HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ VIÊM, RÁCH GÂN TRÊN GAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIÊM HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU TỰ THÂN GIÀU FIBRIN (PRF - PLATELET RICH FIBRIN)

Hoàng Văn Dũng[1,2], Nguyễn Việt Khánh[1]

TÓM TẮT

Có nhiều dạng huyết tương giàu tiểu cầu được phát triển và chứng minh có hiệu quả ứng dụng trên lâm sàng. Các sản phẩm thế hệ mới, bao gồm huyết tương giàu tiểu cầu giàu fibrin (Platelet rich firbrin – PRF) đã cho thấy nhiều đặc tính sinh học ứng dụng trong lĩnh vực y học tái tạo nói chung và chuyên ngành cơ xương khớp nói riêng. Cấu trúc của PRF được tạo nên từ mạng lưới fibrin sinh học hoạt động như một kiến trúc ba chiều hoàn chỉnh giúp tạo điều kiện thuận lợi cho việc tập trung một nồng độ cao tiểu cầu và các protein tăng trưởng trong một thể tích nhỏ từ đó tạo thuận lợi cho việc truyền tín hiệu ở mức độ phân tử và tế bào từ đó kích thích, thúc đẩy quá trình tái tạo và tăng trưởng mô. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 20 bệnh nhân có viêm, rách bán phần gân trên gai. Tiến hành tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân giàu fibrin dưới hướng dẫn siêu âm, sử dụng kít của hãng Regenlab, trong đó có 1 kít tách triết tiểu cầu (THT) và 1 kít hoạt hóa thrombin (ATS). Hiệu quả điều trị được ghi nhận ở 19/20 BN (95%) qua sự cải thiện thang điểm đau VAS, vận động khớp vai SPADI.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng*
[2]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Dũng
Email: dungnoitru26@gmail.com.

Ngày nhận bài: 26/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025
Ngày duyệt bài: 14/5/2025

Từ khoá: Huyết tương giàu tiểu cầu giàu fibrin (PRF), Y học tái tạo, Viêm rách gân trên gai, Tiêm PRF dưới hướng dẫn siêu âm, Hiệu quả điều trị – VAS, SPADI

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF SUPRASPINATUS TENDINITIS AND TEAR BY INJECTION OF AUTOLOGOUS PLATELET RICH FIBRIN (PRF- PLETELET RICH FIBRIN) UNDER ULTRASOUND GUIDANCE

Various forms of platelet-rich plasma (PRP) have been developed and demonstrated clinical efficacy. Next-generation products, including platelet-rich fibrin (PRF), have exhibited significant biological properties applicable in the regenerative medicine in general and musculoskeletal medicine in particular. The structure of PRF is formed by a biological fibrin network that serves as a three-dimensional scaffold, facilitating the concentration of platelets and growth factors in a small volume. This structure enhances molecular and cellular signaling, thereby stimulating and promoting tissue regeneration and growth. Our study was conducted on 20 patients with inflammation and partial-thickness supraspinatus tendon tears. Autologous platelet-rich fibrin was injected under ultrasound guidance using Regenlab kits, including one platelet separation kit (THT) and one thrombin activation kit (ATS). The treatment effectiveness was observed in 19 out of 20

patients (95%), as evidenced by improvements in the Visual Analog Scale (VAS) for pain and the Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) for shoulder joint function.

Keywords: Platelet-rich fibrin (PRF), Regenerative medicine, Partial supraspinatus tendon tear, Ultrasound-guided PRF injection, Treatment effectiveness – VAS, SPADI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết tương giàu tiểu cầu tự thân giàu fibrin (Platelet-Rich Fibrin – PRF) là một chế phẩm sinh học được phát triển từ máu tự thân, chứa nồng độ cao tiểu cầu, cytokine và các yếu tố tăng trưởng. PRF là thế hệ thứ hai của huyết tương giàu tiểu cầu tự thân (Platelet – Rich Plasma – PRP), PRF có cấu trúc ba chiều giàu fibrin, giúp kéo dài thời gian giải phóng các yếu tố tăng trưởng, từ đó hỗ trợ quá trình sửa chữa mô, giảm viêm và thúc đẩy tái tạo tổn thương hiệu quả hơn [1]. Nhờ đặc tính sinh học ưu việt, PRF đã được ứng dụng trong nhiều lĩnh vực y học tái tạo, đặc biệt trong điều trị bệnh lý cơ xương khớp [2]. Trong các tổn thương gân cơ nói chung đặc biệt viêm, rách bán phần gân trên gai là bệnh lý phổ biến, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến vận động và chất lượng cuộc sống. Các phương pháp điều trị hiện nay như thuốc chống viêm, tiêm corticosteroid hay phẫu thuật đều có những hạn chế nhất định, bao gồm nguy cơ thoái hóa gân, tái phát triệu chứng hoặc thời gian hồi phục kéo dài [3]. Chuyên ngành y học tái tạo ngày càng phát triển, phát triển nhiều sản phẩm sinh học thúc đẩy nhanh quá trình tái tạo gân trong đó sự hình thành và phát triển của PRF như một phương pháp tiềm năng, giúp kích thích quá trình tự chữa lành của cơ thể mà ít gây ra những tác dụng phụ như corticosteroid [4]. Mặc dù PRF đang được quan tâm và bước đầu có những kết quả khả quan trong điều trị tổn thương gân, nhưng các nghiên cứu về hiệu quả thực tế trên viêm và rách gân trên gai còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm đánh giá tác động của PRF đối với giảm đau, cải thiện chức năng vai và phục hồi cấu trúc gân, qua đó cung cấp thêm bằng chứng khoa học cho ứng dụng của PRF trong thực hành lâm sàng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 20 bệnh nhân viêm, rách bán phần gân trên gai đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: đủ 18 tuổi trở lên có chẩn đoán viêm, rách bán phần gân trên gai trên lâm sàng, siêu âm khớp vai hoặc chụp cộng hưởng từ khớp vai, đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ những bệnh nhân viêm gân trên gai có đứt gân toàn phần, tiền sử phẫu thuật khớp vai.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng từ tháng 06/2024 đến tháng 02/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp tiến cứu. Tiến hành thu thập được 20 bệnh nhân đáp ứng đủ yêu cầu nghiên cứu.

2.4. Biến số, chỉ số nghiên cứu:

+ Đặc điểm lâm sàng**:** đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, hoàn cảnh xuất hiện đau, các biện pháp điều trị đã sử dụng, mức độ đau theo thang điểm VAS, góc dạng khớp vai (độ); nghiệm pháp Jobel ảnh hưởng vận động theo thang điểm SPADI; đông cứng khớp vai.

+ Đặc điểm siêu âm gân trên gai**:** đánh giá cải thiện hình thái gân trên gai trên siêu âm khớp vai: máy siêu âm Medison Accuvix

v10.0, đầu dò Linear 5 - 13 Mhz tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: sử dụng thuật toán thống kê y học, bằng phần mềm SPSS 23.0. Mức ý nghĩa thống kê p<0,05 được sử dụng để đánh giá các yếu tố liên quan

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n = 20)

Đặc điểm chung	Trung bình ± Độ lệch chuẩn
Tuổi (năm)	56,22 ± 10,35
Giới (Tỉ lệ Nam: Nữ)	1: 3
BMI (kg/m^2)	22,29 ± 3,21
Thời gian mắc bệnh trung bình (tháng)	4,8 ± 4,2
Tổn thương vai (Tỉ lệ Trái: Phải)	1: 4

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 56,22 ± 10,35 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình của đối tượng nghiên cứu là 4,8 ± 4,2 tháng (từ 1 - 9 tháng).

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng thời điểm bắt đầu nghiên cứu (n = 20)

Đặc điểm lâm sàng	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	
Mức độ đau VAS	8,2 ± 0,58	
Mức độ hạn chế vận động khớp vai theo SPADI	95,8 ± 10,7	
Đặc điểm lâm sàng	**Số lượng**	**Tỉ lệ (%)**
Nghiệm pháp Jobe (+)	19/20	95
Đông cứng khớp vai (+)	5/20	25

Mức độ đau của đối tượng nghiên cứu theo thang điểm VAS là: 8,2 ± 0,58 điểm. Mức độ vận động khớp vai theo thang điểm SPADI của đối tượng nghiên cứ là: 95,8 ± 10,7 điểm.

Bảng 3: Đặc điểm hình ảnh gân trên gai thời điểm bắt đầu nghiên cứu (n = 20)

Đặc điểm hình ảnh	Siêu âm khớp vai		Cộng hưởng từ khớp vai	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tăng kích thước gân (mm)	16	80	18	90
Rách bán phần gân trên gai	20	100	20	100
Calci hoá gân trên gai	4	20	6	30

100% bệnh nhân có rách bán phần gân cơ trên gai. 20% bệnh nhân calci hoá gân trên gai.

Bảng 4: Hiệu quả điều trị trên lâm sàng liệu pháp PRF sau 1 tháng (n=20)

Hiệu quả trên lâm sàng	Trước can thiệp	Sau can thiệp 1 tháng	p
Góc dạng khớp vai (độ)	66,31 ± 5,90	95.27 ± 17,51	0,03
Hiệu quả giảm đau (VAS)	8,2 ± 0,58	5,4 ± 1,5	0,04
Mức độ hạn chế vận động khớp vai theo SPADI	95,8 ± 10,7	65,8 ± 6,7	0,02

Sau 1 tháng can thiệp, đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân được cải thiện ở các chỉ số: góc dạng khớp vai, hiệu quả giảm đau tính theo thang điểm VAS, cải thiện khả năng vận động khớp vai theo thang điểm SPADI; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 5: Hiệu quả trên siêu âm gân trên gai liệu pháp PRF sau 1 tháng (n = 20)

Hiệu quả trên siêu âm	Trước can thiệp	Sau can thiệp 1 tháng	p
Kích thước gân (mm)	7,35 ± 1,21	7,3 + 1,28	0,08
Kích thước tổn thương (mm)	3,5 ± 1,3	3,45 ± 1,28	0,76

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm siêu âm gân trên gai của bệnhh nhân sau 01 tháng điều trị ở các đặc điểm: kích thước gân, kích thước tổn thương.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghhiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 20 bệnh nhân viêm, rách bán phần gân trên gai.

Kết quả nghiên cứu cho thấy một số đặc điểm chung của nhóm đối tượng như sau: tuổi trung bình là 56,22 ± 10,35 tuổi ; giới nữ chiếm 75%; BMI trung bình là 22,29 ± 3,21 (kg/m^2); thời gian mắc bệnh trung bình là 4,8 ± 4,2 tháng.

Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm bắt đầu (T0): Mức độ đau theo thang điểm VAS trung bình là 8,2 ± 0,58 điểm. Mức độ vận động khớp vai theo thang điểm SPADI trung bình là 95,8 ± 10,7 điểm. 25%. đối tượng nghiên cứu có đông cứng khớp vai đi kèm, 90% đối tượng nghiên cứu có nghiệm pháp Jobe dương tính. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Dakkak và cộng sự (2024) đánh giá kết quả điều trị huyết tương giàu tiểu cầu tự thân trên 8 nghiên cứu phân tích dựa trên các đặc điểm vận động khớp vai (SPADI), mức độ đau vai (VAS) [5].

Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh gân trên gai của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm bắt đầu (T0): 100% bệnh nhân có rách bán phần gân trên gai. 20% bệnh nhân có calci hoá gân trên gai. Kết quả nghiên cứu này tương tự như nghiên cứu của Dakkak và cộng sự (2024) đánh giá tính chất gân trên gai trước điều trị [5]. Yếu tố calci hoá có vai trò quan trọng trong tiên lượng và điều trị viêm rách gân trên gai vì calci hoá làm giảm khả năng đáp ứng với các biện pháp điều trị tái tạo gân [6]

4.2. Hiệu quả điều trị viêm, rách bán phần gân trên gai bằng PRF sau 01 tháng:

Hiệu quả lâm sàng: Sau 01 tháng can thiệp, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở các đặc điểm góc dạng khớp vai trung bình: từ 66,31 ± 5,90 độ tăng lên 95.27 ± 17,51 độ; Mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS: từ 8,2 ± 0,58 điểm giảm xuống 5,4 ± 1,5 điểm. Mức độ hạn chế vận động khớp vai trung bình theo thang điểm SPADI: từ 95,8 ± 10,7 điểm giảm xuống 65,8 ± 6,7 điểm. Kết quả nghiên cứu chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Alsousou và cộng sự (2009) báo cáo rằng việc tăng cường PRF có thể có lợi trong các trường hợp rách gân trên gai nhỏ và trung bình [7]

Hiệu quả cải thiện chẩn đoán hình ảnh gân trên gai trên siêu âm: không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ ở các đặc điểm siêu âm gân trên gai tổn thương sau 01 tháng về các đặc điểm: giảmkích thước gân, giảm kích thước tổn thương. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Alsousou và cộng sự (2009) [7].

V. KẾT LUẬN

Huyết tương giàu tiểu cầu tự thân giàu fibrin (Platelet – Rich Fibrin) có hiệu quả điều trị viêm, rách bán phần gân trên gai. Sau 01 tháng điều trị bệnh nhân cải thiện triệu chứng lâm sàng ở các đặc điểm góc dạng khớp vai trung bình: từ 66,31 ± 5,90 độ tăng lên 95.27 ± 17,51 độ; Mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS: từ 8,2 ± 0,58 điểm giảm xuống 5,4 ± 1,5 điểm. Mức độ hạn chế vận động khớp vai trung bình theo thang điểm SPADI: từ 95,8 ± 10,7 điểm giảm xuống 65,8 ± 6,7 điểm. Không có sự cải thiện trên các đặc điểm siêu âm gân trên gai. Cần nhiều nghiên cứu theo dõi kéo dài hơn đánh giá hiệu quả điều trị viêm rách, gân trên gai bằng PRF.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dohan Ehrenfest DM, Rasmusson L, Albrektsson T.** Classification of platelet concentrates: from pure platelet-rich plasma (P-PRP) to leucocyte- and platelet-rich fibrin (L-PRF). Trends Biotechnol. 2009;27(3): 158-167.
2. **Elshahat A, Elsaid AN, El-Sayed M, et al.** Platelet-rich fibrin versus platelet-rich plasma in the management of chronic rotator cuff tendinopathy: a randomized clinical trial. Eur J Orthop Surg Traumatol. 2021;31(2):277-284.
3. **Kaux JF, Croisier JL, Bruyère O, et al.** One injection of platelet-rich plasma associated to a subacromial corticosteroid injection to treat rotator cuff tendinopathy decreases shoulder pain: a case series. J Sports Med Phys Fitness. 2015;55(6):668-674.
4. **Andia I, Maffulli N.** Biological therapies in regenerative sports medicine. Sports Med. 2017;47(5):807-828.
5. **Dakkak M., Saleem A., Patel D., et al.** (2024), "A systematic review of randomized control trials looking at functional improvement of rotator cuff partial thickness tears following platelet-rich-plasma injection: a comparison of glenohumeral joint vs. subacromial bursa vs. intratendinous injection locations", JSES Int, 8 (3), pp. 464-471
6. **Uhthoff HK, et al.** (1997). "Calcifying tendinitis of the rotator cuff: pathogenesis, diagnosis, and management." J Am Acad Orthop Surg, 5(4), 183-191.
7. **Alsousou, J.; Thompson, M.; Hulley, P.; Noble, A.; Willett, K.** The Biology of Platelet-Rich Plasma and Its Application in Trauma and Orthopaedic Surgery. J. Bone Jt. Surg. Br. Vol. 2009, 91, 987–996.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG, XÉT NGHIỆM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI THÙY Ở TRẺ EM TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VĨNH PHÚC

Nguyễn Ngọc Sáng[1], Nguyễn Thị Hoan[2], Trần Đức Tâm[1], Trịnh Tuấn Dũng[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi thùy ở trẻ em tại khoa Nhi bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ 01/09/2023 - 31/08/2024 và nhận xét kết quả điều trị ở những bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 127 bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi thuỳ tại khoa Nhi, bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ 01/09/2023 – 31/08/2024.**Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là 68,65 ± 15,35 tháng tuổi, trong đó nữ chiếm 43,3%, nam chiếm 56,7% với tỉ lệ nam/nữ là 1,35. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu: ho 126 (99,2%), sốt 126 (99,2%), ngạt mũi 105 (82,7%), nghe phổi có ran ẩm 123 (96,9%), khò khè 88 (69,3%). Xét nghiệm: máu ngoại vi có tăng bạch cầu 64 (50,4%) và CRP huyết thanh tăng 85 (66,9%). Có 87 (68,5%) bệnh nhân có mắc *Mycoplasma pneumoniae*, tỷ lệ cấy dịch tỵ hầu mọc vi khuẩn là 22 (17,3%), các vi khuẩn phân lập được chủ yếu là *Haemophilus influenzae* và *Moraxella catarrhalis,* ngoài ra còn gặp *Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Citrobacter koseri*. Tổn thương phổi phải chiếm 80 (63,1%). Về điều trị, tỷ lệ khỏi và đỡ là 125 (98,4%), không ghi nhận trường hợp tử vong. Thời gian nằm viện trung bình là 11,6 ± 4,12 ngày. **Kết luận:** Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho, sốt và ngạt mũi. Triệu chứng thực thể phổ biến là ran ẩm ở phổi. Trẻ bị viêm phổi thuỳ có tỷ lệ dưỡng tính với *Mycoplasma pneumoniae* cao. Trên Xquang, tổn thường phổi phải chiếm đa số. Tỉ lệ khỏi bệnh cao, không có trường hợp tử vong.

Từ khóa: Viêm phổi thuỳ, điều trị, trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS, INVESTIGATIONS, AND TREATMENT OUTCOMES OF LOBAR PNEUMONIA IN CHILDREN AT THE PEDIATRIC DEPARTMENT OF VINH PHUC GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics and investigations of lobar pneumonia in children at the Pediatric Department of Vinh Phuc General Hospital from 01/09/2023 to 31/08/2024 and to evaluate the treatment results in these patients. **Subjects and methods:** Cross-sectional study in 127 pediatric patients diagnosed with lobar pneumonia at the Pediatric Department of Vinh Phuc General Hospital from 01/09/2023 to 31/08/2024. **Results:** The average age of the patients was 68.65 ± 15.35 months, with females 43.3% and

[1]*Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc*
[3]*Bệnh viện Đa khoa Khu vực Phúc Yên*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Sáng
Email: nnsang@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 29/3/2025
Ngày duyệt bài: 25/4/2025

males 56.7%, resulting in a male-to-female ratio of 1.35. The main clinical symptoms were cough in 126 patients (99.2%), fever in 126 patients (99.2%), nasal congestion in 105 patients (82.7%), moist rales in 123 patients (96.9%), and wheezing in 88 patients (69.3%). Laboratory tests showed that 64 patients (50.4%) had elevated white blood cells, and 85 patients (66.9%) had increased serum CRP. *Mycoplasma pneumoniae* infection was found in 87 patients (68.5%), while bacterial growth in nasopharyngeal cultures was seen in 22 patients (17.3%), the main isolated bacteria were *Haemophilus influenzae* and *Moraxella catarrhalis*, with *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, and *Citrobacter koseri* also present. The right lung was affected in 80 patients (63.1%). Regarding treatment, the rate of recovery and improvement was 125 patients (98.4%), with no recorded cases of mortality. The average hospital stay was 11.6 ± 4.12 days. **Conclusion:** The disease occurs at all ages. The common clinical symptoms are cough, fever, and nasal congestion. The prevalent physical sign is moist rales in the lungs. Children with lobar pneumonia have a high rate of *Mycoplasma* infection. On X-ray, right lung lesions are predominant. The recovery rate is high, with no cases of mortality.

Keywords: lobar pneumonia, treatment, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một trong những bệnh nhiễm trùng phổ biến nhất ở trẻ em trên toàn thế giới [1]. Viêm phổi thùy là những triệu chứng lâm sàng do những tổn thương trong tổ chức phổi như phế nang, tổ chức liên kết kẽ. Bệnh có tỷ lệ mắc cao và là nguyên nhân tử vong hàng đầu cho trẻ em ở Việt Nam cũng như trên toàn thế giới [1]. Viêm phổi thùy là một bệnh cấp tính, diễn biến rầm rộ và thường bị che lấp bởi các triệu chứng ngoài hô hấp [2]. Nguyên nhân vi khuẩn gây bệnh thường do phế cầu [3]. Bệnh có thể bị những biến chứng nặng như hoại tử, áp xe phổi, tràn dịch, tràn khí màng phổi, viêm mủ màng phổi, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn hay tử vong [4]. Việc điều trị gặp nhiều khó khăn do bệnh được chẩn đoán muộn, do vi khuẩn giảm nhạy cảm với kháng sinh hoặc do nguyên nhân gây bệnh là những vi khuẩn khác [3]. Trong hơn 2 năm gần đây từ sau đại dịch COVID-19, bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc có số bệnh nhân vào khoa Nhi được chẩn đoán viêm phổi thùy khá nhiều. Tuy nhiên, chưa có con số thống kê cụ thể về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi thùy ở trẻ em tại khoa Nhi bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc. Vậy đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của Viêm phổi thuỳ trẻ em tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc thế nào? Kết quả điều trị ra sao? là những câu hỏi rất cần lời giải đáp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi thùy ở trẻ em tại khoa Nhi bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ 01/09/2023 - 31/08/2024.

2. Nhận xét kết quả điều trị viêm phổi thùy ở các bệnh nhi trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Đối tượng nghiên cứu: gồm 127 bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán xác định viêm phổi thùy vào điều trị nội trú tại khoa Nhi bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ 01/09/2023 - 31/08/2024 đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhi mắc các

bệnh: Xẹp phổi; Phế quản phế viêm; Lao phổi; Ung thư phổi... không được mời tham gia vào nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: từ ngày 01/09/2023 đến hết ngày 31/08/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: khoa Nhi bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu nghiên cứu: 127 bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi thùy điều trị nội trú tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện (tất cả bệnh nhi có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán vào viện trong thời gian từ 01/09/2023 đến 31/08/2024 được đưa vào nghiên cứu).

- Nội dung nghiên cứu:

+ Về lâm sàng: các triệu chứng lúc vào viện (nhiệt độ, SpO_2, ho, thở rít, khò khè, ngạt mũi đau ngực, rút lõm lồng ngực, tiếng ran ở phổi).

+ Cận lâm sàng: Tổng phân tích tế bào máu, định lượng CRP huyết thanh (tăng khi CRP >10 mg/L), xét nghiệm tìm *Mycoplasma pneumoniae* (huyết thanh học phát hiện IgM kháng *Mycoplasma pneumoniae*; PCR phát hiện *Mycoplasma pneumoniae* trong dịch tỵ hầu), nuôi cấy dịch tỵ hầu, chụp X- quang ngực thẳng.

2.3. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu: Mỗi bệnh nhi có một bệnh án nghiên cứu riêng theo gồm đầy đủ thông tin về hành chính, bệnh sử, tiền sử, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng lúc vào viện và theo dõi suốt quá trình điều trị cho đến khi ra viện.

**** Tiêu chí đánh giá:***

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi thùy dựa theo các tác giả Lin và cộng sự [5].

+ Lâm sàng: Sốt (tuỳ mức độ: có thể sốt nhẹ hoặc sốt cao); Ho khan hoặc ho có đờm; Nhịp thở nhanh so với lứa tuổi; Rút lõm lồng ngực ở trẻ nhỏ (nếu khó thở); Có đau ngực bên tổn thương đối với trẻ lớn; Nghe phổi có ran ẩm nhỏ hạt, ran nổ, trẻ lớn có thể có hội chứng đông đặc.

+ Xquang tim phổi: Tổn thương điển hình là hình ảnh đám mờ hình tam giác, đỉnh quay về rốn phổi, đáy quay ra ngoài, hình mờ đậm, có viền rõ nét khu trú một phân thùy hay một thùy phổi. Ở trẻ nhỏ, hình ảnh tam giác có thể không điển hình, có khi chỉ là đám thâm nhiễm trên một hoặc nhiều phân thùy (Hình ảnh viêm phổi tập trung).

- Đánh giá kết quả điều trị: Khỏi hoàn toàn, thuyên giảm, không thuyên giảm, nặng lên, tử vong.

2.4. Xử lí số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 tính tỷ lệ %, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh tỉ lệ phần trăm bằng χ^2 test, tính p. Nếu $p < 0,05$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức Y sinh học Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc và tuân thủ theo đề cương được phê duyệt bởi Hội đồng bảo vệ đề cương Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa II Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/09/2023 - 31/08/2024, nghiên cứu của chúng tôi có 127 trẻ mắc viêm phổi thuỳ điều trị tại khoa Nhi, Bệnh viên Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

3.1. Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học viêm phổi thuỳ (n = 127)

Đặc điểm		Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
Tuổi (tháng)	2 – dưới 24 tháng	25	19,7
	24 – 60 tháng	40	31,5
	Trên 60 tháng	62	48,8
	Tuổi trung bình	68,65 ± 15,35 tháng	
Giới	Nam	72	56,7
	Nữ	55	43,3
Địa dư	Nông thôn	82	64,6
	Thành thị	45	35,4

Tỉ lệ mắc viêm phổi thuỳ gặp cao nhất ở nhóm trẻ trên 60 tháng tuổi (chiếm 48,8%). Viêm phổi thuỳ gặp ở nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,35/1.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhi mắc viêm phổi thuỳ (n = 127)

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
Ho	126	99,2
Sốt	126	99,2
Ngạt mũi	105	82,7
Ăn kém/bú kém	85	66,9
Nôn trớ	56	44,1
Tiêu chảy	49	38,6
Thở nhanh	19	12,0
Rales ở phổi	123	96,9
Khò khè	88	69,3
Rút lõm lồng ngực	15	11,8
Suy hô hấp	11	8,7
Co kéo cơ hô hấp phụ	7	5,5
Thở rên	2	1,6
Thở rít	1	0,8

Triệu chứng cơ năng thường gặp ở trẻ mắc viêm phổi thuỳ là sốt (99,2%), ho (99,2%) và ngạt mũi (82,7%), ngoài ra có thể gặp các triệu chứng ngoài hô hấp như ăn/bú kém, nôn trớ, tiêu chảy. Có tới 96,9% trẻ có ran phổi, khò khè chiếm 69,3%.

Bảng 3. Cận lâm sàng ở bệnh nhi mắc viêm phổi thuỳ (n = 127)

Cận lâm sàng		Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
Số lượng bạch cầu (10^9/L)	< 4,0	03	2,4
	4,0 - 10,0	60	47,2
	> 10,0	64	50,4
	$\overline{X}$±SD	11,25 ± 5,06 (10^9/L)	
Tỷ lệ bạch cầu trung tính (%)	Bình thường	55	43,3
	Tăng	72	56,7

Nồng độ CRP (mg/L)	≤10	42	33,1
	>10	85	66,9
	$\bar{X}$±SD	26,25 ± 11,02 (mg/L)	

Tỷ lệ trẻ có tăng số lượng bạch cầu chiếm 50,4%. Số lượng bạch cầu trung bình là 11,25 ± 5,06 (109/L). Tỷ lệ trẻ có tăng số lượng bạch cầu trung tính 56,7%. Nồng độ CRP huyết thanh tăng chiếm chủ yếu (66,9%); Nồng độ CRP huyết thanh trung bình là 26,25 ± 11,02 mg/L.

Bảng 4. Vị trí tổn thương trên phim Xquang phổi

Bên phổi tổn thương	Vị trí tổn thương thùy phổi	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
Phổi phải	Thùy dưới phải	49	38,6
	Thùy trên phải	18	14,2
	Thùy giữa phải	13	10,2
	Tổng	**80**	**63,1**
Phổi trái	Thùy dưới trái	34	26,8
	Thùy trên trái	10	7,9
	Tổng	**44**	**34,6**
Hai phổi	Thùy dưới phải/ dưới trái	2	1,6
	Thùy giữa phải/ trên trái	1	0,8
	Tổng	**3**	**2,3**

Tổn thương phổi phải chiếm đa số trong nghiên cứu (63,1%), có 3/127 trường hợp tổn thương ở cả 2 phổi chiếm 2,3%.

Bảng 5. Xét nghiệm tìm căn nguyên gây viêm phổi thuỳ

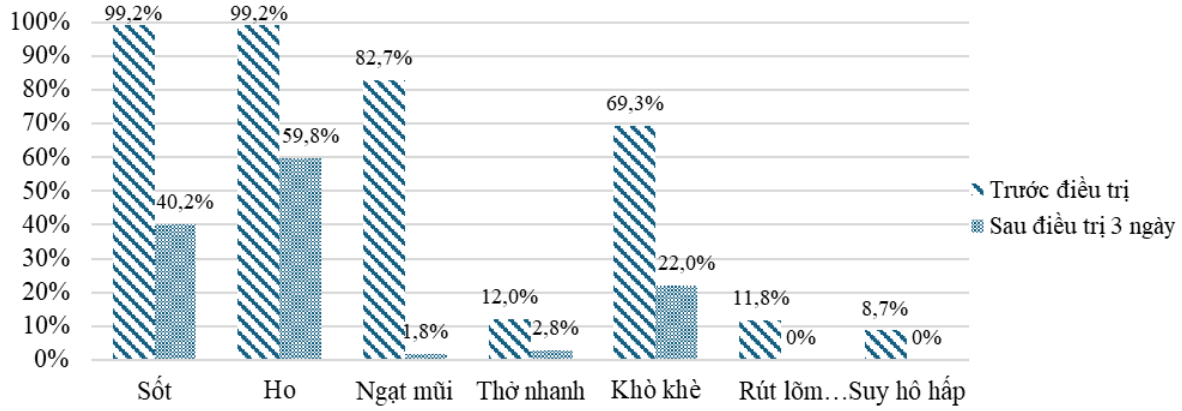
Cận lâm sàng	Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
Mycoplasma pneumoniae		
PCR dương tính	18	14,2
IgM dương tính	54	42,5
IgG dương tính	15	11,8
Tổng	**87**	**68,5**
Nuôi cấy dịch tỵ hầu		
Haemophilus influenzae	10	7,9
Moraxella catarrhalis	7	5,5
Streptococcus pneumoniae	2	1,6
Staphylococcus aureus	2	1,6
Citrobacter koseri	1	0,8
Tổng	**22**	**17,3**

Trẻ mắc viêm phổi thuỳ *do Mycoplasma pneumoniae* chiếm tỷ lệ cao (68,5%). Tỷ lệ mọc vi khuẩn khi phân lập từ dịch tỵ hầu là 17,3%, trong đó *H. influenzae* phổ biến nhất (7,9%) và *M. catarrhalis* (5,5%), ngoài ra còn gặp *S. pneumoniae, S. aureus* và *C. koseri*.

Về kết quả kháng sinh đồ, *H. influenzae* còn nhạy cảm hầu hết với kháng sinh được thử là nhóm cephalosporin thế hệ 3, imipenem, meropenem, ngoài ra còn nhạy cảm với augmentin và amikacin. *M. catarrhalis* nhạy với meropenem, imipenem, amikacin, azithromycin, clarithromycin, nhưng lại kháng nhiều với erythromycin, cefuroxime.

3.2. Kết quả điều trị

Có 22,0% trẻ điều trị khỏi bệnh. 76,4% trẻ điều trị đỡ, các triệu chứng thuyên giảm cho ra viện điều trị tiếp tại nhà hoặc chuyển về tuyến dưới điều trị tiếp. Chỉ có 2/127 (1,6%) trường hợp bệnh nhân nặng/chuyển tuyến trên điều tiếp. Thời gian điều trị trung bình 11,60 ± 4,12 ngày, thời gian điều trị > 7 ngày chiếm chủ yếu 90,6%.



Hình 1. Triệu chứng lâm sàng trước và sau 3 ngày điều trị

Các triệu chứng cơ năng như sốt, ho, ngạt mũi được cải thiện sớm sau 3 ngày điều trị, phần lớn được cải thiện tới hơn 50% sau 3 ngày điều trị. Các triệu chứng suy hô hấp, rút lõm lồng ngực đều khỏi sau 3 ngày điều trị. Các triệu chứng thở nhanh, khò khè được cải thiện trên 50% sau 3 ngày điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và cận lâm sàng

Về dịch tễ học viêm phổi thuỳ, tuổi mắc bệnh trung bình: 68,65±15,35 tháng, tuổi gặp nhiều nhất nhóm >60 tháng tuổi chiếm 48,8%. Kết quả tương tự như nghiên cứu của Đào Minh Tuấn trẻ trên 5 tuổi cao nhất (45%) [6]. Đào Thúy Quỳnh điều tra trên 125 trẻ cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 62,4 ± 35,68 tháng, tuổi nhỏ nhất là 10 tháng và lớn nhất là 15 tuổi, trong đó, nhóm ≥ 60 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 48% [7].

Về lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ho và sốt là triệu chứng thường gặp nhất ở trẻ mắc viêm phổi thuỳ. Đinh Thị Yến cũng đưa ra kết quả tương đồng với ho (99,2%) và sốt (89,6%) [8]. Ran ẩm ở phổi là triệu chứng thực thể thường gặp nhất. Các nghiên cứu về viêm phổi thuỳ trên trẻ em cũng cho kết quả tương đồng [3], [4], [5].

Về cận lâm sàng, căn nguyên được tìm thấy phổ biến là *Mycoplasma pneumoniae* với tỷ lệ 68,5%, ngoài ra chúng tôi còn phân lập được vi khuẩn từ dịch tỵ hầu với *Haemophilus influenzae* và *Moraxella catarrhalis* là 2 vi khuẩn phổ biến. Nghiên cứu của Wang cũng cho thấy *Mycoplasma pneumoniae* là căn nguyên hàng đầu gây viêm phổi thuỳ ở trẻ em với tỷ lệ 72,3% và

tác giả cũng cho rằng tỷ lệ dương tính với *Mycoplasma pneumoniae* cũng tăng dần theo thời gian và tuổi của trẻ [4]. Tổn thương phổi phải chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi (63,1%), có 3/127 trường hợp tổn thương ở cả 2 phổi chiếm 2,3%. Kết quả tương tự với nghiên cứu của Đào Minh Tuấn và cộng sự khảo sát trên 60 trẻ viêm phổi thùy có Xquang phổi điển hình là hình ảnh tổn thương khu trú toàn bộ một thùy phổi tạo thành đám mờ đều đáy quay ra ngoài chiếm 35% ở bệnh nhân viêm phổi thùy nói chung và có 15 bệnh nhân có tổn thương thùy đỉnh phổi phải (chiếm tỷ lệ cao nhất 25%), viêm thùy trên phổi trái chiếm 20% [6]. Tương tự Đào Thúy Quỳnh cho thấy tổn thương phổi phải chiếm tỷ lệ nhiều nhất 45,35%, phổi trái (15,2%), tổn thương 2 bên phổi 28,8%, trong đó tổn thương thùy dưới phổi phải chiếm 28,8%, thùy trên phổi phải chiếm 14,4% [7].

4.2. Về kết quả điều trị

Các triệu chứng sốt, ho, ngạt mũi và các triệu chứng thực thể (thở nhanh, rút lõm lồng ngực) được cải thiện sớm sau 3 ngày điều trị, phần lớn chúng được cải thiện tới hơn 50% sau 3 ngày điều trị. Thời gian điều trị trung bình 11,60 ± 4,12 ngày, thời gian điều trị > 7 ngày chiếm chủ yếu 90,6%. Kết quả nghiên cứu của Đào Minh Tuấn cũng cho thấy thời gian điều trị trung bình là 10,7 ± 8,4 ngày [6]. Có nhiều nghiên cứu về kết quả điều trị và thời gian điều trị ở trẻ em viêm phổi thùy cũng đưa ra các kết luận khác nhau, phụ thuộc nhiều vào đối tượng nghiên cứu, nơi tiến hành nghiên cứu và nhiều yếu tố khác. Đây cũng là điều cần lưu ý trong việc theo dõi, chăm sóc và điều trị cho những bệnh nhi phải nằm viện để có thể rút ngắn thời gian điều trị cho bệnh nhi, giảm chi phí nằm viện nâng cao sức khỏe cho người bệnh và gia đình của bệnh nhi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ khỏi/ đỡ chiếm (98,4%), trong đó có 22,0% trẻ điều trị khỏi bệnh, có 76,4% trẻ điều trị đỡ, các triệu chứng thuyên giảm được kê đơn về nhà điều trị tiếp hoặc chuyển tuyến dưới điều trị. Kết quả của chúng tôi cao hơn tác giả Đào Minh Tuấn cho thấy tỷ lệ khỏi bệnh là 95% (57/60 bệnh nhân), có 3/60 (5%) bệnh nhân biến chứng ổ cặn màng phổi phải mổ, theo dõi lâu dài [6].

V. KẾT LUẬN

Tuổi mắc bệnh trung bình là 68,65 ± 15,35 tháng, tuổi gặp nhiều nhất nhóm >60 tháng tuổi. Triệu chứng cơ năng phổ biến là ho, sốt và ngạt mũi. Triệu chứng thực thể phổ biến là ran ẩm ở phổi. Có 50,4% số trẻ viêm phổi thuỳ có số lượng bạch cầu tăng và 56,7% có tăng bạch cầu trung tính. Nồng độ CRP huyết thanh tăng chiếm tỷ lệ cao (66,9%). Trên X-quang ngực thẳng, vị trí tổn thương chủ yếu ở phổi phải. Viêm phổi thuỳ do *Mycoplasma pneumoniae* chiếm tỷ lệ cao và tỷ lệ nuôi cấy dịch tỵ hầu mọc vi khuẩn thấp (17,3%), trong đó phổ biến là *Haemophilus influenzae* và *Moraxella catarrhalis.*

Phần lớn các triệu chứng được cải thiện sau 3 ngày điều trị. Thời gian điều trị trung bình 11,60 ± 4,12 ngày, thời gian điều trị > 7 ngày chiếm chủ yếu 90,6%. Có 98,4% ổn định ra viện; 1,6% diễn biến nặng chuyển tuyến trên và ổn định sau 2 tuần. Không có trường hợp nào tử vong.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Khi trẻ > 60 tháng tuổi có biểu hiện của viêm phổi cần nghĩ đến viêm phổi thuỳ. Cần làm xét nghiệm tìm vi khuẩn *Mycoplasma pneumoniae* với các bệnh nhi mắc viêm phổi thuỳ. Tác nhân viêm phổi thùy chủ yếu là *Mycoplasma pneumoniae, Haemophilus influenzae* và *Moraxella catarrhalis*. Do đó, kháng sinh nên tập trung vào 3 loại vi khuẩn này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Troeger Christopher, Blacker Brigette, Khalil Ibrahim A., et al.** (2018), Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory infections in 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, The Lancet Infectious Diseases, 18(11), pp. 1191-1210.
2. **Ke Jie and Tu Xiqing** (2025), Clinical Efficacy of Pidotimod-Assisted Erythromycin in Treating Lobar Pneumonia in Children Over 3 Years Old, British Journal of Hospital Medicine, 86(1), pp. 1-11.
3. **Nguyễn Thị Thanh Bình và Bùi Thị Thúy Nhung** (2022), Căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi tập trung ở trẻ em và kết quả điều trị theo căn nguyên vi khuẩn, Tạp chí Y học Việt Nam, 518(2), pp. 265-270.
4. **Wang Y., Ma L., Li Y., et al.** (2020), Epidemiology and clinical characteristics of pathogens positive in hospitalized children with segmental/lobar pattern pneumonia, BMC Infect Dis, 20(1), p. 205.
5. **Lin C. J., Chen P. Y., Huang F. L., et al.** (2006), Radiographic, clinical, and prognostic features of complicated and uncomplicated community-acquired lobar pneumonia in children, J Microbiol Immunol Infect, 39(6), pp. 489-95.
6. **Đào Minh Tuấn, Nguyễn Thị Thu Nga, Nguyễn Phi Hùng và cộng sự** (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị viêm phổi thùy tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Tạp chí Nhi khoa, 10(2), pp. 28-36.
7. **Đào Thúy Quỳnh, Trương Văn Quý, Nguyễn Thị Hường và cộng sự** (2024), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng căn nguyên vi khuẩn gây bệnh viêm phổi thùy ở trẻ em tại khoa Nội Nhi tổng hợp Bệnh viện E, Tạp chí nghiên cứu Y học, 176(3), pp. 80-88.
8. **Đinh Thị Yến** (2015), Lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị 63 trường hợp viêm phổi thùy tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng, Tạp chí Nhi khoa, 8(6), pp. 23-29.

NGHIÊN CỨU CHỈ SỐ HUYẾT SẮC TỐ HỒNG CẦU LƯỚI (RET-HE) TRONG CHẨN ĐOÁN THIẾU SẮT Ở NGƯỜI BỆNH THẬN MẠN CÓ LỌC MÁU CHU KỲ BỊ THIẾU MÁU

Lê Thị Thúy[1], Đỗ Thị Thanh Thư[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị của huyết sắc tố hồng cầu lưới (Ret-He) trong chẩn đoán tình trạng thiếu máu có thiếu sắt ở người bệnh bị bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh trên 109 bệnh nhân bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ tại Khoa Thận - Lọc máu, Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai từ tháng 2/2024 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Chỉ số Ret-He của đối tượng nghiên cứu có trung vị (khoảng tứ phân vị) là 27,0 (24,0 – 30,7) pg. Trong đó, Ret-He ở nhóm thiếu sắt và thiếu máu có thiếu sắt thấp hơn đáng kể so với nhóm không bị bệnh ($p < 0,05$). Phân tích đường cong ROC thấy Ret-He có giá trị chẩn đoán thiếu máu có thiếu sắt ở bệnh nhân bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ (AUC = 0,723; giá trị ngưỡng: 23,6 pg; độ nhạy 46,2% và độ đặc hiệu 94,2%. **Kết luận:** Ret-He có giá trị chẩn đoán thiếu máu có thiếu sắt ở người bệnh bệnh thận có lọc máu chu kỳ.

Từ khóa: Huyết sắc tố hồng cầu lưới, thiếu máu thiếu sắt, bệnh thận mạn, lọc máu chu kỳ

SUMMARY

DEMONSTRATES THE USEFULNESS OF RETICULOCYTE HEMOGLOBIN (RET-HE) INDEX IN DIAGNOSING IRON DEFICIENCY IN ANEMIC PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE UNDERGOING HEMODIALYSIS

Objective: To determine the value of reticulocyte hemoglobin (Ret-He) in diagnosing iron-deficiency anemia in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. **Subjects and Methods:** A case series study was conducted on 109 patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis at the Nephrology - Dialysis Department, Thong Nhat General Hospital, Dong Nai, from February 2024 to June 2024. **Results:** The median (interquartile range) Ret-He of the study subjects was 27.0 (24.0 – 30.7) pg. Ret-He levels were significantly lower in the iron-deficient and iron deficiency anemia groups compared to the non-deficient group ($p < 0.05$). ROC curve analysis showed that Ret-He had diagnostic value for iron deficiency anemia in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis (AUC = 0.723; cutoff value: 23.6 pg; sensitivity: 46.2%, specificity: 94.2%). **Conclusion:** Ret-He is a valuable parameter for diagnosing iron deficiency anemia in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis.

Keywords: Reticulocyte hemoglobin equivalent, iron deficiency anemia, chronic kidney disease, hemodialysis.

[1]*Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thúy
Email: lethithuy@dhktyduocdn.edu.vn
Ngày nhận bài: 26/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025
Ngày duyệt bài: 14/4/2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu là mối quan tâm lớn nhất của sức khỏe cộng đồng, là chuỗi các nguyên nhân khác nhau bao gồm sinh học, kinh tế xã hội và sinh thái các yếu tố nguy cơ. Nguyên nhân chính bao gồm thiếu sắt, rối loạn hồng cầu di truyền, nhiễm trùng, các bệnh lý mãn tính khác dẫn đến mất máu, giảm sản xuất hồng cầu hoặc phá hủy hồng cầu. Ở người bệnh bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ, một trong những biến chứng thường gặp nhất là thiếu máu. Thiếu máu có thể do thiếu hụt EPO, sắt, dinh dưỡng, tan máu… Trong đó thiếu sắt thường gặp do sử dụng thuốc kích thích tạo hồng cầu (rHUEPO) nhưng cơ thể lại không kịp huy động nguồn sắt dự trữ nhằm cung cấp cho quá trình sản sinh hồng cầu. Hiện nay các dấu ấn thường được sử dụng trên lâm sàng như định lượng sắt huyết thanh, Ferritin hay độ bão hòa Ferritin (Transferrin saturation - TSAT). Tuy nhiên các xét nghiệm này chỉ là xét nghiệm gián tiếp mà không trực tiếp đánh giá lượng sắt bên trong hồng cầu. Các xét nghiệm huyết học như số lượng hồng cầu, Hb, HCT, MCV, MCH; các chỉ số này không nhạy trong phát hiện các rối loạn tạo hồng cầu sớm khi chúng có thay đổi (số lượng hồng cầu: 120 ngày; Hb: 60 ngày; MCV: 21 ngày). Ngược lại huyết sắc tố hồng cầu lưới (Ret-He) là dấu hiệu đầu tiên phản ánh sự bất thường của máu ngoại vi khi có thiếu sắt. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán thiếu sắt là nhuộm sắt trong tủy xương, tuy nhiên phương pháp này là phương pháp xâm lấn và gây tổn thương cho người bệnh [1]. Ret-He là một dấu ấn mới nhằm đánh giá trực tiếp tình trạng sắt bên trong tế bào hồng cầu mới được sinh ra (2 - 4 ngày). Ưu điểm của Ret-He là không bị ảnh hưởng bởi tình trạng viêm, phát hiện sớm với liệu pháp điều trị sắt. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu xác định giá trị của huyết sắc tố hồng cầu lưới trong chẩn đoán tình trạng thiếu sắt ở người bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ bị thiếu máu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

95 người bệnh bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ được chẩn đoán thiếu máu tại Khoa Thận - Lọc máu Bệnh viện Đa Khoa Thống Nhất Đồng Nai từ tháng 02/2024 đến tháng 6/2024.

Trong đó, người bệnh bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ được chẩn đoán thiếu máu khi nồng độ Hb < 13,0 g/dL (< 130 g/L) ở nam và < 12,0 g/dL (< 120 g/L) ở nữ [2].

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Người bệnh trên 18 tuổi, lọc máu chu kỳ từ 03 tháng trở lên.

+ Tuân thủ phác đồ điều trị.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Các người bệnh bị mất máu cấp hoặc có truyền máu trong vòng 03 tháng.

+ Mắc các bệnh rối loạn huyết học - truyền máu.

+ Mắc bệnh truyền nhiễm hoặc ác tính trong 04 tuần trước khi điều trị.

+ Phụ nữ có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh.

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện trên người bệnh bệnh thận mạn điều trị lọc máu chu kỳ bị thiếu máu tại Khoa Thận - Lọc máu Bệnh viện Đa Khoa Thống Nhất Đồng Nai từ tháng 2/2024 đến tháng 6/2024.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin

Những người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu được tiến hành lấy thông tin và thu thập 4mL máu tĩnh mạch. Tất cả các mẫu máu được đưa vào phân tích các thông số xét nghiệm trong vòng 2 giờ đầu kể từ khi lấy, bao gồm:

+ Phân tích công thức máu và xét nghiệm hồng cầu lưới trên hệ thống máy đếm tế bào tự động Symex. Ghi nhận các thông số xét nghiệm Hb (g/dL), Ret-He (pg).

+ Xét nghiệm đánh giá tình trạng sắt: định lượng sắt (Fe - µmol/L), ferritine (mg/L), transferrin (mg/dL) và TSAT (%) trên hệ thống máy xét nghiệm sinh hóa, miễn dịch AU 5800.

Đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán thiếu sắt thông qua các tiêu chí sau [2]:

· Thiếu sắt tuyệt đối: TSAT < 20% và ferritine < 200 mg/L.

· Thiếu sắt chức năng: TSAT < 20% và ferritine > 200 mg/L.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA ver17. Các biến số định lượng sẽ được kiểm tra phân phối, báo cáo trung bình và độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu không phân phối chuẩn.

Sử dụng các phép kiểm thống kê để xác định mối liên quan giữa Ret-He với các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, giá trị $p<0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Phân tích đường cong ROC, xác định ngưỡng giá trị Ret-He tối ưu bằng cách tính độ nhạy và độ đặc hiệu ở các ngưỡng cắt khác nhau trong chẩn đoán thiếu máu có thiếu sắt.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được phê duyệt cho phép thực hiện theo văn bản số 35/PCT-HĐĐĐ-SĐH của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Quốc tế Hồng Bàng, ngày 05 tháng 08 năm 2023.

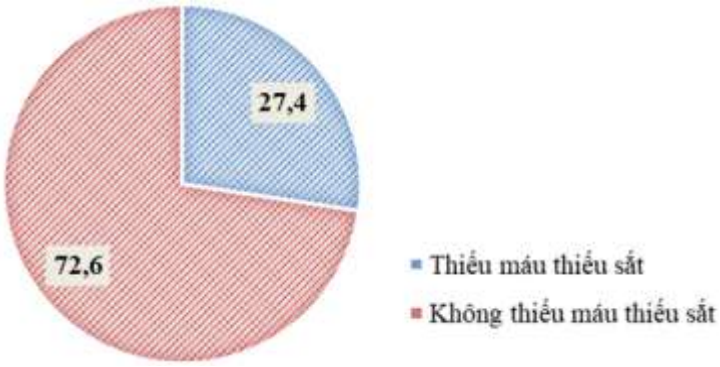
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 95 người bệnh bị bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ tham gia nghiên cứu, giới tính nam chiếm tỷ lệ 52,6%, nữ chiếm tỷ lệ 47,4%. Tuổi trung bình của những người bệnh tham gia nghiên cứu là 53,6 ± 13,2 tuổi, nhỏ nhất là 22 tuổi và lớn nhất là 81 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm các chỉ số xét nghiệm của đối tượng nghiên cứu (n = 95)

Thông số	Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Fe (µmol/L)	10,4 (8,2 – 15,5)
Ferritine (mg/L)	408,0 (294,0 – 542,0)
Transferrin (mg/dL)	175,2 (156,4 – 197,9)
TSAT (%)	27,4 (20,7 – 36,8)
Hb (g/dL)	10,0 (9,1 – 10,8)
Ret-He (pg)	27,0 (24,0 – 30,7)

Kết quả phân tích các chỉ số xét nghiệm cho thấy, Ret-He có trung vị, khoảng tứ phân vị là 27,0 (24,0 – 30,7) pg.



Hình 1. Đặc điểm thiếu máu có thiếu sắt của đối tượng nghiên cứu (n=95)

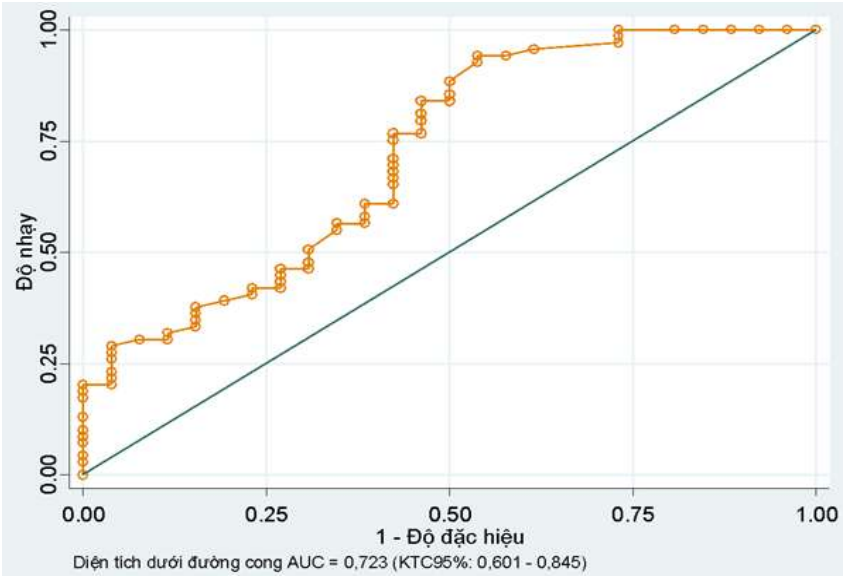
Dựa trên các thông số xét nghiệm TSAT và Ferritin ghi nhận 27,4% người bệnh bị thiếu máu có thiếu sắt.

Bảng 2. So sánh chỉ số huyết sắc tố hồng cầu lưới giữa các nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Ret-He Trung vị (Khoảng tứ phân vị)	p[a]
Thiếu máu thiếu sắt	26	24,0 (22,5 – 28,4)	0,001
Không thiếu máu thiếu sắt	69	27,2 (25,2 – 32,3)	

[a] *Man-Whitney test*

Khi so sánh chỉ số Ret-He giữa các nhóm đối tượng nghiên cứu, nhận thấy có sự khác biệt đáng kể Ret-He giữa nhóm đối tượng thiếu máu có thiếu sắt và không thiếu máu có thiếu sắt. Cụ thể: trung vị (khoảng tứ phân vị) Ret-He ở nhóm thiếu máu có thiếu sắt là 24,0 (22,5 – 28,4) pg thấp hơn đáng kể so với nhóm thiếu máu không thiếu sắt là 27,2 (25,2 – 32,3) pg (p=0,001).



Hình 2. Đường cong ROC của chỉ số huyết sắc tố hồng cầu lưới trong chẩn đoán thiếu sắt ở đối tượng nghiên cứu

Diện tích dưới đường cong ROC (AUC) của Ret-He trong chẩn đoán thiếu sắt ở người bệnh bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ có thiếu máu là 0,723 (KTC95%: 0,601 – 0,845) (p=0,001).

Bảng 3. So sánh diện tích dưới đường cong ROC trong chẩn đoán thiếu sắt của các chỉ số nghiên cứu

Thông số	AUC	KTC 95%
Transferrin	0,487	0,347 – 0,627
Ferritin	0,697	0,569 – 0,825
Ret-He	0,723	0,601 – 0,845
Fe	0,854	0,760 – 0,948
TSAT	0,932	0,855 – 1,000

Khi so sánh với các chỉ số khác, AUC của Ret-He cao hơn so với các chỉ số transferrin và ferritin nhưng thấp hơn của Fe và TSAT (p < 0,001).

Bảng 4. Mối tương quan giữa các chỉ số sắt với huyết sắc tố hồng cầu lưới

Thông số	Hệ số tương quan Spearson (r)	p[b]
Ferritine	0,221	0,031
Transferrin	0,243	0,017
TSAT	0,597	<0,001
Fe	0,744	<0,001

Ngưỡng Ret-He 23,6 pg có khả năng phân biệt giữa người bệnh bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ bị thiếu máu có hay không có thiếu sắt; độ nhạy là 46,2 %; độ đặc hiệu là 94,2%.

Ret-He với Fe và TSAT có mối tương quan dương mạnh (r=0,744; p<0,001 và r=0,579; p<0,001). Trong khi đó, Ret-He chỉ có mối tương quan dương yếu với transferrin và ferritin (r=0,243; p=0,017 và r=0,221; p=0,031)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận có 27,4% người bệnh bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ bị thiếu máu do thiếu sắt. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Thọ (2021), tỷ lệ thiếu máu có thiếu sắt của người bệnh bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ là 58,8% và tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Toàn và cộng sự (2024) là 31,7% [3][4]. Điều này phản ánh các mức độ phổ biến khác nhau của thiếu máu có thiếu sắt trong các quần thể người bệnh có lọc máu chu kỳ.

Thiếu máu là một trong những biến chứng phổ biến ở người bệnh bệnh thận mạn, đặc biệt là ở giai đoạn cuối và những người đang điều trị lọc máu chu kỳ. Trong đó, thiếu máu do thiếu sắt chiếm tỷ lệ đáng kể do nhu cầu sắt tăng cao khi sử dụng thuốc kích thích tạo hồng cầu (rHuEPO) và do mất sắt qua lọc máu. Hiện nay, các xét nghiệm phổ biến để đánh giá tình trạng sắt là Ferritin và TSAT. Tuy nhiên, Ferritin huyết thanh không lý tưởng để xác định tình trạng thiếu sắt vì là chất phản ứng giai đoạn cấp tính và thường tăng lên trong các phản ứng viêm nhiễm, bệnh truyền nhiễm, bệnh ác tính. Tương tự, TSAT cũng có sự dao động đáng kể (17 đến

70%) trong ngày dẫn đến khó khăn trong việc giải thích. Hàm lượng huyết sắc tố hồng cầu lưới phản ánh trực tiếp lượng sắt sẵn có để sản xuất hemoglobin trong tủy xương, do đó, đo hàm lượng Ret-He là một phép đo gián tiếp về sắt chức năng có sẵn trong quá trình sản xuất hồng cầu lưới [5]. Ret-He là cách cách nhanh nhất để phát hiện các thay đổi về trạng thái sắt vì nó xem xét nguồn cung cấp sắt hiện tại đối với hồng cầu và đánh giá chất lượng của các tế bào ngay từ giai đoạn hồng cầu lưới. Đồng thời Ret-he có thể hữu ích trong việc xác định thiếu máu do thiếu sắt ở những người bị viêm nhiễm khi có thiếu máu do thiếu sắt tồn tại vì nó không ảnh hưởng bởi viêm [1]. Vì khi tình trạng thiếu sắt diễn ra, nồng độ sắt huyết thanh và Ferritin giảm, Ret-he cũng giảm theo [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận giá trị trung vị, khoảng tứ phân vị của Ret-He ở người bệnh bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ là 27,0 (24,0 – 30,7) pg. Trong đó, Ret-He ở nhóm thiếu máu có thiếu sắt là 24,0 (22,5 – 28,4) pg, thấp hơn so với nhóm không thiếu sắt với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này hoàn toàn phù hợp với kết luận trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Thọ (2021) và Nguyễn Minh Toàn (2024) [3][4]. Điều này cho thấy Ret-He có thể là một chỉ số hữu ích trong phân biệt người bệnh thiếu sắt và không thiếu sắt ở người bệnh bệnh thận mạn thiếu máu.

Nhiều nghiên cứu đã đưa ra giả thuyết về việc sử dụng Ret-He như một chỉ số đáng tin cậy để đánh giá tình trạng thiếu máu có thiếu sắt ở người bệnh suy thận mạn có lọc máu chu kỳ. Dựa vào phân tích đường cong ROC, chúng tôi nhận thấy rằng Ret-He có giá trị chẩn đoán tình trạng thiếu máu có thiếu sắt ở người bệnh suy thận mạn có lọc máu chu kỳ (AUC = 0,723; KTC95: 0,601 – 0,845; p=0,001), khi sử dụng giá trị ngưỡng 23,6 pg có khả năng phân biệt tình trạng bệnh với độ nhạy 46,2% và độ đặc hiệu là 94,2%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Toàn (2024), giá trị chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt của Ret-He có AUC là 0,752 ngưỡng giá trị tối ưu được xác định là 32 pg với độ nhạy 80,0% và độ đặc hiệu 62,8% [4]. So với nghiên cứu của chúng tôi, giá trị Ret-He trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Toàn cao hơn, giá trị ngưỡng cao hơn, độ nhạy tốt hơn nhưng độ đặc hiệu kém hơn nghiên cứu của chúng tôi. Nếu chúng tôi sử dụng ngưỡng giá trị 31,9 pg tương đương với tác giả trên, giá trị chẩn đoán có thể cải thiện hơn về độ nhạy (96,2% so với 80,0%) nhưng độ đặc hiệu thấp hơn (27,5% so với 62,8%).

Một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Brugnara C và cộng sự (2006), kết quả diện tích dưới đường cong là 0,913, giá trị ngưỡng là 27,2 pg, độ nhạy 93,3% và độ đặc hiệu là 83,2% [7]. Hay kết quả nghiên cứu của tác giả Sany D và cộng sự (2020) thấy ngưỡng Ret-He 27 pg với độ nhạy là 90,4 % và độ đặc hiệu 80,8% có giá trị chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt [8].

Như vậy, cùng với các nghiên cứu trước đây, nghiên cứu của chúng tôi đã chứng minh Ret-He có giá trị trong chẩn đoán thiếu máu có thiếu sắt ở người bệnh bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ. Các nghiên cứu đều cho thấy Ret-He như một chỉ số đáng tin cậy để đánh giá tình trạng thiếu sắt của người bệnh. Sự khác biệt về giá trị Ret-He, ngưỡng giá trị, độ nhạy và độ đặc hiệu có thể xuất phát

từ phương pháp xét nghiệm, tiêu chí chẩn đoán thiếu sắt, cũng như đặc điểm dân số nghiên cứu. Do đó, cần có thêm các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá chính xác hơn vai trò của Ret-He trong thực hành lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số Ret-He ở bệnh nhân bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ tham gia nghiên cứu có trung vị (khoảng tứ phân vị) là 27,0 (24,0 – 30,7) pg. Trong đó, Ret-He ở nhóm thiếu máu có thiếu sắt thấp hơn so với nhóm không thiếu sắt với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Dựa vào phân tích đường cong ROC, Ret-He có giá trị chẩn đoán thiếu sắt ở bệnh nhân bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ bị thiếu máu với AUC = 0,723, ở ngưỡng giá trị 23,6 pg có độ nhạy là độ nhạy 46,2% và độ đặc hiệu 94,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chinudomwong P, Binyasing A, Trongsakul R, et al** (2020), "Diagnostic performance of reticulocyte hemoglobin equivalent in assessing the iron status", Journal of Clinical Laboratory Analysis. 34(6), tr. e23225.
2. **V.Tam, H.P.H.An** (2023), Khuyến Cáo Về Chẩn Đoán Và Điều Trị Bệnh Thận Mạn và Một Số Bệnh Lý Thận, Hội Tiết Niệu Thận Học Việt Nam.
3. **Nguyễn Minh Thọ, Hà Thị Anh và Nguyễn Bách** (2021), "Giá trị của huyết sắc tố hồng cầu lưới trong theo dõi và điều trị thiếu máu ở người bệnh lọc máu chu kỳ", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 25(5), tr. 300-306.
4. **Nguyễn Văn Toàn, Trần Thanh Tùng, Phan Nguyễn Vũ Linh và cộng sự** (2024), "Giá trị của chỉ số Ret-He trong chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt ở người bệnh bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu định kỳ", Tạp chí Y học Việt Nam. 540(1), tr. 249-253.
5. **Kim JM, Ihm CH, Kim HJ** (2008), "Evaluation of reticulocyte haemoglobin content as marker of iron deficiency and predictor of response to intravenous iron in haemodialysis patients", International journal of laboratory hematology. 30(1), tr. 46-52
6. **Dalimunthe NN, Lubis AR** (2016), "Usefulness of reticulocyte hemoglobin equivalent in management of regular hemodialysis patients with iron deficiency anemia", Rom J Intern Med. 54(1), tr. 31-36.
7. **Brugnara C, Schiller B, Moran J** (2006), "Reticulocyte hemoglobin equivalent (Ret He) and assessment of iron-deficient states", Clinical Laboratory Haematology. 28(5), tr. 303-308.
8. **Dawlat S, Yasser ES, Saudi TJ** (2020), "Diagnosis of iron deficiency in hemodialysis patients: Usefulness of measuring reticulocyte hemoglobin equivalent", Journal of Kidney Diseases Transplantation. 31(6).

HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA GINKGO BILOBA ĐƯỜNG TIÊM TRONG ĐIỀU TRỊ SUY MẠCH MÁU NÃO MẠN TÍNH VÀ CÁC BỆNH LÝ LIÊN QUAN

Vũ Thị Yến[1], Trần Vân Anh[1,2], Nguyễn Thị Thu Phương[1,2], Trần Thị Ngân[1,2], Hoàng Văn Dũng[1,2], Ngô Thị Quỳnh Mai[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của việc sử dụng Ginkgo biloba đường tiêm tĩnh mạch trong điều trị suy mạch máu não mạn tính và các bệnh lý liên quan. **Phương pháp:** Tổng quan tài liệu hệ thống các nghiên cứu từ trước đến nay về Ginkgo biloba đường tiêm, bao gồm 29 nghiên cứu (chủ yếu là các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng và tổng quan hệ thống) được thu thập qua các cơ sở dữ liệu PubMed, Cochrane, Web of Science, và các nguồn y văn tiếng Trung. Từ khóa sử dụng bao gồm "Ginkgo biloba", "EGb 761", "intravenous", "injection", "cerebral insufficiency", "ischemic stroke"… Tiêu chuẩn chọn: các nghiên cứu đánh giá hiệu quả lâm sàng và an toàn của chế phẩm Ginkgo biloba dạng tiêm trong các bệnh suy tuần hoàn não mạn tính, sa sút trí tuệ do mạch máu, thiếu máu não cục bộ. Loại trừ: các báo cáo ca lâm sàng, nghiên cứu trên động vật (trừ một số bằng chứng tiền lâm sàng quan trọng để thảo luận cơ chế). **Kết quả:** Ginkgo biloba tiêm tĩnh mạch (chẳng hạn EGb 761, ginkgolide, hoặc các chế phẩm kết hợp) cải thiện đáng kể các triệu chứng lâm sàng của suy tuần hoàn não mạn tính như suy giảm nhận thức, chóng mặt do thiếu máu nền sống, và tăng cường chức năng thần kinh ở bệnh nhân đột quỵ não thiếu máu. Đặc biệt, việc phối hợp Ginkgo biloba tiêm với điều trị tiêu sợi huyết trong đột quỵ cấp làm tăng tỷ lệ phục hồi chức năng tốt (mRS 0–2) và giảm nguy cơ biến chứng xuất huyết nội sọ so với đơn trị liệu. Ginkgo biloba đường tiêm nhìn chung được dung nạp tốt, ít tác dụng không mong muốn nghiêm trọng, không khác biệt so với nhóm chứng; một số nghiên cứu còn ghi nhận tỷ lệ tác dụng phụ ở nhóm chứng cao hơn nhóm dùng Ginkgo. **Kết luận:** Chế phẩm Ginkgo biloba đường tiêm có hiệu quả cải thiện tuần hoàn não, chức năng thần kinh và nhận thức ở bệnh nhân suy mạch máu não mạn tính và hỗ trợ điều trị đột quỵ thiếu máu não, với hồ sơ an toàn chấp nhận được. Có thể xem xét áp dụng Ginkgo biloba đường tiêm như một liệu pháp bổ trợ trong điều trị các bệnh lý thiếu máu não sau khi cân nhắc kỹ lưỡng về bằng chứng và hướng dẫn hiện hành.

Từ khóa: Ginkgo biloba, Tiêm tĩnh mạch, Suy tuần hoàn não mạn tính, Đột quỵ thiếu máu não, Suy giảm nhận thức

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Phương
Email: nttphuong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 26/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025
Ngày duyệt bài: 12/5/2025

SUMMARY

EFFICACY AND SAFETY OF INTRAVENOUS GINKGO BILOBA IN THE TREATMENT OF CHRONIC CEREBROVASCULAR INSUFFICIENCY AND RELATED CONDITIONS

Objective: To evaluate the efficacy and safety of intravenous Ginkgo biloba in the

treatment of chronic cerebrovascular insufficiency and related conditions. **Methods:** We conducted a systematic literature review of studies on intravenous Ginkgo biloba, including 29 studies (primarily randomized controlled trials and systematic reviews) identified from databases such as PubMed, Cochrane Library, Web of Science, and Chinese medical databases. Keywords included "Ginkgo biloba", "EGb 761", "intravenous", "injection", "cerebral insufficiency", and "ischemic stroke". Inclusion criteria: studies assessing clinical efficacy and safety of injectable Ginkgo biloba preparations in chronic cerebral circulatory insufficiency, vascular dementia, or cerebral ischemia. Exclusion criteria: case reports and animal studies (with the exception of key preclinical evidence for discussion of mechanisms). **Results:** Intravenous Ginkgo biloba (such as EGb 761 extract infusions, isolated ginkgolides, or combination preparations) significantly improves clinical symptoms of chronic cerebral circulatory insufficiency (e.g. cognitive impairment, vertigo due to vertebrobasilar insufficiency) and enhances neurological recovery in ischemic stroke patients. Multiple trials showed superior outcomes in cognitive and daily function scores in the Ginkgo IV groups compared to placebo or conventional therapy. Notably, adjunctive intravenous Ginkgo (ginkgolide) with thrombolysis in acute ischemic stroke increased the proportion of patients with favorable outcomes and reduced the risk of symptomatic intracerebral hemorrhage compared to thrombolysis alone. Intravenous Ginkgo was generally well-tolerated with no significant difference in adverse events compared to controls; some studies even reported fewer adverse reactions in the Ginkgo groups than in placebo. **Conclusions:** Intravenous Ginkgo biloba preparations are effective in improving cerebral circulation, neurological function, and cognition in patients with chronic cerebrovascular insufficiency and can aid recovery in acute ischemic stroke, with an acceptable safety profile. These findings support considering IV Ginkgo biloba as an adjuvant therapy in cerebral ischemic conditions, given careful evaluation of the evidence and current guidelines.

Keywords: Ginkgo biloba, Intravenous injection, Chronic cerebral insufficiency, Ischemic stroke, Cognitive impairment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy mạch máu não mạn tính (hay thiểu năng tuần hoàn não mạn tính) là tình trạng giảm tưới máu não kéo dài, thường gặp ở người cao tuổi do xơ vữa động mạch, bệnh mạch máu nhỏ hoặc hậu quả của các ổ nhồi máu não nhiều lần. Tình trạng này dẫn đến suy giảm chức năng nhận thức, sa sút trí tuệ dạng mạch máu, rối loạn thăng bằng, chóng mặt, giảm chất lượng cuộc sống và làm tăng nguy cơ đột quỵ. Hiện nay, ngoài các biện pháp kiểm soát yếu tố nguy cơ (tăng huyết áp, rối loạn lipid máu) và cải thiện vi tuần hoàn, chưa có liệu pháp đặc hiệu nào được thống nhất rộng rãi cho nhóm bệnh lý này. Ginkgo biloba (bạch quả) là một dược liệu đã được sử dụng từ lâu với tác dụng cải thiện tuần hoàn máu và chức năng nhận thức. Chiết xuất Ginkgo biloba chuẩn hóa (như EGb 761) chứa flavonoid và terpenoid đã được chứng minh có hoạt tính chống oxy hóa, bảo vệ tế bào thần kinh và tăng lưu thông máu não. Nhiều thử nghiệm lâm sàng đã đánh giá hiệu quả của Ginkgo biloba dạng uống trong suy giảm nhận thức nhẹ, sa sút trí tuệ và một số bệnh lý mạch máu ngoại biên,

cho thấy tác dụng cải thiện triệu chứng (như trí nhớ, khả năng tập trung, giảm chóng mặt và ù tai) so với giả dược. Tuy nhiên, dạng tiêm tĩnh mạch của Ginkgo biloba ít phổ biến hơn trên thế giới, chủ yếu được phát triển và sử dụng tại châu Âu (Đức, Pháp) và đặc biệt là Trung Quốc. Ginkgo biloba đường tiêm (các chế phẩm dịch truyền tĩnh mạch chiết xuất bạch quả, đơn cử như Tebonin™ phần dùng tiêm ở Đức, hay các sản phẩm Shuxuening và Ginaton ở Trung Quốc) được kỳ vọng cho hiệu quả nhanh và mạnh hơn dạng uống trong giai đoạn cấp, nhờ đạt nồng độ hoạt chất cao và cải thiện vi tuần hoàn não tức thời. Tại Việt Nam, Ginkgo biloba chủ yếu lưu hành ở dạng thuốc uống hoặc thực phẩm bảo vệ sức khỏe, trong khi chế phẩm tiêm tĩnh mạch chưa được sử dụng rộng rãi. Do đó, cần tổng hợp bằng chứng về hiệu quả và độ an toàn của Ginkgo biloba đường tiêm, nhằm cung cấp cơ sở khoa học cho việc xem xét áp dụng liệu pháp này trong điều trị suy mạch máu não mạn tính cũng như một số bệnh lý liên quan (vd. đột quỵ thiếu máu não). Bài tổng quan này được thực hiện với mục tiêu đánh giá một cách có hệ thống các nghiên cứu lâm sàng về Ginkgo biloba đường tiêm, làm rõ các chỉ định, hiệu quả lâm sàng, tính an toàn, cũng như đề xuất liều dùng và thời gian điều trị tối ưu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế: Nghiên cứu tổng quan tài liệu (literature review) có hệ thống.

Nguồn tư liệu: Nhóm nghiên cứu tiến hành tra cứu trên các cơ sở dữ liệu y học điện tử gồm PubMed, Cochrane Library, Web of Science, và các cơ sở dữ liệu Trung Quốc (như CNKI, WangFang) đến tháng 3/2025. Ngoài ra, các tài liệu tham khảo trong những bài báo liên quan cũng được truy cứu bổ sung.

Từ khóa tìm kiếm: "Ginkgo biloba", "Ginkgo extract", "EGb 761", "intravenous", "injection", "cerebral insufficiency", "cerebrovascular", "stroke", "vascular dementia"... được kết hợp linh hoạt.

Tiêu chí lựa chọn: (1) Loại hình nghiên cứu: các thử nghiệm lâm sàng có đối chứng (đặc biệt là thử nghiệm ngẫu nhiên – RCT), phân tích gộp, tổng quan hệ thống; (2) Đối tượng: bệnh nhân người lớn mắc suy tuần hoàn não mạn tính (như bệnh lý mạch máu não mạn tính gây suy giảm nhận thức, sa sút trí tuệ do mạch máu, thiểu năng tuần hoàn hệ động mạch sống – nền), hoặc đột quỵ thiếu máu não; (3) Can thiệp: sử dụng Ginkgo biloba đường tiêm tĩnh mạch đơn trị hoặc kết hợp (bao gồm các chế phẩm dịch chiết toàn phần EGb 761 tiêm tĩnh mạch, các phân đoạn ginkgolide, hoặc chế phẩm phối hợp Ginkgo với thuốc khác như dipyridamole); (4) Chỉ tiêu đánh giá: hiệu quả (triệu chứng lâm sàng, thang điểm đánh giá nhận thức – tâm thần kinh, thang điểm chức năng hoạt động hàng ngày, thang điểm thần kinh, tỷ lệ đáp ứng điều trị hoặc kết cục lâm sàng trong đột quỵ) và tính an toàn (tỷ lệ xảy ra tác dụng không mong muốn, kết quả xét nghiệm, biến cố bất lợi nghiêm trọng).

Tiêu chí loại trừ: Các báo cáo trường hợp lâm sàng, loạt ca; các nghiên cứu chỉ sử dụng Ginkgo biloba đường uống; các nghiên cứu trên động vật hoặc cơ chế (trừ khi cần thiết để thảo luận).

Trích xuất dữ liệu: Các thông tin chính được trích xuất bao gồm: đặc điểm nghiên

cứu (tác giả, năm, thiết kế), cỡ mẫu và đặc điểm bệnh nhân, loại can thiệp và liều lượng, chỉ định/bệnh lý, thời gian điều trị, tiêu chí đánh giá và kết quả chính về hiệu quả, an toàn. Đánh giá chất lượng: Sử dụng thang điểm RoB2 của Cochrane cho các RCT, và công cụ AMSTAR cho các tổng quan hệ thống. Bất đồng được thảo luận và quyết định bởi nhóm nghiên cứu.

Phân tích: Tổng hợp định tính (qualitative synthesis) được thực hiện do tính không đồng nhất giữa các nghiên cứu (khác biệt về chỉ định bệnh, loại chế phẩm Ginkgo, tiêu chí đầu ra). Kết quả được trình bày theo các nhóm nội dung chính phù hợp với tiêu chí đăng ký thuốc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số các tài liệu thu thập, chúng tôi chọn được 29 nghiên cứu phù hợp, gồm 15 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (RCT), 4 nghiên cứu lâm sàng có nhóm chứng khác, và 10 bài tổng quan phân tích gộp/hệ thống. Các nghiên cứu này chủ yếu đến từ châu Âu và Trung Quốc, tập trung vào hai nhóm chính: (1) Suy tuần hoàn não mạn tính và sa sút trí tuệ do mạch máu; (2) Đột quỵ thiếu máu não cấp tính hoặc giai đoạn phục hồi sớm. Ngoài ra, một số bằng chứng tiền lâm sàng quan trọng cũng được xem xét hỗ trợ giải thích cơ chế. Dữ liệu chi tiết từ các nghiên cứu được phân tích theo các khía cạnh: hiệu quả lâm sàng, tính an toàn, chỉ định và đối tượng, liều dùng và thời gian điều trị như sau:

Hiệu quả lâm sàng của Ginkgo biloba đường tiêm

Trong suy mạch máu não mạn tính và rối loạn nhận thức: Nhiều thử nghiệm tại châu Âu những năm 1990 đã ghi nhận hiệu quả cải thiện chức năng nhận thức và sinh hoạt với Ginkgo biloba truyền tĩnh mạch. Haase và cs. (1996) thực hiện RCT mù đôi trên 40 bệnh nhân sa sút trí tuệ mức độ trung bình (do Alzheimer, do mạch máu hoặc hỗn hợp), điều trị bằng EGb 761 tiêm tĩnh mạch (4 lần/tuần x 4 tuần) so với giả dược[1]. Kết quả cho thấy nhóm Ginkgo cải thiện rõ rệt khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày và hiệu suất nhận thức so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Các triệu chứng nổi bật của bệnh (như giảm trí nhớ, giảm chú ý) giảm mức độ và điểm đánh giá tâm thần kinh tổng quát được cải thiện ở nhóm dùng Ginkgo. Tương tự, một nghiên cứu khác tại Đức (Raabe và cs., 1991) ở bệnh nhân cao tuổi bị thiếu máu võng mạc – não mạn tính cho thấy truyền Ginkgo liều cao (160 mg/ngày) trong 4 tuần tăng độ nhạy cảm võng mạc tốt hơn liều thấp hoặc giả dược, gián tiếp phản ánh tăng tưới máu mao mạch võng mạc và não[2]. Bên cạnh các thử nghiệm đơn lẻ, tổng quan có hệ thống của Kleijnen và Knipschild (1992) phân tích 40 thử nghiệm về Ginkgo biloba (cả đường uống và tiêm) trong "chứng thiếu máu não" cho thấy đa số các nghiên cứu báo cáo kết quả tích cực có lợi cho Ginkgo[3]. Tuy nhiên, các tác giả cũng lưu ý chất lượng phương pháp của nhiều thử nghiệm còn hạn chế và khả năng tồn tại thiên lệch công bố (do hầu như không có nghiên cứu nào báo cáo kết quả âm tính). Dù vậy, về xu hướng chung, Ginkgo biloba liều khoảng 120 mg/ngày trong ít nhất 4-6 tuần có hiệu quả lâm sàng tương đương với co-dergocrine (một thuốc hoạt huyết đã đăng ký) trong điều trị suy tuần hoàn não. Một phân tích tổng hợp khác trên ~1.200 bệnh nhân sa sút trí tuệ

và suy giảm nhận thức tuổi già cho thấy điều trị Ginkgo giúp giảm khoảng 25% các triệu chứng nhận thức (cải thiện trí nhớ, sự tập trung, tỉnh táo) cũng như giảm triệu chứng kèm theo như ù tai, chóng mặt sau ít nhất 4-6 tuần điều trị. Những cải thiện này xuất hiện sớm nhất ở các chức năng như trí nhớ, chú ý, sau đó đến các triệu chứng như chóng mặt, và cần tối thiểu 1-2 tháng để đạt hiệu quả rõ.

Đối với sa sút trí tuệ do mạch máu, bằng chứng hiện có chủ yếu đến từ châu Á. Một tổng quan hệ thống và phân tích gộp mới đây (Xiao và cs., 2024) đã đánh giá 10 RCT về phối hợp Ginkgo biloba với donepezil (thuốc ức chế cholinesterase) ở bệnh nhân sa sút trí tuệ mạch máu tại Trung Quốc[4]. Các thử nghiệm trong tổng quan này sử dụng cả Ginkgo dạng uống và tiêm (chế phẩm Shuxuening truyền tĩnh mạch) trong thời gian 4–12 tuần kết hợp với donepezil đường uống. Kết quả phân tích gộp cho thấy phối hợp Ginkgo + donepezil vượt trội so với donepezil đơn thuần: tăng tỷ lệ hiệu quả lâm sàng toàn bộ, cải thiện điểm MMSE trung bình thêm khoảng 2,9 điểm, cải thiện điểm hoạt động sinh hoạt thường ngày (BI và ADL). Sự cải thiện về thang điểm nhận thức và chức năng được ghi nhận ở cả liệu trình 4 tuần, 8 tuần và lớn nhất ở 12 tuần điều trị. Đáng chú ý, phân tích dưới nhóm cho thấy đường dùng thuốc (uống hay tiêm) không ảnh hưởng đến hiệu quả – tức là Ginkgo dạng tiêm hay uống khi phối hợp donepezil đều cho kết quả cải thiện nhận thức tương tự. Tuy nhiên, so sánh nhỏ giữa hai đường dùng gợi ý: nhóm dùng Ginkgo tiêm tĩnh mạch có xu hướng cải thiện chỉ số Barthel (BI) nhiều hơn, trong khi nhóm dùng Ginkgo đường uống cải thiện điểm ADL nhiều hơn chút

Trong thiếu máu não cấp (đột quỵ): Ginkgo biloba đường tiêm đã được nghiên cứu như liệu pháp hỗ trợ song song với điều trị tiêu chuẩn (thí dụ tiêu sợi huyết hoặc thuốc chống huyết khối) nhằm tăng cường phục hồi thần kinh sau đột quỵ thiếu máu. Thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm GINKGO-STROKE (giant, 2021) là một cụm thử nghiệm ngẫu nhiên tại Trung Quốc, đánh giá hiệu quả của Ginkgolide truyền tĩnh mạch kết hợp với tiêu sợi huyết alteplase ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp [5]. Ginkgolide ở đây là dạng tinh chế các hoạt chất terpene lactone từ Ginkgo (hàm lượng cao ginkgolide B) dùng truyền tĩnh mạch trong 7-14 ngày song song với liệu trình alteplase. Kết quả cho thấy nhóm sử dụng Ginkgolide có tiên lượng chức năng 3 tháng tốt hơn đáng kể: 78,6% bệnh nhân đạt mRS ≤2 (độc lập hoặc ít di chứng) so với 66,7% ở nhóm chỉ dùng alteplase ($p<0,01$). Đồng thời, không có trường hợp xuất huyết não có triệu chứng nào xảy ra ở nhóm Ginkgo, trong khi nhóm chứng có tỷ lệ 2,72% bị xuất huyết nội sọ có triệu chứng ($p<0,01$). Phân tích an toàn chi tiết cho thấy bổ sung Ginkgolide không làm tăng biến chứng chảy máu nói chung, thậm chí tỷ lệ chuyển dạng xuất huyết còn thấp hơn nhóm chứng sau hiệu chỉnh yếu tố nguy cơ.

Tương tự, một tổng quan năm 2022 của Zhao và cs. xem xét các chế phẩm ginkgolide tiêm tĩnh mạch trong đột quỵ cũng kết luận tích cực: Chế phẩm Ginkgo diterpene lactone meglumine injection (GMI) cho hiệu quả cải thiện chức năng thần kinh vượt trội so với nhóm chứng (điều trị thông thường hoặc giả dược) [7]. Một chế phẩm khác là ginkgolide B tinh khiết tiêm cũng cho thấy xu hướng cải thiện hiệu quả lâm sàng, mặc dù mức cải

thiện thang điểm thần kinh chưa đạt khác biệt rõ rệt so với chứng. Đặc biệt, phân tích gộp xác nhận phối hợp Ginkgo lactone injection với rt-PA (tiêu sợi huyết) vượt trội rt-PA đơn thuần về cả tỷ lệ cải thiện lâm sàng và mức phục hồi thần kinh sau đột quỵ cấp– phù hợp với kết quả thử nghiệm GIANT nêu trên. Như vậy, đồng thuận chung từ các bằng chứng hiện có là Ginkgo biloba đường tiêm có thể hỗ trợ phục hồi sau đột quỵ thiếu máu não, cải thiện mức độ di chứng và khả năng hoạt động thường ngày của người bệnh so với điều trị thông thường.

Các tác dụng khác: Ngoài cải thiện chức năng nhận thức và thần kinh, Ginkgo biloba tiêm tĩnh mạch còn được báo cáo có lợi trên một số biểu hiện lâm sàng liên quan. Chẳng hạn, trong hội chứng thiểu năng tuần hoàn hệ động mạch sống – nền (thường gây chóng mặt tư thế, mất thăng bằng do thiếu máu vùng não sau), phân tích gộp của Cao và cs. (2019) cho thấy việc kết hợp Ginkgo dạng tiêm với thuốc điều trị chuẩn giúp tăng đáng kể tỷ lệ cải thiện triệu chứng chóng mặt so với chỉ dùng thuốc thông thường [8]. Siêu âm Doppler xuyên sọ ở nhóm có Ginkgo cho thấy tăng vận tốc dòng chảy ở động mạch đốt sống và nền, đồng thời các chỉ số huyết động (như độ nhớt máu) được cải thiện tốt hơn, đặc biệt khi dùng chế phẩm Shuxuening (Ginkgo + dipyridamole). Điều này củng cố bằng chứng rằng Ginkgo đường tiêm cải thiện vi tuần hoàn và cung lượng máu não. Ngoài ra, một số nghiên cứu nhỏ còn gợi ý Ginkgo tiêm tĩnh mạch có thể cải thiện triệu chứng bệnh Raynaud, bệnh động mạch ngoại biên… tuy nhiên phạm vi bài viết tập trung vào hệ thần kinh trung ương nên không đi sâu.

Tính an toàn của Ginkgo biloba đường tiêm

Tác dụng không mong muốn chung: Các thử nghiệm và phân tích gộp đều cho thấy Ginkgo biloba đường tiêm được dung nạp tốt. Tỷ lệ gặp tác dụng phụ nhìn chung tương đương hoặc thấp hơn so với nhóm chứng. Trong nghiên cứu của Demarin và cs. (2017) trên bệnh nhân suy giảm nhận thức mạch máu, nhóm dùng Ginkgo (uống) 6 tháng cũng không có khác biệt về xét nghiệm an toàn so với giả dược; thậm chí số trường hợp báo cáo phản ứng có hại nhẹ ở nhóm giả dược nhiều hơn nhóm Ginkgo [9]. Đối với đường tiêm, hầu hết các phản ứng ghi nhận được đều ở mức độ nhẹ đến trung bình, ví dụ như: nhức đầu thoáng qua, đỏ da hoặc ngứa tại vị trí tiêm truyền, rối loạn tiêu hóa nhẹ (buồn nôn), hoặc chóng mặt nhẹ. Tỷ lệ những triệu chứng này không khác biệt có ý nghĩa so với nhóm không dùng Ginkgo.

Nguy cơ chảy máu: Do hoạt chất ginkgolide B trong Ginkgo biloba là một chất ức chế yếu yếu tố kích hoạt tiểu cầu (PAF), có lo ngại rằng dùng Ginkgo có thể tăng nguy cơ chảy máu. Trong các nghiên cứu đột quỵ, chỉ số an toàn quan trọng nhất là xuất huyết nội sọ. Kết quả rất khả quan: như đã đề cập, thử nghiệm GIANT không ghi nhận trường hợp xuất huyết não triệu chứng nào ở nhóm dùng ginkgolide, trong khi nhóm chỉ alteplase có ~2,7%. Phân tích gộp của Zhao (2022) cũng không thấy khác biệt về tỷ lệ xuất huyết hoặc biến cố bất lợi nghiêm trọng giữa nhóm Ginkgo tiêm và nhóm chứng [7]. Một số báo cáo trường hợp riêng lẻ (ngoài tổng quan này) từng đề cập xuất huyết não hoặc mắt ở bệnh nhân dùng Ginkgo đường uống kéo dài kết hợp thuốc chống đông, nhưng các bằng chứng hiện tại chưa cho thấy

mối liên hệ nhân quả rõ ràng. Trong các RCT có theo dõi xét nghiệm, Ginkgo biloba không làm thay đổi các chỉ số đông máu hoặc công thức máu so với ban đầu. Vì vậy, có thể nói nguy cơ xuất huyết do Ginkgo đường tiêm là rất thấp, đặc biệt khi sử dụng ngắn hạn (vài tuần) trong bệnh viện dưới sự theo dõi.

Tương tác thuốc và các lưu ý an toàn khác: Ginkgo biloba có khả năng tương tác với thuốc chống đông (warfarin) hoặc chống kết tập tiểu cầu (aspirin, clopidogrel) do cơ chế dược lý, nhưng các nghiên cứu lâm sàng phối hợp như trên (với aspirin, rt-PA) không cho thấy vấn đề an toàn nghiêm trọng. Dù vậy, vẫn cần thận trọng khi phối hợp Ginkgo với các thuốc ảnh hưởng đông máu, và nên theo dõi sát các dấu hiệu xuất huyết. Một lưu ý khác là phản ứng dị ứng hoặc sốc phản vệ: bất kỳ thuốc tiêm truyền nào cũng có nguy cơ gây dị ứng. Nhìn chung, tính an toàn của Ginkgo biloba đường tiêm được đánh giá cao. Không có độc tính trên gan-thận rõ rệt nào được ghi nhận trong các nghiên cứu ngắn hạn. Các chỉ số sinh hóa (men gan, chức năng thận, công thức máu) trước và sau điều trị hầu như không thay đổi. Tỷ lệ bệnh nhân phải ngừng thuốc do tác dụng phụ rất thấp và không khác biệt với giả dược trong các thử nghiệm có đối chứng. Một vài tác dụng phụ nhẹ như nhức đầu, rối loạn tiêu hóa có thể là biểu hiện của chính bệnh nền (vd chóng mặt, đau đầu ở bệnh nhân thiểu năng tuần hoàn não) hơn là do thuốc, như gợi ý từ một RCT khi nhóm giả dược lại báo cáo nhiều triệu chứng hơn nhóm dùng Ginkgo.

Chỉ định và đối tượng sử dụng Ginkgo biloba đường tiêm

Ginkgo biloba đường tiêm được chỉ định trong điều trị suy tuần hoàn não mạn tính, hội chứng não hữu cơ và sa sút trí tuệ do mạch máu ở người trung niên – cao tuổi (đặc biệt hiệu quả ở nhóm <75 tuổi). Thuốc còn hỗ trợ cải thiện triệu chứng chóng mặt, mất thăng bằng do thiểu năng tuần hoàn hệ động mạch sống – nền. Trong đột quỵ thiếu máu não cấp và bán cấp, Ginkgo được dùng như liệu pháp bổ trợ nhằm tăng khả năng hồi phục thần kinh, đặc biệt ở bệnh nhân đột quỵ do tắc mạch lớn. Ngoài ra, Ginkgo còn có tiềm năng hỗ trợ điều trị TIA, phòng ngừa đột quỵ thứ phát, hoặc giảm co thắt mạch sau xuất huyết dưới nhện (với ginkgolide B). Ginkgo tiêm tĩnh mạch hiện chưa được khuyến cáo cho trẻ em, phụ nữ có thai và cho con bú do thiếu dữ liệu an toàn.

Liều dùng và thời gian điều trị

Các chế phẩm Ginkgo biloba đường tiêm hiện nay có thành phần và hàm lượng hoạt chất khác nhau nên liều dùng cũng thay đổi tùy sản phẩm. EGb 761 dạng tiêm (như Tebonin™) thường dùng với liều 120–200 mg mỗi ngày, truyền trong 30–60 phút, liệu trình 2–4 tuần. GMI (Ginkgo Diterpene Lactone Meglumine) chứa khoảng 17,5 mg ginkgolide mỗi ống, dùng 1–2 ống/ngày, trong 1–2 tuần với đột quỵ cấp, hoặc đến 4 tuần cho bệnh mạn. Chế phẩm GDI (Shuxuening) gồm chiết xuất Ginkgo kết hợp dipyridamole, liều phổ biến 20 ml/ngày, dùng liên tục 10–14 ngày. Ginkgolide B tinh khiết thường dùng 10 mg/ngày trong 7–10 ngày sau đột quỵ.

Nhìn chung, liều 17,5–35 mg hoạt chất/ngày tiêm tĩnh mạch được đánh giá an toàn và hiệu quả. Với đột quỵ cấp, thường truyền 1–2 tuần; còn bệnh mạn có thể áp dụng liệu trình 4–6 tuần. Sau giai đoạn điều trị tích cực, nên chuyển sang Ginkgo đường uống duy trì. Truyền kéo dài liên tục nhiều tháng không được khuyến cáo do thiếu dữ

liệu an toàn. Việc sử dụng nên tuân theo hướng dẫn nhà sản xuất; cần pha loãng và truyền chậm, đồng thời theo dõi huyết áp vì thuốc có thể gây hạ áp nhẹ.

Nhìn chung, liều tương đương 17,5–35 mg chiết xuất Ginkgo mỗi ngày tĩnh mạch được xem là an toàn và hiệu quả. Thời gian điều trị tùy mục tiêu: với đột quỵ cấp thường 1-2 tuần trong giai đoạn nội viện; với suy mạch não mạn có thể dùng liệu trình 4-6 tuần, truyền hàng ngày hoặc cách nhật. Một số phác đồ đề xuất truyền trong 2-4 tuần, sau đó chuyển sang dùng Ginkgo đường uống duy trì nếu cần thiết. Điều này kết hợp ưu điểm khởi phát hiệu quả nhanh của đường tiêm và tính thuận tiện, an toàn của đường uống lâu dài. Cần lưu ý, không nên truyền Ginkgo biloba kéo dài liên tục nhiều tháng do chưa có dữ liệu về an toàn lâu dài đường tiêm, và nguy cơ tích lũy dung môi hoặc tá dược. Nếu cần nhắc lại liệu trình (ví dụ ở bệnh nhân sa sút trí tuệ), có thể sử dụng liệu trình truyền 2-4 tuần mỗi vài tháng, kết hợp uống xen kẽ.

Trong thực hành, liều cụ thể nên tuân theo hướng dẫn của nhà sản xuất từng chế phẩm. Trước khi truyền nên pha loãng trong dung dịch thích hợp (NaCl 0,9% hoặc glucose 5%) và truyền chậm. Theo dõi huyết áp, mạch trong quá trình truyền, vì Ginkgo có thể gây hạ huyết áp nhẹ do giãn mạch.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả tổng quan cho thấy Ginkgo biloba đường tiêm là một liệu pháp đầy hứa hẹn trong hỗ trợ điều trị các bệnh lý suy giảm tuần hoàn não. Nhìn chung, các bằng chứng lâm sàng nhất quán ở việc ghi nhận lợi ích của Ginkgo tiêm tĩnh mạch trên nhiều khía cạnh: cải thiện triệu chứng lâm sàng (nhận thức, chóng mặt), cải thiện thang điểm chức năng, và thậm chí cải thiện kết cục lâu dài (giảm di chứng sau đột quỵ). Đáng chú ý, những hiệu quả này được quan sát không chỉ trong các nghiên cứu nhỏ lẻ mà còn được ủng hộ bởi các tổng quan hệ thống và phân tích gộp, tăng độ tin cậy cho kết luận.

Về cơ chế tác dụng, Ginkgo biloba có một phổ hoạt tính dược lý rộng giải thích cho hiệu quả đa dạng quan sát được. Các thành phần flavonoid (quercetin, kaempferol glycosid…) là chất chống oxy hóa mạnh, giúp trung hòa các gốc tự do, bảo vệ tế bào não trong tình trạng thiếu máu – tái tưới máu. Nhóm terpenoid (đặc biệt là ginkgolide B) có tác dụng đối kháng thụ thể PAF, nhờ đó ức chế kết tập tiểu cầu, giãn mạch và giảm độ nhớt máu. Các nghiên cứu tiền lâm sàng cho thấy EGb 761 còn bảo vệ tế bào thần kinh trước tổn thương thiếu máu bằng cách duy trì chức năng ty thể, điều hòa lại sự mất cân bằng các chất dẫn truyền thần kinh và giảm phù não. Nhờ các cơ chế này, truyền tĩnh mạch Ginkgo có thể nhanh chóng cải thiện vi tuần hoàn não (thể hiện qua tăng lưu lượng trên Doppler và giảm các chỉ số độ nhớt máu, đồng thời giảm mức độ chết tế bào thần kinh ở vùng bị thiếu máu. Điều này lý giải việc bệnh nhân đột quỵ dùng thêm Ginkgo phục hồi tốt hơn và ít biến chứng hơn. Tác dụng giãn động mạch não và chống co thắt mạch của ginkgolide cũng là một điểm mạnh, đặc biệt hữu ích ở vùng động mạch nhỏ và mao mạch nơi lưu lượng hay bị giới hạn ở người cao tuổi. Hơn nữa, Ginkgo biloba có ảnh hưởng tích cực lên chuyển hóa não: tăng thu nạp glucose và oxy của mô não, làm tế bào

thần kinh hoạt động hiệu quả hơn trong điều kiện thiếu hụt nguồn cung. Một khía cạnh cần thảo luận là chất lượng phương pháp của các nghiên cứu. Như Kleijnen (1992) từng cảnh báo, nhiều thử nghiệm ban đầu về Ginkgo có thiết kế chưa chặt chẽ [3]. Đến thập niên 2010, phần lớn bằng chứng về Ginkgo đường tiêm đến từ Trung Quốc, nơi khả năng tồn tại thiên lệch (bias) có thể cao do đa số kết quả đều tích cực. Các phân tích gộp gần đây cũng ghi nhận vấn đề: Cao và cs. (2019) nhận xét các RCT về Ginkgo trong thiếu máu nền sống thường mẫu nhỏ và nguy cơ sai lệch cao (thiếu làm mù, ngẫu nhiên chưa rõ ràng) [8]. Zhao và cs. (2022) tương tự nhấn mạnh cần thử nghiệm đa trung tâm, mù đôi lớn hơn để khẳng định các kết quả đầy hứa hẹn hiện tại [7].

Về so sánh đường dùng, đường tiêm tĩnh mạch cho tác dụng nhanh nhưng lại đòi hỏi điều kiện bệnh viện và nguy cơ phản ứng cao hơn đường uống. Các chứng cứ cho thấy đường tiêm có lợi trong giai đoạn cấp hoặc khi cần hiệu quả mạnh (ví dụ cải thiện triệu chứng nhanh ở suy tuần hoàn não nặng). Sau đó, bệnh nhân có thể tiếp tục duy trì bằng viên Ginkgo đường uống liều 120-240 mg/ngày để giữ hiệu quả. Chiến lược kết hợp này vừa tận dụng ưu điểm mỗi đường dùng, vừa kinh tế hơn là kéo dài truyền viện. Nghiên cứu của Xiao (2024) cũng gợi ý không có sự khác biệt lớn về hiệu quả giữa uống và tiêm trong điều trị sa sút mạch máu khi dùng đủ liệu trình, vì vậy việc chọn đường dùng có thể tùy vào giai đoạn bệnh và nguồn lực[4]. Một vài hạn chế của tổng quan này: Thứ nhất, do giới hạn về số tài liệu tham theo yêu cầu tạp chí, chúng tôi chỉ trích dẫn những nghiên cứu tiêu biểu nhất, nên có thể bỏ sót đề cập chi tiết một số nghiên cứu khác. Thứ hai, chất lượng các nghiên cứu nền tảng không đồng nhất, do đó kết luận về hiệu quả cần được diễn giải trong bối cảnh đó. Thứ ba, phạm vi bài viết chủ yếu tập trung vào hiệu quả lâm sàng, chưa đi sâu phân tích dược động học và tương tác chi tiết của Ginkgo đường tiêm – đây có thể là hướng nghiên cứu trong tương lai (ví dụ: nghiên cứu Chen et al., 2013 cho thấy sinh khả dụng đường tiêm vượt trội đường uống ở chuột, và các hợp chất ginkgolide xâm nhập não bộ nhanh hơn).

V. KẾT LUẬN

Tổng quan tài liệu cho thấy Ginkgo biloba đường tiêm là liệu pháp có cơ sở khoa học vững chắc về hiệu quả và an toàn trong điều trị hỗ trợ suy mạch máu não mạn tính cũng như đột quỵ thiếu máu não. Ginkgo biloba tiêm tĩnh mạch giúp cải thiện các triệu chứng nhận thức, tăng cường khả năng hoạt động hàng ngày cho bệnh nhân suy tuần hoàn não mạn; đồng thời, khi phối hợp trong giai đoạn cấp của đột quỵ thiếu máu, thuốc góp phần nâng cao tỷ lệ hồi phục chức năng tốt và không làm tăng nguy cơ biến chứng. Tính an toàn của liệu pháp được khẳng định với rất ít tác dụng phụ nghiêm trọng ghi nhận. Như vậy, việc đưa Ginkgo biloba đường tiêm vào phác đồ điều trị là hoàn toàn có cơ sở, đặc biệt trong bối cảnh dân số già hóa và gánh nặng các bệnh lý mạch máu não ngày càng cao. Để tối ưu hóa việc sử dụng, cần lựa chọn đúng đối tượng (bệnh nhân suy tuần hoàn não mạn, sa sút trí tuệ mạch máu giai đoạn sớm, bệnh nhân đột quỵ não cấp đã

ổn định bước đầu) và phối hợp với các phương pháp điều trị chuẩn khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J, H., H. P, and H. R,** [Effectiveness of brief infusions with Ginkgo biloba Special Extract E Gb 761 in dementia of the vascular and Alzheimer type]. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Print), 1996.
2. **A, R., R. M, and I. P,** [Therapeutic follow-up using automatic perimetry in chronic cerebroret inal ischemia in elderly patients. Prospective double-blind study with graduated dose ginkgo biloba treatment (EGb 761)]. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1991.
3. **Kleijnen, J. and P. Knipschild,** Ginkgo biloba for cerebral insufficiency. British Journal of Clinical Pharmacology, 1992. 34(4): p. 352-358.
4. **Xiao, L., et al.,** Efficacy and safety of ginkgo biloba extract combined with donepezil h ydrochloride in the treatment of Chinese patients with vascular dement ia: A systematic review meta-analysis. Frontiers in Pharmacology, 2024. 15.
5. **Zhang, X., et al.,** Ginkgolide With Intravenous Alteplase Thrombolysis in Acute Ischemic S troke Improving Neurological Function: A Multicenter, Cluster-Randomiz ed Trial (GIANT). Frontiers in Pharmacology, 2021. 12.
6. **Xue, P., Z. Ma, and S. Liu,** Efficacy and Safety of Ginkgo Leaf Extract and Dipyridamole Injection for Ischemic Stroke: A Systematic Review and Meta Analysis. Frontiers in Pharmacology, 2019. 10.
7. **Zhao, H., et al.,** The Efficacy and Safety of Ginkgo Terpene Lactone Preparations in the Treatment of Ischemic Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. Frontiers in Pharmacology, 2022. 13.
8. **H, C., et al.,** Comparative effectiveness of Ginkgo injections for treating vertebroba silar insufficiency: A systematic review and network meta-analysis. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 2019.
9. **Demarin, V., et al.,** Efficacy and safety of Ginkgo biloba standardized extract in the treatment of vascular cognitive impairment: a randomiz ed, double-blind, placebo-controlled clinical trial. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2017. Volume 13: p. 483-490.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TÂM THẦN CÓ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2024-2025

Vũ Thị Thu Trang[1], Kê Thị Lan Anh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố tâm thần có liên quan ở bệnh nhân hội chứng ruột kích thích tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 9/2024 đến tháng 3/2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 104 bệnh nhân hội chứng ruột kích thích được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn ROME VI (2016). **Kết quả và kết luận:** Tuổi trung bình 49,91 ± 14,24. Tỷ lệ nữ cao hơn nam. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là thay đổi tần suất phân (85,6%), thay đổi hình thái phân (77,9%), đau bụng điển hình (58,7%), đau bụng không điển hình (41,4%), cảm giác đại tiện không hết phân (39,4%), chướng bụng đầy hơi (26,9%). Thể táo bón chiếm 31,7%, thể ỉa lỏng chiếm 27,9%, thể hỗn hợp chiếm 29,8%, thể không xác định chiếm 10,6%. Tỷ lệ rối loạn lo âu là 43,2%, tỷ lệ trầm cảm là 36,5%, tỷ lệ stress là 51,9% và tỷ lệ mất ngủ là 55,7%. Các yếu tố tâm thần ít gặp nhất ở thể không xác định, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Hội chứng ruột kích thích, rối loạn lo âu, trầm cảm, stress

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME RELATED PSYCHOLOGICAL FACTORS IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME AT VIET TIEP HOSPITAL IN 2024-2025

Objective: Describe clinical characteristics and some related psychiatric factors in patients with irritable bowel syndrome at Viet Tiep Hospital from September 2024 to March 2025. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 104 patients with irritable bowel syndrome diagnosed according to ROME VI criteria (2016). **Results and Conclusion:** The average age was 49.91 ± 14.24. The proportion of women was higher than that of men. Common clinical symptoms were changes in stool frequency (85.6%), changes in stool morphology (77.9%), typical abdominal pain (58.7%), atypical abdominal pain (41.4%), feeling of incomplete defecation (39.4%), and flatulence (26.9%). Constipation was 31.7%, diarrhea was 27.9%, mixed was 29.8%, and unspecified was 10.6%. The rate of anxiety disorder was 43.2%, depression was 36.5%, stress was 51.9% and insomnia was 55.7% Psychiatric factors were least common in the unspecified type, and the difference was not statistically significant.

Keywords: Irritable bowel syndrome, anxiety disorders, depression, stress.

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thu Trang
Email: vtttrang@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 8/4/2025
Ngày phản biện: 15/4/2025
Ngày duyệt bài: 7/5/2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ruột kích thích là hội chứng bao gồm một số triệu chứng rối loạn tiêu hoá thường gặp, diễn biến mạn tính hay tái phát, nguyên nhân không rõ ràng mà điển hình là đau bụng và rối loạn đại tiện [1]. Đây một bệnh lý rối loạn chức năng của đường tiêu hóa dưới thường gặp ở mọi lứa tuổi, chiếm từ 5-10% dân số toàn cầu [2] Bệnh sinh của hội chứng ruột kích thích khá phức tạp chưa rõ ràng, liên quan đến rối loạn tương tác não ruột, các yếu tố sinh lý, môi trường và yếu tố tâm lý xã hội. Các rối loạn lo âu, trầm cảm và căng thẳng stress, mất ngủ là những rối loạn khá thường gặp trong hội chứng ruột kích thích, nó có thể là yếu tố song hành, khởi phát hoặc thúc đẩy các biểu hiện lâm sàng của hội chứng ruột kích thích. Trong một phân tích gộp cho thấy, tỷ lệ mắc các triệu chứng lo âu và trầm cảm ở những người mắc hội chứng ruột kích thích lần lượt là 39% và 29%, và tỷ lệ mắc chứng lo âu và rối loạn trầm cảm đồng thời là 23% [3]. Hiện nay đã có khá nhiều các nghiên cứu trong và ngoài nước về các rối loạn tâm thần trong hội chứng ruột kích thích, tuy nhiên vẫn còn nhiều điểm chưa sáng tỏ và khác biệt giữa các cộng đồng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố tâm thần có liên quan ở bệnh nhân hội chứng ruột kích thích tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 9/2024 đến tháng 3/2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân trên 16 tuổi được chẩn đoán và điều trị hội chứng ruột kích thích tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp;

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tổn thương thực thể tại đại tràng: ung thư đại tràng, bệnh lý ruột viêm, lao ruột, ỉa máu…; đang sử dụng các thuốc gây táo bón hoặc tiêu chảy; có tiền sử phẫu thuật ống tiêu hóa, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp trong thời gian từ tháng 9/2024 đến tháng 3/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: 104 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị hội chứng ruột kích thích tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp trong thời gian từ tháng 9/2024 đến tháng 3/2025;

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện;

2.3. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin được thu thập theo bệnh án nghiên cứu xây dựng sẵn gồm: (1) thông tin chung về đối tượng nghiên cứu; (2) triệu chứng lâm sàng; kết quả xét nghiệm máu cơ bản; kết quả siêu âm ổ bụng và nội soi đại tràng; (3) đánh giá tình trạng lo âu, trầm cảm, stress.

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

(1) Hội chứng ruột kích thích: theo ROME VI (2016) [4] bao gồm:

+ Bệnh nhân đau bụng khởi phát ít nhất 6 tháng trước khi chẩn đoán và tái phát ít nhất 1 lần/ 1 tuần trong 3 tháng gần đây với ít nhất 2 trong 3 đặc điểm sau: 1) Liên quan đến đại tiện; 2) Kết hợp với thay đổi tần suất phân; 3) Kết hợp với thay đổi hình thái phân.

+ Khám thực thể bình thường.

+ Siêu âm ổ bụng và nội soi đại tràng không có tổn thương

(2) Đánh giá tình trạng lo âu, trầm cảm, stress: bằng bộ câu hỏi DASS21[5]

2.4. Xử lý số liệu: Thông tin sau khi thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 21.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 104 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị hội chứng ruột kích thích tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp trong thời gian từ tháng 9/2024 đến tháng 3/2025 chúng tôi thu được kết quả như sau.

Bảng 1. Sự phân bố theo tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Giới	Số lượng	Tỉ lệ %	Tuổi trung bình
Nam	45	43,3	48,45 ± 18,32
Nữ	59	56,7	50,53 ± 17,62
Tổng	104	100	49,91 ± 19,24

Nhận xét: Tuổi trung bình 49,91 ± 14,24; tỷ lệ nữ (56,7%) cao hơn nam (43,3%);

Bảng 2. Sự phân bố theo triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 104)

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau bụng điển hình	61	58,7
Đau bụng không điển hình	43	41,4
Thay đổi tần suất phân	89	85,6
Thay đổi hình thái phân	81	77,9
Cảm giác đại tiện không hết phân	41	39,4
Chướng bụng đầy hơi	35	33,6
Sôi bụng	28	26,9
Khó tiêu	24	23,1
Chán ăn	21	20,2
Mệt mỏi	37	45,1

Nhận xét: Triệu chứng chiếm tỉ lệ cao ở bệnh nhân là thay đổi tần suất phân (85,6%); thay đổi hình thái phân (77,9%); và đau bụng điển hình (58,7%); triệu chứng chiếm tỉ lệ thấp nhất là chán ăn (20,2%).

Bảng 3. Sự phân bố theo các thể bệnh ở đối tượng nghiên cứu (n = 104)

Thể lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thể táo bón	33	31,7
Thể tiêu chảy	29	27,9
Thể hỗn hợp	31	29,8
Thể không xác định	11	10,6
Tổng	**104**	**100**

Nhận xét: Thể bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất là thể táo bón (31,7%), thể bệnh chiếm tỉ lệ thấp nhất là thể không xác định (10,6%).

Bảng 4. Tỉ lệ dấu hiệu tâm thần theo thang đánh giá DASS-21 (n = 104)

Yếu tố tâm thần	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Rối loạn lo âu	45	43,2
Trầm cảm	38	36,5
Stress	54	51,9
Mất ngủ	58	55,7

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn lo âu là 43,2%; có dấu hiệu trầm cảm là 36,5%; có dấu hiệu stress là 51,9%; và có 55,7% bệnh nhân có dấu hiệu mất ngủ.

Bảng 5: Các yếu tố tâm thần và thể bệnh

	Rối loạn lo âu Số lượng (Tỉ lệ %)	Trầm cảm Số lượng (Tỉ lệ %)	Stress Số lượng (Tỉ lệ %)
Thể táo bón (n= 33)	15 (45,4)	14 (42,4)	18 (54,5)
Thể tiêu chảy (n=29)	14 (48,3)	11 (37,9)	16 (55,2)
Thể hỗn hợp (n=31)	13 (38,7)	10 (32,2)	16 (51,6)
Thể không xác định (n=11)	3 (27,2)	3 (27,2)	4 (36,4)
Tổng (n=104)	45 (100)	38 (100)	54(100)

Nhận xét: Thể không xác định có tỷ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm và stress thấp nhất.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu, tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 49,91 ± 19,24 tuổi, tỷ lệ nữ giới chiếm 56,7% cao hơn nam giới chiếm 43,3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác cho thấy hội chứng ruột kích thích thường gặp ở lứa tuổi trung niên, không có sự khác biệt về giới. Theo Phan Trung Nam [6] độ tuổi trung bình của bệnh nhân hội chứng ruột kích thích là 50,9 ± 14,0 nữ giới chiếm 51%; theo Đinh Vũ Ngọc Ninh [7] tuổi trung bình của bệnh nhân hội chứng ruột kích thích là 55,7 ± 15,7, nữ chiếm 41,7%.

Về đặc điểm lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 58,7% các đối tượng có triệu chứng đau bụng điển hình của hội chứng ruột kích thích, 85,6% các đối tượng có thay đổi tần suất phân và 77,9% có thay đổi hình thái phân, 39,4% có cảm giác đại tiện không hết phân. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp khác như chướng bụng đầy hơi chiếm 26,9%, sôi bụng 26,9%, khó tiêu chiếm 23,1%, chán ăn 20,2%, mệt mỏi chiếm 45,1%. Trong nghiên cứu của Phan Trung Nam [6], tỷ lệ thay đổi tần suất phân là 54%, thay đổi hình thái phân là 51,65%, tỷ lệ chướng hơi là 35, 5%, khó tiêu là 49,8%, cảm giác đi không hết phân là 24,4%.

Về các thể lâm sàng, kết quả nghiên cứu cho thấy tất cả các thể lâm sàng của hội chứng ruột kích thích, trong thể táo bón hay gặp nhất chiếm 31,7%, thể tiêu chảy chiếm 27,9%, thể hỗn hợp chiếm 29,8%, thể không

xác định ít gặp chiếm 10,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu khác cũng gặp tất cả các thể của hội chứng ruột kích thích, tuy nhiên tỷ lệ các thể bệnh khác nhau giữa các nghiên cứu; Theo Huỳnh Kim Phượng [8] thể táo bón chiếm 44,4%, thể tiêu chảy chiếm 49,7%, thể hỗn hợp và thể không xác định chiếm tỷ lệ thấp; Theo Phan Trung Nam [6], thể không xác định chiếm tỷ lệ cao nhất 25,2%, thể táo bón chiếm 25,4%, thể tiêu chảy chiếm 13,6%, thể hỗn hợp chiếm 25,8%.

Khảo sát các yếu tố tâm thần liên quan với hội chứng ruột kích thích bằng bộ câu hỏi DASS 21, kết quả nghiên cứu cho thấy một tỷ lệ lớn các đối tượng có một hoặc nhiều các rối loạn tâm thần ở các mức độ khác nhau. Trong đó tỷ lệ rối loạn lo âu là 43,2%, trầm cảm 36,5%, stress là 51,9%. Ngoài ra có 55,7% các đối tượng bị mất ngủ thường xuyên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới cho thấy, các rối loạn tâm thần khá phổ biến ở bệnh nhân hội chứng ruột kích thích. Theo một phân tích gộp của Zamani M. và cộng sự [3] cho thấy tỷ lệ rối loạn lo âu ở bệnh nhân hội chứng ruột kích thích là 39,1%, trầm cảm là 28,8%. Theo Phan Trung Nam [6] khảo sát các yếu tố tâm thần ở bệnh nhân hội chứng ruột kích thích bằng thang điểm HADS cho thấy tỷ lệ rối loạn lo âu là 43,6%, trầm cảm là 30,3%.

Phân tích các yếu tố tâm thần liên quan đến thể bệnh của hội chứng ruột kích thích, kết quả nghiên cứu cho thấy thể táo bón và thể tiêu chảy có tỷ lệ rối loạn tâm thần cao nhất, tỷ lệ căng thẳng stress của thể táo bón và thể tiêu chảy là 54,5% và 55,2%; tỷ lệ rối loạn lo âu của thể táo bón và tiêu chảy là 45,4% và 48,3%; tỷ lệ trầm cảm của thể táo bón và tiêu chảy là 42,4% và 37,9%. Thể không xác định có tỷ lệ rối loạn tâm thần thấp nhất trong đó rối loạn lo âu và trầm cảm đều chiếm 27%, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Theo nghiên cứu của Hu Z. Li M. và cộng sự [9] cũng cho thấy hội chứng ruột kích thích thể táo bón và thể tiêu chảy có tỷ lệ rối loạn lo âu và trầm cảm cao hơn so với người khỏe mạnh và thể không xác định ít gặp các rối loạn tâm thần hơn và không có sự khác biệt so với người khỏe mạnh. Theo Phan Trung Nam [6] cũng cho thấy các rối loạn lo âu và trầm cảm có liên quan với các thể bệnh của hội chứng ruột kích thích, rối loạn trầm cảm hay gặp nhất ở thể táo bón.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 104 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị hội chứng ruột kích thích tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Tiệp trong thời gian từ tháng 9/2024 đến tháng 3/2025 chúng tôi nhận thấy có một tỷ lệ lớn bệnh nhân hội chứng ruột kích thích có đau bụng không điển hình, hầu hết các bệnh nhân đều có thay đổi tần suất phân và hình thái phân, thể không xác định ít gặp nhất. Các rối loạn tâm thần như trầm cảm, stress, rối loạn lo âu, mất ngủ hay gặp ở các bệnh nhân hội chứng ruột kích thích. Thể không xác định ít gặp các rối loạn tâm thần hơn, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.185

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, et al,** ACG Clinical Guideline: Management of irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol (2021), 116(1):17–44
2. **Oka, P. et al.** Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. Lancet Gastroenterol. Hepatol (2020), 5: 908–917
3. **Zamani M., Alizadeh-Tabari S., Zamani V.,** Systematic review with meta-analysis: The prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. Alimentary Pharmacology & Therapeutics (2019), 50(2):132-143.
4. **Drossman, D. A. & Hasler, W. L, Rome IV** – Functional GI disorders: disorders of gut–brain interaction. Gastroenterology (2016), 150:1257–1261.
5. **Lovibond SH, Lovibond PF**, Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney: Psychology Foundation of Australia (1995), 2
6. **Phan Trung Nam, Trần quốc Khánh,** Nghiên cứu rối loạn lo âu, trầm cảm bằng thang điểm HADS ở bệnh nhân hội chứng ruột kích thích. Tạp chí y dược học quân sự (2023), 4: 102-112.
7. **Đinh Vũ Ngọc Ninh và cộng sự,** Khảo sát một số tố liên quan đến rối loạn lo âu ở bệnh nhân hội chứng ruột kích thích điều trị tại bệnh viện quân y 175. Tạp chí y học Việt Nam (2024), 2: 284-287.
8. **Huỳnh Kim Phượng, Huỳnh Hiếu Lâm, Keo Soly,** Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi đại tràng bệnh nhân hội chứng ruột kích thích theo tiêu chuẩn ROME IV. Tạp chí y dược học Cần Thơ (2023), 51: 34-41
9. **Hu Z. Li M., et al,** The level and prevalence of depression and anxiety among patients with different subtypes of irritable bowel syndrome: a network meta-analysis. BMC Gastroenterology (2021); 21(1): 1-18

TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CỦA CÔNG NHÂN CHẾ BIẾN THỦY SẢN HẢI PHÒNG

Nguyễn Văn Tâm[1,2], Trần Thị Quỳnh Chi[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan tới bệnh đái tháo đường của công nhân chế biến thủy sản Hải Phòng năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện thông qua định lượng đường máu lúc đói kết hợp với phỏng vấn trực tiếp 1160 công nhân chế biến thủy sản nhằm xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan tới bệnh đái tháo đường. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường của công nhân chế biến thủy sản là 8,2%. Một số yếu tố liên quan đến bệnh đái tháo đường bao gồm: nam giới (OR = 1,49; 95%CI: 1,02 - 2,44), ≥ 40 tuổi (OR = 2,57; 95%CI: 1,45 - 5,32), tiền sử gia đình có người mắc bệnh đái tháo đường (OR = 1,81; 95%CI: 1,08 - 2,87), thừa cân, béo phì (OR = 3,03; 95%CI: 2,11 - 4,92), béo bụng (OR = 3,29; 95%CI: 1,92 - 5,07), tăng huyết áp (OR = 2,41; 95%CI: 1,15 - 4,01), rối loạn lipid máu (OR = 1,71; 95%CI: 1,12 - 2,73), tập thể dục không thường xuyên (OR = 2,11; 95%CI: 1,08 - 4,21); tư thế lao động đứng thường xuyên (OR = 1,98; 95%CI: 1,05 - 3,97), tư thế lao động ngồi (OR = 2,02; 95%CI: 1,02 - 4,11) so với tư thế lao động đứng và ngồi kết hợp; làm thêm giờ (OR = 1,78; 95%CI: 1,03 - 2,97). **Kết luận:** Đái tháo đường là vấn đề sức khỏe cộng đồng của công nhân chế biến thủy sản, cứ 12 người thì có 1 người bị bệnh ĐTĐ. Để phòng chống bệnh đái tháo đường, công nhân chế biến thủy sản cần điều chỉnh lối sống, kiểm soát cân nặng, tập thể dục thường xuyên.

Từ khóa: đái tháo đường (ĐTĐ), yếu tố liên quan, công nhân chế biến thủy sản, Hải Phòng

SUMMARY

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS TO DIABETES AMONG SEAFOOD PROCESSING WORKERS IN HAI PHONG

Objective: Determining the prevalence and associated factors to diabetes among seafood processing workers in Hai Phong in 2023. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted through fasting blood glucose quantification combined with direct interviews of 1160 seafood processing workers to determine the prevalence and associated factors to diabetes. **Results:** The prevalence of diabetes among seafood processing workers was 8.2%. Factors related to diabetes: male (OR = 1.49; 95%CI: 1.02 - 2.44), ≥ 40 years old (OR = 2.57; 95%CI: 1.45 - 5.32), family history of diabetes (OR = 1.81; 95%CI: 1.08 - 2.87), obesity (OR = 3.03; 95%CI: 2.11 - 4.92), abdominal obesity (OR = 3.29; 95%CI: 1.92 - 5.07), hypertension (OR = 2.41; 95%CI: 1.15 - 4.01), dyslipidemia (OR = 1.71; 95%CI: 1.12 - 2.73), irregular exercise (OR = 2.11; 95%CI: 1.08 - 4.21); regular standing working posture (OR = 1.98; 95%CI: 1.05 - 3.97), sitting working posture (OR = 2.02; 95%CI: 1.02 - 4.11) compared with combined

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Viện Y học biển Việt Nam, Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tâm
Email: nvtam@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 29/3/2025
Ngày duyệt bài: 23/4/2025

standing and sitting working posture; overtime work (OR = 1.78; 95%CI: 1.03 - 2.97). **Conclusions:** Diabetes is a public health issue among seafood processing workers, 1 in 12 people have diabetes. To prevent diabetes, seafood processing workers need to adjust their lifestyle, control their weight, and exercise regularly.

Keywords: diabetes, associated factors, seafood processing workers, Hai Phong

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), bệnh không lây nhiễm là nguyên nhân gây ra gánh nặng bệnh tật và tử vong hàng đầu trên toàn cầu. Các bệnh không lây nhiễm giết chết 41 triệu người mỗi năm, tương đương 74% số ca tử vong trên toàn cầu. Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh không lây nhiễm, mạn tính, được đặc trưng bởi lượng đường trong máu cao, là một trong 4 bệnh không lây nhiễm thường gặp gây tàn phế, tử vong cao nhất trên thế giới (sau các bệnh tim mạch, ung thư, bệnh hô hấp mạn tính) [1]. Đái tháo đường là bệnh mang tính chất cộng đồng, ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống của người bệnh, là nguyên nhân hàng đầu gây ra các biến chứng như mù lòa, suy thận, đau tim (heart attacks), đột quỵ não và cắt cụt chi [1]. Bệnh đái tháo đường có xu hướng gia tăng trên toàn cầu, theo liên đoàn đái tháo đường quốc tế (IDF), ước tính tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường trên toàn cầu năm 2000 là 151 triệu người; 285 triệu người trong năm 2009; 382 triệu người năm 2014; 415 triệu người năm 2015; 451 triệu người năm 2017 và dự báo tăng lên 693 triệu người vào năm 2045. Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường khoảng 5% ở tuổi 35 – 39 tuổi, 10% ở độ tuổi 45 – 49 tuổi, 15% ở độ tuổi 55 – 59 tuổi và khoảng 20% ở độ tuổi 60 – 69 tuổi [2].

Việt Nam là quốc gia đang phát triển, tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường trong những năm gần đây cũng có xu hướng gia tăng. Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường năm 1990 là 1,2%; năm 2002 là 2,7%; năm 2012 là 5,4%; năm 2021 là 6,8% và dự báo đến năm 2045 là 7,7% [3].

Lao động trong lĩnh vực chế biến thuỷ sản đa số là lao động thủ công. Công nhân làm việc trong lĩnh vực này tuy không quá nặng nhọc nhưng tư thế lao động thường phải đứng kéo dài, gò bó, đòi hỏi cường độ lao động và độ tập trung cao, môi trường lao động có độ ẩm cao, thường xuyên phải làm thêm giờ, ít có thời gian tập thể dục. Hiện nay, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu về thực trạng bệnh đái tháo đường của công nhân chế biến thủy sản, do vậy đề tài này được thực hiện nhằm: ***"Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan tới bệnh đái tháo đường của công nhân chế biến thủy sản Hải Phòng năm 2023".***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Công nhân chế biến thủy sản từ 18 tuổi trở lên, đang làm việc tại 3 công ty chế biến thủy sản tại Hải Phòng; đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ: Đang sử dụng các thuốc gây tăng đường máu như Corticoid…

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Công ty cổ phần Đồ hộp Hạ Long; Hợp tác xã Nam Triệu; Công ty trách nhiệm hữu hạn Việt Trường

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3 đến tháng 11 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu áp dụng công thức:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu; $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, chọn Z = 1,96 (tương ứng với độ tin cậy là 95%); p là tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ. Hiện nay, chưa có nghiên cứu về tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ của công nhân chế biến thủy sản, chúng tôi chọn p = 0,5; d: Mức độ sai lệch tuyệt đối mong đợi; chọn d = 0,05. Thay vào công thức, tính được n = 384. Để tăng độ tin cậy, chúng tôi nhân cỡ mẫu với hệ số 3, được cỡ mẫu là 1152; chúng tôi làm tròn n = 1160.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên đơn

2.3. Nội dung, biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, tuổi đời, tuổi nghề, trình độ học vấn.

- Tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ và tiền ĐTĐ của đối tượng nghiên cứu

- Một số yếu tố liên quan tới mắc bệnh ĐTĐ: giới tính, tuổi đời, tuổi nghề, trình độ học vấn, tiền sử mắc bệnh ĐTĐ, thừa cân béo phì, béo bụng, tăng huyết áp, hoạt động thể lực, tư thế lao động, làm thêm giờ, rối loạn lipid máu.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

- Khám lâm sàng: đo chiều cao, cân nặng, vòng eo, vòng mông, đo mạch, huyết áp.

- Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu thông qua phiếu thu thập thông tin được thiết kế sẵn.

- Xét nghiệm máu: Định lượng nồng độ glucose máu lúc đói, Cholesterol toàn phần, Triglycerid, high density lipoprotein cholesterol (HDL-C), low density lipoprotein cholesterol (LDL-C). Lấy máu tĩnh mạch lúc đói vào buổi sáng (cách xa bữa ăn ít nhất 8 giờ), được tiến hành tại phòng xét nghiệm Hóa sinh - Viện Y học biển bằng máy xét nghiệm hoá sinh tự động AU 480 của hãng Beckman Coulter dựa trên nguyên lý điện hoá phát quang.

2.5. Một số tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chẩn đoán DTĐ: theo ADA 2023 (American Diabetes Association), khi có 1 trong 4 tiêu chuẩn sau: (1) Glucose máu lúc đói ≥ 126 mg/dl (≥ 7,0 mmol/l); (2) Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose ≥ 200 mg/dl hay 11,1 mmol/l). (3) HbA1c ≥ 6,5% (48 mmol/mol).

- Tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu ≥140 mmHg và/ hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg hoặc đang điều trị thuốc chống tăng huyết áp.

- Rối loạn lipid máu khi có 1 hoặc nhiều các rối loạn sau: cholesterol toàn phần > 5,2 mmol/L (200mg/dL); triglycerid > 1,7 mmol/L (150mg/dL); LDL-cholesterol > 2,3 mmol/L (>200 mg/dL); HDL-cholesterol < 1,03mmol/L (40 mg/dL).

- Đánh giá thừa cân, béo phì dựa vào chỉ số BMI (body mass index) theo tiêu chuẩn của WHO dành cho người trưởng thành ở Châu Á. Thừa cân, béo phì khi BMI ≥ 23 kg/m2.

- Đánh giá béo bụng dựa trên chỉ số vòng eo/vòng mông (chỉ số WHR: Waist Hip Ratio): Theo WHO áp dụng cho khu vực châu Á - Thái Bình Dương: Béo bụng được tính khi: WHR ≥ 0,90 (nam); WHR ≥ 0,85 (nữ).

- Phỏng vấn tình trạng tập thể dục như (đi bộ, đạp xe, chơi bóng bàn, tập gym…)

trên 1 tuần. Tập thể dục thường xuyên: ít nhất 30 phút/ngày và ≥ 5 ngày/tuần.

2.6. Xử lý số liệu nghiên cứu

Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y - sinh học dựa trên phần mềm SPSS 20. Phân bố tần suất và phần trăm được sử dụng để mô tả các biến định tính. Sử dụng χ^2 test để so sánh 2 tỷ lệ. Giá trị trung bình được sử dụng để mô tả các biến định lượng. Sử dụng T test để so sánh các giá trị trung bình. Tỷ suất chênh OR và khoảng tin cậy 95%CI được sử dụng xác định một số yếu tố liên quan tới bệnh ĐTĐ của công nhân chế biến thủy sản. Xác định các yếu tố liên quan qua phân tích hồi quy logistic đa biến.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

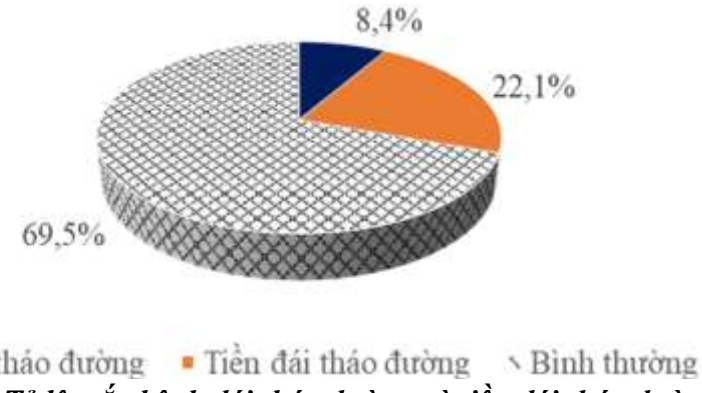
Đề tài nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Viện Y học biển theo quyết định 09/2023/QĐ-YHB. Công nhân chế biến thủy sản tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n= 1160)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	355	30,6
	Nữ	805	69,4
Tuổi đời (năm)	$\bar{X}$ ± SD; Min - Max	45,5 ± 8,5; 19 – 60	
	<30	44	3,8
	30 - 39	244	21,0
	40 - 49	429	36,9
	≥ 50	443	38,3
Tuổi nghề (năm)	$\bar{X}$ ± SD; Min - Max	16,3 ± 9,9; 2 - 37	
	≤ 5	305	26,3
	6 – 10	130	11,2
	11 – 15	82	7,1
	16 - 20	252	21,7
	≥ 20	391	33,7
Trình độ học vấn	Tiểu học, THCS	144	12,4
	THPT	803	69,2
	CĐ, ĐH	213	18,4

Công nhân chế biến thủy sản đa số là nữ giới (69,4%); Tuổi đời trung bình là 45,5 ± 8,5; trong đó tuổi dưới 30 chiếm (3,8%), 30 – 39 tuổi (21,0%), 40 – 49 tuổi (36,9%), ≥ 50 tuổi (38,3%). Tuổi nghề trung bình là 16,3 ± 9,9; trong đó tuổi nghề ≤ 5 năm chiếm (26,3%), 6 – 10 năm (11,2%), 11 – 15 năm (7,1%), 16 – 20 năm (21,7%), ≥ 20 năm (33,7%). Đa số đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn là trung học phổ thông (69,2%), cao đẳng, đại học (18,4%), tiểu học và trung học cơ sở chiếm (12,4%).



Hình 1. Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường và tiền đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu (n=1160)

Tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ và tiền ĐTĐ của công nhân chế biến thủy sản lần lượt là 8,4% và 22,1%.

Bảng 2. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến mắc bệnh đái tháo đường của công nhân chế biến thủy sản

Yếu tố	n	ĐTĐ SL (Tỉ lệ %) n = 97	Không ĐTĐ SL (Tỉ lệ %) n = 1063	OR hiệu chỉnh (95%CI)	p
Giới tính					
Nữ	805	58 (7,2)	747 (92,8)	1,49 (1,02-2,44)	0,043
Nam	355	39 (11,0)	316 (89,0)		
Tuổi					
< 40 tuổi	288	11 (3,8)	277 (96,2)	2,57 (1,45-5,32)	0,007
≥ 40 tuổi	872	86 (9,9)	786 (90,1)		
Trình độ học vấn					
Tiểu học, THCS	144	12 (8,3)	132 (91,7)	1	1
THPT	213	18 (8,5)	195 (91,5)	1,13 (0,68-2,21)	0,871
TC, CĐ, ĐH	803	67 (8,3)	736 (91,7)	1,05 (0,51-1,98)	0,982
Tiền sử gia đình					
Không	996	76 (7,6)	920 (92,4)	1,81 (1,08-2,87)	0,021
Có	164	21 (12,8)	143 (87,2)		
BMI					
<23	761	39 (5,1)	722 (94,9)	3,03 (2,11-4,92)	<0,001
≥ 23	399	58 (14,5)	341 (85,5)		
Tăng huyết áp					
Không	1049	79 (7,5)	970 (92,5)	2,41 (1,15-4,01)	0,001
Có	111	18 (16,2)	93 (83,8)		

Rối loạn lipid máu					
Không	809	56 (6,9)	753 (93,1)	1,71 (1,12-2,73)	0,013
Có	351	41 (11,7)	310 (88,3)		
Béo bụng					
Không	567	23 (4,1)	544 (95,9)	3,29 (1,92-5,07)	<0,001
Có	593	74 (12,5)	519 (87,5)		
Tập thể dục thường xuyên					
Có	208	9 (4,3)	199 (95,7)	2,11 (1,08-4,21)	0,038
Không	952	88 (9,2)	864 (90,8)		
Hút thuốc					
Không	909	71 (7,8)	838 (92,2)	1,27 (0,86-2,01)	0,227
Có	251	26 (10,4)	225 (89,6)		
Tư thế lao động					
Đứng + ngồi	217	10 (4,6)	207 (95,4)	1	1
Đứng	794	73 (9,2)	721 (90,8)	1,98 (1,05-3,97)	0,024
Ngồi	149	14 (9,4)	135 (90,6)	2,02 (1,02-4,11)	0,040
Làm thêm giờ					
Không	1008	77 (7,6)	931 (92,4)	1,78 (1,03-2,97)	0,028
Có	152	20 (13,2)	132 (86,8)		

Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến mắc bệnh ĐTĐ của công nhân chế biến thủy sản, kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố liên quan bao gồm: nam giới (OR = 1,49; 95%CI: 1,02 - 2,44; p = 0,043), ≥ 40 tuổi (OR = 2,57; 95%CI: 1,45 - 5,32; p = 0,007), tiền sử gia đình có người mắc bệnh ĐTĐ (OR = 1,81; 95%CI: 1,08 - 2,87; p = 0,021), thừa cân, béo phì (OR = 3,03; 95%CI: 2,11 - 4,92; p < 0,001), béo bụng (OR = 3,29; 95%CI: 1,92 - 5,07; p < 0,001), tăng huyết áp (OR = 2,41; 95%CI: 1,15-4,01, p = 0,001), rối loạn lipid máu (OR = 1,71; 95%CI: 1,12 - 2,73; p = 0,013), tập thể dục không thường xuyên (OR = 2,11; 95%CI: 1,08 - 4,21, p = 0,038); tư thế lao động đứng thường xuyên (OR = 1,98; 95%CI: 1,05 - 3,97, p = 0,024), tư thế lao động ngồi (OR = 2,02; 95%CI: 1,02 - 4,11; p = 0,04) so với tư thế lao động đứng và ngồi kết hợp; làm thêm giờ (OR = 1,78; 95%CI: 1,03 - 2,97; p = 0,028).

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, Việt Nam đang phải đối mặt với mô hình bệnh tật kép, đó là bệnh lây nhiễm và bệnh không lây nhiễm. Trong đó, bệnh không lây nhiễm chiếm khoảng 70% gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong (chiếm tới 77% tổng số tử vong). Trong các bệnh không lây nhiễm, thì đái tháo đường là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, tàn tật và gánh nặng y tế [3]. Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện thông qua định lượng đường máu lúc đói 1160 công nhân chế biến thủy sản có tuổi đời từ 19 đến 60 tuổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đái tháo đường và tiền đái tháo

đường là 8,4% và 22,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu trên các đối tượng khác nhau tại Việt Nam. Nghiên cứu về tỷ lệ bệnh đái đường và THA tại Việt Nam trên cơ sở phân tích dữ liệu từ PubMed, EMBASE, CINHAL and Google Scholar trong thời gian từ ngày 1 tháng 1 năm 2000 đến ngày 30 tháng 9 năm 2020, tỷ lệ lưu hành đái tháo đường và THA tại Việt Nam lần lượt là 6,0% và 25,0% [4]. Một nghiên cứu khác trên người trưởng thành từ 20-70 tuổi tỉnh khánh Hòa Việt Nam năm 2014, tỷ lệ đái tháo đường là 7,2% [5]. Nghiên cứu của Chi Tran Thi Quynh và Tam Nguyen Van trên đối tượng lao động nuôi trồng thủy sản, tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ và tiền ĐTĐ lần lượt là 7,1% và 21,2% [6]. Giải thích điều này chúng tôi cho rằng công nhân chế biến thủy sản tính chất công việc không quá nặng nhọc, tư thế lao động thường đứng hoặc ngồi liên tục, thường phải làm thêm giờ, không có thời gian luyện tập thể dục, đó là các yếu tố nguy cơ của bệnh ĐTĐ.

Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến mắc bệnh đái tháo đường của công nhân chế biến thủy sản, kết quả cho thấy: Nam giới có nguy cơ mắc bệnh đái đường cao gấp1,49 lần nữ giới, kết quả này tương tự với nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới và tại Việt Nam. Tuổi đời từ 40 tuổi trở lên có nguy cơ mắc đái tháo đường cao gấp 2,57 lần so với dưới 40 tuổi. Nghiên cứu của Van Dat Nguyen và cộng sự ở người trên 45 tuổi cho thấy tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường là 8,1% và tiền đái tháo đường là 51,1% [7]. Như vậy, tuổi cao là yếu tố nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường. Tiền sử gia đình có người mắc bệnh đái đường làm tăng nguy cơ mắc bệnh đái đường cao gấp 1,81 lần so với tiền sử gia đình không có người mắc bệnh đái đường. Kết quả nghiên cứu tương tự với nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước, tiền sử gia đình có người mắc bệnh đái tháo đường làm tăng nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu.

Thừa cân, béo phì và béo bụng có nguy cơ mắc bệnh đái đường cao gấp 3,03 lần và 3,39 lần. Giải thích điều này chúng tôi cho rằng thừa cân, béo phì và béo bụng có liên quan chặt chẽ với hiện tượng kháng insulin, dẫn tới sự thiếu insulin tương đối do giảm số lượng thụ thể ở các mô ngoại vi. Nghiên cứu của một số tác giả khác cũng cho thấy thừa cân, béo phì và béo bụng làm tăng nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường. Công nhân chế biến thủy sản bị tăng huyết áp có nguy cơ mắc bệnh đái đường cao gấp 2,41 lần so với không tăng huyết áp. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ của bệnh đái tháo đường; mặt khác đái tháo đường cũng làm tăng nguy cơ dẫn tới tăng huyết áp. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Bigna JJ và cộng sự [8]. Rối loạn lipid máu làm tăng nguy cơ mắc bệnh đái đường cao gấp 1,71 lần so với không bị rối loạn lipid máu. Nghiên cứu của Uehara A và cộng sự trên đối tượng công nhân Nhật Bản cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa rối loạn lipid máu và bệnh đái tháo đường [9]. Một nghiên cứu khác tại Trung Quốc cũng cho thấy rối loạn lipd máu làm tăng nguy cơ dẫn tới bệnh đái tháo đường. Tập thể dục không thường xuyên có nguy cơ mắc bệnh đái đường cao gấp 2,11 lần so với tập thể dục thường xuyên. Tập thể dục thường xuyên có tác dụng làm giảm nồng độ glucose huyết tương ở bệnh nhân đái tháo đường, đồng thời giúp duy trì sự bình ổn của lipid máu, huyết áp, cải thiện tình trạng kháng insulin và giúp cải thiện tâm lý, từ đó giúp giảm nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường.

Đối tượng nghiên cứu phải làm thêm giờ có nguy cơ bị bệnh ĐTĐ cao gấp 1,78 lần so với không làm thêm giờ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của

Thunyarat Anothaisintawee, làm thêm giờ hoặc làm ca đêm làm tăng nguy cơ dẫn tới bệnh ĐTĐ [10]. Giải thích điều này chúng tôi cho rằng làm thêm giờ sẽ dẫn tới ăn uống thất thường, ăn ca, không có thời gian luyện tập thể dục, căng thẳng thần kinh làm tăng nguy cơ thừa cân, béo phì và bệnh ĐTĐ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 1160 công nhân chế biến thủy sản Hải Phòng về bệnh ĐTĐ và một số yếu tố liên quan, chúng tôi rút ra kết luận: Tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ của công nhân chế biến thủy sản là 8,2%. Một số yếu tố liên quan đến bệnh ĐTĐ: nam giới (OR = 1,49; 95%CI: 1,02 - 2,44), ≥ 40 tuổi (OR = 2,57; 95%CI: 1,45 - 5,32), tiền sử gia đình có người mắc bệnh ĐTĐ (OR = 1,81; 95%CI: 1,08 - 2,87), thừa cân, béo phì (OR = 3,03; 95%CI: 2,11 - 4,92), béo bụng (OR = 3,29; 95%CI: 1,92 - 5,07), tăng huyết áp (OR = 2,41; 95%CI: 1,15 - 4,01), rối loạn lipid máu (OR = 1,71; 95%CI: 1,12 - 2,73), tập thể dục không thường xuyên (OR = 2,11; 95%CI: 1,08 - 4,21); tư thế lao động đứng thường xuyên (OR = 1,98; 95%CI: 1,05 - 3,97), tư thế lao động ngồi (OR = 2,02; 95%CI: 1,02 - 4,11) so với tư thế lao động đứng và ngồi kết hợp; làm thêm giờ (OR = 1,78; 95%CI: 1,03 - 2,97).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, Huang Y, et al.** IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. Diabetes Res Clin Pract. 2018; 138:271–81.
2. **Standl E, Khunti K, Hansen TB.** The global epidemics of diabetes in the 21st century: Current situation and perspectives. Eur J Prev Cardiol. 2019; 26:7–14.
3. **Nguyen CT, Pham NM, Lee AH.** Prevalence of and Risk Factors for Type 2 Diabetes Mellitus in Vietnam: A Systematic Review. Asia Pac J Public Health. 2015; 27:588–600.
4. **Biswas T, Tran N, Thi My Hanh H, et al.** Type 2 diabetes and hypertension in Vietnam: a systematic review and meta-analysis of studies between 2000 and 2020. BMJ Open .2022; 12(8):e052725
5. **Miyakawa M, Shimizu T, Van Dat N, et al.** Prevalence, perception and factors associated with diabetes mellitus among the adult population in central Vietnam: a population-based, cross-sectional seroepidemiological survey. BMC Public Health .2017; 17(1):298.
6. **Chi Tran Thi Quynh, Tam Nguyen Van, et al.** Prevalence of and factors related to diabetes among aquaculture workers in Hai Phong, Vietnam: a cross-sectional study. Journal of Public Health and Development. 2024; 22(2):131-144.
7. **Nguyen VD, Vien QM, Do TH, et al.** Prevalence of undiagnosed diabetes and pre-diabetes and its associated risk factors in Vietnam. J Glob Health Sci. 2019;1:e7. https://doi.org/10.35500/jghs.2019.1.e7.
8. **Bigna JJ, Nansseu JR, Katte J-C, Noubiap JJ.** Prevalence of prediabetes and diabetes mellitus among adults residing in Cameroon: A systematic review and meta-analysis. Diabetes Res Clin Pract. 2018; 137:109–18.
9. **Uehara A, Kurotani K, Kochi T, et al.** Prevalence of diabetes and pre-diabetes among workers: Japan Epidemiology Collaboration on Occupational Health Study. Diabetes Res Clin Pract. 2014;106:118–27.
10. **Thunyarat Anothaisintawee, Sirimon Reutrakul, et al.** Sleep disturbances compared to traditional risk factors for diabetes development: Systematic review and meta- analysis. Sleep Medicine Review. 2016; 30: 11-24.

NGHIÊN CỨU KẾT CỤC THAI KỲ Ở SẢN PHỤ MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2023

Nguyễn Thị Hoàng Trang[1], Phạm Xuân Lộc[1], Trần Khắc Quang[1], Bùi Văn Hiếu[1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 155 sản phụ đái tháo đường thai kỳ được quản lý và sinh con tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 1/2023 - 1/2024 với mục tiêu mô tả kết cục thai kỳ của các sản phụ này. Kết quả cho thấy: tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 30,5 ± 5,33 tuổi. Các phương pháp điều trị ở thai phụ gồm: điều trị tiết chế (80%); điều trị insulin (14,84%); chuyển từ điều trị tiết chế sang tiêm insulin (5,16%). Các biến chứng trong thai kỳ gồm có: đa ối (34.64%), tiền sản giật (15,03%); tăng huyết áp (13,73%) và có 1,29% thai chết lưu. Tỉ lệ thai phụ đẻ đường âm đạo là 54,84%; tỉ lệ mổ lấy thai do chỉ định sản khoa là 40% và do đái tháo đường thai kỳ là 3,87%. Đa số cuộc chuyển dạ không có biến chứng. Biến chứng trong chuyển dạ có đờ tử cung chiếm 1,96%, sang chấn sinh dục 1,3%, không gặp các biến chứng nào cho sơ sinh. Các yếu tố liên quan đến biến chứng đa ối gồm có: Mẹ mắc PCOS (OR=3,506; 95%CI: 1.153 - 10.667); tiền sử mắc ĐTĐ (OR=2,721; 95%CI:1,044 – 7,093); phương pháp điều trị (OR=5,932; 95%CI: 2,337 – 15,054); với p < 0.05. Chỉ có yếu tố tuổi mẹ liên quan đến nguy cơ sinh con to (OR=4,062; 95%CI: 1,350 – 12,224); với p = 0,013. Cần tầm soát, chẩn đoán điều trị dự phòng cấp 0 ngay từ đầu thai kỳ để dự phòng các biến chứng của đái tháo đường thai kỳ.

Từ khoá: Đái tháo đường thai kỳ; biến chứng; kết cục thai kỳ.

SUMMARY

THE STUDY OF PREGNANCY OUTCOME IN GESTATIONAL DIABETES MELITUS PATIENTS AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

A cross-sectional descriptive study was conducted on 155 pregnant women with gestational diabetes mellitus (GDM) who were managed and delivered at the University Medical Center from January 2023 to January 2024, aiming to describe the pregnancy outcomes of these patients. The results showed that the mean maternal age was 30.5 ± 5.33 years. Treatment methods included: diet control (80%), insulin therapy (14.84%), and switching from diet control to insulin injection (5.16%). Pregnancy complications included: polyhydramnios (34.64%), preeclampsia (15.03%), hypertension (13.73%), and intrauterine fetal death (1.29%). The rate of vaginal delivery was 54.84%, while cesarean section was performed due to obstetric indications in 40%, and due to GDM in 3.87% of cases. Most labors were uneventful. Intrapartum complications included uterine atony (1.96%) and genital tract trauma (1.3%); no neonatal complications were recorded. Factors associated with polyhydramnios included maternal PCOS

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoàng Trang
Email: nthtrang@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 15/4/2025
Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024
Ngày duyệt bài: 19/5/2025

(OR = 3.506; 95% CI: 1.153–10.667), a history of diabetes (OR = 2.721; 95% CI: 1.044–7.093), and treatment method (OR = 5.932; 95% CI: 2.337–15.054); all with p < 0.05. Maternal age was the only factor associated with an increased risk of macrosomia (OR = 4.062; 95% CI: 1.350–12.224; p = 0.013). Early screening and initiation of primary prevention from the beginning of pregnancy are essential to reduce the complications associated with gestational diabetes.

Keywords: Gestational diabetes mellitus; complications; pregnancy outcomes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một thể của bệnh lý đái tháo đường, là bệnh lý rối loạn chuyển hoá hay gặp nhất trong thai kỳ và có xu hướng ngày càng tăng nhất là ở khu vực châu Á , trong đó Việt Nam nằm trong nhóm có tỉ lệ mắc tương đối cao. Các nghiên cứu gần đây tại Việt Nam đã ghi nhận tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) dao động trong khoảng từ 7,9% đến 10,2% [1]. Đái tháo đường thai kỳ nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời sẽ gây ra rất nhiều hậu quả bất lợi cho cả mẹ và con. Về phía mẹ, tỷ lệ tiền sản giật ở nhóm đái tháo đường thai kỳ là 12,2%, cao hơn đáng kể so với nhóm không đái tháo đường (4,9%); tỷ lệ sinh non ở nhóm đái tháo đường thai kỳ là 14,6%, không đái tháo đường (8,2%) [2] , các tỉ lệ biến chứng như sảy thai, thai lưu, tỉ lệ phải mổ lấy thai, sang chấn sinh dục cũng tăng cao hơn. Về phía thai, các biến chứng hay gặp có thể là tình trạng thai phát triển quá mức hoặc thai to chiếm khoảng 20 - 30% trẻ có mẹ mắc đái tháo đường thai kỳ. Có khoảng 15 - 25% trẻ sơ sinh được sinh ra ở sản phụ mắc đái tháo đường thai kỳ bị hạ đường huyết trong thời kỳ sơ sinh, hội chứng suy hô hấp chiếm khoảng 30% ở trẻ có mẹ mắc đái tháo đường thai kỳ, tỉ lệ mắc các dị tật bẩm sinh cũng cao gấp 2 - 4 lần [3]. Hiện tại khoa sản Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng đã triển khai chẩn đoán, quản lý và đỡ sinh 2 năm nay nhưng chưa có đề tài nghiên cứu về vấn đề này. Xuất phát từ những yếu tố trên chúng tôi thực hiện đề tài: ***"Nghiên cứu kết cục thai kỳ ở sản phụ mắc đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2023".***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các sản phụ được chẩn đoán mắc đái tháo đường thai kỳ đến quản lý thai nghén và sinh con tại bệnh viện Đại học Y Dược Hải Phòng từ 1/2023- 1/2024; đồng ý tham gia nghiên cứu

* Tiêu chuẩn loại trừ: không lựa chọn tham gia nghiên cứu các sản phụ được chẩn đoán ĐTĐ trước khi có thai; mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose (như basedow, suy giáp, Cushing, suy gan, suy thận,...); đang dùng thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose (corticoid, salbutamol,...); đang mắc các bệnh cấp tính (nhiễm khuẩn toàn thân, viêm phổi, lao phổi,…).

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 1/2023 – 1/2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện không xác xuất; Chọn toàn bộ sản phụ khám và được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện Đại Học Y Hải Phòng có đủ tiêu chuẩn lựa chọn tham

gia vào nghiên cứu.

2.4. Xử lý số liệu

Phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng tần số, tỷ lệ phần trăm. Phân tích hồi quy đa biến để đánh giá nguy cơ thực sự của đái tháo đường thai kỳ.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo đề cương đã được phê duyệt được sự đồng ý của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học tại Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng và sự đồng ý của bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Số thai phụ	Tỷ lệ %
Tuổi mẹ		
< 25 tuổi	25	16,13
25 – 29 tuổi	48	30,97
30 – 39 tuổi	74	47,74
≥ 40 tuổi	8	5,16
Tuổi trung bình	30,5 ± 5,33	
Nghề nghiệp		
Công nhân	41	26,45
Nhân viên văn phòng	58	37,42
Nội trợ	32	20,65
Khác	24	15,48
Tiền sử sản khoa		
Con so	38	24,51
Tiền sử sảy, nạo hút, chửa ngoài	15	9,68
Tiền sử thai lưu	7	4,52
Đặc điểm thai kỳ lần này		
Tự nhiên	134	86,65
IVF/IUI	21	13,55
BMI trước khi có thai		
< 18,5	8	5,2
18,5 – 22,9	105	67,7
23 – 24,9	16	10,3
≥ 25	26	16,8
Tuổi thai được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ		
< 24 tuần thai	14	9,03
24 – 28 tuần thai	128	82,58
≥ 28 tuần thai	13	8,39
Phương pháp điều trị		
Tiết chế	124	80
Tiết chế thất bại chuyển Insulin	8	5,16
Tiêm insulin	23	14,84

Đa số sản phụ ở độ tuổi sinh đẻ. Hầu hết sản phụ mang thai tự nhiên, con so, BMI bình thường trước mang thai, được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ ở 24–28 tuần và điều trị chủ yếu bằng tiết chế.

Bảng 2. Phương pháp kết thúc thai kỳ

Kết cục thai kỳ		Số lượng	Tỉ lệ %
Sinh bằng đường âm đạo		85	54,84
Mổ lấy thai	Do chỉ định sản khoa	62	40
	Do đái tháo đường thai kỳ	6	3,87
Thai lưu		2	1,29

Đa số các sản phụ mắc đái tháo đường thai kỳ được chỉ định đẻ đường dưới chiếm tỉ lệ 54,84%. Tỉ lệ mổ lấy thai là 43,87%.

Bảng 3. Các biến chứng trong thai kỳ của đối tượng nghiên cứu

	Biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ trong nhóm biến chứng (%)	Tỉ lệ theo quần thể nghiên cứu (%)
Giai đoạn mang thai	Tiền sản giật	23	22,55	14,84
	Tăng huyết áp	21	20,59	13,55
	Đa ối	53	51,96	34,2
Khi sinh	Đờ tử cung	3	2,94	1,94
	Sang chấn sinh dục	2	1,96	1,29
Tổng		102	100	50,97

Tổng số thai phụ gặp biến chứng trong thai kỳ và khi sinh là 102 người. Trong đó, giai đoạn mang thai ghi nhận đa ối là biến chứng phổ biến nhất với 51,96% (53/102), các biến chứng khác gồm: tiền sản giật chiếm 22,55% (23/102) và tăng huyết áp chiếm 20,59% (21/102). Ở giai đoạn khi sinh, biến chứng đờ tử cung chiếm 2,94% (3/102) và sang chấn sinh dục chiếm 1,96% (2/102).

Bảng 4. Mối liên quan đến biến chứng đa ối ở thai phụ

Các yếu tố	OR	95%CI	p
BMI trước sinh	1,793	0,761 – 4,228	0,182
Tiền sử mắc ĐTĐ	2,721	1,044 – 7,093	0,041
PCOS	3,506	1,153 – 10,667	0,027
Phương pháp điều trị	5,932	2,337 – 15,054	0,000
Nghề nghiệp	1,186	0,525 – 2,683	0,681

Nhận xét: Nhìn vào bảng ta thấy chỉ có tiền sử ĐTĐTK, PCOS và phương pháp điều trị có mối liên quan đến đa ối ($p < 0,05$). Các yếu tố còn lại khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Mối liên quan đến sinh con to ở thai phụ

Các yếu tố	OR	95%CI	p
Số lần mang thai	1.920	0,469 – 7,862	0,364
Tiền sử mắc ĐTĐTK	1.999	0,613 – 6,522	0,251
Tuổi mẹ	4.062	1,350 – 12,224	0,013
BMI trước mang thai	2.286	0,775 – 6,744	0,134
Nghề nghiệp	2.480	0,849 – 7,248	0,097

Nhận xét: Chỉ có tuổi mẹ là yếu tố nguy cơ độc lập lên thai to với p=0,013. Các yếu tố còn lại đều không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với p> 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của các sản phụ mắc đái tháo đường thai kỳ là 30,5 ± 5,33 tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Ngọc ghi nhận tuổi trung bình của nhóm thai phụ bị ĐTĐTK là 30,59 ± 6,24 tuổi. Tuổi mang thai trung bình cao do những năm gần đây thành phố Hải Phòng phát triển hơn, phụ nữ có cơ hội phát triển bản thân, có điều kiện học tập, làm việc dẫn đến kết hôn muộn và sinh con muộn hơn [4].

Về đặc điểm BMI trước mang thai, nhóm BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (67,7%), tương đồng với nghiên cứu của Lê Lam Hương với 66,6% [5].

Về phương pháp điều trị, phần lớn thai phụ trong nghiên cứu được điều trị bằng chế độ ăn (80%), trong khi 14,84% sử dụng insulin và 5,16% chuyển từ điều trị tiết chế sang tiêm insulin. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế, nơi 78,5% thai phụ được điều trị bằng chế độ ăn và 21,5% sử dụng insulin kết hợp [6]. Điều này cho thấy việc kiểm soát đường huyết bằng chế độ ăn vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu cho ĐTĐTK tại Việt Nam.

Các biến chứng trong thai kỳ của đối tượng nghiên cứu

ĐTĐTK là một trong các yếu tố nguy cơ của bệnh lý trước sinh, trong tổng số 155 sản phụ tham gia nghiên cứu của chúng tôi, kết quả thu được tổng số thai phụ gặp biến chứng trong thai kỳ là 102. Trong đó biến chứng trước sinh có tỉ lệ cao nhất là đa ối 53 ca (51,96%) tiếp đến là tiền sản giật và tăng huyết áp lần lượt là 20,59% và 22,55%, không có sản phụ nào bị sản giật. Tỉ lệ tăng huyết áp và tiền sản giật trong quần thể nghiên cứu lần lượt là 14,84% và 13,55%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với tác giả Kartik K Venkatesh nguy cơ mắc tiền sản giật và tăng huyết áp thai kỳ tăng đáng kể và đạt khoảng 14% năm 2020 ở nhóm mắc ĐTĐTK [7]. Tỉ lệ biến chứng trong nghiên cứu của Lê Lam Hương thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi với tỉ lệ tiền sản giật và đa ối lần lượt là 16,6,% và 7,4% [5]. Có 3 sản phụ bị đờ tử cung và 2 sản phụ có sang chấn sinh dục trong sinh, chiếm tỉ lệ lần lượt là 1,94% và 1,29%, không có sản phụ nào bị băng huyết, kẹt vai. Nghiên cứu của Lê Lam Hương cũng ghi nhận 5 trường hợp đờ tử cung (chiếm 9,2%), 3 trường hợp chấn thương sinh dục (5,5%), 1 trường hợp chấn thương trẻ và 1 trường hợp kẹt vai [5]. Các biến chứng trong thai kỳ ở sản phụ mắc đái tháo đường thai kỳ khá phổ biến, trong đó đa ối, tiền sản giật và tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao. Kết quả nghiên cứu tương đồng với một số nghiên cứu khác cho thấy cần quản lý chặt chẽ nhóm đối tượng này để giảm nguy cơ cho mẹ và thai.

Phương pháp kết thúc thai kỳ

Trong tổng số 155 sản phụ, có 85 sản phụ được chỉ định sinh ngả âm đạo chiếm tỉ lệ 54,84%, số sản phụ mổ lấy thai là 68 ca chiếm tỉ lệ 43,87%, trong đó số ca có chỉ định mổ lấy thai do ĐTĐTK là 6 ca chiếm tỉ lệ 3,87%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với 1 số nghiên cứu như của tác giả Nguyễn Việt Trí trong nhóm chỉ định mổ lấy thai với tỉ lệ mổ do ĐTĐTK là 2.5% cho thấy ĐTĐTK không phải là chỉ định mổ phổ biến

nếu được kiểm soát tốt [8]. Có 2 ca thai lưu không tìm được nguyên nhân ở tuần thai 20 và 26 tuần.

Mối liên quan đến biến chứng đa ối ở thai phụ

Tiền sử mắc ĐTĐ cho thấy là một yếu tố nguy cơ đáng kể gây ra đa ối, với OR = 2,721 (KTC 95%: 1,044 – 7,093; p = 0,041). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy tăng đường huyết ở mẹ có thể gây tăng tiểu đường thai kỳ, làm tăng sản xuất nước ối do tăng bài tiết nước tiểu ở thai nhi. Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) cũng cho thấy mối liên quan chặt chẽ với đa ối (OR = 3,506; KTC 95%: 1,153 – 10,667; p = 0,027). PCOS thường liên quan đến kháng insulin và rối loạn chuyển hóa, là yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK và có thể gián tiếp góp phần làm tăng nguy cơ đa ối. Mặc dù ít nghiên cứu trực tiếp liên hệ với đa ối, một số tài liệu cho thấy PCOS làm tăng nguy cơ rối loạn dung nạp glucose và ĐTĐTK, từ đó gián tiếp làm tăng nguy cơ đa ối. Kết quả của chúng tôi với OR = 3,506 là một gợi ý quan trọng về vai trò độc lập tiềm tàng của PCOS trong cơ chế bệnh sinh của đa ối, cần được làm rõ thêm trong các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp điều trị GDM (gồm điều chỉnh chế độ ăn, insulin hoặc kết hợp cả hai) có mối liên quan mạnh mẽ với nguy cơ đa ối (OR = 5,932; KTC 95%: 2,337 – 15,054; p < 0,001). Kết quả này cho thấy rằng mức độ kiểm soát đường huyết có thể ảnh hưởng đáng kể đến sự hình thành đa ối.Các sản phụ phải điều trị bằng insulin hoặc phác đồ kết hợp thường là những người có tình trạng rối loạn đường huyết nặng hơn hoặc không kiểm soát được bằng chế độ ăn đơn thuần, do đó có nguy cơ cao hơn về các biến chứng như đa ối, thai to, sinh non, và mổ lấy thai. Một RCT ở Trung Quốc của Yu và cộng sự ghi nhận đa ối ở 12.9% nhóm dùng công thức dinh dưỡng ĐTĐ so với 37.9% nhóm ăn thông thường (p<0.05) [9]. Như vậy, mặc dù các nghiên cứu chưa cung cấp OR/CI cụ thể cho đa ối nhưng xu hướng chung gợi ý rằng kiểm soát đường huyết qua chế độ ăn đặc biệt làm giảm nguy cơ đa ối.

Mối liên quan đến biến chứng sinh con to ở thai phụ

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có tuổi mẹ là yếu tố nguy cơ độc lập lên thai to với p=0,013. Các yếu tố còn lại đều không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với p> 0,05. Các nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng tuổi mẹ càng cao, nguy cơ sinh con to ở thai phụ tăng lên do tình trạng rối loạn chuyển hoá và kháng insulin cao hơn. Theo Mahin Najafian [10], 60% mẹ sinh con to ≥ 35 tuổi. Các yếu tố khác như BMI trước thai kỳ, tiền sử ĐTĐTK và nghề nghiệp có xu hướng liên quan, nhưng chưa đạt ngưỡng thống kê, có thể cần nghiên cứu thêm với quy mô mẫu lớn hơn hoặc kiểm soát các yếu tố gây nhiễu. Kết quả cho thấy việc theo dõi sát tuổi mẹ và cân nặng trước thai kỳ có thể giúp phát hiện sớm nguy cơ sinh con to.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy vẫn còn tỷ lệ nhỏ sản phụ mặc dù đã được điều trị nhưng xuất hiện các biến chứng trong thai kỳ và chuyển dạ cho mẹ. Có mối liên quan sự xuất hiện của các biến chứng này với các yếu tố nguy cơ cao của tiểu đường thai kỳ. Vì

vậy để hạn chết tối đa các biến chứng trong thai kỳ và lúc sinh thì các sản phụ cần được tư vấn, theo dõi, quản lý thai kỳ sát và dự phòng cấp 0 ngay từ đầu thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Mỹ Hạnh, Lâm Đức Tâm, Trần Quang Hiền, Nguyễn Tấn Hưng.** Nghiên cứu tỷ lệ và kết cục thai kỳ ở sản phụ có đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Tiền Giang. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023(66):254-60.
2. **Cong Luat Nguyen, Ngoc Minh Pham, Colin W Binns, Dat Van Duong, Andy H Lee.** Prevalence of gestational diabetes mellitus in eastern and southeastern Asia: a systematic review and meta-analysis. Journal of diabetes research. 2018;2018(1):6536974.
3. **Saad Antonio F Murrin Ellen M, Sullivan Scott, Miodovnik Menachem.** The Impact of Pregestational Diabetes on Maternal Morbidity and Mortality: Trends, Challenges, and Future Directions. American Journal of Perinatology. 2024.
4. **Nguyễn Thị Mai Ngọc.** Kết quả sản khoa của các thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại một số bệnh viện tỉnh Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;531(1B):7-9.
5. **Lê Lam Hương, Hoàng Trọng Nam, Ngô Thị Minh Thảo, Võ Hoàng Lâm.** Đái tháo đường thai kỳ: nghiên cứu những yếu tố ảnh hưởng và kết quả thai kỳ. Tạp chí Nội tiết & Đái tháo đường. 2021;46.
6. **Trương Ngọc Bảo, Võ Thanh Tín, Đặng Thị Tường Vy, Lê Cảnh Trung Hiếu, Nguyễn Đức Vinh, Nguyễn Thị Hiền Vy, et al.** Kết quả xử trí sản khoa ở thai phụ có đái tháo đường thai kỳ. Tạp chí Phụ Sản Việt Nam. 2024;22(3).
7. **Kartik K Venkatesh, Courtney D Lynch, Camille E Powe, Maged M Costantine, Stephen F Thung, Steven G Gabbe, et al.** Risk of adverse pregnancy outcomes among pregnant individuals with gestational diabetes by race and ethnicity in the United States, 2014-2020. Jama. 2022;327(14): 1356-67.
8. **Nguyễn Việt Trí, Võ Huỳnh Trang, Ngũ Quốc Vĩ, Trần Khánh Nga.** Nghiên cứu tỷ lệ và kết cục thai kỳ ở sản phụ có đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2021(40):178-85.
9. **X. Y. Yu, H. Zhang.** [Effects of a nutritional liquid supplement designed for diabetes mellitus on postprandial glucose and pregnancy outcomes in patients with gestational diabetes mellitus]. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2013;93(43):3450-3.
10. **Cheraghi M. Najafian M.** Occurrence of fetal macrosomia rate and its maternal and neonatal complications: a 5-year cohort study. ISRN Obstet Gynecol. 2012;2012: 353791.

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2024

Phạm Thị Thu Hương[1], Nguyễn Giao Linh[2], Nguyễn Thị Thu Hương[1], Đỗ Thị Tuyết Mai[1], Hoàng Đình Phong[3]

TÓM TẮT

Tăng huyết áp là một trong những yếu tố nguy cơ gây ra những biến chứng về các bệnh tim mạch và tỷ lệ mắc bệnh cũng như mức độ nghiêm trọng của bệnh đều tăng theo tuổi. Quản lý được huyết áp là cần thiết giúp giảm thiểu các biến cố xấu ảnh hưởng đến bệnh động mạch vành, suy tim, đột quỵ, bệnh thận mãn tính, chứng mất trí và giảm chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 230 người cao tuổi có tăng huyết áp với mục tiêu khảo sát một số yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát huyết áp ở người cao tuổi có tăng huyết áp tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2024. Chúng tôi sử dụng thang đo Dietary Sodium Reduction Self-care Behaviour Scale (DSR-SCB) với 9 câu hỏi để đánh giá hành vi giảm muối. Kết quả cho thấy 04 yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát huyết áp ở người cao tuổi bao gồm nơi ở hiện tại (OR= 3,418; 95% CI: 1,418-8,240; p<0,001); thay đổi vị giác (OR= 0,395; 95% CI: 0,185-0,840; p<0,001); kiến thức về giảm muối trong chế độ ăn (OR= 1,153; 95% CI: 1,042-1,276; p<0,001) và tiền sử bệnh tăng huyết áp (OR= 1,463; 95% CI: 1,215-1,762; p<0,001).

Từ khóa: Tăng huyết áp, người cao tuổi, kiến thức về giảm muối

SUMMARY

CURRENT STATUS OF FACTORS AFFECTING HYPERTENSION CONTROL IN THE OLDER ADULTS AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2024

Hypertension is one of the major risk factors for cardiovascular complications, with both the prevalence and severity of the disease increasing with age. Blood pressure management is essential to minimize complications associated with coronary artery disease, heart failure, stroke, chronic kidney disease, and dementia, ultimately improving patients' quality of life. This study aimed to survey the factors influencing blood pressure control among elderly patients with hypertension at Huu Nghi Viet Tiep Hospital in 2024. A cross-sectional study was conducted on a sample of 230 elderly individuals diagnosed with hypertension. The Knowledge of Dietary Sodium Reduction Scale (KDSR), consisting of 16 questions, was used to assess participants' knowledge of salt reduction, while the Dietary Sodium Reduction Self-care Behaviour Scale (DSR-SCB), comprising 9 questions, evaluated their self-care behaviors related to salt intake. Data analysis was performed using SPSS 22.0. The results of logistic regression analysis showed

[1]*Khoa Điều dưỡng - Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Sinh viên Khoa Điều dưỡng - Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[3]*Bệnh viện Y học Hải Quân*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Hương
Email liên hệ: ptthuong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 29/3/2025
Ngày duyệt bài: 29/4/2025

that there were 4 factors affecting blood pressure control in the elderly, including geography (current residence of the elderly) (OR= 3,418; 95% CI: 1,418-8,240; p<0,000), taste changes (OR= 0,395; 95% CI: 0,185-0,840; p<0,000), knowledge about reducing salt in the diet (OR= 1,153; 95% CI: 1,042-1,276; p<0,000) and history of hypertension (OR= 1,463; 95% CI: 1,215-1,762; p<0,000),

Keywords: Hypertension, elderly, knowledge

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một trong những yếu tố nguy cơ gây ra những biến chứng về các bệnh tim mạch và tỷ lệ mắc bệnh cũng như mức độ nghiêm trọng của bệnh đều tăng theo tuổi. Theo báo cáo tại Việt Nam, tỷ lệ người tăng huyết áp chiếm khoảng 44,8% [3]. Theo tốc độ già hóa của dân số dẫn đến việc tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp cũng gia tăng trên thế giới. Theo báo cáo của The US National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) cho thấy có đến 70% người cao tuổi trên 65 tuổi bị tăng huyết áp [10], theo CDC (2023) cho thấy tình trạng tăng huyết áp tăng dần theo độ tuổi với 23,4% ở độ tuổi 18–39, 52,5% ở độ tuổi 40–59 và 71,6% ở độ tuổi 60 trở lên [6]. Bệnh tăng huyết áp ở NCT là gánh nặng cho cả người bệnh và gánh nặng cho toàn cầu do những biến chứng của nó mang lại ảnh hưởng trực tiếp lên sức khỏe cả về thể chất, tinh thần và kinh tế của người bệnh.

Kiểm soát được tăng huyết áp là một yếu tố chính có thể giúp thay đổi được kết cục xấu đối với bệnh động mạch vành, suy tim, đột quỵ, bệnh thận mãn tính, chứng mất trí và tăng cường chất lượng cuộc sống cho người bệnh [8]. Tuy nhiên, việc kiểm soát huyết áp mục tiêu tỷ lệ còn thấp như nghiên cứu của Alain Menanga (2016) cho thấy chỉ có 36,8% bệnh nhân có huyết áp trung bình được kiểm soát (BP ≤140/90 mmHg) [5], báo cáo CDC (2024) cho thấy có khoảng 20,7% số người lớn bị tăng huyết áp đã kiểm soát được huyết áp ở mức dưới 130/80 mm Hg [6].

Nghiên cứu trước đây có tìm hiểu về một số yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát huyết áp. Các nghiên cứu cho thấy một số yếu tố liên quan đến kiểm soát huyết áp gồm giới tính, trình độ học vấn, tuân thủ điều trị, thay đổi chế độ ăn uống, luyện tập [7, 5]. Mặt khác, tình trạng kinh tế, hiểu biết về sức khỏe và giáo dục là những yếu tố chính trong hành vi kiểm soát huyết áp ở người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp [9]. Tuy nhiên, ở người cao tuổi có những đặc điểm thay đổi có thể là những yếu tố ảnh hưởng đến việc quản lý huyết áp như những thay đổi về vị giác ảnh hưởng đến thực hiện chế độ ăn giảm muối hàng ngày, suy giảm thị lực có thể ảnh hưởng đến thực hiện chế độ ăn hoặc dùng thuốc. Những yếu tố này chưa được chú trọng nghiên cứu. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Thực trạng một số yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát huyết áp ở NCT có tăng huyết áp tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2024" với mục tiêu khảo sát một số yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát huyết áp ở NCT có tăng huyết áp tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 60 tuổi trở lên, người bệnh đã được chẩn đoán tăng huyết áp trước đó; người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu; có đủ khả năng để trả lời các câu hỏi phỏng vấn.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu; người

bệnh không đủ khả năng tham gia trả lời phiếu phỏng vấn; người bệnh được chẩn đoán tăng huyết áp lần đầu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng từ tháng từ 1/2024 đến 4/2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính toán trên phần mềm Gpower 3.1. Dựa theo nghiên cứu trước với: hệ số ảnh hưởng (effect size) là 0.3 và power là 0.95 là 219 người bệnh. Chúng tôi lấy thêm 5% dự kiến số người bệnh từ chối nghiên cứu. Do vậy, mẫu nghiên cứu tối thiểu của chúng tôi là 130 người bệnh. Tại thời điểm lấy mẫu có 230 đối tượng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu chúng tôi lấy vào cỡ mẫu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện

2.6. Biến số nghiên cứu

Biến số nghiên cứu bao gồm:

Thông tin của người bệnh bao gồm các biến số: tuổi, giới, trình độ văn hóa, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, kiến thức và hành vi về chế độ ăn.

Biến số đánh giá về đánh giá kiến thức về giảm muối sử dụng bộ câu hỏi Knowledge of Dietary Sodium Reduction Scale (KDSR) gồm 16 câu hỏi; đánh giá về hành vi tự giảm muối sử dụng bộ câu hỏi Dietary Sodium Reduction Self-care Behaviour Scale (DSR-SCB) với 9 câu hỏi, các bộ câu hỏi đã được chuẩn hóa.

Biến số huyết áp được đo bằng cách sử dụng máy đo huyết áp cơ. Đánh giá chỉ số tăng huyết áp theo hướng dẫn về phân độ tăng huyết áp theo Hội tim mạch và huyết áp Châu Âu (ESC/ESH) năm 2018 với Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn gồm các câu hỏi về thông tin chung NCT, câu hỏi đánh giá về kiến thức và hành vi tự giảm muối của người cao tuổi có tăng huyết áp và chỉ số huyết áp được đo khi tiếp xúc người bệnh khi vào viện. NCT sẽ được phỏng vấn trực tiếp và trả lời theo các đáp án phù hợp. Người lấy mẫu được tập huấn hiểu đầy đủ về cách thu thập số liệu và giải thích cho người bệnh trước khi lấy số liệu.

2.8. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Thống kê mô tả được sử dụng để mô tả số liệu thống kê nhân khẩu học, tỷ lệ kiểm soát huyết áp. Sử dụng Independent Samples T-test, Chi-squared test để kiểm tra sự khác biệt trong việc kiểm soát huyết áp giữa về tuổi, giới, địa dư (nơi ở của người bệnh) với $p < 0,05$. Phân tích mô hình hồi quy Logistic để đánh giá một số yếu tố bao gồm địa dư, thị lực người bệnh, thay đổi vị giác, kiến thức giảm muối trong chế độ ăn, thái độ giảm muối trong chế độ ăn và tiền sử bệnh có ảnh hưởng đến kiểm soát huyết áp với $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

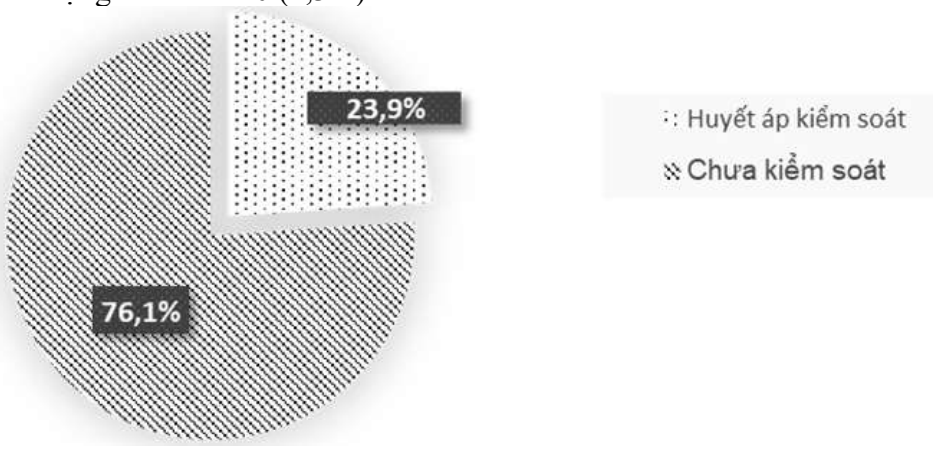
Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức trường Đại học Y Dược Hải Phòng và được sự đồng ý cho phép của ban lãnh đạo bệnh viện Việt Tiệp. Trước khi tiến hành lấy số liệu người bệnh đã được giải thích rõ về mục đích, nội dung trả lời phiếu trả lời, và tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu, người bệnh có thể dừng tham gia nghiên cứu bất cứu khi nào mong muốn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n = 230)

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Tuổi	Sơ lão (60 - 69)	100	43,5
	Trung lão (70 - 79)	85	37,0
	Đại não (≥80)	45	19,5
Giới	Nam	125	54,3
	Nữ	105	45,7
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	200	87,0
	Độc thân	30	13,0
Địa dư	Thành phố	160	69,6
	Nông thôn/Hải đảo	70	30,4
Trình độ văn hóa	Không đi học	10	4,3
	Tiểu học/THCS/THPT	180	78,3
	THCN/CĐ/ĐH	40	17,4
Nghề nghiệp	Hưu trí	155	67,4
	Lao động tự do/cơ quan	65	28,3
	Nội trợ	10	4,3

Nhóm tuổi sơ lão chiếm tỷ lệ cao nhất 100 (43,5%), tiếp đến là 85 (37,0%) trong độ tuổi trung lão. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn 125 (54,3%) so với nữ là 105 (45,7%). Về địa dư (nơi ở hiện tại của NCT), NCT sống tại thành phố 160 (69,6%), nông thôn/hải đảo là 70 (30,4%). Phần lớn đối tượng đạt trình độ đến bậc THCS/THPT 180 (78,3%), tỷ lệ không đi học chiếm số lượng nhỏ nhất 10 (4,3%).



Hình 1: Tỷ lệ về thực trạng kiểm soát huyết áp ở người cao tuổi (n = 230)

Trong tổng số 230 NCT có tiền sử tăng huyết áp tham gia khảo sát tại thời điểm thăm khám ban đầu, tỷ lệ NCT đạt huyết áp mục tiêu được kiểm soát (BP <140/90 mmHg) chiếm 55 (23,9%) và 175 (76,1%) NCT chưa kiểm soát được huyết áp.

