Tổng	50	100,0

Trong nghiên cứu của chúng tôi với hầu hết kiểm soát đường huyết kém với đường máu bất kỳ lúc nhập viện là $19,37 \pm 9,77$ (mmol/l), HbA1c trung bình là $10,04 \pm 2,44$ (%), trong đó HbA1c ở nhóm kiểm soát kém ($>7,5$ mmol/l) có 40 ca (80,0%). Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy có sự tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả: theo tác giả Huỳnh Tấn Đạt HbA1C

Độ 4	8	16,0
Độ 5	3	6,0
Tổng	50	100,0

Có 25 ca (50%) độ 0 (không có loét), chủ yếu là do tổn thương thần kinh ngoại biên với các biểu hiện: chai chân, móng chân quặp, biến dạng ngón hình búa, hình vuốt, bàn chân charcot, khô da và có 6 ca trong nhóm này (24%) có tình trạng viêm da mô tế bào với vị trí chủ yếu ở bàn chân trái. Trong 25 ca có tổn thương loét (50%), mức độ nhẹ của loét (Wagner-Meggitt độ 1 và độ 2) có tỷ lệ cao nhất với 13 ca (52%), vết loét nặng từ độ 4 trở lên cũng chiếm tỷ lệ cao với 11ca (44%), đặc biệt có 5 ca (20%) được tiến hành phẫu thuật cắt đoạn chi dưới tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu. Kết quả này nhỏ hơn so với kết quả thu được của tác giả Huỳnh Tấn Đạt có tỉ lệ đoạn chi là 46,5% trên một cỡ mẫu 202 bệnh nhân loét bàn chân[3].

trung bình là $10,4 \pm 2,5$ [3], của Đàm Thanh Toàn là $9,84 \pm 2,58$ [6]. Nghiên cứu của Lê Bá Ngọc có HbA1c trung bình là $10,04 \pm 2,29$ và có glucose máu bất kỳ lúc vào viện là $13,88 \pm 7,51$ [4].

Tỷ lệ nhiễm trùng của vết loét rất cao với 22 ca trong 25 ca bị loét (chiếm 88%) đặc biệt có 14 (63,6%) ca nhiễm trùng mức độ nặng trong 22 ca nhiễm trùng. Kết quả nuôi cấy vi

khuẩn được chia làm 2 nhóm, trong đó nhóm vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế hơn với 57,2% so với vi khuẩn Gram dương, ở nhóm Gram dương chúng tôi thu nhận hoàn toàn là do *Staphylococcus aureus*. Kết quả này tương đồng với các tác giả trên thế giới và ở Việt Nam về sự phổ biến hơn của vi khuẩn Gram âm gây bệnh.

Kết quả siêu âm Doppler mạch máu chi dưới có tỷ lệ tổn thương động mạch rất cao với

46 ca (92%). Tổn thương chỉ có xơ vữa mạch cao nhất với 32 ca (64%), tuy nhiên có tới 10 ca (20%) có tình trạng hẹp nặng và tắc động mạch hoàn toàn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Tấn Đạt cho thấy tỷ lệ mạch bình thường chiếm ít nhất (5,4%), cao nhất là xơ vữa mạch không gây hẹp tắc (55,4%), nhóm hẹp nặng và tắc ở nghiên cứu này chiếm tới 17,8%[3].

Bảng 4: Mối liên quan giữa biến chứng bàn chân với giới tính, nhóm tuổi, năm phát hiện bệnh ĐĐT týp 2 và kiểm soát đường huyết HbA1c.

Đặc điểm		Có loét bàn chân		Không loét bàn chân		Tổng số		p
		n	%	n	%	n	%	
Giới tính	Nam	17	63	10	37	27	100	< 0,05
	Nữ	8	34,8	15	65,2	23	100	
Nhóm tuổi (năm)	50-69	17	65,4	9	34,6	26	100	<0,05
	≥ 70	8	33,3	16	66,7	24	100	
Năm phát hiện ĐĐT Týp 2 (năm)	< 5	4	57,1	3	42,9	7	100	> 0,05
	5-10	4	36,4	7	63,6	11	100	
	>10	17	53,1	15	46,9	32	100	
HbA1c (mmol/L)	≤ 6,5	1	100	0	-	1	100	< 0,05
	6.6-7.5	1	11,1	8	88,9	9	100	
	>7.5	23	57,5	17	42,5	40	100	

