

NỘI KHOA

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA KỸ THUẬT LỌC MÀNG BỤNG SỚM TRÊN BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG.

*Lữ Công Trung, Lê Thị Mãi
Hồ Thị Mộng Bích, Huỳnh Thị Mai Phan*

Mở đầu: Lọc màng bụng sớm là cách tiếp cận thích hợp thay thế việc đặt catheter tĩnh mạch trung tâm hoặc catheter tĩnh mạch đùi để lọc máu ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, khi bắt đầu thực hiện lọc màng bụng sớm hơn 2 tuần sau khi đặt catheter ổ bụng. Để tránh rò rỉ qua catheter và các biến chứng cơ học khác do sử dụng catheter Tenchoff sớm khi chưa lành sẹo, bệnh nhân sẽ được sử dụng máy Homechoice vào dịch với thể tích thấp và ở tư thế nằm.

Mục tiêu của nghiên cứu: Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật lọc màng bụng sớm bằng máy Homechoice trên bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối tại bệnh viện đa khoa Trung Tâm An Giang.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiền cứu. Tính hiệu quả được xét dựa trên bệnh nhân không phải lọc máu trong thời điểm làm lọc màng bụng sớm, mức độ giảm ure, creatinin. Tính an toàn được xét dựa trên tần suất xuất hiện các biến chứng ở bệnh nhân lọc màng bụng sớm.

Kết quả: Thời gian nghiên cứu từ 1/ 9/2019 –30/ 9/2020, chúng tôi thu thập được 30 bệnh nhân lọc màng bụng sớm. Sự giảm ure và creatinin so với chỉ số trước lọc máu có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Có 1 bệnh nhân bị rò dịch lên màng phổi (3.3%). Không ghi nhận trường hợp viêm phúc mạc, máu tụ tại vết mổ, xuất huyết ổ bụng, huyết khối tĩnh mạch.

Kết luận: Lọc màng bụng sớm có thể là một lựa chọn chấp nhận được ở bệnh nhân lọc máu không kế hoạch vì hiệu quả và tương đối an toàn. Việc này giúp tránh được sử dụng đường lọc máu tạm thời là catheter trung tâm trong khi chờ lọc màng bụng thường quy.

EFFECTIVETY AND SAFETY OF URGENT PERITONEAL DIALYSIS IN PATIENTS WITH END-STAGE CHRONIC RENAL FAILURE AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

ABTRACT

Background .Urgent- start peritoneal dialysis (PD) refers to an approach that involves iniation of PD therapy earlier than 2 weeks after PD catheter insertion. This attractive alternative opens to default hemodialysis (HD) therapy by temporary central venous catheter (CVC) or femoral venous catheter while the PD catheter is resting. The treatment performed with low fill volumes in the supine position using a cyler to avoid pericatheter leak and other mechanical complication. This study was carried out to examine the safety and effect of urgent start PD for ESRD patients in late referral or unexpected deterioration of kidney function

Method. Propective description study. The effect is based on the patients no needing HD during performed urgent – start PD , the decreasing of ure and creatinine serum , the safety is based on the incidence complication and mechanical complication.

Result . From 01 September 2019 to 30 September 2020, the study enrolled 30 patients (male 56.6%) who indicated urgent – start PD . The decreasing of ure and creatinine serum is 21.7 % and 25.1 % , subsequently when comparing with its being before performed and statistical significance with $p < 0.05$. There was a patient leaking up the pleura (3.3 %) and switching to hemodialysis. None of patient had peritonitis, hematoma, thrombosis or hemorrhage of peritoneal and wound , and primary catheter failure.

Conclusion. Urgent start PD may be an acceptable choice for unplanned Dialysis patient because it is safe and effective. It may help patients avoid HD using a temporary CVC while the PD catheter is resting

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

- Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối nhập viện giai đoạn quá trễ hoặc bệnh nhân bệnh thận mạn bị suy giảm chức năng thận nhanh chóng ngoài dự đoán hiện tại là một vấn đề lớn, bệnh nhân phải lọc máu không kế hoạch, chiếm khoảng 60% với catheter trung tâm tạm thời hoặc catheter hầm mà không có đường dò động tĩnh mạch có sẵn[5]. Việc mang catheter trung tâm sẽ dẫn đến nhiễm trùng, [3] tăng nhập viện, và tử vong trong năm đầu điều trị, đặc biệt khi so với catheter lọc màng bụng. Lọc màng bụng là một trong những phương pháp điều trị thay thế thận cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. Thông thường để thực hiện được việc lọc màng bụng, một catheter đặc biệt (catheter Tenckhoff) sẽ được đặt vào ổ bụng và cần chờ khoảng từ 2 tuần để lành sẹo. Cho nên lọc màng bụng thường được dùng cho bệnh nhân không có tình huống khẩn cấp.

- Lọc màng bụng sớm (không có kế hoạch) là việc bắt đầu lọc màng bụng cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối chưa có kế hoạch lọc máu trước đó, bệnh nhân có thể chưa chạy thận nhân tạo lần nào và cần lọc máu ngay trước 2 tuần sau khi đặt catheter lọc màng bụng. Trong thập kỷ qua, lọc màng bụng sớm (urgent start peritoneal dialysis) gây được phần nào sự hứng thú và quan tâm của cộng đồng Thận học. Để tránh rò rỉ qua catheter và các biến chứng cơ học khác do sử dụng catheter sớm khi chưa lành sẹo, bệnh nhân sẽ được sử dụng máy homechoice, vào dịch với thể tích thấp và ở tư thế nằm. Nhằm đánh giá tính hiệu quả và an toàn của kỹ thuật này, chúng tôi thực hiện đề tài: “Bước đầu đánh giá tính hiệu quả và an toàn của kỹ thuật lọc màng bụng sớm trên bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối tại bệnh viện đa khoa Trung Tâm An Giang”.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

- Đánh giá tính an toàn của kỹ thuật lọc màng bụng sớm bằng máy trên bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối dựa trên ghi nhận các biến chứng, xử lý biến chứng và kết cục của biến chứng.

- Đánh giá tính hiệu quả của kỹ thuật lọc màng bụng sớm bằng máy trên bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối qua việc ghi nhận mức độ giảm ure, creatinin, trong máu và thể tích siêu lọc

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả tiến cứu

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 5 theo KDIGO 2012, nhập viện tại khoa Nội thận bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang mà chưa có kế hoạch lọc máu trước đó.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn 5 nhưng chưa có kế hoạch lọc máu trước đó

- Có khả năng thực hiện các thao tác kết nối, cài đặt và gia đình hỗ trợ

- Bệnh nhân đồng ý làm lọc màng bụng

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có các chống chỉ định của lọc màng bụng

- Bệnh nhân không đồng ý làm lọc màng bụng

Phương tiện nghiên cứu: Máy lọc màng bụng tự động Homechoice, túi dịch lọc 5 lít, bộ dây dẫn, túi xả.

Tiến hành nghiên cứu: bệnh nhân nhập viện trong tình trạng bệnh thận mạn giai đoạn 5 sẽ được tư vấn điều trị thay thế thận. Nếu bệnh nhân phù hợp cho phương pháp lọc màng bụng, bệnh nhân và gia đình sẽ được bác sĩ tư vấn phương pháp lọc màng bụng sớm. Nếu bệnh nhân chọn lựa phương pháp này, chúng ta sẽ cho tiến hành đặt catheter càng sớm càng tốt (trong vòng 48 giờ- 2 tuần).

Sau đặt catheter, trong thời gian chờ thực hiện lọc màng bụng sớm, ngoài việc phát hiện các biến chứng ngoại khoa, chúng ta cần đánh giá bệnh nhân thường xuyên các triệu chứng của ure huyết cao, tăng kali máu, quá tải tuần hoàn và quyết định bệnh nhân có cần thực hiện lọc màng bụng ngay lập tức không hay trì hoãn việc vào dịch.

Lượng dịch ngâm ổ bụng tùy thuộc diện tích da của cơ thể (body surface area) dựa vào công thức Mosteller

$$BSA = \sqrt{\frac{\text{Chiều cao (cm)} \times \text{cân nặng (cm)}}{3600}}$$

Initial prescription for urgent-start peritoneal dialysis

Volume per exchange and number of exchanges:		
	BSA $\leq 1.7/\text{m}^2$	BSA $> 1.7/\text{m}^2$
If eGFR > 7 mL/min/ 1.73 m^2	750 mL four cycles	1000 mL five cycles
If eGFR ≤ 7 mL/min/ 1.73 m^2	1000 mL six cycles	1250 mL six cycles
Total cyclor time:		
Four cycles - Minimum of 5 hours		
Five cycles - Minimum of 6 hours, 40 minutes		
Six cycles - Minimum of 8 hours (staffing and time permitting)		
Solution:		
1.5% dextrose dialysate, if no peripheral edema or shortness of breath		
2.5% dextrose dialysate, if edema or shortness of breath		
4.25% dextrose dialysate, if prescribed by treating physician		
Special instructions:		

Hình 3.1 Ghaffari A. Urgent-start peritoneal dialysis: A quality improvement report. Am J Kidney 2012; 59:400 [6]

Thời gian bắt đầu ngâm dịch từ 48h – 2 tuần sau khi đặt catheter Tenckhoff trong ổ bụng

Thông thường, bệnh nhân sẽ được lọc cách quãng, 3 lần/tuần, mỗi lần từ 6 -8 giờ , bắt đầu mỗi ngày và tùy thuộc vào mức độ triệu chứng.

Trong quá ngâm dịch trong ổ bụng theo dõi các biến chứng :

+ Các biến chứng nhiễm trùng : nhiễm trùng chân ống, viêm phúc mạc.

+ Các biến chứng cơ học : dò rỉ dịch, thoát vị thành bụng, khối máu tụ, di lệch và tắc catheter Tenckhoff .

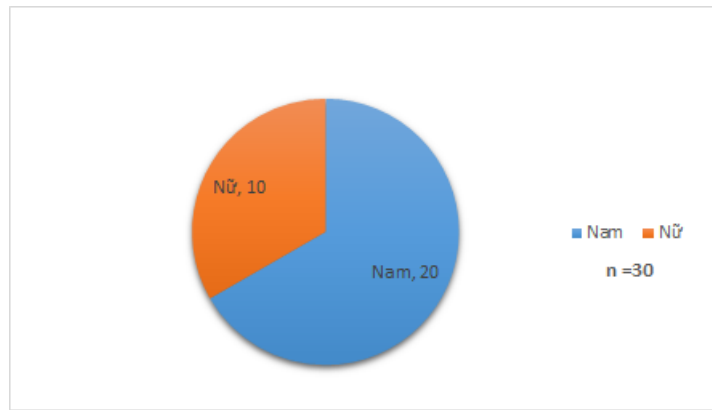
Theo dõi các chỉ số sinh hóa : ure, creatinine, albumin (xét nghiệm trước và sau lần lọc màng bụng lần thứ 3)

Theo chỉ số huyết học : hemoglobine (xét nghiệm trước và sau lần lọc màng bụng lần thứ 3)

Thông kê: bằng phần mềm STATA 12.0. Biến định lượng được trình bày dưới dạng trị số trung bình nếu có kết quả phân phối chuẩn hoặc dưới dạng trung vị (tứ phân vị 25% - 75%) nếu không có phân phối chuẩn. Biến định tính được trình bày dưới dạng trị số, tỷ lệ phần trăm (n, %). Kiểm định trung bình bằng t-test, kiểm định sự khác biệt tỉ lệ bằng test Chi bình phương. Dùng phép kiểm Wilcoxon signed-rank test khi không có phân phối chuẩn khi $p < 0.05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

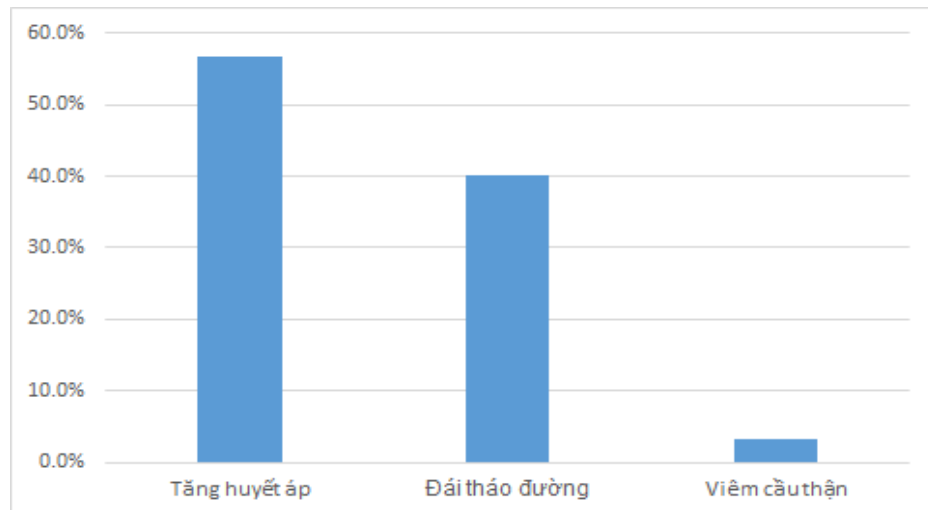
III. KẾT QUẢ:

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập số liệu trên 30 bệnh nhân, số bệnh nhân nam(n= 20) nhiều hơn nữ, chiếm 2/3 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu.



Hình 4.1 Tỷ lệ giới tính đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung vị của nhóm nghiên cứu là 52 [35-67], lớn nhất là 69 tuổi, nhỏ nhất là 24 tuổi. Bệnh đi kèm chủ yếu là tăng huyết áp (chiếm tỷ lệ 56.6%), đái tháo đường type2 (chiếm tỷ lệ 40%), viêm cầu thận (chiếm tỷ lệ 3.3%). Hai nhóm bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường là những nguyên nhân gây suy thận mạn chính yếu, điều này tương đồng với các y văn của thế giới.

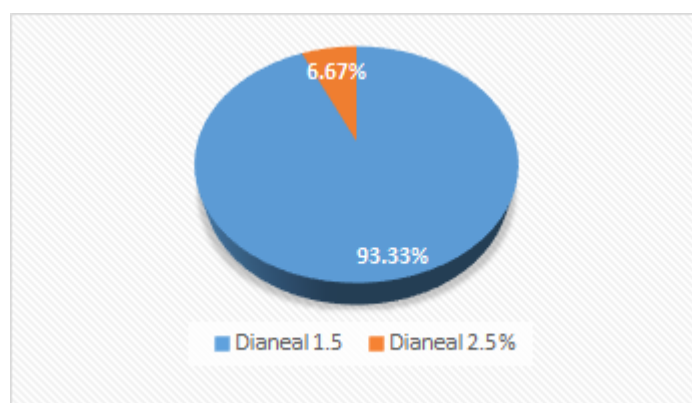


Hình 4.2 Tỷ lệ bệnh lý nền trong đối tượng nghiên cứu

Trung vị của BMI là 21.37 nằm trong giới hạn bình thường. Đa số bệnh nhân có thiếu máu mức độ nặng. Độ lọc cầu thận giảm rất nặng với trung vị 4.52 [2.2-7.04]. Phần lớn bệnh nhân có chỉ định lọc màng bụng sớm là do có hội chứng ure huyết cao.

Bảng 4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Trung vị	Tứ phân vị [25%-75%]	Giá trị lớn nhất
Tuổi	52	35-67	69
BMI (kg/m²)	21.37	19.5-24.97	33,78
BSA (m²)	1.595	1.46-1.7	1.86
Hb (g/dl)	7.65	5.4-9.9	11.5
eGFR (ml/phút/1.73m² da)	4.52	2.2-7.04	17.79



Hình 4.3 Tỷ lệ phần trăm sử dụng dịch Dianeal

Bảng 4.2 Thời gian bắt đầu ngâm dịch, thể tích siêu lọc

	Giá trị trung bình	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Thời gian ngâm dịch (ngày)	4.7	2	11
Thể tích siêu lọc (ml)	488.33	100	1312

Bảng 4.3 Kết quả sinh hóa trong nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm sinh hóa	Trước lọc màng bụng	Sau lọc màng bụng	p
Albumin (g/l)	32.87	31.586	0.35
Urê (mmol/l)	35.648	28.1	0.0005
Creatinin (μ mol/l)	1128.2	844.173	0.00001

Về tính hiệu quả: sự giảm ure và creatinin có ý nghĩa thống kê so với các chỉ số trước lọc. mức độ giảm ure và creatinin lần lượt là 21.17% (với $p < 0.05$) và 25.18% (với $p < 0.05$).

Về tính an toàn: Khi tiến hành thực hiện lọc màng bụng sớm ở 30 bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận: có 1 bệnh nhân rò dịch lên màng phổi (P) nên phải chuyển qua lọc máu (HD). Có 1 bệnh nhân phù phổi cấp khi được ngâm bằng dịch Dianeal 1.5% ngày thứ 2, do đó chúng tôi chuyển sang ngâm dịch với nồng độ cao hơn (Dianeal 2.5%) sau đó bệnh nhân ổn định. Không có biến chứng viêm phúc mạc, máu tụ, xuất huyết ổ bụng, huyết khối tĩnh mạch, nhiễm trùng vết mổ và bất thường chức năng của catheter Tenckhoff.

IV. BÀN LUẬN:

Hội chứng ure huyết cao là hội chứng lâm sàng về rối loạn chuyển hóa, hormon, nước, điện giải, xảy ra khi độ thanh thải creatinin < 15 ml/phút/1.73m²da, bao gồm những triệu chứng sau: nôn, buồn nôn, chán ăn, sụt cân, ngứa, thay đổi trạng thái thần kinh, rối loạn thị giác,... Bệnh nhân bị suy thận mạn giai đoạn cuối còn phải đối diện với tình trạng quá tải dịch gây phù phổi cấp, tràn dịch đa màng,... Lọc màng bụng sớm tuy không thể giúp đạt được mục tiêu đầy đủ như khuyến cáo lọc máu qua catheter tĩnh mạch trung tâm nhưng có thể giúp làm giảm triệu chứng hội chứng ure máu cao thông qua giảm chỉ số ure, creatinin lần lượt là 21.17% và 25,18%

có ý nghĩa thống kê với $p < 0.005$ tương tự với nghiên cứu của tác giả Tạ Phương Dung tại bệnh viện 115 [2]

Làm lọc màng bụng sớm có thể kiểm soát tình trạng quá tải dịch bằng việc điều chỉnh nồng độ dịch, thể tích và thời gian ngâm. Chúng tôi ngâm dịch trong ổ bụng với lượng dịch bắt đầu là 1000 ml sau đó tăng dần lên 1400 ml. Theo tác giả Povlsen, lọc màng bụng sớm rò rỉ dịch do bệnh nhân được ngâm số lượng lớn dịch lúc ban đầu vì vậy nên khuyến cáo lượng dịch ngâm tối đa ở bệnh nhân tư thế nằm là dưới 1500 ml [9]. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có thể tích siêu lọc tốt với thể tích trung vị 488.33 ml, có trường hợp cao nhất là 1312 ml, có 2 trường hợp phải đổi nồng độ dịch cao hơn để đảm bảo thể tích siêu lọc đủ để kiểm soát tình trạng thừa dịch

(chiếm 6.67%).

Không có bệnh nhân nào phải can thiệp bằng lọc máu HD để giải quyết tình trạng quá tải dịch. Qua ghi nhận biến chứng của lọc màng bụng sớm, có 1 trường hợp rò dịch lên màng phổi (P) (chiếm 3.33%) ở bệnh nhân 47 tuổi, có bệnh nền là tăng huyết áp và suy tim, bệnh nhân sau đó chuyển qua lọc máu bằng HD. Theo Wang và cộng sự ($n=101$) thì tỷ lệ biến chứng rò dịch ở bệnh nhân lọc màng bụng sớm là 3.9% [11] tương tự nghiên cứu của chúng tôi.

Theo Xu D và cộng sự, nghiên cứu trên 922 bệnh nhân lọc màng bụng sớm, có tần suất biến chứng thành bụng và catheter lần lượt là 4.8% và 9.5%, biến chứng thành bụng thường gặp là thoát vị thành bụng và tràn dịch màng phổi. Các biến chứng thành bụng thường gặp ở nữ giới có tiền căn phẫu thuật ổ bụng.

Theo Xu D et al (2017) giữa lọc màng bụng sớm bằng máy và lọc màng bụng thông thường thì an toàn như nhau [10]

Một trong những biến chứng quan trọng là tình trạng nhiễm trùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chưa ghi nhận trường hợp nào bị viêm phúc mạc hay nhiễm trùng đường hầm..

Theo nghiên cứu của Davana và cộng sự, nghiên cứu giữa lọc màng bụng sớm và lọc máu (thận nhân tạo) qua catheter tĩnh mạch trung tâm từ tháng 7/2014 -12/2017 trên 93 người. Sau thời gian theo dõi 180 ngày, không có sự khác biệt về biến chứng cơ học (24.7% so với 37.4%; $p=0.06$) hoặc nhiễm khuẩn huyết (15% so với 24%; $p=0.11$). Lọc màng bụng sớm là sự thay thế khả thi và an toàn cho HD trong giai đoạn cấp tính với tỷ lệ biến chứng và kết quả tương tự như HD [4]

Đề tài có một số hạn chế như cỡ mẫu nhỏ, thời gian ngắn nên chưa theo dõi hết biến chứng của lọc màng bụng sớm.

V.KẾT LUẬN:

Lọc màng bụng sớm là một lựa chọn chấp nhận được ở bệnh nhân lọc máu không kế hoạch. Việc này giúp tránh sử dụng đường mạch máu tạm thời là catheter trung tâm trong khi chờ làm lọc màng bụng thường qui (14 ngày). Ngoài ra lọc màng bụng sớm cũng giúp bảo vệ chức năng thận tồn lưu tốt hơn, một chỉ số quan trọng cho sống còn của nhóm bệnh nhân này, và là cứu cánh cho nhóm bệnh nhân không thể chạy thận nhân tạo lần ghép thận như suy tim, huyết áp thấp, không có đường mạch máu.

1. Bộ y tế (2015), Cẩm nang lọc màng bụng, *Nhà xuất bản y học Hà Nội*.
2. Tạ Phương Dung và cộng sự (2017), “Bước đầu đánh giá tính hiệu quả và an toàn của kỹ thuật lọc màng bụng sớm trên bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối tại bệnh viện Nhân Dân 115”.
3. Alessandra Amaral Schwanke et al (2017), Central venous catheter for hemodialysis: incidence of infection and risk factors, *Rev Bras Enferm*.
4. Davana et al (2017), “Urgent-start Dialysis: Comparison of Complications and Outcomes Between Peritoneal Dialysis and Haemodialysis”, *Perit Dial Int*.
5. Haiji Jin et al (2016), “Urgent – start Peritoneal Dialysis and hemodialysis in ESRD patients : complicatons and outcomes” *journal. Pone.0166181*.
6. Ghaffari A, (2012), “Urgent-start peritoneal dialysis: A quality improvement report.” *Am J Kidney*; 59,:400.
7. John T. Daugirdas, (2015), Handbook of Dialysis, Fifth Edition, Part III, pp: 391- 521.
8. Osama El Shamy et al (2020) Home Dialysis Traning for Fellows: Privilege or Necesstiy?, *AJKD American Journal of Kidney Diseases*
9. Per Ivansen and Jonh V. Povlsen (2014) “Can peritoneal dialysis be applied for unplanned of chronic dialysis” (2014) , *Nephrol Dial Transplant*, 29, pp: 2201- 2206.
10. Xu D et al (2017), “Urgent-Start Peritoneal Dialysis Complications: Prevalence and Risk Factor”, *Am J Kidney Disease*.
11. Wang et al (2017), “ A comparison between Intermittent Peritoneal Dialysis and Automatic Peritoneal Dialysis on Urgent Peritoneal Dialysis”, *American Journal Nephro*

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC VÀ KẾT QUẢ CẮT POLYPE ĐẠI TRÀNG QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Lâm Võ Hùng, Nguyễn Tấn Thành
Huỳnh Tuyên Khanh, Bùi Thị Thanh Trúc

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học và kết quả cắt polype đại tràng qua nội soi đại tràng.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang mô tả tiến hành trên 43 bệnh nhân đến nội soi đại tràng và được cắt polype qua nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020.

Kết quả: Tỷ lệ polype đại tràng cao hơn ở nam (69,8%) so với nữ (30,2%) và cao nhất ở nhóm tuổi 40 – 60 (46,5%), tuổi trung bình là $55,19 \pm 14,3$. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là táo bón (32,5%), đau khung đại tràng (23,3%), có 18,6% tiêu ra máu. Thời gian xuất hiện triệu chứng là dưới 6 tháng (74,4%). Polype phân bố chủ yếu ở trực tràng (44,2%), có cuống (51,2%) và không cuống (48,8%) tương đương nhau, màu hồng (95,5%), bề mặt nhẵn (97,7%). Về mô bệnh học, u tuyến ống grade A chiếm ưu thế (55,8%), polype tăng sản có 18,6%, đặc biệt có 4,7% là carcinoma biệt hóa vừa. Kết quả cắt polype qua nội soi đại tràng có 1 BN chảy máu sau cắt (2,3%). Sự khác biệt giữa kỹ thuật cắt và tiền sử dùng thuốc chống đông với tai biến sau cắt không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

Kết luận: Cắt polype đại tràng để tầm soát ung thư đại tràng là cần thiết và hiệu quả. Các kỹ thuật cắt polype đại tràng khi sử dụng phù hợp, đúng chỉ định thì an toàn, ít tai biến.

ABSTRACT

Aims: To determine the clinical, endoscopic, histopathological characteristics of colonic polyps and evaluate the result of colonoscopic polypectomy at An Giang Hospital.

Method: Prospective, cross-sectional descriptive study conducted on 43 patients who underwent colonoscopy and endoscopic polypectomy at An Giang Hospital from 09/2019 to 09/2020.

Result: Rate of colonic polyps was higher in male (69,8%) than female (30,2%) and highest in the 40 – 60 age group (46,5%), moderate age was $55,19 \pm 14,3$. Most common clinical symptom was constipation (32,5%), pain of colonic zone (23,3%), lower GI bleeding (18,6%), time of symptom onset was < 6 months (74,4%). Polyp locations were mainly in the rectum (44,2%), pediculate (51,2%) and sessile polyp (48,8%) was the same, the pink polyp (95,5%), smooth and congested surface (97,7%). Histopathologically, the grade A of adenomatous polyps were dominant (55,8%), hyperplastic polyp was 18,6%, especially 4,7% of carcinoma was moderated differentiation. Result of endoscopic polypectomy had 1 patient who bleeding post polypectomy (2,3%). The differences between the polypectomy technique and the anamneses of using the anticoagulant with post polypectomy accident that had no statistically significant differences with $P > 0,05$.

Conclusion: Colonic polypectomy had been screening the colonic cancer was necessary and effective. When many colonic polypectomy technics have been used correctly with the indication, it would be safety and less accident.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm đầu thập niên 70 người ta đã chú ý đến polype đại tràng vì sự liên quan của chúng đến ung thư đại tràng (4)(9). Trước khi có kỹ thuật nội soi đại tràng bằng ống mềm, các nhà lâm sàng luôn cân nhắc khả năng can thiệp phẫu thuật cắt polype đại tràng qua gợi ý tiêu phân máu hoặc hình ảnh lồng ruột ở người lớn với nguy cơ biến chứng của cuộc phẫu thuật. Ngày nay, với sự tiến bộ của ngành nội soi tiêu hóa, người ta đã chẩn đoán chính xác số lượng, kích thước, vị trí, hình dạng... của polype đại tràng và thấy rõ mối liên quan chặt chẽ giữa polype và ung thư đại tràng (5)(10). Kích thước càng lớn khả năng chuyển sản ác tính càng cao (4)(9). Vì thế, khi gặp polype đại tràng bác sĩ nội soi cần đánh giá cẩn thận và khi có chỉ định phải cắt polype sớm. Qua nội soi, người ta đã phát triển nhiều kỹ thuật cắt polype một cách thường qui

như dùng kẹp sinh thiết hay thắt thông lọng đối với polype nhỏ, cắt hết niêm mạc (EMR=endoscopic mucosal resections) hoặc dưới niêm mạc (ESR= endoscopic submucosal resections) đối với các polype lớn hoặc giai đoạn sớm của ung thư đại tràng (4)(5)(10)(12). Tuy nhiên những phương pháp này cũng có tai biến như chảy máu sau thủ thuật, thủng đại tràng,...(7)(11)(12). Tại BVĐKTT An Giang, chúng tôi đã triển khai kỹ thuật cắt polype đại tràng qua nội soi và có những kết quả ban đầu. Vì vậy, chúng tôi làm đề tài này nhằm đánh giá kết quả và rút những kinh nghiệm thực tiễn. Chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu sau:

1/ Xác định đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học của polype đại tràng.

2/ Xác định tỉ lệ thành công và tai biến của kỹ thuật cắt polype đại tràng qua nội soi.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- BN được chẩn đoán và cắt polype đại tràng qua nội soi đại tràng tại phòng nội soi Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020.

- Tiêu chuẩn loại trừ: những BN có cắt polype đại tràng nhưng không làm sinh thiết hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả, tiền cứu.

- Cỡ mẫu: thuận tiện.

- Nội dung tiến hành nghiên cứu: Tất cả BN được chẩn đoán và cắt polype đại tràng khi có chỉ định qua kỹ thuật nội soi đại tràng ống mềm. Sau đó, lấy mẫu sinh thiết hai vị trí chân và đỉnh của polype. Trường hợp có nhiều polype đồng nhất về hình dạng và hình thái thì sinh thiết ở polype có kích thước lớn nhất; trường hợp có nhiều polype không đồng nhất về hình dạng, hình thái và màu sắc thì chọn polype điển hình cho từng loại để sinh thiết. Các mẫu sinh thiết gửi về khoa Giải phẫu bệnh lý để làm mô bệnh học. Sau khi cắt polype, những BN sẽ được theo dõi lâm sàng (đau bụng, chảy máu vết cắt) từ 24 đến 48 giờ.

- Kỹ thuật cắt polype đại tràng theo Hướng dẫn lâm sàng cắt polype đại trực tràng của Hiệp hội nội soi tiêu hóa Châu Âu 2017 (ESGE) (5). Chúng tôi áp dụng 3 kỹ thuật cắt polype: Cold biopsy forceps, Hot Snare, Cold Snare tùy theo kích thước, hình dạng của polype. Cụ thể như sau:

+Polype < 3mm: dùng cold forceps

+Polype > 5mm có cuống: dùng hot snare

+Polype >5mm không cuống hoặc >7mm có cuống

- Trang thiết bị nghiên cứu: máy nội soi OLYMPUS Evis exera CLV-190

- Phương pháp thu thập dữ liệu: Phiếu thu thập dữ liệu + hồ sơ bệnh án

- Xử lý số liệu: STATA, phiên bản 10.0

+Dùng lệnh tab1 khảo sát các biến định tính: giới, nhóm tuổi, nghề nghiệp, lâm sàng, tiền sử có cắt polype đại tràng, tiền sử dùng thuốc đông, thời gian có triệu chứng, vị trí có polype ĐT, hình dạng, bề mặt polype ĐT, kỹ thuật cắt, tai biến sau cắt, mô bệnh học

+Dùng lệnh sum khảo sát các biến định lượng: tuổi, số lượng, kích thước polype ĐT.

+Dùng phép kiểm χ^2 để đánh giá sự khác biệt về tai biến sau cắt của kỹ thuật cắt polype ĐT và tiền sử dùng thuốc chống đông. Tính OR, CI khi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu 43 trường hợp cắt polype đại tràng qua nội soi đại tràng tại phòng nội soi BVĐKTT An Giang từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020, chúng tôi có những kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung:

-Giới: nam có 30 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 69,8%, nữ có 13 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 30,2%. Nhận xét: giới nam chiếm ưu thế.

-Tuổi: tuổi trung bình là $55,19 \pm 14,3$, nhỏ nhất là 26 tuổi, lớn nhất là 87 tuổi.

-Nhóm tuổi: dưới 40 tuổi có 6 BN (14%), từ 40 đến 60 tuổi có 20 BN (46,5%), trên 60 tuổi có 17 BN (39,5%). Nhận xét: nhóm BN từ 40 đến 60 tuổi chiếm tỉ lệ nhiều nhất.

3.2. Triệu chứng lâm sàng:

-Thời gian xuất hiện triệu chứng: dưới 6 tháng có 32 BN (74,4%), từ 6 tháng đến 1 năm có 10 BN (23,3%) và trên 1 năm có 1 BN (2,3%). Nhận xét: dưới 6 tháng chiếm tỉ lệ nhiều nhất.

Lâm sàng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Táo bón	14	32,5
Tiêu chảy	4	9,3
Tiêu chảy xen kẽ táo bón	7	16,3
Tiêu ra máu	8	18,6
Đau vùng đại tràng	10	23,3
Tổng cộng	43	100

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng BN đi khám

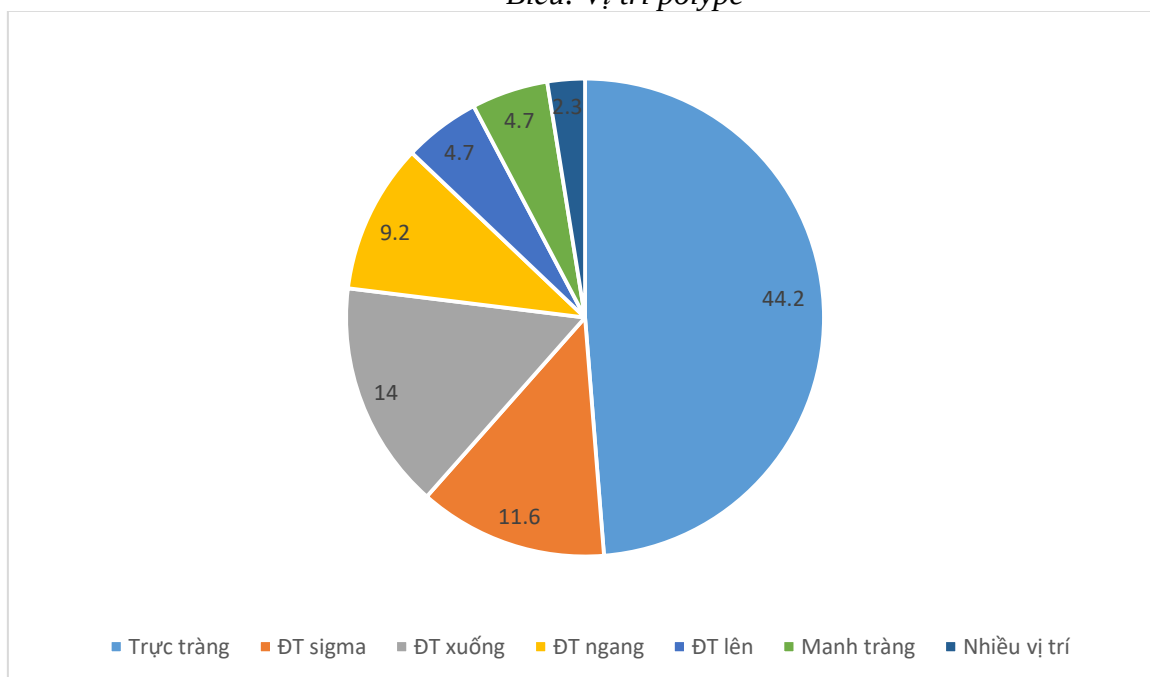
Nhận xét: BN đi khám vì triệu chứng táo bón chiếm tỉ lệ nhiều nhất 32,5%.