Bảng 2: Mối liên quan giữa tuổi, giới và địa dư với kiểm soát huyết áp ở người cao tuổi (n=230)

Biến số		HA kiểm soát	HA chưa kiểm soát	p
Tuổi		(Trung bình ± ĐLC)	(Trung bình ± ĐLC)	
		70,6 ± 7,6	71,6 ± 7,7	0,16[a]
Giới tính		(n (%)	(n (%)	
	Nam	20 (16,0%)	105 (84,0%)	0,002[b]
	Nữ	35 (33,3%)	70 (66,7%)	
Địa dư				
	Thành thị	45 (28,1%)	115 (71,9%)	0,0016[b]
	Nông thôn/Hải đảo	10 (14,3%)	60 (85,7%)	

[a] Independent Samples T-test, [b] Chi-squared test

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, địa dư (nơi ở hiện tại của NCT) và tình trạng kiểm soát huyết áp với ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Phân tích hồi quy Logistic về yếu tố liên quan đến kiểm soát huyết áp (n = 230) Cần việt hoá các biến trong bảng

Biến số	B	S.E.	Wald	df	p	Odds Ratio	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Địa dư (nơi ở)	1,229	0,449	7,494	1	0,006	3,418	1,418	8,240
Thị lực	-0,637	0,387	2,706	1	0,100	0,529	0,248	1,130
Thay đổi vị giác	-0,930	0,385	5,823	1	0,016	0,395	0,185	0,840
Kiến thức giảm muối	0,142	0,052	7,590	1	0,006	1,153	1,042	1,276
Thái độ giảm muối	0,094	0,078	1,455	1	0,228	1,098	0,943	1,279
Tiền sử bệnh	0,381	0,095	16,170	1	0,000	1,463	1,215	1,762

Mô hình phân tích hồi quy Logistic cho thấy có 4 yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát huyết áp ở người cao tuổi bao gồm địa dư (nơi ở hiện tại của NCT), thay đổi vị giác, kiến thức về giảm muối trong chế độ ăn và tiền sử bệnh tăng huyết áp. Trong đó, yếu tố ảnh hưởng lớn nhất là địa dư nơi ở hiện tại của người cao tuổi có ảnh hưởng lên kiểm soát huyết áp với odds ratio 3,418. Điều này chỉ ra rằng người cao tuổi sống tại vùng quê/ hải đảo là kiểm soát huyết áp chưa tốt gấp khoảng trên 3 lần so với người sống tại khu vực thành phố. Yếu tố về thay đổi vị giác, kiến thức và tiền sử bệnh cũng đóng góp vào mô hình quản lý huyết áp lần lượt là (OR= 0,395; 95% CI: 0,185-0,840; P<0,000), (OR= 1,153; 95% CI: 1,042-1,276; P<0,000), (OR= 1,463; 95% CI: 1,215-1,762; P<0,000).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy chủ yếu NCT là sơ lão chiếm tỷ lệ cao nhất 100 (43,5%), nam giới có 125 (54,3%) và NCT sống tại thành phố với 160 (69,6%). Tỉ lệ người bệnh chưa kiểm soát huyết áp mục tiêu 76,5%, và đạt được huyết áp mục tiêu là 23,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đồng Thị Ngọc Lâm (2021), thấp hơn so với nghiên cứu của Dương Ngọc Định (2022), Hoàng Huy Hiệu (2024) [1,2,4]. Điều này cho thấy, việc quản lý huyết áp mục tiêu ở

các nghiên cứu tại các vùng miền, đối tượng khác nhau là cho ra kết quả khác nhau.

Ngoài ra, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và địa dư (nơi NCT đang sinh sống) về kiểm soát được huyết áp mục tiêu với p <0,05. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu về tuổi của Đồng Thị Ngọc Lâm (2021) cho thấy có mối liên quan giữa giới tính và quản lý huyết áp mục tiêu (p=0,001), điều này phù hợp do nghiên cứu của Ho Anh Hien (2018) cho thấy những hiểu biết về tình trạng tăng huyết áp khác nhau giữa nam và nữ [2,3]. Về địa dư, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Ho Anh Hien (2018) cho thấy nơi ở là yếu tố ảnh hưởng đến tăng huyết áp [3].

Trong mô hình phân tích hồi quy Logistic chúng tôi tìm thấy có 4 yếu tố có ảnh hưởng đến việc kiểm soát huyết áp bao gồm các yếu tố về địa dư (nơi ở), thay đổi vị giác, kiến thức giảm muối, tiền sử bệnh với p <0,05. Về địa dư (nơi ở) cho thấy những người ở nông thôn/ hải đảo có khả năng kiểm soát huyết áp mục tiêu thấp hơn người sống ở vùng thành thị. Điều này có thể giải thích do việc điều trị và kiểm soát ở khu vực thành thị cao hơn nhiều so với khu vực nông thôn và nơi cư trú là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với việc điều trị và kiểm soát tăng huyết áp [3]. Mặt khác, yếu tố chế độ ăn giảm muối có liên quan chặt chẽ với việc quản lý huyết áp, nhưng người dân sống tại vùng nông thôn đặc biệt là vùng hải đảo thường có chế độ, sở thích ăn mặn hơn. Do đó có thể giải thích được nơi người bệnh cư trú là một yếu tố ảnh hưởng đến việc kiểm soát huyết áp. Yếu tố về thay đổi vị giác ở NCT do có sự suy giảm về nụ lưỡi – làm suy giảm khả năng về vị giác do đó khi nấu ăn đặc biệt về chế độ ăn giảm muối thường là một hạn chế của người cao tuổi. Mặt khác, chế độ ăn của người bệnh bị tăng huyết áp cần tiết chế muối trong khẩu phần ăn nhưng việc sử dụng định lượng đong, đo, đếm thường chưa được chú trọng chủ yếu dựa vào vị giác và kinh nghiệm. Do đó việc giảm vị giác ở người cao tuổi cũng là yếu tố ảnh hưởng đến việc kiểm soát huyết áp do chưa tiết chế được chế độ ăn. Kiến thức góp phần thay đổi hành vi cho người bệnh trong việc quản lý bệnh, điều này phù hợp để giải thích khi người bệnh có kiến thức hạn chế sẽ dẫn đến việc kiểm soát huyết áp mục tiêu là hạn chế. Kết quả nghiên cứu chỉ ra tiền sử NCT bị tăng huyết áp nhiều năm có khả năng kiểm soát huyết áp kém hơn so với những người mới mắc bệnh (OR= 1,463; 95% CI: 1,21-1,76; P<0,000). Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu được báo cáo trước đây có mối liên quan giữa tiền sử bị tăng huyết áp và kiểm soát huyết áp (1- 5 năm: OR=0,59; p=0,033 và ≥ 10 năm: OR=0,28; p=0,028) [1].

V. KẾT LUẬN

Người cao tuổi có tăng huyết áp có tỷ lệ người bệnh chưa kiểm soát huyết áp mục tiêu 76,5% và đạt được huyết áp mục tiêu là 23,9%. Khảo sát một số yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát huyết áp qua phân tích hồi quy Logistic cho thấy có 4 yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát huyết áp ở người cao tuổi bao gồm địa dư (nơi ở hiện tại của NCT) (OR= 3,418; 95% CI: 1,418-8,240; P<0,000), thay đổi vị giác (OR= 0,395; 95% CI: 0,185-0,840; P<0,000), kiến thức về giảm muối trong chế độ ăn (OR= 1,153; 95% CI: 1,042-1,276; P<0,000) và tiền sử bệnh tăng huyết áp (OR= 1,463; 95% CI: 1,215-1,762; P<0,000). Do

đó, để kiểm soát tốt huyết áp cho NCT khi chăm sóc, điều trị người bệnh cần cân nhắc đến những sự suy giảm ở NCT như thay đổi vị giác, giảm kiến thức về quản lý bệnh và yếu tố về vùng miền nơi người bệnh sinh sống cũng như tiền sử mắc bệnh để có tư vấn và điều chỉnh phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Ngọc Định, Lưu Ngọc Dung, Huỳnh Thanh Hiền** (2022). Nghiên cứu tình hình và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp chưa kiểm soát tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang năm 2021 – 2022. Tạp chí Y dược Cần thơ. 53, 34-40.
2. **Đồng Thị Ngọc Lâm, Nguyễn Thị Bạch Yến** (2022). Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa huyện Lục Ngạn. Tạp Chí Y học Việt Nam, 509(1).
3. **Hien HA, Tam NM, Tam V, et al** (2018). Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension and Its Risk Factors in (Central) Vietnam. Int J Hypertens. 2018 May 16;2018:6326984.
4. **Hoàng HH, Lê TA, Dương QH, et al** (2024). Kiểm soát huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp nguyên phát tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. Tạp Chí Tim mạch học Việt Nam, (111).
5. **Alain Menanga, Sandrine Edie, Clovis Nkoke, et al** (2016). Factors associated with blood pressure control amongst adults with hypertension in Yaounde, Cameroon: a cross-sectional study, Cardiovascular Diagnosis and Therapy, Vol 6, No 5 (October 01, 2016).
6. **CDC** (2024). Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control Among Adults Age 18 and Older: United States, August 2021–August 2023. https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db511.htm. Truy cập ngày 16/3/2025.
7. **Choi HY, Kim E** (2023). Factors Influencing the Control of Hypertension According to the Gender of Older Adults. Healthcare (Basel). 2023 May 30;11(11): 1595.
8. **Fuchs FD, Whelton PK.** High blood pressure and cardiovascular disease. Hypertension 2020;75:285-92.
9. **Handayani N F, Haryanto, Sari DW** (2025). Factors Influencing Blood Pressure Control in Older Adults Hypertension: A Systematic Review. Indonesian Journal of Global Health Research, 7(1), 939-946.
10. **Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al** (2015). Heart disease and stroke statistics-2015 update: A report from the American Heart Association. Circulation. 2015;131: e29–322.

HOẠT ĐỘNG BÁO CÁO PHẢN ỨNG CÓ HẠI CỦA THUỐC (ADR) TẠI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ SẢN NHI HẢI PHÒNG NĂM 2024

Lê Thị Thùy Linh[1,2], Nguyễn Thị Thu Hương [1], Phạm Trường Lâm[2], Đặng Thị Thu[2], Hà Quang Tuấn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích thực trạng báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) tại Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên toàn bộ báo cáo ADR được ghi nhận tại Bệnh viện có thời gian xảy ra phản ứng từ ngày 01/01/2024 đến ngày 31/12/2024. **Kết quả:** Đã có 249 báo cáo ADR được ghi nhận từ việc rà soát tín hiệu cho phép phát hiện biến cố bất lợi của thuốc Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events của Viện Cải tiến Y tế Hoa Kỳ, trong đó có 15 báo cáo (chiếm 6,02%) được các khoa lâm sàng báo cáo theo hình thức thụ động. Có 9 ADR được đánh giá là "Có khả năng phòng tránh được" theo thang P của WHO. Các nguyên nhân được cho là có thể phòng tránh được bao gồm: cách dùng thuốc chưa hợp lý, sử dụng kháng sinh từng có tiền sử dị ứng, lựa chọn thuốc không cần thiết. **Kết luận:** Nghiên cứu bước đầu đã cho thấy tính hữu ích của bộ công cụ Trigger Tool, đây là cơ sở để xây dựng một bộ công cụ riêng để áp dụng tại Bệnh viện. Đồng thời cũng đưa ra đề xuất về việc tăng cường đào tạo cho cán bộ y tế trong toàn viện về sử dụng thuốc an toàn, hợp lý.

Từ khóa: ADR, phản ứng có hại của thuốc, Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thùy Linh
Email: lttinh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 29/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 29/3/2025
Ngày duyệt bài: 26/4/2025

SUMMARY

THE SITUATION OF ADVERSE DRUG REACTIONS REPORTING AT HAIPHONG INTERNATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND PEDIATRICS IN 2024

Objective: This retrospective study aims to analyse the current status of adverse drug reaction (ADR) reporting at Hai Phong International Hospital of Obstetrics and Pediatrics in 2024. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on all ADR reports recorded at the hospital, with reaction occurrences from January 1, 2024, to December 31, 2024. **Results:** A total of 249 ADR reports were recorded through signal detection based on Global Trigger tool for Adverse Events of the Institute for Healthcare Improvement (IHI). Among these, 15 reports (accounting for 6.02%) were passively reported by clinical departments. 9 ADRs were assessed as "potentially preventable" according to the WHO P-scale. The identified preventable causes included inappropriate drug use, re-administration of antibiotics causing prior allergy/allergies, and inappropriate prescribing. **Conclusion:** This preliminary study demonstrated the usefulness of the Trigger Tool, providing a foundation for developing a customized tool for application at the hospital. Additionally, it highlights the need to strengthen training for healthcare staff across the hospital on the safe and rational use of medications.

Keywords: ADR, Adverse drug reaction, Haiphong International Hospital of Obstetrics and Pediatrics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với mục đích giảm thiểu tác động có hại của thuốc với cộng đồng, hoạt động Cảnh giác Dược đã được hình thành và phát triển nhằm phát hiện, theo dõi, đánh giá và phòng tránh các biến cố bất lợi cũng như các vấn đề khác liên quan đến sử dụng thuốc. Tại Việt Nam, việc giám sát phản ứng có hại tại các cơ sở khám chữa bệnh đã trở thành một thành phần quan trọng của hệ thống Cảnh giác Dược. Bên cạnh phương pháp báo cáo tự nguyện, các phương pháp giám sát tích cực cũng được khuyến khích áp dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh [1, 2].

Từ khi được thành lập, Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng đã triển khai phần mềm kê đơn điện tử với nhiều chức năng để có thể truy xuất dữ liệu xét nghiệm và sử dụng thuốc một cách dễ dàng và hệ thống. Vì vậy, từ năm 2024, bên cạnh báo cáo ADR tự nguyện, Khoa Dược đã tiến hành ghi nhận báo cáo dựa trên các tín hiệu liên quan đến thuốc và xét nghiệm theo bộ công cụ gồm các tín hiệu cho phép phát hiện biến cố bất lợi của thuốc Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events của Viện Cải tiến Y tế Hoa Kỳ (gọi tắt là Trigger Tool) [3]. Với mục đích, nâng cao chất lượng công tác Cảnh giác Dược, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: ***Phân tích hoạt động báo cáo phản ứng có hại của thuốc tại Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng năm 2024.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Vật liệu nghiên cứu là toàn bộ báo cáo phản ứng có hại của thuốc tại Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng có ngày xảy ra phản ứng từ 01/01/2024 đến ngày 31/12/2024 và đã được gửi đến Trung tâm Quốc gia về Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

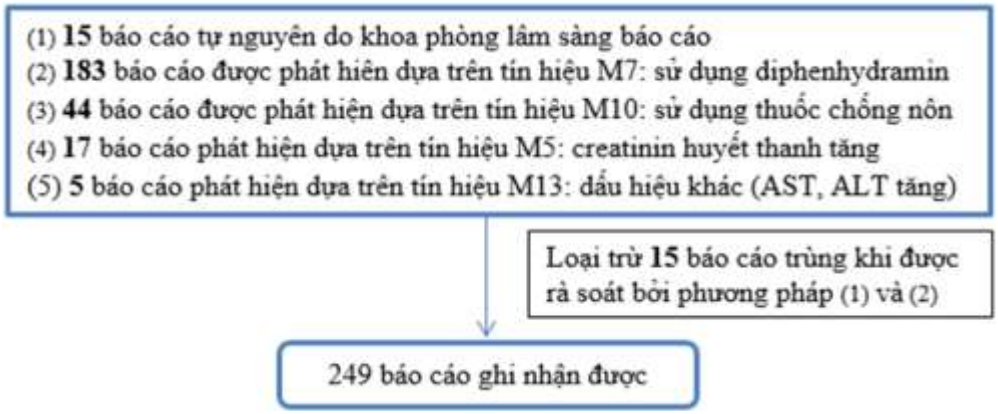
- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: Mẫu thuận tiện

- Một số quy ước trong nghiên cứu: thuốc nghi ngờ trong báo cáo có khả năng phòng tránh được đánh giá theo thang P của WHO [2], hiệu lực phát hiện ADE của các tín hiệu được thể hiện qua giá trị dự đoán dương tính (PPV- Positive Predictive Value)

$$PPV = \frac{\text{Số trường hợp có ADE phát hiện từ tín hiệu}}{\text{Tổng số trường hợp có tín hiệu}}$$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Hình 1. Sơ đồ ghi nhận báo cáo ADR tại Bệnh viện năm 2024

Trên 35.072 bệnh án nội trú năm 2024, có 249 báo cáo phản ứng có hại của thuốc được ghi nhận, tương ứng với 249 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 0,71%). Các báo cáo được ghi nhận bằng cả hình thức báo cáo tự nguyện và rà soát dựa theo tín hiệu Trigger Tool. Trong số 249 báo cáo, chỉ có 15 trường hợp (chiếm 6,02%) được phát hiện thông qua hệ thống báo cáo thụ động, đồng thời 15 báo cáo này cũng được phát hiện khi rà soát bằng tín hiệu "M7: sử dụng diphenhydramin".

Bảng 1. Hiệu lực phát hiện ADE của các tín hiệu

Tín hiệu	Mô tả tín hiệu	Số lượt tín hiệu dương tính (1)	Số ADE (2)	Tỷ lệ báo cáo(n=249)	PPV (2)/(1)
M7	Sử dụng diphenhydramin	1453	183	73,49%	0,13
M10	Sử dụng thuốc chống nôn (domperidon)	488	44	17,67%	0,09
M5	Creatinin huyết thanh tăng	35	17	6,83%	0,49
M13	Khác (AST, ALT tăng)	651	5	2,01%	0,01
Tổng		**2627**	**249**	**100%**	**0,09**

Dựa trên dữ liệu về sử dụng thuốc và kết quả xét nghiệm, báo cáo ADR được phát hiện dựa trên 4 tín hiệu Trigger Tool. Hiệu lực chung của bộ công cụ Trigger Tool là PPV = 0,09. Các tín hiệu thành phần có PPV dao động từ 0,01-0,13. Tín hiệu M5 (creatinin huyết thanh tăng trên 2 lần giá trị nền) là tín hiệu có PPV cao nhất (PPV = 0,49) và tín hiệu M7 (sử dụng diphenhydramin) là tín hiệu giúp ghi nhận được nhiều báo cáo nhất (183 báo cáo, chiếm 73,49%).

Bảng 2. Phân loại thuốc nghi ngờ gây ADR theo nhóm thuốc và họ dược lý (n=249)

Mã phân loại ATC		Nhóm thuốc	Số báo cáo	Tỉ lệ %
Bậc 1	**Bậc 3**			
J	J01D	Kháng khuẩn nhóm cephalosporin, monobactam và carbapenem	132	53,01%
	J01M	Kháng khuẩn nhóm quinolon	39	15,66%
	J01X	Thuốc kháng khuẩn khác	19	7,63%
	J01G	Kháng khuẩn aminoglycosid	16	6,43%
	J01C	Kháng khuẩn nhóm penicilin	6	2,41%
	J01F	Kháng khuẩn nhóm macrolid, lincosamid và streptogramin	2	0,80%
M	M01A	Thuốc chống viêm và chống thấp khớp, không steroid	21	8,43%
	M03B	Thuốc giãn cơ tác dụng trung ương	1	0,40%
N	N02B	Thuốc giảm đau hạ sốt	5	2,01%
	N01B	Thuốc gây mê tại chỗ	2	0,80%
	N02A	Thuốc opioid	2	0,80%
B	B05B	Dung dịch tiêm tĩnh mạch	3	1,20%
	B02A	Máu và cơ quan tạo máu	1	0,40%

A	A03A	Đường tiêu hóa và chuyển hóa	3	1,20%
R	R03A	Adrenergics dạng hít	2	0,80%
D	D06B	Thuốc hóa trị liệu dùng trong da liễu	1	0,40%
H	H01B	Hormon thùy sau tuyến yên	1	0,40%
V		Các thuốc khác	4	1,61%

Có 4 báo cáo có 2 thuốc nghi ngờ, 2 báo cáo có 3 thuốc nghi ngờ và 1 báo cáo có 4 thuốc nghi ngờ. Vì vậy, 249 báo cáo tương ứng với 260 lượt thuốc nghi ngờ. Nhóm thuốc "Kháng khuẩn dùng toàn thân (J)" là nhóm thuốc được báo cáo nhiều nhất với 214 báo cáo (chiếm 85,94% số báo cáo). Họ dược lý được báo cáo nhiều nhất là "Kháng khuẩn nhóm cephalosporin, monobactam và carbapenem (J01D)" với 132 báo cáo (chiếm 53,01% số báo cáo).

Bảng 3: Phản ứng ADR ghi nhận từ báo cáo

STT	Phản ứng ADR	Số lượng báo cáo	Tỷ lệ % (n=249)
1	Phản vệ độ I	164	65,86%
2	Phản vệ độ II	29	11,65%
3	Tăng creatinin huyết thanh	17	6,83%
4	Phản ứng đỏ da do vancomycin	14	5,62%
5	Phản ứng phù mi mắt	14	5,62%
6	Tăng men gan	5	2,01%
7	Phản ứng tại vị trí tiêm	5	2,01%
8	Phản ứng run do salbutamol	1	0,40%

Các phản ứng ADR xuất hiện trong lúc đang sử dụng thuốc hoặc sau khi sử dụng thuốc vài phút đến vài giờ. Từ các biểu hiện được mô tả, ADR được quy kết thành các thuật ngữ chung tại Bảng 3. Phản vệ độ I được ghi nhận nhiều nhất với 164 báo cáo, chiếm 65,86%. Đáng chú ý là có 29 trường hợp phản vệ độ II, 29 báo cáo này đều hồi phục không để lại di chứng sau khi xử trí và sau đó không sử dụng lại thuốc nghi ngờ đã gây ADR. Bên cạnh các phản ứng ngoài da, dễ phát hiện, đã có 66 báo cáo (chiếm 26,51%) được ghi nhận dựa trên dữ liệu cận lâm sàng được báo cáo.

Bảng 4. Khả năng phòng tránh được theo thang P của WHO

Khả năng phòng tránh được	Số lượng	Tỉ lệ (n=249)
Không đánh giá được	4	1,61%
Có thể phòng tránh được	9	3,61%
Không thể phòng tránh được	236	94,78%

Có 4 trường hợp "Không đánh giá được" (chiếm 1,61%) do các bệnh nhân này xuất hiện ADR ngoài cộng đồng nên không đủ thông tin để đánh giá. Đặc biệt, ghi nhận 9 trường hợp báo cáo ADR được phân loại ở mức "Có thể phòng tránh được" (pADR), chiếm 3,61%.

Thông tin cụ thể về 9 trường hợp "Có thể phòng tránh được" được trình bày tại bảng 5:

Bảng 5. Thông tin về các trường hợp báo cáo có thể phòng tránh được

TT	Thuốc nghi ngờ	Thông tin chi tiết	Khuyến cáo
1	Ceftriaxon	Bệnh nhân có tiền sử nghi ngờ dị ứng ceftriaxon. Bệnh nhân được chỉ định ceftriaxon (chưa thực hiện test da trước đó). Bệnh nhân gặp phản vệ độ I sau khi tiêm xong ceftriaxon.	Người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc có khả năng phản ứng chéo, cần được làm test da trước khi sử dụng theo quy định tại Thông tư số 51/2017/TT-BYT (phụ lục 8)
3	Ceftriaxon	Bệnh nhân có tiền sử phản vệ với cefpodoxim. Bác sĩ chỉ định ceftriaxon sau khi làm phản ứng mastocyte âm tính. Bệnh nhân gặp phản vệ độ II với ceftriaxon.	
2	Cefoperazon	Bệnh nhân có tiền sử phản vệ độ II với cefoperazon cách đây 2 tháng. Bác sĩ chỉ định cefoperazon (chưa thực hiện test da trước đó). Bệnh nhân phản vệ độ II khi dùng cefoperazon.	
4	Vancomycin	Bác sĩ chỉ định pha 600mg vancomycin với 100ml NaCl 0,9%, truyền 90 phút	Khuyến cáo pha vancomycin để đạt nồng độ từ 2,5 - 5,0g/L. Truyền ít nhất 60 phút với tốc độ tối đa 10 mg/phút và thay đổi luân phiên vị trí.
5		Bác sĩ chỉ định pha 2g vancomycin với 100ml NaCl 0,9%, truyền 90 phút	
6		Bác sĩ chỉ định pha 1g vancomycin với 100ml NaCl 0,9%, truyền 90 phút	
7		Bác sĩ chỉ định pha 280mg vancomycin với 40ml glucose 5%, truyền 60 phút	
8		Bác sĩ chỉ định pha 370mg vancomycin với 50ml glucose 5%, truyền 60 phút	
9		Bệnh nhân viêm phổi cộng đồng, kết quả vi sinh không phân lập được vi khuẩn. Bác sĩ chỉ định phối hợp vancomycin và ceftriaxon. Cách dùng vancomycin: Lấy 460mg/lần pha với 60ml dung dịch glucose 5%, truyền 60 phút	

Tất cả 9 trường hợp có thể phòng tránh được đều liên quan đến nhóm thuốc kháng khuẩn, chiếm 4,21% trên tổng số 214 báo cáo nghi ngờ nhóm thuốc này. Đối với trường hợp lựa chọn vancomycin trong điều trị viêm phổi cộng đồng trên, nghiên cứu đánh giá đây không phải lựa chọn ưu tiên xét trên bối cảnh lâm sàng khi bệnh nhân chưa có yếu tố nguy cơ nghi ngờ nhiễm MRSA hoặc phế cầu kháng betalactam và vi sinh không phân lập được vi khuẩn. Khi rà soát lại dữ liệu vi sinh trong năm 2024, trong tổng số 4213 mẫu dịch hô hấp, chỉ có 3 mẫu bệnh phẩm (0,07%) phân lập được phế cầu kháng

ceftriaxon và 46 mẫu (1,09%) phân lập được MRSA.

IV. BÀN LUẬN

Bằng việc phân tích hoạt động báo cáo phản ứng có hại của thuốc năm 2024, nghiên cứu đã đưa ra hình ảnh chung về hoạt động báo cáo ADR tại Bệnh viện khi áp dụng rộng rãi bộ công cụ Trigger Tool có sẵn dựa trên dữ liệu báo cáo sử dụng thuốc và xét nghiệm cận lâm sàng tại Bệnh viện.

*** Về phương pháp giám sát ADR tại Bệnh viện**

Trong năm 2024, số lượng báo cáo ghi nhận được là 249 báo cáo, chiếm 0,71% số bệnh án nội trú. Trong đó, số báo cáo được ghi nhận từ khoa lâm sàng chủ động báo cáo chỉ chiếm 6,02%, đồng thời đây cũng là các báo cáo ghi nhận được từ tín hiệu "sử dụng diphenhydramin". Kết quả tương tự với một nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y – Dược Huế năm 2020, khi số báo ADR thụ động thu được chỉ chiếm 10,5% tổng số báo cáo [4]. Bên cạnh đó, ngoài các phản ứng ngoài da hoặc có biểu hiện trên lâm sàng, bộ công cụ Trigger Tool đã giúp phát hiện 22 báo cáo (chiếm 8,84%) tăng nồng độ creatinin huyết thanh hoặc tăng men gan thông qua dữ liệu cận lâm sàng. Đây là các trường hợp ít được ghi nhận trong các báo cáo tự nguyện. Kết quả này cho thấy sự hữu ích của bộ công cụ Trigger Tool trong việc giám sát an toàn thuốc tại Bệnh viện.

Từ dữ liệu hồi cứu bệnh án, đã có 4 tín hiệu dương tính được phát hiện. Trong đó "creatinin huyết thanh tăng" là tín hiệu có PPV cao nhất (PPV = 0,49, 17 báo cáo ADR) và "sử dụng diphenhydramin" là tín hiệu ghi nhận được nhiều báo cáo nhất (PPV = 0,13, 183 báo cáo). Ngoài ra, nghiên cứu cũng phát hiện được 2 tín hiệu dương tính khác là "sử dụng thuốc chống nôn domperidon" và "tăng men gan". Đây cũng là những tín hiệu được ghi nhận từ các nghiên cứu khác. Tuy nhiên, ngoài tín hiệu này, các tín hiệu dương tính trong các nghiên cứu khác bao gồm: sử dụng vitamin K, INR >6, glucose máu < 50mg/dL,… [4, 5]. Nguyên nhân có thể do sự khác nhau về mô hình sử dụng thuốc và đối tượng bệnh nhân tại các bệnh viện, Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng là bệnh viện chuyên khoa Sản và Nhi nên một số tín hiệu liên quan đến các thuốc điều trị bệnh lý mãn tính (thuốc chống đông, INR,..) không được phát hiện. Ngoài ra, một điểm hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi đó là việc áp dụng bộ công cụ Trigger Tool sẵn có và rà soát rộng rãi từ dữ liệu dùng thuốc và kết quả cận lâm sàng dẫn đến có thể bỏ sót một số tín hiệu nếu rà soát trực tiếp trên 100% bệnh án nội trú như các nghiên cứu tham khảo. Bên cạnh đó, một số tín hiệu dương tính được phát hiện trong nghiên cứu này không xuất hiện tại các nghiên cứu khác như creatinin tăng, men gan tăng [4]. Lý do là do nghiên cứu của chúng tôi rà soát trên toàn bộ dữ liệu xét nghiệm cận lâm sàng, từ đó có thể phát hiện các ADR có tỷ lệ thấp liên quan đến xét nghiệm mà ít được ghi nhận khi rà soát trên một cỡ mẫu bệnh án hạn chế. Đây cũng chính là điểm thuận lợi để giám sát ADR khi dễ dàng truy xuất dữ liệu xét nghiệm cận lâm

sàng một cánh hệ thống từ phần mềm quản lý bệnh viện. Tận dụng lợi thế đó, để tăng cường giám sát ADR, trong thời gian tới, Khoa Dược có thể tiến hành xây dựng bộ công cụ Trigger Tool riêng để áp dụng tại Bệnh viện, đồng thời triển khai thêm các hình thức giám sát tích cực khác như giám sát có chủ đích trên các thuốc có nguy cơ cao.

*** Về báo cáo có thể phòng tránh được**

Tất cả 9 trường hợp có thể phòng tránh được đều liên quan đến kháng sinh, chiếm 4,21% trên tổng số 214 báo cáo nghi ngờ kháng sinh. Kết quả từ nghiên cứu trên cơ sở dữ liệu báo cáo ADR trên toàn quốc giai đoạn 6/2018 đến 5/2019 cho thấy ADR có thể phòng tránh được chiếm 8,4% tổng số báo cáo liên quan đến kháng sinh. Trong đó, các nguyên nhân được cho là có thể phòng tránh được bao gồm: chỉ định thuốc chưa hợp lý, sử dụng thuốc trên các bệnh nhân đã có tiền sử dị ứng thuốc/nhóm thuốc tương tự và cách dùng thuốc tiêm truyền không hợp lý [6]. Các vấn đề này cũng được ghi nhận trong 9 trường hợp của nghiên cứu, cụ thể như sau:

- Có 6 trường hợp xảy ra phản ứng đỏ da khi truyền vancomycin, thể tích pha truyền ít hơn và tốc độ truyền nhanh hơn so với khuyến cáo. Phản ứng này tuy có biểu hiện tương tự phản ứng dị ứng nhưng khác cơ chế, do đó có thể hạn chế bằng cách "pha loãng, truyền chậm" vancomycin và kể cả khi ADR đã xảy ra ở mức độ nhẹ đến trung bình, các bác sĩ vẫn có thể tiếp tục sử dụng bằng cách pha loãng hơn, truyền chậm hơn và sử dụng kháng histamin H1 (nếu cần), thay vì việc chuyển đổi sang thuốc khác [7]. Như vậy có thể thấy, hiểu đúng về ADR sẽ giúp sử dụng thuốc an toàn và hợp lý hơn trên lâm sàng.

- Đối với trường hợp lựa chọn vancomycin trong điều trị viêm phổi cộng đồng, nghiên cứu cho rằng đây không phải lựa chọn ưu tiên. Vancomycin được xếp vào nhóm kháng sinh "dự trữ" và ưu tiên quản lý theo Quyết định 5631/QĐ-BYT của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện" [8], có phổ trên vi khuẩn gram dương và trong viêm phổi được sử dụng cho các trường hợp nghi ngờ tụ cầu vàng kháng methicillin hoặc phế cầu kháng betalactam... Sử dụng thuốc trên lâm sàng cần cân nhắc nhiều yếu tố và chỉ nên sử dụng các thuốc cần thiết, phù hợp với từng bệnh nhân.

- 3 trường hợp phản ứng dị ứng xảy ra trên bệnh nhân có tiền sử dị ứng với kháng sinh hoặc kháng sinh cùng nhóm đã được ghi nhận. Theo phụ lục 8 Thông tư số 51/2017/TT-BYT về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ: chỉ sử dụng thuốc trên người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc có liên quan (thuốc, dị nguyên cùng nhóm hoặc có phản ứng chéo) khi kết quả test da (bao gồm test lẩy da và nội bì) âm tính [9]. Test này được sử dụng để sàng lọc ban đầu do đơn giản, nhanh, chi phí thấp và có tính đặc hiệu cao. Bên cạnh đó, khai thác kỹ tiền sử dị ứng, cấp thẻ dị ứng cho bệnh nhân với đầy đủ thông tin vẫn được xem như phương pháp phòng tránh phản ứng dị ứng hiệu quả

nhất. Từ đó, nghiên cứu cũng đưa ra đề xuất tăng cường đào tạo cho cán bộ y tế trong viện về sử dụng thuốc hợp lý và các hướng dẫn chuyên môn trên quy mô toàn viện để giảm thiểu các phản ứng có hại của thuốc.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu đã đưa ra cái nhìn chung và sự hữu ích của công cụ Trigger Tool trong hoạt động giám sát phản ứng có hại của thuốc tại Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng năm 2024. Từ đó cũng đưa ra đề xuất về việc xây dựng một bộ công cụ Trigger Tool riêng để áp dụng tại Bệnh viện. Đồng thời, cần tăng cường đào tạo cho cán bộ y tế tại các khoa lâm sàng về sử dụng thuốc hợp lý và các quy trình, hướng dẫn chuyên môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2021), Quyết định 122/QĐ-BYT về hướng dẫn Quốc gia về Cảnh giác Dược.
2. **Bộ Y tế** (2022), Quyết định 29/2022/QĐ-BYT về việc Hướng dẫn giám sát phản ứng có hại của thuốc (ADR) tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
3. **Institute for Healthcare Improvement** (2009), IHI Trigger Tool for Measuring Adverse Drug Events 2004 [Accessed on March 8, 2025 from http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/TriggerToolforMeasuringAdverseDrugEvents.aspx]
4. **Phan Đặng Thục Anh, Phạm Thị Nhàn, Trần Quang Phúc, Phan Văn Năm** (2022), Xây dựng và áp dụng bộ công cụ phát hiện biến cố bất lợi của thuốc (ADE trigger tool) tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, Số 5, tập 12, tháng 10/2022, trang 54-61.
5. **Ji H. H. ea.** Adverse drug events in Chinese pediatric inpatients and associated risk factors: a retrospective review using the Global Trigger Tool. Scientific reports. 2018;8(1):1-7.
6. **Tran HN, Nguyen TNT, Tran NTK, Nguyen LT, Vu HD, Nguyen AH, Trinh NTH.** Preventability of Adverse Drug Reactions Related to Antibiotics: An Assessment Based on Spontaneous Reporting System. Ther Innov Regul Sci. 2023 Sep;57(5):1104-1112.
7. **Truven Health Analytics, Micromedex 2.0** [Internet], Vancomycin. Accessed on March 8, 2025.
8. **Bộ Y tế** (2020), Quyết định 5631/QĐ-BYT về việc ban hành Tài liệu "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện".
9. **Bộ Y tế** (2017), Thông tư 51/2017/TT-BYT về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ MẶT PHẲNG DỰNG CƠ DỰNG SỐNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Phạm Xuân Hùng[1], Nguyễn Thị Nga[1]

TÓM TẮT

Tổng quan: Mục tiêu chính của nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá hiệu quả của phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống dưới hướng dẫn siêu âm để giảm đau sau phẫu thuật. Mục tiêu tiếp theo là đánh giá tác động của gây tê mặt phẳng cơ dựng sống lên điểm đau sau phẫu thuật, mức độ giảm đau ở vai và sự hài lòng của bệnh nhân. **Phương pháp:** Bệnh nhân từ 18 – 70 tuổi, ASA I - II được đưa vào nghiên cứu và được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm. Trong Nhóm ESP, bệnh nhân được điều trị ESP hai bên với 40 ml Levobupivacaine 0,25% ở mức T7, trong khi ở nhóm đối chứng, họ không được tiêm ESP trước khi gây mê. Sau đó, tiến hành gây mê toàn thân cho các bệnh nhân. Đánh giá điểm VAS ở các thời điểm 15, 30, 60, 12 và 24 phút sau mổ, cần dùng fentanyl để giảm đau sau mổ và các tác dụng không mong muốn. **Kết quả:** Có 25 bệnh nhân ở nhóm ESP và 25 bệnh nhân ở nhóm đối chứng. Mức sử dụng fentanyl sau phẫu thuật trung bình là 0 mcg ở nhóm ESP, trong khi đó là 143 ± 18,6 mcg ở nhóm đối chứng ($p < 0,001$). Nhu cầu fentanyl trung bình trong khi phẫu thuật thấp hơn đáng kể ở Nhóm ESP ($p = 0,022$). Điểm VAS ở các thời điểm 15, 30, 12 và 24 phút sau mổ thấp hơn rõ rệt ở nhóm ESP ($p<0,05$). Điểm VAS theo thời gian có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm ($p < 0,0005$). **Kết luận:** Gây mê ESP song phương làm giảm đáng kể mức tiêu thụ opioid sau phẫu thuật, nhu cầu fentanyl trong phẫu thuật và mức độ đau sau phẫu thuật của bệnh nhân được phẫu thuật cắt túi mật nội soi.

Từ khoá: Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (ESP), siêu âm (US), giảm đau (PR), cắt túi mật nội soi (cholecystectomy)

SUMMARY

EVALUATION OF THE POSTOPERATIVE ANALGESIA AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTOMY WITH ERECTOR SPINEA PLANE BLOCK AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Overview: The main objective of this study is to evaluate the effectiveness of ultrasound-guided erector spinae plane anesthesia on postoperative pain levels. The next objective is to evaluate the impact of erector spinae plane anesthesia on the postoperative pain score, shoulder process pain level, and patient satisfaction. **Methods:** Patients aged 18–70 years, ASA I-II were included in the study and randomized into two groups. In the ESP Group, patients received bilateral ESP with 40 ml of 0.25% Levobupivacaine at the T7 level, whereas in the Control Group, they did not receive bilateral ESP before anesthesia. A standard general anesthesia procedure was then performed in both groups. VAS scores at 15, 30, 60, 12 and

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Xuân Hùng
Email: pxhung@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 29/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 29/3/2025
Ngày duyệt bài: 6/5/2025

24 minutes after surgery, need for fentanyl to rescue pain after surgery and unwanted effects. **Resutls:** There were 25 patients in the ESP group and 25 patients in the control group. The mean postoperative fentanyl consumption was 0 mg in the ESP group, whereas it was 143 ± 18.6 mcg in the control group ($p < 0.001$). Mean intraoperative fentanyl requirements were significantly lower in the ESP Group ($p = 0.022$). VAS scores at 15, 30, 12, and 24 minutes after surgery were significantly lower in the ESP group ($p < 0.05$). According to repeated measures analysis, the change in VAS scores over time was significantly different between the two groups ($p < 0.0005$). **Conclution:** Bilateral ESP anesthesia significantly reduces postoperative opioid consumption, intraoperative fentanyl requirements, and postoperative pain scores of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy.

Keywords: Erector Spinae Plane Block – ESP, Utralsound (US), Pain relief (PR), cholecystectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt túi mật nội soi đã trở nên phổ biến trong những năm gần đây, vì giảm tỷ lệ tử vong và các biến chứng sau phẫu thuật và chu phẫu so với phẫu thuật mở. Mặc dù được coi là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu, phẫu thuật cắt túi mật nội soi thường gây ra đau ngay sau phẫu thuật từ trung bình đến nặng. Ngoài tình trạng đau nội tạng chiếm ưu thế và đau bản thể tại vị trí rạch da, còn gần một nửa số bệnh nhân còn bị đau vai trong giai đoạn đầu sau phẫu thuật. Lý do rất có thể là do kích thích dưới cơ hoành, được truyền qua dây thần kinh cơ hoành, gây đau quy chiếu ở vùng da C4.

Do có nhiều nguồn gây đau, nên phương pháp giảm đau đa mô thức với sự kết hợp của opioid, paracetamol, dexamethasone và gây tê vùng được áp dụng nhằm tăng cường hiệu quả và giảm tác dụng không mong muốn cho người bệnh. Các phương pháp tê vùng như: tiêm thấm thuốc tê tại chân Trocart, gây tê mặt phẳng ngang bụng (TAP) và gây tê mặt phẳng ngang cơ bụng dưới sườn (OSTAP) đã được sử dụng.

Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (ESP) dưới hướng dẫn siêu âm được mô tả bởi Forero và cs [1] vào năm 2016. Kỹ thuật tê vùng mới này giúp giảm đau thông qua tác động của nó lên các nhánh lưng và nhánh bụng của các dây thần kinh cột sống. Cân cơ dựng sống kéo dài giữa cân vùng gáy trên và đến dưới xương cùng, thuốc tê được tiêm sẽ lan rộng theo nhiều cấp độ. Các nghiên cứu trước đây cho thấy tê ESP hiệu quả đối với nhiều loại phẫu thuật: lồng ngực, bụng và sản khoa...

Hiện tại, chưa có nghiên cứu trong nước nào về gây tê mặt phẳng cơ dựng sống cho phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Do đó, mục tiêu chính của nghiên cứu này:

1. Đánh giá hiệu quả giảm đau sau nội soi cắt túi mật của gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (ESP) với Levobupivacain 0,25% tại bệnh viện đại học Y Hải Phòng

2. Đánh giá các tác dụng không mong muốn của phương pháp trên

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả bệnh nhân từ 18-70 tuổi có tình trạng thể chất ASA từ I-III theo hiệp hội gây mê Hoa Kỳ đã được lên lịch phẫu thuật cắt túi mật nội soi có chương trình bệnh viện đại học Y Hải Phòng từ tháng 10/2022 đến tháng 10/2023. Tiêu chuẩn loại trừ gồm: rối loạn đông máu, dị ứng với thuốc tê và thuốc giảm đau, nhiễm trùng tại chỗ tiêm, suy gan hoặc thận tiến triển, sử dụng opioid mãn tính hoặc

béo phì bệnh lý (chỉ số khối cơ thể BMI ≥ 35 kg/m^2).

Các bệnh nhân nghiên cứu được phân bổ ngẫu nhiên vào hai nhóm. Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi tiêu chuẩn, bao gồm điện tâm đồ, huyết áp không xâm lấn, độ bão hòa oxy ngoại vi. Các chí số nhịp tim, và huyết áp động mạch trung bình đo được trong phòng mổ được ghi lại làm giá trị cơ bản. Sau khi đặt đường truyền tĩnh mạch cỡ 22 G, bắt đầu truyền NaCl 0,9% 15 mL/kg.

Bệnh nhân được khởi mê bằng propofol (2–3 mg/kg) và fentanyl (1 mcg/kg), rocuronium bromide 0,6 mg/kg. Sau khi đặt nội khí quản, tất cả các bệnh nhân đều được tiêm tĩnh mạch 8 mg dexamethasone để điều trị buồn nôn và giảm đau sau phẫu thuật. Để duy trì mê, thở máy PVC-VG với VT: 6-7ml/kg, tần số: 12/phút, PEEP + 4-6 Cm H20, FiO2 40%. Nồng độ servoflurane tối thiểu trong phế nang (MAC) được duy trì từ 0,8-1. Khi nhịp tim và MAP của bệnh nhân tăng hơn 20% so với giá trị cơ bản sẽ tiêm fentanyl (0,5 mcg/kg). Các thuốc gây mê dạng hít đã được dừng lại khi kết thúc quá trình đóng da, cả 2 nhóm sử dụng paracetamol tĩnh mạch 1000mg và atropine tiêm tĩnh mạch (0,1 mg/kg) và neostigmine (0,5 mg/kg) được sử dụng để hóa giải giãn cơ. Sau gây mê, bệnh nhân được đặt tư thế nằm nghiêng để tiến hành gây tê ESP.

Trong nhóm ESP: bác sĩ gây mê đặt đầu dò siêu âm tuyến tính tần số cao (6–12 mHz) (Mindray, China) theo hướng dọc ở mức của mỏm gai T6 cách 3 cm đường giữa. Các mốc siêu âm xác định mặt phẳng cân nằm giữa đường liên mỏm ngang T6-T7 và cơ dựng sống phía trên. Trong điều kiện vô trùng, kim gây tê 80 mm cỡ 21 (Stimuplex (R) B-Braun, Đức) đưa vào trong mặt phẳng cân một góc 30°–40° theo hướng từ đầu đến chân, khi kim chạm vào đến mỏm ngang T7, bơm với 2–3 mL NaCl 0,9% xác định đúng vị trí đầu kim (thấy hình ảnh của nhịp thở khi bơm nước), tiêm 20 mL Levobupivacain 0,25% vào trong mặt phẳng cơ dựng sống.

Ở nhóm đối chứng: các bệnh nhân không được gây tê ESP hai bên. Sau đó bệnh nhân được thở oxy 100% qua mặt nạ.

Sau khi rút ống nội khí quản, bệnh nhân được đưa đến phòng hồi tỉnh, được theo dõi bằng thang đánh giá mức độ an thần sửa đổi của bệnh nhân (OAAS), với khoảng thời gian 5 phút để đánh giá mức độ an thần. Khi điểm OASS của bệnh nhân tăng lên 5 (dễ dàng đáp ứng khi gọi tên bằng giọng bình thường/khi thức), họ được đánh giá đau bằng thang điểm VAS.

Các bệnh nhân sau đó được chuyển đến phòng điều trị. Giảm đau sau phẫu thuật tại phòng phẫu thuật được duy trì bằng giảm đau đa mô thức paracetamol 1g x 8h/lần.

- Mỗi bệnh nhân được đánh giá 15 và 30 phút sau phẫu thuật và 1 giờ, 12 và 24 giờ sau bởi điều dưỡng cùng một bác sĩ gâymê khác, sử dụng VAS để đánh giá cơn đau.

+ Khi điểm VAS ≥4, fentanyl tĩnh mạch (0,05 mg) được dùng làm thuốc giảm đau cấp cứu.

Bác sĩ gây mê sử dụng thang điểm 3(0 = không, 1 = nhẹ và 2 = nặng) để đánh giá đau vai tại cùng thời điểm.

Mức độ nghiêm trọng của buồn nôn được bệnh nhân đánh giá theo thang điểm 4 (không, nhẹ, trung bình và nặng).

Các thông số sau được ghi lại trong 24 giờ đầu tiên: điểm VAS tại mỗi thời điểm; tổng lượng fentanyl tiêu thụ sau phẫu thuật; yêu cầu giảm đau cứu hộ; tỷ lệ buồn nôn và nôn, tỷ lệ đau vai nghiêm trọng và các biến chứng liên quan đến gây tê ESP.

Đánh giá mức độ hài lòng của BN về phương pháp giảm đau: Không hài lòng, hài lòng mức chấp nhận và rất hài lòng

Chúng tôi đã tiến hành phân tích thống kê bằng cách sử dụng SPSS 17. Các tham số tham số trong các nhóm được so sánh bằng cách sử dụng thử nghiệm t -test mẫu độc lập trong khi các tham số không tham số được so sánh bằng thử nghiệm Mann-Whitney U. Giá trị p < 0,05 được chấp nhận là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đánh giá chung

	Nhóm ESP	**Nhóm chứng**	**p**
Giới tính Nam/Nữ (n, %)	12/13 (52%–48%)	14/11 (45%–55%)	0,636
ASA I/II (n, %)	15/10 (48%–52%)	17/8 (55%–45%)	0,642
	Trung bình ± SD	Trung bình ± SD	
Tuổi	47,9 ± 9,8	45,9 ± 11,8	0,549
Trọng lượng (kg)	59,4 ± 9,4	60,3 ± 7,2	0,540
Chiều cao (cm)	159,3 ± 8,9	158,6 ± 7,9	0,711
BMI (kg. m^{-2})	22,1 ± 1,3	21,6 ± 3,5	0,222
Thời gian phẫu thuật (phút)	40,5 ± 4,2	43,1 ± 3,5	0,168

Bảng 2. Đánh giá thang điểm VAS của 2 nhóm

	Nhóm ESP (n = 25)	**Nhóm chứng (n = 25)**	**p**
VAS khi nghỉ			
1 giờ sau mổ	1,24 ± 0,89	3,9 ± 2,06	< 0,0001
giờ thứ 3	2,6 ± 0,89	4,85 ± 0,94	< 0,0001
giờ thứ 6	2,25 ± 1,2	3,9 ± 0,16	0,002
giờ thứ 12	1,91 ± 1,5	3,25 ± 1,2	0,003
24 giờ	1,2 ± 0,87	2,95 ± 0,86	0,001
VAS khi ho			
1 giờ	2,48 ± 1,2	4,8 ± 1,4	0,006
giờ thứ 3	3,56 ± 1,5	4,9 ± 1,04	0,001
giờ thứ 6	3,13 ± 0,92	5,4 ± 2,36	0,004
giờ thứ 12	2,92 ± 1,81	4,91 ± 2,71	0,002
giờ 24	2,32 ± 0,12	3,85 ± 1,16	0,003

Điểm VAS sau 15 và 30 phút sau phẫu thuật thấp hơn đáng kể ở nhóm ESP (p < 0,001). Điểm VAS của hai nhóm tương tự nhau sau 60 phút phẫu thuật. Điểm VAS sau 12 và 24 giờ sau phẫu thuật ở nhóm ESP thấp hơn so với nhóm đối chứng. Theo phân tích các thước đo lặp lại, điểm VAS trung bình khác nhau đáng kể ở các thời điểm khác nhau, (p < 0,0005). Kết quả là có sự khác biệt đáng kể về điểm số VAS được ghi nhận ít nhất ở hai thời điểm. Hơn nữa, có sự khác biệt đáng kể về điểm VAS của hai nhóm theo thời gian (p < 0,0005).

Bảng 3. Lượng fentanyl giải cứu của 2 nhóm

	Nhóm ESP	Nhóm chứng	p
Số BN (n)	0/25	11/25	<0,05
Lượng fentanyl (mcg)	0	23,72 ± 8,2	<0,05

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số BN dùng fentanyl "giải cứu" và mức tiêu thụ fentanyl trung bình sau phẫu thuật ở nhóm ESP và nhóm đối chứng (lần lượt là 0 mcg và 23,72 ± 8,2 mcg; p < 0,001).

Không có bệnh nhân trong nhóm ESP (0%) và 11 bệnh nhân trong nhóm đối chứng (44%) cần dùng fentanyl "giải cứu" đau cấp cứu trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật (p = 0,001).

Bảng 4. Các tác dụng không mong muốn

		Nhóm ESP	Nhóm chứng	p
Đau vai, n (%)	Có	3 (13,6%)	10 (40%)	<0,05
	Không	22 (86,4%)	15(60%)	
Buồn nôn, n (%)	Có	0	3	>0,05
	Không	25	22	
Nôn, n (%)	Có	0	0	>0,05
	Không	25	25	

Không có bệnh nhân nào bị biến chứng nghiêm trọng, chẳng hạn như tụ máu, tràn khí màng phổi hoặc chảy máu liên quan đến thủ thuật gây tê. Tuy nhiên, 4 bệnh nhân (19%) ở nhóm ESP và 4 bệnh nhân (20%) ở nhóm đối chứng bị đau nhẹ tại vị trí tiêm gây tê ESP (p = 0,939). Tại thời điểm 2 giờ sau mổ, 2 bệnh nhân đau vai nhẹ và 1 bệnh nhân đau vai nặng (n = 3, 23,8%) ở nhóm ESP. Ở nhóm đối chứng, 8 bệnh nhân có đau vai nhẹ và 2 bệnh nhân có đau vai nặng (n = 10, 45%) ở nhóm đối chứng (p = 0,527). Có 2 bệnh nhân nhóm chứng phàn nàn về đau vai ở 12h sau phẫu thuật. Không có bệnh nhân nào bị buồn nôn hoặc nôn nặng trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật.

Bảng 5. Đánh giá mức độ hài lòng

	Rất hài lòng	Hài lòng	Không hài lòng	p
Nhóm ESP	19 (76%)	6 (24%)	0 (0%)	p < 0,01
Nhóm chứng	8 (32%)	13 (52%)	4 (16%)	

Nhóm ESP có tỷ lệ rất hài lòng (76%) so so với nhóm chứng (32%) có ý nghĩa thống kê với p < 0,05, tức là BN có thang điểm VAS thấp, không có các tác dụng không mong muốn sau mổ. Ngược lại, tỷ lệ không hài lòng của nhóm chứng cao hơn với 4 BN, trong khi nhóm ESP không có BN nào không hài lòng.

IV. BÀN LUẬN

Đau cấp tính sau cắt túi mật nội soi do nhiều yếu tố khác nhau: đau vết mổ từ lỗ trocart, đau nội tạng tại vùng phẫu thuật, đau mỏm vai. Đau nội tạng xảy ra do tổn thương mô trong quá trình cắt bỏ túi mật, thường được cho chiếm ưu thế nhất sau khi cắt túi mật nội soi, các phướng pháp gây tê chân

trocart, TAP không tác dụng đến thần kinh nội tạng. Do đó gây tê ESP phong bế thần kinh nội tạng và bản thể như một phần của giảm đau đa phương thức sau cắt túi mật nội soi.

Trong nghiên cứu của Đỗ Trần Hoàng và cs [1] nhóm gây tê ESP có thời gian yêu cầu thuốc giảm đau đầu tiên kéo dài hơn so với nhóm không được gây tê (3,60 ± 2,45 giờ so với 0,66 ± 0,31 giờ), ESP giúp giảm lượng morphin tiêu thụ 12h và 24h đầu sau mổ; giảm ý nghĩa điểm VAS lúc nghỉ và vận động trong 18h đầu sau mổ. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, tác giả nghiên cứu trên phẫu thuật mổ mở mức độ đau sẽ cao hơn, nhưng sẽ có đau vai sau phẫu thuật.

Nghiên cứu của Tulgar và cộng sự [3], đưa phác đồ giảm đau đa phương thức ở bệnh nhân cắt túi mật nội soi. Tác giả thực hiện gây tê ESP ở mức T9 với 10 mL Bupivacain 0,5%, 5 mL Dicain 2% và 5 mL NaCl 0,9% sau khởi mê. Kết quả, điểm VAS của bệnh nhân luôn ở mức dưới 3/10. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Levobupivacain 0,25% ở cùng một thể tích (20 mL) cho điểm đau tương tự. Kết quả của chúng tôi giống với kết quả của Xiaoli Yang và cs [4], báo cáo điểm VAS trung bình trong quá trình vận động 1,5 – 2,5 giờ sau phẫu thuật. Trong cả hai nghiên cứu, gây tê ESP làm giảm điểm đau sau phẫu thuật một cách hiệu quả so với những người trong nhóm đối chứng. Tương tự như kết quả của Tulgar và Xiaoli Yang, trong nghiên cứu của chúng tôi mức tiêu thụ fentanyl "giải cứu đau" sau phẫu thuật giảm đáng kể của nhóm ESP so với nhóm đối chứng.

Hiệu quả giảm đau sau mổ của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Hannig và cộng sự [5], tác giả thục hiện trên các nhóm bệnh nhân mổ cấp cứu, nhưng chúng tôi tiêm dung dịch gây tê cục bộ nồng độ thấp hơn (20 mL Levobupivacain 0,25%) so với nồng độ được sử dụng trong nghiên cứu của Hannig (20mL Ropivacaine 0,5%) đã giảm đáng kể mức tiêu thụ fentanyl sau phẫu thuật. Do vậy kết quả cũng trùng lập quan điểm, gây tê mặt phẳng cân thì thể tích vẫn là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến hiệu quả giảm đau.

Kết quả nghiên cứu của Basak Altıparmak và cs [6], gây tê ESP dưới hướng dẫn siêu âm làm giảm tiêu thụ tramadol sau phẫu thuật và giảm đau hiệu quả hơn gây tê TAP dưới sườn sau phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Lý do có khả năng gây tê ESP tác động đến cả cơn đau ở vùng đỉnh và nội tạng.

Trong kết quả nghiên cứu của Sevim Cesur và cs [7], gây tê ESP hai bên có hiệu quả giảm đau tốt hơn khối ESP một bên ở những bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt túi mật. Tê ESP hai bên cũng làm giảm lượng tiêu thụ opioid và tỷ lệ đau vai sau phẫu thuật.

Đau vai là một biến chứng phổ biến sau cắt túi mật nội soi. Mặc dù nguồn gốc của cơn đau quy chiếu sau cắt túi mật nội soi chưa được hiểu đầy đủ, tác dụng kích thích của khí bị bơm vào được cho là dẫn đến việc giải phóng các chất trung gian gây viêm và gây đau quy chiếu đến vai, đau vai kéo dài được cho là do sự kích thích của dây thần kinh hoành trong cắt túi mật nội soi. Trong nghiên cứu của Tulgar và cs thấy 33,3% bệnh nhân có đau vai sau cắt túi mật nội soi. Trong nghiên cứu của chúng tôi 13,6 % bệnh nhân có đau vai trong 2 giờ đầu sau mổ. Tulgar đã thực hiện gây tê ESP ở mức T9, trong khi chúng tôi thực hiện ở T7. Ở vị trí của Tulgar quá thấp để có thể ảnh hưởng đến dây thần kinh cơ hoành.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu gây tê ESP hai bên với 40 mL Levobupivacain 0,25% đã làm giảm mức tiêu thụ opioid sau phẫu thuật, mức độ đau và tăng sự hài lòng của bệnh nhân sau cắt túi mật nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Forero M., Adhikary S.D., Lopez H., et al.** The erector spinae plane block a novel analgesic technique in thoracic neuropathic pain. Reg Anesth Pain Med.2016;41:621–627.
2. **Nguyễn Trần Hoàng, Đỗ Tất Thành, Lưu Quang Thùy.** Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ sỏi đường mật của phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống. Tạp chí y học Việt Nam. 2023; 526(1A)
3. **Tulgar S., Selvi O., Kapakli M.S.** Erector spinae plane block for different laparoscopic abdominal surgeries: case series. Case Rep Anesthesiol. 2018;18
4. **Xiaoli Yang, Yu Zhang, Yong Chen.** Analgesic effect of erector spinae plane block in adults undergoing laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Anesthesiol, Jan 6. 2023;23(1):7
5. **Hannig K.E., Jessen C., Soni U.K., et al.** Erector spinae plane block for elective laparoscopic cholecystectomy in the ambulatory surgical setting. Case Rep Anesthesiol. 2018; 5492527
6. **Başak Altıparmak, Melike Korkmaz Toker, Ali Ihsan Uysal, Yağmur Kuşçu, Semra Gümüş Demirbilek.** Ultrasound-guided erector spinae plane block versus oblique subcostal transversus abdominis plane block for postoperative analgesia of adult patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: Randomized, controlled trial. J Clin Anesth.2019; 57:31–36
7. **Sevim Cesur, Hadi Ufuk Y R Ko Lu, Can Aksu, Alparslan Ku.** Bilateral versus unilateral erector spinae plane block for postoperative analgesia in laparoscopic cholecystectomy: a randomized controlled study. Braz J Anesthesiol Jan-Feb. 2023;73(1):72-77

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ÁP DỤNG CHƯƠNG TRÌNH PHỤC HỒI SỚM SAU MỔ (ERAS) Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Vũ Ngọc Sơn[1], Phạm Văn Thương[2], Hồ Hữu An[1], Phạm Thị Huế[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu triển khai chương trình phục hồi sớm sau mổ (ERAS) ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu cắt ngang trên 60 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật triệt căn bằng nội soi (cắt toàn bộ mạc treo trực tràng hoặc phẫu thuật Miles) và áp dụng chương trình ERAS trong giai đoạn từ tháng 5/2023 đến tháng 5/2025. Dữ liệu được thu thập bao gồm đặc điểm bệnh nhân, mức độ thực hiện ERAS, kết quả sau mổ, biến chứng, thời gian nằm viện và đánh giá hài lòng người bệnh. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân là 59,3 ± 9,2 tuổi, nam giới chiếm 63,3%. Tỷ lệ áp dụng các bước ERAS chính đạt trên 90%. Thời gian ăn lỏng lại: 1,9 ± 0,7 ngày; rút sonde tiểu: 1,4 ± 0,6 ngày; nằm viện: 6,3 ± 2,1 ngày. Biến chứng hậu phẫu xảy ra ở 18,3% bệnh nhân, chủ yếu mức độ nhẹ (Clavien-Dindo I–II). Không có tử vong sau mổ. 90% bệnh nhân đánh giá hài lòng cao với chương trình. **Kết luận:** Chương trình ERAS có thể được triển khai an toàn, hiệu quả trong điều trị ung thư trực tràng, giúp rút ngắn thời gian phục hồi, giảm biến chứng sau mổ và nâng cao sự hài lòng của người bệnh.

Từ khóa: ERAS, phục hồi sớm sau mổ, ung thư trực tràng

SUMMARY

THE INITIAL OUTCOMES OF IMPLEMENTING AN ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) PROGRAM IN PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC SURGERY FOR RECTAL CANCER AT THE 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL.

Objective: To evaluate the initial outcomes of implementing an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program in patients undergoing laparoscopic surgery for rectal cancer at the 108 Military Central Hospital. **Materials and Methods:** A prospective cross-sectional study was conducted on 60 rectal cancer patients undergoing curative laparoscopic surgery (total mesorectal excision or abdominoperineal resection) under a standardized ERAS protocol between May 2023 and May 2025. Data included patient characteristics, ERAS compliance, postoperative outcomes, complications, hospital stay duration, and patient satisfaction. **Results:** The mean age was 59.3 ± 9.2 years, with 63.3% male patients. More than 90% of patients fully complied with key ERAS components. Mean time to liquid diet resumption: 1.9 ± 0.7 days; urinary catheter removal: 1.4 ± 0.6 days; hospital

[1]*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
[2]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Sơn
Email: sonk33g@gmail.com
Ngày nhận bài: 28/03/2025
Ngày phản biện khoa học: 8/4/2025
Ngày duyệt bài: 29/4/2025

stay: 6.3 ± 2.1 days. Postoperative complications occurred in 18.3%, mostly mild (Clavien-Dindo grade I–II). No mortality was observed. 90% of patients reported high satisfaction with the ERAS program. **Conclusion:** ERAS is a safe and effective perioperative approach in rectal cancer surgery, contributing to shorter recovery times, fewer complications, and improved patient satisfaction.

Keywords: ERAS, Enhanced Recovery After Surgery, Rectal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một trong những bệnh ung thư phổ biến của đường tiêu hóa và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở cả nam và nữ, thường được phát hiện ở giai đoạn tiến triển tại chỗ, cần can thiệp phẫu thuật triệt căn kết hợp với điều trị hóa xạ trị đa mô thức. Phẫu thuật triệt căn ung thư trực tràng bao gồm phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng hoặc cắt cụt trực tràng đường bụng – tầng sinh môn. Tuy nhiên, các phẫu thuật này thường liên quan đến rối loạn chức năng tiêu hóa, tiết niệu – sinh dục, đau sau mổ kéo dài, và thời gian hồi phục lâu, đặc biệt ở bệnh nhân có hóa xạ trị tiền phẫu.

Nhằm nâng cao hiệu quả điều trị sau mổ, chương trình phục hồi sớm sau phẫu thuật – ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) ra đời từ những năm 1990 do Kehlet đề xuất, với mục tiêu giảm stress phẫu thuật, cải thiện chức năng sinh lý sau mổ, giảm biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện [2]. Các thành phần chính của ERAS bao gồm: tư vấn và dinh dưỡng trước mổ, giảm nhịn ăn, không đặt sonde dạ dày kéo dài, kiểm soát đau đa mô thức, vận động sớm và hỗ trợ tâm lý. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng việc áp dụng ERAS giúp giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ từ 30–40% xuống còn khoảng 15–20%, giảm thời gian nằm viện trung bình từ 9–12 ngày xuống còn 5–7 ngày mà không làm tăng tỷ lệ tái nhập viện [3],[4]. Tại Việt Nam, ERAS bước đầu được triển khai tại một số bệnh viện tuyến trung ương như Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện K Trung ương… Các nghiên cứu trong nước đã ghi nhận nhiều kết quả tích cực: rút ngắn thời gian ăn lại (trung bình 2–3 ngày), giảm nhu cầu giảm đau nhóm opioid, thời gian nằm viện trung bình giảm xuống còn 6–7 ngày, tỷ lệ hài lòng người bệnh cao [6],[7]. Tuy nhiên, số lượng nghiên cứu còn hạn chế và chưa có dữ liệu chuyên sâu cho nhóm bệnh nhân ung thư trực tràng, với đặc điểm phẫu thuật phức tạp hơn do vùng chậu hẹp, khối u thấp, dễ tổn thương thần kinh vùng chậu, và thường kèm theo điều trị tân bổ trợ. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: ***"Đánh giá kết quả bước đầu áp dụng chương trình phục hồi sớm sau mổ (ERAS) ở bệnh nhân ung thư trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong giai đoạn từ tháng 5/2023 đến tháng 5/2025".***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu cắt ngang. Thời gian từ tháng 5/ 2023 đến tháng 5/2025, tại Khoa Phẫu thuật Hậu môn – Trực tràng và Sàn chậu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ≥18 tuổi, được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến trực tràng (từ trực tràng giữa đến thấp) qua nội soi và mô bệnh học.

- Được phẫu thuật triệt căn (cắt toàn bộ mạc treo trực tràng hoặc phẫu thuật Miles).

- Được áp dụng chương trình phục hồi sớm sau mổ (ERAS).

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ và theo dõi hậu phẫu ít nhất 30 ngày

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có di căn xa tại thời điểm phẫu thuật.

- Phẫu thuật không triệt căn.

- Không tuân thủ quy trình ERAS.

- Tình trạng nội khoa nặng ảnh hưởng đến quá trình hồi phục sau mổ.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: 60 bệnh nhân được chọn bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, chỉ số BMI (kg/m²), bệnh lý nội khoa kèm theo (tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch…), giai đoạn bệnh theo AJCC 8th edition (lâm sàng và bệnh lý), loại phẫu thuật: cắt toàn bộ mạc treo trực tràng/ cắt cụt trực tràng.

- Đặc điểm thực hiện các thành phần chính của ERAS:

+ Tư vấn dinh dưỡng trước mổ: Có/không

+ Không nhịn ăn kéo dài trước mổ: Có/không

+ Dùng giảm đau đa mô thức (NSAIDs, epidural, PCA…): Có/không

+ Không đặt sonde dạ dày kéo dài: Có/không

+ Ăn lại sớm trong vòng 48 giờ sau mổ: Có/không

+ Rút sonde tiểu sớm (<2 ngày): Có/không

+ Không đặt sonde dạ dày kéo dài: Có/không

+ Vận động sớm sau mổ 24 giờ.

- Kết quả trong và sau mổ

+ Thời gian phẫu thuật (phút)

+ Lượng máu mất (ml)

+ Thời gian bắt đầu ăn lỏng trở lại (ngày)

+ Thời gian rút sonde tiểu (ngày)

+ Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng (ngày)

+ Mức độ đau sau mổ trung bình trong 2 ngày đầu (theo VAS).

+ Thời gian nằm viện sau mổ (ngày).

+ Biến chứng sớm

+ Tái nhập viện trong vòng 30 ngày (có/không).

- Mức độ hài lòng bệnh nhân đối với chương trình ERAS

+ Mức độ hài lòng (rất hài lòng/hài lòng/không hài lòng).

+ Mức độ sẵn sàng quay lại chương trình nếu có phẫu thuật lần sau (có/không).

2.5. Phương pháp thu thập dữ liệu

Thu thập dữ liệu từ hồ sơ bệnh án, bảng theo dõi chăm sóc hậu phẫu, bảng kiểm ERAS và phiếu khảo sát mức độ hài lòng của người bệnh. Các biến được mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.6. Phân tích số liệu

Biến định lượng được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn (SD), biến định tính được mô tả bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm, so sánh giữa các nhóm bằng: Kiểm định t-test hoặc Mann–Whitney U cho biến liên tục, kiểm định chi-square hoặc Fisher exact test cho biến phân loại. Mức ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Trong tổng số 60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là 59,3 ± 9,2 tuổi, trong đó nam giới chiếm 63,3%. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn II–III theo phân loại AJCC (80%). Phẫu thuật Miles chiếm 36,7%, còn lại là cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, bảo tồn cơ thắt.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n = 60)

Chỉ tiêu	Kết quả
Tuổi trung bình	59,3 ± 9,2 tuổi
Giới	Nam: 38 (63,3%) Nữ: 22 (26,7%)
BMI trung bình	22,7 ± 2,4 kg/m²
Tiền sử bệnh nội khoa	Tăng huyết áp: 9 (15,0%) Đái tháo đường typ 2: 7 (11,7%) Bệnh tim mạch khác: 3 (5%)
Giai đoạn AJCC (II + III)	48 bệnh nhân (80%)
Loại phẫu thuật	TME bảo tồn cơ thắt: 38 (63,3%) Phẫu thuật Miles: 22 (36,7%)

3.2. Thực hiện các bước trong chương trình ERAS

Bảng 2. Thực hiện các thành phần chính trong chương trình ERAS (n = 60)

Thành phần	Số BN (%)
Tư vấn trước mổ	60 (100%)
Dinh dưỡng trước mổ	57 (95%)
Không nhịn ăn kéo dài trước mổ	60 (100%)
Dùng giảm đau đa mô thức	60 (100%)
Ăn lỏng lại sớm trong vòng 48 giờ sau mổ	42 (70,0%)
Rút sonde tiểu sớm (< 2 ngày)	55 (91,7%)
Không đặt sonde dạ dày kéo dài	60 (100%)
Vận động sớm sau 24 giờ	56 (93,3%)

3.3. Kết quả trong và sau mổ

Bảng 3. Kết quả sau mổ (n = 60)

Chỉ tiêu	Kết quả
Thời gian phẫu thuật trung bình	137,4 ± 32,5 phút
Lượng máu mất trung bình	50 ± 23 ml
Thời gian bắt đầu ăn lỏng trở lại sau mổ	1,9 ± 0,7 ngày
Thời gian rút sonde tiểu	1,4 ± 0,6 ngày
Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng	4,2 ± 0,9 ngày
Mức độ đau sau mổ trung bình trong 2 ngày đầu	VAS: 3,2 ± 1,1 điểm
Thời gian nằm viện	6,3 ± 2,1 ngày
Tái nhập viện trong 30 ngày	2 bệnh nhân (3,3%)

Bảng 4. Biến chứng sau mổ (n = 60)

Loại biến chứng	Kết quả
Tổng biến chứng sớm	11 (18,3%)
Nhiễm khuẩn vết mổ	4 (6,7%)
Rò miệng nối	2 (3,3%)
Bí tiểu	5 (8,3%)

Clavien-Dindo độ I–II	9/11 (81,8%)
Clavien-Dindo ≥ IIIa	2/11 (18,2%)
Tử vong trong 30 ngày đầu sau mổ	0

3.4. Đánh giá hài lòng và chức năng phục hồi

- 90% bệnh nhân đánh giá hài lòng cao với chương trình ERAS.
- 93% sẵn sàng tiếp tục ERAS nếu phải phẫu thuật lần nữa.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đánh giá kết quả bước đầu áp dụng chương trình phục hồi sớm sau mổ (ERAS) cho bệnh nhân ung thư trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã ghi nhận nhiều kết quả tích cực, phù hợp với xu hướng điều trị hiện đại và khẳng định khả năng ứng dụng của ERAS tại các cơ sở điều trị ung thư chuyên sâu ở Việt Nam.

4.1. Khả năng triển khai chương trình ERAS đối với phẫu thuật ung thư trực tràng

Tỷ lệ bệnh nhân được áp dụng đầy đủ các bước chính của chương trình ERAS như tư vấn trước mổ, dinh dưỡng hợp lý, kiểm soát đau đa mô thức, không đặt sonde dạ dày kéo dài và vận động sớm đều đạt mức rất cao (≥93,3%). Điều này cho thấy rằng trong điều kiện bệnh viện tuyến trung ương, việc triển khai ERAS hoàn toàn khả thi và có thể đạt mức tuân thủ tốt.

Nghiên cứu của Kang (2020) tại Hàn Quốc và Nhật Bản trong hệ thống ERAS châu Á – Thái Bình Dương (AP-ERAS), tỷ lệ tuân thủ các bước chính của ERAS dao động từ 80–95%, kết quả tại nghiên cứu của chúng tôi là tương đương hoặc cao hơn ở một số yếu tố, đặc biệt là kiểm soát đau và loại bỏ các can thiệp không cần thiết như sonde dạ dày [5].

4.2. Kết quả sớm và thời gian hồi phục sau mổ

Thời gian ăn lỏng trở lại sớm trung bình là 1,9 ± 0,7 ngày, rút sonde tiểu 1,4 ± 0,6 ngày và vận động sớm sau 24 giờ có tỷ lệ áp dụng 93,3%. Những chỉ số này cho thấy mức độ phục hồi chức năng tiêu hóa và vận động nhanh chóng, phù hợp với tiêu chí của ERAS.

Gustafsson (2013) – đại diện cho ERAS Society – đã ghi nhận thời gian ăn lại trung bình trong các nghiên cứu chuẩn là khoảng 2,0–2,5 ngày, thời gian nằm viện dao động 5–7 ngày [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là 6,3 ± 2,1 ngày – tương đương với các nghiên cứu quốc tế, và rút ngắn rõ rệt so với mô hình điều trị truyền thống tại Việt Nam trước đây (8–10 ngày) [6],[7].

Mức độ đau trung bình sau mổ trong 2 ngày đầu là 3,2 ± 1,1 điểm (VAS), thấp hơn so với các phác đồ giảm đau truyền thống (4–5 điểm) [3].

Ljungqvist (2017) trong một phân tích hệ thống của JAMA Surgery đã nhấn mạnh rằng kiểm soát đau tốt, phục hồi chức năng tiêu hóa và vận động sớm là ba yếu tố quan trọng nhất giúp cải thiện sự hài lòng và giảm tái nhập viện [4].

4.3. Biến chứng sau mổ và mức độ an toàn của chương trình ERAS

Tổng tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ là 18,3%, trong đó đa phần là nhẹ (Clavien-

Dindo độ I–II: 81,8%), chỉ có 2 trường hợp (3,3%) là biến chứng nặng rò miệng nối cần phải phẫu thuật lại (Clavien-Dindo ≥ IIIa). Không có trường hợp tử vong hoặc phải can thiệp phẫu thuật lại. Tỷ lệ rò miệng nối là 3,3% – tương đương với nhiều nghiên cứu trong ERAS quốc tế, dao động từ 2–5% [3],[4].

So sánh với nghiên cứu của Trần Thị Hạnh và cộng sự tại Bệnh viện K (2022), tỷ lệ biến chứng sau mổ là 21,7%, rò miệng nối 4,3% và nhiễm khuẩn vết mổ 7,2% [7]. Kết quả của chúng tôi thấp hơn một chút, cho thấy hiệu quả phòng ngừa biến chứng khi tuân thủ nghiêm ngặt ERAS, đồng thời gợi ý sự cần thiết của phối hợp đa chuyên khoa (ngoại khoa – gây mê – điều dưỡng).

4.4. Mức độ hài lòng và hồi phục toàn diện của người bệnh

90% bệnh nhân đánh giá hài lòng cao với chương trình, và 93% sẵn sàng tiếp tục thực hiện ERAS nếu có chỉ định phẫu thuật trong tương lai. Đây là một chỉ số quan trọng về trải nghiệm người bệnh, phản ánh tính nhân văn và hiệu quả của ERAS không chỉ về mặt y khoa mà cả về chất lượng chăm sóc toàn diện.

4.5. Một số lưu ý khi bước đầu triển khai ERAS trong điều trị ung thư trực tràng

Mặc dù chương trình ERAS mang lại nhiều lợi ích rõ rệt, việc triển khai trong thực tế lâm sàng – đặc biệt tại các cơ sở ở Việt Nam – vẫn gặp phải một số khó khăn, thách thức:

Nhận thức và sự đồng thuận đa ngành: ERAS là mô hình chăm sóc đa mô thức, đòi hỏi sự hợp tác chặt chẽ giữa bác sĩ ngoại khoa – gây mê hồi sức – điều dưỡng – dinh dưỡng – phục hồi chức năng. Trong giai đoạn đầu triển khai, cần có đào tạo định kỳ, hội chẩn liên chuyên khoa và xây dựng quy trình liên hoàn nhằm đảm bảo đồng bộ hóa tất cả các bước. Sự không thống nhất trong thực hiện có thể làm giảm hiệu quả của chương trình.

- Tối ưu hóa sự tuân thủ của bệnh nhân: Bệnh nhân ung thư trực tràng thường có tâm lý lo lắng, mệt mỏi sau hóa xạ trị, cùng với các thủ thuật can thiệp vùng chậu sâu gây đau và hạn chế vận động. Vì vậy, cần đặc biệt tư vấn kỹ lưỡng, hướng dẫn để người bệnh hiểu rằng ăn sớm, đi lại sớm không gây hại mà còn giúp rút ngắn thời gian hồi phục. Ngoài ra, sự tham gia của gia đình và nhân viên điều dưỡng là then chốt trong việc thúc đẩy tuân thủ.

- Điều chỉnh phù hợp với điều kiện thực tế: Không nên áp dụng ERAS một cách máy móc. Một số thành phần như bỏ sonde dạ dày, cho ăn sớm, giảm sử dụng morphin... cần được cá thể hóa tùy theo tình trạng bệnh lý, mức độ phẫu thuật và khả năng hồi phục của từng bệnh nhân.

- Cơ sở hạ tầng và công cụ đánh giá: Cần có các bảng kiểm ERAS tiêu chuẩn hóa, hồ sơ điện tử đồng bộ và phần mềm theo dõi quá trình thực hiện để đảm bảo giám sát và cải tiến chất lượng. Ngoài ra, các chỉ tiêu như thời gian nằm viện, biến chứng, tỷ lệ tái nhập viện và chi phí điều trị nên được lượng hóa đầy đủ để báo cáo định kỳ và điều chỉnh phù hợp.

4.6. Hạn chế và hướng nghiên cứu tiếp theo

Một số hạn chế của nghiên cứu cần được thừa nhận: cỡ mẫu còn khiêm tốn (60 bệnh nhân), không có nhóm chứng so sánh trực tiếp (non-ERAS), và thời gian theo dõi ngắn (30 ngày). Ngoài ra, chưa đánh giá tác động lâu dài của ERAS đến chất lượng sống, chức năng hậu môn – sàn chậu hoặc tỷ lệ tái phát, sống còn.

Tuy vậy, với đặc điểm tiến cứu, thu thập dữ liệu hệ thống và triển khai toàn diện các bước của ERAS, nghiên cứu này là một trong những khảo sát chi tiết đầu tiên tại Việt Nam trong lĩnh vực ung thư trực tràng. Các nghiên cứu tiếp theo có thể thực hiện theo hướng:

- So sánh ngẫu nhiên có đối chứng giữa nhóm ERAS và nhóm chăm sóc thông thường.
- Kéo dài thời gian theo dõi đến 1–3 năm để đánh giá sống còn và chất lượng sống.
- Đánh giá kinh tế y tế (chi phí điều trị – ngày nằm viện – tỷ lệ tái nhập viện).

V. KẾT LUẬN

Chương trình ERAS có thể được triển khai an toàn, hiệu quả trong điều trị ung thư trực tràng, giúp rút ngắn thời gian phục hồi, giảm biến chứng sau mổ và nâng cao sự hài lòng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209–249.
2. **Kehlet H.** Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anaesth. 1997;78(5):606–617.
3. **Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, et al.** Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. World J Surg. 2013;37(2):259–284.
4. **Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC.** Enhanced Recovery After Surgery: A Review. JAMA Surg. 2017;152(3):292–298.
5. **Kang CY, et al.** Implementation of Enhanced Recovery After Surgery in Asia-Pacific: Consensus Statement from AP-ERAS Conference 2019. Asian J Surg. 2020;43(6):563–571.
6. **Nguyễn Văn Hùng, Trần Mạnh Hùng.** Kết quả bước đầu áp dụng chương trình ERAS trong phẫu thuật đại trực tràng. Tạp chí Y học thực hành. 2021; (11):42–47.
7. **Trần Thị Hạnh, Lê Văn Quang.** Nghiên cứu áp dụng quy trình ERAS tại Bệnh viện K. Y học Việt Nam. 2022;48(1):75–80.

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẠ LONG, QUẢNG NINH NĂM 2024

Hoàng Thị Giang[1], Nguyễn Thị Thanh Thuỷ[2], Bùi Thị Hương[1], Phạm Văn Hán[1]

TÓM TẮT

Quản lý điều trị ở người bệnh tăng huyết áp (THA) tốt sẽ giúp ngăn ngừa, làm chậm tiến triển các biến chứng, giảm tỉ lệ tử vong, đồng thời giảm chi phí điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 400 bệnh nhân THA đang được quản lý điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Hạ Long năm 2024 nhằm mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến quản lý điều trị ngoại trú người bệnh THA. Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu là 53,0%; tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị thuốc là 91,0%; tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ các biện pháp thay đổi lối sống là 39,0%; tỷ lệ bệnh nhân THA được quản lý tốt (đạt huyết áp mục tiêu, tuân thủ thay đổi lối sống và tuân thủ điều trị thuốc) là 17,8%. Cần có những biện pháp tăng cường công tác quản lý điều trị bệnh nhân THA tại cơ sở này, trong đó chú trọng đến tiêu chí đạt huyết áp mục tiêu và thay đổi lối sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: Tăng huyết áp; quản lý điều trị tăng huyết áp; Bệnh viện đa khoa Hạ Long

SUMMARY

THE TREATMENT MANAGEMENT OF HYPERTENSION PATIENTS AT THE OUTPATIENT DEPARTMENT, HA LONG GENERAL HOSPITAL, QUANG NINH IN 2024

Good adherence of patients with hypertension (HTN) will help prevent and slow the progression of complications, reduce mortality, reduce treatment costs and improve quality of life. A cross-sectional study was conducted on 400 hypertensive patients being managed and treated as outpatients at the Examination Department, Ha Long General Hospital in 2024 to describe the current situation and some factors related to outpatient management of hypertensive patients. The study results showed that: the rate of patients achieving target blood pressure was 53.0%; the rate of patients complying with medication was 91.0%; the rate of patients complying with lifestyle changes was 39.0%; the rate of hypertensive patients being well managed (achieving target blood pressure, medication compliance and lifestyle compliance) was 17.8%. Measures are needed to strengthen the management of hypertensive patients at this facility, focusing on the criteria of achieving target blood pressure and changing lifestyles for patients.

Keywords: Hypertension; hypertension management' Ha Long General Hospital.

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Hạ Long, Quảng Ninh*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Giang
Email: htgiang@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 5/5/2025
Ngày phản biện khoa học: 5/5/2025
Ngày duyệt bài: 12/5/2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quản lý điều trị ở người bệnh tăng huyết áp (THA) tốt sẽ giúp ngăn ngừa, làm chậm tiến triển các biến chứng, giảm tỉ lệ tử vong, đồng thời giảm chi phí điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống. Mục tiêu toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) là giảm 25% tử vong sớm do các bệnh không lây nhiễm vào năm 2025 có thể không đạt được ở nhiều quốc gia thu nhập thấp và trung bình do gánh nặng ngày càng tăng của tăng huyết áp và bệnh đái tháo đường [1]. Trong số 1,4 tỷ người ước tính đang sống chung với tăng huyết áp trên toàn thế giới, khoảng hai phần ba sống ở nước thu nhập thấp và trung bình. WHO cũng dự báo gánh nặng của các tình trạng bệnh mãn tính này sẽ tiếp tục tăng lên, vì vậy các hệ thống y tế ở các nước thu nhập thấp và trung bình cần được cung cấp đầy đủ nguồn lực để ứng phó hiệu quả với sự thay đổi dịch tễ học này [2]. Theo WHO (2020) có khoảng 15 triệu người Việt Nam mắc bệnh THA và đái tháo đường (ĐTĐ), là hai bệnh không lây nhiễm phổ biến nhất, tuy nhiên, chỉ có 20 - 30% trên tổng số bệnh nhân được quản lý điều trị [3]. Mô hình quản lý THA đầu tiên tại Việt Nam được thành lập tại khoa khám bệnh, bệnh viện Bạch Mai từ năm 2003, mô hình này là cơ sở của chương trình quản lý THA quốc gia vào năm 2008. Trong đó, bệnh nhân THA được quản lý điều trị tốt khi đạt 3 yếu tố: đạt huyết áp mục tiêu, tuân thủ điều trị thuốc, và tuân thủ thay đổi lối sống hành vi. Một số nghiên cứu mới đây có tỷ lệ quản lý điều trị tốt rất khác nhau, từ 40% đến 80%. Có nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị THA được chỉ ra bao gồm giới, tuổi, bệnh đồng mắc, thời gian mắc bệnh…[6,7,8].

Bệnh viện đa khoa Hạ Long là bệnh viện hạng II được thành lập ngày 03/2/2020. Tính đến ngày 01/02/2024, bệnh viện quản lý điều trị ngoại trú THA cho 756 bệnh nhân là các cán bộ, nhân dân trên địa bàn thành phố Hạ Long. Tuy nhiên, tại đây chưa có một nghiên cứu nào tìm hiểu về thực trạng quản lý THA trên đối tượng này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài với mục tiêu mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa Hạ Long, Quảng Ninh năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh THA đang được quản lý, điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Hạ Long.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân THA từ 18 tuổi trở lên, tham gia điều trị ngoại trú trên 3 tháng tính đến thời điểm nghiên cứu và có đầy đủ hồ sơ bệnh án điều trị ngoại trú tại bệnh viện; đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân THA thứ phát do viêm cầu thận mạn, u tủy thượng thận...; bệnh nhân không có khả năng trả lời câu hỏi phỏng vấn.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Hạ Long. Thời gian nghiên cứu từ tháng 12 năm 2023 đến tháng 10 năm 2024.

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

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu: 400 bệnh nhân.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn: Lập danh sách tất cả các bệnh nhân hiện đang tham gia quả lý điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Hạ Long đáp ứng tiêu chí lựa chọn từ ngày 01/02/2024, có 756 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn lựa chọn, chúng tôi đánh số thứ tự từ 1-756 và bốc thăm ngẫu nhiên cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.6. Biến số nghiên cứu

Thông tin chung của bệnh nhân (tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, nghề nghiệp, trình độ học vấn, kinh tế gia đình và tình trạng sống, thời gian mắc bệnh); chỉ số huyết áp tại thời điểm nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh tuân thủ lối sống, tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị thuốc, tỷ lệ điều trị đạt mục tiêu.

Tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu:

Tiêu chuẩn đánh giá huyết áp đạt mục tiêu điều trị: Theo khuyến cáo của Phân hội Tăng huyết áp - Hội Tim mạch học Việt Nam: Đích điều trị THA không có bệnh đồng mắc: HA tâm thu < 140 mmHg. Đích điều trị THA có bệnh đồng mắc: HA tâm thu < 130 mmHg. Đích HA tâm trương < 80 mmHg cho tất cả các bệnh nhân.

Tiêu chuẩn đánh giá tuân thủ thuốc điều trị thuốc: Sử dụng thang đo Morisky gồm 08 mục để đo lường tuân thủ điều trị với thuốc HA. Với mỗi câu trả lời là "không" được tính 1 điểm, câu trả lời "có" tính 0 điểm. Điểm tối đa là 8 điểm, bệnh nhân được coi là tuân thủ điều trị tốt khi đạt từ 6 - 8 điểm.

Tuân thủ các biện pháp thay đổi lối sống bao gồm 06 câu có nội dung về chế độ ăn; hút thuốc lá/lào; uống rượu/bia; chế độ làm việc, nghỉ ngơi; hoạt động thể lực và theo dõi HA tại nhà. Mỗi câu trả lời tuân thủ tính 1 điểm, tổng điểm tối đa là 6 điểm, bệnh nhân được đánh giá là tuân thủ khi đạt 6 điểm.

Bệnh nhân được đánh giá là quản lý điều trị tốt khi đạt cả 3 tiêu chuẩn trên. Bộ câu hỏi tham khảo của tác giả Phạm Minh Khuê [4].

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin được thu thập thông qua trích lục từ hồ sơ bệnh án; phỏng vấn trực tiếp bộ câu hỏi và tiến hành đo huyết áp, đo các chỉ số nhân trắc học (cân nặng, chiều cao).

2.8. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm STATA 14.0. Các phân tích thống kê mô tả bao gồm tỷ lệ %, trung bình, trung vị. So sánh tỷ lệ % sử dụng test Khi bình phương và Fisher exact. Phân tích mối liên quan giữa quản lý tốt tăng huyết áp với các biến độc lập bằng phân tích đơn biến tính toán tỷ suất chênh OR và 95% khoảng tin cậy. Ngưỡng ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo đề cương được Hội đồng thông qua đề cương của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt (QĐ số 47/QĐ-YDHP ngày 12/1/2024). Nghiên cứu thực hiện với sự đồng ý và ủng hộ của lãnh đạo Bệnh viện đa khoa Hạ Long. Tất cả các đối tượng được lựa chọn vào nghiên cứu đều được báo trước và giải thích rõ về mục đích và nội dung nghiên cứu, đồng thuận tham gia nghiên cứu. Các thông tin nghiên cứu đều được bảo mật hoàn toàn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=400)

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	214	53,5
	Nữ	186	46,5
Tuổi	<50 tuổi	20	5,0
	50 – 59 tuổi	41	10,3
	60 – 69 tuổi	130	32,5
	70 – 79 tuổi	131	32,8
	> 80 tuổi	78	19,5
	Tuổi trung bình ± Độ lệch chuẩn	69.7 ± 10.9	
Trình độ học vấn	Tốt nghiệp tiểu học	1	0,3
	Tốt nghiệp THCS	118	29,5
	Tốt nghiệp THPT	144	36,0
	Trên THPT	137	34,2
Nghề nghiệp	Hưu trí	180	45,0
	Công nhân viên chức	15	3,8
	Buôn bán, du lịch, tự do	205	51,2
Tình trạng sống chung	Sống một mình	3	0,8
	Sống cùng vợ/chồng/con	397	99,2
Kinh tế hộ gia đình	Nghèo	6	1,5
	Không nghèo	394	98,5
Tổng		**400**	**100,0**

THCS: Trung học cơ sở; THPT: Trung học phổ thông

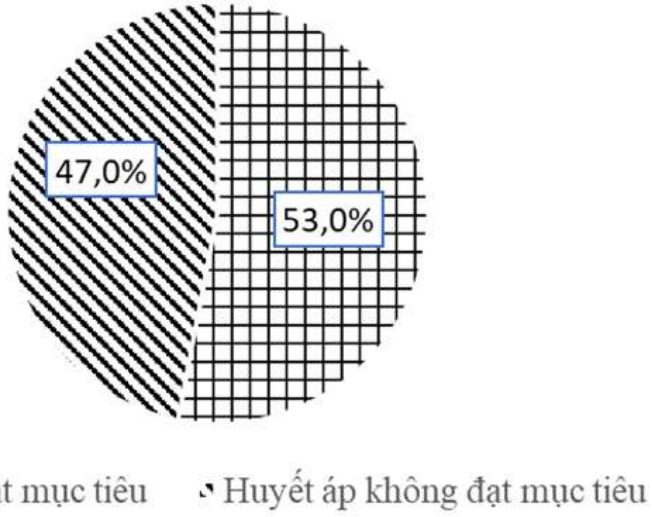
Trong số 400 người tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nam giới chiếm 53,5%; nhóm tuổi từ 70 – 79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (32,8%); nhóm nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ cao nhất (51,2%); nhóm có trình độ từ THPT trở lệ chiếm 70,2%; nhóm sống cùng người thân và có điều kiện kinh tế thuộc hộ không nghèo chiếm chủ yếu (99,2%), (98,5%) (Bảng 1).

Bảng 2. Đặc điểm bệnh tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu (n=400)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian mắc bệnh	Trên 5 năm	46	11,5
	Từ 1-5 năm	317	7,2
	Dưới 1 năm	37	9,3
Bệnh lý đồng mắc	Có	239	59,7
	Không	161	40,3
Tiền sử gia đình	Có người mắc THA	52	13,0
	Không có người mắc THA	348	87,0

THA: Tăng huyết áp

Phần lớn người tham gia nghiên cứu có thời gian mắc bệnh từ 1-5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (87,5%); có các bệnh lý đồng mắc chiếm tỷ lệ 21,5%, tiền sử gia đình có người mắc bệnh tặng huyết áp là 13,0% (Bảng 2).



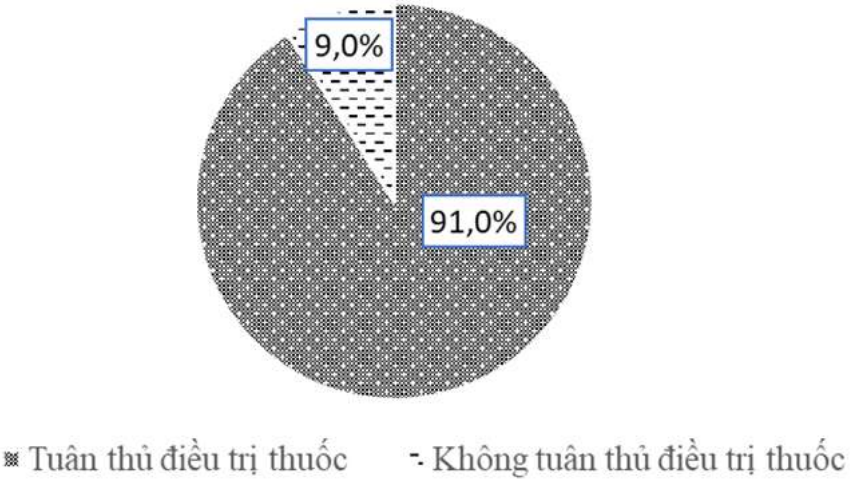
Hình 1. Tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp được điều trị đạt huyết áp mục tiêu tại thời điểm thu nhận vào nghiên cứu (n=400)

Về kết quả điều trị tại thời điểm thu nhận nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh THA điều trị đạt huyết áp mục tiêu chiếm 53,0%, có 47,0% người bệnh chưa đạt huyết áp mục tiêu (Hình 1).

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ các biện pháp thay đổi lối sống (n=400)

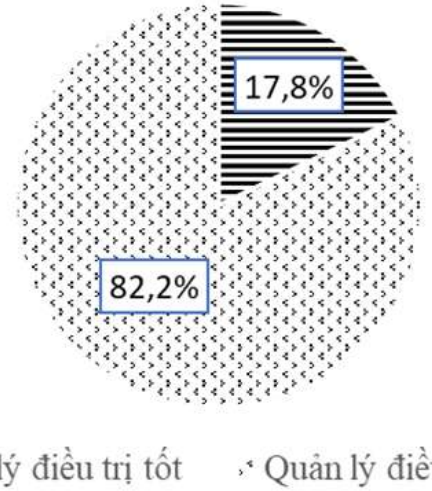
Thói quen		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá, thuốc lào	Không	317	79,3
	≤ 7 điếu/tuần	49	12,3
	8-35 điếu/tuần	17	4,2
	>35 điếu/tuần	17	4,2
Uống rượu, bia	Không	272	68,0
	Từ 1 -3 lần/tuần	107	26,8
	> 3 lần/tuần	21	5,2
Ăn mặn	Có	214	53,5
	Không	186	46,5
Hoạt động thể lực	Không	24	6,0
	Thi Thoảng	204	51,0
	Thường xuyên	172	43,0
Đo huyết áp thường xuyên	Có	385	96,3
	Không	15	3,8
Tỷ lệ tuân thủ các biện pháp thay đổi lối sống		**156**	**39,0**

Về tuân thủ các biện pháp thay đổi lối sống, tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ các biện pháp thay đổi lối sống chung là 39,0%. Trong đó, có 96,3% thực hiện đo huyết áp thường xuyên, 79,3% không hút thuốc lá, thuốc lào, 68% không uống rượu bia. Tỷ lệ thực hiện ăn nhạt và hoạt động thể lực theo khuyến cáo là thấp nhất với lần lượt 46,5% và 43% (Bảng 3).



Hình 2. Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc theo thang Morisky của đối tượng nghiên cứu (n=400)

Về tuân thủ điều trị thuốc theo thang Morisky, kết quả cho thấy có 91,0% người bệnh trong số đối tượng nghiên cứu tuân thủ điều trị thuốc (≥ 6 điểm) (Hình 2).



Hình 3. Tình trạng quản lý bệnh nhân tăng huyết áp (n=400)

Về quản lý điều trị chung, kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tăng HA được quản lý tốt chỉ đạt 17,8% (Hình 3).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng quản lý bệnh nhân tăng huyết áp

		Quản lý chưa tốt		Quản lý tốt		OR (95%CI)	p
		n	%	n	%		
Giới	Nam	184	86,0	30	14,0	1,73 (1,03-2,91)	0,03
	Nữ	145	78,0	41	22,0		
Tuổi	< 60 tuổi	51	83,6	10	16,4	1,12 (0,54-2,91)	0,76
	≥ 60 tuổi	278	82,0	61	18,0		
Trình độ học vấn	< Trung học cơ sở	97	81,5	22	18,5	0,93 (0,53-1,62)	0,82
	> Phổ thông trung học	232	82,6	49	17,4		

Tình trạng sống	Cùng gia đình	328	82,6	69	17,4	9,51 (0,9-106,3)	0,08*
	Một mình	1	33,3	2	66,7		
Nghề nghiệp	Cán bộ/viên chức/thương mại/tự do	183	83,2	37	16,8	1,15 (0,69-1,93)	0,59
	Hưu trí	146	81,1	34	18,9		
Tiền sử gia đình mắc THA	Không	291	83,6	57	16,4	1,89 (0,96-3,70)	0,67
	Có	38	73,1	14	26,9		
Thời gian phát hiện	≤ 2 năm	71	74,7	24	25,3	1,85 (1,06-3,24)	0,03
	≥ 3 năm	258	84,6	47	15,4		
BMI#	Bình thường	191	80,6	46	19,4	1	
	Thừa cân, béo phì (≥23)	118	84,9	21	15,1	0,7 (0,42-1,29)	0,29
	Thiếu cân (<18,5)	20	83,3	4	16,7	0,83 (0,27-2,54)	0,74
Bệnh đồng mắc	Có	190	79,5	49	20,5	1,62 (0,94-2,82)	0,08
	Không	139	86,3	22	13,7		

**Fisher's Exact Test; # chỉ số khối cơ thể; THA: Tăng huyết áp*

Về các yếu tố liên quan đến quản lý điều trị, kết quả bảng 4 cho thấy giới tính nam là yếu tố tăng nguy cơ quản lý điều trị không tốt với OR=1,73 (95%CI 1,03-2,91) và thời gian mắc trên 2 năm với OR=1,85 (1,06-3,24) (p < 0,05). Chưa tìm thấy các mối liên quan giữa tình trạng quản lý điều trị với các yếu tố khác như tuổi, trình độ học vấn, tình trạng sống, nghề nghiệp, tiền sử gia đình, chỉ số khối cơ thể (BMI) và bệnh đồng mắc.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 400 bệnh nhân điều trị ngoại trú THA tại Khoa khám bệnh, bệnh viện đa khoa Hạ Long năm 2024. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp là nam giới chiếm 53,5%, nữ giới là 46,5%. Người bệnh THA thuộc nhóm tuổi từ 70 – 79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (32,8%), thứ 2 là nhóm tuổi từ 60-69 tuổi với 32,5%. Trong số 400 bệnh nhân THA, có 29,5% tốt nghiệp THCS, có 36,0% bệnh nhân có trình độ tốt nghiệp THPT và 34,2% bệnh nhân có trình độ trên THPT.

Phần lớn người tham gia nghiên cứu khi được hỏi về hoàn cảnh phát hiện mắc THA thì có 43,8% bệnh nhân phát hiện khi đi khám các bệnh khác và 37,8% người bệnh phát hiện khi đã có biến chứng của bệnh. Tỷ lệ người bệnh THA có các bệnh lý đồng mắc chiếm tỷ lệ 21,5%, thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Linh (34,4%) và tác giả Nguyễn Quang Cẩn (47,93%) [5,6]. Bệnh đi kèm đã được ghi nhận là một rào cản tiềm ẩn đối với việc sử dụng thuốc hạ huyết áp đúng cách, sự gia tăng số lượng các bệnh lý mắc kèm, tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ cao có xu hướng giảm do càng có nhiều bệnh đồng mắc, chế độ điều trị càng nhiều thuốc sẽ làm người bệnh khó ghi nhớ liều hơn [7].

Mục tiêu quan trọng nhất trong điều trị THA là đạt huyết áp mục tiêu, làm chậm các biến chứng về tim mạch, não, thận, mắt cho người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh tăng huyết áp được điều trị đạt mục tiêu chiếm 53,0%, cao hơn với nghiên

cứu của tác giả nghiên cứu của tác giả Phạm Minh Khuê (2021) tại trung tâm y tế huyện Nam Sách, Hải Dương có 50,6% người bệnh được điều trị đạt huyết áp mục tiêu [6].

Vấn đề tuân thủ lối sống tích cực và duy trì thói quen sinh hoạt lành mạnh là một trong những biện pháp làm chậm tiến triển của THA và giảm được huyết áp trong điều trị bệnh. Khi được phỏng vấn người bệnh về thói quen sinh hoạt hàng ngày, tỉ lệ 39,0% người bệnh tuân thủ theo các biện pháp thay đổi lối sống, kết quả này thấp hơn so với kết quả của tác giả Nguyễn Văn Kiếm (63,3%) và tác giả Nguyễn Quang Cần (79,53%) [6,8]. Kết quả của các nghiên cứu khác nhau có thể giải thích do địa điểm nghiên cứu, thời gian tiến hành nghiên cứu, trình độ học vấn và phong tục tập quán giữa các vùng miền. Đây là cơ sở để nhân viên y tế tăng cường tư vấn, theo dõi, quản lý thói quen lối sống của người bệnh ở mỗi địa phương trong điều trị THA.

Đánh giá chung về mức độ tuân thủ điều trị thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi là 91,0%, cao nhất trong 3 tiêu chí về quản lý điều trị người bệnh THA và cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Kiếm (85,2%) và Nguyễn Quang Cần (82,64%) [6,8]. Qua tỷ lệ này có thể thấy rằng, việc tuân thủ điều trị thuốc đã đạt được sự quan tâm cao của người bệnh, hơn nữa sự tuân thủ điều trị thuốc này cũng rất quan trọng, giúp cho các nhà lâm sàng theo dõi được hiệu quả điều trị của thuốc, đưa ra được các hướng điều trị tiếp từ đó góp phần nâng cao hiệu quả trong điều trị bệnh THA. Điều này cho thấy người bệnh cũng đã có ý thức tốt trong việc uống thuốc điều trị, cơ sở cần duy trì mức tuân thủ này để nâng cao hơn nữa hiệu quả điều trị.

Tuy nhiên, khi đánh giá theo cả ba tiêu chí là tuân thủ điều trị thuốc, tuân thủ thay đổi lối sống và huyết áp đạt mục tiêu thì chúng tôi chỉ ghi nhận 17,8% bệnh nhân THA được quản lý tốt, thấp hơn khá nhiều so với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Quang Cần (66,84%), Nguyễn Văn Kiếm (47,4%), Ngô Thị Bình (56,6%) [6,8,9]. Điều này là một thách thức rất lớn đối với bệnh viện đa khoa Hạ Long trong công tác quản lý người bệnh THA, bởi tỷ lệ người bệnh tuân thủ các biện pháp lối sống vẫn còn ở mức rất thấp (39,0%), có rất nhiều người bệnh vẫn còn giữ thói quen ăn mặn (53,5%), từ đó đặt ra yêu cầu cho các cán bộ y tế của Bệnh viện Đa khoa Hạ Long cần đẩy mạnh hướng dẫn, tuyên truyền cho người bệnh và cả người chăm sóc về sự cần thiết của việc thực hiện lối sống lành mạnh, làm chậm các biến chứng của bệnh THA bằng các hình thức dễ hiểu, dễ đọc và dễ thực hiện tại nhà hơn.

Về các yếu tố liên quan đến quản lý điều trị, chúng tôi ghi nhận hai yếu tố là giới tính nam và thời gian điều trị ≥3 năm làm tăng nguy cơ bệnh nhân quản lý điều trị chưa tốt. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Hùng [10] cũng chỉ ra giới tính nam làm tăng nguy cơ quản lý điều trị chưa tốt. Điều này có thể do bệnh nhân nam có tâm lý chủ quan hơn với bệnh tật và có nhiều hành vi nguy cơ hơn như hút thuốc, uống rượu, ít hoạt động thể lực…so với nữ giới. Ở bệnh nhân mới mắc (dưới 3 năm) thì cũng có thể sẽ ít bệnh đồng mắc hơn và vì thế quản lý điều trị cũng dễ dàng hơn. Như vậy, bệnh viện cần có chiến lược quản lý điều trị tốt hơn cho người bệnh THA, phù hợp với đặc điểm bệnh nhân để nâng cao chất lượng điều trị bệnh THA.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế như chưa đánh giá chính xác sự thay đổi lối sống hành vi do các câu hỏi mang tính

chủ quan, không đo lường được. Bên cạnh đó, một số yếu tố về quản lý điều trị THA như sử dụng công nghệ thông tin, công nghệ số trong quản lý bệnh nhân chưa được khai thác nên chưa đa dạng được các yếu tố liên quan. Cần có nghiên cứu sâu hơn để có thể đánh giá được thực trạng quản lý điều trị THA tại địa điểm nghiên cứu để nâng cao kết quả điều trị cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu là 53%; tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị thuốc là 91,0%; tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị không thuốc (điều chỉnh thói quen, lối sống) là 39,0%; tỷ lệ bệnh nhân THA được quản lý tốt là 17,8%. Giới tính nam là yếu tố tăng nguy cơ quản lý điều trị không tốt với OR=1,73 (95%CI 1,03-2,91) và thời gian mắc trên 2 năm với OR=1,85 (1,06-3,24) (p < 0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GBD** 2019. Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020; 396 (10258): 1204–1222.
2. **WHO.** Hypertension. Accessed date: 01/06/2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
3. **Hinneh T., Mensah B., Boakye H., et al.** Health Services Availability and Readiness for Management of Hypertension and Diabetes in Primary Care Health Facilities in Ghana: a Cardiovascular Risk Management project. Glob Heart. 2024;19(1): 92.
4. **Phạm Minh Khuê, Trần Thị Thanh, Trần Thị Thúy Hà, và cộng sự.** Thực trạng quản lý điều trị ngoại trú bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế huyện Nam Sách, Hải Dương năm 2018 - 2019. Tạp chí Y học dự phòng. 2021; 31(1): 134–140.
5. **Nguyễn Thị Linh, Đặng Thị Thương, Lê Vĩnh Giang.** Quản lý điều trị người bệnh tăng huyết áp tại phường Hồng Hà, thành phố Hạ Long, Quảng Ninh năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 507(1): 152-156.
6. **Nguyễn Quang Cần.** Thực trạng quản lý tăng huyết áp tại Phòng khám đa khoa Khu vực Tản Lĩnh, Huyện Ba Vì, Thành Phố Hà Nội năm 2022 và một số yếu tố liên quan. Luận văn chuyên khoa cấp II Quản lý y tế, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. **Saadat Z., Nikdoust F., Aerab-Sheibani H., et al.** Adherence to Antihypertensives in Patients With Comorbid Condition. Nephrourol Mon. 2015; 7(4): e29863.
8. **Nguyễn Văn Kiếm.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến quản lý tăng huyết áp ngoại trú tại trung tâm y tế Phù Cừ, tỉnh Hưng Yên năm 2023, Luận văn chuyên khoa cấp II Quản lý y tế, Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng, Hải Phòng. 2023.
9. **Ngô Thị Bình.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến quản lý, điều trị ngoại trú người bệnh tăng huyết áp tại huyện Bình Liêu, Quảng Ninh năm 2022, Luận văn chuyên khoa cấp II Quản lý y tế, Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng, Hải Phòng. 2022.
10. **Nguyễn Quang Hùng, Trần Thị Thúy Hà và cộng sự.** Một số yếu tố liên quan đến quản lý điều trị tăng huyết áp tại phòng khám Nội, Khoa khám bệnh, Trung tâm Y tế huyện Nam Sách, tỉnh Hải Dương năm 2018 - 2019. Tạp chí Y học dự phòng. 2021; 31(1): 141–147.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TẬT KHÚC XẠ Ở HỌC SINH TRUNG HỌC CƠ SỞ TẠI HẢI PHÒNG

Phan Huy Thục[1], Nguyễn Đức Quân[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả một số yếu tố liên quan đến tật khúc xạ ở học sinh Trung học cơ sở tại Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Phương pháp nghiên cứu cắt ngang trên 5766 học sinh trung học cơ sở tại thành phố Hải Phòng. **Kết quả:** Về điều kiện vệ sinh trường học có 3 trường THCS có độ chiếu sáng phòng học chưa đạt tiêu chuẩn trong tổng số 11 trường THCS. Tìm thấy mối liên quan giữa thời gian tự học ở nhà ≥2 giờ/ngày (OR: 1,12; 95%CI: 1,10 – 1,24) (việc học thêm ≥ 8 giờ/tuần (OR: 1,17; 95%CI: 1,10 – 1,24), góc học tập không có đèn (OR: 3,50; 95%CI: 2,84 – 4,14), xem tivi (OR: 2,09; 95%CI: 1,48 – 2,75), chơi điện tử máy tính (OR: 3,79; 95%CI: 3,06 – 4,53), Sử dụng Smartphone (OR: 3,16; 95%CI: 2,45 – 4,04)), hoạt động thể chất ngoài trời (OR: 3,83; 95%CI: 3,12 – 4,61), học sinh không tiếp cận truyền thông với tật khúc xạ ở học sinh trung học cơ sở (OR: 2,55; 95%CI: 1,98 – 3,07), khám mắt định kỳ (OR: 2,64; 95%CI: 2,48 – 2,81), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p < 0,05. **Kết luận:** Tìm thấy các yếu từ học tập, giải trí tiếp cận truyền thông và khám mắt định ký đều liên quan đến tỷ lệ mắc tật khúc xạ. Nhà trường cần tăng cường thời lượng hoạt động ngoài trời như các buổi sinh hoạt ngoại khoá cho học sinh.

Từ khoá: Tật khúc xạ, trung học cơ sở, yếu tố liên quan, Hải Phòng

SUMMARY

THE FACTORS RELATED BETWEEN REFRACTIVE ERRORS AND SECONDARY SCHOOL PUPILS IN HAI PHONG

Objective: The study describes some factors related to refractive errors in junior high school students in Hai Phong. Subjects and methods: Cross-sectional study on 5766 junior high school students in Hai Phong city. **Results:** Regarding school hygiene conditions, 3 junior high schools had substandard classroom lighting out of 11 junior high schools. Found an association between self-study time at home ≥2 hours/day (OR: 1.12; 95%CI: 1.10 – 1.24) (extra study ≥ 8 hours/week (OR: 1.17; 95%CI: 1.10 – 1.24), study corner without light (OR: 3.50; 95%CI: 2.84 – 4.14), watching TV (OR: 2.09; 95%CI: 1.48 – 2.75), playing computer games (OR: 3.79; 95%CI: 3.06 – 4.53), Using Smartphone (OR: 3.16; 95%CI: 2.45 – 4.04)), outdoor physical activity (OR: 3.83; 95%CI: 3.12 – 4.04). 4.61), students without media access to refractive errors in junior high school students (OR: 2.55; 95%CI: 1.98 - 3.07), regular eye examination (OR: 2.64; 95%CI: 2.48 - 2.81), the difference is statistically significant, p < 0.05. **Conclusion:** Found factors from learning, entertainment, media access, and regular eye examination are all related to the rate of refractive errors. Schools need to increase the

[1]*Sở Y tế thành Phố Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Mắt Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Phan Huy Thục
Email: thucphanhuy@gmail.com
Ngày nhận bài: 4/4/2025
Ngày phản biện khoa học: 4/4/2025
Ngày duyệt bài: 22/5/2025

amount of outdoor activities, such as extracurricular activities, for students.

Keywords: Refractive errors, junior high school, related factors, Hai Phong

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật khúc xạ (TKX) học đường đang gia tăng ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO 2019), khoảng 12,8 triệu trẻ em trong độ tuổi từ 5 đến 15 bị ảnh hưởng bởi tật khúc xạ. [1]. Tại Việt Nam, hiện có tới 3 triệu học sinh (độ tuổi 6-15) bị mắc các tật khúc xạ cần được chỉnh kính, trong đó 2/3 là bị cận thị. Tỷ lệ tật khúc xạ ngày càng tăng nhanh, chủ yếu tập trung ở khu vực đô thị [2]. Để đưa ra giải pháp phù hợp làm giảm tỷ lệ mắc TKX thì cần có các nghiên cứu tìm hiểu về nguyên nhân cũng như các yếu tố liên quan đến tật khúc xạ. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Nghĩa (2019) báo cáo kết quả ở Điện Biên Phủ cho thấy các học sinh có học thêm ngoài trường có nguy có mắc tật khúc xạ cao gấp 1,72 lần so với không học thêm; số học thêm liên tục 1h có nguy cơ mắc tật khúc xạ cao gấp 2,48 nhóm học thêm dưới 1 giờ, nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Trâm (2022) tại Vĩnh Long, tỷ lệ mắc cận thị cao ở những học sinh xem ti vi liên tục trên 1 giờ (OR = 7,75; p < 0,001), sử dụng điện thoại/máy tính bảng liên tục trên 1 giờ (OR = 15,61; p < 0,001), sử dụng máy vi tính liên tục trên 1 giờ (OR = 1 4,49; p < 0,001 [4].

Việc xác định những yếu tố liên quan gây ảnh hưởng đến mô hình tật khúc xạ là cơ sở khoa học để xây dựng các chiến lược y tế thiết thực cho công tác dự phòng các cấp độ nhằm nâng cao sức khỏe thị giác cho học sinh, nâng cao chất lượng học tập và chất lượng cuộc sống của các em. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến tật khúc xạ ở học sinh đã được nhiều tác giả quan tâm nghiên cứu và hiện nay vẫn đang được thảo luận. Trong nghiên cứu này, chúng tôi quan tâm đến những mối liên quan từ gia đình, nhà trường và xã hội đến tỷ lệ mắc tật khúc xạ của học sinh THCS, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***"Một số yếu tố liên quan đến tật khúc xạ ở học sinh THPT tại Hải Phòng".***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh trung học cơ sở tuổi từ 11 – 15 tuổi tại thành phố Hải Phòng; đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành tại 11 trường THCS của thành phố Hải Phòng, thời gian thu thập số liệu từ tháng 6 đến tháng 9 năm 2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ mắc bệnh trong quần thể:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu, $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96 (ứng với α = 0,05); p = 0,197 là tỉ lệ mắc tật khúc xạ học đường của tác giả Dương Thị Hương tại Hải Phòng [5]. DE (design effect): hệ số thiết kế chúng tôi chọn hệ số thiết kế là 20, với mong muốn có được cỡ mẫu lớn hơn, đảm bảo tính đại diện. d là sai số tuyệt đối (d = 0,05). Thay vào công thức ta thu được cỡ mẫu 4860 học sinh THCS. Thực tế chúng tôi nghiên cứu trên 5766 học sinh THCS.

Chọn mẫu: gồm 04 bước và áp dụng chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng, dựa trên nền chọn mẫu xác suất tỷ lệ với kích cỡ của quần thể

Bước 1: Lập danh sách các quận, huyện phân chia thành 3 vùng đặc trưng: nội thành (7 quận), ngoại thành (6 huyện), hải đảo (2 huyện)

Bước 2: Lập danh sách tổng học sinh THCS theo số trường của các quận huyện thuộc 03 khu vực

Bước 3: Chọn số lượng học sinh ở từng vùng đặc trưng. Để đảm bảo tính đại diện của từng vùng này, số lượng học sinh được chọn phải tỉ lệ thuận với tổng số học sinh của vùng đó.Với cỡ mẫu học sinh trung học cơ sở trong nghiên cứu khoảng 5000 em, chúng tôi phân bố số lượng mẫu ở từng vùng như sau:

Bảng 1. Số lượng học sinh tối thiểu cho mỗi vùng nghiên cứu

Vùng địa lí	Tỉ lệ %	Số lượng học sinh lấy mẫu
Nội thành	43,88%	2194
Ngoại thành	55,26%	2763
Hải đảo	0,86%	43
Tổng số	**100%**	**5000**

Bước 4: Từ số lượng mẫu đại diện của từng vùng như bảng trên, chúng tôi tiến hành bốc thăm ngẫu nhiên các trường trung học cơ sở trên địa bàn của từng vùng cho tới khi đủ số lượng mẫu đại diện, kết quả thu được sau bốc thăm ngẫu nhiên và số lượng học sinh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn như sau:

Bảng 2. Phân bố số lượng học sinh tham gia nghiên cứu theo trường

Khu vực	Trường THCS	Số lượng học sinh tham gia nghiên cứu	Tổng số
Nội thành	THCS Vạn Sơn (Đồ Sơn)	765	2414
	THCS Vĩnh Niệm (Lê Chân)	702	
	THCS Nguyễn Đình Chiểu (Ngô Quyền)	381	
	THCS Trần Văn Ơn (Hồng Bàng)	566	
Ngoại thành	THCS An Đồng (An Dương)	953	3229
	THCS Lý Học – Liên Am (Vĩnh Bảo)	562	
	THCS Chiến Thắng (An Lão)	523	
	THCS Ngũ Phúc (Kiến Thụy)	502	
	THCS Trần Nhật Duật (Thủy Nguyên)	248	
	THCS Tiên Thắng (Tiên Lãng)	441	
Hải đảo	THCS Phù Long	123	123
Tổng số			**5766**

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập

Công cụ thu thập thông tin: Bộ công cụ nghiên cứu có tham khảo bộ công cụ của tác giả Trần Đức Nghĩa [6] và Hoàng Hữu Khôi [7], sau đó xây dựng và xin ý kiến chuyên gia. Phiếu phỏng vấn PHHS thực hiện điều tra thử, chỉnh sửa và hoàn thiện trước khi tiến hành điều tra nghiên cứu. Phiếu kiểm về vệ sinh học đường và phiếu phỏng vấn học sinh

Phương pháp thu thập thông tin: Kĩ thuật viên của Bệnh viện Mắt sẽ phối hợp với

giáo viên chủ nhiệm các lớp học hướng dẫn cho học sinh cách điền trả lời phiếu thu thập số liệu đã được thiết kế. Quy trình đo đạc, đánh giá các chỉ số vệ sinh học đường do ký thuật viên của bệnh viện mắt Hải Phòng thực hiện.

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu: Tỷ lệ mắc TKX theo khối lớp, điều kiện vệ sinh trường học, các yếu tố liên quan theo gia đình, nhà trường.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

**** Tật khúc xạ:*** chia làm 2 nhóm có mắc tật khúc xạ và không mắc tật khúc xạ.

+ Chẩn đoán tật khúc xạ dựa vào tiêu chí về thị lực của học sinh: thị lực được đo ở khoảng cách 5m với bảng thị lực vòng hở landolt trong điều kiện ánh sáng đạt từ 100-300 lux, mắt có thị lực giảm <10/10 và thị lực tăng sau khi thử kính lỗ, được chẩn đoán là tật khúc xạ [8].

**** Điều kiện vệ sinh lớp học:*** trong nghiên cứu này điều kiện vệ sinh học đường được đánh giá bằng 4 chỉ tiêu là hệ số chiếu sáng, cường độ chiếu sáng, hiệu số bàn ghế và khoảng cách bàn – bảng. Các chỉ tiêu này được đánh giá dựa vào "Quy định về vệ sinh trường học" theo TCVN 8793:2011 và Thông tư số 22/2016/TT-BYT ngày 30/6/2016 của Bộ Y tế quy định Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về chiếu sáng và Thông tư liên tịch số 13/2016/TTLT-BGDĐT-BKHCN-BYT, ngày 12 tháng 5 năm 2016 của liên Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Khoa học Công nghệ và Bộ Y tế [9], [10].

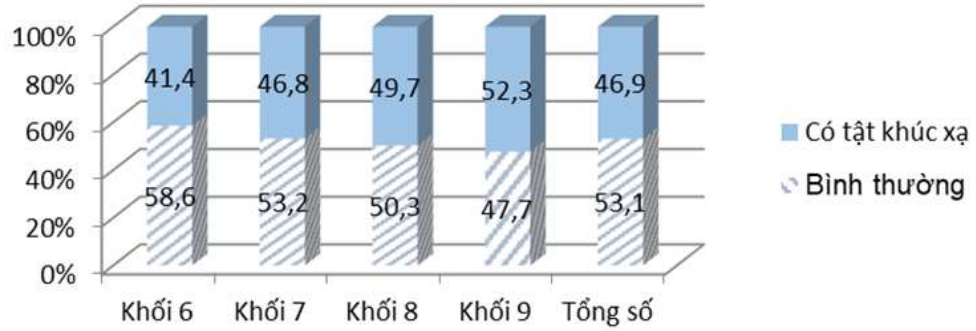
2.7. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả: Tính tần số và tỷ lệ %. Sử dụng test thống kê y học Chi-square test để so sánh các tỷ lệ, tính toán giá trị OR và khoảng tin cậy 95%CI để đánh giá mối liên quan giữa các biến độc lập với biến phụ thuộc. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện đúng theo đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng tư vấn phê duyệt thuyết minh nhiệm vụ nghiên cứu khoa học và phát triển công nghệ cấp thành phố thông qua theo quyết định số 56/QĐ-SKHCN, được sự cho phép triển khai thực hiện của các sở ngành địa phương liên quan. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Hình 1. Phân bố tỷ lệ mắc tật khúc xạ theo khối lớp (n = 5766)

Tỷ lệ học sinh THCS mắc tật khúc xạ là 46,9%. Trong đó tỷ lệ mắc TKX cao nhất ở khối lớp 9 (46,9%) và có xu hướng giảm dần theo khối lớp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Bảng 1. Điều kiện vệ sinh trường học (n = 11)

Đặc điểm	Lớp 6	Lớp 7	Lớp 8	Lớp 9
Cường độ chiếu sáng trong lớp (Tiêu chuẩn: Độ chiếu sáng đồng đều phòng học không dưới 100 lux)				
Đạt	7	3	5	2
Không đạt	11	8	6	9
Hệ số chiều sáng trung bình tại lớp học (Tiêu chuẩn: Hệ số chiếu sáng lớp học ≥ 0,2)				
Đạt	11	11	11	11
Không đạt	0	0	0	0
Hệ số chiều cao bàn ghế (tiêu chuẩn: Lớp 6 - 21cm; lớp 7 – 23 cm; lớp 8 – 26 cm; lớp 9 – 28 cm)				
Đạt	4	4	5	4
Không đạt	7	7	8	7
Diện tích trường học trung bình/học sinh (Tiêu chuẩn: Nội thành ≥6m^2/hs; ngoại thành ≥ 10 m^2/hs)				
Đạt	11	11	11	11
Không đạt	0	0	0	0

Với tiêu chuẩn độ chiếu sáng phòng học không dưới 100 lux, có 3 trường THCS có độ chiếu sáng phòng học chưa đạt tiêu chuẩn trong tổng số 11 trường THCS. Tỉ lệ bàn ghế chưa phù hợp với chiều cao học sinh là tương đối lớn với 7/11 trường không đạt tiêu chuẩn trong tật cả các lớp.

Bảng 2. Mối liên quan giữa các yếu tố từ gia đình với tật khúc xạ (n = 5766)

Tật khúc xạ / Biến số	Có Số lượng (Tỉ lệ %)	Không Số lượng (Tỉ lệ %)	Tổng	p, OR (CI 95%)
Số giờ học thêm ngoài trường				
≥8 giờ/tuần	1016 (58,8%)	713 (41,2%)	1729	p < 0,05
<8 giờ/tuần	948 (50,1%)	947 (49,9%)	1895	1,17 (1,10 – 1,24)
Thời gian tự học ở nhà				
≥2h/ngày	1197 (48,5%)	1269 (51,5%)	2466	p = 0,02
<2h/ngày	1506 (45,6%)	1794 (54,4%)	3300	1,12 (1,01 – 1,24)
Góc học tập có đèn				
Không	502 (72,9%)	187 (27,1%)	689	p < 0,001
Có	2201 (43,3%)	2876 (56,7%)	5077	3,50 (2,84 – 4,14)
Xem tivi				
Có xem	2215 (51,4%)	2096 (48,6%)	4311	p < 0,001
Không xem	488 (33,5%)	967 (66,5%)	1455	2,09 (1,48 – 2,75)
Chơi điện tử, máy tính				
Có xem	1998 (60,4%)	1311 (39,6%)	3309	p < 0,001
Không xem	705 (28,7%)	1752 (71,3%)	2457	3,79 (3,06 – 4,53)

Sử dụng Smartphone				
Có sử dụng	1650 (61,9%)	1015 (38,1%)	2665	p < 0,001
Không sử dụng	1053 (33,9%)	2048 (66,1%)	3101	3,16 (2,45 – 4,04)
Tỷ lệ hoạt động thể chất ngoài trời				
Không	2205 (57,3%)	1642 (42,7%)	3847	p < 0,001
Thường xuyên	498 (25,9%)	1421 (74,1%)	1919	3,83 (3,12 – 4,61)

Tìm thấy mối liên quan giữa việc thời gian tự học ở nhà ≥2h/ngày, học thêm ≥ 8 giờ/tuần, góc học tập không có đèn, xem tivi, chơi điện tử máy tính, Sử dụng Smartphone, hoạt động thể chất ngoài trời với tật khúc xạ ở học sinh trung học cơ sở, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p < 0,05.

Bảng 3. Mối liên quan giữa tiếp cận truyền thông và tật khúc xạ (n = 5766)

Tật khúc xạ / Tiếp cận truyền thông	**Có** **Số lượng (Tỉ lệ %)**	**Không** **Số lượng (Tỉ lệ %)**	**Tổng**	**p** **OR (95%CI)**
Không tiếp cận	2108 (54,2%)	1781 (45,8%)	3889	p < 0,001 2,55 (1,98 – 3,07)
Có tiếp cận	595 (31,7%)	1282 (68,3%)	1877	
Tổng số	**2703**	**3063**	**5766**	

Nhóm học sinh không tiếp cận truyền thông có nguy cơ mắc tật khúc xạ cao hơn 2,55 lần so với nhóm học sinh có tiếp cận với truyền thông tật khúc xạ với p<0,001

Bảng 4. Tỉ lệ khám mắt định kì của học sinh

Tật khúc xạ / Khám mắt định kì	**Có** **Số lượng (Tỉ lệ %)**	**Không** **Số lượng (Tỉ lệ %)**	**Tổng**	**p** **OR (95%CI)**
Có	1845 (68,3%)	742 (24,2%)	2587	p < 0,001 2,64 (2,48 – 2,81)
Không	858 (31,7%)	2321 (75,8%)	3179	
Tổng số	**2703**	**3063**	**5766**	

Trong số học sinh khám mắt định kì có phát hiện được 68,3% có mắc tật khúc xạ; số học sinh không khám mắt định kì có 31,7% số học sinh mắc tật khúc xạ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tìm một số yếu tố liên quan đến tật khúc xạ ở học sinh trung học cở sở tại Hải Phòng năm 2023, kết quả cho thấy về điều kiện cơ sở vật chất trường học: cả 11 trường đều đạt về hệ số chiếu sáng trung bình và diện tích trường học trung bình trên học sinh. Kết quả về cường độ chiếu sáng trong lớp học bảng 1, đa số các lớp học có cường độ chiếu sáng trong lớp học đạt tiêu chuẩn, có 3 trường học có cường độ ánh sáng chưa đủ theo tiêu chuẩn. Từ kết quả nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu tư vấn cho các trường để thay thế các bóng đèn hỏng hóc, bóng đèn thiếu sáng để các lớp học trong trường đủ ánh sáng cho học sinh học tập thoải mái, không bị nhức mỏi mắt trong giờ học, góp phần đẩy lùi tật khúc xạ. Về tỉ lệ bàn ghế chưa phù hợp với chiều cao học sinh là tương đối lớn với 7/11 (63,6%) trường không đạt tiêu chuẩn trong tất cả các lớp. Kết quả này là tương tự nghiên cứu Hoàng Hữu Khôi (2017) ở Đà Nẵng công bố 100% các

trường trong nhóm nghiên cứu đều không đạt tiêu chuẩn về hiệu số bàn ghế [2]. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy ở các trường phổ thông hiện nay, học sinh các lớp, các khối hầu như đều được trang bị cùng một loại bàn ghế như nhau và do đó, độ chênh lệch chiều cao bàn ghế không phù hợp với lứa tuổi học sinh.

Kết quả nghiên cứu tìm thầy mối liên quan giữa việc học thêm ≥8h/tuần (OR = 1,42; 95%CI: (0,94 – 1,87) và không tham gia hoạt động ngoài trời (OR = 3,83; 95%CI: (3,12 – 4,61)). Thời gian học quá dài và liên tục khiến học sinh không có thời gian nghỉ ngơi, hồi phục về thể chất cũng như thị giác. Tại các lớp học thêm cũng có diện tích, cường độ ánh sáng, hệ số chiếu sáng, hệ số chiều cao bàn ghế chưa đạt tiêu chuẩn cũng là nguy cơ cao khiến các học sinh căng thẳng thị giác nhìn gần kéo dài làm tăng tỉ lệ mắc và gia tăng tật khúc xạ. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Nghĩa (2019) báo cáo kết quả ở Điện Biên Phủ cho thấy các học sinh có học thêm ngoài trường có nguy có mắc tật khúc xạ cao gấp 1,72 lần so với không học thêm; số học thêm liên tục 1h có nguy cơ mắc tật khúc xạ cao gấp 2,48 nhóm học thêm dưới 1h [3]. Bên cạnh việc giảm thời lượng học thêm thì hoạt động thể chất ngoài trời là yếu tố rất quan trọng trong việc ngăn ngừa mắc tật khúc xạ và tiến triển của tật khúc xạ học đường. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tìm thấy mối liên quan giữa việc xem tivi (OR = 2,09; 95%CI: (1,48 – 2,75)), chơi điện tử, máy tính (OR = 3,79; 95%CI: (3,06 – 4,53)), sử dụng smartphone với tật khúc xạ (OR = 3,16; 95%CI: (2,45 – 4,04)). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đó như: Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Trâm (2022) 104 tại Vĩnh Long, tỷ lệ mắc cận thị cao ở những học sinh xem ti vi liên tục trên 1 giờ (OR = 7,75; p < 0,001), sử dụng điện thoại/máy tính bảng liên tục trên 1 giờ (OR = 15,61; p < 0,001), sử dụng máy vi tính liên tục trên 1 giờ (OR = 1 4,49; p < 0,001) [4].

Nhóm học sinh không tiếp cận truyền thông có nguy cơ mắc tật khúc xạ cao hơn 2,55 lần so với nhóm học sinh có tiếp cận với truyền thông tật khúc xạ với p<0,001. Các tác giả khác trên thế giới đều chỉ ra vai trò của các phương tiện truyền thông đến hiểu biết nhằm làm giảm nguy cơ mắc và ngăn chặn sự tiến triển của tật khúc xạ học đường.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu một số yếu tố liên quan trên 5766 học sinh trung học cơ sở tại thành phố Hải Phòng năm học 2023, về điều kiện vệ sinh trường học có 3 trường THCS có độ chiếu sáng phòng học chưa đạt tiêu chuẩn trong tổng số 11 trường THCS. Tỉ lệ bàn ghế chưa phù hợp với chiều cao học sinh là tương đối lớn với 7/11 (63,6%) trường không đạt tiêu chuẩn trong tật cả các lớp. Tìm thầy mối liên quan giữa việc học thêm ≥8h/tuần, góc học tập không có đèn, xem tivi, chơi điện tử máy tính, Sử dụng Smartphone, hoạt động thể chất ngoài trời với tật khúc xạ ở học sinh trung học cơ sở, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p < 0,05. Học sinh không tiếp cận truyền thông có nguy cơ mắc tật khúc xạ cao hơn 2,55 lần so với nhóm học sinh có tiếp cận với truyền thông tật khúc xạ với p<0,001. Nhà trường cần thay đổi bàn ghế phù hợp cho từng khối lớp và tăng cường thời lượng hoạt động ngoài trời như các buổi sinh hoạt ngoại khoá cho học sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** (2019). World report on vision. In World report on vision. Pp: 2020.
2. **Hoàng Ngọc Chương, Hoàng Hữu Khôi.** Nghiên cứu giải pháp phòng ngừa và triển khai thí điểm một số giải pháp can thiệp làm giảm nhẹ tật cận thị ở học sinh Tiểu học và Trung học cơ sở thành phố Đà Nẵng. Đề tài khoa học cấp thành phố Đà Nẵng, 2012.
3. **Nguyễn Đức Nghĩa.** Thực trạng cận thị ở học sinh tiểu học thành phố Điện Biên Phủ và hiệu quả một số yếu tố can thiệp. Luận án tiến sĩ y học, Viện vệ sinh dịch tễ Trung Ương, 2019.
4. **Nguyễn Ngọc Trâm, Dương Minh Đức.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tật khúc xạ ở học sinh lớp 4 - 5, trường tiểu học thị trấn Trà Ôn, huyện Trà Ôn, tỉnh Vĩnh Long năm 2022. Tạp chí Nghiên cứu sức khỏe và phát triển, 2023; 1(7): 17-125.
5. **Dương Thị Hương, Đồng Trung Kiên.** Cận thị học sinh tiểu học và trung học cơ sở tại Hải Phòng và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Y học dự phòng, 2006; 2(128): 16-121.
6. **Trần Đức Nghĩa.** Thực trạng cận thị ở học sinh tiểu học Thành phố Điện Biên Phủ và hiệu quả một số giải pháp can thiệp [Luận Án Tiến sĩ Y học]. Hà Nội: Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương; 2019.
7. **Hoàng Hữu Khôi.** Nghiên cứu tật khúc xạ và mô hình can thiệp ở học sinh trung học cơ sở thành phố Đà Nẵng [Luận án Tiến sĩ Y học]: Đại học Huế; 2017.
8. **Đỗ Như Hơn.** Nhãn khoa tập 1. Nhà xuất bản Y học, 2012. tr. 373-400.
9. **Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Khoa học và Công nghệ Bộ Y tế.** Thông tư liên tịch số 13/2016/TTLT-BGDĐT-BKHCN-BYT ngày 12 tháng 05 năm 2016 về Quy định về công tác y tế trường học.
10. **Bộ Y tế.** Thông tư số 22/2016/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế "Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về chiếu sáng". Bộ Y tế ban hành ngày 30/6/2016: Hà Nội; 2016.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG ỨC CHẾ A-GLUCOSIDASE VÀ ACETYLCHOLINESTERASE CỦA *LYCOPODIELLA CERNUA* THU HÁI TẠI HÀ GIANG

Ngô Thị Tuyết Nhi[1], Đinh Hoàng Hưng[1], Nguyễn Thanh Tâm[2], Trần Thị Ngân[2], Ngô Thị Quỳnh Mai[2], Nguyễn Thị Dung[2]

TÓM TẮT[14]

Nghiên cứu này đánh giá hoạt tính ức chế α-glucosidase và acetylcholinesterase (AChE) của cao ethanol toàn phần từ toàn cây *Lycopodiella cernua L.* thu hái tại Yên Minh, Hà Giang. Kết quả cho thấy cao chiết có tác dụng ức chế α-glucosidase mạnh với giá trị IC_{50} đạt 16 ± 0.77 µg/mL, cao hơn khoảng 10 lần so với acarbose. Trong khi đó, hoạt tính ức chế AChE của cao ethanol toàn phần khá yếu, chỉ đạt mức 24% ở nồng độ 256 µg/mL và không có tác dụng đáng kể ở các nồng độ thấp hơn. Tác dụng ức chế AChE của loài này cần được nghiên cứu với các phân đoạn riêng lẻ hoặc các chất cô lập để có thể có kết quả tốt hơn. Kết quả nghiên cứu gợi ý tiềm năng của *L. cernua* trong phát triển các hợp chất có hoạt tính ức chế α-glucosidase, hỗ trợ điều trị tiểu đường típ 2.

Từ khoá: *Lycopodiella cernua*, α-glucosidase, AChE

SUMMARY

RESEARCH ON THE α-GLUCOSIDASE AND ACETYLCHOLINESTERASE INHIBITION EFFECTS OF *LYCOPODIELLA CERNUA* COLLECTED IN HA GIANG

This study evaluates the α-glucosidase and acetylcholinesterase (AChE) inhibitory activities of the total ethanol extract from the whole plant *Lycopodiella cernua L.* collected in Yên Minh, Hà Giang. The results showed that the extract exhibited strong α-glucosidase inhibitory activity, with an IC_{50} value of 46 µg/mL, approximately four times higher than that of acarbose. Meanwhile, the AChE inhibitory activity of the ethanol extract was relatively weak, reaching only 24% inhibition at a concentration of 256 µg/mL and showing no significant effect at lower concentrations. The AChE inhibitory effect of this species should be further investigated using individual fractions or isolated compounds for potentially better results. These findings suggest the potential of *L. cernua* as a source of α-glucosidase-inhibitory compounds for supporting the treatment of type 2 diabetes.

Keywords: *Lycopodiella cernua*, α-glucosidase, AChE

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lycopodiella cernua L., một loài thực vật thuộc họ Lycopodiaceae, từ lâu đã được sử dụng trong y học dân gian Việt Nam để điều trị các bệnh liên quan đến hệ thần kinh trung ương. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng phân đoạn alkaloid từ *L. cernua* có khả năng ức chế hoạt động của enzyme AChE trong các vùng não như vỏ não trước, hồi hải mã và thể

[1]*Sinh viên Khoa Dược*

[2]*Khoa Dược học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Quỳnh Mai

Email: ntqmai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/3/2025

Ngày phản biện khoa học: 29/3/2025

Ngày duyệt bài: 7/5/2025

vân, với giá trị IC_{50} lần lượt là 26,7; 32,2 và 25,7 µg/mL [1]. Thử nghiệm trên chuột cho thấy phân đoạn này cải thiện đáng kể suy giảm nhận thức do scopolamine gây ra.

Ngoài ra, từ *L. cernua*, các hợp chất như lycocernuaside A và một số lignan glycoside khác đã được phân lập, trong đó một số hợp chất thể hiện hoạt tính ức chế AChE mạnh với giá trị IC_{50} thấp, cho thấy tiềm năng trong điều trị bệnh Alzheimer [2]. L. cernua cũng được nghiên cứu về khả năng ức chế enzyme α-glucosidase, một mục tiêu trong điều trị bệnh tiểu đường típ 2. Hai hợp chất serratene mới cùng với hai hợp chất đã biết được phân lập từ cây này cho thấy hoạt tính ức chế α-glucosidase theo cơ chế không cạnh tranh, với giá trị Ki từ 1,29 đến 12,9 µM. Nghiên cứu docking phân tử cho thấy các hợp chất này liên kết với các vị trí quan trọng của enzyme, cản trở sự tiếp cận của cơ chất [3].

Tuy nhiên, hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu trong nước công bố trên các tạp chí khoa học Việt Nam về hoạt tính ức chế AChE và α-glucosidase của *L. cernua*. Nhằm cung cấp cơ sở cho việc nghiên cứu hoạt tính chống Alzheimer và tiểu đường típ 2 của các dược liệu ở Việt Nam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Nghiên cứu tác dụng ức chế acetylcholinesterase và α-glucosidase của Lycopodiella cernua thu hái tại Hà Giang" với 02 mục tiêu:

1. Đánh giá hoạt tính ức chế α-glucosidase in vitro của cao toàn phần mẫu nghiên cứu,

2. Đánh giá hoạt tính ức chế acetylcholinesterase in vitro của cao toàn phần mẫu nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn cây *Lycopodiella cernua L.* (Hình 2.1), thu hái vào tháng 08 năm 2024 tại xã Yên Minh, tỉnh Hà Giang. Mẫu tiêu bản 2024-HPMU-004 được lưu tại Bộ môn Dược liệu – Dược cổ truyền, Khoa Dược học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Toàn cây được sấy khô đến độ ẩm khoảng 5% rồi chiết với ethanol 96º bằng phương pháp ngâm lạnh trong 24 giờ. Dịch chiết được gạn, lọc loại bỏ các tạp cơ học. Mẫu được chiết lặp lại 3 lần. Gộp dịch chiết và cô cạn đến cao khô đến độ ẩm dưới 5%. Cao dược liệu (ELC) được bảo quản trong lọ nút kín trong tủ lạnh cho đến khi tiến hành thực nghiệm.



Hình 2.1. Lycopodiella cernua thu hái ở Hà Giang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bộ môn Dược liệu – Dược cổ truyền, Khoa Dược học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Đánh giá hoạt tính ức chế enzyme α-glucosidase in-vitro

Dựa trên phản ứng phân cắt cơ chất p-nitrophenyl-α-D-glucopyranoside nhờ tác động của enzyme α - glucosidase, qua đó giải phóng sản phẩm là p-Nitrophenol có màu vàng. Độ hấp thụ của hỗn hợp phản ứng tại bước sóng 410 nm ở thời điểm 30 phút sau phản ứng, phản ánh lượng sản phẩm p-nitrophenol sinh ra, qua đó phản ánh hoạt độ của enzyme α-glucosidase.

Phương pháp xác định hoạt tính ức chế enzyme α-glucosidase được thực hiện trên đĩa 96 giếng với tổng thể tích phản ứng là 200 µl/giếng. Mẫu thử được pha loãng bằng DMSO hoặc nước cất vô trùng đến nồng độ cuối cùng trong phản ứng là 1024, 256; 64; 16; 4; 1 mg/ml. Acarbose được sử dụng làm chất tham khảo. Các thành phần phản ứng bao gồm: 40 µl phosphate buffer 100 mM pH 6,8; 25 µl α-glucosidase 0,4 U/ml; 10 µl mẫu thử, 25 µl p-nitrophenyl α-D-glucopyranoside 2,5 mM. Ở mẫu đối chứng âm, mẫu thử được thay bằng dung dịch đệm. Thí nghiệm được ủ ở nhiệt độ 37ºC. Sau 30 phút, phản ứng được dừng bằng 100 µl Na_2CO_3. Độ hấp thụ của phản ứng được xác định trên máy Tecan GENios với bước sóng 405 nm (A) [4].

Khả năng ức chế enzyme α- glucosidase của mẫu thử được xác định bằng công thức:

(%) ức chế = [A(đối chứng âm) – A(mẫu thử)] / A(đối chứng âm) x 100%

IC_{50} (half maximal inhibitory concentration) là nồng độ chất thử ức chế 50% hoạt động của enzyme a-glucosidase, được tính bằng phần mềm Tablecurve.

Đánh giá hoạt tính ức chế enzyme acetylcholinesterase in-vitro

Phương pháp xác định hoạt tính của AChE dựa vào phương pháp đo quang của tác giả Ellman mô tả lần đầu tiên vào năm 1961[5, 6]. Trong phương pháp này, cơ chất acetyl thiocholin iodid (ATCI) bị thủy phân nhờ xúc tác của AChE tạo thiocholin. Sản phẩm thiocholin phản ứng với thuốc thử acid 5-5′-dithiobis-2-nitrobenzoic (DTNB) tạo thành hợp chất acid 5-thio-2-nitrobenzoic có màu vàng. Lượng chất màu được tạo thành tỷ lệ thuận với hoạt độ của AChE. Dựa vào cường độ màu ở bước sóng 412 nm để đánh giá hoạt tính ức chế AchE của mẫu thử.

Hỗn hợp phản ứng bao gồm: 140 µL dung dịch đệm phosphate (pH 8.0); 20 µL mẫu thử; 20 µL dung dịch enzyme 0,25 IU/ml. Hỗn hợp được trộn đều và ủ ở 15 phút ở 25°C. Sau đó 10 µL DTNB 2,4 mM và 10 µL cơ chất ATCI 2,4 mM được thêm vào hỗn hợp và trộn đều. Sự phân hủy của cơ chất dưới tác động của enzyme và phản ứng tạo màu với DTNB tạo sản phẩm có mày vàng, hấp thụ quang ở bước sóng 412 nm. Thí nghiệm được thực hiện trên đĩa 96 giếng. Mỗi mẫu thử được tiến hành làm lặp lại 3 lần. Chất tham chiếu là Donepezil.

Hoạt tính ức chế AChE của mẫu thử được tính theo công thức:

(%) ức chế = $[A_{\text{đối chứng}} - A_{\text{mẫu thử}}] / A_{\text{đối chứng}} \times 100\%$

Trong đó:

$A_{\text{đối chứng}}$: mật độ quang mẫu đối chứng

$A_{\text{mẫu thử}}$: mật độ quang mẫu thử

Số liệu thực nghiệm được tổng hợp và xử lý bằng phương pháp thống kê thường dùng trong y sinh học với sự trợ giúp của phần mềm Microsoft Excel 2007. IC_{50} là nồng độ chất thử ức chế 50% hoạt động của enzyme dựa vào % ức chế. Kết quả thí nghiệm được biểu thị bằng Mean ± SD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

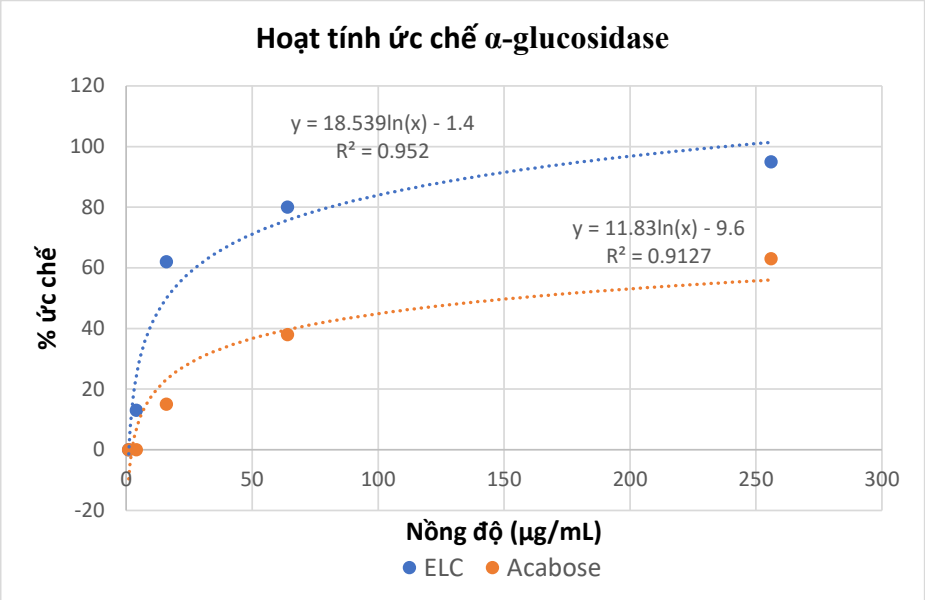
Đánh giá hoạt tính ức chế enzyme α-glucosidase in-vitro

Hoạt tính ức chế α-glucosidase của cao ethanol toàn phần mẫu nghiên cứu ở dãy nồng độ 1, 4, 16, 64 và 256 µg/mL trên đĩa 96 giếng bằng phương pháp đo quang (Bảng 3.1). Kết quả cho thấy mẫu có tác dụng ức chế rõ với IC_{50} là 16 µg/ml. Khi so sánh với chứng dương, acarbose, hoạt tính của cao toàn phần mẫu nghiên cứu mạnh hơn gấp khoảng 10 lần.

Bảng 3.1. Khả năng ức chế α-glucosidase in vitro

Tên mẫu	% ức chế ở các nồng độ (µg/ml)					IC_{50} (µg/ml)
	256	64	16	4	1	
ELC	95	80	62	13	0	16.00 ± 0.77
Acarbose#	63	38	15	0	0	154.17 ± 13.45

#: chứng dương



Hình 3.1. Đồ thị tương quan nồng độ - hoạt tính ức chế α-glucosidase của ELC và acarbose

Đánh giá hoạt tính ức chế acetylcholinesterase in-vitro

Hoạt tính ức chế acetylcholinesterase của cao ethanol toàn phần mẫu nghiên cứu ở dãy nồng độ 1, 4, 16, 64 và 256 µg/mL trên đĩa 96 giếng bằng phương pháp đo quang (Bảng 3.2). Kết quả cho thấy mẫu có tác dụng ức chế yếu. Chỉ ở nồng độ cao nhất 256 g/mL mới có tác dụng ức chế khoảng 24% hoạt tính enzyme, trong khi ở các nồng độ khác không cho thấy tác dụng nào.

Bảng 3.2. Khả năng ức chế acetylcholinesterase in vitro

Tên mẫu	% ức chế ở các nồng độ (µg/ml)					IC_{50} (µg/ml)
	256	64	16	4	1	
ELC	25	0	0	0	0	> 256
Donepezil[#]						0,029 ± 0,004

#: chứng dương

IV. BÀN LUẬN

Về hoạt tính ức chế α-glucosidase

Nghiên cứu của chúng tôi đã đánh giá hoạt tính ức chế α-glucosidase của cao ethanol toàn phần từ *L. cernua* thu hái tại Hà Giang, Việt Nam, với giá trị IC_{50} đạt 16 µg/mL, cho thấy tác dụng ức chế mạnh hơn acarbose khoảng 10 lần. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đó về hoạt tính ức chế α-glucosidase của *L. cernua*. Nghiên cứu của Liu và cộng sự đã phân lập và xác định cấu trúc của bảy triterpenoid serratene mới từ *L. cernua*, trong đó một số hợp chất thể hiện hoạt tính ức chế α-glucosidase mạnh với giá trị IC_{50} dao động từ 23,22 ± 0,64 đến 50,65 ± 0,82 µM [7]. Ngoài ra, nghiên cứu khác của Liu và cộng sự đã sử dụng phương pháp sàng lọc định hướng để xác định các chất ức chế α-glucosidase từ *L. cernua*, phát hiện rằng tannin và serratene là các thành phần có hoạt tính chống tiểu đường [3]. Thông tin về hoạt tính ức chế α-glucosidase của các loài khác trong chi Lycopodiella còn hạn chế. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tiềm năng của *L. cernua* thu hái ở Hà Giang, Việt Nam như một nguồn cung cấp các hợp chất tự nhiên có hoạt tính ức chế α-glucosidase mạnh, hỗ trợ cho việc phát triển các liệu pháp điều trị tiểu đường típ 2.

Về hoạt tính ức chế acetylcholinesterase

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cao ethanol toàn phần từ *L. cernua* thu hái tại Hà Giang, Việt Nam, chỉ có tác dụng ức chế yếu đối với enzyme acetylcholinesterase (AChE), với mức ức chế khoảng 24% ở nồng độ 256 µg/mL và không có tác dụng đáng kể ở các nồng độ thấp hơn. Kết quả này khác biệt so với một số nghiên cứu trước đây về hoạt tính ức chế AChE của loài này và các loài khác trong họ Lycopodiaceae. Cụ thể, nghiên cứu của một nhóm nghiên cứu ở Hàn Quốc và cộng sự đã phân lập được ba triterpenoid loại serratene và một axit béo không bão hòa hydroxy từ L. cernua. Trong đó, hợp chất axit béo không bão hòa hydroxy thể hiện hoạt tính ức chế AChE mạnh với giá trị IC_{50} là 0,22 µM [8]. Ngoài ra, một nghiên cứu khác cho thấy phân đoạn alkaloid từ *L. cernua* có khả năng ức chế AChE với giá trị IC_{50} trong khoảng 25,7 đến 32,2 µg/mL [1]. So sánh với các loài khác trong họ Lycopodiaceae, nghiên cứu của Chuong và cộng sự trên *Huperzia squarrosa* đã phân lập được một số alkaloid, trong đó acetylaposerratinine thể hiện hoạt tính ức chế AChE mạnh với giá trị IC_{50} là 15,2 µg/mL [9]. Sự khác biệt giữa kết quả của chúng tôi và các nghiên cứu trước có thể do nhiều yếu tố, bao gồm phương pháp chiết

xuất, bộ phận cây sử dụng, điều kiện sinh trưởng của cây và phương pháp thử nghiệm. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng cao ethanol toàn phần, trong khi các nghiên cứu khác tập trung vào các phân đoạn hoặc hợp chất cụ thể. Điều này cho thấy rằng việc phân lập và thử nghiệm các hợp chất riêng lẻ có thể giúp xác định rõ hơn hoạt tính sinh học của *L. cernua* và các loài liên quan.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy cao toàn phần *L. cernua* thu hái tại Hà Giang, Việt Nam có tác dụng ức chế mạnh α-glucosidase với giá trị IC_{50} đạt 16 µg/mL ± 0.77 và tác dụng ức chế yếu AchE (24%) ở nồng độ 256 µg/mL. Để chứng minh tác dụng của mẫu nghiên cứu này và phát triển các sản phẩm chăm sóc sức khỏe, cần tiến hành các nghiên cứu sâu hơn về cơ chế tác dụng cũng như sử dụng các mô hình dược lý động vật để cung cấp thêm bằng chứng khoa học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chuong, N.N., et al.**, Anti-amnesic effect of alkaloid fraction from Lycopodiella cernua (L.) Pic. Serm. on scopolamine-induced memory impairment in mice. Neurosci Lett (2014), **575**: p. 42-6.
2. **Hung, T.M., et al.**, Kinetics and molecular docking studies of cholinesterase inhibitors derived from water layer of Lycopodiella cernua (L.) Pic. Serm. (II). Chem Biol Interact (2015), 240: p. 74-82.
3. **Liu, B.R., et al.**, A high-resolution α-glucosidase inhibition profiling for targeted identification of natural antidiabetic products from Lycopodiella cernua (L.) Pic. Serm and their inhibitory mechanism study. Nat Prod Res (2023), 37(24): p. 4099-4111.
4. **Ting, L., et al.**, A microplate-based screening method for alpha-glucosidase inhibitors. (2005), **10**: p. 1128-1134.
5. **Ellman, G.L., et al.**, A new and rapid colorimetric determination of acetylcholinesterase activity. Biochem Pharmacol (1961), **7**: p. 88-95.
6. **Somani, G., et al.**, In vitro acetylcholinesterase inhibition by psoralen using molecular docking and enzymatic studies. J Pharm Bioallied Sci (2015), **7**(1): p. 32-6.
7. **Liu, B.R., et al.**, Serratene triterpenoids from Lycopodium cernuum L. as α-glucosidase inhibitors: Identification, structure-activity relationship and molecular docking studies. Phytochemistry (2022), 195: p. 113056.
8. **Nguyen, V.T., et al.**, Isolation of cholinesterase and β-secretase 1 inhibiting compounds from Lycopodiella cernua. Bioorg Med Chem (2015), 23(13): p. 3126-34.
9. **Chuong, N.N., et al.**, Anti-cholinesterase activity of lycopodium alkaloids from Vietnamese Huperzia squarrosa (Forst.) Trevis. Molecules (2014), 19(11): p. 19172-9.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG ĐÔNG, THUỐC CHỐNG KẾT TẬP TIỂU CẦU TRONG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2023

Trần Thị Ngân[1,2], Trần Thị Hương Giang[1], Hoàng Văn Dũng[2], Nguyễn Thị Thu Phương[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng thuốc chống đông và chống kết tập tiểu cầu trong điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu mô tả được thực hiện trên 2.842 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân điều trị ngoại trú có sử dụng thuốc chống đông hoặc thuốc chống kết tập tiểu cầu từ ngày 01/01/2023 đến 31/12/2023. **Kết quả**: Bệnh nhân có tuổi trung vị là 67 tuổi, với 98,17% có bệnh lý mắc kèm, chủ yếu là tăng huyết áp (79,48%) và rối loạn lipid máu (71,96%). Bệnh mạch vành (48,63%) và dự phòng đột quỵ thứ phát (43,98%) là các chỉ định phổ biến nhất, với liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu đơn trị liệu được sử dụng phổ biến nhất. Phân tích 4.132 đơn thuốc ghi nhận 1.085 vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc (DRPs), trung bình 0,26 DRP/đơn thuốc. Các DRPs phổ biến bao gồm tương tác thuốc nghiêm trọng (60,37%) và DRPs liều dùng (22,76%). Nhóm thuốc chống đông là nhóm thuốc có tỉ lệ DRPs cao nhất với 100% lượt kê Dabigatran và 70,1% lượt kê đơn Acenocoumarol có ghi nhận DRPs. **Kết luận**: Việc kê đơn thuốc chống đông và chống kết tập tiểu cầu trong điều trị ngoại trú còn tồn tại nhiều vấn đề, đặc biệt là liên quan đến tương tác thuốc và liều dùng. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của việc tăng cường giám sát và can thiệp dược lâm sàng nhằm nâng cao hiệu quả và an toàn trong sử dụng thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu.

Từ khóa: chống đông, chống kết tập tiểu cầu, ngoại trú.

SUMMARY

UTILIZATION OF ANTICOAGULANT AND ANTIPLATELET DRUG USE IN OUTPATIENT TREATMENT AT HAIPHONG INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2023

Objective: To describe the current utilization of anticoagulant and antiplatelet agents in outpatient treatment at HaiPhong International Hospital in 2023. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 2,842 outpatient medical records involving the use of anticoagulant or antiplatelet agents from January 1 to December 31, 2023. **Results:** The median age of patients was 67 years, with 98.17% having comorbidities, primarily hypertension (79.48%) and dyslipidemia (71.96%). The most common indications were coronary artery disease (48.63%) and stroke prevention (43.98%), with single antiplatelet therapy being the most frequently used regimen. Analysis of 4,132 prescriptions identified 1,085 drug-related problems (DRPs), averaging 0.26

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngân
Email: ttngan@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 27/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 27/3/2025
Ngày duyệt bài: 7/5/2025

DRPs per prescription. The most common DRPs were serious drug interactions (60.37%) and dosing issues (22.76%). Anticoagulants showed the highest rates of DRPs, with 100% of Dabigatran prescriptions and 70.1% of Acenocoumarol prescriptions associated with at least one DRP. **Conclusion:** The prescribing of anticoagulants and antiplatelet agents in outpatient care still presents significant issues, particularly concerning drug interactions and inappropriate dosing. The findings highlight the urgent need for enhanced monitoring and clinical pharmacy interventions to improve the safety and efficacy of anticoagulant and antiplatelet therapy.

Keywords: anticoagulants, antiplatelet agents, outpatient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối là một trong những nguyên nhân gây tử vong và biến chứng tim mạch nguy hiểm trên toàn thế giới. Việc sử dụng thuốc chống đông và thuốc chống kết tập tiểu cầu đóng vai trò quan trọng trong dự phòng và điều trị huyết khối. Tuy nhiên, đây là nhóm thuốc có phạm vi điều trị hẹp và nguy cơ cao gây phản ứng có hại của thuốc, đòi hỏi sự theo dõi chặt chẽ trong quá trình sử dụng [1]. Trên thực tế, thuốc chống đông là một trong những nhóm thuốc thường xuyên xảy ra sai sót trong quá trình kê đơn và sử dụng thuốc [2]. Do đó, việc tăng cường giám sát kê đơn, sử dụng thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu là rất cần thiết trên lâm sàng. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả thực trạng sử dụng các thuốc chống đông và thuốc chống kết tập tiểu cầu trong điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng trong giai đoạn từ ngày 01/01/2023 đến 31/12/2023, góp phần cung cấp cơ sở khoa học cho việc xây dựng các biện pháp giám sát và nâng cao an toàn trong sử dụng nhóm thuốc nguy cơ cao này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh án của bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng có chỉ định thuốc chống đông hoặc thuốc chống kết tập tiểu cầu từ ngày 01/01/2023 đến 31/12/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả thông qua dữ liệu thu thập được từ bệnh án của bệnh nhân.

Cỡ mẫu, chọn mẫu: lấy toàn bộ hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới tính, bệnh lý chính, bệnh mắc kèm.
- Đặc điểm sử dụng thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu: loại phác đồ chỉ định, liều dùng, thời gian sử dụng, cách dùng, tương tác thuốc.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Hồ sơ bệnh án được thu thập trực tiếp từ hệ thống bệnh án điện tử Ehospital của bệnh viện.

2.4. Quy ước trong nghiên cứu

Phân tích tính phù hợp về chỉ định, liều dùng, cách dùng các thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu căn cứ theo một trong các cơ sở dữ liệu sau: tờ hướng dẫn sử dụng thuốc được Bộ Y tế phê duyệt, các phác đồ điều trị các bệnh lý tim mạch, huyết khối của Bộ Y tế (quyết định số 3809/2019/QĐ-BYT, 5332/2020/QĐ-BYT, 2248/2023/QD-BYT, 3908/2023/QĐ-BYT), Hội Tim mạch học Việt Nam, Hội Tim mạch học Châu Âu (ESC), Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ/Hiệp hội Tim Hoa Kỳ/Hội Nhịp Tim Hoa Kỳ (ACC/AHA/HRS).

Phát hiện tương tác thuốc chống chỉ định, nghiêm trọng có mức độ bằng chứng tốt/rất tốt căn cứ theo danh mục tương tác thuốc tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2023. Danh mục này được xây dựng căn cứ trên quyết định số 5948/2021/QĐ-BYT, cơ sở dữ liệu Micromedex Drug Interaction 2023, Uptodate Drug Interactions 2023.

2.5. Xử lý số liệu: Dữ liệu được thu thập và xử lý thống kê bằng phần mềm Microsoft Excel 2021, R 4.3.1, phân tích thống kê mô tả dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, tỷ lệ %, trung vị (khoảng tứ phân vị - IQR). Sử dụng phân tích hồi quy logistic đa biến đánh giá ảnh hưởng của các yếu tố ảnh hưởng đến sự xuất hiện DRP. Ngưỡng ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân

Tổng số 2.842 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, với nam giới chiếm 50,46%, tuổi trung vị là 67 (61 – 73) tuổi, phần lớn bệnh nhân đều có bệnh mắc kèm (98,17%). Các bệnh lý được chỉ định thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu chủ yếu là bệnh mạch vành (48,63%) và dự phòng đột quỵ tái phát (43,98%) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu (n = 2842)

Đặc điểm	Kết quả
Giới: Nam (Số lượng (Tỉ lệ %))	1434 (50,46%)
Tuổi (năm) (Trung vị (IQR))	67 (61 – 73)
BMI (kg/m^2) (Trung bình ± SD)	23,57 ± 10,54
Bệnh nhân có bệnh lý mắc kèm (Số lượng (Tỉ lệ %))	2790 (98,17%)
Các bệnh mắc kèm (Số lượng (Tỉ lệ %))	
Tăng huyết áp	2259 (79,48%)
Đái tháo đường típ 2	1193 (41,98%)
Rối loạn lipid máu	2045 (71,96%)
Suy tim	419 (14,74%)
Suy thận	293 (10,31%)
Bệnh lý chỉ định thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu	
Bệnh mạch vành	1382 (48,63%)
Dự phòng đột quỵ thứ phát	1250 (43,98%)
Rung nhĩ	289 (10,17%)
Van tim	143 (5,03%)
Dự phòng huyết khối ở bệnh nhân có tình trạng tăng đông máu	76 (2,67%)

Đặc điểm sử dụng thuốc chống đông, thuốc chống kết tập tiểu cầu

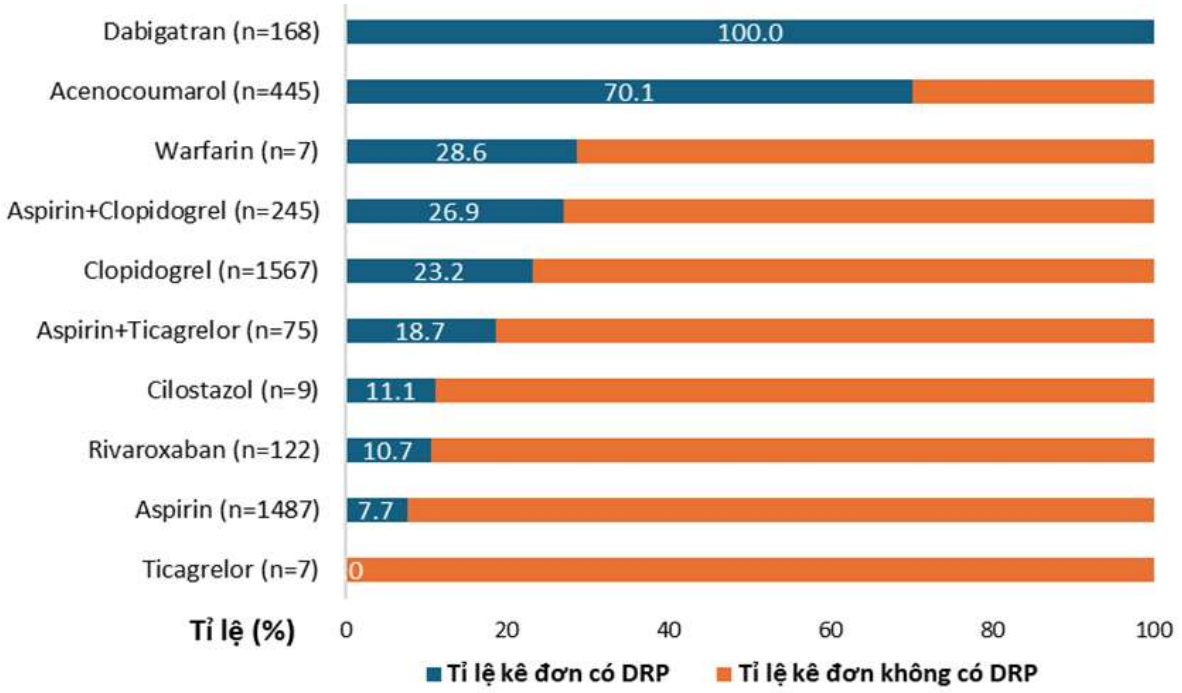
Nghiên cứu ghi nhận các thuốc chống đông bao gồm thuốc chống đông kháng vitamin K (vitamin K antagonist-VKA: Acenocoumarol, Warfarin), thuốc chống đông đường uống tác dụng trực tiếp (direct oral anticoagulant-DOAC: Dabigatran, Rivaroxaban) và thuốc chống kết tập tiểu cầu dùng liệu pháp đơn trị liệu (KTTCĐ: Aspirin, Clopidogrel, Ticagrelor, Cilostazol) và liệu pháp kép (KTTCK: Aspirin + Clopidogrel, Aspirin + Ticagrelor). Có tổng số 10.233 lượt kê đơn thuốc chống đông, thuốc chống kết tập tiểu cầu trong mẫu nghiên cứu, tỉ lệ kê đơn theo chỉ định bệnh

được thể hiện trong bảng 2. Với nhóm bệnh mạch vành và dự phòng đột quỵ phác đồ kháng kết tập tiểu cầu đơn trị liệu được sử dụng phổ biến nhất, lần lượt là 4178 lượt kê đơn (40,83%) và 3716 lượt kê đơn (36,31%). Trong khi đó nhóm bệnh rung nhĩ và bệnh lý van tim, phác đồ chống đông kháng vitamin K được sử dụng nhiều nhất, lần lượt là 839 lượt kê đơn (8,20%) và 277 lượt kê đơn (2,71%).

Bảng 2. Đặc điểm chỉ định thuốc chống đông, thuốc chống kết tập tiểu cầu (n = 10233)

	VKA	DOAC	KTTCĐ	KTTCK
Bệnh mạch vành	95 (0,93%)	172 (1,68%)	4178 (40,83%)	539 (5,27%)
Dự phòng đột quỵ	76 (0,74%)	104 (1,02%)	3716 (36,31%)	334 (3,26%)
Rung nhĩ	839 (8,20%)	413 (4,04%)	46 (0,45%)	2 (0,02%)
Bệnh van tim	277 (2,71%)	6 (0,06%)	232 (2,27%)	9 (0,09%)
Dự phòng huyết khối	9 (0,09%)	108 (1,06%)	75 (0,73%)	1 (0,01%)

Phân tích tính hợp lý trong kê đơn thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu Nghiên cứu thu thập được Từ 10.233 đơn thuốc, nghiên cứu loại trừ các đơn thuốc trùng lặp do bệnh nhân tái khám nhiều lần và giữa các lần tái khám không có sự thay đổi về chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng, cuối cùng đưa vào phân tích tính hợp lý trong kê đơn của 4.132 đơn thuốc. Nghiên cứu ghi nhận 1.085 vấn đề liên quan đến kê đơn (DRPs), với trung bình là 0,26 DRP/lượt kê đơn các thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu. Tỉ lệ DRPs theo hoạt chất được thể hiện trong hình 1. 100% lượt kê đơn Dabigatran có ghi nhận DRPs, tiếp đến là Acenocoumarol (312/445 lượt kê đơn).



Hình 1. Tỉ lệ DRPs theo hoạt chất

Chi tiết các nhóm DRPs được trình bày trong bảng 3. Các DRPs ghi nhận nhiều nhất liên quan đến tương tác thuốc nghiêm trọng (60,37%) và liều dùng (22,76%). DRPs tương tác thuốc chủ yếu là trường hợp tương tác với thuốc điều trị bệnh lý mạn tính như tăng huyết áp. DRPs liều dùng là các trường hợp có liều dùng thấp hơn so với khuyến cáo và không hiệu chỉnh liều theo INR mục tiêu của các thuốc chống đông kháng vitamin K.

Bảng 3. Tỉ lệ DRPs trong kê đơn thuốc theo từng nhóm DRPs (n=1085)

DRPs	**Số lượng (%)**
DRPs lựa chọn thuốc	9 (0,83%)
Thuốc lựa chọn chưa phù hợp: Aspirin chỉ định cho Rung nhĩ	7
Chống chỉ định: Giảm tiểu cầu (PLT: 45 G/L): Aspirin, Aspirin + Clopidogrel	2
DRPs liều dùng	247 (22,76%)
Liều một lần hoặc liều hàng ngày thấp (đã tính hiệu chỉnh liều theo chức năng thận)	
1.Cilostazol 50mg/lần, ngày 2 lần: huyết khối động mạch chi dưới và động mạch chày trước sau can thiệp (Khuyến cáo 100mg/lần, ngày 2 lần)	1
2.Dabigatran 110mg/lần/ngày: bệnh mạch vành, dự phòng – điều trị huyết khối (Khuyến cáo 110mg/lần, ngày 2 lần)	32
3.Rivaroxaban 10-15mg/lần/ngày: rung nhĩ (Khuyến cáo 20mg/lần, ngày 1 lần với Clcr >50 ml/phút)	12
4.Rivaroxaban 10mg/lần/ngày: rung nhĩ (Khuyến cáo 15mg/lần, ngày 1 lần với Clcr : 15-50ml/phút)	1
Liều dùng không được hiệu chỉnh theo INR mục tiêu	
1.Warfarin: rung nhĩ, INR bệnh nhân: 1,0 – 1,7 không hiệu chỉnh liều (INR mục tiêu: 2,0 – 3,0)	2
2.Acenocoumarol: rung nhĩ, dự phòng huyết khối; INR bệnh nhân: 0,87 – 1,97 không hiệu chỉnh liều (INR mục tiêu: 2,0 – 3,0)	191
3.Acenocoumarol: van tim nhân tạo; INR bệnh nhân: 1,07 – 1,90 không hiệu chỉnh liều (INR mục tiêu: 2,0 – 3,5)	8
DRPs cách dùng thuốc	174 (16,04%)
Thiếu thông tin cách dùng:	
1.Không ghi thời điểm dùng thuốc so với bữa ăn với các biệt dược chứa aspirin dạng bào chế thường (cần uống sau bữa ăn).	8
2.Không ghi hướng dẫn uống nguyên viên với biệt Pradaxa (Dabigatran) viên nang cứng (thuốc cần uống nguyên viên).	166
DRPs tương tác thuốc nghiêm trọng	655 (60,37%)
1.Acenocoumarol – Coenzym Q10	111
2.Acenocoumarol – Levofloxacin/Coenzym Q10 + Levofloxacin	2
3.Aspirin – Furosemid	17
4.Aspirin – Hydroclothiazid	4
5.Aspirin – Indapamid	1
6.Aspirin – Meloxicam	9
7.Aspirin – Spironolacton	42
8.Aspirin – Tenofovir	2

9.Aspirin – Furosemid + Spironolacton	27
10. Clopidogrel – Amlodipin	167
11. Clopidogrel – Nifedipin	45
12. Clopidogrel – Esomeprazol/Omeprazol	102
13. Clopidogrel – Amlodipin + Esomeprazol/Omeprazol	45
14. Clopidogrel – Nifedipin + Esomeprazol	5
15. Aspirin+Clopidogrel – Amlodipin	19
16. Aspirin+Clopidogrel – Furosemid	6
17. Aspirin+Clopidogrel – Hydroclothiazid	1
18. Aspirin+Clopidogrel – Meloxicam	1
19. Aspirin+Clopidogrel – Nifedipin	5
20. Aspirin+Clopidogrel – Spironolacton	28
21. Aspirin+Clopidogrel – Furosemid + Spironolacton	3
22. Aspirin+ Ticagrelor – Meloxicam	1
23. Aspirin+ Ticagrelor – Spironolacton	12

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 2.842 bệnh nhân cho thấy thực trạng kê đơn thuốc chống đông và chống kết tập tiểu cầu trong điều trị ngoại trú tại một bệnh viện tư nhân hạng III. Đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu phản ánh đặc trưng phổ biến của nhóm bệnh nhân tim mạch – chuyển hóa tại Việt Nam hiện nay, với tuổi trung vị là 67 và tỷ lệ có bệnh lý mắc kèm rất cao (98,17%). Đây là nhóm đối tượng có nguy cơ huyết khối cao và thường được chỉ định các liệu pháp chống đông, chống kết tập tiểu cầu kéo dài. Kết quả này tương tự trong một nghiên cứu về sử dụng thuốc chống đông tại một đơn vị điều trị chuyên khoa tim mạch tuyến cuối [3]. Đáng chú ý, có tới 10,31% bệnh nhân có suy thận, đây là những yếu tố nguy cơ quan trọng cần xem xét khi kê đơn các thuốc chống đông, đặc biệt là nhóm DOAC và VKA.

Về lựa chọn phác đồ, nghiên cứu cho thấy việc sử dụng liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu đơn trị liệu (KTTCĐ) chiếm ưu thế trong điều trị bệnh mạch vành và dự phòng đột quỵ thứ phát, với tỷ lệ lần lượt là 40,83% và 36,31%. Điều này phù hợp với các hướng dẫn thực hành lâm sàng hiện nay, trong đó khuyến cáo sử dụng aspirin hoặc clopidogrel đơn độc cho các bệnh nhân đã ổn định sau hội chứng vành cấp hoặc đột quỵ thiếu máu cục bộ [4, 5]. Trong nhóm bệnh rung nhĩ và bệnh van tim, nghiên cứu cho thấy nhóm VKA vẫn là lựa chọn ưu tiên (chiếm 8,20% ở rung nhĩ và 2,71% ở bệnh van tim). Mặc dù các DOAC có nhiều ưu điểm vượt trội hơn so với VKA như khởi phát liều cố định và không yêu cầu giám sát sinh học mức độ chống đông (INR, aPPT) và ít tương tác thuốc hơn, VKA đã được đưa vào lâm sàng từ lâu nên có nhiều kinh nghiệm hơn và ưu tiên trên bệnh nhân suy thận và có bệnh van tim hơn. Do đó, thuốc VKA vẫn giữ vị trí ưu tiên hơn DOAC đối với bệnh nhân suy thận và bệnh van tim.

Một trong những phát hiện đáng chú ý nhất của nghiên cứu là tỷ lệ vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc (DRPs), với tổng cộng 1.085 DRPs từ 4.132 đơn thuốc, trung bình 0,26 DRP/lượt kê đơn. Kết quả này thấp hơn so với 0,73 DRP/bệnh nhân của trong nghiên cứu về thuốc chống đông tại bệnh viện Bạch Mai [3] hay con số 34,6% trong nghiên cứu về DOAC ở một bệnh viện tại Hà Lan [6]. Có sự khác biệt như vậy do các nghiên cứu trên chỉ nghiên cứu riêng nhóm DOAC hay thuốc chống đông mà không có thuốc chống

kết tập tiểu cầu như trong nghiên cứu này. Nghiên cứu này cũng cho thấy những hoạt chất có tỉ lệ DRPs cao nhất là Dabigatran (100% lượt kê đơn) tiếp theo đó là Acenocoumarol (312/445 lượt kê đơn) đều thuộc nhóm thuốc chống đông.

Tương tác thuốc nghiêm trọng chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm DRPs (60,37%), trong đó phổ biến là các tương tác giữa thuốc chống đông hoặc chống kết tập tiểu cầu với các thuốc điều trị tăng huyết áp (furosemid, spironolacton, amlodipin, nifedipin) hoặc thuốc giảm đau (meloxicam). Những tương tác này không chỉ làm tăng nguy cơ xuất huyết mà còn có thể làm giảm hiệu quả điều trị. Các tương tác này đều đã được cảnh báo trong hệ thống hỗ trợ kê đơn tại cơ sở nghiên cứu, tuy nhiên đây không phải là tương tác thuốc chống chỉ định và trên nhóm bệnh nhân suy tim, tăng huyết áp việc dùng kết hợp các thuốc này là không thể tránh khỏi. Tuy nhiên, với tỉ lệ tương tác nghiêm trọng cao như trong nghiên cứu này, bệnh viện nên xây dựng chương trình giám sát tích cực các tác dụng phụ do các tương tác này gây ra để phát hiện và ngăn chặn sớm hậu quả của tương tác thuốc. Tỉ lệ tương tác thuốc trong nghiên cứu này cũng cao hơn nhiều so với nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai với chỉ 6,5% [3]. Nguyên nhân do nghiên cứu này ghi nhận cả tương tác thuốc nghiêm trọng, trong khi nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai chỉ ghi nhận tương tác thuốc chống chỉ định. Nghiên cứu này không ghi nhận bất kì tương tác chống chỉ định nào, điều này cho thấy hiệu quả hoạt động quản lý tương tác thuốc chống chỉ định tại cơ sở nghiên cứu.

DPRs liều dùng chiếm 22,76% DRPs, phần lớn là các trường hợp dùng liều thấp hơn khuyến cáo hoặc không hiệu chỉnh liều theo chức năng thận và INR. Kết quả này tương tự trong nghiên cứu của tại Hà Lan [6] DRP liều dùng chiếm tỷ lệ cao hay nghiên cứu ở một bệnh viện trường đại học ở Ý [7] có DRP liều dùng chiếm (84,9%) của DOAC. Nguyên nhân chính là do bác sĩ chưa hiệu chỉnh liều lại theo chức nặng gan, thận và trên thực tế, bác sĩ thường giảm liều nhằm đánh giá đáp ứng thuốc của bệnh nhân. Đối với các bệnh nhân được chỉ định VKA, chỉ định xét nghiệm chỉ số INR không được chỉ định toàn bộ để đánh giá. Trong các đơn thuốc kê VKA được đưa ra đánh ra thì 201 đơn thuốc (18,32%) chưa hiệu chỉnh liều theo INR mục tiêu ở bệnh nhân rung nhĩ và dự phòng huyết khối tĩnh mạch (INR 2,0 – 3,0), bệnh van tim (2,0 – 3,5). Sử dụng liều thấp, không hiệu chỉnh liều kịp thời theo INR có thể làm tăng nguy cơ huyết khối ở bệnh nhân. Điều này cho thấy cần tăng cường đào tạo lâm sàng và áp dụng quy trình kiểm soát INR chặt chẽ hơn trong theo dõi sử dụng các thuốc VKA.

DRPs lựa chọn thuốc mặc dù chỉ chiếm tỉ lệ rất nhỏ nhưng là một vấn đề cần được quan tâm trên lâm sàng. Aspirin là thuốc chống kết tập tiểu cầu không được khuyến cáo trong dự phòng huyết khối ở bệnh nhân rung nhĩ, không hiệu quả bằng các thuốc chống đông VKA hay DOAC. Do đó, trong các trường hợp này cân nhắc kê đơn thuốc chống đông mới DOAC hoặc VKA (bệnh nhân suy thận và bệnh van tim) [8]. Bên cạnh đó, một vấn đề liên quan đến thuốc nghiêm trọng hơn là vi phạm chống chỉ định thuốc aspirin/aspirin+clopidogrel trên bệnh nhân giảm tiểu cầu (0,09%). Mặc dù tỉ lệ ghi nhận rất thấp nhưng đây là một trong các nguyên nhân làm tăng nguy cơ xuất huyết đường tiêu hóa hay xuất huyết nội sọ làm kéo dài thời gian điều trị, tăng chi phí và có thể dẫn tới tử

vong. Do đó cần kiểm soát tốt việc kê đơn trên các đối tượng đặc biệt có nhiều bệnh lý mắc kèm. DRPs lựa chọn thuốc trong nghiên cứu này thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai với 26,5% [6].