Kết quả có 50 ca có biến chứng bàn chân được chia làm 2 nhóm là: nhóm có tổn thương loét (25 ca phân độ Wagner-Meggitt ≥ độ 1) và nhóm không có tổn thương loét (25 ca phân độ Wagner-Meggitt độ 0). Kết quả phân độ tổn thương loét có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với giới tính, nhóm tuổi và kiểm soát đường máu dựa vào chỉ số HbA1c với $p < 0,05$. Tuy nhiên phân độ tổn thương loét bàn chân liên quan không có ý nghĩa thống kê với thời gian mắc bệnh đái tháo đường. Điều này phù hợp với tỷ lệ bị biến chứng bàn chân cao hơn ở nhóm tuổi đang lao động và làm việc nhóm trung niên (50-69 tuổi). Nguy cơ loét cao hơn ở nam giới điều này cũng lý giải được phần nào bởi nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ cao như: tỷ lệ hút thuốc lá cao hơn, trọng tải cơ thể lớn tác động nhiều hơn đến bàn chân... Mối liên quan giữa HbA1c với mức độ tổn thương (phân loại loét) trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bùi Văn Thìn[5], cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Bá Ngọc khi đánh giá mối liên quan giữa HbA1c với mức độ nặng của loét bàn chân (với $p < 0,05$)[4]. Điều này càng củng cố thêm vai trò của việc kiểm soát đường máu có thể góp phần làm hạn chế tổn thương bàn chân nặng thêm.

V. KẾT LUẬN

Trong 50 bệnh nhân nghiên cứu có tỷ lệ nam

giới cao hơn với 54%. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $69,62 \pm 10,05$ (tuổi), thời gian trung bình bị bệnh ĐĐT týp 2 là $13,0 \pm 7,5$ (năm). Việc quản lý đường máu còn kém với kết quả đường máu bất kỳ lúc nhập viện là $19,37 \pm 9,77$ (mmol/L). HbA1c trung bình $10,04 \pm 2,44$ (%), với mức kiểm soát kém này có thể ảnh hưởng tới tình trạng nhiễm trùng vết loét cao, chúng tôi thu được 88% vết loét có tình trạng nhiễm trùng. Phân loại tổn thương loét liên quan có ý nghĩa thống kê với HbA1c, với nhóm tuổi, với giới tính, nhưng liên quan không có ý nghĩa thống kê với thời gian mắc ĐĐT týp 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường týp 2, Ban hành kèm theo Quyết định số 3319/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường týp 2", Bộ Y tế, Hà Nội.
2. Trần Cư (2018), Nghiên cứu tình hình biến chứng bàn chân trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại bệnh viện quận Thủ Đức Thành Phố Hồ Chí Minh, Luận án chuyên khoa cấp II.
3. Huỳnh Tấn Đạt (2018), Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đoạn chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường có loét chân, Luận án tiến sĩ y học.
4. Lê Bá Ngọc (2018), Nghiên cứu đặc điểm loét bàn chân và kết quả điều trị giảm tải loét gan bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường, Luận án tiến sĩ y học.
5. Bùi Văn Thìn (2016), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 bị

- biến chứng bàn chân", tạp chí y học thực hành, tr8.
6. **Đào Thanh Toàn (2014)**, Nhận xét đặc điểm tổn thương và một số yếu tố liên quan tới loét bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường điều trị tại khoa nội tiết BV Bạch Mai từ 12/ 2013 – 12/2014, Luận văn thạc sĩ y học.
7. **American Diabetes Association (2020)**, "Classification and Diagnosis of Diabetes:

- Standards of Medical Care in Diabetes-2020", Diabetes Care, 43 (Suppl 1), pp. S14-s31.
8. **International Diabetes Federation (2017)**, "IDF Diabetes Atlas," pp. 92-94.
9. **Lavery LA, Armstrong DG, and Harkless LB (1996)**, "Classification of diabetic foot wounds", J Foot Ankle Surg, 35 (6), pp. 528-31.

THEO DÕI ĐỘ BẢO HÒA Ô XY NÃO VÙNG (rSO₂) BẰNG KỸ THUẬT ĐO QUANG PHỔ CẬN HỒNG NGOẠI Ở BỆNH NHÂN TẮC ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA GIAI ĐOẠN CẤP

Nguyễn Danh Cường**, Mai Duy Tôn***, Nguyễn Anh Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả kỹ thuật đo phổ cận hồng ngoại ở bệnh nhân tắc động mạch não giữa giai đoạn cấp qua theo dõi độ bảo hòa ô xy não vùng (rSO₂). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ não tại Cấp Cứu, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020. **Kết quả:** nghiên cứu trên 33 bệnh nhân (tuổi trung bình 71,1±10,3 tuổi, nữ giới 54.5%) cho thấy có 17 (51,5%) bệnh nhân có tổn thương bán cầu phải, và 16 (48,5%) bệnh nhân có tổn thương bên bán cầu trái. Theo đường cong ROC, diện tích dưới đường cong (AUC) của rSO₂ (%) trong chẩn đoán tổn thương não là 91,5%, với điểm cut-off rSO₂ = 62% để chẩn đoán, có độ nhạy là 97%, độ đặc hiệu là 81,8%. **Kết luận:** Việc sử dụng đo phổ cận hồng ngoại để theo dõi độ bảo hòa ô xy não (rSO₂) là cần thiết trong chẩn đoán tổn thương não cũng như hỗ trợ can thiệp sau này.