-Tiền sử dùng thuốc chống đông: có 8 BN dùng thuốc chống đông dự phòng bệnh mạch vành (18,6%).

-Tiền sử có cắt polype đại tràng: có 3 BN (7%).

3.3. Đặc điểm hình ảnh polype trên nội soi

Biểu: Vị trí polype



Nhận xét: Polype được tìm thấy nhiều nhất ở vùng trực tràng chiếm tỉ lệ 44,2%.

-Hình dạng polype: có cuống là 22 BN (51,2%), không cuống là 21 BN (48,8%) tương đương nhau.

-Màu sắc: đa số là màu hồng có 41 BN (95,5%), sẫm màu là 2 BN (4,7%).

-Bề mặt: đa số là bề mặt nhẵn có 42 BN (97,7%), bề mặt sùi, loét là 1BN (2,3%).

Vị trí polype	Có cuống (n,%)	Không cuống (n,%)	Tổng số (n,%)	P
Trực tràng	5 (22,7)	14 (66,7)	19 (44,2)	0.028
Đại tràng sigma	3 (13,6)	2 (9,5)	5 (11,6)	
Đại tràng xuống	6 (27,3)	0 (0)	6 (14)	
Đại tràng ngang	2 (9,1)	2 (9,5)	4 (9,2)	
Đại tràng lên	2 (9,1)	0 (0)	2 (4,7)	
Manh tràng	1 (4,8)	0 (0)	1 (2,3)	
Nhiều vị trí	4 (18,2)	2 (9,5)	6 (14)	

Bảng 2: Hình dạng polype tương ứng vị trí đại tràng

Nhận xét: Hình dạng polype ở các vị trí đại tràng có khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$.

-Số lượng polype: tối thiểu là 1 polype, tối đa là 12 polype trên một BN.

-Kích thước polype: trung bình là $9,9 \pm 6$ mm, nhỏ nhất là 3mm, lớn nhất là 30mm

3.4. Đặc điểm mô bệnh học polype:

Mô bệnh học	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
U tuyến ống grade A	24	55,8
Polype tăng sản	8	18,6
Polype viêm	9	20,9
Carcinome biệt hóa vừa	2	4,7

Bảng 3: Đặc điểm mô bệnh học của polype

Nhận xét: U tuyến ống grade A chiếm tỉ lệ nhiều nhất 24 BN (55,8%), có 2 BN phát hiện bị carcinoma biệt hóa vừa.

3.5. Kỹ thuật cắt polype

-Áp dụng ba kỹ thuật cắt polype theo kích thước polype có kết quả như sau: hot snare dùng nhiều nhất với 25 BN (58,1%), sau đó đến cold forceps với 10 BN (23,3%) và ít nhất là cold snare với 8 BN (18,6%).

-Tai biến sau cắt: có 1 BN bị đau vùng đại tràng sau cắt (2,3%) và 1 BN bị chảy máu sau cắt (2,3%). Tất cả được theo dõi và điều trị nội khoa. Kết cục cả hai BN ổn định xuất viện.

Yếu tố nguy cơ		Tai biến sau cắt		P
		Có (n)	Không (n)	
Kỹ thuật cắt	Cold forceps		0 (10)	0.47
	Hot snare	2 (25)		
	Cold snare		0 (8)	
Tiền sử dùng thuốc chống đông	Có		0 (8)	0.49
	Không	2 (35)		

Bảng 4: Yếu tố nguy cơ liên quan đến tai biến sau cắt polype

Nhận xét: Sự khác biệt giữa kỹ thuật cắt và tiền sử dùng thuốc chống đông với tai biến sau cắt không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu:

4.1.1. Tuổi: Trong 43 BN được cắt polype đại tràng, tuổi trung bình là $55,19 \pm 14,3$, nhỏ nhất là 26 tuổi, lớn nhất là 87 tuổi. Nhóm tuổi từ 40 đến 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất, nhóm nhỏ hơn 40 tuổi có tỉ lệ thấp nhất. Kết quả này giống như Dư Nguyễn Hồng Phong, Nguyễn Thị Chín và Trần Văn Huy (1)(2)(3). Polype đại tràng thường gặp ở độ tuổi trung niên (9).

4.1.2. Giới: Giới nam chiếm ưu thế 69,8% cũng tương tự các tác giả trong và ngoại nước (1)(2)(3)(8).

4.1.3. Tiền sử:

-Có dùng thuốc chống đông: chúng tôi có 8 BN để phòng ngừa bệnh lý tim mạch, chủ yếu dùng aspirine và clopidogrel, không có ai dùng warfarin, acecoumarol. Đây là những BN có bệnh lý tim mạch đi kèm như tăng huyết áp, bệnh mạch vành. Ghi nhận yếu tố này để đánh giá khả năng cầm máu sau cắt polype của BN (6)(11).

4.2. Triệu chứng lâm sàng:

4.2.1. Thời gian xuất hiện triệu chứng: phần lớn BN xuất hiện triệu chứng liên quan đến chỉ định nội soi đại tràng là dưới 6 tháng (74,4%) chỉ có 1 BN có triệu chứng trên 1 năm. Kết quả này tương tự các tác giả trong nước (1)(2)(3). Nhờ sự tiến bộ kỹ thuật nội soi tiêu hóa ống quang mềm mà BN được các bác sĩ tiêu hóa chỉ định nội soi đại tràng rộng rãi hơn giúp phát hiện các bệnh lý đại tràng sớm hơn (4)(10).

4.2.2. Triệu chứng lâm sàng: phần lớn các chỉ định nội soi đại tràng cho nghiên cứu này là hội chứng ruột kích thích, viêm đại tràng mãn (35 BN) nên các triệu chứng lâm sàng tương tự như hội chứng ruột kích thích như táo bón, tiêu chảy, đau khung đại tràng...trong đó táo bón được ghi nhận nhiều nhất (32,5%). Tiêu phân lẫn máu có tỉ lệ khá cao 18,6% nhưng thấp hơn tác giả Nguyễn Thị Chín là 67,4%, Dư Nguyễn Hồng Phong 59,2% có thể do khác biệt chỉ định nội soi, cách chọn mẫu,... Dù vậy, nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện triệu chứng thiếu máu trên lâm sàng, điều này có thể lý giải polype đại tràng gây chảy máu ít và không liên tục (1)(2).

4.3. Đặc điểm nội soi polype đại tràng

4.3.1. Vị trí polype: Trong 43 BN nội soi đại tràng phát hiện có polype, vị trí polype thường gặp nhất là trực tràng với 44,2% sau đó là đại tràng sigma 11,6%, đại tràng lên và manh tràng thấp

nhất lần lượt là 4,7% và 2,3%, nhiều vị trí có 14%. Tỷ lệ tương tự tác giả Nguyễn Thị Chín là 45%, thấp hơn Mai Thị Hội là 69,7%, Khder SA là 80,1% và khác với tác giả Dư Nguyễn Hồng Phong vùng đại tràng sigma có tỷ lệ nhiều nhất (59,2%). Sự khác biệt này do đặc điểm cư dân địa phương, chỉ định nội soi đại tràng, chọn mẫu. Hầu hết các tác giả trong và ngoài nước đều có những tỷ lệ vị trí polype khác nhau (1)(2)(3)(8).

4.3.2. Hình dạng polype: Trong nghiên cứu của chúng tôi, polype có cuống và không cuống tương đương nhau lần lượt là 51,2% và 48,8%. Hình dạng polype tương ứng với vị trí đại tràng có khác biệt với $P < 0,05$, polype có cuống thường gặp ở trực tràng, đại tràng xuống, không cuống thường gặp ở trực tràng. Đại tràng xuống, lên, manh tràng không thấy polype không cuống. Kết quả này giống mô tả của Nguyễn Thị Chín polype có cuống là 52,2%, thấp hơn ở nghiên cứu của Dư Nguyễn Hồng Phong (67,3%) (1)(2).

4.3.3. Màu sắc và bề mặt polype: đa số là màu hồng có 41 BN (95,5%), sẫm màu là 2 BN (4,7%). Kết quả này giống như các tác giả trong và ngoài nước đa số polype có màu hồng. Về bề mặt đa số là bề mặt nhẵn có 42 BN (97,7%), bề mặt sùi, loét là 1 BN (2,3%) cũng tương tự như các tác giả trên bề mặt polype trơn nhẵn chiếm ưu thế (1)(2)(3)(8).

4.3.4. Số lượng, kích thước: có 6 BN có hơn 1 polype, tối đa phát hiện có 12 polype, còn lại là polype đơn độc tương tự các tác giả trong và ngoài nước (nt). Kích thước trung bình là $9,9 \pm 6$ mm, nhỏ nhất là 3mm, lớn nhất là 30mm hầu hết có kích thước nhỏ và vừa giống các tác giả khác (1)(2)(3)(8).

4.4. Đặc điểm mô bệnh học

Năm 1984, Urbanski quan niệm rằng polype đại tràng thường có hai dạng mô bệnh học là polype tăng sản (hyperplastic polyp) và u tuyến (adenomatous polyp); ngoài ra còn có một dạng hình thái hỗn hợp của hai dạng trên (mixed morphology). Cả ba dạng này đều có khả năng chuyển adenocarcinoma đại tràng (4)(8)(9)(10). Sự hiện diện của polype tăng sản ở vùng đại tràng sigma là yếu tố nguy cơ điển hình nhất của ung thư đại tràng (8)(9)(10). Phân tích mô bệnh học polype là cần thiết để tầm soát nguy cơ ung thư đại tràng, ở cả hai loại polype có cuống và không có cuống (9). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy về mô bệnh học nhiều nhất là u tuyến ống (55,8%), kế đến là polype viêm (20,9%), polype tăng sản có 18,6%, đặc biệt phát hiện được hai BN có carcinoma (4,7%) ở cả hai dạng có cuống và không xuống. Kết quả tương tự với Dư Nguyễn Hồng Phong có u tuyến ống chiếm đa số (71,7%) và gần giống với kết quả của Nguyễn Thị Chín có u tuyến ống nhiều nhất (54,4%). Tuy nhiên hai tác giả trên không phát hiện BN bị ung thư đại tràng dù mẫu nghiên cứu có nhiều BN tiêu ra máu (1)(3), Trần Văn Huy phát hiện được 6,94% có tổn thương ung thư đại tràng trong nghiên cứu của mình (2).

4.5. Kỹ thuật cắt polype:

4.5.1. Kỹ thuật cắt: Chúng tôi sử dụng kỹ thuật hot snare nhiều nhất với 58,1%, kế đến là cold forceps với 23,3%, ít nhất là cold snare với 18,6% theo hướng dẫn của ESGE 2017 (5) áp dụng cho cách quản lý polype đại trực tràng. Theo Wang Y dùng cold snare để cắt những polype có kích thước 6mm đến 9mm thì nhanh hơn và rẻ hơn kỹ thuật hot snare; còn những kết cục khác như số lượng polype cắt/BN, kích thước polype, hình dạng, mô bệnh học, tỷ lệ cắt hoàn toàn và biến chứng quanh thủ thuật giữa hai kỹ thuật không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $P > 0,05$ (12). Đối với polype lớn hơn nên dùng hot snare để cầm máu tốt hơn, cắt trọn hơn (5). Đặc điểm polype của nghiên cứu chúng tôi thì phù hợp với dùng hot snare nhiều nhất.

4.5.2. Tai biến sau cắt và yếu tố nguy cơ: qua 43 BN được cắt polype đại tràng, chúng tôi ghi nhận có 1 BN đau vùng đại tràng và 1 BN chảy máu tiêu hóa. Cả hai được điều trị nội khoa và ổn định ra viện. Dư Nguyễn Hồng Phong thành công 100% không có tai biến nào (3). Kawamura T có 2/402 polype đã cắt bằng hot snare thì bị chảy máu cần phải nội soi lại cầm máu (8). Một phân tích gộp cho thấy dùng hot snare có tỷ lệ chảy máu muộn sau cắt cao hơn cold snare (7). Vì vậy, tỷ lệ chảy máu sau cắt khi dùng hot snare của chúng tôi giống nhận định của các tác giả này. Tuy vậy, khi phân tích thống kê tỷ lệ tai biến sau cắt với kỹ thuật cắt không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$. Điều đó có ý nghĩa là khi chỉ định đúng kỹ thuật cắt thì tỷ lệ tai biến không khác nhau giữa các kỹ thuật này.

Tai biến chảy máu sau cắt còn phụ thuộc vào dùng thuốc chống đông nói chung (6)(7)(11). Các thuốc aspirine, chống kết tập tiểu cầu không kết hợp với sự gia tăng tai biến chảy máu sau

cắt polype. Ngược lại, dùng warfarine thì nên ngưng vì kết hợp với sự gia tăng có ý nghĩa chảy máu sau cắt (6)(11), các thuốc acecoumarol cũng nên ngưng vì tai biến tương tự như warfarine (11). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giữa tai biến chảy máu sau cắt polype đại tràng và tiền sử có hoặc không dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$. Lý do những BN này không dùng warfarine hay acecoumarol trước khi nội soi đại tràng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 43 BN được cắt polype đại tràng tại phòng nội soi, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, chúng tôi nhận thấy cắt polype đại tràng để tầm soát ung thư đại tràng là cần thiết và hiệu quả. Các kỹ thuật cắt polype đại tràng khi sử dụng phù hợp, đúng chỉ định thì an toàn, ít tai biến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Chín và cs, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của bệnh polype đại trực tràng tại bệnh viện Việt Tiệp Hải phòng”, Y học thực hành (899)-số 12/2013.
2. Trần Văn Huy và cs, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của polype đại trực tràng ở bệnh viện trường Đại học Y Huế”, Y học thực hành-số 9/2007.
3. Dư Nguyễn Hồng Phong và cs, “Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học và kết quả điều trị cắt polype đại tràng tại Bệnh viện Đại học Y dược Cần Thơ”, Tạp chí Y dược Cần Thơ 9/2016.
4. A.Recipi, R Tricceri. Endoscopic polypectomy: techniques, complications and follow up, Tech Coloproctol, 2004 Dec;8Suppl 2, pp 283-90
5. Ferlitsch Monika et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR); European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline, Endoscopy 2017; 49, pp 270–297
6. Hui AJ et al, Risk of colonoscopic polypectomy bleeding with anticoagulants and antiplatelet agents: analysis of 1657 cases, Gastrointest Endosc. 2004 Jan;59(1), pp 44-8.
7. Hassan et al, Efficacy and safety of endoscopic resection of large colorectal polyps: a systematic review and meta-analysis, Gut. 2016 May;65(5), pp 806-20.
8. Kawamura T et al, A comparison of the resection rate for cold and hot snare polypectomy for 4-9 mm colorectal polyps: a multicentre randomised controlled trial (CRESCENT study), Gut. 2018 Nov;67(11), pp 1950-1957
9. Paraskevi Archanioti, Abecedary of colonic polyps, Rev Med Suisse. 2019 Aug 28;15(660), pp 1483-1487.
10. Rachel J. Groff, Clinical Significance of Serrated Polyps of the Colon, Curr Gastroenterol Rep. 2008 Oct; 10(5), pp 490–498.
11. Shalman AD et al, Systematic review with meta-analysis: the risk of gastrointestinal haemorrhage post-polypectomy in patients receiving anti-platelet, anti-coagulant and/or acecoumarol medications, Aliment Pharmacol Ther. 2015 Oct;42(8), pp 949-56.
12. Wang Y et al, A comparative study of cold snare and hot snare resection of small colorectal polyps, Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2018 Sep 11;98(34), pp 2732-2736

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH X QUANG PHỔI VÀ ĐIỀU TRỊ BẰNG ĐẶT ỚNG DẪN LƯU TRẦN KHÍ MÀNG PHỔI TẠI KHOA LAO, BVĐKTT AN GIANG

Phan Thanh Dũng, Nguyễn Quang Thương,
Nguyễn Hoàng Khoa, Bùi Tòng Nguyễn

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm lâm sàng và hình ảnh x quang của tràn khí màng phổi(TKMP) và đánh giá hiệu quả, độ an toàn của thủ thuật đặt ống dẫn lưu màng phổi trong điều trị TKMP tại khoa Lao Bệnh viện đa khoa trung tâm An giang năm 2020. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện từ tháng 01 đến tháng 10 năm 2020 ở khoa lao BVĐKTT AG. Tất cả có 97 bệnh nhân TKMP được nghiên cứu. **Kết quả:** Có 45 TKMP BK/đờm(+), 58 TKMP BK/đờm(-). Các đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân TKMP không có ý nghĩa thống kê. Tuổi 30-60 tràn khí do lao nhiều hơn tràn khí không lao với $P=0.01$. Tương tự với tiếp gần lao, x quang phổi tổn thương hang, TKMP do lao nhiều hơn nhóm tràn khí không lao với giá trị p lần lượt là $p=0.04$; $p=0.046$. Thời gian nằm viện trong nhóm tràn khí do lao ($8.97(\pm 4.61)$ / ngày) dài hơn nhóm tràn khí không lao ($6.94(\pm 1.33)$ / ngày) với $p=0.02$. Biến chứng trong nhóm tràn khí do lao là 8(21%) trường hợp, tràn khí không lao là 9(16%) trường hợp. **Kết luận:** Các đặc điểm lâm sàng TKMP phổi do lao cần lưu ý, đặc biệt tuổi (≥ 30 , $60 \leq$), tiền sử tiếp xúc lao và hình ảnh x quang phổi tổn thương hang. Đặt ống dẫn lưu điều trị tràn khí màng phổi là an toàn, hiếm có biến chứng. Sử dụng thuốc kháng lao sớm là can thiệp quan trọng để giảm thời gian nằm viện.

ABSTRACT

Objective: To investigate the clinical features and radiological manifestations of pneumothorax and to evaluate the safety and efficacy of chest-tube-insertion in tuberculous department at the An Giang General Hospital. **Subjects and methods:** Cross sectional study was conducted from January 1 to October 30/2019 in tuberculous department at the An Giang General Hospital. A total of 97 was enrolled in the study. **Results:** 39 patients with pneumothorax with acid fast bacillus(+) and 58 patients with pneumothorax with acid fast bacillus(-). Tuberculous pneumothorax was significantly more common in pneumothorax patients ≥ 30 years old and years old ≤ 60 ($P=0.01$). Similarly, with close-contact history, radiological manifestations with cavitation were significantly associated with Tuberculous pneumothorax with $p=0.04$; $p=0.046$, respectively. The mean total inpatient management time in the pneumothorax with acid fast bacillus(+) group was $8.97(\pm 4.61)$ days and in the pneumothorax with acid fast bacillus(-) group was $6.94(\pm 1.33)$ days with $p=0.02$. Complications in the pneumothorax with acid fast bacillus(+) group were 8(21%) cases and in the pneumothorax with acid fast bacillus(-) group were 9(16%) cases. **Conclusion:** Clinical characteristics for pneumothorax with acid fast bacillus(+) should be noted, especially with in tuberculous pneumothorax patients ≥ 30 years old and years old ≤ 60 , close-contact history, cavitory lesions. chest-tube-insertion is safety, efficacy with rare complications. anti-tuberculosis treatment is important interventions to reduce inpatient management time.

I.ĐẶT VẤN ĐỀ.

Tràn khí màng phổi (TKMP) là bệnh cấp cứu y khoa thường gặp, được định nghĩa là có khí trong khoang màng phổi. Nó được phân chia TKMP nguyên phát và TKMP do chấn thương. TKMP nguyên phát phân chia thêm thành TKMP tự phát nguyên phát và TKMP tự phát thứ phát. TKMP tự phát thứ phát được định nghĩa là tràn khí xảy ra do biến chứng bệnh nền ở phổi, bệnh viêm phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) chiếm tỷ lệ cao nhất. Nguyên nhân khác bao gồm cả khối u phổi, bệnh u hạt (Sarcoidosis), bệnh màng phổi, bệnh mô bào tế bào Langerhans, bệnh u xơ nang, bệnh lao phổi.. [2,3]. Lao phổi là nguyên nhân TKMP thứ phát phổ biến nhất sau COPD. Cơ chế bệnh sinh tràn khí màng phổi tự phát đã được mô tả trong y văn là do ba yếu tố: thành phế nang bị teo, những biến đổi phế quản do tổ chức xơ sẹo co kéo, các dây chằng dính vào màng phổi co kéo vào các vùng tổ chức phổi bị xơ teo gây rách nhu mô phổi gây ra hậu quả tràn khí màng phổi tự phát [5].

Đặt ống dẫn lưu màng phổi là thủ thuật đặt một ống nhỏ vào khoang màng phổi để dẫn lưu khí và chất dịch được tạo ra do một số bệnh lý đi ra khỏi cơ thể. Xuất phát từ những thực tế tràn khí màng phổi ít được nghiên cứu, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm những mục tiêu sau:

1. Xác định đặc điểm lâm sàng và hình ảnh x quang của TKMP tại khoa Lao 2020.
2. Đánh giá hiệu quả, độ an toàn của thủ thuật đặt ống dẫn lưu màng phổi trong điều trị TKMP tại khoa Lao 2020.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện là mô tả cắt ngang trong khoảng thời gian từ tháng 12/ 2019 đến 10/ 2020 tại khoa lao Bệnh viện đa khoa trung tâm An giang. Tất cả bệnh nhân tràn khí màng phổi ≥ 16 tuổi thì được nhận vào nhóm nghiên cứu. Ngoại trừ tràn khí màng phổi do chấn thương, tràn khí có tràn dịch mủ màng phổi và người bệnh không đồng ý tham gia. Thu thập thông tin chi tiết gồm triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, tiền sử tiếp xúc lao và tiền sử bất kì bệnh lý khác. Lưu ý tiền sử uống thuốc lao trước đó và hình ảnh x quang đặc điểm lâm sàng trong giai đoạn nằm viện điều trị.

- Thực hiện x quang trước và sau điều trị cho tất cả đối tượng nghiên cứu để đánh giá sự tổn thương phổi do lao. Tất cả trường hợp được chẩn đoán lao sẽ được điều trị theo phác đồ hướng dẫn của bộ y tế

- Thực hiện dẫn lưu khí màng phổi dựa vào hướng dẫn của Hiệp hội lồng ngực Anh. Tất cả các trường hợp tràn khí màng phổi lớn: ≥ 2 cm vành khí xuất hiện giữa viền phổi và thành ngực là có chỉ định đặt ống dẫn lưu. Phương pháp thực hiện là gây tê tại chỗ, đặt ống dẫn lưu vào khoang màng phổi với ống có kích thước 10 – 14 F. Dẫn lưu phải được kết nối với một van nước (đầu ngoài của dẫn lưu màng phổi phải được cắm dưới một mức nước) và thấy được khí sủi tăm qua van.

Chẩn đoán lao phổi khi AFB/ đờm dương tính bằng kỹ thuật Zeihl Neelson. Những bệnh nhân AFB/ đờm âm tính dựa vào gợi ý của hình ảnh x quang và lâm sàng và không đáp ứng với điều trị kháng sinh 2-3 tuần. Những bệnh nhân này được công nhận lao phổi khi nếu như lâm sàng được cải thiện với phác đồ điều trị lao[2,3].

- Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0 phân tích số liệu .

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Có 97 bệnh nhân được chọn, 39 tràn khí màng phổi BK(+) và 58 tràn khí màng phổi BK(-).

Đặc điểm	TKMP- BK(+) n = 39	TKMP- BK(-) n = 58	P
Nam	19(48%)	31(53%)	0.368
Nữ	20(52%)	26(47%)	
Tuổi ≤ 30	10(25%)	30(52%)	0.01
Tuổi 30-60	24(61%)	14(24%)	
Tuổi ≥ 60	5(14%)	13(24%)	
Nghiện thuốc lá	11(28%)	20(34%)	0.336
Tiếp xúc lao	22(56%)	16(28%)	0.04
Tiền sử lao	24(61%)	25(43%)	0.058

Nhận xét: Tuổi từ 30-60 và tiền sử tiếp xúc lao trong nhóm tràn khí BK(+) có tỉ lệ cao hơn và có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và Xquang phổi

Đặc điểm	TKMP- BK(+) n = 39	TKMP- BK(-) n = 58	P
Ho	22(56%)	35(60%)	0.497
Khạc đờm	16(41%)	18(31%)	0.268
Khó thở	34(87%)	53(91%)	0.367
Ho máu	5(13%)	5(8%)	0.367

Sốt	15(38%)	15(29%)	0.137
Sụt cân	17(44%)	18(31%)	0.162
Hang	9(23%)	5(8%)	0.046
Thâm nhiễm	10(26%)	11(19%)	0.295
Đông đặc	11(28%)	10(17%)	0.296
Vôi hóa	8(21%)	15(29%)	0.361
Khí phế thũng	11(28%)	11(19%)	0.294
Xẹp phổi	5(13%)	5(7%)	0.367
Tràn khí phổi trái	6(15%)	8(14%)	0.136
Tràn khí phổi phải	21(54%)	23(39%)	0.121
Tràn khí 2 bên	6(15%)	6(10%)	0.356

Nhận xét: 2. Đặc điểm lâm sàng và x quang phổi giữa 2 nhóm không khác biệt, ngoại trừ tổn thương hang trên X quang có khác biệt với $p = 0.046$

3.3.Kết quả điều trị tràn khí màng phổi

Đặc điểm	TKMP- BK(+) n = 39	TKMP- BK(-) n = 58	P
KDL (-)/5*	30(77%)	42(72%)	0.40
TGDL TB**/ ngày	6.9(± 2.18)	6.4(± 1.17)	0.16
Thời gian nằm viện/ ngày	8.97(± 4.61)	6.94(± 1.33)	0.02
Số lượng biến chứng	8(21%)	9(16%)	0.37
Tái phát trong tuần	6(15%)	6(10%)	0.33

* Khí dẫn lưu màng phổi ngưng hoạt động ngày thứ 5, ** Thời gian dẫn lưu khí màng phổi

Nhận xét: 2. Thời gian nằm viện ở nhóm tràn khí BK(+) có tỉ lệ cao hơn và có ý nghĩa thống kê với $p = 0.02$.

IV.BÀN LUẬN

Có 97 bệnh nhân được nghiên cứu, 39 nhóm tràn khí BK(+) và 58 tràn khí BK(-). Trong những nghiên cứu trước đây những nhóm tuổi trẻ hơn (thường < 30 tuổi) thì chiếm tỷ lệ cao trong nhóm tràn khí do lao[2,3]. Ngược lại, một nghiên cứu hệ thống ở Misgena thì tuổi lớn liên quan với tràn khí màng phổi càng nhiều. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi từ 30-60 trong nhóm tràn khí BK(+) có tỉ lệ cao hơn và có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Trong nghiên cứu của Blanco-Perez và cộng sự[6], đặc điểm lâm sàng đau ngực, ho, sốt và sụt cân ở bệnh nhân tràn khí màng phổi do lao nhiều hơn bệnh nhân tràn khí màng phổi không do lao. Trong nghiên cứu chúng tôi trong nhóm tràn khí BK(+) thì ho(56%), khó thở (87%), khạc đờm (41%), ho máu (13%), sốt (38%), sụt cân (44%) và nhóm tràn khí BK(-) thì ho (60%), khó thở (91%), khạc đờm (31%), ho máu (8%), sốt (29%), sụt cân (31%) và triệu chứng trên không có ý nghĩa khác biệt giữa 2 nhóm. Ngoài ra, những nghiên cứu trước đây những đặc điểm lâm sàng (thí dụ: giới, hút thuốc..) là nguy cơ tràn khí màng phổi nguyên phát [4,5]. Tuy nhiên chúng tôi không tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa giữa 2 nhóm. Liên quan hình ảnh x quang, trong các nghiên cứu trước đây có sự tương quan có ý nghĩa giữa tổn thương hang và tràn khí màng phổi[2,3]. Trong nghiên cứu chúng tôi, hình ảnh Xquang tổn thương dựa trên phân tích chụp cắt lớp vi tính tràn khí màng phổi. Những tổn thương kèm thêm hình ảnh đông đặc (28%), thâm nhiễm (26%), vôi hóa (21%), khí phế thũng (28%), tràn khí màng phổi trái (15%), tràn khí màng phổi phải(54%), tràn khí màng phổi 2 bên (15%) ở trong nhóm tràn khí BK(+) và hình ảnh đông đặc(17%), thâm nhiễm (19%), vôi hóa (29%), khí phế thũng (19%), tràn khí màng phổi trái (14%), tràn khí màng phổi phải (39%), tràn khí màng phổi 2 bên (10%) ở trong nhóm tràn khí BK(-) .

Trái ngược với bản chất tràn khí màng phổi nguyên phát tự phát, tràn khí màng phổi thứ phát tự phát do nhiễm trùng như lao có thể điều trị phức tạp hơn do bệnh nhân này có bệnh nền đường hô hấp và tiềm ẩn nhiều bệnh tim phổi trầm trọng[6]. Trong một nghiên cứu Yagi và

cộng sự, sự khác biệt có ý nghĩa về kết quả điều trị tràn khí màng phổi do lao nằm viện lâu hơn tràn khí màng phổi nguyên phát tự phát[7] và Theo nghiên cứu Blanco-Perez và cộng sự, mặc dù tình trạng lâm sàng bệnh nhân tràn khí BK/ đờm dương tính thì nặng hơn nhưng kết quả thì tốt và thời gian nằm viện lâu hơn. Trong nghiên cứu chúng tôi, thời gian điều trị nội trú là $8.97(\pm 4.61)$ /ngày trong nhóm ở trong nhóm tràn khí BK(+) và $6.94(\pm 1.33)$ /ngày trong nhóm ở trong nhóm tràn khí BK(-) có sự khác biệt là thời gian nằm viện nhóm tràn khí BK(+) lâu hơn với $p = 0.02$

Phần lớn những bệnh nhân vào khoa của chúng tôi do tràn khí màng phổi thì sau đó sẽ được chẩn đoán lao tiếp theo. Chỉ định quan trọng là cân nhắc đặt dẫn lưu khí màng phổi qua da cấp cứu và buộc xét nghiệm vi trùng là BK/ đờm trong những bệnh nhân tràn khí màng phổi. Đặc biệt, khi thầy thuốc phát hiện tổn thương còn tồn tại sau khi theo dõi tràn khí màng phổi tự phát giảm nỡ tốt thì nên cân nhắc lao phổi[7]. Trong báo cáo Yagi và cộng sự, trong tràn khí màng phổi lần đầu tiên có 50% lao phổi[8]. Có 97 bệnh tràn khí trong nghiên cứu chúng tôi là tất cả các trường hợp cần thiết làm thủ thuật mở màng phổi qua da. Tất cả được thực hiện đặt ống dẫn lưu khí màng phổi, thở oxy, và theo dõi cẩn thận; 10 trường hợp không cần thủ thuật xâm lấn thì không nhận vào nhóm nghiên cứu và chỉ theo dõi cẩn thận đến xuất viện. Những bệnh nhân được thực hiện thủ thuật thì được theo dõi cẩn thận các biến chứng thường gặp như tắc ống dẫn lưu và tràn khí dưới da...., nhưng không có mô tả rõ ở những nghiên cứu trước đây, ngoại trừ báo cáo Yagi và cộng sự là 24% thở oxy liều cao và nghỉ ngơi, 9% gây dính màng phổi, 15% phẫu thuật lần 2, 13% không cải thiện. Trong nghiên cứu chúng tôi, các biến chứng hiếm gặp ở 2 nhóm. Có 17 tắc ống dẫn lưu cho cả 2 nhóm, tất cả đều cần thay ống dẫn lưu, 1 trường hợp tràn khí dưới da mức độ nhẹ và tự tái hấp thu không cần can thiệp, 1 trường hợp tràn khí dưới da mức độ nặng và can thiệp bằng thêm 1 ống dẫn lưu và sau đó bệnh ổn.

V.KẾT LUẬN

Các đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân tràn khí màng phổi không phải là đặc điểm để chẩn đoán tràn khí màng phổi do lao. Tuy nhiên, những bệnh nhân tràn khí có tiếp xúc gần bệnh lao, ở độ tuổi 30- 60 và có hình ảnh x quang phổi dạng hang nên cân nhắc nghĩ bệnh lao điều trị thuốc kháng lao sớm. Những bệnh nhân tràn khí màng phổi do lao có thể điều trị phức tạp hơn do có bệnh nền đường hô hấp và tiềm ẩn nhiều bệnh tim phổi trầm trọng nên kéo dài thời gian nằm viện. Tuy nhiên, cần các nghiên cứu sâu hơn với cỡ mẫu lớn hơn là rất quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thanh Bình (2016). “Góp phần nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, xquang và nguyên nhân của tràn khí màng phổi”. Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Đại học y Hà Nội; tr 37-58.
2. Kahn IS. Spontaneous pneumothorax in pulmonary tuberculosis: its occurrence and management. South Med J. 1922;15:972–980.
3. Gammons HF. Spontaneous pneumothorax complicating pulmonary tuberculosis. Boston Med Surg J. 1918;178:637–638.
4. Kim HY, Song K, Goo JM. Thoracic sequelae and complications of tuberculosis. RadioGraphics. 2001;21:839–860. et al. - PubMed
5. Sokolove PE, Derlet RW. Tuberculosis. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, editors. Rosen's Emergency Medicine. 7th ed. Philadelphia, PA: Mosby; 2009.
6. Blanco-Perez. Pneumothorax, chylothorax, hemothorax, and fibrothorax. In: Mason RJ, Broaddus VC, Martin TR, editors. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 5th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2010. et al, eds.
7. Blanco-Perez J, Bordón J, Piñero-Amigo L, Roca-Serrano R, Izquierdo R, Abal-Arca J. Pneumothorax in active pulmonary tuberculosis: resurgence of an old complication? Respir Med 1998;92(11):1269–1273.CrossRefPubMedGoogle Scholar
8. Yagi. The chemotherapy of pulmonary tuberculosis: a review. Chest 1979;76(6 Suppl):785–796.Google Scholar

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Trần Văn Đầu, Đinh Trần Quang Thái
Lý Thanh Đồng, Lê Phước Luyện.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị bệnh mạch vành hiện nay có: nội khoa, can thiệp động mạch vành qua da (CTĐMVQD) và mổ bắc cầu chủ-vành (MBCCV). Khi so sánh ba phương pháp trên thì can thiệp có nhiều ưu điểm hơn.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ thành công của CTĐMVQD tại BVĐKTT An Giang.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang hồi cứu.

Kết quả: Có 772 bệnh nhân được chụp và can thiệp mạch vành qua da, trong đó can thiệp mạch vành 394, can thiệp cấp cứu 32 trường hợp. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $69,2 \pm 5,2$ tuổi, tuổi lớn nhất là 95 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 31 tuổi. Các tổn thương động mạch vành: ĐMV phải 53,76%; thân chung ĐMV trái 13,91%; đoạn gần ĐM liên thất trái trước 60,15%; sang thương chia đôi 37,03%; sang thương tắc nghẽn mạn tính (CTO) 8,49%; sang thương loại C 32,52%. Kết quả can thiệp: Tỉ lệ biến chứng chung 11,16%, trong đó có loạn nhịp tim 4,06%, tách - thủng vỡ thành ĐMV 0,25%, dị ứng thuốc cản quang 0,76%, máu tụ nơi đâm kim 2,28%, bơm khí vào động mạch vành 0,50%, phù phổi cấp 2,26% không có trường hợp nào tử vong do biến chứng. Tỉ lệ tử vong trong can thiệp cấp cứu 2,03% là do nhồi máu cơ tim cấp Killip III và IV.