Một tỷ lệ đáng kể DRPs (16,04%) liên quan đến cách dùng thuốc – chủ yếu là thiếu hướng dẫn về thời điểm dùng thuốc so với bữa ăn (với aspirin dạng bào chế thường) hoặc cách uống thuốc (Dabigatran cần uống nguyên viên). Những DRP này tuy không ảnh hưởng ngay đến hiệu quả điều trị nhưng có thể tăng tác dụng phụ của thuốc gây xuất huyết đường tiêu hóa. DRPs thiếu thông tin cách dùng thuốc này cũng đã được ghi nhận trong nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai với 16,8% [6]. Những DRPs này hoàn toàn có thể ngăn chặn được bằng cách tích hợp thông tin cách dùng thuốc tự động theo các biệt dược khác nhau ngay trên phần mềm kê đơn điện tử, như vậy sẽ giúp các bác sĩ tránh thiếu thông tin khi kê đơn hoặc thông tin không chính xác khi có nhiều biệt dược khác nhau của cùng một hoạt chất.

Do đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả, thông tin thu thập từ bệnh án của bệnh nhân không đầy đủ để nhóm nghiên cứu xác định DRPs về tác dụng không mong muốn của thuốc, DRPs tuân thủ, DRPs theo dõi điều trị. Những nghiên cứu quan sát tiến cứu nên được thực hiện để đánh giá đầy đủ tính an toàn trong sử dụng các thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ DRP cao, các loại DRP đa dạng từ tương tác thuốc, liều dùng, cách dùng, lựa chọn thuốc. Vì vậy, cần xây dựng và triển khai chương trình quản lý thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu để giảm thiểu DRP kê đơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2022), "Quyết định 29/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn giám sát phản ứng có hại của thuốc (ADR) tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh".
2. **Dreijer A. R., Diepstraten J., et al.** Anticoagulant medication errors in hospitals and primary care: a cross-sectional study. Int J Qual Health Care. 2019. 31(5), pp. 346-352.
3. **Bùi Thị Ngọc Thực và cộng sự**, "Phân tích các vấn đề liên quan đến thuốc chống đông tại một đơn vị điều trị chuyên khoa tim mạch của một bệnh viện tuyến cuối", Tạp chí Nghiên cứu Dược và Thông tin thuốc, 2024, 20:20-28.
4. **Bộ Y tế** (2023), "Quyết định 2248/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hội chứng mạch vành mạn".
5. **Bộ Y tế** (2020), "Quyết định 5531/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não".
6. **Zhang Z. X., van de Garde E. M. W., et al.** Quality of clinical direct oral anticoagulant prescribing and identification of risk factors for inappropriate prescriptions. Br J Clin Pharmacol. 2020, 86(8), pp. 1567-1574.
7. **Manzocco M, Delitala A, Serdino S, Manetti R, Scuteri A.** The appropriateness of antiplatelet and anticoagulant drug prescriptions in hospitalized patients in an internal medicine ward. Aging Clin Exp Res. 2021 Oct;33(10): 2849-2855. doi: 10.1007/ s40520-019-01387-0.
8. **Bộ Y tế** (2019), Quyết định số 3809/QĐ-BYT ngày 27 tháng 8 năm 2019 về việc ban hành Hướng dẫn thực hành dược lâm sàng cho Dược sỹ trong một số bệnh không lây nhiễm".

PHÂN TÍCH ĐẶC ĐIỂM KÊ ĐƠN THUỐC NỘI TRÚ NĂM 2024 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Thu Phương[1,2], Trần Thị Ngân[1,2], Trần Vân Anh[1,2], Nguyễn Thị Việt Anh[2], Đỗ Văn Thắng[1,3], Hà Thị Hương Trà[1,4]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm kê đơn thuốc nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2024, tập trung vào tỷ lệ sử dụng kháng sinh, biệt dược, thuốc tiêm và đa trị liệu, từ đó làm rõ khác biệt giữa nhóm bệnh nhân bảo hiểm y tế và nhóm dịch vụ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng dữ liệu đơn thuốc nội trú trong năm 2024, trích xuất từ hệ thống bệnh án điện tử. Các chỉ số kê đơn như số thuốc trung bình/đơn, tỷ lệ biệt dược, thuốc tiêm, kháng sinh và đơn ≥5 thuốc được tính toán và so sánh theo nhóm thanh toán. **Kết quả:** Tổng số 246.602 đơn thuốc được phân tích, với 114.543 đơn thuộc nhóm bảo hiểm y tế và 132.059 đơn nhóm dịch vụ. Số thuốc trung bình/đơn cao hơn ở nhóm dịch vụ (4,71 so với 4,29). Tỷ lệ thuốc tiêm và kháng sinh cao hơn rõ rệt ở nhóm bảo hiểm (26,2% và 14,7%) so với nhóm dịch vụ (11,7% và 7,5%). Ceftazidim là kháng sinh được sử dụng nhiều nhất (17.933 lượt), chủ yếu ở nhóm bảo hiểm. Một số hoạt chất như linezolid, ceftazidim+avibactam, cefprozil và ceftaroline fosamil được sử dụng gần như hoàn toàn ở nhóm dịch vụ. Liều trung bình trong 24 giờ của phần lớn kháng sinh nằm trong khoảng khuyến cáo, tuy nhiên một số hoạt chất như amoxicilin, cefotaxim và cefoperazon có liều trung bình cao, cho thấy xu hướng sử dụng liều cao trong điều trị thực tế. **Kết luận:** Có sự khác biệt đáng kể trong thực hành kê đơn giữa hai nhóm thanh toán. Nhóm bảo hiểm sử dụng nhiều thuốc tiêm, kháng sinh kinh điển; trong khi nhóm dịch vụ tiếp cận đa dạng hơn với kháng sinh biệt dược và thế hệ mới. Kết quả cho thấy cần theo dõi và chuẩn hóa liều dùng kháng sinh theo ngày để đảm bảo sử dụng hợp lý.

Từ khóa: Kê đơn nội trú, bảo hiểm y tế, thuốc tiêm, kháng sinh, biệt dược, đa trị liệu.

SUMMARY

ANALYSIS OF INPATIENT PRESCRIPTION CHARACTERISTICS IN 2024 AT HAI PHONG INTERNATIONAL HOSPITAL

Objective: To analyze inpatient prescription patterns in 2024 and compare key indicators between patients with health insurance and those using out-of-pocket services. **Methods:** A cross-sectional descriptive study using electronic prescription data from all inpatients throughout 2024. Key indicators included average number of drugs per prescription, rates of injectable drugs, antibiotics, brand-name drugs, and polypharmacy (≥5 drugs per prescription), analyzed by payment group. Duplicate drugs were excluded using unique drug codes. **Results:** A total of 246,602

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng*
[3]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp*
[4]*Trung tâm Kiểm nghiệm Thuốc, Mỹ phẩm, Thực phẩm Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Phương
Email: nttphuong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 26/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025
Ngày duyệt bài: 12/5/2025

prescriptions with 1,112,563 drug items were recorded. The service group had a higher average number of drugs per prescription (4.71 vs. 4.29), but lower rates of injectable drugs (11.7% vs. 26.2%), antibiotics (7.5% vs. 14.7%), and polypharmacy (14% vs. 19.4%) compared to the insurance group. Among 27 antibiotics used, ceftazidime, ciprofloxacin, and metronidazole were most frequent. Some antibiotics such as ceftazidime+avibactam, linezolid, and cefprozil were prescribed almost exclusively in the service group, while others like cefotaxime, cefoperazone, and clindamycin were predominantly used in the insurance group. **Conclusion:** There were significant differences in prescribing patterns between health insurance and out-of-pocket service groups, particularly in the use of injectable drugs, antibiotics, and brand-name medicines. Rational prescribing should be promoted to ensure safety and cost-effectiveness.

Keywords: Inpatient prescribing, health insurance, injectable drugs, antibiotics, brand-name drugs, polypharmacy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc là yếu tố trung tâm trong điều trị nội trú, ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả lâm sàng, chi phí y tế và chất lượng chăm sóc bệnh nhân. Tuy nhiên, thực trạng kê đơn chưa hợp lý – như kê thừa thuốc, sai liều hoặc không phù hợp với chẩn đoán – vẫn còn phổ biến tại nhiều cơ sở khám chữa bệnh, nhất là tại tuyến cơ sở, nơi hệ thống giám sát lâm sàng còn chưa đầy đủ (1,2). Trong bối cảnh chi phí y tế ngày càng gia tăng, đồng thời tình trạng kháng kháng sinh diễn biến phức tạp, việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và hiệu quả – đặc biệt với các nhóm thuốc nguy cơ cao như kháng sinh, thuốc tiêm và biệt dược – là một trong những ưu tiên hàng đầu của hệ thống y tế (3,4).

Tại Việt Nam, cơ chế chi trả bảo hiểm y tế (BHYT) áp dụng theo phân tuyến chuyên môn kỹ thuật. Theo Thông tư số 20/2022/TT-BYT, danh mục thuốc được BHYT thanh toán tại bệnh viện hạng 3 bị giới hạn, đặc biệt với các thuốc biệt dược hoặc có chi phí cao (5). Điều này dẫn đến sự chênh lệch đáng kể trong khả năng tiếp cận thuốc giữa bệnh nhân có BHYT và bệnh nhân dịch vụ (tự chi trả), ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và công bằng trong chăm sóc sức khỏe.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả và phân tích thực trạng kê đơn thuốc nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng – một bệnh viện hạng 3 – trong năm 2024, từ đó so sánh sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân có BHYT và dịch vụ về số thuốc kê đơn, tỷ lệ sử dụng kháng sinh, biệt dược, thuốc tiêm và liều dùng trung bình của các kháng sinh thường gặp. Nghiên cứu này nhằm cung cấp bằng chứng thực tiễn hỗ trợ đề xuất các chính sách cải tiến sử dụng thuốc và mở rộng danh mục thanh toán BHYT tại tuyến cơ sở.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng dữ liệu thứ cấp từ hệ thống phần mềm quản lý bệnh viện (Hospital Information System - HIS) trong năm 2024.

Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả đơn thuốc nội trú được kê trong năm 2024 tại bệnh viện được lựa chọn nghiên cứu, không giới hạn độ tuổi và giới tính người bệnh. Các đơn thuốc không đầy đủ thông tin cần thiết (ví dụ: thiếu tên thuốc,

mã y tế, ngày khám, hoặc thông tin thanh toán) sẽ bị loại khỏi phân tích.

Nguồn dữ liệu:

Dữ liệu kê đơn được trích xuất từ phần mềm HIS dưới dạng bảng tính Excel, bao gồm các trường thông tin: mã y tế, tên thuốc, hàm lượng, số lượng, cách dùng, bác sĩ kê đơn, ngày khám, thông tin thanh toán, chẩn đoán, cân nặng, chiều cao...

Các biến số và chỉ số phân tích:

o ***Biến phân nhóm:*** nhóm bệnh nhân thanh toán bằng bảo hiểm y tế (BHYT) và dịch vụ (tự chi trả).

o ***Chỉ số kê đơn:*** Số thuốc trung bình trên mỗi đơn, Tỷ lệ thuốc tiêm; Tỷ lệ biệt dược; Tỷ lệ kháng sinh; Tỷ lệ đơn ≥ 5 thuốc (đa trị liệu)

Phân tích số liệu:

Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng Python. Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình, tần suất và tỷ lệ phần trăm. So sánh giữa các nhóm thực hiện bằng các chỉ số tổng hợp theo nhóm thanh toán và theo quý. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng 246.602 đơn thuốc nội trú được ghi nhận với 1.112.563 lượt dùng thuốc, trung bình 4,5 thuốc/đơn. Nhóm dịch vụ có số thuốc trung bình mỗi đơn cao hơn nhóm bảo hiểm (4,71 so với 4,29), nhưng lại có tỷ lệ sử dụng thuốc tiêm (11,7% so với 26,2%) và kháng sinh (7,5% so với 14,7%) thấp hơn. Tỷ lệ đơn có từ 5 thuốc trở lên cũng thấp hơn ở nhóm dịch vụ (14%) so với nhóm bảo hiểm (19,4%). (Bảng 1).

Bảng 1: So sánh đặc điểm kê đơn giữa hai nhóm thanh toán (Bảo hiểm y tế và Dịch vụ)

Nhóm thanh toán	Tổng số đơn	Tổng số thuốc	Số thuốc TB/đơn	Tỷ lệ thuốc tiêm (%)	Tỷ lệ kháng sinh (%)	Tỷ lệ đơn ≥5 thuốc (%)
Bảo hiểm	114,543.00	490,925.00	4.29	26.2	14.7	19.4
Dịch vụ	132,059.00	621,638.00	4.71	11.7	7.5	14
Tổng	246,602.00	1,112,563.00	4.5	18.95	11.1	16.7

Trong số 27 hoạt chất kháng sinh được ghi nhận tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2024, ceftazidim được sử dụng nhiều nhất với 17.933 lượt, chủ yếu ở nhóm bệnh nhân có bảo hiểm y tế (90,24%), với liều trung bình 24 giờ là 6.326,92 mg. Các hoạt chất phổ biến tiếp theo gồm ciprofloxacin (17.886 lượt), metronidazol (16.814 lượt), amoxicilin + acid clavulanic (15.773 lượt), levofloxacin (12.594 lượt), trong đó levofloxacin được kê nhiều hơn ở nhóm dịch vụ (59,97%).

Một số kháng sinh có tỷ lệ kê đơn cao ở nhóm bảo hiểm như cefazolin, cefotaxim, cefoperazon, clindamycin; trong khi các hoạt chất mới hoặc biệt dược như linezolid, ceftaroline fosamil, ceftazidim + avibactam, cefprozil lại được sử dụng hoàn toàn ở nhóm dịch vụ. Một số hoạt chất có liều trung bình 24 giờ cao như amoxicilin (11.316 mg), cefazolin (6.503,92 mg), cefotaxim (10.954,05 mg) và cefoperazon (7.605,41 mg), có thể phản ánh việc cộng dồn liều hoặc điều trị trong trường hợp nặng. Ngược lại, vancomycin, linezolid, ceftaroline và cefepim có liều trung bình phù hợp với hướng dẫn điều trị.

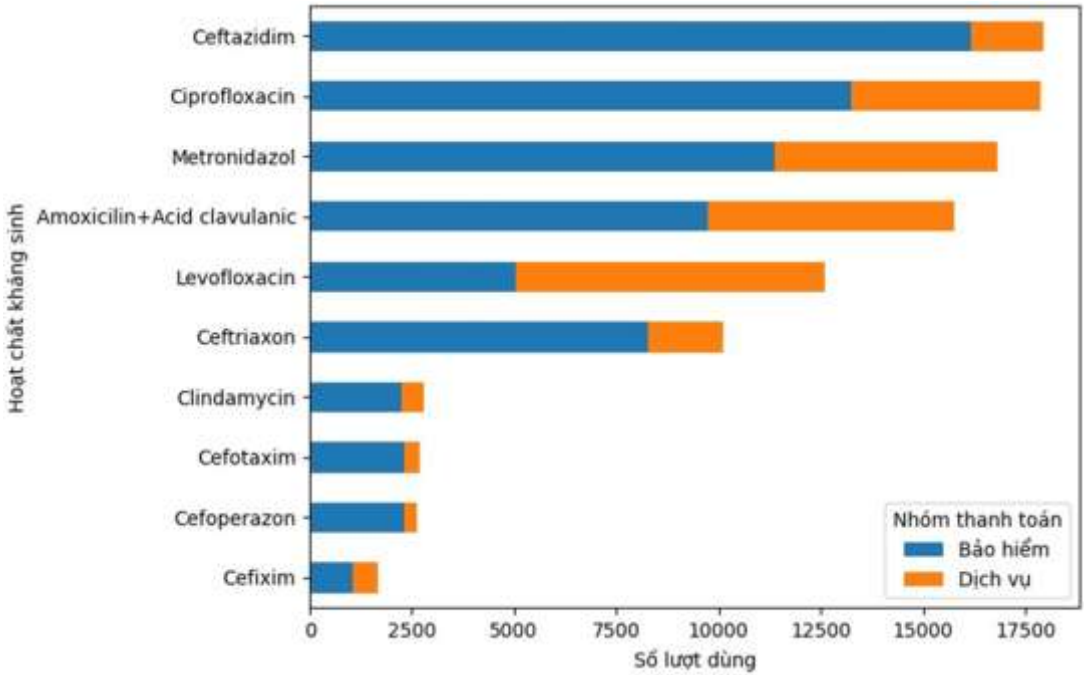
Sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm thanh toán thể hiện xu hướng tiếp cận thuốc khác nhau, đặc biệt với các kháng sinh thế hệ mới hoặc có chi phí cao (Bảng 2).

Bảng 2: Tình hình sử dụng kháng sinh trên nhóm bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2024

Tên hoạt chất	Số lượt dùng			Liều dùng trung bình 24h (mg)
	Bảo hiểm	Dịch vụ	Tổng	
Amikacin	60 (6.51)	862 (93.49)	922	2719.3
Amoxicilin	129 (19.14)	545 (80.86)	674	11316
Amoxicilin+Acid clavulanic	9742 (61.76)	6031 (38.24)	15773	6000
Cefaclor		33 (100)	33	3530.3
Cefazolin	583 (86.63)	90 (13.37)	673	6503.92
Cefdinir	6 (4.03)	143 (95.97)	149	1200
Cefepim		24 (100)	24	3875
Cefixim	1064 (64.41)	588 (35.59)	1652	1600
Cefoperazon	2308 (87.99)	315 (12.01)	2623	7605.41
Cefotaxim	2308 (86.31)	366 (13.69)	2674	10954.05
Cefpodoxim		13 (100)	13	800
cefprozil		1328 (100)	1328	2000
Ceftaroline fosamil		97 (100)	97	1187.63
Ceftazidim	16183 (90.24)	1750 (9.76)	17933	6326.92
Ceftazidim+Avibactam		172 (100)	172	4166.67
Ceftriaxon	8289 (82.08)	1810 (17.92)	10099	3896.41
Cefuroxim	667 (60.36)	438 (39.64)	1105	3770.78
Ciprofloxacin	13245 (74.05)	4641 (25.95)	17886	2421.54
Clindamycin	2258 (80.82)	536 (19.18)	2794	3059.31
Levofloxacin	5042 (40.03)	7552 (59.97)	12594	1500
Linezolid		1050 (100)	1050	1200
Metronidazol	11375 (67.65)	5439 (32.35)	16814	2445.42
Metronidazol+Spiramycin		2 (100)	2	2500
Moxifloxacin	918 (56.32)	712 (43.68)	1630	800
Penicilamin		5 (100)	5	9000
Vancomycin		1611 (100)	1611	2160.17

Hình 1 phân tích hoạt chất kháng sinh được sử dụng nhiều nhất cho thấy ceftazidim là kháng sinh có số lượt sử dụng cao nhất, gần như hoàn toàn ở nhóm bệnh nhân bảo hiểm y tế. Ciprofloxacin và metronidazol lần lượt xếp thứ hai và ba, với tỷ lệ sử dụng nhóm bảo hiểm cũng chiếm ưu thế rõ rệt. Amoxicilin kết hợp acid clavulanic là hoạt chất có tỷ lệ sử dụng dịch vụ cao hơn bảo hiểm, cho thấy xu hướng tiếp cận kháng sinh phối hợp phổ rộng chủ yếu ở nhóm bệnh nhân tự chi trả. Đáng chú ý, levofloxacin có tỷ lệ sử dụng tại nhóm dịch vụ cao hơn bảo hiểm, ngược lại với xu hướng của phần lớn

kháng sinh còn lại. Trong các kháng sinh phổ biến còn lại như ceftriaxon, clindamycin, cefotaxim, cefoperazon và cefixim, nhóm bảo hiểm đều chiếm tỷ lệ lớn hơn đáng kể, phản ánh sự khác biệt rõ rệt về thực hành kê đơn giữa hai nhóm thanh toán. Những khác biệt này có thể liên quan đến cơ chế chi trả, chính sách danh mục thuốc bảo hiểm và xu hướng lựa chọn thuốc theo khả năng tài chính của người bệnh.



Hình 1: Phân tích thanh toán Bảo hiểm 10 loại kháng sinh được sử dụng nhiều nhất năm 2024

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa nhóm bệnh nhân BHYT và nhóm dịch vụ. Nhóm dịch vụ có số thuốc trung bình trên mỗi đơn cao hơn (4,71 so với 4,29), phù hợp với xu hướng điều trị theo yêu cầu, có thể bao gồm thêm các thuốc bổ sung hoặc thực phẩm chức năng (6). Tuy nhiên, tỷ lệ thuốc tiêm và kháng sinh lại cao hơn ở nhóm BHYT (26,2% và 14,7%) so với nhóm dịch vụ (11,7% và 7,5%). Điều này có thể phản ánh việc sử dụng phác đồ cố định theo tuyến chuyên môn, hoặc nhóm BHYT thường có bệnh lý cấp tính và điều trị nội khoa theo hướng dẫn chuẩn (7).

Phân tích về loại kháng sinh sử dụng cho thấy nhóm BHYT sử dụng nhiều kháng sinh phổ biến như ceftazidim, ceftriaxon, ciprofloxacin và metronidazol – các thuốc này đều nằm trong danh mục thuốc được BHYT thanh toán (5). Trong khi đó, các kháng sinh biệt dược hoặc thế hệ mới như linezolid, ceftaroline fosamil, ceftazidim + avibactam, cefprozil lại chỉ được sử dụng trong nhóm dịch vụ. Điều này phù hợp với thực tế rằng các thuốc này không được thanh toán ở tuyến hạng 3 theo quy định của Thông tư 20/2022/TT-BYT, cho thấy sự khác biệt đáng kể về tiếp cận thuốc giữa hai nhóm bệnh nhân.

Về liều dùng, nghiên cứu áp dụng phương pháp tính liều dùng trung bình trong 24 giờ thay vì cả đợt điều trị, giúp phản ánh sát hơn thực hành lâm sàng. Nhiều kháng sinh được kê đúng liều hướng dẫn (linezolid 1.200 mg/ngày, vancomycin 2.160 mg/ngày, levofloxacin 1.500 mg/ngày), phù hợp với khuyến cáo của Bộ Y tế (8). Tuy nhiên, một số hoạt chất có liều cao hơn đáng kể như amoxicilin (11.316 mg), cefotaxim (10.954 mg), cefoperazon (7.605 mg) cho thấy khả năng sử dụng liều tích lũy hoặc điều trị trong ca nặng, song cũng đặt ra nguy cơ độc tính và kháng thuốc nếu không kiểm soát (3,9).

Tỷ lệ đa trị liệu (≥5 thuốc/đơn) vẫn cao ở cả hai nhóm, đặc biệt ở nhóm BHYT (19,4%), phản ánh thực tế tại các bệnh viện đa khoa, nơi tiếp nhận nhiều bệnh nhân cao tuổi, có đa bệnh lý cần điều trị phối hợp (10). Tuy nhiên, điều này cũng đòi hỏi tăng cường giám sát để tránh kê đơn trùng lặp hoặc tương tác thuốc bất lợi.

Từ các kết quả trên, nghiên cứu đề xuất xem xét mở rộng danh mục thuốc được BHYT thanh toán tại bệnh viện hạng 3, đặc biệt đối với các kháng sinh thiết yếu có chỉ định điều trị rõ ràng và được hội chẩn. Đồng thời, cần áp dụng cơ chế kiểm soát kê đơn định kỳ, tích hợp phân tích dữ liệu từ hệ thống bệnh án điện tử, nhằm đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý, tiết kiệm và công bằng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thanh Bình, Trần Văn Thắng.** Đánh giá thực trạng kê đơn thuốc ngoại trú tại một số bệnh viện khu vực phía Bắc. Tạp chí Dược học. 2020;(508):21-26.
2. **Nguyễn Thị Hường, Lê Anh Tuấn.** Phân tích kê đơn kháng sinh tại bệnh viện tuyến tỉnh năm 2021. Tạp chí Y học Thực hành. 2022;112(3):34-39.
3. **WHO.** Global Action Plan on Antimicrobial Resistance. Geneva: World Health Organization; 2015.
4. **Ventola CL.** The antibiotic resistance crisis: part 1: causes and threats. Pharmacy and Therapeutics. 2015;40(4):277-283.
5. **Bộ Y tế.** Thông tư số 20/2022/TT-BYT ngày 12/12/2022: Ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi hưởng của người tham gia BHYT. Hà Nội: Bộ Y tế; 2022.
6. **Opondo D, Eslami S, Visscher S, et al.** Inappropriate prescribing in elderly patients: prevalence and factors. BMC Geriatrics. 2014;14:74.
7. **Lau DT, Mercaldo ND, Harris AT, Trittschuh E, Shega JW.** Polypharmacy and potentially inappropriate medication use among community-dwelling elders. Drugs & Aging. 2011;28(4):315–323.
8. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh nhiễm khuẩn. Nhà xuất bản Y học; 2020.
9. **CDC (US).** Antibiotic Use in the United States, 2020 Update: Progress and Opportunities. U.S. Department of Health and Human Services; 2020.
10. **Nobili A, Garattini S, Mannucci PM.** Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. J Comorbidity. 2011;1:28–44.

THỰC TRẠNG MẮC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐẾN KHÁM BỆNH VIÊM ĐƯỜNG SINH DỤC DƯỚI Ở ĐÀ NẴNG

Lê Thị Thúy[1], Nguyễn Thị Đoan Trinh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ mắc các yếu tố gây viêm đường sinh dục dưới bao gồm yếu tố bệnh lây qua quan hệ tình dục và yếu tố dịch tễ liên quan ở người bệnh đến khám tại Bệnh viện Da Liễu Đà Nẵng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 535 người bệnh khám tại Bệnh viện Da Liễu Đà Nẵng. Thu thập thông tin theo phiếu và dữ liệu xét nghiệm viêm đường sinh dục dưới và xác định bệnh lây truyền qua đường tình dục theo Hướng dẫn của Bộ Y Tế. **Kết quả:** Giang mai chiếm tỷ lệ cao nhất 56%, sùi mào gà HSV 18,2%, lậu 9,1%, nấm Candida 11%, viêm âm đạo do vi khuẩn 5,7%. Tỷ lệ mắc bệnh cao ở nhóm ly hôn và chưa lập gia đình; nhóm quan hệ tình dục với đối tượng nguy cơ cao; nhóm có ≥3 bạn tình. **Kết luận:** Tỷ lệ Viêm đường sinh dục dưới do mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục là 37,6%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm bệnh LTQĐTD với tiền sử quan hệ tình dục, số lượng bạn tình, tình trạng sử dụng bao cao su.

Từ khóa: viêm đường sinh dục dưới, bệnh STIs, giang mai, người bệnh trẻ hóa.

SUMMARY

SITUATION OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES AND SOME RELATED RISK FACTORS IN PATIENTS EXAMINED FOR LOWER GENITAL TRACT INFECTIONS IN DA NANG

Objective: To determine the incidence of factors causing lower genital tract infection including sexually transmitted infection (STIs) and related epidemiological factors in patients in the Da Nang city. **Subjects and methods**: Cross-sectional descriptive study on 535 patients. Collect information according to the survey form and data on lower genital infection examination and determine sexually transmitted diseases according to the Ministry of Health's guidelines. **Results:** Syphilis accounted for the highest rate of 56%, HSV infection 18.2%, N. gonorrhea 9.1%, Candida 11%, vaginosis bacteria 5.7%. The incidence of the disease was high in the divorced and unmarried group; the group having sex with high-risk subjects; the group with ≥3 sexual partners. **Conclusion:** The prevalence of LGTI attributed to sexually transmitted infections was found to be 37.6%; with a statistically significant correlation exists between STI infections and factors such as sexual history, the number of sexual partners, and the use of condoms.

Keywords: lower genital tract infections, STIs, syphilis, younger patients.

[1]*Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thúy
Email: lethithuy@dhktyduocdn.edu.vn
Ngày nhận bài: 26/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025
Ngày duyệt bài: 14/4/2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm đường sinh dục dưới là một vấn đề thường gặp, cũng như tác nhân lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD) là một trong các căn nguyên của viêm âm đạo và các vấn đề bệnh lý ở đường sinh dục dưới nói chung, trở nên khá phổ biến hiện nay. Không phải tất cả các bệnh lây truyền qua đường tình dục đều có triệu chứng, hoặc có triệu chứng ngay sau khi mắc bệnh, trong một số trường hợp người bệnh mang mầm bệnh nhưng hoàn toàn không có bất kỳ triệu chứng đáng kể nào, vì vậy việc phát hiện bệnh sớm gặp nhiều khó khăn, điều này làm tăng nguy cơ lây bệnh cho người khác. Phần lớn người bị bệnh LTQĐTD thường tìm đến các cơ sở khám chữa bệnh tư nhân hơn là các bệnh viện. Điều đó không những gây khó khăn cho việc kiểm soát các bệnh LTQĐTD mà còn làm gia tăng các biến chứng do không được điều trị đầy đủ và kịp thời. Một số bệnh lây truyền qua đường tình dục không được điều trị sẽ dẫn đến vô sinh, nhiễm trùng mãn tính hoặc tử vong. Hiện nay, tỷ lệ nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở Việt Nam ngày càng cao [1][2]. Các xét nghiệm chẩn đoán sớm các bệnh LTQĐTD có ý nghĩa rất lớn trong điều trị và hạn chế lây truyền bệnh. Để giúp mọi người hiểu rõ về mức độ nguy hiểm và nguy cơ lây truyền của các bệnh LTQĐTD trong cộng đồng, đồng thời nâng cao ý thức phòng bệnh chúng tôi thực hiện đề tài với 2 mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở người bệnh đến khám do viêm đường sinh dục dưới tại Bệnh viện Da Liễu Đà Nẵng và (2) Mô tả một số yếu tố liên quan đến khả năng mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục ở đối tượng trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh đến khám bệnh tại phòng khám bệnh viêm đường sinh dục dưới và lây truyền qua đường tình dục, có làm xét nghiệm tại Bệnh viện Da Liễu Đà Nẵng, và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Người bệnh có mắc bệnh về thần kinh (động kinh, tâm thần, thiểu năng trí tuệ, điếc...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Cỡ mẫu: 535 người bệnh đến khám bệnh lây truyền qua đường tình dục trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2021-5/2021

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin được thu thập theo phương pháp phỏng vấn trực tiếp người bệnh theo phiếu điều tra, được xây dựng sẵn bởi nhóm nghiên cứu, tại phòng khám bao gồm 2 phần:

- Phần thông tin chung: Thông tin nhân khẩu học (tuổi, nghề nghiệp, địa dư, trình độ học vấn), tình trạng hôn nhân

- Phần thông tin liên quan đến hành vi quan hệ tình dục: tiền sử quan hệ tình dục, số lượng bạn tình, tình hình sử dụng bao cao su.

Khám lâm sàng và cận lâm sàng xác định bệnh theo "Hướng dẫn chẩn đoán các nhiễm trùng và bệnh lây truyền qua đường tình dục dựa vào cách tiếp cận hội chứng và kết quả xét nghiệm" của Bộ Y Tế. [3]

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập vào bằng Excel 10, xử lý bằng phần mềm STATA ver17. Các biến số định lượng sẽ được kiểm tra phân phối, báo cáo trung bình và độ lệch chuẩn nếu

phân phối chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu không phân phối chuẩn.

Sử dụng các phép kiểm thống kê để xác định mối liên quan, giá trị p<0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được phê duyệt cho phép thực hiện theo văn bản số 61/PCT-HĐĐĐ-SĐH của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng, ngày 16 tháng 12 năm 2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

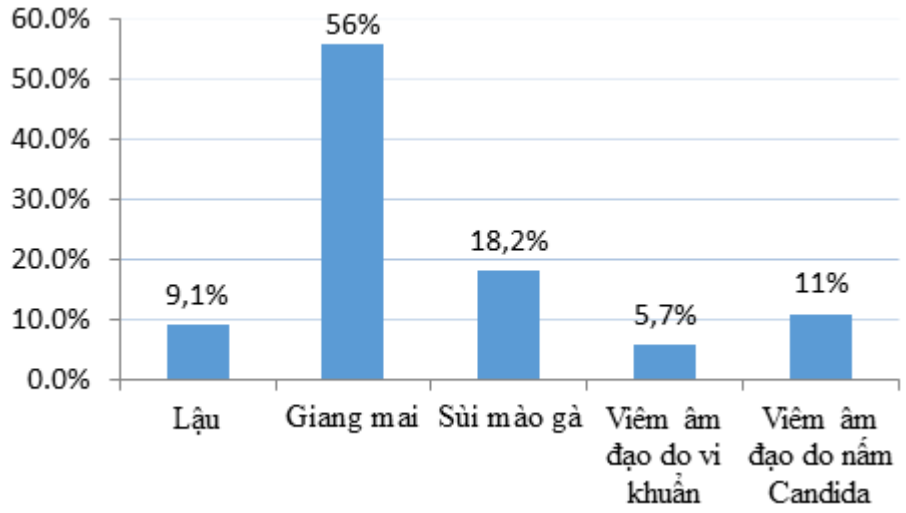
Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=535)

Thông tin khảo sát		Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	< 20	19	3,6
	20-29	262	49,0
	30-39	170	31,8
	40-49	67	12,5
	> 49	17	3,2
Địa dư	Thành thị	383	71,6
	Nông thôn	152	28,4
Học vấn	Đại học trở lên	214	40,0
	Trung cấp, CĐ	109	20,4
	THPT và thấp hơn	212	39,6
Tình trạng hôn nhân	Chưa gia đình	311	58,1
	Có gia đình	205	38,3
	Đã ly hôn	19	3,6
Tiền sử quan hệ tình dục	Bạn tình	318	59,4
	Vợ/ chồng	205	38,3
	Đối tượng nguy cơ cao	12	2,2
Số lượng bạn tình	1	461	86,2
	2	46	8,6
	≥ 3	28	5,2
Dùng bao cao su	Có sử dụng - không thường xuyên	322	60,2
	Không sử dụng	213	39,8



Hình 1. Tỷ lệ mắc bệnh viêm đường sinh dục dưới

Trong 535 người đến khám, có 201 bệnh nhân được xác định có viêm đường sinh dục dưới (chiếm tỉ lệ 37,6%).



Hình 2. Phân bố theo tác nhân gây bệnh

Trong số 201 trường hợp có viêm đường sinh dục dưới thì bệnh giang mai chiếm tỷ lệ cao nhất 56%, tiếp theo là sùi mào gà HSV 18,2%; viêm âm đạo do nấm Candida 11%, lậu 9,1% và thấp nhất là viêm âm đạo do vi khuẩn 5,7%. Không có ca nào xác nhận nhiễm Trichomonas vaginalis. Có 8 ca nhiễm phối hợp hai tác nhân.

Bảng 2. Mối liên quan của một số yếu tố dịch tễ đến bệnh

Yếu tố nguy cơ		Có bệnh		Không bệnh		p
		SL	%	SL	%	
Tiền sử quan hệ tình dục	Bạn tình	131	41,2	187	58,8	<0,01
	Vợ Chồng	62	30,2	143	69,8	
	Đối tượng nguy cơ cao	8	66,7	4	33,3	
Số lượng bạn tình	1	160	34,7	301	65,3	<0,05
	2	23	50,0	23	50,0	
	≥ 3	18	64,3	10	35,7	
Dùng bao cao su	Có - không thường xuyên	134	41,6	188	58,4	<0,01
	Không sử dụng	67	31,5	146	68,5	

Ghi chú: SL: Số lượng

Tỷ lệ mắc bệnh LTQĐTD ở nhóm có tiền sử quan hệ tình dục với đối tượng nguy cơ cao (66,7%), tiếp theo là nhóm quan hệ với bạn tình (41,2%), thấp nhất là nhóm quan hệ Vợ Chồng (30,2%). Nhóm người có 3 bạn tình trở lên mắc bệnh (59,6%) cao hơn nhóm có 2 và 1 bạn tình lần lượt là 50% và 34,7%. Nhóm người sử dụng bao cao su không thường xuyên có tỷ lệ mắc bệnh LTQĐTD là 41,6% cao hơn nhóm không dùng bao cao su 31,5%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mắc bệnh LTQĐTD với tiền sử quan hệ tình dục, số lượng bạn tình và sử dụng bao cao su.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc các bệnh LTQĐTD trên 535 người đến khám là 37,6%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của

Nguyễn Duy Hưng (2015) trên người nhiễm HIV/AIDS với 15,2% mắc bệnh LTQĐTD [4]. cho thấy có sự gia tăng tỷ lệ mắc các bệnh LTQĐTD trong cộng đồng. Biểu đồ 3.2 cho thấy tác nhân Treponema pallidum chiếm tỷ lệ cao nhất 56%, tiếp theo là sùi mào gà HSV 18,2%, viêm âm đạo do nấm Candida 11%, Neisseria gonorrhoeae 9,1% và thấp nhất là viêm âm đạo do vi khuẩn 5,7%. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác về tác nhân gây bệnh LTQĐTD là Treponema pallidum, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Herpes simplex, Human papillomavirus, HIV. Trong nghiên cứu này có 8/201 người mắc 2 bệnh LTQĐTD phối hợp chiếm 4%. Tương tự, nghiên cứu của Themba G. Ginindza (2017), Eileen O. Dareng (2017) và Nguyễn Thị Đoan Trinh (2020) tỷ lệ mắc bệnh LTQĐTD phối hợp lần lượt 4,3%, 5% và 43,9% [5] [6] [7]. Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy nhóm tuổi mắc bệnh LTQĐTD cao là nhóm <20 tuổi và nhóm 20-30 tuổi là 68,4% và 39,7%. Mặc dù chỉ có 3,6% đối tượng nghiên cứu ở độ tuổi <20 nhưng tỷ lệ mắc bệnh LTQĐTD ở đối tượng này chiếm cao nhất, đây là nhóm cần đặc biệt quan tâm bởi họ thiếu kiến thức để bảo vệ mình đối với các bệnh LTQĐTD. Kết quả cũng chỉ ra mối liên quan giữa các nhóm tuổi và nguy cơ mắc bệnh LTQĐTD với p<0,05. So sánh với các nghiên cứu của Snowden J.M (2010), độ tuổi 22-29 mắc các bệnh LTQĐTD chiếm tỷ lệ 47,8%, nghiên cứu của Nguyễn Thị Đoan Trinh (2019) nhóm tuổi <20 có tỷ lệ mắc bệnh là 6,2%; mặc dù các nghiên cứu này không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuổi và mắc bệnh LTQĐTD nhưng cũng cho thấy nhóm trẻ tuổi có nguy cơ mắc bệnh khá cao [8][9]. Tỷ lệ mắc bệnh LTQĐTD của nhóm đối tượng nghiên cứu có trình độ TC-CĐ cao nhất với 41,8%, nhóm trình độ THPT chiếm 39,6%, nhóm trình độ đại học chiếm 36,4%. Kết quả này cho thấy không có mối liên quan giữa trình độ học vấn với việc mắc bệnh LTQĐTD tương tự như nghiên cứu của Châu Văn Trở (2019) [10]. Nghiên cứu này cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng hôn nhân, tiền sử quan hệ tình dục, số lượng bạn tình và việc sử dụng bao cao su với mắc bệnh LTQĐTD. Đây là những vấn đề xã hội cần quan tâm trong việc phòng ngừa lây lan các bệnh LTQĐTD, cần trang bị kiến thức phòng bệnh bằng truyền thông, giáo dục sức khỏe tình dục đến với mọi người trong độ tuổi sinh hoạt tình dục và đặc biệt là nhóm trẻ tuổi như học sinh, sinh viên.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc các yếu tố lây truyền qua đường tình dục là 37,6%. Tỷ lệ người mắc 2 bệnh LTQĐTD phối hợp là 4%. Giang mai chiếm tỷ lệ cao nhất 56%, và không có ca nào nhiễm T.vaginalis. Nhóm tuổi mắc bệnh LTQĐTD cao nhất là <20 tuổi là 68,4% và thấp nhất là >49 tuổi là 17,6%. Nhóm có trình độ Trung cấp- cao đẳng mắc bệnh cao nhất 41,8%, tiếp theo là nhóm Phổ thông trung học và Đại học. Tỷ lệ mắc bệnh LTQĐTD cao ở nhóm ly hôn 52,6% và chưa lập gia đình 41,5%; nhóm quan hệ tình dục với đối tượng nguy cơ cao 66,7% và bạn tình 41,2%; nhóm có ≥3 bạn tình mắc bệnh 64,3% cao hơn 2 bạn tình 50,0%, thấp nhất là

1 bạn tình với tỷ lệ 34,7%. Tỷ lệ người có sử dụng bao cao su không thường xuyên mắc bệnh cao (41,6%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm bệnh LTQĐTD với tiền sử quan hệ tình dục, số lượng bạn tình, tình trạng sử dụng bao cao su.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Toan Ha, Stephen L. Schensul, Jean J., et al** (2021), "Sexual Risk Behaviors, HIV Prevalence and Access to Reproductive Health Services Among Young Women Migrant Workers in the Industrial Zones in Vietnam", Front. Reprod. Health. 3:775375. doi: 10.3389/frph.2021.775375.
2. **Son, V.H.; Safarnejad, A.; Nga, N.T.; Linh, V.M.; Tu, L.T.C.; Manh, P.D.; Long, N.H.; Abdul-Quader, A.** Estimation of the Population Size of Men Who Have Sex With Men in Vietnam: Social App Multiplier Method. JMIR Public Health Surveill 2019, 5, e12451, doi:10.2196/12451
3. **Bộ Y tế,** Quyết định sô 4568/QĐ-BYT của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục, (2013).
4. **Nguyễn Duy Hưng và cs** (2015), "Đặc điểm bệnh da, các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở người nhiễm HIV/AIDS tại Trung tâm Da Liễu Hải Phòng", Tạp chí Y học dự phòng, 10(170), tr.46.
5. **Nguyễn Thị Đoan Trinh, Nguyễn Thị Nga và cộng sự** (2020), "Thực trạng nhiễm lậu cầu và tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn lậu tại Bệnh viện Da Liễu Đà Nẵng", Tạp chí Y học Việt Nam, 495.
6. **Themba G. Ginindza1, Cristina D. Stefan, Joyce M. Tsoka-Gwegweni et al** (2017), "Prevalence and risk factors associated with sexually transmitted infections (STIs) among women of reproductive age in Swaziland", Infectious Agents and Cancer, vol.1.
7. **Eileen O. Dareng, Sally N. Adebamowo et al** (2019), "Prevalence and incidence of genital warts and cervical Human Papillomavirus infections in Nigerian women", J BMC Infectious Diseases, 19(27).
8. **Nguyễn Thị Đoan Trinh, Trần Thị Thanh Tuyến, Hoàng Thị Minh Hòa** (2019), "Thực trạng nhiễm Treponema pallidum ở người bệnh đến khám tại Bệnh viện Da liễu Đà Nẵng", Tạp chí Y học dự phòng, Tập 29, số 6 – 2019.
9. **Snowden J.M, Konda K.A, Leon S.R et al** (2010), "Recent Syphilis Infection Prevalence and Risk Factors Among Male Low-Income Populations in Coastal Peruvian Cities", Sex Transm Dis, 37(2), 75-80.
10. **Châu Văn Trở, Diệp Thắng** (2019), "Nghiên cứu genotype HPV và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nam bị sùi mào gà tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y dược lâm sàng, 108, tập 14, số 7.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI CỦA POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG U TUYẾN VÀ TĂNG SẢN QUA NỘI SOI VÀ MÔ BỆNH HỌC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Bảo Trân[1], Nguyễn Thị Phương Thảo[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình thái của polyp đại trực tràng u tuyến và tăng sản qua nội soi và mô bệnh học. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 99 bệnh nhân, tuổi ≥ 18 đến khám nội soi đại trực tràng tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. **Kết quả và kết luận:** Đặc điểm nội soi: Nhóm polyp u tuyến: chủ yếu là polyp đơn độc, không cuống, kích thước từ 1cm – 2cm, sùi và loét. Nhóm polyp tăng sản: chủ yếu là polyp đơn độc, có cuống, kích thước < 1cm, nhẵn. Đặc điểm mô bệnh học: Nhóm polyp u tuyến: 39,02% loạn sản các mức độ nặng, vừa và nhẹ. Polyp ung thư hóa chiếm 2,4% thuộc nhóm polyp u tuyến nhung mao. Nhóm polyp tăng sản: 48,2% polyp tăng sản có viêm, 5,1 % là polyp loạn sản và đều là loạn sản nhẹ.

Từ khóa: nội soi đại tràng, mô bệnh học, polyp đại trực tràng.

SUMMARY

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADENOMATOUS AND HYPERPLASIA COLORECTAL POLYPS IN ENDOSCOPY AND HISTOLOGY AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: The purpose of this study is description the characteristics of adenomatous and hyperplasia colorectal polyps in endoscopy and histology. **Materials and methods:** A prospective, cross-sectional study was conducted on patients who underwent colonoscopy at the Viet-Czech Friendship Hospital. The data was obtained from 99 patients older than 18 years old. **Results and conclusions:** The endoscopic characteristics of the adenomatous colorectal polyps are solitary, sessile, 1-2cm in size, vegetation and ulcer. The endoscopic characteristics of the hyperplasia colorectal polyps are solitary, stalk, size less than 1cm and smooth. The histological characteristics are 39.02% dysplasia in the adenomatous colorectal polyp group with different degrees. 2,4% villous adenoma become cancerous. In hyperplasia colorectal group: 48,2% inflammatory hyperplasia and 5,1% dysplasia in slight degree.

Keywords: colonoscopy, histopathology, colorectal polyps.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng được hình thành trong lòng đại trực tràng do sự tăng sản quá mức của niêm mạc đại trực tràng. Polyp đại trực tràng được chú ý nhiều vì là loại hay gặp, diễn biến tương đối phức tạp, có loại lành tính nhưng có loại có nguy cơ ác tính cao và có thể trở thành ung thư tùy theo kích

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bảo Trân
Email: nbtran@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 22/4/2025
Ngày phản biện khoa học: 22/4/2025
Ngày duyệt bài: 16/5/2025

thước và đặc tính mô bệnh học của nó [1],[9].

Trong những năm gần đây, nhờ sự phát triển mạnh mẽ của nội soi ống mềm đã giúp ích rất nhiều cho việc chẩn đoán các bệnh lý đường tiêu hóa trong đó có polyp đại trực tràng. Qua nội soi không những có thể thấy trực tiếp hình thái, vị trí, tính chất, mức độ tổn thương mà còn cho phép thực hiện một số kỹ thuật giúp chẩn đoán và điều trị như sinh thiết để làm chẩn đoán mô bệnh học, cắt polyp hoặc tiêm cầm máu,…

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm các mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm nội soi của polyp đại trực tràng u tuyến và tăng sản.

2. Nhận xét đặc điểm mô bệnh học của polyp đại trực tràng u tuyến và tăng sản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên bệnh nhân trên 18 tuổi, không phân biệt giới tính, đến khám bệnh và được soi đại trực tràng tại Phòng khám Nội soi Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 5/2008 đến 5/2009.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ 99 bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất, tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Chúng tôi thu thập được 99 bệnh nhân đủ điều kiện nghiên cứu.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu thu thập được qua bệnh án nghiên cứu được xử lý trên phần mềm SPSS 22.0

2.5 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được sự đồng ý của: Ban lãnh đạo Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp, bệnh nhân và gia đình bệnh nhân, được thông qua Hội đồng khoa học trường Đại học Y Hải Phòng.

Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, không nhằm một mục đích nào khác.

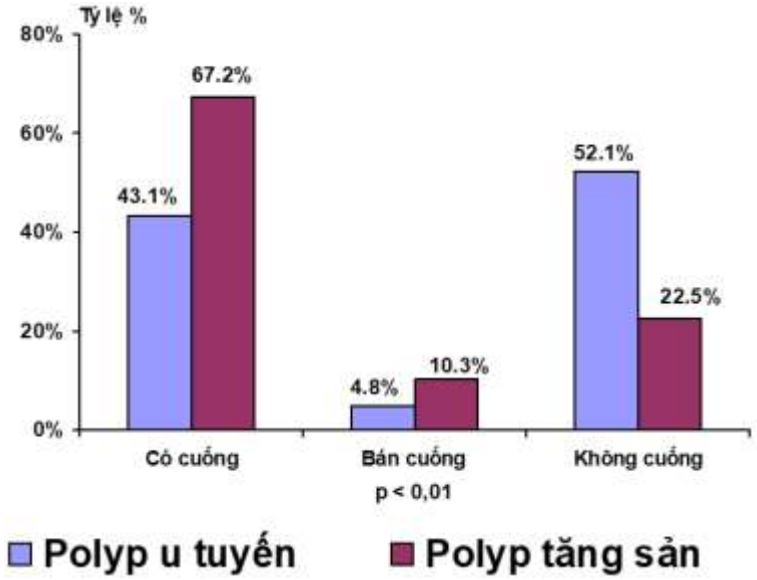
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô tả đặc điểm nội soi của polyp đại trực tràng u tuyến và tăng sản

Bảng 1: Sự phân bố theo số lượng polyp (n = 99)

Loại polyp / Số lượng	Polyp u tuyến		Polyp tăng sản	
	Số lượng	**Tỷ lệ %**	**Số lượng**	**Tỷ lệ %**
Polyp đơn độc	34	82,9	54	93,1
Đa polyp	7	17,1	4	6,9
Bệnh polyp	0	0	0	0
Tổng	**41**	**100**	**58**	**100**

Ở cả hai nhóm polyp u tuyến và polyp tăng sản đa phần chỉ có 1 polyp. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp bệnh nhân nào có bệnh polyp.



Hình 1: Đặc điểm hình dạng polyp (n = 99)

Ở nhóm polyp u tuyến, polyp không cuống chiếm tỷ lệ cao nhất: 52,1% tiếp theo là polyp có cuống và polyp bán cuống (p < 0,01); Ở nhóm polyp tăng sản, polyp có cuống chiếm tỷ lệ cao nhất: 67,2% tiếp theo là polyp không cuống và polyp bán cuống (p < 0,01).

Bảng 2: Đặc điểm kích thước polyp (n = 99)

Loại polyp / Kích thước	Polyp u tuyến		Polyp tăng sản	
	Số lượng	**Tỷ lệ %**	**Số lượng**	**Tỷ lệ %**
< 1 cm	19	46,3	43	74,1
1cm – 2 cm	20	48,9	14	24,1
> 2 cm	2	4,8	1	1,8
Tổng	**41**	**100**	**58**	**100**

Ở nhóm polyp u tuyến, polyp có kích thước < 1cm và polyp có kích thước từ 1cm – 2cm gần tương đương nhau và cao hơn nhiều so với nhóm polyp có kích thước > 2cm (p < 0,01); Ở nhóm polyp tăng sản, polyp có kích thước < 1cm chiếm tỷ lệ cao nhất là 74,1%, tiếp theo là nhóm polyp có kích thước từ 1cm – 2cm chiếm tỷ lệ 24,1% và thấp nhất là nhóm polyp có kích thước > 2cm (p < 0,01).

Bảng 3: Đặc điểm hình thái polyp (n = 99)

Loại polyp / Hình thái	Polyp u tuyến		Polyp tăng sản	
	Số lượng	**Tỷ lệ %**	**Số lượng**	**Tỷ lệ %**
Nhẵn	17	41,5	49	84,5
Sùi	14	34,1	5	8,6
Loét	10	24,4	4	6,9
Tổng	**41**	**100**	**58**	**100**

Ở nhóm polyp u tuyến, hình thái nhẵn chiếm 41,5%, sùi chiếm 34,1%, thấp nhất là hình thái loét chiếm 24,4% (p > 0,05); Ở nhóm polyp tăng sản, đa số là hình thái nhẵn chiếm 84,5%, cao hơn hẳn so với hình thái sùi và loét (p < 0,01).

3.2. Đặc điểm mô bệnh học của polyp đại trực tràng u tuyến và tăng sản

Bảng 4: Phân loại mô bệnh học của 2 nhóm polyp u tuyến và polyp tăng sản (n = 99)

Loại mô bệnh học		Số lượng	Tỷ lệ %	p
Polyp u tuyến (n = 41)	Ống nhỏ	20	48,8	> 0,05
	Nhung mao	9	21,9	
	Ống nhỏ - nhung mao	12	29,3	
Polyp tăng sản (n = 58)	Đơn thuần	11	19	< 0,05
	Có viêm	28	48,2	
	Có u tuyến	19	32,8	

Ở nhóm polyp u tuyến, polyp ống nhỏ nhiều nhất chiếm 48,8%, tiếp theo là polyp ống nhỏ - nhung mao chiếm 29,3% và thấp nhất là polyp nhung mao chiếm 21,9%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05; Ở nhóm polyp tăng sản, polyp có viêm nhiều nhất chiếm tỷ lệ 48,2%, tiếp theo là polyp có u tuyến chiếm 32,8 % và thấp nhất là nhóm polyp đơn thuần chiếm 19%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 5: Mức độ loạn sản theo loại polyp

Loại polyp / Mức độ loạn sản	Polyp u tuyến		Polyp tăng sản	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Loạn sản nhẹ	11	68,8	3	100
Loạn sản vừa	4	25.0	0	0
Loạn sản nặng	1	6,2	0	0
Tổng	**16**	**100**	**3**	**100**

Ở nhóm polyp u tuyến, đa số là loạn sản nhẹ chiếm tỷ lệ 68,8%, tiếp theo là loạn sản vừa chiếm tỷ lệ 25%, loạn sản nặng rất ít (chiếm tỷ lệ 6,2%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05; Ở nhóm polyp tăng sản chỉ gặp 3 trường hợp loạn sản nhẹ, không gặp loạn sản vừa và nặng.

Bảng 6: Mức độ loạn sản theo loại polyp u tuyến

Loại polyp / Mức độ loạn sản	Ống nhỏ		Nhung mao		Ống nhỏ - Nhung mao	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Loạn sản nhẹ	6	100	2	50,0	3	50,0
Loạn sản vừa	0	0	1	25,0	3	50,0
Loạn sản nặng	0	0	1	25,0	0	0
Tổng	**6**	**100**	**4**	**100**	**6**	**100**

Polyp u tuyến ống nhỏ chỉ gặp loạn sản nhẹ chiếm 100%, polyp u tuyến nhung mao gặp cả loạn sản nhẹ, loạn sản vừa và nặng, polyp u tuyến ống nhỏ - nhung mao gặp loạn sản nhẹ và vừa chiếm 50% mỗi loại, không gặp loạn sản nặng; Trong nhóm polyp u tuyến có 1 polyp ung thư hóa thuộc nhóm polyp u tuyến nhung mao, chiếm 1,01% tổng số polyp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Số lượng polyp trên một BN

Theo bảng 1, ở cả hai nhóm polyp đa số đều gặp là đơn polyp đặc biệt ở nhóm polyp tăng sản tỷ lệ đơn polyp chiếm 93,1% ($p < 0,01$).

Đa số các tác giả trong và ngoài nước đều thấy rằng BN có polyp đơn độc chiếm tỷ lệ cao nhất. Các nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ này đa số trên 80%, như nghiên cứu của Tống Văn Lược tỷ lệ đơn polyp chiếm 85,3% [7], Trần Văn Huy gặp 87,27% [8]. Các kết quả nghiên cứu từ nước ngoài thì thấp hơn khoảng từ 67% đến 76% polyp đơn độc [9].

Polyp đơn độc có khả năng ung thư thấp hơn đa polyp hoặc bệnh polyp, do vậy kết quả này cũng giảm bớt sự lo ngại cho các BN có polyp ĐTT.

4.2. Hình dạng polyp

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác nhau về hình dạng giữa hai nhóm polyp u tuyến và polyp tăng sản. Ở nhóm polyp u tuyến polyp không cuống chiếm tỷ lệ cao nhất (52,1%) và ngược lại ở nhóm polyp tăng sản polyp có cuống chiếm tỷ lệ cao nhất (67,2%).

Theo Trần Văn Huy, polyp u tuyến có hình dạng không cuống chiếm đa số và polyp ung thư hoá có hình dạng không cuống chiếm tới 60% [8]. Điều này cũng phù hợp với nhiều tác giả khác thấy rằng các polyp không cuống hoặc bán cuống có nguy cơ ung thư hóa cao hơn các polyp có cuống [1], [4], [9], do vậy đây cũng là điều các bác sỹ làm nội soi cần chú ý trong quá trình soi.

4.3. Kích thước polyp

Bảng 3 cho thấy ở nhóm polyp u tuyến, polyp có kích thước < 1cm và polyp có kích thước từ 1cm – 2cm gần tương đương nhau nhưng ở nhóm polyp tăng sản polyp có kích thước < 1cm chiếm tỷ lệ 71,4%, cao hơn hẳn so với các kích thước khác ($p < 0,01$). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Sào Trung [6]. Các tác giả khác cũng nhận thấy rằng polyp nguy cơ cao có tỷ lệ tăng dần theo kích thước [4], [5], [9]. Do vậy, trước một BN có polyp ĐTT có kích thước lớn hơn 2cm cần phải cắt bỏ sớm để ngăn chặn quá trình ung thư hóa.

4.4. Hình thái polyp

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác nhau giữa nhóm polyp u tuyến và polyp tăng sản. Đối với nhóm polyp u tuyến, gặp cả 3 hình thái nhẵn, sùi và loét với tỷ lệ lần lượt là 41,5%, 34,1% và 24,4% ($p > 0,05$). Đối với nhóm polyp tăng sản, hình thái nhẵn chiếm tỷ lệ 84,5% cao hơn hẳn so với hình thái sùi và loét ($p < 0,01$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đinh Đức Anh cho thấy polyp u tuyến đặc biệt polyp u tuyến

nhung mao thường có bề mặt gồ ghề và polyp tăng sản thường có bề mặt nhẵn [3] trong khi kết quả nghiên cứu của Nguyễn Sào Trung [6] và Trần Văn Huy [8] cho thấy đa số polyp tuyến đều có bề mặt trơn láng, mức độ nhẵn. Theo chúng tôi sự khác biệt này có thể do ở mỗi nghiên cứu có cách phân loại khác nhau và sự nhận định chủ quan của bác sỹ soi về hình thái polyp.

4.5. Phân loại mô bệnh học

Phân loại polyp theo loại mô bệnh học là rất cần thiết, góp phần quan trọng để quyết định phương pháp điều trị và theo dõi bệnh. Theo một số nghiên cứu như của Capell M.S, Church J.M hay Li F.E và các tác giả khác nhận thấy rằng polyp u tuyến có khả năng ung thư hóa cao và trong nhóm polyp u tuyến thì loại polyp u tuyến nhung mao có khả năng ung thư hóa cao nhất [1], [2], [3], [4], [9]. Theo Vleugels, tỷ lệ ung thư ở loại polyp u tuyến nhung mao lên tới 40% [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 41 polyp u tuyến và 58 polyp tăng sản. Trong nhóm polyp u tuyến thì polyp u tuyến ống nhỏ chiếm tỷ lệ cao nhất: 48,8%, tiếp theo là polyp u tuyến ống nhỏ - nhung mao chiếm 29,3% và polyp u tuyến nhung mao thấp nhất chiếm 21,9%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Về mức độ loạn sản của 2 nhóm polyp u tuyến và polyp tăng sản theo nghiên cứu của chúng tôi: ở nhóm polyp tăng sản chỉ có 3 polyp loạn sản đều ở mức độ nhẹ. Đối với nhóm polyp u tuyến có 16 polyp loạn sản trong đó đa số là loạn sản nhẹ: 68,8%, tiếp theo là loạn sản vừa: 25%, chỉ có 6,2% loạn sản nặng ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự kết quả của Trần Văn Huy khi nghiên cứu trên 55 BN polyp ĐTT thấy có 48 polyp loạn sản trong đó loạn sản nhẹ chiếm 64,58%, loạn sản vừa chiếm 22,92% và loạn sản nặng chiếm 12,5%, nhưng so với nghiên cứu của Đinh Đức Anh trên 175 BN polyp ĐTT thì tỷ lệ loạn sản nặng của chúng tôi thấp hơn rõ rệt (loạn sản nặng theo Đinh Đức Anh là 19,7%). Sự khác biệt này có thể do số lượng BN của chúng tôi chưa đủ lớn và chúng tôi chỉ nghiên cứu trên 2 nhóm polyp.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm nội soi:

+ Nhóm polyp u tuyến: chủ yếu là polyp đơn độc: 82,9% ($p < 0,01$); không cuống: 52,1% ($p < 0,01$); kích thước từ 1cm – 2cm: 48,9% ($p < 0,01$); sùi và loét: 58,5% ($p > 0,05$.

+ Nhóm polyp tăng sản: chủ yếu là polyp đơn độc: 93,1% ($p < 0,01$); có cuống: 67,2% ($p < 0,01$); kích thước < 1cm: 74,1% ($p < 0,01$); nhẵn: 84,5% ($p < 0,01$).

- Đặc điểm mô bệnh học:

+ Nhóm polyp u tuyến: polyp u tuyến ống nhỏ nhiều nhất: 48,8%, polyp u tuyến ống nhỏ - nhung mao: 29,3%, polyp u tuyến nhung mao: 21,9% ($p > 0,05$). Polyp loạn sản: 39,02% gồm loạn sản nặng, vừa, nhẹ ($p < 0,05$). Polyp ung thư hóa chiếm 2,4% thuộc nhóm polyp u tuyến nhung mao.

+ Nhóm polyp tăng sản: polyp tăng sản có viêm nhiều nhất: 48,2%, polyp tăng sản có u tuyến: 32,8%, polyp tăng sản đơn thuần: 19,0% ($p < 0,05$). Polyp loạn sản: 5,1% và đều là loạn sản nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cappell M.S** (2007), "From colonic polyps to colon cancer: pathophysiology, clinical presentation, screening and colonoscopic therapy", Minerva Gastroenterol Dietol, 53 (4), pp. 351 – 373.
2. **Church J.M** (2004), "Clinical significance of small colorectal polyps", Dis colon rectum, 47 (4), pp. 481 – 485.
3. **Đinh Đức Anh** (2000), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học của polyp trực tràng – đại tràng sigma và kết quả cắt bỏ bằng điện nhiệt cao tần", Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
4. **Erichsen R, Baron JA, Hamilton-Dutoit SJ, Snover DC, Torlakovic EE, Pedersen L, et al.** (2016) "Increased Risk of Colorectal Cancer Development Among Patients with Serrated Polyps" Gastroenterology, 150(4): 895-902
5. **Li F.E, Ye H.J, Li J et al** (2005), "Clinical, enteroscopic, and pathological characteristics of 796 cases of colorectal polyps", Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban, 30 (4), pp. 463 – 466.
6. **Nguyễn Sào Trung** (2005), "Đối chiếu đặc điểm giải phẫu bệnh với đặc điểm nội soi của các tổn thương đại trực tràng", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh - tập 9 (1).
7. **Tống Văn Lược** (2002), "Nghiên cứu kết quả cắt polyp đại trực tràng bằng thòng lọng điện theo hình ảnh nội soi mềm và xét nghiệm mô bệnh học", Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Trần Văn Huy, Thái Thị Hoài** (2007), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học cuả polyp đại trực tràng ở Bệnh viện Trường Đại học Y Huế ", Y học thực hành – số 9/2007.
9. **Vleugels, J. L., Hazewinkel, Y., Fockens, P., & Dekker, E.** (2017). "Natural history of diminutive and small colorectal polyps: a systematic literature review". Gastrointestinal endoscopy, 85(6), 1169-1176.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM EXOSOME TỪ MÁU DÂY RỐN NGƯỜI BẰNG KĨ THUẬT TỦA POLYMER KẾT HỢP KIT HẠT TỪ MAGCAPTURE™ ỨNG DỤNG TRONG Y HỌC TÁI TẠO

Phạm Thị Lộc[1], Trần Quang Đôn[2], Trần Thị Ánh Dương[5], Trương Văn Hiều[4], Nguyễn Hoàng Thạch[4], Nguyễn Đăng Thái[4], Phùng Chí Thiện[1], Nguyễn Thị Thùy Linh[5], Nguyễn Văn Khải[1,3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm sinh học và khả năng miễn dịch của exosome từ MDR người bằng phối hợp kĩ thuật tủa Polymer kết hợp KIT tách MagCapture™. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 5 mẫu MDR được thu thập và tách huyết tương giàu tiểu cầu (PRP) và tế bào đơn nhân rồi tách exosome để đánh giá nồng độ, hình thái, chức năng sinh học và tính miễn dịch bằng miễn dịch huỳnh quang và Elisa. **Kết quả và kết luận:** phương pháp kết hợp tủa polymer và MagCapture™ cải thiện đáng kể hiệu suất tách exosome từ PRP. Hình ảnh miễn dịch huỳnh quang cho thấy exosome từ PRP có kích thước đồng đều, mật độ cao và độ tinh khiết tốt hơn nhiều so với từ tế bào và nhóm chứng. Các yếu tố tăng trưởng và interleukin trong exosome từ PRP chủ yếu là IL-6 và TNF-α, PDGF, TGF-β và EGF, hỗ trợ tái tạo mô và phục hồi da, trong khi exosome từ tế bào đơn nhân giàu IL-1β, IL-6 và TNF-α, và một lượng nhỏ các yếu tố tăng trưởng nên có tiềm năng trong điều trị viêm và ung thư.

Từ khóa: exosomes, máu dây rốn, tế bào gốc, tế bào đơn nhân, y học tái tạo

SUMMARY

CHARACTERIZATION OF EXOSOMES DERIVED FROM HUMAN UMBILICAL CORD BLOOD USING POLYMER PRECIPITATION COMBINED KIT MAGCAPTURE™ FOR REGENERATIVE MEDICINE

Objective: To describe the biological characteristics and immunological properties of exosomes from human umbilical cord blood (MDR) using a combination of polymer precipitation and the MagCapture™ isolation kit. **Subjects and Methods:** Five MDR samples were collected and processed to isolate platelet-rich plasma (PRP) and nucleated cells, followed by exosome extraction. The concentration, morphology, biological function, and immunological properties of the exosomes were evaluated using immunofluorescence and ELISA. **Results and conclutions:** The combination of polymer precipitation and MagCapture™ significantly improved the efficiency of exosome isolation from PRP. Immunofluorescence imaging revealed that exosomes from PRP exhibited uniform size, high density, and significantly greater purity compared to those from cells and the control

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng*
[3]*Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng*
[4]*Học viên cao học K19 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[5]*Sinh viên Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Lộc
Email: ptloc@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 03/4/2025
Ngày phản biện khoa học: 10/4/2024
Ngày duyệt bài: 19/5/2025

group. The growth factors and interleukins in exosomes from PRP were predominantly IL-6, TNF-α, PDGF, TGF-β, and EGF, supporting tissue regeneration and skin repair. In contrast, exosomes from mononuclear cells were enriched in IL-1β, IL-6, and TNF-α, with lower levels of growth factors, indicating potential applications in inflammation and cancer treatment.

Keywords: Exosomes, umbilical cord blood, stem cells, Mononucleared cells, regenerative medicine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Exosome là các túi ngoại bào nhỏ có màng bao bọc, đường kính từ 30-150nm và được tìm thấy trong hầu hết các chất lỏng cơ thể bao gồm máu, nước tiểu, huyết tương, nước bọt, sữa mẹ, dịch ối, dịch não tủy, dịch mật và và dịch mũi [1]. Lớp màng exosome là một lớp phospholipid kép, giúp ổn định cấu trúc và bảo quản lâu dài ở −80°C mà không mất chức năng sinh học. Thành phần của exosome phụ thuộc vào tế bào nguồn, nhưng có những dấu ấn sinh học đặc trưng như họ protein tetraspanin (CD9, CD63, CD81), intergrin và phức hợp MHC, đóng vai trò quan trọng trong nhận diện và giao tiếp tế bào [1, 2]. Exosome chứa protein, lipid và axit nucleic (RNA, DNA), giúp truyền tín hiệu, trao đổi vật liệu di truyền và protein giữa các tế bào. Chúng điều chỉnh vi môi trường mô, góp phần vào kết nối tế bào, phân phối thuốc và tham gia vào nhiều quá trình sinh lý, bệnh lý như tái tạo mô hay ung thư, rối loạn miễn dịch và bệnh thoái hóa thần kinh (Parkinson, Alzheimer, ALS) [1, 2].

Tuy nhiên, để exosome có thể ứng dụng hiệu quả trong y học, việc tách chiết exosome từ các nguồn sinh học cần phải đảm bảo hiệu suất thu hồi cao và độ tinh sạch tối ưu. Các phương pháp hiện có như siêu ly tâm, lọc màng, kết tủa polymer hay kit sử dụng hạt từ đều có những hạn chế nhất định. Trong đó, phương pháp tủa polymer có chi phí thấp, dễ thực hiện nhưng độ tinh sạch chưa cao, Phương pháp siêu li tâm thì chi phí quá cao cho thiết bị, trong khi phương pháp sử dụng hạt từ giúp nâng cao độ đặc hiệu nhưng hiệu suất thu hồi không cao và có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố kĩ thuật.[2]. Vậy phối hợp các quy trình như thế nào và kết quả các đặc điểm sinh học, miễn dịch của sản phẩm sau tách chiết từ MDR có đáp ứng được nhu cầu cho y học tái tạo không là cần được quan tâm. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung vào việc phân lập exosome từ dịch chiết tế bào có nhân và huyết tương được tách từ máu dây rốn bằng cách kết hợp phương pháp tủa polymer với Kit MagCapture^{TM} nhằm cải thiện hiệu suất thu hồi và độ tinh sạch exosome, hướng tới tối ưu hóa quy trình tách chiết exosome hiệu quả hơn và đánh giá một số đặc điểm sinh học và khả năng miễn dịch của exosome của chúng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Vật liệu nghiên cứu

- Mẫu máu dây rốn được thu thập từ sản phụ có thai kỳ khỏe mạnh hiến tặng tình nguyện, tại khoa sản phụ bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. MDR sau khi thu gom được tách, phân lập tại Bộ môn Kỹ thuật Huyết học – Truyền máu, khoa Kỹ thuật y học, trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

- Tiêu chuẩn chọn sản phụ hiến tặng mẫu máu dây rối: Hiến tặng tình nguyện; Thai nhi được sinh đủ tháng (> 37 tuần); Các xét nghiệm thai phụ và mẫu máu dây rốn thu được âm tính với một virus như: HIV, HCV, HBV, CMV.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu thực nghiệm.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, chọn 5 mẫu MDR từ sản phụ hiến tặng tình nguyện từ tháng 12/2024 – 3/2025.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: MDR sau khi được thu thập thì sẽ tiến hành tách theo các quy trình để lấy PRP, tế bào đơn nhân (TBĐN).

2.3.1. Tách huyết tương giàu tiểu cầu từ máu dây rốn (PRP)

Máu dây rốn được thu thập bằng phương pháp hai thì: lấy trước khi sổ nhau thai và sau khi bánh rau đã ra ngoài tử cung trong túi máu chứa chất chống đông CPD hoặc CPD-A1. Quá trình tách PRP gồm hai lần li tâm. Đầu tiên, mẫu được sát khuẩn, chuyển vào ống Falcon 50ml vô trùng và ly tâm lần 1 ở 600g trong 15 phút để loại bỏ khối hồng cầu, thu phần buffy coat và huyết tương. Tiếp theo, ly tâm lần 2 ở 1600g trong 15 phút giúp tách bỏ huyết tương nghèo tiểu cầu, thu được PRP chứa buffy coat. Để tối ưu lượng PRP, khối hồng cầu còn lại được ly tâm nhẹ ở 2000 vòng/phút trong 2–5 phút để thu hồi lượng PRP sót lại. Sau khi thu thập, PRP được kiểm tra an toàn sinh học (sàng lọc HIV, HBsAg, HCV) và đếm tế bào trước khi hoạt hóa bằng $CaCl_2$ và thrombin theo tỷ lệ phù hợp và bảo quản ở -80°C để duy trì tính ổn định sinh học trước khi tách exosome.

2.3.2. Tách tế bào đơn nhân

Để thu thập lượng TBĐN còn sót lại chủ yếu trong khối hồng cầu, quy trình tách tế bào có nhân được tối ưu hóa bằng hydroxyethyl starch (HES). HES hoạt động như một polymer trọng lượng phân tử lớn, thúc đẩy lắng hồng cầu bằng cách giảm lực đẩy tĩnh điện, giúp thu hồi tối đa lớp buffy coat giàu bạch cầu và tế bào gốc.

Đầu tiên, NaCl 9% được bổ sung vào khối hồng cầu theo tỷ lệ 1:2 với huyết tương để tăng áp suất thẩm thấu, hỗ trợ làm co hồng cầu. Đệm HES được thêm vào với tỉ lệ 1:5 so với thể tích khối hồng cầu, trộn đều trong 30 phút và để lắng trong 45 phút. Ly tâm 500 g/phút trong 10 phút để loại bỏ 2/3 dịch nổi và phần hồng cầu còn lại, thu được phần huyết tương và buffy coat. Một lượng dung dịch ly giải hồng cầu được thêm vào theo tỉ lệ 1:9 với lượng huyết tương thu được nhằm phá vỡ hồng cầu còn sót lại, giúp tinh sạch quần thể tế bào có nhân.

Khối tế bào có nhân sau khi được thu thập sẽ được bảo quản trong môi trường nhiệt độ 2-60C trước khi sử dụng tươi hoặc bảo quản đông lạnh ở-800C đến -1960C trong dung dịch CELLBANKER® 2.

2.3.3. Phân lập exosome từ huyết tương giàu tiểu cầu và tế bào có nhân được tách từ máu dây rốn

Exosome được phân lập từ PRP và TBĐN thông qua sự kết hợp giữa 2 phương pháp: kết tủa exosome bằng kit ExoQuick-TCTM (System Biociences, Hoa Kỳ) và tinh lọc exosome bằng bộ kit MagCapture™ Exosome Isolation Kit PS Ver.2 (Fujifilm, Nhật Bản) thông qua việc sử dụng các hạt từ tính liên kết với phosphatidylserine (PS) để tăng cường hiệu suất thu hồi và độ tinh sạch của exosome.

Mẫu nghiên cứu được ly tâm ở 3000g trong 15 phút ở nhiệt độ 40C nhằm loại bỏ các các thể ngoại bào lớn và mảnh vụn tế bào. Dịch nổi được trộn với dung dịch tủa ExoQuick-TCTM (tỉ lệ 1:5). Bảo quản lạnh ít nhất trong 12 giờ và ly tâm ở 1500g trong 30 phút để thu tủa exosome. Loại bỏ dịch dư bằng ly tâm 1500g, 5 phút, sau đó hạt beads được rửa bằng Exosome Immobilizing/Washing Buffer (1X), rồi ủ với Biotin-labled Exosome Capture trong 10 phút (2-100C). Sau ủ, thu hạt và rửa 2 lần để thu Exosome Capture-immobilized beads.

Quá trình tinh lọc tiếp tục bằng cách trộn dịch nổi đã xử lý với Exosome Binding

Enhancer (500X) và Exosome Capture-immobilized beads trong 1 giờ. Sau đó loại bỏ dịch nổi để thu Evs-Binding beads và được rửa ba lần để loại bỏ tạp chất. Cuối cùng, exosome được giải phóng khỏi hạt beads bằng Exosome Elution Buffer (1X) và bảo quản -800C để sử dụng.

2.4. Đo lường và phân tích

2.4.1. Xác định exosome bằng xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang

Các mẫu Exosome được ủ với kháng thể chính kháng CD81 (Cat # 10630D, abcam) tỉ lệ pha loãng 1/100 ở 4°C, sau đó nhuộm kháng thể thứ cấp (Cat # A-21433 invitrogen) và mang đi soi. Kính hiển vi Olympus CX43 được sử dụng để quan sát tín hiệu huỳnh quang của CD81 cho xác định exosome. Kết quả được đánh giá dựa trên tín hiệu huỳnh quang và so sánh với mẫu đối chứng.

2.4.2. Đánh giá nồng độ các yếu tố tăng trưởng và interleukin trong exosome bằng xét nghiệm miễn dịch ELISA

Mẫu xét nghiệm được đánh giá các yếu tố tăng trưởng chính như EGF, và TGF-ß1 và các yếu tố tiền viêm: IL1b, IL6, TNF-α bằng kĩ thuật miễn dịch ELISA (FineTest) trên giàn máy miễn dịch bán tự động tại phòng xét nghiệm đa khoa bệnh viện đại học Y Hải Phòng

2.5. Xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Excel; phân tích số liệu bằng phần mềm Graphpad Prism 10.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng số trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến định tính được biểu diễn bằng các tỷ lệ phần trăm.

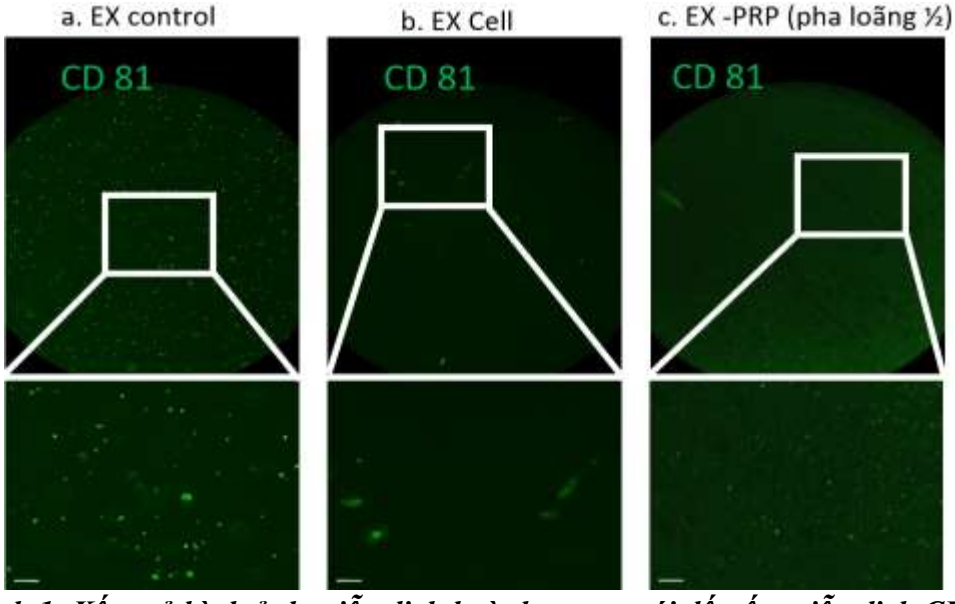
2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo hội đồng y đức trường đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt số 13/IRB_HPMU, ngày 26 tháng 8, 2024 và tuân thủ các chính sách bảo mật dữ liệu của hội đồng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hiệu quả tách và tinh sạch exosome từ PRP và TBĐN

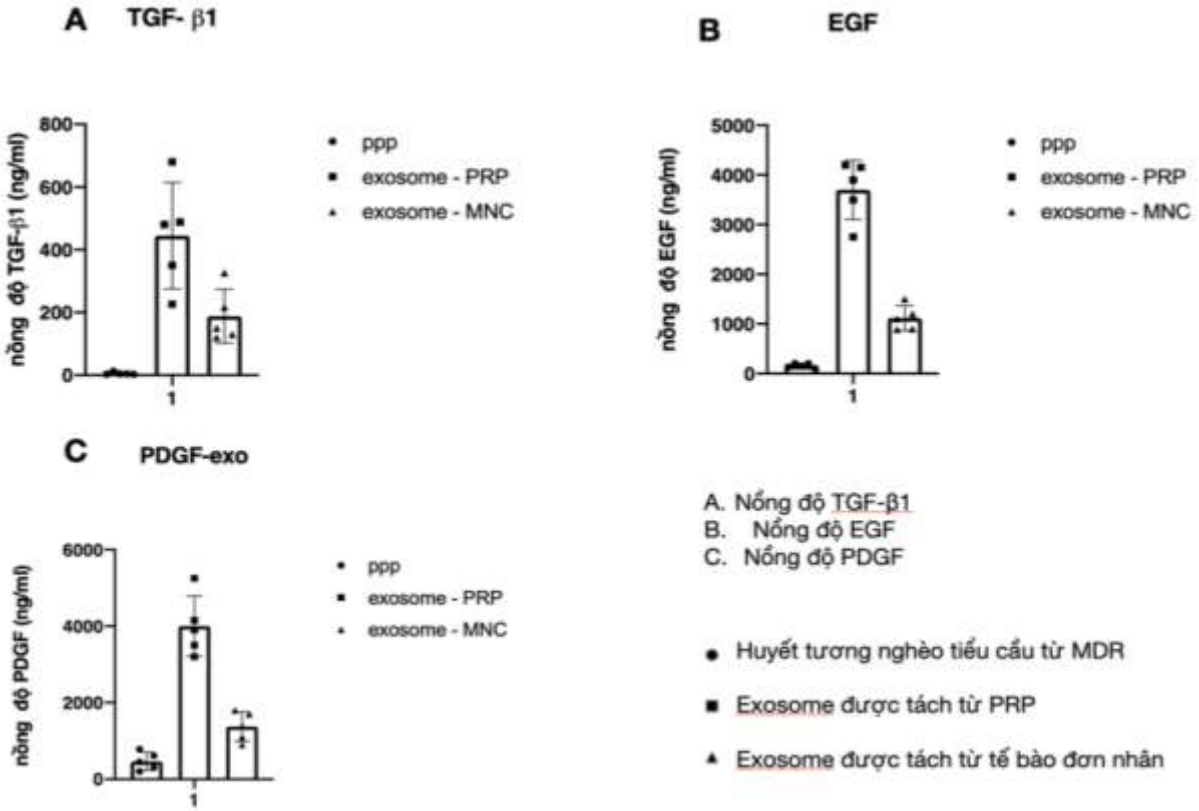
Kết quả hình ảnh miễn dịch huỳnh quang bằng dấu ấn CD81 cho thấy sự khác biệt về mật độ và kích thước exosome giữa các nhóm thử nghiệm.



Hình 1: Kết quả hình ảnh miễn dịch huỳnh quang với dấu ấn miễn dịch CD81

Ở hình 1 ảnh a, nhóm chứng exosome với nồng độ cao là 100 tỷ exosome cho hình ảnh hiển thị mật độ hạt sáng cao, phân bố đều, cho thấy số lượng exosome lớn với mức độ đánh dấu dấu ấn CD81 rõ ràng. Ảnh b ở hình 1 là Exosome tách từ tế bào đơn nhân: Mật độ tín hiệu huỳnh quang giảm đáng kể so với nhóm chứng, kích thước không đều đồng thời có nhiều cặn không bắt màu cho thấy lượng exosome thu được thấp hơn nhưng vẫn thu được một lượng protein đáng kể khác không phải exosome. Exosome có xu hướng kết tụ lại, có thể do các bào quan từ tế bào. Ảnh c ở hình 1 là exosome tách từ PRP thu được bằng kết hợp kỹ thuật tủa và Kít MagCapture đã được pha loãng 1/2: Khi quan sát dưới vật kính có độ phóng đại cao, các hạt exosome xuất hiện với kích thước siêu nhỏ, đồng đều và có độ tinh khiết cao, nồng độ đậm đặc dù mẫu đã được pha loãng. Điều này chứng tỏ phương pháp tách từ PRP có hiệu suất cao, tạo ra sản phẩm tinh khiết và chất lượng rất cao.

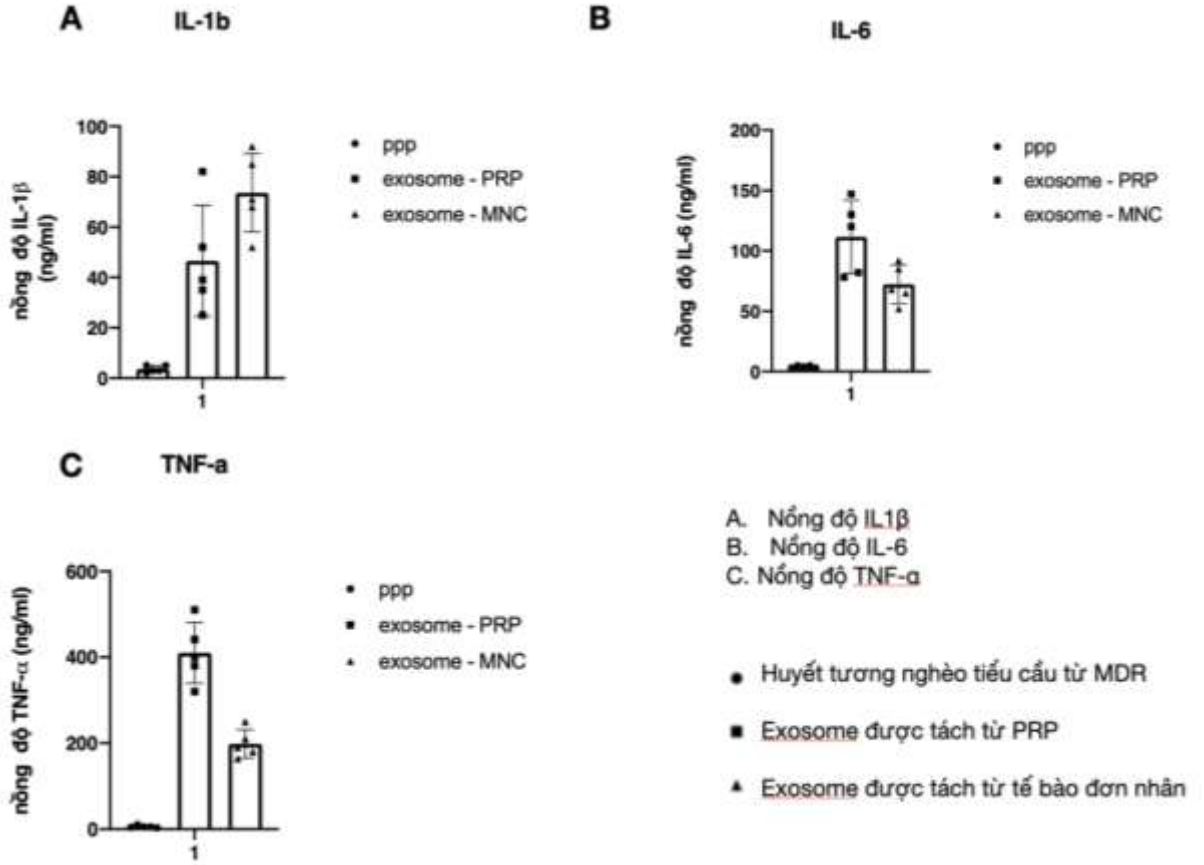
3.3. Kết quả nồng độ các yếu tố interleukin có trong exosome được tách chiết



Hình 2: Kết quả nồng độ các yếu tố interleukin trong exosome

Exosome từ PRP: Có xu hướng chứa nhiều IL-6 và TNF-α, thúc đẩy tái tạo mô, hình thành mạch và điều hòa miễn dịch. IL6 cũng tương đối cao Điều này giải thích tác dụng của PRP trong tái tạo da, liền vết thương và phục hồi mô cơ xương. Exosome từ tế bào đơn nhân: Giàu IL-1β, IL-6 và TNF-α phản ánh vai trò trong đáp ứng viêm và kích thích miễn dịch.

3.4. Kết quả yếu tố tăng trưởng có trong exosome đã được tách trong y học tái tạo



Hình 3: Kết quả nồng độ các yếu tố tăng trưởng trong exosome

Exosome từ PRP: Giàu PDGF, TGF-β, EGF giúp tái tạo mô, tăng sinh nguyên bào sợi, hình thành mạch và chống viêm, Phù hợp với thẩm mỹ da, phục hồi tổn thương mô, chữa lành vết thương và điều trị loét mãn tính. Exosome từ tế bào đơn nhân lượng yếu tố tăng trưởng thấp hơn chủ yếu tập trung cho khả năng miễn dịch nhắm ứng dụng trong điều trị ung thư, liệu pháp miễn dịch và bệnh lý viêm mạn tính.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu này cho thấy phương pháp kết hợp tủa polymer và hạt từ MagCapture™ cải thiện đáng kể hiệu suất tách exosome từ PRP và TBĐN. Hình ảnh cho thấy các exosome được tạo ra nhiều hơn nhiều dù đã được pha loãng một nửa, kích thước của các exosome thu được cũng rất nhỏ, đồng nhất. Các kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, chứng minh rằng các kỹ thuật sử dụng hạt từ có thể nâng cao đáng kể năng suất và độ tinh khiết của exosome. Một nghiên cứu của Liu (2017) chỉ ra rằng các phương pháp kết hợp hạt từ với tủa polymer có thể thu được exosome với độ tinh khiết cao, phù hợp cho các ứng dụng trong y học tái tạo [1]. Tương tự, nghiên cứu của Tkach và Théry (2016) cho thấy phương pháp tách exosome từ PRP mang lại hiệu quả cao hơn khi sử dụng các kỹ thuật từ tính, đồng thời làm giảm tạp nhiễm protein không mong muốn [2]. Kết quả hình ảnh miễn dịch huỳnh quang trong nghiên cứu này cũng cho

thấy rằng exosome từ PRP có kích thước đồng đều và mật độ cao hơn so với exosome từ tế bào đơn nhân và nhóm chứng, điều này càng khẳng định tính ưu việt của PRP trong việc thu nhận exosome chất lượng cao. Đây là điểm quan trọng, vì exosome từ PRP đã được chứng minh có tiềm năng trong việc tái tạo mô và phục hồi da, đặc biệt là trong các nghiên cứu của Kim et al. (2020), họ đã chứng minh rằng exosome từ PRP hỗ trợ quá trình liền vết thương và tái tạo mô hiệu quả [3].

Về đặc tính sinh học của exosome, chúng tôi dựa trên đặc tính của nguồn gốc tế bào được tách chiết tạo exosome. Như đã biết, exosome từ các nguồn tế bào khác nhau có thể mang theo các đặc tính sinh học riêng biệt, phụ thuộc vào loại tế bào gốc, điều kiện nuôi cấy và quá trình thu nhận. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung vào exosome tách từ PRP và TBĐN, nhằm so sánh đặc điểm sinh học của chúng, đặc biệt là về hàm lượng yếu tố tăng trưởng và cytokine miễn dịch. Exosome từ máu dây rốn được biết đến với khả năng tăng sinh, tái tạo mô, liền sẹo và thúc đẩy tăng trưởng biểu mô. Điều này có thể được lý giải do sự hiện diện của các yếu tố tăng trưởng quan trọng như platelet-derived growth factor (PDGF), transforming growth factor-beta (TGF-β) và epidermal growth factor (EGF). PDGF đóng vai trò chính trong việc kích thích nguyên bào sợi, thúc đẩy hình thành mạch máu mới và tái cấu trúc mô tổn thương. TGF-β có tác động điều hòa quá trình viêm và kiểm soát biệt hóa tế bào, trong khi EGF thúc đẩy sự phát triển và di chuyển của tế bào biểu mô, góp phần quan trọng vào quá trình chữa lành vết thương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kỹ thuật tách exosome từ PRP cho thấy sự bảo toàn cao của các yếu tố tăng trưởng quan trọng, điều đáng chú ý là dù số lượng exosome từ PRP đã được pha loãng một nửa nhưng hàm lượng các yếu tố tăng trưởng PDGF, TGF-β và EGF vẫn duy trì ở mức rất cao. Khi so sánh với exosome từ TBĐN, chúng tôi nhận thấy một khác biệt quan trọng trong thành phần cytokine. Cụ thể, exosome từ PRP có mức interleukin IL-6 và TNF-α thấp hơn đáng kể so với exosome từ TBĐN. Trong khi đó, exosome từ PRP lại có IL-1β cao hơn so với TBĐN. Ngược lại exosome từ TBĐN lại chứa nhiều IL-6 và TNF-α, cùng với một lượng nhỏ các yếu tố tăng trưởng. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong ứng dụng lâm sàng, vì IL-6 và TNF-α là những cytokine có liên quan đến phản ứng viêm, trong khi IL-1β có vai trò quan trọng trong điều hòa miễn dịch và đáp ứng viêm. Dựa trên những kết quả này, exosome từ tế bào đơn nhân có thể phù hợp hơn với các ứng dụng điều trị viêm và ung thư. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Zhuang et al. (2019), trong đó exosome từ tế bào đơn nhân đã được chứng minh có khả năng hỗ trợ liệu pháp điều trị ung thư nhờ vào việc kích thích hệ miễn dịch và điều chỉnh môi trường viêm [5, 6, 7]. Ngược lại, exosome từ PRP với hàm lượng cao các yếu tố tăng trưởng lại có tiềm năng ứng dụng mạnh mẽ hơn trong thẩm mỹ, tái tạo mô và chữa lành tổn thương da. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi không chỉ khẳng định lại các đặc điểm sinh học khác biệt giữa exosome từ PRP và TBĐN mà còn mở ra hướng ứng dụng lâm sàng tối ưu cho từng loại exosome. Trong tương lai, việc tối ưu

hóa quy trình thu nhận exosome và xác định thêm các thành phần sinh học quan trọng có thể giúp nâng cao hiệu quả điều trị của các sản phẩm exosome trong y học tái tạo và liệu pháp miễn dịch.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã tối ưu hóa quy trình phân lập exosome từ máu dây rốn bằng phương pháp tủa polymer kết hợp kit hạt từ MagCapture™ giúp nâng cao hiệu suất và độ tinh sạch. Exosome thu được có kích thước rất nhỏ, dấu ấn bề mặt và tiềm năng sinh học phù hợp để ứng dụng trong y học tái tạo. Kết quả này mở ra hướng phát triển các liệu pháp điều trị bằng exosome từ máu dây rốn trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Liu, Y., et al.** (2017). "Exosome-based technologies for diagnosis and therapy in cancer." Journal of Cancer Research and Clinical Oncology, 143(3), 547-560. doi:10.1007/s00432-017-2373-1.
2. **Tkach, M., & Théry, C.** (2016). "Communication by extracellular vesicles: Where we are and where we need to go." Cell, 164(6), 1226-1232. doi:10.1016/ j.cell. 2016.01.043.
3. **Kim, D. S., et al.** (2020). "Exosome-based therapy for wound healing and tissue regeneration." Journal of Dermatological Science, 98(2), 96-103. doi:10.1016/j. jdermsci.2020.03.005.
4. **Huang, P., et al.** (2018). "The role of growth factors in tissue repair and regeneration." Journal of Molecular and Cellular Biology, 25(5), 74-82. doi:10.1016/j.jmcb.2018. 06.002.
5. **Zhuang, X., et al.** (2019). "Exosome-mediated delivery of immunotherapy in cancer." Journal of Immunology Research, 2019, Article ID 4738501. doi:10.1155/ 2019/4738501.
6. **Zhang, H., et al.** (2015). "Exosomes: biogenesis, biologic function and clinical potential." Cell & Bioscience, 5(1), 1-10. doi:10.1186/s13578-015-0045-1.
7. **Simpson, R. J., et al.** (2012). "Exosomes: A new frontier in cancer treatment." Clinical Cancer Research, 18(6), 1685-1694. doi:10. 1158/1078-0432.CCR-11-2801.

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH NGOẠI TRÚ TẠI KHOA NỘI 2 BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2024-2025

Trịnh Hồng Nhung[1,2], Nguyễn Ngọc Ánh[1], Đỗ Thị Thanh Loan[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng quản lý điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoại trú tại khoa Nội 2 Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2024-2025. **Đối tượng:** Gồm 81 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được quản lý điều trị ngoại trú tại khoa Nội 2 Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp năm 2024-2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả-cắt ngang kết hợp tiến cứu. **Kết quả:** Số lượng bệnh nhân COPD được quản lý điều trị ngoại trú tại khoa Nội 2 Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 9/2024 đến 3/2025 là gần 300 bệnh nhân; Tỷ lệ tái khám định kỳ 3 tháng cuối năm 2024 là 61.8% và 3 tháng đầu năm 2025 là 90.1%; Tỷ lệ tuân thủ tốt điều trị thuốc là 67.9%; Tỷ lệ tuân thủ tư vấn phòng bệnh: Tránh khói bụi đạt 100%, Tập phục hồi chức năng hô hấp đạt 96.3%.

Từ khoá: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, quản lý điều trị ngoại trú, tuân thủ điều trị

SUMMARY

STATUS OF OUTPATIENT MANAGEMENT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT 2, VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL 2024-2025

Objective: Describe the situation of outpatient management and treatment of chronic obstructive pulmonary disease at the Internal Medicine Department 2 of Viet Tiep Friendship Hospital for 2024-2025. **Object:** Included 81 patients with chronic obstructive pulmonary disease managed and treated outpatient at the Internal Medicine Department 2 of Viet Tiep Friendship Hospital in 2024-2025. **Methods:** Cross-sectional descriptive study combined with a prospective approach. **Results:** The number of COPD patients managed in outpatient treatment at the Internal Medicine Department 2 of Viet Tiep Friendship Hospital from September 2024 to March 2025 is nearly 300 patients; The rate of regular follow-up in the last three months of 2024 is 61.8% and in the first three months of 2025 is 90.1%; The rate of good adherence to medication treatment is 67.9%; The rate of adherence to preventive counseling: Avoiding dust and smoke is 100%, and Respiratory rehabilitation exercises is 96.3%.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, outpatient treatment management, adherence to treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là bệnh lý đặc trưng bởi tắc nghẽn luồng khí thở không hồi phục. Trong những thập niên gần đây, bệnh được quan tâm nhiều do tỷ lệ mắc tăng nhanh và tử vong cao. Tại Việt Nam, theo ước đoán của Hội Hô hấp Châu Á - Thái Bình Dương, tần

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp*
Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Hồng Nhung
Email: tthnhung@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 26/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025
Ngày duyệt bài: 7/5/2025

suất bệnh là 6,7%, cao nhất trong 12 nước [1]. Vì vậy, những vấn đề về BPTNMT ở nước ta rất đáng được quan tâm.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) phổ biến trên lâm sàng và là nguyên nhân tử vong hàng thứ 3 trên toàn cầu [2], dẫn đến gánh nặng kinh tế xã hội do bệnh lý này ngày càng gia tăng. Sáng kiến toàn cầu phòng chống COPD (GOLD) nhấn mạnh tập trung quản lý tốt ngoại trú sẽ giúp giảm gánh nặng bệnh tật, giảm tỷ lệ đợt cấp và tiết kiệm chi phí điều trị. Tại khoa Nội 2 Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng, từ nhiều năm nay chúng tôi đã triển khai Phòng quản lý COPD nhưng cho đến nay vẫn chưa có công bố đầy đủ về thực trạng quản lý điều trị ngoại trú trên bệnh nhân COPD. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu quan sát mô tả tại đơn vị quản lý ngoại trú của khoa Nội 2 Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ tháng 9/2024 tới tháng 3/2025 để xác định thực trạng quản lý điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoại trú tại khoa Nội 2 Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2024-2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 81 bệnh nhân (BN) bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được quản lý điều trị ngoại trú tại khoa Nội 2 Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp năm 2024-2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đã được chẩn đoán COPD theo "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính" của Bộ Y tế 2018, đang điều trị ngoại trú tại khoa Nội 2 Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp, từ tháng 9/2024 đến tháng 3/2025.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không có khả năng tham gia nghiên cứu hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại khoa Nội 2 Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp, từ tháng 9/2024 đến tháng 3/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Áp dụng công thức cỡ mẫu ước tính 1 tỷ lệ:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu; Z: Hệ số tin cậy (với mức ý nghĩa thống kê 5%, $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96); p: Tỷ lệ ước đoán. Chọn một trong các tỷ lệ về kết quả điều trị COPD để áp dụng tính toán cỡ mẫu, đó là tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc; d: Mức sai số tuyệt đối chấp nhận, chọn d = 0,1.

Trong nghiên cứu chúng tôi chọn p = 0,3 dựa trên nghiên cứu trước đó cũng tại khoa Nội 2 Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp với kết quả 28,8% bệnh nhân tuân thủ tốt điều trị thuốc. Cỡ mẫu bệnh nhân tính toán được là n = 81. Chọn 81 bệnh nhân theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện như sau: Chọn 10 bệnh nhân vào mỗi buổi sáng khám bệnh, chọn liên tiếp các ngày trong tuần (trừ thứ 7 và chủ nhật) đến khi đủ số lượng 81 bệnh nhân.

2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Các biến về thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, học vấn, tình trạng kinh tế, thời gian bị COPD, bệnh đồng mắc, tình trạng hút thuốc.

- Số lượng bệnh nhân COPD được quản lý trong giai đoạn 2024 – 2025

- Các biến về đặc điểm bệnh: thang điểm CAT (COPD Assessment Test); thang điểm mMRC (Modified Medical Research

Council); số đợt cấp phải nhập viện trong 12 tháng qua; chỉ số FEV1 (Forced Expiratory Volume in the first second - Chỉ số đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở...

- Các biến về tuân thủ điều trị thuốc theo thang điểm Morisky 8; Tần suất tái khám định kỳ;

- Các biến về tư vấn phòng, điều trị COPD theo 8 nội dung tư vấn: Tích cực thay đổi lối sống; Tránh khói bụi; Vệ sinh răng miệng, tai mũi họng; Tham gia tập luyện thể lực thường xuyên; Ăn uống đủ dinh dưỡng, đảm bảo các chất đủ vitamin A, D, E; Tiêm vaccin phòng cúm và phế cầu; Tập phục hồi chức năng hô hấp; Cách sử dụng thuốc hít.

2.3. Tiêu chuẩn đánh giá

- Đặc điểm bệnh:

+ Dựa vào thang điểm CAT (COPD Assessment Test) đánh giá ảnh hưởng của COPD lên chất lượng cuộc sống, gồm 8 câu hỏi, cho bệnh nhân tự đánh giá mức độ từ nhẹ tới nặng, mỗi câu đánh giá có 6 mức độ, từ 0 đến 5, tổng cộng được 40 điểm. Phân loại mức độ ảnh hưởng theo điểm CAT như sau:

CAT < 10: bệnh ít ảnh hưởng. CAT ≥ 10: bệnh ảnh hưởng nhiều.

+ Dựa vào thang điểm mMRC (modified Medical Research Council). Đánh giá mức độ khó thở của người bệnh COPD, gồm 5 câu hỏi, đánh giá mức độ khó thở từ nhẹ đến nặng, mỗi câu đánh giá có 5 mức độ, từ 0 đến 4. Phân loại mức độ khó thở theo thang điểm mMRC như sau:

mMRC < 2 điểm: ít triệu chứng. mMRC ≥ 2: nhiều triệu chứng.

+ Dựa vào số đợt cấp phải nhập viện:

Nguy cơ thấp: số đợt cấp/năm: 0-1 (đợt cấp nhẹ không phải nhập viện, không sử dụng kháng sinh và/hoặc corticosteroid).

Nguy cơ cao: số đợt cấp ≥ 2 hoặc có từ 1 đợt cấp nặng phải nhập viện hoặc đợt cấp mức độ trung bình phải sử dụng kháng sinh và/hoặc corticosteroid.

- Tuân thủ tái khám: là bệnh nhân tái khám đầy đủ theo lịch hẹn của bác sỹ, theo quy định về quản lý điều trị COPD. Bệnh nhân COPD ngoại trú tái khám hàng tháng theo chỉ định.

- Tuân thủ điều trị thuốc, chia làm 3 mức độ theo thang điểm Morisky 8:

Mức độ tuân thủ: 8 điểm: tuân thủ tốt

6-7 điểm: tuân thủ trung bình

<6 điểm: tuân thủ kém

- Tư vấn phòng bệnh: Bệnh nhân được giải thích, tư vấn các thông tin liên quan đến bệnh COPD và công tác quản lý điều trị COPD theo "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính" của Bộ Y tế năm 2018.

2.4. Phương pháp thu thập thông tin: Hỏi, khám và làm xét nghiệm cho các bệnh nhân nghiên cứu (theo bệnh án mẫu) để xác định các đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ đợt cấp (các chỉ tiêu nghiên cứu), mô tả, so sánh để rút ra khuyến nghị để tăng cường quản lý người bệnh tại các đơn vị quản lý nhằm giảm tỷ lệ đợt cấp, đặc biệt là các đợt cấp nhập viện.

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu định lượng sau khi thu thập được được tiến hành làm sạch, xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 để tính toán các tần số, tỷ lệ %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 81)

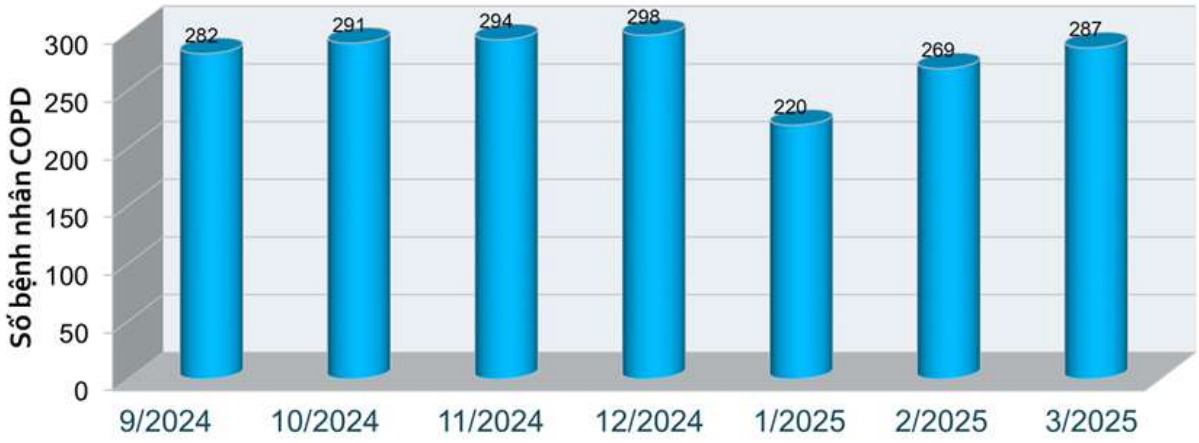
Thông tin chung		Số lượng	Tỉ lệ %
Tuổi	<50	0	0
	50 – 59	14	17,2
	60 – 69	26	32,1
	70 – 79	28	34,5
	≥ 80	13	16,2
	TB	71,04 ± 9,4	
Giới	Nam	70	86,4
	Nữ	11	13,6
Học vấn	THPT trở lên	18	22,2
	Dưới THPT	63	77,8
Tình trạng kinh tế	Phụ thuộc	28	34,5
	Không phụ thuộc	53	65,5
Bệnh đồng mắc	Bệnh tim mạch	43	53,1
	Bệnh hô hấp	30	37,0
	Loãng xương	14	17,3
	Trào ngược dạ dày thực quản	18	22,2
	Đái tháo đường	13	16,0
Có hút thuốc	Tiền sử	57	70,4
	Hiện tại	16	19,7

Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 71.04±9.4, nam giới chiếm 86.4%, với nhiều bệnh đồng mắc, 90.1% đối tượng nghiên cứu có tiền sử hút thuốc

Bảng 3.2. Các đặc điểm bệnh COPD của đối tượng nghiên cứu (n = 81)

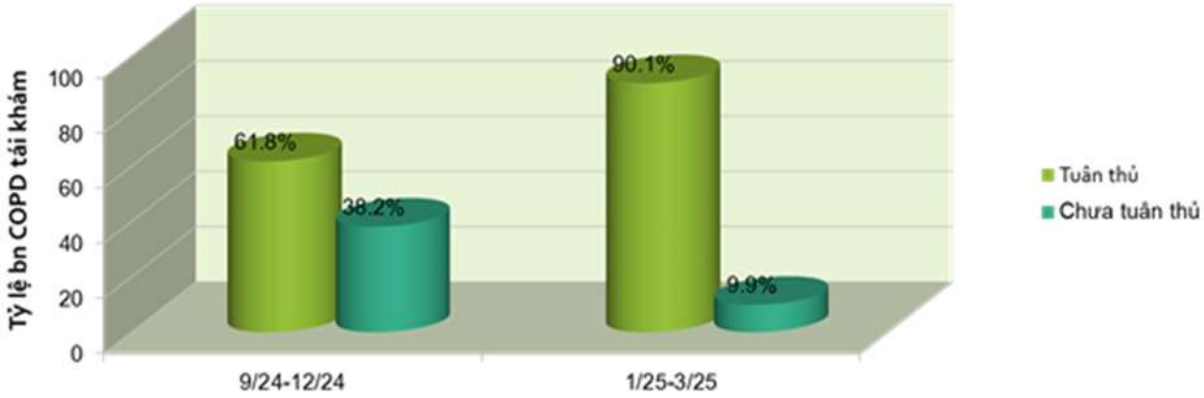
Thông số		Số lượng	Tỉ lệ %
Thời gian bị COPD	< 5 năm	34	42,0
	5- <10 năm	25	30,8
	≥10 năm	22	27,2
CAT	≥10	69	85,2
	<10	12	14,8
mMRC	≥2	59	72,8
	<2	22	27,1
FEV1	≥80%	5	6,2
	50-<80%	14	17,3
	30-<50%	53	65,4
	<30%	9	11,1
Số đợt cấp/năm	≥2	66	81,5
	<2	15	18,5

Thời gian mắc bệnh COPD trung bình là 7.41 năm, 85.2% có điểm CAT ≥ 10, số đợt cấp/năm ≥ 2 là 81,5%.



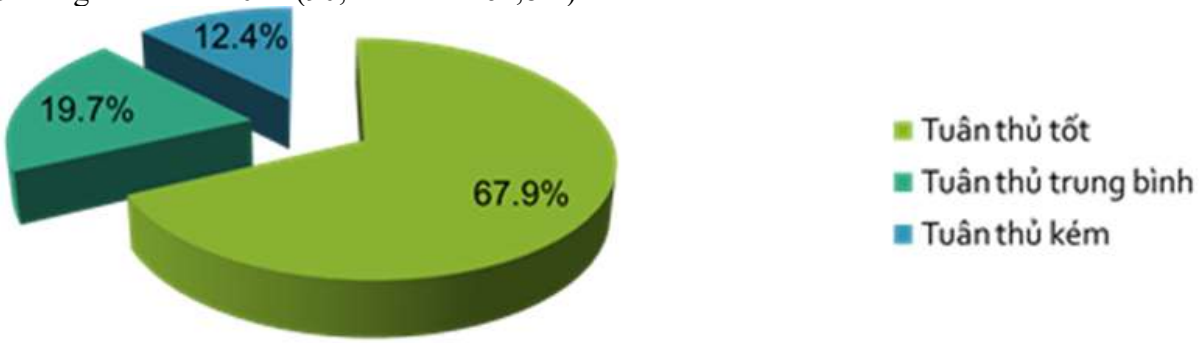
Hình 3.1. Số bệnh nhân COPD được quản lý điều trị ngoại trú

Số bệnh nhân COPD được quản lý điều trị ngoại trú trong 3 tháng đầu năm 2025 có xu hướng tăng dần.



Hình 3.2. Tỷ lệ tái khám của bệnh nhân COPD được quản lý điều trị ngoại trú

Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ tái khám của BN COPD tại 3 tháng đầu năm 2025 tăng cao hơn 3 tháng cuối năm 2024 (90,1% so với 61,8%).



Hình 3.3. Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc của bệnh nhân COPD được quản lý ngoại trú

Tỷ lệ bệnh nhân COPD tuân thủ tốt điều trị thuốc là 67,9%; còn có 12,4% bệnh nhân COPD tuân thủ kém.

Bảng 3.3. Tỷ lệ tuân thủ tư vấn phòng bệnh của bệnh nhân COPD được quản lý ngoại trú

TT	Nội dung	Số lượng	Tỉ lệ %
1	Tích cực thay đổi lối sống: Bỏ hoàn toàn hút thuốc	57	70,4
2	Tránh khói bụi	81	100
3	Vệ sinh răng miệng, tai mũi họng	59	72,8
4	Tham gia tập luyện thể lực thường xuyên	27	33,3
5	Ăn uống đủ dinh dưỡng, đảm bảo các chất đủ vitamin A, D, E	34	41,9
6	Tiêm vaccin phòng cúm và phế cầu	37	45,7
7	Tập phục hồi chức năng hô hấp	78	96,3
8	Cách sử dụng thuốc hít	68	83,9

Tỷ lệ tuân thủ sau khi được tư vấn phòng bệnh của bệnh nhân COPD được quản lý ngoại trú đạt cao ở các nội dung: tránh khói bụi, tập thở, sử dụng thuốc hít.

IV. BÀN LUẬN

Các đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Qua bảng 3.1, tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 71.04 ± 9.4, tuổi cao nhất 92, tuổi thấp nhất 50. Nhóm tuổi từ 60 đến dưới 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 66.6%, trong nhóm nghiên cứu không có trường hợp nào dưới 40 tuổi. Nam giới là chủ yếu, chiếm 86.4%, trong khi nữ giới chỉ chiếm 13.6%, điều này đã được đề cập trong nhiều hướng dẫn điều trị cũng như các nghiên cứu về COPD. Học vấn đa phần dưới trung học (77.8%) và đến 1/3 đối tượng nghiên cứu (34.5%) là không có lương hưu. Trong số các bệnh đồng mắc thường gặp, bệnh tim mạch là phổ biến nhất 53.1%, thấp nhất là bệnh đái tháo đường 16%. Ngoài ra các bệnh đồng mắc khác trong nghiên cứu: bệnh hô hấp, loãng xương và trào ngược dạ dày thực quản chiếm tỷ lệ lần lượt là 37%, 17.3% và 22.2%. Có 90.1% đối tượng nghiên cứu có tiền sử hút thuốc, 19.7% vẫn tiếp tục hút thuốc đến thời điểm nghiên cứu, mặc dù số lượng thuốc lá sử dụng có giảm tuy nhiên BN vẫn chưa bỏ được hoàn toàn.

Về các đặc điểm bệnh COPD của đối tượng nghiên cứu (bảng 3.2), bệnh nhân có thời gian mắc bệnh lâu nhất là 28 năm, thời gian mắc bệnh COPD trung bình là 7.41 năm, nhóm có thời gian mắc bệnh COPD dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 42%, trong khi nhóm có thời gian mắc bệnh từ 10 năm trở lên là 27.2%. 85.2% đối tượng nghiên cứu có điểm CAT≥10, trong khi 72.8% có điểm MRC≥2. Tỷ lệ bệnh nhân có số đợt cấp/năm ≥2 là 81.5%. 65.4% đối tượng nghiên cứu có chỉ số FEV1 ở mức 50-<80%, trong khi chỉ có 6.2% BN có chỉ số FEV1≥80%. Chứng tỏ những bệnh nhân COPD được quản lý tại khoa Nội 2 Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp đa số là những bệnh nhân nặng, nhiều triệu chứng, nhiều nguy cơ, điều này cũng phù hợp với 1 bệnh viện đa

khoa tuyến tỉnh lớn nhất vùng duyên hải Bắc bộ.

Thực trạng quản lý điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoại trú tại khoa Nội 2 Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2024-2025

Số bệnh nhân COPD được quản lý điều trị ngoại trú (hình 3.1) trong các tháng cuối năm 2024 có xu hướng tăng dần, xấp xỉ 300 bệnh nhân. Tuy nhiên đến tháng 1 năm 2025, số lượng bệnh nhân có sự sụt giảm đáng kể (còn 220 bệnh nhân) chủ yếu do chính sách bảo hiểm (xin giấy chuyển tuyến) và trùng với đợt nghỉ lễ lớn nhất trong năm (Tết Nguyên đán). Sang tháng 2 và 3, số lượng bệnh nhân lại dần tăng trở lại, đồng thời ghi nhận thêm một số bệnh nhân mới được chẩn đoán tham gia quản lý điều trị (tháng 2-11 bệnh nhân (4.1%) và tháng 3-8 bệnh nhân (2.8%)).

Theo hướng dẫn quản lý điều trị BN COPD, cũng như quy trình khám, điều trị BN COPD tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, BN COPD điều trị ngoại trú, được quản lý tại bệnh viện, hàng tháng đến tái khám theo hẹn của bác sỹ. Qua hình 3.2, tỷ lệ BN tuân thủ tái khám hàng tháng qua các giai đoạn 3 tháng cuối năm 2024 và 3 tháng đầu năm 2025 lần lượt là 61.8% và 90.1%. Tỷ lệ tuân thủ tái khám không cao ở giai đoạn 3 tháng cuối năm 2024 có thể được giải thích do ảnh hưởng của thời tiết chuyển lạnh khiến số đợt cấp gia tăng, các bệnh đồng mắc dễ trở nặng. Khi điều kiện khí hậu ổn định hơn và trải qua đợt cấp, được các bác sỹ thăm khám, tư vấn kỹ hơn, bệnh nhân càng thấy được tầm quan trọng của việc tái khám nên tỷ lệ tuân thủ tái khám lại cao trở lại ở giai đoạn 3 tháng đầu năm 2025.

Hình 3.3 cho thấy 67.9% BN tuân thủ tốt điều trị thuốc, 19.7% BN tuân thủ trung bình và 12.4% BN tuân thủ kém. Kết quả này có sự khác biệt so với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Tạ Hữu Ánh cho thấy có 49,3% tuân thủ điều trị thuốc [3]. Theo tác giả Agh, tỷ lệ tuân thủ thuốc ở bệnh nhân COPD là 58,2% [4]. Theo nghiên cứu LASSYC, một nghiên cứu đa trung tâm trên 795 bệnh nhân COPD tại 7 nước Châu Mỹ la tinh, tỷ lệ bệnh nhân COPD tuân thủ theo thang điểm Morisky là 51% [5]. Kết quả khác nhau giữa các nghiên cứu có nhiều lý do: cỡ mẫu khác nhau, mức độ nặng của bệnh, thái độ, nhận thức và điều kiện kinh tế vùng miền, chế độ chính sách về bảo hiểm y tế.

100% bệnh nhân COPD quản lý ngoại trú tại phòng khám của khoa Nội 2 Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp được tư vấn về 8 nội dung tư vấn: Tích cực thay đổi lối sống (Bỏ hoàn toàn việc hút thuốc lá, thuốc lào, kể cả thuốc lá điện tử); Tránh khói bụi; Vệ sinh răng miệng, tai mũi họng; Tham gia tập luyện thể lực thường xuyên; Ăn uống đủ dinh dưỡng, đảm bảo các chất đủ vitamin A, D, E; Tiêm vaccin phòng cúm và phế cầu; Tập phục hồi chức năng hô hấp; Cách sử dụng thuốc hít. Tuy nhiên, tỷ lệ tuân thủ sau tư vấn chỉ tốt ở một số nội dung như tránh khói bụi và tập phục hồi chức năng hô hấp, còn tập thể lực chỉ đạt 33.3% thấp nhất có lẽ do đa phần đối tượng nghiên cứu ở giai đoạn

nặng nên khả năng gắng sức bị hạn chế, đặc biệt về ăn uống đủ chất và tiêm phòng vaccine vẫn chưa được quan tâm đúng mức.

V. KẾT LUẬN

Số lượng bệnh nhân COPD được quản lý điều trị ngoại trú tại khoa Nội 2 Bệnh viên Hữu nghị Việt tiệp từ 9/2024 đến 3/2025 là gần 300 bệnh nhân; Tỷ lệ tái khám định kỳ 3 tháng cuối năm 2024 là 61.8% và 3 tháng đầu năm 2025 là 90.1%; Tỷ lệ tuân thủ tốt điều trị thuốc là 67.9%; Tỷ lệ tuân thủ tư vấn phòng bệnh: Tránh khói bụi đạt 100%, Tập phục hồi chức năng hô hấp đạt 96.3%.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.102

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Ngọc Sỹ** (2009). Nghiên cứu tình hình dịch tễ bệnh phổi phế quản mạn tính ở Việt Nam. Y học thực hành. 704(2), pp. 8-11.
2. **Global Burden of Disease Study 2017 - Causes of Death Collaborators** (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 392(10159), pp. 1736-1788.
3. **Tạ Hữu Ánh, Nguyễn Ngọc Tâm, Vũ Thị Thanh Huyền.** Đánh giá thực trạng tuân thủ điều trị ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú. Tạp chí Ý học Việt Nam. 2021; Tập 508 Số 2.
4. **Agh T, Inotai A, Meszaros A,** Factors associated with medication adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Respiration. 2011;82(4):328-34.
5. **Montes de Oca M, Menezes A, Wehrmeister FC, Lopez Varela MV, Casas A, Ugalde L, et al.** Adherence to inhaled therapies of COPD patients from seven Latin American countries: The LASSYC study. PLOS ONE. 2017;12(11): e0186777.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LONGO ĐIỀU TRỊ BỆNH TRĨ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Diêm Đăng Bình[1], Hồ Hữu An[1], Trần Tuấn Linh[1], Vũ Ngọc Sơn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ngắn hạn và dài hạn của phẫu thuật Longo điều trị bệnh trĩ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu có theo dõi dọc trên 571 bệnh nhân trĩ nội độ II–IV được điều trị bằng phẫu thuật Longo từ tháng 07/2018 đến tháng 07/2024. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân là nam (72,7%), tuổi trung bình 52,6 tuổi. Trĩ nội độ III chiếm tỷ lệ lớn nhất (79,7%). Thời gian phẫu thuật trung bình 26,9 phút. Biến chứng sớm phổ biến là bí tiểu (9,98%) và chảy máu (4,4%). Tỷ lệ tái phát chung là 8,2%, cao nhất ở nhóm trĩ độ IV (54,2%). Hẹp hậu môn được ghi nhận ở 10,2% bệnh nhân sau mổ. Phẫu thuật Longo cho kết quả tốt ở trĩ nội độ III với tỷ lệ tái phát chấp nhận được. **Kết luận:** Phẫu thuật Longo là phương pháp điều trị hiệu quả, ít đau, hồi phục nhanh, phù hợp cho trĩ nội độ III. Cần thận trọng khi chỉ định cho trĩ độ IV.

Từ khóa: Bệnh trĩ, phẫu thuật Longo

SUMMARY

OUTCOMES OF LONGO PROCEDURE FOR HEMORRHOID TREATMENT AT THE 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the short- and long-term outcomes of Longo surgery for hemorrhoids at the 108 Military Central Hospital in Vietnam. **Methods:** A prospective descriptive cohort study was conducted on 571 patients with internal hemorrhoids grade II–IV treated using Longo stapled hemorrhoidopexy from July 2018 to July 2024. Data were analyzed using SPSS 20.0. **Results:** The mean age was 52.6 years; male patients accounted for 72.7%. Grade III internal hemorrhoids comprised 79.7% of cases. Mean operative time was 26.9 minutes. Early complications included urinary retention (9.98%) and bleeding (4.4%). The overall recurrence rate was 8.2%, highest in grade IV hemorrhoids (54.2%). Anal stenosis occurred in 10.2% of cases. Longo surgery showed favorable results in grade III hemorrhoids with an acceptable recurrence rate. **Conclusion:** Longo stapled hemorrhoidopexy is an effective, low-pain, and rapid-recovery treatment for grade III hemorrhoids. Caution is advised in grade IV cases.

Keywords: Hemorrhoids, Longo procedure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ là một trong những bệnh lý phổ biến nhất ở vùng hậu môn – trực tràng, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống của người bệnh. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh trĩ

[1]*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
Chịu trách nhiệm chính: Diêm Đăng Bình
Email: drbinhbv108@gmail.com
Ngày nhận bài: 28/03/2025
Ngày phản biện khoa học: 8/4/2025
Ngày duyệt bài: 29/4/2025

đang có xu hướng gia tăng, đặc biệt ở nhóm tuổi trung niên và người làm việc văn phòng, ít vận động. Trĩ nội độ III – IV là giai đoạn bệnh thường đòi hỏi can thiệp ngoại khoa do các triệu chứng lâm sàng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt như sa búi trĩ, chảy máu, đau rát.

Phẫu thuật Longo (PPH – Procedure for Prolapse and Hemorrhoids) do Antonio Longo giới thiệu năm 1998, là một kỹ thuật ít xâm lấn, chủ yếu áp dụng cho trĩ nội độ III, với mục tiêu treo lại niêm mạc sa, đồng thời loại bỏ vùng đệm trĩ bằng máy khâu vòng tự động. Phương pháp này đã được chứng minh có nhiều ưu điểm như ít đau sau mổ, thời gian hồi phục nhanh, thẩm mỹ cao và ngày càng được áp dụng rộng rãi trên thế giới cũng như tại Việt Nam [1,2].

Tuy nhiên, bên cạnh các ưu điểm, phẫu thuật Longo vẫn tồn tại một số nguy cơ biến chứng xa như hẹp hậu môn, mất tự chủ đại tiện, hoặc tái phát, nhất là ở các trường hợp trĩ độ IV hoặc có tổn thương kết hợp. Do đó, việc đánh giá toàn diện kết quả ngắn hạn và dài hạn của phương pháp Longo là cần thiết để tối ưu hóa chỉ định và kỹ thuật mổ, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và giảm thiểu biến chứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh trĩ và được điều trị bằng phẫu thuật Longo tại Khoa Phẫu thuật hậu môn trực tràng và sàn chậu – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 07/2018 đến tháng 07/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu, có theo dõi dọc

2.3. Quy trình phẫu thuật

- Bệnh nhân được gây tê tủy sống. Nằm ngửa tư thế sản khoa.
- Nong hậu môn, đánh giá tổn thương, cố định dụng cụ ống nong tròn vào da.
- Khâu vòng xung quanh chu vi niêm mạc và dưới niêm mạc trực tràng phía trên đường lược 3–4 cm bằng chỉ Prolene 2/0 (các mũi khâu phải tránh lớp cơ và cơ thắt trong)
- Đặt đe và buộc mũi túi quanh trục bên dưới đe.
- Đưa máy vào và vặn chặt với đe, ở phụ nữ, cần thận trọng để tránh đường cắt vào thành sau âm đạo.
- Tiến hành bấm máy.
- Kiểm tra đường cắt nối sau khi rút máy xem có liên tục không hoặc tìm điểm chảy máu (nếu có)
- Các kỹ thuật phối hợp (nếu có):

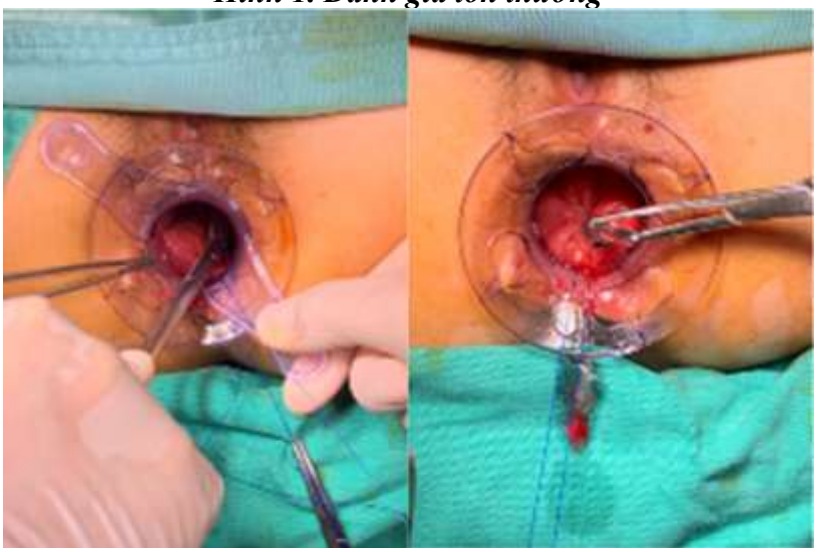
+ Khâu treo bổ sung niêm mạc trực tràng che phủ đường ghim tại các vị trí 3 giờ, 8 giờ, 11 giờ.

+ Cắt trĩ điểm, cắt da thừa hậu môn,…

- Kiểm tra cầm máu kỹ, băng ép betadine.



Hình 1. Đánh giá tổn thương



Hình 2. Khâu vòng niêm mạc và đặt đe



Hình 3. Đặt máy Longo và khâu treo niêm mạc trực tràn

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung của BN: Tuổi, giới, thời gian mắc bệnh (từ khi có triệu chứng bệnh tới khi được điều trị phẫu thuật)
- Chỉ định phẫu thuật (theo phân loại trĩ)
- Đặc điểm phẫu thuật:

+ Thời gian phẫu thuật và các yếu tố liên quan

+ Các xử trí bổ sung: Đốt điện cầm máu, khâu cầm máu diện cắt, cắt da thừa, cắt polyp hậu môn, mở búi trĩ lấy huyết khối,…

- Kết quả sớm:

+ Thời gian đau sau mổ (ngày)

+ Biến chứng sớm: Chảy máu, bí tiểu,…

+ Thời gian trở lại sinh hoạt bình tường sau mổ (ngày)

+ Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)

- Kết quả xa: Thời gian theo dõi xa, tỷ lệ trĩ tái phát, biến chứng xa: Hẹp hậu môn, mất tự chủ hậu môn

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, tổng cộng có 571 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn. Chúng tôi tiến hành phân tích số liệu và đưa ra một số kết quả chính:

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của BN

Chỉ tiêu đánh giá	Kết quả
Tuổi	52,6 ± 15,4 tuổi (16 - 80 tuổi)
Giới	Nam: 40 (72,7%) Nữ: 15 (27,3%)
TG mắc bệnh	33,4 ± 12,6 tháng (5 – 64 tháng)

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 52,6 tuổi, tỷ lệ mắc của nam chiếm đa số (72,7%), thời gian mắc bệnh trung bình 33,4 tháng.

Bảng 3.2. Chỉ định phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Trĩ nội độ II kèm sa niêm mạc trực tràng	92	16,1
Trĩ nội độ III	455	79,7
Trĩ độ IV	24	4,2

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được chỉ định đối với trĩ nội độ III (chiếm 79,7%)

Đặc điểm kỹ thuật

Bảng 3.2. Thời gian phẫu thuật và các yếu tố liên quan

Các yếu tố liên quan		Thời gian PT (phút)	p
Phân loại trĩ	Trĩ nội độ II (n=92)	22,3 ± 3,5	0,032
	Trĩ nội độ III (n=455)	26,9 ± 4,5	
	Trĩ độ IV (n=24)	31,5 ± 7,3	
Phẫu thuật longo kết hợp với các kỹ thuật khác	Longo đơn thuần (n=79)	24,2 ± 4,2	<0.05
	Khâu treo (n=424)	26,3 ± 5,7	
	Cắt da thừa (n=23)	25,1 ± 2,3	
	Cắt trĩ điểm (n=45)	32,0 ± 6,5	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 26,9 phút. Đa phần các trường hợp được khâu treo tăng cường sau khi cắt (74,2%). Có sự khác biệt giữa thời gian phẫu thuật và phân loại trĩ, các kỹ thuật kỹ thuật phối hợp trong mổ

Kết quả sớm

- Thời gian đau sau mổ trung bình là 2,3 ± 1,7 ngày (1 – 5 ngày).
- Đa phần bệnh nhân đau 2 ngày đầu sau mổ.
- Tỷ lệ biến chứng chung là 14,38%, trong đó chủ yếu là bí tiểu (9,98%), chảy máu 4,4%
- Thời gian trở lại sinh hoạt bình thường sau mổ 2,7 ± 2,3 ngày (1 – 5 ngày)
- Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 3,4 ± 2,9 ngày (1 – 6 ngày)

Kết quả xa

- Thời gian theo dõi xa trung bình 34,7 ± 12,3 tháng (3 – 60 tháng)

Bảng 3.3. Biến chứng xa

Biến chứng xa	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hẹp hậu môn	58	10,2
Hẹp nhẹ	22	3,9
Hẹp vừa	19	3,3
Hẹp nặng	17	3,0

- Biến chứng hẹp hậu môn gặp ở 10,2% bệnh nhân.

Bảng 3.4. Tái phát

Chỉ định phẫu thuật ban đầu	Số BN tái phát	Tỷ lệ %
Trĩ nội độ II kèm sa niêm mạc trực tràng (n = 92)	3	3,3
Trĩ nội độ III (n = 455)	31	6,6
Trĩ độ IV (n = 24)	13	54,2

- Có 47 bệnh nhân tái phát (8,2%), trong đó nhóm trĩ độ IV có tỷ lệ tái phát sau mổ lên tới 54,2%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 52,6 ± 15,4 tuổi, phù hợp với độ tuổi thường gặp của bệnh trĩ (40–60 tuổi), như được mô tả bởi Lohsiriwat (2015) [1]. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (72,7%) cũng tương tự như nhiều nghiên cứu châu Á, có thể do đặc điểm sinh hoạt, chế độ ăn uống và thói quen sinh lý (uống rượu, hút thuốc) ở nam giới là yếu tố nguy cơ thúc đẩy tiến triển bệnh trĩ [3].

Thời gian mắc bệnh trung bình là 33,4 tháng, cho thấy phần lớn bệnh nhân đã có quá trình diễn tiến dài trước khi được điều trị. Điều này phản ánh thực trạng bệnh nhân Việt Nam thường trì hoãn khám chữa bệnh trĩ do tâm lý e ngại hoặc tự điều trị tại nhà, làm tăng nguy cơ phải can thiệp phẫu thuật ở giai đoạn nặng hơn.

4.2. Chỉ định phẫu thuật

Trĩ nội độ III chiếm tỷ lệ cao nhất (79,7%) trong chỉ định mổ – phù hợp với chỉ định kinh điển của kỹ thuật Longo [2,3]. Chỉ 4,2% bệnh nhân trĩ độ IV được mổ Longo,

tuy nhiên, tỷ lệ tái phát cao ở nhóm này (54,2%) cho thấy rằng Longo không phải là lựa chọn tối ưu cho trĩ độ IV. Nghiên cứu của Ho (2000) và Gencosmanoglu (2002) đều nhấn mạnh rằng trĩ độ IV có tỷ lệ thất bại cao hơn khi áp dụng Longo, do hiện tượng sa và xơ hóa lớn làm cho khâu vòng khó kiểm soát và hiệu quả treo kém hơn [3,5].

4.3. Thời gian phẫu thuật và các yếu tố liên quan

Thời gian phẫu thuật trung bình 26,9 phút trong nghiên cứu này là hợp lý và nhanh chóng so với nhiều báo cáo quốc tế (khoảng 30–40 phút) [3,13]. Sự khác biệt thời gian phẫu thuật theo phân loại trĩ ($p = 0,032$) và theo kỹ thuật phối hợp cũng đã được các nghiên cứu khác ghi nhận. Ví dụ, Ravo (2002) cho thấy cắt trĩ điểm kết hợp làm tăng thời gian mổ trung bình thêm 5–10 phút [6].

Khâu treo bổ sung niêm mạc trực tràng trong nghiên cứu chiếm tới 74,2%, đây là một yếu tố quan trọng giúp giảm tỷ lệ sa tái phát sau mổ, đã được Wang (2016) chứng minh trong một nghiên cứu phân tích tổng hợp tại Trung Quốc [7].

4.4. Kết quả sớm

Tỷ lệ biến chứng sớm trong nghiên cứu là 14,38%, chủ yếu là bí tiểu (9,98%) và chảy máu (4,4%). Tỷ lệ này tương đương với các nghiên cứu từ Hàn Quốc và Nhật Bản (bí tiểu 7–12%, chảy máu 3–5%) [7,8]. Nguyên nhân bí tiểu thường do phản xạ ức chế cơ trơn bàng quang sau gây tê tủy sống và đau vùng tầng sinh môn, có thể được cải thiện bằng thuốc và catheter ngắn hạn.

Thời gian đau sau mổ trung bình 2,3 ± 1,7 ngày là một ưu điểm nổi bật, ngắn hơn rõ rệt so với phương pháp cắt trĩ kinh điển (4–6 ngày) [8], phản ánh lợi ích của kỹ thuật không can thiệp vào vùng da nhạy cảm hậu môn.

Thời gian nằm viện trung bình 3,4 ngày và hồi phục sinh hoạt sau 2,7 ngày là chỉ số quan trọng về hiệu quả kinh tế - xã hội, giúp bệnh nhân sớm quay lại công việc. Giordano (2021) đã khẳng định Longo là một kỹ thuật lý tưởng cho những bệnh nhân cần hồi phục nhanh [5].

4.5. Kết quả xa

Thời gian theo dõi trung bình 34,7 tháng là đủ để ghi nhận các biến chứng muộn như hẹp hậu môn và tái phát. Biến chứng hẹp hậu môn gặp ở 10,2% bệnh nhân, cao hơn mức trung bình được báo cáo (khoảng 5–7%) [9]. Phân tích thêm cho thấy hẹp mức độ nhẹ và vừa chiếm đa số – điều này có thể giảm thiểu bằng tập vật lý trị liệu và nong hậu môn nhẹ nhàng. Kỹ thuật khâu vòng không chính xác, dùng chỉ quá sâu hoặc vòng cắt rộng có thể là nguyên nhân. Một hướng cải tiến được đề xuất bởi các nghiên cứu gần đây là sử dụng các thiết bị Longo cải tiến có đường kính lớn hơn, kèm với kỹ thuật khâu chính xác hơn dưới hướng dẫn nội soi để giảm biến chứng này.

4.6. Tái phát

Tỷ lệ tái phát chung 8,2% là chấp nhận được, phù hợp với các nghiên cứu như của Zhu (2018) (6–10%) [10]. Tuy nhiên, sự chênh lệch lớn giữa các mức độ trĩ là đáng chú ý: trĩ độ IV có tỷ lệ tái phát tới 54,2%, trong khi trĩ độ III là 6,6% và độ II là 3,3%. Điều này khẳng định rằng chỉ định Longo nên giới hạn chủ yếu ở trĩ nội độ III, và cần phối hợp thêm kỹ thuật hỗ trợ ở trĩ nặng hơn.

Ngoài ra, yếu tố kỹ thuật và chăm sóc hậu phẫu cũng ảnh hưởng lớn đến kết quả xa. Việc tuân thủ hướng dẫn tái khám, tập co thắt hậu môn, chế độ ăn uống – sinh hoạt hợp lý giúp giảm nguy cơ tái phát và biến chứng muộn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật Longo là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh trĩ nội độ III, với ưu điểm nổi bật là ít đau, thời gian hồi phục nhanh và tỷ lệ biến chứng thấp trong ngắn hạn. Tuy nhiên, cần thận trọng khi chỉ định cho bệnh nhân trĩ độ IV hoặc có sa nhiều, và nên phối hợp thêm các thủ thuật hỗ trợ để giảm tỷ lệ tái phát. Việc kiểm soát chất lượng kỹ thuật mổ và theo dõi lâu dài là cần thiết để hạn chế biến chứng xa như hẹp hậu môn. Từ các kết quả này, có thể khuyến nghị tăng cường đào tạo kỹ thuật Longo và áp dụng có chọn lọc theo từng đối tượng bệnh nhân cụ thể nhằm tối ưu hóa hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lohsiriwat V.** Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. World J Gastroenterol. 2015;21(31):9245–9252.
2. **Longo A.** Treatment of hemorrhoidal disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular stapler. Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery. Rome; 1998.
3. **Ho YH, Cheong WK, Tsang C, et al.** Stapled hemorrhoidectomy—cost and effectiveness. Dis Colon Rectum. 2000; 43(12):1666–1675.
4. **Gencosmanoglu R, Inceoglu R.** Comparison of stapled and open hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum. 2002;45(1):70–75.
5. **Giordano P, Gravante G.** Reappraisal of stapled hemorrhoidopexy. Surg Innov. 2021;28(2):139–146.
6. **Ravo B, Amato A, Bianco V, et al.** Prospective randomized trial comparing stapler hemorrhoidopexy and open hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum. 2002;45(12):1542–1548.
7. **Wang J, Sun Z, Yu J, et al.** Modified stapled hemorrhoidopexy combining with resection of external hemorrhoids. Int J Colorectal Dis. 2016;31(6):1167–1175.
8. **Oh TJ, Kang SB, Kim DW, et al.** Complications and recurrence after stapled hemorrhoidopexy. World J Surg. 2013;37(2): 419–426.
9. **Fazio VW, Tjandra JJ, Church JM.** The Stapled Hemorrhoidopexy. Semin Colon Rectal Surg. 2001;12(2):123–132.
10. **Zhu Y, Wang X, Zhang H, et al.** Long-term outcomes of stapled hemorrhoidopexy. Tech Coloproctol. 2018;22(3):161–170.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM PHỔI DO *H. INFLUENZAE* VÀ ĐẶC TÍNH KHÁNG THUỐC CỦA VI KHUẨN GÂY BỆNH TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG

Đinh Dương Tùng Anh[1,2], Nguyễn Phương Thắm[1], Nguyễn Thị Vân Nhi[1], Cao Kim Tiến[1], Trần Thị Thanh Hằng[1], Nguyễn Thị Thuý Hường[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi do *H. influenzae* (HI)và đặc tính kháng thuốc của vi khuẩn gây bệnh tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả 119 trường hợp trẻ từ ≥ 2 tháng tuổi điều trị viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) có kết quả cấy dịch tỵ hầu mọc HI tại khoa Hô hấp - bệnh viện Trẻ em - Hải Phòng từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** VPCĐ do HI chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ dưới 2 tuổi. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của VPCĐ do HI không có nét đặc trưng riêng và thể hiện chủ yếu các triệu chứng ho, khò khè, phổi có ran, tổn thương nốt mờ rải rác hai bên phổi trên phim Xquang ngực. Hầu hết các chủng HI còn nhạy cảm với cephalosporin thế hệ 3, meropenem, piperacillin/tazobactam và levofloxacin. Một tỷ lệ lớn các chủng HI đã đề kháng với các kháng sinh như cefuroxim, azithromycin và cotrimoxazol. **Kết luận:** Các kết quả nghiên cứu trên gợi ý phác đồ kháng sinh đầu tay trong điều trị VPCĐ do HI nên lựa chọn kháng sinh nhóm ß-lactam thế hệ 3 cho các ca bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện.

Từ khóa: viêm phổi, trẻ em, kháng kháng sinh, *H. influenzae*

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PNEUMONIA CAUSED BY *H. INFLUENZAE* AND THE ANTIBIOTIC RESISTANCE CHARACTERISTICS OF THE PATHOGENIC BACTERIA AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL

Objectives: To describe clinical and paraclinical characteristics of pneumonia caused by *H. influenzae* (HI) and drug resistance characteristics of pathogenic bacteria at Hai Phong Children's Hospital in 2024. **Subjects and methods:** The study describes 119 cases of children aged ≥2 months treated for CAP with nasopharyngeal culture results showing HI at the Respiratory Department - Hai Phong Children's Hospital from January 2024 to December 2024. **Results:** CAP caused by HI is mainly found in children under 2 years old. Clinical and paraclinical symptoms of CAP caused by HI did not demonstrate specific characteristics and mainly manifest as symptoms of cough, wheezing, lung crackles, and scattered bilateral lung opacities on chest X-ray. Most HI strains were still susceptible to third-generation cephalosporins, meropenem, piperacillin/ tazobactam, and levofloxacin. A large proportion of HI strains were resistant to antibiotics such as cefuroxime, azithromycin, and cotrimoxazole. **Conclusion:** The above study results suggested that the first-line antibiotic regimen in the treatment of CAP caused by HI should choose third-generation ß-lactam antibiotics for inpatients in the hospital.

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Trẻ em - Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh
Email: ddtanh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 26/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025
Ngày duyệt bài: 7/5/2025

Keywords: pneumonia, children, antibiotic resistance, *H. influenzae*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi khuẩn *H. Influenzae* (HI) là một trong những nguyên nhân gây viêm phổi phổ biến ở trẻ em, đặc biệt là trẻ nhỏ. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Phạm Văn Đếm gần đây đã phát hiện các vi khuẩn thường gặp gây VPCĐ ở trẻ dưới 5 tuổi là *H. influenzae* (HI) chiếm tỷ lệ cao nhất (22,5%) trong tổng số ca bệnh [1]. Một nghiên cứu khác về căn nguyên viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Thanh Hóa cũng cho thấy trong giai đoạn 2021-2022, HI cũng là căn nguyên gây bệnh thường gặp nhất (34,7%) [2].

Các nghiên cứu trước đây cho thấy HI đã có sự đề kháng nhất định với một số loại kháng sinh. Một nghiên cứu về tỷ lệ viêm phổi ở trẻ em do HI và tính kháng kháng sinh của HI đã được triển khai tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong giai đoạn 2019-2020 đã cho thấy VPCĐ do HI ở trẻ em chiếm tỷ lệ 25,6% số trường hợp VPCĐ do vi khuẩn, chủ yếu ở trẻ nhỏ dưới 1 tuổi. Một tỷ lệ lớn các chủng HI đã đề kháng với các kháng sinh đường uống thông dụng như cefuroxim, azithromycin và cotrimoxazol [3]. Nhằm tiếp tục giám sát thực trạng kháng thuốc của HI cũng như cải thiện công tác chẩn đoán và điều trị viêm phổi cộng đồ do HI ở trẻ em, chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi do *H. influenzae* tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong năm 2024.

2. Nhận xét đặc tính kháng thuốc của vi khuẩn *H. influenzae* phân lập được ở các bệnh nhân nói trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các hồ sơ bệnh án của bệnh nhi từ 2 tháng đến <15 tuổi được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng và có kết quả cấy dịch tỵ hầu (tiến hành tại thời điểm trẻ nhập viện) mọc HI đã điều trị tại khoa Hô hấp – Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng (BVTEHP) từ ngày 01/01/2024 đến ngày 31/12/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng

Các bệnh nhi có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi cộng đồng theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới [4]: bao gồm các triệu chứng như: trẻ có ho, có tần số thở nhanh theo tuổi hoặc khó thở, nghe phổi thấy ran ẩm to nhỏ hạt, có thể kèm ran rít, ngáy. Ngoài ra, hình ảnh X-quang tim phổi thấy đám mờ to nhỏ rải rác hai trường phổi, tập trung vùng rốn phổi, cạnh tim hai bên, có thể tập trung một thùy hoặc một phân thùy phổi. Trẻ được làm xét nghiệm nuôi cấy dịch tỵ hầu ngay tại thời điểm nhập khoa Hô hấp – BVTEHP cho kết quả mọc HI và được làm kháng sinh đồ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Các trẻ được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng do HI nhưng gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc hồ sơ bệnh án không thể hiện đầy đủ các dữ liệu nghiên cứu cần thiết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ tất cả các bệnh nhi đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin: thông tin được thu thập qua thăm khám các

ca bệnh bởi các bác sĩ chuyên khoa Hô hấp Nhi có kinh nghiệm và khai thác thông tin từ các bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được chọn theo mẫu bệnh án đã thiết kế trước.

2.4. Xử lý số liệu: thông tin sau khi thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0 (IBM®, USA).

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Thông tin thu thập được chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được thông qua Hội đồng Khoa học trường Đại học Y Dược Hải Phòng (mã số: HPMU.ĐTCS.2024.90 theo quyết định số 2004/QĐ-YDHP ngày 30 tháng 9 năm 2024) và sự đồng ý của Ban Lãnh đạo Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

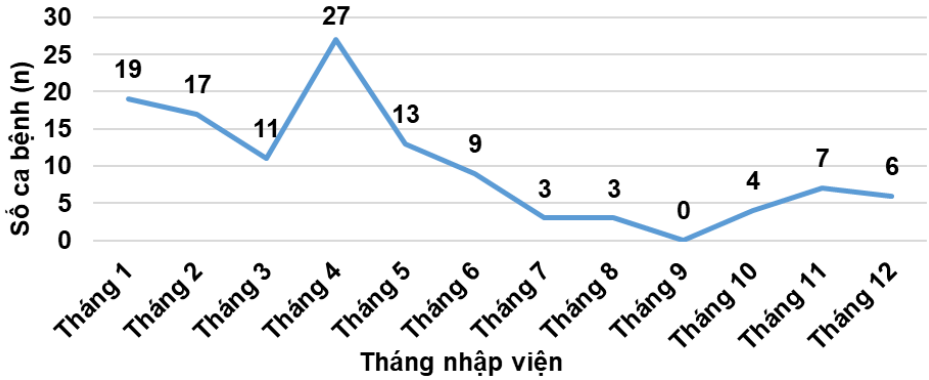
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/01/2024 đến 31/12/2024 có 119 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được chẩn đoán là VPCĐ và có kết quả nuôi cấy vi khuẩn gây bệnh từ bệnh phẩm dịch tỵ hầu là *H. influenzae*.

Bảng 1: Một số đặc điểm chung của viêm phổi cộng đồng ở trẻ em do H. influenzae (n=119)

Chỉ tiêu	Đặc tính	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi (tháng) Tuổi trung bình chung: 17,66 ± 13,34 tháng; tuổi trung bình của nhóm trẻ nam: 15,05 ± 11,15 tháng; tuổi trung bình của nhóm trẻ nữ: 20,36 ± 14,87 tháng	2 - < 12 tháng tuổi	48	40,3
	12 - < 24 tháng tuổi	38	31,9
	≥ 24 tháng tuổi	33	27,8
Giới	Nam	60	50,4
	Nữ	59	49,6
Địa dư	Nông thôn	90	75,6
	Thành thị	29	24,4
Lí do vào viện	Ho đờm	43	36,1
	Ho khan	34	28,6
	Khò khè	15	10,9
	Khó thở	13	12,6
	Sốt	2	1,8
	Tiêu chảy	5	4,2
	Nôn	5	4,2
	Loét miệng	1	0,8
	Nổi ban tay chân	1	0,8
Tiền sử sử dụng kháng sinh trước khi vào viện	Có dùng kháng sinh trước khi vào viện	104	87,4
	Không dùng kháng sinh trước khi vào viện	15	12,6

Nhóm tuổi trẻ hay mắc viêm phổi do *H. influenzae* nhất là < 24 tháng (72,2%). Bệnh gặp ở hai giới với tỷ lệ tương đương nhau, với đa phần bệnh nhân đến từ vùng nông thôn. Lí do vào viện phổ biến nhất là trẻ bị ho, thở khò khè hoặc có khó thở. Chỉ có 2/119 trẻ có lí do vào viện là sốt (1,7%). Hầu hết các ca bệnh đã sử dụng kháng sinh trước khi vào viện.



Hình 1. Phân bố bệnh nhi theo tháng mắc bệnh

Các ca viêm phổi do HI thường gặp nhiều nhất trong 06 tháng đầu năm 2024 (tháng 1 đến tháng 6).

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của viêm phổi do H. influenzae (n=119)

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ho	119	100
Sốt	66	55,5
Thở khò khè	37	31,1
Chảy mũi	31	26,1
Tiêu chảy	24	20,2
Nôn	15	12,6
Bỏ bú, ăn kém	7	5,9
Thở nhanh theo lứa tuổi	96	80,7
Rút lõm lồng ngực	9	7,6
Ran ẩm	118	99,2
Ran rít, ran ngáy	45	37,8

Trẻ mắc bệnh có triệu chứng ho, thở nhanh theo lứa tuổi và phổi có ran ẩm gặp ở hầu hết các ca bệnh. Sốt và thở khò khè gặp ở một tỷ lệ thấp hơn (55,5% và 31,1%).

Bảng 3. Kết quả một số xét nghiệm cận lâm sàng của viêm phổi do H. influenzae (n=119)

Chỉ số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số lượng bạch cầu	Giảm	0	0
	Bình thường	51	42,9
	Tăng	68	57,1
Tỷ lệ bạch cầu trung tính	Giảm	4	3,3
	Bình thường	44	40,0
	Tăng	71	59,7

CRP định lượng	≤ 6mg/l	54	45,4
	> 6mg/l	65	54,6
Hình ảnh tổn thương trên phim X-quang ngực	Tăng đậm 2 bên rốn phổi	26	21,8
	Nốt mờ nhỏ 2 bên phổi	87	73,1
	Thâm nhiễm thùy phổi	4	3,4
	Dày thành phế quản phổi	37	31,1
	Tràn dịch màng phổi	0	0
Virus đồng nhiễm	Cúm A	2	1,7
	Cúm B	1	0,8
	RSV	8	6,7
	Rota virus	5	4,2

Tỷ lệ trẻ mắc bệnh có số lượng bạch cầu tăng cao chiếm 57,1%. Không có trẻ nào có số lượng bạch cầu giảm. Tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng và CRP tăng cũng không chiếm tỷ lệ quá cao, chỉ gặp ở 59,7% và 54,6%. Tổn thương nốt mờ nhỏ 2 bên phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (73,1%). Thâm nhiễm thùy phổi chỉ chiếm một tỷ lệ thấp (3,4%).

Bảng 4. Tính kháng kháng sinh của H. influenzae

Nhóm kháng sinh	**Tên kháng sinh**	**n**	**Nhạy**		**Trung gian**		**Kháng**	
			SL	**%**	**SL**	**%**	**SL**	**%**
Penicillin	Amoxicillin/ clavunalic acid	114	49	43	0	0	65	57
	Piperacillin/ tazobactam	114	114	100	0	3,6	0	0
	Ampicillin	110	3	2,7	0	3,5	107	97,3
	Ampicillin/ sulbactam	112	11	9,8	0	0	101	90,2
Cephalosporin	Ceftriaxon	112	108	96,4	4	15	0	0
	Cefotaxim	114	110	96,5	4	3,5	0	0
	Cefuroxim	113	4	3,5	0	68	109	96,5
	Cefepime	113	96	85	17	0,9	0	0
	Ceftazidim	113	109	96,5	4	0	0	0
Macrolid	Azithromycin	103	33	32	0	0	70	68
Sulfamid	Trimethomprim/sulfamethoxazol	109	14	12,8	1	0,9	94	86,2
Quinilon	Levofloxacin	110	100	90,9	10	1	0	0
	Ciprofloxacin	85	74	87	10	0	1	1,2
Carbapenem	Imipenem	114	106	93	7	3,6	1	0,9
	Meropenem	105	104	99	1	3,5	0	0

Các chủng HI phân lập được còn nhạy cảm cao với các kháng sinh thuộc nhóm carbapenem, cephalosporin (trừ cefuroxim đã kháng gần như hoàn toàn) và piperacillin/ tazobactam. Vi khuẩn này cũng chỉ còn độ nhạy rất thấp với các loại kháng sinh thông dụng như: amoxicillin/ clavunalic acid, azithromycin, trimethoprim/ sulfamethoxazole, ampicillin và ampicillin/ sulbactam.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi cộng đồng do H. influenzae ở trẻ em

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm tuổi trẻ hay mắc viêm phổi do HI nhất là < 24 tháng (72,2%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 17,66 ± 13,34 tháng, độ tuổi trung bình ở nhóm trẻ nam là 15,05 ± 11,15 tháng, thấp hơn so với độ tuổi trung bình ở nhóm trẻ nữ là 20,36 ± 14,87 tháng tuổi (p = 0,0293, unpaired t test). Bệnh gặp ở hai giới với tỷ lệ tương đương nhau, với đa phần bệnh nhân đến từ vùng nông thôn. Kết quả nghiên cứu này cho thấy có sự tương đồng so với độ tuổi trung bình của trẻ mắc viêm phổi do HI tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019-2020 (15,6 ± 4,3 tháng) [3] và tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2020-2021 (17,68 ± 21,34 tháng) [5]. Có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu này so với một số nghiên cứu trước đây cho thấy bệnh có xu hướng gặp nhiều ở trẻ nam hơn trẻ nữ [2, 5]. Lí do vào viện phổ biến nhất là trẻ bị ho, thở khò khè hoặc có khó thở. Chỉ có 2/119 trẻ có lí do vào viện là sốt (1,7%). Trong khi đó, qua khảo sát các triệu chứng lâm sàng của nhóm bệnh nhân, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ trẻ viêm phổi do HI có sốt chiếm tỷ lệ khá cao (55,5%). Điều này đặt ra vấn đề về tầm quan trọng của việc giáo dục sức khỏe cho người chăm sóc trẻ, đặc biệt là trẻ nhỏ dưới 5 tuổi về phát hiện và quản lý sốt ở trẻ em.

Các ca viêm phổi do HI thường gặp nhiều nhất trong giai đoạn nửa đầu năm 2024 (tháng 1 đến tháng 6). Trẻ mắc bệnh có triệu chứng ho, thở nhanh theo lứa tuổi và phổi có ran ẩm gặp ở hầu hết các ca bệnh. Sốt và thở khò khè gặp ở một tỷ lệ thấp hơn (55,5% và 31,1%). Tỷ lệ trẻ mắc bệnh có số lượng bạch cầu tăng cao chiếm 57,1%. Không có trẻ nào có số lượng bạch cầu giảm. Tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng và CRP tăng cũng không chiếm tỷ lệ quá cao, chỉ gặp ở 59,7% và 54,6%. Tổn thương nốt mờ nhỏ 2 bên phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (73,1%). Thâm nhiễm thùy phổi chỉ chiếm một tỷ lệ thấp (3,4%). So sánh với một nghiên cứu về viêm phổi cồng đồng ở Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2021 cho thấy các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi do HI cũng không có đặc điểm khác biệt nổi trội so với các căn nguyên khác với những triệu chứng chính thường gặp là ho, sốt, phổi có ran [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương trên phim Xquang của viêm phổi do HI được ghi nhận với tỷ lệ cao nhất là các nốt mờ nhỏ hai bên phổi (73,1%), tỷ lệ thâm nhiễm thùy phổi chỉ gặp ở 3,4%. Nốt mờ rải rác 2 bên phổi cũng là tổn thương thường gặp nhất trong 1 nghiên cứu về viêm phổi do phế cầu với tỷ lệ tương đương (chiếm 66,2%) với nghiên cứu của chúng tôi về viêm phổi do HI. Như vậy, tổn thương trên Xquang ngực thường gặp của viêm phổi do HI cũng chưa cho thấy những đặc trưng riêng rõ nét.

Tỷ lệ phát hiện đồng nhiễm Rotavirus trong nghiên cứu này là 4,2%, thấp hơn rõ ràng so với tỷ lệ trẻ có tiêu chảy (20,2%) và nôn (12,6%). Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc lưu ý phát hiện và kiểm soát các rối loạn của đường tiêu hóa trong bệnh cảnh lâm sàng của các ca viêm phổi do HI điều trị nội trú tại bệnh viện.

4.2. Sự nhạy cảm với các loại kháng sinh của vi khuẩn H. influenzae

Trong nghiên cứu của chúng tôi về giám sát sự kháng thuốc của vi khuẩn gây viêm đường hô hấp ở trẻ em Hải Phòng, có sự thay đổi rõ rệt về tỷ lệ kháng kháng sinh của HI tại các vùng lãnh thổ và các thời điểm khác

nhau. Từ những năm 2000 đến năm nay, tỷ lệ đề kháng cao và ngày càng gia tăng của HI với một số loại kháng sinh. Tỷ lệ HI kháng cefuroxim tăng từ 8,7% năm 2000 [7] lên 57,4% năm 2012 [8] đến 94,5% năm 2017 [9] và 94,4% trong nghiên cứu tại cùng địa điểm là BVTEHP giai đoạn 2019 - 2020 [3]. Tỷ lệ HI kháng azithromycin tăng mạnh từ 7,4% năm 2012 [8] lên 25,7% năm 2017 [9], 85,7% trong nghiên cứu năm 2019 - 2020 [3] và 68% trong nghiên cứu này. Nghiên cứu tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2020 - 2021 cũng cho thấy các chủng HI gây viêm phổi ở trẻ em đã kháng lại cefuroxime với tỷ lệ cao (80,1%) và không nhạy cảm với azithromycin ở một tỷ lệ tương đối (54,4%) [5].

Trong nghiên cứu này, HI cũng cho thấy còn ít nhạy cảm với hai loại kháng sinh đường uống được sử dụng rộng rãi gần đây là amoxicillin/clavunalic acid (43%) và trimethomprim/ sulfamethoxazol (12,8%). Một nghiên cứu tại bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy HI gây viêm phổi cũng kháng cao với trimethomprim/sulfamethoxazol (94,7%) và chỉ còn nhạy tương đối với amoxicillin/clavunalic acid (60,3%) [5].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy HI còn nhạy cảm ở mức độ cao (trên 90%) với các loại kháng sinh như: ceftriaxon, cefotaxim, ceftazidim, levofloxacin và carbapenem. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu tại bệnh viện Nhi Trung ương gần đây [5]. Đây là những gợi ý cho việc lựa chọn kháng sinh đầu tay trong điều trị các trường hợp trẻ mắc viêm phổi do HI điều trị nội trú. Kết quả này có ý nghĩa gợi ý với những cơ sở y tế hiện đang áp dụng việc xác định nhiễm HI bằng kỹ thuật PCR và không thể kiểm tra đặc tính kháng thuốc của vi khuẩn gây bệnh qua kháng sinh đồ.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi cộng đồng do HI ở trẻ em tại BVTEHP chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ dưới 24 tháng tuổi. Hầu hết các chủng HI còn nhạy cảm với carbapenem, piperacillin/tazobactam và levofloxacin. Một tỷ lệ lớn các chủng HI đã đề kháng với kháng sinh như cefuroxim, azithromycin và cotrimoxazol. Các phác đồ kháng sinh đầu tay có hiệu quả trong điều trị VPCĐ do HI được khuyến cáo từ nghiên cứu này là sử dụng kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 (ceftriaxon, cefotaxim, ceftazidim).

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.90

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Van Dem, P. and N. Thanh Nam,** Clinical, Paraclinical Characteristics and Pathogens of Pneumonia in Children at the Pediatric Deparment, Bach Mai Hospital. VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences; Vol 36 No2. DOI:10.25073/2588-1132/vnumps.4236, 2020.
2. **Lê Thu Hoài, Trần Duy Vũ và Nguyễn Thị Yến,** Tỷ lệ và căn nguyên viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 517(Số 1-tháng 8): p. 163-166.
3. **Đinh Dương Tùng Anh, et al.,** Thực trạng kháng kháng sinh của *H. influenzae* và kết quả điều trị viêm phổi cộng đồng do H. influenzae tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

2019-2020. Tạp chí Y học Việt Nam. 515 (Số đặc biệt - Phần II - Tháng 6): p. 42-47.

4. **WHO.** Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee, in Revised WHO Classification and Treatment of Pneumonia in Children at Health Facilities: Evidence Summaries. 2014, World Health Organization. Copyright © World Health Organization 2014: Geneva.
5. **Trương Thị Việt Nga, et al.,** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính kháng kháng sinh của viêm phổi do *Haemophilus influenze* ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp chí Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, 2023. 130 (4): p. 52-58.
6. **Bùi Anh Sơn, Lê Thị Minh Hằng và Nguyễn Thị Thúy Hằng,** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính nhạy cảm kháng sinh của *Streptococcus pneumoniae* gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021. 507 (Số 2 - tháng 10): p. 269-272.
7. **Đỗ Thị Thanh Xuân,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh viêm phổi do vi khuẩn kháng kháng sinh ở trẻ em. 2000, Trường Đại học Y Hà Nội: Luận án Tiến sĩ Y học. p. 136.
8. **Ngô Thị Phương Nga và Trần Thanh Tú,** Mức độ nhạy cảm kháng sinh và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi vi khuẩn *Haemophilus influenza* ở trẻ em. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2012. 80 (3A): p. 153-158.
9. **Phạm Văn Hòa,** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và tính kháng kháng sinh của viêm phổi do vi khuẩn *Haemophilus influenzae* ở trẻ em. 2017, Trường Đại học Y Hà Nội: Luận văn Thạc sĩ Y học.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM THỰC VẬT, THÀNH PHẦN HÓA HỌC VÀ TÁC DỤNG ỨC CHẾ ACETYLCHOLINESTERASE CỦA *SELAGINELLA SP*. THU HÁI TẠI BẢO LÂM, LÂM ĐỒNG

Đinh Hoàng Hưng[1], Ngô Thị Tuyết Nhi[1], Nguyễn Khánh Linh[1], Trần Thị Ngân[2], Ngô Thị Quỳnh Mai[2]

TÓM TẮT

Các loài *Selaginella*, họ Selaginellaceae là nhóm thực vật có mạch cổ xưa, xuất hiện từ khoảng 400 triệu năm trước, góp phần quan trọng trong việc nghiên cứu tiến hóa của thực vật. Tại Việt Nam, chi này phân bố khá phổ biến với nhiều loài đa dạng. Trong nghiên cứu này, một loài *Selaginella* được thu thập tại Đà Lạt đã được phân tích nhằm xác định chính xác danh pháp khoa học và khảo sát sơ bộ thành phần hóa học cũng như hoạt tính. Quá trình nghiên cứu áp dụng phương pháp mô tả hình thái ngoài, đặc điểm giải phẫu, phản ứng hóa học và thử hoạt tính in vitro để thu thập dữ liệu cần thiết. Kết quả thu được đã cung cấp thông tin chi tiết về đặc điểm hình thái ngoài và cấu trúc giải phẫu của các cơ quan dinh dưỡng, đồng thời giúp định danh sơ bộ loài. Bên cạnh đó, sự hiện diện của các hợp chất sinh học quan trọng như sterol, carotenoid, flavonoid, tanin, saponin, đường và lipid cũng được xác nhận. Kết quả đánh giá hoạt tính ức chế acetylcholinesterase in vitro của cao chiết toàn phần ở nồng độ 256 µg/ml là 24 ± 1.9%. Kết quả cung cấp căn cứ dự đoán mẫu nghiên cứu có tên khoa học là *S. delicatula* và có tiềm năng nghiên cứu phát triển thuốc điều trị các bệnh liên quan đến con đường cholinergic.

Từ khoá: *Selaginella*, delicatula, acetylcholinesterase, AChE.

SUMMARY

RESEARCH ON THE PHYSICAL CHARACTERISTICS, CHEMICAL COMPOSITION AND ACETYLCHOLINESTERASE INHIBITION EFFECT OF *SELAGINELLA SP.* COLLECTED FROM BAO LAM, LAM DONG

Selaginella species, family Selaginellaceae, are an ancient group of vascular plants, appearing about 400 million years ago, contributing significantly to the study of plant evolution. In Vietnam, this genus is quite widely distributed with many diverse species. In this study, a *Selaginella* species collected in Da Lat was analyzed to determine the exact scientific name and to conduct a preliminary chemical composition and activity survey. The research process applied the method of describing external morphology, anatomical characteristics, chemical reactions and in vitro activity testing to collect the necessary data. The results provided detailed information on the external morphology and anatomical structure of the nutritional organs and helped to identify the species preliminarily. In addition, the presence of important biological compounds such as sterols, carotenoids,

[1]*Sinh viên Khoa Dược*

[2]*Khoa Dược học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Quỳnh Mai

Email: ntqmai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/3/2025

Ngày phản biện khoa học: 29/3/2025

Ngày duyệt bài: 7/5/2025

flavonoids, tannins, saponins, sugars and lipids was also confirmed. The results of the in vitro acetylcholinesterase inhibitory activity evaluation of the total extract at a concentration of 256 µg/ml were 24 ± 1.9%. The results provide the basis for predicting that the research sample has the scientific name *S. delicatula* and has the potential to research and develop drugs to treat diseases related to the cholinergic pathway.

Keywords: Selaginella, delicatula, acetylcholinesterase, AChE.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Selaginella là chi duy nhất thuộc họ Selaginellaceae với hơn 700 loài được ghi nhận, phân bố rộng khắp các khu rừng nhiệt đới và nhiệt đới ẩm ở các châu lục trên toàn thế giới. Đây được coi là một trong những loài thực vật có mạch xuất hiện sớm nhất, kể từ cuối kỷ Silur hoặc đầu kỷ Devon. Các nghiên cứu đã cho thấy sự các loài này có mặt đa dạng của hợp chất bao gồm flavonoid, lignans, alkaloid, với nhiều tác dụng sinh học nổi bật như chống ung thư [1], điều trị bệnh tiểu đường [2]. Alzheimer là một bệnh thoái hóa thần kinh, hay gặp ở người cao tuổi, là nguyên nhân hàng đầu gây mất trí nhớ, suy giảm nhận thức, rối loạn hành vi. Mặc dù cơ chế sinh bệnh của bệnh Alzheimer phức tạp và liên quan đến nhiều con đường. Một trong các giả thuyết là cơ chế liên quan đến con đường cholinergic. Các chất ức chế cholinesterase (ChE) có thể làm giảm tình trạng thiếu hụt cholinergic và cải thiện dẫn truyền thần kinh. Do đó, các chất có tác dụng ức chế ChE được xem như đối tượng nghiên cứu thuốc khả thi để điều trị bệnh Alzheimer [3]. Nhằm cung cấp cơ sở cho việc xác định chính xác tên khoa học cũng như khảo sát thành phần hóa học của mẫu nghiên cứu và hoạt tính sinh học của mẫu cây này về tác dụng trên acetylcholinesterase, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "***Nghiên cứu đặc điểm thực vật, thành phần hóa học và tác dụng ức chế acetylcholinesterase của Selaginella sp. thu hái tại Bảo Lâm, Lâm Đồng***" với các mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm hình thái và giải phẫu các cơ quan sinh dưỡng,
- Khảo sát sơ bộ thành phần hóa học bằng phản ứng hóa học,
- Đánh giá hoạt tính ức chế acetylcholinesterase in vitro của cao toàn phần mẫu nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Toàn cây *Selaginella sp*. (Hình 2.1), thu hái vào tháng 05 năm 2024 tại xã Bảo Lâm, tỉnh Lâm Đồng. Mẫu tiêu bản 2024-HPMU-003 được lưu tại Bộ môn Dược liệu – Dược cổ truyền, Khoa Dược học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Mẫu còn lại được phơi khô và bảo quản ở nơi mát, tránh ánh sáng cho đến khi tiến hành thực nghiệm.



Hình 2.1. Selaginella sp. Thu hái ở Đà Lạt

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bộ môn Dược liệu – Dược cổ truyền, Khoa Dược học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu đặc điểm thực vật

Quan sát, mô tả đặc điểm hình thái thực vật của cây, điều kiện sinh trưởng và phát triển của cây tại thực địa. Tiêu bản rễ, thân, lá cây được cắt bằng phương pháp cắt trực tiếp và nhuộm bằng phương pháp nhuộm kép với đỏ carmin và xanh methylen. Các tiêu bản vi phẫu được quan sát với hiển vi quang học ở độ phóng đại 10x, 40x [4].

Khảo sát thành phần hoá học

Định tính hoá học sơ bộ bằng các phản ứng hoá học đặc trưng của 11 nhóm chất bao gồm sterol, carotenoid, chất béo, flavonoid, alkaloid, glycoside tim, coumarin, anthranoid, saponin, tanin, đường [5].

Đánh giá hoạt tính ức chế enzyme acetylcholinesterase in-vitro

Phương pháp xác định hoạt tính của AChE dựa vào phương pháp đo quang của tác giả Ellman mô tả lần đầu tiên vào năm 1961[6]. Trong phương pháp này, cơ chất acetyl thiocholin iodid (ATCI) bị thủy phân nhờ xúc tác của AChE tạo thiocholin. Sản phẩm thiocholin phản ứng với thuốc thử acid 5-5′-dithiobis-2-nitrobenzoic (DTNB) tạo thành hợp chất acid 5-thio-2-nitrobenzoic có màu vàng. Lượng chất màu được tạo thành tỷ lệ thuận với hoạt độ của AChE. Dựa vào cường độ màu ở bước sóng 412 nm để đánh giá hoạt tính ức chế AchE của mẫu thử.

Hỗn hợp phản ứng bao gồm: 140 µL dung dịch đệm phosphate (pH 8.0); 20 µL mẫu thử; 20 µL dung dịch enzyme 0,25 IU/ml. Hỗn hợp được trộn đều và ủ ở 15 phút ở 25°C. Sau đó 10 µL DTNB 2,4 mM và 10 µL cơ chất ATCI 2,4 mM được thêm vào

hỗn hợp và trộn đều. Sự phân hủy của cơ chất dưới tác động của enzyme và phản ứng tạo màu với DTNB tạo sản phẩm có mày vàng, hấp thụ quang ở bước sóng 412 nm. Thí nghiệm được thực hiện trên đĩa 96 giếng. Mỗi mẫu thử được tiến hành làm lặp lại 3 lần. Chất tham chiếu là Donepezil.

Hoạt tính ức chế AChE của mẫu thử được tính theo công thức:

(%) ức chế = [Ađối chứng – Amẫu thử] / Ađối chứng × 100%

Trong đó:

Ađối chứng: mật độ quang mẫu đối chứng

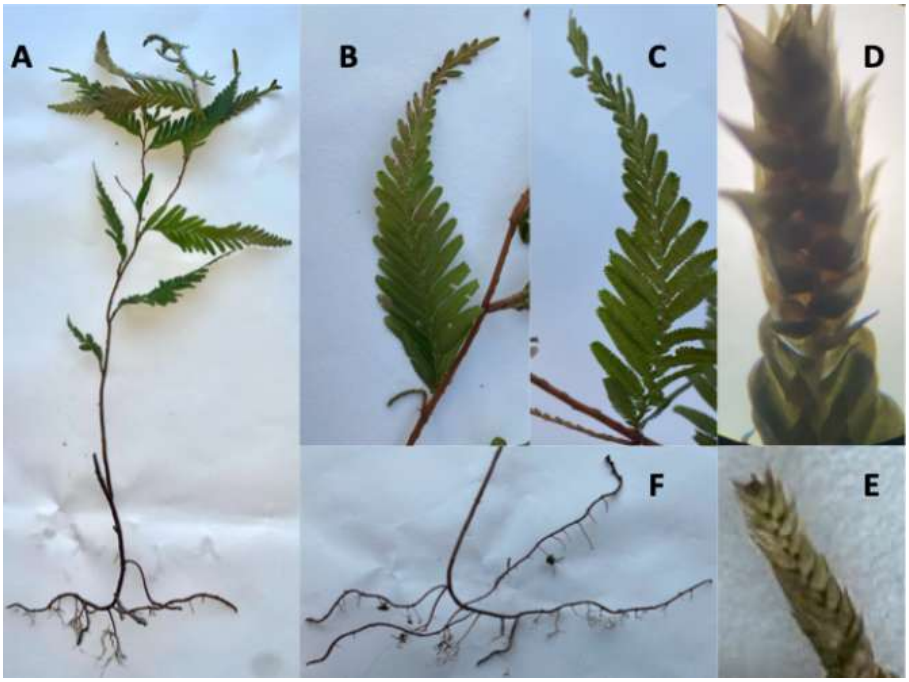
Amẫu thử: mật độ quang mẫu thử

Số liệu thực nghiệm được tổng hợp và xử lý bằng phương pháp thống kê thường dùng trong y sinh học với sự trợ giúp của phần mềm Microsoft Excel 2007. IC50 là nồng độ chất thử ức chế 50% hoạt động của enzyme dựa vào % ức chế. Kết quả thí nghiệm được biểu thị bằng Mean ± SD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm thực vật

Mẫu nghiên cứu có các đặc điểm hình thái sau: thân thảo tương đối thẳng, cao khoảng 50 – 60 cm, đường kính từ 2 – 3 mm, phân nhánh nhiều. Phần dưới mặt đất có các rễ bất định, khi non có màu đỏ nâu, già chuyển sang màu nâu. Cành bên của thân mọc mọc so le, dài khoảng 5 – 20 cm. Lá nhỏ hình giáo, xếp thành 2 dãy 2 bên cành và dọc thân chính, các lá ở đầu cành giao nhau, lá trên thân chính đậm màu và kích thước lớn hơn lá trên cành. Các túi bào tử hình trứng được nhóm lại ở đầu mút, túi bào tử lớn ở gốc và túi bào tử nhỏ ở đỉnh, tạo thành hình tháp 4 cạnh (Hình 3.1).



Hình 3.1. Đặc điểm hình thái ngoài Quyển bá yếu thu hái tại Đà Lạt

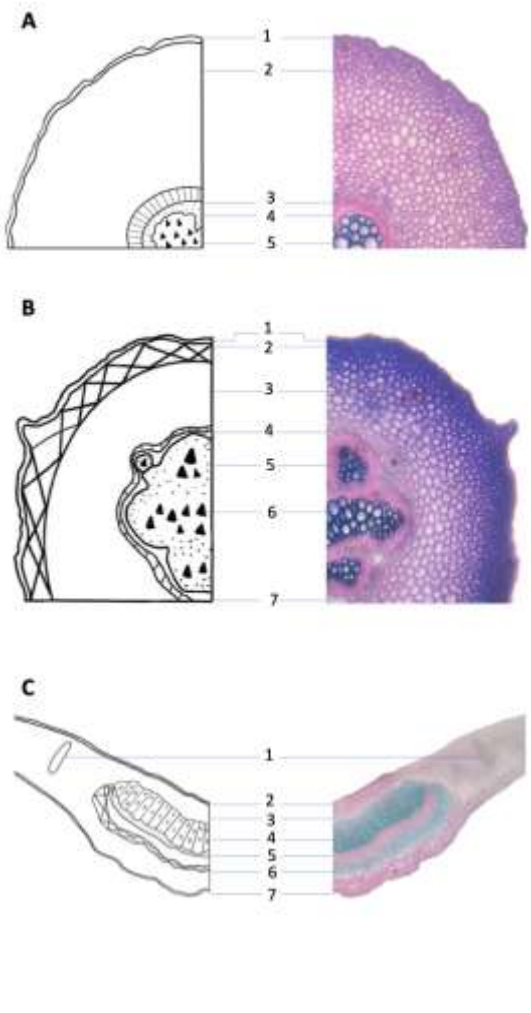
A: Toàn cây, B: Mặt sau lá, C: Mặt trước lá, D: Túi bào tử dưới kính hiển vi 10x

E: Túi bào tử nhìn bằng mắt thường, F: Thân rễ và các rễ bất định

Hình ảnh các tiêu bản vi phẫu rễ, thân và lá cây Quyển bá yếu được biểu diễn trong Hình 3.2.

Rễ

Tiết diện cắt ngang hình tròn, bên ngoài có 1 lớp tế bào biểu bì. Dưới biểu bì là lớp mô mềm chiếm phần lớn diện tích. Lớp mô mềm vỏ gồm các tế bào gần như hình tròn, kích thước nhỏ dần từ ngoài vào trong, bắt màu hồng. Nằm quanh bó mạch là 1-2 lớp nội bì. Vùng trung trụ có bó libe gỗ xếp thành vòng đồng tâm với phần gỗ chiếm tâm.



A. Rễ
1. Biểu bì
2. Mô mềm
3. Nội bì
4. Libe
5. Gỗ

B. Thân
1. Biểu bì
2. Vòng mô cứng
3. Mô mềm
4. Nội bì
5. Libe
6. Gỗ
7. Trụ bì

C. Lá
1. Bó mạch
2. Biểu bì trên
3. Mô mềm
4. Gỗ cấp 2
5. Libe cấp 2
6. Mô cứng
7. Biểu bì dưới

Hình 3.2. Đặc điểm giải phẫu các cơ quan sinh dưỡng cây Quyển bá yếu

Thân

Vi phẫu cắt ngang thân có tiết diện hình tròn. Biểu bì gồm 1 lớp tế bào kích thước đều nhau, phần ngoài tế bào hóa cutin không bắt màu. Dưới biểu bì là lớp hạ bì có vách dày hóa gỗ tạo thành vòng đai mô cứng. Mô mềm vỏ được chia thành 2 vùng rõ rệt, mô mềm vỏ ngoài gồm các tế bào thành dày hơn, kích thước nhỏ hơn, mô mềm vỏ trong gồm các tế bào thành mỏng, kích thước lớn hơn, nằm sát vùng trung trụ. Bên trong mô mềm là nội bì và trụ bì khá rõ. Có các bó mạch dẫn

nằm ở vùng trung trụ có cách sắp xếp đặc biệt, không xếp thành vòng tròn rõ ràng, libe ở ngoài, gỗ ở trong.

Lá

Hai lớp biểu bì trên và dưới với các tế bào gần như tròn kích thước đều, xếp xít nhau, lớp ngoài hóa cutin. Bó mạch dẫn nằm ở chính giữa, rất phát triển bao gồm gỗ và libe hình vòng cung. Phần mô cứng phát triển, nằm ngoài bó libe. Mô dày ở phía trên và dưới phần gân chính với 2 – 3 lớp tế bào sống, thành dày.