SUMMARY

MONITORING THE REGIONAL CEREBRAL OXYGEN SATURATION (rSO₂) BY NEAR-INFRARED SPECTROSCOPY IN PATIENTS WITH ACUTE MIDDLE CEREBRAL ARTERY OCCLUSION

Objective: to evaluate the effectiveness of near-infrared spectroscopy technique in patients with acute middle cerebral artery occlusion through monitoring of regional cerebral oxygen saturation (rSO₂). **Methods:** A prospective descriptive study on 33 patients diagnosed with brain stroke at Emergency, Bach Mai Hospital from August 2019 to September 2020. **Results:** a study on 33 patients (mean age 71.1 ± 10.3 years, female 54.5%) showed that 17 (51.5%)

patients had right hemisphere injury, and 16 (48,5%) patients with left hemisphere injury. The ROC curve measurement showed that the area under the curve (AUC) of rSO₂ in the diagnosis of brain damage was 91.5%, with the cut-off point rSO₂= 62%, with a sensitivity of 97%, and specificity of 81.8%. **Conclusion:** The use of near-infrared spectroscopy to monitor regional cerebral oxygen saturation (rSO₂) is essential in the diagnosis of brain damage as well as supporting later intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba sau các bệnh tim mạch và ung thư, và là nguyên nhân thường gặp nhất gây tàn phế tại các nước phát triển, để lại hậu quả nặng nề cho gia đình và xã hội [1],[2]. Đột quỵ não được chia làm hai thể chính là nhồi máu não và chảy máu não, trong đó nhồi máu não chiếm khoảng 80% - 85% [3],[4]. Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như trong nước nhồi máu não do tắc động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất trong các thể lâm sàng của đột quỵ não và chiếm tới hai phần ba của nhồi máu não toàn hoàn não trước [5],[6]. Quang phổ cận hồng ngoại (NIRS) được sử dụng để phát hiện những thay đổi oxy trong đột quỵ cấp tính. NIRS cho phép đo không xâm lấn độ bảo hòa oxy não vùng nhanh, chi phí thấp, có thể đo lường nên được sử dụng theo dõi bệnh nhân ở đơn vị đột quỵ [7]. Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá ô xy não vùng ở bệnh nhân đột quỵ não, nhất là ở bệnh nhân tắc động mạch não giữa cấp và việc sử dụng biện pháp không xâm lấn có giúp theo dõi bệnh nhân đột quỵ tắc động mạch não giữa cấp không? nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Theo dõi độ bảo hòa ô xy não vùng bằng kỹ thuật đo phổ cận hồng ngoại ở bệnh nhân tắc động mạch não giữa giai đoạn cấp".

*Bệnh Viện Bạch Mai

**Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương

***Trung Tâm Đột Quỵ Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Danh Cường

Email: Dr.nguyendanhcuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2020

Ngày duyệt bài: 26.11.2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu****2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Lâm sàng được chẩn đoán đột quỵ não
- Bệnh nhân chụp phim MRI (hoặc MSCT) não chẩn đoán tắc động mạch não giữa đoạn M1
- Gia đình hoặc người đại diện đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Chúng tôi loại ra khỏi nghiên cứu các bệnh nhân có một trong các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân đột quỵ do chấn thương, Xuất huyết não, U não, COPD, Suy tim nặng (NYHA 3,4), Thiếu máu nặng, Nhiễm khuẩn vùng da đầu định đặt, Bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch não giữa đoạn M2, M3, M4, M5
- Người đại diện của bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Cấp Cứu, Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu: 33 bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ não, chụp phim MRI (hoặc MSCT) não chẩn đoán tắc động mạch não giữa đoạn M1

2.5. Quá trình thu thập số liệu

- Theo dõi ô xy não vùng (rSO₂): sử dụng miếng rán điện cực, bộ chuyển đổi tín hiệu mô-đun O3 MOC-9 của hãng Masimo và máy theo dõi nhiều thông số Philips MP30
- Sự khác biệt giá trị rSO₂ ở hai bán cầu đại não ở bệnh nhân tắc động mạch não giữa giai đoạn cấp
- Giá trị rSO₂ trong theo dõi và tiên lượng ở bệnh nhân.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đảm bảo quyền tự nguyện tham gia nghiên cứu của đối tượng. Người đại diện hợp pháp của bệnh nhân được giải thích rõ về quy trình nghiên cứu, lợi ích và tác hại của nghiên cứu. Sau khi đồng ý tham gia nghiên cứu, người đại diện hợp pháp của bệnh nhân được lấy chấp thuận và ký cam kết thủ thuật nghiên cứu. Tất cả mọi thông tin về bệnh nhân đều được bảo mật và không tiết lộ ra bên ngoài. Những thông tin liên quan đến bệnh nhân và các vấn đề liên quan trong nghiên cứu chỉ nhằm mục đích phục vụ khoa học mà không vì một mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=33)