Kết luận: Tỉ lệ thành công là 97,46%; tỉ lệ tử vong trong can thiệp cấp cứu 2,03%; tỉ lệ biến chứng chung 11,16%.

SUMMARY

Problem: Treatment of coronary artery disease currently has: internal medicine, percutaneous coronary intervention (CTDMVQD) and aortic-coronary bypass surgery (MBCCV). When comparing the above three methods, the intervention has more advantages.

Objective: Determine the success rate of CTDMVQD at An Giang General Hospital.

Method: Describe retrospective cross section.

Results: There were 772 patients were taken and intervened coronary artery intervention, of which 394 coronary intervention, emergency intervention 32 cases. The average age of the study sample was 69.2 ± 5.2 years, the largest age was 95 years, and the smallest age was 31 years old. Coronary artery injuries: right coronary artery 53.76%; common body left coronary 13.91%; the segment near the left anterior ventricular hypertrophy 60.15%; to the commercial divided by 37.03%; chronic obstructive lesions (CTO) 8.49%; to commercial grade C 32.52%. Intervention results: The rate of general complications 11.16%, including arrhythmia 4.06%, splitting - rupture into coronary heart 0.25%, contrast allergy 0.76%, hematoma places needle puncture 2.28%, air pump into coronary artery 0.50%, pulmonary edema 2.26%, no cases died from complications. The death rate in the emergency intervention was 2.03% due to acute myocardial infarction Killip III and IV.

Conclusion: The success rate is 97.46%; the death rate in emergency intervention is 2.03%; general complication rate 11.16%

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạch vành là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, mỗi năm có khoảng 5,8 triệu trường hợp bệnh mới mắc. Hiện nay có 3 phương pháp điều trị: nội khoa, can thiệp động mạch vành qua da (CTĐMVQD) và mổ bắc cầu chủ-vành (MBCCV). Khi so sánh ba phương pháp trên thì can thiệp có nhiều ưu điểm hơn. CTĐMVQD có thể gây biến chứng như tử vong trong bệnh viện, nhồi máu cơ tim, mổ bắc cầu chủ-vành cấp cứu. Các biến chứng này phụ thuộc vào trình độ can thiệp viên, dụng cụ can thiệp, chế độ điều trị trước, trong và sau can thiệp hợp lý, đặc điểm sang thương ĐMV, bệnh lý phối hợp. Vì những lý do đó, tất cả các nhà can thiệp phải nghĩ đến những yếu tố nguy cơ của can thiệp để hạn chế những biến chứng tiềm tàng của can thiệp xảy ra trong và sau can thiệp^{[1];[2];[3]}

Chụp mạch vành qua da và CTĐMVQD là can thiệp xâm lấn có thể xảy ra những biến chứng. Vì vậy chúng tôi tiến hành đánh giá kết quả với mục tiêu:

1. Mô tả các tổn thương động mạch vành.
2. Xác định tỉ lệ thành công của CTĐMVQD tại BVĐKTT An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Hồi cứu tất cả các hồ sơ bệnh án được chụp và CTĐMVQD tại khoa nội Tim mạch – Lão học – BVĐKTT An Giang từ 03/2019 đến 10/2020.

2.3. Xử lý thống kê:

Sử dụng phần mềm SPSS 16.0. được trình bày theo tỉ lệ phần trăm (biến định tính), trị trung bình độ lệch chuẩn (biến định lượng) và được so sánh theo phép kiểm chi bình phương (biến định tính) và phép kiểm t (biến định lượng).

2.4. Qui trình theo dõi sau can thiệp:

- Bệnh nhân được theo dõi tại phòng săn sóc sau can thiệp và rút sheath ĐM đùi hoàn chỉnh.
- Bệnh nhân được chuyển đến phòng lưu bệnh và được theo dõi tiếp trong vòng 24 giờ sau can thiệp. Đối với bệnh nhân bị hội chứng vành cấp theo dõi trong phòng CCU 24 giờ.
- Bệnh nhân tái khám định kỳ: 2 tuần đầu, sau đó tái khám mỗi tháng sau can thiệp.

2.5. Định nghĩa các biến dùng trong nghiên cứu:

- Đánh giá tổn thương động mạch vành. Tổn thương động mạch vành được đánh giá theo phân loại tổn thương của Hội tim mạch / Trường môn tim mạch Hoa Kỳ (ACC/AHA) ^{[1],[15]}.
- Kỹ thuật can thiệp: đặt stent theo kiểu cổ điển (nong bóng tổn thương trước đặt stent), đặt stent trực tiếp không cần nong bóng trước.
- Thành công về giải phẫu hay chụp mạch máu: khi hẹp tồn lưu sau can thiệp <20% đường kính (sau đặt stent) hay < 50% (sau nong bóng đơn thuần) và dòng chảy bình thường TIMI 3. ^{[1],[15]}
- Thành công về lâm sàng: thành công về giải phẫu kèm giảm triệu chứng thiếu máu cục bộ sau can thiệp can thiệp mà không cần tái thông bằng ngoại khoa hay làm lại can thiệp cấp cứu trong vòng 30 ngày sau can thiệp ^{[1],[15]}.
- Biến chứng nội khoa: tụt huyết áp, loạn nhịp, đau ngực, suy tim nặng lên, biến chứng liên quan thuốc cản quang (suy thận, phản ứng phản vệ). ^{[7],[15]}.
- Biến chứng mạch máu tại chỗ chọc động mạch: chảy máu, máu tụ, giả phình mạch, dò động tĩnh mạch, huyết khối nguyên tắc....
- Biến chứng mạch vành: tắc mạch vành cấp, phẫu thuật bắc cầu cấp cứu, thủng mạch vành, đứt dây dẫn, rớt stent, lắp lại tái thông tổn thương tích, huyết khối cấp, huyết khối bán cấp trong stent.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tổng số 772 bệnh nhân, trong đó can thiệp là 394 trường hợp và 32 trường hợp can thiệp cấp cứu, với tỷ lệ nam/ nữ gần bằng 1/1. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $69,2 \pm 5,2$ tuổi, tuổi lớn nhất là 95 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 31 tuổi.

3.2. Sự phân bố biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân trước chụp mạch vành:

Bảng 1 Bảng phân bố biểu hiện lâm sàng

Hội chứng mạch vành	Số lượt	Tỉ lệ %
Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên	36	9,52%
Đau thắt ngực không ổn định (ĐTNKÔĐ)	92	24,33%
Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên	79	20,89%
Đau thắt ngực ổn định	56	14,81%
Bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ	116	30,68%

3.3. Sự phân bố các yếu tố nguy cơ lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2 Bảng phân bố các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Số lượt	Tỉ lệ %
Tăng huyết áp	153	40,47%
Đái tháo đường	96	25,39%
Suy tim NYHA II trở lên	46	12,16%
Tai biến mạch máu não (TBMMN)	16	4,23%
Phân suất tổng máu thất trái (EF) $\leq 30\%$	24	6,34%
Creatinine máu ≥ 1.2 mg%	94	24,86%
Hút thuốc lá	121	32,01%

3.4. Kết quả can thiệp**3.4.1. Phân loại thủ thuật**

Bảng 3: Phân loại thủ thuật chụp và can thiệp mạch vành			Bảng 4: Phân loại can thiệp mạch vành		
Phân loại thủ thuật	N=772	%	Phân loại can thiệp	N=394	%
Chụp mạch vành cấp cứu	48	6,21%	Can thiệp mạch vành cấp cứu	32	8,12%
Chụp mạch vành chương trình	722	93,52%	Can thiệp mạch vành chương trình	362	91,87%
Nhận xét: Chụp mạch vành cấp cứu 6,21%			Nhận xét: Can thiệp mạch vành cấp cứu 8,12%		
Bảng 5: Phân độ theo Killip					
Killip	I	II	III	IV	
N	321	49	16	8	
%	81,47%	12,43%	4,06%	2,03%	
Nhận xét: Hầu hết là Killip I chiếm đến 81,47%					

3.4.2. Kỹ thuật tiếp cận động mạch**Bảng 6: Vị trí tiếp cận động mạch vành**

Vị trí chọc kim	N=394	%
Động mạch quay	48	12,18%
Động mạch đùi	346	87,81%

3.4.3. Mô tả các tổn thương động mạch vành

Bảng 7. Bảng mô tả các tổn thương động mạch vành

Sang thương	N=772	Tỉ lệ %
Động mạch vành phải	306	39,63%
Thân chung ĐMV trái (LMCA)	94	12,17%
Đoạn gần động mạch liên thất trái trước	340	44,04%
Sang thương chia đôi	217	28,10%
Sang thương tắc nghẽn mạn tính (CTO)	65	7,25%
Sang thương loại C	193	25,00%

3.4.4. Biến chứng của thủ thuật chụp và can thiệp mạch vành qua da:

Bảng 8. Biến chứng do thủ thuật chụp và can thiệp mạch vành

Tai biến	N=394	Tỉ lệ %
Loạn nhịp tim (ngoại tâm thu thất)	16	4,06%
Tách, thủng vỡ thành ĐMV	1	0,25%
Tắc mạch	0	%
Bơm khí vào ĐMV	2	0,50%
Dị ứng, suy thận do thuốc cản quang	3	0,76%
Nhiễm trùng	0	%
Chảy máu, máu tụ nơi chọc kim	9	2,28%
Phù phổi cấp	5	1,26%
Tử vong	8	2,03%
Tổng cộng	44	11,16%

Bảng 8: Biến chứng tử vong theo phân độ Killip

Phân độ	Killip I	Killip II	Killip III	Killip IV
N	0	0	3	5
%			0,76%	1,26%

Bảng 9: Bảng phân bố kết quả can thiệp mạch vành qua da

Kết quả	N=394	Tỉ lệ %
Can thiệp thành công (giải phẫu, lâm sàng)	386	97,46%
Tử vong	8	2,03%

IV. BÀN LUẬN

Về giới: Nghiên cứu chúng tôi tỉ lệ nam nữ gần bằng 1/1, tỉ lệ này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước ^{[1],[6],[7]}.

Về tuổi: So sánh tuổi trung bình của bệnh nhân giữa các phòng thông tim trong nước.

Tuổi	Viện tim quốc gia	Viện tim TPHCM	BV 115	BV ĐHYD TPHCM	BVĐK Kiên Giang	Chúng tôi
Trung bình	59,95±8,35	61,5±12,5	62,11 ± 10,74	64,2±10,61	65,8 ± 12,3	68,2 ± 5,2

Qua bảng trên cho thấy tuổi trung bình được CTĐMVQD ngày càng tăng, theo nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các phòng thông tim trong cả nước. Tuy nhiên, khoảng tuổi tham gia can thiệp của chúng tôi rộng hơn từ 31 đến 95 tuổi, tương đương BVĐK Kiên Giang từ 27 đến 95. [1]; [6];[8];[10]

Vị trí tiếp cận động mạch vành: Trong nghiên cứu của chúng tôi, can thiệp qua đường động mạch quay chiếm tỉ lệ 12,18% còn động mạch đùi chiếm 87,81% do bệnh nhân can thiệp lớn tuổi, mạch quay nhỏ, bất thường động mạch cánh tay đầu, can thiệp các tổn thương phức tạp nên cần dùng đến các ống thông can thiệp lớn hơn 6F. Theo tác giả Huỳnh Trung Cang can thiệp qua đường động mạch quay chiếm tỉ lệ 94,5% còn động mạch đùi chiếm 5,6% [1]. Tỉ lệ thành công này tương đương với nghiên cứu của bệnh viện Chợ Rẫy (86,56%) [9]. Tỉ lệ này tương đương với nghiên cứu của Patrick T. O’Gara, tỉ lệ thành công của tiếp cận bằng đường động mạch quay 96,5% [12].

Về phân loại can thiệp: Trong nghiên cứu này, tỉ lệ can thiệp cấp cứu nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên là 8,12% do chúng tôi mới tự chủ trong can thiệp nên tỷ lệ này thấp so với các trung tâm khác như bệnh viện Chợ Rẫy 20,7% [9]. Mặc dù mới triển khai nhưng chúng tôi vẫn can thiệp các trường hợp nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên kể cả các trường hợp nhồi máu cơ tim có rối loạn huyết động như Killip III – IV, trong đó có 4 trường hợp can thiệp cấp cứu chỉ hút huyết khối chứ không đặt stent động mạch vành. Can thiệp cấp cứu khá phổ biến đối với các trung tâm can thiệp lâu đời, có nhiều kinh nghiệm từ (20 - 45%) trong thực hành tim mạch can thiệp [1]; [2]; [9]; [10],[11].

Về đặc điểm tổn thương động mạch vành: ĐMV phải 54,60%; thân chung ĐMV trái 21,05%; đoạn gần ĐM liên thất trái trước 52,60%; sang thương chia đôi 37%; sang thương tắc nghẽn mạn tính (CTO) 15,79%; sang thương loại C 54,60% kết quả của chúng tôi có phân bố tương tự như Huỳnh Trung Cang và các nghiên cứu trong và ngoài nước khác như Hội Tim mạch Châu Âu cũng như Hội Tim mạch Can thiệp Hoa Kỳ có kết quả ngắn hạn, trung hạn cao [1];[12];[13];[15].

Về kết quả can thiệp: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ can thiệp mạch vành qua da thành công 97,46% so với Huỳnh Trung Cang 95,5%. Tỉ lệ thành công này cũng tương tự như kết quả của những phòng thông tim ở trong nước (93–95%) [6],[7],[9]. Tỉ lệ của chúng tôi cao hơn một số nơi cũng vì can thiệp chương trình nhiều và chọn lọc bệnh nhân kỹ càng (loại trừ một số chống chỉ định tương đối). Trong khi đó, chúng tôi can thiệp có 8 trường hợp tử vong (2.03%) do can thiệp cấp cứu trên bệnh nhân rất nặng (Killip III và IV). Theo nghiên cứu của Huỳnh Trung Cang có 11 trường hợp tử vong do can thiệp cấp cứu (3,3%). Theo CCA thì can thiệp nhồi máu cơ tim cấp nặng, trong đó các trường hợp nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có Killip IV thì tỉ lệ tử vong lên đến 25%. Can thiệp cấp cứu tại Hoa Kỳ có tỉ lệ tử vong 4,8% [15]. Tỉ lệ tử vong do can thiệp cấp cứu tại các nước Châu Âu từ 6% - 14% [12],[13]. Do bệnh cảnh bệnh ĐMV, phương tiện hỗ trợ can thiệp là những yếu tố ảnh hưởng lên tỉ lệ tử vong. Tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu chúng tôi tương đương so với các phòng thông tim trong nước (2,2 – 6,1%), Viện Tim TP HCM (1,7%) [8], BV Nhân Dân 115 (1,4%) [10], Bệnh viện Chợ Rẫy 2,6% [9]. Trường hợp thất bại bao gồm các tổn thương tắc hoàn toàn mạn tính, đi wire không thành công, có trường hợp đi wire thành công nhưng bóng nhỏ 1.0 mm không qua được tổn thương. Can thiệp thất bại của chúng tôi ít hơn do triển khai can thiệp sau, cùng với sự hỗ trợ tốt của các chuyên gia tuyến trên, cũng như có các dụng cụ can thiệp mới được cải tiến và phong phú [1];[11]

Về biến chứng: Nghiên cứu của chúng tôi biến chứng chung của chúng tôi có 44 trường hợp chiếm tỉ lệ (11,16%), trong đó có loạn nhịp tim (4,06%), tách - thủng vỡ thành ĐMV (0,25%), dị ứng thuốc cản quang (0,76%), máu tụ nơi đâm kim (2,28%), bơm khí vào động mạch vành (0,50%), phù phổi cấp (1,26%) không có trường hợp nào tử vong do biến chứng vì xử trí kịp

thời. So với tác giả Huỳnh Trung Cang có 2 trường hợp bị máu tụ tại động mạch đùi chiếm tỉ lệ 4,3%. Tỉ lệ máu tụ vị trí đâm kim của Hoa Kỳ từ 2% - 6% [1];[15].

VI. KẾT LUẬN:

Có 772 bệnh nhân, trong đó can thiệp là 394 trường hợp và 32 trường hợp can thiệp cấp cứu, với tỷ lệ nam/ nữ gần bằng 1/1. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $69,2 \pm 5,2$ tuổi, tuổi lớn nhất là 95 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 31 tuổi.

1. Các tổn thương động mạch vành: ĐMV phải 39,63%; thân chung ĐMV trái 12,17%; đoạn gần ĐM liên thất trái trước 44,04%; sang thương chia đôi 28,04%; sang thương tắc hoàn toàn mạn tính (CTO) 7,25%; sang thương loại C 25,00%.

2. Kết quả can thiệp: Tỉ lệ thành công là 97,46%; tỉ lệ tử vong trong can thiệp là 2,03%; tỉ lệ biến chứng chung 11,16%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Trung Cang, Võ Thành Nhân (2014). "Kết quả sau 2 năm can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam.
2. Trương Quang Bình. (2007). "Kết quả can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh trong 2 năm (2004-2006)". Y Học TP. HCM Tập 11 * Phụ bản của số 11 * 2007 2104-2110.
3. Phạm Hòa Bình, Nguyễn Văn Tân, Nguyễn Ngọc Tú, Hồ Thượng Dũng & Võ Quảng. (2010). "Một số nhận xét về điều trị nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên tại bệnh viện Thống Nhất". Y Học TP. HCM, Tập 14* Phụ bản của số 11 * 2010
4. Trần Nguyễn Phương Hải & Võ Thành Nhân. (2010). "Điều trị thân chung động mạch vành trái bằng kỹ thuật can thiệp qua da: kết quả trước mắt, ngắn hạn và trung hạn". Y Học TP. HCM, Tập 14 * Phụ bản của số 12 * 2010.
5. Hoàng Quốc Hòa. "Đặc điểm 99 trường hợp hội chứng vành cấp được chụp và can thiệp mạch vành tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định". Y Học TP. HCM Vol.13 - Supplement of No 16 - 2009: 2359 - 2363.
6. Phạm Gia Khải. (2004). "Tình hình can thiệp động mạch vành tại Việt nam". Hội nghị tim mạch về stent phủ thuốc.
7. Nguyễn Cửu Lợi & và CS. (2003). "Kết quả bước đầu can thiệp động mạch vành tại bệnh viện Trung Ương Huế." Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam, số 36 Supplement 31:115-117.
8. Huỳnh Ngọc Long & và CS. (2003). "Kết quả nong mạch vành qua da tại Viện Tim thành Phố Hồ Chí Minh 9/2001 - 8/2003". Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam, số 36 Supplement 31:123.
9. Võ Thành Nhân. (2010). "Tính hiệu quả và an toàn của can thiệp can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện Chợ Rẫy". Y Học TP. Hồ Chí Minh Tập 14 * số 11 *2010..
10. Thân Hà Ngọc Thê & và CS. (2005). "Kết quả và biến chứng của can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện Nhân Dân 115 trong 2 năm 2003 - 2005". Hội nghị khoa học tim mạch Việt Đức lần V - 2005 23-43.
11. Hồ Dũng Tiến & Lê Thanh Phong. (2005). "Đánh giá kết quả can thiệp động mạch vành trong hội chứng động mạch vành cấp nhân 25 trường hợp tại bệnh viện Nguyễn Trãi TPHCM 7/2004-4/2005". Hội nghị khoa học tim mạch khu vực phía nam lần thứ 7 Hội tim mạch học TP. HCM92-95
11. Glenn N. Levine, Eric R. Bates & James C. Blankenship. (2011). "2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention : A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions ". Circulation, 124: pp.e574-e651
12. Patrick T. O'Gara, Frederick G. Kushner, Deborah D. Ascheim, Donald E. Casey & Mina K. Chung. (2013). "2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction". Journal of the American College of Cardiology.
13. Ph. Gabriel Steg, Stefan K. James, Dan Atar (Norway) & Luigi P. Badano. (2012). "ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation". European Heart Journal 33, 2569-2619.
14. popma JJ, Kuntz RE & Baim DS. (2005). "Percutaneous Coronary and Valvular Intervention". Braunwald's Heart disease, 7 th ed: 1367-1402.
15. Smith SC Jr, Dove JT, Jacobs AK & al, e. (2001). "ACC/AHA guidelines for percutaneous coronary intervention: A report of the American Heart Association Task Force on Practices Guidelines (Committee to revise the 1993 Guidelines for percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty)". J Am Coll Cardiol, 37: 2239i-lxvi.

GIÁ TRỊ CỦA MSCT ĐỘNG MẠCH VÀNH VÀ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA Ở BỆNH NHÂN ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Sơn Nam, Phạm Trọng Tiến
Nguyễn Thanh Phương, Phạm Minh Trí

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chụp CLVT động mạch vành và can thiệp động mạch vành qua da là phương pháp chẩn đoán và điều trị hiệu quả ở bệnh nhân động mạch vành mạn. **Mục tiêu nghiên cứu:** So sánh kết quả chụp MSCT-128 lát cắt với chụp động mạch vành qua da từ 9/2019-9/2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 134 bệnh nhân mắc bệnh mạch vành mạn tính có chỉ định can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. **Kết quả:** Chụp cắt lớp vi tính 128 dãy ĐMV có khả năng chẩn đoán hẹp động mạch vành ở cấp độ bệnh nhân (patient), cấp độ động mạch vành (artery) và cấp độ đoạn động mạch vành (segment) với độ nhạy tương ứng là: 93,8%, 91,1% và 83,3%; và độ đặc hiệu tương ứng là: 88,2%, 91,6% và 98,7%. **Kết luận:** MSCT là một công cụ chẩn đoán các bệnh lý tim mạch trong đó có bệnh động mạch vành rất đáng tin cậy bên cạnh chụp động mạch vành qua da.

Từ khóa: Can thiệp động mạch vành qua da, bệnh động mạch vành mạn, chụp cắt lớp vi tính động mạch vành

ABSTRACT

THE VALUES OF MULTISLICE COMPUTED TOMOGRAPHY CORONARY ANGIOGRAPHY AND PERCUTANEOUS CORONARY ARTERY INTERVENTION IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY ARTERY DISEASE

Background: Multislice computed tomography coronary angiography and percutaneous coronary artery intervention are optimal methods of diagnosis and treatment in patients with chronic coronary artery disease. **Objectives:** Make comparisons about the results of MSCT 128 slices and PCA from 9/2019-9/2020. **Materials and methods:** We performed the cross-sectional study on 134 patients with chronic coronary artery disease who had angiography and percutaneous coronary artery intervention at An Giang Center General Hospital. **Results:** MSCT 128 slices was capable of diagnosing coronary artery stenosis in levels: patient, artery and segment with corresponding sensitivity of 93,8%; 91,1%; 83,3% and the specificity was 88,2%; 91,6%; 98,7%. **Conclusions:** MSCT as percutaneous coronary artery intervention are reliable diagnostic tools for cardiovascular diseases including coronary artery diseases.

Keywords: Percutaneous coronary artery intervention, chronic coronary artery disease, multislice computed tomography coronary angiography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch đã trở thành vấn đề sức khỏe hàng đầu ở hầu hết các nước phát triển. Ở các nước đang phát triển, bệnh tim mạch cũng đã và đang trở thành bệnh chiếm hàng thứ nhất hoặc thứ hai về tỷ lệ mắc cũng như tử vong. Trong số các bệnh tim mạch, bệnh tim thiếu máu cục bộ (hay bệnh mạch vành) rất thường gặp, có thể để lại hậu quả trầm trọng về sức khỏe cũng như kinh tế nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Bệnh tim mạch có xu hướng gia tăng nhanh chóng trong những năm gần đây. Theo báo cáo của WHO năm 2002, bệnh mạch vành đã trở thành nguyên nhân tử vong số 1 tại Việt Nam.

Chẩn đoán bệnh lý động mạch vành (ĐMV) bao gồm từ các biện pháp rất thông thường như khai thác lâm sàng và đánh giá các yếu tố nguy cơ tim mạch, ghi điện tâm đồ đến các thăm dò chuyên sâu hơn như các kỹ thuật chụp động mạch vành không xâm lấn (như chụp cắt lớp vi tính đa dãy động mạch vành - MSCT) và đặc biệt là chụp ĐMV. Vấn đề đặt ra là làm thế nào để có thể kết hợp lâm sàng với cận lâm sàng để chẩn đoán sớm bệnh mạch vành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ bệnh tim thiếu máu cục bộ.

- Mang ít nhất 2 trong số các yếu tố nguy cơ:
- o Đái tháo đường (dựa theo tiêu chuẩn ADA 2020: đường máu tĩnh mạch lúc đói ≥ 7 mmol/l, được xét nghiệm ít nhất 2 lần).
- o Rối loạn lipid máu (LDL-C $\geq 3,4$ mmol/l, HDL-C $< 1,0$ mmol/l, CT $\geq 5,2$ mmol/l, CT/HDL-C $> 4,5$, LDL-C/HDL-C > 5).
- o Hút thuốc lá.
- o THA (HA $\geq 140/90$ mmHg hoặc đang dùng thuốc hạ áp).
- o Tiền sử gia đình có bệnh mạch vành sớm (bệnh mạch vành ở nam trực hệ < 55 tuổi, nữ trực hệ < 65 tuổi).

*** Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân có tiền sử đã được chẩn đoán xác định bệnh mạch vành hoặc đã được can thiệp động mạch vành qua da hoặc mổ bắc cầu nối chủ - vành.
- Bệnh nhân đang có hội chứng động mạch vành cấp (nhồi máu cơ tim cấp hay cơn đau thắt ngực không ổn định) hoặc đang có tình trạng cấp cứu nội khoa khác.
- Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn nhưng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

*** Thiết kế nghiên cứu**

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Trình tự nghiên cứu bao gồm những bước như sau:
- + Hỏi bệnh và khám lâm sàng theo mẫu nghiên cứu.
- + Tiến hành các biện pháp chẩn đoán: ECG; Holter ECG; MSCT 128 lát cắt.
- Kết quả chụp ĐMV qua da được coi là tiêu chuẩn vàng để đánh giá giá trị của các biện pháp khác trong việc chẩn đoán bệnh nhân ĐMV.
- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ trong quần thể

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

Với n: cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ nhất hợp lý.

Đối với khoảng tin cậy 95%, $Z=1,96$.

p: tỉ lệ tổn thương có ý nghĩa hệ động mạch vành. Theo nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt và cộng sự thì tỉ lệ tổn thương ĐMV có ý nghĩa 61,3%. Chúng tôi ước lượng $p=0,61$.

d: mức chính xác của nghiên cứu (sai số cho phép), chọn d là 10%.

Tính được $n=92$. Vậy cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý là 92 mẫu. Thực tế chúng tôi thu thập được 134 bệnh nhân.

- Thời gian chọn bệnh nhân nghiên cứu: từ 09/2019 đến 09/2020.

3. Các phương pháp chẩn đoán bệnh ĐMV trong nghiên cứu

3.1. Khám lâm sàng cơn đau thắt ngực: Tiêu chuẩn phân loại cơn đau thắt ngực điển hình và không điển hình theo AHA/ACC 1999.

3.2. Thang điểm Framingham về nguy cơ biến cố ĐMV trong 10 năm: dựa vào

- Tuổi
- Giới
- Tăng huyết áp
- Hút thuốc lá
- Cholesterol toàn phần (TC)
- Cholesterol tỉ trọng cao (HDL-C)

3.3. Điện tâm đồ thường quy

3.4. Chụp cắt lớp đa dãy (MSCT) động mạch vành

- Địa điểm: Phòng chụp MSCT 128, khoa Chẩn đoán hình ảnh.
- Phân tích kết quả:
- + Đánh giá mức độ vôi hoá mạch vành bằng chương trình Ca-scoring trên hệ thống phần mềm Circulation-Leo workstation-Sensation (tính theo thang điểm Agatston).
- + Dựng hình ảnh cây mạch vành (bằng chương trình Circulation).
- + Đánh giá tổn thương trên các hình ảnh cắt ngang và dọc các nhánh mạch vành (bằng

chương trình 3D MPR, 3D MIP, circulation).

3.5. Chụp động mạch vành

- Địa điểm: Phòng can thiệp tim mạch khoa Nội Tim mạch Lão học.
- Phương tiện: Máy chụp mạch số hoá xoá nền của hãng Siemen, Đức.
- Kỹ thuật: Chụp động mạch vành chọn lọc qua da sử dụng thuốc cản quang.
- Đánh giá mức độ hẹp động mạch vành: Mức độ hẹp thường biểu thị bằng tỷ lệ phần trăm (%) độ hẹp so với đoạn mạch vành bình thường ngay sát chỗ hẹp. Gọi là hẹp nhiều (hẹp đáng kể) khi mức hẹp >70% ở ĐMV phải và 2 nhánh LAD cũng như LCx, và hẹp >50% nếu ở thân chung ĐMV trái (left main).

4. Xử lý thống kê số liệu nghiên cứu: Số liệu được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, tần số, tỉ lệ phần trăm. Các số liệu thu thập được của nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học với phần mềm SPSS 20.0. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

- Tuổi (*) (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	67,7 $\pm$ 11,9 (năm)
- Chiều cao:	159,5 $\pm$ 5,7 (cm)
- Cân nặng:	56,8 $\pm$ 8,7 (kg)
- Chỉ số khối cơ thể (BMI):	22,3 $\pm$ 3,1
- Các yếu tố nguy cơ tim mạch:	
+ Hút thuốc lá (*):	45/134 (33,6%)
+ Tăng huyết áp:	94/134 (70,1%)
+ Đái tháo đường:	36/134 (26,9%)
+ Rối loạn lipid máu:	30/134 (22,4%)
+ Tiền sử gia đình nguy cơ:	11/134 (8,2%)
- Huyết áp tâm thu (*):	128,2 $\pm$ 24,4 (mmHg)
- Huyết áp tâm trương:	77,2 $\pm$ 13,5 (mmHg)
- Tần số tim:	84,4 $\pm$ 16,7 (ck/ph)
- Glucose máu lúc đói:	8,7 $\pm$ 4,6 (mmol/L)
- Cholesterol toàn phần (*):	4,9 $\pm$ 3,1 (mmol/L)
- HDL-C (*):	1,3 $\pm$ 0,8 (mmol/L)

* Các thông số được sử dụng để tính thang điểm nguy cơ Framingham.

2. Kết quả chụp động mạch vành - Tình hình mắc bệnh động mạch vành của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Kết quả chụp ĐMV

Kết quả chụp ĐMV	Nam	Nữ	Tổng
Tồn thương có ý nghĩa hệ động mạch vành (chụp ĐMV(+))	51/70 72,9%	34/64 53,1%	85/134 63,4%
Không có tồn thương ý nghĩa hệ động mạch vành (chụp ĐMV (-))	19/70 27,1%	30/64 46,9%	49/134 36,6%

Nhận xét: Tỷ lệ chụp ĐMV (+) ở nam và nữ chiếm tỷ lệ cao 72,9% và 53,1%.

3. Vai trò của thang điểm Framingham trong dự báo khả năng mắc bệnh ĐMV

Bảng 2. Đối chiếu thang điểm Framingham với kết quả chụp ĐMV ở nam giới

Mức nguy cơ	Số BN (%)	% BN có hẹp động mạch vành	
Nguy cơ <10% (FS dưới 12 điểm)	21/70 30%	11/21	52,4%
Nguy cơ từ 10-20% (FS từ 12 đến 15 điểm)	42/70 60%	34/42	80,9%
Nguy cơ >20% (FS từ 16 điểm trở lên)	7/70 10%	6/7	85,7%

Nhận xét: Những bệnh nhân nam có nguy cơ Framingham cao thì hẹp ĐMV chiếm tỷ lệ cao là 85,7%.

Bảng 3. Đối chiếu thang điểm Framingham với kết quả chụp ĐMV ở nữ giới

Mức nguy cơ	Số BN (%)	% BN có hẹp động mạch vành	
Nguy cơ <10% (FS dưới 19 điểm)	48/64 75%	21/48	43,8%
Nguy cơ từ 10-20% (FS từ 19 đến 22 điểm)	12/64 18,8%	9/12	75%
Nguy cơ >20% (FS từ 23 điểm trở lên)	4/64 6,3%	4/4	100%

Nhận xét: 100% bệnh nhân nữ có FS nguy cơ cao thì đều hẹp ĐMV.

4. Vai trò của một số thông số lâm sàng trong sàng lọc bệnh động mạch vành

Bảng 4. Tỷ lệ BN có hẹp ĐMV, dựa theo tuổi, giới và đặc điểm đau ngực

Tuổi	Không đau ngực		Đau ngực không ĐH		Đau ngực điển hình	
	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ
<50	1/3 (33,3%)	1/4 (25%)	2/4 (50%)	2/10 (20%)	2/3 (66,7%)	1/3 (33,3%)
≥50	9/16 (56,3%)	3/8 (37,5%)	20/24 (83,3%)	15/22 (68,2%)	17/20 (85%)	12/17 (70,6%)
Tổng	10/19 (52,6%)	4/12 (33,3%)	22/28 (78,6%)	17/32 (53,1%)	19/23 (82,6%)	13/20 (65%)

Nhận xét: Ở cả hai giới nam và nữ, tỉ lệ bệnh nhân ≥50 tuổi không có triệu chứng đau ngực, đau ngực không điển hình hay đau ngực điển hình đều có tỉ lệ hẹp động mạch vành cao hơn so với nhóm <50 tuổi.

5. Vai trò của MSCT trong sàng lọc bệnh động mạch vành

Có 82 (50 nam và 32 nữ) trong số 134 đối tượng nghiên cứu được chụp MSCT 128 dãy động mạch vành. Chúng tôi phân tích khả năng của chụp MSCT 128 dãy trong việc phát hiện các tổn thương ĐMV có ý nghĩa (gây hẹp ≥50% đường kính lòng mạch) khi so sánh với chụp ĐMV chọn lọc qua da với thuốc cản quang, ở các cấp độ:

- Bệnh nhân (patient): tức khả năng của MSCT trong việc đánh giá bệnh nhân là có tổn thương ý nghĩa ở hệ thống ĐMV hay không?
- Nhánh động mạch vành (artery): tức khả năng của MSCT trong việc đánh giá từng nhánh ĐMV là có tổn thương ý nghĩa hay không? Bao gồm 4 nhánh động mạch vành chính (theo CASS): thân chung, động mạch liên thất trước, động mạch mũ, động mạch vành phải.
- Phân đoạn của từng nhánh động mạch vành (segment): tức là khả năng của MSCT trong việc đánh giá từng phân đoạn ĐMV là có tổn thương ý nghĩa hay không? Bao gồm 9 đoạn mạch (theo CASS): thân chung, động mạch liên thất trước đoạn 1, 2, 3, động mạch vành phải đoạn 1, 2, 3 và động mạch mũ đoạn 1, 2.