Khảo sát thành phần hóa học

Bảng 3.1. Kết quả khảo sát thành phần hoá học trong mẫu nghiên cứu

STT	Nhóm chất	Tên phản ứng	Kết quả
1	Sterol	Phản ứng Liebermann-Burchard	+
2	Carotenoid	Cắn/H_2SO_4	+
3	Chất béo	Nhỏ dịch chiết lên giấy lọc/hơ nóng	+
4	Flavonoid	Nhỏ dịch chiết lên giấy lọc/hơ hơi amoniac	+
		Dịch chiết/NaOH 10%	+
		Phản ứng Cyanidin	+
		Dịch chiết/$FeCl_3$ 5%	+
5	Alkaloid	Phản ứng với thuốc thử Bouchadrat	-
		Phản ứng với thuốc thử Mayer	-
		Phản ứng với thuốc thử Dragendoff	-
6	Glycoside tim	Phản ứng Liebermann Burchadrat	+
		Phản ứng Keller Kiliani	+
		Phản ứng Legal	-
		Phản ứng Baljet	-
7	Coumarin	Phản ứng đóng mở vòng lacton	-
		Phản ứng diazoni	-
		Dịch chiết/ $FeCl_3$ 5%	+
8	Anthranoid	Phản ứng Borntraeger	-
9	Saponin	Phản ứng tạo bọt	+
10	Tanin	Dịch chiết/Pb $(CH_3COO)_2$ 10%	+
		Dịch chiết/Gelatin 1% trong NaCl	+
		Dịch chiết/ $FeCl_3$ 3%	+
11	Đường	Phản ứng Fehling	+

Dược liệu được xay nhỏ và sấy khô đến độ ẩm <5%. 10 g bột dược liệu được chiết với 50 mL ethanol bằng máy siêu âm ở nhiệt độ phòng trong 1h sau đó lọc qua bông. Dịch lọc được thu hồi dung môi ở áp suất giảm bằng máy cô quay chân không đến cắn. Cắn

toàn phần được pha thành hỗn dịch với một lượng tối thiểu nước và chiết phân đoạn lần lượt với n-hexan và ethyl acetate để thu được cao các phân đoạn toàn phần, n-hexan, ethyl acetate và nước. Cắn các phân đoạn được định tính các nhóm chất hữu cơ bằng các phản ứng hóa học thường quy: phân đoạn n-hexan được sử dụng để định tính sự có mặt của sterol, carotenoid, chất béo; phân đoạn ethyacetat được sử dụng để định tính sự có mặt của alkaloid, glycoside tim, flavonoid, anthranoid, coumarin; phân đoạn nước được sử dụng để định tính sự có mặt của tanin, saponin và đường. Kết quả được tóm tắt trong Bảng 3.1. Kết quả cho thấy sự có mặt của sterol, chất béo, carotenoid, flavonoid, chất béo, tanin, saponin và đường trong mẫu nghiên cứu.

Đánh giá hoạt tính ức chế enzyme acetylcholinesterase in-vitro

Hoạt tính ức chế acetylcholinesterase của cao ethanol toàn phần mẫu nghiên cứu ở dãy nồng độ 1, 4, 16, 64 và 256 µg/mL trên đĩa 96 giếng bằng phương pháp đo quang (Bảng 3.2). Kết quả cho thấy mẫu có tác dụng ức chế yếu. Chỉ ở nồng độ cao nhất 256 µg/mL mới có tác dụng ức chế khoảng 24% hoạt tính enzyme, trong khi ở các nồng độ khác không cho thấy tác dụng nào.

Bảng 3.2. Khả năng ức chế Acetylcholinesterase in vitro

Tên mẫu	% ức chế ở các nồng độ (µg/ml)					IC_{50} (µg/ml)
	256	64	16	4	1	
Cao ethanol toàn phần	24 ± 1.9	0	0	0	0	> 256
Donepezil						0,029 ± 0,004

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm thực vật

Đặc điểm hình thái ngoài và đặc điểm giải phẫu củng cố bằng chứng cho việc định danh loài này. Trong số các loài *Selaginella*, có 3 loài khá giống nhau và giống mẫu nghiên cứu là *S. delicatula, S. picta* và *S. wallichii* [7]. Các đặc điểm dùng để định danh 3 loài này như sau:

1. Thân chính dày, đường kính khoảng 2,5-5mm, chuyển sang màu đen sau khi khô; lá giữa đôi khi có màu trắng…….. …….*Selaginella picta*

2. Thân chính mỏng, đường kính khoảng 1-3mm, không chuyển sang màu đen hoặc hiếm khi chuyển sang màu đen sau khi khô; lá ở giữa không có màu trắng

2.1. Cây có cành phân nhánh ba lần hoặc hai lần; đầu lá giữa giao nhau …… ……..*Selaginella delicatula*

2.2. Cây có cành kép lông chim, các cành được sắp xếp đều đặn và gọn gàng, ít phân nhánh; đầu lá giữa song song…… ……..*Selaginella wallichiii*

Với đặc điểm hình thái ngoài: lá nhiều, đơn, có 1 gân, có lưỡi nhỏ (cấu trúc màng) ở mặt bụng, hoặc giống nhau và xếp theo hình xoắn ốc, hoặc xếp thành 2 hoặc 4 dãy; túi bào tử hình trứng được nhóm lại ở đầu mút, túi bào tử lớn ở gốc và túi bào tử nhỏ ở đỉnh;

cây phân nhánh nhiều ở phần gốc, các cành hầu như phân nhánh thành 2 – 3 nhánh kép hình lông chim; các đầu lá ở giữa giao nhau, mẫu nghiên cứu nhiều khả năng là S. delicatula. Ở một số vùng ở Việt Nam, S. delicatula được gọi là Quyển bá yếu. Cây thường mọc trên chân núi đá vôi ẩm, các trảng cây bụi hay ven bờ suối ở độ cao từ 300 đến 1000 m, phân bố rộng rãi khắp cả nước. Loài cây này vị nhạt, đắng, tính hàn, dùng để trị viêm amidan, viêm gan cấp tính thể hoàng đản [8]. Hiện nay, còn tồn tại nhiều hệ thống phân loại thực vật khác nhau, theo Plant of the world, cây Quyển bá yếu được chấp nhận thêm các tên là Lycopodium delicatulum và Lycopodioides delicatula. Tuy nhiên để xác định chính xác tên khoa học trong khi các loài có vị trí phân loại rất gần nhau sẽ cần các phương pháp phân tích hiện đại hơn như kính hiển vi soi nổi, độ phóng đại hớn hoặc phân tích gen.

Về thành phần hoá học

Kết quả của nghiên cứu này cho thấy sự có mặt của các nhóm sterol, chất béo, carotenoid, flavonoid, chất béo, tanin, saponin và đường ở mẫu nghiên cứu. Các nghiên cứu trước đây cũng đã cho thấy sự có mặt đa dạng của các hợp chất alkaloid, quinoid, steroid, flavonoid cho thấy sự phù hợp của kết quả nghiên cứu này. Gần đây các hợp chất mới được phân lập và xác định cấu trúc từ các loài *Selaginella*, cấu trúc của chúng cũng khá đa dạng: 5 hợp chất có cấu trúc steroid glycoside đã được phân lập từ *S. delicatula*, 2 hợp chất nor-lignan được phân lập từ *S. siamensis*, 2 hợp chất nor-lignan khác được phân lập từ *S. pulvinate* [9]. Như vậy, mặc dù là thực vật có mạch xuất hiện sớm và ở mức độ tiến hóa thấp nhưng các chất chuyển hóa thứ cấp trong các loài thuộc chi này cũng khá đa dạng.

Về hoạt tính ức chế AchE

Mặc dù tác dụng của mẫu cây trong nghiên cứu này khá yếu nhưng cũng cho thấy sự tương đồng với một số nghiên cứu của các tác giả khác về các loài có vị trí phân loại gần. Trong một nghiên cứu trước đó về cây Thông đất (Lycopodiella cernua) thu hái ở Việt Nam, cùng thuộc phân lớp Lycopodiidae, cho kết quả tốt ở thử nghiệm đánh giá tác dụng ức chế acetylcholinesterase. Một flavonoid từ L. cernua có tác dụng ức chế rất mạnh AChE với IC50 là 0.23 µM. Từ S. delicatula, các chất Seladelicatulasine A, B và E ức chế mạnh hoạt tính AChE với IC50 lần lượt là 0.31, 0.09, và 0.04 µM [10]. Các nghiên cứu này cùng với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khả năng có thể tiếp tục nghiên cứu để tìm kiếm các chất tiềm năng cho điều trị Alzheimer cũng như các rối loạn liên quan đến con đường cholinergic từ S. delicatula cũng như các loài khác thuộc chi *Selaginella*.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho phép sơ bộ kết luận mẫu nghiên cứu có tên khoa học là S. delicatula dựa trên đặc điểm hình thái và giải phẫu. Kết quả của nghiên cứu này cũng cho thấy sự có mặt của các nhóm sterol, chất béo, carotenoid, flavonoid, chất béo, tanin,

saponin và đường ở mẫu nghiên cứu. Tác dụng ức chế acetylcholinesterase của cao toàn phần ethanol yếu, khoảng 24%, ở nồng độ 256 µg/mL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Le, M.H., et al.**, Toxicity and anticancer effects of an extract from Selaginella tamariscina on a mice model. Nat Prod Res (2012), 26(12): p. 1130-4.
2. **Nguyen, P.H., et al.**, Selaginellin and biflavonoids as protein tyrosine phosphatase 1B inhibitors from Selaginella tamariscina and their glucose uptake stimulatory effects. Bioorg Med Chem (2015), 23(13): p. 3730-7.
3. **Hendriks, S., et al.**, Global Prevalence of Young-Onset Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Neurol (2021), 78(9): p. 1080-1090.
4. **Đẹp, T.T.**, Giáo trình Thực vật dược, NXB Y Học, 2007. p. 125.
5. **Farnsworth, N.R.**, Biological and phytochemical screening of plants. J Pharm Sci (1966), 55(3): p. 225-76.
6. **Ellman, G.L., et al.**, A new and rapid colorimetric determination of acetylcholinesterase activity. Biochem Pharmacol (1961), **7**: p. 88-95.
7. **Menghua Zhang, X.Z.**, Species delimitation of the Selaginella delicatula group in China. Biodiversity Science (2021), 26(12): p. 1607–1619.
8. **Võ Văn Chi,** Từ điển cây thuốc Việt Nam. Vol. Tập 2. 2022: NXB Y học.
9. **Lv, H.-W., et al.**, Two new nor-lignans from Selaginella pulvinata (Hook. & Grev.) Maxim and their antihyperglycemic activities. Natural Product Research (2022), 36(1): p. 279-286.
10. **Yao, C.-P., et al.**, Seladelicatulasine A–G, C27 steroidal glycosides with cholinesterase inhibitory activities from Selaginella delicatula. Phytochemistry (2020), 180: p. 112514.

ĐÁNH GIÁ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG BẰNG ZOLEDRONIC ACID TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG TỪ NĂM 2022 ĐẾN NĂM 2024

Hoàng Văn Dũng[1,2], Nguyễn Bá Ngọc Sơn[1]

TÓM TẮT

Gãy xương là hậu quả nghiêm trọng của loãng xương, zoledronic acid là thuốc được khuyến cáo hàng đầu trong điều trị loãng xương, đặc biệt loãng xương có nguy cơ gãy xương cao. **Mục tiêu:** Đánh giá tuân thủ điều trị loãng xương bằng zoledronic acid. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu trên 205 bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương (T-score ≤ –2,5), ≥ 40 tuổi, được truyền zoledronic acid (liều 5 mg/năm) tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng sau 2 năm, từ năm 2022 đến năm 2024. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nữ giới (96%), tuổi trung bình là 67,0 ± 8,5 (40 - 91), BMI trung bình là 22,1 ± 2,3 kg/m². Tỷ lệ tuân thủ điều trị sau lần truyền đầu tiên là 74,6%, sau lần thứ 2 là 20,5%. Mật độ xương tăng đáng kể sau điều trị, đạt mức tăng trung bình 5,1% sau năm đầu và 6,2% sau năm thứ hai. Các yếu tố ảnh hưởng chính đến tuân thủ bao gồm tác dụng phụ có hội chứng giả cúm (p<0,001). **Kết luận:** Tỉ lệ tuân thủ điều trị loãng xương bằng zoledronic acid tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng sau 2 năm lần lượt là: Sau 1 năm là 74,6%, sau 2 năm là 20,5%.

Từ khóa: zoledronic acid, loãng xương, tuân thủ điều trị

[1]*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng*

[2]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Dũng

Email: dungnoitru26@gmail.com.

Ngày nhận bài: 26/3/2025

Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025

Ngày duyệt bài: 14/5/2025

SUMMARY

EVALUATION OF ADHERENCE TO OSTEOPOROSIS TREATMENT WITH ZOLEDRONIC ACID AT HAI PHONG INTERNATIONAL HOSPITAL FROM 2022 TO 2024

Fractures represent a severe complication of osteoporosis, and zoledronic acid is the primary recommended agent for osteoporosis treatment, particularly in patients at high risk of fracture. **Objective:** To evaluate adherence to zoledronic acid therapy for osteoporosis. **Methods:** A cross-sectional descriptive study combined with a retrospective cohort follow-up was conducted on 205 patients (aged ≥ 40 years) diagnosed with osteoporosis (T-score ≤ –2.5), who received annual 5 mg zoledronic acid infusions at Hai Phong International Hospital over a two-year period (2022–2024). **Results:** The study population comprised predominantly female patients (96%), with a mean age of 67.0 ± 8.5 years (range 40 – 91) and a mean BMI of 22.1 ± 2.3 kg/m². Adherence rates after the first and second infusions were 74.6% and 20.5%, respectively. Bone mineral density increased significantly following treatment, with a mean rise of 5.1% after the first year and 6.2% after the second year. The primary factor influencing adherence was the occurrence of flu-like syndrome (p < 0.001). **Conclusion:** At Hai Phong International Hospital, the adherence rates to zoledronic acid therapy for osteoporosis after one and two years were 74.6% and 20.5%, respectively.

Keywords: zoledronic acid, osteoporosis, treatment adherence

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là tình trạng suy giảm khối lượng và mật độ xương, làm tăng nguy cơ gãy xương, đặc biệt ở người cao tuổi, dẫn đến nhiều biến chứng và chi phí y tế đáng kể. Việc điều trị bằng thuốc đóng vai trò quan trọng, trong đó nhóm thuốc bisphosphonate (dạng uống, tiêm tĩnh mạch) được chứng minh cải thiện mật độ xương, giảm nguy cơ gãy xương và được các khuyến cáo lựa chọn hàng đầu trong điều trị loãng xương. Zoledronic acid là một bisphosphonate truyền tĩnh mạch mỗi năm một lần, chứng minh hiệu quả trong việc cải thiện mật độ xương và giảm tỷ lệ gãy xương, phù hợp cho cả loãng xương sau mãn kinh, loãng xương ở nam và loãng xương do glucocorticoid. Tuy nhiên, kết quả điều trị tối ưu bằng zoledronic acid phụ thuộc vào tính tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Loãng xương là bệnh lý âm thầm, ít triệu chứng cho đến khi xảy ra gãy xương, sự không tuân thủ càng dễ xuất hiện, làm giảm hiệu quả điều trị và tăng nguyn cơ gãy xương. Nhiều nghiên cứu ghi nhận mặc dù tỷ lệ bệnh nhân tiêm truyền liều đầu khá khả quan, song việc duy trì truyền nhắc hằng năm vẫn là thách thức. Chính vì vậy, việc đánh giá mức độ tuân thủ điều trị zoledronic acid và tìm hiểu những yếu tố liên quan có ý nghĩa quan trọng, giúp đề ra giải pháp cải thiện hiệu quả quản lý loãng xương. Do đó, đề tài được tiến hành với mục tiêu: ***Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị zoledronic acid ở bệnh nhân loãng xương trong 3 năm từ 2021–2024.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân (BN) ≥ 40 tuổi, chẩn đoán loãng xương (T-score ≤ –2,5); Được chỉ định và đã truyền zoledronic acid (liều 5 mg/năm) lần đầu năm 2022; Có hồ sơ bệnh án đầy đủ theo dõi sau 2 năm (2022 - 2024), sau lần truyền đầu tiên năm 2022 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc (cohort hồi cứu).

- Thời gian nghiên cứu: 01/2022 – 12/2024.

- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện, thu thập toàn bộ số lượng bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn: n = 205 bệnh nhân.

- Phương pháp thu thập số liệu: Khai thác thông tin từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn bán cấu trúc (qua điện thoại và/ hoặc khi bệnh nhân tái khám).

- Chỉ số nghiên cứu:

- Các chỉ số về đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, chiều cao, cân năng, BMI…
- Đặc điểm mật độ xương: Mật độ xương được đo bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA) trên máy Osteosys Hàn Quốc: Thu thập các chỉ số về Tscore, Zscore, BMD tại các vị trí cổ xương đùi và cột sống thắt lưng.
- Đặc điểm về tính tuân thủ và các yếu tố ảnh hưởng: tỉ lệ tuân thủ điều trị sau 1 năm, sau 2 năm truyền liều đầu tiên, một số yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị: tác dụng phụ của thuốc, khoảng cách địa lý, tuổi…

- Thời điểm đánh giá:

- Thời điểm ban đầu (T0): là thời điểm bệnh nhân bắt đầu truyền zoledronic lần đầu, năm 2022
- Thời điểm truyền lần thứ 2, sau 1 năm điều trị (T1): năm 2023

• Thời điểm truyền lần thứ 3, sau 2 năm điều trị (T2): năm 2024

- Đánh giá:

• Tỉ lệ tuân thủ: được tính dựa trên số lượng bệnh nhân quay lại truyền thuốc lần 2, lần 3 sau 1 và 2 năm trên tổng số bệnh nhân được truyền thuốc lần đầu năm 2022.

• Hiệu quả điều trị: dựa trên sự thay đổi mật độ xương (phần trăm thay đổi BMD) sau điều trị 1 năm và 2 năm so với mật độ xương thời điểm trước khi truyền thuốc lần 1 (năm 2022): % thay đổi BMD = (BMD năm lần sau – BMD ban đầu) x 100%/ BMD ban đầu

- Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS (phiên bản ≥ 20.0). Tính tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn, so sánh tỷ lệ: Chi-square (χ^2). Phân tích hồi quy (nếu cần) để tìm các yếu tố liên quan độc lập với việc tuân thủ. Ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm ban đầu (n = 205)

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi trung bình (năm)	67,0 ± 8,5 (40 – 91)
Giới tính nữ (%)	96%
BMI	22,1 ± 2.3
Tỉ lệ nội thành/ngoại thành (%)	39,8/ 60,2

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nữ giới (96,0%), tuổi trung bình 67,0 ± 8,5 tuổi. BMI trung bình là 22,1 ± 2,3 kg/m². Tỉ lệ bệnh nhân nội thành/ ngoại thành là 39,8/ 60,2 %.

Bảng 2. Tỷ lệ tuân thủ điều trị loãng xương bằng zoledronic acid của đối tượng nghiên cứu

Tỉ lệ tuân thủ	Số bệnh nhân truyền thuốc	Tỉ lệ (%)
Thời điểm ban đầu (T0)	205	100 %
Sau 1 năm, thời điểm truyền lần 2 (T1)	153/205	74,6%
Sau 2 năm, thời điểm truyền lần 3 (T2)	42/205	20,5%

Sau năm đầu có 74,6% bệnh nhân truyền liều thứ 2 sau 1 năm và 20,5% bệnh nhân tiếp tục điều trị lần 3 sau 2 năm.

Bảng 3. Hiệu quả cải thiện mật độ xương sau 1 và 2 năm điều trị của đối tượng nghiên cứu

Hiệu quả cải thiện mật độ xương (BMD)	BMD thời điểm ban đầu (T0) (g/cm^2)	BMD sau 1 năm thời điểm truyền lần 2 (T1) (g/cm^2)	BMD sau 2 năm, thời điểm truyền lần 3 (T2) (g/cm^2)
Mật độ xương trung bình	0,756 ± 0,183	0,795 ± 0,134	0,803 ± 0,135
Phần trăm thay đổi (LSC,%)	0	+ 5,1*	+ 6,2**

Có sự cải thiện mật độ xương sau truyền thuốc zoledronic acid ở thờin điểm sau 1 năm điều trị (thời điểm truyền lần 2 - T1): tăng 5,1% (*), và tăng 6,2% sau 2 năm truyền thuốc so với ban đầu (**).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị zoledronic acid (n = 205)

Yếu tố nguy cơ		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tuổi ≥ 70		68	33,2%
Không được nhân viên y tế liên hệ nhắc lịch hẹn trước khi truyền lần tiếp theo		39	19,0%
Tác dụng phụ sau truyền thuốc: Hội chứng giả cúm (sốt, gai rét, đau mỏi cơ, đau đầu)	Sau truyền lần đầu	65	31,7%
	Sau truyền lần thứ 2	8	19,0%
Đã cải thiện mật độ xương sau truyền thuốc (Tscore > -2.5)	Sau truyền lần đầu	11	5,3%
	Sau truyền lần thứ 2	35	17,1%
Yếu tố khoảng cách: Khoảng cách tới Bệnh viện > 30km		101	49,3%

Một số yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ tuân thủ điều trị là: Tuổi trên 70 (33,2%), không được nhân viên y tế nhắc lịch hẹn sau truyền thuốc (19,0%), có tác dụng phụ của thuốc sau truyền (31,7%), đã cải thiện mật độ xương sau truyền (22,4%).

Bảng 5. Mối tương quan giữa yếu tố nguy cơ với sự tuân thủ đến điều trị zoledronic acid của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ	Tuân thủ SL (Tỉ lệ %)	Không tuân thủ SL (Tỉ lệ %)	OR (95%CI)	p
Tuổi >70	30 (44,1%)	38 (55,9%)	0,65 (0,34 – 1,22)	0,182
Có tác dụng phụ sau truyền thuốc	35 (47%)	38 (52,1%)	1,27 (1,06 – 1,52)	<0,01
Không được nhân viên y tế liên hệ nhắc lịch hẹn trước khi truyền lần tiếp theo	11	28	2,45 (1,24 – 4,83)	<0,01
Khoảng cách > 30km	31 (44,2%)	39 (55,7%)	0,3 (0,06 – 1,48)	0,135

Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị loãng xương bằng truyền zoledronic acid là: Có tác dụng phụ sau truyền thuốc (OR: 1,27 (1,06 – 1,52); p < 0,05); Không được nhân viên y tế liên hệ nhắc lịch hẹn trước khi truyền lần tiếp theo (OR: 2,45 (1,24 – 4,83); p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này chủ yếu là nữ giới (96%) với độ tuổi trung bình là 67,0 ± 8,5 tuổi, tuổi cao nhất là 91 tuổi (Bảng 1). Đặc điểm này tương đồng với các báo cáo dịch tễ học trước đây, khi đối tượng mắc loãng xương thường tập trung chủ yếu ở phụ nữ lớn tuổi sau mãn kinh.[1] Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình của nhóm nghiên cứu (22,1 ± 2,3 kg/m²) nằm trong ngưỡng bình thường, phản ánh đặc điểm dinh dưỡng phù hợp và loại trừ yếu tố béo phì hoặc suy dinh dưỡng là các biến số gây nhiễu trong đánh giá hiệu quả điều trị.[2]

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tuân thủ điều trị Zoledronic acid giảm rõ rệt qua các năm điều trị. Sau lần truyền đầu tiên, tỷ lệ bệnh nhân quay trở lại để tiếp tục điều trị lần thứ hai là 74,6% và giảm xuống chỉ còn 20,5% ở lần truyền thứ ba (Bảng 2). Điều này cho thấy sự suy giảm đáng kể tính tuân thủ trong dài hạn, một vấn đề thường gặp ở bệnh nhân sử dụng bisphosphonate đường tĩnh mạch, và cần có các biện pháp can thiệp để duy trì sự tuân thủ lâu dài.[3] Có nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tính tuân thủ điều trị loãng xương. Theo nghiên cứu của Weycker và

cộng sự năm 2006 trên 18.882 phụ nữ loãng xương sau mãn kinh sử dụng biphosphonate đường uống theo tuần, có tới 47% bn không tuân thủ điều trị sau 3 tháng, 70% bệnh nhân không tuân thủ sau 1 năm và 84% sau 3 năm.[4] Nghiên cứu của chúng tôi về một số yếu tố ảnh hưởng đến tính tuân thủ điều trị, nghiên cứu xác định các yếu tố quan trọng gồm tuổi cao (≥70 tuổi); Không được nhân viên y tế liên hệ nhắc lịch hẹn trước khi truyền lần tiếp theo; Có tác dụng phụ dạng hội chứng giả cúm; Khoảng cách xa bệnh viện và tình trạng cải thiện tình trạng loãng xương (Tscore > -2,5). Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối tương quan có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01 với sự tuân thủ điều trị loãng xương bằng truyền zoledronic acid là: Có tác dụng phụ sau truyền thuốc (OR: 1,27); Không được nhân viên y tế liên hệ nhắc lịch hẹn trước khi truyền lần tiếp theo (OR: 2,45) (Bảng 5). Điều này gợi ý rằng các biện pháp giảm thiểu tác dụng phụ, đồng thời tăng cường tư vấn và giáo dục cho bệnh nhân về tầm quan trọng của việc duy trì điều trị là rất cần thiết để nâng cao tính tuân thủ zoledronic acid trong thực hành lâm sàng.[5]

Kết quả nghiên cứu chứng minh rõ ràng hiệu quả cải thiện mật độ xương (BMD) sau điều trị bằng Zoledronic acid. Sau một năm điều trị, mật độ xương tăng trung bình 5,1% và đạt mức tăng 6,2% sau hai năm. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, cho thấy zoledronic acid là phương pháp hiệu quả giúp cải thiện đáng kể mật độ xương cho bệnh nhân loãng xương.[6]

V. KẾT LUẬN

Zoledronic acid có hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện mật độ xương ở bệnh nhân loãng xương, tuy nhiên tỷ lệ tuân thủ điều trị giảm mạnh theo thời gian. Tác dụng phụ hội chứng giả cúm sau truyền thuốc có liên quan đáng kể đến việc không tuân thủ điều trị. Do vậy, các chiến lược can thiệp nhằm giảm tác dụng phụ và tăng cường sự hỗ trợ từ nhân viên y tế là cần thiết để nâng cao tính tuân thủ điều trị và hiệu quả lâu dài của zoledronic acid trong quản lý bệnh loãng xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Garg S.** Postmenopausal Women and Osteoporosis. Investig Gynecol Res Womens Health IGRWH. 2020;3(5). doi:10.31031/IGRWH.2020.03.000571
2. **Peters BSE, Martini LA.** Nutritional aspects of the prevention and treatment of osteoporosis. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2010;54(2):179-185. doi:10.1590/S0004-27302010000200014
3. **Fobelo Lozano MJ, Sánchez-Fidalgo S.** Adherence and preference of intravenous zoledronic acid for osteoporosis versus other bisphosphonates. Eur J Hosp Pharm. 2019;26(1):4-9. doi:10.1136/ejhpharm-2017-001258
4. **Weycker D, Macarios D, Edelsberg J, Oster G.** Compliance with drug therapy for postmenopausal osteoporosis. Osteoporos Int. 2006;17(11): 1645-1652. doi:10.1007/s00198-006-0179-x
5. **Nielsen D, Ryg J, Nielsen W, Knold B, Nissen N, Brixen K.** Patient education in groups increases knowledge of osteoporosis and adherence to treatment: A two-year randomized controlled trial. Patient Educ Couns. 2010;81(2): 155-160. doi:10.1016/j.pec.2010.03.010
6. **Wang C.** Efficacy and Safety of Zoledronic Acid for Treatment of Postmenopausal Osteoporosis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Am J Ther. 2017;24(5): e544-e552. doi:10.1097/MJT.0000000000000415

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NANG CHÂN RĂNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT PARTSCH II

Nguyễn Xuân Thực[1,2], Lê Viết Hải[1], Vũ Thị Duyên[1], Khuất Minh Khôi[1], Phạm Thanh Hải[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nang xương hàm là bệnh lý răng miệng phổ biến thường được phát hiện khi nang đã phát triển với kích thước lớn làm ảnh hưởng đến thẩm mỹ, chức năng, do vậy điều trị phẫu thuật Partsh II cắt toàn bộ nang được nhiều tác giả khuyên dùng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nhận xét kết quả điều trị ở các bệnh nhân nang chân răng được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật Partsch II tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp và Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 16 bệnh nhân được chẩn đoán nang chân răng được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật Partsch II. **Kết quả:** Phương pháp phẫu thuật chiếm đa số là bóc tách, nạo nang, cắt chóp và trám ngược với 81,2%. Thời gian nằm viện trung bình là 5,8 ngày. Kết quả sau 1 tuần điều trị: 100% bệnh nhân phẫu thuật nang chân răng đều không chảy máu hay nhiễm trùng; trong đó có 12 bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt chiếm 75,0%. Kết quả sau điều trị 3 tháng: tất cả bệnh nhân đạt kết quả điều trị chung ở mức khá, không ghi nhận trường hợp nào tái phát nang. **Kết luận:** Kết quả điều trị nang chân răng bằng phương pháp phẫu thuật Partsch II cho tiên lượng lành thương tốt.

Từ khóa: Nang chân răng, Partsch II, phẫu thuật, bóc tách nang.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME OF RADICULAR CYST BY PARTSCH II SURGICAL METHOD

Introduction: Radicular cyst is a common oral disease that is often detected when the cyst has grown to a large size, affecting aesthetics and function. Therefore, Partsch II surgery to remove the entire cyst is recommended by many authors. **Objective:** To evaluate the treatment results in patients with radicular cysts treated by Partsch II surgery at Viet Tiep Friendship Hospital and Hai Phong Medical University Hospital in 2023. **Subjects and methods:** Descriptive study of case series on 16 patients diagnosed with radicular cysts treated by Partsch II surgery. **Results:** The majority of surgical methods were dissection, curettage, apex resection and retrograde filling with 81.2%. Most cases were hospitalized for about 6 days, accounting for 62.4%. Results after 1 week of treatment: 100% of patients with dentinal cyst surgery had no bleeding or infection; In which, 12 patients achieved good treatment results, accounting for 75.0%. Results after 3 months of treatment: all patients achieved good overall treatment results (100.0%). **Conclusion:** The results of treating radicular cysts with Partsch II surgery showed a good prognosis for healing.

[1]*Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Hải
Email: pthai@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 26/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025
Ngày duyệt bài: 16/4/2025

Keywords: Radicular cyst, Partsch II, surgery, cyst enucleation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang chân răng là một loại nang lành tính, tiến triển chậm nhưng liên tục, biểu hiện triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn nên bệnh nhân ít quan tâm. Chính vì vậy, bệnh thường phát hiện muộn, chẩn đoán chủ yếu dựa các triệu chứng gián tiếp như răng vùng nang bị chết tủy, lung lay, răng đổi màu [1]… Nang chân răng là một túi chứa dịch có thành được lót bởi một lớp biểu mô, nang thường có hình tròn hay bầu dục, kích thước thay đổi từ vài mm đến vài cm [2,3].

Nang chân răng có thể được điều trị phẫu thuật hay bảo tồn bằng phương pháp điều trị nội nha[4]. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời nang chân răng lớn dần có thể đạt tới kích thước rất lớn, thậm chí có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng như phá hủy xương hàm, gãy xương bệnh lý, chết tủy nhiều răng kế cận, mất răng [4]. Năm 1892, Partsch đã mô tả hai kỹ thuật phẫu thuật nang chân răng gọi là phẫu thuật Partsch I và Partsch II. Phẫu thuật Partsch I chủ yếu mở thông nang khâu lộn túi. Trong khi đó phẫu thuật Partsh II là cắt toàn bộ nang được nhiều tác giả khuyên dùng [5]. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: ***Nhận xét kết quả điều trị ở các bệnh nhân nang chân răng được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật Partsch II tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp và Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2023.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật bằng phương pháp Partsch II điều trị nang chân răng.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân có nang chân răng gây tiêu xương hàm, xương hàm còn ít nhất một bản xương và nang có kích thước chiều lớn nhất nhỏ hơn hoặc bằng 5cm. Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là nang chân răng. Bệnh nhân tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân nang chân răng đang mắc bệnh toàn thân như: Tâm thần, bại não, đái tháo đường, tim mạch, bệnh lý rối loạn đông máu, xương thủy tinh... Bệnh nhân được chẩn đoán nang chân răng nhưng không có đầy đủ hình ảnh CT Cone Beam và giải phẫu bệnh. Bệnh án điều trị không có đủ các thông tin cần cho nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 7 năm 2023 tại Khoa Răng Hàm Mặt của bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp và bệnh viện Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.1.3. Phương pháp nghiên cứu

2.1.4. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh

2.1.5. Cỡ mẫu nghiên cứu: n = 16

2.1.6. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện: Chọn toàn bộ các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong khoảng thời gian nghiên cứu.

2.1.7. Biến số nghiên cứu:

- Phương pháp phẫu thuật.
- Số ngày hậu phẫu.
- Kích thước nang.
- Tình trạng rò mủ, liền vết mổ, chảy máu, nhiễm trùng.
- Tình trạng lành thương trên CT conebeam

2.2. Phương pháp thu thập thông tin: Thông tin, số liệu trong bệnh án nghiên cứu sẽ được thu thập, ghi chép thông qua quá trình nghiên cứu từ khi đối tượng nhập viện, thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán, phẫu thuật và theo dõi, đánh giá kết quả điều trị ngay sau khi ra viện và sau 3 tháng phẫu thuật.

2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Thông tin, số liệu trong bệnh án nghiên cứu sẽ được thu thập, ghi chép thông qua quá trình nghiên cứu từ khi đối tượng nhập viện, thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán, phẫu thuật và theo dõi, đánh giá kết quả điều trị ngay sau khi ra viện và sau 3 tháng phẫu thuật. Số liệu được nhập, quản lý bằng phần mềm EpiData 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0 bằng các thuật toán thống kê.

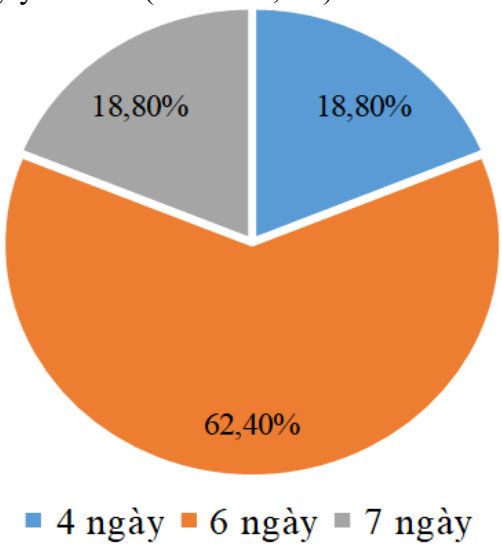
2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu có sự đồng ý của cơ sở nghiên cứu và sự tham gia tự nguyện của đối tượng nghiên cứu sau khi được cung cấp rõ ràng, đầy đủ thông tin liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân bố đối tượng theo phương pháp phẫu thuật (n = 16)

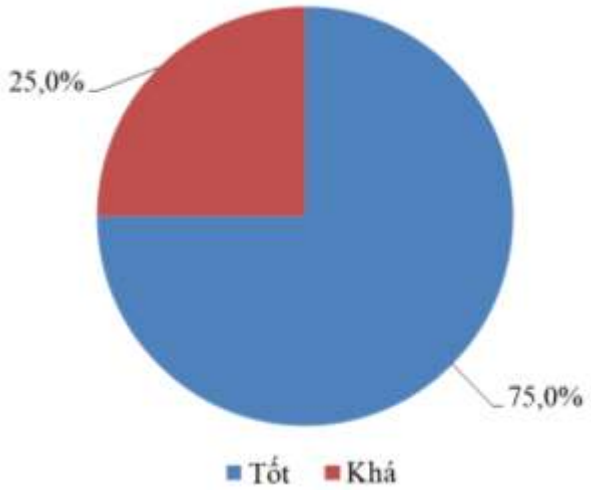
Biện pháp xử lý	Số lượng	Tỉ lệ %
Bóc tách nang và nạo vét kết hợp nhổ răng nguyên nhân	3	18,8
Bóc tách nang và nạo vét kết hợp cắt chóp chân răng và trám ngược MTA	13	81,2

Bệnh nhân nang chân răng được phẫu thuật bằng cách bóc tách nang và nạo vét kết hợp cắt chóp răng và trám ngược MTA (chiếm 81,2%) hay gặp hơn bệnh nhân bóc tách nang và nạo vét kết hợp nhổ răng nguyên nhân (chiếm 18,8%).



Hình 1: Sự phân bố đối tượng theo số ngày hậu phẫu (n = 16)

Bệnh nhân nang chân răng nằm viện 6 ngày sau phẫu thuật là hay gặp nhất (chiếm 62,4%), ít gặp hơn là bệnh nhân nằm viện 4 ngày và nằm 7 ngày sau phẫu thuật (đều chiếm 18,8%). Số ngày nằm điều trị hậu phẫu trung bình là 5,8 ngày.



Hình 2: Phân bố đối tượng theo kết quả điều trị ngay khi ra viện (n = 16)

Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị gần khi bệnh nhân ra viện ở mức tốt (12/16 đối tượng chiếm 75%) cao hơn ở mức khá (4/16 đối tượng chiếm 25,0%).

Bảng 2: Phân bố đối tượng theo kết quả điều trị ngay khi ra viện và kích thước nang

Kết quả điều trị	Kích thước nang					
	< 3cm		3 - 5 cm		Tổng	
	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %
Tốt	6	100,0	6	60,0	12	75,0
Khá	0	0,0	4	40,0	4	25,0
Tổng	**6**	**100,0**	**10**	**100,0**	**16**	**100,0**

Tỷ lệ bệnh nhân điều trị có kết quả tốt ngay khi ra viện ở nhóm kích thước nang dưới 3 cm (100,0%) cao hơn ở nhóm có kích thước nang từ 3-5 cm (60,0%) và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Fisher's exact test).

Bảng 3: Phân bố kết quả điều trị theo tình trạng rò mủ

Kết quả điều trị	Không rò mủ		Có rò mủ		Tổng	
	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %
Tốt	10	76,9	2	66,7	12	75,0
Khá	3	23,1	1	33,3	4	25,0
Tổng	**13**	**100**	**3**	**100**	**16**	**100,0**

Tỷ lệ bệnh nhân điều trị có kết quả tốt ngay khi ra viện ở nhóm không rò mủ (76,9%) cao hơn ở nhóm có rò mủ (66,7%) tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (Fisher's exact test).

Bảng 4: Kết quả lâm sàng của bệnh nhân sau phẫu thuật 1 tuần (n = 16)

Kết quả lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tình trạng vết mổ	Liền tốt (Tốt)	12	75,0
	Liền không hoàn toàn (Khá)	4	25,0
	Không liền, bục (Kém)	0	0,0

Chảy máu	Không chảy máu (Tốt)	16	100,0
	Chảy máu ít (Tốt)	0	0,0
	Chảy máu nhiều (Tốt)	0	0,0
Nhiễm trùng	Không (Tốt)	16	100
	Có (Kém)	0	0,0

Sau phẫu thuật 1 tuần: 100% bệnh nhân phẫu thuật nang chân răng đều không chảy máu và không có tình trạng nhiễm trùng; đa số bệnh nhân có vết mổ liền tốt (chiếm 75,0%), ít gặp bệnh nhân liền không hoàn toàn (25,0%).

Bảng 5: Kết quả lâm sàng của bệnh nhân sau phẫu thuật 3 tháng (n = 16)

Kết quả lâm sàng		**Số lượng**	**Tỷ lệ (%)**
Lâm sàng	Lành thương tốt (Tốt)	16	100,0
CT Cone Beam	Lành thương không hoàn toàn (Khá)	16	100,0

Sau 3 tháng điều trị phẫu thuật không có bệnh nhân nào lành thường hoàn toàn hay không lành thương: Tất cả bệnh nhân lành thương tốt trên lâm sàng (chiếm 100,0%), không có bệnh nhân nào lành thương khá hay không lành thương; Hình ảnh trên phim CT Cone Beam sau mổ 3 tháng cho thấy tất cả bệnh nhân lành thương khá (chiếm 100,0%).

Bảng 6: Kết quả điều trị chung sau phẫu thuật 3 tháng

Kết quả điều trị chung sau phẫu thuật 3 tháng	**Số lượng**	**Tỷ lệ (%)**
Khá	16	100,0

Sau 3 tháng điều trị phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đạt kết quả điều trị chung ở mức khá (100,0%), không có bệnh nhân nào đạt kết quả điều trị chung ở mức tốt hay kém.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả điều trị gần khi bệnh nhân ra viện

Toàn bộ bệnh nhân của chúng tôi đều có chẩn đoán sau mổ là nang chân răng. Phương pháp phẫu thuật là bóc tách nang và nạo vét kết hợp nhổ răng nguyên nhân có 3 bệnh nhân chiếm 18,8%; phương pháp bóc tách nang và nạo vét kết hợp cắt chóp chân răng và chám ngược MTA là 81,2%. Các bệnh nhân nằm viện từ 4 - 7 ngày. Trong đó bệnh nhân nang chân răng nằm viện 6 ngày sau phẫu thuật là hay gặp nhất (chiếm 62,4%), ít gặp hơn là bệnh nhân nằm viện 4 ngày và nằm 7 ngày sau phẫu thuật (đều chiếm 18,8%). Số ngày nằm viện trung bình là 5,8 ngày. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà (2010) cho thấy có 94,74% được chẩn đoán là nang cuống răng, 5,26% bệnh nhân được chẩn đoán là nang sót. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà là 3,97 ngày; bệnh nhân nằm viện ít nhất là 1 ngày, nhiều nhất là 7 ngày. Như vậy về số ngày hậu phẫu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà. Tuy vậy, chũng tôi nhận định rằng số ngày bệnh nhân nằm viện sau mổ không đơn thuần chỉ phụ thuộc vào tiến trình lành vết thương mà còn phụ thuộc vào các yếu tố xã hội khác như địa chỉ nơi cư trú của bệnh nhân. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà thực hiện tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương, vì thế nhiều bệnh nhân sau mổ có thể được chuyển ngay xuống tuyến dưới điều trị và theo dõi tiếp, do đó thời gian hậu phẫu trong nghiên cứu này có thể không phản ánh chính xác số ngày nằm viện thực sự của các bệnh nhân [6].

Sau một tuần phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân có tình trạng vết mổ liền tốt là hay gặp nhất (75,0%), ít gặp bệnh nhân liền không hoàn toàn (25,0%) và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với p<0,05, tất cả bệnh nhân phẫu thuật nang chân răng đều không chảy máu hay nhiễm trùng sau phẫu thuật 1 tuần (100,0%). Như vậy, sau 1 tuần điều trị, có 12 bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt chiếm 75,0% và 4 bệnh nhân đạt kết quả điều trị khá chiếm 25,0%. Kết quả này của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Ngô Thái Hùng (2019), bệnh nhân có kết quả tốt sau phẫu thuật 1 tuần chiếm 75,0% và khá chiếm 25,0% [4]. Kết quả phân tích thống kê cho thấy có mối liên quan giữa kích thước nang và kết quả điều trị. Cụ thể: Tỷ lệ bệnh nhân điều trị có kết quả tốt ngay khi ra viện ở nhóm kích thước nang dưới 3 cm (100,0%) cao hơn ở nhóm có kích thước nang từ 3-5 cm (60,0%). Liên quan đến tình trạng rò mủ, Tỷ lệ bệnh nhân điều trị có kết quả tốt ngay khi ra viện ở nhóm không rò mủ (76,9%) cao hơn ở nhóm có rò mủ (66,7%). Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, có vẻ như tình trạng rò mủ không ảnh hưởng đến kết quả điều trị, tuy nhiên do cỡ mẫu nhỏ nên sự khác biệt này không mang tính đại diện.

Kết quả của chúng tôi về cơ bản cũng tương đồng với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà (2010) cho thấy có 94,74% bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt sau 1 tuần sau mổ, tác giả cũng báo cáo không có ca nào có biến chứng chảy máu hoặc nhiễm trùng [6]. Theo nghiên cứu của Ly Vông Sả A Cao cho thấy có 94% bệnh nhân đạt kết quả tốt sau 1 tuần điều trị và 6% bệnh nhân đạt kết quả trung bình do có chảy máu nhẹ hoặc nhiễm trùng [7]. Theo Phạm Thanh Hải và cộng sự năm 2011 có 24/30 bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm 80%, 6 bệnh nhân đạt loại khá (20%) và không có ca nào có nhiễm trùng hoặc chảy máu tái phát sau mổ [8].

4.2. Kết quả xa sau điều trị 3 tháng

Kết quả điều trị sau 3 tháng: toàn bộ bệnh nhân được khám lại. Trong đó, Tất cả bệnh nhân lành thương tốt trên lâm sàng (chiếm 100,0%), không có bệnh nhân nào lành thương khá hay không lành thương. Hình ảnh trên phim CT Cone Beam sau mổ 3 tháng cho thấy tất cả bệnh nhân lành thương khá (chiếm 100,0%), không có bệnh nhân nào lành thường hoàn toàn hay không lành thương. Như vậy, về đánh giá kết quả sau điều trị 3 tháng, tất cả bệnh nhân đạt kết quả điều trị chung ở mức khá (100,0%), không có bệnh nhân nào đạt kết quả điều trị chung ở mức tốt hay kém. Kết quả này phù hợp với sinh học tái cấu trúc xương tại thời điểm 3 tháng. Để xương có thể lành thương cơ bản và quan sát được trên phim X-quang thì cần tối thiểu 6 tháng [9].

V. KẾT LUẬN

Số ngày điều trị hậu phẫu trung bình là 5,8 ngày và không ghi nhận có các biến chứng nhiễm trùng, bục chỉ hay chảy máu nặng sau phẫu thuật. Thêm vào đó, nghiên cứu đã chỉ ra rằng đối với nhóm bệnh nhân có nang kích thước nhỏ (<3 cm) có kết quả lành thương sau điều trị 1 tuần tốt hơn đáng kể nhóm có nang kích thước lớn hơn (3-5 cm). Sau 3 tháng điều trị, tất cả bệnh nhân đạt kết quả điều trị chung ở mức khá. Không có trường hợp nào ghi nhận có tái phát nang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lima L.B., de Freitas Filho S.A.J., de Paulo L.F.B. et al** (2020). Simple bone cyst: description of 60 cases seen at a Brazilian School of Dentistry and review of international literature. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal, 25(5), 616.
2. **Mervyn S., Paul S., Miloro M. et al** (2012). Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery (volume 2), People's Medical Publishing House-USA, 575-578.
3. **Shear M. and Speight P.M.** (2008). Cysts of the oral and maxillofacial regions, fourth edition, John Wiley & Sons, 123-142.
4. **Ngô Thái Hùng** (2019). Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nang chân răng có sử dụng mang fibrin giàu tiểu cầu, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế, 1-63.
5. **Lê Đức Lánh** (2016). Phẫu thuật nang vùng miệng và hàm mặt, Phẫu thuật miệng - phẫu thuật trong miệng, Nhà xuất bản Y học TP. Hồ Chí Minh, 143-186.
6. **Nguyễn Thị Thu Hà** (2010). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nang chân răng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, 1-66.
7. **Ly Vông Sả A Cao** (2000). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh viêm quanh cuống mạn tính, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 1-87.
8. **Phạm Thanh Hải, Phạm Văn Liệu, Lương Xuân Quỳnh và cộng sự** (2011). Lâm sàng, Xquang và điều trị nang chân răng nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2011. Tạp chí Y học thực hành, 807(2), 32-35.
9. **David B. Burr, Matthew R. Allen,** Basic and Applied Bone Biology, Academic Press, Pages 365-373.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VÀ VI KHUẨN HỌC CỦA NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU Ở BỆNH NHI 2 THÁNG ĐẾN 15 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Lê Thị Thanh Huyền[1], Nguyễn Ngọc Sáng[2], Hồ Hữu Thọ[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, vi khuẩn học và kháng sinh đồ của nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Đối tượng:** 524 bệnh nhi được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu từ 1/6/2021 đến 31/5/2024. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 41,69 ± 19,86 tháng, lứa tuổi hay gặp nhất là từ 2 tháng đến 24 tháng: 246/524 (46,9%). Nữ gặp nhiều hơn nam, tỉ lệ nam/nữ là 1/1,06. Bệnh nhi vào viện rải rác trong năm, nhiều nhất tháng 3, tháng 5 đến tháng 7. Triệu chứng lâm sàng: sốt 37,5℃ - 38,4℃ gặp nhiều nhất 351 (67%), 99 (18,9%) sốt cao > 39,5℃, tiểu buốt 109 (20,8 %), tiểu rắt 246 (46,9%), tiểu đục 182 (34,7%), tiểu máu 56 (10,7%). Hẹp khít bao quy đầu ở trẻ trai là 74/254 (29,13%). Xét nghiệm nước tiểu: bạch cầu niệu dương tính 524 (100%), nitrit niệu dương tính 106 (20,2%), hồng cầu niệu 334 (63,7%). Cấy nước tiểu 186/524 (38,17%) mọc vi khuẩn. Trong nhóm vi khuẩn gây bệnh, *E.coli* 115 (61,8%), *E.faecium* 21 (11,3%), *P.mirabilis* 12 (6,5%), *K.pneumonia* 14 (7,5%), *Aci.baumannii* 5 (2,7%), *E.faecalis 3* (1,6%), *E.cloacae 3* (1,6%). Vi khuẩn gây bệnh có tỷ lệ kháng cao với kháng sinh thường dùng như ampicilin, các penicillin kết hợp chất ức chế beta-lactamase, cotrimoxazol, colistin, cefuroxim, cefotaxim. Còn nhạy với các KS như: levofloxacin, carpabenem, fosfomycin và aminoglycosid. **Kết luận:** Nhiễm khuẩn tiết niệu là bệnh thường gặp, chủ yếu ở trẻ từ 2 tháng đến 24 tháng tuổi. Nữ gặp nhiều hơn nam. Sốt là triệu chứng phổ biến nhất. 100% bệnh nhi có bạch cầu niệu dương tính. Vi khuẩn niệu chủ yếu là gram âm trong đó phần lớn là *E.coli*. Ngoài ra còn gặp một số vi khuẩn khác: *E.faecium, P.mirabilis, K.pneumonia, Aci.baumannii, E.faecalis, E.cloacae*. Các vi khuẩn đã kháng các kháng sinh thông thường như ampicilin, các penicillin kết hợp chất ức chế beta-lactamase, cotrimoxazol, colistin, cefuroxim, cefotaxim, còn nhạy với levofloxacin, carpabenem, fosfomycin và aminoglycosid

Từ khoá: Nhiễm khuẩn tiết niệu, kháng sinh đồ, trẻ em.

[1]*Đại học Y khoa Vinh*
[2]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[3]*Học viện Quân Y*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thanh Huyền
Email: thanhhuyen25101978@gmail.com
Ngày nhận bài: 28/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 29/3/2025
Ngày duyệt bài: 24/4/2025

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGY AND BACTERIOLOGY CHARACTERISTICS OF URINARY TRACT INFECTION IN PEDIATRIC PATIENTS AGED 2 MONTHS TO 15 YEARS AT NGHE AN OBSTETRIC AND PEDIATRIC HOSPITAL

Objective: To describe the clinical epidemiology, bacteriology and antibiogram characteristics of urinary tract infection in

pediatric patients from 2 months to 15 years at Nghe An Obstetric and Pediatric Hospital. **Subjects:** A total of 524 pediatric patients diagnosed with urinary tract infection from June 1, 2021, to May 31, 2024. **Method:** Cross-sectional study. **Results:** The average age was 41,69 ± 19,86 months, with the most common age group being 2 to 24 months 246/524 (46.9%). The incidence was higher in females than in males, with a male-to-female ratio of 1/1.06. The disease was recorded throughout the year, with peaks in March and from May to July. Clinical symptoms: Fever 37.5°C - 38.4°C: 351 cases (67%), high fever >39.5°C: 99 cases 18.9%, dysuria (painful urination): 109 cases (20.8%), frequent urination: 246 cases (46.9%), cloudy urine: 182 cases (34.7%), hematuria (blood in urine): 56 cases (10.7%), phimosis in boys: 74/254 cases (29.13%). Urinalysis: positive urinary leukocytes: 524 cases (100%), positive urinary nitrite: 106 cases (20.2%), positive urinary red blood cells: 334 cases (63.7%). Urine cultures were positive for pathogens in 186 out of 524 cases (38.17%). Among the identified pathogens, *E. coli* was the most common 115 cases (61.8%), followed by *E. faecium* 21 cases (11.3%), *P. mirabilis* 12 cases (6.5%), *K. pneumoniae* 14 cases (7.5%), *A. baumannii 5* cases (2.7%), *E. faecalis 3* cases (1.6%), and *E. cloacae 3* cases (1.6%). The bacterial pathogens exhibited high resistance to commonly used antibiotics such as ampicillin, beta-lactamase inhibitor combination penicillins, cotrimoxazole, colistin, cefuroxime, and cefotaxime. However, they remained susceptible to levofloxacin, carbapenems, fosfomycin, and aminoglycosides. **Conclusions:** Urinary tract infection was a common disease, mainly affecting children aged 2 to 24 months. Females patients were more than males. Fever was the most frequent symptom, and 100% of patients had positive urinary leukocytes. Urinary bacteria were mainly gram negative, the majority of which was *E.coli*, There were also some other bacteria: *E. faecium, P. mirabilis, K. pneumoniae, A. baumannii, E. faecalis*, and *E. cloacae*. The bacteria were resistant to common antibiotics but were still sensitive to levofloxacin, carbapenems, fosfomycin, and aminoglycosides.

Keywords: Urinary tract infection, antibiogram, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) là một bệnh thường gặp ở trẻ em, đứng thứ 3 sau nhiễm khuẩn hô hấp và tiêu hoá [1]. Tỷ lệ mắc NKTN hàng năm là 3%, trong đó 7% trẻ gái và 2% trẻ trai trước 6 tuổi có ít nhất 1 lần NKTN có triệu chứng [2], [3]. Nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể để lại biến chứng nguy hiểm khi trưởng thành như thiếu máu, tăng huyết áp và bệnh thận mạn [2]. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và căn nguyên vi khuẩn của NKTN thay đổi theo từng quốc gia, địa phương, tuổi, giới. Vậy đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của NKTN tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An như thế nào? Căn nguyên gây bệnh và thông tin kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh ra sao? là những câu hỏi cần lời giải đáp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm muc tiêu:

1. Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 1/6/2021 đến 31/5/2024.

2. Xác định căn nguyên gây bệnh và tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh trên kháng sinh đồ.

Hy vọng với kết quả thu được sẽ góp phần vào việc chẩn đoán và điều trị bệnh

nhiễm khuẩn tiết niệu, một bệnh thường gặp ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu:

- 524 bệnh nhi từ 2 tháng - 15 tuổi điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu tại BV Sản Nhi Nghệ An
- Gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Vật liệu nghiên cứu: Bệnh án điều trị của bệnh nhi.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: Từ 1/6/2021 đến 30/5/2024

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu bệnh án điều trị của bệnh nhi.
- Cỡ mẫu: 524 bệnh nhi từ 2 tháng – 15 tuổi
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ bệnh nhi từ 2 tháng – 15 tuổi điều trị NKTN tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 1/6/2021 – 31/5/2024.
- Nội dung nghiên cứu:

+ Dịch tễ học: tuổi, giới, địa dư, thời gian mắc bệnh trong năm…

+ Lâm sàng: sốt, rối loạn tiểu tiện, triệu chứng tiêu hoá, đau bụng, thắt lưng, bất thường sinh dục ngoài.

+ Cận lâm sàng: tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu, công thức máu, CRP, ure, creatinin, siêu âm thận tiết niệu, chụp CT scanner ổ bụng khi siêu có dị tật đường tiết niệu.

+ Căn nguyên gây bệnh, kháng sinh đồ của các vi khuẩn: Căn nguyên gây bệnh được định danh và làm kháng sinh đồ của các loại vi khuẩn gây bệnh.

2.3. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin:

- Thông tin được thu thập theo bệnh án nghiên cứu được xây dựng sẵn gồm 02 phần:

+ Thông tin về hành chính

+ Thông tin về bệnh gồm: Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân gây bệnh và kết quả kháng sinh đồ của các vi khuẩn gây bệnh.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán Nhiễm khuẩn tiết niệu theo tiêu chuẩn Hiệp hội Tiết niệu Nhi khoa Châu Âu năm 2015 [4]:

+ Lâm sàng gợi ý: sốt, hội chứng nhiễm trùng, rối loạn tiểu tiện (khó tiểu, tiểu gấp, đau bụng, đau thắt lưng, …)

+ Bạch cầu niệu ≥ 10 bạch cầu/vi trường (khi soi cặn li tâm độ phóng đại 400 lần)

+ Và/hoặc cấy nước tiểu mọc vi khuẩn, ngưỡng dương tính phụ thuộc vào phương pháp lấy mẫu: ≥ 103 CFU/ml với mẫu thu bằng sonde tiểu, ≥105 CFU/ml với mẫu lấy nước tiểu giữa dòng hoặc ≥ 10 CFU/ml với mẫu lấy bằng chọc hút bàng quang trên xương mu.

2.4. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 22.0. Tính số lượng và tỉ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài được sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Số liệu nghiên cứu được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhi 2 tháng đến 15 tuổi tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

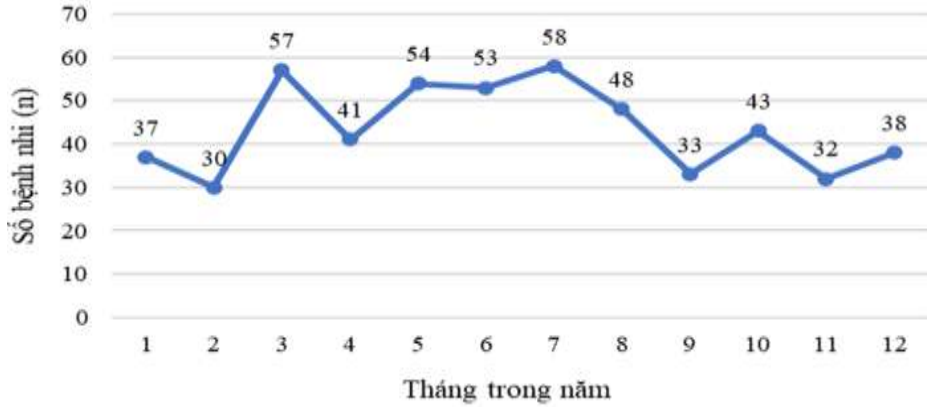
- Dịch tễ học:

+ Độ tuổi trung bình là 41,69 ± 19,86 tháng

Bảng 1. Phân bố NKTN theo giới tính và nhóm tuổi

Nhóm tuổi (tháng)	Nam Số lượng (Tỉ lệ %)	Nữ Số lượng (Tỉ lệ %)	Tổng Số lượng (Tỉ lệ %)
2 – 24	145 (58,90)	101 (41,10)	246 (46,90)
25 – 60	60 (40,50)	88 (59,50)	148 (28,20)
> 60	49 (37,10)	81 (62,30)	130 (24,80)
Tổng	**254 (48,50)**	**270 (51,50)**	**524 (100)**

Tỷ lệ NKTN ở trẻ nữ nhiều hơn trẻ nam. Nhưng nhóm 2 tháng – 24 tháng nam gặp nhiều hơn nữ và nhóm > 60 tháng thì nữ gặp nhiều hơn nam.



Hình 1. Phân bố bệnh nhi theo thời điểm mắc bệnh trong năm (n = 524)

Nhiễm khuẩn tiết niệu xuất hiện rải rác quanh năm, cao nhất vào tháng 3 và tháng 5 đến tháng 7.

Bảng 2. Phân bố triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 524)

Triệu chứng		Số lượng	Tỷ lệ %
Sốt	Sốt 37,5°C – 38,4°C	351	67
	Sốt 38,5°C – 39,5°C	74	14,1
	Sốt > 39,5°C	99	18,9
Rối loạn tiểu tiện	Tiểu rắt	246	46,9
	Tiểu đau/ khóc khi đi tiểu	128	24,4
	Tiểu buốt	109	20,8
	Tiểu khó	104	19,8
	Tiểu đục	182	34,7
	Tiểu máu	56	10,7
Triệu chứng tiêu hoá	Nôn	24	4,6
	Tiêu chảy	29	5,5
	Đau bụng	68	13
Triệu chứng khác	Đau vùng thắt lưng	16	3,1
	Hẹp khít bao quy đầu	74/254	29,13

Tỉ lệ bệnh nhi sốt trên 39,5°C là 18,9%. Các triệu chứng rối loạn tiểu tiện gặp nhiều nhất là tiểu rắt với tỷ lệ 46,9%. Ngoài ra còn gặp các biểu hiện rối loạn tiêu hoá, hẹp bao quy đầu 74/254 trẻ trai.

- Xét nghiệm nước tiểu:

Bảng 3. Phân bố NKTN theo chỉ số xét nghiệm nước tiểu (n = 524)

Kết quả	BC niệu Số lượng (Tỉ lệ %)	Nitrit niệu Số lượng (Tỉ lệ %)	HC niệu Số lượng (Tỉ lệ %)
Âm tính (-)	0 (0,00)	417 (79,60)	190 (36,30)
1+	105 (20,00)	106 (20,20)	168 (32,10)
2+	146 (27,90)	1 (0,20)	114 (21,80)
3+	203 (38,70)	0 (0,00)	52 (9,10)
>3+	70 (13,40)	0 (0,00)	0 (0,00)

Tỷ lệ bạch cầu (BC) niệu ≥ 3+ chiếm 52,1%. Nitrit niệu dương tính chỉ chiếm tỷ lệ thấp, một số bệnh nhi có hồng cầu (HC) niệu.

- Xét nghiệm máu: Số lượng BC trung bình trong máu ngoại vị là: 15,1 ± 6,3x10^9/l, tỷ lệ bạch cầu tăng chiếm 60,7%. Bạch cầu trung tính tăng chiếm 73,7%. CRP huyết thanh trung bình là 50,58 ± 10,8 mg/dl; CRP huyết thanh > 40 mg/l, chiếm 78,8%.

Bảng 4. Phân bố NKTN theo kết quả Siêu âm, X.quang, CT Scanner hệ thận tiết niệu (n=129)

Kết quả	Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
Giãn đài bể thận	70	54,26
Bàng quang thành dày	14	10,85
Hẹp niệu quản	11	8,53
Niệu quản đôi	9	6,98
Hẹp khúc nối bể thận - niệu quản	6	4,65
Trào ngược bàng quang - niệu quản	5	3,88
Thận đa nang	4	3,10
Bàng quang thần kinh	3	2,33
Giãn thận phải – teo thận trái	2	1,55
Teo 1 thận	2	1,55
Thận đôi	2	1,55
Rò niệu đạo	1	0,78
Tổng	**129**	**100**

Trong số 129 bệnh nhi NKTN có chỉ định làm Siêu âm, chụp XQ và CT Scanner thì có 70 bệnh nhi có giãn đài bể thận, 6 bệnh nhi hẹp khúc nối bể thận – niệu quản, 23 bệnh nhi bị các dị tật khác tại thận – niệu quản.

3.2. Căn nguyên gây bệnh và tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh trên kháng sinh đồ

- Tỷ lệ mọc vi khuẩn: Từ 524 mẫu nước tiểu cấy có 186 (35,5%) mẫu mọc vi khuẩn
- Trong các căn nguyên gây bệnh: 86,6% vi khuẩn gram (-), 13,4% vi khuẩn gram (+).
- Trong nhóm vi khuẩn gram (-) có 43,1% vi khuẩn sinh ESBL.

Bảng 5. Các vi khuẩn phân lập được (n = 186)

Tên vi khuẩn	Số mẫu	Tỷ lệ %
Escherichia coli	115	61,8
Enterococcus faecium	21	11,3
Klebsiella pneumoniae	14	7,5
Proteus mirabilis	12	6,5
Pseudomonas aeruginosa	7	3,8
Acinetobacter baumannii	5	2,7
Enterobacter cloacae complex	3	1,6
Enterococcus faecalis	3	1,6
Citrobacter freundii	1	0,5
Enterobacter asburiae	1	0,5
Enterococcus gallinarum	1	0,5
Morganella morganii	1	0,5
Pantoea agglomerans	1	0,5
Proteus vulgaris	1	0,5
Tổng	**186**	**100**

Vi khuẩn hay gặp nhất trong các chủng được phân lập là *Escherichia coli*, sau đó là *Enterococcus faecium* và *Klebsiella pneumoniae.*

Bảng 6. Kết quả kháng sinh đồ của các chủng vi khuẩn phân lập được (n = 186)

Kháng sinh	Số ca làm kháng sinh đồ	Nhạy cảm SL (Tỉ lệ %)	Trung gian SL (Tỉ lệ %)	Kháng SL (Tỉ lệ %)
Ampicilin	31	3 (9,7)	0	32 (90,3)
Amoxicilin +Acid Clavunalic	127	13 (10,2)	16(12,6)	98(77,2)
Ticarcillin + Acid Clavunalic	92	21 (22,8)	0	71(77,2)
Cefalotin	97	23(23,7)	55(56,7)	19(19,6)
Cefuroxim	74	29(39,2)	12(16,22)	33(44,6)
Ceftizoxim	21	4 (19)	2(9,6)	15(71,4)
Cefotaxim	29	14(44,2)	2(13,8)	11(37,9)
Ceftazidim	28	10(35,7)	16(57,14)	2(7,1)
Meronem	30	26(86,7)	4(13,4)	0
Imipenem	30	22(73,3)	7(23,3)	1(3,3)
Ciprofloxacin	36	12(33,3)	12(33,3)	12(33,3)
Levofloxacin	107	56(52,3)	36(33,64)	15(14)
Amikacin	54	26(48,1)	15(27,77)	13(24,1)
Fosfomycin	55	17(30,9)	30(54,5)	6(10,9)
Cotrimoxazol	27	9(33,3)	0	18(66,7)
Clarythromycin	111	51(45,94)	25(22,52)	35(31,53)
Colistin	24	10(41,7)	1(4,2)	12(50)

Vi khuẩn phân lập được có tỷ lệ kháng cao với ampicillin, và penicillin kết hợp chất ức chế beta-lactamase (77,2 – 90,3%), cotrimoxazol (66,7%); cefuroxim (44,6%), cefotaxim (37,9%), colistin (50%). Vi khuẩn phân lập được còn nhạy với các kháng sinh như: levofloxacin, carpabenem, fosfomycin và aminoglycosid.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

Dịch tễ học: Độ tuổi trung bình bệnh nhi mắc NKTN là 41,69 ± 19,86 tháng, trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy số lượng bệnh nhi nữ mắc nhiều hơn nam, nhưng không đáng kể, tỷ lệ nữ/nam là 1,06. Tuy nhiên, trong nhóm tuổi 2 tháng đến 24 tháng trẻ nam nhiều hơn nữ, còn trẻ từ 25 tháng trở lên thì tỷ lệ nữ mắc nhiều hơn. Sự khác nhau phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Nguyễn Ngọc Sáng [5], bệnh nhi từ 2 tháng đến 1 tuổi tỷ lệ nam mắc là 61,6% cao hơn nữ 38,4%. Sau 1 tuổi thì tỷ lệ nam 34,8% thấp hơn nữ 65,2%. Tại Ấn Độ, Krishna Mandal và cộng sự [6] nghiên cứu trẻ NKTN có sốt dưới 5 tuổi cũng cho thấy tỷ lệ nữ/nam là 1,2. Kết quả tương tự được tìm thấy trong các nghiên cứu tại Roma và Thổ Nhĩ Kỳ [7], [8]. NKTN ở trẻ gái thường gặp hơn do cấu tạo giải phẫu đường tiết niệu, lỗ niệu đạo nằm gần hậu môn nơi luôn có vi khuẩn gây NKTN từ đoạn cuối hồi tràng, đồng thời do niệu đạo trẻ gái ngắn 3-4 cm, cấu tạo thẳng làm cho vi khuẩn dễ dàng xâm nhập vào hệ tiết niệu hơn. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng NKTN có thể xảy ra ở bất kỳ thời điểm nào trong năm, nhưng tỷ lệ cao nhất vào khoảng tháng 3 là thời điểm nồm ẩm nên trẻ dễ mắc NKTN, tháng 5 đến tháng 7 cũng là những tháng có tỷ lệ NKTN cao, là thời điểm mùa hè, nguyên nhân có thể do thời tiết ẩm và nóng làm tăng mất dịch qua mồ hôi, giảm dịch ngoại bào dẫn đến mất nước và giảm nước tiểu, cuối cùng làm giảm thanh thải vi khuẩn khỏi đường niệu.

Về triệu chứng lâm sàng: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, triệu chứng sốt nhẹ gặp nhiều nhất 67%, sốt trên 39,5℃ gặp 18,9%. Các triệu chứng rối loạn tiểu tiện gặp với tỷ lệ thấp hơn như tiểu máu 10,5%; tiểu rắt 46,9%; tiểu đau 24,4%; tiểu khó 19,8% và tiểu đục 34,7%. Triệu chứng rối loạn tiêu hoá như nôn 4,6%; tiêu chảy 5,5%; 13% đau bụng thắt lưng 3,1%. Theo Huỳnh Thị Vũ Quỳnh và cộng sự trên 367 bệnh nhi NKTN tại bệnh viện Nhi Đồng 2 [9] cho thấy bệnh nhi sốt (78,25%), tiểu đục (14,3%); tiểu đau (11,5%); tiểu rắt (7,9%); tiểu rặn (3,8%), nôn (18,3%), tiêu chảy (12%). Các triệu chứng tiết niệu thường khác nhau giữa các nghiên cứu, một phần vì biểu hiện ở trẻ em rất khác người lớn, mặt khác có thể do trẻ em đặc biệt trẻ dưới 1 tuổi chưa biết nói nên bác sỹ và bố mẹ không ghi nhận hết triệu chứng. Chúng tôi gặp 29,13% trẻ nam hẹp khít bao quy đầu. 116/524 (6,4%) bệnh nhi có bất thường hệ thận tiết niệu, đây là những nguyên nhân có thể gây ứ đọng nước tiểu tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn phát triển.

Về cận lâm sàng: BC niệu dương tính ở 100% bệnh nhi, nitrit niệu dương tính (20,2%), hồng cầu niệu gặp ở 63,7%. Kết quả xét nghiệm nước tiểu trong NKTN có sự khác nhau giữa các nghiên cứu. Theo Huỳnh Thị Vũ Quỳnh [9] tại Bệnh viện Nhi đồng 2, trên 367 bệnh nhi NKTN thấy bạch cầu niệu dương tính ở 82,3%, nitrit niệu dương tính 21,3%, hồng cầu niệu dương tính 32,7%. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Sáng [5] thì xét nghiệm bạch cầu niệu ≥ 2(+) gặp 82,5% và 10,5% bệnh nhi có nitrit (+). Có thể lý

giải sự khác nhau là do các chỉ số trên phụ thuộc vào tác nhân gây nhiễm khuẩn tiết niệu. Số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi và CRP huyết thanh phản ánh tình trạng đáp ứng với tác nhân nhiễm khuẩn trong giai đoạn cấp tính đồng thời giúp tiên lượng và hướng dẫn dùng thuốc kháng sinh. Nghiên cứu chúng tôi thấy số lượng bạch cầu trung bình trong máu ngoại vi là: 15,1 ± 6,3x10^9/l, giá trị nhỏ nhất là 4,4 x 10^9/l, giá trị lớn nhất là 37,7 x 10^9/l, tỷ lệ bạch cầu tăng chiếm 60,7%. Bạch cầu trung tính tăng chiếm 73,7%. CRP huyết thanh trung bình là 50,58 ± 10,8 mg/dl; CRP huyết thanh > 40 mg/l, chiếm 78,8%. Siêu âm, X.quang và CT Scanner thận tiết niệu phát hiện có 70 bệnh nhi giãn đài bể thận, 6 bệnh nhi hẹp khúc nối bể thận – niệu quản, 23 bệnh nhi bị các dị tật khác tại thận – niệu quản, 14/524 bệnh nhi dày thành bàng quang, tương tự với một nghiên cứu tại Ấn Độ [6].

4.2. Về đặc điểm vi khuẩn học và kháng sinh đồ

Từ kết quả cấy 524 mẫu nước tiểu có 186 (38,17%) mẫu mọc vi khuẩn, trong các căn nguyên gây bệnh: 86,6% vi khuẩn gram (-), 13,4% vi khuẩn gram (+). Trong nhóm vi khuẩn gram (-) có 43,1% vi khuẩn sinh ESBL.

Trong nhóm vi khuẩn gây bệnh E.coli là vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất 115/186 (81,8%), ngoài ra còn gặp *E.faecium* 21 ca (11,3%); *K.pneumoniae* 14 ca (7,5%); *Proteus mirabilis* 12 ca (6,5%), *Ps.aeruginosa 7* ca (3,8%) và ngoài ra còn gặp một số vi khuẩn khác. Các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng cho thấy E.coli là vi khuẩn hàng đầu gây NKTN ở trẻ em [6], [7], [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Sáng và cộng sự [5] thấy rằng E. Coli chiếm 71,4% trong các căn nguyên phân lập được. Giải thích ưu thế cả vi khuẩn Gram âm trong NKTN các tác giả cho rằng: hệ tiêu hoá và hệ tiết niệu lại khá gần nhau (niệu đạo gần hậu môn) do đó việc vi khuẩn cư trú bình thường ở đường tiêu hoá sẽ trở thành căn nguyên chủ yếu gây NKTN, trong đó hàng đầu là E.coli. Ngoài ra, độc lực rất mạnh của E.coli là yếu tố thuận lợi để nó gây bệnh.

Hiện nay, vi khuẩn kháng kháng sinh là một trong những vấn đề đang được quan tâm. Bảng 6 cho thấy vi khuẩn phân lập được có tỷ lệ kháng cao với ampicillin (90,3%), kháng cao với các penicillin kết hợp chất ức chế beta-lactamase (77,2%), cotrimoxazol (66,7%); colistin (50%); cefuroxim (44,6%), cefotaxim (37,9%). Vi khuẩn phân lập được còn nhạy với các kháng sinh như: levofloxacin, carpabenem, fosfomycin và aminoglycosid. Nghiên cứu tại Roma năm 2024 [7] cho thấy tỷ lệ vi khuẩn kháng kháng sinh với amoxicillin là 100%, ampicillin/ sulbactam 85,71%, trimethoprim/ sulphamethoxazol 61,49%, và ampicillin 78,47%, colistin 50%. Sự khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do sự nhạy cảm và kháng kháng sinh của các vi sinh vật khác nhau, tuỳ thuộc vào sự phân bố địa lý và các phác đồ kháng sinh khác nhau.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

- Dịch tễ học: Độ tuổi trung bình bệnh nhi mắc NKTN là 41,69 ± 19,86 tháng, nhóm tuổi hay gặp nhất là 2 tháng đến 24 tháng. NKTN ở nữ nhiều hơn nam. Bệnh nhi NKTN vào viện rải rác quanh năm, nhiều hơn vào tháng 3, tháng 5 đến tháng 7.

- Lâm sàng: Sốt là triệu chứng phổ biến nhất và cũng là lý do chính khiến bệnh nhi đến khám. Triệu chứng tại đường tiết niệu gặp nhiều nhất là tiểu rắt, tiểu đau và tiểu buốt.

- Cận lâm sàng: CRP huyết thanh thường tăng, 20,2% Nitrit niệu (+), 51,1% BC niệu ≥ 3 (+), Siêu âm, X.quang và CT Scanner thận tiết niệu phát hiện có 70 giãn đài bể thận, 6 bệnh nhi hẹp khúc nối bể thận – niệu quản, 23 bệnh nhi bị các dị tật khác tại thận – niệu quản.

5.2. Đặc điểm vi khuẩn học và kháng sinh đồ của nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

- Tỷ lệ cấy nước tiểu mọc căn nguyên gây bệnh là 38,17%. Trong đó 86,6% vi khuẩn gram (-), 13,4% vi khuẩn gram (+). Trong nhóm vi khuẩn gram (-) có 43,1% vi khuẩn sinh ESBL

- Vi khuẩn gặp nhiều nhất là *E.coli*, ngoài ra còn gặp các vi khuẩn khác *E.faecium, K.pneumoniae, P.mirabilis, P.aeruginosa, A. baumannii complex, E.cloacae complex, E.faecalis*..

- Vi khuẩn gây bệnh có tỷ lệ kháng cao với kháng sinh thường dùng như ampicilin, các penicillin kết hợp chất ức chế beta-lactamase, cotrimoxazol, colistin, cefuroxim, cefotaxim. Còn nhạy với các kháng sinh như: levofloxacin, carpabenem, fosfomycin và aminoglycosid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2015), "Nhiễm khuẩn tiết niệu", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em, 417-423.
2. **Alsaywid B S, Alyami F A, Alqarni N and et al.** (2023), "Urinary tract infection in children: A narrative review of clinical practice guidelines", Urol Ann. 15(2): p. 113-132.
3. **Leung A K C, Wong A H C, Leung A A M and et al.** (2019), "Urinary Tract Infection in Children", Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov. 13(1): p. 2-18.
4. **Stein R, Dogan H S, Hoebeke P and et al.** (2015), "Urinary tract infections in children: EAU/ESPU guidelines", Eur Urol. 67(3): p. 546-58.
5. **Nguyễn Ngọc Sáng** (2015), "Nhiễm khuẩn tiết niệu Trẻ em", Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 127-193.
6. **Krishna Mandal A, Kumar Jana J, Chatterjee Y and et al.** (2024), "Clinical and Microbiological Profiles of Urinary Tract Infections in Febrile Children Aged Six Months to Five Years Attending a Tertiary Care Hospital in India", Cureus. 16(1): p. e51903.
7. **Isac R, Doros G, Stolojanu C A and et al.** (2024), "General Characteristics and Current State of Antibiotic Resistance in Pediatric Urinary Tract Infection-A Single Center Experience", Antibiotics (Basel). 13(8).
8. **Samanci S, Pınarbaşı A S** (2023), "Microbial etiology and antibiotic resistance in urinary tract infections in children; view from an area where antibiotics are overused", Eur Rev Med Pharmacol Sci. 27(16): p. 7680-7687.
9. **Huỳnh Thị Vũ Quỳnh, Huỳnh Tuấn An và cộng sự.** (2022),"Đặc điểm đề kháng kháng sinh trong nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhi tại Bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2020-2021", Tạp Chí Y học Việt Nam, 94-99.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ PHÒNG VÀ NHẬN BIẾT DẤU HIỆU PHẢN VỆ CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG CHÍNH QUY TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG, NĂM 2024

Phạm Thị Tuyết[1], Đoàn Thái Bảo[2], Lương Thị Thu Giang[1], Nguyễn Thị Thu Hương[1], Nguyễn Đỗ Quyên[3]

TÓM TẮT

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện 273 sinh viên điều dưỡng chính quy năm 3 và năm 4, đang học tập tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Thông tin được thu thập theo hình thức phát vấn. **Kết quả:** Điểm trung bình kiến thức phòng phản vệ của sinh viên là 10,5 ± 2,07; điểm trung bình kiến thức nhận biết dấu hiệu phản vệ là 20,6 ± 3,70; điểm trung bình chung là 31,0 ± 3,91; 56,0% sinh viên đạt kiến thức phòng phản vệ, 63,4% sinh viên đạt kiến thức nhận biết dấu hiệu phản vệ, 46,5% sinh viên đạt kiến thức chung về phòng và nhận biết dấu hiệu của phản vệ. Kiến thức phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ có mối liên quan với: Năm học: với OR = 2,1 (1,3-3,4); Học lực: với OR = 2,5 (1,4-4,1); Sinh viên đã từng chứng kiến phản vệ trong thực tế: với OR = 2,2 (1,3-3,6). **Kết luận:** sinh viên có kiến thức khá về phòng phản vệ; kiến thức trung bình về nhận biết dấu hiệu phản vệ; kiến thức chung về phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ của sinh viên còn thấp. Kiến thức phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ có liên quan với năm học, học lực và việc sinh viên thực tế đã từng chứng kiến phản vệ, không liên quan với yếu tố giới tính của sinh viên.

Từ khóa: phản vệ, kiến thức phòng và nhận biết phản vệ, sinh viên điều dưỡng

SUMMARY

CURRENT STATUS OF KNOWLEDGE ON ANAPHYLAXIS PREVENTION AND RECOGNITION AMONG REGULAR NURSING STUDENTS AT HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY, 2024

Research Method: A cross-sectional descriptive study using a convenient, non-probability sampling method was conducted with total of 273 thỉd and fourth-year nursing students at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy. Data were collected using self-administered questionnaires. **Results:** The average score for students' knowledge of anaphylaxis prevention was 20,6 ± 3,7; the average score for recognizing anaphylaxis symptoms was 10.5 ± 2.07; and the overall average score was 31,0 ± 3,91; 63,4% of students achieved sufficient knowledge of anaphylaxis prevention; 56,0% of students had sufficient knowledge of recognizing anaphylaxis symptoms; 46,5% of students achieved overall sufficient knowledge of anaphylaxis prevention and symptom recognition. Knowledge of anaphylaxis prevention and recognition was associated with: Academic year: OR = 2,1 (1,3–3,4); Academic performance: OR = 2,5 (1,4–4,1);

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Kiến An Hải Phòng*
[3]*Bệnh viện Đại học Phenikaa*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tuyết
Email: pttuyet@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 26/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025
Ngày duyệt bài: 16/4/2025

Having witnessed an actual anaphylactic reaction: OR = 2,2 (1,3–3,6); Gender was not associated with knowledge of anaphylaxis prevention and recognition. **Conclusion:** Students had good knowledge of anaphylaxis prevention, moderate knowledge of recognizing anaphylaxis symptoms, and low overall knowledge of anaphylaxis prevention and symptom recognition. Knowledge of anaphylaxis prevention and recognition was significantly associated with academic year, academic performance, and having witnessed an actual anaphylactic reaction, but not with gender.

Keywords: anaphylaxis, knowledge of anaphylaxis prevention and recognition, nursing students

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là một tình trạng dị ứng toàn thân, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng [1]. Phản ứng phản vệ biểu hiện ở nhiều cơ quan như: da và niêm mạc (mẩn đỏ, ngứa, nổi mề đay, phù ...); đường tiêu hóa (nôn, đau bụng, ỉa chảy,...); đường hô hấp (khó thở do phù nề thanh quản hoặc khó thở kiểu hen,...); hệ tim mạch (mạch nhanh, tụt huyết áp, loạn nhịp) [1].

Những năm gần đây, các trường hợp người bệnh bị phản ứng phản vệ ngày càng gia tăng và được quan tâm nhiều hơn bởi tính chất gây nguy hiểm của nó. Và theo một nghiên cứu được đánh giá tại Mỹ, phản vệ rất có thể xảy ra với tần suất 1/50 (chiếm tỷ lệ 1,6%) ở Mỹ [7]. Năm 2014, nghiên cứu của Ibrahim và cộng sự tại Singapore chỉ ra rằng hầu hết nhân viên y tế (89,4%) cho biết đã chứng kiến ít nhất một trường hợp phản vệ trong thực tế lâm sảng của họ [3].

Hiện nay ở nước ta, tình trạng dị ứng ngày càng gia tăng trong đó có phản ứng phản vệ. Thực tế gần đây, trong đợt tiêm sau vắc-xin phòng Covid-19, vào ngày 24/11/2021, tại tỉnh Bắc Giang ghi nhận 4 học sinh bị phản vệ với vắc- xin của hãng Pfizer, trong đó có 2 học sinh xuất hiện sốc phản vệ nặng và 1 trong 2 học sinh đã tử vong sau đó [5].

Phản vệ có thể xuất hiện trong mọi bối cảnh và rất khó đoán trước [8]. Để có được khả năng nhận biết và phòng phản vệ tốt, sinh viên điều dưỡng cần được trang bị kiến thức trong suốt quá trình học tập. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu sau.

1. Mô tả kiến thức phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ của sinh viên điều dưỡng chính quy trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2024.

2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến kiến thức về phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ của nhóm đối tượng trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: sinh viên điều dưỡng năm 3 và sinh viên điều dưỡng năm 4, đang học tập tại trường; đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: sinh viên từ chối tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 6/2024 đến tháng 12/2024, tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.4. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện toàn bộ gồm 273 sinh viên điều dưỡng chính quy năm thứ 3 và thứ 4 đang học tại trường ĐH Y Dược Hải Phòng.

2.5. Thu thập thông tin

* Công cụ thu thập thông tin: gồm 3 phần với 30 câu hỏi được phát triển bởi tác giả Phạm Ngọc Quang và cộng sự [4] xây dựng theo hướng dẫn của Thông tư 51/2017/TT-BYT về việc ban hành hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ. Bộ câu hỏi đã được điều chỉnh để phù hợp với mục đích của đề tài tuy nhiên không làm thay đổi ý nghĩa của bộ câu hỏi:

- Phần I: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu gồm 8 câu: giới tính, năm sinh, là sinh viên năm mấy, kết quả học tập hiện tại, đã từng được học về phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ chưa, tìm hiểu về phản vệ, thực tế bạn đã từng kiến trường hợp phản vệ nào chưa.

- Phần II: Kiến thức về phòng phản vệ gồm 12 câu: trong đó có 11 câu 1 lựa chọn đúng nhất và 1 câu nhiều lựa chọn, tổng điểm là 15 điểm.

- Phần III: Kiến thức về nhận biết dấu hiệu của phản vệ gồm 10 câu hỏi: trong đó có 8 câu 1 lựa chọn đúng nhất và 2 câu nhiều lựa chọn, tổng điểm là 28 điểm.

Tổng điểm kiến thức về phòng và nhận biết dấu hiệu của phản vệ là 41 điểm.

* Thu thập số liệu: Nhóm gồm 15-20 sinh viên được phát phiếu tự điền trong vòng 20 phút

* Đánh giá kiến thức của sinh viên [4]:

- Sinh viên có kiến thức nhận biết dấu hiệu của phản vệ Đạt khi trả lời được > 70% câu hỏi (từ 19 điểm trở lên).

- Sinh viên có kiến thức nhận biết dấu hiệu của phản vệ Đạt khi trả lời đúng > 70% câu hỏi (từ 11 điểm trở lên).

- Sinh viên có kiến thức chung về phòng và nhận biết dấu hiệu của phản vệ Đạt khi có điểm từ 29 điểm trở lên và Đạt cả kiến thức về phòng và kiến thức thức về nhận biết dấu hiệu của phản vệ.

2.6. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng thuật toán thống kê mô tả: các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhỏ nhất, lớn nhất. Kiểm định mối liên quan bằng Chi square, Fisher exact test… số liệu trình bày dạng bảng, tỷ lệ phần trăm. Thực hiện kiểm định giả thuyết lấy mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ đề cương đã được trường ĐHYDHP phê duyệt theo Quyết định số 2004/QĐ - YDHP ngày 30/8/2024. Nghiên cứu không gây bất cứ tác hại nào cho ĐTNC. Mọi thông tin cá nhân của ĐTNC được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n = 273)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	19	7,0
	Nữ	254	93,0
Tuổi (21 - 23)	$\bar{X}$ ± ĐLC: 21,6 ± 0,53		
Năm học	Năm 3	116	42,5
	Năm 4	157	57,5
Kết quả học tập hiện tại	Trung bình, yếu	185	68,5
	Khá, giỏi	86	32,1

Thực tế đã từng chứng kiến phản vệ	Đã từng	169	61,9
	Chưa từng	104	38,1

Sinh viên nam chiếm 7%, sinh viên nữ chiếm 93%; với tuổi trung bình là 21,6 ± 0,53. Sinh viên điều dưỡng năm 3 chiếm 42,5%; năm 4 chiếm 57,5%. 68,5% sinh viên có học lực trung bình, yếu; tỷ lệ sinh viên có học lực khá giỏi chiếm 32,1%. Tỷ lệ sinh viên đã từng chứng kiến phản vệ trong thực tế là 61,9%.

Bảng 2. Điểm trung bình kiến thức về phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ của sinh viên điều dưỡng (n = 273)

Nội dung	Trung bình ± ĐLC (GTLN – GTNN)	% trung bình/điểm tối đa
Kiến thức phòng phản vệ	10,5 ± 2,07 (5 – 15)	70,0
Kiến thức nhận biết dấu hiệu phản vệ	20,6 ± 3,70 (6 – 26)	79,2
Kiến thức chung	31 ± 3,91 (12 – 41)	75,6

Điểm trung bình kiến thức phòng phản vệ của sinh viên điều dưỡng là 10,5 ± 2,07 chiếm 70% điểm tối đa; kiến thức nhận biết dấu hiệu phản vệ là 20,6 ± 3,70 chiếm 79,2% điểm tối đa; kiến thức chung về phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ là 31 ± 3,91 chiếm 75,6% điểm tối đa.

Bảng 3. Kiến thức về phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ của sinh viên điều dưỡng (n=273)

Nội dung	Đạt		Không đạt	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Kiến thức phòng phản vệ	153	56,0	120	44,0
Kiến thức nhận biết dấu hiệu phản vệ	173	63,4	100	36,6
Kiến thức chung	127	46,5	146	53,5

Tỷ lệ sinh viên đạt kiến thức phòng phản vệ là 56,0%. Tỷ lệ sinh viên đạt kiến thức về nhận biết dấu hiệu phản vệ chiếm 63,4%. Tỷ lệ sinh viên đạt kiến thức chung về phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ là 46,5%.

Bảng 4. Yếu tố liên quan đến kiến thức về phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ của sinh viên điều dưỡng (n = 273)

Đặc điểm		Kiến thức		p	OR (95% CI)
		Đạt (SL, Tỉ lệ %)	Không đạt (SL, Tỉ lệ %)		
Giới	Nam	9 (47,4)	10 (52,6)	0,94	1,0 (0,4-2,5)
	Nữ	118 (46,5)	136 (53,5)		
Năm học	Năm 4	85 (54,1)	72 (45,9)	0,003	2,1 (1,3-3,4)
	Năm 3	42 (36,2)	74 (63,8)		
Học lực	Khá, giỏi	53 (61,6)	33 (38,4)	0,001	2,5 (1,4-4,1)
	TB, yếu	74 (39,6)	113 (60,4)		
Đã chứng kiến PV	Đã từng	91 (53,8)	78 (46,2)	0,002	2,2 (1,3-3,6)
	Chưa từng	36 (34,6)	68 (65,4)		

Năm học có mối liên quan với kiến thức về phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ của sinh viên điều dưỡng (OR = 2,1; 95% CI: 1,3 - 3,4; p < 0,05). Học lực có mối liên quan với kiến thức về phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ của sinh viên điều dưỡng (OR = 2,5; 95% CI: 1,4 - 4,1; p < 0,05). Sinh viên đã từng chứng kiến phản vệ trong thực tế có mối liên quan với kiến thức về phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ của sinh viên điều dưỡng (OR = 2,2; 95% CI: 1,3 - 3,6; p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu bao gồm 273 SV điều dưỡng chính quy Trường Đại học Y Dược Hải Phòng gồm những đặc điểm như sau: tuổi trung bình là 21,6 ± 0,53 (từ 21 đến 23 tuổi), đặc điểm của độ tuổi hoàn toàn phù hợp với SV năm 3, năm 4. SV năm 3 có 116 SV chiếm 42,5%, năm 4 là 157 SV (57,5%). Phân bố theo giới tính: nhóm SV nữ chiếm phần lớn 93,0%, và nhóm SV nam chỉ chiếm 7,0%. Sự chênh lệch giới (nữ nhiều hơn nam) là đặc thù của ngành học Điều dưỡng. Kết quả của các nghiên cứu khác cũng cho thấy tỷ lệ SV nữ chiếm đa số. Nghiên cứu của Vũ Thị Là (2018) trên SV trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, nữ giới chiếm 75% [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Trang (2021) trên SV năm 4 trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, nữ giới chiếm 87% [6]. Kết quả này phù hợp với đặc điểm phân bố giới tính của nghề điều dưỡng. Tỷ lệ sinh viên có kết quả học tập trung bình yếu tính đến hết năm học 2023-2024 là 68,5% và mức khá, giỏi chiếm 31,5%. Tỷ lệ sinh viên đã từng chứng kiến phản vệ xảy ra trong thực tế là 61,9%, còn lại 38,1% tỷ lệ sinh viên chưa chứng kiến.

*** Kiến thức phòng và nhận biết các dấu hiệu phản vệ**

Ngay từ khi thực hành tại trường sinh viên điều dưỡng đã thực hiện các kỹ thuật có nguy cơ gây phản vệ như các kỹ thuật tiêm, cho người bệnh uống thuốc... Điều này cho thấy việc trang bị kiến thức phòng và nhận biết các dấu hiệu phản vệ cho SV điều dưỡng là một việc rất quan trọng giúp cấp cứu người bệnh kịp thời, hạn chế hậu quả đáng tiếc. Kết quả bảng 2 cho thấy điểm trung bình kiến thức phòng phản vệ là 10,5 ± 2,07 đạt 70,0% so với mức điểm tối đa; điểm trung bình kiến thức nhận biết dấu hiệu phản vệ là 20,6 ± 3,7 đạt 79,2% so với mức điểm tối đa. Kết quả nghiên cứu trên có sự tương đồng với tác giả Patnaik nghiên cứu tại Ấn Độ với điểm trung bình kiến thức về phòng phản vệ là 7,36 ± 1,42 điểm (đạt 73,6 điểm tối đa) [8]. Kết quả điểm trung bình kiến thức chung về phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ là 31 ± 3,91 đạt 75,6% so với mức điểm tối đa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả Han NT Nguyen nghiên cứu trên 140 sinh viên điều dưỡng năm 3,4 tại Đại học Y Dược Cần Thơ cho thấy điểm trung bình kiến thức về phòng ngừa phản vệ đạt 75,7% điểm tối đa; điểm trung bình chung kiến thức phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ đạt 71,4% điểm tối đa [7]. Theo nghiên cứu của Wijekoon, C.N và công sự nghiên cứu trên 385 sinh viên y khoa sắp tốt nghiệp tại Sri Lanka có điểm trung bình phòng phản vệ là 7,7/10 ± 1,4 (đạt 77,0% điểm tối đa), kết quả này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu [10].

Một nghiên cứu của Yoongo Noh với điểm chung bình chung đạt 51,5% [9] thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác nhau này có thể do sự khác nhau về đối

tượng nghiên cứu: với nghiên cứu của chúng tôi là sinh viên điều dưỡng hệ đại học còn nghiên cứu của Yoongoo Noh thực hiện trên các sinh viên điều dưỡng hệ cao đẳng.

Kết quả bảng 3 cho thấy: Tỷ lệ sinh viên đạt kiến thức phòng phản vệ chiếm 56,0%, tỷ lệ đạt kiến thức nhận biết dấu hiệu phản vệ là 63,4%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Yoongoo Noh trên 221 sinh viên hệ cao đẳng điều dưỡng tại Changwon và Daegu, Hàn Quốc 2018, cho thấy tỷ lệ sinh viên nhận biết được dấu hiệu phản vệ là 33,0% [9]. Theo nghiên cứu của Nguyễn quang Tiến năm 2024 trên sinh viên điều dưỡng năm 3 trường Cao đẳng hậu cần 1, tỷ lệ này lần lượt là 28,5%; 57,0% và 58,1% [5]. Kết quả tỷ lệ đạt nhận biết phản vệ tương đương với kết quả nghiên cứu của Phạm Ngọc Quang tại bệnh viện 19-8 với tỷ lệ đạt kiến thức phòng và nhận biết phản vệ là 61,2% [4]. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sinh viên đạt kiến thức chung về phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ là 46,5%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Han Tn Nguyen và cộng sự trên sinh viên điều dưỡng của đại học Y khoa cần Thơ với tỷ lệ này là 63,6% [7]. Sự khác biệt này là do sự khác nhau về địa điểm nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu.

*** Các yếu tố liên quan đến kiến thức phòng và xử trí phản vệ của đối tượng nghiên cứu**

Bảng 4 cho thấy kiến thức chung về nhận biết và phòng phản vệ của SV nam, SV Nữ điều dưỡng chính quy Trường Đại học Y Dược Hải Phòng không có sự khác biệt. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Huyền Trang [6], nghiên cứu của Han TN Nguyen, Loretta Garvey, Samira và các cộng sự [7].

Năm học có mối liên quan với kiến thức về phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ của sinh viên điều dưỡng (OR = 2,1; 95%CI: 1,3 - 3,4; p < 0,05). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Han TN Nguyen, Loretta Garvey, Samira và các cộng sự (2024), có mối liên quan giữa năm học với kiến thức về phản vệ của sinh viên điều dưỡng [7]. Phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ là kiến thức sinh viên được trang bị qua nhiều môn học như điều dưỡng hồi sức, cấp cứu, điều dưỡng cơ bản, nội khoa, ngoại khoa, sản khoa, nhi khoa, các chuyên khoa lẻ... Có thể giải thích rằng sinh viên năm 4 có kinh nghiệm nhiều hơn, học nhiều môn liên quan đến phòng và xử trí phản vệ hơn nên kiến thức về phòng và xử trí phản vệ có thể tốt hơn nhóm sinh viên năm 3. Với thời gian tiếp cận lâu hơn trong lâm sàng, cơ hội tích lũy, trải nghiệm, thực hành giúp sinh viên năm 4 có kiến thức vững vàng và giàu kinh nghiệm hơn trong việc học hỏi những kiến thức mới. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc học tập liên tục và tích lũy kinh nghiệm trong giáo dục y khoa, đặc biệt là trong các lĩnh vực quan trọng như phòng và xử trí phản vệ.

Học lực có mối liên quan với kiến thức về phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ của sinh viên điều dưỡng (OR = 2,5; 95% CI: 1,4 - 4,1; p < 0,05). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Quang Tiến trên sinh viên điều dưỡng tại Trường Cao đẳng Hậu cần 1 cho thấy SV có học lực khá giỏi có tỷ lệ đạt kiến thức cao hơn so với SV học lực trung bình yếu [5]. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Han TN Nguyen, Loretta Garvey, Samira và các cộng sự trên sinh viên điều dưỡng năm 3,4 hệ đại học [7].

Sinh viên đã từng chứng kiến phản vệ trong thực tế có mối liên quan với kiến thức về phòng và nhận biết dấu hiệu phản vệ của sinh viên điều dưỡng (OR = 2,2; 95% CI: 1,3

- 3,6; p < 0,05). Nhóm ĐTNC là những sinh viên đều đã đi lâm sàng do vậy việc kiến thức từ thực tế lâm sàng đã ảnh hưởng lớn, được sinh viên ghi nhớ tốt. Điều này càng chứng tỏ thực tế lâm sàng là rất quan trọng cho việc ghi nhớ, ôn tập các kiến thức về phản vệ nói riêng cũng như kiến thức chuyên ngành nói chung cho sinh viên điều dưỡng.

V. KẾT LUẬN

Điểm trung bình kiến thức phòng phản vệ của sinh viên là 10,5 ±2,07; điểm trung bình kiến thức nhận biết dấu hiệu phản vệ là 20,6±3,70; điểm trung bình chung là 31,0 ±3,91; Tỉ lệ kiến thức đạt của SV về phòng phản vệ là 56,0%; về nhận biết dấu hiệu phản vệ là 46,5%. Các yếu tố liên quan đến kiến thức đạt của SV về phòng và dấu hiệu nhận biết phản vệ là: Năm học (OR=2,1; 95%CI: 1,3 - 3,4; p < 0,05); Học lực (OR = 2,5; 95%CI: 1,4 - 4,1; p < 0,05); Đã từng chứng kiến phản vệ trong thực tế (OR = 2,2; 95%CI: 1,3 - 3,6; p < 0,05). Cần tăng cường áp dụng phương pháp giảng dạy theo hình thức mô phỏng để sinh viên được tiếp xúc với phản vệ nhiều hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Kim Chi** (2023). "Khảo sát kiến thức về dự phòng và phòng phản vệ của sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Y Dược Cần Thơ", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ (39), tr. 1-7.
2. **Lê Văn Học, Trần Kim Anh** (2018). "Đánh giá kiến thức về phòng, chống và phòng phản vệ của nhân viên y tế tại bệnh viện Nhân Ái – 2018", Nghiên cứu Y học, 22, 146-151.
3. **Vũ Thị Là, Đàm Thuỳ Dương và các cộng sự** (2018), "Kiến thức dự phòng và phòng phản vệ của sinh viên đại học chính quy khóa 10 trường Đại Học Điều dưỡng Nam Định"**,** 2(3 (1)), tr. 11-15.
4. **Phạm Ngọc Quang, Hoàng Thanh Tuyền và Vũ Văn Đẩu,** "Đánh giá khả năng đáp ứng của điều dưỡng trong phòng và phòng phản vệ tại bệnh viện 19-8 bộ công an năm 2021". Tạp chí Khoa học Điều dưỡng (2021), 4(4), tr. 122-131.
5. **Nguyễn Quang Tiến** (2024). Thực trạng kiến thức dự phòng, chẩn đoán và phòng phản vệ của sinh viên điều dưỡng, Trường Cao đẳng Hậu cần 1, năm 2021. Tạp Chí Y học Quân sự, (369), 4.
6. **Nguyễn Thị Huyền Trang** (2021). "Thực trạng kiến thức về phòng và phòng phản vệ của sinh viên đại học điều dưỡng chính quy năm thứ 4 - Trường Đại Học Điều Dưỡng Nam Định", Tạp chí khoa học Điều dưỡng, 3(4), 117- 129.
7. **Han TN Nguyen, Loretta Garvey, Samira và các cộng sự.** (2024), "Unveiling knowledge of anaphylaxis among nursing students", Teaching and Learning in Nursing, February 1(2024)
8. **Patnaik. S, Krishna.S, Jain. M. K** (2020). "Knowledge, Attitude, and Practice regarding Anaphylaxis among Pediatric Health Care Providers in a Teaching Hospital". Journal of Child Science, 10(01): e224-e229.
9. **Yoongoo Noh, Insook Lee** (2018). "A Mixed-Methods Approach-Based Study of Anaphylaxis Awareness and Educational Needs among Nursing Students", Int J Environ Res Public Health, 18(17), 9280.
10. **Wijekoon, C.N., et al.** (2021), Preparedness of pre-intern medical graduates of three universities in Sri Lanka to diagnose and manage anaphylaxis. BMC Med Educ, 2021. 21(1): p. 152.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA GLUCOSE MÁU LÚC ĐÓI VÀ NGUY CƠ TỬ VONG Ở NGƯỜI MẮC BỆNH COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN PHỔI ĐÀ NẴNG

Nguyễn Thị Hồng Lĩnh[1], Lê Thị Thúy[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nồng độ glucose máu lúc đói ở người bệnh mắc COVID-19 tại bệnh viện Phổi Đà Nẵng. Tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ glucose máu lúc đói và nguy cơ tử vong ở người bệnh mắc COVID-19. **Đối tượng và phương pháp:** 154 người bệnh được chẩn đoán xác định nhiễm COVID-19 và được chỉ định xét nghiệm nồng độ Glucose máu lúc đói tại thời điểm nhập viện bệnh viện Phổi Đà Nẵng trong thời gian nghiên cứu từ tháng 7/2020 đến tháng 8/2022. **Kết quả:** Nồng độ glucose máu lúc đói tại thời điểm nhập viện ở nhóm tử vong là 11,09 (9,89 – 11,09) cao hơn nhóm hồi phục sau điều trị là 8,49 (7,51 – 9,47), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tăng glucose máu lúc đói ≥ 7mmol/L nguy cơ tử vong (OR = 2,74; 95%CI: 1,12 – 6,62), với p < 0,05 ở người không có tiền sử mắc ĐTĐ. Glucose máu lúc đói có thể dự báo tỷ lệ tử vong với AUC là 0,663 (95%CI:0,583 – 0,737) với độ nhạy 76,9% độ đặc hiệu 78,7%, giới hạn dự báo là 9,73mmol/L. **Kết luận:** Glucose máu lúc đói có thể được xem là chỉ số dự báo nguy cơ tử vong đối với người bệnh mắc COVID-19 trên lâm sàng.

Từ khóa: COVID-19, Glucose máu lúc đói, nguy cơ tử vong.

[1]*Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thuý
Email: lethithuy@dhktyduocdn.edu.vn
Ngày nhận bài: 5/5/2025
Ngày phản biện khoa học: 5/5/2025
Ngày duyệt bài: 14/5/2025

SUMMARY

ASSESSMENT OF FASTING BLOOD GLUCOSE LEVELS IN INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH COVID-19 AT DA NANG PULMONARY HOSPITAL

Objective: To determine the fasting blood glucose levels in patients with COVID-19 admitted to Da Nang Pulmonary Hospital and to investigate the association between fasting blood glucose levels and risks. **Subjects and Methods:** 154 patients with confirmed COVID-19 infection who underwent fasting blood glucose testing upon hospital admission were enrolled, conducted from July 2020 to August 2022. **Results:** Median fasting blood glucose at admission was significantly higher in the deceased group [11.09 mmol/L (IQR: 9.89–11.09)] compared to the recovered group [8.49 mmol/L (IQR: 7.51–9.47)], with a statistically significant difference (p < 0.05). Among patients without a prior history of diabetes mellitus, elevated FBG levels (≥7 mmol/L) were significantly associated with increased mortality risk (OR = 2.74; 95% CI: 1.12–6.62; p < 0.05). FBG demonstrated prognostic value for mortality, with an area under the receiver operating characteristic curve (AUC) of 0.663 (95% CI: 0.583–0.737), sensitivity of 76.9%, specificity of 78.7%, and a predictive threshold of 9.73 mmol/L. **Conclusion:** Fasting blood glucose may serve as a clinical prognostic indicator for mortality risk in patients with COVID-19.

Keywords: COVID-19, Fasting blood glucose, mortality risk.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch COVID-19 đã đẩy thế giới vào một cuộc khủng hoảng sức khỏe nghiêm trọng, trong đó có Việt Nam. Người mắc COVID-19 do nhiễm vi-rút SARS-CoV2 có thể không có triệu chứng hoặc có triệu chứng từ trung bình đến nghiêm trọng [1,2]. Vi-rút xâm nhập vào nhiều cơ quan trong cơ thể thông qua thụ thể ACE2 có ở tế bào đích vật chủ, trong đó có tuyến tuỵ, gây tổn thương chức năng tế bào β dẫn đến rối loạn bài tiết Insulin và gây tăng glucose máu khó kiểm soát ở người nhiễm COVID-19 [2]. Những người nhiễm COVID-19 có thể tăng glucose máu thoáng qua hoặc kéo dài do căng thẳng, lo lắng, stress hoặc do sang chấn tâm lý ngay cả khi không mắc Đái tháo đường (ĐTĐ). Nếu tình trạng kéo dài không được phát hiện và kiểm soát có thể dẫn đến tình trạng kháng Insulin, càng làm tăng mức độ trầm trọng của tăng glucose máu, gây rối loạn chức năng nội mô và hình thành huyết khối thông qua quá trình glycation hoá dẫn đến tổn thương, suy đa cơ quan [3].

Các nghiên cứu trên thế giới gần đây cũng chỉ ra mối liên quan độc lập giữa glucose máu lúc đói nguy cơ tử vong ở những người mắc COVID-19. Trong 28 ngày điều trị, những người nhiễm COVID-19 có glucose máu lúc đói ≥ 7 mmol/L trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện có tỷ lệ tử vong 33,0% và xuất hiện biến chứng nặng là 58,5% [4]. Người nhiễm COVID-19 mắc ĐTĐ hoặc có tăng glucose máu lúc đói ≥ 7,0 mmol/L khi nhập viện có nguy cơ tử vong cao gấp bốn lần so với người có glucose máu lúc đói ở giá trị bình thường [5]. Do đó, phát hiện sớm tăng glucose máu lúc đói sớm khi nhập viện, để có hướng theo dõi và kiểm soát chặt chẽ glucose máu trong giai đoạn nhiễm trùng sớm sẽ làm giảm tiến triển nặng của bệnh và hạn chế tỷ lệ tử vong ở người mắc COVID-19. Chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: (1) Xác định nồng độ glucose máu lúc đói ở người bệnh mắc COVID-19 tại bệnh viện Phổi Đà Nẵng; (2) Tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ glucose máu lúc đói và mức độ chuyển nặng ở người bệnh mắc COVID-19.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án người bệnh nhiễm COVID-19 điều trị tại bệnh viện Phổi Đà Nẵng trong thời gian từ tháng 7/2020 đến tháng 8/2022 thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

+ ***Tiêu chuẩn lựa chọn:*** Người bệnh được chẩn đoán xác định nhiễm COVID-19 và được chỉ định xét nghiệm nồng độ Glucose máu lúc đói tại thời điểm nhập viện; điều trị tại bệnh viện Phổi Đà Nẵng

+ ***Tiêu chuẩn loại trừ:*** Phụ nữ mang thai mắc COVID-19; Người bệnh dưới 18 tuổi; Người bệnh không đủ dữ liệu nghiên cứu (không có dữ liệu glucose máu lúc đói tại thời điểm nhập viện trong vòng 24 giờ, người bệnh được làm glucose máu ngẫu nhiên mà không làm glucose máu lúc đói).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu:

$$n = \frac{z^2_{1-\alpha/2}\, p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu, Z2(1-α/2): Hệ số tin cậy. Với α = 0,05 thì Z2(1-α/2) = 1,962. p: tỷ lệ bệnh nhân COVID-19 có tăng glucose máu lúc đói ≥ 7mmol/L. Theo nghiên cứu của Cai Y (2020) tại Trung Quốc, tỷ lệ là 25,7% [6]. d: sai số tuyệt đối, n = 74. Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã thu

thập được 154 đối tượng nghiên cứu thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích.

Biến số nghiên cứu:

- Thông tin nhân khẩu học: Tuổi; Giới; Huyết áp;

- Các tình trạng bệnh lý đi kèm: tăng huyết áp; đái tháo đường; bệnh ác tính; bệnh gan mạn tính; bệnh thận mạn tính; có ít nhất một bệnh lý đi kèm;

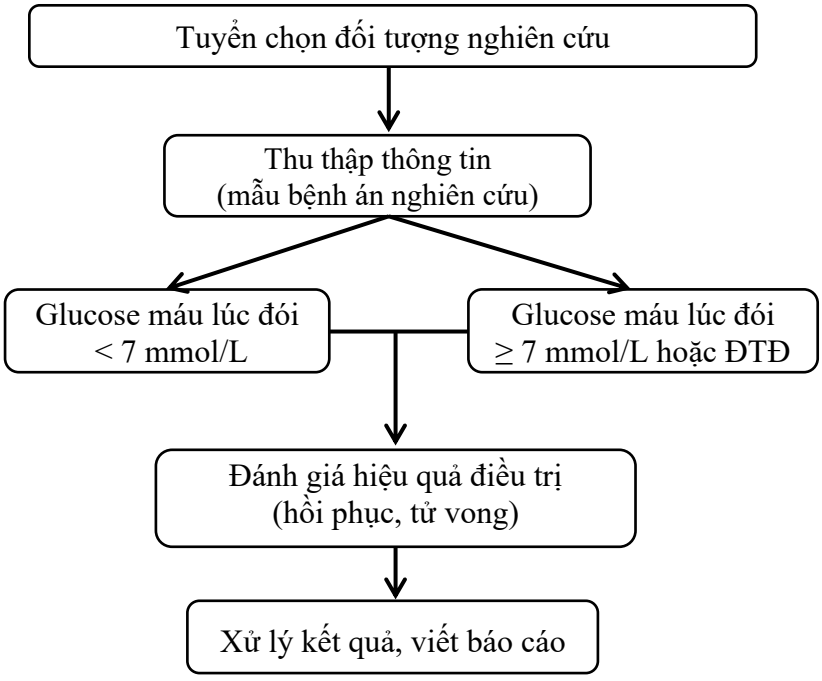
- Thông tin về bệnh:

+ Mức độ bệnh (không triệu chứng, nhẹ, trung bình, nặng, nguy kịch) [1]: gồm các mức Không có triệu chứng; Nhẹ; Trung bình; Nặng; Nguy kịch;

+ Hiệu quả điều trị (hồi phục, tử vong). Hồi phục: Người bệnh hồi phục được xuất viện khi đủ các tiêu chuẩn xuất viện sau: (1) thân nhiệt trở lại bình thường, kéo dài trên 3 ngày; (2) các triệu chứng hô hấp được cải thiện đáng kể; (3) kiểm tra hình ảnh cho thấy các tổn thương xuất tiết cấp tính đã được cải thiện đáng kể; (4) hai lần thực hiện xét nghiệm RT-PCR thời gian thực về sự hiện diện của vi-rút SARS CoV-2 cho kết quả âm tính (với hai mẫu bệnh phẩm hô hấp được lấy cách nhau trong 24 giờ)

+ Nồng độ glucose máu lúc đói (mmol/L): kết quả thu thập trong vòng 24 giờ đầu tiên khi người bệnh nhập viện. Phân nhóm glucose máu lúc đói (< 7mmol/l; ≥ 7mmol/L hoặc tiền sử mắc ĐTĐ)

Quy trình nghiên cứu:



2.3. Xử lý số liệu

Số liệu sẽ được thu thập và xử lí trên phần mềm SPSS 20.0, Excel 2007, MedCal 12.5. So sánh 2 giá trị trung bình bằng kiểm định t – Student, kiểm định Mann-Whitney; so sánh nhiều giá trị trung bình bằngkiểm định Anova, kiểm định Kruskall; so sánh các tỷ lệ bằng kiểm định Chi- Square, Fisher. Vẽ đường cong ROC; đánh giá diện tích dưới đường cong ROC (AUC) theo các mức: (1) yếu (0,6 - 0,7); (2) trung bình (0,7 - 0,8); (3) tốt (0,8 - 0,9); và (4) rất tốt (> 0,9).

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện khi theo số 646/BB-HĐĐĐ của Hội đồng Đạo đức Y sinh- Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng và được sự cho phép triển khai của Ban Giám đốc, sự cho phép của đơn vị lưu trữ hồ sơ bệnh án của Bệnh viện Phổi Đà Nẵng. Dữ liệu của bệnh nhân được sử dụng trong nghiên cứu này không chứa thông tin cá nhân hoặc thông tin nhận dạng và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	77	50,0
	Nữ	77	50,0
Tuổi	< 60 tuổi	51	33,1
	≥ 60 tuổi	103	66,9
	Tuổi trung bình + ĐLC	65,5 ± 18,9	

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 65,5 ± 18,9 mmol/L. Trong đó tuổi trung bình của nam giới (67,4 ± 18,4 tuổi) cao hơn nữ giới (63,6 ± 19,4 tuổi). Độ tuổi ≥ 60 tuổi mắc COVID-19 chiếm tỷ lệ cao gấp hai lần nhóm < 60 tuổi.

Bảng 2. Phân bố theo tiền sử mắc các bệnh lý theo giới

Nhóm / Tiền sử	Tổng		Nam		Nữ	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	78	50,6	38	48,7	40	51,3
Rối loạn Lipid máu	25	16,2	9	36	16	64
Đái tháo đường	45	29,2	18	40	27	60
Bệnh gan	10	6,5	5	50	5	50
Bệnh thận	18	11,8	7	38,9	11	61,1
Bệnh ác tính	11	7,1	5	45	6	55
Có ít nhất một bệnh lý đi kèm	109	70,8	54	49,5	55	50,5

Có 29,2% người bệnh đã được chẩn đoán mắc đái tháo đường trước đó và có hơn 70% người bệnh có ít nhất một bệnh lý đi kèm như tăng huyết áp, rối loạn Lipid máu, bệnh gan mạn tính, bệnh thận mạn tính…

Bảng 3. Phân bố mức độ bệnh của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm nhập viện

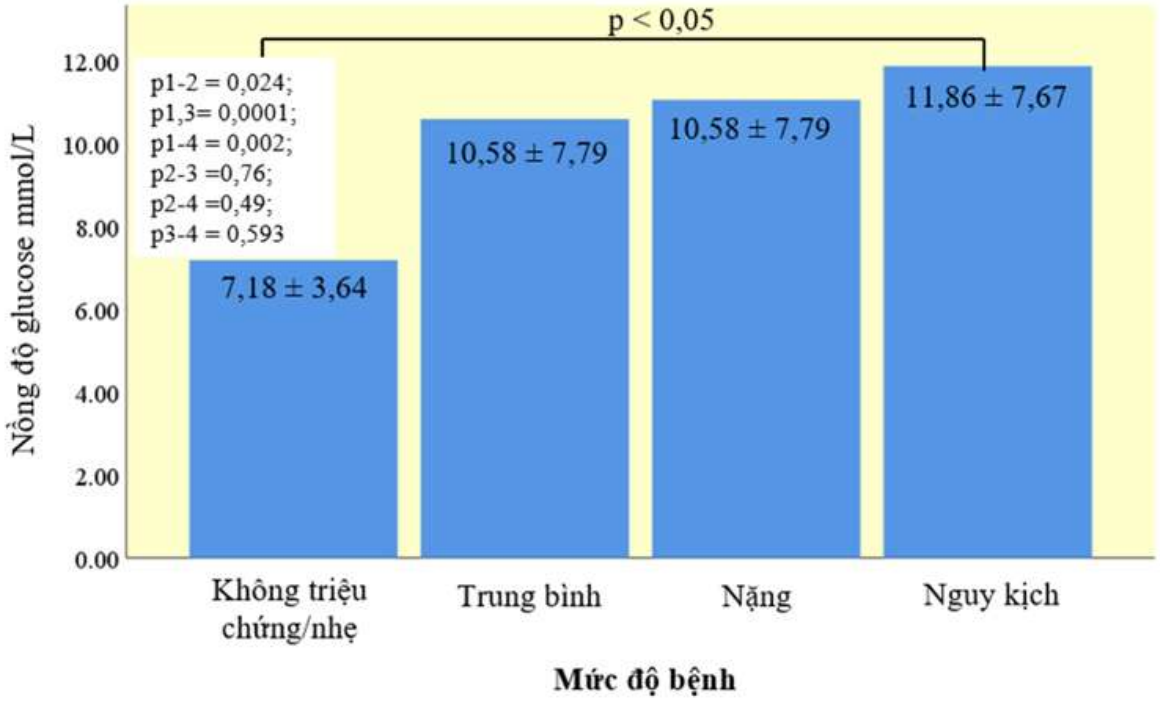
Giới tính / Mức độ	Tổng		Nam		Nữ	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Tỷ lệ	Số lượng
Không triệu chứng/nhẹ	62	40,3	30	48,4	32	51,6
Vừa	19	12,3	10	52,6	9	47,4
Nặng	54	31,5	29	53,7	25	46,3
Nguy kịch	19	12,3	8	42,1	11	57,9

Có 62/154 ở mức độ nhẹ và không có triệu chứng chiếm tỷ lệ 40,3%. Gần 50% người bệnh được nghiên cứu có mức độ nặng đến nguy kịch.

Bảng 4. Nồng độ glucose máu lúc đói tại thời điểm nhập viện

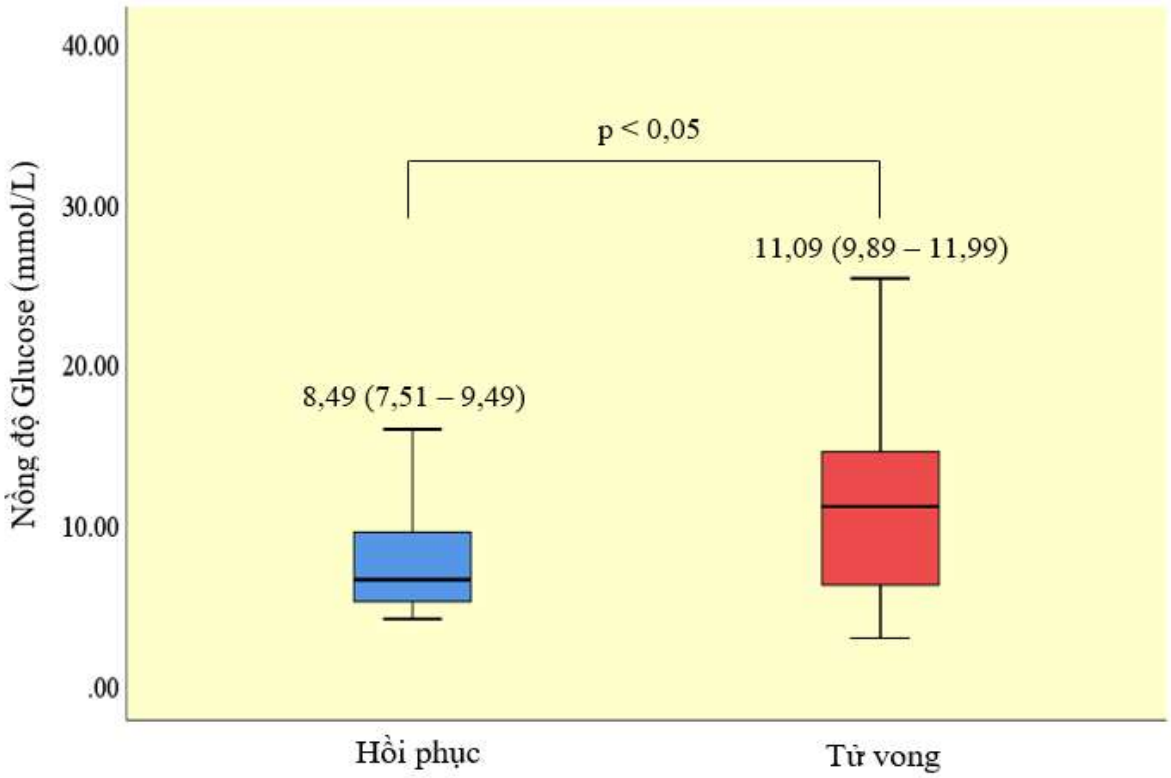
Đặc điểm / Nồng độ		Nồng độ glucose máu lúc đói (Trung bình + Độ lệch chuẩn)	p
Giới tính	Nam	9,07 ± 5,50	> 0,05
	Nữ	10,00 ± 6,43	
Nhóm tuổi	≥ 60 tuổi	10,03 ± 5,80	> 0,05
	< 60 tuổi	8,23 ± 6,26	
Nồng độ glucose máu trung bình		**9,53 ± 5,18**	

Nồng độ glucose máu lúc đói tại thời điểm nhập viện là 9,53 ± 5,18 mmol/L, ở nữ cao hơn ở nam, ở nhóm ≥ 60 tuổi cao hơn nhóm < 60 tuổi, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.



Hình 1. Phân bố nồng độ glucose lúc nhập viện theo mức độ bệnh

Nồng độ glucose ở ở nhóm mức độ nhẹ và không triệu chứng (n=62) là 7,18 ± 3,64 mmol/L, nhóm mức độ trung bình (n = 19) là 10,58 ± 7,79 mmol/L; nhóm mức độ nặng (n =54) là 11,06 ± 6,01 mmol/L; nhóm nguy kịch (n =19) là 11,86 ± 7,67 mmol/L), có sự khác biệt về nồng độ glucose máu lúc đói trung bình giữa các nhóm p1-2 = 0,024 <0,05; p1,3= 0,0001 <0,05; p1-4 = 0,002 < 0,05; p2-3 =0,76 >0,05; p2-4 =0,49 > 0,05; p3-4 = 0,593 >0,05.



Hình 2. Phân bố nồng độ glucose lúc nhập viện theo hiệu quả điều trị

(Kiểm định Mann-Whitney)

Nồng độ glucose máu lúc đói tại thời điểm nhập viện của nhóm tử vong cao hơn nhóm điều trị hồi phục, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p < 0,05. Nồng độ glucose máu lúc đói lúc nhập nhập viện của nhóm tử vong 11,09 (9,89-11,99) mmol/L, nhóm hồi phục là 8,49 (7,51-9,47) mmol/L.

Bảng 5. Mối liên quan giữa glucose máu lúc nhập viện với hiệu quả điều trị sau khi kết thúc đợt điều trị COVID-19 ở riêng nhóm người bệnh có tiền sử mắc đái tháo đường

Nhóm / Hiệu quả điều trị COVID	Glucose máu ≥ 7 mmol/L		Glucose máu < 7 mmol/L		OR (95%CI)	p*
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Tử vong	17	94,4	1	5,6	0,654 (0,038 - 11,173)	0,645
Hồi phục	26	96,3	1	3,7		
Tổng	**43**	**95,6**	**2**	**4,4**		

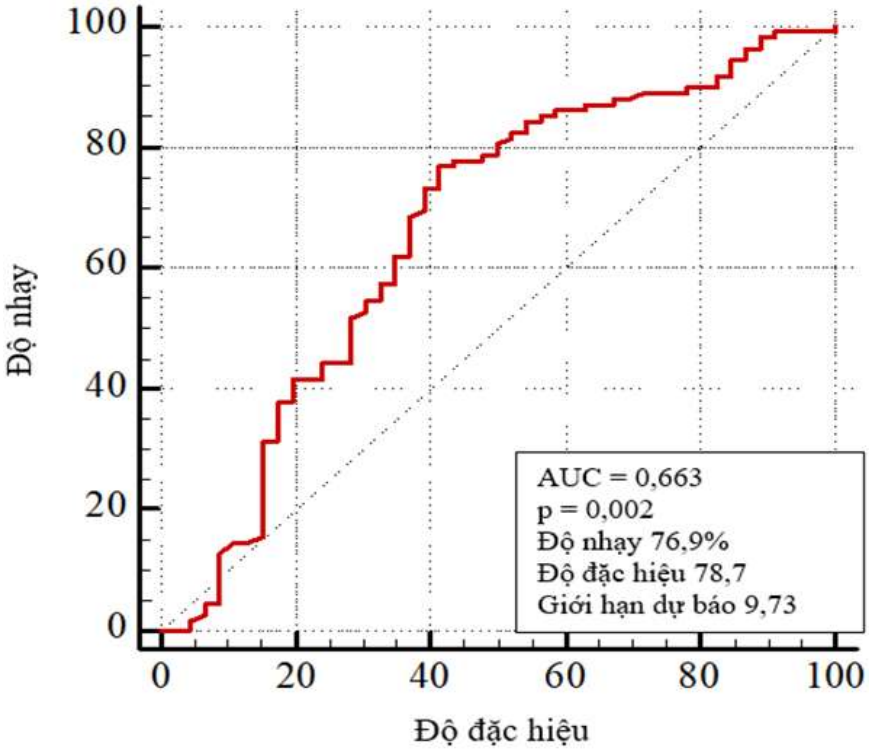
(Fisher's test)*

Riêng với nhóm 45 người bệnh đã được chẩn đoán mắc ĐTĐ trước khi nhập viện, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa giá trị glucose máu lúc đói và tỷ lệ tử vong (p=0,654 - Fisher's). Cả nhóm tử vong và hồi phục, giá trị glucose máu lúc đói ≥ 7mmol/L chiếm tỷ lệ cao, chứng tỏ khả năng kiểm soát glucose máu kém.

Bảng 6. Mối liên quan giữa glucose máu lúc nhập viện với hiệu quả điều trị (tử vong/hồi phục) sau khi kết thúc đợt điều trị COVID-19

Nhóm / Hiệu quả điều trị	Glucose máu ≥ 7 mmol/L		Glucose máu < 7 mmol/L		OR (95%CI)	p*
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Tử vong	32	69,6	14	30,4	2,65 (1,27 - 5,52)	0,008
Hồi phục	50	46,3	58	53,7		
Tổng	**82**	**53,2**	**72**	**46,8**		

Có mối liên quan giữa người mắc COVID-19 có glucose máu đói lúc nhập viện ≥ 7 mmol/L hoặc tiền sử mắc ĐTĐ với tỷ lệ tử vong với p = 0,008. Cụ thể, trong trường hợp glucose máu lúc đói ≥7 mmol/L hoặc ĐTĐ có 69,6% trường hợp tử vong, cao hơn số trường hợp hồi phục (46,3%) và ngược lại, những người mắc COVID-19 có glucose máu lúc đói < 7 mmol /L thì tỷ lệ hồi phục 53,7%, cao hơn trường hợp tử vong (p = 0,008; Chi –Square test). Người bệnh COVID-19 có glucose máu lúc đói tại thời điểm nhập viện ≥ 7mmol/L hoặc có tiền sử mắc ĐTĐ có nguy cơ tử vong cao hơn 2,65 lần người có glucose máu lúc đói < 7mmol/L với khoảng tin cậy 95% của OR nhận giá trị từ 1,27 đến 5,52.



Hình 3. Giá trị dự báo tỷ lệ tử vong của glucose máu lúc đói

Giá trị tiên lượng tử vong của glucose máu lúc đói kém với AUC (glucose máu lúc đói) là 0,663; độ nhạy 76,9%; độ đặc hiệu 78,7%. Giới hạn dự báo tử vong: nồng độ glucose máu lúc đói ≥ 9,73 mmol/L.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, 154 đối tượng nghiên cứu tham gia có tỉ lệ nam: nữ là 1:1, độ tuổi ≥ 60 tuổi mắc COVID-19 chiếm tỷ lệ cao gấp hai lần nhóm < 60 tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Chang (Hàn Quốc) với độ tuổi trung bình mắc Covid- 19 được nghiên cứu là 67,6 ± 15,3 tuổi [7], Wang (Trung Quốc) thì độ tuổi dao động từ 50 – 68 tuổi [5]. Tuy nhiên, độ tuổi ở các nghiên cứu không giống nhau, do khác nhau về thời gian, địa điểm nghiên cứu. Trong giai đoạn đầu của thời kỳ dịch bệnh, khi vaccin chủ yếu được tiêm ở người trẻ thì tỉ lệ mắc bệnh cao chủ yếu ở người già, đối tượng nhạy cảm, có những bệnh lý đi kèm. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy THA và ĐTĐ là hai tình trạng bệnh nền phổ biến nhất trên người nhiễm COVID-19 được ghi nhận tại thời điểm nhập viện [5] [7] [8]. THA, ĐTĐ có liên quan đến tình trạng viêm mãn tính, là nguyên nhân dẫn đến sự suy giảm sức đề kháng chung của biểu mô tế bào và có thể làm tăng tính thấm của màng tế bào biểu mô, dẫn đến nồng độ glucose cao hơn. Đây là điều kiện thuận lợi cho vi-rút xâm nhập và nhân lên và phát triển, nên có nguy cơ mắc COVID-19 cao hơn [2]. Gần 50% người bệnh được nghiên cứu có mức độ nặng đến nguy kịch. Tỷ lệ này cao hơn các báo cáo tổng quan được công bố, chỉ khoảng 20 – 30% [2] [5]. Điều này do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại bệnh viện Phổi Đà Nẵng là nơi được phân công chuyên điều trị các trường hợp nặng.

Giá trị glucose máu lúc đói được thực hiện trong vòng 24 giờ sau thời điểm nhập viện khi người bệnh nhịn đói hoặc không dung nạp bất cứ thực phẩm nào có khả năng cung cấp năng lượng ít nhất 8 giờ. Đây là xét nghiệm đơn giản có thể thực hiện ở hầu hết các phòng xét nghiệm khi người bệnh nhập viện để bước đầu đánh giá mức độ rối loạn glucose máu do bất kỳ nguyên nhân gì. Trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ glucose máu lúc đói tại thời điểm nhập viện là 9,53 ± 5,18 mmol/L, nữ giới cao hơn nam giới, nhóm ≥ 60 tuổi cao hơn nhóm < 60 tuổi, không có sự khác biệt về nồng độ glucose máu trung bình lúc nhập viện theo giới, nhóm tuổi (p > 0,05). Kết quả glucose máu lúc nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số tác giả Chang (8,71 ± 4,06 mmol/L), Zhu (7,35 ± 3,13 mmol/L) [7, 9]. Sự khác nhau về giá trị do khác nhau về đặc điểm đối tượng nghiên cứu, mức độ bệnh tại thời điểm nhập viện. Nồng độ gluccose máu lúc đói tăng dần theo mức độ bệnh tại thời điểm nhập viện. Nồng độ glucose máu tăng cao nhất trong nhóm nguy kịch so với mức độ nặng và trung bình cũng được báo cáo trong nghiên cứu thực hiện trên 300 người nhiễm COVID-19 được bệnh viện Trung Ương Huế tham gia điều trị tại bệnh viện dã chiến tại TP. Hồ Chí Minh năm 2021 [8]. Nghiên cứu Zhu B trên 293 đối tượng

mắc COVID-19, nồng độ glucose máu lúc đói ở nhóm bệnh nặng và nguy kịch 7,35 (5,60 -9,58), cao hơn và có ý nghĩa thống kê so với nhóm mức độ vừa và nhẹ 5,30 (4,80-5,90) (p < 0,0001) [10].

Nồng độ glucose máu lúc đói tại thời điểm nhập viện của nhóm tử vong cao hơn nhóm điều trị hồi phục, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p < 0,05. Nồng độ glucose máu lúc đói lúc nhập nhập viện của nhóm tử vong 11,09 (9,89-11,99) mmol/L, nhóm hồi phục là 8,49 (7,51- 9,47) mmol/L (kiểm định kiểm định Mann-Whitney). So với một số nghiên cứu đã công bố như Liu Q, Zhu B nồng độ glucose máu lúc đói tại thời điểm nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn ở cả 2 nhóm, điều này có thể do đối tượng được chúng tôi nghiên cứu đa phần là những trường hợp lớn tuổi, mức độ nặng và nguy kịch [3], [9]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra mối liên quan giữa ĐTĐ và nguy cơ tử vong của người mắc COVID-19 thông qua cơ chế phá huỷ tê bào β của tuyến tuỵ, tình trạng kháng Insulin hoặc rối loạn điều hoà hệ thống miễn dịch khi vi-rút có điều kiện nhân lên, xâm nhập gây tổn thương đa cơ quan dẫn đến tử vong. So sánh với công bố của Zhu, Cai Y nguy cơ tử vong của người mắc COVID-19 có glucose lúc đói tại thời điểm nhập viện ≥ 7mmol/L hoặc mắc ĐTĐ cao gấp 2,86 lần và 2,20 lần kể cả có hay không có tiền sử mắc ĐTĐ [6] [9]. Theo Wang, người nhiễm COVID-19 có thể gặp nguy cơ biến chứng cao hơn nhiều khi nhập viện nếu mức glucose lúc đói ≥ 7,0 mmol/L tại thời điểm nhập viện, [5]. Tăng glucose máu do căng thẳng, lo lắng cũng như những người mắc ĐTĐ gây ra do tình trạng giảm tiết Insulin hoặc kháng Insulin có thể gây tổn thương cơ quan bằng cách gây ra rối loạn chức năng nội mô và hình thành huyết khối thông qua quá trình glycation và stress oxy hoá làm tăng phản ứng viêm toàn thân. Có nghiên cứu đã cho thấy mối tương quan thuận của glucose máu lúc đói và chỉ dấu viêm như tổng số bạch cầu, bạch cầu trung tính và tương quan nghịch với bạch cầu Lympho ở những trường hợp mắc COVID-19 [3]. Gợi ý sự tăng glucose máu lúc đói gián tiếp phản ánh tăng mức độ viêm và tình trạng nhiễm trùng của người bệnh COVID-19.

Để đánh giá giá trị của glucose máu đói tại thời điểm nhập viện dự đoán tỉ lệ tử vong, chúng tôi sử dụng đường cong ROC, kết quả thu được với AUC là 0,663 với 95%CI (0,583 – 0,737) với p <0,01, với giới hạn tối ưu để dự đoán là 9,73mmol/L với độ nhạy 76,9% độ đặc hiệu 78,7%. Điều này cho thấy, glucose máu lúc đói tại thời điểm nhập viện là có thể dấu hiệu báo trước về tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân COVID-19 không phụ thuộc vào tiền sử bệnh ĐTĐ. Giới hạn dự báo tử vong của chỉ số glucose máu trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn công bố của Chang trên 106 người mắc COVID-19 là 9,32 mmol/l (AUC 0,759; độ nhạy 66,67; độ đặc hiệu 84,62) [7]. Sự khác biệt về kết quả này có thể do khác nhau về cỡ mẫu, đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, tuổi đối tượng nghiên cứu càng cao, thì độ đặc hiệu kém hơn.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ glucose máu lúc đói tại thời điểm nhập viện ở nhóm tử vong là 11,09 (9,89 – 11,09) cao hơn nhóm hồi phục sau điều trị là 8,49 (7,51 – 9,47), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Có mối liên quan giữa tăng glucose máu lúc đói ≥ 7mmol/L hoặc tiền sử mắc ĐTĐ với nguy cơ tử vong với p = 0,008. Người bệnh mắc COVID-19 có glucose máu lúc đói ≥ 7mmol/L hoặc tiền sử mắc ĐTĐ có nguy cơ tử vong cao gấp 2,65 (95%CI 1,27 -5,52) lần người có glucose < 7mmol/L. Glucose máu lúc đói có thể dự báo tỷ lệ tử vong với AUC là 0,663 với 95% CI (0,583 – 0,737) với độ nhạy 76,9% độ đặc hiệu 78,7%, giới hạn dự báo là 9,73mmol/L.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2022), Quyết định về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19, 250/QĐ-BYT.
2. **E. Logette, C. Lorin, C. Favreau và các cộng sự.** (2021), A Machine-Generated View of the Role of Blood Glucose Levels in the Severity of COVID-19, Front Public Health, 9, 695139.
3. **Chen H Liu Q, Li J et al** (2020), Fasting blood glucose predicts the occurrence of critical illness in COVID-19 patients: A multicenter retrospective cohort study, J Infect, 81(3), e20–e23.
4. **Bode B. et al.** (2020), Glycemic characteristics and clinical outcomes of COVID-19 patients hospitalized in the United States., J. Diabetes Sci. Technol, 14, 813–821.
5. **Wang et al** (2021), Elevated glucose level leads to rapid COVID-19 progression and high fatality, BMC Pulm Med, 21:64
6. **Y. Cai, S. Shi, F. Yang và các cộng sự.** (2020), Fasting blood glucose level is a predictor of mortality in patients with COVID-19 independent of diabetes history, Diabetes Res Clin Pract, 169, 108437.
7. **M. C. Chang, J. M. Hwang, J. H. Jeon và các cộng sự.** (2020), Fasting Plasma Glucose Level Independently Predicts the Mortality of Patients with Coronavirus Disease 2019 Infection: A Multicenter, Retrospective Cohort Study, Endocrinol Metab (Seoul), 35(3), 595-601.
8. **Trần Thừa Nguyên, Hoàng Thị Lan Hương, Nguyễn Trọng Nghĩa và cộng sự** (2020), Đặc điểm lâm sàng và các dấu ấn sinh học tiên lượng của bệnh nhân COVID-19, Tạp Chí Y Học Lâm Sàng, 79, 29 -34.
9. **Bin Zhu, Chunguo Jiang, Xiaokai Feng và các cộng sự.** (2020), Correlation between fasting blood glucose level at admission and mortality in COVID-19 patients: A retrospective study.
10. **B. Zhu, S. Jin, L. Wu và các cộng sự.** (2020), J-shaped association between fasting blood glucose levels and COVID-19 severity in patients without diabetes, Diabetes Res Clin Pract, 168, 108381.

PHÂN TÍCH DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TẠI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ SẢN NHI HẢI PHÒNG NĂM 2024

Đặng Thị Thu[1], Lê Thị Thùy Linh[2]

TÓM TẮT

Phân tích danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện là hoạt động cần thiết để chỉ ra những vấn đề bất hợp lý trong hoạt động lựa chọn và sử dụng thuốc từ đó có những giải pháp đảm bảo cung ứng thuốc và sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, hiệu quả. Nghiên cứu đã tiến hành phân tích các số liệu liên quan danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng năm 2024. Kết quả mô tả cơ cấu danh mục thuốc cho thấy danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng bao gồm 380 khoản mục với tổng giá trị hơn 33,1 tỷ đồng. Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn đứng đầu chiếm 43,42% về giá trị sử dụng. Thuốc nhập khẩu chiếm tỷ lệ cao với 76,03% giá trị sử dụng. Giá trị sử dụng thuốc Biệt dược gốc chiếm 31,73%. Tỷ lệ thuốc hạng A: 11,84%; hạng B: 14,21%; hạng C: 73,95%. Thuốc thiết yếu (E) có số loại thuốc cao nhất với 282 khoản mục chiếm 76,98% về giá trị sử dụng. Kết quả nghiên cứu cũng đã chỉ ra 03 thuốc nhóm AN chiếm 4,66% cần giảm chi phí sử dụng.

Từ khóa: Phân tích ABC; Phân tích ABC/VEN; phân tích VEN; danh mục thuốc

SUMMARY

EVALUATION OF MEDICINE LIST USED AT HAIPHONG INTERNATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND PEDIATRICS

Evaluation of the medicine list used at the hospital is essential to identify irrationalities in medicine selection and use, thereby proposing solutions to ensure the rational, safe, and effective supply and use of medicines. This study analyzed data related to the medicine list used at Hai Phong International hospital of Obstetrics and Pediatrics in 2024. Results: Hai Phong International hospital of Obstetrics and Pediatrics used 380 medicine items equivalent to approximately 33,1 billion VND. The group of anti-parasitic and anti-infection drugs is the first ranking (43,42% of the total use value). Imported drugs are used with a high value ratio (accounting for 76,03%). Brand-name drugs used 31,73%. Ratio of class A items: 11,84%, grade B: 14,21%, and grade C: 73,95%. Essential drugs (E) constitute the highest number of items, with 282 items, accounting for 76.98% of the total usage value. Hospital used 3 AN drugs (4,66% of the total usage value), which require cost reduction.

Keywords: ABC-VEN analysis, ABC-VEN analysis, VEN analysis, medicine list

[1]*Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng*
[2]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Thu
Email: dangthu.262@gmail.com
Ngày nhận bài: 27/3/2025
Ngày phản biện: 27/3/2025
Ngày đăng bài: 26/4/2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Danh mục thuốc (DMT) bệnh viện có vai trò quan trọng, ảnh hưởng tới chất lượng công tác khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện. Việc lựa chọn danh mục thuốc hợp lý là yếu tố quan trọng trong việc quyết định sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, hiệu quả trong bệnh viện. Để xây dựng danh mục thuốc bệnh viện, bước đầu tiên cần phải thu thập, phân tích tình hình sử dụng thuốc năm trước đó, đánh giá thuốc để đề nghị bổ sung hoặc loại bỏ từ các khoa lâm sàng một cách khách quan [1]. Cùng với sự phát triển của kinh tế của nước ta, thị trường dược phẩm cũng ngày càng phong phú về cả chủng loại và nhà cung cấp. Điều này góp phần đảm bảo cung ứng thuốc có chất lượng và giá cả ổn định. Tuy nhiên nó cũng gây khó khăn cho việc lựa chọn thuốc sử dụng phù hợp tại các cơ sở y tế. Bộ Y tế đã đưa ra nhiều văn bản và hướng dẫn điều trị với mục đích giúp các bác sỹ sử dụng thuốc trên người bệnh được hợp lý, an toàn, hiệu quả, kinh tế. Ngoài ra, chính sách quốc gia về thuốc cũng đưa ra mục tiêu rõ ràng phải cung ứng thuốc cho nhu cầu phòng bệnh, chữa bệnh của nhân dân với chất lượng đảm bảo, giá hợp lý và sử dụng thuốc phải hợp lý, an toàn, hiệu quả [2]. Nhằm góp phần mang lại một số thông tin về hoạt động sử dụng thuốc trong bệnh viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm chỉ ra những bất hợp lý trong danh mục thuốc sử dụng năm trước, từ đó đưa ra các ý kiến đề xuất với Hội đồng thuốc và điều trị xây dựng danh mục thuốc bệnh viện cho những năm tiếp theo, đáp ứng nhu cầu sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, hiệu quả.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Vật liệu nghiên cứu: danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024.
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2025 đến tháng 03/2025
- Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: chọn toàn bộ 380 khoản mục đã sử dụng trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024 tại bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng năm 2024.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin: Thông tin được thu thập từ phần mềm Ehos của bệnh viện vào bộ công cụ xây dựng sẵn gồm các trường thông tin: tên hoạt chất; tên thuốc; nồng độ- hàm lượng; đường dùng; số lượng sử dụng; đơn giá; thành tiền; nước sản xuất. Sau đó bổ sung các cột nhóm điều trị; nguồn gốc, xuất xứ; thuốc BDG, generic.

* Tiêu chuẩn đánh giá: Phân loại VEN theo danh mục VEN của Hội đồng thuốc và điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Cơ cấu thuốc hóa dược sử dụng theo nhóm tác dụng dược lý

Bảng 1: Cơ cấu DMT theo nhóm tác dụng dược lý

Nhóm tác dụng dược lý	Số khoản mục	Giá trị sử dụng	
		Thành tiền (triệu đồng)	Tỷ lệ %
Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn	98	14.400	43,42
Thuốc tác dụng trên đường hô hấp	26	5.208	15,71
Dung dịch điều chỉnh nước, điện giải, cân bằng acid-base và các dung dịch tiêm truyền khác	43	4.211	12,70
Thuốc bệnh đường tiêu hóa	44	2.271	6,85
Hocmon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	28	2.015	6,08
Thuốc gây tê, gây mê, thuốc giãn cơ, giải giãn cơ	30	1.245	3,75
Thuốc giảm đau, hạ sốt; chống viêm không Steroid; thuốc điều trị gút và các bệnh xương khớp	29	1.086	3,28
Thuốc tác dụng với máu	15	855	2,58
Thuốc có tác dụng thúc đẻ, cầm máu sau đẻ và chống đẻ non	5	740	2,23
Thuốc tẩy trùng và sát khuẩn	1	329	0,99
Thuốc chống dị ứng và dùng trong các trường hợp quá mẫn	6	271	0,82
Thuốc giải độc và các thuốc dùng trong trường hợp ngộ độc	7	195	0,59
Vitamin và khoáng chất, tăng sức đề kháng	14	187	0,56
Thuốc khác	34	150	0,45
Tổng	**380**	**33.163**	**100,00**

Danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện gồm 380 thuốc với giá trị sử dụng (GTSD) hơn 33,1 tỷ đồng. Nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn chiếm số lượng khoản mục nhiều nhất gồm 98 thuốc chiếm 43,42% về giá trị sử dụng. Nhóm thuốc tác dụng trên đường hô hấp đứng vị trí thứ 2 gồm 26 thuốc chiếm 15,71% về GTSD. Nhóm vitamin và khoáng chất đứng vị trí số 13 gồm 14 thuốc chiếm 0,56% về GTSD.

3.2. Cơ cấu thuốc sử dụng theo nguồn gốc xuất xứ

Bảng 2. Cơ cấu DMT theo nguồn gốc

TT	Nguồn gốc	Khoản mục		Giá trị sử dụng	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Thành tiền (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
1	Nhập khẩu	197	51,84	25.212	76,03
2	Trong nước	183	48,16	7.951	23,97
Tổng			**380**	**33.163**	**100**

Thuốc sản xuất trong nước được sử dụng với tỷ lệ thấp hơn thuốc nhập khẩu về cả số khoản mục (SKM) và giá trị sử dụng (GTSD) gồm có 183 thuốc tương ứng

23,97% về GTSD. Thuốc nhập khẩu có 197 thuốc chiếm 51,84% về SKM nhưng chiếm 76,03% về GTSD. Tỷ lệ SKM thuốc sản xuất trong nước thấp hơn thuốc nhập khẩu chỉ có hơn 3% nhưng GTSD lại chênh lệch rất lớn, thuốc nhập khẩu chiếm GTSD gấp gần 3 lần so với thuốc sản xuất trong nước.

3.3. Cơ cấu thuốc hóa dược sử dụng theo thuốc biệt dược gốc/ thuốc generic

Bảng 3. Cơ cấu DMT theo thuốc biệt dược gốc/ thuốc generic

TT	Nhóm thuốc	Số khoản mục	Giá trị sử dụng	
			Thành tiền (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
1	Thuốc biệt dược gốc	47	10.523	31,73
2	Thuốc Generic	333	22.640	68,27
	Tổng	**380**	**33.163**	**100**

Thuốc biệt dược gốc (BDG) sử dụng 47 thuốc chiếm 31,73% về GTSD. Thuốc generic sử dụng 333 thuốc chiếm 68,27% GTSD.

3.4. Cơ cấu danh mục thuốc sử dụng theo phương pháp phân tích ABC

Bảng 4. Cơ cấu thuốc theo phương pháp phân tích ABC

TT	Hạng	Giá trị sử dụng		Số khoản mục	
		Giá trị (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	A	26.418	79,66	45	11,84
2	B	5.047	15,22	54	14,21
3	C	1.697	5,12	281	73,95
Tổng		**33.1623**	**100,00**	**380**	**100,00**

Thuốc hạng A gồm 45 thuốc chiếm 11,84% về số khoản mục (SKM), hạng B gồm có 54 thuốc chiếm 14,21% về SKM, hạng C gồm có 281 thuốc chiếm 73,95% về SKM.

3.5. Cơ cấu danh mục thuốc sử dụng theo phương pháp phân tích VEN

Bảng 5. Cơ cấu danh mục thuốc sử dụng theo phương pháp phân tích VEN

Nhóm thuốc	Khoản mục		Giá trị sử dụng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
Thuốc tối cần (V)	59	15,53	5.286	15,94
Thuốc thiết yếu (E)	282	74,21	25.530	76,98
Thuốc không thực sự cần (N)	39	10,26	2.347	7,08
Tổng	**380**	**100,00**	**33,163**	**100,00**

Qua phân tích VEN cho thấy thuốc thiết yếu (E) có số loại thuốc cao nhất với 282 khoản mục chiếm 74,21% về khoản mục và 76,98% về GTSD. Nhóm thuốc tối cần (V) đứng thứ hai, có 59 khoản mục chiếm 15,53% về khoản mục và 15,94% về GTSD. Nhóm thuốc không thực sự cần thiết (N) chiếm tỷ lệ thấp nhất với 39 khoản mục chiếm 10,26% về khoản mục và 7,08% về GTSD.

3.6. Cơ cấu danh mục thuốc sử dụng theo phương pháp phân tích ma trận ABC/VEN

Bảng 6. Kết quả phân tích ma trận ABC/VEN

Hạng	Nhóm thuốc	Khoản mục		Giá trị sử dụng	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
A	Thuốc tối cần (AV)	5	1,32	3.962	11,95
	Thuốc thiết yếu (AE)	37	9,74	20.910	63,05
	Thuốc không thực sự cần (AN)	3	0,79	1.546	4,66
B	Thuốc tối cần (BV)	11	2,89	1.103	3,33
	Thuốc thiết yếu (BE)	36	9,47	3.372	10,17
	Thuốc không thực sự cần (BN)	7	1,84	572	1,73
C	Thuốc tối cần (CV)	43	11,32	220	0,66
	Thuốc thiết yếu (CE)	209	55,00	1.248	3,76
	Thuốc không thực sự cần (CN)	29	7,63	229	0,69
	Tổng	**380**	**100,00**	**33.163**	**100,00**

Thuốc AV có 5 thuốc (chiếm 1,32% SKM) với giá trị gần 4 tỷ đồng (chiếm 11,95% GTSD). Nhóm thuốc AE có tỷ trọng cao nhất với 37 thuốc (chiếm 9,74% SKM) với gần 21 tỷ đồng (chiếm 63,05% về GTSD). Thuốc chiếm chi phí lớn nhưng không thiết yếu (AN) có 3 thuốc chiếm 4,66% về GTSD, thuốc nhóm này chưa thực sự hợp lý.

3.7. Các thuốc nhóm AN

Bảng 7. Danh mục thuốc AN

Hoạt chất	Tên thuốc	Hàm lượng	GTSD (triệu đồng)	Tỷ lệ %
Bacillus clausii	Enterogermina 4 tỷ/5ml	4 tỷ/5ml	1.003	3,02
Alpha chymotrypsin	Alpha Choay	4.2mg	366	1,10
Acid Amin	Acid amin 5%	5% - 200ml	177	0,54
Tổng			**1.546**	**4,66**

Nhóm N trong hạng A gồm 3 thuốc phải chi hơn 1,5 tỷ đồng cho những thuốc không thực sự cần thiết này. Đặc biệt 2 thuốc Enterogermina 4 tỷ/5ml (Bacillus clausii) và Alpha Choay (Alpha chymotrypsin) chiếm tỷ lệ vượt trội.

IV. BÀN LUẬN

DMT sử dụng năm 2024 tại bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng gồm 380 khoản mục với tổng GTSD hơn 33 tỷ đồng gồm 21 nhóm điều trị phân loại theo thông tư 20/2022/TT-BYT ngày 31/12/2022 của Bộ Y tế về danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ. Nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất là thuốc điều trị ký sinh trùng và chống nhiễm khuẩn với 98 thuốc chiếm 43,42% về GTSD. Kết quả nghiên cứu tại nhiều bệnh viện khác cũng cho kết quả nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng và chống nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ lớn nhất về GTSD như Bệnh viện Quốc tế Green năm 2022 (chiếm 51,18%) [3], Bệnh viện Hợp Lực - Thanh Hóa năm 2017 (chiếm 40,4%) [4]… Có thể thấy nhóm điều trị ký sinh trùng và chống nhiễm khuẩn tại các bệnh viện đều chiếm tỷ lệ lớn nhất về cả SKM lẫn GTSD. Việc sử dụng kháng sinh

luôn là một vấn đề được quan tâm tại bệnh viện. Việc tập trung số lượng cũng như kinh phí sử dụng thuốc nhóm này là do nhu cầu điều trị của bệnh viện cũng như phù hợp với mô hình bệnh tật của bệnh viện. Tuy nhiên, bệnh viện cũng cần rà soát và xem xét lại việc sử dụng nhóm thuốc này đã hợp lý chưa, có bị lạm dụng hay không. Mặt khác, số lượng khoản mục nhiều và DMT rộng có thể làm tăng nguy cơ nhầm lẫn khi kê đơn, sử dụng thuốc, khó khăn trong công tác cung ứng và tăng nguy cơ phải thanh lý hàng hóa hết hạn- chậm luân chuyển. Bệnh viện cần cân nhắc, rà soát lại toàn bộ DMT để loại bỏ những thuốc không thực sự cần thiết.

Ở Việt Nam, các kết quả phân tích cho thấy thuốc nhập khẩu thường chiếm tỷ trọng cao trong cơ cấu giá trị tiền thuốc sử dụng. Tỷ lệ thuốc nhập khẩu (tính theo GTSD) tại Bệnh viện Quốc tế Green năm 2022 chiếm 75,57% [3], Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng chiếm 74,04% [5], … Kết quả tại Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng là 76,03%. Như vậy so với các bệnh viện khác kết quả này khá tương đồng.

Thuốc BDG tại Bệnh viện Quốc tế sản nhi Hải Phòng khá cao với 47 thuốc chiếm 31,73% tổng GTSD. Kết quả tương đồng với nghiên cứu tại một bệnh viện tư nhân chuyên khoa sản nhi trên cùng địa bàn là Bệnh viện Quốc tế Green năm 2022 (BDG chiếm 37,37%) [3] và cao hơn so với tỷ lệ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng (26,80%). Theo kết quả khảo sát tại Mỹ được tiến hành năm 2000 [6], việc sử dụng nhiều thuốc BDG hơn so với thuốc generic giúp giảm chi phí điều trị, giảm thời gian nằm viện trung bình cũng như tỷ lệ bệnh tật tử vong. Vì vậy với mong muốn nâng cao uy tín của Bệnh viện, các thuốc BDG được quan tâm khi xây dựng danh mục. Bên cạnh đó, việc sử dụng BDG cũng khiến bác sĩ yên tâm về hiệu quả và tính an toàn khi kê đơn cho các đối tượng bệnh nhân đặc biệt như trẻ em hoặc phụ nữ thai. Tuy nhiên, thuốc BDG có giá thành cao và phân phối thường độc quyền nên việc cung ứng đôi khi gặp khó khăn. Trên thị trường hiện nay có nhiều thuốc generic có giá thành thấp nhưng hiệu quả điều trị tương đương (hoặc gần tương đương) với thuốc BDG, do đó ban lãnh đạo bệnh viện nên cân nhắc điều chỉnh chính sách sử dụng thuốc để bổ sung thêm một số thuốc generic phù hợp vào DMT bệnh viện.

Qua phân tích ABC cho thấy các thuốc hạng A, B, C trong danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng có tỷ lệ hoàn toàn hợp lý so với khuyến cáo của Bộ Y tế tại Thông tư số 21/2013/TT-BYT ngày 08/08/2013 Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện: thông thường, sản phẩm hạng A chiếm 10 - 20% tổng số sản phẩm, hạng B chiếm 10 - 20% và còn lại là hạng C chiếm 60 - 80% [1].

Kết quả phân tích theo phương pháp VEN tại bệnh viện cho thấy nhóm thuốc V chiếm 15,53%, nhóm E chiếm 74,21% và nhóm N chiếm 10,26% về SKM tương đương 15,94%, 76,98%, 7,08% về GTSD. Nghiên cứu tại các bệnh viện khác những năm gần đây cho thấy giá trị sử dụng thuốc V, E, N tại Bệnh viện Quốc tế Green năm 2022 lần lượt 12,32%, 77,37%, 10,31% [3]… Sự khác nhau về tỷ lệ các nhóm thuốc V giữa các bệnh viện là do khi xếp loại phân biệt các nhóm thuốc V và E, các bệnh viện có sự đánh giá khác nhau do mô hình bệnh tật khác nhau, chuyên khoa khác nhau và mức độ quan trọng của 1 loại thuốc được đánh giá khác nhau. Như vậy, về tỷ lệ SKM các thuốc nhóm V, E, N trong danh mục

thuốc của Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng là phù hợp, tuy nhiên Hội đồng thuốc và điều trị của bệnh viện nên cân nhắc lựa chọn các loại thuốc có giá thành rẻ hơn để giảm nguồn quỹ của đơn vị và giảm gánh nặng cùng chi trả của người bệnh.

Kết quả phân tích ma trận ABC/VEN cũng chỉ ra DMT được sử dụng tại Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng có 5 thuốc AV với giá trị gần 4 tỷ đồng chiếm 11,95% về GTSD. Đây là thuốc cần kiểm soát tồn khi chặt chẽ, không để hết hàng nhưng không được để tồn kho quá nhiều. Nhóm thuốc AN (các thuốc không thiết yếu nhưng chiếm tỷ trọng lớn) có 3 thuốc với giá trị hơn 1,5 tỷ đồng chiếm 4,66%. Phần lớn các thuốc AN tại Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng là thuốc hỗ trợ điều trị, thuốc điều trị triệu chứng: Bacillus clausii, Alpha chymotrypsin, Acid Amin. Bệnh viện xem xét cần giảm sử dụng hoặc thay thế bằng thuốc có giá thành thấp hơn.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Trong giai đoạn nghiên cứu (từ 01/2024 đến 12/2024), cơ cấu danh mục thuốc tại Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng phù hợp với mô hình bệnh tật của bệnh viện với 14 nhóm điều trị. Trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn (43,42% GTSD). Thuốc nhập khẩu và thuốc biệt dược gốc có giá trị sử dụng lần lượt chiếm 76,03% và 31,73%. Bệnh viện đã ưu tiên mua sắm các thuốc tối cần và thiết yếu (nhóm V và nhóm E), phân bổ phần lớn ngân sách vào 2 nhóm thuốc này ở cả 3 hạng A, B, C. Kết quả phân tích danh mục thuốc sử dụng theo phương pháp phân tích ABC/VEN cho thấy: Có 3 khoản mục nhóm AN, chiếm 0,79% SKM và 4,66% GTSD. Trong nhóm AN thì thuốc Enterogermina 4 tỷ/5ml là thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất.

Phân tích ABC-VEN đã đưa ra hình ảnh chung về thực trạng sử dụng thuốc tại Bệnh viện, đồng thời giúp phát hiện vấn đề liên quan đến danh mục thuốc. Xuất phát từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi đề xuất biện pháp loại bỏ và thay thế những thuốc AN bằng những thuốc có giá thành rẻ hơn, đồng thời tiến hành các biện pháp đánh giá việc sử dụng thuốc AN khác như: xây dựng và hoàn thiện các hướng dẫn điều trị, tiến hành các nghiên cứu kinh tế y tế… để đảm bảo sử dụng các thuốc này là an toàn và hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2013), Thông tư số 21/2013/TT-BYT ngày 08/08/2013 quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng Thuốc và điều trị trong bệnh viện, Hà Nội.
2. **Chính phủ** (2014), Quyết định số 68/QĐ-TTg Phê duyệt Chiến lược quốc gia phát triển ngành Dược Việt Nam giai đoạn đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030, Hà Nội.
3. **Hà Quang Tuấn** (2023), Thực trạng danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện Quốc tế Green năm 2022, Tạp chí Y Học Việt Nam, số tháng 12/2024 tập 545 trang 75.
4. **Nguyễn Thùy Trang** (2019), Phân tích danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện đa khoa Hợp Lực, tỉnh Thanh Hóa năm 2017, Luận văn dược sỹ chuyên khoa I, trường đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Thu Phương, Đặng Thị Thu, Hà Quang Tuấn, Vũ Đức Cảnh** (2023), Phân tích danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 527 số tháng 6 năm 2023, trang 267-276.
6. **Lichtenberg R.R** (2000), The Benefits and Costs of Newer Drugs: Evidence from the 1996 Medical Expenditure Panel Survey, Columbia University and National Bureau of Economic research.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA NGUỒN TIẾP CẬN THÔNG TIN VÀ KIẾN THỨC VỀ CHẾ ĐỘ ĂN GIẢM MUỐI Ở CAO TUỔI CÓ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2024

Phạm Thị Thu Hương[1], Nguyễn Vân Anh[1], Nguyễn Thị Thu Hương[1], Nguyễn Thị Thúy Hiếu[1], Nguyễn Thị Anh Thư[1]

TÓM TẮT

Người bệnh tăng huyết áp có xu thế này càng tăng cao ở cả Việt Nam và trên thế giới. Bệnh gây nhiều ảnh hưởng đến người bệnh bao gồm bệnh động mạch vành, suy tim, đột quỵ, bệnh thận mãn tính, chứng mất trí và suy giảm chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Một trong những yếu tố quan trọng trong kiểm soát huyết áp là chế độ ăn giảm muối. Kiến thức giảm muối về chế độ ăn có thể được tiếp cận từ các nguồn tiếp cận thông tin. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 230 người người cao tuổi nhằm mục tiêu khảo sát mối liên quan giữa nguồn tiếp cận thông tin và kiến thức về chế độ ăn giảm muối ở người cao tuổi có tăng huyết áp tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2024. Kết quả cho thấy, tỷ lệ tham gia nghiên cứu có giới tính nam chiếm 54,3%, nữ chiếm 45,7%. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 60 - 74 tuổi (43,4%), tiếp đến nhóm tuổi 75 – 84 tuổi (35%) và thấp nhất là nhóm tuổi ≥ 85 tuổi (19,6%). Nguồn tiếp cận thông tin qua Internet và tiếp cận thông tin qua bạn bè/ câu lạc bộ giúp tăng cường kiến thức về chế độ ăn giảm muối của người bệnh tăng huyết áp.

Từ khóa: Tăng huyết áp, chế độ ăn giảm muối, người cao tuổi

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOURCES OF HEALTH INFORMATION AND KNOWLEDGE REGARDING LOW-SALT DIET AMONG ELDERLY PATIENTS WITH HYPERTENSION AT VIET TIEP HOSPITAL IN 2024

Hypertension was increasing in both Vietnam and the world. Various health problems were caused by this disease, which included coronary artery disease, heart failure, stroke, chronic kidney disease, dementia, and improving the quality of life for patients. One of the important factors in blood pressure control is a low-salt diet. Knowledge about salt reduction in diet can be accessed from information sources. This study examined the relationship between information sources and knowledge about a low-salt diet in the elderly with hypertension at Viet Tiep Friendship Hospital in 2024. A cross-sectional study investigated 230 participants in the Hospital. These results showed that most patients were male (54.3%), and female (45.7%). The age group with the highest proportion was 60-74 years old (43.4%), followed by the age group 75-84 years old (35%) and the age group ≥ 85 years old (19.6%). Approaching information via the Internet and friends/clubs indicated an

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Hương
Email liên hệ: ptthuong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 29/3/2025
Ngày duyệt bài: 29/4/2025

increased knowledge about low-salt diets of older adults with hypertension.

Keywords: Hypertension, information access, low-salt diet, elderly

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của The US National Health and Nutrition Examination Survey cho thấy có đến 70% người cao tuổi trên 65 tuổi bị tăng huyết áp [1], theo CDC (2023) cho thấy tình trạng tăng huyết áp tăng dần theo độ tuổi với 23,4% ở độ tuổi 18–39, 52,5% ở độ tuổi 40–59 và 71,6% ở độ tuổi 60 trở lên [2]. Tại Việt Nam, tỷ lệ tăng người tăng huyết áp chiếm khoảng 44,8% [3]. Tuy nhiên, số lượng người tăng huyết áp không được kiểm soát chiếm hơn 50% dân số tăng huyết áp tại, điều này cần thiết phải nâng cao việc quản lý huyết áp cho người bệnh và cho cộng đồng.

Đã có nhiều báo cáo trước đây có thấy có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tăng huyết áp, trong đó thành phần muối trong khẩu phần ăn cao vừa là yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp vừa là yếu tố gây khó kiểm soát huyết áp. Việc dung nạp lượng muối vào cơ thể quá nhiều có liên quan đến việc tăng nguy cơ bị tăng huyết áp, từ đó có thể là yếu tố nguy cơ chính gây đột quỵ, bệnh tim mạch và bệnh thận. Kiểm soát tốt huyết áp giúp thay đổi được kết cục xấu đối với bệnh động mạch vành, suy tim, đột quỵ, bệnh thận mãn tính, chứng mất trí và tăng cường chất lượng cuộc sống cho người bệnh [4]. Tuy nhiên, việc kiểm soát huyết áp còn hạn chế do nhiều yếu tố, trong đó có thói quen ăn nhiều muối là một yếu tố quan trọng [5] và lượng muối tiêu thụ cao được báo cáo là do kiến thức thực hành kém trong việc giảm lượng muối ăn [6].

Kiến thức về chế độ ăn được tiếp cận qua nhiều nguồn thông tin. Tăng cường kiến thức về chế độ ăn, chăm sóc người bệnh tăng huyết áp đã được minh chứng bằng biện pháp giáo dục sức khỏe cho người bệnh. Tuy nhiên, trên thực tế có nhiều biện pháp tiếp cận nguồn thông tin ngoài việc tiếp cận từ các chương trình giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế như tìm hiểu thông tin qua truy cập internet, tìm hiểu qua báo/ tivi, qua bạn bè, câu lạc bộ. Những nguồn truy cập thông tin này là phổ biến. Tuy nhiên, việc nghiên cứu và tìm hiểu về những nguồn truy cập thông tin với kiến thức về chế độ ăn giảm muối ở người cao tuổi có tăng huyết áp còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu "Mối liên quan giữa nguồn tiếp cận thông tin và kiến thức về chế độ ăn giảm muối ở người cao tuổi có tăng huyết áp tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2024" với mục tiêu khảo sát mối liên quan giữa nguồn tiếp cận thông tin và kiến thức về chế độ ăn giảm muối ở người cao tuổi có tăng huyết áp tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 60 tuổi trở lên, đã được chẩn đoán tăng huyết áp trước đó; đã từng tiếp cận về thông tin giảm muối trong chế độ ăn; có đủ khả năng để trả lời các câu hỏi phỏng vấn và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh giảm khả năng tiếp cận thông tin qua Internets, giao lưu bạn bè xã hội bao gồm giảm khả năng nghe, nhìn, giảm giao lưu xã hội

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng từ tháng từ 1/2024 đến 4/2024.

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

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu được tính toán trên phần mềm Gpower 3.1. Dựa theo nghiên cứu trước với: hệ số ảnh hưởng (effect size) là 0.3 và power là 0.95 là 219 người bệnh. Chúng tôi lấy thêm 5% dự kiến số người bệnh từ chối nghiên cứu. Do vậy, mẫu nghiên cứu tối thiểu của chúng tôi là 130 người bệnh. Tại thời điểm lấy mẫu có 230 đối tượng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu chúng tôi lấy vào cỡ mẫu.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

- Biến số nghiên cứu

• Thông tin của người bệnh bao gồm các biến số: tuổi, giới, trình độ văn hóa, nguồn tiếp cận thông tin về kiến thức chế độ giảm muối (Tiếp cận thông tin qua Internet, qua bạn bè/ câu lạc bộ, nhân viên y tế, báo/ tạp chí).

• Biến số đánh giá về đánh giá kiến thức về giảm muối sử dụng bộ câu hỏi Knowledge of Dietary Sodium Reduction Scale (KDSR) gồm 16 câu hỏi; mức điểm càng thấp cho thấy kiến thức về giảm muối trong chế độ ăn càng cao, bộ câu hỏi đã được chuẩn hóa.

2.4. Phương pháp thu thập thông tin

Công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn gồm các câu hỏi về thông tin chung NCT, câu hỏi đánh giá về kiến thức. NCT sẽ được phỏng vấn trực tiếp và trả lời theo các đáp án phù hợp. Người lấy mẫu được tập huấn hiểu đầy đủ về cách thu thập số liệu và giải thích cho người bệnh trước khi lấy số liệu.

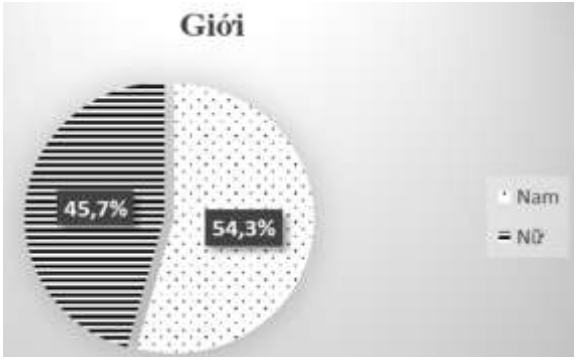
2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Thống kê mô tả được sử dụng để mô tả số liệu thống kê nhân khẩu học, tình trạng kiến thức về giảm muối trong chế độ ăn ở người bệnh tăng huyết áp. Sử dụng Independent Samples T-test để kiểm tra sự khác biệt trong nguồn thông tin tiếp cận và kiến thức của người cao tuổi về chế độ ăn với $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

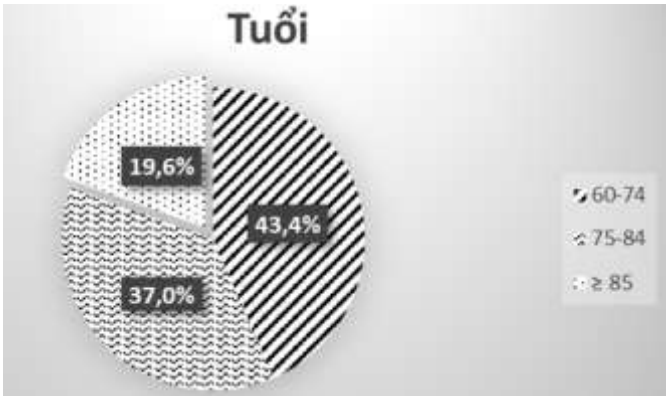
Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức trường Đại học Y Dược Hải Phòng và được sự đồng ý cho phép của ban lãnh đạo bệnh viện Việt Tiệp. Trước khi tiến hành lấy số liệu người bệnh đã được giải thích rõ về mục đích, nội dung trả lời phiếu trả lời, và tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu, người bệnh có thể dừng tham gia nghiên cứu bất cứu khi nào mong muốn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



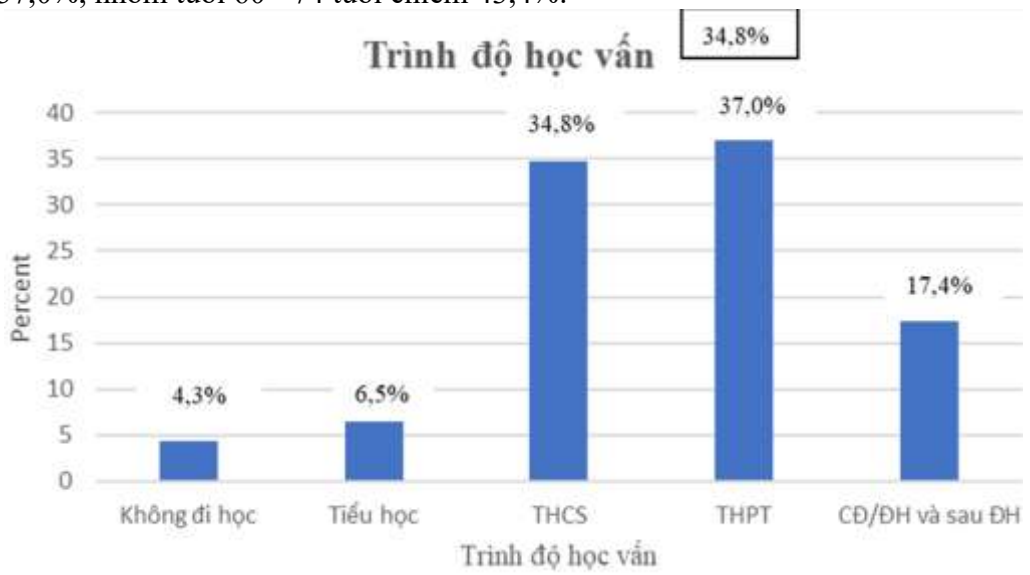
Hình 1. Sự phân bố theo giới của đối tượng nghiên cứu (n = 230)

Tỷ lệ giới tính nam ở người cao tuổi chiếm 54,3% và ở giới tính nữ là 45,7%.



Hình 2. Sự phân bố theo tuổi của đối tượng nghiên cứu (n = 230)

Người tham gia nghiên cứu ở độ tuổi ≥ 85 tuổi chiếm 19,6%, nhóm tuổi 75 - 84 tuổi chiếm 37,0%, nhóm tuổi 60 - 74 tuổi chiếm 43,4%.



Hình 3. Đặc điểm về trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ NCT không đi học chiếm 4,3%, Tiểu học chiếm 6,5%, THCS chiếm 34,8%, THPT và CĐ/ĐH, sau ĐH lần lượt là 37,0% và 17,4%.

Bảng 1: Nguồn tiếp cận thông tin về giảm muối trong chế độ ăn ở người cao tuổi (n=230)

Biến số		Số lượng	Tỉ lệ %
Tiếp cận thông tin qua Internet	Không	156	67,80
	Có	74	32,20
Tiếp cận thông tin qua bạn bè/ câu lạc bộ	Không	195	84,8
	Có	35	15,2
Tiếp cận thông tin từ nhân viên y tế	Không	105	45,7
	Có	125	54,3
Tiếp cận thông tin qua báo/ Tạp chí/ Tivi	Không	160	696
	Có	70	30,4

Theo kết quả phân tích ở bảng 1, tỷ lệ NCT tiếp cận thông tin về kiến thức giảm muối trong chế độ ăn thông qua Internet là 74 người chiếm 32,2%, thông qua bạn bè/câu lạc bộ là 35 người chiếm 15,2%, thông qua nhân viên y tế là 125 người chiếm 54,3%, thông qua báo/tạp chí/ Tivi là 70 người chiếm 30,4%.

Bảng 2: Đặc điểm chế độ ăn giảm muối ở người cao tuổi theo giới tính (n=230)

Biến số	Giá trị thấp nhất	Giá trị cao nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Nam	43	57	49,6	3,2
Nữ	41	58	49,3	4,4

Nghiên cứu đặc điểm chế độ ăn giảm muối ở NCT cho thấy kiến thức giảm muối trong chế độ ăn đạt giá trị trung bình là 49,52 trong đó giá trị thấp nhất là 41, giá trị cao nhất là 58 tương ứng với độ lệch chuẩn là 3,83.

Bảng 3: Mối liên quan giữa nguồn tiếp cận thông tin và kiến thức giảm muối trong chế độ ăn

Biến số		SL	Trung bình + ĐLC	F	p
Tiếp cận thông tin qua Internet	Không	154	51,21 + 3,12	4,42	0,037
	Có	74	45,96 + 2,54		
Tiếp cận thông tin qua bạn bè/ câu lạc bộ	Không	195	49,6 + 4,00	10,02	0,002
	Có	35	48,5 + 2,59		
Tiếp cận thông tin nhân từ viên y tế	Không	105	48,9 + 3,80	0,494	0,484
	Có	125	50,0 + 3,81		
Tiếp cận thông tin qua báo/Tạp chí	Không	160	49,3 + 3,79	0,131	0,717
	Có	70	50,1 + 3,89		

Từ kết quả phân tích cho thấy người cao tuổi có tiếp cận thông tin qua Internet và thông qua bạn bè/ câu lạc bộ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức giảm muối trong chế độ ăn với $p < 0,05$. Trong khi tiếp cận thông tin qua nhân viên y tế và qua báo, tạp chí cho thấy không có ý nghĩa thống kê với kiến thức giảm muối trong chế độ ăn $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả khảo sát cho thấy, tỷ lệ NCT tham gia nghiên cứu có giới tính nam chiếm 54,3% so với NCT có giới tính nữ chiếm 45,7%. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 60-74 tuổi (43,4%), tiếp đến nhóm tuổi 75 – 84 tuổi (35%) và thấp nhất là nhóm tuổi ≥ 85 tuổi (19,6%). Đa số người cao tuổi tham gia nghiên cứu có trình độ học vấn ở THPT chiếm 37% và có tỷ lệ thấp nhất là không đi học chiếm 4,3%. Theo kết quả của Nguyễn Tiến Dũng năm 2023 khi khảo sát về đặc điểm nhân khẩu học của NCT lại thành phố Đà Nẵng cho thấy NCT có giới tính nữ nhiều hơn nam, nhóm tuổi >80 tuổi chiếm tỷ lệ thấp và trình độ học vấn dưới THPT và trên THPT lần lượt chiếm 4% và 65,6% [7]. Nghiên cứu cho thấy kiến thức giảm muối

trong chế độ ăn ở nam là 49,6 ± 3,2 và ở nữ là 49,3 ± 4,4. Theo nghiên cứu tại Trung Quốc năm 2022 kiến thức giảm muối trong chế độ ăn của người dân giá trị thấp nhất là 7,3% và giá trị cao nhất là 41% [8].

Kết quả phân tích cho thấy kiến thức của người cao tuổi về chế độ ăn giảm muối khi tiếp cận thông tin qua Internet (45,96±2,54) cao hơn so với nhóm không tiếp cận Internet (51,21±3,12), có ý nghĩa thống kê với p=0,0037. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với thời đại tiếp cận công nghệ thông tin qua Internet ngày càng tăng của xã hội. Mặt khác, nghiên cứu trước đây đã chỉ ra việc tiếp cận thông tin qua internet giúp tăng cường về việc chăm sóc, quản lý huyết áp cho người bệnh [9]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người cao tuổi có tiếp cận internet chiếm 32,2%. Do đó, để tăng cường hơn nữa kiến thức về giảm muối trong chế độ ăn nói chung và quản lý bệnh tăng huyết áp nói riêng, việc tăng cường hướng dẫn truy cập, tìm hiểu thông tin qua các nguồn uy tín và phù hợp với người bệnh cần được cân nhắc. Ngoài ra, theo bảng 3 chỉ ra kiến thức của người cao tuổi về chế độ ăn giảm muối ở người cao tuổi có tiếp cận thông tin qua bạn bè/ câu lạc cao hơn (48,5±2,59) so với nhóm không tiếp cận với nguồn này (49,6±4,00). Hiện nay, NCT có xu hướng sinh hoạt các câu lạc bộ, hội nhóm sinh hoạt khi về hưu được tăng lên điều đó cho thấy chất lượng cuộc sống, giao lưu xã hội của người cao tuổi cũng được nâng cao. Thông qua các câu lạc bộ NCT có thể chia sẻ các kinh nghiệm từ vấn đề sức khỏe thể chất tinh thần. Mặc khác, ông cha ta có câu "học thầy, không tày học bạn". Mặc dù chưa cho nghiên cứu giải thích cho nhận định này nhưng giúp cho chúng ta thấy đây là đúc kết kinh nghiệm từ con người. Điều này giúp giải thích cho kết quả nghiên cứu của chúng tôi đưa ra NCT có kiến thức tốt hơn khi tiếp cận với nguồn thông tin từ bạn bè/ câu lạc bộ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy, tỷ lệ NCT tham gia nghiên cứu có giới tính nam chiếm 54,3% so với NCT có giới tính nữ chiếm 45,7%. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 60-74 tuổi (43,4%), tiếp đến nhóm tuổi 75 – 84 tuổi (35%) và thấp nhất là nhóm tuổi ≥ 85 tuổi (19,6%). Đa số người cao tuổi tham gia nghiên cứu có trình độ học vấn ở THPT chiếm 37% và có tỷ lệ thấp nhất là không đi học chiếm 4,3%. Kiến thức giảm muối trong chế độ ăn đạt giá trị trung bình là 49,52 ± 3,83. Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy việc tiếp cận thông tin qua Internet và tiếp cận thông tin qua bạn bè/ câu lạc bộ giúp tăng cường kiến thức về chế độ ăn giảm muối của người bệnh tăng huyết áp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi giúp chúng ta có thêm bằng chứng khoa học về lợi ích của một số nguồn thông tin có thể giúp ích trong công tác quản lý bệnh tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al** (2015). Heart disease and stroke statistics-2015 update: A report from the American Heart Association. Circulation. 2015;131: e29–322.