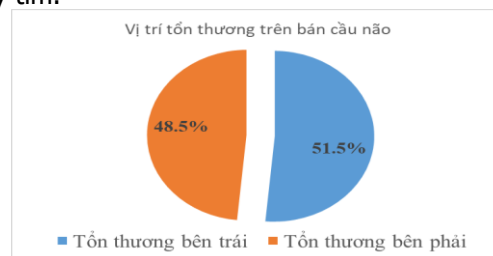
Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	15	45.5
	Nữ	18	54.5
Nhóm tuổi	35-65 tuổi	9	27.3
	> 65 tuổi	24	72.7
Tuổi trung bình (Mean±SD): 71,1±10,3 tuổi			
Lý do vào viện	Hôn mê	8	24,24%
	Liệt nửa người	25	75,76%

Kết quả cho thấy, nữ giới (54,5%) chiếm tỉ lệ cao hơn bệnh nhân nam giới. Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 71,1±10,3 tuổi, với nhóm > 65 tuổi chiếm đa số. ¾ số bệnh nhân vào viện với tình trạng liệt nửa người.

Bảng 2. Tiền sử bệnh lý

Tiền sử	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp	28	84,8
Đái tháo đường	6	18,2
Tai biến mạch máu não	6	18,2
Rung nhĩ	10	30,3
Suy tim	7	21,2
Khác	14	42,4

Kết quả cho thấy hầu hết (84,8%) bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, tiếp đến là rung nhĩ và suy tim.



Biểu đồ 1. Vị trí tổn thương trên bán cầu não (n=33)

Biểu đồ 1 cho thấy có 17 (51,5%) bệnh nhân có tổn thương bán cầu phải, và 16 (48,5%) bệnh nhân có tổn thương bên bán cầu trái.

Bảng 3. Kết quả điều trị tái thông mạch máu (n=33)

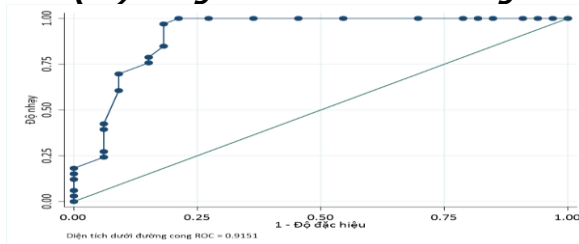
Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tái thông hoàn toàn	21	63,6
Tái thông một phần	9	27,3
Không tái thông	3	9,1
Tổng	33	100

Trong tổng số đối tượng nghiên cứu, đa số (63,6%) có tái thông hoàn toàn

Bảng 4. Kết quả đo rSO₂ (%) ở nhóm bệnh nhân có tái thông (n=30)

Các thời điểm	Bán cầu tổn thương	Bán cầu không tổn thương	p
Trước can thiệp	55,6 ± 4,9	65,9 ± 5,8	<0,0001
Sau can thiệp	62 ± 6,3	70,6 ± 6,0	<0,0001
Sau can thiệp 1 giờ	62,5 ± 6,5	70,6 ± 6,1	<0,0001
Sau can thiệp 2 giờ	63,3 ± 6,6	70,6 ± 6,1	<0,0001
Sau can thiệp 3 giờ	62,9 ± 6,1	71,2 ± 6,9	<0,0001

Kết quả quá trình theo dõi cho thấy, nồng độ rSO₂ đo tại trước và sau can thiệp ở nhóm có bán cầu tổn thương đều thấp hơn so với bên bán cầu không tổn thương; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (<0,0001).

Bảng 5. Đường cong ROC và Giá trị của rSO₂ (%) trong chẩn đoán tổn thương não

rSO ₂ (%)	Độ nhạy + Độ đặc hiệu - 1	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
59	60.6	75.8	84.8
60	63.6	78.8	84.8
61	66.7	84.8	81.8
62	78.8	97	81.8
63	78.8	100	78.8
65	72.7	100	72.7
66	63.6	100	63.6

Theo đường cong ROC, diện tích dưới đường cong (AUC) của rSO₂ (%) trong chẩn đoán tổn thương não là 91,5%, với điểm cut-off rSO₂ = 62% để chẩn đoán, có độ nhạy là 97%, độ đặc hiệu là 81,8%

IV. BÀN LUẬN

Kỹ thuật đo phổ cận hồng ngoại là một kỹ thuật hình ảnh thần kinh không xâm lấn với ưu điểm là giá rẻ, đơn giản, tính di động và thiết bị nhỏ, được chứng minh cho phép đo độ bão hòa oxy vùng não không xâm lấn với độ phân giải thời gian cao, phản ánh sự chuyển hóa và tưới máu não [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới chiếm tỉ lệ cao hơn bệnh nhân nam giới, trong khi tại một số nghiên cứu khác lại chỉ ra được rằng tỉ lệ bệnh nhân nam giới lại cao hơn giới còn lại, như trong nghiên cứu của Kamenskaya tỉ lệ nam/nữ là 319/147[8], nghiên cứu của Christian trên 43 bệnh nhân đột quỵ tại Heidelberg, Đức tỉ lệ nữ là 48.8 [9]. Có sự khác biệt giữa giới được chỉ ra do liên quan đến lối sống, khi nam giới có các thói quen nguy cơ nhiều hơn nữ giới như uống rượu, hút thuốc,...