Bảng 5. So sánh kết quả chụp MSCT và chụp ĐMV chọn lọc ở cấp độ chẩn đoán bệnh nhân có bị hẹp động mạch vành hay không

	MSCT (+)	MSCT (-)	Tổng
Chụp ĐMV (+)	45	3	48
Chụp ĐMV (-)	4	30	34
Tổng	49	33	82
Độ nhạy: 93,8%		Độ đặc hiệu: 88,2%	

Nhận xét: Độ nhạy của kỹ thuật chụp MSCT động mạch vành khá cao 93,8%.

Bảng 6. So sánh kết quả chụp MSCT và chụp ĐMV chọn lọc ở cấp độ chẩn đoán nhánh động mạch vành tổn thương

	MSCT (+)	MSCT (-)	Tổng
Chụp ĐMV (+)	82	8	90
Chụp ĐMV (-)	20	218	238
Tổng	102	226	328

Nhận xét: Khi đánh giá ĐMV ở cấp độ nhánh động mạch vành tổn thương thì giá trị độ nhạy cũng chiếm tỉ lệ cao 91,1%.

Bảng 7. So sánh kết quả chụp MSCT và chụp ĐMV chọn lọc ở cấp độ chẩn đoán từng phân đoạn ĐMV

	MSCT (+)	MSCT (-)	Tổng
Chụp ĐMV (+)	110	22	132
Chụp ĐMV (-)	8	598	606
Tổng	118	620	738

Nhận xét: Ở cấp độ phân đoạn động mạch vành độ nhạy của chẩn đoán là 83,3%.

IV. BÀN LUẬN

1. Về vai trò của thang điểm Framingham trong sàng lọc bệnh động mạch vành

Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều được tính điểm nguy cơ dựa theo thang điểm Framingham, chúng tôi chia các đối tượng nghiên cứu ra thành ba nhóm:

- Nhóm nguy cơ cao: tỉ lệ biến cố ĐMV nặng trong 10 năm trên 20%.
- Nhóm nguy cơ vừa: từ 10-20%
- Nhóm nguy cơ thấp: dưới 10%.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ tiến hành tìm hiểu liệu có mối liên quan giữa thang điểm Framingham với tỉ lệ mắc bệnh ĐMV hiện tại hay không. Bảng 2 và 3 cho thấy có xu hướng gia tăng tỉ lệ hiện mắc bệnh ĐMV tương ứng với sự gia tăng nguy cơ xuất hiện biến cố ĐMV trong tương lai. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu gần đây ngày càng cho thấy hạn chế của thang điểm Framingham trong dự báo nguy cơ mắc bệnh ĐMV trên nhiều thuần tập khác nhau. Theo Claus Eichler, thang điểm Framingham rất có giá trị đối với các Quần thể người Mỹ nhưng thường đánh giá quá mức nguy cơ ĐMV ở các quần thể người Châu Âu và một số nước Châu Á. A.C. Vergnaud và cộng sự khi nghiên cứu trên quần thể SU.VI.MAX ở Pháp thì thấy, thang điểm Framingham dự báo số biến cố tim mạch trong 10 năm cao gấp hai lần con số thực tế.

2. Về vai trò của thăm khám lâm sàng

Mối liên quan giữa đặc điểm đau ngực theo tuổi, giới với kết quả chụp ĐMV được trình bày qua bảng 4. Chúng tôi cũng có nhận xét khác là giá trị dự báo hẹp ĐMV của cơn đau thắt ngực điển hình ở nam giới là 82,6% cao hơn so với ở nữ giới là 65%; ở nhóm ≥ 50 tuổi là 78,4% cao hơn ở nhóm < 50 tuổi là 50%. Đặc điểm cơn đau thắt ngực cùng với tuổi, giới giúp cho việc đánh giá sơ bộ khả năng mắc bệnh (pretest probability) là cao (high: $> 90\%$), thấp (low: $< 10\%$), rất thấp (very low: $< 5\%$) hay trung bình (intermediate: 10-90%), từ đó định hướng cho người thầy thuốc chỉ định các biện pháp chẩn đoán tiếp theo, đặc biệt là các nghiệm pháp gắng sức. Theo định lý Bayes nổi tiếng trong dịch tễ học, thường thì các phương pháp sàng lọc sẽ phát huy hiệu quả cao nhất đối với các đối tượng thuộc nhóm nguy cơ mắc bệnh trung bình (intermediate: 10-90%).

3. Về vai trò của chụp cắt lớp 128 dãy (MSCT-128) động mạch vành

Bảng 5, 6 và 7 cho thấy tương quan giữa MSCT-128 với chụp chọn lọc ĐMV qua đa với thuốc cản quang trong việc đánh giá tổn thương ĐMV ở cấp độ bệnh nhân (patient); ở cấp độ từng nhánh ĐMV (artery); và ở cấp độ từng phân đoạn của các nhánh ĐMV (segment). Qua đó thấy, MSCT-128 dãy ĐMV, có khả năng tái hiện giải phẫu chi tiết hệ thống ĐMV và phát hiện được các tổn thương với độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cao khi so với tiêu chuẩn vàng kinh điển là chụp động mạch vành chọn lọc. Bảng 8 dưới đây cho thấy, số liệu thực nghiệm của chúng tôi cũng tương đối phù hợp với tác giả Gilbert L. Raff và cộng sự.

Bảng 8. Độ nhạy (ĐN), độ đặc hiệu (ĐĐH), giá trị dự báo dương tính (DBDT), giá trị dự báo âm tính (DBAT) của MSCT-128 so với chụp ĐMV

		ĐN	ĐĐH	DBDT	DBAT
Cấp độ bệnh nhân (patient)	Gilbert L.	95%	90%	93%	93%
	Chúng tôi	93,8%	88,2%	91,8%	90,9%
Cấp độ nhánh ĐMV (artery)	Gilbert L.	91%	92%	80%	97%
	Chúng tôi	91,1%	91,6%	80,4%	96,5%
Cấp độ phân đoạn của nhánh ĐMV (segment)	Gilbert L.	86%	95%	66%	98%
	Chúng tôi	83,3%	98,7%	93,2%	96,5%

Với độ đặc hiệu cao, gần 100%, MSCT-128 rất có giá trị chẩn đoán loại trừ tổn thương ở hệ thống ĐMV và nên được chỉ định ở nhóm đối tượng với khả năng mắc bệnh trước test

(pretest probability) tương đối thấp, tức “âm tính thì loại trừ”. Chụp MSCT đa dãy động mạch vành mới được triển khai tại một vài trung tâm y tế lớn ở nước ta từ khoảng năm 2006. Do phương pháp này đòi hỏi chi phí đầu tư còn cao và các yêu cầu khắt khe về kỹ thuật cũng như chuẩn bị bệnh nhân nên chưa thể triển khai rộng rãi tại các tuyến y tế ở nước ta trong tương lai gần. Tuy nhiên, nếu có, MSCT sẽ trở thành một công cụ chẩn đoán các bệnh lý tim mạch trong đó có bệnh động mạch vành rất đáng tin cậy bên cạnh chụp động mạch vành chọn lọc bằng thuốc cản quang qua da.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chụp MSCT-128 và động mạch vành qua da chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Các đặc điểm lâm sàng về tuổi, giới và triệu chứng đau ngực cũng như các yếu tố nguy cơ tim mạch có ý nghĩa giúp chẩn đoán sơ bộ và lượng giá khả năng mắc bệnh mạch vành của bệnh nhân là cao hay thấp, từ đó định hướng cho việc chỉ định các biện pháp sàng lọc thích hợp tiếp theo.

- Chụp cắt lớp vi tính 128 dãy ĐMV có khả năng chẩn đoán hẹp động mạch vành ở cấp độ bệnh nhân (patient), cấp độ động mạch vành (artery) và cấp độ đoạn động mạch vành (segment) với độ nhạy tương ứng là: 93,8%, 91,1% và 83,3%; và độ đặc hiệu tương ứng là: 88,2%, 91,6% và 98,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Quảng và cộng sự (2000), “Bệnh động mạch vành tại Việt Nam”, *Tạp chí Tim mạch học*, số 21 (Phụ san đặc biệt 2-Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học), tr. 444-482.
2. Dương Đình Thiện (1998), “Đánh giá một nghiệm pháp chẩn đoán”, *Phương pháp nghiên cứu khoa học y học*, NXB Y học 1998.
3. ACC/AHA (2002), Guideline Update for the Management of Patients With Chronic Stable Angina—Summary Article A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina), *JACC*, Vol. 41, No. 1, 2003 January 1, 2003, pp. 159–68.
4. ACC/AHA (2002), Guideline Update for Exercise Testing: Summary Article. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1997 Exercise Testing Guidelines), *JACC*, Vol. 40, No. 8, 2002, October 16, 2002, pp. 1531–40. A.C.
5. Andreas H. Mahnken, Joachim E Wildberger, Ralf Koos, Rolf W. Gunther. (2005), “Multislice Spiral Computed Tomography of the Heart: technique, Current Application, and Perspective”, *Cardiovasc Intervent Radiol*, 28, pp. 388 – 399.
6. Donald M. Lloyd-Jones et al (2004), “Framingham Risk Score and Prediction of Lifetime Risk for Coronary Heart Disease”, *Am J Cardiol*, 94, pp. 20–24.
7. Knez A, Becker CR, Leber A, et al (2001), “Usefulness of multislice spiral computed tomography angiography for determination of coronary artery stenosis”, *Am J Cardiol* 2001;88, pp. 1191–4.
8. Mollet NR, Cademartiri F, Nieman K, et al. (2004), “Multislice spiral CT coronary angiography in patients with stable angina pectoris”, *J Am Coll Cardiol*, 43, pp. 2265-2270.
9. NCEP Expert Panel (2002), “Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III)”, *Circulation* 2002, 106, pp. 3143–421.
10. Vergnaud et al (2008), “Ten-year risk prediction in French men using the Framingham coronary score: Results from the national SU.VI.MAX cohort”, *Preventive Medicine*, 47 (2008), pp. 61–65.

GIÁ TRỊ DAO ĐỘNG XUNG KÝ (IOS) TRONG CHẨN ĐOÁN HEN PHẾ QUẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Trương Văn Lâm, Phạm Văn Kiêm
Nguyễn Sóc Nane, Tô Hồng Ánh

TÓM TẮT

Mở đầu: Hen phế quản là một trong những bệnh mạn tính thường gặp, việc chẩn đoán sớm bệnh hen phế quản thì rất cần thiết. Dao động xung ký là một kỹ thuật mới giúp đánh giá tắc nghẽn đường dẫn khí, giúp chẩn đoán sớm và can thiệp sớm hen phế quản.

Mục tiêu: Xác định giá trị của dao động xung ký trong chẩn đoán hen phế quản.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu 90 bệnh nhân đến khám tại phòng khám hô hấp bệnh viện đa khoa Trung tâm an giang trong thời gian từ tháng 01/2010 đến tháng 09/2020.

Kết quả: Tuổi trung bình $37 \pm 4,3$, bệnh nhân nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 67 tuổi. Giới nữ 49 chiếm tỉ lệ 53,3%. Nam là 43 chiếm tỉ lệ 46,7%. kết quả dao động xung ký trong chẩn đoán hen phế quản với độ nhạy 91,1%, độ đặc hiệu 88,8%, giá trị dự báo dương 89,1%, giá trị dự báo âm 90,9%,

Kết luận: Dao động xung ký là một kỹ thuật mới, hữu ích giúp cho chẩn đoán sớm hen phế quản với độ nhạy 91,1% và độ đặc hiệu 88,8%.

Từ khóa: hen phế quản, dao động xung ký

ABSTRACT

THE UTILITY OF IMPULSE OSCILLOMETRY IN THE DIAGNOSIS OF ASTHMA IN AN GIANG CENTER GENERAL HOSPITAL

Backgrounds: Asthma is considered one of the most common chronic diseases in childhood, early diagnosis of asthma is necessary. The impulse oscillometry (IOS) was evaluated as a new technique for the assessment of airflow obstruction, a helpful outcome measurement for early intervention of asthma.

Objective: The aim of this study was to assess the utility of IOS in the diagnosis of asthma.

Materials and methods: A cross-sectional study. The sample size of 90 patients visited the Respiratory Clinic of An Giang Center Hospital was from January 2020 to september 2020.

Results: Average age 37 ± 4.3 , minimum patient age 18 years, largest age 67 years. The female 49 makes up 53.3%. Male was 43, accounting for 46.7%. Results fluctuated in the diagnosis of bronchial asthma with sensitivity 91.1%, Specificity 88.8%, Positive predictive value 89.3%, negative predictive value 90.9%

Conclusion: IOS is a useful diagnostic tool in early asthma with sensitivity 91.1% and Specificity 88.8%

Keywords: asthma, impulse oscillometry (IOS)

L.ĐẶT VẤN ĐỀ:

Tại Việt Nam, tỷ lệ Hen phế quản ước tính là 5% dân số, trong đó 6-8% là người lớn, 11-12% là trẻ em lứa tuổi học đường [4]. Nguyên nhân hen nặng phần lớn do bỏ sót chẩn đoán và chưa điều trị dự phòng hen trong cộng đồng.

Chẩn đoán và điều trị hen phế quản còn gặp nhiều khó khăn

Hen phế quản là một trong những bệnh mạn tính thường gặp nhất, bệnh thường xuất hiện trong giai đoạn sớm của cuộc đời. Do đó việc chẩn đoán sớm bệnh hen phế quản là rất cần thiết. Ở người lớn và các BN lớn tuổi, hô hấp ký là một xét nghiệm thăm dò chức năng hô hấp được sử dụng phổ biến nhất để chẩn đoán hen phế quản. Tuy nhiên, hô hấp ký đòi hỏi sự hợp tác rất nhiều ở bệnh nhân khi tiến hành đo. Trong khi đó, dao động xung ký (IOS: the impulse oscillation system) là phương pháp đo trực tiếp kháng lực (R: resistance) và phản lực (X: reactance) đường dẫn khí dao động ở nhiều tần số khác nhau và đây là kỹ thuật dễ thực hiện, đòi hỏi rất ít sự hợp tác của bệnh nhân do bệnh nhân chỉ cần hít thở bình thường nên có thể thăm dò chức năng hô hấp cả ở những người lớn tuổi khó thở và bệnh nhân nhỏ 2 tuổi. Dao động xung ký được xem như một kỹ thuật mới giúp đánh giá tắc nghẽn đường dẫn khí, một công cụ hữu ích giúp

chẩn đoán sớm và can thiệp sớm hen phế quản.

Do đó, Tìm ra phương pháp chẩn đoán mới cho bệnh nhân hen phế quản là vấn đề cấp thiết hiện nay, ở Việt Nam cũng như tại An Giang, do đó chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu Xác định giá trị của dao động xung ký (IOS) trong chẩn đoán hen phế quản tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân ≥ 16 tuổi, bệnh lý đường hô hấp đến khám tại phòng hô hấp - Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01-2020 đến tháng 09-2020.

2.2. Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang có phân tích

2.3. Cỡ mẫu: nghiên cứu chúng tôi chọn được 90 bệnh nhân

2.4. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Nhóm chứng: bệnh lý đường hô hấp (không hen phế quản): 45 bệnh nhân
- Nhóm bệnh: hen phế quản: 45 bệnh nhân

2.5. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không đồng ý nghiên cứu.
- COPD
- Lao phổi
- Tâm thần

2.6. Nội dung nghiên cứu

* Hen phế quản: Chẩn đoán theo tiêu chuẩn GINA 2020

- Lâm sàng: Ho, Nặng ngực, khó thở, Thở khò khè hay thở rít

Các triệu chứng trên thường xuất hiện hay nặng lên về đêm, sáng sớm, sau gắng sức, sau khi tiếp xúc yếu tố kích (khói bụi, dị nguyên, khí lạnh, vận động...)

- Tiền sử: bản thân hay gia đình mắc các bệnh dị ứng hay hen phế quản

- Khi đo chức năng hô hấp có $FEV_1 > 12\%$ và 200ml hay $PEF > 60L$ hoặc $> 20\%$ sau khi hít thuốc dẫn phế quản [1]

*Độ nhạy (sensitivity):

Độ nhạy = Số trường hợp dương tính với nghiệm pháp/số trường hợp thật sự có bệnh

* Độ đặc hiệu (specificity):

Độ đặc hiệu = số trường hợp âm tính với nghiệm pháp/số trường hợp thực sự không có bệnh $\rightarrow$ khả năng loại trừ trường hợp không có bệnh của nghiệm pháp, âm tính thật

*Giá trị dự báo dương (positive predicted value):

Giá trị dự báo dương = số trường hợp dương tính có bệnh/tổng số trường hợp dương tính.

*Giá trị dự báo âm (negative predicted value)

Giá trị dự báo âm = Số trường hợp âm tính không có bệnh/tổng số âm tính với nghiệm pháp

***Theo Hội lồng ngực Hoa Kỳ và Hội Hô hấp Châu Âu (ATS/ERS):** test dẫn phế quản được gọi là có đáp ứng khi R_5 sau khi thực hiện test giảm **20%** so với trước khi thực hiện test dẫn phế quản [12]. Đây là tiêu chuẩn chẩn đoán hen phế quản dựa vào kết quả dao động xung ký (IOS).

2.7. Phương pháp và kỹ thuật thu thập số liệu:

Các bệnh nhân thỏa các điều kiện trên được lấy thông tin, hỏi bệnh sử, thăm khám lâm sàng tại phòng khám hô hấp bệnh viện đa khoa trung tâm an giang. Sau đó tất cả các đối tượng được tiến hành đo dao động xung ký bằng máy IOS.

Phương pháp tiến hành

Dao động xung ký: một máy tạo xung động với nhiều tần số (5-35Hz) được phóng vào đường dẫn khí trong lúc đối tượng hít thở bình thường. Sự tương tác với hệ hô hấp sẽ làm thay đổi tính chất các xung động. Các bộ phận chuyển đổi áp suất và chuyển đổi

lưu lượng sẽ được ghi nhận và tính ra tổng trở Z (Impedance) của hệ hô hấp. Sử dụng các thuật toán, người ta tính được kháng lực đường dẫn khí **R (Resistance)** và phản lực đường dẫn khí **X (Reactance)**.

Kỹ thuật đo dao động xung ký: BN ngồi thẳng lưng, đầu tựa vào ghế. BN được hướng dẫn hít thở bình thường qua ống ngậm khoảng 30 – 60 giây, trung bình là 40 giây. Kết quả của các thông số R5, R20, X5, Fres, AX trong dao động xung ký. Sau đó BN được thực hiện test dẫn phế quản với salbutamol liều 200mcg. Sau 15 phút BN sẽ được tiến hành đo lại dao động xung ký, và cũng ghi nhận các thông số R5, R20, X5, Fres, AX và sự thay đổi của các thông số này sau khi thực hiện test dẫn phế quản.

2.8. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

- So sánh 2 nhóm trung bình dùng phép kiểm t-test.
- Các biến số định tính dùng phép kiểm Chi square.
- phân tích đơn biến, đa biến mô hình logistic.
- Đối với tất cả các phân tích, giá trị $P < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê, với Khoảng tin cậy 95%.
- Xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0.

III. KẾT QUẢ

1.Đặc điểm chung:

Tuổi trung bình $37 \pm 4,3$, bệnh nhân nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 67 tuổi. Giới nữ là 49 chiếm tỉ lệ 53,3%. Giới nam là 43 chiếm tỉ lệ 46,7%. Đặt điểm bệnh nhân hai nhóm tương tự nhau được trình bày trong (bảng 3.1):

Bảng 3.1: Đặt điểm bệnh nhân hai nhóm điều trị

Các biến	Nhóm Hen phế quản n = 45	Nhóm chứng n = 45	P
Tuổi trung bình	$37,4 \pm 3,3$	$35,2 \pm 5,3$	$>0,05$
Giới tính			
Nam	22(51,2%)	21(48,8%)	$>0,05$
Nữ	23(49%)	24 (51%)	
BMI	$20,5 \pm 1,4$	$20,6 \pm 1,5$	$>0,05$
Hút thuốc lá	5 (13,5%)	4 (11,4%)	$>0,05$

Nhận xét: Đặt điểm bệnh nhân hai nhóm nghiên cứu tương tự nhau, không có sự khác biệt, với $p > 0,05$.

Bảng 3.2: Kết quả dao động xung ký trước khi thực hiện test dẫn phế quản nhóm chứng (bệnh nhân **không** hen phế quản)

	Nhóm chứng(Không Hen phế quản (trước test dẫn phế quản) n= 45	Nhóm chứng(Không hen phế quản) (sau test dẫn phế quản) n= 45	Giá trị p
R5	$1,28 \pm 0,36$	$1,27 \pm 0,23$	$>0,05$
R20	$0,51 \pm 0,21$	$0,47 \pm 0,12$	$>0,05$
X5	$-0,67 \pm 0,26$	$-0,68 \pm 0,22$	$>0,05$
fres	$25,3 \pm 8,25$	$25,05 \pm 3,88$	$>0,05$
AX	$5,80 \pm 3,00$	$5,67 \pm 2,57$	$>0,05$

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả dao động xung ký (R5, R20, X5, Fres, AX) trước và sau khi thực hiện test dẫn phế quản giữa nhóm chứng (bệnh nhân **không** hen phế quản) ($p > 0,05$)

Bảng 3.3. Kết quả dao động xung ký trước và sau khi thực hiện test dẫn phế quản nhóm bệnh nhân hen phế quản

	Hen phế quản (trước test dẫn phế quản) n= 45	Hen phế quản (sau test dẫn phế quản) n= 45	Giá trị p
R5	1,21 ± 0,36	0,79 ± 0,23	0,02
R20	0,53 ± 0,23	0,48 ± 0,12	0,95
X5	-0,60 ± 0,26	-0,59 ± 0,22	0,74
fres	27,3 ± 8,25	27,23 ± 3,88	0,26
AX	5,62 ± 3,00	5,57 ± 2,57	0,55

Nhận xét: R5 giảm hơn 20%, sau khi dùng test dẫn phế quản có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

(R20, X5, Fres, AX) trước và sau khi thực hiện test dẫn phế quản không có sự khác biệt với ($p > 0,05$)

2. Chẩn đoán hen dựa vào kết quả dao động xung ký có thử thuốc dẫn phế quản.

Bảng 3.2: Chẩn đoán hen dựa vào dao động xung ký

		Nhóm Hen phế quản (n)	Nhóm chứng (n)
Chẩn đoán hen theo kết quả dao động xung ký	Có	41	5
	Không	4	40
	Tổng	45	45

Bảng 3.3: độ nhạy và độ đặc hiệu chẩn đoán hen dựa vào dao động xung ký

	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Tỉ lệ	91,1%	88,8%

Nhận xét: Độ nhạy chiếm tỉ lệ khá cao là 91,1%, Độ đặc hiệu chiếm tỉ lệ 88,8%.

Bảng 3.4. Giá trị dự báo dương và Giá trị dự báo âm chẩn đoán hen dựa vào dao động xung ký

	Giá trị dự báo dương	Giá trị dự báo âm
Tỉ lệ	89,1%	90,9%

Nhận xét: Giá trị dự báo dương chiếm tỉ lệ 89,1%, giá trị dự báo âm chiếm tỉ lệ 90,9%

IV. BÀN LUẬN

Năm 2014, Hội lồng ngực Hoa kỳ (American Thoracic Society – ATS) cùng với Hội Hô hấp châu Âu đã đồng thuận đưa dao động xung ký vào tài liệu hướng dẫn thăm dò chức năng hô hấp [8]. Với phương pháp này sẽ giúp cải thiện đáng kể trong việc chẩn đoán tắc nghẽn đường dẫn khí, theo dõi điều trị và diễn tiến bệnh.

Dao động xung ký là một kỹ thuật không xâm lấn, an toàn, đơn giản, dễ thực hiện, và đòi hỏi rất ít sự hợp tác của bệnh nhân. Các BN (bệnh nhân) chỉ cần hít thở bình thường qua ống ngậm khoảng 30 - 60 giây thì có thể ghi nhận được kết quả kháng lực đường dẫn khí [8]. Trong khi đó, xét nghiệm thăm dò chức năng hô hấp ký được GINA khuyến cáo sử dụng trong chẩn đoán hen phế quản [8], thì phụ thuộc rất nhiều vào sự gắng sức của bệnh nhân, nên thường rất khó thực hiện ở các BN lớn tuổi. Bên cạnh đó, phương pháp thăm dò này cần phải có những kỹ thuật viên được đào tạo tốt và có kinh nghiệm để hướng dẫn chi tiết rõ ràng cho bệnh nhân làm thế nào để gắng sức đúng mức.

Khi thực hiện đo dao động xung ký, mỗi BN sẽ được sử dụng ống ngậm riêng nên giúp tránh được tình trạng lây truyền các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp trong khi tiến hành đo. Ngoài ra, cũng tương tự như hô hấp ký, dao động xung ký cũng thực

hiện được các test dẫn phế quản hay kích thích phế quản, để từ đó xác định được nghẽn tắc ngoại biên hoặc trung ương, và hội chứng hạn chế [1],[2],[8].

So với hô hấp ký, nhiều nghiên cứu về hen phế quản cho thấy dao động xung ký nhạy hơn hô hấp ký, đặc hiệu hơn FEV1 trong chẩn đoán hen phế quản dựa vào kết quả đáp ứng với thuốc dẫn phế quản, và xem dao động xung ký là một công cụ hữu ích giúp chẩn đoán sớm và can thiệp sớm hen phế quản [8].

Trong theo dõi điều trị hen phế quản, nghiên cứu của Shi Y và cộng sự [12] sử dụng dao động xung ký trong đánh giá kiểm soát hen phế quản ở BN. Nghiên cứu thực hiện ở các BN khỏe mạnh và các BN hen phế quản tuổi từ 6 -17 tuổi; các BN được đo hô hấp ký và dao động xung ký trước và sau test dẫn phế quản. Kết quả cho thấy hô hấp ký cung cấp thông tin khách quan quan trọng, nhưng những giá trị thường bình thường ở BN hen phế quản nhẹ đến trung bình. Ngoài ra, kết quả hô hấp ký không thể phản ánh chính xác rối loạn chức năng đường dẫn khí nhỏ. Trong khi đó, dao động xung ký có thể cung cấp thông tin hữu ích, đáng tin cậy để đo lường tắc nghẽn đường dẫn khí nhỏ, qua đó đánh giá tình trạng kiểm soát hen phế quản ở BN kết hợp với bệnh sử và hô hấp ký [12].

Tác giả Nguyễn Thị Ngọc và cộng sự [4], nghiên cứu Đánh giá chức năng hô hấp 28 bệnh nhân rối loạn thông khí tắc nghẽn, từ 7-79 tuổi, bằng kỹ thuật dao động xung ký IOS và hô hấp ký, tại Bệnh viện Quân y 103, trong tháng 2/2020. Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện được kỹ thuật hô hấp ký (82,14%) thấp hơn so với IOS 100% có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ bệnh nhân thực hiện được kỹ thuật IOS. Nghiên cứu đưa ra bằng chứng về giá trị và ý nghĩa của kỹ thuật dao động xung ký trong đánh giá chức năng hô hấp trên bệnh nhân rối loạn thông khí tắc nghẽn

Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy rằng chẩn đoán hen phế quản bằng dao động xung ký IOS có test dẫn phế quản, có giá trị cao với độ nhạy là 91,1%, độ đặc hiệu là 88,8%.

Nghiên cứu chúng tôi có kết quả tương tự với một số nghiên cứu khác trong và ngoài nước

Theo tác giả Diệp Thắng và cộng sự [5], năm 2012 tại TPHCM, nghiên cứu 100 bệnh nhân, tỷ lệ hen phế quản được chẩn đoán là 84%.

Ngày nay trên thế giới, đang tập trung nghiên cứu giá trị IOS trong chẩn đoán hen và theo dõi kiểm soát, một số nghiên cứu cho thấy tương tự với nghiên cứu chúng tôi như

Theo tác giả De Oliveira Jorge PP và cộng sự (năm 2019) [6], cho thấy rằng: Hệ thống dao động xung (IOS) cho phép đo điện trở và độ phản ứng của đường thở. Trong hen, IOS đã được sử dụng để đánh giá đáp ứng thuốc giãn phế quản và đáp ứng điều trị với các loại thuốc khác nhau và được chứng minh là một kỹ thuật nhạy cảm để đánh giá kiểm soát bệnh. IOS là một công cụ hữu ích để đo chức năng phổi của người già, trẻ em. Đây là một test kiểm tra dễ dàng. độ nhạy là 92%, độ đặc hiệu 90%, trong chẩn đoán bệnh nhân hen phế quản

Tác giả Naji N và cộng sự [10], nghiên cứu năm 2013 cho thấy, IOS (R5-R20, AX, X5Hz) tỏ ra nhạy cảm hơn so với phép đo thể tích và đo phế dung ký. Kết quả cho thấy IOS nhạy hơn các xét nghiệm chức năng phổi khác. Ngoài ra, IOS có thể hoạt động như một kỹ thuật đo lường thay thế cho sức cản và tắc nghẽn đường thở ở những bệnh nhân trong đó các thao tác liên quan đến phép đo thể tích và đo phế dung chứng tỏ khó thực hiện, ngoài ra còn cho thấy rằng độ nhạy là 87%, độ đặc hiệu 84%, trong chẩn đoán bệnh nhân hen phế quản

Tác giả Kuo CR và cộng sự [9], cho thấy rằng độ nhạy 88%, độ đặc hiệu 85%, trong chẩn đoán bệnh nhân hen phế quản.

Tác giả Shimoda T và cộng sự [11], IOS có thể phát hiện các biểu hiện sớm của giới hạn luồng khí ở bệnh nhân hen phế quản, cho thấy rằng độ nhạy là 89%, độ đặc hiệu 85%, trong đánh giá bệnh nhân hen phế quản

Tác giả Galant SP và cộng sự [7], cho thấy rằng IOS chẩn đoán hen phế quản có độ nhạy là 90%, độ đặc hiệu 89%, IOS hữu ích hơn so với đo phế dung ký trong việc xác định hen suyễn và hen suyễn không kiểm soát được. Ở người trưởng thành, suy yếu đường thở ngoại biên được phát hiện sớm bởi IOS. cho thấy rằng IOS có thể tăng thêm giá trị cho đánh giá lâm

sàng và đo phế dung ký, do đó cải thiện việc kiểm soát hen ở trẻ em và người lớn, cũng như có khả năng phát hiện rối loạn chức năng sớm của đường thở ngoại vi, có thể dẫn đến kết quả tốt hơn kết quả

Vậy qua nghiên cứu các tác giả trên cho thấy tương tự với nghiên cứu của chúng tôi.

V.KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi, giá trị dao động xung IOS trong chẩn đoán hen phế quản có độ nhạy 91,1%, độ đặc hiệu 88,8% .Giá trị dự báo dương chiếm tỉ lệ 89,1%, Giá trị dự báo âm chiếm tỉ lệ 90,9%.

Dao động xung ký (IOS) có thể là một phương pháp thăm dò chức năng hô hấp, hỗ trợ cho chẩn đoán hen phế quản cùng với các tiêu chuẩn hướng dẫn của GINA ở những BN không hợp tác đo hô hấp ký. Trong chẩn đoán bệnh cần ứng dụng dao động xung ký trong hỗ trợ chẩn đoán và theo dõi đáp ứng điều trị hen phế quản một cách rộng rãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng việt

1. Bộ Y tế (2020) “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản người lớn và trẻ em > 12 tuổi*”, Nhà xuất bản Y học.
2. Phạm Thị Thanh Giang, Trần Thiên Tài, Lê Thị Tuyết Lan (2011), “ Đặc điểm hen phế quản ở giáo viên điều trị tại bệnh viện Đại học Y dược TPHCM 2008 đến 2009”, *Tạp chí y học TPHCM*, 15 (1), tr.378-385.
3. Bùi Thị Hương, Bùi Văn Dân, Hoàng Thị Lâm (2016), “ Đánh giá mức độ kiểm soát hen phế quản bằng ACT đối với bệnh nhân câu lạc bộ hen Bệnh viện Đại học Y Hà Nội”, *Tạp chí nghiên cứu y học*, 99(1), tr 131-135.
4. Nguyễn Thị Ngọc, Trần Lê Nguyệt Minh và cộng sự (2020), “ Đánh giá chức năng hô hấp bằng dao động xung ký trên bệnh nhân có rối loạn thông khí tắc nghẽn tại bệnh viện 103”, *Tạp chí y học quân sự*, 9(1), tr 101-105.
5. Diệp Thắng, Đặng Huỳnh Anh Thư và cộng sự (2013), “Giá trị dao động xung ký trong chẩn đoán hen phế quản”, *tạp chí y học TPHCM*, 17(1), 130-136.

Tiếng anh

6. De Oliveira Jorge PP và de Lima JHP, Chong E Silva DC cộng sự”2019 “Impulse oscillometry in the assessment of children's lung function”. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 47(3):295-302.
7. Galant SP, Komarow HD, Shin HW, Siddiqui S, Lipworth BJ (2017) “The case for impulse oscillometry in the management of asthma in children and adults”. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 118(6):664-671
8. Kian Fan Chung, Sally E. Wenzel, Jan L. Brozek, Andrew Bush al et, (2014) “International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma”, *European Respiratory Journal* 2014, (43), pp. 343-373
9. Kuo CR, Jabbar S (2019) “I Say IOS You Say AOS: Comparative Bias in Respiratory Impedance Measurements”. *Lipworth B.Lung*. 197(4):473-48
10. Naji N, Keung E, Kane J, Watson RM, Killian KJ (2013) “Comparison of changes in lung function measured by plethymography and IOS after bronchoprovocation”, *Gauvreau GM. Respir Med*; 107(4), pp. 503-10.
11. Shimoda T, Obase Y, Nagasaka Y, et al (2017) “Peripheral bronchial obstruction evaluation in patients with asthma by lung sound analysis and impulse oscillometry”. *Allergol Int*, 66(1), pp. 132-138.
12. Shi Y, Aledia AS, Tatavoosian AV (2012) “Relating small airways to asthma control by using impulse oscillometry in children”. *Allergy Clin Immunol*, 129(3), pp. 671-8.

**GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG CỦA ĐỘ THANH THẢI LACTATE MÁU
TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM TRÙNG HUYẾT VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN
TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BVĐKTT AN GIANG**

*Lê Hồ Tiến Phương, Phạm Thị Ngọc Dao
Mai Văn Muồng, Thạch Sa Mết*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn huyết (NKH) và sốc nhiễm khuẩn (SNK) chiếm tỉ lệ tử vong cao trên thế giới cũng như tại Việt Nam dù đã có nhiều khuyến cáo điều trị được đưa ra. Tỉ lệ tử vong có thể lên tới 40 - 60% trong các trường hợp có suy đa cơ quan. Vì vậy nó vẫn là thách thức cho các bác sĩ nội khoa và hồi sức. Độ thanh thải (ĐTT) lactate máu giúp theo dõi tốt sự phục hồi tưới máu mô và diễn tiến tình trạng bệnh, từ đó cải thiện kết quả điều trị.

Mục tiêu: Nhận xét giá trị Lactate máu ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng trong các thời điểm 0 giờ, 6 giờ, 12 giờ. Khảo sát mối liên quan giữa ĐTT lactate máu và nguy cơ tử vong của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả mô tả cắt ngang trên 100 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng huyết nặng hoặc sốc nhiễm trùng điều trị tại khoa Hồi sức tích cực BVĐK TT An Giang từ tháng 2/2020 đến tháng 8/2020 thỏa các tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm trùng huyết nặng hoặc sốc nhiễm trùng theo SSC.