2. **CDC** (2024). Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control Among Adults Age 18 and Older: United States, August 2021–August 2023. https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db511.htm. Truy cập ngày 16/3/2025.
3. **Hien HA, Tam NM, Tam V, et al** (2018). Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension and Its Risk Factors in (Central) Vietnam. Int J Hypertens. 2018 May 16;2018:6326984.
4. **Fuchs FD, Whelton PK.** High blood pressure and cardiovascular disease. Hypertension 2020;75:285-92.
5. **Suzana S, Azlinda A, Hin SL, Khor WH, Zahara Z, Saida Munira J, et al.** Influence of food intake and eating habits on hypertension control among outpatients at a government health clinic in the Klang Valley, Malaysia. Malay J Nutr. (2011) 17:163–73.
6. **Mahat D, Isa ZM, Tamil AM, Mahmood MI, Othman F, Ambak R.** The association of knowledge, attitude and practice with 24 hours urinary sodium excretion among malay healthcare staff in Malaysia. Int J Public Health Res. (2017) 7:860–70. 9.
7. **Dũng, N. T., Thành, H. B., & An, N. K.** (2024). Chất lượng cuộc sống và các đặc điểm nhân khẩu học của người cao tuổi tại phường Hoà Quý, quận Ngũ Hành Sơn, thành phố Đà Nẵng năm 2023. Tạp chí Y học Thảm hoạ và Bỏng, (5), 87-97.
8. **Han B, Li C, Zhou Y, Zhang M, Zhao Y, Zhao T, Hu D, Sun L.** Association of Salt-Reduction Knowledge and Behaviors and Salt Intake in Chinese Population. Front Public Health. 2022 Apr 18;10:872299. doi: 10.3389/fpubh.2022.872299. PMID: 35509508; PMCID: PMC9058069.
9. **Yin, Bai-Ding; Tu, Da-Hong; Yang, N; Wang, Jing.** The application effect of internet technology on managing patients with hypertension in a medical center: A prospective case–control study. Medicine 100(50):p e28027, December 17, 2021. | DOI: 10.1097/MD.0000000000028027

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI KHÁNG INSULIN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ TẠI VIỆN Y HỌC BIỂN NĂM 2023

Nguyễn Văn Tâm[1,2], Nguyễn Bảo Nam[2], Phạm Thị Yến[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến kháng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại Viện Y học biển năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện thông qua định lượng nồng độ glucose máu lúc đói, insulin máu kết hợp với phỏng vấn trực tiếp 250 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 để xác định tình trạng kháng insulin và yếu tố liên quan. Đánh giá tình trạng kháng insulin bằng chỉ số HOMA-IR. **Kết quả:** Tỷ lệ kháng insulin là 84,8%. Một số yếu tố liên quan tới kháng insulin bao gồm: thời gian bị bệnh từ 5 – 10 năm (OR = 3,56; 95%CI: 1,04-6,71); trên 10 năm (OR = 5,62; 95%CI: 1,08 - 12,14) so với thời gian bị bệnh dưới 5 năm; thừa cân, béo phì (OR = 2,67; 95%CI: 3,25 - 11,28); rối loạn lipid máu (OR = 5,08; 95%CI: 2,67- 22,01); HbA1C: 6,5% – 7,5% (OR = 3,35; 95%CI: 1,74 -9,51), HbA1C > 7,5% (OR = 6,76; 95%CI: 1,28 - 11,04) so với HbA1C < 6,5%. **Kết luận:** Kháng insulin là vấn đề phổ biến ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Cần kiểm soát cân nặng, lipid máu, duy trì đường máu và HbA1C ở mức tối ưu để hạn chế nguy cơ kháng insulin cho người bệnh.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, kháng insulin, yếu tố liên quan, HOMA-IR

SUMMARY

REALITY AND ASSOCIATED FACTORS TO INSULIN RESISTANCE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES TREATED AT THE INSTITUTE OF MARITIME MEDICINE IN 2023

Objective: Determining the prevalence and associated factors to insulin resistance in type 2 diabetes treated at the Institute of Maritime Medicine in 2023. **Methods:** A cross-sectional descriptive study conducted through quantifying fasting blood glucose and blood insulin levels combined with direct interviews of 250 type 2 diabetes patients to determine insulin resistance and associated factors. Insulin resistance was assessed using the HOMA-IR index. **Results:** The prevalence of insulin resistance was 84.8%. Associated factors to insulin resistance include: disease duration from 5 to 10 years (OR = 3.56; 95%CI: 1.04-6.71); over 10 years (OR = 5.62; 95%CI: 1.08 - 12.14) compared to disease duration under 5 years; overweight and obesity (OR = 2.67; 95%CI: 3.25 - 11.28); dyslipidemia (OR = 5.08; 95%CI: 2.67- 22.01); HbA1C: 6.5% – 7.5% (OR = 3.35; 95%CI: 1.74 -9.51), HbA1C > 7.5% (OR = 6.76; 95%CI: 1.28 - 11.04) compared with HbA1C < 6.5%. **Conclusions:** Insulin resistance is a common problem in patients with type 2 diabetes. It is necessary to control weight, blood lipids, maintain blood

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Viện Y học biển Việt Nam, Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tâm
Email: nvtam@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 29/3/2025
Ngày duyệt bài: 23/4/2025

sugar and HbA1C at optimal levels to limit the risk of insulin resistance for patients.

Keywords: Type 2 diabetes, insulin resistance, associated factors, HOMA-IR

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ típ 2) là một trong những bệnh không lây nhiễm phổ biến trên thế giới, đặc biệt là trong bối cảnh đô thị hóa nhanh chóng và thay đổi lối sống tại các quốc gia đang phát triển. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF), ước tính có khoảng 422 triệu người mắc ĐTĐ típ 2 trên toàn cầu năm 2014; 451 triệu người năm 2017 và dự báo tăng lên 693 triệu người vào năm 2045 [1]. Trong các yếu tố nguy cơ dẫn đến sự gia tăng của bệnh, tình trạng kháng insulin được xác định là một trong những yếu tố chính, biểu hiện qua việc tế bào giảm khả năng đáp ứng với insulin, từ đó làm thất bại trong việc điều hòa nồng độ glucose huyết thanh.

Kháng insulin là tình trạng các tế bào trong cơ thể bị giảm khả năng đáp ứng với tác dụng của hormon insulin, đặc biệt là các tế bào ở mô cơ và mô mỡ. Tuy nhiên, cơ thể vẫn cần năng lượng từ glucose để hoạt động, do đó tuyến tụy sẽ hoạt động bù trừ với sự đề kháng insulin bằng cách sản xuất ra thêm insulin để tăng đưa đường từ máu vào tế bào. Kháng insulin xảy ra khi tế bào của cơ thể giảm khả năng đáp ứng với tác dụng của hormone insulin. Kết quả là insulin trong máu tăng quá mức và kích thích lên các mô vẫn còn nhạy cảm với insulin, đồng thời lượng glucose trong máu vẫn cao do không được vận chuyển vào trong tế bào và gây ra nhiều hậu quả khác nhau [2].

Kháng insulin không chỉ là một dấu hiệu quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của ĐTĐ típ 2 mà còn ảnh hưởng đáng kể đến hiệu quả của các biện pháp điều trị và kiểm soát glucose. Theo nghiên cứu của Kulkarni và cộng sự (2009), khoảng 80-90% bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có biểu hiện kháng insulin [3]. Ngoài việc gia tăng nồng độ glucose huyết thanh, kháng insulin còn có liên quan đến nhiều biến chứng nguy hiểm như bệnh tim mạch, bệnh thận và bệnh thần kinh. Vì vậy, nghiên cứu thực trạng kháng insulin ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 là cần thiết để làm sáng tỏ cơ chế bệnh sinh cũng như xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng kháng insulin nhằm đưa ra các biện pháp can thiệp hiệu quả hơn trong điều trị. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm ***"Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến kháng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị nội trú tại Viện Y học biển năm 2023".***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Bệnh nhân được chẩn đoán bị đái tháo đường típ 2 theo tiêu chuẩn ADA 2022, điều trị nội trú tại Viện Y học biển trong thời gian từ tháng 2/2023 đến tháng 10/2023, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân ĐTĐ típ 1, ĐTĐ thai nghén, bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính, hội chứng Cushing, Basedow, bệnh nhân đang dùng corticoid.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: theo phương pháp mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu áp dụng công thức:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu, $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, tương ứng với độ tin cậy là 95% chọn Z = 1,96; p là tỷ lệ kháng insulin ở bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ

típ 2 (tham khảo tỉ lệ kháng nsulin ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong nghiên cứu của Ngọc Anh và cộng sự 2016 là 88,7% [4]), lấy p = 0,887; d: Mức độ sai lệch tuyệt đối mong đợi, chọn d = 0,05. Thay vào công thức, tính được n = 154. Để tăng độ tin cậy, chúng tôi nhân cỡ mẫu với hệ số 1,5; được cỡ mẫu là 231. Trên thực tế, chúng tôi nghiên cứu trên 250 bệnh nhân ĐTĐ típ 2.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Tỷ lệ kháng insulin ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 theo chỉ số HOMA-IR.

- Một số yếu tố liên quan đến tình trạng kháng insulin ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2: giới tính, thời gian mắc bệnh, thừa cân béo phì, rối loạn lipid máu, mức độ kiểm soát HbA1C.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

- Thu thập chỉ số nhân trắc bằng cách đo chiều cao, cân nặng;

- Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu thông qua phiếu thu thập thông tin được thiết kế sẵn để xác định một số yếu tố liên quan tới kháng insulin.

- Xét nghiệm máu: Định lượng nồng độ glucose máu lúc đói, HbA1c, Insulin máu, Cholesterol toàn phần, Triglycerid, high density lipoprotein cholesterol (HDL-C), low density lipoprotein cholesterol (LDL-C). Lấy máu tĩnh mạch lúc đói vào buổi sáng (cách xa bữa ăn ít nhất 8 giờ), được tiến hành tại phòng xét nghiệm Hóa sinh- Viện Y học biển bằng máy xét nghiệm hoá sinh tự động AU 480 của hãng Beckman Coulter dựa trên nguyên lý điện hoá phát quang.

2.5. Một số tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu

- Đánh giá tình trạng kháng insulin bằng chỉ số: HOMA-IR= [I_o(mU/l) x G_o(mmol/l)]/ 22,5; Trong đó: I_o là nồng độ Insulin lúc đói; G_o là nồng độ đường máu lúc đói; Kháng insulin được xác định khi HOMA-IR ≥ 2,6 [5]

- Rối loạn lipid máu khi có 1 hoặc nhiều các rối loạn sau: cholesterol toàn phần > 5,2 mmol/L (200mg/dL); triglycerid > 1,7 mmol/L (150mg/dL); LDL-cholesterol > 2,3 mmol/L (>200 mg/dL); HDL-cholesterol < 1,03mmol/L (40 mg/dL).

- Đánh giá thừa cân, béo phì dựa vào chỉ số BMI (body mass index), đánh giá theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) dành cho người trưởng thành ở Châu Á. Thừa cân, béo phì khi BMI ≥ 23 kg/m^2.

2.6. Xử lý số liệu nghiên cứu

Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y- sinh học dựa trên phần mềm SPSS 22.0. Phân bố tần suất và phần trăm được sử dụng để mô tả các biến định tính. Sử dụng χ^2 test để so sánh 2 tỷ lệ. Giá trị trung bình được sử dụng để mô tả các biến định lượng. Sử dụng T - test để so sánh các giá trị trung bình. Tỷ suất chênh OR và khoảng tin cậy 95% CI được sử dụng xác định một số yếu tố liên quan tới kháng insulin ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

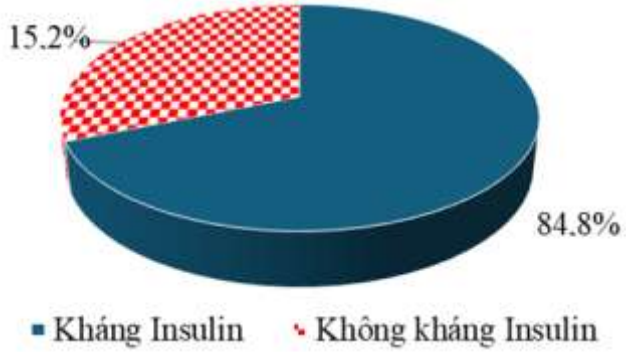
Đề tài nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Viện Y học biển theo quyết định 05/2023/QĐ-YHB. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 250)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	127	50,8
	Nữ	123	49,2
Tuổi đời (năm)	<60	41	16,4
	60-69	67	26,8
	70-79	91	36,4
	≥80	51	20,4
Thời gian bị bệnh (năm)	< 5	45	18,0
	5-10	82	32,8
	> 10	123	49,2

Đối tượng nghiên cứu là nam giới chiếm 50,8%; nữ giới chiếm 49,2%. Tuổi đời tập trung chủ yếu ở nhóm 70 – 79 tuổi (36,4%), tiếp đến là nhóm 60 – 69 tuổi (26,8%), từ 80 tuổi trở lên (20,4%), dưới 60 tuổi (16,4%). Thời gian bị bệnh ĐTĐ típ 2 đa số là trên 10 năm (49,2%), tiếp đến là 5 – 10 năm (32,8%), dưới 5 năm (18,0%).



Hình 1. Tỷ lệ kháng Insulin ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 (n = 250)

Tỷ lệ kháng insulin ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 là 212/250 (84,8%).

Bảng 2. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến kháng Insulin ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2

Yếu tố	n	Kháng insulin SL (Tỉ lệ %) n=212	Không kháng insulin SL (Tỉ lệ %) n=38	OR hiệu chỉnh (95%CI)	p
Giới tính					
Nam	127	110 (86,6)	17 (13,4)	1,30 (0,82-3,25)	> 0,05
Nữ	123	102 (82,9)	21 (17,1)		
Thời gian bị bệnh (năm)					
< 5	45	29 (64,5)	16 (35,5)	1	1
5 - 10	82	71 (86,5)	11 (13,5)	3,56 (1,04-6,71)	< 0,01
> 10	123	112 (91,1)	11 (8,9)	5,62 (1,08-12,14)	< 0,01

Thừa cân, béo phì					
Có	105	96 (91,4)	9 (8,6)	2,67 (3,25-11,28)	< 0,05
Không	145	116 (80,0)	29 (20,0)		
Rối loạn lipid máu					
Có	154	143 (92,8)	11 (7,2)	5,08 (2,67- 22,01)	< 0,01
Không	96	69 (71,8)	27 (28,2)		
HbA1C (%)					
< 6,5	37	22 (59,4)	15 (40,6)	1	1
6,5 – 7,5	71	59 (83,1)	12 (16,9)	3,35 (1,74 - 9,51)	< 0,01
> 7,5	142	129 (90,8)	13 (9,2)	6,76 (1,28-11,04)	< 0,01

Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến kháng insulin ở bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ típ 2, kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố liên quan bao gồm: thời gian bị bệnh từ 5 – 10 năm (OR = 3,56; 95%CI: 1,04-6,71; p < 0,01); trên 10 năm (OR = 5,62; 95%CI: 1,08 - 12,14; p < 0,01) so với thời gian bị bệnh dưới 5 năm; thừa cân, béo phì (OR = 2,67; 95%CI: 3,25 - 11,28; p < 0,05); rối loạn lipid máu (OR = 5,08; 95%CI: 2,67-22,01; p< 0,01); HbA1C: 6,5% – 7,5% (OR = 3,35; 95%CI: 1,74 -9,51; p< 0,01), HbA1C > 7,5% (OR = 6,76; 95%CI: 1,28 - 11,04, p <0,01) so với HbA1C < 6,5%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 250 bệnh nhân ĐTĐ típ 2, kết quả nghiên cứu (hình 1) cho thấy tỷ lệ kháng insulin là 84,8%. Tỷ lệ này là rất cao, phản ánh thực trạng kháng insulin phổ biến ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 và nhấn mạnh vai trò trung tâm của kháng insulin trong cơ chế bệnh sinh của bệnh ĐTĐ típ 2. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Bình và cộng sự (2021) trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú, tỷ lệ kháng insulin là 85,3% [6]. Một nghiên cứu tại Trung Quốc của Li Xuefeng và cộng sự (2021) trên 300 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 cho thấy tỷ lệ kháng insulin là 80,7% [7]. Tỷ lệ kháng insulin cao ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 trong nghiên cứu của chúng tôi nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát và can thiệp sớm. Kháng insulin không chỉ là yếu tố chính trong cơ chế bệnh sinh của ĐTĐ típ 2 mà còn liên quan đến nguy cơ cao mắc các biến chứng tim mạch, rối loạn lipid máu và hội chứng chuyển hóa. Do đó, việc kiểm soát kháng insulin cần được chú trọng trong điều trị bệnh nhân ĐTĐ típ 2 thông qua thay đổi lối sống (tăng cường vận động, kiểm soát cân nặng, chế độ ăn hợp lý) và sử dụng thuốc cải thiện độ nhạy của insulin như metformin.

Kháng insulin là một cơ chế bệnh sinh quan trọng trong ĐTĐ típ 2 và liên quan chặt chẽ đến nhiều yếu tố lâm sàng và sinh hóa. Kết quả phân tích đa biến trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với kháng insulin bao gồm thời gian mắc bệnh, tình trạng thừa cân - béo phì, rối loạn lipid máu và mức HbA1C.

Thời gian mắc bệnh và nguy cơ kháng insulin: Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có thời gian mắc ĐTĐ típ 2 từ 5 – 10 năm có nguy cơ kháng insulin cao hơn 3,56 lần (OR = 3,56; 95%CI: 1,04-6,71), trong khi nhóm mắc bệnh trên 10 năm có nguy cơ cao

hơn 5,62 lần (OR = 5,62; 95%CI: 1,08 - 12,14) so với nhóm có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm. Điều này phù hợp với quá trình tiến triển tự nhiên của ĐTĐ típ 2, trong đó kháng insulin là yếu tố nền tảng, dẫn đến suy giảm chức năng tế bào beta tụy theo thời gian. Khi tình trạng kháng insulin kéo dài, tuyến tụy buộc phải tăng tiết insulin để duy trì đường huyết bình thường, dẫn đến quá tải chức năng và cuối cùng là suy giảm khả năng tiết insulin.

Liên quan giữa thừa cân, béo phì đến kháng insulin: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thừa cân, béo phì có liên quan chặt chẽ đến kháng insulin với OR = 2,67 (95%CI: 3,25 - 11,28). Cơ chế chính là do sự tích tụ mỡ nội tạng, dẫn đến tăng tiết các cytokine tiền viêm như TNF-α, IL-6 và giảm adiponectin, từ đó làm suy giảm tín hiệu insulin tại mô đích, gây ra tình trạng kháng insulin. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Smith (2020), trong đó bệnh nhân ĐTĐ típ 2 kèm theo thừa cân, béo phì có nguy cơ kháng insulin cao hơn 2,9 lần so với người có BMI bình thường [8]. Ngoài ra, một nghiên cứu tại Nhật Bản của Yamaguchi (2019) cũng ghi nhận mối liên hệ giữa mỡ nội tạng và kháng insulin, cho thấy vòng eo lớn hơn 90cm ở nam và 85cm ở nữ có nguy cơ kháng insulin tăng gấp 2,5 lần [9].

Liên quan giữa rối loạn lipid máu và kháng insulin: Rối loạn lipid máu được xác định là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với kháng insulin. Các bất thường lipid thường gặp ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 như tăng triglyceride, giảm HDL-C và tăng LDL-C có thể gây tổn thương chức năng tế bào beta tụy và làm suy giảm khả năng điều hòa glucose của insulin. Một nghiên cứu của Kumar Rajesh và cộng sự (2019) tại Ấn Độ cũng ghi nhận bệnh nhân ĐTĐT2 có rối loạn lipid máu có nguy cơ kháng insulin cao hơn 4,7 lần [10]. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc kiểm soát lipid máu trong điều trị bệnh nhân ĐTĐ típ 2 để giảm nguy cơ kháng insulin và các biến chứng tim mạch liên quan.

Mối liên quan giữa kháng insulin và mức kiểm soát HbA1C được thể hiện rõ trong nghiên cứu của chúng tôi. So với nhóm bệnh nhân có HbA1C < 6,5%, nhóm có HbA1C từ 6,5% – 7,5% có nguy cơ kháng insulin cao hơn 3,35 lần (OR = 3,35; 95%CI: 1,74 - 9,51; p < 0,01) và nhóm có HbA1C > 7,5% có nguy cơ cao hơn 6,76 lần (OR = 6,76; 95%CI: 1,28 - 11,04, p < 0,01). Kháng insulin làm giảm hiệu quả của insulin nội sinh cũng như insulin ngoại sinh, dẫn đến kiểm soát đường huyết kém và tăng HbA1C. Khi HbA1C tăng cao, nguy cơ biến chứng vi mạch và biến chứng tim mạch cũng gia tăng đáng kể. Do đó, việc duy trì HbA1C dưới 7,0% là mục tiêu quan trọng trong kiểm soát ĐTĐ típ 2 để giảm nguy cơ kháng insulin và các biến chứng liên quan.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 250 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 về tình trạng kháng insulin, chúng tôi thấy kháng insulin là vấn đề phổ biến với tỉ lệ kháng rất cao (84,8%). Một số yếu tố liên quan tới kháng insulin ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 bao gồm thời gian mắc bệnh, thừa cân béo phì, rối loạn lipid máu, kiểm soát đường máu và HbA1C kém. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của kiểm soát cân nặng, lipid máu và đường máu trong quản lý và dự phòng kháng insulin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, et al.** IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. Diabetes Res Clin Pract. 2018; 138:271–81.
2. **DeFronzo, R. A.** Insulin resistance, type 2 diabetes mellitus, and atherosclerotic cardiovascular disease. Diabetes Care. 2009; 32(2): 397-403.
3. **Kulkarni, R. N, Hwang C. K, Kahn, C. R.** Role of insulin action in the regulation of glucose homeostasis. Diabetes Obes Metab. 2009; 11(1):16-24.
4. **Ngọc Anh, Vũ Bích Nga, Phạm Đức Mạnh.** Một số yếu tố liên quan đến tình trạng kháng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 phát hiện lần đầu. Tạp chí Y học thực hành. 2021; 3:35-42.
5. **Esteghamati A, Ashraf H, Khalilzadeh H, et al.** Optimal Cut-Off of Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance (HOMA-IR) for the Diagnosis of Metabolic Syndrome: Third National Surveillance of Risk Factors of Non-Communicable Diseases in Iran. Nutrition & Metabolism. 2010; 7(1): 26- 39.
6. **Trần Văn B, Lê Minh Dũng.** Đánh giá tình trạng kháng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú. Tạp chí Nội tiết và Chuyển hóa. 2021; 20(3): 45-51.
7. **Li Xuefeng, Wang Ming, Zhang Yifan, Chen Rong.** Prevalence of insulin resistance in Chinese patients with type 2 diabetes: a hospital-based study. Diabetes & Metabolism Journal. 2021; 45(2): 189-196.
8. **Smith J, Anderson M, Roberts E.** Obesity and insulin resistance in patients with type 2 diabetes: A meta-analysis. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2021;105(3): 567-579.
9. **Yamaguchi T, et al.** Visceral fat accumulation and insulin resistance. Journal of Diabetes Investigation. 2019; 10(5): 1201-1209.
10. **Kumar R, Patel A, Singh P.** Insulin resistance and dyslipidemia in Indian patients with type 2 diabetes mellitus. Journal of Diabetes Research. 2019; 1-8.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN THIẾU MÁU CỦA TRẺ TỪ 6 THÁNG ĐẾN 59 THÁNG TẠI PHÒNG KHÁM DINH DƯỠNG BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2024

Đặng Văn Chức[1,2], Đoàn Văn Thành[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định thực trạng thiếu máu và mô tả một số yếu tố liên quan ở trẻ 6 tháng đến dưới 60 tháng tại phòng khám Dinh dưỡng bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 365 trẻ từ 6 tháng đến dưới 60 tháng và mẹ của các cháu. **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu máu là 24,7%, trẻ nam chiếm 30,4% và trẻ nữ 17,8%. Mức độ thiếu máu nhẹ chiếm 19,7%; vừa chiếm 4,1% và chiếm nặng 0,8%. Thiếu máu nhẹ đều chiếm tỷ lệ cao ở trẻ nam và trẻ nữ và ở nhóm 1-4 tuổi. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với thiếu máu gồm giới nam, tuổi <24 tháng, không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, thiếu sắt, BMI mẹ trước sinh <18,5, học vấn mẹ dưới THPT, tuổi mẹ dưới <25 tuổi. **Kết luận:** Bệnh thiếu máu còn phổ biến ở trẻ 6 tháng đến dưới 60 tháng. Có nhiều yếu tố liên quan đến thiếu máu như giới nam, trẻ dưới 24 tháng tuổi, không được bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu, dinh dưỡng trước sinh mẹ kém, mẹ trẻ dưới 25 tuổi, học vấn mẹ thấp.

Từ khóa: Thiếu máu, trẻ dưới 60 tháng tuổi, bệnh viện Trẻ em-Hải Phòng

SUMMARY

THE SITUATION AND SOME RISK FACTORS OF ANEMIA IN CHILDREN FROM 6 MONTHS TO 59 MONTHS OLD IN NUTRITIONAL CLINICS AT CHILDREN'S HOSPITAL HAIPHONG IN 2024

Objectives: The study was done to estimate the situation and describe some risk factors of anemia in children aged from 6 months to less than 60 months at the Nutritional Clinics at Haiphong Children's Hospital in 2024. **Subjects and Method:** A cross-sectional study was done on 365 children aged from 6 months to less than 60 months and their mother. **Results:** The incidence of anemia was 24.7%, boys represented 30.4% and girls presented 17.8%. Mild anemia was 19.7%, moderate anemia was 4.1%, and severe one was 0.8%. Mild anemia occupied high percentage in both boys and girls and in children were in 1-4 years old. Some risk factors that were statistically significantly associated with anemia included male sex, age less than 24 months, not exclusively breastfeeding for the first 6 months, iron deficiency, prenatal maternal BMI less than 18.5, maternal age less than 25 years old, maternal education level less than high school. **Conclusions:** Anemia is quite common in children from 6 months old to less than 60 months old. There were many factors related to anemia such as male sex, being less than 2 years old, not being exclusively breasted for the first six months, poor prenatal nutrition of the mother,

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Chức
Email: dvchuc@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 20/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025
Ngày duyệt bài: 15/4/2025

mother younger than 25 years old, and low maternal education level.

Keywords: Anemia, Children less than 60 months old, Children's Hospital Haiphong

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu là bệnh phổ biến nhất do thiếu vi chất dinh dưỡng, là nguyên nhân thứ 2 làm tăng tỷ lệ tử vong và mắc bệnh ở trẻ em. Thiếu máu gây bệnh cho 1,62 tỷ người, chiếm 24,8% dân số, trong đó gây bệnh cho 47,4% trẻ em dưới 5 tuổi. Thiếu máu ở trẻ 6-59 tháng là vấn đề sức khỏe công cộng gặp ở hầu hết các nước đang phát triển với tỷ lệ khoảng 43%. Tỷ lệ bệnh không đều nhau ở các quốc gia chẳng hạn tỷ lệ bệnh ở châu Phi 62,3%, Đông Nam Á 53,8%, 21,9% khu vực Tây Thái Bình Dương. Tỷ lệ thiếu máu ở trẻ em chiến từ 5% ở Bắc Mỹ tới 22% ở Châu Âu, 30-63% ở Châu Á, 12-58% ở Châu Phi [1]. Theo WHO ước đoán 40% trẻ em 6 tháng đến dưới 5 tuổi mắc thiếu máu [2]. Theo Viện huyết học và Truyền máu Trung ương Việt Nam, tỷ lệ thiếu máu ở trẻ dưới 5 tuổi trong toàn quốc là 19,6% [3]. Thiếu máu làm cho trẻ chậm hoặc ngừng phát triển thể chất. Thiếu máu làm cho trẻ khó thở, thở nhanh, tim nhanh. Ngoài ra những trẻ thiếu máu thường hay mắc các bệnh nhiễm trùng như nhiễm khuẩn hô hấp, tiêu chảy. Trẻ thiếu máu cũng hay bị suy dinh dưỡng các loại nhất là suy dinh dưỡng gày còm và nhẹ cân.

Có nhiều yếu tố liên quan đến thiếu máu đã được để cập như yếu tố kinh tế xã hội người mẹ như học vấn, nghề nghiệp, kinh tế, tuổi, và tình trạng dinh dưỡng mẹ trước khi đẻ. Các yếu tố từ phía trẻ như cân nặng/tuổi thai khi sinh thấp, chế độ nuôi dưỡng như không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, tình trạng nhiễm trùng, ký sinh trùng, trẻ có được tiêm phòng đầy đủ theo lịch và theo lứa tuổi không [4].

Theo quan sát của chúng tôi tại phòng khám dinh dưỡng bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, có nhiều trẻ mắc thiếu máu, những tỷ lệ bệnh là bao nhiêu và yếu tố liên quan nào liên quan đến thiếu máu của đối tượng đến khám bệnh thì còn chưa có câu trả lời. Từ thực tế đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu **"Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến thiếu máu của trẻ từ 6 tháng đến 59 tháng tại phòng khám Dinh dưỡng, bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2024"** với 02 mục tiêu:

1. Xác định thực trạng thiếu máu ở trẻ từ 6 tháng đến 59 tháng tại phòng khám Dinh dưỡng bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2024.

2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến thiếu máu ở đối tượng nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng nghiên cứu: 65 trẻ từ 6 tháng đến 59 tháng và mẹ của các cháu đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: những trẻ có dị tật bẩm sinh, bất thường về chân tay bị loại ra khỏi nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại phòng khám Dinh dưỡng bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: toàn bộ

Phương pháp chọn mẫu: chọn thuận tiện. Trường hợp trẻ thiếu máu là ca bệnh, trường hợp trẻ không thiếu máu được dùng làm nhóm đối chứng.

2.2.3. Chỉ số và biến số nghiên cứu

Thông tin về trẻ: giới, tuổi, địa dư

Yếu tố liên quan

- Từ phía trẻ: tuổi, giới, cân nặng khi sinh <2500 g, bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, mắc bệnh tiêu chảy trong vòng 2 tuần lại đây, mắc bệnh hô hấp 2 tuần gần đây, thiếu sắt (ngưỡng bình thường: 50-120 mcg/dL), suy dinh dưỡng nhẹ cân

- Từ phía mẹ: BMI mẹ trước sinh <18,5, học vấn mẹ, nghề nghiệp mẹ, tuổi mẹ dưới 25 tuổi.

2.2.4. Thu thập thông tin

- Trẻ được cân, do chiều cao theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới

- Phỏng vấn bà mẹ về các yếu tố liên quan từ phía trẻ và từ phía mẹ.

Một số khái niệm được sử dụng trong nghiên cứu:

- Chỉ số BMI=cân nặng/cao^2

- Suy dinh dưỡng nhẹ cân: Zscore của cân nặng/tuổi <-2SD theo lứa tuổi và theo giới [2].

- Tiêu chuẩn thiếu máu: Theo tổ chức Y tế Thế giới thiếu máu ở trẻ 6 tháng đến dưới 5 tuổi khi nồng độ Hb<110 g/L [2].

+ Thiếu máu nhẹ khi Hb 100-109 g/l

+ Thiếu máu vừa khi Hb 70-99 g/l

+ Thiếu máu nặng khi Hb <70 g/l

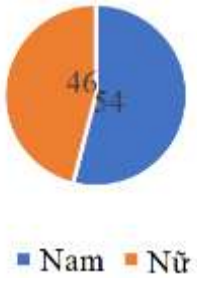
2.2.5. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý nhờ phần mềm SPSS 22.0, tính tỷ lệ phần trăm và so sánh tỷ lệ phần trăm.

Phân tích đơn biến, và đưa vào mô hình đa biến với các biến có p<0,2 để tìm mối liên quan giữa thiếu máu với một số yếu tố liên quan. Nếu (A)OR >1, nằm trong 95%CI, thì có mối liên quan thuận. (A)OR=1, không có mối liên quan. (A)OR hoặc OR <1 có mối liên quan nghịch. Ngưỡng ý nghĩa thống kê khi p <0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ thiếu máu



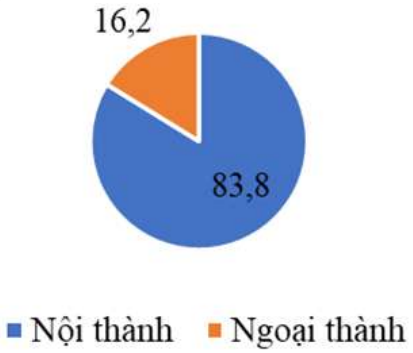
Hình 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới (n=365)

Tỉ lệ trẻ nam là 54% cao hơn tỷ lệ trẻ nữ là 46%.

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

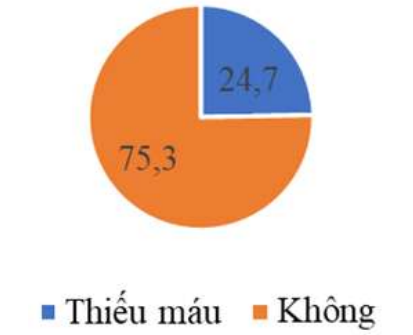
Nhóm tuổi (tháng)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
6-<12 tháng	128	35,1
12-<24 tháng	125	34,2
24-<36 tháng	59	16,2
36-<48 tháng	30	8,2
48-<60 tháng	23	6,3
Tổng	**365**	**100,0**

Nhóm trẻ 6-<12 tháng tuổi và nhóm trẻ 12-<24 tháng tuổi có tỷ lệ đối tượng tham gia nghiên cứu cao nhất lần lượt là 35,1% và 34,2%. Nhóm có tỷ lệ đối tượng tham gia thấp nhất là nhóm 48-<60 tháng chiếm 6,3%.



Hình 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo địa dư (n=365)

Tỷ lệ đối tượng từ nội thành chiếm tỷ lệ 83,8% cao hơn tỷ lệ đối tượng trẻ ở ngoại thành là 16,2%.



Hình 3. Tỷ lệ thiếu máu của đối tượng nghiên cứu (n=365)

Tỷ lệ thiếu máu của nhóm đối tượng nghiên cứu là 24,7%.

Bảng 2. Tỷ lệ thiếu máu theo giới

Giới	Số lượng nghiên cứu	Số ca thiếu máu	Tỷ lệ (%)	p
Nam	197	60	30,4	0,005
Nữ	168	30	17,8	
Tổng	**365**	**90**	**24,7**	

Tỷ lệ thiếu máu ở trẻ trai là 30,4% cao hơn trẻ gái là 17,8% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3. Tỷ lệ thiếu máu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi (tháng)	Số lượng nghiên cứu	Số ca thiếu máu	Tỷ lệ (%)	p
6-<12 tháng	128	35	27,3	0,016
12-<24 tháng	125	38	30,4	
24-<36 tháng	59	10	16,9	
36-<48 tháng	30	7	23,3	
48-<60 tháng	23	0	0,0	
Tổng	**365**	**90**	**100,0**	

Tỷ lệ thiếu máu cao nhất ở nhóm 2 tuổi là 30,4%, sau đó là nhóm 1 tuổi 27,3%, nhóm 4 tuổi 23,3%, nhóm 3 tuổi 16,9%. Nhóm 5 tuổi không có trường hợp nào thiếu máu.

- Mức độ thiếu máu: Có 90 trẻ thiếu máu trong số 365 trẻ nghiên cứu thì có 72 trường hợp thiếu máu nhẹ chiếm 19,7%, 15 trường hợp trẻ thiếu máu vừa chiếm 4,1% và 3 trường hợp trẻ thiếu máu nặng chiếm 0,8%.

Bảng 4. Mức độ thiếu máu theo giới

Giới	Thiếu máu nhẹ (SL, %)	Thiếu máu vừa (SL, %)	Thiếu máu nặng (SL, %)	Tổng	p
Nam	36(81,8)	7(15,9)	1 (2,3)	60	0,833
Nữ	28 (93,4)	1(3,3)	1(3,3)	30	
Tổng	**72**	**15**	**3**	**90**	

Ở cả 2 giới nam và nữ, tỷ lệ thiếu máu mức độ 1 chiếm ưu thế nhưng tỷ lệ mức độ 1 trẻ gái là 93,4% cao hơn ở trẻ nam là 81,8%. Mức vừa trẻ trai là 15,9% cao hơn trẻ nữ là 3,3%. Mức độ nặng trẻ nữ là 3,3% cao hơn trẻ nam là 2,3%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 5. Mức độ thiếu máu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi (tháng)	Thiếu máu nhẹ (n, %)	Thiếu máu vừa (n, %)	Thiếu máu nặng (n, %)	Tổng	p
6-<12 tháng	44(73,3)	14(23,3)	2 (3,3)	60	0,833
12-<24 tháng	27 (75,0)	7(19,4)	2(5,6)	36	
24-<36 tháng	6(100)	0(0,0)	0(0,0)	6	
36-<48 tháng	3(75,0)	1(25,0)	0 (0,0)	4	
48-<60 tháng	0 (0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0	
Tổng	**72**	**15**	**3**	**90**	

Không có trẻ 48-<60 tháng tuổi bị thiếu máu. Ở nhóm 1, 2, 3 và 4 tuổi thiếu máu nhẹ chiếm ưu thế với tỷ lệ lần lượt là 73,3%, 75,0%, 100% và 75%. Nhóm 2 tuổi không có mức độ vừa, nhóm tuổi còn lại mức độ vừa lần lượt là 23,3%, 19,4% và 25%. Thiếu máu nặng không gặp ở nhóm 3 và 4 tuổi. Nhóm tuổi còn lại có tỷ lệ lần lượt là 3,3% và 5,6%.

3.2. Một số yếu tố liên quan tới thiếu máu của đối tượng nghiên cứu

Bảng 6. Kết quả phân tích đơn và đa biến

Yếu tố liên quan		Thiếu máu	Không	OR 95%CI, p	AOR, 95%CI, p
Giới	Nam*	60	137	2,015 (1,224-3,315 0.005	2,231 (1,31-3,799) 0,003
	Nữ	30	138		
Tháng tuổi	6-<24 tháng*	73	180	2,27 (1,26-4,06) 0,005	2,056 (1,347-4,671) 0,004
	24-<60 tháng	17	95		

Cân nặng khi sinh	<2500g	7	18	1,204 (0,486-2,98) 0,688	
	≥ 2500g*	83	257		
Tiêu chảy cấp trong vòng 2 tuần gần đây	Có	19	68	0,815 (0,458-1,449) 0,485	
	Không	71	207		
Bệnh hô hấp trong vòng 2 tuần gần đây	Có	26	107	0,638 (0,381-1,069) 0,086	
	Không	64	168		
Bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu*	Không	61	144	1,91 (1,16-3,16) 0,011	1,988 (1,166-3,389) 0,012
	Có	29	131		
Thiếu sắt*	Có	61	121	2,68 (1,62-4,42) 0,002	2,588 (1,53-4,39) 0,0001
	Không	29	154		
Suy dinh dưỡng nhẹ cân	Có	14	25	1,84 (0,91-3,72) 0.085	
	Không	76	250		
BMI mẹ*	<18,5	22	29	2,74 (1,48-5,08) 0,001	2,678 (1,351-5,308) 0,005
	≥ 18,5	68	246		
Học vấn mẹ	Tiểu học	3	4		Nhóm chứng
	THCS*	27	52		0,348 (0,74-1,644) 0,183
	THPT*	31	108		0,503 (0,271-0,934) 0,030
	THCN và trên	29	111		0,910 (0,514-1,612) 0,747
Nghề mẹ	Công nhân	41	124	1,018 (0,632-1,643) 0,938	
	Nghề khác	49	151		
Tuổi mẹ	Tuổi mẹ <25 tuổi*	20	37	1,84 (1,003-3,368) 0,047	1,66 (0,85-3,25) 0,039
	Tuổi mẹ ≥ 25 tuổi	70	238		

Khi phân tích đơn biến có 7 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với thiếu máu. Khi phân tích đa biến trên mô hình kết quả cuối cùng các yếu tố đó là: giới nam (AOR=2,231), nhóm tuổi 6 tháng đến <24 tháng (AOR=2,056), bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu (AOR=1,988), thiếu sắt (AOR=2,588), BMI mẹ trước sinh <18,5 (AOR=2,678) và tuổi mẹ <25 tuổi (AOR=1,66) và học vấn mẹ THPT (AOR=0,503).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ thiếu máu ở trẻ 6 tháng đến 59 tháng tuổi

Trong số 365 trẻ tham gia nghiên cứu, trẻ nam chiếm 54%, trẻ 6 tháng -<12 tháng 35,1%, 12-<24 tháng 34,2%, 24-<36 tháng 16,2%, 36-<48 tháng 8,2% và 48-<60 tháng chiếm 6,3%. Theo chúng tôi tỷ lệ nam cao hơn nữ có thể liên quan tới sự mất cân bằng giới tính ở Việt Nam. Đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu <24 tháng tuổi có thể liên quan đến thực tế là nhóm tuổi này hay mắc bệnh hô hấp, tiêu hóa mà đi khám bệnh làm cho tỷ lệ nhóm tuổi này cao hơn nhóm tuổi khác.

Nghiên cứu của Khalid Abdelmutalab và CS [4] để xác định tỷ lệ thiếu máu và yếu tố liên quan trên 3094 trẻ dưới 5 tuổi thì có 50,6% đối tượng là nữ, gần 1/4 tổng số đối tượng (22,3%) là thuộc nhóm dưới 2 tuổi.

Tỷ lệ thiếu máu chung chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 24,7%, tỷ lệ ở nam 30,4%, nữ 17,8%. Trẻ <12 tháng là 27,3%, 12-<24 tháng 30,4%, 24-<36 tháng 16,9%, 36-<48 tháng 23,3%. Tỷ lệ thiếu máu của chúng tôi thấp hơn của rất nhiều tỷ lệ thiếu máu của Khalid Abdelmutalab Elmardi và CS [4] là 49,4, Sự khác biệt về tỷ lệ có thể liên quan đến lứa tuổi được nghiên cứu dưới 5 tuổi, dưới 3 tuổi hay trẻ nghiên cứu đến từ vùng nông thôn hay thành phố có điều kiện kinh tế phát triển hay không. Khalid Abdelmutalab Elmardi và CS [4] cho thấy 61,9% trẻ 6 tháng đến <24 tháng mắc thiếu máu.

Mức độ thiếu máu nhẹ chiếm 19,7%, vừa 4,1% và nặng 0,8%. Có 81,8% trẻ nam và 93,4% nữ thiếu máu nhẹ, 15,9% nam và 3,3% nữ thiếu máu vừa, 2,3% nam và 3,3% nữ thiếu máu nặng. Có 73,3% trẻ 6-<12 tháng, 75% trẻ 12-<24 tháng, 100% trẻ 24-<36 tháng, 75% trẻ 36-<48 tháng thiếu máu nhẹ. 23,3% trẻ 6-<12 tháng, 19,4% trẻ 12-<24 tháng, 25% trẻ 36-<48 tháng thiếu máu vừa. Có 3,3% trẻ 6-<12 tháng, 5,6% trẻ 12-<24 tháng thiếu máu nặng. Nhóm 3, 4 tuổi không có thiếu máu nặng.

Lucke M Shenton và CS [5] cho thấy các yếu tố liên quan đến thiếu máu ở trẻ dưới 5 tuổi tại Ghana thấy thiếu máu vừa-nặng năm 2003 là 52%, 2008 là 56% và năm 2014 là 40%. Policarpo Ncogo và CS [6] nghiên cứu tỷ lệ thiếu máu và yếu tố liên quan ở trẻ sống ở vùng nông thôn quận Bata, Guinea cho thấy tỷ lệ thiếu máu nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 24%, 67%, và 9%. Thiếu máu các mức độ gặp chủ yếu ở trẻ 2-12 tháng tuổi.

4.2. Một số yếu tố liên quan tới thiếu máu

4.2.1. Yếu tố liên quan từ phía trẻ

Kết quả phân tích đa biến (bảng 6) cho thấy giới nam (AOR=2,231), nhóm tuổi 6 tháng đến <24 tháng (AOR=2,056), bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu (AOR=1,988), thiếu sắt (AOR=2,588) còn liên quan với thiếu máu. Kết quả của chúng tôi thấy trẻ nam liên quan thiếu máu thiếu sắt tăng lên 2,056 lần so với trẻ gái. Tuy nhiên theo nghiên cứu của Maryam Akbari và CS [7]

thấy nữ và nam thiếu máu thiếu sắt tương đương nhau lần lượt là 8,5% và 7,9%.

Nghiên cứu của Ling-xia Zeng và CS [8] nhận thấy thiếu máu gặp nhiều ở trẻ dưới 24 tháng tuổi, Ling-xia Zang còn nhận thấy tỷ lệ thiếu máu giảm dần khi trẻ lớn. Tác giả cho rằng lứa tuổi này hệ miễn dịch tại chỗ cũng như hệ miễn dịch dịch thể và tế bào của trẻ chưa hoàn thiện. Do đó trẻ dễ mắc các bệnh nhiễm trùng nhất là tiêu chảy, dẫn đến nguy cơ thiếu hụt các vi chất dinh dưỡng cho sự tạo máu. Chúng tôi thấy bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu giúp bảo vệ trẻ khỏi các nhiễm khuẩn đường tiêu hóa, ít nguy cơ mắc tiêu chảy và do đó làm tỷ lệ thiếu máu do thiếu yếu tố vi chất. Thiếu sắt trẻ sẽ thiếu máu do thiếu sắt. Nghiên cứu của Maryam Akbari và CS [7] cho thấy 26,9% trẻ thiếu sắt.

4.2.2. Yếu tố liên quan từ phía mẹ

Bảng 7 cho thấy tuổi mẹ <25 tuổi (AOR=1,66), BMI mẹ trước sinh <18,5 (AOR=2,678) liên quan tới thiếu máu ở con họ. Trên phân tích tầng học vấn mẹ THCS (AOR=0,17) và THPT (AOR=0,039) liên quan nghịch với thiếu máu. Mẹ sinh con trước 25 tuổi khi cơ thể chưa phát triển đầy đủ trẻ dễ nguy cơ non tháng, nhẹ cân, chậm phát triển trong tử cung. Những trẻ này thường có thiếu máu kèm theo. Nhận xét này phù hợp với nhận xét của Chris Khulu và Shaun Ramroop [9]. Dinh dưỡng trước sinh của mẹ rất quan trọng cho sự phát triển của thai nhi. Bà mẹ gầy, thiếu máu trước sinh, khi có thai cân nặng tăng < 12 kg, khi có thai chế độ ăn của mẹ thiếu protid thì thường trẻ sinh ra có cân nặng thấp, thiếu máu. Nhận xét này rất phù hợp với nhận xét của các tác giả Khalid Abdelmutalab Elmardi và CS [4], Ling-xia Zeng và CS [8].

Khi phân tích tầng thấy học vấn mẹ không phải là THCS nguy cơ con họ thiếu máu giảm đi 0,17 lần, học vấn mẹ không phải là THPT nguy cơ con họ mắc thiếu máu giảm đi 0,039 lần. Học vấn mẹ thấp lĩnh hội kiến thức về sức khỏe nói chung thấp. Có thể họ tiếp cận kiến thức dự phòng thiếu máu cho con họ kém do vậy co họ nguy cơ thiếu máu tăng hơn các bà mẹ có học vấn cao hơn. Yeshimebet Gebereselassie và CS [10] thấy mẹ mù chữ nguy cơ con họ thiếu máu tăng lên 1,73 lần. Tương tự, Luke M Shenton và CS [5] cũng thấy học vấn mẹ thấp liên quan đến thiếu máu ở con họ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu máu là 24,7%, trong đó nam chiếm 30,4% và nữ 17,8%. Mức độ thiếu máu nhẹ chiếm 19,7%, vừa 4,1% và nặng 0,8%. Thiếu máu nhẹ đều chiếm tỷ lệ cao ở nam và nữ và ở nhóm 1-4 tuổi. Không có thiếu máu ở nhóm 5 tuổi.

Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với thiếu máu gồm giới nam, tuổi <24 tháng, bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, thiếu sắt, BMI mẹ trước sinh <18,5, học vấn mẹ THPT, tuổi mẹ dưới <25 tuổi. Các yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê gồm cân nặng lúc sinh <2500 g, mắc tiêu chảy, hô hấp trong vòng 2 tuần lại đây, SDD nhẹ cân, học vấn cao đẳng, đại học và trên.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.91

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yoseph Merkeb Alamneh et al** (2021), "Magnitude of anemia and associated factors among children aged 6–59 months at Debre Markos referral hospital, Northwest Ethiopia: a hospital-based cross-sectional study", Ital J Pediatr. 2021; 47: 172. doi: 10.1186/s13052-021-01123-3.
2. **World Health Orgnanization** (2022): health topics on Anemia which is available at http://www.who.int/topics/anaemia/en/.
3. **Viện Huyết học, Truyền máu Trung ương** (2023), Gần 20% trẻ em dưới 5 tuổi ở nước ta bị thiếu máu dinh dưỡng. https://vienhuyethoc.vn/gan-20-tre-duoi-5-tuoi-o-nuoc-ta-bi-thieu-mau-dinh-duong/. Truy cập ngày 04/07/2023
4. **Khalid Abdelmutalab Elmardi et al** (2020), "Anemia prevalence and determinants in under 5 years children: findings of a cross-sectional population-based study in Sudan", BMC Pediatr, 20(1): 538.doi.10.1186/s12887-020-02434-w.
5. **Luke M Shenton, Andrew D Jones, Mark L Wilson** (2020), "Factors Associated with Anemia Status Among Children Aged 6-59 months in Ghana, 2003-2014", Matern Child Health J, 24(4):483-502.doi.10.1007/s10995-019-02865-7.
6. **Policarpo Ncogo et al** (2027), "Prevalence of anemia and associated factors in children living in urban and rural settings from Bata District, Equartorial Guinea, 2013", PloS One, 12(5):e0176613.doi.10.1371/journal.pone.0176613.eCollection2017.
7. **Maryam Akbari et al** (2017), "Estimation of iron deficiency anemia in Iranian children and adolescents: a systematic review and meta-analysis", Hematology, 22(4):231-239.doi.10.1080/10245332.2016.1240933.
8. **Ling-xia Zeng et al** (2004), "Analysis on the prevalence of anemia among children under 3-years old in 5 provinces in Western China", Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi, 25(3):225-8.
9. **Chris Khulu, Shaun Ramroop** (2020), "Key Determinants of Anemia among Youngsters ụnder Five Years in Sêngal, Malawi, and Angola", Int J Environ Res Public Health, 17(22):8538.doi.10.3390/ijerph17228538.
10. **Yeshimebet Gebereselassie et al** (2020), "Magnitude, Severity, and Associated Factors of Anemia among Under-Five Children Attending Hawassa University Teaching and Referral Hospital, Hawassa, Southern Ethiopia, 2016", Anemia, 2020:7580104.doi.10.1155/2020/7580104.eCollection 2020.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH COLISTIN TĨNH MẠCH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG GIAI ĐOẠN 2018-2024

Trần Thị Ngân[1,2], Nguyễn Thị Duyên[1], Hoàng Văn Dũng[2], Nguyễn Thị Thu Phương[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình hình tiêu thụ và đặc điểm sử dụng kháng sinh colistin tĩnh mạch tại bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng giai đoạn 2018 đến năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu dữ liệu từ bệnh án điện tử của 45 bệnh nhân với 55 đợt điều trị colistin tĩnh mạch tại bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ ngày 01/01/2018 đến 31/12/2024. **Kết quả:** Mức độ tiêu thụ kháng sinh colistin tĩnh mạch giai đoạn 2018 – 2024 dao động qua các năm, thấp nhất vào năm 2020 và cao nhất vào năm 2022 tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về xu hướng tiêu thụ, mức độ tiêu thụ toàn viện trung bình là 0,063 DDD/100 ngày nằm viện. Bệnh nhân sử dụng colistin có độ tuổi trung bình 71 ± 12,6 tuổi, phần lớn là nam giới (77,8%), điều trị chủ yếu tại khoa Hồi sức cấp cứu - Thận nhân tạo. Vi khuẩn phân lập chủ yếu là *A. baumannii* (48,5%), *P. aeruginosa* (27,9%), *Klebsiella sp*. (23,6%), giá trị MIC của các chủng vi khuẩn phân lập được với colistin dao động từ 1 – 4 µg/ml. Phác đồ colistin kết hợp với một kháng sinh khác được ưu tiên chiếm 75,8%, trong đó carbapenem là nhóm được phối hợp nhiều nhất (54,5%). Hầu như bệnh nhân được dùng liều nạp (87,3%), với trung vị liều nạp là 7 (6-8) triệu IU. Thời gian sử dụng colistin trung vị là 10 (8-14) ngày. Có 6/47 lượt điều trị (12,8%) xuất hiện độc tính trên thận ở mức nguy cơ và tổn thương. **Kết luận và đề xuất:** Xu hướng tiêu thu colistin tại bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng giai đoạn 2018-2024 duy trì ổn định. Tỷ lệ phối hợp kháng sinh và sử dụng liều nạp tương đối cao. Mặc dù nguy cơ độc tính trên thận được ghi nhận với tỉ lệ thấp, việc nâng cao tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh colistin và tăng cường các biện pháp giám sát chức năng thận là cần thiết.

Từ khóa: Colistin; DDD/100 ngày nằm viện; Gram âm; Độc thận.

SUMMARY

INTRAVENOUS COLISTIN UTILIZATION AT HAIPHONG INTERNATIONAL HOSPITAL IN THE PERIOD 2018-2024

Objective: To describe the consumption and usage characteristics of intravenous colistin at Hai Phong International Hospital from 2018 to 2024. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted using electronic medical records from 45 patients with 55 intravenous colistin treatment courses at Hai Phong International Hospital from January 1, 2018 to December 31, 2024. **Results:** The consumption of intravenous colistin fluctuated over the years, reaching its lowest in 2020 and peaking in 2022. However, no statistically significant trend was observed. The average consumption was 0.063

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngân
Email: ttngan@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 27/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 27/3/2025
Ngày duyệt bài: 7/5/2025

DDD/100 patient-days. The mean age of patients receiving colistin was 71 ± 12.6 years, with a predominance of male patients (77.8%). The majority were treated in the Intensive Care Unit – Hemodialysis Department. The most frequently isolated pathogens were *A. baumannii* (48.5%), *P. aeruginosa* (27.9%), and *Klebsiella spp*. (23.6%), with minimum inhibitory concentrations (MICs) for colistin ranging from 1 to 4 µg/mL. Combination therapy was used in 75.8% of cases, most commonly with carbapenems (54.5%). A loading dose of colistin was administered in 87.3% of treatments, with a median dose of 7 (6–8) million IU. The median duration of colistin therapy was 10 (8–14) days. Nephrotoxicity was observed in 6 out of 47 treatment courses (12.8%), classified at the risk or injury level. **Conclusion and Recommendations:** The consumption of intravenous colistin at HaiPhong International Hospital remained stable from 2018 to 2024. The rates of combination therapy and loading dose administration were relatively high. Although the incidence of nephrotoxicity was low, optimizing colistin use and enhancing renal function monitoring are essential.

Keywords: Colistin; DDD/100 patient-days; Gram-negative; Nephrotoxicity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng đề kháng kháng sinh của vi khuẩn hiện đang là một mối đe dọa nghiêm trọng, gây ra những thách thức trong việc điều trị và quản lý các bệnh lý nhiễm khuẩn trên toàn cầu [1]. Do những hạn chế trong tiếp cận các kháng sinh mới, sự quay trở lại của kháng sinh colistin như một lựa chọn cuối cùng trong điều trị vi khuẩn đa kháng cũng đặt ra nhiều lo ngại về hiệu quả, độc tính trên thận và sự phát triển của các chủng vi khuẩn kháng colistin. Hướng dẫn sử dụng colistin trong những năm gần đây cũng có nhiều thay đổi để tối ưu hiệu quả điều trị vi khuẩn đa kháng và hạn chế độc tính của thuốc trên thận và thần kinh [1-3]. Vì vậy, Bộ Y tế đã đưa colistin vào trong danh mục các kháng sinh cần ưu tiên quản lý nhóm 1 từ năm 2020 [4]. Colistin được đưa vào sử dụng tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ năm 2018, vì vậy để cung cấp dữ liệu về hiệu quả, an toàn làm căn cứ xây dựng hướng dẫn sử dụng colistin tại bệnh viện, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: ***Mô tả tình hình tiêu thụ và đặc điểm sử dụng kháng sinh colistin tĩnh mạch tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ năm 2018 đến năm 2024.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: bệnh án của bệnh nhân có sử dụng colistin tĩnh mạch tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ 01/01/2018 đến 31/12/2024. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh án có thời gian sử dụng colistin tĩnh mạch dưới 48 giờ; bệnh án không đầy đủ thông tin về cân nặng, chiều cao để xác định liều dùng colistin.

2.3. Cỡ mẫu, chọn mẫu: lấy toàn bộ hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu và không có tiêu chuẩn loại trừ.

2.4. Nội dung nghiên cứu:

Tình hình tiêu thụ colistin tĩnh mạch: Liều DDD/100 ngày nằm viện.

Đặc điểm chung của bệnh nhân và đặc điểm nhiễm khuẩn: tuổi, giới tính, chức năng

thận ban đầu, tỷ lệ loại nhiễm khuẩn, bệnh mắc kèm, thời gian nằm viện.

Đặc điểm vi sinh: vi khuẩn phân lập được và tính đề kháng.

Đặc điểm sử dụng colistin: loại phác đồ chỉ định, đặc điểm phác đồ phối hợp với colistin, liều dùng (liều nạp, liều duy trì), thời gian dùng colistin, cách dùng.

Đặc điểm độc tính trên thận: thời gian khởi phát độc tính thận, mức độ độc tính thận theo tiêu chuẩn RIFLE, khả năng hồi phục.

Đặc điểm hiệu quả điều trị: hiệu quả lâm sàng, hiệu quả vi sinh, kết quả khi ra viện.

2.5. Quy ước trong nghiên cứu:

Liều xác định trong ngày (DDD – Defined Daily Dose): là liều trung bình duy trì hàng ngày với chỉ định chính của một thuốc dành cho người lớn. Trong đó, giá trị DDD của kháng sinh Colistin là 9 triệu đơn vị IU [5]. Số liều DDD/100 ngày nằm viện được tính theo công thức dưới đây:

$$\text{DDD/100 ngày nằm viện} = \frac{\text{Tổng số triệu IU sử dụng} \times 100}{\text{DDD} \times \text{số ngày nằm viện}}$$

Hiệu quả lâm sàng: đáp ứng hoàn toàn nếu tất cả các dấu hiệu/triệu chứng của nhiễm khuẩn về bình thường; không đáp ứng là các trường hợp còn lại.

Hiệu quả vi sinh: khỏi vi sinh được định nghĩa là kết quả cấy lại âm tính; thất bại vi sinh nếu kết quả cấy lại dương tính với vi khuẩn ban đầu hoặc cấy ra vi khuẩn Gram âm khác.

Độc tính thận: được định nghĩa là tăng nồng độ creatinin huyết thanh (Serum Creatinine – SCr) trên 1,5 lần hoặc độ lọc cầu thận (Glomerular filtration rate – GFR) giảm trên 25% so với giá trị tại thời điểm gần nhất trước khi bắt đầu dùng thuốc, duy trì trong ít nhất 24 giờ và xảy ra sau ít nhất 2 ngày dùng colistin. Phân loại mức độ độc thận theo tiêu chuẩn RIFLE bao gồm 3 mức: nguy cơ (R) - SCr tăng 1,5 lần hay GFR giảm trên 25%; Tổn thương (I) - SCr tăng 2,0 lần hay GFR giảm trên 50%; Suy giảm chức năng (F) - SCr tăng 3,0 lần hay GFR giảm trên 75% [6].

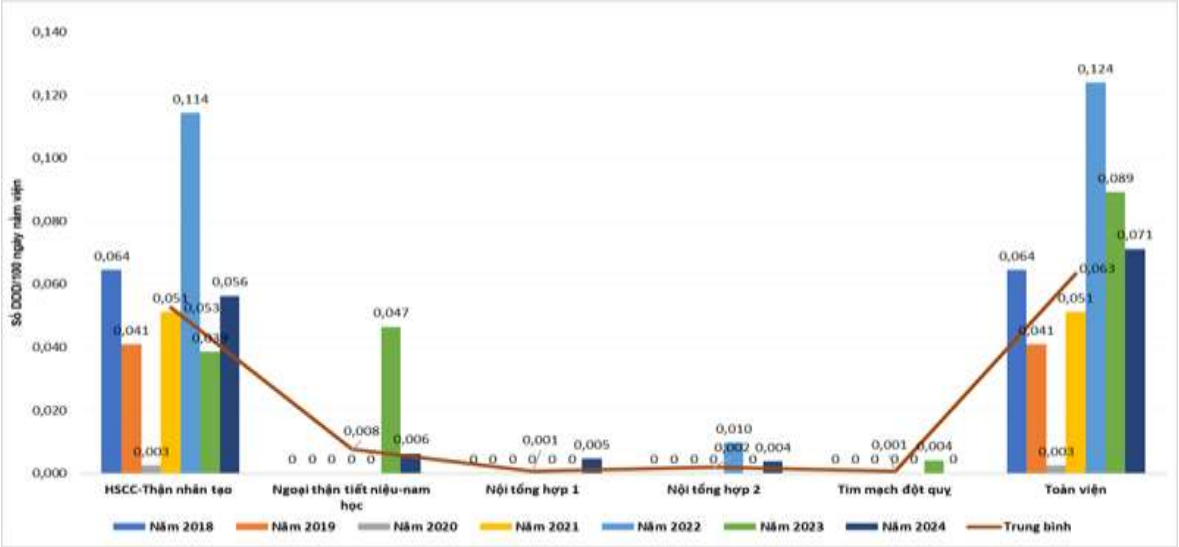
2.6. Xử lý số liệu: dữ liệu được thu thập và xử lý thống kê bằng phần mềm Microsoft Excel 2021, R 4.4.3, phân tích thống kê mô tả dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, tỷ lệ %, trung vị (khoảng tứ phân vị-IQR). p-value < 0,05 được xem xét là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được sự cho phép của ban lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng. Mọi thông tin về bệnh nhân, cán bộ y tế liên quan đều được bảo mật tuyệt đối, tuân thủ các quy định bảo mật thông tin cá nhân và quyền riêng tư trong nghiên cứu khoa học.

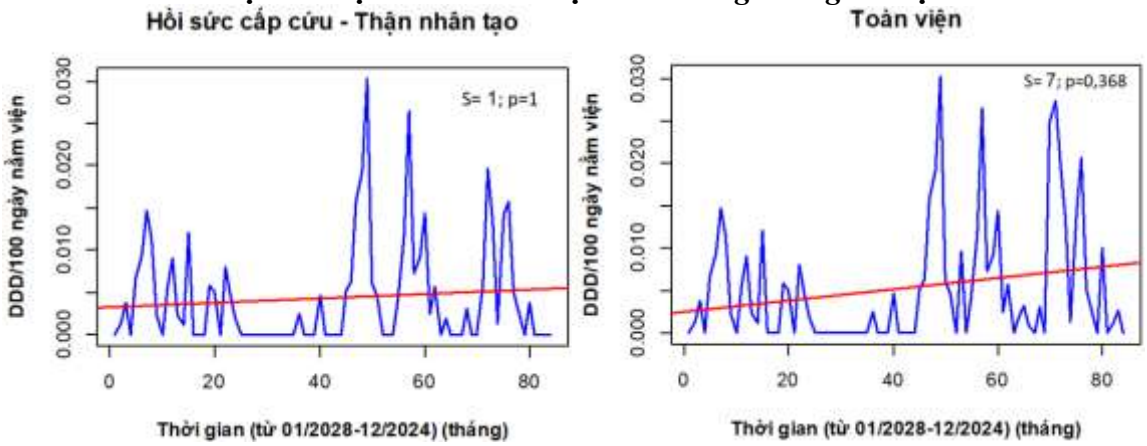
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tình hình tiêu thụ colisin tĩnh mạch

Colistin được sử dụng tại 5 khoa trên tổng số 10 khoa lâm sàng của bệnh viện. Khoa hồi sức cấp cứu – thận nhân tạo có mứu độ tiêu thụ colistin cao nhất với 0,053 DDD/100 ngày nằm viện, cao gấp 2-6 lần mức độ tiêu thụ các khoa khác, số liều DDD/100 ngày nằm viện trung bình của toàn viện giai đoạn 2018-2024 là 0,063 (Hình 1).



Hình 1. Mức độ tiêu thụ colistin tĩnh mạch theo từng năm giai đoạn 2018-2024



Hình 2. Xu hướng tiêu thụ colistin tĩnh mạch theo từng năm giai đoạn 2018-2024

Phân tích xu hướng cho thấy trong giai đoạn 6 năm (2018-2024) tiêu thụ colistin có xu hướng tăng nhẹ nhưng sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê tại khoa Hồi sức cấp cứu-thận nhân tạo cũng như phạm vi toàn viện (Hình 2).

3.2. Đặc điểm sử dụng colistin tĩnh mạch

Bảng 1. Tỷ lệ vi khuẩn phân lập theo mẫu bệnh phẩm (n = 68)

Vi khuẩn	Số lượng mẫu dương tính (tỷ lệ %)						Giá trị MIC (µg/ml) Trung vị (IQR) (n=24)
	Dịch phế quản	Đờm	Nước tiểu	Máu	Mủ	Tổng	
A.baumannii	19 (57,6)	10 (55,6)	1 (7,7)	2 (66,7)	1(100)	**33 (48,5)**	1 (1-1)
P.aeruginosa	5 (15,1)	5 (27,8)	9 (69,2)	0 (0)	0 (0)	**19 (27,9)**	2 (2-2)
Klebsiella sp.	9 (27,3)	3 (16,6)	3 (23,1)	1 (33,3)	0 (0)	**16 (23,6)**	2 (1,5-3)
Tổng	**33 (48,5)**	**18 (26,5)**	**13 (19,1)**	**3 (4,4)**	**1 (1,5)**	**68 (100)**	

Trong khoảng thời gian từ 01/01/2018 đến 31/12/2024, nghiên cứu ghi nhận 45 bệnh nhân với 55 đợt điều trị nhiễm khuẩn với colistin tĩnh mạch thỏa mãn điều kiện nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu khá cao với trung bình là 71±12,6 tuổi, phần lớn là nam giới (77,8%), điều trị chủ yếu tại khoa Hồi sức cấp cứu – Thận nhân tạo (74,6%). 100% bệnh nhân có bệnh mắc kèm với bệnh lý tăng huyết áp (69,1%), đái tháo đường (38,2%) là phổ biến nhất. Thời gian nằm viện dao động từ 4 đến 95 ngày với trung vị là 26 (16 – 40) ngày. Có 68 mẫu bệnh phẩm phân lập được vi khuẩn gây bệnh dương tính với 3 chủng vi khuẩn phân lập là A. baumannii, P. aeruginosa, Klebsiella sp., tỷ lệ lần lượt là 48,5%, 27,9% và 23,6%. Giá trị MIC (nồng độ ức chế tối thiểu) của A.baumannii với Colisitin là 1 µg/ml. Chủng P.aeruginosa và Klebsiella sp. có giá trị MIC trung vị lên tới 2 µg/ml.

Bảng 2. Đặc điểm chỉ định Colistin

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	**Số lượng (Tỷ lệ %)**
Loại chỉ định (n=55)	
Theo kháng sinh đồ	52 (94,5)
Theo kinh nghiệm	03 (5,5)
Bệnh lý nhiễm khuẩn (n=55)	
Viêm phổi	41 (74,6)
Nhiễm khuẩn tiết niệu	11 (20,0)
Nhiễm khuẩn da, mô mềm	01 (1,8)
Nhiễm khuẩn huyết	02 (3,6)
Phối hợp kháng sinh (n=66)	
Colistin đơn độc	**1 (1,5)**
Colistin phối hợp với 1 kháng sinh khác	**50 (75,8)**
Colistin + Carbapenem	36 (54,5)
Colistin + Ceftazidim/avibactam	5 (7,6)
Colistin + Ampicillin/sulbactam	3 (4,5)
Colistin + Piperacillin/tazobactam	3 (4,5)
Colistin + Cefepim	2 (3,0)
Colistin + Fosfomycin	1 (1,5)
Colistin phối hợp với 2 kháng sinh khác	**15 (22,7)**
Colistin + Meropenem + Amikacin	4 (6,1)
Colistin + Meropenem + Vancomycin	2 (3,0)
Colistin + Carbapenem + Fosfomycin	2 (3,0)
Colistin + Meropenem + Ampicillin/sulbactam	1 (1,5)
Colistin + Meropenem + Clindamycin	1 (1,5)
Colistin + Ceftazidim + Fosfomycin	1 (1,5)
Colistin + Meropenem + Levofloxacin	1 (1,5)
Colistin + Ceftazidim + Ciprofloxacin	1 (1,5)
Colistin + Meropenem + Doxycyclin	1 (1,5)
Colistin + Ceftazidim + Ampicillin/sulbactam	1 (1,5)

Phần lớn các bệnh nhân được sử dụng colistin tĩnh mạch theo kháng sinh đồ (94,5%). Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng colistin trong phác đồ thay thế tương đối cao (87,2%). Có 1,5% bệnh nhân sử dụng colistin đơn độc, 75,8% phối hợp colistin với một kháng sinh khác, trong đó phổ biến nhất là cặp phối hợp Colistin-Carbapenem (54,5%), 22,7% phối hợp colistin với 2 kháng sinh khác.

Bảng 3. Đặc điểm chế độ liều dùng colistin (n = 55)

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian sử dụng colistin (ngày) (Trung vị (IQR))	10 (8 – 14)
Bệnh nhân được dùng liều nạp (Số lượng (tỉ lệ%))	48 (87,3%)
Liều nạp (triệu IU) (Trung vị (IQR))	7 (6 – 8)
Liều duy trì hàng ngày (triệu IU/ngày) (Trung vị (IQR))	6 (6 – 9)
Khoảng cách liều nạp - liều duy trì (giờ) (Trung vị (IQR))	12 (12 – 24)

Trung vị thời gian sử dụng colistin là 10 ngày (8-14). Có 48/55 số lượt điều trị được dùng liều nạp chiếm 87,3%. Mức liều nạp có giá trị trung vị 7 triệu IU (6-8), khoảng tứ phân vị là 6 và 8 triệu IU. Giá trị liều nạp/kg cân nặng dao động từ 0,1 đến 0,2 triệu IU/kg/ Liều duy trì hàng ngày khởi đầu được sử dụng có trung vị 6 triệu IU. Trong nhóm bệnh nhân sử dụng liều nạp, khoảng cách liều nạp – liều duy trì là 12 giờ (12 – 24).

Bảng 4. Đặc điểm độc tính trên thận

Đặc điểm	Kết quả
Số bệnh nhân gặp độc tính thận (Số lượng (%)) (n=47)	6 (12,8%)
Mức độ R – nguy cơ (Số lượng (%)) (n=6)	3 (50%)
Mức độ I – tổn thương (Số lượng (%)) (n=6)	3 (50%)
Thời gian xuất hiện độc tính (ngày)	6,5 ± 4,3

Đặc điểm độc tính trên thận của bệnh nhân được trình bày trong bảng 4. Sau khi loại trừ 3 bệnh nhân lọc máu chu kỳ và 5 bệnh nhân lọc máu liên tục trước khi điều trị, có 47 lượt điều trị thỏa mãn các tiêu chí đánh giá độc tính thận cấp do colistin. Tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện độc tính trên thận là 12,8% với thời gian xuất hiện độc tính trung bình là 6,5 ± 4,3 ngày. Các độc tính chủ yếu ở mức độ nguy cơ (R) và tổn thương (I), tỷ lệ 50% và 50%.



Hình 3. Hiệu quả điều trị

Có 68,3% lượt điều trị với đáp ứng điều trị với colistin tĩnh mạch. Về hiệu quả vi sinh, tỷ lệ có vi sinh âm tính sau khi cấy lại là 41,8% trong khi tỷ lệ thất bại là 16,4%. Kết quả khi ra viện cho thấy tỷ lệ đỡ - giảm chiếm 81,1%, không thay đổi chiếm 13,2% và nặng hơn, tử vong chiếm 3,8%. Chỉ có 1,9% bệnh nhân khỏi khi xuất viện.

IV. BÀN LUẬN

Colistin tĩnh mạch được sử dụng trong bệnh viện với lượng tiêu thụ ở mức 0,063 DDD/100 ngày nằm viện trong giai đoạn 2018 – 2024. Kết quả này tương tự so với một số nghiên cứu khác trên thế giới. Mức độ sử dụng colistin tại một bệnh viện tại Brazil giai đoạn từ 2019 – 2020 có giá trị trung vị DDD/100 ngày nằm viện là 0 với khoảng tứ phân vị 0 – 0,7 [7]. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận xu hướng có ý nghĩa thống kê về sử dụng colistin tĩnh mạch trong toàn viện và tại các khoa dùng colistin tĩnh mạch nhiều như khoa hồi sức cấp cứu – thận nhân tạo. Kết quả này khác so với xu hướng tiêu thụ colistin tăng được ghi nhận trong nghiên cứu tại Brazil [7]. Về mức độ tiêu thụ, trong năm khoa có sử dụng Colistin tĩnh mạch, khoa hồi sức cấp cứu – thận nhân tạo là khoa có số DDD/100 ngày nằm viện cao nhất. Điều này là phù hợp do khoa hồi sức cấp cứu thường có tỷ lệ bệnh nhân nhiễm khuẩn đa kháng và toàn kháng cao và bệnh nhân tại khoa thường có diễn biến bệnh nặng với nhiều bệnh lý mắc kèm.

Trong các mẫu vi sinh dương tính, *A. baumannii, P. aeruginosa, K. pneumoniae* là ba chủng vi khuẩn phân lập được nhiều nhất. Đây là những vi khuẩn Gram âm có tỷ lệ đề kháng kháng sinh tương đối cao, do đó colistin được lựa chọn là kháng sinh điều trị thay thế trong trường hợp thất bại điều trị với các kháng sinh khác. Giá trị MIC của các chủng vi khuẩn phân lập được với colistin dao động từ 1 đến 4 µg/ml. Trong đó, *K.pneumoniae* có giá trị MIC cao nhất là 4 µg/ml. Kết quả này tương tự với tình hình kháng kháng sinh colistin của *K.pneumoniae* được ghi nhận trong giai đoạn 2018-2020 tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 [8].

Nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận 1 (1,5%) trường hợp sử dụng colistin đơn độc. Kết quả này tương tự tại bệnh viện E năm 2021 [9] nhưng khác so với nghiên cứu bệnh viện Thống Nhất năm 2024 khi không ghi nhận trường hợp nào sử dụng colistin đơn độc [10]. Hướng dẫn của hiệp hội bệnh truyền nhiễm Hoa kỳ (IDSA) năm 2024 về điều trị nhiễm khuẩn gram kháng thuốc cũng khuyến cáo phối hợp colistin với ít nhất một kháng sinh khác để phòng tránh nguy cơ phát sinh đề kháng với một kháng sinh lựa chọn hàng cuối như colistin [1]. Nghiên cứu cho kết quả phác đồ phối hợp với carbapenem được chỉ định phổ biến nhất (68,1%). Tuy nhiên, theo hướng dẫn của Sanford guide năm 2024, colistin không khuyến cáo phối hợp với carbapenem trừ chỉ định nhiễm khuẩn tiết niệu do kết quả đến từ các thử nghiệm lâm sàng không cho thấy lợi ích của cặp phối hợp này. Vì vậy, bệnh viện cần xem xét xây dựng hướng dẫn sử dụng colistin trong điều trị các vi khuẩn kháng thuốc để

thống nhất phác đồ điều trị dựa trên các tài liệu y khoa cập nhật.

Về chế độ liều, liều nạp được khuyến cáo thực hiện trên tất cả bệnh nhân giúp nồng đồ colistin nhanh chóng đạt đến trạng thái cân bằng. Trong mẫu nghiên cứu, chúng tôi quan sát thấy có 87,3% bệnh nhân được sử dụng liều nạp. Một số bệnh nhân không sử dụng liều nạp do bệnh nhân chuyển viện về từ các bệnh viện khác và đang được điều trị colistin. Đồng thuận quốc tế trong sử dụng Polymyxin lại đưa ra mức liều nạp cố định là 9 triệu IU cho tất cả các bệnh nhân [3]. Trong khi đó, hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị COVID-19 của Bộ Y tế khuyến cáo liều nạp colistin tính theo cân nặng của bệnh nhân và có xu hướng thấp hơn đồng thuận quốc tế [2]. Sự khác biệt này có thể do khác nhau giữa quần thể bệnh nhân và lo ngại độc tính trên thận gia tăng theo liều dùng. Vì vậy, trong hướng dẫn sử dụng colistin của bệnh viện nên thống nhất cách tính liều dùng colistin để thuận tiện và tránh nhầm lẫn trên lâm sàng.

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện độc tính là 12,8%. Kết quả này tương đối thấp so với một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu tại bệnh viện Thống nhất năm 2024 ghi nhận tỷ lệ độc tính thận là 48,8% [10]. Sự khác biệt có thể đến từ độ tuổi, nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này có tuổi trung bình là 71±12,6 tuổi, trong nghiên cứu tại bệnh viện Thống nhất bệnh nhân cao tuổi hơn với tuổi trung vị là 85 (75,3-89,0) tuổi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận xu hướng tiêu thu colistin tại bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng giai đoạn 2018-2024 duy trì ổn định. Vi khuẩn gram âm đa kháng vẫn là thách thức chính trong điều trị, dẫn đến tỷ lệ sử dụng colistin trong phác đồ thay thế cao. Mặc dù nguy cơ độc tính trên thận được ghi nhận với tỉ lệ thấp, việc nâng cao tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh colistin và tăng cường các biện pháp giám sát chức năng thận là cần thiết. Kết quả nghiên cứu là cơ sở quan trọng giúp xây dựng hướng dẫn sử dụng colistin an toàn và hiệu quả tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pranita D Tamma, Emily L Heil, Julie Ann Justo, Amy J Mathers, Michael J Satlin, Robert A Bonomo**, Infectious Diseases Society of America 2024 Guidance on the Treatment of Antimicrobial-Resistant Gram-Negative Infections, Clinical Infectious Diseases, 2024;403, https://doi.org/10.1093/cid/ciae403.
2. **Bộ Y tế**. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19. Hà Nội: 20/01/2022. Số 250/QĐ-BYT.
3. **Tsuji Brian T., Pogue Jason M., Zavascki Alexandre P., Paul Mical, Daikos George L., Forrest Alan, et al**. International Consensus Guidelines for the Optimal Use of the Polymyxins: Endorsed by the American College of Clinical Pharmacy (ACCP), European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID), Infectious Diseases Society of America

(IDSA), International Society for Anti-infective Pharmacology (ISAP), Society of Critical Care Medicine (SCCM), and Society of Infectious Diseases Pharmacists (SIDP). Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy. 2019;39(1):10-39.

4. **Bộ Y tế**. Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện. Hà Nội: 31/12/2020. Số 5631/QĐ-BYT.
5. **WHO Collaborating Centre for Drug Statistic Methodology**. ATC/DDD Index 2024. 2024 Available from: http://www.whocc.no.
6. **Lopes J. A., Jorge S**. The RIFLE and AKIN classifications for acute kidney injury: a critical and comprehensive review. Clin Kidney J. 2013;6(1):8-14.
7. **Silva A. R. O., Salgado D. R., Lopes L. P. N.**, Castanheira D., Emmerick I. C. M., Lima E. C. Increased Use of Antibiotics in the Intensive Care Unit During Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic in a Brazilian Hospital. Front Pharmacol. 2021;12:778386.
8. **Nguyễn Thành Hải, Hà Mỹ Ngọc, Nguyễn Đức Trung, Nguyễn Thị Thu Thuỷ, Đinh Đức Chính, Phạm Văn Huy, Nguyễn Thị Liên Hương**. Thực trạng sử dụng kháng sinh colistin trên bệnh nhân lọc máu liên tục tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 2021;16(2):129-136.
9. **Nguyễn Bảo Kim, Nguyễn Trung Nghĩa, Nguyễn Thị Hà, Bùi Sơn Nhật**. Khảo sát thực trạng sử dụng colistin tại bệnh viện E. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;528(1);368-372.
10. **Nguyễn Thị Uyên, Huỳnh Phúc Thảo, Phạm Thị Thu Hiền, Bùi Thị Hương Quỳnh**. Thực trạng sử dụng colistin và đặc điểm độc tính thận trên bệnh nhân nhiễm khuẩn do Klebsiella pneumoniae tại bệnh viện Thống Nhất. Vietnam Journal of Community Medicine. 2024;65(2):212-217.

ĐẶC ĐIỂM THIẾU MÁU VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI NỒNG ĐỘ SẮT, FERRITIN, TSAT TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2024

Kê Thị Lan Anh[1], Vũ Thị Thu Trang[1]

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 112 bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối đang LMCK tại khoa Thận nhân tạo bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2024. **Kết quả nghiên cứu:** Đặc điểm chung: Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 54,21 ± 13,69 tuổi, tập trung chủ yếu vào độ tuổi < 40 (42%) và 40 - 59 tuổi (42%). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng chủ yếu của các bệnh nhân: da xanh (67%), mệt mỏi (66,1%), hoa mắt, chóng mặt (42%), khó thở (42%), ngứa da (41,1%). 100% các bệnh nhân có thiếu máu, chủ yếu mức độ vừa (59,8%). 20,5% bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh thấp, 18,8% có nồng độ ferritin huyết thanh thấp và 37,5% có nồng độ TSAT huyết thanh thấp. Mối liên quan giữa thiếu máu và nồng độ sắt, ferritin, TSAT: Bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh thấp có mối liên qua với tình trạng thiếu máu nặng với OR = 2,85, p < 0,05. Không thấy có mối liên quan giữa ferritin và TSAT huyết thanh với tình trạng thiếu máu (p > 0,05)

Từ khóa: bệnh thận mạn, lọc máu chu kỳ, thiếu máu.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ANEMIA AND ITS RELATIONSHIP WITH IRON, FERRITIN, TSAT CONCENTRATIONS IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS ON HEMODIALYSIS AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2024

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 112 patients with end-stage chronic kidney disease patients on hemodialysis at the Department of Artificial Kidney, Viet Tiep Friendship Hospital in 2024. **Research results:** General characteristics: The average age of the patients was 54.21 ± 13.69 years old, mainly concentrated in the age group < 40 (42%) and 40 - 59 years old (42%). Clinical and paraclinical characteristics: The main clinical symptoms of the patients: pale skin (67%), fatigue (66.1%), dizziness (42%), shortness of breath (42%), itchy skin (41.1%). 100% of the patients had anemia, mainly moderate (59.8%). 20.5% of patients had low serum iron levels, 18.8% of the patients had low serum ferritin levels, and 37.5% of the patients had low serum TSAT levels. The relationship between anemia and iron, ferritin, TSAT concentrations: Patients with low serum iron concentration were associated with severe anemia with OR = 2.85, p < 0.05. There was no association between serum ferritin and TSAT with anemia (p > 0.05).

Keywords: chronic kidney disease, hemodialysis, anemia.

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Kê Thị Lan Anh
Email: kelananh1980@gmail.com
Ngày nhận bài: 4/4/2025
Ngày phản biện khoa học: 4/4/2025
Ngày duyệt bài: 6/5/2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính là một trong những bệnh phổ biến trên toàn cầu và ở Việt Nam, bệnh có liên quan đến tỷ lệ tử vong và gia tăng chi phí chăm sóc sức khỏe rõ rệt. Bệnh thận mạn giai đoạn cuối là sự mất khả năng của thận trong việc đào thải nước và các chất dư thừa của cơ thể, xảy ra khi mức lọc cầu thận (MLCT) dưới 15 ml/phút/1,73 m2 và yêu cầu phải điều trị thay thế thận. Thiếu máu là một đặc điểm phổ biến ở những bệnh nhân bệnh thận mạn tính, đặc biệt là các bệnh nhân lọc máu chu kỳ, có liên quan đến nguy cơ tử vong cao hơn. Để quản lý tốt thiếu máu thì việc đánh giá sắt ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính vô cùng quan trọng vì sự tổng hợp huyết sắc tố sẽ không đạt được tối ưu khi không có sự hiện diện đầy đủ của sắt [6]. Bổ sung sắt không đúng đôi khi dẫn đến tình trạng quá tải sắt và các bệnh lý khác. Vì vậy, việc đánh giá, theo dõi tình trạng sắt huyết thanh và dự trữ của nó là rất quan trọng và cần thiết. Với những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **"Đặc điểm thiếu máu và mối liên quan với nồng độ sắt, ferritin, TSAT trên bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện hữu nghị việt tiệp năm 2024"** với mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả triệu chứng lâm sàng và nồng độ sắt, ferritin, SAT trên bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp năm 2024.

2. Nhận xét mối liên quan giữa thiếu máu với nồng độ sắt, ferritin, SAT ở các đối tượng nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 112 bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối đang LMCK tại khoa Thận nhân tạo bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 1/2024 đến tháng 8/2024.

❖ ***Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu:***

- Tuổi bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Thời gian lọc máu > 1 năm.
- Chế độ lọc máu như nhau (lọc máu 3 lần/ tuần, thời gian ≥ 3,5 giờ/buổi, phương pháp thẩm tách máu, lọc máu qua thông động tĩnh mạch chi trên).
- Bệnh nhân hợp tác, đồng ý tham gia nghiên cứu.

❖ ***Tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu:***

Phân loại thiếu máu dựa vào nồng độ Hemoglobin theo WHO [10]

Mức độ thiếu máu	Chỉ số Hb (g/l)	
	Nam	Nữ
Bình thường	≥ 130	≥ 120
Nhẹ	110 - 129	110 - 119
Vừa	80 - 109	80 - 109
Nặng	< 80	< 80

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: NC được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu và phương pháp lựa chọn: Lấy mẫu theo phương pháp thuận tiện, không xác suất, tích lũy dần. Trong suốt thời gian NC chúng tôi thu được 112 bệnh nhân đủ tiêu chẩn chẩn đoán.

- Chỉ tiêu NC và cách thu thập số liệu: Tất cả bệnh nhân được hỏi bệnh, khám lâm sàng và làm xét nghiệm theo một mẫu bệnh án thống nhất.

❖ Hỏi bệnh: Họ tên, tuổi, giới, tiền sử. Các triệu chứng: phù, hoa mắt chóng mặt, nước tiểu…

❖ Khám bệnh: toàn thân: phù, thiếu máu, mạch, huyết áp

❖ Cận lâm sàng: glucose, ure, creatinin, protein, sắt, ferritin, TSAT, nước tiểu 10 thông số, công thức máu.

2.3. Xử lí số liệu: phần mềm thống kê y học SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và nồng độ sắt, ferritin, SAT trên các đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi - giới

Tuổi	Giới		Số lượng	Tỷ lệ (%)
	Nam	Nữ		
< 40	31	16	47	42,0
40 - 59	29	18	47	42,0
≥ 60	9	9	18	16,0
Tổng	69	43	112	100
Trung bình + độ lệch chuẩn	54,21 ± 13,69			

Nhận xét: Chủ yếu các bệnh nhân trong độ tuổi < 60 (84%).

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng	n = 112	%
Mệt mỏi	74	66,1
Da xanh	75	67,0
Hoa mắt, chóng mặt	47	42,0
Khó thở	47	42,0
Phù	26	23,2
Ngứa da	46	41,1
Chuột rút	30	26,8
Đau xương khớp	44	39,3

Nhận xét: Chủ yếu các bệnh nhân có triệu chứng: da xanh (67%), mệt mỏi (66,1%), hoa mắt, chóng mặt (42%), khó thở (42%), ngứa da (41,1%).

Bảng 3. Mức độ thiếu máu theo nồng độ hemoglobin huyết thanh

Mức độ	Nam		Nữ		Tổng
	Nồng độ Hb	Số lượng	Nồng độ Hb	Số lượng	Số lượng
Nhẹ	116,00 ± 4,86	6 (8,7%)	111,33 ± 1,53	3 (7,0%)	9 (8,0%)
Vừa	94,50 ± 8,35	44 (63,8%)	95,48 ± 8,80	23 (53,5%)	67 (59,8%)
Nặng	70,05 ± 7,52	19 (27,5%)	71,06 ± 6,65	17 (39,5)	36 (32,2%)
Tổng		69 (61,6%)		43 (38,4%)	112 (100%)
Trung bình + độ lệch chuẩn	89,64 ± 15,64		86,93 ± 15,5		88,60 ± 15,60

Nhận xét: 100% bệnh nhân có thiếu máu ở các mức độ khác nhau. Các bệnh nhân có thiếu máu mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (59,8%).

Bảng 4. Nồng độ sắt huyết thanh của các đối tượng nghiên cứu

Sắt (µmol/l)	Trung bình + độ lệch chuẩn	Số lượng	%
Thấp (< 7)	5,52 ± 1,32	23	20,5
Bình thường (7 - 28,6)	11,78 ± 4,20	89	79,5
Cao (> 28,6)		0	0
Tổng	10,50 ± 4,56	112	100

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh bình thường (79,5%).

Bảng 5. Nồng độ ferritin huyết thanh của đối tượng nghiên cứu

Ferritin (µg/l)	Trung bình + độ lệch chuẩn	Số lượng	%
Thấp (< 200)	92,98 ± 48,87	21	18,8
Bình thường (200 - 800)	496,12 ± 176,75	62	55,4
Cao (> 800)	1233,76 ± 503,43	29	25,8
Tổng	611,53 ± 490,91	112	100

Nhận xét: Chủ yếu các bệnh nhân có nồng độ ferritin huyết thanh bình thường (55,4%).

Bảng 6. Nồng độ TSAT huyết thanh của đối tượng nghiên cứu

TSAT (%)	Trung bình + độ lệch chuẩn	Số lượng	%
Thấp (< 20)	14,76 ± 3,87	42	37,5
Bình thường (20 - 50)	29,75 ± 7,49	56	50,0
Cao (> 50)	72,72 ± 16,00	14	12,5
Tổng	29,50 ± 19,52	112	100

Nhận xét: Nồng độ TSAT huyết thanh bình thường chiếm tỷ lệ lớn nhất (50%).

3.2. Mối liên quan giữa thiếu máu với nồng độ sắt, ferritin, SAT ở các đối tượng nghiên cứu

Bảng 7. Mối liên quan giữa nồng độ sắt huyết thanh với mức độ thiếu máu

Thiếu máu / Sắt	Nặng (1)	Vừa (2)	Nhẹ (3)	OR (95%CI)	p
Thấp	12	10	1	$OR_{1,2}$=2,85; 95%$CI_{1,2}$ (1,09-7,48)	$p_{1,2}$<0,05
Bình thường	24	57	8	$OR_{1,3}$=4,02; 95%$CI_{1,3}$ (0,45-35,71) $OR_{2,3}$=1,40; 95%$CI_{2,3}$ (0,16-12,5)	$p_{1,3}$>0,05 $p_{2,3}$>0,05

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ sắt huyết thanh với thiếu máu mức độ vừa và nặng (OR = 2,85, 95%CI = 1,09 - 7,48, p < 0,05).

Bảng 8. Mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh với mức độ thiếu máu

Thiếu máu / Ferritin	Nặng (1)	Vừa (2)	Nhẹ (3)	OR (95%CI)	p
Thấp	8	10	3	$OR_{1,2}$=1,82; 95%$CI_{1,2}$(0,62-5,38)	$p_{1,2}$>0,05
Bình thường	18	41	3	$OR_{1,3}$=0,44; 95%$CI_{1,3}$(0,07-2,70) $OR_{2,3}$=0,24; 95%$CI_{2,3}$(0,04-1,39)	$p_{1,3}$>0,05 $p_{2,3}$>0,05

Nhận xét: Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ ferritin huyết thanh với mức độ thiếu máu với p > 0,05.

Bảng 9. Mối liên quan giữa nồng độ TSAT huyết thanh với mức độ thiếu máu

Thiếu máu / TSAT	Nặng (1)	Vừa (2)	Nhẹ (3)	OR (95%CI)	p
Thấp	15	25	2	$OR_{1,2}$=1,24; 95%$CI_{1,2}$(0,52-2,97)	$p_{1,2}$>0,05
Bình thường	16	33	7	$OR_{1,3}$=3,28; 95%$CI_{1,3}$ (0,59-18,52) $OR_{2,3}$=2,65; 95%$CI_{2,3}$ (0,51-13,89)	$p_{1,3}$>0,05 $p_{2,3}$>0,05

Nhận xét: Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ TSAT huyết thanh với mức độ thiếu máu với p > 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và nồng độ sắt, ferritin, SAT trên các đối tượng nghiên cứu

**** Đặc điểm lâm sàng***

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 54,21 ± 13,69 tuổi, tập trung chủ yếu vào độ tuổi < 40 chiếm 42% và tuổi từ 40 - 59 chiếm 42%. Tuổi nhỏ nhất là 27 tuổi, lớn nhất là 78 tuổi. Phân bố theo giới bệnh nhân nam chiếm 61,6%, bệnh nhân nữ chiếm 38,4%. Theo Huỳnh Minh Trí tuổi trung bình của bệnh nhân LMCK là 47,59 ± 15,02 tuổi (nhỏ tuổi nhất là 19 tuổi, cao tuổi nhất là 86 tuổi) [6].

Nghiên cứu của chúng tôi trên 112 bệnh nhân đang LMCK cho thấy nồng độ Hb trung bình là 88,60 ± 15,60 g/l. Nồng độ Hb trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương với nghiên cứu của tác giả Lê Việt Thắng [3], thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Hoài Nam [2]. Sự khác nhau này là do các bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Nam đã được điều trị bổ sung rHu - EPO và sắt trong thời gian gần thời điểm nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra các bệnh nhân chủ yếu thiếu máu mức độ vừa (59,8%). Điều này tương đương với trong nghiên cứu của các tác giả Lê Việt Thắng, Nguyễn Hoài Nam.

**** Nồng độ sắt huyết thanh***

Nghiên cứu của chúng tôi trên 112 bệnh nhân cho thấy nồng độ sắt huyết thanh trung bình là 10,50 ± 4,56 µmol/l. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phan Thế Cường và cộng sự với nồng độ sắt huyết thanh trung bình là 10,2 ± 4,2 µmol/l [1], thấp hơn nghiên cứu của Lê Việt Thắng, Nguyễn Văn Hùng với giá trị trung bình của sắt huyết thanh là 13,7 ± 4,9 µmol/l [3], nghiên cứu của Nguyễn Duy Tiến là 14,9 ± 7,1 µmol/l [5], nghiên cứu của Nguyễn Hoài Nam là 16,15 ± 7,87 µmol/l [2].

Nghiên cứu của chúng tôi thấy phần lớn các bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh bình thường (79,5%), chỉ có 20,5% bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh thấp và không có bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh cao. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hoài Nam với 63,7% bệnh nhân có sắt huyết thanh bình thường và 32,7% bệnh nhân có sắt huyết thanh thấp [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Duy Tiến có 81,5% bệnh nhân sắt huyết thanh bình thường và 12,3% bệnh nhân có sắt huyết thanh thấp [5].

**** Nồng độ ferritin huyết thanh***

Ferritin và TSAT là 2 chỉ số được sử dụng rộng rãi nhất trên lâm sàng để đánh giá tình trạng dự trữ sắt của cơ thể. Ferritin đánh giá tổng lượng dự trữ sắt toàn cơ thể, tình trạng thiếu sắt hoặc thừa sắt thực sự. Ferritin huyết thanh bị ảnh hưởng bởi các yếu tố viêm nhiễm, tăng cao khi có tình trạng nhiễm trùng và được xem như là một chất phản ứng của quá trình viêm trong cơ thể. Như vậy, khi loại trừ được tình trạng viêm cấp tính, xét nghiệm ferritin huyết thanh là xét nghiệm đáng tin cậy để đánh giá tình trạng dự trữ sắt ở những bệnh nhân CKD, nhất là các bệnh nhân LMCK.

Theo nghiên cứu của chúng tôi nồng độ ferritin trung bình là 611,53 ± 490,91 µg/l. Kết quả gần tương đồng với nghiên cứu của Lê Việt Thắng và cộng sự, nồng độ ferritin huyết thanh trung bình ở 43 bệnh nhân LMCK là 542 ± 375,1 µg/l [3]. Nghiên cứu của Phan Thế Cường và cộng sự cho thấy nồng độ ferritin trung bình là 538,08 ± 423,07 µg/l [1], Nguyễn Thị An Thủy ghi nhận nồng độ ferritin trung bình là 583,08 ± 375,8 µg/l [4].

Nghiên cứu của chúng tôi có 25,8% bệnh nhân có nồng độ ferritin cao trên 800 µg/l, nhóm bệnh nhân ferritin ở mức khuyến cáo 200 - 800 µg/l chiếm 55,4% và nhóm bệnh nhân có ferritin có nồng độ dưới 200 µg/l là 18,8%.

**** Nồng độ TSAT huyết thanh***

Độ bão hòa sắt là một chỉ số đánh giá kho dự trữ sắt tốt hơn so với xét nghiệm định lượng nồng độ sắt huyết thanh đơn độc. Thông số này thể hiện lượng các vị trí gắn sắt bị chiếm giữ.

Trong nghiên cứu chúng tôi TSAT trung bình 29,5 ± 19,52%, trong đó có 37,5% bệnh nhân có TSAT mức thấp, 50,0% bệnh nhân có TSAT ở mức bình thường và 12,5% bệnh nhân có TSAT ở mức cao. Ngoài ra nồng độ TSAT huyết thanh không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm BMI và giữa các mức độ thiếu máu khác nhau.

Kết quả của chúng tôi gần tương tự như nghiên cứu của Ali Rafi trên 24 bệnh nhân LMCK có TSAT huyết thanh trung bình là 33,63 ± 22,57% [9], nghiên cứu của Nguyễn Duy Tiến với TSAT trung bình 37,9 ± 20,1%, trong đó có 13,6% bệnh nhân có TSAT mức thấp, 64,2% bệnh nhân đạt TSAT mức bình thường, 22,2% bệnh nhân có TSAT ở mức cao [5]. Nghiên cứu của Phan Thế Cường và cộng sự cho thấy TSAT huyết thanh trung bình là 28,0 ± 6,9%, bệnh nhân có TSAT ở mức thấp chiếm 45,8%, đạt mức bình thường chiếm 52,7%, đạt mức cao chiếm 1,5% [1].

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ sắt và ferritin huyết thanh ở mức bình thường và cao là rất lớn (79,5% và 81,2%) và không cần bổ sung sắt. Tuy nhiên, khi đánh giá chỉ số TSAT chúng tôi nhận thấy có một tỷ lệ khá lớn bệnh nhân cần được bổ sung sắt (37,5%). Sự chênh lệch này có thể là do chưa loại trừ yếu tố gây nhiễu như có tình trạng viêm nhiễm mạn tính ở bệnh nhân LMCK hoặc quá trình lọc máu xuất hiện các biến chứng như tan máu khiến cho đánh giá yếu tố tình trạng dự trữ sắt qua ferritin không được hoàn toàn đúng. Do đó không nên dùng đơn độc một yếu tố ferritin hay TSAT để đánh giá tình trạng dự trữ sắt mà nên sử dụng

cả 2 yếu tố đúng theo khuyến cáo của KDIGO.

4.2. Mối liên quan giữa thiếu máu với nồng độ sắt, ferritin, SAT ở các đối tượng nghiên cứu

Sắt là một nguyên tố thiết yếu trong hầu hết các tế bào của con người và là đồng yếu tố của các protein và enzyme quan trọng. Rối loạn sắt thường gặp ở những bệnh nhân trải qua LMCK. Thiếu máu ở những bệnh nhân LMCK có thể do hai yếu tố quan trọng: thiếu erythropoietin và tình trạng sắt bất thường. Thiếu sắt ở những bệnh nhân bị thiếu máu có thể là do thiếu sắt tuyệt đối hoặc thiếu sắt chức năng. Quá trình tạo hồng cầu hiệu quả ở bệnh nhân mắc CKD đòi hỏi phải có đủ lượng sắt trong cơ thể và lượng sắt đó có sẵn ở tủy xương. Do đó, cân bằng sắt bình thường là điều cần thiết để duy trì mức hemoglobin bình thường.

Nghiên cứu của chúng tôi có OR = 2,85 chứng tỏ bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh thấp có nguy cơ xảy ra thiếu máu nặng gấp 2,85 lần so với bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh bình thường với 95%CI = 1,09 - 7,48, p < 0,05. Điều đó cho thấy các bệnh nhân LMCK càng thiếu sắt thì khả năng thiếu máu càng nặng.

Ferritin đóng vai trò dự trữ sắt cho cơ thể, khi cần có thể giải phóng sắt để tổng hợp hồng cầu. Khi tình trạng thiếu sắt tăng dần chỉ số ferritin huyết thanh giảm và TSAT huyết thanh cũng giảm, cuối cùng là giảm lượng hemoglobin gây thiếu máu ở bệnh nhân. Nếu tình trạng thiếu sắt chức năng là kết quả của sự không cân xứng cung/cầu, ví dụ trong quá trình điều trị thiếu máu bằng rHu - EPO, sắt có thể được chuyển từ transferrin nhanh hơn tốc độ huy động từ kho dự trữ sắt, dẫn đến giảm TSAT. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa ferritin và TSAT huyết thanh với tình trạng thiếu máu. Kết quả này tương tự Nguyễn Duy Tiến với nồng độ ferritin và TSAT huyết thanh không có mối liên quan với mức độ thiếu máu [5].

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng và nồng độ sắt, ferritin, SAT trên các đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 54,21 ± 13,69 tuổi, tập trung chủ yếu vào độ tuổi < 40 (42%) và 40 - 59 tuổi (42%). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu của các bệnh nhân: da xanh (67%), mệt mỏi (66,1%), hoa mắt, chóng mặt (42%), khó thở (42%), ngứa da (41,1%). 100% các bệnh nhân có thiếu máu, chủ yếu mức độ vừa (59,8%). 20,5% bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh thấp, 18,8% có nồng độ ferritin huyết thanh thấp và 37,5% có nồng độ TSAT huyết thanh thấp.

5.2. Mối liên quan giữa thiếu máu với nồng độ sắt, ferritin, SAT ở các đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh thấp có mối liên quan với tình trạng thiếu máu (OR = 2,85, p < 0,05). Không thấy có mối liên quan giữa ferritin và TSAT huyết thanh với tình trạng thiếu máu (p > 0,05).

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.180.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Thế Cường (2016),** Nghiên cứu nồng độ erythropoietin, ferritin và transferin huyết thanh ở bệnh nhân suy thận mạn tính có chỉ định lọc máu chu kỳ, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
2. **Nguyễn Hoài Nam (2015),** Tìm hiểu tình trạng sắt và ferritin huyết thanh ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại đơn nguyên Thận nhân tạo - bệnh viện Saint-Paul, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội.
3. **Lê Việt Thắng, Nguyễn Văn Hùng (2011).** Nghiên cứu sự thay đổi nồng độ sắt, ferritin huyết thanh bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ. Tạp chí y học thực hành. 5, 162-165. .
4. **Nguyễn Thị An Thủy, Đỗ Gia Tuyển (2016).** Đánh giá tình trạng dự trữ sắt ở bệnh nhân suy thận mạn chưa điều trị thay thế qua nồng độ sắt và ferritin huyết thanh, Tạp chí y học thực hành.
5. **Nguyễn Duy Tiến (2018),** Đánh giá đặc điểm tế bào máu ngoại vi, tình trạng dự trữ sắt ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại khoa thận nhân tạo bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Huỳnh Minh Trí, Lữ Công Trung, Mã Lan Thanh (2013).** Đánh giá các yếu tố gây kém đáp ứng điều trị erythropoietin ở bệnh nhân suy thận mạn đang chạy thận nhân tạo, Kỷ yếu Hội Nghị Khoa học Bệnh viện An giang. 10.
7. **Carney E.F. (2020).** The impact of chronic kidney disease on global health. Nature Reviews Nephrology. 16, 251-251.
8. **Kalantar-Zadeh K., Kalantar-Zadeh K., Lee G.H. (2006).** The fascinating but deceptive ferritin: to measure it or not to measure it in chronic kidney disease? Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 1, S9-S18.
9. **Rafi A., Karkar A., Abdelrahman M. (2007).** Monitoring iron status in end-stage renal disease patients on hemodialysis. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation. 18, 73-78.
10. **World Health Organization (2011),** Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity, World Health Organization.

THỰC TRẠNG BỆNH VIÊM QUANH RĂNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 QUẢN LÝ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN YÊN MỸ, HƯNG YÊN NĂM 2023

Hoàng Thị Giang[1], Phạm Thanh Hải[1], Phan Trọng Đoàn[2], Phạm Minh Khuê[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả thực trạng bệnh viêm quanh răng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 quản lý ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Yên Mỹ, Hưng Yên, năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 200 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Trung tâm Y tế huyện Yên Mỹ, Hưng Yên, năm 2023. Tình trạng viêm quanh răng được đánh giá bằng khám lâm sàng và phân loại mức độ theo APP 2018. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc bệnh viêm quanh răng là 86%, trong đó có 14,5% ở mức khởi phát, 51,7% ở mức trung bình, 24,4% ở mức nặng và 9,3% ở mức tiến triển theo phân loại APP 2018. Tỷ lệ viêm quanh răng cao hơn ở những bệnh nhân có chỉ số HbA1c > 7%, bệnh nhân không thường xuyên đo đường huyết tại nhà, không tuân thủ sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường và không dùng chỉ nha khoa hoặc tăm nước trong vệ sinh răng miệng. **Kết luận:** Bệnh viêm quanh răng là bệnh phổ biến ở bệnh nhân đái tháo đường, cần có những buổi giáo dục sức khoẻ cho bệnh nhân đái tháo đường để nâng cao kiến thức và kỹ năng trong phòng ngừa bệnh viêm quanh răng, qua đó nâng cao hiệu quả điều trị và quản lý bệnh đái tháo đường

Từ khóa: bệnh viêm quanh răng, đái tháo đường típ 2, Hưng Yên

SUMMARY

PREVALENCE OF PERIODONTAL DISEASE IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS MANAGED AT YEN MY DISTRICT MEDICAL CENTER, HUNG YEN IN 2023

Objective: This study aims to describe the current status of periodontitis in type 2 diabetic patients managed as outpatients at Yen My District Medical Center, Hung Yen, in 2023. **Method:** Cross-sectional description. Periodontitis status was assessed by clinical examination and classified according to APP 2018. **Results:** The overall prevalence of periodontitis was 86%, of which 14.5% were at the initial level, 51.7% were at the moderate level, 24.4% were at the severe level and 9.3% were at the progressive level according to APP 2018 classification. The prevalence of periodontitis was higher in patients with HbA1c > 7%, patients who did not regularly measure blood sugar at home, did not comply with diabetes medication and did not use dental floss or water pick in oral hygiene. **Conclusion:** Periodontal disease is a common disease in diabetic patients here. Health education sessions for diabetic patients are needed to improve knowledge and skills in preventing periodontal disease, thereby improving the effectiveness of treatment and management of diabetes.

Keywords: periodontal disease, type 2 diabetes, Hung Yen

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Trung tâm y tế huyện Yên Mỹ, Hưng Yên*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Giang
Email: htgiang@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 15/4/2025
Ngày duyệt bài: 29/4/2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh quanh răng (BQR) và đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 đều là hai bệnh phổ biến trong cộng đồng [1], và tác động không nhỏ đến sức khoẻ, cuộc sống, và kinh tế của không chỉ cá nhân người bệnh mà cả gia đình và xã hội.

Bệnh quanh răng là một trong những bệnh phổ biến nhất trong các bệnh răng miệng, không chỉ ở Việt Nam mà trên toàn thế giới [2]. BQR bao gồm hai loại tổn thương chính là tổn thương khu trú ở lợi và tổn thương toàn bộ tổ chức quanh răng. Viêm quanh răng (VQR) là giai đoạn tiếp theo của viêm lợi khi tổn thương lan đến mô lợi, dây chằng quanh răng, cement chân răng và xương ổ răng [2]. Theo ngân hàng dữ liệu của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2022 về tình hình VQR cho thấy VQR mức độ nặng trên toàn cầu vẫn còn rất cao, chiếm 19% tổng số người trưởng thành trên toàn cầu, tức là khoảng một triệu người, gây ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khoẻ, xã hội, và kinh tế [3]. Tại Hoa Kỳ, nghiên cứu của Eke và cộng sự cho thấy tỉ lệ VQR trong cộng đồng này ở độ tuổi từ 30 trở lên chiếm tới 42% [4]. Tại Việt Nam, theo Điều tra sức khoẻ răng miệng toàn quốc năm 2019 của Viện Răng Hàm Mặt, tỷ lệ người VQR lên tới 65,4% trong đó tỷ lệ người bị viêm quanh răng ở nhóm tuổi 35-44 là 10,9%, và ở nhóm tuổi 65 trở lên là 16,6% [5].

Đái tháo đường típ 2 là một yếu tố nguy cơ thường được dự đoán cho viêm quanh răng, ngược lại, viêm quanh răng được cho là gây ảnh hưởng đến tình trạng viêm hệ thống, kháng insulin, và chuyển hoá của lipid và glucose [6]. ĐTĐ típ 2 tạo ra những yếu tố gây ra viêm quanh răng, bởi tình trạng bệnh lý viêm khuẩn mạn tính, ảnh hưởng đến cấu trúc hỗ trợ răng. ĐTĐ típ 2 gây ra phản ứng tăng viêm đối với các vi khuẩn trong VQR và làm suy giảm khả năng hồi phục; những tác động này ít nhất cũng một phần qua trung gian thụ thể đối với các sản phẩm glycat hoá bền vững (AGEs) [2]. Ngược lại, VQR cũng có các tác động lại đối với kiểm soát đường huyết trên các bệnh nhân ĐTĐ típ 2 và góp phần vào việc làm tăng diễn biến phức tạp của bệnh [2]. Các tác động từ viêm nhiễm quanh răng lên ĐTĐ típ 2 có thể được giải thích bằng việc làm tăng viêm hệ thống, góp phần vào việc kháng insulin [1]. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả thực trạng bệnh viêm quanh răng ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 quản lý ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Yên Mỹ, Hưng Yên, năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2 đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Yên Mỹ, tỉnh Hưng Yên.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 dựa trên bộ tiêu chuẩn của IDF (2021). Bệnh nhân có khả năng trả lời phỏng vấn, không mắc bệnh tâm thần và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân đang đeo thiết bị chỉnh nha, phụ nữ đang mang thai

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Y tế huyện Yên Mỹ, tỉnh Hưng Yên từ tháng 11/2022 đến tháng 10/2023.

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

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng tỷ lệ với tỉ lệ mắc viêm quanh răng ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 tham chiếu là 87% [7], sai số d=0,05, với cỡ mẫu tối thiểu

là 175 bệnh nhân.

Chọn mẫu: áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thời gian chọn mẫu từ tháng 11/2022 đến tháng 10 năm 2023, bệnh nhân ĐTĐ típ 2 đến khám ngoại trú tại Trung tâm y tế Hưng Yên đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu được mời tham gia nghiên cứu cho đến khi đủ số mẫu cần thiết. Tổng cộng có 200 người tham gia vào nghiên cứu.

2.5. Công cụ thu thập thông tin

Bộ công cụ thu thập thông tin gồm 3 phần: thông tin chung về đặc điểm nhân khẩu xã hội học, thông tin liên quan đến bệnh ĐTĐ típ 2 (thời gian mắc bệnh, các xét nghiệm sinh hoá máu, biến chứng ĐTĐ, bệnh mạn tính kèm theo, thực hành quản lý ĐTĐ) và thông tin về bệnh quanh răng (các chỉ số quanh răng, phim chụp Xquang).

2.6. Biến số, chỉ số sử dụng trong nghiên cứu

- Đánh giá bệnh viêm quanh răng ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa Răng hàm mặt.
- Tiêu chuẩn đánh giá phân loại giai đoạn viêm quanh răng theo APP 2018:

• Giai đoạn I (khởi phát): mất bám dính lâm sàng mặt bên nhiều nhất 1-2mm; tiêu xương trên XQ 1/3 thân (≤ 15%); mất răng: không mất răng.

• Giai đoạn II (VQR trung bình): mất bám dính lâm sàng mặt bên nhiều nhất 3-4mm; tiêu xương trên XQ 1/3 thân (15-33%); không mất răng.

• Giai đoạn III (VQR nặng): mất bám dính lâm sàng mặt bên nhiều nhất ≥ 5mm; tiêu xương trên XQ tới 1/3 giữa chân răng; mất răng do VQR ≤ 4 răng.

• Giai đoạn IV (VQR tiến triển): mất bám dính lâm sàng mặt bên nhiều nhất ≥ 8mm; tiêu xương trên XQ tới 1/3 chóp chân răng; mất răng do VQR ≥ 5 răng.

2.7. Thu thập số liệu

Số liệu được thu thập bằng khám bệnh, phỏng vấn trực tiếp bằng phiếu điều tra và trích xuất hồ sơ bệnh án với những thông tin về bệnh ĐTĐ.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Số liệu trình bày dưới dạng bảng tần số, giá trị trung bình, tỷ lệ và độ lệch chuẩn. So sánh tình trạng mắc bệnh quanh răng theo các đặc điểm nhân khẩu xã hội học và tình trạng bệnh ĐTĐ bằng test Khi bình phương với mức ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện theo đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng phê duyệt đề cương Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và được thực hiện với sự đồng ý của lãnh đạo Trung tâm y tế huyện Yên Mỹ, Hưng Yên. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện trên cơ sở điều tra viên đã giải thích mục đích của nghiên cứu. Tất cả thông tin nghiên cứu được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 200)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính		
Nam	97	48,5 %
Nữ	103	51,5 %

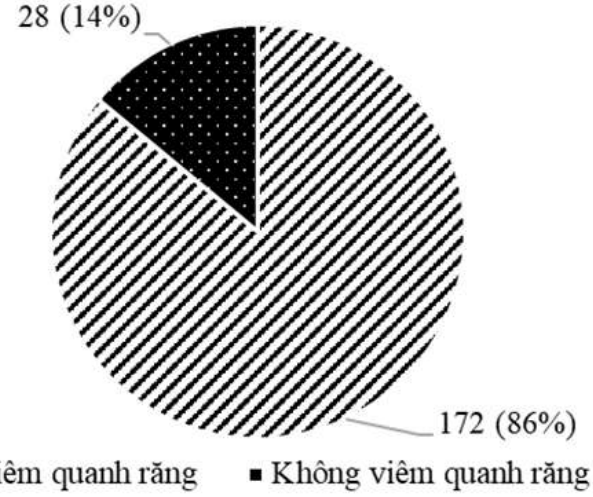
Tuổi (năm)		
≤ 44	15	7,5 %
45 - <60	105	52,5 %
≥ 60	80	40,0 %
Tuổi trung bình	61,3 ± 8,86	
Dân tộc Kinh	200	100,0
Điều kiện kinh tế		
Hộ nghèo & cận nghèo	21	10,5
Trung bình trở lên	179	89,5
Có Bảo hiểm y tế	200	100,0
Trình độ học vấn		
Tiểu học	26	13,0
Trung học cơ sở	118	59,0
Trung học phổ thông	25	12,5
Trên trung học phổ thông	31	15,5
Nghề nghiệp		
Làm ruộng	97	48,5
Công nhân	25	12,5
Công chức, viên chức	34	17,0
Lao động tự do	28	14,0
Nghỉ hưu, nội trợ	16	8,0

Nghiên cứu thực hiện trên 200 bệnh nhân ĐTĐ típ 2, trong đó tỷ lệ nam là 48,5%, nữ là 51,5%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 61,3 ± 8,86 tuổi, 92,5% có tuổi từ 45 trở lên. 100% đối tượng là dân tộc Kinh và có bảo hiểm y tế. Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là trung học cơ sở (59,0%), nghề nghiệp chủ yếu là làm ruộng với 48,5%.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh đái tháo đường típ 2 của đối tượng nghiên cứu (n=200)

Đặc điểm	**Số lượng**	**Tỷ lệ %**
Thời gian bệnh ĐTĐ típ 2		
≤ 1 năm	32	16,0
2 - 5 năm	91	45,5
> 5 – 10 năm	52	26,0
> 10 năm	25	12,5
Trung bình	5,55 ± 3,99	
Bệnh mạn tính đi kèm/biến chứng ĐTĐ		
Không	65	32,5
Có	135	67,5
Chỉ số HbA1c (%)		
≤ 7	58	29,0
>7	142	71,0

Về đặc điểm bệnh ĐTĐ, gần một nửa bệnh nhân mắc bệnh từ 2-5 năm (45,5%), 26% mắc từ 5-10 năm, 16% mắc từ dưới 1 năm và chỉ có 12,5% mắc bệnh từ trên 10 năm. Có 67,5% bệnh nhân có bệnh mạn tính đi kèm và 71% bệnh nhân có chỉ số HbA1c >7% (bảng 2).



Hình 1. Tỷ lệ mắc viêm quanh răng của đối tượng nghiên cứu (n=200)

Về tỷ lệ mắc bệnh viêm quanh răng, kết quả từ hình 1 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh viêm quanh răng của đối tượng nghiên cứu là 86,0%.

Bảng 3. Thực trạng mức độ VQR theo phân loại AAP ở đối tượng nghiên cứu (n=172)

Mức độ viêm quanh răng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiến triển	16	9,3
Nặng	42	24,4
Trung bình	89	51,7
Khởi phát	25	14,5
Tổng	**172**	**100**

Về mức độ VQR theo phân loại AAP, kết quả chúng tôi cho thấy có 51,7% bệnh nhân mắc VQR ở mức độ trung bình, tiếp theo là nặng 24,4%, ít nhất là mức tiến triển 9,3%

Bảng 4. Phân bố tình trạng VQR của đối tượng nghiên cứu theo đặc điểm nhân khẩu học (n=200)

Đặc điểm		VQR n (%)	Không VQR n (%)	Tổng n (%)	p*
Giới tính	Nam	84 (86,6)	11 (11,3)	97 (48,5)	0,32
	Nữ	86 (83,5)	17 (16,5)	103 (51,5)	
Tuổi (năm)	≤44	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (7,5)	0,06
	45-59	90 (85,7)	15 (14,3)	105 (52,5)	
	≥60	72 (90,0)	8 (10,0)	80 (40,0)	
Trình độ học vấn	THPT trở lên	148 (87,6)	21 (12,4)	169 (84,5)	0,13
	THCS trở xuống	24 (77,4)	7 (22,6)	31 (15,5)	
Điều kiện kinh tế	Nghèo, cận nghèo	20 (95,2)	1 (4,8)	21 (10,5)	0,32
	Trung bình trở lên	152 (84,9)	27 (15,1)	179 (89,5)	

Thời gian mắc ĐTĐ	> 5 năm	69 (89,6)	8 (10,4)	77 (38,5)	0,24
	≤ 5 năm	103 (83,7)	20 (16,3)	123 (61,5)	
Có bệnh kèm theo	Có	119 (88,2)	16 (11,9)	135 (67,5)	0,21
	Không	53 (81,5)	12 (18,5)	65 (32,5)	
Chỉ số HbA1c (%)	> 7	129 (90,9)	13 (9,1)	142 (71,0)	<0,01
	≤ 7	43 (74,1)	15 (25,9)	58 (29,0)	
Đo đường huyết tại nhà	≥ 2 lần/tuần	7 (41,2)	10 (58,8)	17 (8,5)	<0,01
	< 2 lần/tuần	165 (90,2)	18 (9,8)	183 (91,5)	
Tuân thủ tái khám định kỳ	Có	155 (85,6)	26 (14,4)	181 (90,5)	0,48
	Không	17 (89,5)	2 (10,5)	19 (9,5)	
Tuân thủ sử dụng thuốc ĐTĐ	Có	121 (81,7)	27 (18,3)	157 (78,5)	<0,01
	Không	42 (98,1)	1(1,9)	43 (21,5)	
Tình trạng hút thuốc	Có	27 (90)	3 (10)	30 (15,0)	0,78
	Không	145 (85,3)	25 (14,7)	170 (85,0)	
Đánh răng tối thiểu 2 lần/ngày	Có	149 (85,1)	26 (14,9)	175 (87,5)	0,28
	Không	23 (92)	2 (8)	25 (12,5)	
Dùng chỉ nha khoa/tăm nước	Có	5 (41,7)	7 (58,3)	12 (6,0)	<0,01
	Không	167 (88,8)	21 (11,1)	188 (94,0)	

(: Khi2 test hoặc Fisher-Exact)*

Về đặc điểm mắc bệnh VQR, kết quả từ bảng 4 cho thấy tỷ lệ mắc không có sự khác biệt theo giới, trình độ học vấn, điều kiện kinh tế, thời gian mắc bệnh, bệnh đồng mắc cũng như tuân thủ tái khám định kỳ (p>0,05). Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ mắc VQR tăng nhẹ theo tuổi với tỷ lệ mắc ở nhóm trên 60 tuổi là 90%, trong khi ở nhóm 45-59 tuổi là 85,7% và nhóm dưới 44 tuổi là 66,7% (p=0,06). Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ mắc VQR cao hơn ở nhóm bệnh nhân có chỉ số HbA1c ≥ 7% so với nhóm có chỉ số này dưới 7% (90,9% so với 74,1%). Bệnh nhân đo đường huyết tại nhà < 2 lần/tuần có tỷ lệ mắc VQR cao hơn (90,2% so với 41,2%), bệnh nhân không tuân thủ điều trị thuốc ĐTĐ tại nhà có tỷ lệ mắc VQR cao hơn (98,1% v=so với 87,1%) và bệnh nhân dùng chi nha khoa hoặc tăm nước trong vệ sinh răng miệng có tỷ lệ mắc VQR thấp hơn (41,7% so với 88,8%) (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 200 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 tại trung tâm y tế huyện Yên Mỹ, Hưng Yên cho thấy tỷ lệ mắc VQR chung là 86%. Trong tổng số 172 người có viêm quanh răng, mức độ viêm quanh răng của nghiên cứu là 14,5% ở mức khởi phát, 51,7% (đa số) ở mức trung bình, 24,4% ở mức nặng và 9,3% ở mức tiến triển. So sánh với tỷ lệ mắc viêm quanh răng ở một số vùng trên cả nước ở các nghiên cứu trước cho thấy tỷ lệ viêm quanh răng của chúng tôi tương đối cao, như nghiên cứu của tác giả Yuan Sen Ding (2022) có tỷ lệ mắc VQR là 73,14% [8]. Điều này có thể do mô hình bệnh tật ở mỗi khu vực khác nhau, khu vực mà chúng tối tiến hành nghiên cứu là khu vực nông thôn, điều kiện sống và khả năng tiếp cận y tế, thông tin vẫn chưa đầy đủ như ở các khu vực khác.

Về tỷ lệ bệnh VQR theo các đặc điểm nhân khẩu học, kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra xu hướng mắc bệnh VQR là tăng dần theo độ tuổi, với tỷ lệ mắc cao hơn ở tuổi từ 45-59 và trên 60 so với nhóm tuổi thấp hơn (bảng 4). Tuy nhiên, chúng tôi chưa ghi nhận sự khác biệt theo các yếu tố như giới, trình độ học vấn và điều kiện kinh tế của bệnh nhân. Một nghiên cứu tại Mỹ đã chỉ ra rằng tỷ lệ bị viêm quanh răng khác biệt bởi tuổi tác, chủng tộc, giáo dục và thu nhập. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng chỉ ra có mối liên quan giữa điều kiện kinh tế và bệnh, ở nhóm có điều kiện kinh tế thấp thường có tỷ lệ viêm quanh răng cao hơn, do chi phí điều trị ở các nước là tương đối đắt đỏ [8].

Về tỷ lệ bệnh VQR theo các đặc điểm bệnh ĐTĐ và tuân thủ điều trị ĐTĐ, chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân có chỉ số HbA1c > 7% và không tuân thủ điều trị thuốc ĐTĐ cũng như không thực hiện đo đường huyết tại nhà thường xuyên. Bệnh viêm quanh răng dễ xảy ra và ở mức độ nặng hơn ở bệnh nhân ĐTĐ, ngược lại tình trạng đường huyết khó kiểm soát hơn khi bệnh nhân có viêm quanh răng. Có những bệnh nhân phát hiện sớm nhưng kiểm soát không tốt và ngược lại. Do đó chính việc điều trị ĐTĐ mà cụ thể hơn là việc kiểm soát glucose máu mới là một yếu tố quan trọng có ảnh hưởng đến viêm quanh răng ở đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thực trên đối tượng bệnh nhân đái tháo đường tại bệnh viện nội tiết trung ương cũng cho kết quả là khi tình trạng đường huyết không kiểm soát thì tỷ lệ bệnh cũng tăng [9]. Trong nghiên cứu này, người bệnh đều ở khu vực nông thôn, nhiều người cao tuổi, trình độ văn hoá thấp nên việc sở hữu các loại máy tự đo đường huyết cũng như việc có kỹ năng sử dụng là còn hạn chế. Điều này lý giải được chỉ có 17 (chiếm 8,5%) người có đo đường huyết ít nhất 2 lần 1 tuần, còn lại là không tự đo tại nhà bao giờ, hoặc có đo nhưng ít hơn 2 lần 1 tuần vì phải chờ người đo cho, hoặc ra trung tâm y tế đo mỗi lần tái khám. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc tuân thủ đo đường huyết nhằm kiểm soát mức đường huyết có liên quan tới tỷ lệ mắc viêm quanh răng, cụ thể là tuân thủ đo đường huyết tốt có nguy cơ mắc là 0,07 so với tuân thủ kém, sự khác biệt có nghĩa thống kê với p = 0,01. Nghiên cứu của Hasan (2021) cũng kết luận rằng tuân thủ tốt việc tự quản lý bệnh ĐTĐ dẫn đến không chỉ kiểm soát tốt HbA1c mà còn liên quan đến hiệu quả trong việc giảm nguy cơ các bệnh răng miệng [10].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra tỷ lệ mắc VQR có liên quan đến thói quen vệ sinh răng miệng ở bệnh nhân ĐTĐ là sử dụng chỉ nha khoa hoặc tăm nước. Nhóm có sử dụng chỉ nha khoa hoặc tăm nước có tỷ lệ mắc viêm quanh răng là 41,7% thấp hơn rất nhiều so với nhóm không sử dụng (tỷ lệ mắc VQR là 88,8%). Trong nghiên cứu này, chỉ có 6% bệnh nhân dùng chỉ nha khoa hoặc tăm nước trong vệ sinh răng miệng. Điều này xuất phát từ thực tế là việc sử dụng tăm tre ở các vùng nông thôn vẫn phổ biến hơn so với chỉ nha khoa hoặc tăm nước. Thêm vào đó, giá thành của chỉ nha khoa/tăm nước cũng cao hơn rất nhiều, do đó việc tiếp cận với các dụng cụ vệ sinh răng miệng này cũng còn hạn chế đối với những người bệnh có điều kiện kinh tế không dư giả. Nghiên cứu của Hasan đã tìm ra mối liên quan giữa các yếu tố kiến thức và thực hành vệ sinh răng miệng tốt với tình trạng viêm quanh răng của bệnh nhân ĐTĐ típ 2: nhóm có tuân thủ vệ sinh răng miệng kém hơn có tỷ lệ mắc viêm quanh răng cao hơn [10]. Việc thực hành vệ sinh răng miệng tốt

đóng vai trò thiết yếu trong tỷ lệ mắc của bất kỳ dạng bệnh quanh răng nào và mức độ nghiêm trọng của viêm quanh răng ở bệnh nhân ĐTĐ nói riêng và toàn dân số nói chung. Hơn nữa, bệnh đái tháo đường có viêm quanh răng thường gặp ở người lớn tuổi, có tình trạng vệ sinh răng miệng kém. Chính vì vậy, việc thay đổi hành vi chăm sóc răng miệng tốt cũng sẽ có tác động tích cực lên sức khoẻ răng miệng và tình trạng bệnh ĐTĐ ở bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc VQR chung là 86%, trong đó, có 14,5% ở mức khởi phát, 51,7% ở mức trung bình, 24,4% ở mức nặng và 9,3% ở mức tiến triển theo phân loại AAP 2018. Tỷ lệ mắc VQR cao hơn ở những bệnh nhân có chỉ số HbA1c > 7%, bệnh nhân không thường xuyên đo đường huyết tại nhà, không tuân thủ sử dụng thuốc ĐTĐ và không dùng chỉ nha khoa hoặc tăm nước trong vệ sinh răng miệng. Như vậy, nhân viên y tế cần có những buổi giáo dục sức khoẻ cho bệnh nhân ĐTĐ để nâng cao kiến thức và kỹ năng trong phòng ngừa bệnh VQR, qua đó nâng cao hiệu quả điều trị và quản lý bệnh ĐTĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chang P., Lim L.** (2012), Interrelationships of periodontitis and diabetes: A review of the current literature. Journal of Dental Sciences, 7(3), pp. 272-282.
2. **Lalla E., Papapanou P.** (2011), Diabetes mellitus and periodontitis: a tale of two common interrelated diseases. Nat Rev Endocrinol, **7**, pp.738–748.
3. **WHO** (2022), Oral Health.
4. **Eke P., Thornton-Evans G., Wei L., et al.** (2018), Periodontitis in US Adults: national health and nutrition examination survey 2009-2014. J Am Dent Assoc, 149 (7), pp.576-588.
5. **Trịnh Đình Hải, Nguyễn Thị Hồng Minh, Trần Cao Bính** (2019), Điều tra sức khoẻ răng miệng toàn quốc 2019. Nhà xuất bản Y học.
6. **Singh M., Bains V., Jhingran R., et al.** (2019), Prevalence of periodontal disease in típ 2 diabetes mellitus patients: a cross-sectional study. Contemp Clin Dent, 10(2), pp. 349-357.
7. **Lưu Hồng Hạnh, Hoàng Thị Hà Anh, Phạm Dương Hiếu** (2016), Một số yếu tố liên quan đến thực trạng bệnh quanh răng ở người cao tuổi khu vực nội thành Hà Nội năm 2015. Tạp chí khoa học ĐHQGHN, 32 (2), pp 99-105.
8. **Yuan D., Zheng W., Zong L., et al** (2022), Periodontal health survey and analysis of influencing factors in 916 patients with type 2 diabetes. Pubmed, 31(2), pp 173-177
9. **Nguyễn Xuân Thực** (2011), Nghiên cứu bệnh quanh răng ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương và đánh giá hiệu quả can thiệp, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. **Hasan M., Rahman M., Nakamura K., et al** (2021), Relationship between diabetes self-care practices and control of periodontal disease among type 2 diabetes patients in Bangladesh. Plos One, 21(6), pp 121-128.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CỤT TRỰC TRÀNG ĐƯỜNG BỤNG – TẦNG SINH MÔN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP CÓ HÓA XẠ TRỊ DÀI NGÀY TRƯỚC MỔ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Phạm Văn Thương[1], Vũ Ngọc Sơn[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng đường bụng – tầng sinh môn (Miles) sau hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày ở bệnh nhân ung thư trực tràng 1/3 dưới tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 62 bệnh nhân từ tháng 5/2020 đến tháng 5/2025. Tất cả bệnh nhân được điều trị hóa xạ trị tiền phẫu kéo dài với capecitabine và xạ trị tổng liều 50,4 Gy, sau đó được phẫu thuật nội soi Miles. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân là 58,3 ± 9,1 tuổi, nam giới chiếm 61,3%. Khoảng cách u đến rìa hậu môn trung bình 2,8 ± 0,7 cm. Vét hạch chậu được thực hiện ở 16,1%, trong đó có 2 trường hợp (20%) di căn hạch chậu. Có 10 bệnh nhân được tạo vạt V-Y che phủ tầng sinh môn. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 4,8%. Diện cắt chu vi âm tính đạt 96,8%, tỷ lệ đáp ứng mô học hoàn toàn là 14,5%, tỷ lệ hạch âm tính 85,5%. Tỷ lệ biến chứng sớm là 29%, phổ biến nhất là bí tiểu (12,9%) và nhiễm trùng vết mổ tầng sinh môn (11,3%). Không có tử vong tronng 30 ngày đầu sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi Miles sau hóa xạ trị dài ngày là phương pháp điều trị an toàn, khả thi với hiệu quả phẫu thuật và ung thư học tích cực. Vét hạch chậu chọn lọc và tạo hình tầng sinh môn bằng vạt V-Y góp phần cải thiện kết quả điều trị.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng đường bụng – tầng sinh môn, phẫu thuật Miles.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC ABDOMINOPERINEAL RESECTION FOLLOWING LONG-COURSE NEOADJUVANT CHEMORADIOTHERAPY IN PATIENTS WITH LOW RECTAL CANCER AT THE 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the early outcomes of laparoscopic abdominoperineal resection (Miles procedure) following long-course neoadjuvant chemoradiotherapy (CRT) in patients with low rectal cancer at the 108 Military Central Hospital. **Materials and Methods:** This was a retrospective cross-sectional study of 62 patients undergoing laparoscopic Miles resection between May 2020 and May 2025. All patients received preoperative CRT with capecitabine and 50.4 Gy radiotherapy. Surgical data, pathological outcomes, and early postoperative complications (within 30 days) were analyzed. **Results:** The mean age was 58.3 ± 9.1 years; 61.3% were male. The mean tumor distance from the anal

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương
Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28/03/2025
Ngày phản biện khoa học: 8/4/2025
Ngày duyệt bài: 29/4/2025

verge was 2.8 ± 0.7 cm. Lateral pelvic lymph node dissection (LPLND) was performed in 16.1%, with 2 cases (20%) of positive nodes. V-Y gluteal flap reconstruction was performed in 10 patients. Conversion to open surgery occurred in 4.8%. CRM negativity was achieved in 96.8%, with a pCR rate of 14.5%, and ypN0 in 85.5%. Early postoperative complications occurred in 29%, mainly urinary retention (12.9%) and perineal wound infection (11.3%). No perioperative mortality was recorded. **Conclusion:** Laparoscopic Miles resection after long-course CRT is a safe and feasible procedure with favorable early oncologic and surgical outcomes. Selective LPLND and perineal reconstruction using V-Y flap enhance postoperative recovery and oncologic completeness.

Keywords: Rectal cancer, laparoscopic abdominoperineal resection, Miles procedure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới, trong đó ung thư trực tràng chiếm khoảng một phần ba tổng số ca bệnh. Đặc biệt, ung thư trực tràng 1/3 dưới (vị trí cách rìa hậu môn ≤ 5 cm) đặt ra nhiều thách thức trong điều trị ngoại khoa và kiểm soát ung thư do vị trí gần cơ thắt hậu môn, đòi hỏi phải thực hiện các phẫu thuật triệt căn nhằm đạt được kiểm soát tái phát tại chỗ một cách tối ưu [1].

Ngày nay, điều trị ung thư trực tràng là điều trị đa mô thức. Hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày (long-course chemoradiotherapy) kết hợp với phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (Total Mesorectal Excision – TME) đã trở thành tiêu chuẩn điều trị cho các trường hợp ung thư trực tràng giai đoạn tiến triển tại chỗ (giai đoạn II–III), nhằm mục tiêu làm giảm kích thước khối u, tăng khả năng phẫu thuật triệt căn và giảm nguy cơ tái phát tại chỗ. Trong các phương pháp phẫu thuật, cắt cụt trực tràng đường bụng - tầng sinh môn (còn được gọi là phẫu thuật Miles) là lựa chọn điều trị bắt buộc trong các trường hợp không bảo tồn được cơ thắt. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy phẫu thuật Miles có thể liên quan đến tỷ lệ diện cắt chu vi dương tính (CRM) và tái phát tại chỗ cao hơn [2].

Sự phát triển của phẫu thuật nội soi mang lại nhiều lợi ích như cải thiện trường mổ đặc biệt ở vùng tiểu khung chật hẹp, giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện, tuy nhiên hiệu quả và độ an toàn về mặt ung thư học của phương pháp phẫu thuật nội soi Miles vẫn còn nhiều tranh luận.

Tại Việt Nam, dữ liệu về kết quả điều trị phẫu thuật nội soi Miles điều trị ung thư trực tràng 1/3 dưới còn hạn chế, đặc biệt đối với bệnh nhân (BN) được hóa xạ trị dài ngày trước mổ. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: ***"Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng đường bụng – tầng sinh môn điều trị ung thư trực tràng thấp có hóa xạ trị dài ngày trước mổ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108".***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu được thực hiện tại Khoa Phẫu thuật Hậu môn – trực tràng và sàn chậu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến trực tràng 1/3 dưới (cách rìa hậu môn ≤ 5 cm), đã được điều trị hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày và phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng đường bụng - tầng sinh môn tại

bệnh viện trong thời gian từ tháng 5 năm 2020 đến tháng 5 năm 2025.

2.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tuổi ≥ 18.
- Chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến trực tràng 1/3 dưới qua mô bệnh học.
- Đã được điều trị hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày với tổng liều xạ trị 45–50,4 Gy chia 25–28 phân liều kết hợp capecitabine hoặc 5-FU.
- Phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng đường bụng – tầng sinh môn tại Bệnh viện TƯQĐ 108
- Hồ sơ bệnh án và dữ liệu theo dõi đầy đủ.

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có di căn xa tại thời điểm phẫu thuật.
- Không hoàn tất hóa xạ trị hoặc chỉ phẫu thuật giảm nhẹ.
- Có tiền sử ung thư khác hoặc bệnh nội khoa nặng không cho phép phẫu thuật.

2.5 Thu thập số liệu

Dữ liệu được khai thác từ hồ sơ bệnh án điện tử, bao gồm:

- Đặc điểm bệnh nhân và lâm sàng.
- Vị trí, giai đoạn u qua MRI; phác đồ hóa xạ trị.
- Kết quả trong mổ: Đặc điểm vét hạch chậu, tạo hình tầng sinh môn, tai biến, tỷ lệ chuyển mổ mở, thời gian mổ, lượng máu mất.
- Giải phẫu bệnh: Tình trạng diện cắt (CRM), mức độ đáp ứng khối u (theo TRG), tỷ lệ di căn hạch.
- Kết quả sớm sau mổ (trong 30 ngày sau mổ): biến chứng sớm, thời gian nằm viện, liền vết mổ tầng sinh môn.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0. Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn (SD) hoặc trung vị (IQR), so sánh bằng t-test hoặc U Mann–Whitney. Biến định tính được so sánh bằng chi-square hoặc Fisher exact test. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 5/2020 đến tháng 5/2025, có tổng cộng 62 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 58,3 ± 9,1 tuổi, với nam giới chiếm 61,3%. Khoảng cách trung bình từ bờ dưới u đến rìa hậu môn trung bình là 2,8 ± 0,7 cm. Tất cả bệnh nhân đều được điều trị bằng hóa xạ trị tiền phẫu dàu ngày với phác đồ capecitabine kết hợp xạ trị liều 50,4 Gy trong 28 phân liều.

Bảng 3.1. Kết quả trong mổ

Biến số	Kết quả (n=62)	Tỷ lệ %
Vét hạch chậu		
Bên phải	1	1,6%
Bên trái	2	3,2%
Hai bên	7	11,3%
Tạo hình tầng sinh môn		
Khâu đóng tầng sinh môn	52	83,9%
Tạo hình khuyết hổng bằng vạt V-Y	10	16,1%

Tai biến		
Tổn thương niệu quản trái	1	1,6%
Tổn thương tĩnh mạch chậu trái	1	1,6%
Tổn thương niệu đạo	1	1,6%
Tổn thương âm đạo	1	1,6%
Chuyển mổ mở	3	4,8%
Thời gian phẫu thuật	142,6 ± 36,4 phút (120 – 200 phút)	
Lượng máu mất	115 ± 58 ml (50 – 700ml)	

- Về đặc điểm phẫu thuật: 10 BN (16,1%) được vét hạch chậu kết hợp, trong đó chủ yếu là vét hạch chậu 2 bên. 10 BN được tạo hình khuyết hổng bằng vạt V-Y. Tai biến trong mổ có 4 trường hợp (6,4%). Tỷ lệ chuyển mổ mở là 4.8%. Thời gian phẫu thuật trung bình 142,6 ± 36,4 phút, lượng máu mất trung bình 115 ± 58 ml

Bảng 3.2. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

Biến số	Kết quả (n=62)	Tỷ lệ %
Diện cắt chu vi (CRM)		
Âm tính	60	96,8%
Dương tính	2	3,2%
Đáp ứng khối u sau hóa xạ		
Đáp ứng mô học hoàn toàn (pCR)	9	14,5%
Đáp ứng một phần	50	80,7%
Không đáp ứng	3	4,8%
Số hạch vét được	7,6 ± 2,2 (4 – 20 hạch)	
Đặc điểm di căn hạch		
Không có hạch di căn (ypN0)	53	85,5%
Di căn hạch vùng (ypN1a)	2	3,2%
Di căn hạch vùng (ypN1b)	2	3,2%
Di căn hạch vùng (ypN2a)	2	3,2%
Di căn hạch vùng (ypN2b)	1	1,6%
Di căn hạch chậu bên*	2	20%

*(*Tính trên 10BN vét hạch chậu)*

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: Tỷ lệ diện cắt chu vi CRM âm tính là 96,8%. T lệ đáp ứng mô học hoàn toàn (pCR) 14,5%. Số hạch vét được trung bình 7,6 ± 2,2 hạch. Tỷ lệ hạch âm tính (ypN0) là 85,5%. Trong 10 BN vét hạch chậu có 1BN di căn hạch hố bịt trái và 1 BN di căn hạch chậu trái.

Bảng 3.3. Kết quả sớm

Biến số	Kết quả (n=62)	Tỷ lệ %
Biến chứng sớm		
Bí tiểu	8	12,9%
Nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn	7	11,3%
Tắc ruột sớm	1	1,6%
Rò niệu đạo	1	1,6%
Rò niệu quản phải	1	1,6%

Liền vết mổ tầng sinh môn		
Liền vết mổ thì đầu	50	80,6%
Chậm liền vết mổ	5	8,7%
Nhiễm khuẩn vết mổ	7	11,3%
Thời gian nằm viện sau mổ	8,2 ± 2,7 ngày (6 – 28 ngày)	

- Kết quả sớm sau mổ: Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 29,0%, gặp nhiều nhất là bí tiểu 12,9% và nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn 11,3%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 8,2 ± 2,7 ngày. Không có bệnh nhân tử vong trong 30 ngày đầu sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt cụt trực tràng đường bụng – tầng sinh môn (Miles) vẫn là lựa chọn bắt buộc đối với các trường hợp ung thư trực tràng thấp không thể bảo tồn cơ thắt hậu môn. Trong kỷ nguyên điều trị đa mô thức, kết hợp hóa xạ trị tiền phẫu và kỹ thuật phẫu thuật tiên tiến, hiệu quả điều trị ngày càng được cải thiện. Nghiên cứu của chúng tôi đã phân tích chi tiết 62 trường hợp thực hiện phẫu thuật nội soi Miles sau hóa xạ trị dài ngày, với nhiều kết quả khả quan cả về mặt phẫu thuật, bệnh học và biến chứng sớm.

4.1. Đặc điểm kỹ thuật và kết quả phẫu thuật

Phẫu thuật nội soi Miles mang lại nhiều ưu điểm, đặc biệt trong việc thao tác trong khung chậu hẹp – vốn là thách thức chính trong ung thư trực tràng thấp, nhất là ở nam giới và người có chỉ số BMI cao.

Một trong những đặc điểm kỹ thuật đáng chú ý trong nghiên cứu là việc thực hiện vét hạch chậu bên ở 10/62 bệnh nhân (16,1%), trong đó phát hiện 2 trường hợp có di căn hạch chậu (20%). Điều này cho thấy ý nghĩa lâm sàng quan trọng về giá trị của vét hạch chậu bên trong nhóm bệnh nhân có hạch chậu nghi ngờ trên hình ảnh MRI trước mổ – vốn thường bị bỏ sót trong quy trình điều trị tiêu chuẩn Tây Âu (chỉ hóa xạ trị và phẫu thuật TME đơn thuần).

Tại Nhật Bản, kỹ thuật vét hạch chậu bên được chỉ định thường quy cho ung thư trực tràng thấp dưới phúc mạc (dưới vị trí S3), nghiên cứu JCOG0212 cho thấy hóa xạ trị tiền phẫu kết hợp phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng và nạo vét hạch chậu bên giúp giảm đáng kể tỷ lệ tái phát vùng chậu từ 12,6% xuống còn 7,4%, đặc biệt trong nhóm có hạch chậu to >7 mm trên MRI [3]. Tuy nhiên, kỹ thuật vét hạch chậu bên không phải không có rủi ro – phẫu thuật mở rộng vùng chậu có thể làm tăng tỷ lệ rối loạn tiểu tiện và rối loạn sinh dục do ảnh hưởng đến đám rối thần kinh chậu. Các hướng dẫn hiện nay của ESMO và NCCN chưa khuyến cáo vét hạch chậu thường quy sau hóa xạ trị tiền phẫu, tuy nhiên nên cân nhắc vét hạch chậu có chọn lọc ở nhóm có hạch chậu tồn tại hoặc tăng kích thước sau điều trị, đặc biệt với các u cT3-4, N2, hoặc nằm sát bên vùng hố bịt trên MRI.

Khuyết hổng tầng sinh môn sau cắt cụt trực tràng thường khó liền và dễ nhiễm khuẩn, đặc biệt ở bệnh nhân đã xạ trị trước mổ. Nghiên cứu ghi nhận 10 bệnh nhân (16,1%) được tạo vạt V-Y, phần lớn trong nhóm nữ hoặc có khuyết hổng lớn sau bóc tách tổ chức quanh âm đạo và cơ nâng hậu môn. Vạt V-Y (gluteal advancement flap) là một kỹ thuật chuyển vạt da – mỡ – cân cơ từ mông sang che phủ tầng sinh môn theo hình chữ V (kéo ra) rồi khâu về hình chữ Y (ép lại). Kỹ thuật này có nhiều ưu điểm: Cung cấp mô sống giàu mạch máu, giúp liền vết

thương nhanh, che phủ được diện rộng, đặc biệt hiệu quả ở bệnh nhân có khuyết hổng sâu. Theo nghiên cứu của Han và cộng sự, tạo hình vạt V-Y giúp giảm đáng kể tỷ lệ biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn từ 30–40% xuống còn dưới 10% [4]. Kỹ thuật được thực hiện sau khi hoàn tất thì bụng, với đường rạch da hình chữ V hai bên vùng mông, bóc tách vạt da-mỡ theo hướng từ ngoài vào trong, giữ nguyên mạch máu chậu ngoài và mạch thượng vị dưới, sau đó khâu vạt lại hình chữ Y để khép khuyết hổng. Thời gian thêm trung bình 30–45 phút nhưng không làm tăng đáng kể biến chứng chung.

Với tỷ lệ liền vết mổ tầng sinh môn thì đầu đạt 80,6% trong nghiên cứu, và tỷ lệ nhiễm khuẩn chỉ 11,3%, kết quả cho thấy vạt V-Y là giải pháp khả thi và hiệu quả trong việc cải thiện chất lượng liền vết thương. Trong bối cảnh bệnh nhân ngày càng được xạ trị nhiều hơn, đây là hướng can thiệp ngoại khoa cần khuyến nghị áp dụng rộng rãi trong tương lai tại các trung tâm có chuyên khoa sâu.

Nghiên cứu ghi nhận thời gian mổ trung bình là 142,6 ± 36,4 phút và lượng máu mất là 115 ± 58 ml, cho thấy khả năng kiểm soát phẫu trường tốt, tương đồng với nghiên cứu của Baek (2013), với thời gian mổ trung bình 150 phút và lượng máu mất trung bình 120 ml trong nhóm nội soi Miles [5]. Chúng tôi có 4,8% BN phải chuyển mổ mở là những trường hợp u lớn không đáp ứng sau hóa xạ trị hoặc có tai biến tổn thương tĩnh mạch chậu, niệu đạo trong mổ – đây là con số tích cực so với tỷ lệ 6–10% trong các nghiên cứu đa trung tâm quốc tế như COLOR II trial và ALaCaRT trial [1,2].

4.2. Kết quả giải phẫu bệnh và giá trị ung thư học

Tỷ lệ diện cắt chu vi (CRM) âm tính trong nghiên cứu là 96,8%**,** cao hơn so với các nghiên cứu trước đó như West (2010) (CRM âm tính 85%) và rất đáng khích lệ khi so sánh với nhóm mổ mở trong nghiên cứu ALaCaRT (CRM âm tính 92%) [2]. Đây là biến số quan trọng cho thấy nguy cơ tái phát tại chỗ thấp, phản ánh chất lượng phẫu tích mạc treo trực tràng (TME) được thực hiện tốt bằng phẫu thuật nội soi.

Tỷ lệ đáp ứng mô học hoàn toàn (pCR) là 14,5%**,** nằm trong khoảng thường gặp từ 10–20% ở các nghiên cứu có cùng phác đồ hóa xạ trị. Trong nghiên cứu của Maas (2010), tỷ lệ pCR là 15,6% trong nhóm bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn II–III được điều trị bằng hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày [6]

Nghiên cứu ghi nhận số lượng hạch vét được trung bình chỉ 7,6 ± 2,2, thấp hơn khuyến cáo ≥12 hạch theo AJCC/UICC [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân không có di căn hạch (ypN0) lại cao, lên đến 85,5% – điều này có thể phản ánh hiệu quả hóa xạ trị tốt hơn là do hạn chế kỹ thuật. Một số nghiên cứu cho thấy sau hóa xạ trị tiền phẫu, số hạch thu được thường giảm đáng kể do xơ hóa và thoái triển hạch [8].

4.3. Kết quả sớm

Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ là 29,0%, chủ yếu là bí tiểu (12,9%) và nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn (11,3%). Điều này phù hợp với số liệu của Law (2000), ghi nhận tỷ lệ biến chứng sau APR từ 20–35% [9]. Tình trạng bí tiểu thường do ảnh hưởng của xạ trị và tổn thương thần kinh chậu trong phẫu thuật. Nhiễm khuẩn và chậm liền vết mổ tầng sinh môn là biến chứng phổ biến nhất sau Miles, đặc biệt khi không tái tạo bằng vạt che phủ (chúng tôi đã bàn luận ở trên)

Chỉ 8,7% bệnh nhân chậm liền vết mổ và 11,3% nhiễm khuẩn vết mổ, nhưng đa số liền

vết mổ sau 2–3 tuần chăm sóc tích cực, không cần tái phẫu thuật. Nghiên cứu của Musters (2017) chứng minh rằng sử dụng vật liệu sinh học (biologic mesh) hoặc vạt cơ mông lớn có thể giảm đáng kể tỷ lệ biến chứng tầng sinh môn, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân có tiền sử xạ trị [10].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi Miles sau hóa xạ trị dài ngày là phương pháp điều trị an toàn, khả thi với hiệu quả phẫu thuật và ung thư học tích cực. Vét hạch chậu chọn lọc và tạo hình tầng sinh môn bằng vạt V-Y góp phần cải thiện kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Siegel RL, et al.** Cancer statistics, 2023. CA Cancer J Clin. 2023;73(1):17-48.
2. **West NP, et al.** Multicentre experience with extralevator APR for low rectal cancer. Br J Surg. 2010;97(4):588-599.
3. **Fujita S, et al.** Mesorectal excision with or without lateral lymph node dissection for clinical stage II/III lower rectal cancer (JCOG0212): a multicentre, randomised controlled, non-inferiority trial. Lancet Oncol. 2017;18(6):569–580.
4. **Han J, et al.** Use of V-Y gluteal fasciocutaneous advancement flaps in perineal wound reconstruction after APR: A prospective study. Int J Colorectal Dis. 2019;34(1):75–82.
5. **Baek SJ, et al.** Laparoscopic versus open abdominoperineal resection for low rectal cancer: comparison of perioperative and oncologic outcomes. Ann Coloproctol. 2013;29(5):205–211.
6. **Maas M, et al.** Prediction of pathologic complete response after CRT for rectal cancer. Lancet Oncol. 2010;11(9):682–689.
7. **AJCC Cancer Staging Manual, 8th Edition.** Springer; 2017.
8. **Chand M, et al.** The effect of neoadjuvant chemoradiotherapy on lymph node yield and status in rectal cancer. Dis Colon Rectum. 2009;52(4):583–588.
9. **Law WL, Chu KW.** Abdominoperineal resection for low rectal cancer. Surg Today. 2000;30(4):328–333.
10. **Musters GD, et al.** Biological mesh closure of the pelvic floor after APR. Ann Surg. 2017;265(5):1074–1081.

ĐẶC ĐIỂM TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẠ LONG, QUẢNG NINH NĂM 2024

Nguyễn Thị Thanh Thủy[1], Bùi Thị Hương[2], Hoàng Thị Giang[2]

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 400 bệnh nhân tăng huyết áp (THA) đang được quản lý, điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Hạ Long năm 2024. Mục tiêu nghiên cứu là mô tả đặc điểm tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa Hạ Long, Quảng Ninh năm 2024. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu là 53%; tỷ lệ người bệnh tham gia nghiên cứu tuân thủ điều trị thuốc kém chiếm 9,0%, có 72,3% bệnh nhân tuân thủ điều trị trung bình và 18,8% tuân thủ điều trị tốt. Do đó, bệnh viện Đa khoa Hạ Long cần có những biện pháp tư vấn, truyền thông phù hợp giúp cho bệnh nhân nhận thức được vai trò của việc tuân thủ điều trị thuốc trong điều trị THA.

Từ khóa: Tăng huyết áp; tuân thủ điều trị; Bệnh viện Đa khoa Hạ Long

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF TREATMENT ADHERENCE IN HYPERTENSIVE PATIENTS AT THE OUTPATIENT DEPARTMENT, HA LONG GENERAL HOSPITAL, QUANG NINH IN 2024

The cross-sectional study was conducted among 400 hypertension patients who were being managed and treated on an outpatient basis at the Outpatient Department of Ha Long General Hospital in 2024. The objective of the study was to describe the medication adherence characteristics of hypertensive patients receiving outpatient treatment at the Outpatient Department, Ha Long General Hospital, Quang Ninh, in 2024. The study results showed that: the rate of patients achieving target blood pressure was 53%; the proportion of patients who had poor medication adherence was 9.0%, 72.3% of patients had moderate adherence, and 18.8% had good adherence to treatment. Therefore, Ha Long General Hospital needs to implement appropriate counseling and communication measures to help patients recognize the importance of medication adherence in the treatment of hypertension.

Keywords: Hypertension; medication adherence; Ha Long General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến những thay đổi quan trọng đối với các biến cố tim mạch, bao gồm: tử vong do tim, bệnh mạch vành, suy tim và đột quỵ do thiếu máu cục bộ hoặc xuất huyết [1]. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2023 có khoảng 1,28 tỷ người bị THA trong độ tuổi từ 30-79 trên toàn thế giới, 2/3 người bệnh hiện đang sống ở các nước có thu

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hạ Long, Quảng Ninh*
[2]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Thủy
Email: nguyenthanhthuypk5@gmail.com
Ngày nhận bài: 5/5/2025
Ngày phản biện: 5/5/2025
Ngày đăng bài: 12/5/2025

nhập thấp và trung bình, dự báo đến năm 2025 có khoảng 1,56 tỷ người bị THA và là nguyên nhân chính gây tử vong sớm trên toàn thế giới [2]. Thống kê năm 2020, có khoảng 15 triệu người Việt Nam mắc bệnh THA và đái tháo đường, tuy nhiên chỉ có 20 - 30% trên tổng số bệnh nhân được quản lý điều trị bởi các cơ sở y tế [3, 4].

Hiện nay, đang có rất nhiều các loại thuốc hạ huyết áp hữu hiệu và những khuyến nghị, hướng dẫn điều trị của Hội tăng huyết áp Châu Âu, WHO… Nhưng tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị THA và kiểm soát được huyết áp mục tiêu vẫn còn thấp [5, 6]. Câu hỏi đặt ra là thực trạng tuân thủ điều trị THA của người bệnh như thế nào? Trước thực tế đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu mô tả đặc điểm tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa Hạ Long, Quảng Ninh năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh THA đang được quản lý, điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Hạ Long. Lựa chọn bệnh nhân THA từ 18 tuổi trở lên, tham gia điều trị ngoại trú trên 3 tháng tính đến thời điểm nghiên cứu và có đầy đủ hồ sơ bệnh án điều trị ngoại trú tại bệnh viện; đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ bệnh nhân THA thứ phát (do viêm cầu thận mạn, u tủy thượng thận...) và những người bệnh người bệnh không có khả năng trả lời câu hỏi phỏng vấn.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Hạ Long. Thời gian nghiên cứu từ tháng 12 năm 2023 đến tháng 10 năm 2024.

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

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu điều tra nghiên cứu được xác định theo công thức ước lượng cho một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu; Chọn $\alpha = 0,05$ với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; d: Khoảng sai lệch giữa tỷ lệ của mẫu nghiên cứu và tỷ lệ thực trong quần thể ($d = 0,05$); p: Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt, lấy $p = 0,3175$ theo nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hiến và cộng sự [6]. Áp dụng công thức tính toán được cỡ mẫu tối thiểu là 333 bệnh nhân, thực tế khi triển khai có 400 bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu của chúng tôi.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn bằng cách lập danh sách tất cả các bệnh nhân hiện đang tham gia quản lý điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Hạ Long đáp ứng tiêu chí lựa chọn từ ngày 01/02/2024 cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu. Trên thực tế có 400 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, đồng ý tham gia nghiên cứu của chúng tôi.

2.6. Biến số nghiên cứu

Thông tin chung của bệnh nhân (tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, nghề nghiệp, trình độ học vấn, kinh tế gia đình và tình trạng sống, thời gian mắc bệnh); chỉ số huyết áp tại thời điểm nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị thuốc.

Đánh giá tuân thủ sử dụng thuốc điều trị THA: theo thang điểm Morisky (MMAS- 8), gồm 8 câu hỏi. Trong đó câu 1-4 và câu 6-8: trả lời "KHÔNG" được 1 điểm, câu trả lời "CÓ" thì 0 điểm. Câu số 5: trả lời "CÓ"

được 1 điểm, trả lời "KHÔNG" thì 0 điểm [7].

Đánh giá chia làm 3 mức: tuân thủ kém, trung bình hoặc tốt (điểm Morisky < 6, 6–7,9 và 8 tương ứng) [8].

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin được thu thập thông qua trích lục từ hồ sơ bệnh án; phỏng vấn trực tiếp bộ câu hỏi và tiến hành đo huyết áp, đo các chỉ số nhân trắc học (cân nặng, chiều cao) bệnh nhân tham gia quản lý điều trị tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Hạ Long.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

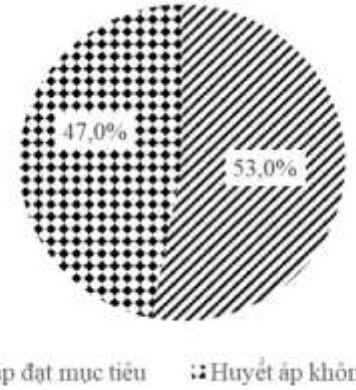
Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý theo phương pháp thống kê y sinh bằng phần mềm STATA 14.0.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng thông qua đề cương Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt theo quyết định số 47/QĐ-YDHP ngày 12 tháng 1 năm 2024 của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Nghiên cứu thực hiện với sự đồng ý và ủng hộ của lãnh đạo Bệnh viện đa khoa Hạ Long. Tất cả các đối tượng được lựa chọn vào nghiên cứu đều được báo trước và giải thích rõ về mục đích và nội dung nghiên cứu, đồng thuận tham gia nghiên cứu. Các thông tin nghiên cứu đều được bảo mật hoàn toàn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 400 người tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nam giới chiếm 53,5%; nhóm tuổi từ 70 – 79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (32,8%); nhóm nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ cao nhất (51,2%); nhóm có trình độ từ THPT trở lệ chiếm 70,2%; nhóm sống cùng người thân và có điều kiện kinh tế thuộc hộ không nghèo chiếm chủ yếu (99,2%), (98,5%).



Hình 1. Tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp được điều trị đạt huyết áp mục tiêu tại thời điểm thu nhận vào nghiên cứu (n=400)

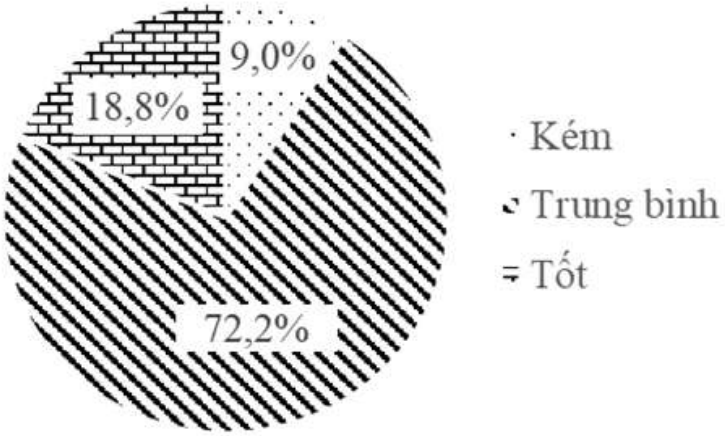
Tại thời điểm thu nhận nghiên cứu, người bệnh THA điều trị đạt huyết áp mục tiêu chiếm 53,0%, có 47,0% người bệnh chưa đạt huyết áp mục tiêu.

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Morisky (n=400)

TT	Điều trị thuốc	Có n (%)	Không n (%)
1	Thỉnh thoảng quên uống thuốc điều trị THA	311 (77,8)	89 (22,2)
2	Trong 2 tuần qua quên uống thuốc THA	14 (3,5)	386 (96,5)
3	Tự ý dừng thuốc vì cảm thấy sức khỏe xấu đi	3 (0,8)	397 (99,2)

4	Quên mang thuốc THA khi đi xa	47 (11,8)	353 (88,2)
5	Uống thuốc THA ngày hôm qua	397 (99,2)	3 (0,8)
6	Tự ý dừng thuốc THA khi triệu chứng giảm	19 (4,8)	381 (95,2)
7	Cảm thấy phiền phức khi dùng thuốc THA hàng ngày	55 (13,8)	345 (86,2)
8	Cảm thấy gặp khó khăn khi nhớ việc uống thuốc THA hàng ngày đúng giờ	30 (7,5)	370 (92,5)

Người bệnh thỉnh thoảng quên uống thuốc điều trị THA chiếm (77,8%); có 13,8% bệnh nhân cảm thấy phiền phức khi dùng thuốc THA hàng ngày và 11,8% bệnh nhân quên mang thuốc THA khi đi xa.



Hình 2. Phân bố mức độ tuân thủ điều trị thuốc của đối tượng nghiên cứu (n=400)

Kết quả hình 2 cho thấy có 9% bệnh nhân tuân thủ điều trị kém, 72,3% bệnh nhân tuân thủ điều trị trung bình và chỉ có 18,8% tuân thủ điều trị tốt.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ sử dụng thuốc theo đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=400)

Đặc điểm chung		**Mức độ tuân thủ n (%)**			**p**
		Kém	**Trung bình**	**Tốt**	
Giới	Nam	19 (8,9)	156 (72,9)	39 (18,2)	0,95
	Nữ	17(9,1)	133 (71,5)	36 (19,4)	
Nhóm tuổi	<60 tuổi	4 (6,5)	45 (73,8)	12 (19,7)	0,82*
	≥60 tuổi	32 (9,4)	244 (72,0)	63 (18,6)	
Trình độ học vấn	Tốt nghiệp tiểu học	0	1 (100)	0	-
	Tốt nghiệp THCS	9 (7,6)	94 (79,7)	15 (12,7)	
	Tốt nghiệp THPT	21 (14,6)	96 (66,7)	27 (18,7)	
	Trên THPT	6 (4,4)	98 (71,5)	33 (24,1)	
Nghề nghiệp	Công nhân viên chức	3 (20,0)	9 (60,0)	3 (20,0)	0,51*
	Hưu trí	16 (8,9)	127 (70,5)	37 (20,6)	
	Buôn bán, du lịch, tự do	17 (8,3)	153 (74,6)	35 (17,1)	
Sống cùng vợ/chồng/con cái	Không	0	2 (66,7)	1 (33,3)	-
	Có	36 (9,1)	287 (72,3)	74 (18,6)	

Kinh tế hộ gia đình	Nghèo	1 (16,7)	5 (83,3)	0	-
	Không ghèo	35 (8,9)	284 (72,1)	75 (19,0)	
Thời gian mắc	Trên 5 năm	6 (14,3)	25 (59,5)	11 (26,2)	0,11*
	Từ 1-5 năm	28 (8,0)	259 (74,0)	63 (18,0)	
	Dưới 1 năm	2 (25,0)	5 (62,5)	1 (12,5)	
Bệnh lý đồng mắc	Có	3 (7,1)	36 (85,8)	3 (7,1)	0,09*
	Không	33 (9,2)	253 (70,7)	70 (20,1)	
Tiền sử gia đình có người mắc THA	Có	3 (5,8)	41 (78,8)	8 (15,4)	0,57
	Không	33 (9,5)	248 (71,3)	67 (19,2)	
Huyết áp đạt mục tiêu	Không	14 (7,4)	137 (72,9)	37 (19,7)	0,57
	Có	22 (10,4)	152 (71,7)	38 (17,9)	

**Fisher's exact test, THCS: Trung học cơ sở, THPT: Trung học Phổ thông*

Tỷ lệ tuân thủ tốt tập trung cao ở giới nữ (19,4%), nhóm dưới 60 tuổi (19,7%), nhóm có trình độ học vấn trên THPT (24,1%), nhóm công nhân (23,1%), nhóm có thời gian mắc trên 5 năm (26,2%), và nhóm có bệnh lý đồng mắc (20,1%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

IV. BÀN LUẬN

Mục tiêu quan trọng nhất trong điều trị THA là đạt huyết áp mục tiêu, làm chậm các biến chứng về tim mạch, não, thận, mắt cho người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh được điều trị đạt huyết áp mục tiêu chiếm 53,0%, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Phạm Minh Khuê (2021) tại trung tâm y tế huyện Nam Sách, Hải Dương có 50,6% người bệnh được điều trị đạt huyết áp mục tiêu [9].

Khi đánh giá mức độ tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh theo thang điểm Morisky, chúng tôi thu được những kết quả sau: Tỷ lệ người bệnh thỉnh thoảng quên uống thuốc điều trị huyết áp là 77,8%, quên mang theo thuốc khi đi xa là 11,8%. Kết quả này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Kiếm khi chỉ có 29,9% người bệnh thỉnh thoảng quên uống thuốc [10]. Quên uống thuốc là một nguyên nhân rất thường gặp ở những người bệnh sử dụng thuốc dài ngày dẫn tới giảm tác dụng của phác đồ điều trị. Việc quên thuốc có thể là do tâm lý chủ quan ở người bệnh hoặc do chứng hay quên ở người già khi thiếu sự hỗ trợ của người chăm sóc hoặc người thân trong gia đình. Cuộc sống bận rộn và liệu pháp điều trị nhiều thuốc, nhiều thời điểm uống trong ngày cũng có thể ảnh hưởng dẫn tới việc quên thuốc. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu chỉ ra có 4,8% người bệnh ngừng uống thuốc khi triệu chứng giảm, thấp hơn kết quả của Nguyễn Văn Kiếm là 23,6% [10]. Có 13,8% người bệnh THA cảm thấy phiền phức khi dùng thuốc THA hàng ngày và 7,5% cảm thấy việc nhớ thuốc hàng ngày khó khăn, so với 2 biến số tương đương trong kết quả của Nguyễn Văn Kiếm là 2,5% và 7,6% [10]. Theo các chuyên gia về tim mạch, trong quá trình điều trị, có người bệnh mặc dù biết mình bị THA nhưng vẫn không điều chỉnh chế độ ăn uống còn uống rượu/ bia, hút thuốc hoặc tự ý bỏ thuốc là phổ biến do sự hiểu

biết hạn chế về THA là một bệnh mạn tính và chỉ cần uống thuốc khi có triệu chứng như đau đầu, chóng mặt. Trong nghiên cứu một số trường hợp thấy HA đã giảm và ổn định nên BN yên tâm chủ quan không dùng hoặc tự ý giảm liều thuốc, tuy nhiên tỷ lệ này không cao (4,8%) hoặc tỷ lệ bệnh nhân tự ý dừng thuốc vì cảm thầy sức khỏe xấu đi (0,8%). Điều này phản ánh nhận thức về bệnh có sự chuyển biến và đã thấy được tầm quan trọng của việc điều trị lâu dài và sự nguy hiểm về những biến chứng của bệnh. Bởi, bỏ trị hoặc điều trị thuốc không đều sẽ là nguyên nhân dẫn đến biến chứng của THA nhanh hơn, các biến chứng này thường nặng nề như suy tim, tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, suy thận…và tử vong. Ngoài ra, một số người bệnh có tâm lý sợ tác dụng phụ của thuốc tây y hoặc được nghe từ nguồn thông tin không chính thống, gây khó khăn trong điều trị của người bệnh, đặc biệt là những người lớn tuổi. Vì vậy, khi gặp tác dụng phụ, người bệnh sẽ rất hoang mang lo lắng, dẫn đến bỏ trị hoặc mất niềm tin vào nhân viên y tế. Những điều này đòi hỏi sự tư vấn kĩ càng của cán bộ y tế và cá thể hoá việc điều trị sẽ khiến người bệnh có sự tin tưởng và có kiến thức trong việc điều trị các bệnh mạn tính như tăng huyết áp.

Đánh giá chung về mức độ tuân thủ điều trị thuốc, tỷ lệ người bệnh tham gia nghiên cứu tuân thủ điều trị thuốc kém chiếm 9,0%, có 72,3% bệnh nhân THA tuân thủ điều trị trung bình và 18,8% tuân thủ điều trị tốt. Việc bệnh nhân tuân thủ điều trị thuốc đóng vai trò rất quan trọng, giúp cho bác sỹ theo dõi được hiệu quả điều trị của thuốc, đưa ra được các hướng điều trị tiếp theo từ đó góp phần nâng cao hiệu quả trong điều trị bệnh THA. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hiến (31,75%) khi nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân THA điều trị ngoại trú tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị kém tập trung cao ở các nhóm bênh nhân: từ 60 tuổi trở lên (9,4%); ở nhóm tốt nghiệp THPT (14,6%), nghề nghiệp là công nhân (23,1%), nhóm sống cùng gia đình , người thân (9,1%); nhóm thuộc hộ nghèo (16,7%); nhóm có thời gian mắc trên 5 năm (14,3%), nhóm không có bệnh lý đồng mắc (9,2%) và nhóm gia đình không có người mắc THA (9,5%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Việc tuân thủ thuốc tương đối phức tạp và có nhiều các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến nó, chẳng hạn như chi phí mua thuốc, vai trò hướng dẫn sử dụng thuốc của cán bộ y tế hay cả thị lực và tâm lý của người bệnh. Vì vậy, việc thường xuyên tư vấn, nhắc nhở, truyền thông giáo dục về tầm quan trọng của uống thuốc THA đều đặn và đúng giờ cho người bệnh cũng như người nhà người bệnh là hết sức cần thiết

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu là 53%; tỷ lệ người bệnh tham gia nghiên cứu tuân thủ điều trị thuốc kém chiếm 9,0%, có 72,3% bệnh nhân tuân thủ điều trị trung bình và 18,8% tuân thủ điều trị tốt. Cần có biện pháp tăng cường tuân thủ điều trị thuốc để nâng cao tỷ lệ bệnh nhân có huyết áp đạt mục tiêu ở địa bàn nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Society Hypertension (KSH),** Hypertension Epidemiology Research Working Group, Hyeon Chang Kim, Myeong-Chan Cho. Korea hypertension fact sheet 2018. Clin Hypertens. 2018; 24:13.
2. **World Health Organization.** Hypertension. Accessed date: 09/12/2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
3. **World Health Organization.** WHO lauds Hai Duong's blueprint for noncommunicable diseases. News release. Accessed: date: 09/10/2024. <https://www.who.int/vietnam/news/detail/16-06-2020-who-lauds-hai-duong-s-blueprint-for-noncommunicable-diseases>.
4. **Mills KT, Stefanescu A, He J.** The global epidemiology of hypertension. Nat Rev Nephrol. 2020; 16 (4): 223–237.
5. **Nguyễn Thị Hường, Lê Thị Bình.** Thực trạng kiến thức thực hành về tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Bạch Mai. 2022; Tạp chí Y học Việt Nam, 510(1): 270-275.
6. **Đỗ Thị Hiến, Phạm Trường Sơn, Lê Thị Bình.** Đánh giá sự tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội Tim mạch - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. 2020; Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 15(DB11): 1-7.
7. **Donald E Morisky, Alfonso Ang, Marie Krousel-Wood, Harry J Ward,** Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting, J Clin Hypertens (Greenwich). 2008; 10 (5): 348-354.
8. **Amanda D Hyre, Marie A Krousel-Wood, Paul Muntner, et al.** Prevalence and predictors of poor antihypertensive medication adherence in an urban health clinic setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2007; 9 (3): 179-186.
9. **Phạm Minh Khuê, Trần Thị Thanh, Trần Thị Thúy Hà và cộng sự.** Thực trạng quản lý điều trị ngoại trú bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế huyện Nam Sách, Hải Dương năm 2018 - 2019. Tạp chí Y học dự phòng. 2021; 31(1): 134–140.
10. **Nguyễn Văn Kiếm.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến quản lý tăng huyết áp ngoại trú tại trung tâm y tế Phù Cừ, tỉnh Hưng Yên năm 2023. Luận văn chuyên khoa cấp II Quản lý y tế, Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng, Hải Phòng. 2023.

BÁO CÁO CA BỆNH: RỐI LOẠN MỠ MÁU NẶNG TRONG THAI KỲ GÂY CƠN CO TỬ CUNG DOẠ SINH NON

Bùi Văn Hiếu[1,2], Nguyễn Thị Hoàng Trang[2], Nguyễn Thị Thanh Hương[1], Vũ Thị Minh Phương[3], Trần Khắc Quang[2]

TÓM TẮT

Trong thai kỳ, rối loạn lipid máu là một tình trạng sinh lý phổ biến, nồng độ triglycerid thường tăng nhẹ nhưng khi nồng độ này tăng quá cao là một thực thể bệnh lý hiếm gặp nhưng nguy hiểm, ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe mẹ và thai nhi. Chúng tôi báo cáo một trường hợp mô tả một sản phụ 39 tuổi, thai 32 tuần, có tiền sử viêm tụy mạn, nhập viện trong tình trạng đau bụng cơn, được xác định có triglycerid máu tăng rất cao (66,35 mmol/L), gấp hơn 30 lần giới hạn bình thường. Đáng chú ý, không có bằng chứng lâm sàng của viêm tụy cấp hay tăng huyết áp, không có bằng chứng về cơn co tử cung gây ra do viêm nhiễm, hay cổ tử cung yếu và cơ tử cung căng giãn quá mức. Định hướng đến nguyên nhân gây cơn co tử cung là do rối loạn chuyển hóa lipid nặng. Điều này được chứng minh khi bệnh nhân được sử dụng một liều thuốc cắt cơn co, thuốc hạ lipid và điều chỉnh chế độ ăn thì tình trạng không thấy xuất hiện cơn co tử cung nữa. Điều này có thể giải thích do tăng nồng độ lipid, đặc biệt là LDL-C và triglycerid, có thể kích hoạt phản ứng viêm toàn thân, tăng tổng hợp prostaglandins nội sinh, làm tăng tính nhạy cảm của tử cung với oxytocin, từ đó khởi phát cơn co tử cung. Ngoài ra, các acid béo tự do tích lũy trong máu còn tác động đến kênh ion màng tế bào cơ trơn tử cung, gây tăng khử cực và co bóp bất thường. Báo cáo này nhấn mạnh vai trò thiết yếu của việc tầm soát mỡ máu ở nhóm sản phụ có nguy cơ cao, đặc biệt là những người có tiền sử viêm tụy hoặc bệnh lý chuyển hóa. Phát hiện sớm, và điều trị tích cực rối loạn lipid máu không chỉ giúp kiểm soát triệu chứng mà còn đóng vai trò trong việc ngăn ngừa biến chứng nghiêm trọng như viêm tụy cấp, tiền sản giật, thai lưu và sinh non. Việc can thiệp sớm, phối hợp dinh dưỡng hợp lý và sử dụng acid béo Omega-3 ở liều điều trị đã cho thấy hiệu quả rõ rệt và an toàn trên lâm sàng trong trường hợp này.

Từ khóa: Rối loạn mỡ máu, thai kì, nguy cơ.

SUMMARY

CASE REPORT: SEVERE DYSLIPIDEMIA IN PREGNANCY CAUSING UTERINE CONTRACTIONS IN THREATENED PRETERM LABOR

During pregnancy, dyslipidemia is a common physiological condition. Triglyceride levels are often slightly increased. However, when triglyceride levels become excessively high, it indicates a rare but dangerous pathological state that can directly affect the health of both the mother and the fetus. We report a case describing a 39-year-old pregnant woman at 32 weeks of gestation, with a history of chronic pancreatitis, who was admitted to the hospital with colicky abdominal pain, determined

[1]*Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng*
[2]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[3]*Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Hiếu
Email: hieubv@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 15/4/2025
Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024
Ngày duyệt bài: 14/5/2025

to have severe hypertriglyceridemia (66.35 mmol/L), more than 30 times the normal range. Notably, there were no clinical signs of acute pancreatitis or hypertension, and no evidence of uterine contractions caused by inflammation, cervical weakness, and excessive uterine relaxation. We recognized that the uterine contractions were caused by severe lipid metabolic disorder. The condition was proven to be true as the pregnant woman was treated by using tocolytics, lipid-lowering drugs, and dietary modifications, and then no sign of uterine contractions appeared anymore. This condition may be explained by the high lipid levels, particularly LDL-C and triglycerides, which can trigger systemic inflammatory responses, increase endogenous prostaglandin synthesis, and enhance the uterus's sensitivity to oxytocin, ultimately initiating uterine contractions. Additionally, the accumulation of free fatty acids in the blood may affect ion channels in uterine smooth muscle cell membranes, leading to increased depolarization and abnormal contractions. This case report highlights the importance of lipid profile screening in high- risk pregnant women, especially those with a history of pancreatitis or metabolic disorders. Early detection and aggressive treatment of dyslipidemia not only help control symptoms but also play a key role in preventing serious complications such as acute pancreatitis, preeclampsia, stillbirth, and premature labor. Early intervention, combining with appropriate nutritional counseling and therapeutic doses of omega-3 fatty acids, proved to be both effective and safe in this clinical case.

Keywords: dyslipidemia, pregnancy, risk.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thời kì mang thai, những thay đổi sinh lý xảy ra có thể gây ra nhiều biến đổi ở thai phụ, trong đó có sự thay đổi về mỡ máu. Rối loạn lipid máu trong thai kì đặt ra những thách thức lâm sàng đặc biệt do ảnh hưởng của nó đối với sức khỏe của mẹ và thai nhi.