[8],[9]. Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 71,1±10,3 tuổi, với nhóm > 65 tuổi chiếm đa số, tương đồng với các nghiên cứu khác [8],[9]. Tăng huyết áp và các bệnh về tim mạch thấy ở hầu hết các bệnh nhân. ¾ số bệnh nhân vào viện với tình trạng liệt nửa người. Tăng huyết áp cũng được tìm thấy ở đa số bệnh nhân nhập viện trong nghiên cứu của Kamenskaya (88,4%), 53,5% có tiền sử rung nhĩ và 46,5% tăng lipid máu [8]. những tiền sử này được hình thành trong quá trình sinh hoạt của bệnh nhân, và là những nguy cơ chính để xuất hiện đột quỵ.

Kết quả đo phổ cận hồng ngoại cho thấy, có 17 (51,5%) bệnh nhân có tổn thương bán cầu phải, và 16 (48,5%) bệnh nhân có tổn thương bên bán cầu trái. trong nghiên cứu của Christian, tỉ lệ bị tổn thương bán cầu trái là 55.8%, tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [9]. Kết quả quá trình theo dõi cho thấy, nồng độ rSO₂ đo tại trước và sau can thiệp ở nhóm có bán cầu tổn thương đều thấp hơn so với bên bán cầu không tổn thương; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt này cũng được các nghiên cứu trước đó phát hiện[8].

Dựa vào kết quả đo phổ cận hồng ngoại, theo đường cong ROC, diện tích dưới đường cong (AUC) của rSO₂ (%) trong chẩn đoán tổn thương não là 91,5%, với điểm cut-off rSO₂ = 62% để chẩn đoán, có độ nhạy là 97%, độ đặc hiệu là 81,8%. Nghiên cứu của Kamenskaya thực hiện trên 466 người lớn trải qua phẫu thuật cắt nội mạc động mạch cảnh kể từ năm 2012 tại Nga cho kết quả rSO₂ là 50% là giá trị ngưỡng để dự đoán với độ nhạy là 90,7% và độ đặc hiệu là 66,7%. rSO₂ giảm 20% trong khi kẹp động mạch cảnh tạm thời là giá trị ngưỡng để dự đoán đột quỵ với độ nhạy 86,0% và độ đặc hiệu là 57,1%. rSO₂ trước mổ dưới 50% và rSO₂ giảm 20% trong thời gian kẹp động mạch cảnh tạm thời khiến thời gian nằm viện tăng đáng kể [8]. Còn với nghiên cứu của Ying Yu trên 98 bệnh nhân phình tách động mạch chủ từ năm 2013 đến năm 2015 cho kết quả, đường cong ROC cho thấy giá trị cắt tối ưu của rSO₂ là 79,7%, và diện

tích dưới đường cong là 0,708 (khoảng tin cậy 95% = 0,557–0,858). Nghiên cứu tổng quan hệ thống trên 66 tài liệu đo phổ cận hồng ngoại ở bệnh nhân đột quỵ cũng chỉ ra rằng, khả năng đáp ứng tốt từ tín hiệu của kỹ thuật này đối với những thay đổi oxy trong đột quỵ và khối u não. Ngoài ra, nghiên cứu cũng chỉ ra rằng kỹ thuật đo phổ cận hồng ngoại hữu ích hơn trong việc cung cấp oxy cho não so với các phép đo đơn phương và có thể giúp dự đoán sự tồi tệ của chứng phù não. Điều trị đột quỵ nội mạch thường cản trở việc đánh giá thần kinh ở những bệnh nhân cần dùng thuốc an thần hoặc gây mê toàn thân. Kỹ thuật đo phổ cận hồng ngoại có thể giải quyết vấn đề này bằng cách đo độ bão hòa oxy khu vực (rSO₂). Xác định rSO₂ bằng đo phổ cận hồng ngoại có tiềm năng hỗ trợ gây mê thần kinh và dự đoán được kết quả can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Việc sử dụng đo phổ cận hồng ngoại để theo dõi độ bão hòa oxy não (rSO₂) là cần thiết trong chẩn đoán tổn thương não cũng như hỗ trợ can thiệp sau này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hình, Lê Đức (2010)**, Chẩn đoán sớm cơn đột quỵ não, Nội san hội Thần kinh Việt Nam, 6(1), tr. 3-7.