Kết quả: Vị trí nhiễm khuẩn đa số là tiêu hóa (32%) và hô hấp (31%). Hầu hết bệnh nhân nhập viện trong tình trạng rất nặng điểm SOFA cao (SOFA >8 chiếm 59%). Giá trị lactate tại thời điểm nhập viện cao $7,33 \pm 4,69$ mmol/l. ĐTT lactate máu tại thời điểm 6 giờ và 12 giờ ở nhóm sống ($31,68 \pm 27,31$ và $57,35 \pm 21,81$) tốt hơn so với nhóm tử vong ($-50,91 \pm 40,31$ và $-126,18 \pm 62,68$). ĐTT lactate máu cao (>10%) ở thời điểm 6 giờ và 12 giờ có tỷ lệ tử vong thấp (3,33% và 1,49%) hơn nhóm có ĐTT lactate máu thấp (<10%) tại thời điểm 6 giờ và 12 giờ (75% và 96,97%).

Kết luận: Độ thanh thải lactate máu trong 6 giờ đầu là yếu tố độc lập tiên lượng tử vong trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng. Tỷ lệ tử vong của nhóm có độ thanh thải lactate máu thấp cao hơn nhóm có độ thanh thải lactate máu cao. Theo dõi ĐTT lactate máu giúp tiên lượng bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng.

**PROGNOSTIC VALUE FOR DEATH OF LACTATE CLEARANCE IN SEPSIS AND
SEPTIC SHOCK PATIENT AT ICU AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL**

Abstract

Background: Severe sepsis and septic shock have high mortality rate globally as well as in Vietnam despite of treatment recommendations. The mortality rate can be as high as 40-75% in cases of multi-organ failure. So, it remains a challenge for internal medicine and resuscitation doctors. Lactate clearance helps to monitor the recovery of tissue perfusion and progressive condition, so that improve the outcome.

Objectives: Assessment of lactate clearance values in patients with severe sepsis at times of 0 hours, 6 hours, 12 hours. Surveying the relationship between lactate clearance and lethal risk of patient with severe sepsis.

Method: The cross-sectional study of 100 patients who were diagnosed with severe sepsis or septic shock treated in an An Giang Central Hospital from February 2020 to August 2020, had the criteria for diagnosis of severe sepsis or septic shock according to SSC.

Result: Most of the sites of infection were intestinal tract (32%) and pneumonia (31%). All cases were admitted with very severe condition, SOFA scores were high (SOFA>8 about 59%). Lactate at ED was high $7,33 \pm 4,69$ mmol/l. Lactate clearance at 6 hours and 12 hours after resuscitation in survivals ($31,68 \pm 27,31$ and $57,35 \pm 21,81$) was better than in nonsurvivals ($-50,91 \pm 40,31$ và $-126,18 \pm 62,68$). The patients with lactate clearance more than 10% at 6 hours and 12 hours had lower mortality (3,33% and 1,49%) than the patients with lactate clearance less than 10% (75% and 96,97%).

Conclusion: Lactate clearance in the first 6 hours is an independent prognostic factor in patients with severe sepsis or septic shock. Probability of nosurvival of low lactate clearance

group is always higher than high lactate clearance group. Monitoring of lactate clearance is useful for outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là một vấn đề y tế toàn cầu với tỷ lệ mắc và tử vong còn cao dù cho đã có nhiều tiến bộ về mặt y học. Hơn 1665000 trường hợp nhiễm khuẩn huyết xảy ra ở Hoa Kỳ mỗi năm, với tỷ lệ tử vong lên đến 50% [1],[3],[8]. Ngay cả với điều trị tối ưu, tỷ lệ tử vong do nhiễm khuẩn huyết nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn là khoảng 40% và có thể vượt quá 50% ở những bệnh nhân nặng [3],[5],[6],[10]. Tỷ lệ tử vong chung ở Việt Nam 40% [2],[3]. Diễn tiến từ nhiễm khuẩn đến NKH và SNK, cũng như nguyên nhân hình thành và tiến triển của suy đa cơ quan là một quá trình phức tạp. Rối loạn chức năng tế bào do thiếu oxy mô là yếu tố quan trọng khởi phát suy đa cơ quan. Để đánh giá tình trạng tưới máu, cung cấp và tiêu thụ oxy mô, nồng độ lactate máu động mạch phản ánh gián tiếp các quá trình này.

Nhiễm khuẩn huyết nặng dễ dẫn tới sốc nhiễm khuẩn, khi đó xuất hiện sự mất cân bằng giữa cung cấp và nhu cầu oxy của cơ thể, dẫn đến thiếu oxy tổ chức. Khi thiếu oxy tổ chức kéo dài sẽ dẫn đến suy chức năng cơ quan và tử vong [1],[10]. Nhiều nghiên cứu cho thấy nồng độ Lactate máu được dùng làm yếu tố chẩn đoán, điều trị, tiên lượng tình trạng thiếu Oxy mô trong sốc nhiễm khuẩn [2],[4]. Việc định lượng nồng độ Lactate máu trong những giờ đầu của bệnh giúp đánh giá sự thiếu Oxy mô sớm từ đó đưa ra những quyết định kịp thời để cải thiện tình trạng sốc của bệnh nhân. Các nghiên cứu đã ghi nhận nồng độ Lactate máu tăng trong những giờ đầu có liên quan đến tử vong trong sốc nhiễm khuẩn và nhóm bệnh nhân không có tử vong cũng có những trường hợp Lactate máu tăng.

Nhằm góp phần làm sáng tỏ giá trị của độ thanh thải Lactate máu trong điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Giá trị tiên lượng tử vong của độ thanh thải lactate máu trên bệnh nhân nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm khuẩn tại Khoa Hồi sức tích cực BVĐK TT An Giang”** nhằm mục tiêu:

- Nhận xét giá trị Lactate máu ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng trong các thời điểm 0 giờ, 6 giờ, 12 giờ.
- Khảo sát mối liên quan giữa ĐTT lactate máu và nguy cơ tử vong của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân vào điều trị tại khoa hồi sức tích cực – chống độc bệnh viện ĐKTT An Giang từ 2/2020- 8/2020 phù hợp tiêu chuẩn chọn bệnh. Cỡ mẫu: $n \geq 30$

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Được chẩn đoán Nhiễm khuẩn huyết nặng theo tiêu chuẩn SSC 2016.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc bệnh lý mạn tính giai đoạn cuối hoặc mắc bệnh lý ác tính. Bệnh nhân tử vong sớm trước 12 giờ kể từ thời điểm vào viện.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2. Phương tiện nghiên cứu: Các phương tiện nghiên cứu bao gồm:

- Monitoring theo dõi các chức năng sống: điện tim, huyết áp, nhịp thở, SpO₂.
- Oxy kính, oxy mặt nạ, máy thở, bơm tiêm điện.
- Các xét nghiệm huyết học, đông máu, sinh hóa bệnh viện Đà Nẵng.

2.3. Phương pháp tiến hành: Các bệnh nhân được chọn theo tiêu chuẩn:

- Thu thập thông tin hành chính.
- Thăm khám toàn diện, xét nghiệm sinh hóa, huyết học cần thiết.
- Điều trị theo hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn huyết của SSC 2016.
- Theo dõi và thu thập số liệu.

2.4. Các thời điểm lấy mẫu:

- Thời điểm 1 (T0): Thời điểm bắt đầu nghiên cứu.
- Thời điểm 2 (T1): 6 giờ sau thời điểm T0.
- Thời điểm 3 (T2): 12 giờ sau thời điểm T0.

2.5 Tiến hành thu thập số liệu:

*** Đặc điểm về dịch tễ lâm sàng:**

- Tuổi, giới.
- Thời điểm nhập viện

*** Các chỉ tiêu về lâm sàng:** Toàn thân, tim mạch, hô hấp, tìm ổ nhiễm khuẩn, lưu lượng nước tiểu (ml/h) theo các thời điểm lấy mẫu, loại và liều thuốc trợ tim, vận mạch được dùng.

*** Các chỉ tiêu về cận lâm sàng:**

- Công thức máu: Hồng cầu, Hemoglobin, Hematocrit, bạch cầu, tiểu cầu, đông máu
- Sinh hoá máu: Ure, Creatinin, Na^+ , K^+ , Ca^{++} , Cl^- , SGOT, SGPT, Procalcitonin
- Làm lactate máu theo các thời điểm

2.6 Kết thúc quá trình thu thập số liệu khi:

- Bệnh nhân tử vong hoặc nặng xin về (coi là tử vong).
- Bệnh nhân chuyển đi khoa khác.

2.7 Theo dõi bệnh nhân trong quá trình điều trị:

- Các thông số lâm sàng, cận lâm sàng theo từng thời điểm
- Kết cục điều trị.

3. Xử lý số liệu:

Theo phương pháp thống kê y học, dựa vào phần mềm SPSS 20.0

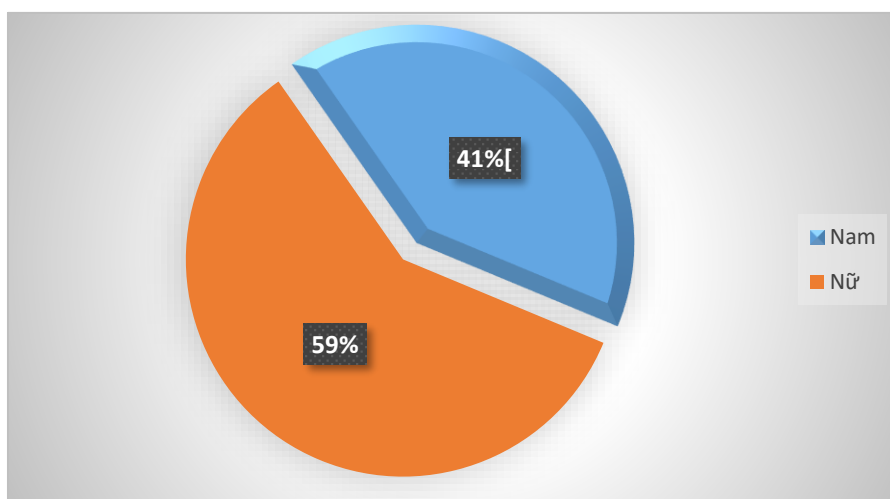
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: 100 bệnh nhân nghiên cứu có đặc điểm:

1.1. Phân bố tuổi, giới:

1.1.1. Phân bố theo tuổi: Tuổi trung bình $65,47 \pm 13,11$ tuổi (31 – 98 tuổi)

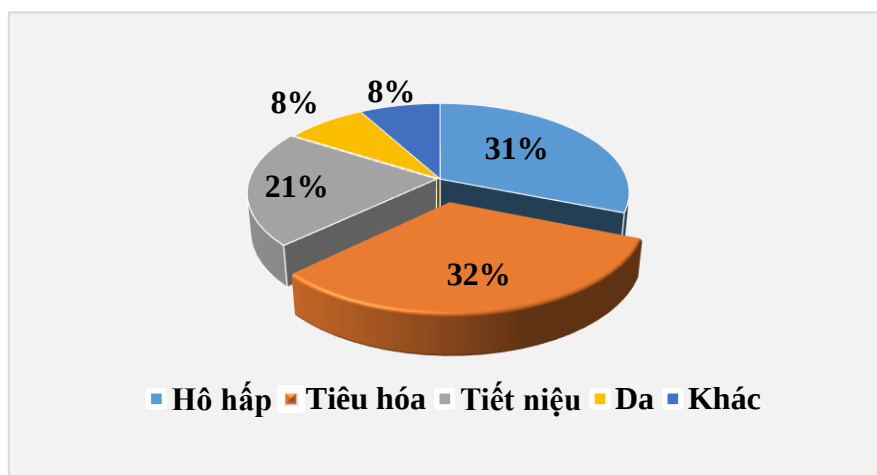
1.1.2. Phân bố theo giới



Biểu đồ 1 : Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Số bệnh nhân nam là 41 chiếm 41%

1.2. Nguyên nhân gây sốc nhiễm khuẩn



Biểu đồ 2 Nguyên nhân gây nhiễm khuẩn huyết

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân gây sốc nhiễm khuẩn nhiều nhất là nhiễm khuẩn tiêu hóa (32%), sau đó là nhiễm khuẩn hô hấp (31%).

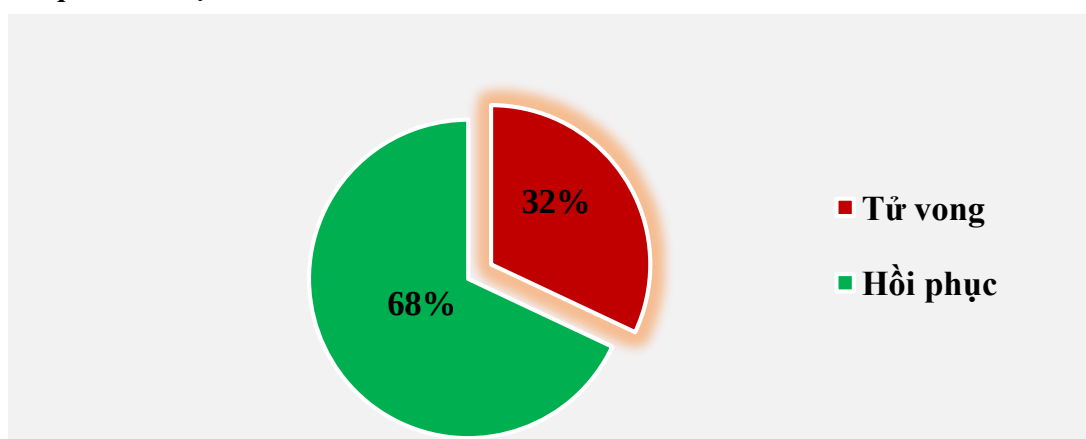
1.3. Tình trạng lúc vào viện:

Bảng 1: Tình trạng bệnh nhân lúc vào viện.

Chỉ số	Mean $\pm$ SD	Min	Max
HATB	54,07 $\pm$ 14,02	0	69,33
SOFA	9,84 $\pm$ 3,19	6,00	25,00
Lactate	7,33 $\pm$ 4,69	1,37	22,92
Bạch cầu	17,28 $\pm$ 8,91	0,63	42,37
Procalcitonin	46,90 $\pm$ 39,06	0,20	100

Nhận xét: Nhìn chung bệnh nhân vào viện trong tình trạng Huyết áp thấp, bạch cầu, Procalcitonin và Lactate cao. Với mức độ tổn thương đa cơ quan nặng nề điểm SOFA tăng cao.

1.4. Kết quả điều trị:



Biểu đồ 3 Kết quả điều trị

Nhận xét: Có 32 bệnh nhân tử vong chiếm tỷ lệ 32%.

1.5. Diễn biến của Lactate máu qua các thời điểm nghiên cứu:

Bảng 2: Diễn biến của Lactate máu qua các thời điểm nghiên cứu.

Thời điểm	Lactate(mmol/l) $\bar{X} \pm SD$
T0	7,33 $\pm$ 4,69
T6	6,49 $\pm$ 4,63
T12	6,10 $\pm$ 5,26

Nhận xét: Nhìn chung lactate máu giảm theo thời gian.

1.6. Diễn biến của độ thanh thải Lactate máu qua các thời điểm:

Bảng 3 Diễn biến của độ thanh thải Lactate máu qua các thời điểm

Thời điểm	Độ thanh thải lactate (%) $\bar{X} \pm SD$	Min	Max
T6	5,25 $\pm$ 50,18	-157,5	78,57
T12	-1,38 $\pm$ 94,63	-244,12	85,93

Nhận xét: Độ thanh thải lactate tăng lên sau các thời điểm

2. Giá trị tiên lượng của một số chỉ điểm lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm vào viện:

Bảng 4 : Giá trị tiên lượng của một số chỉ điểm lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm vào viện

Chỉ số		Sống	Chết	P
HATB	<65 mmHg	56 (56%)	30 (30%)	0,215
	$\geq$ 65 mmHg	12 (12%)	2 (2%)	
Bạch cầu	$\leq 4 \times 10^9/l$	3 (3%)	2 (2%)	0,654
	$> 4 \times 10^9/l$	65 (65%)	30 (30%)	
Pro-calcitonin	≥ 25 ng/ml	32 (32%)	27 (27%)	<0,001
	<25 ng/ml	36 (36%)	5 (5%)	
SOFA	≥ 8 điểm	25 (25%)	34 (34%)	0,009
	<8 điểm	34 (34%)	7 (7%)	
Lactat	≥ 4 mmol/L	58 (58%)	25 (25%)	0,401
	<4 mmol/L	10 (10%)	7 (7%)	

Nhận xét: Tại các thời điểm nhập viện nghiên cứu với các mốc của HATB là 65mmHg, SOFA là 8 điểm đều cho thấy có ý nghĩa tiên lượng kết quả điều trị. Trong khi đó số lượng bạch cầu, nồng độ Procalcitonin, nồng độ lactate không có giá trị trong tiên lượng bệnh.

3. Mối liên quan giữa độ thanh thải lactate máu và kết cục điều trị:

Bảng 5 *Mối liên quan giữa độ thanh thải lactate máu và kết quả điều trị*

	SỐNG	CHẾT	P
ĐỘ THANH THẢI LACTATE SAU 6 GIỜ (%)	31,68 ± 27,31	-50,91 ± 40,53	<0,001
ĐỘ THANH THẢI LACTATE SAU 12 GIỜ (%)	57,35 ± 21,81	-126,18 ± 62,69	<0,001

Nhận xét: Có sự khác biệt rõ về độ thanh thải lactate máu ở cả 2 thời điểm giữa nhóm sống và nhóm tử vong.

4. Giá trị tiên lượng của độ thanh thải lactate máu tại các thời điểm:

Bảng 6 : *Giá trị tiên lượng của độ thanh thải lactate tại các thời điểm với ngưỡng 10%*

Chỉ số		Sống	Chết	Tỷ lệ tử vong	p
Độ thanh thải lactat máu sau 6 giờ	≥10%	58	2	3,33%	<0,001
	<10%	10	30	75%	
Độ thanh thải lactat máu sau 12 giờ	≥10%	66	1	1,49%	<0,001
	<10%	1	32	96,97%	

Nhận xét: Ngưỡng 10% giúp tiên lượng kết quả điều trị ở cả 2 thời điểm 6 giờ và 12 giờ. Trong đó độ thanh thải lactate sau 12 giờ rất có ý nghĩa với $p = 0,001$. Tại thời điểm 6 giờ và 12 giờ nhóm có độ thanh thải lactate máu thấp (<10%) có tỷ lệ tử vong lần lượt là 75% và 96,97% và nhóm có độ thanh thải lactate máu cao (≥ 10%) có tỷ lệ tử vong lần lượt là 3,33% và 1,49%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung:

1.1 Phân bố theo tuổi:

Trong 100 bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $65,47 \pm 13,11$ tuổi, trong đó người ít tuổi nhất là 31 tuổi và người nhiều tuổi nhất là 98 tuổi.

Kết quả này tương đối phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh tuổi trung bình bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn là 51,9 tuổi [2]. Marjut Varpula nghiên cứu trên 111 bệnh nhân SNK thấy tuổi trung bình 50,9 tuổi [6].

1.2 Phân bố theo giới:

Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân nam chiếm 41% và số bệnh nhân nữ chiếm 59% (kết quả ở biểu đồ 3.1). Kết quả có sự khác biệt với Nguyễn Thị Thanh [3] với nam (69%), nữ (31%), Sharma nghiên cứu bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn thường gặp ở nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ ở nam chiếm 52 – 66% [10]. Marjut Varpula nam chiếm 59% [6], Nhưng các tác giả đều nhận xét tỷ lệ nam bị sốc nhiễm khuẩn cao hơn ở nữ.

1.3 Nguyên nhân gây sốc nhiễm khuẩn:

Kết quả biểu đồ 3.2, nguyên nhân gây sốc nhiễm khuẩn trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều nhất nhiễm khuẩn tiêu hóa chiếm tỷ lệ 32%, thứ hai là nhiễm khuẩn hô hấp chiếm tỷ lệ 31%...Kết quả này cũng phù hợp với Annette trong các đơn vị điều trị tích cực nhiễm khuẩn thường gặp là viêm phổi, nhiễm khuẩn ổ bụng, nhiễm khuẩn tiết niệu [10]. Nhưng Michell nhận xét viêm phổi là nguyên nhân phổ biến nhất trong các đơn vị điều trị tích cực, chủ yếu gặp ở bệnh nhân đặt nội khí quản và thở máy (Viêm phổi liên quan đến thở máy) [4].

1.4 Tình trạng nhập viện

Nhìn chung bệnh nhân vào viện trong tình trạng huyết áp, bạch cầu, Procalcitonin và Lactate cao. Với mức độ tổn thương đa cơ quan nặng nề, điểm SOFA tăng cao. Trung bình SOFA là $9,84 \pm 3,19$ điểm. Kết quả này là rất cao so với các nghiên cứu của các tác giả khác, bởi vì nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn.[3],[10]

2. Giá trị lactate máu các thời điểm và kết quả điều trị

2.1 Giá trị trung bình của lactate ở tất cả các thời điểm:

Kết quả ở bảng 3.3. cho thấy giá trị trung bình của Lactate ban đầu rất cao, sau đó giảm dần. Từ $7,33 \pm 4,69$ lúc nhập viện xuống còn $6,49 \pm 4,66$ tại thời điểm 6 giờ và $6,10 \pm 5,26$ tại thời điểm 12 giờ. Sự thay đổi này là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này cho thấy kết quả của quá trình hồi sức đã cải thiện tình trạng thiếu oxy mô xảy ra trên các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu. Kết quả này tương tự kết quả của Levy và cs khi Lactate trong ngày đầu điều trị giảm 19% ($7,6 - 42,5\%$) [6].

2.2 Kết quả điều trị:

Kết quả điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn trong nghiên cứu của chúng tôi được trình bày ở biểu đồ 3.3.

Bệnh nhân tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm những bệnh nhân tử vong tại khoa và những bệnh nhân nặng xin về được coi là tử vong. Có 32 bệnh nhân tử vong, chiếm tỷ lệ 32%. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Kortgen nghiên cứu trên bệnh nhân sốc tỷ lệ tử vong của nhóm điều trị (gồm điều trị sớm, kiểm soát đường huyết tốt, điều trị hydrocortisone và sử dụng protein C hoạt hoá) là 27%, trong khi nhóm chứng (điều trị thông thường) tỷ lệ tử vong là: 53% [7]. Có sự khác biệt so với Nguyễn Thị Thanh (52,38%) [3]. Reinhart nghiên cứu trên 11 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn điều trị tại phòng hồi sức thấy tỷ lệ tử vong 7 / 11 (63%) [9]. Nghiên cứu của Marjut Varpula thấy tỷ lệ tử vong là 55,3% [6]. Cho thấy bước tiến lớn trong điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng tại bệnh viện chúng tôi nhằm giảm được tỷ lệ tử vong. Annane nhận xét tỷ lệ tử vong sớm do nhiễm khuẩn nặng, sốc nhiễm khuẩn trong những năm gần đây đã giảm đáng kể từ 62% trong những năm 1990 xuống 56% trong năm 2000. Tỷ lệ tử vong thay đổi từ 35 – 70% tùy thuộc vào tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, bệnh lý mạn tính, điều trị sớm hay muộn, tại phòng hồi sức bệnh nhân có bị suy thận, tổn thương phổi cấp hay không, có nhiễm khuẩn bệnh viện không, có bị nhiễm nấm hay không [10].

2.3 Giá trị tiên lượng của độ thanh thải lactate máu tại các thời điểm

Khi so sánh giữa 2 nhóm sống và tử vong (bảng 3.5) cho thấy có sự khác biệt rõ rệt về độ thanh thải lactate máu ở cả 2 thời điểm 6 giờ và 12 giờ.

Nhóm sống lúc 6 giờ và 12 giờ lần lượt có độ thanh thải (%) là $31,68 \pm 27,31$ và $57,347 \pm 21,80$. Trong khi các giá trị tương ứng ở nhóm chết là $-50,91 \pm 40,53$ và $-126,17 \pm 62,68$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Ở bảng 3.6, khi áp dụng ngưỡng so sánh 10% từ các nghiên cứu của các tác giả H Bryant Nguyen và cs chúng tôi nhận thấy tại thời điểm 12 giờ ngưỡng này đều có giá trị tiên lượng kết quả điều trị [5]

Tại thời điểm 6 giờ và 12 giờ nhóm có độ thanh thải lactate máu thấp ($< 10\%$) có tỷ lệ tử vong lần lượt là 75% và 96,97% và nhóm có độ thanh thải lactate máu cao ($\geq 10\%$) có tỷ lệ tử vong lần lượt là 3,33% và 1,49%. Trong khi nghiên cứu của H Bryant Nguyen và cs ở các bệnh nhân nhóm có lactate máu thấp ($< 10\%$) có tỷ lệ tử vong là 55,6% và nhóm có độ thanh thải lactate máu cao ($\geq 10\%$) có tỷ lệ tử vong là 20,5%. Như vậy tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi tỏ ra cao hơn, điều này là hợp lý vì nhóm bệnh nhân của chúng tôi là bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng. [5], [8].

Như vậy 2 giá trị độ thanh thải này, đặc biệt là giá trị sau 12 giờ có thể tiên lượng khá chính xác kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 100 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng điều trị tại khoa Hồi sức tích cực- chống độc, bệnh viện ĐKTT An Giang từ tháng 2/2020 đến tháng 8/2020, chúng tôi thấy:

Giá trị của Lactate trong các thời điểm 0 giờ, 6 giờ, 12 giờ: Giá trị trung bình của Lactate ban đầu cao, sau đó giảm dần. Từ $7,33 \pm 4,69$ mmol/l lúc nhập viện xuống còn $6,49 \pm 4,63$ mmol/l tại thời điểm 6 giờ và $6,10 \pm 5,26$ mmol/l tại thời điểm 12 giờ. Giá trị Lactate máu tại thời điểm 6 giờ chưa cho thấy có sự liên quan đến kết quả điều trị.

Mối liên quan giữa độ thanh thải lactate và kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết nặng: Nhóm sống lúc 6 giờ và 12 giờ lần lượt có độ thanh thải (%) là $31,68 \pm 27,31$ và $57,35 \pm 21,81$. Trong khi các giá trị tương ứng ở nhóm chết là $-50,91 \pm 40,31$ và $-126,18 \pm 62,68$. Tại thời điểm 6 giờ và 12 giờ nhóm có độ thanh thải lactate máu thấp ($< 10\%$) có tỷ lệ tử vong lần lượt là 75% và 96,97% và nhóm có độ thanh thải lactate máu cao ($\geq 10\%$) có tỷ lệ tử vong lần lượt là 3,33% và 1,49%. Nhóm có ĐTT lactate máu thấp ($< 10\%$) có nguy cơ tử vong cao hơn nhóm

có ĐTT lactate máu cao. ĐTT lactate máu trong 6 giờ đầu là yếu tố độc lập tiên lượng tử vong trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Ngọc Chi, Tăng Kim Hồng (2014), “Sự liên quan giữa độ thanh thải lactate máu và tỷ lệ tử vong của bệnh nhân sốc nhiễm trùng tại hồi sức ngoại”, *Tạp chí học Thành phố Hồ Chí Minh*, 18 (1), pp. 412-417.
2. Huỳnh Văn Khanh, Nguyễn Thị Thanh (2018), “Giá trị tiên lượng tử vong của độ thanh thải lactate máu và độ bão hoà oxy máu tĩnh mạch trung tâm trên bệnh nhân nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm trùng”. *Tạp chí học Thành phố Hồ Chí Minh*, 22 (3), pp. 121-125
3. Nguyễn Thiên Phú, Nguyễn Thị Thanh (2016), "Giá trị tiên lượng của độ thanh thải lactate máu và độ bão hoà oxy máu tĩnh mạch trung tâm trên bệnh nhân sốc nhiễm trùng". *Tạp chí học Thành phố Hồ Chí Minh*, 20 (2), pp. 376-382
4. Bakker J, Gris P, Cofernils, et al (1996), "Serial blood lactate levels can predict the development of multiple organ failure following septic shock". *Am J Surg*, 171(2), pp.221-226.
5. H. Bryant Nguyen, Emanuel P. Rivers, Bernhard P. Knoblich, et al. (2004). "Early lactate clearance is associated with improved outcome in severe sepsis and septic shock." *Crit Care Med* 32:: 1637–1642.
6. Karlsson S, Varpula M, Ruokonen E, Pettilä V, Parviainen I, Ala-Kokko TI, Kolho E, Rintala EM, “Incidence, treatment, and outcome of severe sepsis in ICU-treated adults in Finland: the Finnsepsis study”. *Intensive Care Med*. 2007 Mar, 33(3), pp.435-43.
7. Kortgen, A., Hofmann, G. & Bauer, M. (2006), “Sepsis-Current Aspects of Pathophysiology and Implications for Diagnosis and Management”, *Eur J Trauma* 32, pp.3–9.
8. Marty P, Roquilly A, et al. (2013), "Lactate clearance for death prediction in severe sepsis or septic shock patients during the first 24 hours in Intensive Care Unit: an observational study", *Annals of Intensive Care*, 3 (1), pp. 3
9. Nathan I. Shapiro, Michael D. Howell, Daniel Talmor, et al. (2005). "Serum Lactate as a Predictor of Mortality in Emergency Department Patients With Infection." *Ann Emerg Med* 45:: 524-528.
10. Nguyen HB, Rivers EP, Knoblich BP, et al (2004), "Early lactate clearance is associated with improved outcome in severe sepsis and septic shock". *Crit Care Med*, 32(7), pp.1637- 1642
- Rivers E, Nguyen B, Havstad S, et al (2001), "Early goal- directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock". *N Engl J Med*, 345(19), pp.1368-1377.
11. Varpula M, Tallgren M, Saukkonen K, et al (2005), "Hemodynamic variables related to outcome in septic shock". *Intensive Care Medicine*, 31(8), pp 1066.

HẠ NATRI MÁU Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT NÃO CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ KẾT CỤC

Mai Nhật Quang, Phạm Nguyên Bình
Lê Đặng Hoàng Duy, Trần Thanh Phong

TÓM TẮT ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạ natri máu là rối loạn điện giải phổ biến nhất trong thực hành lâm sàng và nó liên quan đến tiên lượng ở các bệnh lý khác nhau như đột quỵ não, nhồi máu cơ tim, nhiễm khuẩn huyết, xơ gan. Hạ natri máu là sự mất cân bằng điện giải phổ biến ở những bệnh nhân có tổn thương não cấp tính. Ở bệnh nhân bị đột quỵ xuất huyết không do chấn thương cấp tính, vai trò của hạ natri máu là một chỉ số tiên lượng tiêu cực còn đang tranh cãi. Mục đích của nghiên cứu là xác định tỷ lệ hạ natri máu ở bệnh nhân đột quỵ xuất huyết não và tác động của nó đối với kết quả điều trị trong thời gian nằm viện.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: Nghiên cứu tiến cứu tại khoa thần kinh Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 2/2020 đến tháng 9/2020.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU: Trong thời gian từ tháng 2/2020 đến tháng 9/2020, chúng tôi thu thập được 72 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu, tỷ lệ hạ natri máu ở bệnh nhân xuất huyết não 35/72 chiếm 48,6%. Những bệnh nhân xuất huyết não có hạ natri máu, thời gian nằm viện $10,86 \pm 5,52$ ngày và điểm glasgow lúc ra viện $13,37 \pm 1,59$ điểm. Những bệnh nhân xuất huyết não không có hạ natri máu, thời gian nằm viện $7,73 \pm 3,68$ ngày và điểm glasgow lúc ra viện $14,43 \pm 0,72$ điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

KẾT LUẬN: Hạ natri máu lúc nhập viện làm kéo dài thời gian điều trị và có điểm glasgow lúc ra viện thấp hơn so với những bệnh nhân xuất huyết não không có hạ natri máu.

ABSTRACT

HYPONATREMIA IN PATIENTS WITH HEMORRHAGIC STROKE: RELATED FACTORS AND OUTCOME

INTRODUCTION

Hyponatremia is the most common electrolyte imbalance in patients with acute cerebrovascular insults. In patients with acute non-traumatic hemorrhagic stroke, the role of hyponatremia as a negative prognostic indicator has been controversial. The aim of this study is to evaluate the frequency of hyponatremia in patients with hemorrhagic stroke and determine its impact on their in-hospital disease outcome.

METHODS

This was a prospective observational study, which included all patients with non-traumatic hemorrhagic stroke. Serum sodium concentration < 135 mmol/L was labeled as hyponatremia. including 72 persons who admitted to Neurology ward of An giang hospital from February 1st 2020 to September 30th 2020. SPSS for Windows version 16.0 was used to analyze the data.

RESULTS

Out of 72 patients of hemorrhagic stroke, 48,6% ($n=35$) were hyponatremic. The mean hospital stay in the hyponatremic group was $10,86 \pm 5,52$, and in the normonatremic group was $7,73 \pm 3,68$ ($p=0.006$). Glasgow outcome scale at discharge scale in the hyponatremic group was $11,8 \pm 2,38$, and in the normonatremic group was $14,43 \pm 0,72$ ($p=0.00$).

CONCLUSION

Hyponatremia at the time of admission prolongs treatment and has lower glasgow scores at discharge compared to patients without hyponatremia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não hay đột quỵ não luôn là vấn đề thời sự của Y học. Tỷ lệ mắc bệnh trong cộng đồng cao và tăng theo tuổi, chủ yếu từ 50 tuổi trở lên, nam nhiều hơn nữ[5]. Ở Việt Nam tai biến mạch máu não ngày càng gia tăng, trở thành một vấn đề lớn của ngành thần kinh học[2]. Tai biến mạch máu não là nguyên nhân gây tử vong thứ hai trên toàn cầu[5]. Tai biến mạch máu não cũng được xem như bệnh lý đe dọa tình trạng tử vong cũng như tàn phế

trầm trọng về tinh thần lẫn thể xác, để lại nhiều di chứng về thần kinh, là gánh nặng rất lớn cho gia đình và xã hội[5].

Ion Na^+ là cation chính của dịch ngoại bào, do đó có vai trò đáng kể đối với nồng độ thẩm thấu của dịch ngoại bào. Hạ natri máu là rối loạn điện giải thường gặp ở bệnh nhân tai biến mạch máu não, đây là biến chứng thứ phát sau tổn thương hệ thần kinh, dẫn đến rối loạn chức năng trầm trọng hệ thần kinh. Hạ natri máu khi natri máu $< 135 \text{ mmol/lít}$ [1]. Hạ natri máu sẽ dẫn đến tăng thể tích nội bào, gây phù tế bào. Kết quả làm rối loạn chức năng tế bào, đặc biệt là tế bào của hệ thần kinh trung ương. Triệu chứng lâm sàng của hạ natri máu phụ thuộc vào mức độ hạ natri máu hoặc tốc độ hạ natri máu, triệu chứng của hạ natri máu bao gồm các triệu chứng thần kinh như rối loạn ý thức từ lơ mơ đến hôn mê và thường kèm với triệu chứng của tai biến mạch máu não làm cho việc chẩn đoán và tiên lượng khó khăn hơn và hạ natri máu là một rối loạn điện giải thường bị bỏ sót trong quá trình điều trị, hậu quả gây nên tình trạng phù não và làm nặng thêm tình trạng của bệnh nhân dẫn tới tăng tỷ lệ tử vong, giảm khả năng bình phục ở bệnh nhân đột quỵ não.