Trong thai kì bình thường, tất cả lipid huyết tương đều tăng sau tuần thứ 8 của thai kỳ. Nguyên nhân được cho là để đáp ứng nhu cầu năng lượng của mẹ và sự phát triển của thai nhi. Chế độ ăn uống không kiểm soát của mẹ cũng là một trong những nguyên nhân gây tăng mỡ máu khi mang thai. Bên cạnh đó, yếu tố di truyền cũng được nhiều tác giả đề cập đến. Nếu trong gia đình có người mắc rối loạn mỡ máu (cha mẹ, anh chị em), nguy cơ tăng mỡ máu trong thai kỳ tăng cao gấp 2-3 lần. Cùng với đó, sự bất thường di truyền của chuyển hóa, các đột biến gen APOA5, LP, APOE, APOC2 và GP1HBP1 cũng làm tăng nguy cơ rối loạn mỡ máu trong thai kì [1]. Cholesterol huyết tương có thể cao hơn khoảng 50% so với mức trước khi mang thai, trong khi triglyceride có sự thay đổi lớn nhất, tăng gấp 2-3 lần vào tam cá nguyệt thứ ba (trung bình lần lượt 0.89 mmol/L, 1.71 mmol/L và 2.77 mmol/L trong ba giai đoạn thai kỳ) [2, 3]. Những thay đổi này có thể được xem là cần thiết để đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng của thai nhi. Tuy nhiên, trong 1 số trương hợp, Triglycerid có thể tăng rất cao (trên 1000mg/dl hoặc 11,3 mmol/L), được gọi là tăng Triglycerid máu nặng [3]. Tình trạng này là bệnh lý hiếm gặp nhưng có thể dẫn đến những biến chứng nghiêm trọng cho cả mẹ và thai như viêm tụy cấp, dọa sinh non, thậm chí tử vong cho cả mẹ và thai [4]. Nghiên cứu của Jin cho thấy cứ mỗi lần tăng triglycerid 88,5 mg/dL trong quý 3 thai kỳ, cũng tăng nguy cơ mắc bệnh tiểu đường thai kỳ (OR, 1,37) và tiền sản giật (OR, 1,50) [5]. Chúng tôi mô tả trường hợp một sản phụ 39 tuổi, mang thai tự nhiên lần

3, 2 lần trước đẻ thường đủ tháng, tiền sử viêm tụy cấp nhiều lần trước mang thai, điều trị tại bệnh viện huyện. Quá trình mang thai bệnh nhân không kiểm tra lại mỡ máu, không dùng thuốc, ăn uống theo chế độ thai kỳ bình thường. Sản phụ vào viện lúc thai 32 tuần vì đau bụng cơn do cơn co tử cung. Sản phụ được lấy máu làm xét nghiệm cho các chỉ số mỡ máu tăng cao bất thường, CTG với CCTC tần số 1, cường độ 50mmhg. Sản phụ được điều trị 01 liều cắt cơn co và Lipantyl, Omega- 3 và Infogos, được xuất viện sau 6 ngày điều trị và hẹn tái khám sau 1 tháng. Sản phụ tiếp tục được theo dõi sát thai kì và đã kết thúc thai kì lúc 38 tuần 3 ngày, đẻ thường ra một nhi trai, nặng 3000 gram. Đồng thời, sản phụ được làm lại xét nghiệm mỡ máu trước và sau sinh về ngưỡng cho phép. Theo dõi kết quả các chỉ số mỡ máu của sản phụ, chúng tôi nhận thấy sự thay đổi về nồng độ của các chỉ số từ khi tiếp nhận, khi được điều trị, kiểm tra lại sau một tháng tự theo dõi tại nhà. Bên cạnh đó, tình trạng đau bụng của sản phụ cũng giảm và âm tính ngay sau khi nồng độ Triglycerid về ngưỡng cho phép. Kết quả các chỉ số mỡ máu của sản phụ trước và sau sinh cũng có sự thay đổi nhưng không đáng kể.

II. BÁO CÁO CA BỆNH (CASE REPORT)

Sản phụ 39 tuổi, BMI 22.6, tiền sử viêm tụy cấp nhiều lần, không uống rượu, PARA 2002 (đẻ thường 2 lần đủ tháng, thai lần 2 cách 12 năm). Tiền sử gia đình không ai mắc bệnh lý tim mạch, đái tháo đường hay các bệnh lý chuyển hóa khác. Sản phụ đã không tái khám trong thời gian dài và không tuân theo chế độ ăn kiêng giảm chất béo hay sử dụng thuốc hạ lipid trước khi mang thai. Quá trình mang thai điều trị viêm tụy cấp 4 lần. Sản phụ vào viện trong tình trạng thai 32 tuần, đau cứng bụng, khám cổ tử cung đóng kín, không có triệu chứng của viêm tụy cấp và tăng huyết áp. Qua khai thác tiền sử, bệnh sử từ sản phụ cùng với kinh nghiệm và cái nhìn tổng quát, các bác sĩ trong tua trực định hướng tình trạng rối loạn lipid máu trong thai kì. Sản phụ được lấy máu làm xét nghiệm, kết quả XN cho thấy mỡ máu tăng rất cao. Cholesterol toàn phần 23,25 mmol/L (bình thường < 5,2 mmol/L), tăng cao gấp 4 lần. Triglycerid 66,35 mmol/L (bình thường <1,7 mmol/L), cao hơn 30 lần, LDL-C 7,83 mmol/l, tăng gấp 2 lần, Amylase máu 125,5U/L, men gan trong giới hạn bình thường. Siêu âm ổ bụng cho thấy hình ảnh tụy tăng nhẹ kích thước (đuôi tụy 35mm, thân 16mm, đầu 32mm), có ít dịch và thâm nhiễm mỡ quanh tụy. Siêu âm thai cho thấy thai nhi phát triển bình thường, chiều dài CTC 27mm, CTG cơn co tử cung tần số 1, cường độ 50mmHg. Sản phụ được chẩn đoán Dọa đẻ non thai 32 tuần, ngôi đầu- Rối loạn lipid máu nặng/ Viêm tụy mạn. Sản phụ được điều trị Nifedipin, Lipantyl NT (145mg/ngày), Omega-3 (3g/ngày), Infogos (3 gói/ngày), NosPa 80mg (160mg/ngày). Sau 2 ngày điều trị, chỉ số mỡ máu giảm với Triglycerid 22,5 mmol/l, giảm 3 lần. Cholesterol tp 8.8 mmol/L, giảm gần 3 lần. Sau 5 ngày, chỉ số mỡ máu tiếp tục giảm với Triglycerid 16.65 mmol/l. CTG cơn co âm tính, tim thai dao động tốt. Sản phụ được xuất viện sau 6 ngày điều trị, được tư vấn chế độ ăn và tái khám định kì. Sau 1 tháng sản phụ tái khám, không thấy triệu chứng lâm sàng bất thường, xét nghiệm các chỉ số mỡ máu trong ngưỡng cho phép, như bảng sau:

Ngày / Chỉ số	13/02/2025 Khi vào viện (mmol/L)	15/02/2025 Sau 2 ngày điều trị (mmol/L)	17/02/2025 Sau 5 ngày điều trị (mmol/L)	21/03/2025 Sau 1 tháng (mmol/L)	27/03/2025 Trước sinh (mmol/L)	31/03/2025 Sau sinh (mmol/L)
Cholesterol	23.25	8.8		8.2	12.47	12.91
Triglycerid	66.35	22.5	16.65	17.12	30.17	31.12

Dưới đây là hình ảnh chiều dài CTC của sản phụ này:



Siêu âm thai nhi phát triển tương ứng tuổi thai, CTG cơn co tử cung âm tính. Sản phụ được theo dõi sát thai kì và dùng thuốc Lipantyl, Omega-3 và Infogos theo phác đồ. Sản phụ kết thúc thai kì lúc 38 tuần 3 ngày, đẻ thường ra một nhi trai, nặng 3000 gram, APGAR 9-10-10. Kết quả xét nghiệm trước sinh cho thấy nồng độ các chỉ số mỡ máu vẫn tăng với Cholesterol toàn phần 12.47 mmol/L, Triglycerid 30.17 mmol/L. Các chỉ số sau sinh có xu hướng tăng nhẹ so với thời điểm trước sinh với Cholesterol 12.91 mmol/L, Triglycerid 31.12 mmol/L. Qua khai thác kĩ, chúng tôi thấy rằng sản phụ đã không dùng thuốc Lipantyl và Omega-3 trong thời gian nhập viện kết thúc thai kì.

Sau sinh, trẻ được theo dõi tại khoa, thăm khám bình thường, bú tốt và được xuất viện cùng mẹ.

III. BÀN LUẬN

Trong thai kỳ, cơ thể có sự thay đổi đáng kể về cân bằng lipid để đảm bảo cung cấp đủ chất dinh dưỡng cho thai nhi. Sự thay đổi này diễn ra ngay từ giai đoạn đầu của thai kì. Tam cá nguyệt 1 và 2, nồng độ progesterone tăng cao, kích thích tổng hợp lipid trong ruột, thúc đẩy sự hình thành chylomicron. Giai đoạn sau thai kỳ**,** do nhu cầu dinh dưỡng của thai nhi tăng mạnh, cơ thể mẹ chuyển từ trạng thái đồng hóa (tích lũy) sang trạng thái dị hóa (tiêu hao mỡ dự trữ) [6]. Mỡ dự trữ

của mẹ giảm, cung cấp acid béo tự do và glycerol để gan tổng hợp glucose và thể ketone cho thai nhi. Estrogen và hormone lactogen nhau thai (hPL) tăng cao vào cuối thai kỳ, làm tăng tổng hợp VLDL tại gan nhưng lại ức chế enzyme lipase gan (HL), dẫn đến tăng triglyceride trong LDL và HDL. hPL làm giảm tác dụng của insulin, dẫn đến giảm hoạt động của LPL và tăng phân giải lipid trong mô mỡ. Kết quả là nồng độ acid béo tự do trong máu tăng cao. Mức triglycerid tăng gấp 2-3 lần ở giai đoạn này nhưng nhìn chung không bao giờ vượt quá 300mg/dL [2, 3].

Tình trạng tăng triglycerid nặng thường xuất hiện ở những phụ nữ có rối loạn chuyển hóa lipid từ trước, nghiện rượu hoặc có yếu tố di truyền từ gia đình [1]. Sự thay đổi chuyển hóa lipid trong thai kỳ làm trầm trọng thêm tình trạng tăng triglyceride máu sẵn có, làm tăng đáng kể nguy cơ kết quả bất lợi. Trong trường hợp không có yếu tố ảnh hưởng, một số giải thuyết cho rằng có sự bất thường di truyền của chuyển hóa, các đột biến gen APOA5, LP, APOE, APOC2 và GP1HBP1 [1].

Trường hợp này của chúng tôi, sản phụ có tiền sử viêm tụy cấp nhiều lần, đã không tái khám trong thời gian dài và không tuân theo chế độ ăn kiêng giảm chất béo hay sử dụng thuốc hạ lipid trước khi mang thai và lần mang thai này đã điều trị viêm tụy cấp 4 lần. Đây là yếu tố nguy cơ quan trọng dẫn đến việc nhập viện lần này với tình trạng tăng rất cao các chỉ số mỡ máu kèm theo biến chứng dọa đẻ non. Chúng tôi đã khám và loại trừ việc xuất hiện cơn co tử cung là do yếu tố cổ tử cung kích hoạt, sản phụ không có tiền sử sinh non, đồng thời cũng loại trừ cơn đau do viêm tụy cấp gây ra. Sau khi điều trị cho sản phụ và nồng độ mỡ máu về ngưỡng cho phép, cơn co tử cung cũng trở về âm tính. Chính vì vậy, chúng tôi cho rằng, việc xuất hiện cơn co tử cung ở tuần 32 của sản phụ này nguyên nhân chính do việc rối loạn mỡ máu gây nên. Cơ chế được cho là việc tăng Cholesterol toàn phần, LDL-C và Triglycerid có thể kích hoạt phản ứng viêm toàn thân, các yếu tố tiền viêm được kích thích làm tăng Prostaglandins- chất gây cơn co tử cung [7]. Tăng LDL và giảm HDL dẫn đến stress oxy hóa và tổn thương nội mô mạch máu, bao gồm mạch nhau và tử cung. Điều này có thể làm tăng biểu hiện receptor oxytocin, khiến tử cung nhạy cảm hơn với oxytocin nội sinh, từ đó dễ gây co bóp sớm hơn bình thường [8]. Ngoài ra một số acid béo tự do sinh ra từ rối loạn lipid máu có thể tác động lên kênh Ca^{2+} và K^{+} trong tế bào cơ trơn tử cung. Sự thay đổi ion nội bào này dẫn đến tăng khử cực và co bóp cơ tử cung [9].

Có nhiều phương pháp điều trị tăng triglycerid máu nhưng trong thai kỳ, liệu pháp dinh dưỡng và Omega-3 liều cao là cơ bản. Chế độ dinh dưỡng phải cân bằng calo và ít chất béo, với <20% lượng calo từ chất béo, giúp giảm chylomicron. Tuy nhiên chế độ ăn cực kỳ ít chất béo có thể gây ra các biến chứng đối với sự phát triển của thai nhi (suy giảm sự phát triển thị giác và não bộ của thai nhi), do đó cần cung cấp tối thiểu 300 mg axit eicosa- pentaenoic (EPA) và axit docosahexaenoic (DHA). Axit béo omega-3 (EPA, DHA) là nền tảng của liệu pháp, giúp điều hòa giảm quá trình tạo mỡ ở gan và kích thích quá trình oxy hóa axit béo ở gan và cơ xương, do đó làm giảm triglycerid máu. Trên lâm sàng, axit béo omega-3 đã được báo cáo là làm giảm triglycerid huyết thanh từ 25% đến 30%. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng Omega-3 được dùng với liều từ 3 đến 4g mỗi ngày là an toàn, cùng với việc hạn

chế chất béo trong chế độ ăn uống giúp cải thiện rõ rệt tình trạng tăng triglycerid máu nặng trong thời kỳ mang thai [1].

Sản phụ đã đáp ứng rất tốt với phác đồ điều trị trên, nên chỉ sau 2 ngày điều trị, nồng độ Cholesteron và Triglycerid đều giảm đáng kể, và tình trạng đau bụng của sản phụ cũng được cải thiện. Quá trình theo dõi thai kì sau đó cũng không xảy ra bất thường nào khác. Sản phụ đã kết thúc thai kì an toàn dù các chỉ số mỡ máu còn cao.

Như vậy, việc kiểm soát mỡ máu trong thai kì là vô cùng quan trọng. Việc khám thai định kì phát hiện sớm các bất thường là cần thiết. Bên cạnh đó, các sản phụ cần tuân thủ chế độ ăn, vận động và sinh hoạt hợp lý để có thai kì khỏe mạnh. Những bệnh nhân tăng triglycerid máu nặng trong thai kỳ cần được tư vấn khám sức khỏe định kỳ và lưu ý trong những lần có thai sau [10].

IV. KẾT LUẬN

Tăng triglycerid máu nặng trong thai kì là bệnh lý hiếm gặp, thường xảy ra ở những tháng cuối thai kì, làm tăng nguy cơ biến chứng cho mẹ và thai. Phương pháp điều trị phù hợp, an toàn và hiêu quả là chế độ ít chất béo, ăn giàu chất xơ, bổ sung Omega-3. Bệnh lý này cần được phát hiện và điều trị sớm, kết hợp chế độ ăn việc theo dõi liên tục sức khỏe mẹ và thai nhi, đặc biệt trên những sản phụ có yếu tố nguy cơ để hạn chế tối đa các biến chứng nguy hiểm có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wong B, Ooi TC, Keely E,** "Severe gestational hypertriglyceridemia: A practical approach for clinicians. Obstetric medicine," 2015.
2. **Chyzhyk V, Kozmic S, Brown AS, Hudgins LC, Starc TJ, Davila AD, et al,** "Extreme hypertriglyceridemia: Genetic diversity, pancreatitis, pregnancy, and prevalence. Journal of clinical lipidology," 2019.
3. **Ryckman KK, Spracklen CN, Smith CJ, Robinson JG, Saftlas AF,** "Maternal lipid levels : during pregnancy and gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology," 2015.
4. **Xie SL, Chen TZ, Huang XL, Chen C, Jin R, Huang ZM, et al,** "Genetic Variants Associated with Gestational Hypertriglyceridemia and Pancreatitis. PloS one," 2015.
5. **Jin WY, Lin SL, Hou RL, Chen XY, Han T, Jin Y, et al,** "Associations between maternal lipid profile and pregnancy complications and perinatal outcomes: a population-based study from China. BMC pregnancy and childbirth," 2016.
6. **Robert Wild, MD, MPH, Ph.D. and Kenneth R. Feingold, MD,** "Effect of Pregnancy on Lipid Metabolism and Lipoprotein Levels," 2023.
7. **Challis JR et al,** "Prostaglandins and mechanisms of preterm birth. Trends Endocrinol Metab," 2005.
8. **Mikhail MS et al,** "Pre-eclampsia and lipid metabolism. J Perinat Med.," 1995.
9. **Tribe RM et al.,** "Ion channels and the regulation of myometrial contractility." J Soc Gynecol Investig.," 2005.
10. **Nguyễn Ngọc Phương, Nguyễn Thị Hồng Gấm, Nguyễn Bảo Giang,** "Severe gestational hypertriglyceridemia: A case repor," 2023.

NGHIÊN CỨU CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN THẬN MẠN CÓ LỌC MÁU CHU KÌ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2024

Vũ Thị Cẩm Doanh[1], Nguyễn Thị Thu Hương[1], Đoàn Thị Thu Thảo[1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm khảo sát chất lượng giấc ngủ và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân thận mạn có lọc máu chu kì tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2024. Tổng số 105 bệnh nhân đang điều trị nội trú tại khoa Nội 3- bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp được đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng bộ công cụ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ là 82,8%. Trong đó, tỷ lệ rối loạn giấc ngủ mức độ nhẹ là 49%, mức độ trung bình là 38% và mức độ nặng là 13%. Những liên quan đến rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ là: không có người chăm sóc (OR=3; 95% CI: 1,346 – 8,518; p<0.05); bệnh tim mạch (OR=5; 95% CI: 3,345 – 7,672; p<0,05). Nghiên cứu cũng cho thấy có mối tương quan thuận, mức độ thấp giữa mức độ đau (p<0,05, r = 0,275) và tình trạng rối loạn lo âu (p<0,05, r = 0,236) với rối loạn giấc ngủ; có mối tương quan nghịch ở mức độ thấp giữa thu nhập cá nhân (p<0,05, r = -0,218) với tình trạng rối loạn giấc ngủ

Từ khóa: Bệnh thận mạn, lọc máu chu kì, rối loạn giấc ngủ.

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Cẩm Doanh
Emai: vucamdoanh@gmail.com
Ngày nhận bài: 28/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 29/3/2025
Ngày duyệt bài: 5/5/2025

SUMMARY

RESEARCH ON SLEEP QUALITY AND SOME RELATED FACTORS IN CHRONIC KIDNEY DISEASE WITH HEMODIALYSIS PATIENTS AT VIET-TIEP GENERAL HOSPITAL IN 2024

A cross-sectional descriptive study aimed to examine sleep quality and explore some related factors in chronic kidney disease patients on regular hemodialysis at Viet Tiep General Hospital in 2024. A total of 105 inpatients at Department of Internal Medicine 3 - Viet Tiep General Hospital were assessed for sleep quality using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). The study results showed that: The rate of sleep disorders in chronic kidney disease patients on hemodialysis was 82.8%. Of which, the rate of mild sleep disorders was 49%, moderate was 38% and severe was 13%. Factors related to sleep disorders in chronic kidney disease patients on regular hemodialysis were: no caregiver (OR = 3; 95% CI: 1.346 - 8.518; p < 0.05); cardiovascular disease (OR = 5; 95% CI: 3.345 - 7.672; p < 0.05). The study also showed a low positive correlation between pain severity (p < 0.05, r = 0.275) and anxiety disorder status (p < 0.05, r = 0.236) with sleep disorders; a low negative correlation between personal income (p < 0.05, r = -0.218) with sleep disorders.

Keywords: Chronic kidney disease, hemodialysis, sleep disorders.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng giấc ngủ là sự hài lòng của một người về trải nghiệm giấc ngủ bao gồm: giấc ngủ bắt đầu, cách giấc ngủ duy trì, thời lượng giấc ngủ, sự tỉnh táo và sảng khoái sau khi thức dậy[1]. Rối loạn giấc ngủ hiện nay là một vấn đề khá phổ biến tại cộng đồng, tỉ lệ này càng nhiều hơn trên đối tượng mắc các bệnh mạn tính như các bệnh lý tim mạch, các bệnh rối loạn chuyển hoá, bệnh thận mạn. Tại Việt Nam có hơn 10 triệu người mắc bệnh thận mạn, tỷ lệ mắc mắc mới hàng năm khoảng 8000 người, tỷ lệ tử vong do bệnh thận mạn đứng thứ 8 trong 10 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tại Việt Nam [2]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Dũng và cộng sự năm 2020: 70,43% bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kì có giấc ngủ kém, tình trạng nằm viện, tăng huyết áp, thiếu máu ảnh hưởng đến việc khó khăn đi vào giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ làm giảm thời gian ngủ trong đêm. Với mong muốn tìm hiểu chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn có lọc máu chu kì tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp để có kế hoạch hỗ trợ và chăm sóc kịp thời cho bệnh nhân nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu:

1. Đánh giá chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân thận mạn lọc máu chu kì tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2024.

2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân thận mạn lọc máu chu kì tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng: Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn có LMCK tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ 01/8/2024 đến 31/12/2024; có thể nghe, nói, đọc, viết bằng tiếng Việt; có khả năng tham gia trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có rối loạn tâm thần, lú lẫn

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ 8/2024 đến 3/2025

- Địa điểm: Khoa nội 3- bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng.

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

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất. Chọn toàn bộ bệnh nhân mắc bệnh thận mạn có LMCK thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Trong thời gian thu thập số liệu từ tháng 8 đến tháng 12 năm 2024. Tổng số có 105 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin

Sử dụng bộ công cụ phỏng vấn trực tiếp dựa trên bộ công cụ PSQI. Bảng câu hỏi PSQI bao gồm một đáp án dưới dạng thang điểm, cho điểm trên 7 phương diện: chất lượng giấc ngủ chủ quan, thời gian ngủ, rối loạn giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ, độ trễ giấc ngủ, dùng thuốc ngủ, rối loạn chức năng ban ngày, mỗi phương diện được tính 0-3 điểm. Điểm số sẽ là tổng điểm của 7 phương diện dao động từ 0 đến 21 điểm. Mức trung bình lớn hơn hoặc bằng 5 điểm sẽ cho thấy rối loạn chất lượng giấc ngủ. Mức điểm càng cao thì chất lượng giấc ngủ càng thấp.

- Đánh giá mức độ:

+ < 5 điểm: Không có rối loạn giấc ngủ

+ 5 – <10 điểm: Rối loạn chất lượng giấc ngủ nhẹ

+ 10 – <15 điểm: Rối loạn chất lượng giấc ngủ trung bình

+ ≥ 15 điểm: Rối loạn chất lượng giấc ngủ nặng.

Sử dụng thang điểm đau VAS và thang điểm rối loạn lo âu GAD-7 để đánh giá các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân

2.6. Xử lý số liệu

- Sử dụng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 18.0 để phân tích
- Tìm yếu tố liên quan thông qua phân tích tương quan Pearson và Chi-square

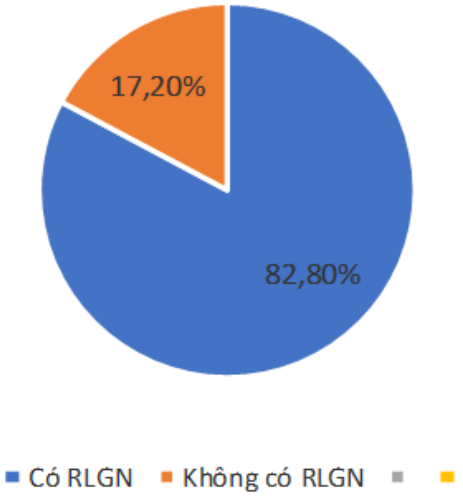
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân thận mạn lọc máu chu kì tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2024

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu (n= 105)

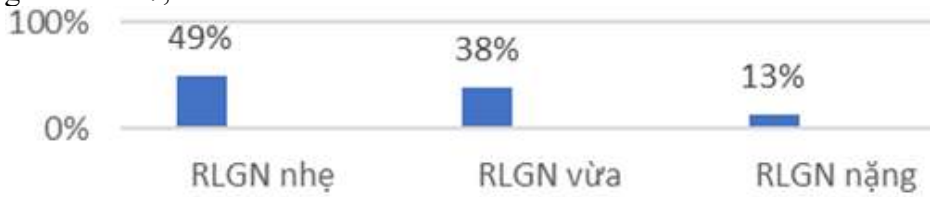
		Số lượng	Tỉ lệ %
Tuổi	≤ 18 tuổi	0	0
	>18 – 59 tuổi	72	68,6
	≥ 60 tuổi	33	31,4
Giới tính	Nam	60	57,1
	Nữ	45	42,9
Nghề nghiệp	HS – SV	2	1,9
	Lao động trí óc	16	15,2
	Lao động chân tay	18	17,1
	Thất nghiệp	43	41
	Nghỉ hưu	26	24,8
Thu nhập cá nhân	Sống phụ thuộc	34	32,4
	<5 triệu	57	54,3
	5 – 10 triệu	9	8,6
	>10 triệu	5	4,7
Trình độ học vấn	Tiểu học	4	3,8
	THCS	27	25,7
	THPT	58	55,3
	Trung cấp/CĐ/ ĐH	12	11,4
	Sau ĐH	4	3,8
Người chăm sóc	Có	99	94,3
	Không	6	5,7
Mắc bệnh kèm theo	Có	88	83,8
	Không	17	16,2
Rối loạn lo âu	Có	28	26,7
	Không	77	73,3

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 58,7 ±12,9; tuổi thấp nhất là 24 tuổi, tuổi cao nhất là 83 tuổi. 55,3% bệnh nhân có thu nhập ít hơn 5 triệu/ tháng, hầu hết ĐTNC có người chăm sóc chiếm tỷ lệ 94,3%. Đa số ĐTNC có mắc các bệnh kèm theo chiếm tỷ lệ 83,8% và tỉ lệ có rối loạn lo âu chiếm 73,3%.



Hình 3.1: Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ (n=105)

Nhận xét: Có 87 bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ chiếm 82,3%, 18 bệnh nhân không có rối loạn giấc ngủ chiếm 17,2%.



Hình 3.2: Mức độ rối loạn giấc ngủ (n=87)

Nhận xét: Trong số những bệnh nhân bị rối loạn giấc ngủ, có 49% bệnh nhân bị RLGN ở mức độ nhẹ, 38% bệnh nhân có RLGN ở mức độ vừa, chỉ 13% bệnh nhân RLGN ở mức độ nặng.

Bảng 3.2: Điểm trung bình các thành phần của PSQI (n= 105)

PSQI	Điểm trung bình ± ĐLC	Thấp nhất - Cao nhất
Tự đánh giá CL giấc ngủ	1.43 ±1.04	0 - 3
Ngủ chập chờn, không sâu	1.07± 0.37	0 - 3
Độ dài giấc ngủ	1.59 ± 0.51	0 - 3
Hiệu quả giấc ngủ	1.61 ± 0.92	0 - 3
Rối loạn giấc ngủ	0.71 ± 0.43	0 - 3
Sử dụng thuốc ngủ	2.16 ± 1.16	0 - 3
Thói quen ngủ ngày	1.21 ± 0.59	0 - 3
Tổng điểm	9.78 ± 5.02	0 - 21

Nhận xét: Điểm trung bình PSQI của đối tượng nghiên cứu là 9,78 ± 5,02, điều đó có ý nghĩa nhóm đối tượng nghiên cứu có mất ngủ nhẹ. Trong đó đa phần bệnh nhân phải sử dụng thuốc ngủ để hỗ trợ do hiệu quả giấc ngủ kém và độ dài của giấc ngủ ngắn

3.2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở người bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ

Bảng 3.3. Một số các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ

Yếu tố liên quan		Số lượng	Tỷ lệ %	OR (95% CI)	p
Người chăm sóc	Không Có	6 99	5,7 94,3	3,015 (1,346 – 8,518)	0,015
Bệnh kèm theo (bệnh tim mạch)	Có Không	88 17	83,8 16,2	5,146 (3,345 – 7,672)	0,000
Khó thở	Có Không	67 38	6,8 36,2	0,788	0,768
Tiểu đêm	Có Không	49 56	46,7 53,3	0,651	0,432
Ngủ trưa	Có Không	71 34	67,6 32,4	1,571	0,584

Nhận xét: Tiến hành phân tích một số yếu tố liên quan ở đối tượng nghiên cứu được khảo sát cho thấy RLGN ở những bệnh nhân không có người chăm sóc có nguy cơ RLGN cao hơn gấp 3 lần so với những bệnh nhân có người chăm sóc (95% CI: 1,346 – 8,518). Những người có mắc các bệnh tim mạch kèm theo (tại thời điểm khảo sát) có nguy cơ RLGN cao hơn gấp 5 lần so với những người không có bệnh tim mạchkèm theo (95% CI: 3,345 – 7,672), p<0.05.

Ngoài ra, có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê giữa RLGN và các yếu tố khó thở, tiểu đêm, thói quen ngủ trưa.

Bảng 3.4: Các yếu tố tương quan với tình trạng RLGN

	Tình trạng RLGN
Tình trạng RLLA	r= 0,236; p= 0,003
Mức độ đau	r= 0,275; p=0,027
Thu nhập cá nhân	r= -0.218; p= 0,018

Nhận xét: Giữa tình trạng RLLA và tình trạng RLGN của đối tượng nghiên cứu có mối tương quan thuận ở mức độ thấp. Nghĩa là nếu bệnh nhân có tình trạng RLLA càng tăng thì tình trạng RLGN của bệnh nhân càng tăng và ngược lại (p<0,05, r = 0,236).

Mức độ đau và tình trạng RLGN có mối tương quan thuận ở mức độ thấp. Nghĩa là nếu điểm mức độ đau VAS càng tăng thì tình trạng RLGN của ĐTNC càng tăng và ngược lại (p<0,05, r = 0,275)

Ngoài ra, kết quả còn cho thấy có mối tương quan nghịch ở mức độ thấp giữa thu nhập cá nhân của đối tượng nghiên cứu và tình trạng RLGN (p<0,05, r = -0,218). Nghĩa là nếu thu nhập cá nhân càng thấp thì tình trạng RLGN càng cao và ngược lại.

IV. BÀN LUẬN

Sau khi tiến hành khảo sát 105 ĐTNC tại khoa Nội 3, bệnh viện Việt Tiệp cho thấy:

Tuổi trung bình của ĐTNC là 58,7 ±12,9; tuổi thấp nhất là 24 tuổi, tuổi cao nhất là 83 tuổi, nhóm bệnh nhân từ 18 đến 59 tuổi là đông nhất chiếm tỉ lệ 68,6%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của của Gürcan ARSLAN (2021) có độ tuổi trung bình là 64,41±12,52 [6]. Khi so sánh tỷ lệ này với tỷ lệ số lần nhập viện của các ĐTNC, có thể thấy sự tương đồng giữa 2 tỷ lệ này với tỷ lệ ĐTNC có số lần nhập viện nhiều hơn 1 lần

trong năm nay là 86,7%. Nguyên nhân có thể kể đến do bệnh thận mạn có LMCK là bệnh mạn tính đang ở giai đoạn cuối, có nhiều biến chứng nguy hiểm cần điều trị liên tục. Đa số ĐTNC mắc nhiều bệnh mạn tính kèm theo như ĐTĐ, bệnh lý tim mạch, COPD, … kết quả này phù hợp kết quả nghiên cứu của Vũ Ngọc Linh và cộng sự (2023) trên bệnh nhân suy tim [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng, đa số bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ chiếm 82,3%, trong đó hầu hết bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ ở mức độ nhẹ với điểm trung bình 9,78 ± 5,02. Kết quả này rất sát với các nghiên cứu về rối loạn giấc ngủ ở các bệnh nhân mắc bệnh mạn tính như nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự năm 2021[5], nghiên cứu của Vũ Ngọc Linh và cộng sự năm 2023. Có thể giải thích về sự tương đồng này là do nghiên cứu của tôi và những tác giả trên đều sử dụng chung một bộ công cụ là PSQI để tiến hành khảo sát và đánh giá mức độ RLGN của những bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Tuy nhiên kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Gürcan ARSLAN (2021) có điểm trung bình là 14,16 ± 2,46[6]. Điều này có thể giải thích là do khác biệt về mặt địa lý và đặc điểm của từng khu vực trên thế giới, đồng thời cũng có thể do nguyên nhân cỡ mẫu của chúng tôi ít hơn cỡ mẫu trong nghiên cứu cứu của Gürcan ARSLAN.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự chênh lệch giữa mức độ RLGN với các yếu tố nhân khẩu học lại không có ý nghĩa thống kê (p> 0,05). Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Gürcan ARSLAN (2021) cho thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng RLGN của nhóm đối tượng nghiên cứu và giới tính (p<0,001), tình trạng hôn nhân (p<0,001). Sở dĩ có sự khác biệt này là do khác biệt về cỡ mẫu trong nghiên cứu của tôi ít hơn, sử dụng phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang trong thời gian ngắn nên kết quả này không có ý nghĩa thống kê, p<0,05. %. Nghiên cứu đã thống kê được: những bệnh nhân không có người chăm sóc có nguy cơ RLGN gấp 3 lần so với những bệnh nhân có người chăm sóc (95% CI: 1,346 – 8,518), p<0,05; những bệnh nhân mắc các bệnh khác kèm theo (bệnh tim mạch) có nguy cơ RLGN cao gấp 5 lần so với những bệnh nhân không mắc các bệnh kèm theo (95% CI: 3,345 – 7,672), p<0,05. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự (2021). Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự (2021) đã chỉ ra có sự liên quan giữa tình trạng RLGN và huyết áp của bệnh nhân [5]. Một số nghiên cứu thực nghiệm đã chứng minh rằng thiếu ngủ dẫn đến tăng huyết áp ở những đối tượng không có bệnh tăng huyết áp, tiền tăng huyết áp hoặc tăng huyết áp. Vì vậy, kiểm soát huyết áp cũng một phần kiểm soát được tình trạng RLGN của bệnh nhân.

Nghiên cứu cũng cho thấy có mối tương quan thuận, mức độ thấp giữa mức độ đau và rối loạn giấc ngủ (p<0,05, r = 0,275); tình trạng rối loạn lo âu (RLLA) và RLGN cũng có mối tương quan thuận, mức độ thấp (p<0,05, r = 0,236). Có thể thấy tình trạng RLLA có ảnh hưởng nhất định tới giấc ngủ của bệnh nhân. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, những người đang gặp các vấn đề lo lắng thường ngẫm nghĩ về các vấn đề của họ trên giường, chính sự lo lắng này khiến họ khó chìm vào giấc ngủ. Triệu chứng khó ngủ đã được phát hiện ở những người mắc nhiều loại lo âu khác nhau. Nghiên cứu của Đỗ Xuân Tĩnh và cộng sự (2022) có kết quả nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân có các

bệnh nhân có rối loạn trầm cảm đều sẽ có tình trạng bị RLGN theo nhiều mức độ khác nhau [4]. Điều này cho thấy, trạng thái tinh thần ảnh hưởng rất nhiều tới giấc ngủ của bệnh nhân. Có mối tương quan nghịch ở mức độ thấp giữa thu nhập cá nhân của đối tượng nghiên cứu và tình trạng RLGN ($p<0,05$, $r = -0,218$). Chúng tôi cho rằng kết quả nghiên cứu này là phù hợp vì toàn bộ các bệnh nhân mắc bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ đều giảm hoặc mất khả năng lao động, kèm theo đó chi phí cho số lần nhập viện tăng lên cũng là một trong những gánh nặng khiến bệnh nhân phải lo lắng, làm bệnh nhân khó đi vào giấc ngủ hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

5.1. Đánh giá chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân thận mạn lọc máu chu kì tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2024

Tuổi trung bình của ĐTNC là 58,7 ±12,9, đa số ĐTNC ở độ tuổi lao động (chiếm 68,6)%. 88 bệnh nhân chiếm 83,8% có mắc bệnh kèm theo, 77 bệnh nhân chiếm 73,3% có RLLA. Hầu hết bệnh nhân có người chăm sóc chiếm 94,3%. Có 87 ĐTNC có rối loạn giấc ngủ chiếm 82,3%, 18 ĐTNC không có rối loạn giấc ngủ chiếm 17,2%. Đối tượng nghiên cứu có rối loạn giấc ngủ ở mức độ nhẹ, điểm trung bình PSQI của đối tượng nghiên cứu là 9,78 ± 5,02

5.2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân thận mạn lọc máu chu kì tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2024

Không có mối liên quan giữa tuổi, giới, khu vực sống, trình độ học vấn của ĐTNC với tình trạng rối loạn giấc ngủ.

Những liên quan đến rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ là: không có người chăm sóc (OR=3; 95% CI: 1,346 – 8,518; $p<0.05$); bệnh tim mạch (OR=5; 95% CI: 3,345 – 7,672; $p<0,05$). Nghiên cứu cũng cho thấy có mối tương quan thuận, mức độ thấp giữa mức độ đau ($p<0,05$, $r = 0,275$) và tình trạng rối loạn lo âu ($p<0,05$, $r = 0,236$) với rối loạn giấc ngủ; có mối tương quan nghịch ở mức độ thấp giữa thu nhập cá nhân ($p<0,05$, $r = -0,218$) với tình trạng rối loạn giấc ngủ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Quang Huy.** Rối loạn giấc ngủ. Nhà xuất bản Y học, 2024.
2. **Hội Y học Giấc ngủ Việt Nam,** ngày đăng 24 tháng 4 năm 2020 http://hoiyhocgiacnguvietnam.org.vn/chuyen-khoa/mat-ngu/mat-ngu-la-gi-cac-dau-hieu-nhan-biet
3. **Vũ Ngọc Linh, Phạm Minh Tuấn, Lê Đình Tùng.** Đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng thang điểm PSQI ở bệnh nhân suy tim mạn tính, Tạp chí y học Việt Nam, 2023, tập 522 – tháng 1 – số 1
4. **Đỗ Xuân Tĩnh, Nguyễn Thị Tám, Bùi Quang Huy.** Nghiên cứu đặc điểm rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân trầm cảm, Tạp chí y học Việt Nam, 2022, tập 515
5. **Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Thắng, Vũ Sơn Tùng, Lý Lan Chi, Nguyễn Thị Kim Xuyến, Dương Huỳnh Phương Nghi, Triệu Hữu Tín, Néang Chanh Ty, Kim Thị Ngọc Yến và Nguyễn Văn Thống,** đặc điểm lâm sàng chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp, Tạp chí Nghiên Cứu Y Học, 2021 tập 145 – tháng 9
6. **Gürcan ARSLAN,** Sleep Quality Level of Patients with Heart Failure and Affecting Factors, Journal of Sleep Medicine & Disorders, 2021.

SO SÁNH CHI PHÍ – HIỆU QUẢ GIỮA BIỆT DƯỢC GỐC VÀ THUỐC GENERIC TRONG ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2024

Nguyễn Thị Thu Phương[1,2], Trần Thị Ngân[1,2], Trần Vân Anh[1,2], Nguyễn Thị Việt Anh[2], Đỗ Văn Thắng[1,3], Nguyễn Thị Thuỳ Dương[1], Hà Thị Hương Trà[1,4]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chi phí điều trị và hiệu quả kiểm soát huyết áp giữa nhóm biệt dược gốc và nhóm thuốc generic ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phân tích chi phí – hiệu quả (cost-effectiveness analysis) sử dụng dữ liệu đơn thuốc và huyết áp của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại một bệnh viện đa khoa trong năm 2024. Tổng cộng 52.692 đơn thuốc được thu thập; sau lọc, 28.688 đơn thuốc thuộc về 4.821 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn phân tích. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm theo loại thuốc sử dụng (biệt dược gốc hoặc generic). Các chỉ số chi phí trung bình, tỷ lệ kiểm soát huyết áp và ICER được tính toán. Kiểm định t-test và kiểm định tỷ lệ được sử dụng để so sánh giữa các nhóm. **Kết quả:** Nhóm biệt dược gốc có chi phí điều trị trung bình là 257 nghìn VNĐ/tháng, cao hơn so với nhóm generic là 139 nghìn VNĐ/tháng ($p < 0,001$). Tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở nhóm biệt dược là 73,1%, không khác biệt có ý nghĩa so với nhóm generic (74,1%; $p = 0,344$). Giá trị ICER là –11.661 VNĐ, cho thấy biệt dược gốc không hiệu quả về chi phí so với generic. Phân tích theo hoạt chất cũng cho thấy thuốc generic có hiệu quả tương đương và chi phí thấp hơn biệt dược gốc. **Kết luận:** Thuốc generic có hiệu quả tương đương biệt dược gốc với chi phí điều trị thấp hơn, là lựa chọn hợp lý trong kiểm soát tăng huyết áp ngoại trú tại bệnh viện.

Từ khóa: Tăng huyết áp, biệt dược gốc, thuốc generic, chi phí – hiệu quả, ICER.

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng*
[3]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp*
[4]*Trung tâm Kiểm nghiệm Thuốc, Mỹ phẩm, Thực phẩm Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Phương
Email: nttphuong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 26/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025
Ngày duyệt bài: 12/5/2025

SUMMARY

COST–EFFECTIVENESS COMPARISON BETWEEN BRAND-NAME AND GENERIC DRUGS IN OUTPATIENT HYPERTENSION MANAGEMENT AT HAI PHONG INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objective: To compare the treatment cost and blood pressure control effectiveness between original brand-name drugs and generic drugs in hypertensive outpatients. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study with cost-effectiveness analysis was conducted using outpatient prescription data from a general hospital in 2024. A total of 52,692 prescriptions were reviewed; after applying inclusion criteria, 28,688 prescriptions from 4,821 eligible patients were included. Patients were grouped according

to drug type (brand-name or generic). Key indicators such as average monthly cost, blood pressure control rate, and ICER were calculated. T-tests and proportion tests were used for statistical comparisons. **Results:** The average treatment cost was 257,000 VND/month in the brand-name group versus 139,000 VND/month in the generic group ($p < 0.001$). The blood pressure control rate was 73.1% in the brand-name group and 74.1% in the generic group ($p = 0.344$). The calculated ICER was –11,661 VND, indicating that brand-name drugs were not cost-effective compared to generics. Subgroup analysis of individual active ingredients (Telmisartan, Amlodipine, Losartan...) also showed comparable effectiveness and lower costs for generic drugs. **Conclusion:** Generic drugs demonstrated equivalent effectiveness to brand-name drugs at a significantly lower cost, supporting their prioritization in the outpatient management of hypertension.

Keywords: Hypertension, brand-name drugs, generic drugs, cost-effectiveness, ICER.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật toàn cầu, ảnh hưởng đến khoảng 1,28 tỷ người trưởng thành trên thế giới, trong đó phần lớn sống ở các nước thu nhập thấp và trung bình [1]. Kiểm soát huyết áp hiệu quả giúp giảm nguy cơ các biến cố tim mạch như đột quỵ, nhồi máu cơ tim và suy tim [2]. Điều trị thuốc là nền tảng trong kiểm soát huyết áp, trong đó việc lựa chọn loại thuốc phù hợp có ý nghĩa đặc biệt quan trọng cả về mặt lâm sàng và kinh tế.

Sự ra đời của các thuốc generic đã mang lại cơ hội giảm chi phí điều trị và mở rộng khả năng tiếp cận thuốc cho người dân. Tuy nhiên, vẫn tồn tại quan ngại về tính tương đương lâm sàng và hiệu quả thực tế của thuốc generic so với biệt dược gốc, đặc biệt trong nhóm bệnh lý mạn tính như tăng huyết áp [3]. Ở Việt Nam, mặc dù thuốc generic chiếm tỷ trọng lớn trong đấu thầu và sử dụng, song các bằng chứng so sánh trực tiếp giữa generic và biệt dược gốc về chi phí – hiệu quả trên bệnh nhân cụ thể còn hạn chế.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá và so sánh chi phí điều trị, hiệu quả kiểm soát huyết áp và chỉ số ICER giữa nhóm sử dụng biệt dược gốc và nhóm sử dụng thuốc generic trong điều trị tăng huyết áp ngoại trú tại một bệnh viện đa khoa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo hướng mô tả cắt ngang kết hợp phân tích chi phí – hiệu quả (cost-effectiveness analysis), sử dụng dữ liệu thực tế từ hệ thống đơn thuốc ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2024.

Nguồn và tiêu chí chọn mẫu

Nguồn dữ liệu là toàn bộ đơn thuốc ngoại trú có chỉ định thuốc điều trị tăng huyết áp được trích xuất từ phần mềm quản lý bệnh viện. Tổng số 52.692 đơn thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp được thu thập.

Các đơn thuốc được lọc để chọn ra các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn phân tích ICER theo các tiêu chí sau:

– Có ít nhất ba lần khám liên tiếp cách nhau khoảng 1 tháng.

– Có đầy đủ chỉ số huyết áp tâm thu (HATT) và tâm trương (HATTr) ở lần khám kế tiếp.

– Có thông tin chi phí thuốc rõ ràng và > 0 (VNĐ).

– Tuổi ≥ 18 tuổi và được chẩn đoán tăng huyết áp (ICD-10: I10–I15).

Sau lọc, có 28.688 đơn thuốc thuộc về 4.821 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn phân tích chi

phí – hiệu quả.

Phân nhóm điều trị và các biến số

Bệnh nhân trong nghiên cứu được phân nhóm phân tích dựa trên ba tiêu chí chính. Thứ nhất, phân theo loại thuốc sử dụng, gồm nhóm biệt dược gốc (mã = 1) và nhóm thuốc generic (mã = 0), xác định dựa trên trường "Loại thuốc" trong danh mục dược. Thứ hai, phân theo hoạt chất điều trị chính như Telmisartan, Losartan, Amlodipin, v.v. Thứ ba, phân theo nhóm điều trị, bao gồm các nhóm thuốc ức chế thụ thể angiotensin (ARB), ức chế men chuyển (ACEi), chẹn kênh canxi (CCB), và nhóm phối hợp.

Các biến số chính được đưa vào phân tích gồm: (1) Chi phí thuốc hàng tháng (VNĐ), được tính bằng cách nhân đơn giá với số lượng thuốc trong mỗi đơn, sau đó chuẩn hóa theo từng bệnh nhân mỗi tháng; (2) Hiệu quả kiểm soát huyết áp, được xác định nếu bệnh nhân đạt huyết áp tâm thu < 140 mmHg và huyết áp tâm trương < 90 mmHg trong lần khám kế tiếp; và (3) Liều dùng trung bình hàng ngày, được tính toán theo từng hoạt chất cụ thể và hướng dẫn sử dụng thuốc tương ứng.

Phân tích chi phí – hiệu quả (ICER)

ICER được tính theo công thức:

$$ICER = \frac{C_1 - C_0}{E_1 - E_0}$$

Trong đó:

– C_1, E_1: Chi phí và hiệu quả của nhóm biệt dược gốc

– C_0, E_0: Chi phí và hiệu quả của nhóm thuốc generic

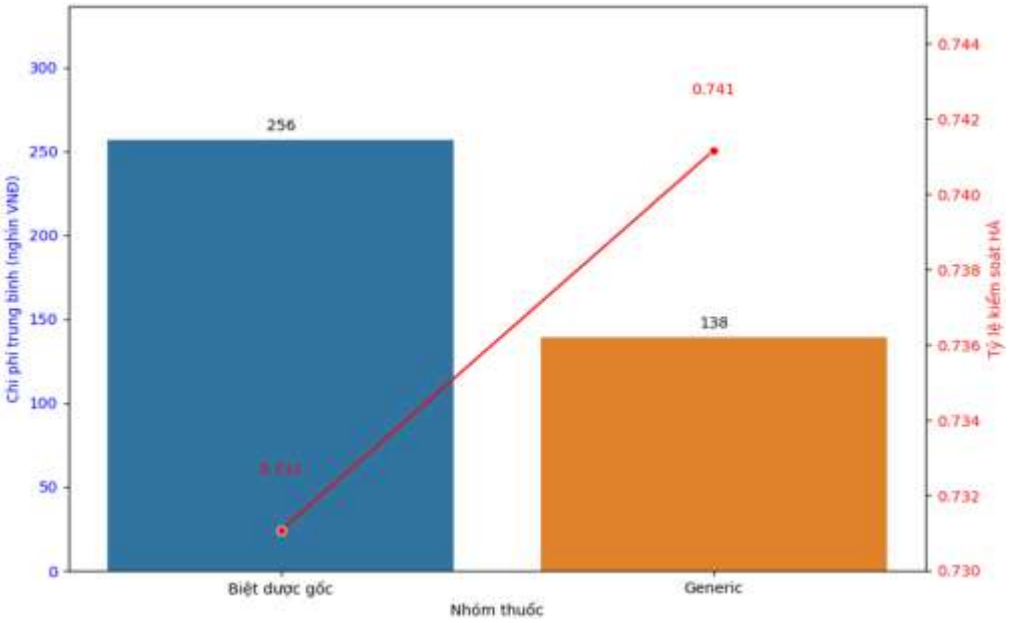
Phân tích thống kê

Để so sánh chi phí điều trị và liều dùng trung bình giữa hai nhóm biệt dược gốc và thuốc generic, nghiên cứu sử dụng kiểm định t-test. Đối với tỷ lệ kiểm soát huyết áp, kiểm định chi bình phương hoặc kiểm định tỷ lệ z được áp dụng tùy theo điều kiện phân phối dữ liệu. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0,05$. Toàn bộ quá trình xử lý và phân tích dữ liệu được thực hiện bằng Python 3.11, với các thư viện gồm Pandas, Scipy, Matplotlib và Seaborn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 52.692 đơn thuốc ngoại trú được ghi nhận từ cơ sở dữ liệu trong năm 2024. Trong đó, có 28.688 đơn thuốc từ 4.821 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn phân tích ICER, tức là có ít nhất hai lần khám liên tiếp trong khoảng 23–45 ngày với dữ liệu huyết áp và chi phí đầy đủ.

Trong phân tích chi phí – hiệu quả ở bệnh nhân tăng huyết áp có theo dõi huyết áp kế tiếp trong vòng 1 năm, nhóm sử dụng biệt dược gốc có chi phí trung bình là 257 nghìn VNĐ/tháng, trong khi nhóm sử dụng thuốc generic có chi phí trung bình thấp hơn đáng kể là 139 nghìn VNĐ/tháng ($p = 0.000$). Tỷ lệ bệnh nhân đạt kiểm soát huyết áp (HATT < 140 mmHg và HATTr < 90 mmHg) ở nhóm biệt dược gốc là 73,1%, thấp hơn nhẹ so với nhóm thuốc generic (74,1%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0.344$). Giá trị ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio) được tính là –11.661 VNĐ, nghĩa là nhóm biệt dược gốc không chỉ tốn chi phí cao hơn mà còn không mang lại cải thiện rõ rệt về hiệu quả so với thuốc generic. Điều này củng cố bằng chứng rằng thuốc generic là lựa chọn hiệu quả và kinh tế hơn trong điều trị tăng huyết áp trong bối cảnh thực hành tại bệnh viện. (Hình 1).



Hình 1. So sánh chi phí trung bình và hiệu quả kiểm soát huyết áp giữa nhóm biệt dược gốc và thuốc generic

Bảng 1 cho thấy hầu hết các hoạt chất đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về liều dùng trung bình hàng ngày giữa nhóm thuốc generic và biệt dược gốc (p < 0,001). Với các hoạt chất đơn thành phần như Telmisartan, Losartan, Amlodipin hay phối hợp như Amlodipin + Perindopril, nhóm thuốc generic có xu hướng được kê với liều trung bình cao hơn so với biệt dược gốc. Một ngoại lệ đáng chú ý là Irbesartan, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (p = 0,908), tuy nhiên số lượng đơn biệt dược gốc của hoạt chất này rất nhỏ (n = 15), do đó cần thận trọng khi diễn giải kết quả.

Việc generic được kê ở liều trung bình cao hơn có thể phản ánh xu hướng lâm sàng nhằm bù đắp cho cảm nhận về hiệu lực, tuy nhiên cũng đặt ra câu hỏi về chiến lược kê đơn tối ưu và giá trị thực sự của biệt dược gốc trong kiểm soát huyết áp, cần được đánh giá kỹ hơn trong các nghiên cứu tiếp theo.

Bảng 1: So sánh liều dùng trung bình hàng ngày giữa thuốc generic và biệt dược gốc theo từng hoạt chất

Hoạt chất	Tổng số đơn		Liều dùng trung bình		p-value
	Generic	Biệt dược gốc	Generic	Biệt dược gốc	
Telmisartan	11.535	36	50,5	41,1	< 0,001
Amlodipin	1.858	449	5,5	5,1	< 0,001
Losartan	475	77	53,9	50,3	< 0,001
Lisinopril + Hydroclorothiazid	370	15	15,3	25	< 0,001
Amlodipin + Perindopril	918	720	13,4	12,0	< 0,001
Irbesartan	1.403	15	158,8	160,0	0,908
Tổng	**1777.796**	**1312**			

Bảng 2 cho thấy sự phân bố chi phí và tỷ lệ kiểm soát huyết áp theo từng hoạt chất chính được sử dụng trong điều trị tăng huyết áp tại bệnh viện. Một số hoạt chất được sử dụng rộng rãi như Telmisartan (13.140 đơn), Amlodipin (6.776 đơn) và Losartan (4.464 đơn), với chi phí trung bình tương đối thấp (từ 132,6 đến 190,2 nghìn VNĐ/tháng) và tỷ lệ kiểm soát huyết áp dao động từ 72–75%. Một số hoạt chất ít được kê đơn như Zofenopril, Valsartan, Lercanidipin hydroclorid, dù có chi phí trung bình cao hơn (trên 250 nghìn VNĐ/tháng), nhưng hiệu quả kiểm soát huyết áp lại không nổi bật, thậm chí thấp (Zofenopril chỉ 41,7%). Một số thuốc như Sacubitril, mặc dù có chi phí rất cao (655,5 nghìn VNĐ/tháng), lại có tỷ lệ kiểm soát huyết áp cao nhất (91,2%), tuy nhiên số lượng đơn còn khiêm tốn (n = 80), chủ yếu dùng trong các trường hợp đặc biệt hoặc bệnh nhân suy tim có kèm tăng huyết áp.

Bảng 2: Chi phí trung bình và tỷ lệ kiểm soát huyết áp theo từng hoạt chất chính

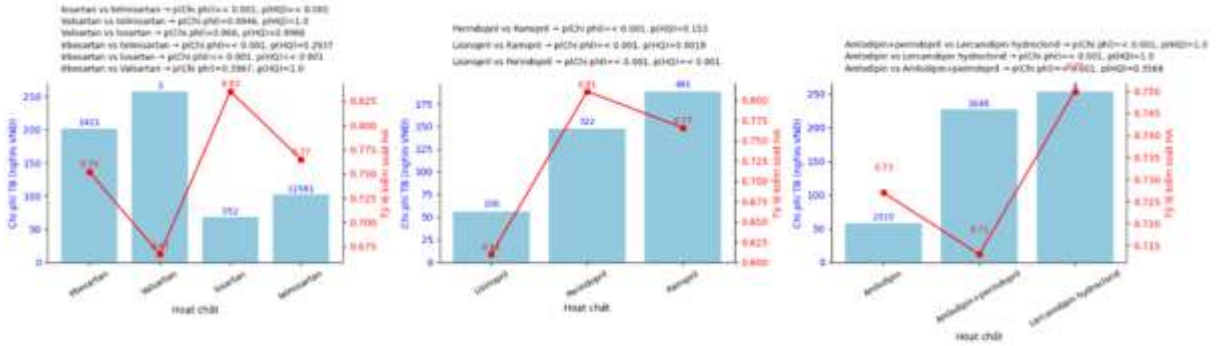
Hoạt chất chính	Số đơn	Chi phí TB (nghìn VNĐ)	Tỷ lệ kiểm soát
Amlodipin	6776	190.2	0.723
Enalapril	41	125.4	0.61
Furosemid	445	190.5	0.802
Hydroclorothiazid	14	337.4	1
Indapamid	7	227.7	0.857
Irbesartan	1410	204.8	0.751
Lercanidipin hydroclorid	4	337.3	0.75
Lisinopril	526	148.3	0.662
Losartan	4464	188.7	0.735
Nifedipin	951	281.5	0.639
Perindopril	329	159	0.812
Ramipril	482	209.5	0.772
Sacubitril	80	655.5	0.912
Telmisartan	13140	132.6	0.754
Valsartan	3	257.6	0.667
Zofenopril	12	629.8	0.417

Trong nhóm ARB, Telmisartan là thuốc được kê nhiều nhất với 11.581 đơn, chi phí thấp (~140.000 VNĐ/tháng) và hiệu quả kiểm soát huyết áp đạt 77%. Losartan và Irbesartan có hiệu quả cao hơn (83% và 75%), trong khi Valsartan có chi phí cao (~260.000 VNĐ) nhưng hiệu quả thấp nhất (67%). Khác biệt về chi phí và hiệu quả giữa Telmisartan, Losartan và Irbesartan đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Trong nhóm ACEi, Perindopril có hiệu quả cao nhất (81%) với chi phí trung bình

147.000 VNĐ, trong khi Lisinopril có chi phí thấp (~60.000 VNĐ) nhưng hiệu quả chỉ đạt 61%. Ramipril có chi phí cao hơn (210.000 VNĐ) và hiệu quả đạt 77%. Sự khác biệt về chi phí và hiệu quả giữa các hoạt chất đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$ và $p < 0,01$).

Trong nhóm CCB và phối hợp, Amlodipin đơn trị phổ biến nhất (2.310 đơn), chi phí thấp (~60.000 VNĐ) và hiệu quả ổn định (73%). Nhóm phối hợp Amlodipin + Perindopril và Lercanidipin hydroclorid có chi phí cao hơn (~200–250.000 VNĐ) nhưng hiệu quả chỉ đạt 71–75%. Sự khác biệt chi phí có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), tuy nhiên hiệu quả kiểm soát huyết áp giữa các hoạt chất không khác biệt rõ rệt.



Hình 2. So sánh chi phí trung bình và hiệu quả kiểm soát huyết áp giữa các hoạt chất thuộc ba nhóm chính: ARB, ACEi và CCB (đơn trị hoặc phối hợp)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy thuốc generic có chi phí điều trị thấp hơn đáng kể so với biệt dược gốc, trong khi hiệu quả kiểm soát huyết áp không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Cụ thể, chi phí trung bình/tháng của nhóm generic là 139 nghìn VNĐ, so với 257 nghìn VNĐ ở nhóm biệt dược gốc ($p < 0,001$); tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở nhóm generic là 74,1%, cao hơn không đáng kể so với nhóm biệt dược gốc là 73,1% ($p = 0,344$). Giá trị ICER âm (–11.661 VNĐ) càng khẳng định việc sử dụng biệt dược gốc là kém hiệu quả về chi phí trong bối cảnh nghiên cứu.

Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế. Nghiên cứu tổng quan hệ thống của Kesselheim et al. cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về hiệu quả lâm sàng giữa thuốc generic và biệt dược gốc trong điều trị các bệnh lý tim mạch, bao gồm cả tăng huyết áp [4]. Cơ quan Quản lý Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) cũng xác nhận thuốc generic đạt tiêu chuẩn tương đương sinh học và có hiệu quả tương đương về mặt lâm sàng [5].

Phân tích theo hoạt chất cụ thể trong nghiên cứu này cũng củng cố cho nhận định trên. Các hoạt chất được kê đơn phổ biến như Telmisartan, Losartan, Amlodipin, Perindopril đều cho thấy nhóm generic có hiệu quả kiểm soát huyết áp tương đương với chi phí thấp hơn. Một số hoạt chất có số đơn thấp (như Valsartan, Zofenopril) có chi phí cao nhưng hiệu quả kiểm soát không vượt

trội, cho thấy cần thận trọng khi sử dụng những thuốc này trong điều kiện nguồn lực còn hạn chế.

Tuy nhiên, nghiên cứu cũng có một số hạn chế như không thu thập được các biến lâm sàng khác như phân độ tăng huyết áp, tác dụng bất lợi của thuốc, và không tính đến yếu tố tuân thủ điều trị. Ngoài ra, các thuốc phối hợp có thể gây khó khăn trong việc phân tích liều lượng và so sánh đơn lẻ từng hoạt chất.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy thuốc generic đạt hiệu quả kiểm soát huyết áp tương đương biệt dược gốc (74,1% so với 73,1%; p = 0,344). Tuy nhiên, chi phí điều trị trung bình hàng tháng của nhóm generic chỉ là 139.000 VNĐ, thấp hơn đáng kể so với biệt dược gốc là 257.000 VNĐ (p < 0,001). Giá trị ICER tính được là –11.661 VNĐ, cho thấy biệt dược gốc không hiệu quả về chi phí so với thuốc generic. Do đó, thuốc generic là lựa chọn hợp lý và kinh tế trong điều trị tăng huyết áp ngoại trú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (WHO).** Hypertension: Key facts. Updated August 2023. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
2. **Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al.** 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. J Am Coll Cardiol. 2018;71(19):e127–e248.
3. **Dunne SS, Dunne CP.** What do people really think of generic medicines? A systematic review and critical appraisal of literature on stakeholder perceptions of generic drugs. BMC Med. 2015;13:173.
4. **Kesselheim AS, Misono AS, Lee JL, et al.** Clinical equivalence of generic and brand-name drugs used in cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2008;300(21): 2514–2526. doi:10.1001/jama.2008.758
5. **U.S. Food and Drug Administration (FDA).** Generic Drugs: Questions and Answers. Updated 2023. Available at: https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers

KẾT QUẢ GIẢM ĐAU SAU MỔ ĐẺ BẰNG PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ CƠ VUÔNG THẮT LƯNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Phạm Xuân Hùng[1], Nguyễn Thị Thành[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả giảm đau sau mổ đẻ bằng tê cơ vuông thắt lưng dưới siêu âm và mô tả tác dụng không mong muốn của phương pháp giảm đau trên. **Phương pháp nghiên cứu:** 40 sản phụ có chỉ định mổ lấy thai bằng phương pháp gây tê tủy sống. Sau khi kết thúc mổ, sản phụ được theo dõi tại phòng hồi tỉnh. Khi sản phụ đau, điểm đau VAS vận động ≥ 4, tiến hành gây tê cơ vuông thắt lưng hai bên, sau đó sản phụ được theo dõi trong 24 giờ tại các thời điểm (trước khi gây tê, sau gây tê 15 phút, 1 giờ, 6 giờ, 12 giờ, 24 giờ). Trong 24 giờ nếu sản phụ đau thì truyền tĩnh mạch perfalgan 1g và voltarel 100mg đặt hậu môn. Ngày tiếp theo cho uống efferalgan 500mg 4 lần/ngày và voltarel 100mg đặt hậu môn khi VAS ≥ 4. **Kết quả:** Thời gian giảm đau sau mổ lấy thai của phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng là 21,57 ± 5,07 giờ, tỷ lệ rất hài lòng và hài lòng của sản phụ là 57,5% và 42,5%. Phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng hai bên không ảnh hưởng đến mạch, huyết áp, SpO_2 của sản phụ và không ghi nhận các tác dụng không mong muốn. **Kết luận:** Phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng hai bên là phương pháp gây tê có thể áp dụng để giảm đau sau mổ lấy thai và đem lại sự hài lòng của sản phụ. Thời gian giảm đau sau mổ lấy thai là 22,27 ± 5,47 giờ. Không có tác dụng phụ nào của phương pháp được ghi nhận.

Từ khoá: Gây tê cơ vuông thắt lưng, Siêu âm, Giảm đau, mổ lấy thai.

SUMMARY

DESCRIBE THE RESULTS OF PAIN RELIEF FOLLOWING CESAREAN SECTION USING QUADRATUS LUMBORUM BLOCK UNDER ULTRASOUND GUIDANCE AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the postoperative analgesic effects and potential adverse effects of bilateral quadratus lumborum block (QLB) for pain management after cesarean section. **Subjects and Methods:** The study included 40 postpartum women undergoing cesarean section under spinal anesthesia. After surgery, patients were monitored in the recovery room. When experiencing pain with a Visual Analog Scale (VAS) score of ≥4 during movement, bilateral QLB was performed. Patients were subsequently monitored for 24 hours at specific time points (before the block, and at 15 minutes, 1 hour, 6 hours, 12 hours, and 24 hours after the block). If pain persisted within the 24-hour period, intravenous perfalgan 1g and rectal voltarel 100mg were administered. From the following day, oral efferalgan 500mg was given four times daily, with rectal voltarel 100mg administered if VAS ≥4. **Results:** The duration of postoperative pain relief provided by bilateral QLB was 21.57

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Xuân Hùng
Email: pxhung@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 29/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 29/3/2025
Ngày duyệt bài: 6/5/2025

± 5.07 hours. The rates of "very satisfied" and "satisfied" patients were 57.5% and 42.5%, respectively. Bilateral QLB had no significant effects on heart rate, blood pressure, or SpO2, and no adverse effects were reported. **Conclusion:** Bilateral quadratus lumborum block is an effective analgesic technique for postoperative pain management after cesarean section, contributing to patient satisfaction. The duration of pain relief was 22.27 ± 5.47 hours, with no recorded adverse effects.

Keywords: Quadratus lumborum block (QLB), Utralsound (US), Pain relief (PR), Cesarean section (CS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay tại Việt Nam mổ lấy thai luôn chiếm tỉ lệ cao khoảng 36%. Từ năm 2022 - 2023, mỗi năm bệnh viện Đại học Y Hải Phòng tiếp nhận trung bình trên 50 sản phụ có chỉ định phẫu thuật mổ lấy thai. Đau sau mổ lấy thai được xếp vào mức độ đau mạnh dưới 48 giờ ảnh hưởng rất lớn đến tâm sinh lý cũng như sự phục hồi của sản phụ, sự gắn kết của sản phụ với con và thời gian cho con bú. Gây tê cơ vuông thắt lưng (Quadratus Lumborum Block) lần đầu tiên được Blanco mô tả vào năm 2007 để giảm đau cho các phẫu thuật vùng bụng. Phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng có ít tác dụng phụ, những sản phụ được gây tê cơ vuông thắt lưng có mức độ đau ít ở cả lúc nghĩ ngơi và lúc vận động, điều này rất quan trọng để tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật nhằm phòng ngừa biến chứng thuyên tắc tĩnh mạch sâu và huyết khối sau mổ [1]. Với sự hướng dẫn của siêu âm làm tăng hiệu quả và giảm các tai biến của phương pháp này nên ngày nay phương pháp này được áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên cho đến hiện nay Việt Nam rất ít nghiên cứu về phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng để giảm đau sau mổ lấy thai. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu "Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ đẻ bằng phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng dưới hướng dẫn của siêu âm tại Bệnh viện Đại học Y Hải phòng", với 02 mục tiêu: (1) Mô tả kết quả giảm đau sau mổ đẻ bằng tê cơ vuông thắt lưng dưới siêu âm; (2) Mô tả tác dụng không mong muốn của phương pháp giảm đau trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 40 sản phụ từ 18 – 30 tuổi có chỉ định gây tê tủy sống để mổ lấy thai với đường rạch da ngang dưới rốn tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 10/2022 đến tháng 1/2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Sản phụ được gây tê tủy sống để mổ lấy thai, từ 18 – 30 tuổi, ASA I – II, không có chống chỉ định gây tê vùng, đã được khám gây mê và giải thích trước mổ về kỹ thuật gây tê cơ vuông thắt lưng.

- Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Nhiễm trùng tại vùng chọc kim gây tê, sản phụ có tiền sử dị ứng thuốc tê, tiền sử rối loạn tâm thần, khó khăn trong giao tiếp, sản phụ không hợp tác, bệnh lý thần kinh ngoại biên, rối loạn đông máu hay chống chỉ định tê tủy sống.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2022 đến tháng 01/2023.

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Gây mê - Hồi sức Bệnh viện Đại học Y Hải phòng

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- ***Thiết kế nghiên cứu:*** Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

- ***Chỉ tiêu nghiên cứu:*** Tuổi, chiều cao, cân nặng, ASA, thời gian phẫu thuật, huyết áp động mạch trung bình (HAĐMTB), tần số tim, SpO2, thời gian giảm đau trung bình của nhóm nghiên cứu, thang điểm VAS khi nghỉ ngơi và khi vận động tại các thời điểm đánh giá, mức độ hài lòng của người bệnh, các tác dụng không mong muốn: buồn nôn, nôn, run, ngứa, vị đắng kim loại ở miệng, khó thở...

2.3. Phương pháp thu thập thông tin

- ***Quy trình nghiên cứu:*** Toàn bộ 40 sản phụ có chỉ định mổ lấy thai bằng phương pháp gây tê tủy sống. Thời điểm đánh giá: Trước khi gây tê (T0), sau khi gây tê 15 phút (T1), sau gây tê 1 giờ (T2), sau gây tê 6 giờ (T3), sau gây tê 12 giờ (T4), sau gây tê 24 giờ (T5). Trong 24 giờ nếu sản phụ đau thì truyền tĩnh mạch perfalgan 1g và voltarel 100mg đặt hậu môn. Ngày tiếp theo cho uống efferalgan 500mg 4 lần/ngày và voltarel 100mg đặt hậu môn khi VAS ≥ 4.

- ***Phương pháp đánh giá đau:*** Thang điểm nhìn hình đồng dạng VAS (Visual Analog Scale). Đây là thang điểm được sử dụng phổ biến nhất trên lâm sàng. Dựa vào thang điểm VAS cường độ đau được chia làm 3 mức độ: đau ít tương ứng với VAS ≤ 3 cm, đau vừa hay đau trung bình khi VAS trong khoảng từ 4 đến 7 cm và đau nặng hay đau nhiều khi VAS > 7 cm. Trong giai đoạn hồi tỉnh, BN diễn đạt bằng lời nói bị hạn chế, lúc này VAS được cho là thang điểm thích hợp để đánh giá đau và đa số tác giả thống nhất khi VAS từ 4 cm trở lên là tương ứng với mức độ đau cần điều trị. Ngoài ra, khi một phương pháp giảm đau có VAS ≤ 3 cm lúc nằm yên và ≤ 5 cm lúc vận động được coi là giảm đau hiệu quả. Giảm trung bình 30mm trên thang điểm VAS 100 mm thể hiện khác biệt có ý nghĩa lâm sàng về mức độ đau tương ứng với cảm nhận giảm đau có hiệu quả của BN.

- ***Mức độ hài lòng:*** Được đánh giá theo thang điểm 10 với ≤ 4 là không hài lòng, < 4 và < 8 là hài lòng từ 8 điểm là rất hài lòng**.**

2.4. Xử lý số liệu: Thông tin sau khi thu thập được nhập liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 17.0. Số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt. Tất cả đối tượng tham gia vào nghiên cứu với tinh thần tự nguyện. Mọi thông tin sẽ được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Thông tin về đối tượng nghiên cứu (n = 40)

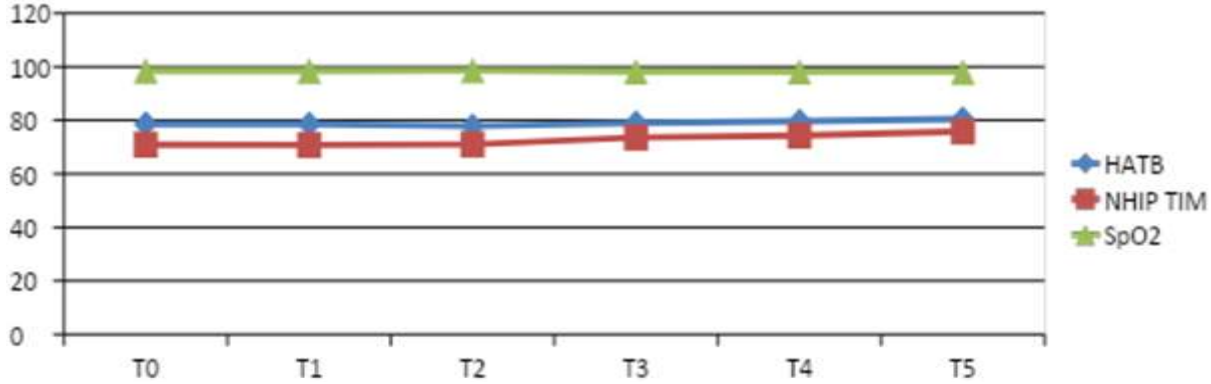
Đặc điểm	Trung bình + ĐLC
Tuổi	30,55 ±4,57
Chiều cao (cm)	154,55 ± 3,56
Cân nặng (kg)	51,37± 3,62
Thời gian giảm đau sau mổ	22,27 ± 5,47

100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không xuất hiện tác dụng không mong muốn

Bảng 2: Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh về mức độ giảm đau (n = 40)

	Số lượng	**Tỉ lệ %**
Rất hài lòng	25	62,5
Hài lòng	15	37,5
Tổng	**40**	**100,0**

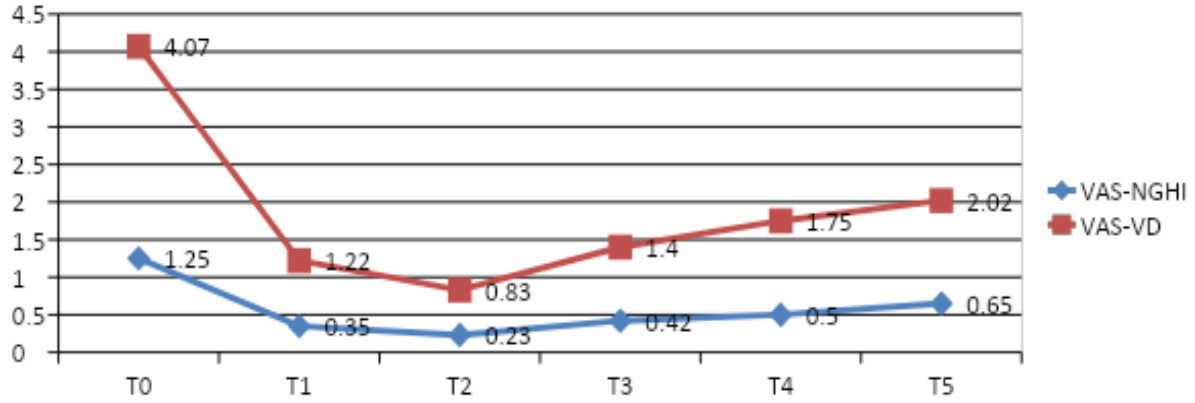
Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với mức độ giảm đau chiếm 37,5%, rất hài lòng chiếm 62,5%. Không có bệnh nhân không hài lòng với phương pháp giảm đau.



Hình 1: Chỉ số nhịp tim, huyết áp, SpO2 của sản phụ được gây tê cơ vuông thắt lưng tại các thời điểm đánh giá (n = 40)

(HATB: huyết áp trung bình)

Không có sự thay đổi đáng kể về huyết áp trung bình, nhịp tim và SpO2 sau khi sản phụ được gây tê cơ vuông thắt lưng tại các thời điểm đánh giá



Hình 2: Điểm đau VAS nghỉ ngơi và VAS vận động sau gây tê cơ vuông thắt lưng tại các thời điểm đánh giá (n = 40)

(VAS-NGHI: Điểm đau VAS khi nghỉ ngơi; VAS-VD: Điểm đau VAS khi vận động)

Các thời điểm được đánh giá, điểm VAS khi vận động và nghỉ ngơi đều nhỏ hơn 4

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 30,55 ± 4,57 tuổi, tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên [13] và cộng sự: tuổi trung bình 29,5 ± 4,97 tuổi. Chiều cao trung bình trong nhóm nghiên cứu là 154,95 ± 3,73 cm tương tự như nghiên cứu của Nguyễn

Trung Kiên [2] và Nguyễn Thế Tùng [3]. Cân nặng trung bình trong nghiên cứu là 51,37± 3,62 kg. Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy cân nặng trước khi mang thai để xác định lượng thuốc cần gây tê cơ vuông thắt lưng nên có sự khác biệt với các tác giả sử dụng cân nặng lúc mang thai trong các nghiên cứu về các phương pháp vô cảm trên mổ lấy thai: Nguyễn Trung Kiên [2], Nguyễn Thế Tùng [3]. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu là 40,88 ± 6,19 phút, tương tự trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trung Kiên là 41,3 ± 11,15 phút.

4.2. Thời gian giảm đau sau mổ, thuốc giảm đau dùng phối hợp sau mổ

Thời gian giảm đau sau mổ của nhóm nghiên cứu là 22,27 ± 5,47 giờ. Theo dõi sau gây tê cơ vuông thắt lưng trong 24h, dấu hiệu sinh tồn của sản phụ ít có sự thay đổi, 10/40 sản phụ phải dùng phối hợp thêm các thuốc giảm đau perfalgan và voltarel chiếm tỷ lệ 25%, sản phụ phải dùng sớm nhất là sau 6 giờ, muộn nhất sau 23 giờ, không có sản phụ nào phải dùng đến liều thuốc giảm đau thứ 2 trong vòng 24 giờ đau sau mổ, không có sản phụ nào phải dùng đến morphin. Tác giả Marcin. M[(11)] nghiên cứu tác dụng giảm đau sau mổ lấy thai khi gây tê cơ vuông thắt lưng bằng thuốc ropivacain 0,375%, từ khi sản phụ gây tê đến khi phải dùng liều morphin đầu tiên là 618,4 ± 128,21 phút (10,31± 2,14 giờ), thời gian giảm đau dài nhất là 990 phút (16,5 giờ), có 2 sản phụ phải dùng tới thuốc giảm đau sau khi gây tê 4-8 giờ. So sánh với tác giả Marcin. M thời gian giảm đau trong nhóm nghiên cứu kéo dài hơn, do trong nghiên cứu chúng tôi gây tê ở vị trí sau bên cơ vuông thắt lưng (QL2) so với vị trí mặt trước của cơ vuông thắt lưng (QL1) của tác giả [4]. Theo Balanco gây tê cơ vuông thắt lưng phía sau bên cơ vuông thắt lưng (QL2) thuốc tê lan vào khoang cạnh cột sống hơn gây tê (QL1) phía trước của cơ vuông thắt lưng, do đó có tác dụng giảm đau dài và cũng có tác dụng giảm đau tạng [5,6]. Trong nghiên cứu của tác giả có 11/28 sản phụ phải dùng morphin trong vòng 24 h đầu tiên sau gây tê chiếm tỷ lệ 33% so với của chúng tôi là 25%, tuy nhiên chúng tôi chỉ sử dụng perfalgan truyền tĩnh mạch và voltarel đặt hậu môn. Theo như Marcin. M [4] mức độ sử dụng thuốc giảm đau (morphin) nhóm có gây tê cơ vuông thắt lưng giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm dùng thuốc giảm đau morphin thông thường. Ilana Sebbag và cộng sự [7] khi nghiên cứu 3 ca bệnh có sử dụng gây tê cơ vuông thắt lưng phối hợp với acetaminophen 650mg và ketorolac 15mg để giảm đau sau mổ lấy thai thì thấy trong vòng 24h đầu sau mổ sản phụ không có nhu cầu dùng thêm thuốc giảm đau opioid.

4.3. Điểm đau VAS

Trên biểu đồ 2, điểm đau VAS khi nghỉ ngơi và vận động cao nhất ở thời điểm T0 lần lượt là 1,25 và 4,07. Điểm đau VAS được đo trước khi gây tê, khi mà gây tê tủy sống đã gần hết tác dụng, sản phụ đã phục hồi được vận động: co được đầu gối, cử động chân; đau vết mổ khi ho, hoặc nằm nghiêng, nên chúng ta thấy điểm VAS khi vận động cao hơn điểm VAS khi nghỉ. Điểm VAS thấp nhất ở thời điểm T1, ngay sau gây tê 1 giờ, sau đó tăng lên đến thời điểm sau gây tê 24 giờ nhưng sản phụ vẫn cảm thấy thoải mái. Điểm VAS vận động là 2,02, VAS nghỉ ngơi là 0,65. Trong nghiên cứu của Marcin. M[(11)] điểm NRS thấp nhất ở thời điểm sau 2 giờ.

Tuy nhiên trong nghiên cứu của tác giả chỉ đánh giá bằng điểm đau NRS khi nghỉ, không đánh giá điểm đau của sản phụ khi vận động. Nghiên cứu của Sebbag và cộng sự [7] thì thấy điểm đau thấp trong vòng 24 giờ đầu sau mổ.

4.4. Tác dụng không mong muốn

Dựa vào kết quả bảng 3, tỷ lệ sản phụ không có các tác dụng không mong muốn sau khi được gây tê cơ vuông thắt lưng 2 bên là 100%. Sản phụ không có các triệu chứng ngứa, buồn nôn, nôn và bí tiểu như khi áp dụng giảm đau sau mổ lấy thai có phối hợp thuốc tê và morphin để gây tê tủy sống.

4.5. Mức độ hài lòng của sản phụ

Tỷ lệ hài lòng và rất hài lòng sau gây tê cơ vuông thắt lưng lần lượt là 42,5% và 57,5%. Không có bệnh nhân nào là không hài lòng với phương pháp giảm đau. Nghiên cứu của Sebbag và cộng sự [7] trên 3 sản phụ thì cả 3 sản phụ đều rất hài lòng. Sản phụ có thể thay đổi tư thế cho con bú, không phải dùng thuốc giảm đau họ morphin, do đó ít ảnh hưởng đến nuôi con bằng sữa mẹ. Một số sản phụ có thể vận động sớm sau 12 giờ để tránh các biến chứng sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng hai bên là phương pháp gây tê có hiệu quả tốt để giảm đau sau mổ lấy thai, làm giảm nhu cầu sử dụng morphin sau mổ và đem lại sự hài lòng cho sản phụ. Phương pháp không ghi nhận các tác dụng phụ như: buồn nôn, nôn, ngứa, bí tiểu..

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Blanco R** (2007). TAP block under ultrasound guidance: the description of a ‘non pops technique’. Regional Anesthesia and Pain Medicine. 32: p.130.
2. **Nguyễn Trung Kiên và cs** (2019). Gây tê tủy sống trong mổ lấy thai bằng Bupivacain: So sánh tính liều theo chiều cao và cân nặng với chiều cao đơn thuần. Tạp chí Y - Dược học Quân sự. 2019, 3, p79-87.
3. **Nguyễn Thế Tùng** (2008). Đánh giá tác dụng của gây tê tủy sống liều thấp kết hợp fentanyl trong mổ lấy thai. Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân Y.
4. **Marcin Mieszko Mieszkowski** (2018). Evaluation of the effectiveness of the Quadratus Lumborum Block type I using ropivacaine on postoperative analgesia after a ceasarean section-a controlled clinical study. Via Medica, Ginekologia Polska. Vol 89, No 2, 89-96.
5. **Blanco R** (2014). Optimal point of injection: the quadratus lumborum type I and II blocks. Anaesthesia. 1550.
6. **Blanco, Rafael, Ansari** (2016). Quadratus lumborum block versus Transversus abdominis plane block for postoperative pain after Cesarean Delivery: A randomized controlled trial. Regional Anesthesia and Pain Medicine. 41:757-762.
7. **Ilana Sebbag, Fatemah Qasem, Shalini Dhir** (2016). Ultrasound guided quadratus lumborum block for analgesia after cesarean delivery: case series. Rev Bras Anesthesiol. 67(4): 418-421.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ XQUANG BỆNH NHÂN GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI VÙNG CẰM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2023

Nguyễn Xuân Thực[1,2], Bùi Văn Cương[1], Trần Thị Huyền[1], Phạm Thanh Hải[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương hàm dưới (GXHD) vùng cằm là một bệnh cảnh chấn thương hay gặp, việc nắm rõ các đặc điểm lâm sàng và X-quang sẽ góp phần cải thiện chẩn đoán và chất lượng điều trị. **Mục tiêu**: Mô tả đặc điểm lâm sàng và Xquang bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng cằm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương hàm dưới (XHD) vùng cằm do chấn thương, số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Kết quả cho thấy triệu chứng lâm sàng phổ biến gồm, sưng nề (96,7%), há miệng hạn chế (83,3%), sai khớp cắn (80%), và dấu hiệu bậc thang (96,7%). Hầu hết bệnh nhân có một đường gãy (86,7%), chủ yếu ở chính giữa (90%). Gãy hai bên chiếm 66,7%, bên phải 23,3%, bên trái 10%. Phần lớn bệnh nhân chỉ bị gãy XHD vùng cằm đơn thuần (86,6%) và 13,4% có gãy phối hợp góc hàm, lồi cầu. **Kết luận:** Gãy xương hàm dưới vùng cằm hay gặp với đặc điểm gãy đơn thuần 1 đường giữa với triệu chứng phổ biến là sưng nề, há miệng hạn chế và sai khớp cắn.

[1]*Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Hải
Email: pthai@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 26/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025
Ngày duyệt bài: 16/4/2025

Từ khóa: gãy xương hàm dưới, vùng cằm, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

SUMMARY

CLINICAL AND X-RAY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SYMPHASIS MANDIBULAR FRACTURES AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2023

Introduction: Symphysis mandibular fracture is a common traumatic condition, understanding the clinical and radiographic characteristics will contribute to improving the diagnosis and treatment quality. **Objective:** To describe the clinical and radiographic characteristics of mandibular symphysis fractures in patients treated at Viet Tiep Friendship Hospital in 2023. **Subjects and Methods:**A case series study was conducted on patients diagnosed with mandibular symphysis fractures due to trauma. Data were analyzed using SPSS 20.0. **Results:** The results showed a common clinical symptoms included swelling (96.7%), trismus (83.3%), malocclusion (80%) and step deformity (96,7%). The majority had a single fracture line (86.7%), primarily in the midline (90%). Bilateral fractures were most common (66.7%), followed by right-sided (23.3%) and left-sided fractures (10%). Most cases involved isolated mandibular symphysis fractures (86.6%), while 13.4% had concomitant fractures of the mandibular angle and condyle. **Conclusion:** Mandibular symphysis fractures are common with the characteristic of a simple midline

fracture with common symptoms of swelling, trismus and malocclusion.

Keywords: mandibular fracture, symphiseal area, Viet Tiep Friendship Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy XHD hay gặp chiếm tỉ lệ rất cao trong tổng số gãy xương vùng mặt (khoảng 47 - 50% trên thế giới, riêng tại Việt Nam tỉ lệ này khoảng 43%) [1]. Nguyên nhân chủ yếu gây ra GXHD là tai nạn giao thông, ngoài ra còn có các nguyên nhân khác như: tai nạn lao động, bạo lực và tai nạn sinh hoạt [1]. Chấn thương gãy XHD ngày càng đa dạng và phức tạp, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời đúng phương pháp thì thường gây rối loạn chức năng và để lại di chứng ảnh hưởng nặng nề đến thẩm mỹ và chức năng ăn nhai.Trong tất cả các nghiên cứu về GXHD các tác giả đều đưa ra tỷ lệ các đường gãy ở các vùng khác nhau và nhận thấy GXHD có tỷ lệ cao nhất là góc vùng cằm (Huỳnh Kim Khang: 39,8%[2]; Nguyễn Quốc Đức: 31,8%[3]).Việc nắm bắt được đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của GXHD giúp chẩn đoán chính xác và đưa ra kế hoạch điều trị phù hợp. Chính ví vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: ***Đặc điểm lâm sàng và X-quang bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng cằm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2023.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán gãy XHD vùng cằm đến khám tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp do chấn thương năm 2023.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân gãy XHD vùng cằm do bệnh lý; Bệnh nhân mắc các bệnh nội khoa nặng có thể phải trì hoãn phẫu thuật; Bệnh nhân bị mắc bệnh tâm thần; Bệnh án nghiên cứu của bệnh nhân thiếu sót, không đầy đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán gãy XHD vùng cằm do chấn thương

2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023.

2.2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh.

2.2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn 30 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong khoảng thời gian nghiên cứu được mời tham gia vào nghiên cứu.

2.2.5. Biến số nghiên cứu:

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Giới tính; Nhóm tuổi; Nơi sinh sống; Nghề nghiệp; Nguyên nhân gây GXHD vùng cằm

Triệu chứng lâm sàng và hình ảnh X-quang GXHD (vị trí, số lượng đường gãy)

2.3. Phương pháp thu thập thông tin: Bệnh nhân tới khám được hỏi bệnh, khám lâm sàng, chụp X-quang và ghi nhận trong hồ sơ bệnh án.

2.4. Xử lí số liệu: Số liệu được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê trong y học.

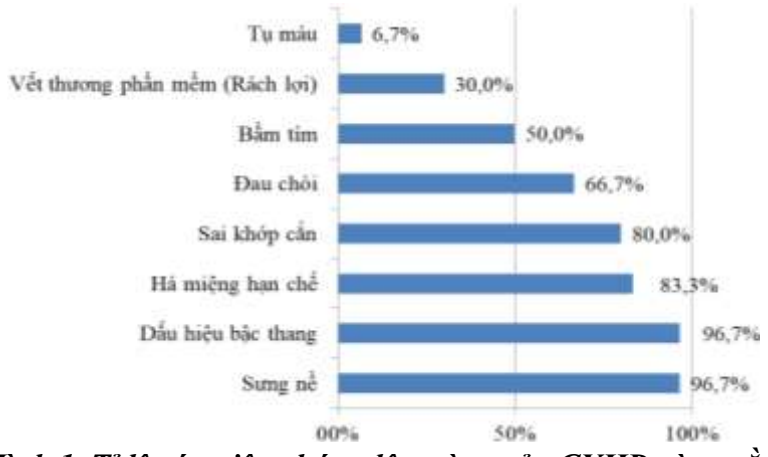
2.5. Đạo đức nghiên cứu: Mọi thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu được giữ kín. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 30)

Đặc điểm chung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	26	86,7
Nữ	4	13,3
Nhóm tuổi		
18-39	20	66,7
≥ 40 tuổi hoặc ≤ 18 tuổi	10	33,3
Tuổi trung bình ± ĐLC (Tuổi thấp nhất - cao nhất)	29,73 ± 9,20 (18 – 49)	
Nơi sinh sống		
Thành phố, thị trấn - thị xã	17	56,7
Nông thôn	13	43,3
Nghề nghiệp		
Học sinh, sinh viên	15	50,0
Cán bộ, công chức, lao động, công nhân	15	50,0
Nguyên nhân gãy XHD vùng cằm		
Tai nạn giao thông	28	93,3
Tai nạn lao động, bạo lực	2	6,7

Phần lớn đối tượng nghiên cứu bị gãy XHD vùng cằm là nam giới (chiếm 86,7%).Tỷ lệ đối tượng ở nhóm tuổi từ 18-39 (chiếm 66,7%) cao hơn tỷ lệ đối tượng ở nhóm tuổi từ 40 tuổi trở lên và nhóm từ 18 tuổi trở xuống. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 29,73 ± 9,20 tuổi. Tỷ lệ đối tượng sinh sống ở thành phố, thị trấn - thị xã chiếm 56,7% cao hơn nhóm sinh sống ở vùng nông thôn (chiếm 43,3%). Nhóm đối tượng là học sinh, sinh viên chiếm tỷ lệ tương đương với nhóm đối tượng cán bộ, công chức, lao động, công nhân (chiếm 50%). Nhóm nguyên nhân gây ra gãy XHD vùng cằm chủ yếu là do tai nạn giao thông (chiếm 93,3%).



Hình 1. Tỉ lệ các triệu chứng lâm sàng của GXHD vùng cằm

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp của đối tượng gãy XHD vùng cằm gồm: dấu hiệu bậc thang (96,7%), sưng nề liên quan đến ổ gãy (96,7%), há miệng hạn chế (83,3%), sai khớp cắn (80%).

Bảng 2. Đặc điểm gãy XHD vùng cằm theo số lượng đường gãy và vị trí đường gãy vùng cằm

		Vị trí đường gãy vùng cằm		Tổng	p
		Chính giữa n (%)	Cạnh giữa n (%)		
Số lượng đường gãy	1 đường	25 (83,33%)	1 (3,33%)	26 (86,67%)	0,004
	2 đường	2 (6,67%)	2 (6,67%)	4 (13,33%)	
Tổng		27 (90%)	3 (10%)	30	

Kết quả Xquang cho thấy bệnh nhân có 1 đường gãy XHD vùng cằm ở vị trí chính giữa chiếm tỷ lệ phần lớn (83,33%), trong đó tỷ lệ bệnh nhân có gãy XHD 1 đường ở vị trí cạnh giữa chiếm tỷ lệ nhỏ nhất (3,33%). Tỷ lệ bệnh nhân có gãy XHD 2 đường ít hơn, chỉ chiếm 13,33% và tỷ lệ này chia đều cho 2 nhóm vị trí gãy ở chính giữa và cạnh giữa. Kết quả này có ý nghĩa thống kê với p = 0,004.

Bảng 3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tổn thương gãy xương hàm dưới giữa nam và nữ

Vị trí đường gãy	Nam		Nữ		Tổng	
	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %
Cằm	26	86,7	4	13,3	30	100,0
Gãy phức hợp cằm và góc hàm	1	3,33	1	3,33	2	6,67
Gãy phức hợp cằm và lồi cầu	1	3,33	1	3,33	2	6,67

Bệnh nhân có vị trí đường gãy ở vùng cằm là 30/30 đối tượng chiếm 100%, ở góc hàm và lồi cầu là 2/30 đối tượng chiếm 6,7%. Đường gãy ở vị trí mỏm vẹt, càng ngang và cành cao không có trường hợp nào.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân là nam giới chiếm 86,7% (26/30 đối tượng), nữ giới chỉ chiếm 13,3% (4/30 bệnh nhân). Kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Phong Vũ và Lê Đức Lánh (2011)[4] trên 266 bệnh nhân gãy XHD tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang từ năm 2006 đến năm 2010, nam và nữ bị chấn thương gãy XHD với tỉ lệ 91,7% và 8,3%. Điều này có thể được lí giải rằng nam giới thường điều khiển phương tiện giao thông với tốc độ cao và nam giới thường sử dụng rượu bia, hơn nữa ở nam giới cũng hay xảy ra ẩu đả, bạo lực hơn. Ở nữ giới thì thường ít sử dụng rượu bia và họ cũng cẩn thận hơn trong điều khiển phương

tiện giao thông cũng như trong lao động, sinh hoạt và các hoạt động khác.

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 29,73 ± 9,20 tuổi. Nhóm tuổi 19-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (66,7%). Đây là lứa tuổi tham gia các hoạt động xã hội nhiều nhất, thường xuyên tham gia giao thông, là tuổi lao động chính. Kết quả này của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Châu Chiêu Hòa[5].Trong nghiên cứu này, không gặp bệnh nhân gãy XHD nào ở lứa tuổi nhi đồng và ở tuổi già, có thể do trẻ em được quản lý ở trường học, người già ít tham gia giao thông trên đường.

Về địa dư, tỷ lệ đối tượng sinh sống ở thành phố, thị trấn - thị xã chiếm 56,7% cao hơn nhóm sinh sống ở vùng nông thôn (chiếm 43,3%). Do ở thành phố, thị trấn - thị xã sự tăng nhanh số lượng xe máy kết hợp với nhận thức của người dân về Luật an toàn giao thông là chưa cao. Tỷ lệ gãy XHD vùng cằm ở nông thôn vẫn chiếm tỷ lệ khá cao có thể do tình trạng đường xá, cơ sở hạ tầng ở một số nơi còn thấp kém, ít được tu sửa bảo trì[6]. Ngoài ra, cũng do hầu hết các bệnh viện tuyến huyện, không giải quyết được do hạn chế về trang thiết bị và trình độ nên số bệnh nhân ở địa bàn nông thôn cao, mà phải chuyển đến các Bệnh viện tuyến tỉnh và Trung ương.

Về phân bố đối tượng theo nghề nghiệp và nguyên nhân gãy xương , nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tầng lớp lao động và sinh viên đều chiếm 50% và nguyên nhân gây gãy xương hàm dưới chiếm 93,3% là tai nạn giao thông. Điều này có thể được giải thích do lượng xe máy ở Việt Nam tăng nhanh ở nước ta trong thời gian gần đây bởi số lượng bán ra nhiều và giá thành rẻ nên phù hợp với điều kiện kinh tế của người lao động và sinh viên và các gia đình thuộc tầng lớp lao động phổ thông[7]. Khi người lao động và sinh viên sử dụng xe máy ngày càng nhiều mà sự hiểu biết và ý thức chấp hành luật lệ giao thông còn chưa cao việc tăng tỷ lệ bị tai nạn giao thông là điều dễ hiểu.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng lâm sàng thường gặp của đối tượng gãy XHD vùng cằm gồm: dấu hiệu bậc thang (96,7%), sưng nề liên quan đến ổ gãy (96,7%), há miệng hạn chế (83,3%), sai khớp cắn (80%), điểm đau chói (66,7%), bầm tím (50%). Triệu chứng ít gặp hơn của đối tượng gãy XHD vùng cằm gồm: tụ máu (6,7%) và vết thương phần mềm (rách lợi) (30%).

Trong các triệu chứng cơ năng, triệu chứng há miệng hạn chế chiếm tỷ lệ 83,3%. Triệu chứng này thường gặp trong trường hợp gãy XHD di lệch nhiều, gây chạm kẹt mỏm vẹt hoặc tăng co thắt cơ thái dương. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý một số trường hợp không bị chạm kẹt mỏm vẹt nhưng vẫn há miệng hạn chế do vùng mặt sưng đau nên nhiều bệnh nhân lười há miệng vì sợ đau. Đối với những trường hợp như thế, bệnh nhân sẽ tự há miệng bình thường sau khi vùng mặt hết sưng đau. Sai khớp cắn là dấu hiệu thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi (80%). Tuy nhiên, dấu hiệu sai khớp cắn chỉ là dấu hiệu gợi ý chẩn đoán gãy XHD chứ không thể chẩn đoán xác định. Sai khớp

cắn cũng là một trong các triệu chứng quan trọng quyết định phương pháp điều trị vì phục hồi lại khớp cắn là một trong các mục tiêu chính của việc điều trị[2,3].

Khi triệu chứng sai khớp cắn xuất hiện dấu hiệu hạn chế há miệng thường đi kèm do vậy tỷ lệ gặp cũng tương đương với 80%. Tỷ lệ này cao hơn một chút so với tỷ lệ sai khớp cắn là do trong số đó có một số ít bệnh nhân xương gãy không di lệch nhưng lại đi kèm với chấn thương hoặc vết thương phần mềm nên cũng gây ra triệu chứng hạn chế há miệng. XHD có rất nhiều nhóm cơ bám vào nên khi chấn thương đường gãy di lệch không chỉ phụ thuộc vào hướng và cường độ của lực tác dụng mà còn bị di lệch thứ phát do sự co kéo của các cơ bám nó. Tỷ lệ há miệng hạn chế của chúng tôi tương đồng với tỷ lệ của Nguyễn Thị Hồng Minh (83,3%) [8].

4.3. Đặc điểm Xquang

Về đặc điểm cận lâm sàng, để giúp chẩn đoán gãy XHD, phim Xquang được sử dụng nhiều nhất là phim mặt thẳng, panorama. Điều này cho thấy phim toàn cảnh và phim mặt thẳng được ứng dụng rộng rãi nhất trong việc chẩn đoán cũng như theo dõi điều trị gãy XHD. Sở dĩ như vậy là vì loại phim này có giá thành rẻ và thể hiện được khá đầy đủ các đặc điểm của gãy XHD về số lượng đường gãy, vị trí gãy và kiểu gãy.

Kết quả X quang cho thấy có 26 bệnh nhân có 1 đường gãy, chiếm 86,67% trong số đó có 25 ca đường gãy nằm ở chính giữa và chỉ duy nhất 1 ca đường gãy nằm ở cạnh giữa, chỉ có 13,3% bệnh nhân có 2 đường gãy ở vùng cằm. Kết quả này hơi khác một chút với kết quả của Trần Quốc Khánh khi nghiên cứu ở bệnh viện E với tỷ lệ gãy 2 đường nhiều hơn chiếm 50% [9]. Thêm vào đó, trong các vị trí đường gãy XHD trên kết quả Xquang thường gặp ở gãy chính giữa (90%), ít gặp hơn là gãy cạnh giữa (10%). Kết quả này khác biệt so với nghiên cứu của Natu và cộng sự với tỷ lệ gãy cạnh giữa là 31,4% và tỷ lệ gãy chính giữa chỉ chiếm 3,9% [10]. Các sự khác biệt này có thể là do số lượng đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này còn hạn chế và chủ yếu nghiên cứu trên đối tượng gãy XHD vùng cằm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đường gãy vùng cằm gặp ở 100% trường hợp; tỷ lệ đối tượng có đường gãy ở góc hàm và lồi cầu đều chiếm tỷ lệ là 6,7%. Đường gãy ở vị trí mỏm vẹt, càng ngang và cành cao không có trường hợp nào do cấu trúc giải phẫu của XHD và cơ chế truyền lực khi bị sang chấn. Điều này phù hợp với vị trí giải phẫu của cằm vì cằm là vị trí nhô ra nhất của XHD nên dễ bị tác động trực tiếp khi bị tai nạn xảy ra.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu chỉ ra GXHD chủ yếu do tai nạn giao thông xảy ra ở thành phố, thị trấn-thị xã, với tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 29,73 ± 9,20 tuổi trong đó nam gặp nhiều hơn nữ. Gãy XHD vùng cằm chủ yếu là gãy đơn thuần với 1 đường gãy ở vị trí chính giữa vùng cằm với triệu chứng phổ biến là sưng nề, há miệng hạn chế, sai khớp cắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Mạnh Dũng** (2013). Nghiên áp dụng hệ thống nẹp vít tự tiêu trong điều trị gãy xương hàm mặt. Đề tài nghiên cứu cấp bộ, Viện đào tạo răng hàm mặt, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Huỳnh Kim Khang và Nguyễn Hoàng Linh** (2021). Đánh giá kết quả điều trị gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn. Tạp chí y học Việt Nam, 501(1), 4-8.
3. **Nguyễn Quốc Đức** (1983). Gãy Xương hàm dưới thời bình theo dõi đánh giá kết quả điều trị 11 năm tại Viện Răng Hàm Mặt. Luận văn Bác sỹ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội, 1-38.
4. **Lê Phong Vũ, Lê Đức Lánh** (2011). Dịch tễ lâm sàng và điều trị gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang từ năm 2006 đến năm 2010. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 2(1), 208-212.
5. **Châu Chiêu Hòa** (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang chấn thương tầng giữa khối xương mặt có tổn thương mũi xoang, đánh giá kết quả phẫu thuật chỉnh hình bằng nẹp vít. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 1-56
6. **Công an tỉnh Bình Định.** Xây dựng văn hóa giao thông trong công tác bảo đảm trật tự an toàn giao thông hiện nay. Công an tỉnh Bình Định. December 20, 2023. Accessed April 15, 2025. https://congan.binhdinh.gov.vn/vi/news/an-toan-giao-thong/xay-dung-van-hoa-giao-thong-trong-cong-tac-bao-dam-trat-tu-an-toan-giao-thong-hien-nay-3876.html
7. **Lý do Việt Nam cứ tắc đường là thấy toàn xe máy. Znews.vn.** January 18, 2025. Accessed April 15, 2025. https://znews.vn/znews-post1525451.html
8. **Nguyễn Thị Hồng Minh** (2008). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị gãy kín phức tạp xương gò má cung tiếp bằng nẹp vít. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế; 2008:1-44.
9. **Trần Quốc Khánh** (2013). Nghiên cứu áp dụng nẹp vít tự tiêu trong điều trị gãy xương hàm dưới. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. **Natu SS et al.** An epidemiological study on pattern and incidence of mandibular fractures. Plast Surg Int. 2012;2012:834364. doi: 10.1155/2012/834364. Epub 2012 Nov 8. PMID: 23227327; PMCID: PMC3503282.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ BẠCH CẦU CẤP DÒNG LYMPHO TIỀN B TÁI PHÁT TỦY XƯƠNG HOẶC KHÁNG TRỊ BẰNG BLINATUMOMAB TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Thị Liên Nhi[1], Bùi Ngọc Lan[1], Nguyễn Ngọc Sáng[2], Nguyễn Hoài Anh[1], Nguyễn Thị Nga[1], Đặng Thị Hà[1], Phạm Thu Hà[1], Hiroto Inaba[3], Caithlyn Duffy[3]

TÓM TẮT

Tỷ lệ tái phát của bạch cầu cấp dòng lympho ở trẻ em là 15-20%, trong đó hơn 50% số bệnh nhi này thất bại điều trị có thể do sự kháng hoá chất của tế bào ung thư. Blinatumomab (biệt dược là Blincyto) là một kháng thể gắn tế bào T đặc hiệu kép (BiTE) tạo phản ứng miễn dịch gây độc tế bào, là một thuốc đích có tác dụng tiêu diệt các tế bào có thụ thể CD19 trong đó có các tế bào ung thư. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu và độc tính ở 14 bệnh nhi bạch cầu cấp dòng lympho tái phát hoặc kháng trị điều trị bằng Blinatumomab tại trung tâm Ung thư, Bệnh viện Nhi Trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 14 bệnh nhi. **Kết quả:** 64,3% đạt lui bệnh (MRD trong tủy xương < 0.01%) sau chu kỳ 1 và 76,9% đạt lui bệnh sau chu kỳ 2. Tỷ lệ sống không bệnh 1 năm là 69,3%. 92,8% bệnh nhi có độc tính thần kinh mức độ 1 và 92,8% bệnh nhi có bão cytokin mức độ 1. 45,5% bệnh nhi có biến chứng nhiễm trùng ở mức độ 1. 100% bệnh nhi bị có 1 đợt nhiễm virus hoặc nhiễm khuẩn sau điều trị Blinatumomab. Sau điều trị, 100% bệnh nhi bị giảm IgG huyết thanh dưới 4g/l, thời gian giảm từ 6-18 tháng. **Kết luận:** Blinatumomab là một lựa chọn đầy hứa hẹn cho bạch cầu cấp dòng lympho tái phát/kháng trị, đặc biệt khi hơn 50% bệnh nhi thất bại với hóa trị thông thường do kháng thuốc. Tuy nhiên, cần theo dõi và quản lý tốt các biến chứng nhiễm trùng và tình trạng suy giảm miễn dịch sau điều trị.

Từ khóa: bạch cầu cấp tiền B tái phát, kháng trị, Blinatumomab

SUMMARY

PRELIMINARY RESULTS OF TREATMENT FOR RELAPSED OR REFRACTORY B-CELL PRECURSOR ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA WITH BLINATUMOMAB AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

The relapse rate of pediatric acute lymphoblastic leukemia (ALL) is 15-20%. Over 50% of these patients fail treatment, with the cause potentially being the chemotherapy resistance of cancer cells. Blinatumomab (brand name Blincyto) is a targeted drug, a bispecific T-cell engager (BiTE) antibody that triggers an immune response leading to cytotoxicity, capable of destroying cells with CD19 receptors, including cancer cells. **Objectives:** To evaluate the initial outcomes and toxicity in 14 patients

[1]*Trung tâm Ung thư, Bệnh viện Nhi Trung ương, Việt Nam*
[2]*Bộ môn Nhi, Trường đại học Y dược Hải Phòng*
[3]*Bệnh viện Nghiên cứu Trẻ em St Jude, Hoa Kỳ*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Liên Nhi
Email: liennhi2505@gmail.com
Ngày nhận bài: 26/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025
Ngày duyệt bài: 25/4/2025

with relapsed or refractory acute lymphoblastic leukemia treated with Blinatumomab at the Cancer Center, Vietnam National Children's Hospital. **Methods:** A descriptive study on 14 patients. **Results**: The study describes the patient population. 64.3% achieved disease remission (MRD in bone marrow < 0.01%) after cycle 1, and 76.9% achieved remission after cycle 2. The 1-year progression-free survival rate was 69.3%. 92.8% of patients experienced grade 1 neurotoxicity, and 92.8% had grade 1 cytokine release syndrome. 45.5% of patients had grade 1 infection complications. 100% of patients had at least one episode of viral or bacterial infection after Blinatumomab treatment. After treatment, 100% of patients showed a decrease in serum IgG levels to below 4g/l, with the reduction lasting from 6 to 18 months. **Conclusions:** Blinatumomab is a promising option for relapsed/refractory ALL, especially when more than 50% of patients fail conventional chemotherapy due to drug resistance. However, careful monitoring and management of infection complications and immune suppression after treatment are necessary.

Keywords: relapse, refactory B-cell precursor acute lymphoblastic leukemia, Blinatumomab

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạch cầu cấp dòng lympho là bệnh lý ung thư thường gặp nhất ở trẻ em, chiếm 25% số trẻ bị ung thư [1]. Mỗi năm trên thế giới cứ 100.000 trẻ thì có 3-4 ca bị bệnh bạch cầu cấp và trong những trẻ bị bạch cầu cấp thì > 80% trẻ bị ALL tiền B. Vì vậy, có thể nói, ALL tiền B là bệnh lý ung thư phổ biến nhất ở trẻ em. Hiệu quả điều trị ALL nói chung và ALL tiền B nói riêng đã được cải thiện đáng kể với OS 5 năm đạt trên 95%. Tuy nhiên, tỷ lệ tái phát với ALL tiền B vẫn ở mức 15% sau khi kết thúc điều trị và tỷ lệ sống sót ở những bệnh nhi tái phát chỉ ở mức < 20% [2]. Mặc dù nguyên nhân tái phát bệnh còn đang được nghiên cứu nhưng các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng sự tái phát liên quan chặt chẽ với sự kháng thuốc của các tế bào ác tính. Vì vậy, các phương pháp điều trị khác được ra đời, hỗ trợ cho việc điều trị bệnh nhi bị bạch cầu cấp dòng lympho tiền B tái phát. Blinatumomab thuộc nhóm thuốc mới của nhóm kháng thể đơn dòng đặc hiệu và còn được gọi là chất gắn tế bào T đặc hiệu (BITE) [3]. Chất gắn tế bào T đặc hiệu này được tổ hợp nhằm gắn tế bào T nhớ với tế bào đích. Sự tương tác gây nên bởi BITE sẽ kích hoạt phản ứng gây độc với tế bào đích mà cơ chế giống như phản ứng của tế bào lympho T độc. Cơ chế hoạt động của Blinatumomab trong điều trị ALL chính là cơ chế diệt tế bào đích dưới sự tác động của tế bào T. Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về hiệu quả và độc tính của Blinatumomab trên người lớn nhưng những nghiên cứu ở trẻ em còn rất hạn chế [4],[5]. Với sự giúp đỡ của bệnh viện nghiên cứu trẻ em St.Jude Hoa Kỳ, các bệnh nhi bị bạch cầu cấp dòng lympho tiền B tại khoa Ung thư, bệnh viện Nhi Trung ương đã có thể tiếp cận với Blinatumomab. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với các mục tiêu:

1. Đánh giá hiệu quả điều trị ban đầu bằng Blinatumomab ở các bệnh nhi bạch cầu cấp dòng lympho tiền B tái phát.

2. Đánh giá độc tính khi điều trị bằng Blinatumomab ở các bệnh nhi bạch cầu cấp dòng lympho tiền B tái phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

**** Đối tượng nghiên cứu***

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhi:

Bệnh nhi từ 1 đến 18 tuổi được chẩn đoán bạch cầu cấp dòng lympho tiền B tái phát lần đầu tại tuỷ xương/kết hợp hoặc bệnh nhi bạch cầu cấp dòng lympho tiền B kháng trị.

Bệnh nhi có sự đồng thuận về chỉ định điều trị của các chuyên gia bệnh viện nghiên cứu trẻ em St.Jude Hoa kỳ.

Cha mẹ/ người bảo hộ của bệnh nhi đồng ý điều trị bằng Blinatumomab.

Bệnh nhi đồng ý điều trị bằng Blinatumomab.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhi bạch cầu cấp dòng lympho tiền B tái phát ngoài tuỷ xương đơn độc.

**** Thời gian, địa điểm nghiên cứu:*** Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 2 năm 2023 đến tháng 3 năm 2025 tại Trung tâm Ung thư – Bệnh viện Nhi Trung ương

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện 14 bệnh nhi đủ tiêu chuẩn lựa chọn đồng ý tham gia vào nghiên cứu;

- Nội dung nghiên cứu:

Mục tiêu 1: Tỷ lệ bệnh nhi đạt lui bệnh sau chu kỳ 1 truyền Blinatumomab, tỷ lệ bệnh nhi đạt lui bệnh sau chu kỳ 2 truyền Blinatumomab, tỷ lệ bệnh nhi tái phát sau điều trị.Mục tiêu 2: Tỷ lệ bệnh nhi có độc tính toàn thân, triệu chứng của cơn bão cytokin, triệu chứng thần kinh và mức độ của các độc tính, tỷ lệ bệnh nhi có tình trạng giảm IgG, thời gian bệnh nhi bị giảm IgG, số lần vào viện điều trị nội trú tình trạng nhiễm trùng.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin: Mỗi bệnh nhi có một bệnh án riêng theo mẫu nghiên cứu trong đó ghi chép đầy đủ thông tin về hành chính, bệnh sử, tiền sử, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán, điều trị.

2.4. Xử lý số liệu: Tính tỷ lệ (%) bệnh nhi đạt lui bệnh, tái phát sau điều trị và tỷ lệ bệnh nhi có các biến chứng, tính thời gian trung bình bệnh nhi có tình trạng giảm IgG và số lần điều trị nội trú do nhiễm trùng.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài được sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Nhi Trung ương. Số liệu nghiên cứu được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Độ tuổi khi chẩn đoán tái phát cao nhất của của bệnh nhi: 10 tuổi

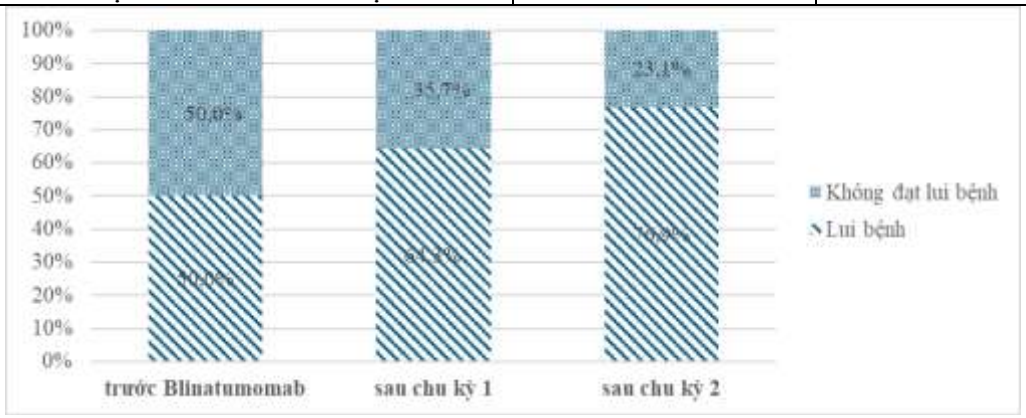
Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi trước điều trị Blinatumomab

Đặc điểm lâm sàng	Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
Bệnh nhi kháng trị	1	7,1%
Bệnh nhi tái phát lần đầu	12	85,7%
Bệnh nhi tái phát tuỷ xương đơn độc	11	78,6%
Bệnh nhi tái phát kết hợp	2	14,2%

Nhận xét: Độ tuổi bệnh nhi có chỉ định điều trị Blinatumomab là đối tượng tuổi vị thành niên. Tỷ lệ bệnh nhi tái phát tuỷ xương đơn độc có chỉ định truyền Blinatumomab cao hơn tỷ lệ bệnh nhi tái phát tuỷ xương kết hợp.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhi trước điều trị Blinatumomab

Đặc điểm cận lâm sàng	Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
Bạch cầu non trong máu NV	0	0%
Bạch cầu non trong tuỷ xương	0	0%
Lui bệnh trước khi điều trị	7	50%



Hình 1. Sự thay đổi về tỷ lệ đạt lui bệnh qua 2 chu kỳ truyền Blinatumomab

Nhận xét: Sau 2 chu kỳ truyền blinatumomab tỷ lệ đạt lui bệnh ở các bệnh nhi cao hơn so với trước điều trị.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh tiến triển/ tái phát sau điều trị

Thời gian theo dõi	Tình trạng sau ĐT	Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
6 tháng	Tiến triển	1	7,7
	Tái phát	2	15,4
12 tháng	Tiến triển	1	7,7
	Tái phát	3	23,0

Nhận xét: Tỷ lệ không bệnh 6 tháng và 1 năm lần lượt là 76,9% và 69,3%.

Bảng 4. Đặc điểm các biến chứng chính xảy ra trong các chu kỳ truyền Blinatumomab

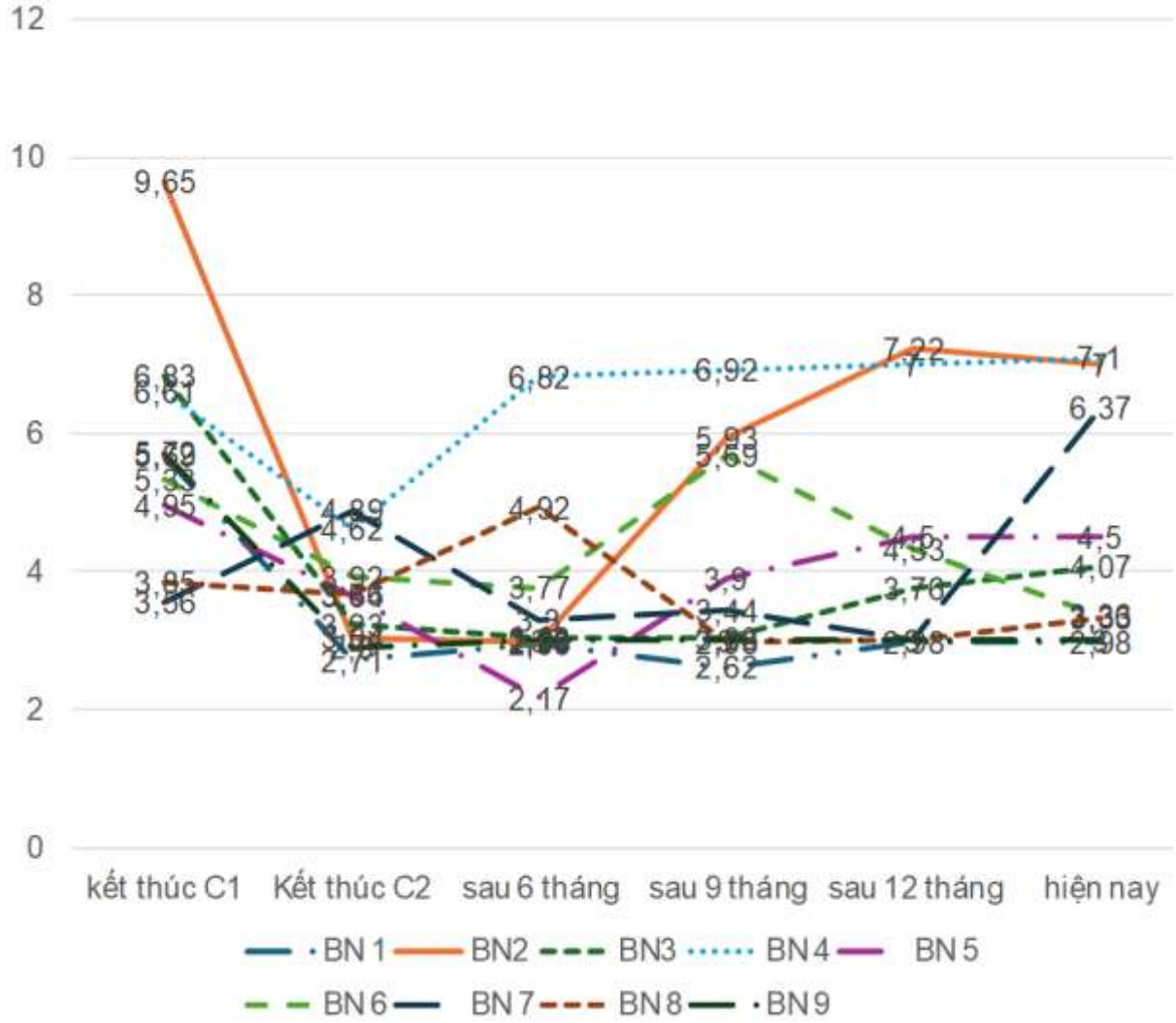
Chu kỳ	Đặc điểm lâm sàng	Mức độ	Số bệnh nhi	Tổng số BN	Tỷ lệ %
1	Bão cytokin	1	13	14	92,8
	Độc tính thần kinh	1	13	14	92,8
2	Bão Cytokin	1	11	11	100
	Độc thần kinh	1	10	10	100

Nhận xét: Với 2 biến chứng thường gặp và nghiệm trọng nhất khi truyền Blinatumomab, hầu hết các bệnh nhi chỉ có triệu chứng nhẹ, ở mức độ 1, không nguy hiểm đến tính mạng và không ảnh hưởng tới sinh hoạt thường ngày của bệnh nhi.

Bảng 5. Đặc điểm các biến chứng khác xảy ra trong các chu kỳ truyền Blinatumomab

Chu kỳ	Biến chứng	Mức độ	Số BN	Tổng số BN	Tỷ lệ %
1	Mệt mỏi/đau cơ thể	1	2	14	14,3
	Nhiễm trùng	1	3	14	21,4
2	Mệt mỏi/đau cơ thể	1	1	11	9,0
	Nhiễm trùng	1	5	11	45,5

Nhận xét: Biến chứng nhiễm trùng là biến chứng hay gặp nhất sau bão cytokin và độc tính thần kinh, tuy nhiên, tình trạng nhiễm trùng ở mức độ nhẹ.



Hình 2. Sự thay đổi IgG của các bệnh nhi theo thời gian

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhi đều bắt đầu giảm IgG huyết tương (dưới 4 g/l) sau kết thúc chu kỳ 2 truyền Blinatumomab, tình trạng này kéo dài trên 12 tháng ở 9/11 bệnh nhi.

Bảng 6. Số lần cần nhập viện để điều trị tình trạng nhiễm trùng

Số lần điều trị nội trú	Số bệnh nhi	Tổng số bệnh nhi	Tỷ lệ %
≥2	7	9	77,8
<2	2	9	22,2
Tổng	9		100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhi phải điều trị nội trú ≥ 2 lần vì tình trạng nhiễm trùng chiếm 77,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả điều trị ban đầu bằng Blinatumomab ở các bệnh nhi bạch cầu cấp dòng lympho pre-B tái phát

Trên thế giới, nghiên cứu về hiệu quả điều trị bằng Blinatumomab ở trẻ em còn hạn chế. 2 nghiên cứu lớn nhất về Blinatumomab là nghiên cứu thử nghiệm pha III phác đồ AALL1331 của COG và nghiên cứu mở rông của nghiên cứu RIALTO. Trong nghiên cứu của COG thấy rằng, tỷ lệ sống không bệnh 2 năm và tỷ lệ sống còn ở nhóm bệnh nhi điều trị bằng Blinatumomab cao hơn nhóm điều trị hoá chất (59% và 41%, 79% và 59%). Trong nghiên cứu RIALTO, trung bình thời gian sống còn là 14,6 tháng, với tỷ lệ đạt lui bệnh cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm hoá chất [6], [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 76,9% bệnh nhi của chúng tôi đạt lui bệnh sau 2 chu kỳ truyền. Theo dõi dọc 1 năm, tỷ lệ đạt lui bệnh ở mức 69,3%. Trong số 4 bệnh nhi tái phát/ tiến triển, 2 bệnh nhi tái phát màng não. Hai bệnh nhi này, trước đó đã được chẩn đoán tái phát kết hợp. Vì vậy, với nhóm bệnh nhi này, cần có chiến lược điều trị dự phòng thâm nhiễm hệ thần kinh tích cực hơn nữa.

4.2. Độc tính khi điều trị bằng Blinatumomab ở các bệnh nhi bạch cầu cấp dòng lympho pre-B tái phát

2 độc tính quan trọng nhất cần theo dõi ở bệnh nhi điều trị bằng Blinatumomab là cơn bão cytokin và độc tính thần kinh. Mặc dù điều trị 14 bệnh nhi nhưng chúng tôi có 1 ca có cơn bão cytokin mức độ 3, cần phải duy trì vận mạch, chiếm 7,1% và 1 ca có độc tính thần kinh mức độ 3, chiếm 7,1%, cao hơn so với trong nghiên cứu RIALTO (lần lượt là 1,8% và 3,6%)[6].

Biến chứng nhiễm trùng cũng là biến chứng hay gặp, chiếm 21,4% ở chu kỳ truyền thứ 1 và 45,5% ở chu kỳ truyền thứ 2. Tỷ lệ nhiễm trùng ở chu kỳ 2 cao hơn có thể do tình trạng giảm IgG thường bắt đầu ở chu kỳ 2. Tuy nhiên, mức độ nhiễm trùng ở mức độ nhẹ. Tất cả các bệnh nhi chỉ điều trị với 1 kháng sinh đường tiêm/ uống.

Một tác dụng phụ khác mà chúng tôi luôn phải xem xét và theo dõi là tình trạng giảm IgG sau truyền Blinatumomab. Với đặc tính của thuốc, tình trạng này thường chỉ kéo dài dưới 6 tháng. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng, 7/9 bệnh nhi có tình trạng giảm IgG < 4g/l kéo dài hơn 12 tháng. Điều này giải thích lý do tại sao 77,8% bệnh nhi có > 2 lần nhập viện điều trị nhiễm trùng sau truyền Blinatumomab. Điều này không chỉ tăng gánh nặng bệnh tật, tài chính cho người nhà bệnh nhi mà còn tăng các chi phí y tế cho bệnh viện. Chính vì vậy, khoa Ung thư đã phải xây dựng một phác đồ riêng cho đối tượng bệnh nhi điều trị Blinatumomab để có thể hợp lý hoá việc chi trả của cơ quan bảo hiểm cho bệnh nhi.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu và bàn luận nói trên, cho phép chúng tôi có thể rút ra những kết luận sau đây:

5.1. Hiệu quả điều trị ban đầu của Blinatumomab với nhóm bệnh nhi bạch cầu dòng lympho tiền B tái phát tuỷ

xương đơn độc/kết hợp hoặc nhóm bệnh nhi kháng trị

- Tỷ lệ đạt lui bệnh sau 2 chu kỳ truyền đạt 76,9%

- Tỷ lệ không bệnh 1 năm sau điều trị Blinatumomab là 69,3%

5.2. Độc tính và tác dụng phụ của Blinatumomab

- 92,8% bệnh nhi có cơn bão cytokin, mức độ nhẹ

- 92,8 % bệnh nhi có độc tính thần kinh, mức độ nhẹ, không ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhi.

- 45,5% bệnh nhi có biến chứng nhiễm trùng, mức độ nhẹ.

- 7/9 bệnh nhi có thời gian giảm IgG < 4g/l trên 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hunger, Stephen P., and Charles G. Mullighan.** "Acute lymphoblastic leukemia in children." New England Journal of Medicine 373.16 (2015): 1541-1552.
2. **Rheingold, Susan R., et al.** "Determinants of survival after first relapse of acute lymphoblastic leukemia: a Children's Oncology Group study." Leukemia 38.11 (2024): 2382-2394
3. **Hodder, Angus, et al.** "Blinatumomab for first-line treatment of children and young persons with B-ALL." Journal of Clinical Oncology 42.8 (2024): 907-914.
4. **Goekbuget, Nicola, et al.** "BLAST: a confirmatory, single-arm, phase 2 study of blinatumomab, a bispecific T-cell engager (BiTE®) antibody construct, in patients with minimal residual disease B-precursor acute lymphoblastic leukemia (ALL)." Blood 124.21 (2014): 379.
5. **Jabbour, Elias J., et al.** "Transplantation in adults with relapsed/refractory acute lymphoblastic leukemia who are treated with blinatumomab from a phase 3 study." Cancer 125.23 (2019): 4181-4192.
6. **Locatelli, Franco, et al.** "Blinatumomab in pediatric relapsed/refractory B-cell acute lymphoblastic leukemia: RIALTO expanded access study final analysis." Blood advances 6.3 (2022): 1004-1014
7. **Hogan, Laura E., et al.** "Children's Oncology Group AALL1331: phase III trial of blinatumomab in children, adolescents, and young adults with low-risk B-cell ALL in first relapse." Journal of Clinical Oncology 41.25 (2023): 4118-4129.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRÊN BỆNH NHÂN MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ SẢN NHI HẢI PHÒNG NĂM 2023

Lê Thị Thùy Linh[1], Đặng Thị Bích[1], Vũ Thị Mai Hạnh[2], Trần Thị Ngân[1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên 384 hồ sơ bệnh án với mục tiêu phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân mổ lấy thai (MLT) tại Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng năm 2023. Kháng sinh được chỉ định nhiều nhất là ampicillin/sulbactam (94,01%). Theo Hướng dẫn thực hành lâm sàng về điều trị dự phòng bằng kháng sinh trong phẫu thuật của Hiệp hội Dược sĩ của Hoa Kỳ năm 2013, có 23 trường hợp (chiếm 5,99%) sử dụng kháng sinh ban đầu là ampicillin/sulbactam + metronidazol được đánh giá lựa chọn không phù hợp. 100% có thời gian bắt đầu sử dụng kháng sinh không phù hợp với hướng dẫn. Có 1 bệnh nhân (chiếm 0,26%) được chỉ định gentamycin với liều dùng thấp hơn liều khuyến cáo. Nghiên cứu cho thấy tầm quan trọng của việc xây dựng một quy trình thống nhất trên toàn viện về kháng sinh dự phòng phẫu thuật để đảm bảo sử dụng kháng sinh an toàn – hợp lý.

Từ khóa: kháng sinh, mổ lấy thai, Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng

SUMMARY

THE USE OF ANTIBIOTICS IN CESAREAN SECTION PATIENTS AT HAI PHONG INTERNATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND PEDIATRICS IN 2023

The retrospective study was conducted on 384 medical records with the aim of analysing the current status of antibiotic use in patients undergoing cesarean section at Hai Phong International Hospital of Obstetrics and Pediatrics in 2023. The most commonly prescribed antibiotic was ampicillin/sulbactam (94.01%). According to Clinical Practice Guidelines for Antimicrobial Prophylaxis in Surgery of The American Society of Health - System Pharmacists (2013), 23 cases (5.99%) using an initial antibiotic regimen of ampicillin/sulbactam + metronidazole were deemed inappropriate. 100% of the cases had an antibiotic initiation time that did not comply with the guidelines. One patient (0.26%) was prescribed gentamicin at a dosage lower than the recommended dose. The study highlights the importance of developing a standardized protocol for surgical antibiotic prophylaxis across the hospital to ensure the safe and rational use of antibiotics.

Keywords: antibiotic, cesarean section, Haiphong International Hospital of Obstetrics and Pediatrics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai là phẫu thuật phổ biến nhất trong tất cả các loại phẫu thuật sản khoa. Sự gia tăng mổ lấy thai làm tăng gánh nặng cho hệ thống chăm sóc sức khỏe sinh sản vì phải

[1]*Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thùy Linh
Email: lttinh@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 29/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 29/3/2025
Ngày duyệt bài: 26/4/2025

giải quyết các biến chứng ngắn hạn và dài hạn của các sản phụ sau mổ và nhất là nguy cơ cho những lần mang thai tiếp theo. Nhiễm khuẩn hậu phẫu sau mổ lấy thai (MLT) là biến chứng thường gặp, đặc biệt là nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) [1]. Để giảm thiểu nguy cơ này, kháng sinh dự phòng (KSDP) đã được nghiên cứu và sử dụng từ năm 1950 và đã chứng minh là hiệu quả trong việc làm giảm tỷ nhiễm khuẩn hậu phẫu, giảm thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị sau phẫu thuật nói chung và MLT nói riêng [1]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu thực hiện gần đây ở Việt Nam cho thấy việc sử dụng kháng sinh trong MLT còn nhiều hạn chế như: lựa chọn kháng sinh chưa hợp lý, liều dùng kháng sinh chưa hợp lý [2], [3].

Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng là bệnh viện hạng III với hai chuyên khoa chính là Sản và Nhi. Trong năm 2023, đã có 1217 ca mổ lấy thai được thực hiện tại Bệnh viện. Tuy nhiên, cho đến nay, Bệnh viện chưa xây dựng hướng dẫn sử dụng kháng sinh cụ thể dành cho các trường hợp mổ lấy thai. Xuất phát từ bối cảnh trên, hướng đến mục đích sử dụng kháng sinh an toàn - hợp lý - hiệu quả, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân MLT tại bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Đối tượng nghiên cứu: Các sản phụ có chỉ định MLT tại bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng từ ngày 01/01/2023 đến 31/12/2023 và có sử dụng kháng sinh trong thời gian nằm viện. Loại trừ các trường hợp sử dụng kháng sinh không liên quan đến MLT và có tình trạng nhiễm khuẩn trước MLT.

- Vật liệu nghiên cứu: Toàn bộ hồ sơ bệnh án của sản phụ tham gia nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: Từ 01/01/2023 đến 31/12/2023

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu hồ sơ bệnh án.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ

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

Trong đó, N: cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu, α: mức ý nghĩa thống kê, Z: hệ số tin cậy (chọn mức tin cậy mong muốn là 95%: α = 0,05; Z = 1,96), p: tỷ lệ hiện mắc, chọn p = 0,5 để cỡ mẫu có trị số lớn nhất, d: mức sai số tuyệt đối được chấp nhận (chọn d = 0,05). Sau khi tính toán được cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là 384 bệnh án.

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung của sản phụ: tiền sử dị ứng, hình thức phẫu thuật mổ lấy thai, điểm ASA, thời gian phẫu thuật, tình trạng vết mổ sau phẫu thuật, thời gian nằm viện

- Thông tin về phác đồ kháng sinh ban đầu trong mổ lấy thai

- Thông tin về thay đổi phác đồ kháng sinh trong quá trình điều trị nội trú

- Thông tin về kháng sinh kê đơn ra viện

2.4. Quy ước trong nghiên cứu: Lựa chọn và thời điểm sử dụng kháng sinh ban đầu được đánh giá tính phù hợp so với Hướng dẫn thực hành lâm sàng về điều trị dự phòng bằng kháng sinh trong phẫu thuật của Hiệp hội Dược sĩ của Hoa Kỳ năm 2013 (gọi tắt là Hướng dẫn) [4]. Liều dùng được so sánh với tờ Hướng dẫn sử dụng thuốc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu (n = 384)

Đặc điểm mẫu nghiên cứu		Số lượng	Tỷ lệ %
Tiền sử dị ứng	Không dị ứng	377	98,18
	Dị ứng thuốc (diclofenac/chloramphenicol)	4	1,04
	Dị ứng khác	3	0,78
Hình thức phẫu thuật mổ lấy thai	Mổ phiên	383	98,96
	Mổ cấp cứu	1	1,04
Điểm ASA	1	336	87,50
	2	39	10,16
	3	9	2,34
Thời gian phẫu thuật	Trung bình ± SD (phút)	43,7 ± 9,46	
	Trong vòng 60 phút	373	97,14
	Trên 60 phút	11	2,86
Tình trạng vết mổ sau phẫu thuật	NKVM nông	1	1,04
	Không NKVM	383	98,96
Thời gian nằm viện, trung bình ± SD (ngày)		1,28±1,42	

Trong số 384 bệnh nhân chỉ có 4 trường hợp có tiền sử dị ứng thuốc (chiếm 1,04%), tuy nhiên các thuốc này không thuộc nhóm kháng sinh. Hầu hết các bệnh nhân đều được mổ dưới hình thức mổ phiên, chỉ có 1 trường hợp (chiếm 1,04%) mổ cấp cứu. Có 9 bệnh nhân có điểm ASA bằng 3 do có tình trạng tiền sản giật hoặc bệnh viêm gan B đang hoạt động. Đa phần các cuộc MLT đều được diễn ra trong vòng 60 phút, chỉ có 11 ca (2,86%) có thời gian phẫu thuật trên 60 phút. Chỉ có 1 trường hợp được ghi nhận có tình trạng NKVM nông sau phẫu thuật

Bảng 2. Thông tin về phác đồ kháng sinh ban đầu trong mổ lấy thai (n = 384)

Phác đồ kháng sinh	Số lượng	Tỷ lệ %	Đánh giá tính phù hợp*
Ampicillin/sulbactam (tiêm tĩnh mạch chậm)	361	94,01	Phù hợp
Ampicillin/sulbactam (tiêm tĩnh mạch chậm) + metronidazol (truyền tĩnh mạch)	23	5,99	Không phù hợp

*: So sánh với Hướng dẫn thực hành lâm sàng về điều trị dự phòng bằng kháng sinh trong phẫu thuật của Hiệp hội Dược sĩ của Hoa Kỳ năm 2013 [4].

Có 23/384 trường hợp được chỉ định phối hợp ampicillin/sulbactam và metronidazol (chiếm tỉ lệ 5,99%) được đánh giá là chưa phù hợp theo Hướng dẫn.

Toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu đều bắt đầu sử dụng kháng sinh trong vòng 24 giờ sau khi rạch da (cách xa thời điểm rạch da) và tiếp tục được sử dụng kháng sinh đến khi ra viện. 100% trường hợp trong nghiên cứu được đánh giá là có thời điểm bắt đầu sử dụng kháng sinh không phù hợp.

Nghiên cứu ghi nhận 6 sản phụ (chiếm 1,56%) có sự thay đổi phác đồ kháng sinh trong quá trình điều trị tại viện, thông tin cụ thể như sau:

Bảng 3: Thông tin về thay đổi phác đồ kháng sinh trong quá trình điều trị nội trú (n=6)

Phác đồ kháng sinh ban đầu	Phác đồ thay thế - lý do thay đổi phác đồ	Số lượng	Tỷ lệ %
Ampicillin/sulbactam (tiêm tĩnh mạch chậm) + Metronidazol (truyền tĩnh mạch)	Ampicillin/sulbactam Lý do: Xuống thang kháng sinh	2	33,33%
Ampicillin/sulbactam (tiêm tĩnh mạch chậm)	Amoxicillin + acid clavulanic (uống) Lý do: Xuống thang kháng sinh	2	33,33%
Ampicillin/sulbactam (tiêm tĩnh mạch chậm)	Phác đồ thay thế 1: Ampicillin/sulbactam + Metronidazol Lý do: Tình trạng lâm sàng chưa cải thiện (vết mổ nề nhiều, ấn đau) Phác đồ thay thế 2: Gentamycin (liều duy nhất) + Meropenem Lý do: vết mổ chảy dịch trắng đục	1	16,67%
Ampicillin/sulbactam (tiêm tĩnh mạch chậm)	Ampicillin/sulbactam + Metronidazol Lý do: Dính vết mổ đẻ cũ, theo dõi tắc ruột	1	16,67%

Có 4 bệnh nhân xuống thang kháng sinh do tình trạng lâm sàng ổn định; 1 bệnh nhân được thay đổi phác đồ 2 lần do lâm sàng cải thiện kém; và có 1 bệnh nhân bị dính vết mổ đẻ cũ, theo dõi tắc ruột được phối hợp thêm metronidazol vào phác đồ ampicillin/sulbactam đơn độc.

Bảng 4. Kháng sinh kê đơn ra viện bệnh nhân (n = 384)

Phác đồ	Số lượng	Tỷ lệ %
Amoxicillin + acid clavulanic (uống)	371	96,61
Levofloxacin	1	0,26
Không kê đơn kháng sinh ra viện	12	3,13

Phần lớn bệnh nhân được chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống khi ra viện với 371 ca (96,61%) được chỉ định amoxicillin + acid clavulanic và 1 trường hợp (0,26%) được kê levofloxacin.

Bảng 5. Liều dùng kháng sinh so với khuyến cáo

Kháng sinh	Số bệnh nhân được kê đơn (1)	Liều dùng phù hợp		Liều dùng chưa phù hợp	
		Số bệnh nhân (2)	Tỷ lệ % (2)/(1)	Số bệnh nhân (3)	Tỷ lệ % (3)/(1)
Ampicillin/sulbactam (tiêm tĩnh mạch chậm)	384	384	100%	-	-
Amoxicillin/ acid clavulanic (uống)	371	371	100%	-	-

Metronidazol (truyền tĩnh mạch)	23	23	100%	-	–
Gentamicin (tiêm bắp)	1	-	-	1 (liều dùng một lần thấp hơn khuyến cáo)	100%
Meropenem (truyền tĩnh mạch)	1	1	100%	-	-
Levofloxacin (uống)	1	1	100%	-	-

Kết quả cho thấy có 1 trường hợp sử dụng gentamycin thấp hơn liều khuyến cáo được ghi nhận.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành phân tích hồi cứu tình hình sử dụng kháng sinh đối với bệnh nhân phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Quốc tế Sản nhi Hải Phòng với mong muốn đưa ra một cái nhìn tổng quan về đặc điểm bệnh nhân và kháng sinh đang được sử dụng tại bệnh viện nhằm tối ưu hóa sử dụng thuốc tại Bệnh viện.

4.1. Về việc sử dụng kháng sinh ban đầu

Vai trò và lợi ích của kháng sinh dự phòng trong MLT đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu và đã được xây dựng thành các hướng dẫn điều trị. Các kháng sinh cụ thể được khuyến cáo có thể khác nhau giữa các hướng dẫn. Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn Hướng dẫn thực hành lâm sàng về điều trị dự phòng bằng kháng sinh trong phẫu thuật của Hiệp hội Dược sĩ của Hoa Kỳ năm 2013 làm căn cứ vì đây là Hướng dẫn được sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu. Đồng thời, các lựa chọn trong Hướng dẫn này bao phủ kháng sinh theo Hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế (2015) và Hướng dẫn sử kháng sinh dự phòng dành cho phụ nữ MLT của Tổ chức Y tế Thế Giới (2021) [4, 5,6] và phù hợp với danh mục thuốc sẵn có tại Bệnh viện năm 2023.

Đa phần các trường hợp được chỉ định ampicillin/sulbactam (tiêm tĩnh mạch chậm) đơn độc và được đánh giá là phù hợp theo khuyến cáo. Kết quả này tương đồng với kết quả nhiều nghiên cứu khác [2, 4] Tuy nhiên, có 23 trường hợp (chiếm 5,99%) được đánh giá không phù hợp khi phối hợp ampicillin/sulbactam với metronidazol (truyền tĩnh mạch). Theo Hướng dẫn, việc bổ sung metronidazol vào phác đồ kháng sinh đã bao phủ phổ trên các vi khuẩn kị khí như ampicilin/sulbactam là không cần thiết. Đối với phối hợp này, chưa có dữ liệu nào ủng hộ hoặc cho thấy cải thiện kết quả lâm sàng ở bệnh nhân trong khi làm tăng nguy cơ cho bệnh nhân, cũng như tăng chi phí điều trị không cần thiết và gây hại cho môi trường xung quanh, dẫn đến tình trạng kháng thuốc và tăng tác dụng phụ của thuốc [7, 8].

Về thời gian bắt đầu sử dụng betalactam, Hướng dẫn khuyến cáo sử dụng trong vòng 60 phút trước khi rạch da và chỉ sử dụng trong vòng 24 giờ. Mặc dù khuyến cáo này

được ủng hộ bởi rất nhiều dữ liệu nghiên cứu nhưng 100% ca MLT trong nghiên cứu đều bắt đầu sử dụng sau khi rạch da (cách xa thời điểm rạch da) và tiếp tục sử dụng đến khi ra viện. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Quốc tế Green năm 2023 [4] và cao hơn nghiên cứu thực hiện tại Trung tâm Y tế huyên Tân Sơn [2]. Đồng thời, trong nghiên cứu tại Trung tâm Y tế huyện Tân Sơn, rào cản chính khiến các bác sĩ sử dụng theo kiểu điều trị đã được xác định là do lo ngại chưa có quy trình chuẩn và sử dụng kháng sinh không có hiệu quả diệt khuẩn [2]. Như vậy, để triển khai kháng sinh dự phòng đối với các phẫu thuật sạch và sạch – nhiễm nói chung và MLT nói riêng, việc xây dựng một quy trình thống nhất từ kiểm soát nhiễm khuẩn, vi sinh đến khoa lâm sàng và tăng cường đào tạo cho cán bộ y tế là biện pháp thiết thực, phù hợp với bối cảnh Bệnh viện.

4.2. Sự thay đổi phác đồ kháng sinh trong thời gian nằm viện

Có 6 trường hợp, có sự thay đổi kháng sinh trong thời gian nằm viện sau phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 1,56%. Trong đó, có 2 trường hợp đáng lưu ý, cả 2 bệnh nhân này đều được thay đổi phác đồ từ ampicillin/sulbactam đơn độc sang ampicillin/sulbactam + metronidazol. Bệnh nhân đầu tiên sau phẫu thuật MLT có triệu chứng nhiễm khuẩn (sốt cao ở ngày thứ 2 sau mổ, CRP tăng đến 123 G/L và số lượng bạch cầu trung tính là 82%). Bệnh nhân thứ hai sau MLT, có biểu hiện nôn mửa và đau bụng phía trên rốn vào ngày thứ ba và được xác định là tắc ruột do vết rạch dính sau MLT dựa trên kết quả siêu âm và chụp X-quang. Tuy nhiên, như đã trình bày trước đó, việc kết hợp metronidazol (kháng sinh có hiệu quả chống lại vi khuẩn kỵ khí) với ampicillin/sulbactam được coi là không cần thiết. Đối với bệnh nhân đầu tiên, sau khi bổ sung metronidazol, tình trạng của bệnh nhân không cải thiện, phác đồ được thay đổi sang gentamicin liều duy nhất + meropenem.

4.3. Liều lượng của kháng sinh trong nghiên cứu

Lý do liều lượng kháng sinh được so sánh với Tờ Hướng dẫn sử dụng thay vì Hướng dẫn là do các kháng sinh tại Bệnh viện đang được bác sĩ sử dụng theo xu hướng điều trị nhiễm khuẩn thay vì dự phòng, trong khi đó liều lượng mỗi lần dùng của các kháng sinh khi điều trị thường thấp hơn liều dùng để dự phòng, trừ một số kháng sinh như aminosid. Hầu hết bệnh nhân được điều trị bằng ampicillin/sulbactam với liều 1,5g mỗi 6 giờ, meropenem với liều 1g mỗi 8 giờ và metronidazol 1g mỗi 24 giờ, phù hợp với tờ Hướng dẫn sử dụng. Tuy nhiên, có một trường hợp sử dụng gentamicin trên bệnh nhân 66kg với liều 40mg/lần/ngày trên bệnh nhân có chức năng thận bình thường, thấp hơn so với liều khuyến cáo của gentamycin trong MLT là 5mg/kg liều duy nhất [4, 5] và trong Hướng dẫn sử dụng thuốc. Thực trạng này càng cho thấy tính cần thiết của việc xây dựng một hướng dẫn và tăng cường đào tạo về sử dụng thuốc cho cán bộ y tế tại Bệnh viện, trong đó nhấn mạnh chế độ liều sử dụng kháng sinh dự phòng phù hợp.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu đã đưa ra cái nhìn toàn cảnh về thực trạng sử dụng kháng sinh trong MLT tại Bệnh viện. Từ đó cho thấy tầm quan trọng của việc xây dựng một quy trình thống nhất trên toàn viện về kháng sinh dự phòng trong các phẫu thuật sạch, sạch – nhiễm nói chung và phẫu thuật MLT nói riêng nhằm đảm bảo sử dụng kháng sinh an toàn – hợp lý.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.23

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tetsuya Kawakita and Helain J. Landy,** 2017, "Surgical site infections after cesarean delivery: epidemiology, prevention and treatment," Matern. Health Neonatol. Perinatol., vol. 3, no. 12.
2. **Hà Quang Tuấn và cộng sự,** 2023, Thực trạng sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân mổ lấy thai tại Bệnh viện Quốc tế Green năm 2023, Tạp chí Khoa học sức khỏe, Tập 2, số 1, 2024, trang 37-44.
3. **Nguyễn Thành Hải và cộng sự,** 2023, Đặc điểm sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân mổ lấy thai tại Khoa Sản, Trung tâm Y tế huyện Tân Sơn. Journal of 108 - Clinical Medicine and Phamarcy, trang 210-217.
4. **ASHP/IDSA/SIS/SHEA,** 2013, Clinical Practice Guidelines for Antimicrobial Prophylaxis in Surgery, The American Society of Health - System Pharmacists 2013; 734–819.
5. **Bộ Y tế,** 2015, Quyết định số 708/QĐ-BYT ban hành hướng dẫn sử dụng kháng sinh.
6. **WHO,** 2021, WHO recommendation on prophylactic antibiotics for women undergoing caesarean section.
7. **Kononen E, Bryk A, Niemi P, et al,** 2007, Antimicrobial susceptibilities of Peptostreptococcus anaerobius and the newly described Peptostreptococcus stomatis isolated from various human sources. Antimicrob Agents Chemother; 51: 2205-7.
8. **Snydman DR, Jacobus NV, McDermott LA, et al,** 2010, Lessons learned from the anaerobe survey: historical perspective and review of the most recent data (2005-2007). Clin Infect Dis; 50 Suppl1: S26-33.

THỰC TRẠNG VIÊM ÂM ĐẠO VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH NỮ ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU ĐÀ NẴNG

Lê Xuân Vinh[1], Lê Thị Thúy[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, xác định tỷ lệ viêm âm đạo và các tác nhân gây viêm âm đạo và tìm hiểu mối liên quan của các yếu tố dịch tễ nguy cơ với viêm âm đạo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 796 người bệnh nữ khám phụ khoa tại Bệnh viện Da liễu Đà Nẵng. **Kết quả:** Tỷ lệ viêm âm đạo là 22,6% số người đến khám, gồm căn nguyên: nấm men Candida (66,11%), vi khuẩn (31,67%), đồng nhiễm nấm và vi khuẩn (2,22%), không trường hợp nhiễm T.vaginalis. Về các bệnh nhân viêm âm đạo do vi khuẩn, tỉ lệ người có thang điểm Nugent ở các mức: bình thường (79,39%), trung gian (13,06%), viêm (7,55%). Có mối liên hệ giữa viêm âm đạo với các yếu tố thói quen thụt rửa âm đạo, thay băng vệ sinh khi đang hành kinh (p<0,05). **Kết luận:** Tỉ lệ mắc viêm âm đạo cao (22,6%), phần lớn là do Candida, không thấy trùng roi T.vaginalis, có mối liên hệ của các thói quen vệ sinh không đúng cách với tỉ lệ bệnh.

Từ khóa: Viêm âm đạo, Viêm âm đạo do vi khuẩn, Candida

[1]*Bệnh viện Da liễu Đà Nẵng*
[2]*Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thuý
Email: lethithuy@dhktyduocdn.edu.vn
Ngày nhận bài: 5/5/2025
Ngày phản biện khoa học: 5/5/2025
Ngày duyệt bài: 14/5/2025

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF VAGINITIS AND RISK FACTORS AMONG FEMALE PATIENTS COME FOR CLINICAL EXAMINATION AT DA NANG DERMATO-VEREONOLOGY HOSPITAL

Objectives: To investigate the clinical and paraclinical characteristics, determine the prevalence and etiological agents of vaginitis, and assess the association between epidemiological risk factors and vaginitis. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 796 female patients undergoing gynecological examination at Da Nang Dermato-Venereology Hospital. **Results:** The prevalence of vaginitis was 22.6% among the examined patients. Identified etiological agents included Candida species (66.11%), bacteria (31.67%), and mixed Candida–bacterial infections (2.22%). No cases of Trichomonas vaginalis infection were detected. Among patients diagnosed with bacterial vaginitis, Nugent score classifications were as follows: normal (79.39%), intermediate (13.06%), and indicative of bacterial vaginosis (7.55%). A statistically significant association was observed between vaginitis and certain hygienic practices, including vaginal douching and infrequent changing of sanitary pads during menstruation ($p < 0.05$). **Conclusions:** Vaginitis was prevalent of 22.6%, with Candida being the most common causative agent. No T. vaginalis infections were recorded. Improper personal hygiene practices were significantly associated with increased risk of vaginitis.

Keywords: Vaginitis, Bacterial vaginitis, Candida

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm âm đạo (VÂĐ) là bệnh phụ khoa thường gặp ở phụ nữ lứa tuổi sinh sản. Tại các cơ sở y tế hằng năm có rất nhiều trường hợp đến khám và điều trị các vấn đề liên quan đến viêm âm đạo. Các tác nhân thường gặp trong viêm âm đạo do vi khuẩn, nhiễm nấm Candida sp. và nhiễm Trichomonas vaginalis. Tỷ lệ mắc viêm âm đạo lên đến 30% ở phụ nữ Đông Nam Á, thậm chí 50-60% ở phụ nữ có hành vi tình dục nguy cơ cao. Viêm âm đạo không đặc hiệu thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, có tiền sử sản phụ khoa liên quan sảy thai, sinh non, đa phần xuất hiện không triệu chứng và chủ yếu chẩn đoán bằng các xét nghiệm cận lâm sàng như test Whiff, tìm tế bào clue hay nhuộm gram [1].Viêm âm đạo không phải một bệnh cấp cứu, cũng không gây tử vong ngay cho phụ nữ nhưng lại ảnh hưởng đến sức khỏe, có thể gây tình trạng vô sinh, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, đến công việc hàng ngày và tốn kém về kinh phí khám chữa bệnh [2]. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: (1) Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, xác định tỷ lệ viêm âm đạo và các tác nhân gây viêm âm đạo; (2) Tìm hiểu mối liên quan giữa các yếu tố dịch tễ nguy cơ và viêm âm đạo ở người bệnh nữ đến khám tại Bệnh viện Da liễu Đà Nẵng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 796 người bệnh nữ đến khám phụ khoa tại Bệnh viện Da liễu Đà Nẵng từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng là phụ nữ 18 tuổi trở lên đã quan hệ tình dục, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu, phụ nữ đang mang thai, dưới 18 tuổi chưa quan hệ tình dục, đang trong thời kỳ hành kinh hoặc ra máu âm đạo, thụt rửa hoặc đặt thuốc âm đạo trong vòng 48 giờ trước khi đến khám, dùng thuốc kháng sinh-kháng nấm toàn thân trong vòng 1 tuần trước khi đến khám.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: Thuận tiện.

- Các biến số nghiên cứu:

Đặc điểm dịch tễ: Tuổi, địa dư, trình độ học vấn.

Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng cơ năng (ngứa, rát, không triệu chứng), triệu chứng thực thể (lượng dịch âm đạo, tính chất dịch âm đạo, dịch âm đạo hôi, viêm đỏ âm hộ-âm đạo).

Đặc điểm cận lâm sàng: Độ pH, thử nghiệm Whiff, Clue cell, bạch cầu, tác nhân gây bệnh (nấm, vi khuẩn, T.vaginalis, lậu), thang điểm Nugent.

Vệ sinh trong kỳ kinh: Tuổi quan hệ lần đầu, tần suất thay băng vệ sinh khi đang hành kinh, thói quen thụt rửa âm đạo.

2.3. Thu thập thông tin: Người bệnh được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu, thông tin thu thập được điền vào phiếu điều tra, sử dụng bảng câu hỏi.

**** Tiến hành nghiên cứu***

Khám lâm sàng: Phụ nữ đủ tiêu chuẩn chọn vào, đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được hỏi bệnh sử, phỏng vấn thông tin. Khám ngoài: quan sát bộ phận sinh dục ngoài, đánh giá có tổn thương, tình trạng viêm hay dị dạng. Khám trong: đặt mỏ vịt bộc lộ âm đạo và cổ tử cung (không nhúng nước muối hoặc dùng gel bôi trơn vì có thể làm thay đổi độ pH của âm đạo), ghi nhận tính chất tiết dịch âm đạo (màu, mùi,…) và các dấu hiệu bệnh lý như viêm đỏ, tổn thương,…

Cận lâm sàng: Đo pH âm đạo; Test Whiff; soi tươi và nhuộm soi tiêu bản bệnh phẩm.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhuộm Gram dịch âm đạo gồm có:

+ Bình thường: Nhiều Lactobacili hình que chiếm ưu thế, tế bào biểu mô âm đạo trưởng thành hình đa giác đều, có ranh giới rõ ràng. Có thể có một ít bạch cầu (BC) (50 tương đương với (3+)) [1].

+ Viêm âm đạo: người bệnh có tiết dịch âm đạo bất thường ở các tiêu chí và được xác định bằng sự có mặt > 5 BC/vi trường (vt) [1].

+ Các căn nguyên:

Viêm âm đạo do vi khuẩn dựa vào thang điểm Nugent (1991) [4] trên nhuộm Gram: Hình thái vi khuẩn Số lượng/vi trường, tổng điểm 0-3: bình thường, 4-6: trung gian, 7 điểm trở lên là viêm âm đạo do vi khuẩn (BV-Bacterial vaginosis) [1]

Viêm âm đạo do nấm Candida sp.: chẩn đoán khi có 1 trong 2 điều kiện sau: Một trong các triệu chứng: ngứa, nóng rát âm đạo-âm hộ, âm đạo đỏ rực, tiểu rát, buốt, giao hợp đau, dịch âm đạo trắng hay vàng đục, vón cục như sữa đông [1]. Tế bào hạt nấm men và sợi tơ nấm giả trên soi tươi hoặc nhuộm Gram [1].

Viêm âm đạo do trùng roi T.vaginalis: chẩn đoán khi có 1 trong 2 điều kiện sau: Một trong các triệu chứng: tiểu gắt, buốt, ngứa nhiều, âm đạo viêm đỏ, dịch âm đạo lượng nhiều, màu vàng xanh hay xám, loãng, có bọt, tanh [1]. Soi tươi tìm thấy T.vaginalis hình quả lê hay hình thoi, gần bằng tế bào lympho, có 4 roi gợn sóng, đang di động, bạch cầu rất nhiều [1].

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập vào bằng Excel 10, xử lý bằng phần mềm STATA 17.0, SPSS 16.0. Các biến số định lượng sẽ được kiểm tra phân phối, báo cáo trung bình và độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu không phân phối chuẩn. Sử dụng các phép kiểm thống kê (Chi-square...) để xác định mối liên quan, giá trị p<0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được phê duyệt cho phép thực hiện theo văn bản số 81/PCT-HĐĐĐ của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng, ngày 16 tháng 12 năm 2022 và nhận được sự chấp thuận của Ban Giám đốc bệnh viện Da Liễu Đà Nẵng.

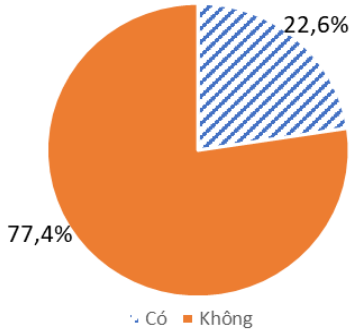
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 796)

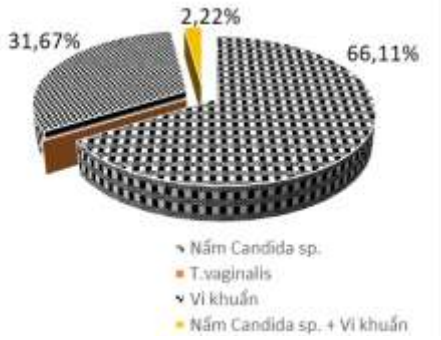
Lâm sàng	**SL**	**Tỉ lệ %**	**Cận lâm sàng**	**SL**	**Tỉ lệ %**
Không triệu chứng	115	14,4	**pH**		
Ngứa	380	47,7	< 4,5	736	92,5
Bỏng rát	250	31,4	> 4,5	60	7,5
Khác (đau khi quan hệ, tiểu buốt, rát…)	51	6,4			
Lượng dịch âm đạo			**Thử nghiệm Whiff**		
Nhiều	148	18,6	Âm tính	735	92,3
Trung bình	425	53,4	Dương tính	61	7,7
Ít	223	28			

Tính chất dịch âm đạo			**Bạch cầu soi tươi dịch**		
Loãng	104	13,1	Bình thường	646	81,2
Đặc sệt	75	9,4	Viêm (>5BC/vt)	150	18,8
Bình thường	617	77,5	**Tác nhân tìm thấy**		
Dịch âm đạo hôi			Vi khuẩn	670	81,17
Có	733	92,1	Nấm Candida sp.	123	15,45
Không	63	7,9	Khác (Lậu)	3	3,38
Viêm đỏ âm hộ - âm đạo			**Clue cell**		
Có	355	44,6	Âm tính	735	92,3
Không	441	55,4	Dương tính	61	7,7
Màu sắc dịch âm đạo			**Thang điểm Nugent**		
Trắng/xám	431	54,1	Bình thường	633	79,39
Vàng	305	38,3	Trung gian	104	13,06
Vàng xanh	60	7,5	Viêm âm đạo	61	7,55

Phụ nữ đến khám phụ khoa chủ yếu ở nhóm tuổi 18-30 (72,1%), thành thị (73,4%), đã kết hôn (59,9%), chủ yếu có triệu chứng ngứa (47,7%), lượng dịch âm đạo trung bình (53,4%), dịch âm đạo bình thường (77,5%), dịch âm đạo hôi (92,1%), không viêm đỏ âm hộ-âm đạo (55,4%), dịch âm đạo chủ yếu là màu trắng/xám (54,1%). pH âm đạo > 4,5 (7,5%), Whiff test dương tính (7,7%), BC viêm (18,8%), các tác nhân tìm thấy: vi khuẩn (81,17%), nấm (15,45%), lậu (3,38%), Trichomonas (0%), Clue-cell (7,7%). Thang điểm Nugent ghi nhận được bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 79,39%, trung gian chiếm tỷ lệ 13,06%, viêm chỉ chiếm 7,55%.



Hình 1: Tỷ lệ viêm âm đạo



Hình 2: Tỷ lệ viêm âm đạo do các tác nhân

Trong nghiên cứu của chúng tôi, viêm âm đạo chiếm 22,6% trong đó do nấm (66,11%), vi khuẩn (31,67%), đồng thời nhiễm nấm và vi khuẩn (2,22%), không ghi nhận trường hợp nào viêm âm đạo do T.vaginalis.

Bảng 2: Mối liên quan giữa viêm âm đạo và các yếu tố dịch tễ

Đặc điểm	Viêm âm đạo		p*	Đặc điểm	Viêm âm đạo		p*
	Có SL (%)	Không SL (%)			Có SL (%)	Không SL (%)	
Địa dư				**Thử nghiệm Whiff**			
Thành thị	124 (68,89)	460 (74,68)	< 0,05	Âm tính	119 (66,11)	563 (91,4)	< 0,05
Nông thôn	44 (24,44)	148 (24,03)		Dương tính	61 (33,89)	53 (8,6)	
Khác	12 (6,67)	8 (1,3)					
Tuổi quan hệ lần đầu				**Viêm đỏ âm hộ - âm đạo**			
< 18	42 (23,33)	154 (25)	> 0,05	Có	79 (43,89)	362 (58,77)	< 0,05
≥ 18	138 (76,67)	462 (75)		Không	101 (56,11)	254 (41,23)	
Thói quen thụt rửa âm đạo				**Dịch âm đạo có mùi hôi**			
Có	129 (71,67)	581 (94,32)	< 0,05	Có	131 (72,78)	602 (97,73)	< 0,05
Không	51 (28,33)	35 (5,68)		Không	49 (27,22)	14 (2,27)	
Tần suất thay băng vệ sinh/ngày trong kỳ kinh				**pH**			
< 2 lần	21 (11,67)	14 (2,27)	< 0,05	< 4,5	121 (67,22)	529 (85,87)	< 0,05
≥ 2 lần	159 (88,33)	602 (97,73)		> 4,5	59 (32,78)	87 (14,13)	

(Kiểm định Chi bình phương)*

Có ý nghĩa thống kê giữa viêm âm đạo với các yếu tố tính chất dịch âm đạo, màu sắc dịch âm đạo, dịch âm đạo hôi, viêm đỏ âm hộ-âm đạo (p<0,05). Có ý nghĩa thống kê giữa viêm âm đạo và độ pH, Whiff test (p<0,05). Có mối liên quan giữa viêm âm đạo và nhóm tuổi, địa dư, thói quen thụt rửa âm đạo, thay băng vệ sinh khi đang hành kinh (p<0,05).

Bảng 3: Mô hình logistics đơn biến giữa viêm âm đạo và các yếu tố liên quan.

Yếu tố liên quan	OR	95% CI	p*
Thói quen thụt rửa âm đạo	0,15	(0,10 - 0,24)	< 0,001
Tần suất thay băng vệ sinh khi đang hành kinh	5,68	(2,82 - 11,42)	< 0,001
Viêm âm hộ-âm đạo	0,55	(0,39 - 0,77)	< 0,001
Dịch âm đạo hôi	0,06	(0,03 - 0,12)	< 0,001

(Kiểm định Chi bình phương)*

Phân tích đơn biến các yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng mắc BV là thói quen thay băng vệ sinh khi đang hành kinh (OR=5,68; 95%CI: 2,82 - 11,42, p < 0,001)

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả, hầu hết người bệnh đến khám đều có ít nhất một triệu chứng như ngứa, cảm giác bỏng rát, tiết dịch âm đạo, … các triệu chứng này rất thường gặp trong viêm âm đạo không đặc hiệu nhưng là dấu hiệu sớm nhất biểu hiện của tình trạng kích ứng tại âm đạo do rối loạn hệ vi sinh vật. Kết quả của chúng tôi tương tự với các tác giả Trần Đình Hùng (2022) nhóm đối tượng thường xuyên ngứa âm đạo mắc VÂĐ cao

hơn gấp 3,34 lần so với nhóm đối tượng không thường xuyên ngứa âm đạo. Nhóm đối tượng thường xuyên đau, rát âm đạo mắc VÂĐ cao hơn gấp 2,44 lần so với nhóm đối tượng không thường xuyên đau, rát âm đạo [5], Trần Thị Lệ Giang (2021) nhóm người bệnh có mùi khí hư (79,5%), ngứa rát âm hộ (48,7%), bỏng rát âm đạo (25,6%), giao hợp đau (33,3%), dịch âm đạo trong nhầy dính chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,6%, dịch trắng loãng-xám đồng nhất chiếm 56,4%, dịch vàng xanh có bọt chiếm 33,3%, dịch trắng như váng sữa có vón cục chiếm 7,7%. Riêng dịch âm đạo nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất 69,2% so với lượng dịch ít chiếm 30,8% [6].

Chúng tôi các khai thác các đặc điểm cận lâm sàng triệt để, cung cấp thêm các thông tin hữu ích giúp chẩn đoán chính xác nguyên nhân, triệu chứng cũng như các biểu hiện không quan sát được trên lâm sàng nhằm đưa ra được những chẩn đoán kịp thời, chính xác cho người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tác giả Trần Thị Lệ Giang (2021) số lượng BC viêm quan sát được chiếm tỷ lệ cao 51,3%, trong thang điểm Nugent trung gian chiếm tỷ lệ 59%, viêm âm đạo chiếm tỷ lệ 41% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy tác nhân gây bệnh là Trichomonas, có thể nhiều người bệnh khi có triệu chứng đã đến khám điều trị tại các cơ sở công-tư khác nhau trên địa bàn thành phố, hoặc tự ý bỏ qua vì tâm lý e ngại khi đến khám bệnh. Tuy nhiên, đây chỉ là nghiên cứu thuận tiện của đơn vị, chưa đánh giá hết cộng đồng dân cư, đôi khi bỏ sót mẫu nghiên cứu, cần nghiên cứu sâu và đánh giá toàn diện, quy mô hơn trên cộng đồng để đưa ra những nhận định chính xác nhất về tỷ lệ Trichomonas cho người dân.

Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Trang Thị Hồng Nhung (2022) trong 333 trường hợp phụ nữ đến khám phụ khoa đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, tỷ lệ viêm âm đạo là 40,2% [7]. Tại Hoa Kỳ, VÂĐ chiếm 40 đến 50% các trường hợp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Hầu hết các chuyên gia cho rằng phụ nữ trên toàn thế giới đã từng bị VÂĐ ít nhất một lần trong đời, có tới 90% các trường hợp VÂĐ là thứ phát sau viêm âm đạo do vi khuẩn, nhiễm nấm Candida âm hộ và nhiễm Trichomonas và tỷ lệ VÂĐ khác nhau tùy vào vùng miền [3,4]. Điều này cho thấy dịch vụ y tế cần cải thiện, hệ thống giáo dục sức khỏe cần hoạt động mạnh hơn, cần tập huấn, truyền thông cho phụ nữ ở mọi lứa tuổi biết các triệu chứng của bệnh VÂĐ để sự nhận thức của người dân thay đổi, không chủ quan khi có triệu chứng, biết đến cơ sở y tế được thăm khám và điều trị đúng, làm giảm tỷ lệ bệnh phức tạp hơn và giảm tỷ lệ kháng thuốc. Đặc biệt là nâng cao chất lượng cuộc sống của phụ nữ, làm giảm sự tự ti của phụ nữ khi có biểu hiện lâm sàng. Kết quả Biểu đồ 2 tương đồng với tác giả Trang Thị Hồng Nhung (2022) trong 333 trường hợp phụ nữ đến khám phụ khoa đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, tỷ lệ viêm âm đạo do Candida sp. cao nhất với 6,7%, thấp nhất với tỷ lệ là 1,2% nhiễm Trichomonas vaginalis, tỷ lệ đồng nhiễm Candida sp và Gardnerella vaginalis chiếm 0,6% và không có trường hợp đồng nhiễm Candida sp. và Trichomonas vaginalis [7]. Viêm âm đạo do vi khuẩn hiện là nguyên nhân gây viêm âm đạo phổ biến nhất hiện nay, do sự biến mất của Lactobacillus bảo vệ âm đạo dẫn đến sự sinh sản của vi khuẩn kỵ khí làm mất cân bằng hệ vi khuẩn âm đạo. Nhiễm trùng này là do sự gia tăng của một số sinh vật, bao gồm Gardenella vagis, Mobiluncus, Mycoplasma hominis và Peptostreptococcus [8]. Nhiễm nấm Candida

âm hộ là loại nhiễm trùng âm đạo phổ biến thứ hai. Người ta ước tính rằng 50% phụ nữ bị nhiễm nấm Candida âm đạo ít nhất một lần và nhiễm nấm Candida âm hộ chiếm hơn 25% trong tất cả các trường hợp viêm âm đạo. Mặc dù có nhiều loại Candida nhưng tác nhân gây nhiễm trùng ở 80–90% bệnh nhân là Candida albicans, thường giá trị pH âm đạo bình thường [8]. Đơn bào Trichomonas vaginalis là nguyên nhân phổ biến thứ ba gây viêm âm đạo, ảnh hưởng đến 180 triệu phụ nữ trên toàn thế giới và hiện chiếm 10 đến 25% các ca viêm âm đạo [8]. Tỷ lệ viêm âm đạo do Trichomonas đang giảm ở hầu hết các nước công nghiệp hóa. Các xét nghiệm sử dụng đầu dò DNA và RT PCR có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nên được thực hiện khi nghi ngờ nhiễm Trichomonas và xét nghiệm soi tươi cho kết quả âm tính.

Trong nghiên cứu trước đây, xét nghiệm kết hợp giá trị pH dịch âm đạo với triệu chứng đã được chứng minh là có độ nhạy chẩn đoán. Độ pH âm đạo có thể bị ảnh hưởng bởi tình trạng sức khỏe bao gồm tuổi tác, tình trạng hydrat hóa âm đạo, chế độ ăn uống hằng ngày và quan hệ an toàn. Giá trị pH âm đạo bình thường đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh sản nằm trong khoảng từ 4,0-4,5 nhưng giá trị này có thể cao hơn một chút ở phụ nữ tiền mãn kinh và sau mãn kinh. Dựa vào nghiên cứu trên, chúng tôi biết rằng giá trị pH âm đạo có tác động sâu sắc đến cuộc sống của phụ nữ. Phụ nữ có thể tự kiểm tra theo dõi giá trị pH có thể để tầm soát và ngăn ngừa nhiễm trùng một cách hiệu quả. Trong trường hợp bình thường, âm đạo có chức năng tự làm sạch, không cần bất kỳ thủ thuật nào ngoài việc tắm bình thường bằng nước sạch. Việc vệ sinh hoặc thụt rửa âm đạo quá nhiều không chỉ làm trôi đi dịch tiết âm đạo mà còn có thể tạo ra sự mất cân bằng hệ vi khuẩn trong âm đạo với môi trường pH âm đạo bất thường. Hệ sinh thái âm đạo bị suy yếu có thể gây ra các tác dụng phụ, bao gồm BV, bệnh viêm vùng chậu, các biến chứng khi mang thai và thậm chí là ung thư cổ tử cung [8,9]. Do đó, rủi ro của việc rửa âm đạo lớn hơn nhiều so với lợi ích.

Qua phân tích của chúng tôi VÂĐ có mối liên quan mật thiết với các yếu tố nguy cơ như thói quen thụt rửa âm đạo (OR=0,15, 95%CI: 0,1-0,24), viêm âm hộ-âm đạo (OR=0,55, 95%CI: 0,39-0,77), dịch âm đạo hôi (OR=0,06, 95%CI: 0,03- 0,12). Chúng tôi nhận thấy việc phân tích các yếu tố nguy cơ nhằm đưa ra những thói quen, hành vi, triệu chứng có ảnh hưởng trực tiếp đến tỷ lệ VÂĐ mà đặc biệt là BV, qua đó giúp người bệnh cũng như thầy thuốc đưa ra lời khuyên, can thiệp kịp thời các biện pháp hỗ trợ cũng như tư vấn giúp giảm tỷ lệ VÂĐ, nâng cao đời sống cho phụ nữ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, có thể thấy tỷ lệ viêm âm đạo còn khá cao, đa số phụ nữ mắc viêm âm đạo là do nhóm tác nhân vi nấm và một số yếu tố liên quan đến bệnh viêm âm đạo như thói quen thay băng vệ sinh khi đang hành kinh. Có thể đồng thời kết hợp sử dụng tiêu chuẩn Amsel và thang điểm Nugent để chẩn đoán viêm âm đạo. Cần phải tiếp tục tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân trên các phương tiện thông tin đại chúng để người dân biết chủ động tự phòng bệnh, và đến các cơ sở y tế thăm khám khi nghi ngờ mắc bệnh, tăng cường ý thức về nâng cao sức khỏe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế,** Quyết định sô 4568/QĐ-BYT của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục, (2013).
2. **Bùi Đình Long** (2015), Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại một số công ty may tỉnh Nghệ An năm 2014, Tạp chí Y học dự phòng, tập XXV số 8(168), tr319-325.
3. **Amsel, R.; Totten, P.A.; Spiegel, C.A.; Chen, K.C.; Eschenbach, D.; Holmes, K.K.** (1984). Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. Am. J. Med. 1983, 74, 14–22.
4. **Nugent, R.P.; Krohn, M.A.; Hillier, S.L** (1991). Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. J. Clin. Microbiol. 1991, 29, 297–301.
5. **Trần Đình Hùng, Tào Gia Phú, Hoàng Thị Thùy Trang, Trần Bảo Trâm, Lê Văn Chương** (2022), Khảo sát tác nhân vi sinh vật gây bệnh viêm nhiễm sinh dục dưới ở phụ nữ khám phụ khoa và yếu tố liên quan, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 517, Tháng 8, số 1-2022, tr 204-207.
6. **Trần Thị Lệ Giang, Trần Cẩm Vân** (2021), Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm âm đạo không đặc hiệu tại bệnh viện Da liễu Trung Ương, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 508, tháng 11 số 2-2021 tr316-320.
7. **Trang Thị Hồng Nhung** (2022), Một số đặc điểm cận lâm sàng giúp định danh tác nhân viêm âm đạo, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 513, tháng 4 số 1- 2022, tr 227-231.
8. **Yen-Pin Lin, Wei-Chun Chen, Chao-Min Cheng, and Ching-Ju Shen** (2021), Vaginal pH Value for Clinical Diagnosis and Treatment of Common Vaginitis, Diagnostic 11(11), https://doi.org/10.3390/diagnostics 11111996.
9. **Martino, J.L.; Vermund, S.H** (2002). Vaginal douching: Evidence for risks or benefits to women's health. Epidemiol. Rev. 24, 109–124.
10. **Romi Bansal, Priyanka Garg and Aastha Garg** (2019), Comparison of Amsel's criteria and Nugent's criteria for diagnosis of bacterial vaginosis in tertiary care centre, International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 8, (2) Feb 2019. DOI: 10.18203/2320-1770.ijrcog20190297.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ TỶ LỆ NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* Ở BỆNH NHÂN VIÊM DẠ DÀY MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN VINMEC HẠ LONG NĂM 2024

Đồng Xuân Hà[1], Vũ Thị Thu Trang[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và tỷ lệ nhiễm vi khuẩn *H. pylori* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính tại Bệnh viện Vimec Hạ Long năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 99 bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học tại bệnh viện Vinmec Hạ Long từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình 45,98 ± 14,28; nữ (58,6%) cao hơn nam (41,6%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau bụng âm ỉ (80,8%), ợ hơi ợ chua (72,7%), chướng bụng (50,5%), khó tiêu (26,3%). Tổn thương trên nội soi hay gặp là phù nề xung huyết (97%), trượt phẳng (84%), trợt lồi (56,6%), teo niêm mạc (68%), dị sản (15%). Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* là 47,5%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng nhiễm *H.pylori* và viêm teo dạ dày (95%CI:1,02-6,11; p < 0,05), có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm Kyoto và tình trạng nhiễm *H.pylori* (95%CI:1,49-13,21; p < 0,05). **Kết luận:** Viêm dạ dày mạn tính hầu hết có triệu chứng lâm sàng, tỷ lệ viêm teo và tỷ lệ nhiễm *H.pylori* cao.

Từ khóa: Viêm dạ dày mạn tính, viêm dạ dày, *Helicobacter pylori*.

[1]*Bệnh viện Vinmec Hạ Long*
[2]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Đồng Xuân Hà
Email: vtttrang@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 8/4/2025
Ngày phản biện: 15/4/2025
Ngày duyệt bài: 7/5/2025

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, ENDOSCOPY AND INCIDENCE OF *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION IN PATIENTS WITH CHRONIC GASTRICITIS AT VINMEC HA LONG HOSPITAL IN 2024

Objective: Describe the clinical characteristics, endoscopic images and *H. pylori* infection rate of patients with chronic gastritis at Vimec Ha Long Hospital in 2024. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 99 patients with chronic gastritis diagnosed by histopathology at Vinmec Ha Long Hospital from June 2024 to December 2024. **Results:** Average age 45.98 ± 14.28; women are older than men. Common clinical symptoms are dull abdominal pain (80.8%), belching and heartburn (72.7%), bloating (50.5%), indigestion (26.3%). Common endoscopic lesions are edema and congestion (97%), flat sliding (84%), protruding sliding (56.6%), mucosal atrophy (68%), and dysplasia (15%). The rate of *H.pylori* infection was (47.5%). There was a statistically significant association between *H.pylori* infection and atrophic gastritis. (95%CI:1,02-6,11; p< 0,05). There was a statistically significant association between Kyoto score and *H.pylori* infection (95%CI:1,49-13,21; p < 0,05). **Conclusion:** Chronic gastritis mostly had clinical symptoms, a high rate of atrophy and *H. pylori* infection.