2. **KS, Tan, Wong KS, Venketasubramanian N (2006)**, "Setting priorities in Asian stroke research", *Neurology Asia*. 11, tr. 5-11.
3. **Cường, Lê Quang, Lê Trọng Luân, Nguyễn Thanh Bình (2003)**, Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ của tai biến mạch máu não tại Bệnh viện Bạch Mai, *Y học Việt Nam*, 2, tr. 32-37.
4. **Tân, Vũ Xuân, Vũ Anh Nhị (2008)**, Yếu tố nguy cơ và tiên lượng ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp, *Minh, Y Học TP. Hồ Chí*, chủ biên, tr. 307-314.
5. **J, Bogousslavsky, Van Melle G, Regli F (1988)**, "The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1,000 consecutive patients with first stroke", *Stroke*. 19, tr. 1083-1092.
6. **Thính, Lê Văn (2008)**, Nhồi máu não, chủ biên, Nhà xuất bản Y học, tr. 217-224.
7. **Moreau, François và các cộng sự. (2016)**, "Near-infrared measurements of brain oxygenation in stroke", *Neurophotonics*. 3(3), tr. 031403-031403.
8. **Kamenskaya, O. V., Loginova, I. Y. và Lamivorotov, V. V. (2017)**, "Brain Oxygen Supply Parameters in the Risk Assessment of Cerebral Complications During Carotid Endarterectomy", *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 31(3), tr. 944-949.
9. **Hametner, Christian và các cộng sự. (2015)**, "Noninvasive cerebral oximetry during endovascular therapy for acute ischemic stroke: an observational study", *Journal of cerebral blood flow and metabolism : official journal of the International Society of Cerebral Blood Flow and Metabolism*. 35(11), tr. 1722-1728.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG BÀN NGÓN TAY BẰNG NẠP KHÓA TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Trần Ngọc Sơn¹, Trần Chiến^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị kết hợp xương bàn ngón tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, có 55 bệnh nhân với 63 ổ gãy được phẫu thuật kết hợp xương bàn ngón tay bằng nẹp khóa tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Đánh giá sau mổ dựa trên tổng góc vận động TAM và phân loại tầm vận động của hiệp hội phẫu thuật bàn tay Hoa Kỳ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 37,8 tuổi. Tỷ lệ kết hợp xương đốt bàn và xương bàn ngón lần lượt là 69,8% và 30,2%. Vị trí gãy chủ yếu là gãy thân đốt (49,2%) và hình thái gãy chủ yếu là gãy ngang (42,9%). Kết quả liền xương 98,2%. Kết quả điều trị tốt và rất tốt đạt 95,2%. **Kết luận:** Kết hợp xương bàn ngón tay cho kết quả tốt, liền xương 98,4%.

¹Trường Đại học Y dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Chiến

Email: chientranntn@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2020

Ngày duyệt bài: 25.11.2020

Từ khóa: gãy xương bàn ngón tay, kết hợp xương.

SUMMARY

RESULTS OF FIXATION OF METACARPAL AND PHALANGEAL FRACTURES WITH LOCKING PLATES IN THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: Appreciating results of fixation of metacarpal and phalangeal fractures. Patients and methods: A cross-sectional descriptive, have 55 patients with 63 metacarpal and phalangeal fractures to get open reduction and internal fixation. Result: Mean age: 37,8. Ratio of metacarpal and phalangeal fractures: 69,8% and 30,2%. Most common position is shaft fracture(49,2%) and most common shape is transverse fracture(42,9%). Bone healing is 98,2% and 95,2% patients have excellent and good results. **Conclusion:** Osteosynthesis for phalangeal and metaphalangeal bone fracture has good results, bone healing is 98,4%.

Keywords: metacarpal fracture, phalangeal fracture, osteosynthesis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay có vai trò rất quan trọng trong đời

sống sinh hoạt hàng ngày của con người, là công cụ lao động và sinh hoạt hàng ngày. Gãy xương đốt bàn và ngón tay gặp phổ biến, chiếm khoảng 10% tổng số gãy xương. Trong đó, hơn 70% trường hợp các bệnh nhân trong độ tuổi lao động[2]. Gãy xương bàn tay có thể điều trị bảo tồn vì khả năng liền xương nhanh, tuy nhiên do bất động kéo dài nên dễ hạn chế vận động khớp, giải phẫu xương ít khi đạt được mức độ chính xác cao gây ảnh hưởng ít nhiều đến chức năng bàn tay[2]. Bên cạnh đó, nhu cầu của bệnh nhân mong muốn chức năng bàn tay hoàn hảo như trước chấn thương đòi hỏi việc phục hồi giải phẫu hoàn chỉnh là cần thiết.