Trên thế giới, đã có các nghiên cứu của tác giả Ali Shah và cộng[3] trên 234 bệnh nhân xuất huyết não ở Bệnh viện trường đại học Jinnah Sindh - Pakistan năm 2019 về hạ natri máu ở bệnh nhân huyết não. Nghiên cứu của tác giả Saleem S và cộng sự [6] nghiên cứu về hạ natri máu ở bệnh nhân đột quỵ não ở Ấn độ năm 2014. Nghiên cứu của tác giả Soiza RL và cộng sự[7] về hạ natri máu tiên đoán tử vong ở bệnh nhân đột quỵ não thuộc trường đại học Norwich vương quốc Anh năm 2015. Tỷ lệ hạ natri máu ở bệnh nhân đột quỵ não trong các nghiên cứu dao động từ 13,8% đến 45,3%[3],[6],[7]. Đặc biệt trong một phân tích tổng hợp về mối liên quan giữa hạ natri máu và tiên lượng tử vong ngắn và lâu dài ở bệnh nhân đột quỵ não được công bố năm 2019, tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân xuất huyết não có hạ natri máu tăng 1,6 lần so với nhóm bệnh nhân không có hạ natri máu[4].

Hạ natri máu là rối loạn điện giải phổ biến nhất trong thực hành lâm sàng và nó liên quan đến tiên lượng ở các bệnh lý như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, bệnh nhiễm trùng, xơ gan[1]. Hạ natri máu là sự mất cân bằng điện giải phổ biến thường gặp ở những bệnh nhân có tổn thương não cấp tính như xuất huyết não, chấn thương sọ não. Ở bệnh nhân bị đột quỵ xuất huyết không do chấn thương cấp tính, vai trò của hạ natri máu là một chỉ số tiên lượng tiêu cực còn đang tranh cãi ở các nghiên cứu. Mục đích nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá tỷ lệ hạ natri máu ở bệnh nhân đột quỵ xuất huyết tại khoa thần kinh Bệnh viện đa khoa trung tâm An giang và xác định tác động của nó đối với kết quả điều trị trong thời gian nằm viện.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu.

Cỡ mẫu: 72 bệnh nhân.

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân xuất huyết não nhập viện khoa thần kinh Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Địa điểm: Khoa thần kinh Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, thời gian từ tháng 2/2020 đến tháng 9/2020.

Cách tiến hành: Tất cả các bệnh nhân thuộc đối tượng nghiên cứu được làm bệnh án nghiên cứu theo mẫu, thu thập các thông tin trong quá trình điều trị, điền đầy đủ các thông tin trong bệnh án mẫu, gồm tiền sử bệnh, các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng, theo dõi xử trí và diễn biến kết quả điều trị. Các số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0. Các biến định tính được định nghĩa bằng phép kiểm chi bình phương, các biến định lượng được kiểm định bằng phép kiểm t.

Đo lường các biến: Tuổi, giới, vị trí xuất huyết, natri máu lúc vào viện, điểm rankin lúc ra viện, tiền sử tăng huyết áp, tiền sử đái tháo đường type2, tiền căn tai biến mạch máu não, ngày điều trị trung bình, điểm Glasgow lúc vào viện và lúc ra viện.

Vị trí xuất huyết: Bao trong - đồi thị, thái dương-đỉnh, trung tâm bán cầu dục và vị trí khác. Hạ natri máu: Khi natri máu $< 135 \text{ mmol/L}$. Đái tháo đường: Khi $\text{HbA1c} > 6,5\%$ hoặc bệnh nhân có tiền căn đái tháo đường được điều trị trước đây. Tăng huyết áp: Theo tiêu chuẩn JNC VII.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1 Đặc điểm dân số mẫu nghiên cứu

	Hạ natri máu (35/72)	Không hạ natri máu (37/72)	p
Tuổi	60,66±11,76	64,97±15,18	0,18
Natri máu	137,95 ± 3,68	130,51 ± 2,93	0,000*
Giới	Nam(32)	Nữ(40)	0,2
	13/35	17/37	
Tiền căn tăng huyết áp	23/35	27/37	0,6
Tiền căn đái tháo đường	5/35	3/7	0,4
Tiền căn tai biến mạch máu não	2/35	2/37	0,9
Bạch cầu lúc vào viện	11.726±4.12	11.108±3.537	0,08
Huyết áp tâm thu lúc vào viện	159,37±27,54	159,11±28,85	0,9
Điểm glasgow lúc vào viện	11,8±2,38	11,97±2,67	0,7

Bảng 2. Phân bố vị trí xuất huyết não và hạ natri máu

	Hạ natri máu	Không hạ natri máu	p
Bao trong - đồi thị	22/35	22/37	0,7
Thái dương đỉnh	6/35	4/37	0,7
Trung tâm bán cầu dục	1/35	2/37	0,7
Vị trí khác	6/35	9/37	0,5

Bảng 3 Kết cục ở bệnh nhân xuất huyết não có hạ natri máu

	Hạ natri máu	Không hạ natri máu	p
Ngày điều trị	10,86±5,52	7,73±3,68	0,006*
Điểm glasgow lúc vào viện	11,8±2,38	11,97±2,67	0,7
Điểm glasgow lúc ra viện	13,37±1,59	14,43±0,72	0,000*
Điểm rankin ra viện	3,8±0,47	3,76±0,47	0,7

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 2/2020 đến tháng 9/2020, chúng tôi thu thập được 72 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu, tỷ lệ hạ natri máu trên bệnh nhân xuất huyết não 35/72 chiếm 48,6%, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của tác giả Ali Shah và cộng sự[3] nghiên cứu trên 234 bệnh nhân xuất huyết não ở bệnh viện trường đại học Jinnah Sindh - Pakistan có tỷ lệ hạ natri máu 45,3%. Nghiên cứu của tác giả Saleem S[6] tỷ lệ hạ natri máu là 35%. Trong nghiên cứu của tác giả Soiza RL và cộng sự[7] tỷ lệ hạ natri máu 13,8%. Nồng độ natri máu trung bình lúc nhập viện ở nhóm không có hạ natri máu là $137,95 \pm 3,68$ mmol/l, nồng độ natri máu trung bình lúc nhập viện ở nhóm có hạ natri máu là $130,51 \pm 2,93$ mmol/l (bảng 1), sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p=0,000$. Giới nữ trong nghiên cứu của chúng tôi 40/72 chiếm 55,6%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình ở nhóm xuất huyết não có hạ natri máu là $60,66 \pm 11,76$ tuổi, nhóm xuất huyết không có hạ natri máu là $64,97 \pm 15,18$ tuổi, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,18$, trong nghiên cứu của tác giả Ali Shah và cộng sự[3] tuổi trung bình ở nam là $59,14 \pm 9,05$ tuổi, tuổi trung bình ở nữ là $59,07 \pm 1,11$ tuổi. Ngày điều trị trung bình ở nhóm xuất huyết não có hạ natri máu là $10,86 \pm 5,52$ ngày, nhiều hơn ngày điều trị trung bình ở nhóm không có hạ natri máu là $7,73 \pm 3,68$ ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0,006$, kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Ali Shah và cộng sự[3] thời gian nằm viện trung bình $7,04 \pm 2,57$ ngày ở nhóm không có hạ natri máu là $3,88 \pm 2,74$ ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,000$. Huyết áp tâm thu lúc vào viện ở nhóm có hạ natri máu là $159,37 \pm 27,54$ mmHg, huyết áp tâm thu lúc vào viện ở nhóm không có hạ natri máu là $159,11 \pm 28,85$ mmHg, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,9$. Điểm glasgow lúc vào viện ở nhóm hạ natri máu $11,8 \pm 2,38$ điểm thấp hơn điểm glasgow lúc vào viện ở nhóm không hạ natri máu $11,97 \pm 2,67$ điểm, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,7$, điều này cũng phù hợp lâm sàng vì những trường hợp hạ natri máu ít nhiều ảnh hưởng đến tri giác bệnh nhân. Điểm glasgow lúc ra viện ở nhóm có hạ natri máu $13,37 \pm 1,59$ điểm, thấp hơn điểm glasgow lúc ra viện ở nhóm không hạ natri máu $14,43 \pm 0,72$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,000$, điều này cho thấy rằng hạ natri máu ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Điểm rankin lúc ra viện ở nhóm có hạ natri máu $3,8 \pm 0,47$ điểm cao hơn điểm rankin lúc ra viện ở nhóm không có hạ natri máu $3,76 \pm 0,47$ điểm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,7$. Vị trí xuất huyết não chúng tôi chia theo giải phẫu vùng bao trong-đôi thị, thái dương đỉnh, trung tâm bán cầu dục và các vị trí khác, các vị trí xuất huyết não không liên quan đến hạ natri máu lúc vào viện với chỉ số p tương ứng là: 0,7, 0,7, 0,7 và 0,5. Nghiên cứu của tác giả Ali Shah và cộng sự[3] vị trí xuất huyết não cũng không liên quan đến tình trạng hạ natri máu với $p > 0,05$. Nghiên cứu của tác giả Saleem S [6] vị trí xuất huyết não cũng không liên quan

đến tình trạng hạ natri máu. Bạch cầu máu lúc vào viện ở nhóm có hạ natri máu $11.726 \pm 4.12/\text{mm}^3$ cao hơn bạch cầu máu lúc vào viện ở nhóm không có hạ natri máu $11.108 \pm 3.537/\text{mm}^3$, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,08$. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân nhập viện có điểm glasgow lúc vào viện trung bình khoảng 12 điểm giữa 02 nhóm và vị trí xuất huyết chủ yếu ở vùng bao trong đồi thị và thể tích xuất huyết nhỏ nên trong quá trình điều trị không có trường hợp bệnh nhân tử vong. Trong một phân tích tổng hợp được công bố năm 2019, tình trạng hạ natri máu ở bệnh nhân xuất huyết não liên quan đến tử vong ngắn hạn cao hơn ở nhóm xuất huyết não không hạ natri máu (RR 1,61, KTC 95% 1,33-1,96; HR 1,78 KTC 95% 1,19-2,75) và tử vong dài hạn cũng cao hơn (RR 1,77, KTC 95% 1,27-2,47; HR 2,23, 95% CI 1,30-3,82)[4]. Trong nghiên cứu của tác giả Ali Shah và cộng sự[3], tỷ lệ tử vong trong bệnh viện ở nhóm hạ natri máu là 36,8% và nhóm không có hạ natri máu là 13,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,00001$. Các bệnh lý kèm theo trong nghiên cứu của chúng tôi như tiền căn tăng huyết áp, tiền căn đái tháo đường, tiền căn tai biến mạch máu não trước đây đều không có liên quan đến tình trạng hạ natri máu lúc vào viện với $p>0,05$.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hạ natri máu ở bệnh nhân xuất huyết não trong nghiên cứu của chúng tôi là 48,6%. Những bệnh nhân xuất huyết não với hạ natri máu lúc nhập viện có thời gian điều trị dài hơn và có điểm glasgow lúc ra viện thấp hơn so với những bệnh nhân xuất huyết não không có hạ natri máu. Trong tương lai cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian dài hơn để xác định những kết luận này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Gia Bình (2000), "Hạ Natri máu", Cẩm nang cấp cứu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 207-210.
2. Vũ Anh Nhị, Thần kinh học lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, năm 2013.
3. Ali Shah, Significance of Hyponatremia as an Independent Factor in Predicting Short-term Mortality in Patients with Hemorrhagic Stroke.
4. Association of Hyponatremia and Risk of Short- and Long-Term Mortality in Patients with Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis.
5. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.
6. Saleem S, Yousuf I, Gul A, Gupta S, Verma S: Hyponatremia in stroke. Ann Ind Acad Neurol. 2014, 17:55-57. 10.4103/0972-2327.128554.
7. Soiza RL, Cumming K, Clark AB, et al.: Hyponatremia predicts mortality after stroke. Int J Stroke. 2015, 10:50-55. 10.1111/ijss.12564.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM KHUẨN THEO PHÁC ĐỒ MỚI TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BVĐKTT AN GIANG

Phạm Ngọc Kiều, Nguyễn Huỳnh Bích Phượng
Trần Thị Tiểu Thơ, Phù Kỳ Thanh.

TÓM TẮT

Mở đầu: Gói hồi sức giờ thứ nhất do chương trình Toàn cầu về kiểm soát nhiễm khuẩn huyết (NKH) nặng và sốc nhiễm khuẩn (SNK) khuyến cáo đã được chứng minh cải thiện tử vong trong nhiều nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá việc áp dụng gói hồi sức giờ 01 tại bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

Đối tượng và Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu mô tả bao gồm 103 bệnh nhân Sốc nhiễm khuẩn (SNK) nhập viện từ 02/2020 đến 09/2020.

Kết quả: Tỷ lệ hoàn thành gói hồi sức giờ 01 bao gồm: Định lượng lactate máu đạt 100%, cấy máu trước khi sử dụng kháng sinh đạt 100%, sử dụng kháng sinh phổ rộng 100%, Truyền dịch theo mục tiêu đạt 100%. Sử dụng thuốc vận mạch 100%. Điểm SOFA, APACHE II cao, bilirubin TP tăng, nồng độ lactate sau khi điều trị, chức năng thận giảm, Procalcitonin cao và nồng độ bicarbonate máu thấp là các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong.

Kết luận: Tỷ lệ hoàn thành gói hồi sức trong SNK tại bệnh viện khá tốt, cho thấy tính khả thi của việc áp dụng các can thiệp này trong điều kiện bệnh viện. Tỷ lệ tử vong SNK trong nghiên cứu thấp hơn tỷ lệ tử vong đáng kể (27,2%) so với điều trị trước đây (40-60%)

ABSTRACT

IMPLEMENTATION OF SEVERE SEPSIS AND SEPTIC SHOCK PROTOCOL AT AN GIANG HOSPITAL

Background: The resuscitation “one-hour bundle” bundle developed by The Surviving Sepsis Campaign has been proven to improve survival rate for patients with severe sepsis or septic shock in the worldwide. The study was conducted to evaluate the application of the one hour resuscitation bundle at An Giang Central General Hospital.

Method: Prospective observational study included 103 adult patients with septic shock from 02/2020 to 09/2020.

Results: The rate of completion of the one hour bundle includes: The amount of lactate in the blood reaches 100%, blood culture before using antibiotics reaches 100%, using 100% broad spectrum antibiotics, infusion according to the target reaches 100%. Use 100% vasopressors. High scores of SOFA, APACHE II, increased bilirubin, post-treatment lactate levels, decreased renal function, high procalcitonin and low blood bicarbonate levels were factors associated with mortality.

Conclusions: Compliance with resuscitation one hour bundle is rather satisfactory, showing the feasibility of bundle implementation in the hospital setting. Mortality was decrease statistically significance (27,2%) when compared with previous treatments (40-60% mortality).

1.ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) nặng và sốc nhiễm khuẩn (SNK) là một trong những bệnh lý nặng thường gặp và đe dọa tính mạng người bệnh. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong hiểu biết về sinh lý bệnh, chẩn đoán và điều trị, tỷ lệ tử vong của NKH nặng và SNK vẫn còn cao (40-60%)⁽⁸⁾. Trong nỗ lực cải thiện kết quả điều trị NKH nặng và SNK, Chương trình Toàn cầu về kiểm soát NKH nặng và SNK (SSC) đưa ra các hướng dẫn nhằm tăng cường áp dụng những can thiệp có hiệu quả vào thực hành lâm sàng. Những khuyến cáo chính trong Hướng dẫn được cụ thể hóa và sắp xếp lại trong gói hồi sức thực hiện trong 6 giờ đầu và gói điều trị 24 giờ⁽¹⁾. Gói hồi sức 6 giờ đầu được đánh giá qua nhiều nghiên cứu cho thấy có tính khả thi, giảm đáng kể tỷ lệ tử vong. Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong do NKH nặng và SNK vẫn còn cao dù đã áp dụng các khuyến cáo của Chương trình kiểm soát NKH nặng và SNK. Khoa Hồi sức Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang đã cập nhật Phác đồ điều trị NKH nặng và SNK dựa vào Hướng dẫn của SSC năm 2012, 2016 và 2018. Trong đó, điều trị chủ yếu dựa trên gói hồi sức ban đầu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu “**Hiệu quả điều trị sốc nhiễm khuẩn theo phác đồ mới tại tại**

Khoa Hồi sức tích cực BVĐKTT An Giang”, nhằm đánh giá sự hoàn thành gói hồi sức giờ 01 theo phác đồ mới và kết quả điều trị.

MỤC TIÊU CỦA ĐỀ TÀI

1. Đánh giá sự hoàn thành gói hồi sức 01 giờ đầu theo Phác đồ theo SSC-3
2. Kết quả điều trị theo phác đồ mới tại Khoa Hồi sức BVĐKTT An Giang

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả.
2. Cỡ mẫu:

$$N = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ước lượng tỉ lệ:

Theo nghiên cứu của SSC công bố năm 2016, tỉ lệ tuân thủ gói hồi sức ban đầu 30%.

Chúng tôi chọn $p = 30\%$. Vậy $n = 80$ bệnh nhân.

3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ≥ 16 tuổi, chẩn đoán NKH nặng hoặc SNK theo tiêu chuẩn S 2016 nhập vào khoa Hồi sức từ khoa Cấp cứu hoặc các khoa phòng khác.
4. Địa điểm: Khoa Hồi sức tích cực BVĐK TT An Giang
5. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: Sốc tim sau nhồi máu cơ tim cấp, hen nặng, quá liều thuốc, xuất huyết tiêu hóa nặng..., bệnh nặng giai đoạn cuối, ngưng tim trước nhập viện.
6. Cách tiến hành:

Gói hồi sức 01 giờ đầu bao gồm:

- Định lượng lactate máu. Định lượng lại nếu lactate ban đầu > 2 mmol/L.
- Lấy máu cấy trước khi sử dụng kháng sinh.
- Sử dụng kháng sinh phổ rộng.
- Bắt đầu truyền dịch nhanh 30ml/kg dịch tinh thể nếu bệnh nhân hạ huyết áp hoặc lactate máu ≥ 4 mmol/L.
- Sử dụng thuốc vận mạch nếu bệnh nhân hạ huyết áp trong lúc hoặc sau khi hồi sức bù dịch để duy trì huyết áp ≥ 65 mmHg.

* Thời điểm T0 được xác định vào thời điểm bệnh nhân được khám tại phòng Cấp cứu hoặc được chẩn đoán NKH nặng hoặc SNK nếu bệnh nhân đang nằm viện (tại khoa ICU).

* Hoàn thành can thiệp: hoàn tất cả can thiệp đó trong khoảng thời gian qui định.

Thu thập số liệu:

Theo mẫu bệnh án về các biểu hiện lâm sàng, điểm APACHE II, điểm SOFA, rối loạn chức năng cơ quan, thông số cận lâm sàng, chăm sóc và kết quả điều trị.

7. Xử lý số liệu:

Thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0 .

8. Đo lường các biến: Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm, biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng biến thiên tứ phân vị. Phép kiểm X^2 hoặc Fisher's exact được dùng phân tích biến số định tính và phép kiểm student (T) hoặc trung vị bằng phép kiểm Mann- Whitney (U) được dùng phân tích biến số định lượng. Các phép so sánh, hệ số tương quan... có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$ với sai lầm loại 1 (α) $< 5\%$.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 03/2020 – 09/2020, có 103 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn (SNK) nhập khoa Hồi sức Tích cực bệnh viện Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Bệnh nhân có tuổi trung bình khá cao $65,75 \pm 13,5$. Tỷ lệ nữ/nam 60/43 (1,4 lần), tỉ lệ tử vong chung 27,2% và thời gian nằm khoa Hồi sức trung bình là $8,6 \pm 6,9$ ngày.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Thông số	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn
Tuổi	65,75 $\pm$ 13,12
Giới nữ/nam	60/43 (1,4 lần)
Mạch	109 $\pm$ 17
HA trung bình	51 $\pm$ 1,2
Bạch cầu máu	17.120 $\pm$ 8.800
HCO ₃ ⁻ (mmol/l)	13.6 $\pm$ 5.2
CRP (mg/l)	79.14 $\pm$ 26
Procalcitonin (ng/ml)	50 $\pm$ 39.7
Lactate 1	8,6 $\pm$ 5,3
Lactate 2	6,1 $\pm$ 4,7
Lactate 3	4,3 $\pm$ 2,9
Điểm SOFA	7,94 $\pm$ 2,6
Điểm APACHE II	26,11 $\pm$ 3,5
Tỷ lệ tử vong (%)	27,2%
Thời gian nằm ICU (ngày)	8,6 $\pm$ 6,9

3.2. Các Nguyên nhân sốc nhiễm trùng

Bảng 2: Các bệnh sốc nhiễm trùng thường gặp

Bệnh nhiễm trùng	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng đường tiêu hóa	38	36,9
Viêm phổi	34	33
Nhiễm trùng tiết niệu	24	23,3
Nhiễm trùng khác	7	6,9

Nhận xét: Nhiễm khuẩn thường gặp nhất là nhiễm khuẩn đường ruột chiếm tỉ lệ 36,9%. Kế tiếp là viêm phổi (33%), nhiễm trùng tiết niệu 23,3%, còn lại là các nhiễm trùng khác như viêm mô tế bào 6,9%.

3.3. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Bảng 3: Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong

Thông số	Chung	Nhóm sống	Nhóm tử vong	p
Số bệnh nhân	103	75 (72.8%)	28 (27.2%)	
Tuổi	65.75 $\pm$ 13	64.37 $\pm$ 13	69.43 $\pm$ 10	0.08
Điểm SOFA	7,94 $\pm$ 2,6	7,34 $\pm$ 2,6	9,89 $\pm$ 2,93	0.00
APACHE II	26,11 $\pm$ 3,5	17,95 $\pm$ 4,55	21,50 $\pm$ 4,63	0,005
BilirubinTP	29.54 $\pm$ 42	19.79	55.68	0.00
Lactate1	8.6 $\pm$ 5.3	8.54 $\pm$ 5.5	8.8 $\pm$ 4.8	0.7
Lactate3	4.31 $\pm$ 2.9	3.54 $\pm$ 2.5	6.4 $\pm$ 2.14	0.00
Bạch cầu	17.120 $\pm$ 8.800	16.8 $\pm$ 8.6	18.3 $\pm$ 9.2	0.3
GFR	37.7 $\pm$ 24	40.42 $\pm$ 23.4	30.56 $\pm$ 26.2	0.00
CRP	79.14 $\pm$ 26	78.5 $\pm$ 26	80.6 $\pm$ 27	0.7
Procalcitonin	50 $\pm$ 39.7	34.44 $\pm$ 34.3	91.98 $\pm$ 15.2	0.00
HCO ₃ ⁻	13.6 $\pm$ 5.2	14.56 $\pm$ 5.3	11.11 $\pm$ 4.1	0.003
Tiểu cầu	228 $\pm$ 132	242.36 $\pm$ 128	192.48 $\pm$ 130	0.08

Nhận xét: Phần lớn các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong trong hai nhóm khác nhau có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ hoàn thành gói hồi sức 01 giờ đầu trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%. Tại thời điểm 0 tính từ Khoa Cấp Cứu, do các Bác sĩ chưa được tập huấn về phác đồ mới nên việc bù dịch, xét nghiệm lactate máu, cho kháng sinh cũng như cấy máu...chưa đạt yêu cầu. Khi đến Khoa Hồi sức do các Bác sĩ đã được tập huấn về phác đồ mới nên tỷ lệ hoàn thành là 100%

bao gồm định lượng lactate máu, cấy máu sớm trước khi sử dụng kháng sinh, Dùng kháng sinh phổ rộng, bù dịch ban đầu, dùng vận mạch đạt mục tiêu huyết áp trung bình.

Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới, chúng tôi ghi nhận cấy máu giờ đầu giảm tỉ lệ tử vong^(6,7). Kết quả cấy máu giúp khẳng định chẩn đoán, điều chỉnh điều trị kháng sinh. Thêm vào đó, hoàn thành cấy máu sớm trong 1 giờ đầu cũng chính là bằng chứng của việc nhận biết NKH nặng và SNK sớm, khởi động toàn bộ các can thiệp hồi sức ban đầu. Tỉ lệ cấy máu giờ đầu của chúng tôi là 100%, nếu Khoa Cấp cứu chưa cấy thì chúng tôi cấy ngay. Tỷ lệ này cũng tương tự các nghiên cứu của các trung tâm trên thế giới^(13,14,15).

Mục tiêu bình thường hóa lactate máu được SSC bổ sung vào Hướng dẫn điều trị NKH nặng và SNK 2012. Tuy nhiên, SSC không xác định rõ như thế nào là đạt mục tiêu bình thường hóa lactate. Jones thực hiện nghiên cứu so sánh giá trị giảm 10% lactate máu trong 6 giờ đầu và SvcO_2 . Kết quả ghi nhận đạt mục tiêu thanh thải lactate máu có giá trị tương đương với $\text{ScvO}_2 \geq 70\%$ ⁽⁵⁾. Nguyen và cộng sự thực hiện nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu với 556 bệnh nhân trong 2 năm 2008-2009, cũng ghi nhận đạt thanh thải lactate có tác động giảm thêm tỉ lệ tử vong, khi đã đạt Mục tiêu sớm 6 giờ đầu⁽⁹⁾. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm đạt thanh thải lactate có tỉ lệ tử vong thấp hơn nhóm không đạt. Chúng tôi đo lactate máu vào thời điểm 1 giờ, 6 giờ và sau 24 giờ hoặc 48 giờ (nếu chưa làm), cho thấy vai trò của thanh thải lactate máu khá quan trọng.

Tỉ lệ tử vong của nhóm SNK hoàn thành gói hồi sức ban đầu trong nghiên cứu của chúng tôi là 27,2% so với tỉ lệ tử vong chung của bệnh sốc nhiễm trùng trước đây ghi nhận từ 40-60%. Ghi nhận này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác ghi nhận nhóm hoàn thành gói hồi sức sẽ giảm tỉ lệ tử vong từ 9% đến 18% so với nhóm chứng hoặc nhóm chứng lịch sử. Ortega và cộng sự báo cáo với sự hoàn thành gói hồi sức tăng từ 1% lên 11%, tỉ lệ tử vong giảm 20%⁽¹¹⁾. Nguyên và cộng sự ghi nhận tỉ lệ tử vong ở nhóm hoàn thành gói hồi sức là 20,8%, giảm có ý nghĩa thống kê so với 39,5% ở nhóm không hoàn thành⁽¹⁰⁾. Nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thảo tỉ lệ tử vong là 22,8% [2]. Một nghiên cứu thực hiện ở Anh cũng ghi nhận tỉ lệ tử vong giảm đi 23% khi hoàn thành gói hồi sức⁽³⁾. Tromp cũng ghi nhận sự khác biệt tỉ lệ tử vong 11,4% so với 31,3% khi hoàn thành gói hồi sức⁽¹⁶⁾.

Trong khi một số các nghiên cứu đạt được tỉ lệ hoàn thành gói hồi sức không cao, dao động từ 10 -14%, tỉ lệ tử vong lại giảm đáng kể, 4-28%. Các nghiên cứu ghi nhận có sự cải thiện dần tỉ lệ tử vong tương ứng với số can thiệp được thực hiện. Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu thực hiện tại 3 khoa Hồi sức ở Tây Ban Nha trên 384 bệnh nhân SNK ghi nhận hoàn thành từ 5 can thiệp làm giảm có ý nghĩa tỉ lệ tử vong với OR lần lượt là 0,66, 0,32, 0,50 ứng với 5,6 và 7 can thiệp⁽¹¹⁾. Một nghiên cứu mô tả tiền cứu thực hiện đa trung tâm với $n=160$ bệnh nhân SNK trong 2 năm 2007-2008 cũng ghi nhận hoàn thành từ 4 can thiệp trở lên cải thiện tỉ lệ tử vong với tỉ số chênh OR của 4 can thiệp là 0,85, 5 can thiệp là 0,25, 6 và 7 can thiệp là 0,56. Li cũng ghi nhận hoàn thành được từ 5 can thiệp trở lên giảm tỉ lệ tử vong 28 ngày với OR 0,3; 95%, CI, 0,11-0,76; $P=0,012$ ⁽¹¹⁾.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu gồm 103 bệnh nhân sốc nhiễm trùng. Các nguyên nhân gây sốc nhiễm trùng thường gặp là nhiễm khuẩn tiêu hoá kể đến viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu và các nhiễm trùng khác.

Tỉ lệ hoàn thành gói giờ 01 đầu theo phác đồ điều trị 100%. Các can thiệp ở Khoa Cấp cứu bao gồm: Định lượng lactate, cấy máu trước khi dùng kháng sinh, bù dịch ban đầu, cho kháng sinh phổ rộng và sử dụng thuốc vận mạch. Nhưng khi đến Khoa Hồi sức tích cực đều được hoàn thành 100% sau đó. Tỉ lệ tử vong chung là 27,2%. Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ tử vong bao gồm điểm SOFA, APACHE II cao, bilirubin TP tăng, nồng độ lactate còn tăng sau khi điều trị, chức năng thận giảm, Procalcitonin cao và nồng độ bicarbonate máu thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyen HB, Kuan WS, Batech M, et al. (2015), “Outcome effectiveness of the severe sepsis resuscitation bundle with addition of lactate clearance as a bundle item: a multinational evaluation”. *Critical Care*, 15: R229
2. Nguyen HB, Corbett SW, Steele R, et al (2012), “Implementation of a bundle of quality indicators for the early management of severe sepsis and septic shock is associated with decreased mortality”. *Crit Care Med* 35, pp. 1105-1112
1. Trần Thanh Bình¹, Phạm Thị Ngọc Thảo (2018) Đánh giá sự tuân thủ phác đồ điều trị nhiễm khuẩn huyết nặng – sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.
4. Phạm Thị Ngọc Thảo, Nguyễn Gia Bình, Trần Thanh Căng và cs (2016), “Nghiên cứu tình hình điều trị nhiễm khuẩn huyết nặng tại các khoa Hồi sức tích cực Khu vực Châu Á”. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh* 15 (1), tr.550-557
5. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A et al (2016), “International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2016”. *Crit Care Med* 41(2), pp. 580-637
6. Francis M. et al (2016), “Effect of an emergency department sepsis protocol on time to antibiotics in severe sepsis”. *CJEM*, 12(4), pp. 303-310
7. Gao F, Melody T, Daniels DF et al (2016), “The Impact of compliance with 6-hour and 24-hour sepsis bundles on hospital mortality”. *Critical Care* 9, pp.R764-770. Jones EA,
8. Ill MR, Dong L, Nelson NC et al (2015), “Multicenter Implementation of severe Sepsis and Septic Shock Treatment Bundle”. *Am J Respir Crit Care Med*, 188 (1), pp.77-82
9. Katie Pendleton, MD (2018) “Sepsis Update 2018”. *CritCare Med* (2018).
10. Levy MM, Artiga A, Phillips GS, et al (2017), “Outcomes of the Surviving Campaign in intensive care units in the USA and Europe: a prospective cohort study”. *Lancet Infect Dis* 12 (12), pp.919-24
11. Li ZQ, Xi XM, Luo X, Li J, Jiang L. (2015), “Implementing Surviving Sepsis Campaign Bundles in China: a prospective cohort study”. *Chin Med J* 126, pp.1819-1825
12. Martin SG (2016), “Sepsis, severe sepsis and septic shock: changes in incidence, pathogens and outcomes”. *Expert Rev Anti Ther* 10(6), pp.701-706
13. Ortega JA, Suberviola B, Garcia-Astudillo A et al (2015), “Impact of the Surviving Sepsis Campaign protocols on hospital length of stay and mortality in septic shock patients: Result of a three- year follow-up quasi-experimental study”. *Crit Care Med* 38, pp.1036-1043.
14. Shapiro NI, Trzeciak S et al (2016), “Lactate Clearance vs Central Venous Oxygen Saturation as Goals of Early Sepsis Therapy”. *JAMA* 303 (8), pp.739-746
15. The ARISE Investigators (2014), “Goal-Directed Resuscitation for Patients with Early Septic Shock”. *N Engl J Med*, 371(16), pp.1496-1506.

**KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH LOÃNG XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN
TỪ 60 TUỔI TRỞ LÊN, ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA NỘI A –
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**

*Nguyễn Thái Bảo, Đoàn Nguyễn Thoại Giang,
Võ Minh Phú, Trần Duy Linh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát tỉ lệ loãng xương, đặc điểm cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan bệnh loãng xương. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 91 bệnh nhân từ tháng 04/2019 đến 07/2020. Loãng xương được chẩn đoán dựa vào mật độ xương theo tiêu chuẩn của WHO. **Kết quả:** tỉ lệ loãng xương là 64,8%, trong đó nam giới chiếm 15,4%, nữ giới chiếm 49,4%. Tỉ lệ loãng xương cao nhất ở nhóm tuổi 80-89 và nhóm BMI bình thường. Tổn thương chiếm tỉ lệ cao nhất trên phim Xquang cột sống thắt lưng ở bệnh nhân loãng xương là gai xương (94,9%). Nồng độ canxi ion hóa trung bình của nhóm loãng xương là $1,08 \pm 0,12 \text{ mmol/L}$. Các yếu tố làm tăng nguy cơ loãng xương: giới nữ (OR=11,480), lối sống tĩnh tại (OR=4,015), uống glucocorticoid kéo dài ≥ 3 tháng với liều bất kỳ (OR=4,472). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ loãng xương giữa các nhóm tuổi, BMI, có và không hút thuốc lá, có và không bổ sung canxi-D, có và không có các bệnh đồng mắc: tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và đái tháo đường típ 2. **Kết luận:** tỉ lệ loãng xương ở bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên điều trị nội trú tại khoa Nội A là 64,8%. Các yếu tố làm tăng nguy cơ loãng xương là giới nữ, lối sống tĩnh tại, uống glucocorticoid kéo dài ≥ 3 tháng với liều bất kỳ.