Keywords: Chronic gastritis, *Helicobacter pylori.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm dạ dày mạn tính là những tổn thương mạn tính của biểu mô phủ ở niêm mạc dạ dày đặc trưng bởi sự xâm nhập của các bạch cầu lympho và plasma trong lớp niêm mạc và hạ niêm mạc, có thể dẫn đến tình trạng teo các tuyến niêm mạc dạ dày, dị sản ruột, loạn sản trên mô bệnh học có nguy cơ diễn tiến đến ung thư dạ dày. Đây là một bệnh lý phổ biến trên thế giới và Việt Nam. Các nguyên nhân gây ra viêm dạ dày khá phức tạp trong đó thường gặp nhất là vi khuẩn *Helicobacter pylori* (*H.pylori*). Theo báo cáo đồng thuận toàn cầu Kyoto năm 2014 [1] về viêm dạ dày do vi khuẩn *H.pylori* và các hiệp hội tiêu hóa trên thế giới kết luận rằng viêm teo niêm mạc dạ dày là một tổn thương tiền ung thư, viêm dạ dày do *H.pylori* là một bệnh truyền nhiễm và là tác nhân chính gây ung thư dạ dày. Việc theo dõi diễn tiến lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học có ý nghĩa quan trọng trong việc chẩn đoán, theo dõi điều trị viêm dạ dày mạn tính nhằm ngăn ngừa và phát hiện sớm ung thư dạ dày. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: ***Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và tỷ lệ nhiễm vi khuẩn H. pylori của bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính tại Bệnh viện Vinmec Hạ Long năm 2024.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân trên 16 tuổi được chẩn đoán viêm dạ dày mạn tính điều trị tại Bệnh viện Vinmec Hạ Long;

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng, đang dùng thuốc chống đông máu; có xuất huyết tiêu hóa; đã phẫu thuật cắt đoạn dạ dày; kết quả giải phẫu bệnh có tế bào ung thư; không đồng ý tham gia nghiên cứu;

2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Vinmec Hạ Long từ tháng 6/2024 đến tháng 12/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: 99 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm dạ dày mạn tính tại Bệnh viện Vinmec Hạ Long trong thời gian từ tháng 6/2024 đến tháng 12/2025;

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện;

2.3. Phương pháp thu thập thông tin

Bệnh nhân được khám lâm sàng, tiến hành nội soi dạ dày nhận định tổn thương theo phân loại Sydney 1990 và thang điểm Kyoto. Sinh thiết 3 mảnh dạ dày 1 mảnh ở hang vị dạ dày làm urease test, 1 mảnh ở hang vị và một mảnh ở thân vị làm xét nghiệm mô bệnh học và chẩn đoán *H.pylori*. Xác định nhiễm vi khuẩn *H.pylori* khi cả kết quả mô bệnh học và test urease đều dương tính với *H.pylori* [2]. Các thông tin được thu thập theo một mẫu bệnh án thống nhất.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Lâm sàng bệnh nhân có triệu chứng đường tiêu hóa trên như đau bụng hoặc nóng rát thượng vị, đầy bụng, chướng hơi, ợ hơi, ợ chua, mau no, chán ăn, buồn nôn và nôn ói [1]; nội soi dạ dày tá tràng có tổn thương viêm dạ dày đơn thuần theo tiêu chuẩn chẩn đoán của hệ thống Sydney (1990); xét nghiệm mô bệnh học có hình ảnh viêm mạn tính; bệnh nhân từ 18 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Xử lý số liệu: Thông tin sau khi thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 21.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 99 bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Hạ Long từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024

Bảng 1. Tuổi và giới

	n	%	Tuổi trung bình
Nam	41	41,4	46,65 ± 15,32
Nữ	58	58,6	45,53 ± 13,62
Tổng	99	100	45,98 ± 14,28

Nhận xét: Tuổi trung bình 45,98 ± 14,28. Tỷ lệ nữ cao hơn nam, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, p > 0,05.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có triệu chứng	90	90,9
Đau bụng âm ỉ	80	80,8
Chướng bụng	50	50,5
Buồn nôn, nôn	19	19,1
Ợ hơi, ợ chua	72	72,7
Nóng rát thượng vị	14	14,1
Khó tiêu	26	26,3
Sụt cân	11	11,1

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng, đau bụng âm ỉ 80,8%, chướng bụng chiếm 50,5%, khó tiêu chiếm 26,3%.

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương trên nội soi

Tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Phù nề, xung huyết	96	97,0
Trợt phẳng	84	84,8
Trợt lồi	56	56,6
Teo niêm mạc	68	68,7
Xuất huyết	9	9,1
Phì đại niêm mạc	7	7,1
Dị sản	15	15,1

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có tổn thương trên hình ảnh nội soi, phù nề xung huyết chiếm 97%, trượt phẳng chiếm 84%, trợt lồi chiếm 56,6%, teo niêm mạc chiếm 68%, dị sản chiếm 15,1%.

Bảng 4. Tỷ lệ nhiễm H.pylori theo giới

Giới	*H.pylori* dương tính n (%)	*H.pylori* dương tính n (%)	Tổng	p
Nam	16 (39,0)	25 (61,0)	41	> 0,05
Nữ	31 (53,4)	27 (46,6)	58	
Tổng	47 (47,5)	52 (52,5)	99	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm *H.pylori* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính là 47,5%, tỷ lệ nhiễm *H.pylori* ở nam giới là 39% thấp hơn nữ giới là 53,4%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê p > 0,05.

Bảng 4: Tỷ lệ nhiễm H.pylori và teo niêm mạc

	Teo niêm mạc	**Không teo**	**Tổng**	**OR, 95%CI p**
H.pylori dương tính	37	10	47	2,5
H.pylori âm tính	31	21	52	1,02-6,11
Tổng	68	31	99	< 0,05

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm *H.pylori* và teo niêm mạc dạ dày

Bảng 5. Mối liên quan giữa điểm Kyoto và tình trạng nhiễm H.pylori

	Kyoto < 2 điểm	**Kyoto ≥2 điểm**	**Tổng**	**OR, 95%CI p**
H.pylori âm tính	18	34	52	4,45
H.pylori dương tính	5	42	47	(1,49-13,21)
Tổng	23	76	99	< 0,05

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm Kyoto ≥2 và tình trạng nhiễm *H.pylori.*

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu, độ tuổi trung bình của bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 45,98 ± 14,28 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Trung Dũng năm 2024 [3] có độ tuổi trung bình của bệnh nhân viêm dạ dày mạn là 47,77 ± 18,74 tuổi, của Phạm Hồng Khánh [4] có độ tuổi trung bình là 45,2 ± 11,8, nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy viêm dạ dày mạn tính thường gặp ở mọi lứa tuổi, hay gặp ở lứa tuổi trung niên và cao tuổi. Tỷ lệ nam giới là 41,4% thấp hơn so với nữ giới là 58,6%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu cho thấy viêm dạ dày mạn tính gặp ở nữ nhiều hơn nam, theo Nguyễn Thị Hường [5] tỷ lệ nữ giới là 60,8%, theo Phạm Trung Dũng [3] tỷ lệ nữ giới là 57,2% cao hơn nam giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Về đặc điểm lâm sàng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn các bệnh nhân đều có triệu chứng lâm sàng (90,9%), trong đó đau bụng âm ỉ chiếm 80,8%, chướng bụng chiếm 50,5%, ợ hơi hoặc ợ chua chiếm 72,7%, khó tiêu chiếm 26,3%; ngoài ra cũng gặp một số các triệu chứng khác như buồn nôn chiếm 19,1%, nóng rát thượng vị chiếm 14,1%, có 11,1% bị sụt cân, các trường hợp sụt cân nhưng không nhiều hầu hết do chán ăn và bỏ ăn. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trung Dũng [3] cho thấy hầu hết bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng, triệu chứng hay gặp nhất là đau thượng vị (97,5%), đầy chướng bụng (67,5%), nóng rát thượng vị (34,7%), ợ hơi ợ chua (46,9%).

Về hình ảnh tổn thương trên nội soi dạ dày tá tràng, trong nghiên cứu này đa số bệnh nhân có tổn thương trên hình ảnh nội soi, phù nề xung huyết chiếm 97%, trượt phẳng chiếm 84%, trợt lồi chiếm 56,6%, teo niêm mạc chiếm 68%, phì đại niêm mạc chiếm 7,1%, xuất huyết 9,1%, chiếm dị sản chiếm 15,1%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với Nguyễn Trung Dũng [3] cho thấy tổn thương trên nội soi ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính cũng khá đa dạng phần lớn có phù nề xung huyết chiếm 90,6%, tuy nhiên tỷ lệ viêm teo niêm mạc thấp hơn so

với nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ teo niêm mạc trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với Đỗ Thị Hồng Khanh [6] có tỷ lệ teo niêm mạc ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính là 62,7%.

Về tỷ lệ nhiễm *H.pylori* trong nghiên cứu của chúng tôi là 47,5% tương đồng với kết quả của Nguyễn Thị Hường [5] là 47,7% và Đỗ Hồng Khanh là 50,8%, thấp hơn so với Nguyễn Trung Dũng [3] tỷ lệ nhiễm *H.pylori* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính là 77,2%. Tỷ lệ nhiễm *H.pylori* ở nữ là 53,4% cao hơn nam giới là 39%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p> 0,05. Các đối tượng viêm teo dạ dày có tỷ lệ nhiễm *H. pylori* là 37/68 (54,4%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng nhiễm *H. pylori* và viêm teo niêm mạch dạ dày với OR=2,5; 95%CI: 1,02-6,11; p< 0,05. Bệnh nhân có điểm Kyoto ≥2 có tỷ lệ nhiễm *H. pylori* là 34/52 (65,4%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm Kyoto ≥2 trên nội soi và tình trạng nhiễm H. pylori với OR=4,45; 95% CI:1,49-13,21; p< 0,05. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy thang điểm Kyoto trên 2 có khả năng chẩn đoán tình trạng nhiễm *H. pylori.*

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 99 bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Hạ Long từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024 chúng tôi nhận thấy bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính hầu hết có triệu chứng lâm sàng và tổn thương trên nội soi chủ yếu là phù nề xung huyết và trợt phẳng, tỷ lệ viêm teo cao, tỷ lệ nhiễm *H.pylori* cao do vậy cần tầm soát sinh thiết xét nghiệm mô bệnh học để chẩn đoán xác định và điều trị diệt trừ *H.pylori*, làm giảm nguy cơ ung thư dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sipponen P và Maaroos HI,** Chronic gastritis. Scandinavian Journal of Gastroenterology (2015), 50(6): 657–667.
2. **Hội Khoa học Tiêu hóa Việt Nam,** Đồng thuận chẩn đoán và điều trị nhiễm *Helicobacter pylori* (2024).
3. **Phạm Trung Dũng và cộng sự,** Nghiên cứu tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori* và những tổn thương niêm mạc dạ dày trên bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính tại bệnh viện xây dựng. Tạp chí nghiên cứu y dược học, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh (2024).
4. **Phạm Hồng Khánh, Vũ Văn Khiên, Trần Thị Huyền Trang,** Tần suất và các yếu tố độc lực của *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn. Tạp chí Y học Việt Nam (2021).
5. **Nguyễn Thị Hường, Phạm Ngọc Minh Quang, Dương Minh Thắng,** Giá trị của thang điểm Kyoto trong chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính trên 60 tuổi. Tạp chí y dược lâm sàng 108 (2023), 18 (1): 32-38.
6. **Đỗ Thị Hồng Khanh, Phạm Thị Việt Anh,** Đánh giá giá trị thang điểm Kyoto trong chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính. Tạp chí y học Việt Nam (2024), 540(2): 77-79.
7. **Zhao J, Xu S, Gao Y, et al**, Accuracy of endoscopic diagnosis of *Helicobacter pylori* Based on the Kyoto classification of gastritis: a multicenter study. Front Oncol (2020) 10: 599218. doi:10.3389/fonc.2020.599218.
8. **O. Toyoshima, T. Nishizawa và K. Koike**, Endoscopic Kyoto classification of *Helicobacter pylori* infection and gastric cancer risk diagnosis. World J Gastroentero l (2020), 26(5): 466-477.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH COPD TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2024

Lương Thị Thu Giang[1], Phạm Thị Tuyết[1], Đoàn Thị Thu Thảo[1] Nguyễn Thị Minh Thu[1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 113 người bệnh COPD đang được điều trị ngoại trú tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2024 nhằm mục tiêu mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở người bệnh COPD. Kết quả cho thấy, tuân thủ điều trị của người bệnh ở mức trung bình (47,19 ± 4,12), thấp nhất 32 điểm và cao nhất 50 điểm. Trong đó, cao nhất là tỉ lệ người bệnh COPD tuân thủ điều trị thuốc ở mức trung bình 53,1%. Tỉ lệ tuân thủ kém chiếm 18,6% và 28,3% ở mức tuân thủ tốt. Tỉ lệ "không thường xuyên tuân thủ" chiếm 61,1% và "cố ý không tuân thủ" 33,6%. Giữa kiến thức về COPD và hỗ trợ xã hội có mối tương quan thuận với tuân thủ điều trị (r = 0,24; r = 0,52, p < 0,05). Mặt khác, mức độ khó thở và tuân thủ điều trị có mối tương quan nghịch (r = - 0,2, p < 0,05). Để nâng cao mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh COPD, điều dưỡng cần đưa ra kế hoạch chăm sóc nhằm giúp người bệnh kiểm soát tốt triệu chứng khó thở, nâng cao kiến thức và sự tham gia của người chăm sóc trong công tác chăm sóc người bệnh COPD.

Từ khóa: COPD, tuân thủ điều trị, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Thu Giang
Email: lttgiang@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 29/3/2025
Ngày duyệt bài: 7/5/2025

SUMMARY

THE CURRENT STATUS AND SOME FACTORS RELATED TO TREATMENT ADHERENCE IN COPD PATIENTS AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL, 2024

The cross-sectional descriptive study was conducted on 113 COPD patients receiving outpatient treatment at Viet-Tiep Friendship Hospital in 2024, aiming to describe treatment adherence and associated factors in COPD patients. The results showed that the average treatment adherence score of patients was (47,19 ± 4,12), with the lowest score being 32 and the highest score being 50. Specifically, the highest rate of treatment adherence among COPD patients was at a moderate level of 53,1%. The rate of poor adherence was 18,6%, and the rate of good adherence was 28,3%. 61,1% of patients reported "infrequent adherence," while 33,6% reported "intentional non-adherence." There was a positive correlation between knowledge about COPD and social support with treatment adherence (r = 0,24; r = 0,52; p < 0,05). On the other hand, the level of dyspnea had a negative correlation with treatment adherence (r = - 0,2; p < 0,05). Therefore, to improve treatment adherence in COPD patients, nurses should develop care plans to help patients manage dyspnea symptoms effectively, enhance their knowledge, and encourage the involvement of caregivers in the care of COPD patients.

Keywords: COPD, treatment adherence, Viet Tiep Friendship hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) hiện đang trở thành một thách thức sức khỏe toàn cầu, với tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong và gánh nặng xã hội không ngừng gia tăng [9]. Đây là một bệnh lý phổi mạn tính, đặc trưng bởi sự hạn chế luồng khí và suy giảm chức năng hô hấp, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trên phạm vi toàn cầu, COPD là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba, với hơn 3,23 triệu ca tử vong vào năm 2019 [9]. Tại Việt Nam, COPD không chỉ là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba mà còn là một trong những bệnh lý có gánh nặng bệnh tật cao nhất đối với người cao tuổi, đứng thứ sáu trong bảng xếp hạng các bệnh gây tàn tật. Tỷ lệ mắc COPD ở Việt Nam chiếm tới 6,7% dân số, cao nhất trong khu vực Đông Nam Á, đồng thời là yếu tố quan trọng góp phần vào tỷ lệ tái nhập viện và tử vong ở nhóm người trên 60 tuổi [1].

Mặc dù COPD không thể chữa khỏi, nhưng việc kiểm soát và làm chậm tiến triển của bệnh là hoàn toàn có thể nếu người bệnh tuân thủ nghiêm ngặt chế độ điều trị. Tuy nhiên, việc không tuân thủ phác đồ điều trị dẫn đến tình trạng bệnh ngày càng trầm trọng hơn, làm gia tăng các triệu chứng, tỷ lệ tái nhập viện và kéo theo chi phí điều trị ngày càng cao. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân COPD còn thấp [2], điều này phản ánh một thực tế đáng lo ngại về việc thiếu hiểu biết và thiếu sự hợp tác trong điều trị. Vì vậy, nghiên cứu về thực trạng tuân thủ điều trị và yếu tố ảnh hưởng đến hành vi này là một nhiệm vụ quan trọng, giúp cải thiện hiệu quả chăm sóc và điều trị bệnh nhân COPD. Đây cũng là một trong những trọng tâm trong công tác chăm sóc sức khỏe của đội ngũ điều dưỡng, nhằm nâng cao chất lượng điều trị và giảm thiểu tác động tiêu cực của bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán COPD đang được điều trị ngoại trú tại phòng khám hô hấp bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong thời gian từ tháng 10/2024 – 12/2024

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh trên 18 tuổi, có thời gian mắc bệnh COPD ≥ 3 tháng.

- Thời gian mắc bệnh
- Bệnh nhân ≥18 tuổi.
- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh mắc các bệnh phổi kết hợp như lao phổi, ung thư phổi, suy tim.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại phòng khám ngoại trú hô hấp, bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 10/2024 đến tháng 12/2024

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

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu: Toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Cỡ mẫu cuối cùng là 113

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện không xác suất

2.6. Biến số và công cụ đánh giá

+ Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, nơi ở, thời gian mắc bệnh, mức độ khó thở, trình độ học vấn.

+ Kiến thức về COPD: Sử dụng bộ câu hỏi COPD-Q (Chronic Obstructive Pulmonary Disease Questionare) của Maples để đánh giá kiến thức của người bệnh COPD. Bộ câu hỏi gồm 13 câu với tổng điểm từ 0 -

13 điểm. Điểm càng cao phản ánh kiến thức của người bệnh càng cao [8].

- Hỗ trợ xã hội: Sử dụng thang đo cảm nhận về hỗ trợ xã hội MSPSS của Zimet và cộng sự (1988) để đánh giá mức độ được hỗ trợ xã hội của người bệnh COPD. Bộ câu hỏi gồm 12 câu với tổng điểm từ 12- 84 [10]

+ Tuân thủ điều trị: sử dụng sử dụng phiên bản tiếng Việt của bộ câu hỏi TAI-10 (Treatment Adherence Inventory) được viết bởi Plaza với nội dung đánh giá mức độ tuân thủ điều trị thuốc hít/xịt trong nghiên cứu này. Bộ câu hỏi bao gồm 10 câu hỏi với tổng điểm trả lời từ 10 (tối thiểu) đến 50 (tối đa). Bệnh nhân được đánh giá mức độ tuân thủ thuốc hít dựa trên tổng điểm số theo bảng đánh giá TAI [2]:

+ Tổng điểm ≤ 45 là "Tuân thủ kém".

+ Tổng điểm: 46 - 49 là "Tuân thủ trung bình".

+ Tổng điểm: 50 là "Tuân thủ tốt"

Trong đó phân loại cụ thể như sau ":

+ Từ câu hỏi 1 đến câu hỏi 5:

Tổng điểm < 25: "Không thường xuyên tuân thủ".

Tổng điểm = 25: "Thường xuyên tuân thủ"

Từ câu hỏi 6 đến câu hỏi 10:

Tổng điểm < 25: "Cố ý không tuân thủ.

Tổng điểm = 25: "Không cố ý"

2.7. Phương pháp thu thập thông tin: ĐTNC được phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi có cấu trúc

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng tần số, tỷ lệ phần trăm, bảng tóm tắt biến số, biểu đồ.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo đề cương đã được phê duyệt của hội đồng đánh giá đề cương trường Đại học Y Dược Hải Phòng và sự đồng ý của ban lãnh đạo bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, người bệnh và gia đình. Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ về mục tiêu và nội dung nghiên cứu. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 113)

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		Số lượng	Tỉ lệ %
Tuổi	Điểm trung bình = 71,24 ± 9,39; Giá trị nhỏ nhất = 34; Giá trị lớn nhất = 92		
	< 60 tuổi	20	19,6
	Từ 60 - 79 tuổi	79	77,5
	≥ 80 tuổi	3	2,9
Địa chỉ	Nội thành	80	70,8
	Nông thôn	33	29,2
Giới tính	Nam	89	78,8
	Nữ	24	21,2
Trình độ học vấn	Dưới THPT	51	45,1
	THPT	34	30,1
	Đại học/cao đẳng/trung cấp	28	28
Thời gian mắc bệnh	≤ 5 năm	22	19,5
	> 5 năm	91	80,5

Nhận xét: Trong nghiên cứu này đối tượng là 113 người bệnh COPD đang được quản lý ngoại trú tại phòng khám hô hấp, bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp với độ tuổi trung bình là 71,24 ± 9,39; trong đó hầu hết người bệnh thuộc nhóm từ 60-79 (77,5%), đa số là nam giới (78,8%). Phần lớn đối tượng nghiên cứu sống ở nội thành (70,8%) và là nam giới (78,8%), có trình độ học vấn dưới THPT là 45,1%. Có tới 80,5% đối tượng nghiên cứu có thời gian mắc bệnh trên 5 năm.

Bảng 2. Mức độ khó thở của đối tượng nghiên cứu (n=113)

Mức độ khó thở	Số lượng	Tỉ lệ %
Mức độ 0	1	0.9
Mức độ 1	22	19,5
Mức độ 2	36	31,9
Mức độ 3	48	42,5
Mức độ 4	6	5,3

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số ĐTNC khó thở ở mức độ 3 (Phải dừng lại để thở khi đi bộ khoảng 100m hay vài phút trên đường bằng) chiếm 42,5%, tiếp đến là khó thở mức độ 2 (31,9%); khó thở mức độ 1 chiếm 19,5%. Chỉ có 5,3% ĐTNC khó thở ở mức độ 4 (Bảng 2)

Bảng 3. Đặc điểm kiến thức về COPD và hỗ trợ xã hội của đối tượng nghiên cứu (n=113)

Biến số	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Kiến thức về COPD	6,71	1,94	1	11
Hỗ trợ xã hội	52,49	10,93	21	72

Nhận xét: Kết quả bảng 3 đã chỉ ra ĐTNC có số điểm trung bình kiến thức về COPD là 6,71 ± 1,94; điểm thấp nhất là 1 và cao nhất là 11 điểm. Về hỗ trợ xã hội của ĐTNC có điểm trung bình là 52,49 ± 10,93.

Bảng 4. Đặc điểm tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu

Nội dung			Tần số	Tỷ lệ
Tuân thủ điều trị	Điểm trung bình = 47,22 ± 4,21; Giá trị nhỏ nhất = 32; Giá trị lớn nhất = 50			
	Tuân thủ kém (≤ 45 điểm)		21	18,6
	Tuân thủ trung bình (46 - 49 điểm)		60	53,1
	Tuân thủ tốt (= 50 điểm)		32	28,3
Phân loại mức độ tuân thủ điều trị	Câu 1 – 5	Không thường xuyên tuân thủ (< 25 điểm)	69	61,1
		Tuân thủ thường xuyên (= 25 điểm)	44	38,9
	Câu 6 - 10	Cố ý không tuân thủ (< 25 điểm)	38	33,6
		Không cố ý (= 25 điểm)	75	66,4

Nhận xét: Dựa vào bộ câu hỏi TAI-10, điểm trung bình về tuân thủ điều trị của ĐTNC ở mức trung bình 47,19 ± 4,12, thấp nhất 32 điểm và cao nhất 50 điểm. Trong đó, cao nhất là tỉ lệ ĐTNC tuân thủ điều trị thuốc hít ở mức trung bình 53,1%. Tỉ lệ tuân thủ kém chiếm 18,6% và 28,3% ở mức tuân thủ tốt. Trong đó, tỉ lệ "không thường xuyên tuân thủ" chiếm 61,1% và "cố ý không tuân thủ" 33,6%.

Bảng 5. Một số yếu tố tương quan đến tuân thủ điều trị

Biến số	Tuân thủ điều trị	
	r	p
Tuổi	-0,44	0,65
Kiến thức COPD	0,24	0,01
Mức độ khó thở	- 0,2	0,04
Hỗ trợ xã hội	0,52	0,001

Nhận xét: Từ kết quả bảng 5 cho thấy giữa kiến thức về COPD và hỗ trợ xã hội có mối tương quan thuận với tuân thủ điều trị ($r = 0,24$, $p < 0,05$; $r = 0,52$, $p < 0,05$). Mặt khác, mức độ khó thở và tuân thủ điều trị có mối tương quan nghịch ($r = - 0,2$, $p < 0,05$). Không tìm thấy mối tương quan giữa tuổi với tuân thủ điều trị của ĐTNC ($p> 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân COPD có mức độ tuân thủ điều trị trung bình, với điểm trung bình đạt $47,19 \pm 4,12$. Trong đó, tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc ở mức trung bình là 53,1%, tuân thủ tốt là 28,3%, và tuân thủ kém là 18,6%. Kết quả này có thể phản ánh thực trạng thực tế về việc tuân thủ điều trị ở bệnh nhân COPD trong cộng đồng, cho thấy một phần lớn bệnh nhân vẫn chưa tuân thủ điều trị một cách đầy đủ và hiệu quả. Khi so sánh với các nghiên cứu trước đây, tỷ lệ tuân thủ tốt trong nghiên cứu của chúng tôi (28,3%) có sự tương đồng với nghiên cứu của Phùng Quang Hưng tại Bệnh viện Bạch Mai (30%) [3], tuy nhiên, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Ierodiakonou và cộng sự tại Hy Lạp (18,9%) [5]. Mặc dù vậy, tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt trong nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn so với một số nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Nguyễn Đình Phương (58,5%) [2]. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi các yếu tố về môi trường, điều kiện y tế, và mức độ hiểu biết của bệnh nhân trong từng nghiên cứu. Các yếu tố như trình độ học vấn, sự sẵn sàng của bệnh nhân trong việc tiếp nhận điều trị, và thậm chí sự khác biệt trong các phương pháp khảo sát có thể góp phần làm thay đổi tỷ lệ tuân thủ điều trị giữa các nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ kém trong nghiên cứu của chúng tôi (18,6%) tương tự với nghiên cứu của Tạ Hữu Ánh tại Hà Nội (18,5%) [4], nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đình Phương (21,1%) và Ierodiakonou (74,1%) [2] [5]. Tỷ lệ "không thường xuyên tuân thủ" điều trị thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 63,9%, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đình Phương tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch (36,5%) [3], nhưng lại thấp hơn nghiên cứu của Ierodiakonou (61,1%) [5]. Một điểm đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ "cố ý không tuân thủ" điều trị, chiếm 33,6%. Con số này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đình Phương (24,8%) [2], nhưng thấp hơn nghiên cứu của Ierodiakonou (69,5%) [5].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy mối tương quan thuận giữa kiến thức về COPD và tuân thủ điều trị ($r = 0,24$, $p < 0,05$), cho thấy rằng bệnh nhân có kiến thức tốt về bệnh sẽ có xu hướng tuân thủ điều trị tốt hơn. Đây là kết quả tương đồng với nghiên cứu của López-Pintor và cộng sự (2020), cho thấy kiến thức của bệnh nhân về COPD ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị [6]. Khi bệnh nhân hiểu rõ hơn về bệnh lý của mình, họ sẽ nhận thức được tầm quan trọng của việc tuân thủ phác đồ điều trị và có động lực hơn trong việc thực hiện các chỉ định y tế.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng sự hỗ trợ xã hội có mối tương quan thuận với tuân thủ điều trị ($r = 0,52$, $p < 0,05$), nghĩa là bệnh nhân nhận được sự hỗ trợ từ gia đình, bạn bè hoặc cộng đồng có khả năng tuân thủ điều trị cao hơn. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Parlak và cộng sự (2025), chỉ ra rằng sự tham gia tích cực của gia đình và bạn bè có thể giúp tăng cường tuân thủ điều trị cho bệnh nhân COPD [7]. Hỗ trợ xã hội có thể cung cấp sự động viên, giúp bệnh nhân cảm thấy được quan tâm và tạo điều kiện thuận lợi hơn trong việc tuân thủ điều trị, đặc biệt trong những giai đoạn bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi hoặc khó khăn trong việc duy trì phác đồ điều trị.

Chúng tôi cũng phát hiện mối tương quan nghịch giữa mức độ khó thở và tuân thủ điều trị ($r = - 0,2$, $p < 0,05$), cho thấy bệnh nhân cảm thấy khó thở nhiều hơn có xu hướng tuân thủ điều trị kém hơn. Đây là kết quả tương đồng với nghiên cứu của Parlak và cộng sự (2025), chỉ ra rằng bệnh nhân COPD có mức độ khó thở cao sẽ giảm khả năng tuân thủ điều trị, do triệu chứng khó thở làm giảm chất lượng cuộc sống và động lực tuân thủ điều trị [7]. Khi bệnh nhân phải đối mặt với các triệu chứng khó thở, họ có thể cảm thấy kiệt sức và thiếu động lực để tiếp tục tuân thủ điều trị đầy đủ, dẫn đến sự giảm sút hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh COPD ở mức độ trung bình. Có mối tương quan giữa mức độ khó thở, kiến thức, hỗ trợ xã hội với tuân thủ điều trị của người bệnh COPD. Trong đó giữa mức độ khó thở có mối tương quan nghịch với tuân thủ điều trị; kiến thức và hỗ trợ xã hội có mối tương quan thuận đến tuân thủ điều trị. Vì vậy, để nâng cao mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh COPD, điều dưỡng cần đưa ra kế hoạch chăm sóc nhằm giúp người bệnh kiểm soát tốt triệu chứng khó thở, nâng cao kiến thức và sự tham gia của người chăm sóc trong công tác chăm sóc người bệnh COPD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Tuyết Lan,** Tình hình bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) tại Việt Nam, Journal of French-Vietnamese Association of Pulmonology, 2011. **2**(4), p. 1-3.
2. **Nguyễn Đình Phương, Ngô Nguyễn Hải Thanh, Trịnh Thị Hoàng Oanh,** Tuân thủ điều trị thuốc hít và thực hành sử dụng dụng cụ ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Đặng Ngọc Thạch, thành phố Hồ Chí Minh, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 2021. 25(2), 15 – 211

3. **Phùng Quang Hưng, Đặng Hùng Minh, Phan Thu Phương và Cộng Sự,** Kỹ năng thực hành sử dụng dụng cụ phân phối thuốc và thực trạng tuân thủ điều trị ngoại trú của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Y Học Lâm Sàng, 2023. 21(127); 95 – 104
4. **Tạ Hữu Ánh, Nguyễn Ngọc Tâm, Vũ Thị Thanh Huyền,** Đánh giá thực trạng tuân thủ điều trị ở bệnh nhân Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú, Tạp chí Y học Việt Nam, 2021. 508(02); 213 – 217
5. **Ierodiakonou, D., Sifaki-Pistolla, D., Kampouraki, M., et al.,** Adherence to inhalers and comorbidities in COPD patients: A cross-sectional primary care study from Greece. BMC Pulmonary Medicine, 2020. 21(1), 298. https://doi.org/10.1186/s12890-021-01552-1
6. **López-Pintor E, Grau J, González I, Bernal-Soriano MC, Quesada JA, Lumbreras B,** Impact of patients' perception of COPD and treatment on adherence and health-related quality of life in real-world: Study in 53 community pharmacies, Respir Med, 2021. 176:106280. doi: 10.1016/j.rmed.2020.106280. Epub 2020 Dec 3. PMID: 33302143.
7. **Parlak, Ebru & Ateş, Sevda & Akpınar, Esmehan,** Correlation of Perceived Social Support with Medication Adherence and Quality of Life in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Acibadem Universitesi Saglik Bilimleri Dergisi, 2025. 16, 32-39. 10.31067/acusaglik.1370292.
8. **Paula Maples, Andrea Franks, Shaunta' Ray,** Development and validation of a low-literacy Chronic Obstructive Pulmonary Disease Knowledge Questionnaire (COPD-Q), Patient Education and Counseling Oct; 2010. 81(1):19 - 22
9. **WHO** (2023), Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic obstructive-pulmonary-disease-(copd)
10. **Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K.,** The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Journal of Personality Assessment, 1988. 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

KHẢO SÁT VÀ CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG CUNG ỨNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2024

Nguyễn Thị Thu Phương[1,2], Trần Thị Ngân[1,2], Trần Vân Anh[1,2], Nguyễn Thị Việt Anh[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá thực trạng cung ứng thuốc và vật tư y tế tại Bệnh viện Quốc tế Hải Phòng trong năm 2024, từ đó đề xuất và triển khai các giải pháp cải tiến chất lượng nhằm đảm bảo tính liên tục và hiệu quả của chuỗi cung ứng dược phẩm. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng số liệu hồi cứu từ báo cáo nhập - xuất - tồn kho thuốc và biểu mẫu thông báo thuốc nhỡ hàng trong năm 2024. Các chỉ số phân tích bao gồm tỷ lệ thuốc nhỡ hàng, tỷ lệ tồn cuối, số lần nhỡ hàng, phân loại theo nhóm dược lý, xu hướng theo thời gian và khả năng thay thế dược phẩm. **Kết quả:** Trong tổng số 1.119 mặt hàng được quản lý, có 47 thuốc ghi nhận ít nhất một lần nhỡ hàng (chiếm 4,2%). Tỷ lệ tồn kho trung bình của nhóm thuốc bị nhỡ hàng là 5,3%. Phân tích theo thời gian cho thấy số lượng báo cáo nhỡ hàng tăng cao trong quý II và quý III. Nhóm thuốc kháng sinh, thuốc điều trị tăng huyết áp và thuốc gây mê là những nhóm có tỷ lệ nhỡ hàng cao nhất. Tất cả các thuốc bị nhỡ hàng nhiều nhất đều có thuốc thay thế trong danh mục. Sau khi triển khai các giải pháp cải tiến, tỷ lệ nhỡ hàng giảm xuống còn 1,6% vào quý IV, thời gian xử lý trung bình giảm từ 4 ngày còn 1,5 ngày. **Kết luận:** Nhận diện sớm các nhóm thuốc có nguy cơ cao, kết hợp với cơ chế cảnh báo nội bộ và cải tiến quy trình dự trù - đặt hàng - theo dõi tồn kho có thể giúp nâng cao hiệu quả cung ứng thuốc tại bệnh viện.

Từ khóa: Cung ứng thuốc, Thuốc, Vật tư y tế, Quản lý tồn kho, Cải tiến chất lượng

SUMMARY

SURVEY AND QUALITY IMPROVEMENT OF DRUG AND MEDICAL SUPPLY PROCUREMENT AT HAI PHONG INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2024

Objective: This study aims to evaluate the current status of pharmaceutical and medical supply procurement at Hai Phong International Hospital in 2024 and to propose quality improvement interventions to enhance the continuity and efficiency of the hospital's supply chain. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted using retrospective data collected from inventory records and internal stockout reports throughout 2024. Key indicators included stockout rate, final inventory ratio, frequency of stockouts per item, pharmacological classification, monthly and quarterly trends, and the availability of alternative medicines. **Results:** Among 1,119 managed pharmaceutical and medical items, 47 were reported to have at least one stockout episode (4.2%). The average final inventory ratio among stockout items was 5.3%. The frequency of stockouts peaked in the second

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Phương
Email: nttphuong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 26/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025
Ngày duyệt bài: 12/5/2025

and third quarters. Antibiotics, antihypertensive agents, and anesthetics were the most frequently affected groups. All items in the top 10 most frequently out-of-stock list had therapeutic equivalents available. Following the implementation of a multi-phase quality improvement plan, the stockout rate was reduced to 1.6% in Q4, and the average resolution time decreased from 4.0 to 1.5 days. **Conclusion:** Early identification of high-risk drug groups, the establishment of internal alert mechanisms, and systematic improvement in forecasting, ordering, and inventory monitoring processes significantly contributed to optimizing the hospital's pharmaceutical supply performance.

Keywords: Drug supply, Drug, Medical supplies, Inventory management, Quality improvement

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cung ứng thuốc và vật tư y tế là một trong những yếu tố trọng yếu quyết định chất lượng chăm sóc tại các cơ sở khám chữa bệnh. Tình trạng gián đoạn cung ứng, đặc biệt là nhỡ hàng thuốc thiết yếu, đang ngày càng trở thành vấn đề nghiêm trọng trong quản lý bệnh viện trên toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), có tới 50% cơ sở y tế tại các quốc gia đang phát triển từng gặp thiếu hụt thuốc thiết yếu trong vòng một năm (1). Thiếu thuốc không chỉ làm trì hoãn điều trị mà còn buộc phải thay thế bằng thuốc không tương đương, từ đó làm tăng nguy cơ biến chứng, kéo dài thời gian nằm viện và gia tăng chi phí điều trị (2,3).

Tại nhiều quốc gia có hệ thống y tế tương đồng với Việt Nam, các báo cáo chỉ ra rằng tình trạng nhỡ hàng thuốc chủ yếu liên quan đến yếu tố nội tại trong chuỗi cung ứng như dự trù không chính xác, quy trình cung ứng chậm, và thiếu giám sát tồn kho (4). Trong bối cảnh ngày càng có nhiều bệnh viện tư nhân hoạt động theo mô hình chất lượng cao, việc đảm bảo chuỗi cung ứng thuốc liên tục, hiệu quả là yêu cầu cấp thiết. Tuy nhiên, công tác dự trù chưa sát thực tế, thiếu liên thông giữa các kho và chưa tối ưu hóa theo dõi tồn kho vẫn là những nguyên nhân phổ biến gây nhỡ hàng thuốc (5,6).

Mặt khác, hoạt động cải tiến chất lượng trong lĩnh vực cung ứng thuốc tại các bệnh viện còn thiếu hệ thống, chưa có quy trình cảnh báo sớm, chưa áp dụng phân tích định kỳ nguyên nhân nhỡ hàng hoặc phân tầng nguy cơ. Việc ứng dụng dữ liệu thực tiễn – bao gồm phân tích tồn kho, tần suất nhỡ hàng và tính khả dụng của thuốc thay thế – là giải pháp có thể nâng cao hiệu quả cung ứng và đảm bảo điều trị liên tục (3,7).

Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm khảo sát tình hình cung ứng thuốc và vật tư y tế tại Bệnh viện Quốc tế Hải Phòng trong năm 2024, đồng thời triển khai một số giải pháp cải tiến hướng tới đảm bảo sẵn có thuốc, giảm nhỡ hàng và nâng cao chất lượng quản lý dược tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dữ liệu nhập – xuất – tồn của các thuốc và vật tư y tế tại Bệnh viện Quốc tế Hải Phòng năm 2024.

Báo cáo nhỡ hàng từ các kho điều dưỡng trong hệ thống bệnh viện.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu số liệu thứ cấp.

2.3. Thu thập dữ liệu:

Dữ liệu được lấy từ hệ thống phần mềm quản lý kho dược bệnh viện (phần mềm HIS).

Dữ liệu thuốc nhỡ hàng được thu thập từ các biểu mẫu thông báo nhỡ hàng nội bộ trong năm 2024.

2.4. Phân tích dữ liệu:

Sử dụng phần mềm Microsoft Excel và Python để tổng hợp và xử lý dữ liệu.

Các chỉ số phân tích bao gồm:

- Tỷ lệ thuốc nhỡ hàng (%)
- Tỷ lệ tồn cuối = Tồn cuối / Tổng nhập
- Số lần nhỡ hàng theo từng thuốc
- Nhóm thuốc có nguy cơ thiếu cao

2.5. Hoạt động cải tiến chất lượng: Dựa trên kết quả khảo sát, nhóm nghiên cứu tiến hành:

- Xây dựng danh mục thuốc trọng điểm cần giám sát tồn kho theo thời gian thực.
- Thiết lập quy trình cảnh báo nhỡ hàng sớm (Early Alert System) nội bộ.
- Phân loại nguyên nhân nhỡ hàng theo nhóm: cung ứng, dự trù, sử dụng vượt mức.
- Đề xuất cải tiến quy trình đặt hàng theo hướng liên thông giữa các kho.
- Triển khai họp định kỳ phân tích nhỡ hàng và phản hồi từ khoa lâm sàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tình hình chung: Trong năm 2024, tổng số 1.119 mặt hàng thuốc và vật tư y tế được quản lý tại Bệnh viện Quốc tế Hải Phòng. Qua rà soát dữ liệu tồn kho và biểu mẫu thông báo từ các kho điều dưỡng, có 47 thuốc ghi nhận ít nhất một lần nhỡ hàng (chiếm tỷ lệ 4,2%). Tỷ lệ tồn kho trung bình ở nhóm thuốc bị nhỡ hàng là 5,3%. Những phát hiện này phản ánh nguy cơ thiếu hụt tiềm tàng trong hệ thống cung ứng nếu không có giải pháp điều phối chủ động và cảnh báo kịp thời.

Danh sách thuốc nhỡ hàng nhiều nhất: Top 10 thuốc bị nhỡ hàng nhiều nhất trong năm bao gồm các thuốc thiết yếu như ceftriaxon, rocuronium, telmisartan hoặc natri clorid. Trong số này, Rocephin 1g bị nhỡ hàng hai lần và có thời điểm tồn kho xuống rất thấp. Đa số các thuốc bị nhỡ hàng đều thuộc nhóm thuốc sử dụng phổ biến trong nội trú, cấp cứu và điều trị bệnh lý mạn tính. Một số thuốc bị nhỡ do gián đoạn cung ứng kéo dài hoặc nhu cầu đột ngột tăng cao tại các khoa lâm sàng (Bảng 1).

Bảng 1: Danh sách 10 thuốc bị nhỡ hàng nhiều nhất trong năm 2024 tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

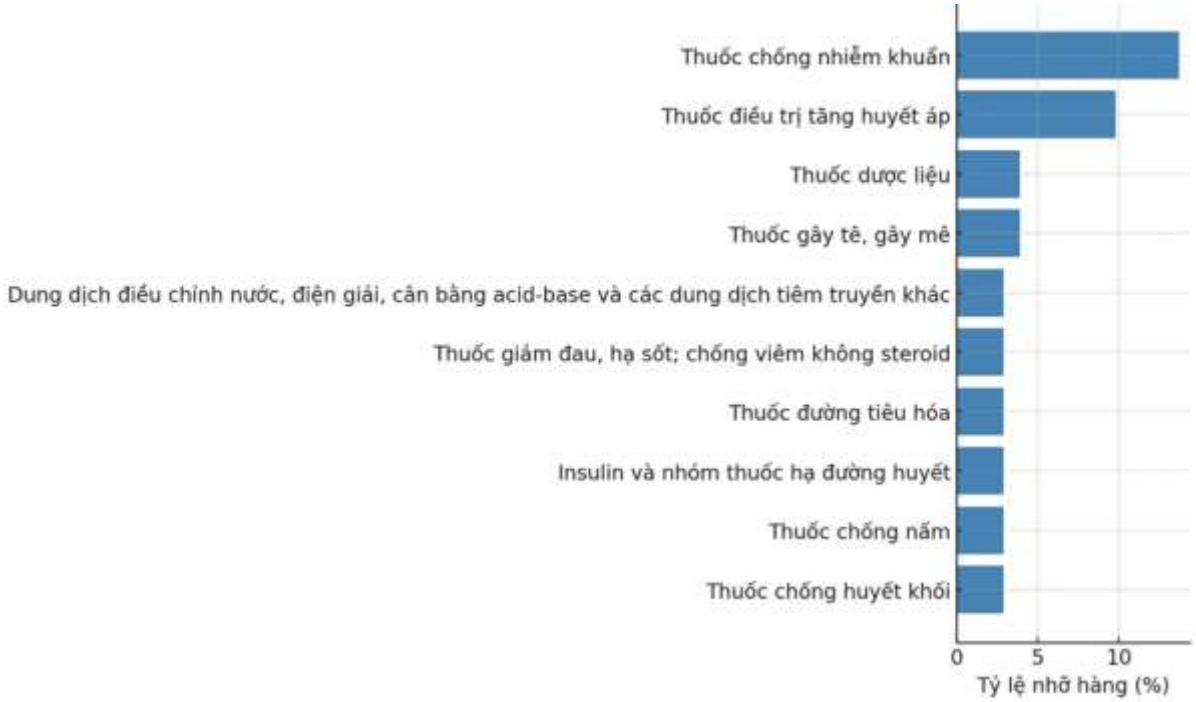
Tên thuốc	Đơn vị tính	Số lượng nhập	Số lượng xuất	Tồn kho cuối kỳ	Số lần bị nhỡ hàng	Tỷ lệ tồn cuối (%)	Thuốc thay thế
Rocephin 1g - Ceftriaxon	Lọ	2200	1800	400	2	18.2	Ceftriaxone 1000
Actelsar HCT 40mg/12,5 mg - Telmisartan +Hydrochlorothiazid	Viên	63392	63392	0	1	0	Mibetel HCT - Telmisartan+Hydrochlorothiazid (40mg+12,5mg)
Rocuronium Kabi 10mg/ml - Rocuronium bromid	Lọ	1400	1400	0	1	0	Esmeron Rocuronium bromid (10 mg/ml x 5ml)

MolRAVIR 400 Molnupiravir - Molnupiravir	Viên	2100	2100	0	1	0	Molnupiravir Stella Molnupiravir (400mg)
MoriTIUS - Pregabalin	Viên	26208	25956	252	1	1	Davyca - Pregabalin (75mg)
Natri clorid 0,9% - Natri clorid	Chai	31000	31000	0	1	0	Sodium Chloride 0,9% - Natri clorid (0,9%, 500ml)
NifeHEXAL 30 LA - Nifedipin	Viên	22500	22500	0	1	0	Adalat LA Nifedipin (30mg)
Nước cất ống nhựa - Nước cất pha tiêm	Ống	198000	208000	0	1	0	Nước cất tiêm - Nước cất pha tiêm (10ml)
Pecrandil 10 - Nicorandil	Viên	25980	25980	0	1	0	Nikoramyl 5 - Nicorandil (5mg)
PharMACORT Triamcinolon acetonid -Triamcinolon acetonid	Ống	85	85	0	1	0	Triamcinolon Triamcinolon acetonid (80mg/2ml)

Nguyên nhân chính gây nhỡ hàng: Phân tích nguyên nhân cho thấy phần lớn các tình huống nhỡ hàng trong năm 2024 không bắt nguồn từ dự trù nội bộ mà từ yếu tố khách quan trên thị trường:

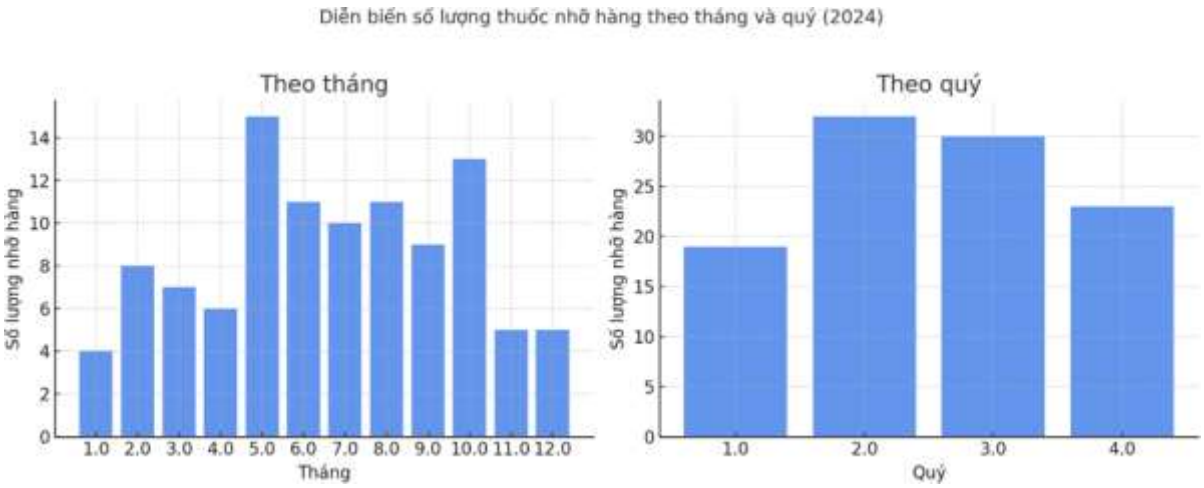
- Đứt gãy chuỗi cung ứng từ nhà cung cấp, trong đó bao gồm: thuốc hết hàng tại nhà phân phối, chậm nhập khẩu hoặc nhà sản xuất tạm ngưng phân phối.
- Thuốc hết hiệu lực giấy phép lưu hành (GPLH), đặc biệt ở các biệt dược gốc, dẫn đến việc không thể tiếp tục cung ứng mặc dù vẫn còn nhu cầu sử dụng.
- Chậm trễ trong quy trình thay thế nguồn hàng hoặc tìm kiếm thuốc thay thế tương đương khi thuốc gốc không còn lưu hành. Các nguyên nhân này cho thấy mặc dù quy trình nội bộ kiểm soát tồn kho tương đối tốt, nhưng hệ thống vẫn chịu tác động đáng kể từ biến động thị trường và chính sách cấp phép thuốc.

Xu hướng theo nhóm dược lý: Các nhóm thuốc có nguy cơ nhỡ hàng cao bao gồm: thuốc chống nhiễm khuẩn, thuốc điều trị tăng huyết áp, thuốc gây mê và dung dịch tiêm truyền. Nhóm thuốc dược lý cũng ghi nhận một số trường hợp nhỡ hàng do phụ thuộc vào nguồn nhập khẩu (Hình 1)



Hình 1: Phân tích theo nhóm dược lý

Phân tích theo thời gian: Số lượng nhỡ hàng tăng cao trong các tháng 5, 8 và 10 – trùng với thời điểm tăng cường điều trị nội trú và các đợt cao điểm dịch bệnh theo mùa. Phân tích theo quý cho thấy quý II và quý III là hai giai đoạn có số lượng thuốc nhỡ hàng nhiều nhất, phản ánh sự không đồng đều trong khả năng đáp ứng của hệ thống cung ứng qua các thời điểm trong năm.



Hình 2: Diễn biến số lượng thuốc nhỡ hàng theo tháng và quý năm 2024

Thuốc thay thế: Tất cả các thuốc trong danh sách nhỡ hàng nhiều nhất đều có thuốc thay thế tương đương về hoạt chất hoặc hàm lượng. Tuy nhiên, việc thay thế vẫn tiềm ẩn rủi ro về hiệu quả điều trị, chi phí hoặc độ sẵn có thực tế. Điều này đòi hỏi phải xây dựng quy trình thay thế có kiểm soát và thông báo kịp thời đến các khoa lâm sàng nhằm bảo đảm an toàn điều trị cho người bệnh.

Kết quả cải tiến chất lượng: Trên cơ sở kết quả phân tích, bệnh viện đã triển khai một số hoạt động cải tiến, bao gồm:

- Thiết lập danh mục thuốc nguy cơ cao nhỡ hàng để theo dõi tồn kho chủ động theo tuần.
- Áp dụng mô-đun cảnh báo sớm tồn kho thấp trên phần mềm quản lý dược, liên thông với dữ liệu xuất kho lâm sàng.
- Phối hợp giữa khoa Dược và phòng Vật tư để rút ngắn chu trình duyệt đơn hàng nội bộ từ 4 ngày còn 1,5 ngày.
- Tổ chức họp định kỳ 2 tuần/lần giữa dược sĩ quản lý tồn kho và dược sĩ lâm sàng để phản ánh tình trạng thiếu thuốc và ưu tiên cấp phát theo mức độ ưu tiên lâm sàng.
- Cập nhật danh mục thuốc thay thế chính thức kèm hướng dẫn sử dụng được phê duyệt nội viện. Kết quả cho thấy, trong quý IV năm 2024, tỷ lệ thuốc bị nhỡ hàng giảm xuống còn 1,6%, và thời gian xử lý nhỡ hàng trung bình giảm từ 4 ngày xuống còn 1,5 ngày, góp phần cải thiện tính sẵn có của thuốc và nâng cao sự hài lòng từ các khoa lâm sàng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, trong năm 2024, tỷ lệ thuốc nhỡ hàng tại Bệnh viện Quốc tế Hải Phòng là 4,2% – mức thấp hơn so với tỷ lệ ghi nhận tại nhiều cơ sở y tế ở các quốc gia đang phát triển (6–10%) như được báo cáo trong các tổng quan hệ thống gần đây (4). Tuy nhiên, tỷ lệ này vẫn đáng lưu ý do ảnh hưởng trực tiếp đến an toàn điều trị và hiệu quả cung ứng thuốc, đặc biệt khi nhóm thuốc bị nhỡ chủ yếu là kháng sinh, thuốc tim mạch, thuốc gây mê và dung dịch truyền – những nhóm có vai trò thiết yếu trong chăm sóc cấp tính và điều trị bệnh lý mạn tính.

Điểm đáng chú ý là nguyên nhân nhỡ hàng trong nghiên cứu chủ yếu xuất phát từ yếu tố khách quan bên ngoài hệ thống nội viện, bao gồm tình trạng đứt gãy chuỗi cung ứng, chậm nhập khẩu, hoặc mất hiệu lực giấy phép lưu hành (3,4). Thực trạng này phù hợp với nhiều báo cáo quốc tế, nhấn mạnh rằng hơn 60% tình huống thiếu thuốc tại bệnh viện là do các rào cản hành chính, gián đoạn logistics hoặc khủng hoảng cung ứng từ nhà sản xuất (2,3). Như Ventola (2011) phân tích, đây là biểu hiện của sự mất cân bằng giữa nhu cầu sử dụng thực tế và khả năng đáp ứng của hệ thống cung ứng thuốc toàn cầu (2).

Tuy nhiên, cũng cần lưu ý rằng khả năng đáp ứng của nội bộ bệnh viện vẫn đóng vai trò quan trọng. Việc triển khai các cải tiến như cảnh báo sớm tồn kho, rút ngắn quy trình đặt hàng, phối hợp liên khoa và xây dựng danh mục thuốc thay thế rõ ràng đã góp phần cải thiện rõ rệt hiệu quả cung ứng – thể

hiện qua việc giảm tỷ lệ nhỡ hàng còn 1,6% và thời gian xử lý giảm xuống 1,5 ngày trong quý IV. Kết quả này phù hợp với khuyến nghị của các tổ chức chuyên môn như ASHP (5) và WHO (1), nhấn mạnh vai trò của hệ thống cảnh báo sớm, theo dõi tồn kho theo thời gian thực và phối hợp liên ngành trong quản lý thiếu thuốc.

Ngoài ra, cần nhấn mạnh vai trò của thuốc thay thế trong duy trì liên tục điều trị. Dù tất cả thuốc nhỡ hàng đều có thuốc tương đương thay thế, nhưng như nhiều nghiên cứu chỉ ra, thay thế không phải lúc nào cũng tương đương về hiệu quả lâm sàng, chi phí và mức độ an toàn (2,7). Do đó, bên cạnh đảm bảo nguồn cung thuốc chính, bệnh viện cũng cần xây dựng hướng dẫn sử dụng thuốc thay thế chuẩn hóa và cập nhật định kỳ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cung cấp cái nhìn toàn diện về thực trạng cung ứng thuốc và vật tư y tế tại một bệnh viện tư nhân tuyến tỉnh trong bối cảnh chịu nhiều ảnh hưởng từ biến động thị trường dược phẩm. Tỷ lệ nhỡ hàng 4,2% phản ánh mức độ ổn định tương đối của hệ thống cung ứng, tuy nhiên vẫn ghi nhận tồn tại ở các nhóm thuốc thiết yếu và nguyên nhân chủ yếu là do gián đoạn từ phía nhà cung cấp.

Các biện pháp cải tiến chất lượng được triển khai – bao gồm cảnh báo tồn kho, rút ngắn quy trình duyệt đơn hàng, phối hợp nội bộ và xây dựng danh mục thay thế – đã chứng minh hiệu quả rõ rệt, giúp giảm tỷ lệ nhỡ hàng và thời gian xử lý. Đây là mô hình có thể áp dụng cho các cơ sở y tế khác có quy mô tương đương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO.** WHO Model List of Essential Medicines 2023.
2. **Ventola CL.** The drug shortage crisis in the United States: causes, impact, and management strategies. Pharmacy and Therapeutics. 2011;36(11):740-757.
3. **De Weerdt E, et al.** Causes of drug shortages in the legal pharmaceutical system: a qualitative study. PloS One. 2017;12(9):e0185837.
4. **Atif M, et al.** Drug supply chain challenges in developing countries: a review. J Pharm Policy Pract. 2021;14:20.
5. **Fox ER, et al.** ASHP guidelines on managing drug product shortages in hospitals and health systems. Am J Health-Syst Pharm. 2009;66(15):1399–1406.
6. **Gray A, Manasse HR.** Shortages of medicines: a complex global challenge. Bull World Health Organ. 2012;90(3):158–158A.
7. **Mazer-Amirshahi M, et al.** Impact of shortages on medication errors and clinical outcomes. J Emerg Med. 2014;47(1):46–50.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN SUY THƯỢNG THẬN MẠN THỨ PHÁT SAU LẠM DỤNG CORTICOID TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG 2024

Nguyễn Ngọc Ánh[1,2], Ngô Thị Thu Thủy[2], Đỗ Thị Thanh Loan[1], Trịnh Hồng Nhung[1], Nguyễn Quỳnh Anh[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị bằng corticoid có thể dẫn đến suy thượng thận mạn, đặc biệt là khi có yếu tố thuận lợi như stress, nhiễm trùng, phẫu thuật, hoặc chấn thương. Việc phát hiện và điều trị sớm là rất quan trọng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy thượng thận mạn sau lạm dụng Corticoid tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Đối tượng- phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 52 bệnh nhân tại khoa Nội tổng hợp, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 8/2024 đến tháng 3/2025. Các bệnh nhân đều có tiền sử sử dụng corticoid và được chẩn đoán suy thượng thận mạn. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu ở độ tuổi 60-69 chiếm 42,3%, tuổi trung bình 63 ±1,84, nữ chiếm 63,5%. Chỉ số là 21,6 ± 0,27. 82,7% bệnh nhân có bệnh lý cơ xương khớp. 100% bệnh nhân sử dụng corticoid, trong đó 69,2% tự mua thuốc. Thời gian sử dụng corticoid trung bình là 4,2 năm. Về triệu chứng lâm sàng: 100% bệnh nhân mệt mỏi kéo dài, 69,2% có đại tiện phân lỏng, 53,8% buồn nôn, 46,2% sút cân. Hội chứng Cushing xuất hiện ở 76,9% bệnh nhân. Kết quả xét nghiệm: 100% bệnh nhân có cortisol giảm, 42,3% tăng ure, 28,8% tăng creatinin, và 73,1% hạ kali. 15,4% bệnh nhân có bất thường điện tâm đồ. **Kết luận:** Suy thượng thận mạn do lạm dụng corticoid thường gặp ở người cao tuổi, nữ giới chiếm ưu thế. Việc lạm dụng corticoid kéo dài, đặc biệt là tự sử dụng không theo chỉ định, là yếu tố nguy cơ quan trọng. Việc phát hiện sớm và điều trị kịp thời rất quan trọng để ngăn ngừa các biến chứng nghiêm trọng.

Từ khóa: suy thượng thận mạn, corticoid

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SECONDARY CHRONIC ADRENAL INSUFFICIENCY DUE TO CORTICOSTEROID ABUSE AT THE DEPARTMENT OF GENERAL INTERNAL MEDICINE, HAI PHONG MEDICINE UNIVERSITY HOSPITAL, 2024

Introduction: Corticosteroid treatment can lead to chronic adrenal insufficiency, especially when there are contributing factors such as stress, infections, surgery, or trauma. Early detection and treatment are critical. **Research Objectives:** To assess the clinical and paraclinical characteristics of patients with chronic adrenal insufficiency following corticosteroid abuse at the Department of General Internal Medicine, Hai Phong Medicine university Hospital. **Study**

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Ánh
Email: ngocanhhpmu1120@gmail.com
Ngày nhận bài: 26/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025
Ngày duyệt bài: 29/4/2025

Design and Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 52 patients at the Department of General Internal Medicine, Hai Phong Medicine university Hospital from August 2024 to March 2025. All patients had a history of corticosteroid use and were diagnosed with chronic adrenal insufficiency. **Results:** The majority of patients were aged 60-69, accounting for 42.3%, with an average age of 63 ±1.84 years, and 63.5% were female. The was 21.6 ± 0.27. 82.7% of patients had musculoskeletal disorders. 100% of the patients used corticosteroids, with 69.2% purchasing the medication on their own. The average duration of corticosteroid use was 4.2 years. Clinical symptoms: 100% of patients experienced prolonged fatigue, 69.2% had loose stools, 53.8% experienced nausea, and 46.2% had weight loss. Cushing's syndrome was observed in 76.9% of patients. Laboratory results: 100% of patients had decreased cortisol levels, 42.3% had elevated urea, 28.8% had elevated creatinine, and 73.1% had hypokalemia. 15.4% of patients had abnormal electrocardiograms. **Conclusion:** Chronic adrenal insufficiency due to corticosteroid abuse is commonly seen in elderly patients, with a higher prevalence in females. Long-term corticosteroid abuse, especially self-medication without proper indication, is a significant risk factor. Early detection and timely treatment are crucial to prevent serious complications.

Keywords: Chronic adrenal insufficiency, corticosteroids

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thượng thận là tình trạng giảm glucocorticoid hoặc mineralcorticoid hoặc cả hai. Bệnh do các nhóm nguyên nhân khác nhau gây ra trong đó có nguyên nhân do Corticoid [1]. Corticoid được sử dụng rộng rãi vì tác dụng chống viêm và ức chế miễn dịch của chúng. Tuy nhiên, một tác dụng không mong muốn có thể xảy ra của điều trị bằng glucocorticoid là ức chế trục hạ đồi-tuyến yên-tuyến thượng thận, có thể dẫn đến suy thượng thận mạn [2]. Bệnh thường xảy ra từ từ mạn tính trong thời gian dài mới bộc lộ lâm sàng, vì vậy chẩn đoán thường muộn. Đặc biệt khi có xuất hiện các yếu tố thuận lợi như: Stress, nhiễm trùng, phẫu thuật, chấn thương, sẽ xuất hiện cơn suy tuyến thượng thận cấp tínhvà trở nên nguy hiểm nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Do đó, việc sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sớm bệnh nhân suy thượng thận mạn do lạm dụng corticoid là vô cùng cần thiết [1]. Từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: ***Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy thượng thận mạn tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện trên 52 bệnh nhân được chẩn đoán suy thượng thận mạn điều trị tại khoa nội tổng hợp - bệnh viện Đại học Y Hải Phòng trong thời gian từ tháng 8/2024 đến tháng 3/2025.

**** Tiêu chuẩn lựa chọn:***

- Bệnh nhân đáp ứng được tiêu chuẩn về lâm sàng của suy thượng thận mạn theo Bộ y tế 2014, có xét nghiệm Cortisol 8h sáng < 3 µg/dl [1]
- Bệnh nhân trước đó có sử dụng corticoid
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

**** Tiêu chuẩn loại trừ:*** Bệnh nhân đang mắc bệnh cấp tính như viêm phổi, sốt…Bệnh nhân nghi ngờ mắc bệnh ngoại khoa trong thời gian nghiên cứu. Phụ nữ đang mang thai

hoặc cho con bú. Bệnh nhân có tiền sử suy thượng thận mạn và đang điều trị

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và phương pháp lựa chọn: Chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ 52 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu.

Cách thu thập số liệu: Mỗi bệnh nhân nhập viện sẽ được tiến hành hỏi bệnh, khám bệnh, xét nghiệm cận lâm sàng theo một mẫu bệnh án thống nhất và ghi đầy đủ các dữ liệu vào phiếu nghiên

cứu.

Các chỉ tiêu trong nghiên cứu:

- Các triệu chứng lâm sàng: sút cân, buồn nôn, nôn, đại tiện phân lỏng, đau bụng, dấu hiệu mất nước, hội chứng Cushing, huyết áp
- Tiền sử: các bệnh mạn tính, tiền sử sử dụng corticoid: chỉ định, đường dùng, liều dùng
- Các kết quả xét nghiệm: Cortisol máu. công thức máu, sinh hóa máu, điện tim, siêu âm ổ bụng….

2.3. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin

Mỗi bệnh nhân khi nhập viện sẽ được tiến hành hỏi bệnh, khám lâm sàng, và được chỉ định làm xét nghiệm cận lâm sàng. Thông tin thu thập được được ghi lại vào bệnh án nghiên cứu xây dựng sẵn.

**** Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:***

- Bệnh nhân đáp ứng được tiêu chuẩn về lâm sàng của suy thượng thận mạn theo Bộ y tế 2014, có xét nghiệm Cortisol 8h sáng < 3 µg/dl [1];
- Suy tuyến thượng thận do lạm dụng corticoid: tiền sử lạm dụng corticoid, có hội chứng cushing, cortisol máu < 3 µg/dl [1]

2.4. Xử lý số liệu: Thông tin sau khi thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=52)

Chỉ tiêu		Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	< 40	4	7,7
	40 - 49	4	7,7
	50 - 59	6	11,5
	60 - 69	22	42,3
	≥ 70	16	30,8
	Trung bình ± SD	63 ± 1,84; Min: 25; Max: 88	
Giới	Nam	19	36,5
	Nữ	33	63,5
Tiền sử bệnh mạn tính liên quan đến việc sử dụng corticoid	Cơ xương khớp	43	82,7
	Tai mũi họng	06	11,5
	Da liễu	01	1,9
	Khác	04	7,7

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 63 tuổi, tuổi thấp nhất là 25 tuổi, độ tuổi 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 42,3. 63,5% bệnh nhân là nữ giới. 82,7% bệnh nhân có tiền sử đau khớp/ bệnh lý cơ xương khớp,

Bảng 3.2. Đặc điểm sử dụng corticoid và bệnh lý nền của bệnh nhân (n=52)

Chỉ tiêu		Số lượng	Tỷ lệ %
Chỉ định dùng corticoid	Do bác sĩ kê đơn	12	23,1
	Tự mua	36	69,2
	Tiệm thuốc kê	4	7,7
Đường dùng	Uống	27	51,9
	Tiêm	0	0
	Uống + tiêm	15	28,8
	Xịt họng	04	7,7
	Bôi ngoài da	02	3,9
Tiền sử dùng thuốc	Corticoid	52	100
	Corticoid + Levothyrox	04	7,7
	Corticoid + Fluconazole	01	1,9
Thời gian sử dụng thuốc (năm)	< 1 năm	09	17,3
	1 - 5 năm	27	51,9
	> 5 năm	16	30,8
	Trung bình ± SD	4,2 ± 0,03 (năm)	
	Min	11 tháng	
	Max	08 năm	

Nhận xét: 82,7% bệnh nhân có tiền sử đau khớp/bệnh lý cơ xương khớp,100% bệnh nhân đều sử dụng corticoid trong đó chủ yếu là sử dụng đường uống với tỷ lệ 51,9%; 28,8% bệnh nhân sử dụng đồng thời cả uống và tiêm. Chủ yếu gặp trong nghiên cứu bệnh nhân sử dụng corticoid kéo dài trên 1 năm với tỷ lệ 82,7%. Ngoài ra có 7,7% bệnh nhân sử dụng đồng thời Levothyrox, 1,9% bệnh nhaansuwr dụng cùng với Fluconazole. Thời gian sử dụng thuốc Corticoid trung bình là 4,2 năm

Bảng 3.3. Đặc điểm về lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu (n=52)

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %
Sút cân	24	46,2
Buồn nôn	28	53,8
Nôn	09	17,3
Đại tiện phân lỏng	36	69,2
Đau bụng	16	30,8
Mệt mỏi kéo dài	52	100
Dấu hiệu mất nước	15	28,8
Hội chứng cushing	40	76,9

Huyết áp tâm thu (mmHg)	Giảm (< 90mmHg)	0	0
	Bình thường	52	100
	Trung bình ± SD	130,7 ± 2,48; Min: 110; Max: 170	
Huyết áp tâm trương (mmHg)	Giảm (< 60mmHg)	12	23,1
	Bình thường	40	76,9
	Trung bình ± SD	73,5 ± 1,60; Min: 50; Max: 90	

Nhận xét: 100% bệnh nhân vào viện vì triệu chứng mệt mỏi, ngoài ra có thể gặp các triệu chứng khác như đại tiện phân lỏng (69,2%); buồn nôn (53,8%), sút cân (46,2%), đau bụng (30,8%). Khám lâm sàng thấy có 76,9% bệnh nhân có hội chứng Cushing. Trọng nghiên cứu không có bệnh nhân nào tụt huyết áp

Bảng 3.4. Đặc điểm về xét nghiệm của bệnh nhân nghiên cứu (n=52)

Chỉ tiêu		**Số lượng**	**Tỷlệ %**
Cortisol (µg/ dl)	Giảm	52	100
	Bình thường	0	0
	Trung bình ± SD	1,81 ± 0,23; Min: 0,1; Max: 2,98	
Ure (mmol/L)	Tăng	22	42,3
	Bình thường	30	57,5
	Trung bình ± SD	8,89 ± 0,67; Min: 2m89; Max: 19,7	
Creatinin (µmol/L)	Tăng	15	28,8
	Bình thường	37	71,2
	Trung bình ± SD	81,77 ± 5,04; Min: 61,4; Max: 164,2	
Glucose (lúc đói) (mmol/L)	Giảm	09	17,3
	Bình thường	27	51,9
	Tăng	16	30,8
	Trung bình ± SD	6,03 ± 039; Min: 3,09; Max: 16,4	
Natri (mmol/L)	Giảm	15	28,8
	Trung bình ± SD	138,7 ± 0,59; Min: 128,3; Max: 145	
Kali (mmol/L)	Giảm	38	73,1
	Trung bình ± SD	3,81 ± 0,06; Min: 3,05; Max: 4,63	
Điện tâm đồ	Bình thường	44	84,6
	Bất thường	08	15,4
Siêu âm ổ bụng	Bình thường	52	100
	Bất thường	0	0
Siêu âm tuyến thượng thận	Bình thường	52	100
	Bất thường	0	0

Nhận xét: 100% bệnh nhân có nồng độ cortisol giảm, không có trường hợp nào bình thường, giá trị trung bình 1,81 ± 0,23 µg/dl. Có khoảng 42,3% và 28,8% bệnh nhân có tăng Ure và Creatinin máu. Trong nghiên cứu có 17,3% bệnh nhân đường huyết giảm; 73,1% bệnh nhân hạ Kali máu, 28,8% bệnh nhân có hạ Natri máu. 15,4% bệnh nhân có kết quả điện tâm đồ bất thường, cho thấy cần theo dõi thêm về nguy cơ tim mạch. Tất cả

các bệnh nhân đều có kết quả siêu âm bình thường

IV.BÀN LUẬN

4.1. Điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 63 tuổi. So sánh với nghiên cứu của tác giả Lâm Mỹ Phương Danh (2024), độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả này là 69,8 tuổi thì cho thấy độ tuổi trung bình của chúng tôi thấp hơn. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu gặp nhóm tuổi từ 60-69 chiếm tỷ lệ 42,3%. Điều này cho thấy nhóm tuổi cao (từ 60 trở lên) vẫn chiếm ưu thế trong các nghiên cứu về đặc điểm bệnh nhân.[3]. Về giới tính, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ chiếm 63,5%, cao hơn so với nam (36,5%). Kết quả này khá tương đồng so với nghiên cứu của Lâm Mỹ Phương Danh (2024) với tỷ lệ là 83,1% [3], và tác giả Lại Thị Thanh Hà (2009) với tỷ lệ nữ giới 57,3% [4], Tuy nhiên tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu của tác giả Lâm Mỹ Phương Danh cho thấy tỷ lệ nữ cao hơn khá nhiều so với các nghiên cứu khác, điều này có thể lý giải là do tác giả lựa chọn bệnh nhân suy thượng thận mạn có loãng xương đi kèm. Bên cạnh đó, nghiên cứu cho thấy 82,7% bệnh nhân có tiền sử bệnh lý cơ xương khớp, đây cũng là nhóm bệnh thường xuyên được điều trị bằng corticoid kéo dài. Tỷ lệ bệnh nhân tự mua thuốc chiếm 69,2%, cao hơn nhiều so với tỷ lệ bệnh nhân sử dụng theo đơn bác sĩ (23,1%), cho thấy tình trạng lạm dụng corticoid khá phổ biến. Đáng chú ý, không có bệnh nhân nào sử dụng corticoid theo đường tiêm đơn lẻ, nhưng lại có đến 28,8% kết hợp cả đường uống và tiêm, làm tăng nguy cơ suy tuyến thượng thận do ức chế trục hạ đồi - tuyến yên - thượng thận

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Điều trị bằng glucocorticoid đã được sử dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng, chẳng hạn như điều trị các bệnh tự miễn, viêm và ung thư để ức chế phản ứng viêm. Nó có thể gây suy thượng thận thông qua ức chế phản hồi của hormone giải phóng corticotropin (CRH) và hormone vỏ thượng thận (ACTH), cuối cùng gây ra chứng teo và teo vỏ thượng thận và khiến trục HPA không thể tạo ra phản ứng cortisol đầy đủ với căng thẳng [5] [6]. Các đường dùng glucocorticoid bao gồm tiêm tĩnh mạch, uống và tại chỗ, chẳng hạn như hít, bôi ngoài da và tiêm khớp. Nhiều chế độ dùng thường được sử dụng [7]. Tỷ lệ dùng glucocorticoid đường uống dao động từ 0,5 đến 1,8% trong dân số nói chung, thường được phụ nữ và người cao tuổi sử dụng nhiều hơn, và sử dụng lâu dài (hơn ba tháng) là 1% [8]. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng khoảng một nửa số bệnh nhân phát triển các dấu hiệu và triệu chứng của suy thượng thận trong quá trình điều trị bằng glucocorticoid đường uống hoặc ngay sau khi ngừng thuốc. Ngoài ra, thời gian sử dụng corticoid càng dài (trung bình trong nghiên cứu là 4,2 năm, tối đa 8 năm), nguy cơ suy thượng thận càng cao [2] [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều sử dụng corticoid, trong đó 7,7% kết hợp với Levothyroxine và 1,9% kết hợp với Fluconazole. Levothyroxine có thể làm tăng tốc độ chuyển hóa corticoid, dẫn đến giảm nồng độ corticoid trong máu, ngoài ra corticoid liều cao có thể ức chế trục hạ đồi - tuyến yên - tuyến giáp, dẫn đến giảm sản

xuất hormone tuyến giáp nội sinh. Điều này có thể làm trầm trọng thêm tình trạng suy giáp ở bệnh nhân. Tương tự như vậy, Fluconazole là chất ức chế mạnh enzyme CYP3A4, làm giảm chuyển hóa corticoid, dẫn đến tăng nồng độ corticoid trong huyết tương. Bornstein cũng phát hiện vào năm 2009 rằng 1% dân số nói chung được điều trị bằng chế độ glucocorticoid dài hạn liên quan đến các bệnh mãn tính và tình trạng viêm [9]. Ông phát hiện ra sự gia tăng các trường hợp suy tuyến thượng thận ở những bệnh nhân đang dùng liệu pháp chống nấm. Điều này rất quan trọng đối với bài đánh giá này vì các loại thuốc như ketoconazole (thuốc chống nấm) can thiệp vào quá trình tổng hợp glucocorticoid và do đó cũng được sử dụng với liều cao để chống lại tình trạng tăng cortisol. Điều này cũng củng cố tầm quan trọng của việc ghi chép đầy đủ bệnh sử để xem các loại thuốc khác nhau mà bệnh nhân đang dùng và tác dụng chống glucocorticoid của chúng. Tóm lại, kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung phù hợp với các nghiên cứu trước đây về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuy nhiên, một số khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân thừa cân hoặc giới tính có thể do sự khác biệt về địa lý, mẫu nghiên cứu hoặc phương pháp thu thập số liệu. Bên cạnh đó, tỷ lệ lạm dụng corticoid cao và thời gian sử dụng kéo dài là yếu tố nguy cơ quan trọng dẫn đến suy tuyến thượng thận, cần có các biện pháp kiểm soát chặt chẽ hơn trong kê đơn và sử dụng thuốc.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân (100%) đều nhập viện với triệu chứng mệt mỏi kéo dài. Đây là biểu hiện phổ biến ở bệnh nhân suy tuyến thượng thận do lạm dụng corticoid, do sự thiếu hụt cortisol dẫn đến giảm năng lượng và suy giảm chức năng cơ thể. Các triệu chứng tiêu hóa cũng được ghi nhận với tỷ lệ cao: đại tiện phân lỏng (69,2%), buồn nôn (53,8%), nôn (17,3%) và đau bụng (30,8%). Sút cân được quan sát ở 46,2% bệnh nhân. Đáng chú ý, 76,9% bệnh nhân có biểu hiện hội chứng Cushing, đặc trưng bởi mặt tròn, béo trung tâm và da mỏng. Điều này cho thấy việc sử dụng corticoid kéo dài đã gây ra tình trạng cường glucocorticoid ngoại sinh trước khi dẫn đến suy tuyến thượng thận. Về huyết áp, mặc dù 23,1% bệnh nhân có huyết áp tâm trương giảm, nhưng không có trường hợp nào ghi nhận giảm huyết áp tâm thu. Điều này có thể do mức độ suy thượng thận chưa đủ nghiêm trọng để ảnh hưởng đến huyết áp tâm thu, hoặc có thể liên quan đến việc sử dụng corticoid ngoại sinh trước đó vẫn còn tác dụng giữ muối và nước. [6]. Suy tuyến thượng thận do lạm dụng corticoid chủ yếu liên quan đến sự ức chế trục hạ đồi - tuyến yên - thượng thận. Việc sử dụng corticoid ngoại sinh kéo dài làm giảm tiết hormone ACTH từ tuyến yên, dẫn đến teo tuyến thượng thận và giảm sản xuất cortisol nội sinh. Khi ngừng corticoid đột ngột, cơ thể không kịp đáp ứng, gây ra các triệu chứng suy thượng thận như đã quan sát trong nghiên cứu. [5]. Các triệu chứng tiêu hóa như buồn nôn, nôn và tiêu chảy có thể xuất phát từ sự mất cân bằng điện giải và giảm lưu lượng máu đến đường tiêu hóa do thiếu cortisol. Sút cân phản ánh sự tăng dị hóa protein và giảm tổng hợp glycogen do thiếu hụt glucocorticoid. Hội chứng Cushing quan sát được ở nhiều bệnh nhân cho thấy tác

động của việc sử dụng corticoid ngoại sinh trước đó, gây ra các thay đổi về phân bố mỡ và đặc điểm hình thể. [5] [6]

Kết quả xét nghiệm của 52 bệnh nhân trong nghiên cứu cho thấy tất cả đều có mức cortisol huyết thanh giảm, với giá trị trung bình là 1,81 ± 0,23 µg/dl. Điều này phù hợp với tình trạng suy tuyến thượng thận do lạm dụng corticoid, khi việc sử dụng glucocorticoid ngoại sinh kéo dài ức chế trục hạ đồi - tuyến yên - thượng thận, dẫn đến giảm sản xuất ACTH và teo tuyến thượng thận, hậu quả là giảm sản xuất cortisol nội sinh. Xét nghiệm ure và creatinin cho thấy 42,3% bệnh nhân có mức ure tăng và 28,8% có mức creatinin tăng, phản ánh chức năng thận bị ảnh hưởng. Điều này có thể liên quan đến tình trạng mất nước do tiêu chảy và nôn mửa thường gặp ở bệnh nhân suy thượng thận. Về glucose huyết lúc đói, 17,3% bệnh nhân có mức glucose giảm, trong khi 30,8% có mức tăng. Sự giảm glucose có thể do thiếu hụt cortisol, hormone đóng vai trò quan trọng trong quá trình tân tạo đường và duy trì đường huyết. Ngược lại, việc tăng glucose có thể liên quan đến hội chứng Cushing do lạm dụng corticoid, khi glucocorticoid ngoại sinh gây tăng đường huyết. [2] [6] [7]. Rối loạn điện giải cũng được ghi nhận, với 28,8% bệnh nhân giảm natri và 26,9% tăng kali. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân giảm kali chiếm 73,1%, cao hơn so với tỷ lệ tăng kali. Sự giảm natri và tăng kali thường gặp trong suy thượng thận nguyên phát do thiếu hụt aldosterone. Tuy nhiên, trong suy thượng thận thứ phát do lạm dụng corticoid, aldosterone thường không bị ảnh hưởng đáng kể, do đó rối loạn điện giải có thể ít nghiêm trọng hơn. [6] [7] [8] [9]

Corticoid ngoại sinh là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây suy thượng thận mạn thứ phát. Tuy nhiên chẩn đoán suy thượng thận ít khi được chú ý đến. Do vậy, với những trường hợp bệnh nhân có bất thường về điện giải hoặc đường máu mà không tìm được nguyên nhân, trên những đối tượng có sử dụng Corticoid thì cần lưu ý chẩn đoán suy tuyến thượng thận

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đã cung cấp cái nhìn sâu sắc về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ liên quan đến suy thượng thận mạn do lạm dụng corticoid tại khoa Nội tổng hợp, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. Kết quả cho thấy, bệnh nhân suy thượng thận mạn do corticoid thường gặp ở nhóm tuổi cao, với đặc điểm giới tính nữ chiếm ưu thế. Lạm dụng corticoid kéo dài, đặc biệt là sử dụng không theo chỉ định bác sĩ, là yếu tố quan trọng dẫn đến suy thượng thận. Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu bao gồm mệt mỏi kéo dài, buồn nôn, đại tiện phân lỏng và sút cân, trong khi các xét nghiệm cận lâm sàng như cortisol giảm, rối loạn điện giải và chức năng thận bị ảnh hưởng cũng rất phổ biến. Việc phát hiện và chẩn đoán sớm suy thượng thận mạn do corticoid là vô cùng quan trọng, giúp giảm thiểu nguy cơ xuất hiện các biến chứng nguy hiểm như suy tuyến thượng thận cấp tính. Do đó, cần có các biện pháp kiểm soát chặt chẽ trong việc kê đơn và sử dụng corticoid, đồng thời tăng cường sự cảnh giác trong việc phát hiện bệnh lý này, đặc biệt ở những bệnh nhân có tiền sử sử dụng corticoid kéo dài.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.101.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2014), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết chuyển hóa, tr 143- 164
2. **Prete A, Bancos I**. Glucocorticoid induced adrenal insufficiency. BMJ. 2021 Jul 12;374:n1380. doi: 10.1136/bmj.n1380. Erratum in: BMJ. 2021 Aug 2;374:n1936. doi: 10.1136/bmj.n1936. PMID: 34253540.
3. **Danh, L.M.P**., Lâm, H.G., Huỳnh, V.T. và Trương, Q.P. 2024. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở bệnh nhân suy thượng thận mạn. Tạp chí Y học Việt Nam. 543, 3 (tháng 10 2024). DOI:https://doi.org/10.51298/vmj.v543i3.11554
4. **Lại Thị Thanh Hà** (2009), Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng suy thượng thận mạn, Luận văn thạc sĩ y khoa
5. **Nachawi N,** Li D, Lansang MC. Glucocorticoid-induced adrenal insufficiency and glucocorticoid withdrawal syndrome: Two sides of the same coin. Cleve Clin J Med. 2024 Apr 1;91(4):245-255. doi: 10.3949/ccjm.91a.23039. PMID: 38561211.
6. **Monge Chacón AG**, Wang C, Waqar D, Syeda SA, Kumar R, Meghana DR. Long-Term Usage of Oral Glucocorticoids Leading to Adrenal Insufficiency: A Comprehensive Review of the Literature. Cureus. 2023 May 12;15(5):e38948. doi: 10.7759/cureus.38948. PMID: 37309331; PMCID: PMC10257969
7. **Yasir M,** Goyal A, Sonthalia S. Corticosteroid Adverse Effects. 2023 Jul 3. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. PMID: 30285357.
8. **Broersen LH**, Pereira AM, Jørgensen JO, Dekkers OM. Adrenal Insufficiency in Corticosteroids Use: Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Endocrinol Metab. 2015 Jun;100(6):2171-80. doi: 10.1210/jc.2015-1218. Epub 2015 Apr 6. PMID: 25844620.
9. **Bornstein SR**. Predisposing factors for adrenal insufficiency. N Engl J Med. 2009 May 28;360(22):2328-39. doi: 10.1056/NEJMra0804635. PMID: 19474430.

LIÊN QUAN GIỮA MỨC ĐỘ QUÁ TẢI SẮT VÀ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN THALASSEMIA TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Vũ Mạnh Tân[1], Phạm Thu Hương[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét mối liên quan giữa quá tải sắt với một số đặc điểm cận lâm sàng tim mạch ở bệnh nhân thalassemia tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 81 bệnh nhân được chẩn thalassemia tại Khoa Huyết học lâm sàng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2023-2024. Quá tải sắt được đánh giá dựa vào nồng độ ferritin huyết thanh, chia 2 mức độ quả tải nặng (nồng độ ferritin ≥ 2500 ng/mL) và nhẹ - trung bình (nồng độ ferritin < 2500 ng/mL), các biểu hiện cận lâm sàng tim mạch được xác định dựa vào các chỉ số siêu âm tim và nồng độ NTproBNP huyết thanh. **Kết quả nghiên cứu:** Bệnh nhân thalassemia có quá tải sắt nặng có tỷ lệ biến dạng mặt, sạm da, nồng độ NT-proBNP cao hơn nhóm quá tải sắt nặng (76,47% và 48,94%; p=0,02; 85,29% và 59,57%; p=0,02; 429,99 ± 640,58 pg/mL và 189,08 ± 418,40 pg/mL; p=0,04). Có mối tương quan tuyến tính thuận yếu giữa nồng độ ferritin đường kính thất trái tâm trương và nồng độ NT-proBNP (r=0,23; p=0,02 và r=0,27; p=0,02). Quá tải sắt nặng làm tăng nguy cơ tăng nồng độ NT-proBNP 2,73 lần (OR 2,73; 95%CI 1,33-8,53; p=0,02). **Kết luận:** Ở bệnh nhân thalassemia, nồng độ ferritin có tương quan tuyến tính thuận, yếu với đường kính thất trái tâm trương và nồng độ NT-proBNP; quá tải sắt nặng làm tăng nguy cơ gia tăng nồng độ NT-proBNP.

Từ khóa: đặc điểm tim mạch, quá tải sắt, Thalassemia.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN IRON OVERLOAD AND CERTAIN CARDIOVASCULAR PARACLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH THALASSEMIA AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To evaluate the association between iron overload and selected cardiovascular paraclinical characteristics in patients with thalassemia at Viet Tiep Friendship Hospital. **Methods:** A descriptive study was conducted on 81 patients diagnosed with thalassemia at the Department of Clinical Hematology, Viet Tiep Friendship Hospital, from 2023 to 2024. Iron overload was assessed based on serum ferritin levels and categorized into two groups: severe overload (ferritin ≥ 2500 ng/mL) and mild-to-moderate overload (ferritin < 2500 ng/mL). Cardiovascular features were evaluated using echocardiographic parameters and serum NT-proBNP levels. **Results:** Patients with severe iron overload had higher rates of facial deformities (76.47% vs. 48.94%, p = 0.02), skin hyperpigmentation (85.29% vs. 59.57%, p = 0.02), and elevated NT-proBNP levels (429.99 ±

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Mạnh Tân
Email: vmtan@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 8/4/2025
Ngày phản biện khoa học: 8/4/2025
Ngày duyệt bài: 8/5/2025

640.58 pg/mL vs. 189.08 ± 418.40 pg/mL, p = 0.04) compared to those with milder overload. Serum ferritin levels showed a weak positive linear correlation with both left ventricular end-diastolic diameter (r = 0.23, p = 0.02) and NT-proBNP levels (r = 0.27, p = 0.02). Severe iron overload increased the risk of elevated NT-proBNP by 2.73 times (OR 2.73; 95% CI: 1.33–8.53; p = 0.02). **Conclusion:** In patients with thalassemia, serum ferritin levels are weakly but positively correlated with left ventricular end-diastolic diameter and NT-proBNP levels.; severe iron overload significantly increases the risk of elevated NT-proBNP.

Keywords: cardiovascular characteristics, iron overload, thalassemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thalassemia là bệnh lý tan máu bẩm sinh di truyền phổ biến nhất trên thế giới do giảm hoặc không tổng hợp được chuỗi globin dẫn đến tình trạng thiếu máu tan máu. Trên thế giới ước tính có khoảng 7% dân số mang gen bệnh, mức độ phổ biến của bệnh tùy thuộc từng quốc gia, từng khu vực. Bệnh có tỷ lệ mắc cao ở các khu vực như Địa Trung Hải, Trung Đông, Ấn Độ, Đông Nam Á và Nam Trung Quốc [1]. Tại Việt Nam, theo số liệu của Viện Huyết học và Truyền máu Trung Ương ước tính Việt Nam có trên 13 triệu người mang gen bệnh, mỗi năm có khoảng 8.000 trẻ sinh ra mắc thalassemia trong đó có khoảng 2.000 trẻ mắc bệnh nặng [2],[3].

Biểu hiện chính của bệnh thalassemia là thiếu máu và quá tải sắt. Tình trạng quá tải sắt do truyền máu nhiều lần và tăng hấp thu sắt dẫn đến những biến chứng nghiêm trọng mang tính hệ thống ở các cơ quan như tim, gan, các tuyến nội tiết,… [1], [4]. Việc phát hiện các biểu hiện tim mạch ở giai đoạn tiền lâm sàng giúp phòng ngừa và điều trị sớm các biến chứng tim mạch có vai trò quan trọng để nâng cao tuổi thọ và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân thalassemia.

Tại Hải Phòng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp là bệnh viện tuyến cuối, tập trung điều trị số lượng bệnh nhân thalassemia nhiều nhất của thành phố nhưng chưa có nghiên cứu về biến chứng tim mạch ở bệnh nhân thalassemia, đặc biệt ở giai đoạn chưa có biểu hiện lâm sàng. Liệu bệnh nhân thalassemia có quá tải sắt nặng có nhiều biểu hiện tim mạch ở giai đoạn cận lâm sàng hơn những bệnh nhân có quá tải sắt nhẹ và trung bình? Với mong muốn cải thiện chất lượng điều trị cho bệnh nhân thalassemia tại Hải Phòng, đề tài được thực hiện với mục tiêu: ***"Nhận xét mối liên quan giữa mức độ quá tải sắt với một số biểu hiện cận lâm sàng tim mạch ở bệnh nhân thalassemia tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2023-2024".***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng nghiên cứu gồm 81 bệnh nhân thalassemia có tình trạng quá tải sắt điều trị nội trú tại khoa Huyết học lâm sàng - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 9 năm 2024

**** Tiêu chuẩn lựa chọn:*** 1) Bệnh nhân được chẩn đoán xác định thalassemia theo tiêu chuẩn của Liên đoàn Thalassemia quốc

tế 2021 [1]; 2) Điều trị nội trú tại khoa Huyết học lâm sàng - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2023-2024; 3) Nồng độ sắt huyết thanh ≥ 300ng/mL); 3) Được làm đầy đủ các thăm dò cận lâm sàng theo bệnh án nghiên cứu; 4) Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, đồng ý, tự nguyện hợp tác tham gia nghiên cứu.

**** Tiêu chuẩn loại trừ:*** Bệnh nhân quá tải sắt do các nguyên nhân bẩm sinh, do truyền máu điều trị các bệnh lý khác không phải thalassemia, do tiêu thụ sắt quá mức, do bệnh tăng hấp thu sắt từ ruột (bệnh gan mạn, thiếu máu do thiếu erythropoietin), bệnh nhân có bệnh lý tim mạch trước khi được chẩn đoán và điều trị bệnh thalassemia, bệnh thận mạn có suy giảm chức năng thận.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Mẫu toàn bộ. Chọn mẫu thực hiện theo phương pháp thuận tiện, ngẫu nhiên không xác xuất, tích lũy theo thời gian. Qua thu thập được 81 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, chia làm 2 nhóm:

- Quá tải sắt nặng: 34 bệnh nhân.
- Quá tải sắt nhẹ - trung bình: 56 bệnh nhân.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu và cách thu thập:

2.3.1. Các chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng

- Tuổi, giới, dân tộc, các đặc điểm lâm sàng thalassemia (sạm da, biến dạng mặt, gan to, lách to), các đặc điểm cận lâm sàng (số lượng hồng cầu, nồng độ hemoglobin, tỷ lệ hematocrit, thể tích trung bình hồng cầu, nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu, độ phân bố hồng cầu, số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu).
- Nồng độ NT-proBNP, một số thông số siêu âm tim (đường kính nhĩ trái, đường kính thất trái thì tâm trương/tâm thu, phân số tống máu thất trái)

Việc khám lâm sàng, siêu âm tim được thực hiện bởi các bác sĩ đã có chứng chỉ hành nghề. Số liệu lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập trên bệnh án nghiên cứu thống nhất. Các chỉ số bình thường theo hằng số sinh lý người Việt Nam. Quá tải sắt được định nghĩa khi nồng độ ferritin ≥ 300ng/mL, được chia làm 2 mức độ: quá tải sắt nặng (nồng độ ferritin huyết thanh ≥ 2500ng/mL) và quá tải sắt nhẹ - trung bình (nồng độ ferritin huyết thanh < 2500ng/mL). Tiêu chuẩn đánh giá quá tải sắt và mức độ quá tải sắt thalassemia theo tiêu chuẩn của Liên đoàn Thalassemia quốc tế 2021 [1].

2.3.2. Đánh giá mối liên quan giữa mức độ quá tải sắt với một số biểu hiện cận lâm sàng tim mạch: thông quá xác định tương quan tuyến tính (r) và tính OR

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý theo thuật toán thống kê y học bằng phần mềm Epidata và Stata 14.

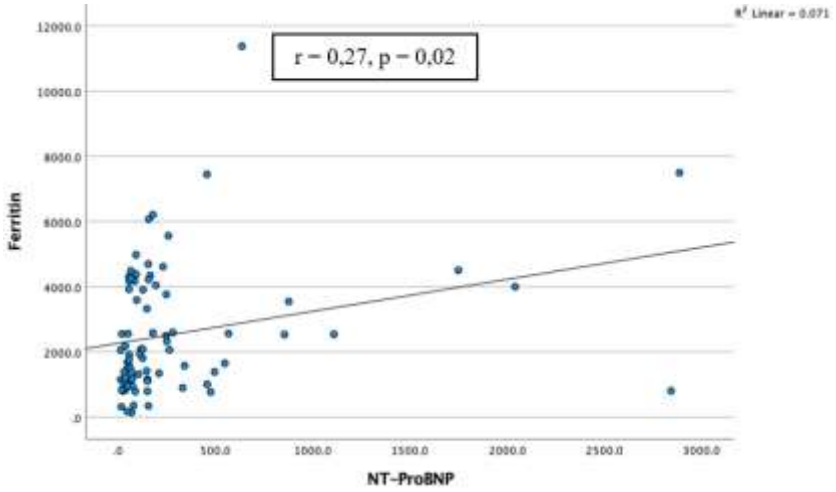
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Quá tải sắt nặng (n = 34)[1]	Quá tải sắt trung bình - nhẹ (n = 47)[2]	Chung (n = 81)	p[1-2]
Tuổi (X ±SD)		34,71 ± 16,35	37,43 ± 16,57	36,32 ± 11,43	0,47*
Giới tính (n, %)	Nam	10 (29,41%)	17 (36,17%)	27 (33,33%)	0,52**
	Nữ	24 (70,58%)	30 (63,83%)	54 (66,67%)	
Dân tộc Kinh (n, %)		33 (97,06%)	46 (97,87%)	79 (96,30%)	0,62**
Thể bệnh	Alpha-Thalassemia	6 (17,64%)	11 (23,40%)	17 (20,99%)	0,53**
	Beta-Thalassemia	28 (82,35%)	36 (76,59%)	64 (79,01%)	
Biến dạng mặt (n, %)		26 (76,47%)	23 (48,94%)	49 (60,49%)	0,02**
Sạm da (n, %)		29 (85,29%)	28 (59,57%)	57 (70,37%)	0,02**
Vàng da (n, %)		26 (76,47%)	33 (70,21%)	59 (72,84%)	0,71**
Gan to (n, %)		19 (55,88%)	21 (44,68%)	40 (49,38%)	0,44**
Lách to (n, %)		32 (94,1%)	41 (87,23%)	73 (90,12%)	0,51**
Số lượng hồng cầu (T/L)		3,33 ± 0,59	3,52 ± 0,69	3,44 ± 0,65	0,18**
Nồng độ Hemoglobin (g/L)		71,41 ± 11,81	73,85 ± 12,20	72,83 ± 12,03	0,37**
Tỷ lệ Hematocrit (%)		24,37 ± 4,47	24,61 ± 3,98	24,51 ± 4,17	0,79**
Thể tích trung bình hồng cầu		71,88 ± 9,48	71,03 ± 8,74	71,38 ± 9,01	0,68**
Nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu		297,88 ± 20,85	299,51 ±20,28	298,83 ± 20,41	0,72**
Độ phân bố hồng cầu		28,80 ± 6,26	27,92 ± 6,19	28,29 ± 6,20	0,53**
Số lượng bạch cầu (G/L)		13,36 ± 9,04	12,17 ± 12,41	12,67 ± 11,06	0,63**
Số lượng tiểu cầu (G/L)		466,91 ± 269,85	342,60 ± 205,41	394,78 ± 241,06	0,05**
Nồng độ NT-proBNP huyết thanh (pg/mL)		429,99 ± 640,58	189,08 ± 418,40	290,20 ± 533,14	0,04*
Đường kính nhĩ trái (mm)		33,35 ± 4,92	32,04 ± 4,75	33,22 ± 4,89	0,08*
Đường kính thất trái tâm trương - Dd (mm)		51,88 ± 4,85	50,04 ± 4,84	50,81 ± 4,90	0,09*
Đường kính thất trái tâm trương - Ds (mm)		32,50 ± 4,52	31,04 ± 3,47	31,65 ± 3,98	0,11*
Phân suất tống máu - EF%		64,21 ± 8,69	67,06 ± 5,19	65,86 ± 6,98	0,07*

** T-student paired test; ** χ^2test*

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới, dân tộc, thể bệnh thalassemia giữa hai nhóm quá tải sắt nặng và nhóm quá tải sắt trung bình - nhẹ. Nhóm quá tải sắt nặng gặp tỷ lệ biến dạng mặt, sạm da nhiều hơn, nồng độ NT-proBNP trung bình cao hơn nhóm quá tải sắt vừa - nhẹ (p>0,05).



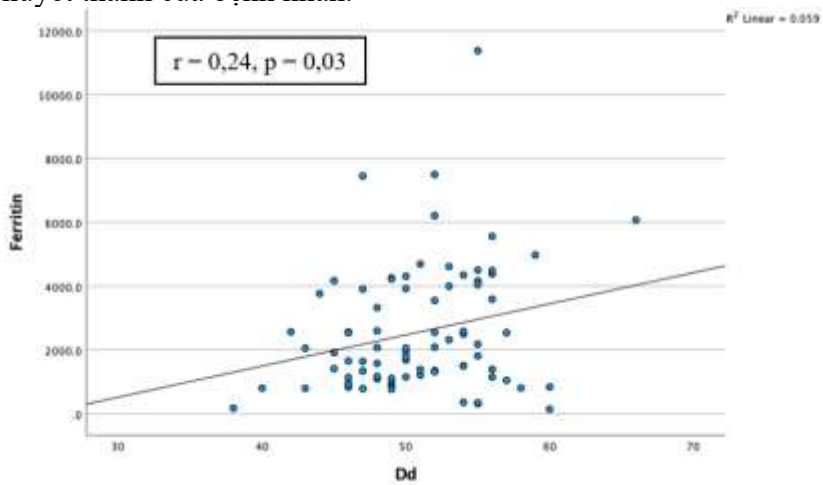
Hình 3.1. Tương quan giữa nồng độ ferritin với chỉ số NT - ProBNP

Nhận xét: Nồng độ NT - ProBNP và ferritin huyết thanh có mối tương quan thuận, mức độ thấp r = 0,27, mối tương quan có ý nghĩa thống kê p < 0,05.

Bảng 3.2. Liên quan giữa mức độ quá tải sắt với tăng nồng độ NT – ProBNP huyết thanh (n=81)

Mức độ quá tải sắt	Tăng nồng độ NT- Pro BNP huyết thanh		OR (95%CI) p
	Có Số lượng (Tỉ lệ %)	Không Số lượng (Tỉ lệ %)	
Nặng (n = 34)	23 (67,6)	11 (32,4)	2,73
Trung bình - nhẹ (n = 47)	18 (38,3)	29 (61,7)	(1,33 - 8,53)
Tổng	41 (50,6)	40 (49,4)	0,02

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ quá tải sắt và tăng nồng độ NT - Pro BNP huyết thanh của bệnh nhân.



Hình 3.2. Tương quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh với đường kính thất trái thì tâm trương Dd trên siêu âm tim (n=81)

Nhận xét: Chỉ số đường kính thất trái Dd và nồng độ ferritin huyết thanh có mối tương quan thuận, mức độ thấp.

Bảng 3.3. Liên quan giữa mức độ quá tải sắt và tình trạng giãn buồng tim trái trên siêu âm tim (n = 81)

Mức độ quá tải sắt	Giãn thất trái		OR (95%CI) p	Giãn nhĩ trái		OR (95%CI) p
	Có	Không		Có	Không	
Nặng (n = 34)	21	13	2,15 (0,85 - 5,43)	16	18	1,88 (0,75 - 4,75)
Trung bình - nhẹ (n = 47)	19	28	0,09	14	33	0,17

Nhận xét: Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa quá tải sắt nặng với tình trạng giãn buồng thất trái và nhĩ trái ở các bệnh nhân nghiên cứu, với p > 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này có tuổi trung bình là 36,32 ± 11,43 tuổi, tương tự nghiên cứu của Phạm Thị Phương Linh [5], Lê Thị Thu [6]. Bệnh thalassemia là bệnh di truyền trên nhiễm sắc thể thường, không liên quan đến giới tính. Gen tổng hợp chuỗi β-globin nằm trên cánh ngắn nhiễm sắc thể 11, gen tổng hợp chuỗi α-globin nằm trên cánh ngắn nhiễm sắc thể 16. Chính vì vậy theo y văn và nghiên cứu của một số tác giả khác tỷ lệ nam/nữ tương đương nhau. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam chiếm 33,33% ít hơn nữ 66,67%, do tiêu chuẩn chọn mẫu vào nghiên cứu đã loại trừ các trường hợp hút thuốc lá, uống rượu, có bệnh gan từ trước mà đây là những trường hợp hay gặp ở nam giới, đồng thời do chỉ lựa chọn các trường hợp quá tải sắt, thường gặp ở các đối tượng thiếu máu nặng phải truyền máu nên nữ giới thường nhập viện nhiều hơn do việc tuân thủ điều trị nội trú tốt hơn. Bệnh nhân là người dân tộc Kinh chiếm tỉ lệ cao có lẽ là do đa số người dân Hải Phòng là dân tộc Kinh. Trong 81 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân beta thalassemia và beta thalassemia-HbE là 79,01%, cao gấp hơn ba lần tỷ lệ bệnh nhân alpha thalassemia là 20,09%, tương tự kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Phương Linh [5], phù hợp với tính chất bệnh lý của bệnh, beta thalassemia biểu hiện lâm sàng thường nặng hơn, phải nhập viện truyền máu và điều trị quá tải sắt nhiều hơn alpha thalassemia. Không có sự khác biệt về tuổi, giới, dân tộc, thể bệnh giữa các nhóm với mức độ quá tải sắt khác nhau.

Các triệu chứng lâm sàng của thalassemia gặp khá đầy đủ trong nghiên cứu này, đặc biệt biến dạng mặt, sạm da, vàng da, lách to đều gặp ở >50% các trường hợp. Nghiên của của các tác giả Phạm Thị Phương Linh [5], Lê Thùy Dung [7] cũng cho kết quả tương tự. So sánh giữa hai nhóm quá tải sắt nặng với nhóm quá tải sắt nhẹ và trung bình, đề tài cho thấy bệnh nhân có quá tải sắt nặng có tỷ lệ biến dạng mặt và sạm da cao hơn (p<0,05). Khi so sánh các chỉ số huyết học, đề tài không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm quá tải sắt, và đều thể hiện tình trạng thiếu máu hồng cầu nhỏ, đặc trưng của bệnh thalassemia.

So sánh các chỉ số cận lâm sàng tim mạch, đề tài cũng cho thấy nhóm quá tải sắt nặng có đường kính nhĩ trái, thất trái cao

hơn, phân số tống máu thất trái thấp hơn. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của các tác giả trong nước như Đinh Thế Hưng, Phạm Thị Hằng [8]. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Chính vì vậy khi đánh giá tương quan giữa nồng độ ferritin máu với chỉ số đường kính thất trái tâm trương đề tài cho thấy chỉ có mối tương quan tuyến tính thuận, mức độ yếu giữa các thông số này (r=0,23; p=0,02) (Hình 3.2). Tương tự như vậy, bảng 3.3 cũng cho thấy không có liên quan giữa quá tải sắt nặng với tình trạng giãn buồng thất trái và nhĩ trái. Điều này giải thích có lẽ do cỡ mẫu nghiên cứu còn chưa đủ lớn, nên kết quả chưa thực sự đại diện.

So sánh nồng độ NT-proBNP trung bình, đề tài cho thấy nhóm quá tải sắt nặng cao hơn có ý nghĩa (p<0,05) so với nhóm quá tải sắt trung bình - nhẹ. Kết quả này được củng cố bởi ở bảng 3.2, quá tải sắt nặng làm tăng nguy cơ tăng nồng độ NT-proBNP 2,73 lần (OR 2,73; 95%CI 1,33-8,53; p=0,02), mặc dù nồng độ ferritin và nồng độ NT-proBNP chỉ có tương quan tuyến tính thuận, yếu (r=0,27; p=0,02). Nghiên cứu của Dimitrios phát hiện NT- ProBNP tăng ở bệnh nhân bị thalassemia thể nặng có chức năng tâm thu thất trái bảo tồn, trước khi các chỉ số đánh chức năng thất trái tâm trương bất thường. Nghiên cứu của Ravichandra. K năm 2023 tại Ấn Độ cho thấy nồng độ NT-ProBNP tăng cao ở bệnh nhân thalassemia có liên quan đến lắng đọng sắt ở tim, giá trị NT-ProBNP tăng theo số lần truyền máu, thời gian thải sắt và tăng theo tuổi của bệnh nhân từ thập kỷ thứ 2 của cuộc đời [9]. Diyas. A và cộng sự tại Indonesia trên 27 bệnh nhi thalassemia cũng thấy có mối tương quan yếu giữa nồng độ ferritin và nồng độ NT-ProBNP (r=0,39, p=0,04) [10]. Như vậy việc định lượng NT-proBNP cần được đặt ra sớm và có hệ thống ở bệnh nhân thalassemia để có thể phát hiện sớm mức độ ảnh hưởng tim mạch sớm, từ đó đưa ra các chiến lược tác động phù hợp, nhằm làm chậm biến chứng tim mạch ở các bệnh nhân này.

Hạn chế của đề tài

Do hạn chế về trang thiết bị tại cơ sở nghiên cứu, đề tài mới chỉ đánh giá các biểu hiện cận lâm sàng tim mạch thông qua một số chỉ số siêu âm tim và nồng độ NT-proBNP, số lượng đối tượng nghiên cứu chưa đủ lớn, nên kết quả nghiên cứu chưa được toàn diện. Trong tương lai, đề tài mong muốn có thêm các nghiên cứu đánh giá biểu hiện tim mạch sớm ở bệnh nhân thalassemia thông qua chụp cộng hưởng từ tim (MRI) cũng như các đánh giá toàn diện hơn về siêu âm chức năng tim, mạch vành…

V. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân thalassemia, nồng độ ferritin có tương quan tuyến tính thuận, yếu với đường kính thất trái tâm trương và nồng độ NT-proBNP; quá tải sắt nặng làm gia tăng nguy cơ tăng nồng độ NT-proBNP.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.179

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cappellini MD, Farmakis D, Porter J, Taher A,** Guidelines for management of transfusion dependent thalassemia (TDT), Thalassemia International Federation 4th Edition, HemaSpher, August 2022. 6(8): e732 | DOI: 10.1097/HS9.0000000000000732
2. **Nguyễn Thị Thu Hà,** Đặc điểm dịch tễ gen bệnh thalassemia tại Việt Nam - đề xuất các giải pháp, Báo cáo chuyên đề hội nghị Huyết học Truyền máu toàn quốc 2022, Hà Nội.
3. **Nguyễn Anh Trí, Nguyễn Thị Thu Hà,** Đề xuất tầm soát và quản lý gen bệnh Thalassemia trong cộng đồng phù hợp với hoàn cảnh Việt Nam, Báo cáo chuyên đề hội nghị diễn đàn Thalassemia khu vực Đông Nam Á năm 2019, Hà Nội.
4. **Akiki N, Hoddroj MH et al.,** Cardiovascular Complication in Beta thalassemia: Getting to the heart of it, Thalass. Rep. 2023, 13(1): 38-50; https://doi.org/10.3390/thalassrep13010005
5. **Phạm Thị Phương Linh,** Một số biến chứng điều trị bệnh nhân thalassemia phụ thuộc truyền máu và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Lê Thị Thu,** Nghiên cứu tình trạng quá tải sắt và một số biến chứng cơ quan do quá tải sắt trên bệnh nhân beta thalassemia/HbE tại viện Huyết học- Truyền máu trung ương năm 2018, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 477 tháng 4, 2019: 289-298.
7. **Lê Thùy Dung,** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị truyền máu trên bệnh nhân thalassemia tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, Tạp chí y học Việt Nam, số 1 tháng 1 năm 2022: 12-16.
8. **Phạm Thị Hằng và cộng sự,** Một số biến chứng tim mạch ở bệnh nhân thalassemia tại Trung tâm Huyết học truyền máu Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 520(Số đặc biệt, tháng 11/2023): 154-161.
9. **Ravichandra K. et al.,** Correlation of N-Terminal Pro-Brain Natriuretic Peptie (NT-Pro BNP) with serum ferritin and number of blood transfusion in thalassemia patients- a cross-sectional study, International Journal of Current Pharmaceutical Research, Vol 15, Issue 5, 2023: 115-118
10. **Diyas A et al.,** Correlation between ferritin level and NT-Pro BNP in Thalassemia patient at M.Djamil Hospital Padang, International Journal of Research and Review, Vol 10, Issue 9, September 2023: 138-147.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BƯỚU GIÁP NHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG TỪ 01/2023 ĐẾN THÁNG 06/2024

Phạm Quốc Hiệu[1], Nguyễn Hữu Trọng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật của bệnh nhân bướu giáp nhân tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu trên 31 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bướu giáp nhân tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của những người tham gia nghiên cứu là 47,4 ± 10,3 tuổi, tỷ lệ nữ/nam là 6,75/1; 54,8% trường hợp được phát hiện trong quá trình kiểm tra sức khỏe định kỳ; 54,8% bệnh nhân được chẩn đoán trước phẫu thuật là lành tính dựa trên kết quả FNA. Thời gian phẫu thuật trung bình là 59,6 ± 12,7 phút, không ghi nhận biến chứng trong khi phẫu thuật. Sau phẫu thuật, 38,7% trường hợp được chẩn đoán là ung thư tuyến giáp. Tỷ lệ biến chứng chung sau phẫu thuật là 6,4% (2/31 bệnh nhân): 3,2% bị hạ canxi lâm sàng kèm rò dịch dưỡng chấp (1 bệnh nhân) và 3,2% bị tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược tạm thời (1 bệnh nhân). Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 7,4 ± 1,1 ngày. Kết quả phẫu thuật: 93,6% bệnh nhân có kết quả tốt, 6,4% có kết quả trung bình và không có bệnh nhân nào có kết quả kém. **Kết luận:** Điều trị bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Dược Hải Phòng bằng phẫu thuật là phương pháp an toàn, ít biến chứng và kết quả tốt.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng; kết quả phẫu thuật; bướu nhân tuyến giáp.

SUMMARY

RESULTS OF NODULAR GOITER SURGERY AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL FROM 01/2023 TO 06/2024

Objective: To describe the clinical, paraclinical characteristics, and surgical outcomes of patients with nodular goiter at Hai Phong Medical University Hospital from January 2023 to June 2024. **Subjects and Methods:** A retrospective and prospective study of 31 patients diagnosed and treated surgically for nodular goiter at Hai Phong Medical University Hospital from January 2023 to June 2024. **Results:** The average age of the study participants was 47.4 ± 10.3 years, with a female to male ratio of 6.75/1; 54.8% of cases were detected during regular health check-ups. 54.8% of patients were preoperatively diagnosed as benign based on FNA results. The average surgery duration was 59.6 ± 12.7 minutes, with no intraoperative complications noted. Postoperatively, 38.7% of cases were diagnosed as thyroid cancer. The overall complication rate after surgery was 6.4% (2/31 patients): 3.2% had clinical hypocalcemia with chyle leakage (1 patient), and 3.2% had temporary recurrent laryngeal nerve injury (1 patient). The average hospital stay after surgery

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Hiệu
Email: pqhieu@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 29/3/2025
Ngày duyệt bài: 19/5/2025

was 7.4 ± 1.1 days. Surgical outcomes: 93.6% of patients had good results, 6.4% had moderate results, and no patients had poor results. **Conclusion:** Surgical treatment of nodular goiter at Hai Phong Medical University Hospital is a safe method with minimal complications and good outcomes.

Keywords: clinical and paraclinical characteristics; surgical outcomes; nodular goiter.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp nhân là tình trạng khi có sự xuất hiện của một hoặc nhiều nhân trong nhu mô tuyến giáp có thể lành tính hoặc ác tính. Tần suất bướu giáp nhân phát hiện được qua thăm khám lâm sàng chỉ chiếm khoảng 4 – 7%, tuy nhiên, với sự phát triển của siêu âm, tần suất nhân giáp phát hiện qua siêu âm có thể lên đến 19 – 67% [1]. Trong hầu hết các trường hợp, biểu hiện của bướu giáp nhân thường nghèo nàn hoặc không có triệu chứng. Các triệu chứng chỉ biểu hiện rõ khi u to chèn ép, xâm lấn các cơ quan lân cận hoặc di căn hạch cổ trong bướu nhân ác tính. Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, việc xác định bản chất của bướu giáp nhân được dựa vào các triệu chứng lâm sàng kết hợp các xét nghiệm cận lâm sàng như siêu âm, chọc hút tế bào kim nhỏ, xạ hình tuyến giáp, xạ hình toàn thân, chụp cắt lớp vi tính, sinh thiết tức thì,... [2]. Trong đó, siêu âm và chọc hút tế bào kim nhỏ được coi là những phương tiện chẩn đoán trước phẫu thuật đơn giản nhưng rất hiệu quả để giúp phát hiện sớm và tìm hiểu bản chất của bướu nhân và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

Về mặt điều trị có nhiều phương pháp để điều trị bướu giáp nhân như: phẫu thuật, Iod phóng xạ với nhân giáp có cường chức năng tuyến giáp, tiêm cồn qua da dưới hướng dẫn siêu âm, đốt sóng cao tần RFA; trong đó phẫu thuật vẫn được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn, áp dụng được cho cả bướu nhân lành tính và ác tính [3]. Tuỳ bản chất/kết quả FNA và từng bệnh nhân mà phương pháp phẫu thuật có thể khác nhau: bóc nhân, cắt bán phần một thuỳ, cắt bán phần hai thuỳ, cắt bán phần một thuỳ lấy nhân thuỳ còn lại, cắt một thuỳ, cắt một thuỳ và lấy nhân thuỳ còn lại, cắt toàn bộ tuyến giáp hoặc cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vét hạch.

Tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, phẫu thuật điều trị bướu giáp nhân đã được áp dụng từ những năm 2010, tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp này. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài "Kết quả phẫu thuật bướu giáp nhân tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 01/2023 đến tháng 06/2024" nhằm 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân bướu giáp nhân tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2024.

2. Mô tả kết quả điều trị bướu giáp nhân bằng phẫu thuật của nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

**** Đối tượng nghiên cứu:*** 31 bệnh nhân điều trị bướu giáp nhân bằng phẫu thuật mở tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 06 năm 2024.

**** Tiêu chuẩn lựa chọn:***

- Bệnh nhân được chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp trên siêu âm theo tiêu chuẩn AI TIRADS 2019, cả đơn nhân và đa nhân, bất kể kết quả FNA trước mổ là lành tính hay ác tính.
- Tại thời điểm phẫu thuật, bệnh nhân bình giáp trên lâm sàng và cận lâm sàng (FT3, FT4, TSH bình thường).
- Không có các bệnh lý chống chỉ định của gây mê.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

**** Tiêu chuẩn loại trừ:*** Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật hoặc xạ trị vùng đầu mặt cổ; có bướu giáp nhân được điều trị bằng PTNS hoặc RFA; được mổ mở cắt tuyến giáp điều trị tuyến giáp kết hợp với các phẫu thuật khác không được lựa chọn tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 09 năm 2024.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại – bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả một loạt các ca bệnh, kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ 31 bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu.

Chỉ số và biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, lý do vào viện, phân độ của bướu, đặc điểm nhân tuyến giáp trên siêu âm, kết quả FNA, thời gian phẫu thuật, dẫn lưu, ngày nằm, kết quả mô bệnh học sau mổ, biến chứng sau mổ.

2.4. Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

**** Tiêu chuẩn chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp trên siêu âm:*** theo tiêu chuẩn AI TIRADS 2019(8);

**** Phân độ bướu nhân tuyến giáp theo WHO:***

**** FNA (theo phân loại Bethesda 2017) (9)***

Phân loại	Hình thái tế bào	Nguy cơ ác tính (%)	Xử lý tiếp theo
I	Không đủ tế bào để chẩn đoán	5-10	Cần phải chọc hút tế bào lại dưới hướng dẫn của siêu âm
II	Lành tính	0-3	Cần theo dõi lâm sàng và kiểm tra lại bằng siêu âm
III	Có tế bào không điển hình nhưng không xác định được ác tính	10-30	Cần chọc hút tế bào lại hoặc có thể phẫu thuật lấy bỏ thùy tuyến giáp
IV	U nang tuyến giáp lành tính hoặc ác tính	25-40	Cần phải phẫu thuật lấy bỏ thùy tuyến giáp
V	Nghi ngờ ác tính	50-75	Phẫu thuật cắt gần toàn bộ hoặc cắt một thùy tuyến giáp
VI	Ác tính	97-99	Phẫu thuật cắt gần toàn bộ hoặc cắt một thùy tuyến giáp

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bướu giáp nhân tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2024

Nghiên cứu thực hiện trên 31 bệnh nhân bướu giáp nhân điều trị bằng phẫu thuật mổ mở, tuổi trung bình trong nghiên cứu là 47,4 ± 10,3 tuổi, thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất là 72 tuổi, đa số các bệnh nhân trong nhóm < 55 tuổi với 18/31 bệnh nhân, chiếm 58,1%.

Bảng 1. Thông tin về bệnh nhân (n = 31)

		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	4	12,9
	Nữ	27	87,1
Lí do vào viện	Khám sức khoẻ định kỳ	17	54,8
	Có biểu hiện bất thường		
	Khó thở	2	6,5
	Nuốt vướng	12	38,7

Đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là nữ giới (chiếm tỉ lệ 87,1%). Hơn 1 nửa số bệnh nhân phát hiện bệnh qua khám sức khoẻ định kỳ (chiếm 54,8%); 38,7% vào viện vì nuốt vướng và có 6,5% vào viện vì lí do khó thở.

Bảng 2. Sự phân bố theo độ của bướu giáp nhân trước phẫu thuật (n = 31)

Phân độ bướu giáp nhân	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độ I	25	80,7
Độ II	5	16,1
Độ III	1	3,2

Trong số 31 bệnh nhân phẫu thuật, chủ yếu các bệnh nhân có bướu cổ độ I chiếm 80,7%.

Bảng 3. Đặc điểm nhân tuyến giáp trên siêu âm (n = 31)

		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Vị trí u	Thùy phải	8	25,8
	Thùy trái	5	16,1
	Nhân hai thuỳ	18	58,1
Calci hóa vi thể	Có	12	38,7
	Không	19	61,3
TIRADS	2	3	9,7
	3	17	54,8
	4	9	29,0
	5	2	6,5
Số lượng nhân	Đa nhân	23	74,2
	Đơn nhân	8	25,8

Trên siêu âm phát hiện được cả những trường hợp u không sờ thấy qua thăm khám lâm sàng: Vị trí u chủ yếu là nhân cả hai thuỳ chiếm 58,06%; Vi vôi hóa có ở 38,71% bệnh nhân; TIRADS 3 và 4 chiếm tỷ lệ cao, chiếm 54,84% và 29,03%. TIRADS 5 chỉ có 2 trường hợp, chiếm 6,45%; Số lượng u chủ yếu là đa nhân với tỉ lệ 74,19%.

Bảng 4. Kết quả FNA (theo phân loại Bethesda 2017)

Tế bào học		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lành tính	Nhân giáp keo	5	16,1
	U tuyến thể nang	12	38,7
Ác tính	K thể nhú	5	16
	Ung thư thể khác	0	0
Nghị ngờ ác tính		5	16,1
Không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán		4	13
Tổng		**31**	**100**

Kết quả tế bào học cho thấy đa số bệnh nhân có kết quả lành tính với 54,8% trong đó u tuyến thể nang chiếm tỉ lệ cao nhất 38,7%.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật, dẫn lưu, ngày nằm viện (n = 31)

	Ngắn nhất	Trung bình + ĐLC	Dài nhất
Thời gian phẫu thuật (phút)	40	59,6 ± 12,7	174
Số lượng dịch (ml)	20	32,4 ± 7,9	50
Số ngày rút dẫn lưu (ngày)	2	2,4 ± 0,5	4
Số ngày nằm viện (ngày)	7	7,4 ± 1,1	9

Thời gian phẫu thuật trung bình 59,6 ± 12,7 phút; 100% bệnh nhân sau phẫu thuật đều được đặt dẫn lưu vết mổ. Lượng dịch ra trung bình 32,4 ± 7,9 ml, thời gian rút dẫn lưu trung bình là 2,4 ± 0,5 ngày; Số ngày nằm viện trung bình sau mổ là 7.4 ± 1,1 ngày, ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 9 ngày.

Bảng 6. Kết quả mô bệnh học sau mổ

Mô bệnh học sau mổ		Số lượng	Tỷ lệ %
Lành tính	Nhân giáp keo	7	22,6
	Viêm tuyến giáp	1	3,2
	U tuyến thể nang	11	35,5
Ác tính	K thể nhú	12	38,7
	Ung thư thể khác	0	0
Tổng		**31**	**100**

Kết quả mô bệnh học sau mổ chủ yếu là lành tính với tỉ lệ 61,3 %.

Bảng 7. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược tạm thời	1	3,2
Tổn thương tuyến cận giáp tạm thời	1	3,2
Tổn thương ống ngực rò dưỡng chấp	1	3,2

Tỷ lệ biến chứng chung là 6,4%, bao gồm: 01 BN tổn thương tuyến cận giáp tạm thời và rò dưỡng chấp, chiếm 3,2%; 01 BN tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược, chiếm 3,2%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhân tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu 47,4 ± 10,3, tỷ lệ nam/nữ 4:27 (tỉ lệ nữ chiếm 87,1%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quốc Dũng và cộng sự năm 2013 – 2014, với chủ yếu bệnh nhân là nữ đa số lứa tuổi trung niên, trong độ tuổi lao động và hay khám sức khoẻ định kỳ [4]. Đa số các bệnh nhân phát hiện qua tình cờ thăm khám sức khoẻ chiếm 54,8 % trường hợp, còn lại được phát hiện qua các triệu chứng do khối u gây ra: nuốt vướng, khó thở. Tỷ lệ bướu giáp nhân được phát hiện qua khám sức khỏe ngày càng cao dần, lý giải điều này là những khối u nhỏ đa số chưa gây thay đổi về hình dạng cũng như thể tích tuyến giáp do đó triệu chứng lâm sàng thường không có hoặc rất ít. Điều này phù hợp với kết quả thăm khám trên lâm sàng bướu cổ độ I chiếm 80,7%.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân đều có chỉ số FT3, FT4, TSH trước mổ trong giới hạn bình thường. điều này là do các bệnh nhân trước phẫu thuật đều phải có bình giáp về lâm sàng và cận lâm sàng.

Siêu âm là chẩn đoán hình ảnh đầu tay với bệnh nhân có bệnh lý tuyến giáp vì đây là xét nghiệm đơn giản, chi phí thấp, dễ thực hiện, giúp phát hiện sớm các trường hợp u nhỏ, chưa có triệu chứng, không sờ thấy qua thăm khám. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của siêu âm tuyến giáp đối chiếu với giải phẫu bệnh sau mổ: độ nhạy 85,7%; độ đặc hiệu 83,8% [4]. Chúng tôi ghi nhận kết quả: nhân khu trú thuỳ P chiếm 25,8%; nhân khu trú tại thuỳ T chiếm 16,1% và tỉ lệ đa nhân hai thuỳ chiếm 58,1%. Đặc biệt hệ thống phân loại TIRADS (phân độ ACR-TIRADS 2019) giúp đánh giá mức độ ác tính của u giáp, TIRADS phân loại từ 1 đến 5, TIRADS càng cao thì thể hiện mức độ ác tính của u giáp càng cao. Giá trị TIRADS trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp với độ nhạy: 94,03%; độ đặc hiệu: 86,96%; giá trị tiên đoán dương: 91,30%; giá trị tiên đoán âm: 90,91%; độ chính xác: 91,15%. Trong nghiên cứu của chúng tôi phân độ TIRADS 3 tỉ lệ cao nhất 54,8%, sau đó là TIRADS 4 chiếm 29%.

Chọc hút kim nhỏ tế bào tuyến giáp để xét nghiệm tế bào học trước mổ, theo Hội các thầy thuốc nội tiết lâm sàng Mỹ (AACE) thì chọc hút tế bào tuyến giáp kim nhỏ là phương pháp "được tin tưởng là hiệu quả nhất hiện nay trong phân biệt các nhân giáp lành tính và ác tính" với độ chính xác đến 95% nếu người chọc và người đọc có kinh nghiệm giúp các bác sĩ ngoại khoa đưa ra chỉ định phẫu thuật chính xác.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi: 54,8% lành tính; 16,1% là ác tính và 16,1% là nghi ngờ ác tính. Dựa trên kết quả này, chúng tôi đề xuất phương pháp mổ trên mỗi bệnh nhân: cắt toàn bộ tuyến giáp + vét hạch; cắt toàn bộ tuyến giáp; cắt một thuỳ + lấy nhân thuỳ còn lại tuyến giáp; cắt bán phần một thuỳ, cắt bán phần hai thuỳ, lấy nhân tuyến giáp.

4.3. Kết quả phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian mổ trung bình là 59,6 ± 12,7 phút, nhanh nhất là 40 phút, lâu nhất là 157 phút. Thời gian mổ trong nghiên cứu của chúng tôi ít hơn so với các tác giả khác vì kinh nghiệm, kĩ thuật của phẫu thuật viên cũng đóng vai trò quan trọng [5]. Bệnh viện nơi chúng tôi nghiên cứu là bệnh viện có mời các chuyên gia đầu ngành chuyên về nội tiết, đặc biệt về phẫu thuật tuyến giáp, bên cạnh kinh nghiệm của phẫu thuật viên thì có sự hỗ trợ của các dụng cụ phẫu thuật hiện đại cũng góp phần rút ngắn thời gian của cuộc mổ.

Trong tổng số 31 trường hợp nghiên cứu: Có 8 bệnh nhân phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp; 6 bệnh nhân cắt bán phần hai thuỳ; 7 bệnh nhân cắt một thuỳ lấy nhân thuỳ còn lại, có 5 bệnh nhân cắt một thuỳ và 5 bệnh nhân lấy nhân 1 thuỳ tuyến giáp. Kết quả này khá phù hợp với kết quả FNA trước mổ.

Kết quả mô bệnh học sau mổ chủ yếu là lành tính với tỉ lệ 61,3 % khác với tỷ lệ FNA cho kết quả lành tính trước mổ là 54,8% do có 2 trường hợp trước mổ có kết quả FNA nghi ngờ ác tính nhưng sau mổ có kết quả giải phẫu bệnh là u tuyến thể nang. Điều này là phù hợp vì giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh, các phương pháp chẩn đoán tế bào học như FNA chỉ mang tính chất gợi ý cần kết hợp với thăm khám lâm sàng và các phương pháp thăm dò cận lâm sàng khác để chẩn đoán và đưa ra phương án điều trị phù hợp.

100% bệnh nhân trong nghiên cứu được dẫn lưu sau mổ. Mục đích của đặt dẫn lưu sau mổ nhằm tránh tụ dịch sau mổ, giúp theo dõi các nguy cơ chảy máu sau mổ hoặc theo dõi diễn biến nơi mổ thông qua số lượng, màu sắc, tính chất dịch mỗi ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi dịch dẫn lưu trung bình 32,4 ± 7,9 ml, thời gian rút dẫn lưu là 48h sau mổ. Giải thích điều này là do nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả cắt một thùy hoặc lấy nhân một thuỳ hoặc cắt bán phần thuỳ tuyến giáp, mức độ bóc tách tổ chức của phẫu thuật ít hơn nên lượng dịch tiết ra sau mổ ít hơn và do đó thời gian rút dẫn lưu cũng sớm hơn.

Thời gian nằm viện sau mổ 7.4 ± 1,1 ngày, lâu nhất là 9 ngày và ngắn nhất là 7 ngày, thời gian nằm viện lâu nhất 9 ngày là do có liên quan đến biến chứng tổn thương ống ngực gây rò dưỡng chấp. Thời gian nằm viện của chúng tôi lâu hơn các tác giả Nguyễn Giang Sơn là 5,3 ± 1,4 ngày [6]. Nguyên nhân là do chúng tôi muốn theo dõi bệnh nhân sau mổ lâu để đảm bảo an toàn, một phần khác, do số lượng bệnh nhân của chúng tôi không quá đông, bệnh nhân có nguyện vọng ở lại để chăm sóc sau mổ.

Tỷ lệ biến chứng chung trong nghiên cứu là 6,4%. Có duy nhất một trường hợp tổn thương ống ngực gây rò dưỡng chấp, tổn thương cận giáp tạm thời gặp ở bệnh nhân nam, chẩn đoán ung thư giáp di căn hạch, được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp + vét hạch cổ hai bên. Sau mổ 1 ngày, bệnh nhân xuất hiện rò dưỡng chấp và hạ canxi máu, chúng tôi cho bệnh nhân ăn kiêng chất béo điều trị nội khoa và bệnh nhân hồi phục hoàn toàn sau 9 ngày. Ngoài ra có 1 trường hợp

tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược tạm thời với triệu chứng khàn tiếng, hụt hơi, bệnh nhân được điều trị Solumedrol 40mg, tiêm TM, sau 1 tuần giọng nói bệnh nhân dần trong trở lại. Biến chứng tổn thương thần kinh chiếm tỷ lệ rất thấp 3,2%, tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của tác giả Phạm Bá Tuân và cộng sự tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ 2017 đến 2019, có 4,8% bệnh nhân có tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược, đây là tổn thương khó thể tránh khỏi và bệnh nhân hồi phục theo thời gian bằng điều trị nội khoa, vật lý trị liệu, kết hợp điều trị y học cổ truyền [7].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị bướu giáp nhân tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng là phương pháp điều trị an toàn, ít biến chứng và có hiệu quả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dũng Nguyễn Quốc, Chính Vũ Trung, Trung Nguyễn Quang,** "Mô tả đặc điểm lâm sàng, siêu âm, chọc hút tế bào kim nhỏ của bướu giáp nhân, đối chiếu giải phẫu bệnh sau mổ", Tạp chí Y học Việt Nam. 2023(532), tr. 171 -174
2. **Đat Phạm Tiến, Thủy Nguyễn Thị Thanh, Tùng Đỗ Đình,** "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân có bướu giáp nhân tuyến giáp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình", Tạp chí Y học Việt Nam. 2023(522), tr. 241 -245
3. **Nhật Lô Quang, Phương Trần Minh,** " Kết quả phẫu thuật bướu giáp nhân bằng dao siêu âm tại bệnh viện ung bướu tỉnh Bắc giang, Tạp chí Y học Việt Nam. 2024 (536), tr.51-55.
4. **Sơn Nguyễn Giang,** "Nghiên cứu ứng dụng dao siêu âm trong phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp điều trị bướu giáp đa nhân lành tính tại Bệnh viện Nội Tiết Trung Ương" [Luận văn Thạc sỹ]. Trường Đại học Y Hà Nội; 2013.
5. **Thắng Trần Viết,** "Tiếp cận và chẩn đoán bướu giáp nhân", Tạp chí Thời sự y học. 2014, tr. 19-22.
6. **Tuân Phạm Bá, Lương Trần Ngọc, Hiệp Phan Hoàng, và cs,** "Kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tái phát tại Bệnh viện Nội Tiết Trung Ương", Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường. 2021(50), tr. 91-97.
7. **Horvath E, Majlis S, Rossi R** (2019), "An ultrsonogram reporting system for thyroid nodules stratifying cancer risk for clinical management", Endocrine Care. 90(5), 1748-1751.
8. **Trình Văn Kỳ, Nguyễn Thị Minh Huệ, Đinh Nhân Dương, et al.** Giá trị của bảng phân loại AI TIRADS 2019 trong đánh giá nhân tuyến giáp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 533(1B):293-297.
9. **Cibas ES and Ali SZ** (2017). The 2017 Bethesda system for reporting thyroid cytopathology. Thyroid 27(11): 1341-1346.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SINH CON ≥ 4000G TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Hoàng Trang[1], Nguyễn Thị Thanh Dung[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến nguy cơ sinh con ≥ 4000g tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 208 sản phụ thoả mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng, trong thời gian từ tháng 9/2020 đến tháng 6/2021. **Kết quả:** Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ sinh con to ≥ 4000g bao gồm: sản phụ có BMI 23 - 24,9 kg/m^2 với OR (95% CI) là 6,6 (1,7-25,5) và ≥ 25 kg/m^2 là 8,8 (1,9-90,4), sản phụ sinh con rạ là 2,5 (1,2-5,7), sản phụ có tiền căn sinh con to ≥ 4000g là 4,3 (1,2-15,5), trẻ sơ sinh trai là 3,9 (1,8-8,1), sản phụ tăng cân từ 15 - < 20 kg và ≥ 20 kg trong thai kỳ là 4,5 (1,9-10,5) và 3,4 (1,1-10,6), sản phụ có trình độ học vấn trung học cơ sở là 2,9 (1,3-6,3), và mẹ mắc tiểu đường là 3,1 (1,2-8,2). **Kết luận:** Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ sinh con to ≥ 4000g bao gồm: sản phụ có BMI 23 - 24,9 kg/m^2 và ≥ 25 kg/m^2, sản phụ sinh con rạ, sản phụ có tiền căn sinh con to ≥ 4000g, trẻ sơ sinh trai, sản phụ tăng cân từ 15 - < 20 kg và ≥ 20 kg trong thai kỳ, sản phụ có trình độ học vấn trung học cơ sở, và mẹ mắc tiểu đường thai kỳ.

Từ khoá: yếu tố nguy cơ, con to ≥ 4000g, tiểu đường thai kỳ.

SUMMARY

SOME RELATED FACTORS OF NEWBORN MACROSOMIA AT HAI PHONG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: Identify some related factors of newborn macrosomia at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was conducted at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital from September 2020 to June 2021. **Results:** Some risk factors related to newborn macrosomia ≥ 4000g include high pre-pregnancy Body Mass Index of 23 - 24.9 kg/m^2 and ≥ 25 kg/m^2 with OR (95% CI) of 6.6 (1.7 - 25.5) and 8.8 (1.9 - 90.4), multiparity of 2,5 (1.2 - 5.7), a history of macrosomia ≥ 4000g of 4.3 (1.2 - 15.5), newborn boys of 3.9 (1.8 - 8.1), mothers with excessive weight gain during pregnancy from 15 - < 20 kg and ≥ 20 kg during pregnancy with OR (95% CI) of 4.5 (1.9 - 10.5) and 3.4 (1.1 - 10.6), mothers with secondary education of 2,9 (1.3 - 6.3), and mothers with diabete of 3.1 (1.2-8.2). **Conclusion:** Some risk factors related to fetal macrosomia ≥ 4000g include high pre-pregnancy body mass index, multiparity, a history of macrosomia ≥ 4000g, newborn boy, mothers with excessive weight gain during pregnancy, secondary school education, and those with diabetes mellitus.

Keywords: risk factors, fetal macrosomia ≥ 4000g, diabetes mellitus.

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoàng Trang
Email: nthtrang@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28/03/2025
Ngày phản biện khoa học: 8/4/2025
Ngày duyệt bài: 28/4/2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ, trẻ sinh ra có cân nặng trên 4000g (bất kể tuổi thai), hoặc trên bách phân vị thứ 90 so với tuổi thai được gọi là thai to. Trên thế giới, tỷ lệ thai to xấp xỉ 9%, với sự khác biệt lớn giữa các quốc gia phát triển và đang phát triển (1). Thai to được xem như một trường hợp thai kỳ nguy cơ cao, có thể gây ra những hậu quả bất lợi cho cả người mẹ và trẻ sơ sinh. Đối với mẹ, trong chuyển dạ, nguy cơ mổ lấy thai cao hơn do bất cân xứng thai - chậu, hoặc chuyển dạ kéo dài, rách tầng sinh môn phức tạp, băng huyết sau sinh. Bên cạnh đó, chuyển dạ kéo dài làm tăng nguy cơ suy thai, thai ngạt, đẻ khó do vai làm tăng nguy cơ chấn thương cho thai gây tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, gãy xương đòn. Sau sinh, sơ sinh con to dễ bị hạ đường huyết, suy hô hấp do phổi chậm trưởng thành. Thai to, đặc biệt ở thai đủ tháng hoặc quá ngày, không chỉ tăng nguy cơ bệnh suất và tử suất chu sinh mà còn tiềm ẩn các biến chứng lâu dài về chuyển hóa như béo phì, đái tháo đường. Trong những năm gần đây, tỷ lệ thai to ngày càng tăng nhanh và phức tạp về bệnh cảnh đi kèm, trong khi đó những nghiên cứu về thai to cân nặng trên 4000g chưa nhiều. Việc xác định yếu tố nguy cơ dẫn đến thai to là cần thiết để đề ra các biện pháp dự phòng, nhằm giảm thiểu tỷ lệ cũng như các biến chứng do con to và các bệnh lý nền gây ra con to. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: xác định một số yếu tố liên quan đến nguy cơ sinh con ≥ 4000g tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các sản phụ trên 18 tuổi sinh con đủ tháng (tuổi thai ≥ 37 tuần tính theo ngày đầu kỳ kinh cuối hoặc theo dự kiến sinh của siêu âm ba tháng đầu) tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng trong thời gian từ tháng 9/2020 đến tháng 6/2021, đồng ý tham gia nghiên cứu và hồ sơ bệnh án của tất cả sản phụ này.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

- Tuổi mẹ ≥ 18 tuổi, sinh con đủ tháng tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.
- Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin nghiên cứu.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Thai có bất thường bẩm sinh

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được theo công thức:

$$n1 = n2 \geq \frac{\left\{Z\left(1-\frac{\alpha}{2}\right).\sqrt{2.\bar{p}.(1-\bar{p})} + Z(1-\beta).\sqrt{[p1.(1-p1)+p2.(1-p2)]}\right\}^2}{(p1-p2)^2}$$

$$N \geq n1 + n2$$

$$p = \frac{p1+p2}{2}$$

Trong đó:

N: là cỡ mẫu nghiên cứu

Z: trị số từ phân phối chuẩn

α: xác suất sai lầm loại 1, β: xác suất sai lầm loại 2

p1: xác suất phơi nhiễm trong nhóm bệnh, p2: xác suất phơi nhiễm trong nhóm chứng

Chọn: α = 0,05 ; $Z_{0,975}$ = 1,96; (1 – β) = 0,8.

Chọn p_1 = 0,06 và p_2 = 0,05 theo nghiên cứu của Sanna & Cs (2020) cho thấy tỷ lệ con to trong nhóm mẹ mắc và không mắc tiểu đường lần lượt là 6% và 5% (2). Thay vào công thức tính cỡ mẫu trên có N = 208. Do đó, cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 208 sản phụ.

2.3. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: tuổi

mẹ, cân nặng, chiều cao, trình độ học vấn

Đặc điểm thai: tuổi thai, cân nặng thai lúc sinh, giới tính trẻ sơ sinh

Yếu tố liên quan: mẹ mắc tiểu đường, số lần sinh, tăng cân trong thai kỳ...

2.4. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin nghiên cứu được thu thập dựa trên hồ sơ có sẵn và phỏng vấn bệnh nhân.

Bệnh án nghiên cứu được thiết kế để thu thập thông tin về đặc điểm thai.

Bộ câu hỏi phỏng vấn để thu thập các thông tin về một số yếu tố liên quan.

2.5. Phương pháp xử lí và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích bằng chương trình SPSS 26.0

Phép tính thập phân để tìm các giá trị trung bình và tỷ lệ. Tính Chi bình phương để xác định sự khác nhau giữa hai tỷ lệ. Các tỉ lệ khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Phân tích hồi quy đa biến và tính OR hiệu chỉnh với khoảng tin cậy 95% cho các yếu tố liên quan.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu không can thiệp vào bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật và trung thực theo các quy định về nghiên cứu y sinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến nguy cơ sinh con to

Bảng 3.1. Mối liên quan giữa một số yếu tố nhân trắc của người mẹ với nguy cơ sinh con to

Đặc điểm	Nhóm sinh con to (n =109)	Nhóm không sinh con to (n =109)	OR	95% CI	p
Trình độ học vấn					
Cấp 1 trở xuống	0	1			
Cấp 2	13	5	3,6	1,2 - 10,7	0,022*
Cấp 3	46	34	1,9	1,1 - 3,3	0,033**
Trên cấp 3	50	69	1		
BMI trung bình 20,0 ± 2,1 (lớn nhất 30,8 và nhỏ nhất 17,3)					
Nhẹ cân	1	14	0,1	0,1-0,6	0,013*
Bình thường	79	90	1		
Thừa cân	21	4	5,8	1,9-17,7	0,02*
Béo phì	8	1	8,9	1,1-728	0,041*
Tăng cân trong thai kỳ					
<10 kg	8 (7,3)	27 (24,8)	0,4	0,2 -1,3	0,055**
10 - <15 kg	37 (33,9)	52 (47,7)	1		
15 - <20 kg	47 (43,1)	22 (20,2)	3,0	1,6 - 5,8	0,01**
≥ 20 kg	17 (15,6)	8 (7,3)	3,0	1,2-7,6	0,023**

**Fisher's exact test; **Chi-square test*

Nhận xét:

- Nhóm sản phụ trình độ học vấn trung học cơ sở và trung học phổ thông có liên quan đến tăng nguy cơ sinh con to, với OR (95% CI) lần lượt là 3,6 (1,2-10,7) và 1,9 (1,1-3,3).

- So với nhóm sản phụ có BMI bình thường thì sản phụ nhẹ cân liên quan đến giảm nguy cơ sinh con to (OR = 0,07; 95% CI: 0,01-0,6). Trái lại, sản phụ thừa cân và béo phì liên quan đến tăng nguy cơ sinh con to, với OR (95% CI) lần lượt là 3,0 (1,6-5,8) và 3,0 (1,2-7,6).

Bảng 3.2. Yếu tố sản khoa liên quan với nguy cơ sinh con to

Đặc điểm	Nhóm sinh con to (n =109)	Nhóm không sinh con to (n =109)	OR	95% CI	p**
Số lần sinh					
Con so	25 (22,9)	40 (36,7)	1		
Con rạ	84 (77,1)	69 (63,3)	1.9	1,1 - 3,5	0,038
Tiền căn sinh con ≥ 4000g					
Không	88 (80,7)	105 (96,3)	1		
Có	21 (19,3)	4 (3,7)	6.3	2,1 - 18,9	0,001
Giới tính trẻ sơ sinh					
Trai	80 (73,4)	56 (51,4)	2,9	1,7 - 5,1	0,001
Gái	29 (26,6)	53 (48,6)	1		
Tuổi thai					
< 40 tuần	86 (78,9)	88 (80,7)	1		
≥ 40 tuần	23 (21,1)	21 (19,3)	1,12	0,6 - 2,2	0,866
Mẹ mắc tiểu đường					
Không	81 (77,1)	97 (88,1)	1		
Có	28 (22,9)	12 (11,9)	2,8	1,3-5,8	0,008

*** Chi-square test*

Nhận xét:

Có mối liên quan giữa sản phụ sinh con rạ với nguy cơ sinh con to, với OR (95% CI) là 1,9 (1,1-3,5).

Sản phụ có tiền căn sinh con ≥ 4000g có liên quan đến nguy cơ sinh con to, với OR (95% CI) là 6,3 (2,1-18,9).

Có mối liên quan giữa giới tính trẻ sơ sinh là trai với nguy cơ sinh con to, với OR (95% CI) là 2,9 (1,7-5,1).

Không có sự khác biệt về nguy cơ sinh con to giữa nhóm tuổi thai < 40 tuần và nhóm ≥ 40 tuần.

Sản phụ mắc tiểu đường có liên quan với nguy cơ sinh con to, với OR (95% CI) là 2,8 (1,3-5,8).

3.2. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến nguy cơ sinh con to

Bảng 3.3. Phân tích hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan đến nguy cơ sinh con to

Đặc điểm	OR	95% CI	p
BMI sản phụ			
Thiếu cân	0,1	0,1 - 0,6	0,019
Trung bình	1		
Thừa cân	6,6	1,7 - 25,5	0,007
Béo phì	8,8	1,9 - 90,4	0,027

Số lần sinh			
Con so	1		
Con rạ	2,5	1,2 – 5,7	0,02
Tiền căn sinh con ≥ 4000g			
Không	1		
Có	4,3	1,2 - 15,5	0,025
Giới tính sơ sinh			
Gái	1		
Trai	3,9	1,8 - 8,1	< 0,001
Mẹ mắc tiểu đường			
Không	1		
Có	3,1	1,2 - 8,2	0,022
Tăng cân trong cả thai kỳ			
< 10 kg	0,45	0,15 - 1,3	0,14
10 - <15 kg	1		
15 - <20 kg	4,5	1,9 - 10,5	0,001
≥ 20 kg	3,4	1,1 - 10,6	0,034
Trình độ học vấn			
Cấp 1	0		0,25
Cấp 2	2,9	1,3 - 6,3	0,007
Cấp 3	3,5	0,8 - 16,0	0,098
Trên cấp 3	1		

Nhận xét: Sau khi đưa vào phân tích đa biến, một số yếu tố thay đổi OR theo khuynh hướng tăng lên gồm tăng cân trong thai kỳ 15 - <20 kg, tăng cân ≥ 20 kg, giới tính trẻ sơ sinh, tiểu đường; các yếu tố thay đổi OR theo khuynh hướng giảm đi gồm tiền căn sinh con ≥ 4000g, trình độ học vấn cấp 2; yếu tố chỉ số khối cơ thể mẹ có OR gần tương tự như phân tích đơn biến.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mối liên quan giữa một số yếu tố nhân trắc của mẹ với nguy cơ sinh con to

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có mối liên quan giữa nguy cơ sinh con to với trình độ học vấn trung học cơ sở của sản phụ, và không ghi nhận có mối liên quan giữa trình độ trung học phổ thông với con to. Ở nhóm con to, tỉ lệ sản phụ đủ cân là 72,5% chiếm cao nhất, thấp nhất là tỉ lệ sản phụ thiếu cân (0,9%). Nhiều nghiên cứu đã chứng minh BMI của mẹ có liên quan đến sự phát triển của thai trong tử cung, sản phụ béo phì với chỉ số khối cơ thể càng cao thì tỉ lệ trẻ sơ sinh của sản phụ này quá cân so với tuổi thai càng tăng. Goldstein & Cs (2017) cho thấy

sản phụ có mức tăng cân theo khuyến cáo, nguy cơ sinh con to tăng gấp 1,8 lần ở sản phụ thừa cân và tăng 1,6 lần ở sản phụ béo phì (3). Sự phát triển của thai nhi là một quá trình sinh học phức tạp được điều chỉnh bởi các yếu tố của cả mẹ và thai nhi bao gồm gen và môi trường. Béo phì ở người mẹ có khả năng góp phần làm tăng nguy cơ sinh con to thông qua các cơ chế bao gồm tăng đề kháng insulin, dẫn đến mức độ glucose và insulin của thai nhi cao hơn. Lipid của rau thai chuyển hóa chất béo trung tính trong máu mẹ, cho phép các axit béo tự do được chuyển đến thai nhi đang phát triển. Hơn nữa, bất kể khi mang thai, những người có chỉ số BMI cao có nguy cơ mắc bệnh tiểu đường cao hơn những người có chỉ số BMI thấp. Đồng thời, do những thay đổi sinh lý trong mô hình chuyển hóa glucose trong thai kỳ, dung nạp glucose bị giảm, điều này càng làm tăng nguy cơ phát triển bệnh tiểu đường đối với phụ nữ mang thai có chỉ số BMI cao (4).

Chúng tôi nhận thấy tăng cân của sản phụ trong thai kỳ là yếu tố liên quan đến nguy cơ sinh con to. Trong đó, so với nhóm tăng cân từ 10 - <15 kg thì hai nhóm 15 - <20 kg và ≥ 20 kg đều làm tăng nguy cơ sinh con to với OR lần lượt là 4,5 và 3,4. Yin Su (2020) nhận thấy nguy cơ sinh con to tăng lên 1,9 lần với sản phụ tăng cân vượt quá mức cân nặng được khuyến cáo (4). Goldstein (2018) đánh giá nguy cơ sinh con to với tăng cân trong thai kỳ tại các châu lục nhận thấy: tăng cân quá mức trong thai kỳ làm tăng nguy cơ sinh con to lên 1,9 lần với người Mỹ và Châu Âu; 2,2 lần với người Châu Á nói chung. Các tác giả kết luận tăng cân trong thai kỳ không phụ thuộc vào các đặc điểm của bà mẹ bao gồm tuổi, BMI, số lần sinh và chủng tộc; việc giảm tăng cân trong thai kỳ quá mức cũng làm cải thiện kết cục sản khoa bao gồm cả nguy cơ sinh con to (5).

4.2. Mối liên quan giữa yếu tố sản khoa với nguy cơ sinh con to

4.2.1. Số lần sinh

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có mối liên quan giữa số lần sinh với nguy cơ sinh con to: sản phụ sinh con rạ có nguy cơ sinh con gấp 2,5 lần so với sản phụ sinh con so (95% CI: 1,2-5,7).

4.2.2. Tiền căn sinh con to ≥ 4000g

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa tiền căn sinh con ≥ 4000g với nguy cơ sinh con to với OR = 4,3 (95% CI: 1,2 - 15,5). Các nghiên cứu chọn mốc con to ≥ 4000g cũng tìm thấy mối liên quan giữa tiền căn sinh con to và nguy cơ sinh con to. Gaudet & Cs (2014) nhận thấy sản phụ có tiền căn sinh con ≥ 4000g có nguy cơ sinh con to ở lần mang thai tiếp theo tăng gấp 3,1 lần (95% CI: 2,61 - 3,74) (6).

4.2.3. Giới tính trẻ sơ sinh

Chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa giới tính trẻ sơ sinh với nguy cơ sinh con to. Trong đó, ở nhóm con to, tỉ lệ nhi trai cao hơn nhiều so với nhi gái, lần lượt là 73,4% so với 26,6%; còn ở nhóm chứng tỉ lệ nhi trai và nhi gái xấp xỉ nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sinh con trai có liên quan đến gia tăng nguy cơ sinh con to khi phân tích đơn biến và đa biến, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Anh ghi nhận sinh con trai

làm tăng nguy cơ sinh con to 2,1 lần (7). Một số giả thuyết khác nhau cho rằng các gen quy định về giới tính ảnh hưởng đến độ nhạy insulin là nguyên nhân gây ra sự khác biệt về giới tính trong cân nặng khi sinh. Theo đó, thai nhi nữ có hiện tượng kháng insulin cao hơn về mặt di truyền và ít phản ứng hơn với các tác động dinh dưỡng của insulin, do đó trọng lượng thường có xu hướng nhỏ hơn (8).

4.2.4. Tuổi thai

Ở nhóm sản phụ sinh con to hay nhóm sản phụ sinh con < 4000g thì tỉ lệ thai dưới 40 tuần cao hơn nhiều so với tuổi thai ≥ 40 tuần, và không có mối liên quan giữa tuổi thai với nguy cơ sinh con to. Điều này có thể được giải thích là do đa số sản phụ sinh con to gặp ở người sinh con rạ và có vết mổ cũ nên phần lớn được chỉ định mổ chủ động trước 40 tuần; thêm vào đó hiện nay đa số khi thai đủ 40 tuần sẽ được xem xét khởi phát chuyển dạ, do đó có thể làm mất ảnh hưởng của yếu tố tuổi thai lên nguy cơ sinh con to.

4.2.5. Mẹ mắc tiểu đường

Trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa mẹ mắc tiểu đường với nguy cơ sinh con to, nguy cơ sinh con to tăng gấp 3,1 lần (95% CI: 1,2-8,2). Nhiều nghiên cứu trên thế giới chỉ ra mối liên quan giữa mẹ mắc tiểu đường với nguy cơ sinh con to (9, 10). Điều này được lí giải là do sự vận chuyển quá mức chất dinh dưỡng đến thai gây tăng đường huyết và insulin ở thai, dẫn đến tăng trưởng quá mức. Ở những trẻ sơ sinh có mẹ mắc tiểu đường, con to cũng liên quan đến sự tăng trưởng bất cân đối dẫn đến tăng lượng mỡ cơ thể. Thai to bất cân đối làm tăng nguy cơ chấn thương khi sinh, đặc biệt sinh khó do vai. Việc kiểm soát tốt đường huyết cả trước và trong khi mang thai giúp ngăn ngừa nguy cơ sinh con to và các biến chứng ở mẹ và trẻ sơ sinh trong và sau sinh (8).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 218 trường hợp sinh đủ tháng (109 sản phụ sinh con ≥ 4000g và 109 sản phụ sinh con có cân nặng sơ sinh 2500 - <4000 g) tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng trong thời gian từ tháng 9/2020 đến tháng 3/2021, chúng tôi nhận thấy một số yếu tố liên quan đến sinh con ≥ 4000gr, bao gồm:

- Sản phụ có BMI 23 - 24,9 kg/m^2 và ≥25 kg/m^2, với OR (95% CI) lần lượt là 6,6 (1,7-25,5) và 8,8 (1,9-90,4).

- Sản phụ sinh con rạ, với OR (95% CI) là 2,5 (1,2-5,7).

- Sản phụ có tiền căn sinh con ≥ 4000g, với OR (95% CI) là 4,3 (1,2-15,5).

- Trẻ sơ sinh là trai với OR (95% CI) là 3,9 (1,8-8,1).

- Sản phụ tăng cân từ 15 - <20 kg và ≥ 20 kg trong thai kỳ, với OR (95% CI) lần lượt là 4,5 (1,9-10,5) và 3,4 (1,1-10,6).

- Sản phụ có trình độ học vấn trung học cơ sở với OR (95% CI) là 2,9 (1,3-6,3).

- Sản phụ mắc tiểu đường với OR (95% CI) là 3,1 (1,2-8,2).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chauhan SP, Grobman WA, Gherman RA, Chauhan VB, Chang G, Magann EF, et al.** Suspicion and treatment of the macrosomic fetus: a review. Am J Obstet Gynecol. 2005;193(2):332-46.
2. **Koivunen S, Viljakainen M, Männistö T, Gissler M, Pouta A, Kaaja R, et al.** Pregnancy outcomes according to the definition of gestational diabetes. PLoS One. 2020;15(3):e0229496.
3. **Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Black MH, et al.** Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. Jama. 2017; 317(21):2207-25.
4. **Sun Y, Shen Z, Zhan Y, Wang Y, Ma S, Zhang S, et al.** Effects of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on maternal and infant complications. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):390.
5. **Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso ML, Boyle JA, Harrison CL, et al.** Gestational weight gain across continents and ethnicity: systematic review and meta-analysis of maternal and infant outcomes in more than one million women. BMC Med. 2018;16(1):153.
6. **Gaudet L, Ferraro ZM, Wen SW, Walker M.** Maternal obesity and occurrence of fetal macrosomia: a systematic review and meta-analysis. Biomed Res Int. 2014;2014:640291.
7. **Anh NN.** Các yếu tố sinh con to tại Bệnh viện Từ Dũ. Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược Hồ Chí Minh; 2020.
8. **Mallouli M, Derbel M, Ingrid A, Sahli J, Zedini C, Ajmi T, et al.** Associated outcomes to fetal macrosomia: effect of maternal diabetes. Tunis Med. 2017;95(2): 120-5.
9. **Alberico S, Montico M, Barresi V, Monasta L, Businelli C, Soini V, et al.** The role of gestational diabetes, pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on the risk of newborn macrosomia: results from a prospective multicentre study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:23.
10. **Agudelo-Espitia V, Parra-Sosa BE, Restrepo-Mesa SL.** Factors associated with fetal macrosomia. Rev Saude Publica. 2019;53:100.

NGHIÊN CỨU MẬT ĐỘ XƯƠNG, NỒNG ĐỘ VITAMIN 25(OH)D_3 Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT TẠI HẢI PHÒNG, NĂM 2024

Phạm Thúy Hằng[1], Nguyễn Mai Hồng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mật độ xương, nồng độ vitamin 25(OH)D_3 ở bệnh nhân thoái hoá khớp gối nguyên phát tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp và bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp tiến cứu được thực hiện trên 84 bệnh nhân bị thoái hóa khớp gối nguyên phát theo ACR 1991 được đo mật độ xương (bằng phương pháp đo hấp phụ tia X năng lượng kép DEXA trên máy đo HOLOGIC QDR 4500) và nồng độ vitamin 25(OH)D_3 (bằng phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang trên máy xét nghiệm miễn dịch Unicel® DxI800). **Kết quả:** 39,3% bệnh nhân bị loãng xương; 83,7% bệnh nhân thiếu vitamin 25(OH)D_3 ở các mức độ khác nhau (trong đó mức thiếu nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 52,4%). Nhóm ≥ 60 tuổi có tỷ lệ thiếu vitamin 25(OH)D_3 ở mức độ nhẹ và vừa chiếm 80,3%. Những người bị thoái hóa khớp gối nguyên phát thiếu vitamin 25(OH)D_3 ở mức vừa và nặng có nguy cơ bị loãng xương gấp 3,03 lần so với người bị thoái hóa khớp gối nguyên phát có vitamin 25(OH)D_3 mức bình thường/thiếu nhẹ. **Kết luận:** Bệnh nhân bị thoái hóa khớp gối nguyên phát nên được đo mật độ xương và nồng độ vitamin 25(OH)D_3 nhằm phát hiện và điều trị kịp thời tình trạng loãng xương, thiếu vitamin 25(OH)D_3 giúp cải thiện cơ xương, giảm nguy cơ ngã và gẫy xương.

Từ khóa: thoái hóa khớp gối nguyên phát, vitamin 25(OH)D_3.

Viết tắt: thoái hóa khớp gối (THKG), mật độ xương (MĐX), bệnh nhân (BN).

SUMMARY

STUDY ON BONE DENSITY, VITAMIN 25(OH)D_3 IN PATIENTS OF KNEE OSTEOARTHRITIS IN HAI PHONG, 2024

Objective: To evaluate bone density and vitamin 25(OH)D_3 levels in patients of knee osteoarthritis at Viet Tiep Friendship Hospital and Hai Phong International General Hospital in 2024. **Subjects and methods:** The study is designed to describe cross-sectional and progressive research, about 84 patients of knee osteoarthritis according to the 1991 ACR were measured for bone density (by DEXA dual-energy X-ray adsorption measurement on the HOLOGIC QDR 4500 meter) and vitamin 25(OH)D_3 concentration (by luminescent electrochemical immunoassay on the Unicel® DxI800 immunoassay). **Results:** 39.3% of patients had osteoporosis; 83.7% of patients were deficient in vitamin 25(OH)D_3 at different levels (of which mild deficiency accounted for the highest rate of 52.4%). The group ≥ 60 years old had a mild and moderate rate of vitamin 25(OH)D_3 deficiency, accounting for 80.3%.

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thúy Hằng
Email: phamthuyhang7@gmail.com
Ngày nhận bài: 28/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 10/4/2025
Ngày duyệt bài: 20/5/2025

People of knee osteoarthritis with moderate to severe vitamin 25(OH)D_3 deficiency are 3.03 times more likely to develop osteoporosis than people of knee osteoarthritis with normal/mild vitamin 25(OH)D_3 deficiency. **Conclusion**: Patients of knee osteoarthritis should have their bone density and vitamin 25(OH)D_3 levels measured to detect and treat osteoporosis and vitamin 25(OH)D_3 deficiency to improve musculoskeletal function and reduce the risk of falls and fractures.

Keywords: Knee osteoarthritis, vitamin 25(OH)D_3.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hoá khớp gối (THKG) nguyên phát là quá trình lão hóa của tổ chức sụn, các tế bào và tổ chức ở khớp, quanh khớp. Bệnh tiến triển qua nhiều giai đoạn, là nguyên nhân thứ 11 gây tàn tật trên thế giới, là gánh nặng kinh tế nghiêm trọng của bệnh nhân, gia đình và của toàn xã hội. Bệnh ngày càng phổ biến do già hóa dân số và béo phì gia tăng, ảnh hưởng đến gần 528 triệu người trên toàn thế giới, chiếm 23,0% dân số toàn cầu ở độ tuổi > 40 [1]. Trên thế giới có nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa lượng vitamin 25(OH)D_3 thấp và mật độ loãng xương thấp ở bệnh nhân thoái hoá khớp gối nguyên phát. Vitamin 25(OH)D_3 giúp cải thiện tình trạng xơ cứng dưới sụn và hình thành gai xương ở đối tượng bệnh nhân này [2]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhằm mục đích: ***Đánh giá mật độ xương, nồng độ vitamin 25(OH)D_3 ở bệnh nhân thoái hoá khớp gối nguyên phát tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp và Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng năm 2024.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân (BN) bị thoái hóa khớp gối nguyên phát theo ACR 1991 được đo mật độ xương (bằng phương pháp đo hấp phụ tia X năng lượng kép DEXA trên máy đo HOLOGIC QDR 4500) và nồng độ vitamin 25(OH)D_3 (bằng phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang trên máy xét nghiệm miễn dịch Unicel® DxI800); đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ: BN có tiền sử hoặc đang điều trị bằng thuốc loãng xương; có loãng xương do nguyên nhân: cường cận giáp, cường giáp, bất động dài ngày …

2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu này được tiến hành trong thời gian từ 01/2024 đến 10/2024, tại Khoa Cơ xương khớp bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp; Phòng khám và khoa Nội tổng hợp 2 bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng.

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

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, tất cả các BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn từ 01/2024 đến 10/2024. Kết quả nhóm nghiên cứu lựa chọn được 84 BN.

2.4. Phương pháp thu thập thông tin

Gồm các bước: (1) Lập phiếu thu thập thông tin. (2) Các BN tới khám tại phòng khám Khoa Cơ xương khớp bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp; Phòng khám và khoa Nội tổng hợp 2 bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng được phỏng vấn trực tiếp, làm xét nghiệm trong thời gian nghiên cứu. Những BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được phỏng vấn trực tiếp theo mẫu phiếu thu thập thông tin chung. (3) Nhập dữ liệu và xử lý số liệu. (4) Phân tích số liệu.

2.5. Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

**** Chẩn đoán thoái hoá khớp gối nguyên phát:*** theo tiêu chuẩn chẩn đoán của hội thấp khớp học Mỹ ACR 1991 [3].

**** Chẩn đoán loãng xương theo WHO (1994) (dựa vào đo MĐX theo chỉ số T-score):***

- MĐX bình thường: T-score ≥ -1
- Thiểu xương: -1< T-score < -2,5
- Loãng xương: T-score ≤ -2,5
- Loãng xương nặng: T-score ≤ -2,5 và có một hoặc nhiều gãy xương

**** Đánh giá nồng độ 25(OH)D_3 dựa trên tiêu chuẩn phân loại của theo Holick 2012 [4]:***

- < 10 ng/mL: thiếu nặng
- 10- < 20 ng/mL: thiếu vừa
- 20- < 30ng/mL: thiếu nhẹ
- ≥ 30 ng/mL: bình thường

2.6. Xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lí trên phần mềm SPSS 22.0. Tính tỉ lệ phần trăm, so sánh 2 tỉ lệ bằng test χ^2 có sự khác biệt khi p < 0,05. Tính OR và 95%CI để tìm ra mối liên quan giữa tình trạng thiếu vitamin 25(OH)D_3 với tình trạng loãng xương, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

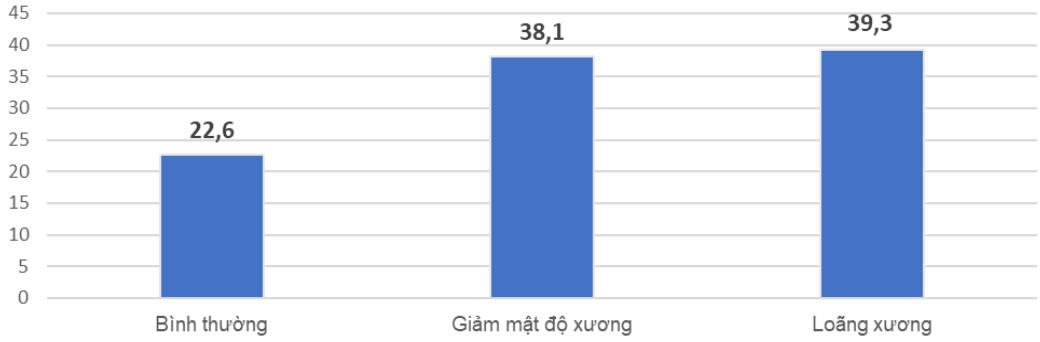
Việc tiến hành nghiên cứu có sự cho phép của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp và Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n = 84)

Đặc điểm		Bệnh nhân		p
		Số lượng	Tỉ lệ %	
Giới	Nam	7	8,3	< 0,001
	Nữ	77	91,7	
Tuổi trung bình ± SD		63,79 ± 10,69		
Tỷ lệ mãn kinh ở nữ		100%		

Nữ giới bị THKG nguyên phát chiếm tỷ lệ 91,7% (77 BN) cao hơn nam giới 8,3% (p < 0,001). Tuổi trung bình là 63,79 ± 10,69.



Hình 3.1. Đặc điểm mật độ xương của đối tượng nghiên cứu (n=84)

Trong số 84 BN có 51 người (60,7%) không bị loãng xương, gồm 22,6% MĐX bình thường và 38,1% bị giảm MĐX. 33/84 người (39,3%) bị loãng xương.

Bảng 3.2. Tình trạng vitamin 25(OH)D_3 huyết thanh của đối tượng nghiên cứu (n=84)

Tình trạng vitamin 25(OH)D_3	Số lượng	Tỷ lệ %
Nồng độ vitamin 25(OH)D_3: Trung bình ± ĐLC: 24,11 ± 5,91 (8,25 - 51,54) ng/mL		
Bình thường	14	16,7
Thiếu nhẹ	44	52,4
Thiếu vừa	25	29,7
Thiếu nặng	1	1,2
Tổng	**84**	**100**

Nồng độ vitamin 25(OH)D_3 trung bình của đối tượng nghiên cứu là 24,11 ± 5,91nmol/mL; BN thiếu vitamin 25(OH)D_3 ở mức nhẹ chiếm nhiều nhất là 52,4%.

Bảng 3.3. Phân bố tình trạng thiếu vitamin 25(OH)D_3 theo nhóm tuổi (n = 84)

Vitamin 25(OH)D_3 / Nhóm tuổi	Bình thường		Thiếu nhẹ		Thiếu vừa		Thiếu nặng		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
40 - 49 tuổi	-	-	6	75,0	2	25,0	-	-	8	9,5
50 - 59 tuổi	4	20,0	11	55,0	5	25,0	-	-	20	23,8
≥ 60 tuổi	10	17,9	27	48,2	18	32,1	1	1,8	56	66,7

83,3% BN có nồng độ vitamin 25(OH)D_3 thiếu ở các nhóm tuổi khác nhau, trong đó nhóm ≥ 60 tuổi, tỷ lệ thiếu vitamin 25(OH)D_3 ở mức độ nhẹ và vừa chiếm 80,3%.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tình trạng loãng xương với nồng độ vitamin 25(OH)D_3 (n=84)

Loãng xương / Nồng độ vitamin 25(OH)D_3	Có SL (%)	Không SL (%)	Tổng SL (%)	OR (95%CI)	p
Thiếu vừa/nặng	15 (57,7)	11 (42,3)	26 (30,9)	3,03	0,02
Bình thường/thiếu nhẹ	18 (31,0)	40 (69,0)	58 (69,1)	1,05 - 8,82	

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng thiếu vitamin 25(OH)D_3 với tình trạng loãng xương của đối tượng nghiên cứu (OR = 3,03; 95%CI: 1,05 - 8,82); với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 84 BN, trong đó tỷ lệ nữ nhiều hơn nam (bảng 1), lần lượt (91,7% và 8,3%), phân bố giới tính có sự khác biệt giữa nữ và nam, có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Kết quả phù hợp với quan điểm phụ nữ sau mãn kinh có suy giảm hormon sinh dục estrogen, giảm thể tích sụn, mất xương hoặc thiếu sức mạnh cơ bắp nên tỉ lệ THKG nguyên phát cao hơn nam giới cùng độ tuổi. Tuổi là yếu tố nguy cơ của THKG nguyên phát do quá trình lão hóa của sụn khớp. Bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 63,79 ± 10,69, phù hợp nghiên cứu của Nguyễn Văn Đương (2023) tuổi trung bình 64,55 ± 7,95 [5].

Chỉ số T-score cho phép đánh giá MĐX, trong nghiên cứu của chúng tôi (hình 3.1) cho kết quả 33/84 BN (chiếm 39,3%) bị loãng xương. Tỷ lệ không loãng xương bao gồm MĐX bình thường hoặc giảm chiếm 60,7% (tương đương 51/84 BN). Kết quả phù hợp đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình 63,79 ± 10,69; chủ yếu là nữ giới chiếm 91,7% và 100% mãn kinh. Sau tuổi 50, MĐX bị suy giảm và cấu trúc xương bị thoái hóa

do hủy xương cao hơn tạo xương, xương trở nên yếu, dễ bị gãy. Tuổi mãn kinh, lượng estrogen từ từ giảm, tác động trực tiếp lên các tế bào xương, nguyên bào xương dẫn đến ức chế tái cấu trúc xương và sự tái hấp thu xương làm mật độ khoáng xương thấp hơn, cơ thể dễ bị loãng xương.

Tình trạng thiếu vitamin 25(OH)D_3 rất phổ biến và hơn một tỷ người trên toàn thế giới bị thiếu hoặc không đủ vitamin 25(OH)D_3 [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.2) cho thấy nồng độ vitamin 25(OH)D_3 trung bình là 24,11 ± 5,91 ng/mLcao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hồng Hạnh (2023) là 21,7 ± 6,7 ng/mL [7]. Và 14/84 BN (chiếm 16,7%) có giá trị vitamin 25(OH)D_3 bình thường. Tỷ lệ thiếu vitamin 25(OH)D_3 ở các mức độ khác nhau là 83,7% (trong đó mức thiếu nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 52,4%). Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Hồng Hạnh (2023) [7] khi khảo sát tình trạng thiếu vitamin 25(OH)D_3 ở BN lão khoa có tỷ lệ thiếu là 92,6%. Sự khác biệt là do nghiên cứu của Nguyễn Hồng Hạnh được tiến hành trong thời gian đại dịch covid với chính sách phong tỏa và hạn chế tiếp xúc nên BN ở trong nhà nhiều hơn, ít di chuyển ra ngoài, ít tiếp xúc với ánh nắng mặt trời hơn.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra nồng độ vitamin 25(OH)D_3 thiếu ở các nhóm tuổi, trong đó nhóm ≥ 60 tuổi có tỷ lệ thiếu vitamin 25(OH)D_3 ở mức độ nhẹ và vừa chiếm 80,3% (bảng 3.3). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu cho rằng: "Dự trữ vitamin 25(OH)D_3 trong cơ thể giảm theo quá trình lão hóa, càng cao tuổi sự giảm tổng hợp vitamin 25(OH)D_3 qua da giảm rõ rệt do tiếp xúc với ánh sáng mặt trời không đủ (đặc biệt là từ tháng 10 đến tháng 4) kèm theo tổng hợp nội sinh không đủ, vì vậy phụ nữ cao tuổi dễ bị thiếu vitamin 25(OH)D_3 cận lâm sàng" [8].

Vitamin 25(OH)D_3 và canxi rất cần thiết để duy trì sức khỏe của xương, sự thiếu hụt của những yếu tố này làm gia tăng loãng xương. Vitamin 25(OH)D_3 được sản xuất tự nhiên trong da người khi tiếp xúc với ánh sáng mặt trời. Do lối sống hiện đại, không đủ tiếp xúc với ánh sáng mặt trời để tổng hợp vitamin 25(OH)D_3 dẫn đến nồng độ vitamin 25(OH)D_3 thường thấp, đặc biệt mùa đông và mùa xuân. Thiếu vitamin 25(OH)D_3 dẫn đến giảm hấp thụ canxi và phốt phát từ ruột làm tăng sự hấp thụ các ion này của xương, tăng sản xuất hormone tuyến cận giáp làm tổn thương tính toàn vẹn của xương và tăng nguy cơ gẫy xương. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những người bị THKG nguyên phát thiếu vitamin 25(OH)D_3 ở mức vừa và nặng có nguy cơ bị loãng xương gấp 3,03 lần so với người bị THKG nguyên phát có vitamin 25(OH)D_3 mức bình thường/thiếu nhẹ với OR (95%CI): 3,03 (1,03-8,82); p < 0,05 (bảng 3.4). Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Sadat-Ali M và cộng sự ở 400 BN đã chỉ ra nồng độ vitamin 25(OH)D_3 có mối liên quan với khối lượng xương thấp ở các nhóm tuổi, phần lớn các đối tượng bị thiếu hụt vitamin 25(OH)D_3 có khối lượng xương thấp, 100% đối tượng bị thiếu hụt vitamin 25(OH)D_3 có chỉ số MĐX trong giới hạn loãng xương. Tác giả cũng đưa ra khuyến nghị việc bổ sung đầy đủ vitamin 25(OH)D_3 và canxi trở nên bắt buộc cho các đối tượng này [9]. Tình trạng thiếu vitamin 25(OH)D_3 gây ra quá trình khoáng hóa xương bị khiếm khuyết và khối lượng xương thấp. Mặt khác, nghiên cứu của Bingcheng Xu và cộng sự đã chứng minh tỷ lệ mắc loãng xương giảm sau khi đối tượng được bổ sung vitamin 25(OH)D_3 với thời gian điều trị khoảng 3 năm. Và mức tối ưu

cần đạt được với nam giới trưởng thành là 84,8 nmol/L, với phụ nữ trưởng thành đặt ngưỡng vitamin 25(OH)D_3 > 31,4 nmol/L là rất quan trọng, vì mức vitamin 25(OH)D_3 thấp hơn không có lợi cho mật độ xương [10].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân bị loãng xương chiếm 39,3%. Có 83,7% bệnh nhân thiếu vitamin 25(OH)D_3 ở các mức độ khác nhau, tỷ lệ thiếu ở mức độ nhẹ, vừa và nặng lần lượt là: 52,4%; 29,7%; 1,2%. Nhóm ≥ 60 tuổi có tỷ lệ thiếu vitamin 25(OH)D_3 ở mức độ nhẹ và vừa chiếm 80,3%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng thiếu vitamin 25(OH)D_3 với tình trạng loãng xương của đối tượng nghiên cứu (OR = 3,03; 95%CI: 1,05 - 8,82); với p < 0,05.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Bệnh nhân bị thoái hóa khớp gối nguyên phát nên làm các xét nghiệm đo mật độ xương, đánh giá nồng độ vitamin 25(OH)D_3 để phát hiện và điều trị kịp thời tình trạng loãng xương, thiếu vitamin 25(OH)D_3 giúp cải thiện cơ xương, giảm nguy cơ ngã và gẫy xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Michael Langworthy, Vinod Dasa, Andrew I et al,** "Knee osteoarthritis: disease burden, available treatments, and emerging options," Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease, vol. 16, 2024.
2. **Thomas Mabey, Sittisak Honsawek,** "Role of Vitamin D in Osteoarthritis: Molecular, Cellular, and Clinical Perspectives International," International Journal of Endocrinology, 2015.
3. **R. Altman,** "Criteria for classification of clinical osteoarthritis," J Rheu-matol Suppl, vol. 27, pp. 10-12, 1991.
4. **M, Holick,** "Evidence-based D-bate on health benefits of vitamin D revisited," Dermatoendocrinol, vol. 4, nº 2, pp. 183-190, 2012.
5. **Nguyễn Văn Đương, Ngô Quỳnh Hoa,** "Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát điều trị tại khoa y học cổ truyền bệnh viện Phục hồi chức năng Hải Dương," Tạp chí Y học Việt Nam, vol. 523, nº 2, 2023.
6. **Raju Vaishya, Vipul Vijay, Pemba Lama et al,** "Does vitamin D deficiency influence the incidence and progression of knee osteoarthritis? – A literature revie," J Clin Orthop Trauma, vol. 10, nº 1, pp. 9-15, 2018.
7. **Nguyễn Hồng Hạnh, Nguyễn Thị Thanh Tú,** "Khảo sát nồng độ vitamin D tại phòng khám lão khoa bệnh viện E," vol. 528, nº 2, pp. 224-226, 2023.
8. **Tsaei K.S., Wahner H.W., Offord K.P et al,** "Effect of aging on vitamin D stores and bone density in women," Calcif Tissue Int. 1987;40(5):241–243, vol. 40, nº 5, pp. 241-243, 1987.
9. **Sadat-Ali M, Al Elq AH, Al-Turki HA et al,** "Influence of vitamin D levels on bone mineral density and osteoporosis," vol. 31, nº 6, pp. 602-608, 2011.
10. **Bingcheng Xu, Qiai Li, Bo Luo et al,** "Does higher serum 25-hydroxyvitamin D levels will harm bone mineral density?: a cross-sectional study," BMC Endocr Disord, vol. 24, p. 50, 2024.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM QUY TRÌNH THU MÁU DÂY RỐN BẰNG PHƯƠNG PHÁP THU GOM HAI GIAI ĐOẠN ỨNG DỤNG TRONG Y HỌC TÁI TẠO

Trương Văn Hiều[1,3], Bùi Văn Hiếu [1,2], Trần Thị Phương Linh[1], Nguyễn Việt Hoàng[4], Vũ Thị Phương[1], Vũ Văn Thái[1,2], Phạm Thanh Hiền[1], Nguyễn Hùng Cường[1,2], Phạm Thị Lộc[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm quy trình thu thập máu dây rốn kết hợp hai giai đoạn thu gom ở sản phụ hiến tặng tình nguyện tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến hành thu thập máu dây rốn của 106 sản phụ hiến tặng tình nguyện, bằng kết hợp hai giai đoạn thu gom khác nhau trong quá trình sinh nhằm tăng hiệu quả chất lượng máu dây rốn. **Kết quả và kết luận:** Tổng thể tích máu thu thập từ hai giai đoạn trung bình là 116,2 ± 22,25 (mL), trong đó phân đoạn 1 thu được 84,22 ± 17,96 (ml) và giai đoạn 2 thu được 32,01 ± 12,52 (ml). Trong 106 mẫu máu dây rốn thì có 6 mẫu bị nhiễm khuẩn. Tỷ lệ nhiễm khuẩn ở giai đoạn 1 thấp chiếm 0,94% %, còn ở giai đoạn 2 là 4.72%. Tổng số tế bào đơn nhân trung bình thu được ở giai đoạn 1 là 72,68 ± 46,19 x 10^7 tế bào còn giai đoạn 2 là: 37,78 ± 12,14 x 10^7 tế bào. Kết quả cung cấp một quy trình thu gom máu dây rốn kết hợp 2 giai đoạn giúp tăng thể tích máu dây rốn, hạn chế huỷ mẫu đồng thời làm tăng số lượng tế bào thu thập được nhằm đáp ứng được nhu cầu ứng dụng điều trị các mặt bệnh.

Từ khóa: Máu dây rốn, tế bào gốc, thu thập hai giai đoạn, tế bào đơn nhân, y học tái tạo.

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng*
[3]*Bệnh viện Đa khoa Thanh Hoá*
[4]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Lộc
Email: ptloc@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 03/4/2025
Ngày phản biện khoa học: 10/4/2024
Ngày duyệt bài: 21/5/2025

SUMMARY

STUDY ON THE CHARACTERISTICS OF UMBILICAL CORD BLOOD COLLECTION PROCESS USING A TWO-STAGE COLLECTION METHOD FOR REGENERATIVE MEDICINE APPLICATION

Objective: To describe the characteristics of the umbilical cord blood collection process using a two-stage collection method in 106 donor mothers at Hai Phong Medical University Hospital. **Subjects and Methods:** The study was conducted on 106 voluntary donor mothers, utilizing a two-stage umbilical cord blood collection process during childbirth to enhance the quality and efficiency of umbilical cord blood collection. **Results and Conclusion:** The total volume of blood collected from both stages averaged 116.2 ±22.25 mL, with 84.22 ±17.96 mL obtained in the first stage and 32.01 ±12.52 mL in the second stage. Among the 106 umbilical cord blood samples, 6 were contaminated. The contamination rate in the first stage was low (0.94%), while in the second stage, it was 4.72%. The average total nucleated cell count obtained in the first and second stages was: 72.68 ± 46.19 x 10^7 cell and 37.78 ± 12.14 x

10^7 cell, respectively. The findings suggest that a two-stage umbilical cord blood collection process increases the collected volume, reduces sample rejection, and enhances the number of collected cells, meeting the demands for therapeutic applications.