Điều trị phẫu thuật gãy xương bàn, ngón tay bằng nẹp khóa, với cạnh bên dẹt và góc 90° cho phép cố định tốt các mảnh vỡ nhỏ gần khớp và kết vững hoàn hảo những mảnh vỡ mặt bên, qua đó bảo đảm chức năng và thẩm mỹ của bàn tay bệnh nhân sau điều trị[3]. Từ năm 2013 đến nay khoa Chấn thương- chỉnh hình Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã phẫu thuật điều trị gãy xương bàn, ngón tay bằng nẹp khóa. Do đó, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị kết hợp xương bàn ngón tay.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 55 bệnh nhân với 63 ổ gãy được phẫu thuật kết hợp xương bàn ngón tay bằng nẹp khóa tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên trong thời gian từ tháng 06/2018 đến 06/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân bị chấn thương bàn tay gãy xương đốt bàn tay – ngón tay, hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả, thiết kế cắt ngang. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu toàn bộ bệnh nhân đã phẫu thuật kết hợp xương bàn ngón tay bằng nẹp khóa theo đúng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới.
- Đặc điểm gãy xương trên phim X quang.
- Thời gian từ khi bị gãy đến khi được phẫu thuật và thời gian nằm viện sau phẫu thuật.
- Kết quả điều trị:
 - Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật theo Larson – Bosmant.
 - Đánh giá liền xương trên phim X quang sau 3 tháng.
 - Đánh giá tầm vận động chủ động khớp (TAM) sau 3 tháng và tỷ lệ phục hồi tầm vận

động chủ động (TAM%) sau 3 tháng theo hiệp hội phẫu thuật bàn tay Hoa Kỳ (AAHS)

TAM= GẤP (Bàn đốt + Liền đốt)- giới hạn Duỗi (Bàn đốt + liền đốt)

TAM%= TAM sau mổ/TAM bình thường

Bảng 2.1: Phân loại kết quả TAM theo AAHS[5]

Đánh giá	TAM%
Rất tốt	100%
Tốt	75-100%
Trung bình	50-75%
Kém	<50%

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Tuổi trung bình là 37,8 tuổi, tuổi cao nhất là 69, thấp nhất là 13, độ tuổi hay gặp nhất là dưới 40 tuổi (58,2%). Tỷ lệ Nam/nữ ≈ 2,24/1 (Nam giới chiếm 69,1%).

Nguyên nhân gãy xương do tai nạn giao thông (43,6%), tai nạn sinh hoạt (36,4%), tai nạn lao động chiếm tỷ lệ 11/55 bệnh nhân (chiếm 20%),

Bảng 2.2. Đặc điểm gãy xương trên Xquang

Vị trí	n=63
Gãy xương đốt bàn	44 (69,8%)
Gãy xương đốt ngón	19 (30,2%)
Kiểu gãy	
Gãy chéo, vát	28 (44,4%)
Gãy ngang	28 (44,4%)
Gãy vụn nhiều mảnh	7 (11,1%)

Thời gian trước mổ: trung bình từ lúc sau tai nạn đến trước lúc mổ là 7,7 ngày. Có một số bệnh nhân mổ muộn sau khi điều trị bảo tồn không cải thiện. Có 4 bệnh nhân đến viện sau 1 tháng.

3.2. Kết quả điều trị

Thời gian nằm viện trung bình là 7,2±1,5 ngày. Ra viện sớm nhất là 4 ngày. Bệnh nhân nằm viện lâu nhất là 12 ngày.

Bảng 3.1. Kết quả sớm sau mổ theo Larson – Bosmant[3]

Kết quả sớm	n=63
Rất tốt	44 (69,8%)
Tốt	18 (28,6%)
Trung bình	1 (1,6%)

Nhận xét: Kết quả tốt chiếm 69,8%. Trung bình 1,6%.

Thời gian liền xương: 62/63 ổ gãy liền xương tốt, chỉ có 1 bệnh nhân với 1 ổ gãy chậm liền xương.

Kết quả đánh giá biên độ vận động chủ động khớp TAM trung bình sau mổ 3 tháng: 230,32°± 32,96°.

Biên độ vận động của khớp so với bên lành đạt 93,8% ± 7,7%.

Bảng 3.2: Kết quả TAM%

TAM%	n=63
Rất tốt	24 (38,1%)
Tốt	37 (58,7%)
Trung bình	2 (3,2%)

Nhận xét: Biên độ vận động của khớp so với bên lành rất tốt và tốt: 38,1%+58,7%

Biến chứng: Không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng, lộ nẹp.