ABSTRACT:

Objects: To evaluate the prevalence, subclinical and risk factors of osteoporosis of the patients from the age of 60 at the department of A general internal medicine, An Giang Central General Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study of 91 patients from April 2019 to July 2020. The osteoporosis was diagnosed by bone mineral density (BMD) according to WHO's standard. **Results:** The prevalence of osteoporosis was 64,8%. The most common sign on lumbar spine X-ray was osteophytes (94,9%). The mean of ionic calcium concentration on osteoporosis subjects was $1,08 \pm 0,12 \text{ mmol/L}$. The results showed that the risk factors of osteoporosis were: female (OR=11,480), inactive lifestyle (OR=4,015), systemic glucocorticoid therapy with any dose for more than 3 months (OR=4,472). There was no correlation between osteoporosis and age, BMI, smoking, calcium-D supplement, hypertension, diabetes type 2 and chronic obstruction pulmonary disease. **Conclusion:** The prevalence of osteoporosis of patients older than or equal to 60-year-old at the A general internal medicine department was 64,8%. The risk factors of osteoporosis included female, inactive lifestyle and receiving any dose of glucocorticoid for a duration of 3-month or more. **Key words:** osteoporosis, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là bệnh lý toàn thể của khung xương đặc trưng bởi sự giảm khối lượng xương, tổn thương vi cấu trúc xương, làm tăng nguy cơ gãy xương, đặc biệt là ở phụ nữ sau mãn kinh [15]. Bệnh lý này thường gặp ở người lớn tuổi, tần suất mắc bệnh ngày càng cao. Năm 2018, theo Nguyễn Văn Tuấn, có khoảng 1/4 phụ nữ và 1/10 nam giới cao tuổi tại Việt Nam bị loãng xương [4]. Chẩn đoán loãng xương theo tiêu chuẩn WHO dựa vào đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA (Dual Energy X-ray Absorptionmetry), sử dụng tia X hấp thụ năng lượng kép [15]. Theo y văn, có nhiều yếu tố nguy cơ gây bệnh loãng xương: tuổi, giới, BMI thấp $\leq 19 \text{ Kg/m}^2$, điều trị glucocorticoid đường uống kéo dài ≥ 3 tháng với bất cứ liều nào, bất động kéo dài, hút thuốc lá, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đái tháo đường típ 1, cường giáp [15].

Hiện tại vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về tình trạng loãng xương ở bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Nội A, bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Việc phát hiện sớm bệnh loãng xương cùng các yếu tố nguy cơ giúp bác sĩ đưa ra hướng điều trị và dự phòng kịp thời, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Khảo sát

đặc điểm của bệnh loãng xương ở bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, điều trị nội trú tại khoa Nội A bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang” với các mục tiêu sau:

1. *Khảo sát tỉ lệ loãng xương và đặc điểm cận lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu.*
2. *Khảo sát một số yếu tố liên quan bệnh loãng xương ở đối tượng nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân ≥ 60 tuổi, điều trị nội trú tại khoa Nội A - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang trong khoảng thời gian từ tháng 04/2019 đến tháng 07/2020, đồng ý đo mật độ xương 2 vị trí bằng phương pháp DEXA, có chụp Xquang cột sống thắt lưng thẳng nghiêng và xét nghiệm nồng độ canxi ion hóa máu.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đồng ý đo mật độ xương 2 vị trí bằng phương pháp DEXA, bệnh nhân mắc bệnh lý tuyến giáp, ung thư, tiền sử loãng xương đang điều trị thuốc chống loãng xương, bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ, bệnh nhân đang mắc các bệnh nhiễm trùng cấp tính.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2. Nội dung nghiên cứu

2.2.1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Giới tính: nam và nữ. Tuổi: 4 nhóm: 60-69 tuổi, 70-79 tuổi, 80-89 tuổi và ≥ 90 tuổi.

2.2.2. Tỉ lệ mắc bệnh loãng xương

Đo mật độ xương ở hai vị trí: cột sống thắt lưng và cổ xương đùi bằng máy HOLOGIC Discovery Wi. Chẩn đoán xác định loãng xương dựa vào mật độ xương tại nơi có chỉ số T-score thấp hơn. Phân loại mật độ xương: ≥ -1 : bình thường, $-2,5 <$ và < -1 : thiếu xương, $\leq -2,5$: loãng xương [15].

2.2.3. Một số yếu tố liên quan và đặc điểm cận lâm sàng bệnh loãng xương

Hình ảnh tổn thương cột sống thắt lưng trên phim Xquang thẳng, nghiêng: gai xương, xơ xương dưới sụn, hẹp khe khớp, vẹo cột sống, xếp đốt sống, trượt đốt sống. Nồng độ canxi ion hoá trong máu (mmol/L): $< 1,01$: thấp; $1,01-1,4$: bình thường; $> 1,4$: cao. Yếu tố liên quan: tuổi; giới; BMI (cân nặng (Kg)/chiều cao² (m)): $< 18,5 \text{ Kg/m}^2$: thiếu cân; $18,5-22,9 \text{ Kg/m}^2$: bình thường; $\geq 23 \text{ Kg/m}^2$: thừa cân và béo phì [12]; có hút thuốc lá: hiện còn hút hoặc đã ngưng ≤ 1 năm, không hút thuốc lá: chưa từng hút hoặc đã ngưng > 1 năm [14]; chế độ ăn có bổ sung canxi-D bằng sữa hoặc thuốc và chế độ ăn không bổ sung canxi-D; có lối sống tĩnh tại: hoàn toàn không tập thể dục hoặc tập < 3 lần/tháng, không sống tĩnh tại: tập thể dục ≥ 3 lần/tháng [14]; tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đái tháo đường type 2: đang điều trị hoặc chẩn đoán mới; uống glucocorticoid kéo dài ≥ 3 tháng với liều bất kỳ.

2.3. Phương pháp tiến hành

Hỏi bệnh, khám lâm sàng; đo huyết áp; đo chiều cao, cân nặng, tính BMI; xét nghiệm nồng độ canxi ion hóa trong máu; chụp Xquang cột sống thắt lưng thẳng nghiêng, đo mật độ xương hai vị trí bằng phương pháp DEXA; ghi nhận kết quả vào hồ sơ nghiên cứu.

2.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

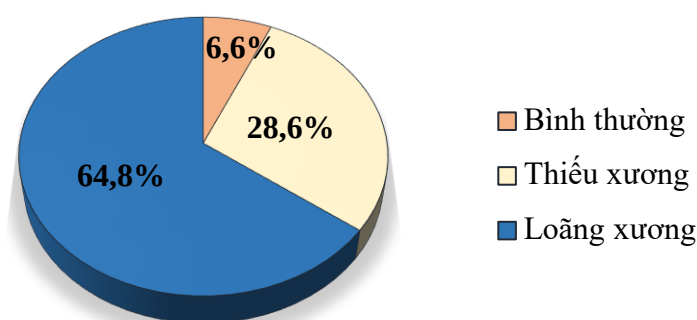
Bảng 3.1. Phân bố đối tượng theo tuổi và giới

Nhóm tuổi (tuổi)	Tần số n, tỉ lệ %		Tổng (n, %)
	Nam	Nữ	
60-69	12 (13,2%)	15 (16,5%)	27 (29,7%)
70-79	13 (14,3%)	18 (19,8%)	31 (34,0%)
80-89	9 (9,9%)	16 (17,6%)	25 (27,5%)
≥ 90	5 (5,5%)	3 (3,3%)	8 (8,8%)
Tổng	39 (42,9%)	52 (57,1%)	91 (100%)
X ± SD	75,56 ± 9,51 tuổi		
Max	96 tuổi		

Nhận xét: nhóm tuổi 70-79 có tỉ lệ cao nhất (34,0%). Tỉ lệ nữ (57,1%) cao hơn nam (42,9%).

3.2. Tình hình mắc bệnh loãng xương

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ mắc bệnh loãng xương



Nhận xét: tỉ lệ loãng xương là 64,8%, thiếu xương là 28,6%, bình thường là 6,6%.

3.3. Một số yếu tố liên quan và đặc điểm cận lâm sàng của bệnh loãng xương ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Liên quan giữa tuổi và bệnh loãng xương

Nhóm tuổi (tuổi)	Loãng xương (n, %)		p
	Có	Không	
60-69	15 (16,5%)	12 (13,2%)	$\chi^2=5,690$ $p=0,128$
70-79	18 (19,8%)	13 (14,3%)	
80-89	21 (23,1%)	4 (4,4%)	
≥ 90	5 (5,5%)	3 (3,3%)	
Tổng	59 (64,8%)	32 (35,2%)	

Nhận xét: nhóm tuổi 80-89 có tỉ lệ loãng xương cao nhất (23,1%), tỉ lệ loãng xương khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi ($p>0,05$).

Bảng 3.3. Liên quan giữa giới và bệnh loãng xương

Giới	Loãng xương (n, %)		OR 95% CI	χ^2, p
	Có	Không		
Nữ	45 (49,4%)	7 (7,7%)	11,480 (4,096-32,175)	$\chi^2=25,068$ $p<0,001$
Nam	14 (15,4%)	25 (27,5%)		
Tổng	59 (64,8%)	32 (35,2%)		

Nhận xét: tỉ lệ loãng xương ở nữ (49,4%) cao hơn nam (15,4%) có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$, OR=11,48).

Bảng 3.4. Liên quan giữa BMI và loãng xương

BMI (Kg/m ²)	Loãng xương (n, %)		Chung	p
	Có	Không		
<18,5	12 (13,2%)	4 (4,4%)	16 (17,6%)	$\chi^2=5,690$ p=0,128
18,5-22,9	26 (28,6%)	13 (14,3%)	42 (42,9%)	
≥23	21(23,0%)	15 (16,5%)	33 (39,5%)	
Chung	59 (64,8%)	32 (35,2%)	91 (100%)	
X ± SD	21,95±3,26	23,38±3,59	22,46 ± 3,43	$t_{89}= -1,927$ p=0,057
Max	32,9Kg/m ²			
Min	13,1Kg/m ²			

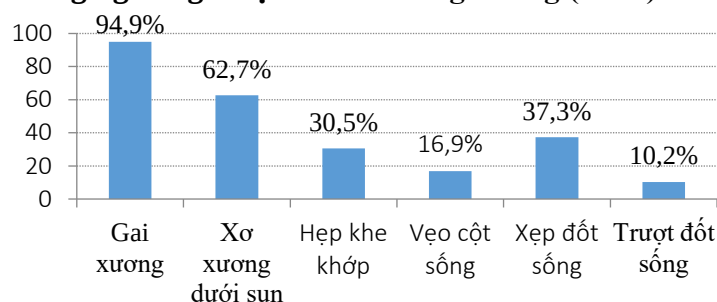
Nhận xét: nhóm BMI bình thường có tỉ lệ loãng xương cao nhất (28,6%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm (p>0,05). BMI trung bình nhóm loãng xương (21,95±3,26Kg/m²) thấp hơn nhóm không loãng xương (23,38±3,59Kg/m²) không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3.5. Liên quan giữa lối sống, bệnh đồng mắc và bệnh loãng xương

Yếu tố liên quan		Loãng xương		OR 95%CI	χ^2 , p
		Có	Không		
Hút thuốc lá	Có	7 (7,7%)	6 (6,6%)	0,583 (0,178-1,913)	$\chi^2=0,803$ p=0,370
	Không	52 (51,7%)	26 (28,6%)		
Chế độ ăn bổ sung canxi-D	Có	25 (27,5%)	14 (15,4%)	0,945 (0,397-2,253)	$\chi^2=0,016$ p=0,899
	Không	34 (37,4%)	18 (19,8%)		
Lối sống tĩnh tại	Có	53 (58,2%)	22 (24,2%)	4,015 (1,30-12,40)	$\chi^2=6,362$ p=0,012
	Không	6 (6,6%)	10 (11,0%)		
Tăng huyết áp	Có	51 (56,0%)	28 (30,8%)	0,911 (0,252-3,294)	$\chi^2=0,020$ p=0,887
	Không	8 (8,8%)	4 (4,4%)		
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	Có	6 (6,6%)	3 (3,3%)	1,094 (0,255-4,703)	$\chi^2=0,015$ p=0,904
	Không	53 (58,2%)	29 (31,9%)		
Đái tháo đường type 2	Có	12 (13,2%)	12 (13,2%)	0,426 (0,164-1,107)	$\chi^2=3,147$ p=0,076
	Không	47 (51,6%)	20 (22,0%)		
Uống glucocorticoid kéo dài ≥ 3 tháng với liều bất kỳ	Có	23 (25,3%)	4 (4,4%)	4,472 (1,387-14,424)	$\chi^2=6,973$ p=0,008
	Không	36 (39,6%)	28 (30,8%)		

Nhận xét: trong các yếu tố khảo sát, lối sống tĩnh tại và uống glucocorticoid kéo dài ≥ 3 tháng với liều bất kỳ có tỉ lệ loãng xương nhóm phơi nhiễm khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm không phơi nhiễm (p<0,05), OR lần lượt là 4,015 và 4,472. Các yếu tố còn lại khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Biểu đồ 3.2. Những hình ảnh tổn thương cột sống thắt lưng trên phim Xquang thẳng nghiêng ở bệnh nhân loãng xương (n=59)



Nhận xét: trong 59 đối tượng loãng xương, hình ảnh gai xương chiếm tỉ lệ cao nhất (94,9%).

Bảng 3.6. Nồng độ canxi ion hóa ở đối tượng nghiên cứu

Nồng độ canxi ion hóa (mmol/L)	Loãng xương (n, %)		Chung	p
	Có	Không		
<1,01	10 (11,0%)	3 (3,3%)	13 (14,3%)	$\chi^2=2,162$ $p=0,339$
1,01-1,4	48 (52,7%)	27 (29,7%)	75 (82,4%)	
>1,4	1(1,1%)	2 (2,2%)	3 (3,3%)	
Chung	59 (64,8%)	32 (35,2%)	91 (100%)	
X $\pm$ SD	1,08 $\pm$ 0,12	1,11 $\pm$ 0,14	$t_{89}= -0,958$ $p=0,341$	

Nhận xét: tỉ lệ loãng xương cao nhất ở nhóm có nồng độ canxi ion hóa bình thường (52,7%), không có sự khác biệt về tỉ lệ loãng xương giữa các nhóm. Nồng độ canxi ion hóa trung bình của nhóm loãng xương (1,08 $\pm$ 0,12mmol/L) thấp hơn nhóm không loãng xương (1,11 $\pm$ 0,14mmol/L) không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình là 75,56 $\pm$ 9,51, tuổi lớn nhất là 96, nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 70-79 tuổi (34,0%). Nữ (57,1%) nhiều hơn nam (42,9%). Theo nhiều nghiên cứu, tuổi càng lớn, tỉ lệ loãng xương càng cao, đặc biệt là giới nữ [15].

4.2. Tình hình mắc bệnh loãng xương

Tỉ lệ loãng xương là 64,8%, cao hơn nghiên cứu của Bùi Đức Văn năm 2010 (21,53%) [6] nhưng thấp hơn nghiên cứu của Bùi Thị Hồng Phê năm 2008 (77,9%) [3]. Nguyên nhân khác biệt là do đối tượng nghiên cứu khác nhau về độ tuổi và các tiêu chuẩn chọn mẫu.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

4.3.1. Hình ảnh tổn thương cột sống thắt lưng trên phim Xquang thẳng nghiêng

Trong 59 đối tượng loãng xương, gai xương chiếm tỉ lệ cao nhất (94,9%). Các hình ảnh còn lại là xơ xương dưới sụn (62,7%), xẹp đốt sống (37,3%), hẹp khe khớp (30,5%), vẹo cột sống (16,9%), trượt đốt sống (10,2%). Gai xương, xơ xương dưới sụn, xẹp đốt sống có thể làm tăng mật độ xương giả tạo, gây giảm tỉ lệ loãng xương [2].

4.3.2. Nồng độ canxi ion hóa ở đối tượng nghiên cứu

Nồng độ canxi ion hóa bình thường có tỉ lệ loãng xương cao nhất (52,7%). Nồng độ canxi ion hóa trung bình nhóm loãng xương (1,08 $\pm$ 0,12mmol/L) thấp hơn nhóm không loãng xương (1,11 $\pm$ 0,14mmol/L), tương tự nghiên cứu của Cao Thanh Ngọc: nồng độ canxi toàn phần nhóm loãng xương thấp hơn nhóm không loãng xương [2]. Theo Tümay Sözen, nồng độ canxi trong máu thấp gây huy động canxi từ xương để duy trì nồng độ trong máu, dẫn đến giảm mật độ xương [15].

4.4. Một số yếu tố liên quan bệnh loãng xương ở đối tượng nghiên cứu

4.4.1. Liên quan giữa tuổi và bệnh loãng xương

Nhóm tuổi 80-89 có tỉ lệ loãng xương cao nhất (23,1%), tỉ lệ loãng xương giữa các nhóm tuổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê, khác với nghiên cứu của Bùi Đức Văn: tỉ lệ loãng

xương tăng dần theo tuổi có ý nghĩa thống kê [6]. Sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu khác là do cỡ mẫu nhỏ.

4.4.2. Liên quan giữa giới và bệnh loãng xương

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ loãng xương giữa hai giới (nữ 49,4%, nam 15,4%), tương tự nghiên cứu của Bùi Đức Văn: nữ 26,62%, nhiều hơn nam 14,15% có ý nghĩa thống kê [6]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, nữ có nguy cơ loãng xương cao gấp 11,48 lần nam (OR=11,480) do nữ có nhiều yếu tố nguy cơ như BMI thấp, sinh nhiều con, mãn kinh [3].

4.4.3. Liên quan giữa BMI và loãng xương

Nhóm BMI bình thường có tỉ lệ loãng xương cao nhất (28,6%), tỉ lệ loãng xương giữa các nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê, khác với y văn và nghiên cứu của Kofi Asomaning: BMI càng thấp, tỉ lệ loãng xương càng cao [11]. Tuy nhiên, có vài nghiên cứu kết luận tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi: nghiên cứu của Lưu Ngọc Giang ghi nhận không có mối liên quan giữa loãng xương và BMI [1]; nghiên cứu của Greco E.A cho kết quả BMI tương quan nghịch với mật độ xương cột sống thắt lưng [9]. Nhiều nghiên cứu ghi nhận, BMI càng cao, hấp thu vitamin D càng giảm, nồng độ testosterone và densitometry xương càng thấp, các yếu tố này đều gây giảm mật độ xương [8] [15].

4.4.4. Các yếu tố liên quan bệnh loãng xương

Lối sống tĩnh tại làm tăng nguy cơ loãng xương gấp 4,015 lần, uống glucocorticoid kéo dài ≥ 3 tháng với liều bất kỳ làm tăng nguy cơ loãng xương gấp 4,472 lần. Tỉ lệ loãng xương giữa nhóm phơi nhiễm và không phơi nhiễm các yếu tố hút thuốc lá, chế độ ăn bổ sung canxi-D, tăng huyết áp, đái tháo đường típ 2, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Cao Thanh Ngọc, Trần Vi Tuấn, Malay S. và Debby.D.U. Theo Cao Thanh Ngọc, hút thuốc lá không liên quan loãng xương, nhóm không loãng xương có hoạt động thể lực nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm loãng xương [2]. Theo Trần Vi Tuấn, 20,5% bệnh nhân nữ đái tháo đường típ 2 mắc loãng xương và không có mối liên quan giữa thói quen uống sữa với loãng xương [5]. Theo Malay S., có 16,9% bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính mắc loãng xương (nghiên cứu NHANES trên 14.828 đối tượng ≥ 45 tuổi) vì đối tượng này có nhiều yếu tố nguy cơ: lớn tuổi, hút thuốc lá, hoạt động thể lực kém, thiếu vitamin D, BMI thấp và sử dụng corticoid thường xuyên [13]. Theo Debby.D.U, 30% bệnh nhân sử dụng glucocorticoid >6 tháng bị loãng xương do ức chế tạo xương và kích thích hủy xương [7], cao hơn tỉ lệ của chúng tôi (25,3%) do thời gian uống glucocorticoid dài hơn. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Bùi Đức Văn, hút thuốc lá có tỉ lệ loãng xương (15,27%) cao hơn người không hút thuốc lá có ý nghĩa thống kê [6]; theo Lưu Ngọc Giang, không có mối liên quan giữa hoạt động thể lực và loãng xương [1]; theo Katarina Ilc, tăng huyết áp liên quan với giảm mật độ xương có ý nghĩa thống kê ($p=0,04$) do làm giảm hấp thu canxi tại ruột, tăng thải canxi qua nước tiểu, giảm nồng độ canxi trong máu, tăng huy động canxi từ xương [10]. Nguyên nhân của sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi với y văn và các nghiên cứu trước là do khác đối tượng nghiên cứu (tiêu chuẩn chọn mẫu hẹp, đối tượng lớn tuổi, mô hình bệnh tật tại quần thể chọn mẫu khác các nghiên cứu trước) và cỡ mẫu nhỏ.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 91 đối tượng, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau:

1. Tỉ lệ loãng xương là 64,8%. Tồn thương cột sống thắt lưng trên Xquang ở bệnh nhân loãng xương: gai xương chiếm đa số (94,9%). Nồng độ canxi ion hóa trung bình của nhóm loãng xương là $1,08 \pm 0,12 \text{ mmol/L}$.

2. Một số yếu tố liên quan: các yếu tố làm tăng nguy cơ loãng xương: giới nữ (OR=11,480), lối sống tĩnh tại (OR=4,015) và uống glucocorticoid kéo dài ≥ 3 tháng với liều bất kỳ (OR=4,472). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ loãng xương giữa các nhóm tuổi, BMI, có và không hút thuốc lá, có và không bổ sung canxi-D, có và không có các bệnh đồng mắc: tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và đái tháo đường típ 2.

3. Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi nêu lên một số kiến nghị sau:

- Chú trọng tầm soát bệnh loãng xương ở bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, điều trị nội trú tại bệnh viện, nhất là các bệnh nhân có kèm các yếu tố nguy cơ, để có chiến lược điều trị tốt hơn, giúp nâng cao chất lượng cuộc sống và giảm tỉ lệ tử vong do biến chứng gãy xương thứ phát.

- Tiếp tục nghiên cứu trên qui mô lớn hơn, kết hợp nghiên cứu phân tích yếu tố liên quan để làm sáng tỏ hơn vai trò của các yếu tố nguy cơ, nghiên cứu can thiệp đánh giá kết quả điều trị để ứng dụng kết quả nghiên cứu trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lưu Ngọc Giang (2019), “Nghiên cứu mật độ xương, kháng insulin và các yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ trên 45 tuổi thừa cân, béo phì”, Luận án Tiến sĩ Y học, trường Đại học Y Dược Huế.
2. Cao Thanh Ngọc (2018), “Nghiên cứu nồng độ hormone sinh dục và một số dấu ấn sinh học chu chuyển xương ở bệnh nhân nam loãng xương”, Luận án Tiến sĩ Y học, trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.
3. Bùi Thị Hồng Phê (2008), “Tần suất và yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh loãng xương của bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang”, *Báo cáo nghiên cứu khoa học bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2008*.
4. Nguyễn Văn Tuấn (2018), “Loãng xương - bệnh lý cần được quan tâm đúng mức”, *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam*, số 4, tr. 45-47.
5. Trần Vi Tuấn, Nguyễn Trung Kiên, Nguyễn Tấn Đạt (2014), “Tình hình loãng xương và các yếu tố liên quan đến loãng xương ở bệnh nhân nữ đái tháo đường týp 2 tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ”, *Tạp chí Y học thực hành*, 914(4), tr. 12-15.
6. Bùi Đức Văn (2010), “Tỷ lệ bệnh loãng xương và các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân ≥ 50 tuổi tại khoa Nội BVĐKKV Cái Nước - Cà Mau”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 14(2), tr. 418-423.
7. Debby den Uyl, Irene E. M. Bultink, Willem F. Lems (2011), “Advances in Glucocorticoid-Induced Osteoporosis”, *Curr Rheumatol Rep*, 13, pp. 233-240.
8. El Maataoui Aissam, Benghabrite Asmae, El Maghraoui Abdellah (2015), “Relationship between sex hormone levels, bone mineral density and bone turnover markers in healthy moroccan men: a cross-sectional study”, *Pan African Medical Journal*, 22(1), pp. 1-8.
9. Greco E.A., Fornari R., Rossi F., et al (2010), “Is obesity protective for osteoporosis? Evaluation of bone mineral density in individuals with high body mass index”, *Int J Clin Pract*, 64(6), pp. 817-820.
10. Katarina Ilic, Nevena Obradovic, Nada Vujasinovic-Stupar (2013), “The Relationship Among Hypertension, Antihypertensive Medications, and Osteoporosis: A Narrative Review”, *Calcif Tissue Int*, 92, pp. 217-227.
11. Kofi Asomaning et al (2006), “The association between body mass index and osteoporosis in patients referred for a bone mineral density examination”, *J Women's Health (Larchmt)*, 15(9), pp. 1028-1034.
12. Lim J.U., Lee J. H., Kim J. S., et al (2017), “Comparison of World Health Organization and Asia-Pacific body mass index classifications in COPD patients”, *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 12, pp. 2465-2475.
13. Malay Sarkar, Rajeev Bhardwaj, Irappa Madabhavi and Jasmin Khatana (2015), “Osteoporosis in Chronic obstructive pulmonary disease”, *Clinical Medicine Insights: Circulatory, Respiratory and Pulmonary Medicine*, 9, pp. 5-21.
14. Park K. Y. et al (2017), “Modifiable lifestyle factors associated with osteoporosis in Korean men: a case-control study”, *Arch Osteoporos*, 12(1), pp. 56.
15. Tümay Sözen, Lale Özışık, Nursel Çalık Başaran (2017), “An overview and management of osteoporosis”, *European Journal Rheumatology*, 4, pp. 46-56.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH BỆNH NHÂN TỰ TỬ VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2020

Trần Văn Lờ, Chung Trần Phan
Lương Thị Ngọc Bích, Tạ Hoàng Thanh Phụng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ bệnh nhân tự tử và đánh giá kết quả điều trị tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân tự tử nhập vào Khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01/2020 đến 08/2020. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $30,3 \pm 14,4$ tuổi; Trầm cảm tự tử 36,5%; rối loạn tâm thần là 22,97%; không có tiền sử bệnh cũng tự tử có tỷ lệ cao 21,62%; Mâu thuẫn gây ra hành vi tự tử cao nhất là mâu thuẫn giữa cha mẹ và con cái chiếm 36,49%, kế đến là mâu thuẫn vợ chồng 29,73%, cách tự tử uống thuốc 90,54%; trong đó thuốc tân dược chiếm 50,75%; kế đến là thuốc trừ sâu 26,85%, thuốc diệt cỏ 14,93 trong đó có 2 trường hợp (chiếm 2,99%) tự tử bằng paraquat; đa số được rửa dạ dày tuyến trước là 75,68%. Thời gian từ khi bệnh nhân tự tử đến khi bệnh nhân được đưa tới bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang trung bình là $7,3 \pm 5,4$ giờ, tỷ lệ bệnh nhân nặng cần thở máy chiếm 4,05%, cần lọc máu 1,35%. Kết quả khỏi bệnh và ra viện 66,2%; không có bệnh nhân nào tử vong nội viện.

Kết luận: Bệnh nhân tự tử có nhóm tuổi thanh niên đến trung niên, đặc biệt tập trung ở các đối tượng có bệnh trầm cảm và rối loạn tâm thần.

Từ khóa: Tình hình tự tử, tự tử

ABSTRACT

SURVEILLANCE ON THE SITUATION OF PATIENTS WHO COMMIT SUICIDE AND ASSESSMENT OF TREATMENT RESULT IN AN GIANG CENTRAL HOSPITAL IN 2020

Objectives: Survey of patients who committed suicide and assess the treatment result at An Giang Central General Hospital 2020.

Subjects and methods: All suicidal patients entered the Emergency Department of An Giang Central General Hospital from January 2020 to August 2020. Cross-sectional study.

Results: Average age of patients is 30.3 ± 14.4 years; About the cause of suicide, suicide due to depression is 36.5%; mental disorders is 22.97%; without a history of mental illness, the rate of suicide was high with the rate 21.62% western medicine. Most of patients had previous gastric lavage (75.68%). The hospitalized time patients taken to An Giang Central General Hospital was 7.3 ± 5.4 hours, the rate of severe patients need mechanical ventilation is 4.03% and 1.33% need hemodialysis. Results of cure and discharge 66.2%; No patient died in hospital.

Conclusion: Suicidal patients have a young to middle-aged age group, with particular happen in those with depression and mental disorders.

Key words: death penalty situation, suicidal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

- Tự tử là hành động của một người cố ý gây ra cái chết cho chính mình. Hiện nay, tình trạng tự tử có xu hướng gia tăng. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới, mỗi năm có hơn 800.000 người tử vong do tự tử, chiếm 1,5% tổng số ca tử vong [6] [10]. Tự tử đứng thứ 10 nguyên nhân tử vong hàng đầu ở Bắc Mỹ và nguyên nhân tử vong hàng đầu trên toàn thế giới ở những người từ 15 đến 24 tuổi [9]. Còn ở Việt Nam theo thống kê mỗi năm có từ 36.000- 40.000 người tự tử và là nguyên nhân thứ 2 gây tử vong sau tai nạn giao thông [2]. Nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tự tử là trầm cảm. Bệnh nhân bị thôi thúc bởi tiếng nói trong đầu sẽ tự kết liễu hoặc làm hại người khác. Mặc khác người có mắc một chứng bệnh nan y mà không có hy vọng sống sót cũng có hành vi tự sát.

- Ngoài ra, một số yếu tố khác có thể dẫn đến nguy cơ tự tử như: trải qua một biến cố lớn gây sốc; tiền sử có người bị rối loạn tâm thần, lạm dụng thuốc hoặc từng tự tử; bạo lực gia đình, bị

lạm dụng về thể xác hoặc tinh thần; bị giam cầm, cô lập; tiếp xúc với hành vi tự tử của người khác hoặc từng tự tử nhưng không thành [3].

- Trong các năm gần đây thì vẫn còn một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân tự tử nhập Khoa Cấp Cứu Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang. Nhằm giảm bớt gánh nặng cho gia đình và xã hội và có thể phòng ngừa được hành vi tự tử. Nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này **“Khảo sát tình hình bệnh nhân tự tử và đánh giá kết quả điều trị tại bệnh viện đa khoa trung tâm an giang năm 2020”** với các mục tiêu sau:

Mục tiêu cụ thể:

1. Mô tả một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.
2. Khảo sát tỷ lệ bệnh nhân tự tử và đánh giá kết quả điều trị tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn: Tất cả trường hợp bệnh nhân có hành vi tự tử nhập Cấp Cứu Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang từ tháng 01/2020 – 08/2020.

Tiêu chuẩn loại: Các bệnh nhân không có hành vi tự ý tự tử như: ngộ độc, bị người khác cố ý đầu độc và người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Chúng tôi lấy mẫu thuận tiện.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Các thông tin cần thu thập: Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án như: tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tiền sử bệnh, các vấn đề dẫn đến hành vi tự tử, thời gian từ khi tự tử đến lúc nhập viện, phương pháp xử trí của tuyến trước, phương thức tự tử, động cơ gây ra, loại thuốc gây tự tử, thời gian điều trị, phương pháp điều trị, kết quả điều trị.

Nội dung phân tích:

Thông tin chung về mẫu nghiên cứu

Khảo sát tỷ lệ bệnh nhân tự tử và đánh giá kết quả điều trị.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý và phân tích số liệu thống kê bằng phần mềm Stata 12.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng được mô tả bằng số trung bình và độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn), trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu phân phối không chuẩn). Giá trị p được xem là có ý nghĩa thống kê ở mức <0,05.

III. KẾT QUẢ

Qua khảo sát tình hình bệnh nhân tự tử và đánh giá kết quả điều trị tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2020 trên 74 bệnh nhân chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

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

Biến số	Chỉ số	Tần số	Tỷ lệ %
Giới	Nam	33	44,6%
	Nữ	41	55,4%
	Tổng	74	100%

Nhận xét: Nam chiếm 44,6% ; Nữ chiếm 55,4%

Bảng 3.2. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Tổng [n =74(%)]	Nam [n =33(%)]	Nữ [n =41(%)]	P
<40 tuổi	53(71,6%)	25(75,7%)	28(68,3%)	$\chi^2 = 1,007$ $p = 0,60$
40 – 49 tuổi	11(14,8%)	5(15,2%)	6(14,6%)	
>50 tuổi	10(13,6%)	3(9,1%)	7(17,1%)	
$\bar{X} \pm SD$	30,3 $\pm$ 14,4	34,1 $\pm$ 13,8	32,6 $\pm$ 14,8	
Min – Max	15 – 77	17 – 77	15 – 64	

Nhận xét: tuổi trung bình của bệnh nhân là 30,3 $\pm$ 14,4 tuổi; nhỏ nhất là 15 tuổi, lớn nhất là 77 tuổi. Nhóm tuổi dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả Nam và Nữ, sự khác biệt về nhóm tuổi của 2 giới không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Bảng 3.3. Đặc điểm về trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Trình độ học vấn	Tần số	Tỷ lệ %
Mù chữ	6	8,1
Tiểu học	17	22,9
Trung học cơ sở	22	29,7
Trung học phổ thông	22	29,7
Đại học	7	9,6
Tổng	74	100

Nhận xét: Trong 74 bệnh nhân nghiên cứu thì thấy người có học vấn trung học cơ sở tới trung học phổ thông tự tử có tỷ lệ cao nhất 29,7%; còn nhóm người có trình độ đại học và mù chữ có tỷ lệ thấp nhất dưới 10%.

Bảng 3.4. Đặc điểm về nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Nghề nghiệp	Tần số	Tỷ lệ %
Không nghề	9	12,16
Nông dân	15	20,27
Công nhân	15	20,27
Nội trợ	16	21,62
Học sinh – sinh viên	7	9,46
Buôn bán	4	5,41
Khác	8	10,81
Tổng	74	100

Nhận xét: nông dân, công nhân, nội trợ là có tỷ lệ cao nhất; còn lại có nghề buôn bán thì chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,41%.

Bảng 3.5. Đặc điểm về tiền sử bệnh mạn tính của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử	Tần số	Tỷ lệ %
Rối loạn tâm thần	17	22,97
Trầm cảm	27	36,49
Ung thư	1	1,35
HIV	3	4,05
Nội khoa khác	10	13,51
Không có	16	21,62
Tổng	74	100

Nhận xét: Trầm cảm có tỷ lệ cao nhất 36,5%; rối loạn tâm thần là 22,97%; đặc biệt là nhóm người không có tiền sử bệnh cũng tự tử có tỷ lệ cao 21,62%; nhóm người bị ung thư là 1,35%.

Bảng 3.6. Đặc điểm về cách thức tự tử của đối tượng nghiên cứu

Cách thức tự tử	Tần số	Tỷ lệ %
Uống thuốc	67	90,54
Cắt mạch máu	5	6,76
Treo cổ	1	1,35
Tự thiêu	1	1,35
Tổng	74	100

Nhận xét: cách tự tử uống thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất 90,54%; tiếp theo là cắt mạch máu 6,76%; đặc biệt trong nhóm nghiên cứu có 1 bệnh nhân treo cổ và 1 bệnh nhân tự thiêu.

Bảng 3.7. Đặc điểm về lý do dẫn đến hành vi tự tử của đối tượng nghiên cứu

Vấn đề liên quan	Tần số	Tỷ lệ %
Tiền bạc	4	5,41
Tình cảm	4	5,41
Bệnh tật	51	68,92
Áp lực	10	13,51
Khác	5	6,76
Tổng	74	100

Nhận xét: bệnh tật dẫn đến tự tử chiếm tỷ lệ cao nhất 68,92%; còn vấn đề tiền bạc và tình cảm thì tương đương nhau 5,41%; áp lực chiếm tỷ lệ 13,51%.