Keywords: Umbilical cord blood, stem cells, two-stage collection, Mono nucleated cells, regenerative medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, liệu pháp tế bào gốc (TBG) là một chủ đề nghiên cứu khoa học tiên tiến và đầy hứa hẹn. Tế bào gốc là những tế bào chưa biệt hoá hoặc rất ít biệt hoá nhưng lại có khả năng biệt hóa thành bất kỳ tế bào nào trong cơ thể đồng thời có khả năng tự đổi mới [1]. Mặc dù tủy xương và mô mỡ của người trưởng thành là nguồn chính để sử dụng trong lâm sàng, nhưng chúng bị hạn chế vì việc thu hoạch đòi hỏi các thủ thuật xâm lấn và có yêu cầu cao về độ tuổi của người hiến tặng [2] [3]. Máu dây rốn (MDR) được coi là phù hợp nhất vì nó ít vi phạm về mặt đạo đức và dễ phân lập, tăng sinh thông qua các phương pháp không xâm lấn. MDR tạo ra sản lượng lớn tế bào gốc trung mô và có hoạt tính điều biến miễn dịch, khiến nó hữu ích trong các điều kiện dị loại [3] [4].

Ghép máu dây rốn và ứng dụng trong y học tái tạo bằng TBG ngày càng được sử dụng nhiều ở cả bệnh nhi và người lớn để điều trị nhiều bệnh khác nhau, bao gồm các rối loạn về huyết học, chuyển hóa, miễn dịch, tân sinh và thần kinh [1]. Liều lượng tế bào đơn nhân (TBĐN) truyền vào là yếu tố quan trọng nhất trong việc xác định tốc độ ghép và sự sống còn. Thể tích và chất lượng máu cuống rốn là hai yếu tố quan trọng quyết định hiệu quả của quá trình thu thập và ứng dụng trong y học. Lượng máu thu thập được càng nhiều thì số lượng tế bào gốc càng cao, giúp tăng khả năng sử dụng trong ghép tế bào gốc và điều trị bệnh [1,3,4]. Tuy nhiên thì hầu hết các phương pháp thu gom hiện nay chưa đáp ứng đủ được nhu cầu nguồn tế bào số lượng cao nên phường phải ghép 2 dây rốn hoặc phối hợp 2 nguồn TBG khác nhau. Theo nghiên cứu của Đ.T.T Hằng cho thấy tỉ lệ huỷ mẫu MDR do không đạt yêu cầu lên tới gần 50% [5]. Xuất phát từ nhu cầu lâm sàng, quy trình này được kết hợp 2 phương pháp thu gom MDR trong và ngoài tử cung để đáp ứng yêu cầu cao trong y học tái tạo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

MDR của thai phụ khoẻ mạnh hiến tặng tình nguyện tại khoa Sản phụ bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. MDR sau khi thu gom được tách, phân lập tại Bộ môn Kỹ thuật Huyết học - Truyền máu, khoa Kỹ thuật y học, trường Đại học Y dược Hải Phòng.

Tiêu chuẩn chọn thai phụ hiến tặng: Không mang đa thai, không có dị tật thai trên hình ảnh siêu âm thai; Không mắc bệnh trong thời kỳ mang thai; không truyền máu hoặc chế phẩm máu; Các xét nghiệm thai phụ và mẫu máu dây rốn thu được âm tính với một virus như: HIV, HCV, HBV, CMV; Quá trình chuyển dạ và đẻ sản phụ không có biểu hiện sốt (≥ 380c, < 360C), không suy hô hấp, không suy thai...; Trẻ nhi sau khi sinh ra > 36 tuần, cân nặng khi sinh > 2600gr, không có di tật.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 10/2024 tới tháng 3 năm 2025 tại khoa Sản phụ bệnh viện Đại học Y Hải Phòng; Tách, phân lập MDR tại Bộ môn Kỹ thuật Huyết học -

Truyền máu, khoa Kỹ thuật y học, trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu thực nghiệm

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn 106 sản phụ hiến tặng tình nguyện thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: MDR của 106 sản phụ hiến tặng tình nguyện sau khi thu thập được thu thập tại Bệnh viên Đại Học Y Hải Phòng theo hai giai đoạn:

Giai đoạn 1, khi bánh nhau còn trong tử cung, sau khi em bé được sinh ra và dây rốn được kẹp cắt, nhân viên y tế thực hiện vệ sinh tay, mang bảo hộ và sát khuẩn vị trí lấy máu bằng cồn iod. Túi dẻo lấy máu (chứa CPD hoặc CPD-A1) được chuẩn bị sẵn. Kim được đâm dứt khoát vào tĩnh mạch rốn, giữ cố định và lắc nhẹ túi để máu chảy đều. Khi máu ngừng chảy, kim được rút ra, đậy nắp an toàn và dây rốn được vuốt để trộn máu với chất chống đông.

Giai đoạn 2, khi bánh nhau đã ra ngoài tử cung, dây rốn được nâng cao và vuốt mạnh để máu chảy về phía bánh nhau, sau đó kẹp cố định. Bánh nhau được đặt trên bàn vô khuẩn và một nhân viên y tế nâng bánh nhau lên nhằm tăng trọng lực để thu thập máu trong bánh nhau. Túi dẻo lấy máu (chứa CPD hoặc CPD-A1) được chuẩn bị như giai đoạn 1. Vị trí lấy máu và vùng xung quanh được sát khuẩn bằng cồn iod. Kim được đâm dứt khoát vào tĩnh mạch bánh nhau, giữ cố định và lắc nhẹ túi để máu trộn đều với chất chống đông. Khi máu ngừng chảy, kim được tháo ra, đậy nắp an toàn, và túi máu được ghi nhãn, mã hóa thông tin bệnh nhân.

2.5. Đo lường và phân tích

Trong nghiên cứu thu thập MDR, các thông số sinh học được phân tích để đánh giá hiệu quả quy trình và chất lượng mẫu. Thể tích máu thu nhận ở từng giai đoạn được đo lường chính xác, đồng thời, toàn bộ mẫu được nuôi cấy nhằm kiểm tra vô khuẩn và nguy cơ nhiễm khuẩn, đảm bảo an toàn cho bảo quản và ứng dụng lâm sàng.

Các xét nghiệm sàng lọc bệnh truyền nhiễm (HIV, HBV, HCV, MCV, giang mai) được thực hiện trên hệ thống miễn dịch để đảm bảo tiêu chuẩn an toàn sinh học. Tổng phân tích tế bào máu trên hệ thống Celltac Alpha giúp xác định số lượng hồng cầu và bạch cầu đơn nhân, những chỉ số quan trọng để đánh giá chất lượng mẫu.

Đệm HES (Hydroxyethyl Starch) được sử dụng để tăng hiệu suất thu nhận tế bào đơn nhân bằng cách lắng đọng chọn lọc hồng cầu, giúp tách hiệu quả lớp bạch cầu đơn nhân (BCĐN). Các tế bào này sau đó được kiểm tra trên hệ thống Celltac Alpha nhằm đảm bảo chất lượng thu nhận.

2.6. Xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm excel; phân tích số liệu bằng phần mềm Graphpad Prism 10.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng số trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến định tính được biểu diễn bằng các tỷ lệ phần trăm.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo hội đồng y đức trường đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt số 13/IRB_HPMU, ngày 26 tháng 8 năm 2024 và tuân thủ các chính sách bảo mật dữ liệu của hội đồng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của sản phụ và thai nhi trong nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm của sản phụ và thai nhi trong nghiên cứu (n = 106)

Đặc điểm	Mean ± SD	Thấp nhất	Cao nhất
Tuổi sản phụ (tuổi)	29,76 ± 5,24	21	40
Lần mang thai (số lần)	1,84 ± 0,81	1	3
Tuổi thai (Tuần)	39,39 ± 0,66	38	41
Trọng lượng thai nhi (kg)	3,31 ± 0,3	2,6	4,3

Tuổi trung bình của sản phụ là 29,76 ± 5,24 tuổi; Phần lớn sản phụ thuộc nhóm sinh con lần đầu hoặc lần hai (Số lần mang thai trung bình là 1,84 ± 0,81); Tuổi thai trung bình là 39,3 ± 0,66 tuần. Trọng lượng thai phù hợp với tiêu chuẩn của trẻ sơ sinh đủ tháng (trọng lượng trung bình của thai nhi là 3,31 ± 0,3 kg).

Bảng 2: Sự phân bố theo phương thức sinh và giới tính của thai nhi (n = 106)

		Số lượng	Tỉ lệ %
Phương thức sinh	Sinh thường	38	35,8
	Sinh mổ	68	64,2
Giới tính trẻ	Nam	58	54,7
	Nữ	48	45,3

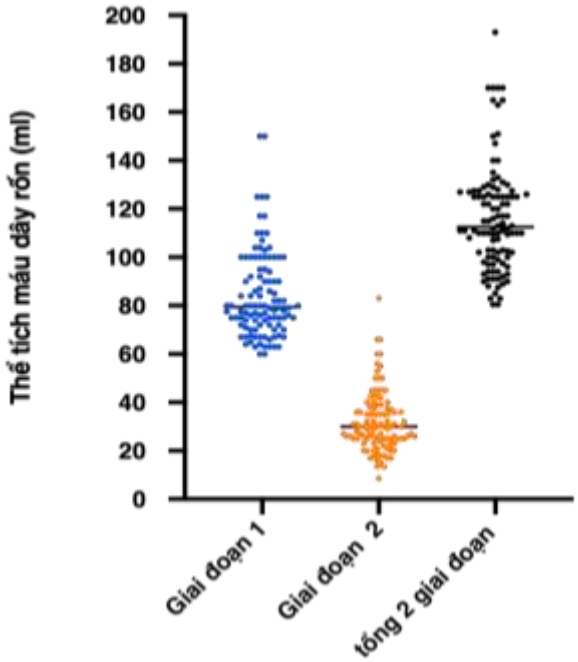
Tỉ lệ trẻ sinh mổ cao hơn sinh thường (64,2% so với 35,8%); giới tính trẻ là trai cao hơn gái (54,7% so với 45,3%).

3.2. Quá trình thu thập mẫu dây rốn

Bảng 3: Đặc điểm quá trình thu thập mẫu trong nghiên cứu

Đặc điểm thu thập mẫu		Số mẫu	Tỉ lệ %
Thời gian thu mẫu giai đoạn 1	< 5 phút	72	67,9%
	≥ 5 phút	34	33,1%
Thời gian thu mẫu giai đoạn 2	< 10 phút	45	42,5%
	> 10 phút	61	57,5%
Tỉ lệ nhiễm khuẩn	Ở giai đoạn 1	1	0,94%
	Ở giai đoạn 2	5	4,72%

Thời gian thu mẫu giai đoạn 1 có 72 mẫu (67,9%) được thu trong vòng dưới 5 phút, trong khi 34 mẫu (33,1%) mất từ 5 phút trở lên. Trong khi thời gian thu mẫu giai đoạn 2 có 45 mẫu (42,5%) hoàn thành thu trong dưới 10 phút, trong khi 61 mẫu (57,5%) mất từ 10 phút trở lên. Tỷ lệ nhiễm khuẩn trong quá trình thu thập mẫu có sự khác biệt rõ rệt giữa hai giai đoạn. Ở giai đoạn 1, chỉ có 1 mẫu bị nhiễm khuẩn, chiếm 0,94%, trong khi ở giai đoạn 2, số mẫu nhiễm khuẩn tăng lên 5, tương ứng với 4,72%. Sự gia tăng này có thể do thời gian thu thập kéo dài ở giai đoạn 2, làm tăng nguy cơ tiếp xúc với tác nhân nhiễm khuẩn từ môi trường.



Hình 1: Phân bố thể tích MDR thu thập theo các giai đoạn

Thể tích trung bình tổng cả hai giai đoạn thu thập MDR (không bao gồm chất chống đông) là 116,2±22,25 ml. Thể tích máu cuống rốn thu được nằm trong khoảng 80 - 193 ml, với thể tích trung bình phổ biến nhất dao động từ 105 - 130 ml. Trong khi đó Lượng MDR trung bình thu được ở giai đoạn 1 là 84,22±17,96 ml với biên độ dao động từ 60-150 ml, lượng MDR trung bình thu được ở giai đoạn 2 là 32,01±12,52 ml với biên độ dao động từ 8.5 -83 ml (hình 1).

3.3. Đặc điểm thành phần tế bào trong MDR thu thập được trong nghiên cứu

Bảng 4: Thành phần tế bào trong MDR thu thập được

Đặc điểm MDR		Trước xử lý	Sau xử lý	Hiệu suất thu hồi
Giai đoạn 1	Tế bào đơn nhân (x 10^7)	105,28 + 45,14	72,68 ± 46,19	69,1%
	Hồng cầu (T/L)	3,73 + 0,52	0,081 ± 0,048	2,17%
Giai đoạn 2	Tế bào đơn nhân (x 10^7)	42,66 + 25,1	37,78 ± 12,14	88,6%
	Hồng cầu (T/L)	3,43 + 0,38	0,082 ± 0,052	2,4%

Số lượng tế bào đơn nhân khác biệt cao giữa 2 giai đoạn nhưng hiệu suất thu hồi tế bào đơn nhân cũng có sự khác biệt đáng kể giữa hai giai đoạn. Ở giai đoạn 1, số lượng tế bào đơn nhân giảm từ 105,28 ±45,14 (×10^7) trước xử lý xuống còn 72,68 ±46,19 (×10^7) sau xử lý, với hiệu suất thu hồi đạt 69,1%, cho thấy một phần tế bào bị mất đi trong quá trình xử lý. Trong khi đó, ở giai đoạn 2, số lượng tế bào đơn nhân giảm ít hơn, từ 42,66 ±25,1 (×10^7) xuống còn 37,78 ±12,14 (×10^7), với hiệu suất thu hồi cao hơn đáng kể, đạt 88,6%. Về hồng cầu, mức độ giảm ở cả hai giai đoạn là tương đương, từ 3,73 ± 0,52 T/L xuống 0,081 ±0,048 T/L ở giai đoạn 1 (hiệu suất thu hồi 2,17%) và từ 3,43 ± 0,38 T/L xuống 0,082 ±0,052 T/L ở giai đoạn 2 (hiệu suất thu hồi 2,4%).

IV. BÀN LUẬN

Dữ liệu thu thập cho thấy thể tích trung bình tổng cộng của mẫu MDR qua hai giai đoạn là 116,2 ±22,25 ml, với khoảng dao động từ 80 đến 193 ml. Trong đó, giai đoạn 1 thu được trung bình 84,22±17,96 ml (60 - 150 ml), chiếm phần lớn thể tích tổng, trong khi giai đoạn 2 chỉ đạt trung bình 32,01±12,52 ml (8,5 - 83 ml). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, trong đó lượng máu cuống rốn thu thập chủ yếu đạt mức tối đa trong những phút đầu tiên sau sinh, do lưu lượng máu qua dây rốn giảm dần theo thời gian [4,6]. Thể tích thu thập được có ảnh hưởng đáng kể đến hiệu suất tách chiết tế bào gốc. Theo nghiên cứu của Ballen thể tích máu cuống rốn càng lớn thì số lượng tế bào gốc thu được càng cao, làm tăng khả năng ứng dụng trong cấy ghép [6]. Bên cạnh đó, nhiều yếu tố như phương thức sinh, thời gian kẹp dây rốn, và kỹ thuật thu mẫu có thể ảnh hưởng đến thể tích thu thập. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ sinh mổ cao (64,2%) có thể là một yếu tố góp phần vào việc thu được lượng MDR tương đối lớn, do kỹ thuật lấy máu dễ kiểm soát hơn so với sinh thường [4,6]. Sự khác biệt giữa 2 giai đoạn thu thập có thể xuất phát từ yếu tố sinh lý và cơ chế thoát máu dây rốn, khi phần lớn máu được giải phóng ngay sau khi kẹp dây, lượng máu còn lại ít và khó thu gom hơn trong giai đoạn sau. Ngoài ra, việc kéo dài thời gian thu thập ở giai đoạn 2 có thể làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn và ảnh hưởng đến chất lượng mẫu. Nhìn chung, phương pháp thu thập hai giai đoạn giúp tối ưu hóa lượng MDR thu được, tăng hiệu suất thu nhận tế bào, đồng thời tận dụng tối đa nguồn máu dây rốn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của sản phụ là 29,76±5,24 tuổi, dao động từ 21 đến 40 tuổi, phù hợp với độ tuổi sinh sản phổ biến. Tuổi trung bình của sản phụ trong nhóm thu thập máu cuống rốn là 30,2±4,8 tuổi, cho thấy sự tương đồng về đặc điểm nhân khẩu học của nhóm nghiên cứu. Về tuổi thai, kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi thai trung bình là 39,39 ±0,66 tuần, phù hợp với chuẩn sinh lý của trẻ đủ tháng [4,6]. Trọng lượng thai nhi trung bình là 3,31±0,3 kg, các nghiên cứu cho thấy trẻ sơ sinh có cân nặng trên 2,8 kg thường cho lượng máu cuống rốn dồi dào hơn, đảm bảo số lượng tế bào gốc cao hơn [4-6]. Về phương thức sinh, tỉ lệ sinh mổ chiếm 64,2%, cao hơn sinh thường 35,8%, do quy trình phẫu thuật giúp kiểm soát thời gian thu thập tốt hơn và giảm thất thoát máu nên thường chủ động được quá trình thu thập và tiến hành tốt hơn. Thời gian thu mẫu ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng MDR. Ở giai đoạn 1, 67,9% mẫu được thu trong vòng dưới 5 phút, trong khi ở giai đoạn 2, chỉ 42,5% mẫu thu trong dưới 10 phút. Điều này có thể làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, được phản ánh rõ trong kết quả nghiên cứu: tỷ lệ nhiễm khuẩn ở giai đoạn 1 chỉ 0,94%, nhưng ở giai đoạn 2 tăng lên 4,72%. Theo nghiên cứu trước đây thời gian thu thập kéo dài có liên quan đến tỷ lệ nhiễm khuẩn cao hơn do tiếp xúc với môi trường, tương tự như kết quả thu được trong nghiên cứu này [4-6].

Kết quả về đặc điểm thành phần tế bào trong MDR thu thập được cho thấy sự khác biệt đáng kể về số lượng tế bào đơn nhân và hiệu suất thu hồi giữa hai giai đoạn xử lý. Ở giai đoạn 1, số lượng tế bào đơn nhân là 72,68±46,19 ($\times 10^7$), với hiệu suất thu hồi đạt 69,1%. Ở giai đoạn 2, số lượng tế bào đơn nhân là 37,78±12,14 ($\times 10^7$), với hiệu suất thu hồi cao hơn đáng kể, đạt 88,6%. So với các nghiên cứu quốc tế, hiệu suất thu hồi tế bào đơn nhân trong nghiên cứu này tương đương

với các nghiên cứu khác trong đó tỷ lệ thu hồi tế bào đơn nhân từ máu cuống rốn dao động từ 60% đến 90%, tùy thuộc vào phương pháp xử lý [4,7,8]. Về loại bỏ hồng cầu, mức giảm tương tự ở cả hai giai đoạn, từ 3,73±0,52 T/L xuống 0,081±0,048 T/L ở giai đoạn 1(hiệu suất thu hồi 2,17%) và từ 3,43±0,38 T/L xuống 0,08± 0,052 T/L ở giai đoạn 2 (hiệu suất thu hồi 2,4%) việc loại bỏ hồng cầu hiệu quả giúp giảm nguy cơ phản ứng miễn dịch khi truyền tế bào.

Nhìn chung, kết quả này cho thấy quy trình thu thập 2 thì và xử lý mẫu mang lại một lượng tế bào đơn nhân cao, hiệu suất thu hồi tế bào đơn nhân tương đối tốt. Việc kết hợp thu MDR hai thì có thể đáp ứng tốt cho những trường hợp bệnh lý nặng nề cần ghép tuỷ để đủ số lượng tế bào gốc cũng như tăng tiềm năng ứng dụng trong y học tái tạo tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cung cấp một quy trình thu gom MDR kết hợp 2 giai đoạn giúp tăng thể tích MDR, hạn chế huỷ mẫu do các nguyên nhân ảnh hưởng trong quá trình thu thập đồng thời làm tăng số lượng tế bào thu thập được nhằm đáp ứng được nhu cầu ứng dụng điều trị các mặt bệnh và trong y học tái tạo.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.49

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zakrzewski W., Dobrzyński M., Szymonowicz M., et al.** Stem cells: past, present, and future. Stem Cell Res Ther, 2019; 10(1), 68.
2. **AABB.** Standards for Blood Banks and Transfusion Services, 33rd edition. Published 2022. https://www.aabb.org/aabb-store/product/standards-for-blood-banks-and-transfusion-services-33rd-edition-print-15998348. Accessed January 5, 2024.
3. **Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (FACT).** Seventh Edition NetCord-FACT International Standards for Cord Blood Collection, Banking and Release for Administration. http://www.factweb.org/forms/store/ProductFormPublic/seventh-edition-netcord-fact-international-standards-for-cord-blood-collection-banking-and-release-for-administration-print-version. Accessed January 13, 2024.
4. **Reuther S, Floegel K, Ceusters G, et al.** Contamination Rate of Cryopreserved Umbilical Cord Blood Is Inversely Correlated with Volume of Sample Collected and Is also Dependent on Delivery Mode. Stem Cells Transl Med. 2022;11(6):604-612. doi:10.1093/stcltm/szac020
5. **Đặng Thị Thu Hằng.** Nghiên cứu ứng dụng quy trình thu thập, xử lý, bảo quản tế. bào gốc máu dây rốn cộng đồng. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2020. https://sdh.hmu.edu.vn/images/00_TVLAhanghhtm35.pdf.
6. Ballen K.K., Gluckman E., and Broxmeyer H.E. Umbilical cord blood transplantation: the first 25 years and beyond. Blood, 2013; 122(4), 491–498.
7. **Bornstein R., Flores A.I., Montalbán M.A., et al.** A modified cord blood collection method achieves sufficient cell levels for transplantation in most adult patients. Stem Cells, 2005; 23(3), 324–334.
8. **Broxmeyer H.E., Douglas G.W., Hangoc G., et al.** Human umbilical cord blood as a potential source of transplantable hematopoietic stem/progenitor cells. Proc Natl Acad Sci USA, 1989; 86(10), 3828–3832.

PHÂN TÍCH SỬ DỤNG THUỐC NỘI TRÚ THEO PHƯƠNG PHÁP ABC–VEN VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2024–2025

Nguyễn Thị Thu Phương[1,2], Đỗ Văn Thắng[1,3], Hà Thị Hương Trà[1,4], Nguyễn Thị Việt Anh[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phân tích ABC và VEN là hai công cụ được khuyến cáo trong quản lý danh mục thuốc bệnh viện, giúp đánh giá chi phí và mức độ thiết yếu của từng thuốc. Việc kết hợp hai phương pháp này có ý nghĩa quan trọng trong kiểm soát sử dụng thuốc hợp lý. **Mục tiêu:** Phân tích tình hình sử dụng thuốc nội trú tại một bệnh viện đại học khu vực phía Bắc trong năm 2024 bằng mô hình ABC–VEN, từ đó đề xuất và đánh giá hiệu quả can thiệp trong Quý I năm 2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu sử dụng dữ liệu thuốc nội trú năm 2024. Phân tích ABC dựa trên giá trị sử dụng thuốc (đơn giá × số lượng), phân loại nhóm A–B–C theo nguyên tắc 70–20–10%. Phân tích VEN dựa trên danh mục thuốc thiết yếu của WHO 2023 và Thông tư 19/2018/TT-BYT. Sau phân tích, thực hiện can thiệp với các thuốc nhóm AN và BN. **Kết quả:** Trong tổng số 1.039 thuốc, nhóm A chiếm 9,4%, nhóm B 13,8% và nhóm C 76,8%. Nhóm E chiếm tỷ lệ cao nhất trong cả ba nhóm ABC, trong khi nhóm N chỉ chiếm 2,8%. Có 28 thuốc thuộc nhóm AN và 12 thuốc thuộc BN được xác định có nguy cơ sử dụng chưa hợp lý. Sau can thiệp Quý I năm 2025, số thuốc nhóm AN và BN giảm lần lượt 39,3% và 41,7%. Một số thuốc được loại khỏi danh mục, số khác chuyển sang sử dụng có điều kiện. **Kết luận:** Phân tích ABC–VEN là công cụ hữu hiệu hỗ trợ quản lý sử dụng thuốc. Việc áp dụng định kỳ và kết hợp với can thiệp thực tế giúp tinh gọn danh mục thuốc, tối ưu chi phí và nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: ABC, VEN, sử dụng thuốc hợp lý, danh mục thuốc bệnh viện, cải tiến chất lượng

SUMMARY

ABC–VEN ANALYSIS OF INPATIENT DRUG UTILIZATION AND EVALUATION OF INTERVENTION OUTCOMES AT HAI PHONG INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL, 2024–2025

Background: ABC and VEN analyses are recommended tools in hospital pharmacy management, enabling classification of drugs based on cost impact and therapeutic necessity. Combining these methods enhances rational drug use and cost control. **Objective:** To evaluate inpatient drug utilization in a university hospital in Northern Vietnam in 2024 using the ABC–VEN matrix, and to assess intervention outcomes in the first quarter of 2025. **Methods:** A descriptive retrospective study was conducted using 2024 inpatient drug data. ABC

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng*
[3]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp*
[4]*Trung tâm Kiểm nghiệm Thuốc, Mỹ phẩm, Thực phẩm Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Phương
Email: nttphuong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 26/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 28/3/2025
Ngày duyệt bài: 12/5/2025

classification was based on total drug cost (unit price × quantity) using 70–20–10% thresholds. VEN classification followed the WHO 2023 Essential Medicines List and Vietnam's Circular 19/2018/TT-BYT. Targeted intervention was applied to AN and BN drug groups. **Results:** Among 1,039 drugs analyzed, Group A accounted for 9.4%, Group B 13.8%, and Group C 76.8%. Essential drugs (E) predominated across all ABC groups, while non-essential drugs (N) made up only 2.8%. A total of 28 AN and 12 BN drugs were flagged for inappropriate use. Following the Q1/2025 intervention, AN and BN drugs were reduced by 39.3% and 41.7%, respectively. Several drugs were removed from the formulary or restricted to conditional use. **Conclusion:** The ABC–VEN analysis is an effective tool for optimizing hospital drug management. Its routine application, coupled with targeted interventions, enhances formulary efficiency, cost savings, and therapeutic outcomes.

Keywords: ABC analysis, VEN analysis, rational drug use, hospital formulary, quality improvement

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quản lý sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và hiệu quả luôn là mục tiêu trọng tâm trong hoạt động điều trị và dược lâm sàng tại các cơ sở y tế. Trong bối cảnh chi phí chăm sóc sức khỏe ngày càng gia tăng, đặc biệt là ngân sách dành cho thuốc, việc sử dụng các công cụ phân tích nhằm đánh giá và kiểm soát danh mục thuốc nội trú đóng vai trò quan trọng. Hai công cụ phổ biến và hiệu quả hiện nay là phân tích ABC và VEN. Phân tích ABC là phương pháp quản lý chi phí dựa trên nguyên lý Pareto, giúp phân loại các thuốc theo giá trị sử dụng: nhóm A là nhóm chiếm tỷ trọng chi phí cao nhất nhưng thường chỉ chiếm một phần nhỏ về số lượng; nhóm B có giá trị trung bình; và nhóm C chiếm phần lớn về số lượng nhưng giá trị sử dụng thấp. Trong khi đó, phân tích VEN (Vital – Essential – Non-essential) giúp xác định mức độ thiết yếu của từng thuốc trong điều trị theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và chính sách quốc gia [1,2].

Kết hợp hai phương pháp này (ABC–VEN) cho phép bệnh viện xác định các thuốc cần ưu tiên cung ứng (như nhóm AV), cũng như phát hiện các thuốc chi phí cao nhưng không thiết yếu (như nhóm AN, BN) để từ đó đề xuất các biện pháp điều chỉnh hợp lý. Việc áp dụng ABC–VEN cũng đã được Bộ Y tế Việt Nam khuyến cáo trong Thông tư 21/2021/TT-BYT như một công cụ hỗ trợ xây dựng danh mục và kiểm soát sử dụng thuốc [3]. Tuy nhiên, trong thực tiễn, nhiều bệnh viện vẫn chưa triển khai thường quy hoặc thiếu dữ liệu phân tích hiệu quả.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm phân tích thực trạng sử dụng thuốc nội trú năm 2024 tại một bệnh viện đại học lớn ở miền Bắc theo mô hình ABC–VEN, từ đó làm cơ sở đề xuất can thiệp, cải tiến quản lý danh mục thuốc trong Quý I năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Dữ liệu sử dụng thuốc nội trú năm 2024 được thu thập từ hệ thống phần mềm quản lý nhà thuốc bệnh viện. Tổng cộng có 1032 mặt hàng thuốc được phân tích. Phân tích ABC

thực hiện dựa trên giá trị sử dụng thuốc (số lượng x đơn giá), xếp thứ tự theo giá trị giảm dần, phân loại nhóm A-B-C theo ngưỡng 70-20-10%. Phân tích VEN thực hiện dựa trên danh mục thuốc thiết yếu WHO 2023. Sau khi phân loại, kết hợp tạo ma trận ABC-VEN và đánh giá phân bố số lượng thuốc và chi phí sử dụng theo từng nhóm.

Phương pháp can thiệp

Dựa trên kết quả phân tích ABC–VEN năm 2024, Hội đồng thuốc và điều trị của bệnh viện đã tiến hành họp rà soát định kỳ vào đầu tháng 01 năm 2025 nhằm xác định các thuốc có nguy cơ sử dụng chưa hợp lý. Trọng tâm can thiệp được đặt vào các thuốc thuộc nhóm AN và BN, đặc biệt là những thuốc có giá trị sử dụng cao nhưng không nằm trong danh mục thuốc thiết yếu theo khuyến cáo của WHO hoặc Thông tư 19/2018/TT-BYT.

Quy trình can thiệp bao gồm:

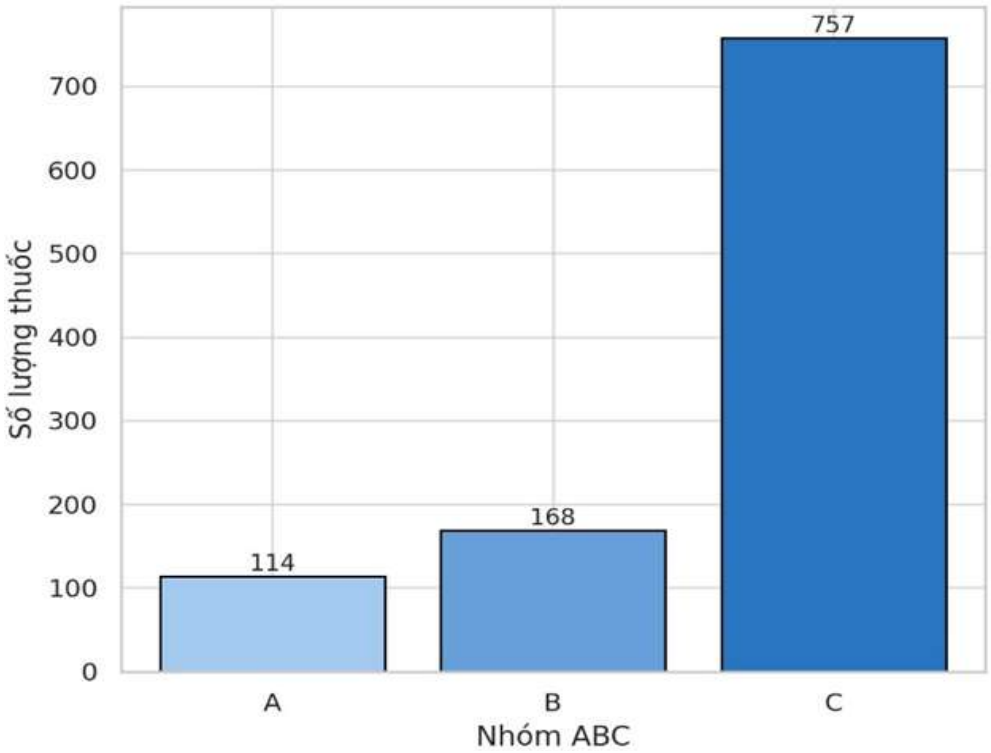
- Rà soát từng thuốc theo nhóm AN/BN, đối chiếu chỉ định sử dụng thực tế trong hồ sơ bệnh án.
- Phân tích tần suất kê đơn, chi phí, và đánh giá vai trò lâm sàng của từng thuốc.
- Thảo luận với các khoa lâm sàng liên quan để làm rõ lý do sử dụng và khả năng thay thế.
- Đưa ra khuyến nghị cụ thể như: giữ lại, thay thế bằng thuốc thiết yếu, chuyển sang dạng dịch vụ ngoài BHYT, hoặc cắt khỏi danh mục thuốc điều trị nội trú.
- Ban hành hướng dẫn sử dụng hợp lý các thuốc cần kiểm soát và lồng ghép nội dung này vào các buổi đào tạo dược lâm sàng quý I năm 2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân tích ABC được thực hiện trên tổng số 1.039 thuốc nội trú đã được sử dụng tại bệnh viện trong năm 2024. Kết quả phân loại cho thấy nhóm A – bao gồm những thuốc có giá trị sử dụng cao nhất – chiếm 114 thuốc, tương ứng với 9,4% tổng số. Nhóm B bao gồm 168 thuốc (13,8%), và nhóm C chiếm số lượng lớn nhất với 757 thuốc (76,8%).

Phân bố này phản ánh rõ quy luật Pareto (80/20), thường được áp dụng trong quản lý tài chính dược, theo đó một tỷ lệ nhỏ các thuốc (nhóm A) chiếm phần lớn ngân sách thuốc của bệnh viện. Các thuốc trong nhóm A thường là thuốc điều trị chuyên biệt, giá cao, sử dụng trong các chuyên khoa nặng như hồi sức cấp cứu, ung thư, nội tiết, tim mạch… Việc xác định chính xác nhóm A đóng vai trò then chốt trong quản lý cung ứng và kiểm soát chi phí hợp lý.

Đồng thời, nhóm C mặc dù chiếm phần lớn số lượng thuốc (trên 3/4 tổng số) nhưng chỉ tiêu tốn một phần rất nhỏ ngân sách, thường là các thuốc phổ biến, giá thấp hoặc ít sử dụng. Những thuốc này có thể gây ra tồn kho nếu không được theo dõi và điều chỉnh kịp thời. Phân tích này cho phép định hướng ưu tiên trong quản lý dược: tăng cường giám sát nhóm A, tối ưu danh mục nhóm B, và kiểm soát tồn kho với nhóm C. (Hình 1)

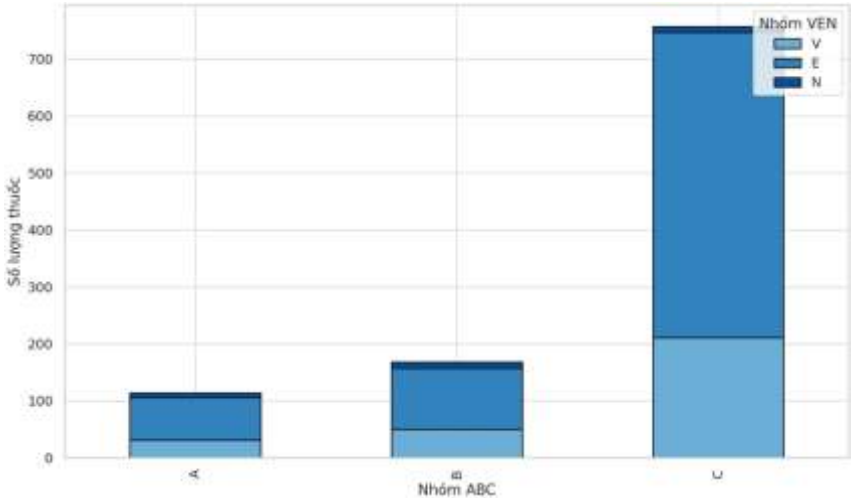


Hình 1. Phân bố số lượng thuốc theo nhóm ABC

(Biểu đồ cột thể hiện số lượng thuốc thuộc từng nhóm A, B, C)

Khi kết hợp phân tích ABC với phân loại VEN, danh mục thuốc nội trú tại bệnh viện năm 2024 được phân chia rõ ràng theo chức năng sử dụng và mức độ thiết yếu. Trong đó, nhóm V (Vital) – bao gồm các thuốc cấp cứu, hồi sức và bắt buộc phải có – xuất hiện ở cả ba nhóm ABC, chiếm 27,2% trong nhóm A (31/114 thuốc), 29,8% trong nhóm B (50/168 thuốc), và 27,9% trong nhóm C (211/757 thuốc). Điều này cho thấy nhiều thuốc thiết yếu có mặt không chỉ trong nhóm chi phí cao mà còn hiện diện đáng kể ở nhóm C – nhóm chiếm số lượng lớn nhưng có giá trị sử dụng thấp, phản ánh đặc thù sử dụng rộng rãi các thuốc cơ bản trong chăm sóc điều trị. Nhóm E (Essential), tức các thuốc nền tảng và thường quy trong thực hành lâm sàng, chiếm tỷ trọng cao nhất trong toàn bộ danh mục. Cụ thể, nhóm E chiếm 65,8% số thuốc nhóm A (75 thuốc), 63,7% nhóm B (107 thuốc), và áp đảo trong nhóm C với 536 thuốc, tương ứng 70,8%. Đây là bằng chứng cho thấy danh mục thuốc của bệnh viện được xây dựng phù hợp với nhu cầu điều trị phổ biến và đảm bảo tiếp cận các thuốc cần thiết cho người bệnh.

Ngược lại, nhóm N (Non-essential), tức các thuốc ít thiết yếu hoặc ít được khuyến cáo sử dụng, chỉ chiếm tỷ lệ rất nhỏ trong toàn bộ cơ cấu: 7,0% nhóm A (8 thuốc), 6,5% nhóm B (11 thuốc), và 1,3% nhóm C (10 thuốc). Tổng cộng chỉ có 29 thuốc (2,8%) được xếp vào nhóm N. Mặc dù số lượng không lớn, nhưng đây là nhóm thuốc cần được Hội đồng thuốc và điều trị rà soát kỹ, do nguy cơ sử dụng chưa thực sự hợp lý hoặc giá trị lâm sàng chưa rõ ràng (Hình 2)

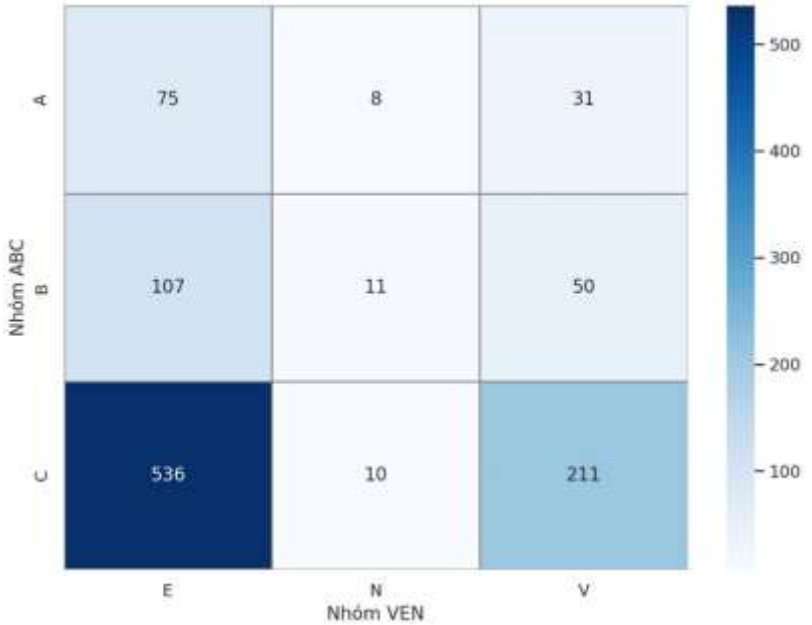


Hình 2. Biểu đồ ma trận ABC–VEN

(Thể hiện số lượng thuốc theo từng nhóm ABC phân chia theo VEN: V, E, N)

Biểu đồ heatmap ở Hình 3 thể hiện ma trận ABC–VEN, cho thấy:

- Tập trung nhiều nhất là nhóm CE (536 thuốc) – thuốc có giá trị thấp nhưng cần thiết.
- Nhóm AE (75 thuốc) và AV (31 thuốc) là những thuốc cần ưu tiên đảm bảo cung ứng liên tục.
- Một số thuốc thuộc nhóm AN (8 thuốc) và BN (11 thuốc) là đối tượng cần được rà soát, đánh giá lại về tính cần thiết và hiệu quả sử dụng để tối ưu hóa danh mục thuốc bệnh viện.



Hình 3. Heatmap phân bố thuốc theo ma trận ABC–VEN

(Biểu đồ nhiệt thể hiện sự kết hợp số lượng giữa nhóm ABC và VEN)

Trong danh sách các thuốc thuộc nhóm AN và BN, đa số là các dung dịch nuôi dưỡng tĩnh mạch chứa acid amin, glucose và nhũ dịch lipid như COMBILIPID, Kidmin, Mg-tan, Hepagold... Đây là nhóm thuốc có chi phí cao nhưng không nằm trong danh mục thiết yếu, cần được rà soát kỹ về chỉ định và thời gian sử dụng để tránh lạm dụng. Một số thuốc khác như Normagut (men vi sinh), Laci-eye (thuốc nhỏ mắt) và vắc xin Gardasil 9 cũng thuộc nhóm AN, tuy có vai trò nhất định nhưng không được xếp vào nhóm thiết yếu theo WHO hoặc quy định trong nước. Các thuốc này cần được Hội đồng thuốc và điều trị xem xét, cân nhắc giữ lại, điều chỉnh chỉ định hoặc đưa ra khỏi danh mục thuốc nội trú thông thường nếu không thật sự cần thiết.

Bảng 1. Danh sách một số thuốc thuộc nhóm AN và BN cần xem xét can thiệp

STT	Tên thuốc	Hoạt chất	Phân loại ABC	Phân loại VEN	ABC-VEN
1	Gardasil 9 (0.5 ml)	9 typ HPV	A	N	AN
2	Normagut	Saccharomyces boulardii	A	N	AN
3	Mg-tan	Acid amin+Glucose+Nhũ dịch lipid	A	N	AN
4	Hepagold	Acid amin tự do 7,99%,	A	N	AN
5	Kidmin	Acid amin	A	N	AN
6	Combilipid	Acid amin+glucose+Nhũ dịch lipid	A	N	AN
7	Laci-eye	Hydroxypropylmethylcellulose	A	N	AN

Trong Quý I năm 2025, sau khi áp dụng kết quả phân tích ABC–VEN vào thực tiễn quản lý, bệnh viện đã tiến hành can thiệp đối với nhóm thuốc có nguy cơ sử dụng chưa hợp lý, chủ yếu tập trung vào nhóm AN và BN. Trước can thiệp, nhóm AN chiếm 8,6% tổng số thuốc nhóm A, trong khi nhóm BN chiếm 6,5% nhóm B. Sau khi triển khai các biện pháp rà soát và điều chỉnh danh mục, số lượng thuốc thuộc nhóm AN đã giảm từ 28 xuống còn 17 thuốc, tương đương giảm 39,3%. Nhóm BN cũng giảm từ 12 xuống còn 7 thuốc, tương đương giảm 41,7%.

Trong số đó, 5 thuốc AN được đưa vào danh mục sử dụng có điều kiện với chỉ định kiểm soát; 4 thuốc bị loại khỏi danh mục thuốc nội trú do không còn phù hợp về mặt hiệu quả – chi phí. Nhóm BN chủ yếu được giữ lại có điều kiện, trong khi 2 thuốc bị đề xuất thay thế bằng thuốc thiết yếu có cùng tác dụng. Đồng thời, bệnh viện đã ban hành hướng dẫn sử dụng hợp lý nhóm thuốc bổ sung, nuôi dưỡng và các thuốc không thiết yếu; tổ chức 2 lớp đào tạo cho cán bộ y tế về nhận diện thuốc nhóm N và thuốc sử dụng có điều kiện (Bảng 2).

Bảng 2. So sánh số lượng thuốc nhóm AN, BN trước và sau can thiệp

Nhóm thuốc	Số lượng (2024)	Số lượng (sau can thiệp Q1/2025)	Thay đổi (số)	Thay đổi (%)
AN	28	17	−11	−39,3%
BN	12	7	−5	−41,7%
Tổng	40	24	−16	−40,0%

IV. BÀN LUẬN

Phân tích ABC–VEN là một trong những công cụ đơn giản nhưng hiệu quả trong quản lý danh mục thuốc tại các cơ sở khám chữa bệnh. Kết quả nghiên cứu tại bệnh viện cho thấy phân bố thuốc theo nhóm ABC tương đối phù hợp với quy luật Pareto: nhóm A chỉ chiếm 9,4% tổng số thuốc nhưng tiêu tốn phần lớn ngân sách, trong khi nhóm C chiếm tới 76,8% số lượng nhưng chi phí lại không đáng kể. Đây là đặc điểm thường gặp trong các bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương, nơi danh mục thuốc phong phú và phân bổ ngân sách có giới hạn [4,5].

Phân tích VEN cho thấy đa số thuốc thuộc nhóm E (Essential), phản ánh sự ưu tiên của bệnh viện trong đảm bảo điều trị nền tảng. Tuy nhiên, sự hiện diện của thuốc nhóm N (Non-essential) trong cả ba nhóm ABC, đặc biệt ở nhóm A và B, là tín hiệu cảnh báo cần thiết về khả năng sử dụng thuốc không thiết yếu trong thực hành lâm sàng. Tương tự, nhóm V (Vital) tuy chiếm tỷ lệ khiêm tốn nhưng lại phân bố đều trong cả ba nhóm ABC, cho thấy có một số thuốc thiết yếu nhưng lại được xếp vào nhóm B hoặc C – cần được bảo đảm cung ứng liên tục, tránh thiếu hụt.

Đáng chú ý, nhóm AN và BN – là nhóm thuốc có chi phí sử dụng cao hoặc trung bình nhưng không nằm trong danh mục thiết yếu – được xác định là nhóm trọng tâm cần can thiệp. Kết quả phân tích cho thấy có một số thuốc có hàm lượng cao, dạng bào chế đặc biệt hoặc sản phẩm phối hợp không cần thiết được sử dụng phổ biến mà không có chỉ định rõ ràng. Các thuốc như COMBILIPID, Kidmin, Normagut hoặc các thuốc nhỏ mắt như Laci-eye đều được phát hiện nằm trong nhóm này. Sự hiện diện của các thuốc này cũng tương đồng với nghiên cứu của Shankar et al. (2006) tại Nepal, khi nhóm AN chiếm hơn 30% ngân sách thuốc nhưng chưa được kiểm soát chặt về chỉ định [5].

Điểm nổi bật của nghiên cứu này là việc không chỉ dừng lại ở phân tích mô tả, mà còn triển khai can thiệp thực tế trong Quý I năm 2025. Kết quả can thiệp cho thấy số lượng thuốc nhóm AN giảm từ 28 còn 17 thuốc (giảm 39,3%) và nhóm BN giảm từ 12 còn 7 thuốc (giảm 41,7%). Một số thuốc được loại khỏi danh mục, số khác chuyển sang sử dụng có điều kiện. Bệnh viện cũng ban hành hướng dẫn kê đơn hợp lý, đồng thời tổ chức tập huấn cho cán bộ y tế. Những bước đi này cho thấy việc áp dụng ABC–VEN không chỉ có giá trị lý thuyết mà thực sự mang lại hiệu quả quản lý trong thực tiễn bệnh viện.

Ngoài ra, việc cập nhật danh mục dựa trên phân tích ABC–VEN còn góp phần giảm áp lực ngân sách dược, đặc biệt trong bối cảnh nguồn chi cho thuốc ngày càng bị giới hạn, đồng thời phù hợp với định hướng của Bộ Y tế trong việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và hiệu quả theo Thông tư 21/2021/TT-BYT [3].

Tuy vậy, nghiên cứu cũng có một số hạn chế. Phân loại VEN vẫn còn phụ thuộc vào tiêu chí và hướng dẫn quốc tế (WHO) cũng như Thông tư trong nước, nhưng chưa phản ánh đầy đủ nhu cầu điều trị thực tế tại từng chuyên khoa. Ngoài ra, số liệu can thiệp mới

chỉ phản ánh trong 3 tháng đầu năm, cần tiếp tục theo dõi và đánh giá trung hạn, dài hạn để có kết luận toàn diện hơn.

Tóm lại, kết quả nghiên cứu cho thấy phân tích ABC–VEN không chỉ giúp đánh giá toàn diện danh mục thuốc mà còn hỗ trợ hoạch định chính sách sử dụng thuốc hợp lý trong bệnh viện. Việc triển khai phân tích định kỳ kết hợp với can thiệp chủ động sẽ góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, tiết kiệm chi phí và đảm bảo chất lượng dược lâm sàng bền vững.

V. KẾT LUẬN

Phân tích ABC-VEN cho phép đánh giá toàn diện tình hình sử dụng thuốc tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng. Nhóm thuốc AV và AE nên được ưu tiên đảm bảo cung ứng. Nhóm AN, BN cần được kiểm tra lại và loại bỏ nếu không phù hợp. Việc áp dụng ABC-VEN giúp cải tiến hiệu quả quản lý danh mục thuốc, giảm thiểu lãng phí và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** WHO Model List of Essential Medicines, 23rd List, 2023.
2. **WHO.** Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals. 1997.
3. **Bộ Y tế.** Thông tư 21/2021/TT-BYT hướng dẫn quản lý sử dụng thuốc trong cơ sở khám chữa bệnh.
4. **Trần Văn Tuấn và cs.** Ứng dụng phân tích ABC–VEN tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình. Tạp chí Dược học. 2020.
5. **Shankar PR, et al.** ABC and VEN analysis in a teaching hospital in Western Nepal. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2006;31(5):443-449.
6. **Management Sciences for Health (MSH).** MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies. 2012.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI ĐẠI THỂ VÀ KẾT QUẢ CẮT POLYP DẠ DÀY QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Thị Phương Thảo[1], Nguyễn Bảo Trân[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình thái đại thể và kết quả cắt polyp dạ dày qua nội soi. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 132 bệnh nhân được nội soi chẩn đoán có polyp dạ dày và đã được cắt polyp tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ bệnh polyp tăng dần theo lứa tuổi, nữ bị nhiều hơn nam. Vị trí polyp tập trung nhiều nhất ở vùng thân vị và giảm dần theo cả hai hướng về phía tâm vị và môn vị. Đa số polyp có kích thước nhỏ hơn 10mm, chủ yếu là polyp không cuống (90,15%), đa số polyp có bề mặt nhẵn (75%) và viêm (18,18%). Kết quả cắt hoàn toàn 100% polyp được phát hiện (81,82% được đánh giá tốt và 18,18% trung bình). Tỷ lệ chảy máu khi cắt thấp nhưng dễ xảy ra ở polyp có cuống.

Từ khóa: nội soi dạ dày, polyp dạ dày, cắt polyp

SUMMARY

ENDOSCOPIC MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND POLYPECTOMY OUTCOMES OF GASTRIC POLYPS AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To describe the gross morphological characteristics and outcomes of endoscopic gastric polyp resection. **Subjects:** This study was conducted on 132 patients diagnosed with gastric polyps by endoscopy and who underwent polypectomy at Viet Tiep Friendship Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study. **Results and Conclusion:** The prevalence of gastric polyps increased with age and was higher in females than in males. Polyps were most commonly located in the gastric corpus, with decreasing frequency toward both the cardia and pylorus. The majority of polyps measured less than 10 mm in diameter and were predominantly sessile (88.8%), with smooth surfaces (75%) and signs of inflammation in 18.2% of cases. All patients with detected polyps underwent complete endoscopic resection, with 81.82% of outcomes rated as good and 18.18% as fair. The overall rate of bleeding during resection was low but was more likely to occur in pedunculated polyps.

Keywords: Gastroscopy, gastric polyps, polypectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp dạ dày là những khối phát triển bất thường trên niêm mạc trong lòng dạ dày. Trong trường hợp polyp dạ dày có kích thước lớn, các triệu chứng có thể xuất hiện kèm theo là chảy máu, thiếu máu, tắc nghẽn đường tiêu hóa hoặc đau bụng. Tuy nhiên, khoảng 90% trường hợp lại không có triệu chứng nhưng có một số loại polyp lại tiềm ẩn

[1]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng*
[2]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bảo Trân
Email: nbtran@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 22/4/2025
Ngày phản biện khoa học: 22/4/2025
Ngày duyệt bài: 21/5/2025

khả năng ác tính, cần điều trị nội soi thêm hoặc theo dõi định kỳ [1].

Cùng với sự phát triển và sử dụng rộng rãi của kỹ thuật nội soi ống mềm, các polyp dạ dày đã được phát hiện thường xuyên hơn. Khoảng 90% không có triệu chứng, nhưng khi có kích thước lớn, các triệu chứng có thể xuất hiện kèm theo là chảy máu, thiếu máu, tắc nghẽn đường tiêu hóa hoặc đau bụng. Do những hạn chế về việc đánh giá khả năng gây ung thư của polyp dạ dày, các Hiệp hội Tiêu hóa trên thế giới thường khuyến cáo khi phát hiện polyp dạ dày nên cắt bỏ toàn bộ dựa trên kích thước khối polyp.

Cho đến nay, ở Việt Nam nói chung cũng như ở Hải Phòng nói riêng, chưa có một nghiên cứu cập nhật về bệnh lý polyp dạ dày, sau khi có các nghiên cứu mới chỉ ra sự thay đổi về hình thái và vị trí xuất hiện của polyp dạ dày do tình trạng nhiễm Helicobacter pylori và sử dụng thuốc ức chế bơm proton (PPI) kéo dài [2]. Chính vì vậy nên kinh nghiệm về chẩn đoán, xử trí và điều trị trước những thay đổi của polyp dạ dày còn hạn chế. Việc nghiên cứu bệnh lý polyp dạ dày cần được quan tâm đúng mức và có thái độ xử trí thích hợp.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau: ***Mô tả đặc điểm hình thái và đánh giá kết quả cắt polyp qua nội soi của bệnh nhân polyp dạ dày tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 1/2023 đến tháng 5/2023.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: Tất cả các BN được chẩn đoán có polyp dạ dày tại khoa Thăm dò chức năng của Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong thời gian từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 6 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: gồm những BN được nội soi dạ dày tá tràng có hình ảnh polyp dạ dày trên nội soi và đã được cắt polyp đồng thời có chẩn đoán mô bệnh học xác định là polyp.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang loạt ca bệnh

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất, tất cả các BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Chúng tôi thu thập được 132 bệnh nhân đủ điều kiện nghiên cứu.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu thu thập được qua bệnh án nghiên cứu được xử lý trên phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của các bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Sự phân bố theo tuổi (n = 132)

	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	≥ 60	Tổng
Số lượng	2	5	19	21	33	52	132
Tỷ lệ	1,52	3,79	14,39	15,91	25,00	39,39	100,00
Tuổi trung bình (năm)	52,66 ± 13,25						

Tỷ lệ bệnh nhân tăng theo lứa tuổi, thấp nhất là 18 tuổi và cao nhất là 75 tuổi. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2: Sự phân bố theo giới (n = 132)

Giới	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	31	23,48
Nữ	101	76,52
Tổng	**132**	**100,00**

Tỷ lệ bệnh nhân nữ nhiều hơn nam Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05

3.2. Hình thái polyp dạ dày qua nội soi

Chúng tôi thực hiện nội soi dạ dày bằng máy nội soi ống mềm Olympus GIF – H170 cho các bệnh nhân nghi ngờ có bệnh lý ở thực quản, dạ dày, tá tràng cũng như bệnh lý của đường mật tuỵ lân cận. Trong quá trình soi có polyp dạ dày chúng tôi tiến hành đánh giá, nhận xét các đặc điểm đại thể của polyp về số lượng, vị trí, kích thước, hình dạng, màu sắc, hình thái và tổn thương phối hợp nếu có.

Bảng 3: Đặc điểm polyp ở đối tượng nghiên cứu (n = 132)

		Số lượng	Tỉ lệ %
Số lượng polyp	1	76	57,58
	2 – 8	52	39,39
	9 – 15	2	1,52
	> 15	2	1,52
Vị trí polyp	Tâm vị	6	4,55
	Đáy vị	28	21,21
	Thân vị	77	58,33
	Hang vị	18	13,64
	Môn vị	3	2,27

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân chỉ có một polyp, tỷ lệ giảm dần khi số lượng polyp/bệnh nhân tăng. Cá biệt có hai trường hợp có số lượng polyp lên đến 21 và 23. Tỷ lệ polyp xuất hiện nhiều nhất ở vùng thân vị chiếm tỷ lệ 58,3%, giảm dần về hai phía tâm vị và môn vị của dạ dày. Sự khác biệt có ý nghĩa thông kê với p < 0,05.

Bảng 4: Phân loại polyp ở đối tượng nghiên cứu (n = 132)

		Số lượng	Tỉ lệ %
Kích thước	< 5 mm	76	57,58
	5 – 10 mm	47	35,61
	> 10 mm	9	6,82
Hình dạng	Có cuống	5	3,79
	Bán cuống	6	4,55
	Không cuống	119	90,15
	Phẳng	2	1,52
Hình thái	Nhẵn	99	75,00
	Xù xì	1	0,76
	Loét	8	6,06
	Viêm	24	18,18

Nhận xét: Chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi là polyp không cuống chiếm 90,2%. Kích thước trung bình polyp 5,67 ± 2,638 mm, phần lớn là các polyp có kích thước nhỏ hơn 5mm, chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi là polyp có hình thái bề mặt nhẵn tỷ lệ 75%.

Bảng 5: Đối chiếu giữa kích thước và hình dạng polyp

Kích thước		Hình dạng polyp				Tổng
		Có cuống	Bán cuống	Không cuống	Phẳng	
≤ 5 mm	SL	1	2	52	1	56
	%	1,0%	2,0%	53,1%	1,0%	57,1%
5 - 10 mm	SL	1	3	30	0	34
	%	1,0%	3,1%	30,6%	0,0%	34,7%
> 10 mm	SL	2	1	5	0	8
	%	2,0%	1,0%	5,1%	0,0%	8,2%
Tổng	SL	4	6	87	1	98
	%	4,1%	6,1%	88,8%	1,0%	100%
Fisher's Exact Test		< 0.05				

Trong nghiên cứu của chúng tôi, polyp không cuống kích thước nhỏ hơn 5mm chiếm tỷ lệ 53,1%. Bên cạnh đó, không thấy xuất hiện các polyp dạng dẹt có kích thước lớn hơn 5mm.

Bảng 6: Đối chiếu giữa kích thước và vị trí polyp

Kích thước		Vị trí polyp					Tổng
		Tâm vị	Đáy vị	Thân vị	Hang vị	Môn vị	
≤ 5 mm	SL	2	17	34	3	0	56
	%	2,0%	17,3%	34,7%	3,1%	0,0%	57,1%
5 - 10 mm	SL	3	5	16	8	2	34
	%	3,1%	5,1%	16,3%	8,2%	2,0%	34,7%
> 10 mm	SL	0	0	6	2	0	8
	%	0,0%	0,0%	6,1%	2,0%	0,0%	8,2%
Tổng	SL	5	22	56	13	2	98
	%	5,1%	22,4%	57,1%	13,3%	2,0%	100%
Cramer's V		0.12					

Trong 57,1% polyp vùng thân vị thì đa số có kích thước nhỏ hơn 5mm và tỷ lệ giảm dần khi kích thước polyp tăng lên.

3.3. Kết quả cắt polyp

Bảng 7: Sự phân bố theo số lần cắt polyp

Số lần cắt	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
1 lần	76	59,1
≥ 2 lần	56	40,9
Tổng	**132**	**100,0**

Trong quá trình cắt polyp, nhóm nghiên cứu phải tiến hành 1 hoặc 2 lần cắt tùy thuộc vào số lượng, vị trí và kích thước polyp.

Bảng 8: Thiết bị cắt polyp

Thiết bị cắt		Kích thước polyp				
		≤ 5 mm	**5 – 10 mm**	**> 10 mm**	**Tổng**	**p**
Thòng lọng điện	SL	12	42	9	63	< 0,05
	%	9.1%	31.8%	6.8%	47.7%	
Kìm điện	SL	4	1	0	5	
	%	3.0%	0.8%	0.0%	3.8%	
Kìm sinh thiết	SL	46	3	0	49	
	%	34.8%	2.3%	0.0%	37.1%	
Phối hợp	SL	14	1	0	15	
	%	10.6%	0.8%	0.0%	11.4%	
Tổng	SL	76	47	9	132	
	%	57.6%	35.6%	6.8%	100.0%	

Chúng tôi tiến hành cắt polyp chủ yếu bằng thòng lọng điện với các polyp có kích thước lớn hơn 5mm và cắt bằng kìm sinh thiết, kìm điện với các polyp có kích thước nhỏ hơn 5mm.

Bảng 9: Biến chứng cắt polyp

Biến chứng	Cắt polyp	
	Số lượng	**Tỉ lệ %**
Chảy máu trong khi cắt	8	6,06
Chảy máu muộn	1	0,76
Đau bụng sau cắt	15	11,36
Thủng	0	0
Không biến chứng	108	81,82
Tổng	**132**	**100**

Biến chứng gặp nhiều nhất là đau bụng sau cắt nhưng chỉ chiếm tỷ lệ 11,36% bệnh nhân, các trường hợp này đã được theo dõi loại trừ biến chứng thủng dạ dày. Có 1 trường hợp (0,76%) có dấu hiệu chảy máu muộn nhưng được xử trí nội khoa và ổn định sau hai ngày.

Bảng 10: Kết quả cắt polyp

Kết quả cắt	Tốt	Trung bình	Thất bại	Tổng
Số BN	108	24	0	132
%	81,82	18,18	0,0	100

Tỷ lệ cắt thành công theo tiêu chuẩn đề ra là 100 %.

Bảng 11: Kết quả tái khám

Kết quả tái khám	Không có polyp	Có polyp	Tổng
Số BN	61	0	61
%	100	0	100.0

Do điều kiện thời gian khi tiến hành nghiên cứu nên chỉ có 61 bệnh nhân quay lại tái khám. Kết quả nội soi lại không có bệnh nhân nào xuất hiện polyp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của các bệnh nhân nghiên cứu

Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo lứa tuổi, trong đó tỷ lệ bệnh nhân từ trên 50 tuổi có sự khác biệt rõ rệt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 52,66 ± 13,254. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Amarapurkar và cs từ 10.800 ca ở Ấn Độ có kết quả tuổi trung bình là 55,4 [1] nhưng thấp hơn của các các tác giả Coral [2], Arguello và cộng sự [3].

Tỷ lệ bị polyp dạ dày ở nữ (76,52%) nhiều hơn nam (23,48%) và tỷ số nam/nữ là 1:3,26. Kết quả chúng tôi gần với kết quả của Wei Gao và cs cho tỷ lệ nam/nữ là 1:2,38 [5] Arguello và cs (62% nữ) [3]. Nhìn chung, các nghiên cứu đều nhận định nữ giới bị polyp dạ dày nhiều hơn nam giới.

4.2. Hình thái polyp dạ dày qua nội soi

Số lượng polyp

Kết quả của chúng tôi ghi nhận có 76 bệnh nhân có polyp đơn độc chiếm tỷ lệ 57,58%, có 52 bệnh nhân có số lượng từ 2-8 polyp chiếm tỷ lệ 39,39% và có hai bệnh nhân có số lượng polyp nhiều nhất lần lượt là 21 và 23 polyp. So với các tác giả nước ngoài khác đã công bố trong thời gian qua cũng có sự khác biệt, Olmez và cs cho kết quả 73,4% có polyp đơn độc trong dạ dày [4], Arguello và cs công bố có 46,1% có polyp đơn độc [3]. Sự khác biệt về số lượng polyp trong các nghiên cứu theo chúng tôi tùy thuộc vào vùng địa lý nghiên cứu, hoặc tùy thuộc vào thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu của nghiên cứu. Một nhận xét của Goddard cũng rất đáng lưu ý khi cho rằng tình trạng một polyp đơn độc hay đa polyp trong dạ dày còn tùy thuộc vào loại polyp nào [7].

Vị trí polyp

Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 108 bệnh nhân có polyp xuất hiện tại một vùng giải phẫu của dạ dày và 24 bệnh nhân có polyp xuất hiện cùng lúc ở 2 vùng giải phẫu khác nhau. Kết quả nhiên cứu cho thấy polyp ở vùng thân vị chiếm tỷ lệ cao nhất là 58,33%, tiếp theo là ở đáy vị 21,21%. Tỷ lệ giảm dần ở các vùng còn lại: ở hang vị 13,64%, ở tâm vị 4,55% và vùng môn vị chiếm 2,27%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả các tác giả Việt Nam đã từng công bố trước đây tỷ lệ ở hang vị cao hơn tỷ lệ ở than vị. So với các tác giả nước ngoài gần đây, tỷ lệ của chúng tôi gần tương tự như Garcia-Alonso và cs: 39,3% ở thân vị, 34,8% ở hang vị [9], Corral và cs: 46,2% ở thân vị và 14,5% ở hang vị [2], Wei Gao và cs: 47,8% ở thân vị, 26,3% ở hang vị và 19,3% ở đáy vị [5].

Điều rất đáng quan tâm trong quá trình so sánh số liệu về vị trí từ các nghiên cứu trong và ngoài nước là sự thay đổi tỷ lệ xuất hiện polyp ở vùng thân vị và đáy vị. Trong thời gian 10 đến 15 năm gần đây, tỷ lệ polyp ở vùng thân vị đa số cao hơn ở vùng hang vị, ngược lại với các nghiên cứu cách đây trước đó thì tỷ lệ polyp ở vùng hang vị rất cao.

Kích thước polyp

Kích thước trung bình của polyp trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,67 ± 2,638 mm. Tương tự như Corral và cs nghiên cứu từ 33.695 ca cho kết quả: 6,5 ± 4,9 mm [2]. Đồng thời, chúng tôi thu nhận kết quả có 93,18% bệnh nhân có kích thước dưới 10mm. Kết quả nghiên cứu polyp có kích thước dưới 10mm của Quách Trọng Đức là 84,3% [6], kết quả của Arguello và cs là 83,3% [3], theo Amarapurkar và cs là 94,9% [1].

Tóm lại kích thước trung bình của polyp thay đổi theo các nghiên cứu của các tác giả khác nhau. Tuy nhiên, tất cả các nghiên cứu đều ghi nhận tỷ lệ cao các polyp có kích thước dưới 10mm. Do các polyp càng nhỏ thì

nguy cơ chảy máu càng thấp và vì vậy sẽ có tiên lượng tốt hơn cho các nhà lâm sàng tiến hành cắt polyp.

Hình dạng polyp

Từ 132 bệnh nhân thu nhận trong quá trình nghiên cứu của chúng tôi, polyp không cuống chiếm tỷ lệ cao nhất 90,15%, polyp có cuống 3,79%, bán cuống 4,55% và polyp dạng dẹt 1,52%. Kết quả nghiên cứu chúng tôi nhìn chung đều như các tác giả khác trên thế giới là tỷ lệ polyp không cuống chiếm đa số, điều này có những ý nghĩa nhất định trong việc chuẩn bị cho quá trình cắt polyp vì kỹ thuật cắt các polyp không cuống cần tạo cuống giả để đẩy polyp lên tách lớp niêm mạc khỏi lớp cơ niêm, sau đó đốt cắt cho tới khi polyp được rời ra.

Hình thái bề mặt của polyp

Trong quá trình nội soi, chúng tôi quan sát đánh giá hình thái bề mặt polyp và thu nhận được kết quả: 75,00% có bề mặt nhẵn, 18,18% viêm xung huyết, 6,06% loét và 0,76% có bề mặt sù xì. Tuy nhiên thông tin này có giá trị không cao vì phụ thuộc nhiều vào cảm quan của người tiến hành thủ thuật.

Đánh giá mối liên quan giữa kích thước và hình dạng, vị trí polyp dạ dày qua nội soi

Theo bảng 8, tỷ lệ các loại polyp không cuống đa số có kích thước nhỏ hơn 5mm chiếm tỷ lệ 53,8% và giảm dần khi kích thước tăng lên, polyp không cuống có kích thước từ 5 đến 10mm chiếm 31,8% và có kích thước lớn hơn 10mm chiếm tỷ lệ 4,5%. Mặt khác tỷ lệ polyp có cuống và bán cuống tăng dần khi có kích thước lớn hơn 5mm.

Về mối liên quan giữa vị trí và kích thước của polyp, theo bảng 9, chúng tôi nhận thấy các polyp có kích thước nhỏ hơn 5mm có xu thế tập trung nhiều hơn ở nửa trên dạ dày từ thân vị đến tâm vị. Trong khi các polyp có kích thước lớn hơn 5mm tập trung nhiều ở ở nửa dưới dạ dày từ thân vị trở xuống. Mối liên quan giữa vị trí và kích thước của polyp không có ý nghĩa thống kê.

Đối chiếu giữa hình dạng và vị trí polyp, đa số polyp không cuống tập trung ở vùng thân vị và giảm dần về hai phía của dạ dày.

4.3. Kết quả cắt polyp

Chúng tôi đã tiến hành cắt polyp trên bệnh nhân với quy trình kỹ thuật và các bước tiến hành theo các hướng dẫn chung về cắt polyp gần đây của các tác giả Moss, Rutter và hướng dẫn của Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa châu Âu theo định hướng sử dụng thiết bị và kỹ thuật cắt polyp dựa trên các tiêu chí: kích thước, vị trí, hình thái và khả năng tiếp cận polyp. Căn cứ các tiêu chí đánh giá đã đề ra, chúng tôi thu nhận kết quả cắt 81.82% tốt, 18.18% trung bình và không có trường hợp nào thất bại.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các thiết bị sử dụng để cắt polyp chủ yếu là thòng lọng điện cho các polyp có kích thước lớn hơn 5mm và kìm sinh thiết, kìm điện cho đa số các polyp có kích thước nhỏ hơn 5mm.

Chảy máu được ghi nhận là một tác dụng ngoại ý tiềm ẩn khi cắt polyp trong nội soi. Trong quá trình cắt polyp của chúng tôi có tỷ lệ 6,06% chảy máu nhưng đã được xử lý ngay bằng cách tiêm adrenaline vào chân cuống và kẹp clip cầm máu. Trong 8 trường hợp chảy máu tại polyp thì có 4 trường hợp polyp có kích thước lớn hơn 10mm. Nguyên nhân có thể do trong quá trình cắt những polyp có kích thước lớn không cuống nên diện cắt lớn, do đó nguy cơ chảy máu sẽ tăng lên.

Một điều đáng lưu ý là trong 5 trường hợp polyp có cuống thì có đến 2 trường hợp (40%) chảy máu tại chỗ cắt polyp. Nguyên nhân có thể do cấu trúc của cuống polyp có nhiều mạch máu tập trung trên một tiết diện

nhỏ dẫn đến áp lực dòng máu sẽ lớn hơn so với các vùng khác của polyp. Do đó, khi cắt ngang qua cuống của polyp nguy cơ chảy máu sẽ cao hơn các polyp không cuống. Cordova cũng ghi nhận trong nghiên cứu của mình, trường hợp chảy máu xảy ra nhiều nhất ở các loại polyp có cuống [98].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 61 bệnh nhân quay lại tái khám trong vòng 6 tháng. Kết quả nội soi dạ dày của những bệnh nhân này đều thấy đã hết polyp, như vậy tỷ lệ cắt hoàn toàn hết polyp là 100%. Kết quả sau cắt của chúng tôi đa số không có biến chứng đã chứng tỏ nội soi là công cụ hiệu quả và an toàn trong việc chẩn đoán và điều trị polyp dạ dày. Hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước đều xác nhận nhận định này

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 132 bệnh nhân được phát hiện và cắt đốt polyp dạ dày qua nội soi, xét nghiệm mô bệnh học tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: Có sự thay đổi về vị trí xuất hiện của polyp ở dạ dày so với các nghiên cứu khác cách đây 10-15 năm, tập trung nhiều nhất ở vùng thân vị 58,33% và giảm dần theo cả hai hướng về phía tâm vị và môn vị. Tỷ lệ bệnh polyp tăng dần theo lứa tuổi, nữ bị nhiều hơn nam. Kích thước trung bình của polyp 5,67 ± 2,638 mm, chủ yếu là polyp không cuống (90,15%), đa số polyp có bề mặt nhẵn (75,00%). Kết quả cắt hoàn toàn 100% polyp được phát hiện (81,82% được đánh giá tốt và 18,18% trung bình). Tỷ lệ chảy máu khi cắt thấp nhưng dễ xảy ra ở polyp có cuống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amarapurkar A D, et al,** Histomorphological analysis of gastric polyps. Indian journal of pathology & microbiology (2021).64 (Supplement), p.S69-S72.
2. **Corral J E, et al,** Management patterns of gastric polyps in the United States. Frontline gastroenterology (2019).10 (1), p.16-23.
3. **Arguello Viudez L, et al,** Gastric polyps: Retrospective analysis of 41,253 upper endoscopies. Gastroenterologia y hepatologia (2017).40 (8), p.507-514.
4. **Olmez S, et al,** Evaluation of patients with gastric polyps. Northern clinics of Istanbul (2018).5 (1), p.41-46.
5. **Gao W, et al,** The clinicopathological characteristics of gastric polyps and the relationship between fundic gland polyps, Helicobacter pylori infection, and proton pump inhibitors. Annals of Palliative Medicine (2021).10 (2), p.2108-2114.
6. **Quách Trọng Đức, et al,** Đặc điểm nội soi và mô bệnh học của polyp dạ dày. Tạp chí Khoa học tiêu hóa Việt Nam (2007). Tập II-số 7 p.395-402.
7. **Goddard A F, et al,** The management of gastric polyps. Gut (2010).59 (9), p.1270-1276.
8. **Muehldorfer S, et al,** Diagnostic accuracy of forceps biopsy versus polypectomy for gastric polyps: a prospective multicentre study. Gut (2002).50 (4), p.465-470.
9. **Garcia-Alonso F J, et al,** Gastric polyps: analysis of endoscopic and histological features in our center. Revista espanola de enfermedades digestivas: organo oficial de la Sociedad Espanola de Patologia Digestiva (2011).103 (8), p.416-420.
10. **Córdova H, et al.** "Rate of adverse events of gastroduodenal snare polypectomy for non-flat polyp is low: A prospective and multicenter study". World Journal of Gastroenterology, (2017), 23 (47), p.8405

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẺ SƠ SINH ĐA HỒNG CẦU

Trần Văn Lân[1], Chu Thị Hà[2], Bùi Thị Thuỷ[2], Vũ Thị Ánh Hồng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sơ sinh bị đa hồng cầu tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2017 - 2019; nhận xét kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến điều trị ở các bệnh nhân trên. **Đối tượng:** 30 bệnh nhân được chẩn đoán đa hồng. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả một loạt ca bệnh. **Kết quả:** Tuổi trung bình của trẻ đa hồng cầu lúc được chẩn đoán là 1,8 ± 0,62 ngày. Triệu chứng lâm sàng thường gặp: đỏ da (96,7%), vàng da (60%), thở nhanh (60%), xuất huyết dưới da, tím tái (40%). Bệnh kèm theo hoặc biến chứng: tăng bilirubin gián tiếp, hạ đường huyết, suy hô hấp, xuất huyết dưới da. Không tìm thấy mối liên quan giữa trẻ có hạ đường huyết với tăng số lượng hồng cầu, nồng độ huyết sắc tố. Tìm thấy mối liên quan giữa trẻ có suy hô hấp, tăng bilirubin gián tiếp với tăng số lượng hồng cầu. Biến đổi tế bào máu ngoại vi: 100% HCT ≥ 0,65 L/l, hồng cầu ≥ 6,0 T/l (60%), Hb ≥ 220 g/l (56,7%). Các phương pháp điều trị chính: truyền dịch (73,3%), thay máu bán phần (26,7%). Số lượng hồng cầu, nồng độ huyết sắc tố, thể tích khối hồng cầu sau 6 giờ truyền dịch, sau 12 giờ thay máu bán phần đều giảm so với trước khi được điều trị, có ý nghĩa thống kê p < 0,05. Thời gian điều trị trung bình của nhóm truyền dịch trung bình là 7,8 ngày, nhóm thay máu bán phần 12,86 ngày. Mẹ đái tháo đường trước sinh, mẹ có tiền sử bị tăng huyết áp, trẻ thiếu tháng có mối liên quan với trẻ bị đa hồng cầu nguy cơ phải thay máu bán phần cao (p <0,05). **Kết luận:** Dấu hiệu đỏ da là dấu hiệu dễ phát hiện nhất của bệnh đa hồng cầu. Truyền dịch là một trong hai phương pháp điều trị chính của bệnh đa hồng cầu, mang lại kết quả khá tốt và ít tốn kém và có thể áp dụng tại tuyến cơ sở.

Từ khóa: đa hồng cầu, sơ sinh, biến chứng đa hồng cầu, điều trị đa hồng cầu

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AND TREATMENT OUTCOMES OF NEWBORN WITH POLYCYTHEMIA

Objectives: To describe clinical and subclinical characteristics of neonatal patients with polycythemia; comment on treatment results and a number of treatment-related factors in the above patients. **Subjects**: 30 patients diagnosed with polycythemia in Hai Phong Children's Hospital from 1/2017 to 4/2019. **Methods:** Descriptive case series. **Results:** The mean age of children with polycythemia at diagnosis was 1.8 ± 0.62 days. Common clinical symptoms: skin redness (96.7%), jaundice (60%), rapid breathing (60%), subcutaneous hemorrhage, cyanosis (40%). Comorbidities or complications: indirect hyperbilirubinemia, hypoglycemia, respiratory failure, subcutaneous hemorrhage. No association was found between children with

[1]*Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng*
[2]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Lân
Email: lantv.yhp@gmail.com
Ngày nhận bài: 4/4/2025
Ngày phản biện khoa học: 4/4/2025
Ngày duyệt bài: 21/5/2025

hypoglycemia and increased red blood cell count and hemoglobin concentration. There is a relationship between infants with respiratory failure, indirect bilirubin increase with increased red blood cell count. Peripheral blood cell changes: 100% HCT ≥ 0.65 L / l, erythrocytes ≥ 6.0 T / l (60%), Hb ≥ 220 g / l (56.7%). The main treatments: infusion (73.3%), partial blood transfusion (26.7%). The number of red blood cells, hemoglobin concentration, the volume of red blood cells after 6 hours of infusion, after 12 hours of partial blood transfusion were reduced compared to before treatment (p <0.05). The average treatment time of the infusion group was 7.8 days on average, 12.86 days for the blood transfusion group. Mothers with prenatal diabetes, mothers with a history of hypertension, preterm infants are associated with children with polycythemia, the risks make increase number of infant in partial blood transfusion (p <0.05). **Conclusion:** The red skin sign is the most easily detected sign of polycythemia vera. Infusion is one of the two main treatments for polycythemia, which has good results and is inexpensive and can be applied at the grassroots level.

Keywords: polycythemia, neonatal, polycythemia complications, polycythemia treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa hồng cầu (Polycythemia) hay tăng hồng cầu (Erythrocytosis) khi số lượng hồng cầu, lượng hemoglobin, và khối hồng cầu toàn bộ vượt qua giới hạn trên của bình thường. Bệnh đa hồng cầu sơ sinh được đặc trưng bởi hematocrit tĩnh mạch vượt quá giá trị bình thường [1]. Bệnh do nhiều nguyên nhân, bệnh sinh khác nhau, thường là thứ phát do giảm oxy trong tử cung như thiểu năng rau, mẹ bị bệnh tim có tím, mẹ đái tháo đường, truyền máu song thai, bất thường về nhiễm sắc thể... Tỉ lệ mắc đa hồng cầu dao động từ 1- 5% trẻ sơ sinh [2], [3]. Triệu chứng lâm sàng của bệnh rất phong phú: da tím đỏ, sung huyết ở củng mạc và niêm mạc; nặng hơn nữa là những biểu hiện như li bì, kích thích, run giật, thở nhanh, nhịp tim nhanh, thiểu niệu... Đa hồng cầu có thể gây nguy hiểm đến tính mạng vì chúng làm tăng độ nhớt của máu, gây trở ngại cho sự lưu thông của máu và hoạt động của tim. Vì vậy, vấn đề đặt ra làm thế nào để phát hiện và chẩn đoán sớm, điều trị hiệu quả, tránh các biến chứng và giảm nguy cơ tử vong cho trẻ bị đa hồng cầu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu vấn đề với 2 mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sơ sinh bị đa hồng cầu.

2. Nhận xét kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến điều trị ở các bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ sơ sinh dưới 28 ngày tuổi được chẩn đoán đa hồng cầu tại khoa hồi sức cấp cứu và khoa sơ sinh Bệnh viện Trẻ Em Hải Phòng từ 1/2017-4/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: 30 bệnh nhân. Chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ 30 bệnh nhi được chẩn đoán đa hồng cầu tại khoa Sơ sinh và Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 1/2017- 4/2019.

2.3. Kỹ thuật và phương pháp thu thập thông tin

* Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án có sẵn

* Nội dung nghiên cứu:

+ Tiền sử của mẹ, của con,

+ Lâm sàng: đỏ da, thay đổi tri giác…

+ Cận lâm sàng: công thức máu, hoá sinh máu…

+ Điều trị: phương pháp điều trị, kết quả điều trị.

+ Một số yếu tố liên quan: mẹ đái tháo đường, mẹ tăng huyết áp, con non tháng…

* Trẻ được chẩn đoán đa hồng cầu khi có các tiêu chuẩn sau [2]:

- Lâm sàng: da đỏ quá mức (da tím đỏ) đặc biệt ở những vùng da hở như mặt, cổ, đầu chi…; niêm mạc đỏ rực, kết mạc xung huyết; Có thể kèm theo triệu chứng cơ quan khác thần kinh, tim mạch- hô hấp, tiêu hóa, thận – tiết niệu.

- Cận lâm sàng:

+ Hematocrit máu tĩnh mạch ngoại vi ≥ 65%

+ Hoặc hemoglobin trên 220 g/l trong tuần đầu sau sinh.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu y học: Nghiên cứu thực hiện theo đúng hội đồng đánh giá đề cương của trường Đại học Y dược Hải Phòng thông qua. Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật cho bệnh nhân, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ sơ sinh đa hồng cầu.

Nghiên cứu được thực hiện trên 30 trẻ sơ sinh dưới 28 ngày tuổi; Tỉ lệ phát hiện bị đa hồng cầu cao nhất ở nhóm trẻ sơ sinh 0 – 12 giờ tuổi (53,3%), thấp nhất ở nhóm trẻ sơ sinh > 48 giờ tuổi (6,7%). Tuổi trung bình của bệnh nhân 1,8 ± 0,62 ngày.

Bảng 1: Tiền sử của mẹ, của con (n = 30)

Tiền sử mẹ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Mẹ tăng huyết áp	4	13,3
Mẹ đái tháo đường	6	20
Thai non tháng	5	16,7

Mẹ có tiền sử đái tháo đường chiếm tỉ lệ cao nhất 20%. Mẹ bị tăng huyết áp chiếm tỉ lệ 13,3%, có16,7% trẻ non tháng

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 30)

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Đỏ da	29	96,7
Vàng da	18	60
Li bì	2	6,7
Bú kém	7	23,3
Giảm trương lực cơ	7	23,3
Tím tái	12	40
Nhịp tim nhanh	4	13,3
Thở nhanh	18	60
Xuất huyết dưới da	2	40
Nôn	11	3,3

Có 96,7% bệnh nhân có dấu hiệu đỏ da, niêm mạc. Các biểu hiện vàng da, thở nhanh cũng thường gặp chiếm 60% trường hợp.

Bảng 3: Số lượng hồng cầu, Hb và Hct (n = 30)

Số lượng hồng cầu (T/l)	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Hồng cầu ≥ 6,0 T/l	18	60
Hb ≥ 220 g/L	17	56,7
Hct > 0, 65 L/l	30	100

Trẻ sơ sinh đa hồng cầu có số lượng hồng cầu máu ngoại vi cao, tất cả các trẻ này đều có Hct > 0.65 L/l

Bảng 4: Liên quan giữa các chỉ số máu ngoại vi ở 2 nhóm có và không có biến chứng suy hô hấp

Nhóm / Thông số	Có suy hô hấp (n = 12)	Không có suy hô hấp (n = 18)	OR 95%CI	p
Số lượng HC	6,31 ± 0.29	6,02 ± 0,22	6,25 (1,054 – 37,07)	0,033
≥ 6 T/l	10	8		
< 6 T/l	2	10		
Nồng độ HST	221 ± 13,2	205 ±10,8	0.68 (0.24 - 1.88)	p>0,05
≥ 220 g/l	4	13		
190 – 219 g/l	8	5		
Hematocrit	0.689 ± 0,022	0,651± 0,018	1,27 (0,3-5,48)	p> 0,05
≥ 0,7 L/l	1	1		
0.65 – 0,69 L/l	11	17		

Trẻ có số lượng hồng cầu ≥ 6 T/l thì khả năng bị suy hô hấp cao hơn 6,25 lần so với khi số lượng hồng cầu <6 T/l (p < 0,05).

Bảng 5: Liên quan giữa số lượng hồng cầu ở nhóm có và không có tăng bilirubin gián tiếp

Nhóm / Thông số		Có tăng bilirubin gián tiếp (n = 14)		Không tăng bilirubin gián tiếp (n =16)		OR 95%CI	p
		SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %		
Số lượng hồng cầu	≥ 6 T/I	12	66,7	6	33,3	10 (1,641 - 60,921)	0,007
	< 6 T/I	2	16,7	10	83,3		
	Trung bình	6,24± 0,42		6,09 ± 0,025			

Có mối liên quan giữa số lượng hồng cầu với tình trạng tăng bilirubin gián tiếp (OR = 10; 95%CI: 1,641 – 60,921), với p < 0,05.

3.2. Kết quả điều trị trẻ sơ sinh đa hồng cầu và một số yếu tố liên quan đến điều trị

- Có 22 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp truyền dịch, chiếm tỉ lệ 73,3%. Có 8 trẻ sơ sinh đa hồng cầu được thay máu bán phần, chiếm tỉ lệ 26,7%.

Bảng 6: Thay đổi số lượng hồng cầu, nồng độ huyết sắc tố, thể tích khối hồng cầu ở nhóm bệnh nhân truyền dịch sau 6 giờ và khi ra viện

Chỉ số / Thời gian	Số lượng HC (T/l) X ± SD	HCT (L/l) X ± SD	Hb (g/l) X ± SD	p
Vào viện	6,09 ± 0,23	0,655 ± 0,01	214,2 ± 11,8	
Sau 6 giờ truyền dịch	5,62 ± 0,23	0,593 ± 0,08	185,1± 9,49	0,04
Ra viện	5,34 ± 0,24	0,557 ± 0,13	154,7 ± 10,91	0,01

Số lượng hồng cầu, nồng độ huyết sắc tố, thể tích khối hồng cầu sau 6 giờ truyền dịch đều giảm so với trước khi được điều trị và ổn định khi ra viện, p< 0,05.

Bảng 7: Thay đổi số lượng hồng cầu, nồng độ huyết sắc tố, thể tích khối hồng cầu ở nhóm bệnh nhân sau 12 giờ thay máu bán phần và ra viện

Chỉ số / Thời gian	Số lượng HC (T/l) X ± SD	HCT (L/l) X ± SD	Hb (g/l) X ± SD	p
Vào viện	6,76 ± 0,48	0,689 ± 0,27	224,6 ± 13,4	
Sau 12 giờ thay máu bán phần	5,99 ± 0,184	0,591 ± 0,16	196,6 ± 9,53	< 0,05
Ra viện	5,39 ± 0,07	0,55 ± 0,16	175,8 ± 9,89	< 0,05

Số lượng hồng cầu, nồng độ huyết sắc tố, thể tích khối hồng cầu sau 12 giờ thay máu bán phần đều giảm so với trước khi điều trị, các bệnh nhân ổn định khi ra viện, p < 0,05; Thời gian điều trị trung bình của nhóm truyền dịch là 7,8 ngày, nhóm thay máu bán phần là 12,86 ngày; Có 96,7% trẻ sơ sinh đa hồng cầu sau điều trị được ra viện, có HCT trở về giới hạn bình thường. Có 1 trẻ điều trị bằng phương pháp thay máu bán phần phải chuyển viện vì tim bẩm sinh nặng chiếm tỉ lệ 3,3%.

Bảng 8: Mối liên quan giữa trẻ sơ sinh đa hồng cầu có mẹ đái tháo đường với phương pháp thay máu bán phần

Phương pháp	Thay máu bán phần		Không thay máu bán phần		OR 95%CI	p
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %		
Mẹ mắc ĐTĐ	4	66,6	2	33,4	10 (1,34 – 74,51)	0,013
Mẹ không mắc ĐTĐ	4	16,6	20	83,4		
Mẹ có THA	3	12,5	1	87,5	12,6 (1,07 - 148,13)	0,019
Mẹ không THA	5	13,6	21	86,4		
Trẻ có đẻ non	4	80	1	20	21 (1,83 - 240,50)	0,003
Trẻ không đẻ non	4	16	21	84		

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng mắc bệnh đái tháo đường (OR = 10; 95%CI:1,34 – 74,51), mắc bệnh tăng huyết áp (OR = 12,6; 95%CI:1,07 – 148,13) với tình trạng thay máu bán phần ở trẻ đa hồng cầu (p < 0,05); Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng đẻ non với tình trạng thay máu bán phần ở trẻ đa hồng cầu (OR = 21; 95%CI: 1,83 – 240,50; p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ sơ sinh đa hồng cầu

Có 30 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán đa hồng cầu đều có độ tuổi dưới 7 ngày. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của trẻ đa hồng cầu lúc được chẩn đoán là 1,8± 0,62 ngày. Độ tuổi được phát hiện nhiều nhất là từ 0 – 12 giờ tuổi chiếm tỉ lệ 53,3%. Trong nghiên cứu dịch tễ học của Hameed Numan ở Baghdad (2012), tuổi trung bình của trẻ sơ sinh đa hồng cầu lúc được chẩn đoán là 2,4 ± 0,9 ngày [2]. Theo nghiên cứu Sehlke C và cộng sự, HCT đạt đỉnh lúc 2 giờ tuổi và giá trị lên tới 71% có thể là bình thường ở độ tuổi này, giảm dần xuống 68% sau 6 giờ, thường ổn định từ 12 – 24 giờ [4].

Theo kết quả nghiên cứu, trẻ có cân nặng dưới 2500 gram chiếm tỉ lệ 30%, có 56,7 % trẻ sơ sinh đa hồng cầu có cân nặng từ 2500 - 3500 gram. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với tác giả Rushdi Mohieldeen (2014), 34,6% trẻ sơ sinh đa hồng cầu có cân nặng dưới 2500 gram, 5,9% trẻ đa hồng cầu có cân nặng trên 3500 gram [5].

Theo kết quả bảng 2, mẹ có tiền sử đái tháo đường chiếm tỉ lệ cao nhất 20%, mẹ tăng huyết áp (13,3%). Nghiên cứu của Hameed Numan, trẻ sơ sinh đa hồng cầu có mẹ đái tháo đường chiếm 24%, mẹ tăng huyết áp 14% [2]. Nghiên cứu của Vlug RD, Lopriore E và cộng sự (2015), trẻ sơ sinh của các bà mẹ đái tháo đường có tỉ lệ mắc đa hồng cầu từ 10 – 30% [3]. Thai thiếu tháng chiếm tỉ lệ cao nhất là 16,7%. Theo nghiên cứu của Rushdi Mohieldeen và cộng sự (2014) tại khoa sơ cho thấy các yếu tố phía con như song thai (11,8%), đẻnon 33- 36 tuần (21,8%), thai già tháng (5,9%), ngạt (6,9%), tim bẩm sinh (1,9%), hội chứng down (4,9%) [5]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng không quá khác biệt so với các nghiên cứu khác. Trẻ đẻ non, song thai hoặc thai già tháng là những yếu tố từ phía con có liên quan đến nhóm trẻ đa hồng cầu sơ sinh.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng triệu chứng đỏ da và khó thở là hai biểu hiện sớm thường gặp nhất: đỏ da (43,3%), khó thở (33,3%), các biểu hiện khác như li bì, nôn, tím tái chỉ thấy khoảng 3,3%.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng bú kém và giảm trương lực cơ phát hiện được ở 7 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 23,3%. Có 13,3% trẻ sơ sinh đa hồng cầu có nhịp tim nhanh. Các triệu chứng khác ít gặp hơn: li bì, nôn lần lượt chiếm tỉ lệ 6,7%, 3,3%, không có bệnh nhân thiểu niệu. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với một số tác giả nước ngoài. Tác giả Rushdi Mohieldeen nghiên cứu thấy bú kém (14,8%), li bì (13,8%), nôn (1,9%), thiểu niệu (0,9%) [5]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn.

Theo kết quả nghiên cứu, trẻ sơ sinh đa hồng cầu có số lượng hồng cầu máu ngoại vi cao. Số lượng hồng cầu trung bình 6,28 ± 0,41 T/l. Bệnh nhân có số lượng hồng cầu cao nhất là 7,35 T/l, thấp nhất là 5,96 T/l. Có 60% trẻ sơ sinh đa hồng cầu có số lượng hồng cầu ≥ 6,0T/l. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với tác giả Akalin (2013) có số lượng hồng cầu trung bình 6,32 T/l [6] và nghiên cứu của Sehlke C là 6,35 T/l [4].

Bệnh nhân có nồng độ huyết sắc tố cao nhất là 252g/L, thấp nhất là 192 g/L. Có 56,7% bệnh nhân có Hb ≥ 220 g/L. Nồng độ huyết sắc tố (Hb) trung bình là 218,7 ± 11,48 g/L. Kết quả này tương đương với nghiên cứu Akalin có nồng độ huyết sắc tố trung bình 222,8 g/l [6]. Theo nghiên cứu Sehlke C, nồng độ huyết sắc tố trung bình 230,5 g/l cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi và Akalin [4]. Sự khác biệt này có thể do sự

khác nhau về thể chất giữa người Châu Á và châu Âu. Như vậy, tăng hồng cầu máu ngoại vi là dấu hiệu đặc trưng của đa hồng cầu [7].

Kết quả nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa bệnh nhân có suy hô hấp với tăng số lượng hồng cầu, tăng thể tích khối hồng cầu. Khi số lượng hồng cầu ≥ 6 T/l khả năng nguy cơ bị suy hô hấp cao gấp 6,25 lần so với khi số lượng hồng cầu <6 T/l (p<0,05). Thể tích khối hồng cầu (HCT) trung bình ở nhóm có suy hô hấp là 0.689 L/l cao hơn nhóm không có suy hô hấp là 0,651 L/l (p < 0,05).

Kết quả nghiên cứu bảng 5 chỉ ra mối liên quan giữa tăng bilirubin gián tiếp với tăng số lượng hồng cầu. Khi số lượng hồng cầu ≥ 6 T/l, khả năng bị tăng bilirubin gián tiếp là 66,7% cao hơn khi số lượng hồng cầu < 6 T/l (p < 0,05).

4.2. Kết quả điều trị trẻ sơ sinh đa hồng cầu và các yếu tố liên quan đến điều trị

Theo kết quả của chúng tôi có 22 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp truyền dịch, chiếm tỉ lệ 73,3%. Có 8 trẻ sơ sinh đa hồng cầu được thay máu bán phần, chiếm tỉ lệ 26,7%.

Theo kết quả nghiên cứu bảng 11, khi bệnh nhân vào viện số lượng hồng cầu trung bình 6,09 ± 0,23 T/l, nồng độ huyết sắc tố trung bình 214,2 ± 11,8 g/l, HCT trung bình 0,655 ± 0,01 L/l. Sau 6 giờ truyền dịch, các chỉ số về số lượng hồng cầu, nồng độ huyết sắc tố trung bình, HCT trung bình giảm xuống lần lượt là 5,62 ± 0,23 T/l; 185,1± 9,49 g/l; 0,593± 0,08 L/l (p < 0,05). Sau khi ra viện, 100% trẻ sơ sinh đa hồng cầu được điều trị bằng phương pháp truyền dịch ra viện có số lượng HC, HCT, Hb trở về bình thường.

Theo kết quả nghiên cứu bảng 7, khi bệnh nhân vào viện số lượng hồng cầu trung bình 6,76 ± 0,48 T/l, nồng độ huyết sắc tố trung bình 224,6 ± 13,4 g/l, HCT trung bình 0,689 ± 0,27 L/l. Sau 12 giờ thay máu bán phần, số lượng hồng cầu giảm xuống 5,99 ± 0,184 T/l, nồng độ huyết sắc tố trung bình là 196,6 ± 9,53g/l, HCT trung bình còn 0,591 ± 0,16 L/l (p < 0,05). Tất cả các bệnh nhân ra viện có số lượng HC, HCT, Hb có giá trị trong giới hạn bình thường.

Thời gian điều trị trung bình của nhóm truyền dịch trung bình là 7,8 ngày, của nhóm thay máu bán phần 12,86 ngày. Lý do nhóm thay máu bán phần có thời gian điều trị dài hơn vì nhóm này chủ yếu là trẻ đẻ non và có rối loạn đông máu.

Trẻ sơ sinh đa hồng cầu sau điều trị đa số có kết quả tốt. Tất cả trẻ được điều trị bằng phương pháp truyền dịch hoặc thay máu bán phần khi ra viện có HCT trở về bình thường. Trong đó có 1 trường hợp được điều trị theo phương pháp thay máu bán phần xin chuyển viện vì tim bẩm sinh nặng. Không có bệnh nhân nào nặng xin về và tử vong.

Theo kết quả nghiên cứu, mẹ đái tháo đường trước sinh nguy cơ trẻ bị đa hồng cầu phải thay máu bán phần cao gấp 10 lần so với con của những sản phụ không bị đái tháo đường với 95% CI từ 1,342 đến 74,511, p <0,05. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu Cetin (2011), mẹ đái tháo đường làm tăng nguy cơ trẻ đa hồng cầu thay máu bán phần gấp 5 lần so với nhóm trẻ đa hồng cầu không có mẹ đái tháo đường (p = 0,03). Tác giả giải thích do tình trạng thiếu oxy mạn tính trong tử cung, gây tăng tiết erythropoietin kích thích quá trình sinh hồng cầu [2].

Con của những sản phụ có tiền sử bị tăng huyết áp có nguy cơ phải thay máu bán phần cao hơn gấp 12,6 lần so với những trẻ đa

hồng cầu của những bà mẹ ko bị tăng huyết áp ($p < 0,05$).

Trẻ đa hồng cầu có tiền sử đẻ thiếu tháng có nguy cơ phải thay máu bán phần cao gấp 21 lần so với trẻ không đẻ non với 95% CI từ 1,834 đến 240,5; $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Hameed Numan nhóm trẻ đẻ non đa hồng cầu có nguy cơ thay máu bán phần cao gấp 15 lần so với nhóm không đẻ non ($p = 0,03$) [2].

V. KẾT LUẬN

Đa hồng cầu là bệnh không phổ biến, ít có biểu hiện lâm sàng nhưng bệnh nhân có thể bị biến chứng nặng, nên việc phát hiện sớm bệnh là cần thiết, Trong đó dấu hiệu đỏ da vẫn là dấu hiệu dễ phát hiện nhất. Vì vậy chúng ta nên chú ý hơn đến biểu hiện này của bệnh nhân. Truyền dịch là một trong hai phương pháp điều trị chính của bệnh đa hồng cầu, mang lại kết quả khá tốt và ít tốn kém, vì vậy có thể áp dụng ngay tại tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bashir B.A. và Othman S.A.** (2019). Neonatal polycythaemia. Sudan J Paediatr, 19(2), 81–83.
2. **Hameed, Numan** (2013), "Neonatal polycythemia in children welfare teaching hospital, medical city complex, Baghdad", JFac Med Baghdad, 55(4): 594 - 599.
3. **Vlug RD, Lopriore E, Janssen M, et al** (2015), "Thrombocytopenia in neonates with polycythemia: incidence, risk factors and clinical outcome", Expert Rev Hematol, 8(1), pp. 123 - 129.
4. **Sehlke C, Paula, Muhlhausen M** (2003), "Neonatal polycythaemia: a review of 451 cases", Rev Chil Pediatr, 74(4), pp. 417 - 420.
5. **Rushdi Mohieldeen, Tariq, Hashmi** (2014), "Polycythemia in neonatal intensive care unit, risk factors, symptoms, pattern, and management controversy", Department of Pediatric, Neonatal intensive Care Unit, Aziziah Maternity and Children Hospital
6. **Akalin, Ibrahim, Didem Armangil, et al** (2013), "Neonatal polycythemia may be free of JAK2V617F mutation", Turkiye Klinnikleri J Med Sci, 33(1), pp. 132 - 137.
7. **Pillai A.A., Fazal S., Mukkamalla S.K.R. và cộng sự.** (2023). Polycythemia. StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526081/

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI NHA CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY XP - ENDO FINISHER TRONG TẠO HÌNH ỐNG TỦY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2024

Trần Thị An Huy[1], Nguyễn Tiến Đức[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang và nhận xét kết quả điều trị nội nha có sử dụng trâm xoay Xp-Endo Finisher trong tạo hình ống tủy ở bệnh nhân viêm tủy răng không hồi phục và viêm quanh cuống tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh thực hiện trên 39 răng của 39 bệnh nhân được chỉ định điều trị nội nha tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2024. **Kết quả và kết luận:** Răng gõ đau là triệu chứng lâm sàng chủ yếu với tỷ lệ 82,1%, sâu răng có tỷ lệ là 66,7%. Trên phim CT Cone beam cho thấy ống tủy cong có tỷ lệ 64,1%, 12,8 % răng có tổn thương vùng cuống. Trong quá trình sửa soạn ống tủy các răng không xảy ra tai biến là 92,3%. Điều trị nội nha đạt kết quả tốt sau 1 tuần: 94,8%. Sau 6 tháng điều trị tỷ lệ thành công đạt 97,4%. Kết luận: trâm xoay Xp-Endo Finisher có hiệu qủa cao trong tạo hình làm sạch ống tủy

Từ khoá: Điều trị nội nha, tạo hình ống tủy, Xp-Endo Finisher.

SUMMARY

THE RESULTS OF ROOT CANAL TREATMENT WITH SHAPING BY XP - ENDO FINISHER AT HAIPHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2024

Objective: The purpose of this study is assessment the results of root canal treatment with shaping by Xp-Endo Finisher for ireversible pulpitis and apical periodontitis. **Methods:** The cases study. Thirty-nine patient with root canal treatment after examination and had X- ray. **Results:** Toothache is the main clinical symptom with a rate of 82.1%, tooth decay has a rate of 66.7. On CT cone beam see that curve root canal: 64.1%; the percentage of teeth with apical lesions is 12.8%. In shaping root canal: 92.3% is safe. After a week of filling, the success rate is 94.8% %. Good result is 97.4% after 6 months treatment. **Conclusion:** Xp-Endo Finisher had efficacy in shaping root canal.

Keywords: Treatment root canal, root canal shaping, Xp-Endo Finisher

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị nội nha nhằm phục hồi chức năng ăn nhai cho răng viêm tủy không hồi phục và viêm quanh cuống. Làm sao để mang lại kết quả cao trong điều trị nội nha là vấn đề được đặt ra đối với các nước trên thế giới là [1]. Tạo hình, làm sạch ống tủy cùng với việc trám bít kín ống tủy (OT) quyết định sự thành công của điều trị. Trâm xoay XP-Endo Finisher được sử dụng trong quá trình tạo hình ống tủy cùng XP-Endo shape để làm sạch ống tủy. Trên các nguyên tắc nhớ của hợp kim NiTi và nhờ khả năng tuyệt vời của

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị An Huy
Email: tahuy@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 6/5/2025
Ngày phản biện khoa học: 6/5/2025
Ngày duyệt bài: 21/5/2025

nó, trâm XP-Endo Finisher có thể làm sạch các ống tủy có hình thái rất phức tạp, từ hẹp nhất đến rộng nhất và từ các ống tủy thẳng đến các ống tủy cong. Do kích thước lõi nhỏ, đường kính ISO 25 và độ thuôn bằng 0, XP-Endo Finisher có ưu thế là tính linh hoạt đáng kinh ngạc và cho thấy khả năng kháng mỏi theo chu kỳ, có thể tiếp xúc và làm sạch ngà nhưng không thay đổi hình dạng ban đầu của ống tủy.

XP-Endo Finisher làm sạch ống tủy tối ưu trong khi vẫn bảo tồn ngà răng [2],[3],[4]. Nghiên cứu hiệu quả tạo hình ống tủy và làm sạch ống tủy có sử dụng trâm xoay Xp-Endo Finisher chưa được nghiên cứu nhiều. Hiệu quả điều trị tủy của hệ thống này chưa được đánh giá một cách đầy đủ ở Việt nam. Để nâng cao kết quả điều trị nội nha, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài **"Kết quả điều trị nội nha có sử dụng trâm xoay Xp-Endo Finisher trong tạo hình ống tủy tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2024"** với mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, X- quang của bệnh nhân có răng điều trị nội nha được sử dụng trâm xoay Xp-Endo Finisher trong tạo hình ống tủy tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2024

2. Nhận xét kết quả điều trị nội nha ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán là có răng vĩnh viễn viêm tủy không hồi phục và viêm quanh cuống có chỉ định điều trị nội nha tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những răng còn có khả năng phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ. Bệnh nhân có đủ sức khỏe chữa răng và hợp tác suốt quá trình điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Răng có ống tủy tắc, Răng có chỉ định điều trị nội nha phẫu thuật.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Răng hàm mặt – Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn 39 bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn sẽ được chọn cho đến khi đủ số lượng nghiên cứu

- Biến số nghiên cứu:

Bảng 2.1. Biến số nghiên cứu

Tên biến	Định nghĩa biến	Phương pháp thu thập
Tuổi	Theo năm sinh (dương lịch)	Hỏi
Giới	Nam, nữ	Hỏi
Lý do đến khám	Đau, nứt vỡ răng, dắt kẽ răng.	Hỏi
Triệu chứng lâm sàng	Đau răng, có lỗ sâu, vỡ răng, hở tuỷ, gõ đau, lỗ rò	Khám lâm sàng
Vị trí răng tổn thương	Theo tên răng	Khám lâm sàng
Hình thái OT	OT cong, OT thẳng	Xquang
Thời gian File làm việc trong OT	Tính theo giây	Quan sát
Tai biến trong quá trình sửa soạn	Gãy dụng cụ, tạo khấc, thủng	Lâm sàng và X quang

ống tủy	sàn, thủng thành OT.	
Kết quả hàn OT	Tốt, trung bình, kém	X quang
Kết quả sau hàn ống tủy 1 tuần	Tốt, trung bình, kém	Lâm sàng
Kết quả sau trám bít OT 6 tháng	Thành công, nghi ngờ, thất bại	Khám lâm sàng, Xquang

2.4. Phương pháp thu thập thông tin

- Bệnh nhân được làm thủ tục hành chính, hỏi lý do tới khám và tiền sử.

- Khám lâm sàng để xác định vị trí, đặc điểm tổn thương mô cứng, đường rạn nứt răng. Gõ dọc, gõ ngang răng để xác định răng đau, khám độ lung lay của răng, phát hiện lỗ rò và tổn thương nha chu.

- Chụp phim CT Cone beam để chẩn đoán và đánh giá tình trạng hệ thống ống tuỷ, số lượng ống tủy, đánh giá vùng quanh răng và cuống răng trước điều trị. Chụp phim cận chóp trong quá trình tiến hành điều trị nội nha.

- Tiến hành điều trị nội nha bằng trâm Xp-Endo Shape và Xp-Endo Finisher có sử dụng máy X-Smart: Mở tủy, xác định chiều dài làm việc, lấy tủy, tạo hình ống tủy bằng Xp-Endo shape với tốc độ 800 vòng/phút. Tiếp tục tạo hình và làm sạch ống tủy bằng Xp-Endo Finisher. Bơm rửa ống tủy bằng NaOCl 3% và Chlohexidine 2%, trám bít ống tủy bằng phương pháp đơn côn. Hàn vĩnh viễn răng bằng chất hàn composite.

- Chụp Xquang ngay sau hàn ống tủy, khám lâm sàng sau 1 tuần. Khám lâm sàng và chụp Xquang sau 6 tháng. Đánh giá kết quả điều trị sau sau hàn ống tủy; 1 tuần; 6 tháng theo bảng 2.2; 2.3; 2.4 [5].

2.5. Tiêu chuẩn đánh giá

Bảng 2.2. Tiêu chí đánh giá XQ sau khi hàn ống tủy

Kết quả	Tiêu chuẩn đánh giá
Tốt	- Ống tuỷ hàn thuôn đều hình côn, không tạo khấc - Hàn đủ số lượng và đủ chiều dài ống tủy
Trung bình	- OT hàn không tạo được độ thuôn đều hình côn, tạo khấc - Hàn đủ số lượng và chiều dài ống tủy
Kém	- Gãy dụng cụ - Thủng ống tủy, thủng, rách lỗ cuống răng - Hàn sót OT hoặc thiếu chiều dài OT > 2mm hoặc quá cuống

Bảng 2.3. Tiêu chí đánh giá lâm sàng sau hàn ống tủy 1 tuần

Triệu chứng	Tốt	Trung bình	Kém
Đau răng	Không đau	Đau nhẹ khi nhai	Đau tự nhiên, đau tăng khi ăn nhai
Sưng lợi	Không sưng	Không sưng	Đỏ, nề, ấn đau
Gõ răng	Không đau	Đau nhẹ	Đau nhiều

Bảng 2.4. Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị nội nha sau 6 tháng

Triệu chứng	Thành công	Nghi ngờ	Thất bại
Đau	Không đau	Không đau	Đau tự nhiên
Sưng lợi	Không sưng	Không sưng, ấn không đau	Đỏ, nề, ấn đau hoặc có lỗ rò
Gõ răng	Không đau	Đau nhẹ/cảm giác khó chịu	Đau nhiều

X quang	Không tổn thương vùng cuống hoặc có tổn thương vùng cuống đang lành thương	Không tổn thương vùng cuống hoặc có tổn thương vùng cuống không thay đổi	Không có tổn thương vùng cuống hoặc có tổn thương vùng cuống không lành thương

2.6. Xử lí số liệu: Nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng Chi Square test, Fisher's Exact test để so sánh tỷ lệ phần trăm giữa 2 nhóm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, Xquang của bệnh nhân cao tuổi viêm tủy răng không hồi phục và viêm quanh cuống

Nghiên cứu thực hiện trên 39 bệnh nhân, tỷ lệ nữ chiếm 51,2%, nam chiếm 48,8%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ với p >0,05. Tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu từ 22 đến 65 tuổi.

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng của răng điều trị viêm tủy không hồi phục và viêm quanh cuống

Bảng 3.1: Lý do bệnh nhân đến khám răng theo giới

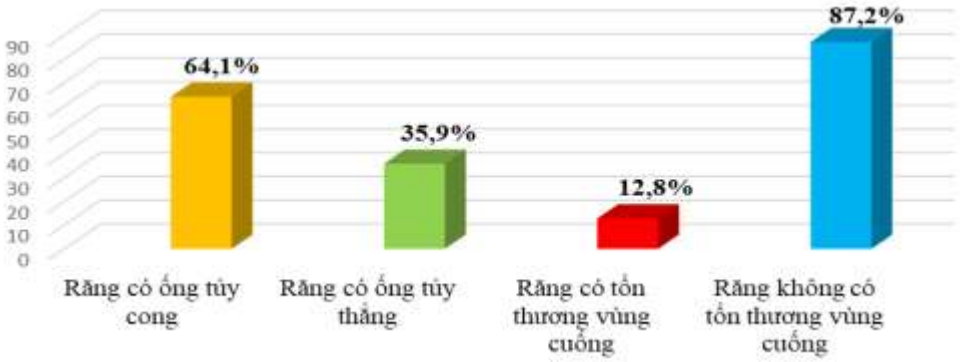
Giới / Triệu chứng cơ năng	Nam		Nữ		Tổng		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Đau răng	8	42,1	10	50,0	18	46,2	> 0,05
Vỡ răng	6	31,6	7	35,0	13	33,3	
Sưng nề	2	10,5	1	5,0	3	7,7	
Dắt thức ăn	3	15,8	2	10,0	5	12,8	
Tổng	**19**	**100,0**	**20**	**100,0**	**39**	**100,0**	

Bệnh nhân đến khám vì đau răng chiếm tỷ lệ cao nhất 46,2%, đổi màu răng chiếm tỷ lệ thấp nhất là 7,7%. Sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ về lý do tới khám với p > 0,05.

Bảng 3.2. Phân bố theo triệu chứng lâm sàng

Giới / Triệu chứng thực thể	Nam		Nữ		Tổng		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Đổi màu răng	3	75,0	1	25,0	4	10,3	> 0,05
Hở tủy	5	45,4	6	54,6	11	28,2	> 0,05
Lỗ sâu	12	46,2	14	53,8	26	66,7	> 0,05
Vỡ răng	6	46,2	7	53,8	13	33,3	> 0,05
Gõ đau	14	43,8	18	56,2	32	82,1	> 0,05

Răng gõ đau chiếm tỷ lệ cao nhất (82,1%), răng có lỗ sâu là chủ yếu (66,7%), vỡ răng chiếm tỷ lệ đáng kể 33,3%. Sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ về triệu chứng lâm sàng với p > 0,05.



Hình 3.1. Hình dạng ống tủy và tổn thương vùng cuống trên Xquang

Số lượng ống tủy cong chiếm 64,1%. Răng có tổn thương vùng cuống là 12,8%

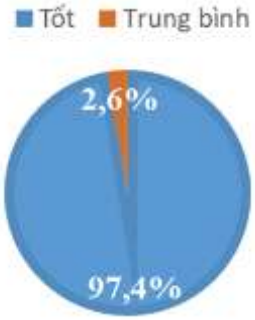
3.2. Nhận xét kết quả điều trị nội nha có sử dụng trâm xoay Xp-Endo Finisher trong tạo hình ống tủy

Thời gian tạo hình ống tủy với trâm xoay Xp-Endo Shape là 20 giây, và thời gian hoàn thiện việc tạo hình và làm sạch ống tủy với trâm xoay Xp-Endo Finisher là 10 giây cho 01 ống tủy. Vậy tổng thời gian sửa soạn ống tủy là 30 giây. Thời gian Xp-Endo shape và Xp-Endo Finisher làm việc trong ống tuỷ được tính là thời gian trâm xoay tạo hình, không tính thời gian thay trâm xoay và bơm rửa ống tủy.

Bảng 3.3. Tai biến trong quá trình sửa soạn và làm sạch ống tủy theo giới

Các tai biến	Nam		Nữ		Tổng		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Thay đổi hình dạng ống tủy	0	0	0	0	0	0	> 0,05
Gãy dụng cụ	0	0	0	0	0	0	
Làm rộng lỗ chóp	1	5,2	2	10,0	3	7,7	
Không tai biến	18	94,8	18	90,0	36	92,3	

Trong quá trình sử dụng trâm xoay Xp-Endo Finisher làm sạch ống tủy thì không xảy ra tai biến chiếm 92,3%, làm rộng lỗ chóp chiếm 7,7%, không có ca nào nào gãy dụng cụ và thay đổi hình dạng ống tủy, không có sự khác biệt về tai biến tạo hình theo giới.



Hình 3.2. Hình ảnh X-quang răng sau hàn ống tủy

Ngay sau khi hàn ống tủy xong, chụp Xquang tại chỗ thì thu được kết quả tốt chiếm tỷ lệ 97,4%: trung bình chiếm tỷ lệ 2,6%, không có trường hợp nào có kết quả kém.

Bảng 3.4: Kết quả điều trị sau 1 tuần theo giới

Nhóm răng / Kết quả	Nam Số lượng (Tỉ lệ %)	Nữ Số lượng (Tỉ lệ %)	Tổng Số lượng (Tỉ lệ %)
Tốt	18 (94,7%)	19 (95,0%)	37 (94,8%)
Trung bình	1 (5,3%)	1 (5,0%)	2 (5,2%)
Kém	0	0	0 (0%)
Tổng	**19 (100%)**	**20 (100%)**	**39 (100,0%)**
p	> 0,05		

Sau 1 tuần điều trị, kết quả tốt chiếm tỷ lệ 94,8%. Không có trường hợp kém. Sự khác biệt về kết quả điều trị theo giới không có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.5: Kết quả điều trị nội nha sau 6 tháng

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Thành công	38	97,4
Nghi ngờ	1	2,6
Thất bại	0	0,00
Tổng	39	100,00

Sau 6 tháng điều trị, tỷ lệ điều trị thành công là 97,4%. Tỷ lệ kết quả nghi ngờ là 2,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang của bệnh nhân có răng điều trị nội nha được sử dụng trâm xoay Xp-Endo Finisher trong tạo hình ống tủy

Trong mẫu nghiên cứu nam và nữ có tỷ lệ gần bằng nhau: 48,8%; 51,2%. Điều này cho thấy bệnh nhân nam và nữ đến khám vì bệnh viêm tủy không hồi phục và viêm quanh cuống là như nhau, do cả nam và nữ đều sự quan tâm đến răng miệng. Tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu từ 22 đến 65, đây là nhóm tuổi có tỷ lệ điều trị nội nha cao vì răng tổn thương tủy do nhiều nguyên nhân như là sâu răng, vỡ răng và bệnh nhân tự đi lại dễ dàng đến khám và điều trị.

Đau răng là lý do buộc bệnh nhân đến viện chiếm tỷ lệ cao nhất (46,2%), bệnh nhân vỡ răng chiếm tỷ lệ 33,3%, các lý do khác có tỷ lệ thấp hơn, không có sự khác biệt về lý do tới khám giữa nam và nữ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác nghiên cứu của Bùi Huy Hoàng và cộng sự [6], nghiên cứu tác giả thấy rằng lý do đến khám chủ yếu là răng gãy vỡ chiếm 32,2%. Sự khác nhau về lý do đến khám phụ thuộc vào cỡ mẫu, lứa tuổi.

Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng răng đau khi gõ chiếm tỷ lệ cao nhất là 82,1% bao gồm các bệnh nhân có răng tủy còn sống nhưng đang viêm và răng viêm quanh cuống cấp và bán cấp, hở tủy là 28,2%, điều này giải thích là vì hở tủy nên răng đau tự nhiên sẽ giảm trong khi đó gõ răng đau lại cao hơn vì tác động lực vào răng . Khi khám thực thể cho thấy tỷ lệ vỡ răng cao tới 33,3% vì do một số bệnh nhân tuổi cao và bệnh nhân tuổi trẻ nhưng ăn đồ cứng

Trên phim CT cone beam ống tủy cong chiếm tỷ lệ 64,1% cao hơn ống tủy thẳng. Nghiên cứu chúng tôi có kết quả tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Hạnh Quyên [5]. Tỷ lệ về hình dáng ống tủy khác nhau trong các nghiên cứu phụ thuộc vào nhóm răng có trong nghiên cứu.

4.2. Kết quả điều trị nội nha có sử dụng trâm xoay Xp-Endo Finisher trong tạo hình ống tủy

Trâm xoay máy Xp-Endo Finisher làm việc trong 1 ống tủy với thời gian trung bình là 10 giây cho một ống tủy, siêu tiết kiệm thời gian, cùng làm việc với trâm này là sử dụng một trâm duy nhất Xp-Endo Shape để tạo hình và làm sạch mùn ngà trong ống tủy nên rút ngắn thời gian sửa soạn ống tủy so với các hệ thống trâm khác. Trong quá trình sửa soạn ống tủy, tỷ lệ an toàn rất cao: không xảy ra tai biến chiếm 92,3 %, không có ca nào nào gãy dụng cụ, 03 răng có lỗ chóp mở rộng do để trâm xoay Xp-Endo Finisher chạy trong ống tủy lâu hơn một chút. Không có sự khác biệt về tai biến tạo hình giữa nam và nữ. Đây chính là ưu điểm của Xp-Endo Finisher rất mềm dẻo, lấy sạch mùn ngà mà không làm thay đổi hình dạng ống tủy ban đầu [7].

Ngay sau khi hàn ống tủy, bệnh nhân được chụp Xquang tại chỗ, kết quả tốt đạt 97,4%: trung bình là 2,6%, không có kết quả kém**.** Kết quả trung bình là do chóp răng có bị mở khi sửa soạn ống tủy bằng Xp-Endo Finisher nhưng khi hàn đã chọn gutta percha lớn hơn một số so với số của trâm xoay Xp-Endo Finisher để đảm bảo chóp răng được kín khít chất hàn. Kết quả điều trị này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Hùng Cường và cộng sự năm 2024 khi sử dụng điều trị nội nha bằng trâm xoay Jizai [8] kết quả trong nghiên cứu của ông thì tỷ lệ hàn tốt đạt 93,33%

Sau 1 tuần điều trị 94,8% bệnh nhân không còn triệu chứng sưng đau, không có lỗ dò. Không có trường hợp nào có kết quả kém. Có 2,6% có kết quả trung bình đó trường hợp bệnh nhân có răng viêm quanh cuống mạn tính mà tổn thương vùng cuống chưa thu nhỏ. Kết quả điều trị nội nha ở nam và nữ tương đương nhau.

Sau 6 tháng điều trị, tỷ lệ điều trị thành công là 97,4%. Tỷ lệ kết quả nghi ngờ là 2,6%, đây là bệnh nhân có răng viêm quanh cuống mạn tính mà tổn thương vùng cuống chưa thu nhỏ trên Xquang nhưng bệnh nhân không đau răng và ăn nhai được. So sánh với tỷ lệ thành công trong điều trị nội nha của tác giả như là Phạm Hùng Cường với kết quả là 95,56%; nghi ngờ là 4,44% [8] thì nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thành công là cao hơn. Có thể đạt được tỷ lệ thành công cao trong nghiên cứu của chúng tôi là do nghiên cứu đã sử dụng dụng cụ tạo hình Xp-Endo Finisher làm sạch ống tủy mà không bị thay đổi hình dạng ống tủy để tạo nên ống tủy thuôn đều giúp việc trám bít ống tủy kín khít đã tạo nên sự thành công cao trong điều trị nội nha cũng như lành thương tốt những răng viêm quanh cuống, đó chính là ưu điểm của Xp-Endo Finisher so với các file máy tạo hình trước đây [7], [9].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 39 bệnh nhân được điều trị nội nha răng viêm tủy không hồi phục và viêm quanh cuống có sử dụng trâm Xp-Endo Finisher trong tạo hình ống tủy tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2024 chúng tôi rút ra kết luận sau:

*** Đặc điểm mẫu nghiên cứu:** Nữ và nam có tỷ lệ gần tương đương nhau: 51,2%; 48,8% (p >0,05).

*** Mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang của bệnh nhân viêm tủy răng không hồi phục và viêm quanh cuống**

Đau răng là lý do buộc người bệnh đến viện chiếm tỷ lệ cao nhất 46,2%

Triệu chứng lâm sàng: Răng gõ đau chiếm tỷ lệ cao nhất là 93,3%, vỡ răng chiếm

tỷ lệ khá lớn 33,3% do bệnh nhân tuổi cao và bệnh nhân tuổi trẻ nhưng ăn đồ cứng.

Trên phim CT cone beam ống tủy cong chiếm tỷ lệ đáng kể là 64,1%, răng có tổn thương vùng cuống là 12,8%

*** Nhận xét kết quả điều trị nội nha có sử dụng trâm xoay Xp-Endo Finisher trong tạo hình ống tủy**

Thời gian File Xp-Endo Finisher làm việc trong 1 ống tủy rất nhanh tiết kiệm thời gian làm việc (10 giây trong 1 ống tủy)

Trong quá trình sửa soạn ống tủy, không xảy ra tai biến chiếm 92,3%; 03 răng có lỗ chóp bị làm rộng (7,7%) do để trâm Xp-Endo Finisher chạy lâu trong ống tủy, không có trường hợp nào gãy dụng cụ hoặc ống tủy tạo khấc.

Ngay sau khi hàn tủy. Kết quả chụp Xquang cho thấy kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao tới 97,4%. Sau một tuần, kết quả tốt 94,8% không có trường hợp nào có kết quả kém.

Sau 6 tháng điều trị, tỷ lệ điều trị thành công là 97,4%.

VI. KIẾN NGHỊ

Trâm xoay Xp-Endo Finisher có hiệu qủa cao và tiết kiệm thời gian để tạo hình và làm sạch ống tủy trong điều trị nội nha, khuyến nghị các nha sĩ nên sử dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Thị Thái Hà** (2012). Chữa răng và Nội nha tập 2, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
2. **Mª Dolores Casaña RuizLaura Marqués Martínez et al** (2022). Update in the Diagnosis and Treatment of Root Canal Therapy in Temporary Dentition through Different Rotatory Systems: A Systematic Review, Diagnostics, Volume 12(11), 2775
3. **Dorina Lauritano et al** (2019) Cleaning Efficacy of the XP-Endo® Finisher Instrument Compared to Other Irrigation Activation Procedures: A Systematic Review, Appl. Sci. 2019, 9(23), 500
4. **Gustavo De-Deus et al** (2019), XP-endo Finisher R instrument optimizes the removal of root filling remnants in oval-shaped canals, International Endodontic Journal 52(6):899-907.
5. **Phạm Thị Hạnh Quyên** (2020). Đánh giá thực nghiệm và kết quả điều trị tủy răng hàm nhỏ người cao tuổi có sử dụng hệ thống Protaper Next. Luận văn Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Hà Nội.
6. **Bùi Huy Hoàng, Trần Thị Phương Đan** (2018) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả điều trị nội nha răng cửa hàm trên bằng Protaper máy, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 16, 1-6
7. **Dr. Pradnya V. Bansode1 et al** (2021). XP Endo File System – A Review, Journal of Medical and Dental Science Research Volume 8~ Issue 1, 33-37.
8. **Phạm Hùng Cường, Trịnh Thị Thái Hà** (2024), Kết quả điều trị nội nha nhóm răng hàm lớn hàm dưới có sử dụng hệ thống trâm xoay Jizai, Vietnam medical journal, $n^0$1, 45-47.
1. **Ahmet Demirhan Uygun** (2020), Efficacy of XP-endo finisher and TRUShape 3D conforming file compared to conventional and ultrasonic irrigation in removing calcium hydroxide, Australian Society of Endodontology Inc, 1-5

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH ĐA HỒNG CẦU Ở TRẺ SƠ SINH NĂM 2023

Bùi Mẫn Nguyên[2], Chu Thị Hà[1], Đặng Văn Chức[1], Phạm Thị Ngọc[1], Vũ Văn Quang[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả một số yếu tố liên quan với bệnh đa hồng cầu tại Bệnh viện Green và Bệnh viện Trẻ em - Hải Phòng năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 101 trẻ sơ sinh mắc bệnh đa hồng cầu. Thời gian nghiên cứu: 01/09/2022 đến 31/8/2023. **Kết quả:** Yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê (p<0,05) với bệnh đa hồng cầu ở trẻ sơ sinh bao gồm: Số lượng hồng cầu ≥ 6 T/l (OR=18,39; 95%CI: 3,61 - 36,35), kẹp dây rốn chậm sau 1 phút (OR=1,84; 95%CI: 1,026 - 3,302), bệnh nhân thuộc sinh đa thai (OR=0,41; 95%CI: 0,19 - 0,904), cân nặng lúc sinh dưới 2500 g (OR=5,44; 95%CI: 1,16 - 25,49), tiền sử mẹ mắc tăng huyết áp, tiểu đường thai kỳ, nhiễm độc thai nghén (OR=2,38; 95%CI: 1,168 - 4,86).

Từ khóa: Bệnh đa hồng cầu, yếu tố liên quan, tiền sử bệnh tật mẹ, sơ sinh

SUMMARY

SOME RISK FACTORS RELATED TO POLYCYTHEMIA IN NEWBORNS IN 2023

Objective: The study was done to describe some risk factors related to polycythemia in newborns at International Hospital of Green and Hai Phong Children Hospital in 2023. **Subjects and method:** Subjects included 101 newborns with polycythemia. Method was a cross-sectional study. Research time: **Results:** 01/09/2022 to 31/8/2023 Risk factors related significantly to polycythemia (p<0,05) were number of red blood cells more than or equal to 6 T/l (OR=18,39; 95%CI: 3,61 - 36,35), clamp the umbilical cord 1 minute after birth (OR=1,84; 95%CI: 1,026 - 3,302), multiple pregnancy (OR=0,41; 95%CI: 0,19 - 0,904), birth weight less than 2500 g (OR=5,44; 95%CI: 1,16 - 25,49), maternal history of pregnancy, gestational diabetes, and pregnancy (OR=2,38; 95%CI: 1,168 - 4,86).

Keywords: Polycythemia, risk factors, maternal medical history, newborn

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đa hồng cầu (ĐHC) thứ phát là hậu quả của những biến đổi môi trường sinh máu mà trước hết là sự tăng cường một yếu tố phát triển ngoại sinh tác động tới tế bào tiền thân dòng hồng cầu erythropoetin. Sự tăng kích thích sinh hồng cầu bởi erythropoetin thường do một tổn thương mắc phải, trong đó bệnh ĐHC thứ phát do thiếu oxy tổ chức hay do tăng tiết erythropoetin là thường gặp hơn cả [1].

Bệnh ĐHC sơ sinh được đặc trưng bởi hematocrit tĩnh mạch vượt quá giá trị bình thường. Bệnh do nhiều nguyên nhân, bệnh

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Trẻ em - Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Mẫn Nguyên
Email: buimannguyen@gmail.com
Ngày nhận bài: 31/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 09/4/2025
Ngày duyệt bài: 21/5/2025

sinh khác nhau, thường là thứ phát do giảm oxy trong tử cung như thiểu năng bánh rau, mẹ bị bệnh tim có tím, mẹ đái tháo đường, truyền máu song thai, bất thường về nhiễm sắc thể... Theo các báo cáo nghiên cứu trên thế giới, tỉ lệ mắc bệnh ĐHC dao động từ 1-5% trẻ sơ sinh [2], [3]. Triệu chứng lâm sàng của bệnh rất phong phú, chủ yếu là những biểu hiện do hậu quả của sự tăng độ nhớt máu: da tím đỏ, sung huyết ở củng mạc và niêm mạc; nặng hơn nữa là những biểu hiện như li bì, kích thích, run giật, thở nhanh, nhịp tim nhanh, thiểu niệu...[4]. Đa hồng cầu có thể gây nguy hiểm đến tính mạng vì chúng làm tăng độ nhớt của máu, gây trở ngại cho sự lưu thông của máu và hoạt động của tim [5]. Theo nhiều nghiên cứu trong nước và ngoài nước, bệnh ĐHC sơ sinh có thể có nhiều biến chứng nghiêm trọng, biểu hiện ở nhiều cơ quan như suy hô hấp, suy tim sung huyết, viêm ruột hoại tử, tắc ruột, xuất huyết nội sọ, suy thận cấp, tắc mạch, hạ đường máu...[6].

Hiện nay, các nghiên cứu trong nước và tại Hải Phòng về bệnh ĐHC ở trẻ sơ sinh còn khiêm tốn nhất là nghiên cứu về yếu tố nào liên quan tới sự xuất hiện bệnh ĐHC. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "**Một số yếu tố liên quan đến bệnh đa hồng cầu ở trẻ sơ sinh năm 2023''** với mục tiêu: ***Mô tả một số yếu tố liên quan đến bệnh đa hồng cầu ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Quốc tế Green và Bệnh viện Trẻ em - Hải Phòng năm 2023.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ sơ sinh được chẩn đoán bệnh ĐHC tại khoa hồi sức cấp cứu và khoa sơ sinh Bệnh viện Trẻ Em- Hải Phòng và khoa Nhi Bệnh viện Quốc tế Green từ 1/10/2022- 30/9/2023.

* Tiêu chuẩn loại trừ: Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu: Tại khoa Hồi sức cấp cứu, khoa Sơ sinh Bệnh viện Trẻ em- Hải Phòng và khoa Nhi Bệnh viện Quốc tế Green Hải Phòng.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/10/2022 đến tháng 30/9/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Cỡ mẫu cho mục tiêu 1. Gồm toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán là bệnh ĐHC tại Bệnh viện Trẻ em - Hải Phòng và Bệnh viện Quốc tế Green trong thời gian nghiên cứu.

Cỡ mẫu cho mục tiêu 2. Chúng tôi chọn ngẫu nhiên trẻ sơ sinh vào bệnh viện Trẻ em Hải Phòng không mắc bệnh ĐHC, mắc các bệnh lý khác để làm nhóm chứng phân tích yếu tố liên quan đến bệnh này. Tỷ lệ chọn là 1 bệnh, 1 chứng.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp tiện ích không xác suất các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu. Các bệnh nhân này thuộc khoa Sơ sinh và Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Trẻ em- Hải Phòng và Bệnh viện Quốc tế Green Hải Phòng.

2.2.3. Chỉ số và biến số nghiên cứu

- Thông tin về đối tượng nghiên cứu: Tuổi trẻ, giới, cân nặng lúc sinh, tuổi thai khi sinh, địa dư, phương pháp sinh

- Một số yếu tố liên quan đến đa hồng cầu: Mẹ sử dụng corticoid trước sinh; Mẹ tiền sử mắc bệnh ĐHC; Phương pháp sinh (đẻ mổ, đẻ thường); Giới tính của sơ sinh (trai, gái); Cân nặng khi sinh (<2500g và ≥ 2500 g); Đa thai; Kẹp dây rốn sau sinh 1

phút; Glucose máu hạ <2,5 mg/L; Số lượng hồng cầu (< 6 G/l, ≥6 G/L)

2.3. Thu thập thông tin

- Nghiên cứu kĩ hồ sơ bệnh án để chọn ra thông tin cần thiết, những thông tin này được lấy vào mẫu bệnh án được thiết kế từ trước.

- Khi xác định ca bệnh thì chúng tôi chủ động chọn một ca không mắc, tác giả trực tiếp tham gia lấy thông tin tại Bệnh viện Trẻ em - Hải Phòng tham gia thu thập thông tin. Thông tin của bệnh nhân tại Bệnh viện Quốc tế Green do các bác sỹ Nhi trong nhóm nghiên cứu đảm nhiệm.

2.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán đa hồng cầu: Theo tác giả Numan N Hameed năm 2013 [3]

- Lâm sàng: da đỏ quá mức (da tím đỏ) đặc biệt ở những vùng da hở như mặt, cổ, đầu chi…; niêm mạc đỏ rực, kết mạc xung huyết. Có thể kèm theo triệu chứng:

+ Thần kinh: li bì, thờ ơ, kích thích, giảm các phản xạ, giảm trương lực cơ, cơn ngừng thở ngắn, run giật, co giật.

+ Tim mạch- hô hấp: tím tái và nhịp tim nhanh, thở nhanh, suy hô hấp, suy tim xung huyết.

+ Tiêu hóa: nôn, bú kém.

+ Thận – tiết niệu: thiểu niệu, đái máu

- Cận lâm sàng:

+ Hematocrit máu tĩnh mạch ngoại vi ≥ 65%

+ Hoặc hemoglobin trên 220g/l trong tuần đầu sau sinh.

2.5. Xử lí số liệu: Số liệu thu được sẽ được nhập và xử lý nhờ phần mềm SPSS 22.0.

- Tính tỷ lệ phần trăm, so sánh tỷ lệ phần trăm bằng test χ^2, có sự khác biệt khi p < 0,05.

- Tính giá trị trung bình và so so sánh giá trị trung bình bằng t test, có sự khác biệt khi p < 0,05.

- Tính OR để tìm mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan với SHH ở trẻ đẻ non trên phân tích đơn biến và đa biến. Những yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê trên phân tích đơn biến sẽ được đưa vào mô hình phân tích đa biến để xác định yếu tố liên quan thực sự với bệnh ĐHC.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ nội dung nghiên cứu đã được Hội đồng đánh giá đề cương của trường Đại học Y dược Hải Phòng thông qua. Nghiên cứu được sự đồng ý cho phép của Ban lãnh đạo bệnh viện Trẻ em Hải Phòng và Bệnh viện Quốc Tế Green. Gia đình bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật cho bệnh nhân, kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

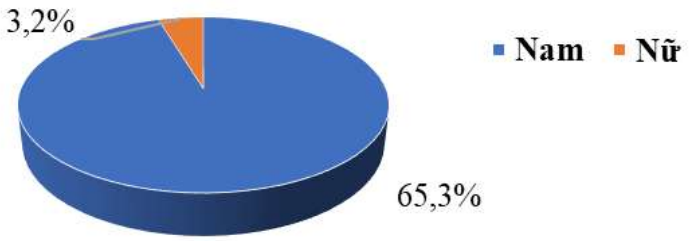
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi (n = 101)

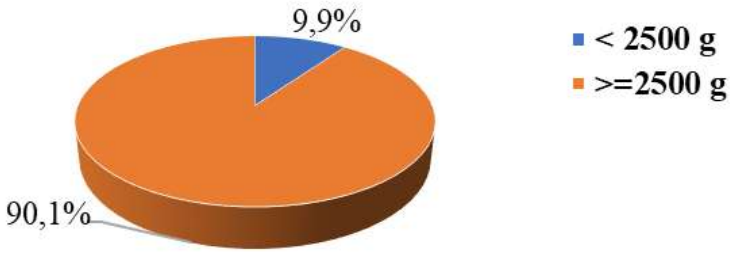
Tuổi (giờ)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 24 giờ	99	98,2
24 - < 48 giờ	1	0,9
≥ 48 giờ	1	0,9
Tổng	**101**	**100**

98,2% bệnh nhi được chẩn đoán sớm trong vòng 24 giờ đầu sau sinh, có 1 trường hợp vào ngày thứ 2, 1 trường hợp khác vào sau ngày thứ 3 đều chiếm 0,9%.



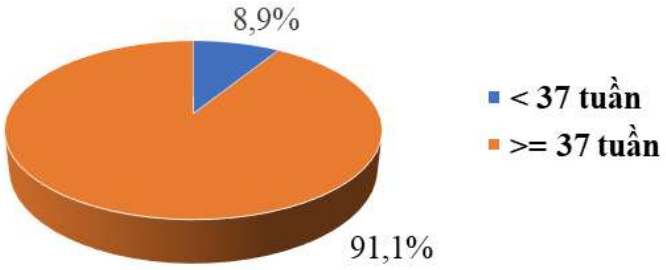
Hình 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới (n = 101)

Tỷ lệ bệnh nhi nam tham gia nghiên cứu là 65,3% cao hơn tỷ lệ bệnh nhân nữ tham gia nghiên cứu là 43,7%.



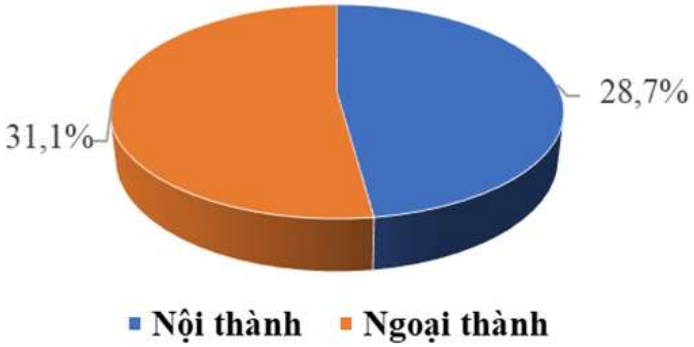
Hình 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo cân nặng khi sinh (n=101)

Bệnh nhi có cân nặng khi sinh ≥ 2500 g chiếm tỷ lệ cao 90,1% so với nhóm có cân nặng <2500 g là 9,9%.



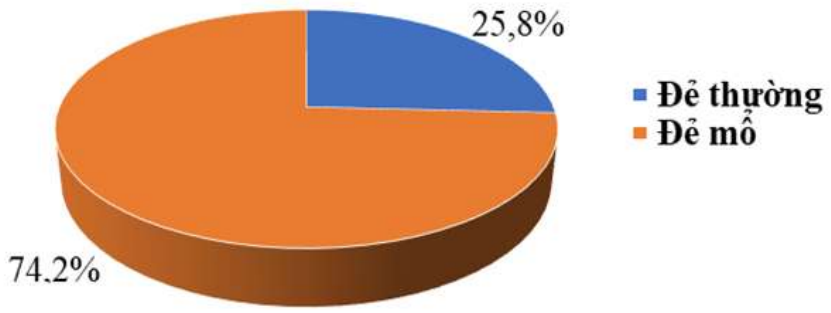
Hình 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi thai (n=101)

Bệnh nhi đủ tháng chiếm tỷ lệ cao 91,1% so với bệnh nhân có tuổi thai dưới 37 tuần là 8,9%.



Hình 3.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo địa dư (n=101)

Bệnh nhi đến từ ngoại thành với tỷ lệ 71,3% cao hơn bệnh nhân đến từ nội thành 28,7%.



Hình 3.5. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo phương pháp đẻ (n=101)

Bệnh nhi sinh bằng phương pháp mổ chiếm 74,2% tỷ lệ cao nhất, đẻ thường chiếm tỷ lệ thấp hơn 25,8%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến đa hồng cầu ở trẻ sơ sinh phân tích đa biến

Bảng 3.2. Phân tích đa biến mối liên quan với đa hồng cầu

Yếu tố liên quan	Đa hồng cầu	Không đa hồng cầu	Tổng	OR 95%CI p	AOR 95%CI p
Kẹp dây rốn muộn	72	58	130	1,841 (1,03-3,30) 0,04	9,61 (1,99-46,29) 0,005
Không kẹp muộn	29	43	72		
Cân nặng sinh <2500 g	10	2	12	5,44 (1,16-25,49) 0,017	37,25 (3,08-450,29) 0,004
Cân nặng sinh ≥ 2500 g	91	99	190		
Tiền sử mẹ ĐTĐ, THA, nhiễm độc thai nghén	18	14	42	2,38 (1,17-4,86) 0,015	27,82 (5,30-145,95) 0, 0001
Không có	73	87	160		
Đẻ mổ	75	57	132	2,23 (1,23-4,04) 0,008	0,791 (0,211-2,96) 0,73
Đẻ thường	26	44	70		
Đa thai	11	23	34	0,41 (0,19-0,90) 0,024	0,126 (0,002-0,73) 0,021
Không có	90	78	168		
Số lượng HC ≥ 6 T/l	87	6	93	18,39 (3,61-36,35) 0,0001	24,98 (3,78-109, 85) 0,0001
< 6 T/l	14	95	109		
Glucose máu hạ	28	15	43	2,19 (1,09-4,43) 0,025	3,231 (0,621-16,79) 0,16
Glucose máu bình thường	73	86	159		

Trong số 9 yếu tố liên quan khi phân tích đơn biến, có 7 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê được được vào phân đa biến. Các yếu tố đó gồm: số lượng hồng cầu khi vào viện, đường máu thấp khi vào viện, kẹp dây rốn muộn sau 1 phút, bệnh nhân thuộc sinh đa thai, bệnh nhân có cân nặng khi sinh thấp <2500 g, phương pháp sinh mổ, mẹ có tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường, nhiễm độc thái nghén. Ở mô hình hồi qui đa biến cuối cùng chỉ còn lại 5 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với ĐHC gồm: Số lượng hồng cầu ≥ 6 T/l (OR=18,39; 95%CI: 3,61 - 36,35), kẹp dây rốn chậm sau 1 phút (OR=1,84; 95%CI: 1,026 - 3,302), bệnh nhân thuộc sinh đa thai (OR=0,41; 95%CI: 0,19 - 0,904), cân nặng lúc sinh dưới 2500 g (OR=5,44; 95%CI: 1,16 - 25,49), tiền sử mẹ mắc tăng huyết áp, tiểu đường thai kỳ, nhiễm độc thai nghén (OR=2,38; 95%CI: 1,168 - 4,86). Yếu tố đẻ mổ và đường máu thấp khi vào biện bị loại khỏi mô hình hồi qui đa biến.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 101 trường hợp bệnh nhi bị bệnh ĐHC tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng và bệnh Quốc tế Green trong thời gian nghiên cứu chúng tôi có một số bàn luận sau đây về:

4.1. Một số thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. và hình 3.1-5 mô tả một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Có 98,2% bệnh nhân vào viện trong 24 giờ đầu sau sinh, ngày thứ 2 và 3 đều có 1 bệnh nhân đều chiếm 0,9%. Hình 3.1. cho thấy bệnh nhân nam chiếm 65,3%, nữ chỉ chiếm 43,7%. Hình 3.2 cho thấy 90,1% bệnh nhân có cân nặng ≥ 2500 g, dưới 2500 g chiếm 9,9%. Hình 3.3. số bệnh nhân có tuổi thai ≥ 37 tuần chiếm 90,1% và có 9,9% bệnh nhân có tuổi thai < 37 tuần. Hầu hết bệnh nhân đến từ ngoại thành chiếm 71,3%, từ nội thành chiếm 28,7% (hình 3.4). Hầu hết bệnh nhân đều sinh mổ chiếm 74,2%, đẻ đường dưới chiếm 25,8%.

Theo nghiên cứu của mô tả cắt ngang của Adeeb Falih Ali và Khalaf Hussein Hasan [7] tại Iraq từ 1 tháng 6 đến 31 tháng 12 năm 2019 trên 300 sơ sinh cho thấy: tỷ lệ bệnh ĐHC chiếm 10,33%, bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ (51,5 so với 48,38%). Tuổi dưới 2 giờ chiếm 56,06%, đẻ thường chiếm 41,94%, bệnh nhân có tuổi thai 37-42 tuần là chủ yếu, cân nặng khi sinh từ 2,5kg đến 4,0 kg chiếm 48,38%. Có 74,1% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng. Nhận xét về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu cũng phù hợp với nhận xét nhóm bệnh nhân của chúng tôi.

Hai tác giả Dlair Abdulkhaliq Chalabi and Kawes Omer Zangana [8] tiến hành nghiên cứu bệnh chứng về biểu hiện lâm sàng, yếu tố liên quan của bệnh ĐHC sơ sinh cho thấy: tỷ lệ bệnh 0,4-5%, hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng. Bệnh nhân nam chiếm 67,9%, tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 2,1:1. Bệnh nhân < 2 giờ tuổi chiếm 47,2%, có 10 ca sinh non chiếm 18,9%.

4.2. Một số yếu tố liên quan với bệnh đa hồng cầu

Bảng 3.2 cho thấy mẹ có tiền sử mắc tăng huyết áp, đái tháo đường thai kỳ, nhiễm độc thai nghén liên quan với bệnh ĐHC. Kết quả cho thấy nếu mẹ có tiền sử các bệnh này thì nguy cơ con họ mắc ĐHC tăng lên 27,82

lần so với con của bà mẹ không có tiền sử này. Lalitha Krishnan and Abdul Rahim [4] Joseph A Garcia-Prats [9], Umit Sarici A, Murat Ozcan và Demet Altun [10] nhận thấy mẹ mắc tiền sản giật, tăng huyết áp, rối loạn mạch, suy bánh rau, rối loạn tim, phổi, sử dụng thuốc như propanolol, hút thuốc lá là nguyên nhân gây tăng thiếu Oxi trong bào thai, làm cho thai nhi tăng sản xuất HC trong bào thai dẫn đến bệnh ĐHC.

Bảng 3.2 cho thấy trẻ sinh nhẹ cân có liên quan với bệnh ĐHC. Kết quả cho thấy bệnh nhân có cân nặng thấp khi sinh nguy cơ mắc ĐHC tăng lên 37,25 lần và mối liên quan có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Dlair Abdulkhaliq Chalabi, Kawes Omer Zangana [8] thấy đẻ non làm tăng nguy cơ bệnh ĐHC lên 4,25 lần và 95%CI từ 3,27 đến 5,52 và p<0,001. Ngoài ra các tác giả còn thấy trẻ là đối tượng kém phát triển trong buồng tử cung (có cân nặng nằm dưới đường phân vị thứ X so với tuổi thai) thì tăng nguy cơ ĐHC (p=0,02). Còn nếu chiều dài nằm dưới đường phân vị thứ 10 thì nguy cơ ĐHC cũng tăng lên (p=0,004).

Bảng 3.2 cho thấy liên quan sinh đa thai với bệnh ĐHC. Nếu bệnh nhân không thuộc nhóm đa thai thì nguy cơ ĐHC giảm đi 0,13 lần và p<0,05. Hiện nay nhiều bà mẹ tiến hành sinh con ngoài ống nghiệm nên tỷ lệ sinh đa thai cao, là yếu tố thuận lợi làm cho sơ sinh mắc bệnh ĐHC cao.

Theo Dlair Abdulkhaliq Chalabi, Kawes Omer Zangana [8], ngoài phương pháp sinh, số con, thời gian kẹp dây rốn chậm, mẹ hút thuốc lá thì loại có thai liên quan chặt chẽ với bệnh ĐHC. Theo các tác giả nếu mẹ sinh đa thai con của họ có nguy cơ đa bệnh ĐHC tăng lên 5,83 lần với 95%CI từ 1,4 đến 24,23 và <0,01. Có thai đa thai làm tăng nguy cơ trẻ truyền máu con-con đưa đến bệnh ĐHC.

Adeeb Falih Ali and Khalaf Hussein Hasan [7] thấy có liên quan chặt chẽ giữa sinh đa thai với ĐHC (p=0,001).

Bảng 3.2 cho thấy nếu sơ sinh được cặp dây rốn chậm sau 1 phút thì nguy cơ mắc bệnh ĐHC tăng lên 9,61 lần so với sơ sinh được cặp dây rốn trong vòng dưới 60s và mối liên quan có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Dlair Abdulkhaliq Chalabi, Kawes Omer Zangana [8] nhận thấy nếu bệnh nhân được kẹp dây rốn trên 3 phút thì nguy cơ mắc bệnh ĐHC tăng lên 4,69 lần. Mối liên quan chặt chẽ vì cực dưới của 95%CI là 2,3 và p<0,001 so với bệnh nhân được cặp dây rốn ≥ 3 phút.

Bảng 3.2 cho thấy liên quan số lượng HC với ĐHC. Nếu bệnh nhân có số lượng HC máu ngoại vi ≥ 6 T/l thì làm tăng nguy cơ bệnh ĐHC lên 24,98 lần so với bệnh nhân có số lượng HC máu ngoại vi <6 T/L. Điều này dễ hiểu vì trong tiêu chuẩn cũ của bệnh ĐHC ngoài tiêu chuẩn chính người ta dựa vào là Hct ≥ 65% thường cũng dựa vào số lượng HC và nồng độ Hb. Do vậy số lượng HC tăng thì có liên quan mạnh với bệnh ĐHC ở trẻ sơ sinh.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với bệnh ĐHC gồm: Số lượng hồng cầu ≥ 6 T/l (OR=18,39; 95%CI: 3,61 - 36,35), kẹp dây rốn chậm sau 1 phút (OR=1,84; 95%CI: 1,026 - 3,302), bệnh nhân thuộc sinh đa thai (OR=0,41; 95%CI: 0,19 - 0,904), cân nặng lúc sinh dưới 2500 g (OR=5,44; 95%CI: 1,16

- 25,49), tiền sử mẹ mắc tăng huyết áp, tiểu đường thai kỳ, nhiễm độc thai nghén (OR=2,38; 95%CI: 1,168 - 4,86).

Cần lưu ý tìm bệnh ĐHC ở đối tượng sinh non, nhẹ cân, kém phát triển trong buồng tử cung, thai to, già tháng, mẹ tiểu đường thai kỳ, tiền sản giật, nhiễm độc thai nghén, tăng huyết áp, rối loạn mạch. Cũng cần lưu ý trường hợp hạ Glucose máu, bệnh Down, rối loạn nhiễm sắc thể 18, 13.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Thị Thiên Nga** (2004), "Một số bất thường về nhiễm sắc thể ở bệnh nhân đa hồng cầu tiên phát", Tạp chí Y học thực hành. 8(1), tr. 66 - 67.
2. **Nguyễn Công Khanh, Lê Nam Trà, Nguyễn Thu Nhạn** (2016), Sách giáo khoa nhi khoa, Nhà xuất bản Y học, tr. 1003 - 1006.
3. **Numan N Hameed and Ashraf I Jalil** (2013), "Neonatal Polycythemia in Children Welfare Teaching Hospital, Medical city complex, Baghdad", Journal of the Faculty of Medicine Baghdad. 55(4), pp. 279-283.
4. **Roos D Vlug, et al.** (2015), "Thrombocytopenia in neonates with polycythemia: incidence, risk factors and clinical outcome", Expert review of hematology. 8(1), pp. 123-129.
5. **Bashir B.A. và Othman S.A.** (2019). Neonatal polycythaemia. Sudan J Paediatr, 19(2), 81–83
6. **Bộ Y tế** (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học, Nhà xuất bản Y học, tr.119 - 129.
7. **Adeeb Falih Ali and Khalaf Hussein Hasan** (2020), "Risk factors and evidence of neonatal polycythemia in Duhok maternity hospital a Cross-section study", Health science journal. 14(6), pp. 1-4.
8. **Dlair Abdulkhaliq Chalabi and Kawes Omer Zangana** (2023), "Neonatal Polycythemia, Presentations and Associations: A Case Control Study", AMJ (Advanced Medical Journal). 4(1), pp. 65-69.
9. **Tariq Rushdi Mohieldeen Alsafadi, et al.** (2014), "Polycythemia in neonatal intensive care unit, risk factors, symptoms, pattern, and management controversy", Journal of clinical neonatology. 3(2), pp. 93-98.
10. **Serdar Umit Sarici** (2016), "Neonatal Polycythemia: A Review", Clinical Medical Reviews and Case Reports. 3.

THỰC TRẠNG MẮC TẬT KHÚC XẠ Ở HỌC SINH TRUNG HỌC CƠ SỞ TẠI HẢI PHÒNG

Phan Huy Thục[1], Nguyễn Đức Quân[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả thực trạng mắc tật khúc xạ tật ở học sinh Trung học cơ sở tại Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu cắt ngang trên 5766 học sinh trung học cơ sở của 03 khu vực tại thành phố Hải Phòng. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở học sinh trung học cơ sở chiếm 46,9%, trong đó tỷ lệ mắc tật khúc xạ tăng theo khối lớp. Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở khu vực nội thành chiếm tỷ lệ cao nhất 57,9%, tiếp theo đến khu vực ngoại thành (39,3%) và thấp nhất là khu vực hải đảo (30,9%) với p< 0,05. Trong các loại tật khúc xạ thì tỷ lệ học sinh mắc cận thị chiếm tỷ lệ cao 86,3%. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc tật khúc xạ tại thành phố Hải Phòng chiếm tỷ lệ cao, và tỷ lệ mắc ở thành thị cao hơn khu vực ngoại thành và hải đảo. Thành phố cần xây dựng các biện pháp dự phòng làm giảm tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở học sinh đặc biệt đối với học sinh ở khu vực thành phố như tạo các sân chơi ngoài trời, truyền thông để phụ huynh nhận thức được tầm quan trọng của việc giảm gánh nặng học tập cho trẻ cũng như cần kiểm soát trẻ sử dụng các thiết bị như điện thoại, tivi, máy tính cho mục đích vui chơi giải trí.

Từ khoá: Tật khúc xạ, trung học cơ sở, Hải Phòng

[1]*Sở Y tế thành Phố Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện mắt Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Phan Huy Thục
Email: thucphanhuy@gmail.com
Ngày nhận bài: 4/4/2025
Ngày phản biện khoa học: 4/4/2025
Ngày duyệt bài: 23/5/2025

SUMMARY

STATUS OF REFRACTIVE ERRORS IN SECONDARY SCHOOL PUPILS IN HAI PHONG

Objective: The study describes the current status of refractive errors in secondary school pupils in Hai Phong. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive research method on 5766 secondary school pupil in 03 areas in Hai Phong city. **Results:** The rate of refractive errors in secondary school students was 46.9%, and which the rate of refractive errors increased with grade level. The rate of refractive errors in the inner city area was the highest at 57.9%, followed by the suburban area (39.3%), and the lowest was the island area (30.9%) with p< 0.05. Among refractive errors, the rate of myopia in pupils was high at 86.3%. **Conclusion:** The rate of refractive errors in Hai Phong City is high, and the rate in urban areas is higher than in suburban and island areas. The city needs to develop preventive measures to reduce the rate of refractive errors in pupils, especially students in urban areas, such as creating outdoor playgrounds, communicating to parents to make them aware of the importance of reducing the burden of learning for children as well as controlling children's use of devices such as phones, televisions, and computers for entertainment purposes.

Keywords: Refractive errors, secondary school, Hai Phong

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật khúc xạ (TKX) là vấn đề về mắt phổ biến nhất ảnh hưởng đến mọi lứa tuổi, chúng được coi là thách thức đối với sức khỏe cộng đồng. Tổ chức y tế thế giới (WHO) chỉ ra rằng tật khúc xạ là nguyên nhân đầu tiên gây suy giảm thị lực và là nguyên nhân thứ hai gây mất thị lực trên toàn thế giới vì 43% các trường hợp suy giảm thị lực là do tật khúc xạ [1]. Châu Á là nơi có tỉ lệ tật khúc xạ cao nhất thế giới [2]. Tỷ lệ tật khúc xạ ở học sinh Trung học cơ sở đứng đầu là Singapore chiếm tỉ lệ 86%, tiếp đến là Hồng Kông, Đài Loan khoảng 80% [3]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của tác giả Đỗ như Hoàn (2014) tỷ lệ mắc TKX ở nước ta từ 10% -15% ở học sinh nông thôn và từ 40% - 50% ở học sinh thành thị [4].

Trong các loại tật khúc xạ thì cận thị hiện đang là vấn đề sức khỏe có tính chất toàn cầu, là nguyên nhân chính dẫn tới suy giảm thị lực và các biến chứng có thể dẫn tới mù lòa [1]. Đây là dạng tật khúc xạ chính ở các nước Châu Á, trong đó có Việt Nam. Theo ước tính năm 2016, trên toàn thế giới có 1,4 tỷ người mắc cận thị, tương ứng 22,9% dân số, trong đó có 163 triệu người (khoảng 2,7% dân số thế giới) mắc cận thị nặng [3]. Đây là vấn đề rất đáng quan tâm vì nó ảnh hưởng vô cùng lớn tới học tập, sinh hoạt của học sinh - nguồn lao động tương lai của đất nước. Những năm gần đây, sự bùng nổ của công nghệ thông tin, các thiết bị điện tử cầm tay, số hóa và rất nhiều trò chơi điện tử đã thu hút các đối tượng lớn là học sinh tham gia sử dụng. Việc sử dụng thị giác trong một khoảng thời gian dài, không đúng khoảng cách, màn hình quá nhiều ánh sáng xanh, mắt phải điều tiết liên tục cũng góp phần không nhỏ trong việc gia tăng tỉ lệ tật khúc xạ. Học sinh trung học cơ sở (THCS) là nhóm tuổi có áp lực về học tập (tăng thời gian học và giảm thời gian hoạt động ngoài trời so với tiểu học), hơn nữa nhóm tuổi này cũng tăng tỷ lệ tiếp cận và sử dụng các thiết bị điện tử so với nhóm học sinh tiểu học. Hiện nay cả nước đã có nhiều đề tài nghiên cứu xác định tỉ lệ tật khúc xạ của tỉnh, thành phố, trong khi đó từ trước cho đến nay Hải Phòng chỉ có một số nghiên cứu từ năm 2006 về trước và một số nghiên cứu tại các quận huyện, chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài "Thực trạng mắc tật khúc xạ tật ở học sinh Trung học cơ sở tại Hải Phòng" nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ mắc TKX ở học sinh trung học phổ thông tại Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh trung học cơ sở tại thành phố Hải Phòng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Học sinh Trung học cơ sở tuổi từ 11-15 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành tại 11 trường THCS của thành phố Hải Phòng, thời gian thu thập số liệu từ tháng 6-9 năm 2023

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ mắc bệnh trong quần thể:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu, ứng với α=0,05 thì $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96; p: là tỉ lệ mắc tật khúc xạ học đường của Hải Phòng, theo kết quả nghiên cứu của tác giả Dương Thị Hương là 19,7% [5]. DE (design effect): hệ số thiết kế chúng tôi chọn hệ số thiết kế là 20, với mong muốn có được cỡ mẫu lớn hơn,

đảm bảo tính đại diện. d là sai số tuyệt đối (d = 0,05). Thay vào công thức ta thu được cỡ mẫu 4860 học sinh THCS. Thực tế chúng tôi nghiên cứu trên 5766 học sinh THCS.

Chọn mẫu: gồm 04 bước và áp dụng chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng, dựa trên nền chọn mẫu xác suất tỷ lệ với kích cỡ của quần thể

Bước 1: Lập danh sách các quận, huyện phân chia thành 3 vùng đặc trưng: nội thành (7 quận, ngoại thành (6 huyện), hải đảo (2 huyện)

Bước 2: Lập danh sách tổng học sinh THCS theo số trường của các quận huyện thuộc 03 khu vực

Bước 3: Chọn số lượng học sinh ở từng vùng đặc trưng. Để đảm bảo tính đại diện của từng vùng này, số lượng học sinh được chọn phải tỉ lệ thuận với tổng số học sinh của vùng đó.Với cỡ mẫu học sinh trung học cơ sở trong nghiên cứu khoảng 5000 em, chúng tôi phân bố số lượng mẫu ở từng vùng như sau:

Bảng 1. Số lượng học sinh tối thiểu cho mỗi vùng nghiên cứu

Vùng địa lí	Tỉ lệ %	Số lượng học sinh lấy mẫu
Nội thành	43,88%	2194
Ngoại thành	55,26%	2763
Hải đảo	0,86%	43
Tổng số	**100%**	**5000**

Bước 4: Từ số lượng mẫu đại diện của từng vùng như bảng trên, chúng tôi tiến hành bốc thăm ngẫu nhiên các trường trung học cơ sở trên địa bàn của từng vùng cho tới khi đủ số lượng mẫu đại diện, kết quả thu được sau bốc thăm ngẫu nhiên và số lượng học sinh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn như sau:

Bảng 2. Phân bố số lượng học sinh tham gia nghiên cứu theo trường

Khu vực	Trường THCS	Số lượng học sinh tham gia nghiên cứu	Tổng số
Nội thành	THCS Vạn Sơn (Đồ Sơn)	765	2414
	THCS Vĩnh Niệm (Lê Chân)	702	
	THCS Nguyễn Đình Chiểu (Ngô Quyền)	381	
	THCS Trần Văn Ơn (Hồng Bàng)	566	
Ngoại thành	THCS An Đồng (An Dương)	953	3229
	THCS Lý Học – Liên Am (Vĩnh Bảo)	562	
	THCS Chiến Thắng (An Lão)	523	
	THCS Ngũ Phúc (Kiến Thụy)	502	
	THCS Trần Nhật Duật (Thủy Nguyên)	248	
	THCS Tiên Thắng (Tiên Lãng)	441	
Hải đảo	THCS Phù Long	123	123
Tổng số			**5766**

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập

Công cụ thu thập thông tin: Phiếu khám mắt cho học sinh (thông tin cá nhân của học sinh, tình trạng cận, loạn, viễn), phương tiện khám mắt và xác định tật khúc xạ

Phương pháp thu thập thông tin: Tiến hành phỏng vấn, khám lâm sàng đo khúc xạ khách quan bằng máy khúc xạ tự động

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Biến số: nhóm biến số về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (giới tính, lớp), tỷ lệ mắc tật khúc xạ chung, tỷ lệ mắc TKX theo khối lớp, tỷ lệ mắc TKX theo khu vực và tỷ lệ mắc cận thị, viễn thị, loạn thị theo khu vực.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

Tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu

**** Tật khúc xạ:*** chia làm 2 nhóm có mắc tật khúc xạ và không mắc tật khúc xạ.

+ Chẩn đoán tật khúc xạ dựa vào tiêu chí về thị lực của học sinh: thị lực được đo ở khoảng cách 5m với bảng thị lực vòng hở landolt trong điều kiện ánh sáng đạt từ 100-300 lux, mắt có thị lực giảm <10/10 và thị lực tăng sau khi thử kính lỗ, được chẩn đoán là tật khúc xạ [6].

**** Phân loại tật khúc xạ [6]:*** bao gồm 3 loại: cận thị, viễn thị và loạn thị.

- Cận thi [6], [7]: mắt được coi là cận thị khi số đo khúc xạ có SE từ -0,50D trở lên.

- Viễn thị [6], [7]: mắt được coi là viễn thị khi số đo khúc xạ sau nhỏ thuốc liệt điều tiết có SE từ +0,50D trở lên.

- Loạn thị [6], [7]: mắt được coi là loạn thị khi số đo khúc xạ có độ trụ từ 0,75D trở lên.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả: các giá trị biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %, so sánh tỷ lệ phần trăm bằng test $\chi 2$.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

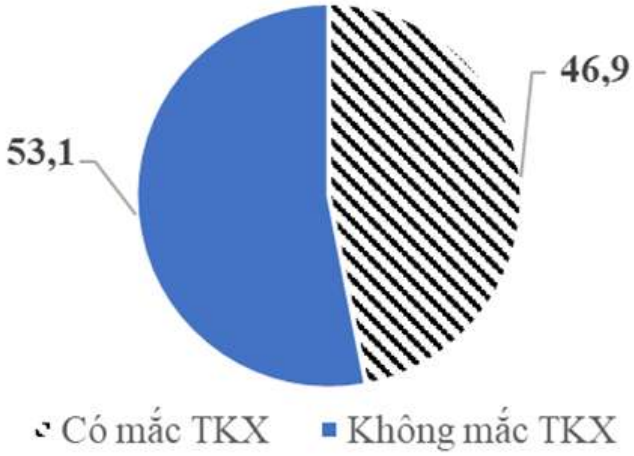
Nghiên cứu thực hiện đúng đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng tư vấn phê duyệt thuyết minh nhiệm vụ nghiên cứu khoa học và phát triển công nghệ cấp thành phố thông qua theo quyết định số 56/QĐ-SKHCN, được sự cho phép triển khai thực hiện của các sở ngành địa phương liên quan. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 5766)

Khối lớp	Số lượng học sinh			Tổng Số lượng (Tỉ lệ %)
	Nội thành Số lượng (Tỉ lệ %)	Ngoại thành Số lượng (Tỉ lệ %)	Hải đảo Số lượng (Tỉ lệ %)	
Khối 6	823 (34,1%)	948 (29,4%)	37 (30,1%)	1808 (31,4%)
Khối 7	649 (26,9%)	808 (25,0%)	30 (24,3%)	1487 (25,8%)
Khối 8	489 (20,3%)	780 (24,2%)	28 (22,8%)	1297 (22,5%)
Khối 9	453 (18,7%)	693 (21,4%)	28 (22,8%)	1174 (20,3%)
Tổng	**2414**	**3229**	**123**	**5766**

Số lượng học sinh tham gia điều tra của chúng tôi bao gồm 5766 học sinh, phân bố tại 11 trường trung học cơ sở trên địa bàn thành phố. Học sinh khối lớp 6 chiếm tỷ lệ cao nhất và giảm dần số học sinh theo khối lớp tăng dần.



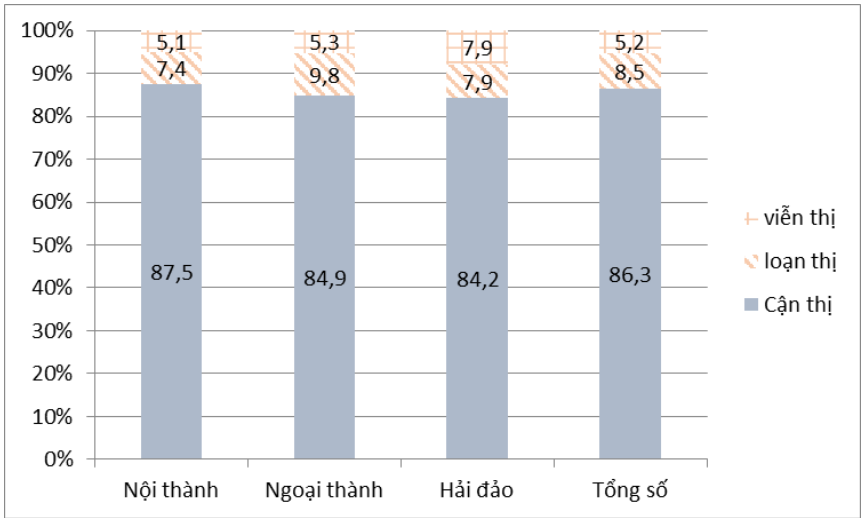
Hình 1. Phân bố tỷ lệ mắc tật khúc xạ (n = 5766)

Tỷ lệ học sinh THCS mắc tật khúc xạ là 46,9%.

Bảng 4. Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở học sinh theo khu vực (n = 5766)

Khối lớp	Nội thành Số lượng (Tỉ lệ %)		Ngoại thành Số lượng (Tỉ lệ %)		Hải đảo Số lượng (Tỉ lệ %)	
	Bình thường	Có tật khúc xạ	Bình thường	Có tật khúc xạ	Bình thường	Có tật khúc xạ
Khối 6 (n = 1808)	385 (46,8%)	438 (53,2%)	647 (68,2%)	301 (31,8%)	28 (75,7%)	9 (24,3%)
Khối 7 (n = 1487)	278 (42,8%)	371 (57,2%)	489 (60,5%)	319 (39,5%)	24 (80%)	6 (20%)
Khối 8 (n = 1297)	183 (37,4%)	306 (62,6%)	452 (57,9%)	328 (42,1%)	17 (60,7%)	11 (39,3%)
Khối 9 (n = 1174)	171 (37,7%)	282 (62,3%)	373 (53,8%)	320 (46,2%)	16 (57,1%)	12 (42,9%)
Tổng số (n = 5766)	1017 (42,1%)	1397 (57,9%)	1961 (60,7%)	1268 (39,3%)	85 (69,1%)	38 (30,9%)

Tỷ lệ mắc TKX ở khu vực nội thành chiếm tỷ lệ cao nhất 57,9%, tiếp theo đến khu vực ngoại thành (39,3%) và thấp nhất là khu vực hải đảo (30,9%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



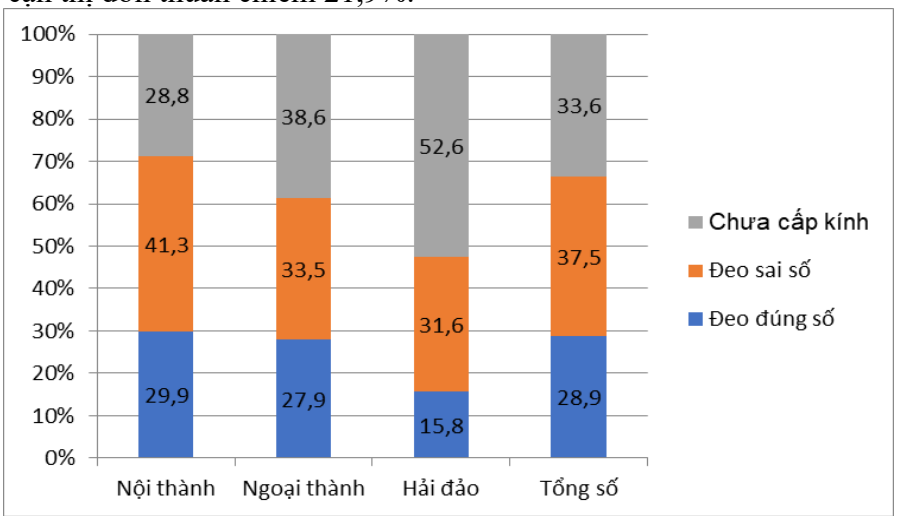
Hình 2. Mô hình tật khúc xạ theo khu vực (n = 2703)

Trong số các học sinh mắc tật khúc xạ được khám sàng lọc, số học sinh mắc cận thị chiếm 86,3%; số học sinh mắc loạn thị chiếm 8,5%; số học sinh mắc viễn thị chiếm 5,2%. Sự khác biệt về mô hình tật khúc xạ giữa 3 vùng địa dư không có sự khác biệt với p >0,05.

Bảng 5. Mô hình tật khúc xạ chi tiết

Loại tật khúc xạ		Số lượng	Tỷ lệ phần trăm
Cận thị	Cận, loạn thị	1739	64,4
	Cận thị đơn thuần	592	21,9
Loạn thị	Loạn thị đơn	230	8,5
Viễn thị	Viễn, loạn thị	112	4,1
	Viễn thị đơn thuần	30	1,1
Tổng số		**2703**	**100**

Trong số học sinh mắc tật khúc xạ, số học sinh mắc cận, loạn thị chiếm 64,4%; số học sinh mắc tật cận thị đơn thuần chiếm 21,9%.



Hình 3. Thực trạng sử dụng kính của học sinh (n = 2703)

Trong tổng số học sinh mắc tật khúc xạ, số học sinh đeo kính đúng số là 28,9%; số học sinh đeo kính sai số là 37,5%, còn nhóm chưa được chỉnh kính là 33,6%. Có sự khác biệt giữa thực trạng sử dụng kính giữa nhóm học sinh hải đảo, nội thành và ngoại thành với p<0,05. Trong số học sinh đeo kính sai số (cao hoặc thấp hơn) ở nội thành chiếm cao 41,3%. Số học sinh có mắc TKX nhưng chưa được cấp kính chiếm tỷ lệ cao ở Hải đảo (52,6%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu về tỷ lệ mắc TKX trên 5766 học sinh THCS tại Hải Phòng năm học 2023 - 2024 kết quả cho thấy: Tỷ lệ học sinh THCS mắc tật khúc xạ là 46,9% tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Phượng (2018) có tỷ lệ học sinh mắc TKX là 44,9% [8] và cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Hoàng Hữu Khôi (2017) là 39,8% [9] và Bùi Thanh Quyển (2020) là 22,5% [10]. Tỷ lệ TKX trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có thể do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu cập nhật nhất thời điểm hiện tại, bên cạnh đó thành phố Hải Phòng có mật độ dân số rất đông không gian dành cho sự phát triển thị giác của học sinh bị thu hẹp, các khu vui chơi ngoài trời không gian rộng rất hạn chế, làm gia tăng các tật khúc xạ mắt.

Theo khu vực: Tỷ lệ mắc TKX ở khu vực nội thành chiếm tỷ lệ cao nhất 57,9%, tiếp theo đến khu vực ngoại thành (39,3%) và thấp nhất là khu vực hải đảo (30,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05. Thực tế qua các nghiên cứu của các tác giả ở Việt Nam và trên Thế giới đều cho kết quả tỷ lệ tật khúc xạ ở học sinh thành thị là cao hơn rất nhiều so với học sinh ở nông thôn. Tại Việt Nam theo Đỗ Như Hơn (2014), công bố tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở nước ta là từ 10% - 15% ở học sinh nông thôn và từ 40% - 50% ở học sinh thành thị [4], Hoàng Hữu Khôi (2017) tỉ lệ mắc tật khúc xạ học sinh THCS các trường nội thành Thành phố Đà Nẵng là 58,7%, ngoại thành là 16,7% [9]. Theo chúng tôi tỷ lệ tật khúc xạ của học sinh thành thị cao hơn học sinh nông thôn có thể là do tác động của sự phát triển kinh tế xã hội, học sinh ở các thành phố có chế độ học tập căng thẳng do sự kỳ vọng của cha mẹ dẫn đến áp lực học tập và cường độ học tập cao hơn học sinh ở các vùng nông thôn, bên cạnh đó sau giờ học các em thường tham gia nhiều vào các hoạt động nhìn gần như trò chơi điện tử, internet,… Trong khi đó học sinh ở khu vực ngoại thành có nhiều không gian cho các hoạt động ngoài trời cũng như không gian rộng với tầm nhìn không bị hạn chế giúp giảm nguy cơ mắc TKX.

Mô hình tật khúc xạ: Trong số các học sinh mắc tật khúc xạ được khám sàng lọc, số học sinh mắc cận thị chiếm 86,3%; số học sinh mắc loạn thị chiếm 8,5%; số học sinh mắc viễn thị chiếm 5,2%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu Hoàng Hữu Khôi (2017) công bố tỷ lệ tật khúc xạ ở Đà Nẵng trong đó cận thị chiếm tỷ lệ cao nhất là 93,3%, loạn thị chiếm 4,1% và thấp nhất là viễn thị 2,6% [9]. Tác giả Bùi Thanh Quyển (2020) ở Sóc Trăng trong số 3.188 học sinh được tầm soát, có 716 học sinh được xác

định mắc tật khúc xạ, tỷ lệ tật khúc xạ chung là 22,5%, trong đó cận thị là 66,48%, loạn thị 32,8% và viễn thị 0,7% [10]. Trên thế giới, các tác giả cũng công bố kết quả mô hình tật khúc xạ trong đó tật cận thị chiếm tỉ lệ chủ yếu trong tật khúc xạ học đường.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 5766 học sinh trung học cơ sở tại 3 khu vực của thành phố Hải Phòng năm học 2023 – 2024 cho thấy tỷ lệ mắc tật khúc xạ cao 46,9%, trong đó tỷ lệ mắc tật khúc xạ tăng theo khối lớp. Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở khu vực nội thành chiếm tỷ lệ cao nhất 57,9%, tiếp theo đến khu vực ngoại thành (39,3%) và thấp nhất là khu vực hải đảo (30,9%) với p<0,05. Trong các loại tật khúc xạ thì tỷ lệ học sinh mắc cận thị chiếm tỷ lệ cao 86,3%. Kết quả nghiên cứu cho thấy Thành phố cần xây dựng các biện pháp dự phòng làm giảm tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở học sinh đặc biệt đối với học sinh ở khu vực thành phố như tạo các sân chơi ngoài trời, truyền thông để phụ huynh nhận thức được tầm quan trọng của việc giảm gánh nặng học tập cho trẻ cũng như cần kiểm soát trẻ sử dụng các thiết bị như điện thoại, tivi, máy tính cho mục đích vui chơi giải trí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pascolini D., Mariotti S.P.** Global estimates of visual impairment: 2010. Br J Ophthalmol. 2012;96(5):614–618. doi: 10.1136/bjophthalmol-2011-300539.
2. **He M., Xiang F., Zeng Y.** Effect of time spent outdoors at school on the development of myopia among children in China: a randomized clinical tria. JAMA, 2015; 314(11):1142-1148.
3. **Holden B. A., Fricke T. R., Wilson D. A., et al.** Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 through 2050. Ophthalmology, 2016; 123(5): 1036-1042.
4. **Đỗ Như Hơn.** Công tác phòng chống mù lòa năm 2013-2014 và phương hướng hoạt động năm 2015. Kỷ yếu Hội nghị Nhãn khoa toàn quốc 2014. Hà Nội.
5. **Dương Thị Hương, Đồng Trung Kiên.** Cận thị học sinh tiểu học và trung học cơ sở tại Hải Phòng và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Y học dự phòng, 2006; 2(128): 16-121.
6. **Đỗ Như Hơn.** Nhãn khoa tập 1. Nhà xuất bản Y học, 2012. tr. 373-400.
7. **Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên.** Giáo trình Nhãn khoa. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội. 2019.
8. **Đỗ Thị Phượng.** Tìm hiểu thực trạng thị lực và các yếu tố ảnh hưởng đến thị lực của học sinh trường trung học cơ sở Phạm Hồng Thái, thành phố Pleiku, tỉnh Gia Lai. Tạp chí Giáo dục, 2018. Trang 18-23.
9. **Hoàng Hữu Khôi.** Nghiên cứu tật khúc xạ và mô hình can thiệp ở học sinh trung học cơ sở thành phố Đà Nẵng. Luận án tiến sĩ y học. Trường đại học Huế. 2017.
10. **Bùi Thanh Quyển, Lê Minh Lý.** Nghiên cứu tình hình tật khúc xạ ở học sinh 11 đến 14 tuổi tại tỉnh Sóc Trăng năm 2020.Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2020; 41: 83-89.