Kết quả chung: 95,2% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt. Có 3 bệnh nhân kết quả trung bình.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ chủ yếu là các bệnh nhân trong độ tuổi lao động, nam giới là chủ yếu. Nguyên nhân chấn thương chính là tai nạn giao thông, kết quả này có sự khác biệt với 1 số tác giả[1], [3]. Thương tổn chủ yếu là gãy đốt bàn, gãy chéo và gãy ngang chiếm đa số. Kết quả này phù hợp vì bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là các bệnh nhân có nhu cầu điều trị cao, đa phần là gãy kín, đa phần không nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương. Thương tổn chủ yếu là gãy chéo vát và gãy ngang (bảng 3.1) vì tổn thương này khó nắn chỉnh, đặc biệt trong nghiên cứu chủ yếu là gãy xương đốt bàn và nhu cầu điều trị của bệnh nhân cao. Khả năng nắn chỉnh đối với gãy đốt ngón dễ dàng hơn điều đó cũng phản ánh tỷ lệ gãy đốt bàn cao hơn. Đa số bệnh nhân được can thiệp sớm trong tuần đầu sau chấn thương, tuy nhiên có một số bệnh nhân can thiệp muộn khi điều trị bảo tồn không hiệu quả nên thời gian từ khi chấn thương đến khi mổ còn khá dài với thời gian trung bình là 7,7 ngày. Thời gian nằm viện từ sau mổ của bệnh nhân trung bình là 7,2±1,5 ngày, thời gian điều trị của chúng tôi cao hơn một số tác giả khác do bệnh nhân đến viện muộn sau tai nạn và một số bệnh nhân có tổn thương phần mềm kèm theo[1].

Thời gian liền xương: Trung bình gãy xương bàn ngón tay sẽ liền xương tốt trong 3-4 tháng. 54/55 bệnh nhân có liền xương tốt. Có 1 bệnh nhân chậm liền xương do tuổi đã cao và kết quả nắn chỉnh ổ gãy của bệnh nhân không tốt, gập góc ra ngoài > 20°.

Tâm vận động chủ động (TAM): Tâm vận động chủ động sau mổ 3 tháng khá tốt 230,32° ± 32,96°, khả quan hơn một số tác giả trước đây[7],[8], cho thấy mức độ cố định ổ gãy tốt của phương pháp này. Tỷ lệ phục hồi tâm vận động chủ động (TAM%) sau mổ 3 tháng khá cao 93,8% ± 7,7%. Đánh giá kết quả này theo hiệp hội phẫu thuật bàn tay Hoa Kỳ thấy kết quả rất tốt và tốt đạt 95,2%. Như vậy, sự kết hợp xương

vững chắc và tập phục hồi chức năng đúng cách sẽ cho kết quả tốt về chức năng của bàn tay. Các tác giả khác cũng có nhận xét tương tự.[1],[6]

Biến chứng: Không ghi nhận trường hợp nào nhiễm trùng sâu, chảy mủ, lộ nẹp. Do có nhiều loại nẹp với các kích cỡ khác nhau phù hợp với từng loại xương bàn hoặc ngón nên không gây căng da, vết mổ. Page cũng có kết luận tương tự[6].

Khả năng làm việc: Có 6 bệnh nhân còn đau nhẹ và hạn chế nhẹ tầm vận động khớp khi làm việc. Do 6 bệnh nhân này thuộc nhóm đến muộn sau khi điều trị bảo tồn không kết quả. Như vậy kết quả sau mổ còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó có việc giải quyết sớm thương tổn, giúp tập phục hồi chức năng sớm và phụ thuộc vào loại thương tích của bệnh nhân.[4]

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 55 bệnh nhân với 63 ổ gãy xương, chúng tôi thu được kết quả là: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 37,8 và nam giới chiếm 69,1%. Tổn thương chủ yếu là gãy đốt bàn chiếm 69,8%, hình thái gãy chéo vát và gãy ngang đều chiếm 44,4%.

Kết quả phẫu thuật khả quan với kết quả sớm sau mổ 1 tuần đạt rất tốt và tốt là 98,4%. Kết quả chung đạt rất tốt và tốt là 95,2%. Liền xương đạt 98,4%. Không có biến chứng nhiễm trùng hay can lệch, khớp giả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Trung Dũng (2013)**, "Nhận xét kết quả điều trị gãy xương bàn ngón tay bằng nẹp vít tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội", Y học thực hành 2013, 884(10), pp. 8-9.
2. **Trần Trung Dũng (2020)**, "Chẩn đoán và điều trị gãy xương trật khớp chi trên", NXB Y học, Hà Nội, pp. 253-283.
3. **Vũ Việt Sơn (2010)**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy xương bàn tay – ngón tay bằng nẹp vít", Luận văn Thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
4. **Charles S Day (2016)**, "Green's operative hand surgery", pp. p231- p277.
5. **Hand surgery source (2020)**. <https://www.handsurgeryresource.org/>.
6. **Page SM, Stern PJ (1998)**, "Complications and range of motion following plate fixation of metacarpal and phalangeal fractures", The Journal of hand surgery, 23 (5), pp. 827-832.
7. **Vasilakis V, Sinnott CJ, Hamade M, et al. (2019)**, "Extra-articular Metacarpal Fractures: Closed Reduction and Percutaneous Pinning Versus Open Reduction and Internal Fixation", Plastic and Reconstructive Surgery Global Open, 7 (5), pp. 1-9.
8. **Verver D, Timmermans L, Klaassen R, et al. (2017)**, "Treatment of extra-articular proximal and middle phalangeal fractures of the hand: a systematic review", Strategies in trauma and limb reconstruction, 12 (2), pp. 63-76.