Bảng 3.8: Tỷ lệ các quan hệ gây ra tự tử

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Vợ chồng	22	29,73
Tình yêu nam nữ	4	5,41
Cha mẹ với con cái	27	36,49
Anh em	6	8,11
Bạn bè	2	2,70
Khác	13	17,57
Tổng cộng	74	100,0

Nhận xét: Mâu thuẫn giữa cha mẹ và con cái là nguyên nhân dẫn đến hành vi tự tử cao nhất (chiếm 36,49%), kế đến là mâu thuẫn vợ chồng 29,73%, thấp nhất là do quan hệ bạn bè 2,70%

Bảng 3.9. Đặc điểm về các loại thuốc tự tử của đối tượng nghiên cứu

Loại thuốc tự tử		Tần số	Tỷ lệ %
Thuốc trừ sâu		18	26,85
Thuốc tân dược		34	50,75
Thuốc diệt cỏ	Paraquat	2	2,99
	Thuốc khác	8	11,94
Thuốc diệt chuột		3	4,48
Khác		2	2,99
Tổng		67	100

Nhận xét: Bệnh nhân tự tử bằng thuốc tân dược chiếm tỉ lệ cao 50,75%, kế đến là thuốc trừ sâu 26,85%, thuốc diệt cỏ 14,93 trong đó có 2 trường hợp (chiếm 2,99%) tự tử bằng paraquat.

Bảng 3.10. Đặc điểm về rửa dạ dày tuyến trước của đối tượng nghiên cứu

Rửa dạ dày tuyến trước	Tần số	Tỷ lệ %
Có	53	79,1
Không	14	20,9
Tổng	67	100

Nhận xét: Trong 74 bệnh nhân tự tử thì có 63 bệnh nhân có hành vi uống thuốc, bảng này tính chung tỷ lệ không có rửa dạ dày của tuyến trước là 24,32% còn lại là có rửa dạ dày là 75,68%.

Bảng 3.11. Đặc điểm về thời gian từ khi tự tử đến khi nhập khoa cấp cứu

Thời gian (giờ)	Chung (n =74)	Nam (n =33)	Nữ (n =41)
$\bar{X} \pm SD$	7,3 $\pm$ 5,4	7,1 $\pm$ 4,9	7,4 $\pm$ 5,7
Min – Max	1 – 19	1 – 18	1 – 19

Nhận xét: thời gian từ khi bệnh nhân tự tử đến khi bệnh nhân được đưa tới bệnh viện trung bình là 7,3 $\pm$ 5,4 giờ, nhanh nhất là 1 giờ bệnh nhân được đưa tới bệnh viện, chậm nhất là 19 giờ. Và giữa nam và nữ không khác biệt nhau giờ nhập viện.

Bảng 3.12. Đặc điểm về phương pháp điều trị

Phương pháp	Tần số	Tỷ lệ %
Thở máy	3	4,05%
Lọc máu	1	1,35%

Nhận xét: Số bệnh nhân nặng suy hô hấp cần thở máy chiếm 4,05%, cần lọc máu chiếm tỉ lệ 1,35%

Bảng 3.13. Đặc điểm về thời gian nằm viện

Thời gian (giờ)	Chung (n =74)	Nam (n =33)	Nữ (n =41)

$\bar{X} \pm SD$	8,1 $\pm$ 3,6	8,06 $\pm$ 3,5	8,17 $\pm$ 3,7
Min – Max	2 – 21	3 – 21	2 – 21

Nhận xét: thời gian nằm viện trung bình là 8,1 $\pm$ 3,6 ngày; thấp nhất là 2 ngày và nằm lâu nhất là 21 ngày; không khác biệt giữa thời gian nằm viện của giới nam và nữ.

Bảng 3.14. Đặc điểm về kết quả điều trị

Kết quả	Tần số	Tỷ lệ %
Khỏi, ra viện	49	66,22
Chuyển viện	4	8,11
Từ chối điều trị	13	17,57
Nặng xin về	6	8,11
Tử vong	0	0
Tổng	74	100

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân khỏi bệnh và ra viện 66,2%; từ chối điều trị là 17,57%(gồm bệnh nhân xin về chưa ổn hoặc bỏ trốn viện), nặng xin về tỷ lệ 8,1%, còn lại là chuyển viện 8,1%, và không có trường hợp nào tử vong nội viện.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ giới có hành vi tự tử cao hơn nam giới, điều này có phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Anh Tuấn [4]. Tuy nhiên tỉ lệ nữ không chênh lệch nhiều so với tỉ lệ nam (Nam 44,6% ; Nữ chiếm 55,4%). Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43%) ở lứa tuổi <40 ở cả nam và nữ. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 30,3 $\pm$ 14,4 tuổi , phù hợp với nghiên cứu của tác giả Naghavi M và Cộng sự là nhóm những người từ 15 đến 24 tuổi [10]. Theo Bùi Quang Huy 2017 “Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ và lâm sàng hành vi tự sát ở bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa tâm thần, bệnh viện 103” thì ghi nhận nhóm tuổi 21 – 30 chiếm tỷ lệ cao nhất 33,3% [3].

Trong nghiên cứu chúng tôi cũng ghi nhận về trình độ học vấn của bệnh nhân tự tử có trình độ văn hoá có học vấn trung học sơ sở tới trung học phổ thông tự tử có tỷ lệ cao nhất 29,7%; còn nhóm người có trình độ đại học và mù chữ có tỷ lệ thấp nhất dưới 10%. Điều này có thể lý giải với 2 lý do: Một là với trình độ văn hoá cao người ta sẽ phân tích được nguyên nhân mâu thuẫn thấy được hậu quả của việc tự tử để không giải quyết mâu thuẫn bằng con đường này. Hai là dân số mẫu nghiên cứu có mặt bằng văn hóa thấp (mù chữ) và cao (sau đại học) thì ít nên tỷ lệ người tự tử có trình độ này cũng thấp, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Anh Tuấn [4] là trung học cơ sở chiếm tỉ lệ cao nhất (47%), tiếp theo là trình độ trung học phổ thông (30%).

Chúng tôi cũng ghi nhận là nghề nghiệp Nông dân, công nhân, nội trợ là có tỷ lệ tự tử cao hơn các nghề khác trong xã hội, có thể lý giải rằng nông dân tiếp xúc thuốc nông nghiệp nhiều nhất và trình độ thấp, tiếp thu thông tin truyền thông chậm nên luôn suy nghĩ vào đường cùng là tự kết liễu cuộc đời mình. Phù hợp với nghiên cứu của Phạm Anh Tuấn [4] là công nhân chiếm tỉ lệ cao nhất (19,0%) còn về Tiền sử bệnh mạn tính trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân tự tử có tiền sử mắc bệnh trầm cảm có tỷ lệ cao nhất 36,5%; rối loạn tâm thần là 22,97%; đặc biệt là nhóm người không có tiền sử bệnh cũng tự tử có tỷ lệ cao 21,62%; nhóm người bị ung thư là 1,35%. Số liệu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Naghavi M và Cộng sự [10] [4]. Các yếu tố cá nhân, đặc biệt là rối loạn tâm thần, có tác dụng mạnh nhất đối với việc tự sát trong cuộc sống của người bệnh. Trầm cảm, lưỡng cực rối loạn, rối loạn phổ biến nhất, tâm thần phân liệt, rối loạn thần kinh do sử dụng chất kích thích, động kinh, và chấn thương chấn thương não, mỗi loại sẽ tăng tỷ lệ tự tử bởi một hệ số khác nhau.

Cách thức và nguyên nhân: tự tử bằng cách uống thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất 90,54%; tiếp theo là cắt mạch máu 10,81%; đặc biệt trong nhóm nghiên cứu có 1 bệnh nhân treo cổ và 1 bệnh nhân tự thêu. Nguyên nhân tự tử bệnh tật dẫn đến tự tử chủ yếu là nhóm bệnh trầm cảm và có bệnh tâm thần chiếm tỷ lệ cao nhất 68,92%; còn vấn đề tiền bạc và tình cảm thì tương đương nhau 5,41%; áp lực chiếm tỷ lệ 13,5%. Vấn đề về tình cảm và tiền bạc trong nghiên cứu của chúng tôi rất thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Kim Chung 2016 [1] thì những yếu tố thúc thì những yếu tố thúc đẩy tự tử là xung đột vợ chồng 33,04%, cha mẹ la rầy ở thiếu niên 9,8. Khai thác được 8,93% có yếu tố rối loạn tâm thần, tỉ lệ dùng rượu ở người TT

chiếm 43,57%. Có thể do vấn đề về tình cảm và tiền bạc khác nhau là do ở mọi hoàn cảnh và đặc thù địa phương khác nhau. Theo Diego De La Vega và Cộng sự [8] thì rối loạn lo âu những phát hiện gần đây làm tăng nguy cơ tự tử. Cụ thể, 16% bệnh nhân mắc chứng rối loạn lo âu xã hội đã báo cáo ý định tự tử trong tháng trước, và 18% trong số họ có tiền sử từng cố gắng tự tử. Tương tự, ở những bệnh nhân rối loạn hoảng sợ, có ý định tự tử dao động từ 17 đến 32%, và 33% trong số họ có tiền sử từng cố gắng tự tử. Rối loạn căng thẳng sau chấn thương là có liên quan tích cực đến ý tưởng tự sát và ở những bệnh nhân mắc chứng rối loạn ám ảnh cưỡng chế, tỷ lệ có ý tưởng tự tử dao động từ 10 đến 53%.

Có 2 mâu thuẫn chính liên quan đến tự tử đó là: quan hệ giữa cha mẹ và con cái chiếm tỉ lệ cao nhất 36,49%, kế đến là quan hệ vợ chồng 29,73%. Còn về phương thức tự tử trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân tự tử bệnh nhân tự tử thuốc tân dược chiếm tỉ lệ cao nhất 50,75%; kế đến là thuốc trừ sâu 26,85%; và uống thuốc diệt chuột chiếm tỷ lệ là 4,48%, tự tử bằng paraquat chiếm tỷ lệ 2,99%. Thuốc diệt cỏ paraquat rất độc, không có phương pháp điều trị đặc hiệu chỉ điều trị triệu chứng, tỷ lệ tử vong hơn 90% dù đến bệnh viện sớm đa số chuyển tuyến trên và đặc thù ở An Giang là vùng trồng lúa, trồng rẫy là trọng điểm của Đồng Bằng Sông Cửu Long, nên tỉ lệ tự tử do sử dụng thuốc trừ sâu vẫn còn cao. Với các số liệu trên một lần nữa báo động cho chúng ta cần có biện pháp quản lý chặt chẽ các loại thuốc này hiện lưu hành rộng rãi trên thị trường để có thể hạn chế tình trạng tự tử với các loại thuốc trừ sâu, rẫy và quan trọng nhất vẫn là thuốc diệt cỏ có hoá chất là Paraquat. So với với tác giả Trần Thị Kim Chung 2016 [1] thì phương thức TT đa số là hóa chất dùng trong nông nghiệp: 48,8 % là thuốc trừ sâu nhóm phospho hữu cơ.

Trong 74 bệnh nhân tự tử trong nhóm nghiên cứu thì có 67 bệnh nhân có hành vi uống thuốc, bảng này tính chung tỷ lệ không rửa dạ dày của tuyến trước là 20,9% còn lại là có rửa dạ dày là 79,1%. Đây là vấn đề cần trao đổi thêm với các tuyến cơ sở ở tuyến trước vì tỷ lệ bệnh nhân không được rửa dạ dày ở tuyến trước chiếm tỉ lệ cao. Thời gian từ khi bệnh nhân tự tử đến khi bệnh nhân được đưa tới bệnh viện trung bình là $7,3 \pm 5,4$ giờ, nhanh nhất là 1 giờ bệnh nhân được đưa tới bệnh viện, chậm nhất là 19 giờ. Và giữa nam và nữ không khác biệt nhau giờ nhập viện. Số bệnh nhân nhập viện sau 6 giờ ngộ độc chiếm tỷ lệ cao. Với số liệu này cũng cần lưu ý tổ chức tuyên truyền cho người dân ý thức được việc cần phải nhập viện sớm hơn trong các trường hợp ngộ độc vì thời gian nhập viện càng sớm việc cấp cứu sẽ càng có hiệu quả.

Đặc điểm về phương pháp điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi: tỉ lệ thở máy trong nhóm nghiên cứu là 4,05%; tỉ lệ bệnh nhân cần lọc máu chiếm 1,35%. Chứng tỏ mức độ nặng bệnh khá nhiều đồng nghĩa với hành vi cố ý của người bệnh. Các phát hiện chính của người nhà bệnh nhân nhấn mạnh sự cần thiết phải tích hợp các yếu tố căng thẳng như cảm giác mất kết nối xã hội, suy giảm nhận thức thần kinh hoặc ra quyết định, cũng như các bệnh thể chất mãn tính và khuyết tật trong các mô hình tự tử và trong các chương trình phòng chống tự tử ở người lớn tuổi. Hơn nữa, mô hình chăm sóc bệnh mạn tính cần được điều chỉnh để điều trị cho người cao tuổi mắc bệnh lâu dài nhằm cải thiện việc điều trị các rối loạn trầm cảm và ngăn ngừa các ý nghĩ và hành vi tự sát. Ngoài cảm giác nhận hỗ trợ xã hội kém và hòa nhập xã hội, cái chết của người thân là một sự kiện căng thẳng cao và là một yếu tố nguy cơ tự tử. Theo tác giả Ismael Conejero và cộng sự 2018 [7] đã báo cáo “*Tình hình tự tử của người lớn*” tại Mỹ thì nguy cơ tự tử cao nhất trong 6 tháng sau khi mất một người thân. Tỷ lệ tự tử cao nhất được tìm thấy ở những người từ 45 tuổi trở lên đã mất bạn đời trong tháng trước. Ở nhóm 45-64 tuổi, tỷ số chênh lệch lần lượt là 4,33 (95% CI = 1,24–15,21) và 3,46 (95% CI = 1,77–6,76) ở nhóm 65 tuổi trở lên. Đặc điểm về kết quả điều trị của chúng tôi thì tỷ lệ bệnh nhân khỏi bệnh và ra viện 66,2%; từ chối điều trị là 17,57% (gồm bệnh nhân xin về chưa ổn hoặc bỏ trốn viện), nặng xin về 8,1%, còn lại là chuyển viện 8,1%. Tỷ lệ điều trị khỏi, phục hồi ra viện trong nghiên cứu chúng tôi tương đương với tác giả Phạm Anh Tuấn [4] là phục hồi hoàn toàn là 67, bệnh nặng xin về tương đối cao 8,1% trong nhóm nghiên cứu 74(100%) bệnh nhân. Đây là vấn đề chúng tôi rất quan tâm và mong muốn được truyền tải thông tin đến người dân cũng như cộng đồng, cũng là gánh nặng về kinh tế, tinh thần, thể chất cho bệnh nhân toàn tỉnh An Giang. Theo Các nghiên cứu của Seena Fazel, M.D, and Bo Runeson, M.D., Ph.D. (2020) [9] về Phương pháp

điều trị tâm lý để tự tử và chủ yếu phòng ngừa giải quyết cách tự tử ý tưởng và suy nghĩ phát triển và chuyển đổi của họ lên kế hoạch tự làm hại bản thân; cách khác, họ có tập trung vào các trạng thái tinh thần liên quan đến tự tử, chẳng hạn như các triệu chứng trầm cảm và lo lắng. Một phân tích tổng hợp bao gồm nhiều tâm lý khác nhau điều trị cho thấy rằng vào cuối thời gian điều trị, các can thiệp trực tiếp giải quyết ý nghĩ và hành vi tự sát và cung cấp các chiến lược để đối phó với chúng đã kết quả tốt hơn điều trị lo âu và trầm cảm, nhưng những khác biệt này chỉ giảm bớt sau 1 năm. Còn về kết quả điều trị tác giả cho rằng là để đối phó trong thời gian hiện tại chứ không nói lên được kế hoạch phòng ngừa người có hành vi tự tử.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $30,3 \pm 14,4$ tuổi, trình độ trung học sơ sở tới trung học phổ thông tự tử có tỷ lệ tương đương nhau và cao nhất là 29,7%; và nghề nghiệp đa số nông dân, công nhân, nội trợ. Trầm cảm tự tử có tỷ lệ cao nhất 36,5%; rối loạn tâm thần là 22,97%; đặc biệt là nhóm người không có tiền sử bệnh cũng tự tử có tỷ lệ cao 21,62%; cách tự tử uống thuốc 90,54%; bệnh tật dẫn đến tự tử 68,92%; áp lực tự tử 13,51%. Bệnh nhân tự tử thuốc tân được chiếm tỉ lệ cao nhất 50,75%; kế đến là thuốc trừ sâu 26,85%; đa số bệnh nhân có nhập viện và được rửa dạ dày tuyến trước là 79,1%. Thời gian từ khi bệnh nhân tự tử đến khi bệnh nhân được đưa tới bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang trung bình là $7,3 \pm 5,4$ giờ, bệnh nhân phải hỗ trợ thở máy chiếm tỷ lệ 4,05%; chỉ có 1 bệnh nhân có chỉ định lọc máu. Tỷ lệ bệnh nhân khỏi bệnh và ra viện 66,2%; không có bệnh nhân nào tử vong nội viện.

VI. KIẾN NGHỊ

- Giáo dục nhân cách sống lành mạnh với vai trò của học đường và gia đình.
- Quản lý thuốc diệt cỏ, thuốc trừ sâu phosphor hữu cơ có độc tính cao, nhất là thuốc Paraquat.
- Phát hiện, quản lý và điều trị các rối loạn tâm thần có ý định và toan tính TT.
- Nâng cao nhận thức của gia đình, cộng đồng và xã hội về những vấn đề về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội tiềm tàng có khả năng dẫn tới tự tử, thay vì chỉ tập trung vào các vấn đề rối loạn tâm thần nặng.
- Theo dõi, giám sát, điều trị tâm lý những người đã từng tự tử, để tránh tái tự tử.
- Đào tạo, tài liệu tham khảo cho các trung tâm tuyến huyện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Kim Chung (2016), “*Tình hình tự tử nhập viện tại khoa hồi sức tích cực – chống độc Bệnh viện tỉnh Gia Lai: yếu tố xã hội tâm thần và phương thức tự tử*”. Tạp chí Y học. TP. Hồ Chí Minh PB - tập 20 số 6.
2. Nguyễn Khắc Dũng (2015), “*Thông tin về sức khỏe tâm thần cộng đồng*”. Sở Y Tế Hà Nội.
3. Bùi Quang Huy (2017), “*Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ và lâm sàng hành vi tự sát ở bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa tâm thần, bệnh viện 103*” Tạp chí Y học Thực Hành - tập 13 số 2.
4. Phạm Anh Tuấn (2008), “*Khảo sát tình hình bệnh nhân có hành vi tự tử điều trị tại Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương 2007-2008*”. Tạp chí Y học. TP. Hồ Chí Minh PB - tập 16.
5. Nguyễn Văn Tường, Trần Thị Thanh Hương (2002), “*Chiến lược phòng chống hành vi tự tử*”. Tạp Chí Y học Việt Nam – tập 19 – số 3.
6. WHO (2007), “*Preventing suicide: a resource for prison officers*”. IAPS International Association for Suicide Prevention. ISBN 9789241595506.
7. Ismael Conejero, emilie Olié, Philippe Courtet, Raffaella Calati (2018), “*Suicide in older adults: current perspectives*”, Clinical Interventions in Aging 2018;13 691–699.
8. Diego De La Vega1 & Lucas Giner2 & Philippe Courtet, “*Suicidality in Subjects With Anxiety or Obsessive-Compulsive and Related Disorders*”: Recent Advances, *Current Psychiatry Reports* (2018)
9. Seena Fazel, M.D., and Bo Runeson, M.D., Ph.D. (2020) “*Suicide*” N Engl J Med; 382:266-74.
10. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. BMJ 2019;364: 194.

KHẢO SÁT TUỔI ĐỘNG MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

Nguyễn Thiện Tuấn, Mai Thanh Bình
Bùi Thị Hồng Phê, Lê Phi Thanh Quyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá *tuổi động mạch* theo thang điểm Framingham so với *tuổi thực* và xác định một số yếu tố tương quan với *tuổi động mạch* trên bệnh nhân THA

Đối tượng: Bệnh nhân THA đang điều trị ngoại trú tại các phòng khám Lão khoa và Tim mạch-KKB-Bệnh viện ĐKTT An Giang từ tháng 2 - 7/2020

Phương pháp: Cắt ngang mô tả.

Kết quả: 300 NB tăng huyết áp, tỉ lệ nữ (50,3%); nam (49,7%) với tuổi thực $62,2 \pm 9,9$; tuổi động mạch $72,9 \pm 10,0$; mức độ lão hóa chung $10,6 \pm 8,3$. Trong hồi qui đơn biến, Tuổi động mạch tương quan thuận với tuổi thực ($R=0,66$; $p=0,000$), và tương quan nghịch với eGFR ($R=0,125$; $p=0,03$), BMI ($R=0,28$; $p=0,000$), không tương quan với nồng độ acid uric máu ($R=0,025$; $p=0,67$). Trong hồi qui đa biến, chỉ có tuổi thực tương quan thuận với tuổi động mạch theo thang điểm Framingham ($R=0,67$; $p=0,00$).

Kết luận: Trên bệnh nhân tăng huyết áp, tuổi động mạch được tính theo thang điểm Framingham tương quan thuận với tuổi thực (hồi qui đa biến), điều này cho thấy tuổi thực càng cao thì càng có nhiều nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa. Tuổi động mạch là yếu tố cần đề cập khi thăm khám người bệnh tăng huyết áp giúp chúng ta xem xét sự lão hóa động mạch sớm

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the age of the arteries on the Framingham scale compared to the real age and determine a number of factors correlating with arterial age in hypertensive patients

Subjects: Hypertensive patients are receiving outpatient treatment at the Geriatrics and Cardiovascular Clinic of Departement of Ambulatory Care Services, An Giang General Hospital from February to July 2020

Method: cross-sectional description.

Results: 300 people have hypertension, the rate of women (50.3%); male (49.7%) with real age 62.2 ± 9.9 ; arterial age 72.9 ± 10.0 ; general aging degree 10.6 ± 8.3 . The univariate regression, artery age was positively correlated with real age ($R = 0.66$; $p = 0.000$), and inversely correlated with eGFR ($R = 0.125$; $p = 0.03$), BMI ($R = 0.28$; $p = 0.000$), does not correlate with blood uric acid concentration ($R = 0.025$; $p = 0.67$). The multivariate regression, only the real age positively correlated with the artery age calculated on the Framingham scale ($R=0.67$; $p=0.00$)

Conclusion: In patients with hypertension, the artery age calculated on the Framingham scale positively correlated with the real age (multivariate regression) shows that the higher the real age, the greater the risk of atherosclerotic cardiovascular disease. Arterial age is a factor to mention when examining patients with hypertension to help us consider the premature aging of arteries of patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ cao đối với bệnh tim mạch. Bình thường có quá trình lão hóa (LH) mạch máu diễn tiến từ từ theo thời gian. Ở những người có bệnh lý động mạch do xơ vữa, song song với quá trình LH bình thường có quá trình LH bệnh lý đi kèm, hình thành LH mạch máu sớm, làm giảm độ đàn hồi, tăng độ cứng động mạch, xuất hiện sớm các bệnh tim mạch[4],[7].

Để đánh giá LH mm sớm người ta dùng khái niệm Tuổi động mạch. Tuổi động mạch theo thang điểm Framingham bao gồm tổng thể các yếu tố nguy cơ tim mạch như (tuổi, huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá). Thông thường, những người không có yếu tố nguy cơ tim mạch Tuổi động mạch tương đương Tuổi thực.

Hiện tại có ít nghiên cứu về khảo sát tuổi động mạch, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu về tuổi động mạch và một số yếu tố tương quan.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Đánh giá **tuổi động mạch** theo thang điểm Framingham so với **tuổi thực**
2. Xác định một số yếu tố tương quan với **tuổi động mạch** trên bệnh nhân THA

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Bệnh nhân THA đang điều trị ngoại trú tại các phòng khám Lão khoa và Tim mạch- KKB-Bệnh viện ĐKTT An Giang từ tháng 2 - 7/2020

Chọn mẫu: Tất cả các NB ≥ 18 tuổi được chẩn đoán tăng huyết áp và đồng ý tham gia NC.

Loại trừ: THA thứ phát, mắc các bệnh cấp tính, có thai, đang cho con bú, không đồng ý tham gia NC

2. Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả

3. Cỡ mẫu: $p(1-p)$

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{c} = 290 \rightarrow 300$$

$$Z_{1-\alpha/2} = 1,96 \text{ (KTC 95\%); } c = 5\%.$$

$$p = 25,1\% (0,25) \text{ (Tỉ lệ THA /Hội TM VN 2008);}$$

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

4. Nội dung nghiên cứu

Tuổi: Tuổi thực = 2020 - năm sinh

Tuổi động mạch: tính theo thang điểm Framingham [3].

Bảng 4.1. Bảng tính Tuổi động mạch theo thang điểm Framingham (Nữ)

Tên bệnh nhân
 Tuổi
 Số điện thoại liên lạc :.....

BẢNG TÍNH DÀNH CHO PHỤ NỮ
BẢNG TÍNH TUỔI ĐỘNG MẠCH CỦA BỆNH NHÂN DỰA TRÊN CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH

Tuổi	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	> 75
Điểm	0	2	4	5	7	8	9	10	11	12
HA tâm thu (mmHg)	<120	120-129	130-139	140-149	150-159	>160				
Điểm với BN chưa dùng thuốc hạ áp	-3	0	1	2	4	5				
Điểm với BN đã dùng thuốc hạ áp	-1	2	3	5	6	7				
Cholesterol toàn phần (g/l)	<1,6	1,6-1,99	2,0-2,39	2,4-2,79	>2,8					
Điểm	0	1	3	4	5					
HDL cholesterol (g/l)	>0,6	0,5-0,59	0,45-0,49	0,35-0,44	<0,35					
Điểm	-2	-1	0	1	2					
Yếu tố nguy cơ khác										
Điểm	3	4								

Tổng điểm của bệnh nhân:

=

điểm

Tổng điểm	<0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15+
Tuổi động mạch	<30	31	34	36	39	42	45	48	51	55	59	64	68	73	79	>80

Bảng 4.2. Bảng tính Tuổi động mạch theo thang điểm Framingham (Nam)

Tên bệnh nhân:
 Tuổi:
 Số điện thoại liên lạc:

BẢNG TÍNH DÀNH CHO NAM GIỚI
BẢNG TÍNH TUỔI ĐỘNG MẠCH CỦA BỆNH NHÂN DỰA TRÊN CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH

Tuổi	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	> 75
Điểm	0	2	5	6	8	10	11	12	14	15

HA tâm thu (mmHg)

	<120	120-129	130-139	140-149	150-159	>160
Điểm với BN chưa dùng thuốc hạ áp	-2	0	1	2	2	3
Điểm với BN đã/đang dùng thuốc hạ áp	0	2	3	4	4	5

Cholesterol toàn phần (g/l)

	<1,6	1,6-1,99	2,0-2,39	2,4-2,79	>2,8
Điểm	0	1	2	3	4

HDL cholesterol (g/l)

	>0,6	0,5-0,59	0,45-0,49	0,35-0,44	<0,35
Điểm	-2	-1	0	1	2

Yếu tố nguy cơ khác

	Hút thuốc	Tiểu đường
Điểm	4	3

Tổng điểm của bệnh nhân:

=

điểm

Tổng điểm	<0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17+
Tuổi động mạch	<30	32	34	36	38	40	42	45	48	51	54	57	60	64	68	72	76	>80

Giới: nữ, nam

Tăng huyết áp (Bộ YT. 2017): khi HA tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg

Đái tháo đường: khi ĐH lúc đói ≥ 7 mmol/L lúc chẩn đoán (VADE-2013) hoặc đang điều trị.

Rối loạn lipid máu (ATP III): CholesterolTP $> 5,2$ mmol/L và/hoặc HDL -C < 1 mmol/L và/hoặc LDL-C $> 3,34$ mmol/L

Hút thuốc lá: Hút ít nhất 1 điếu/ngày trong 1 năm nay.

BMI (chỉ số khối cơ thể) = cân nặng (kg) /chiều cao(m)²

Thừa cân- Béo phì: BMI ≥ 23 (kg/m²) (WHO 2000 – CHÂU Á)

eGFR = $k \times (140 - \text{tuổi}) \times \text{cân nặng} / \text{creatinin máu}$ (Nam: $k=1,23$; Nữ: $k=1,04$)

Bệnh thận mạn: eGFR ≤ 60 ml/phút/1,73m² ít nhất 3 tháng (KDOQI 2012)

Acid uric máu (mmol/L): Tăng > 428 mmol/L – Không tăng ≤ 428 mmol/L)

5. Tiến hành nghiên cứu:

Tất cả NB thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ, ghi nhận tuổi thực, giới, đo chiều cao cân nặng, thực hiện các xét nghiệm cần thiết tại khoa XN – Bệnh viện ĐKTTAG, tính tuổi động mạch theo thang điểm Framingham, ghi nhận bệnh lý đi kèm. Tất cả thông tin được ghi vào Bản thu thập số liệu.

HA được đo theo qui trình của BYT-2017

6. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 20.0, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua 6 tháng thu thập số liệu (từ tháng 2 đến 7/2020) chúng tôi ghi nhận có 300 đối tượng đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

Giới

Bảng1. Phân bố về Giới

Giới	Tần số	Tỉ lệ
Nữ	151	50.3
Nam	149	49.7
Tổng	300	100%

Tuổi

Tuổi thực trung bình: $62,2 \pm 9,9$; nhỏ nhất 38, lớn nhất 84.

Nữ (n=151): $63,9 \pm 8,9$ (45-84); Nam (n=149): $60,5 \pm 10,7$ (38-49)

Tuổi động mạch trung bình: $72,9 \pm 10,0$; nhỏ nhất 42, lớn nhất 80

Nữ (n=151): $74,6 \pm 8,9$ (51-80); Nam (n=149): $71,1 \pm 10,8$ (42-80)

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm

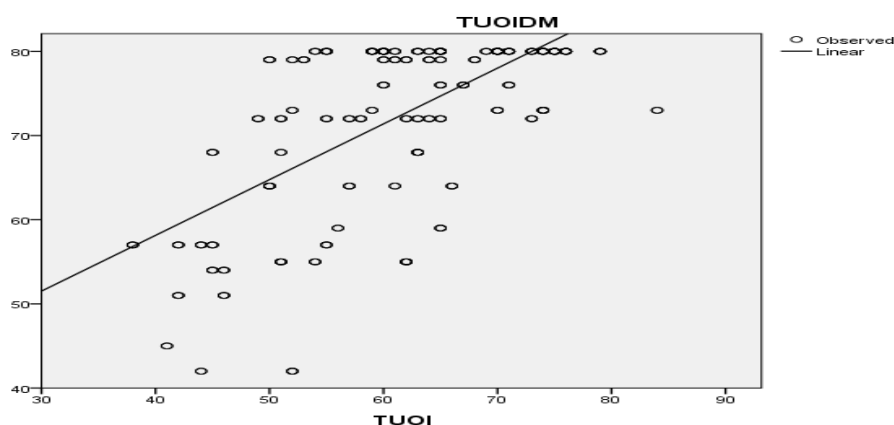
Yếu tố đi kèm	Tần số	Tổng	Tỉ lệ (%)
Hút thuốc lá	48	300	16
Đái tháo đường	58		19,3
Rối loạn lipid máu	219		73
Thừa cân-béo phì	186		62
Bệnh thận mạn	78		26

So sánh Tuổi thực và Tuổi động mạch

Bảng 3. Sự khác biệt Tuổi thực và Tuổi động mạch

	Chung(n=300)	Nữ(n=151)	Nam(n=149)
Tuổi thực	$62,2 \pm 9,9$	$63,9 \pm 8,9$	$60,5 \pm 10,7$
Tuổi động mạch	$72,9 \pm 10,0$	$74,6 \pm 8,9$	$71,1 \pm 10,8$
Độ chênh lệch trung bình 2 nhóm tuổi (Độ lão hóa ĐM)	$10,6 \pm 8,3$	$10,6 \pm 9,1$	$10,7 \pm 7,3$
p	0.000	0.000	0.000

Sự tương quan giữa Tuổi thực và Tuổi động mạch

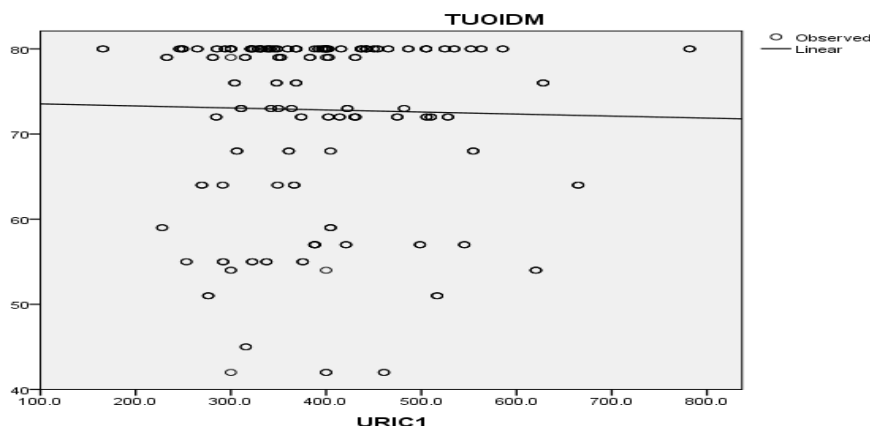


Hình 1. Sự tương quan thuận giữa tuổi thực và tuổi động mạch ($R = 0,66$; $p = 0,000$)

TUOI: tuổi thực; TUOIDM: tuổi động mạch

Tuổi động mạch = $0,67 \times \text{Tuổi thực} + 31,64$

Sự tương quan giữa tuổi động mạch và uric máu

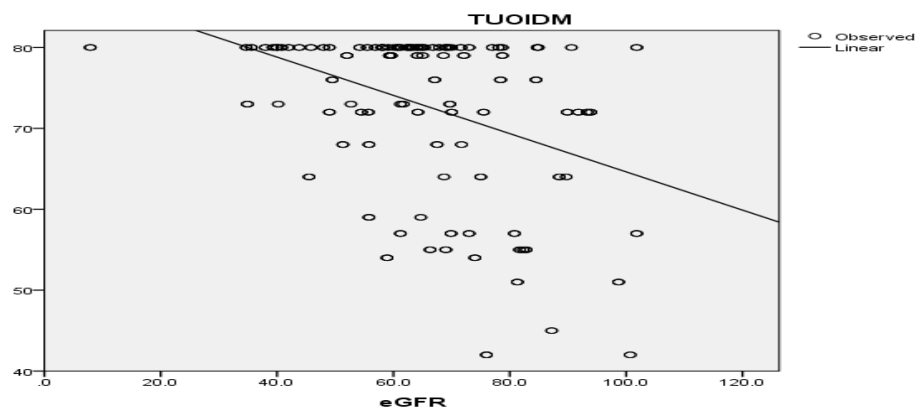


Hình 2. Không có sự tương quan giữa tuổi động mạch và uric máu ($p = 0,67$)

URIC1: uric máu

Tuổi ĐM= $73,8 - 0,002 \times \text{Uric}$ ($p=0,67$; $R=0,025$)

Sự tương quan giữa tuổi động mạch và eGFR

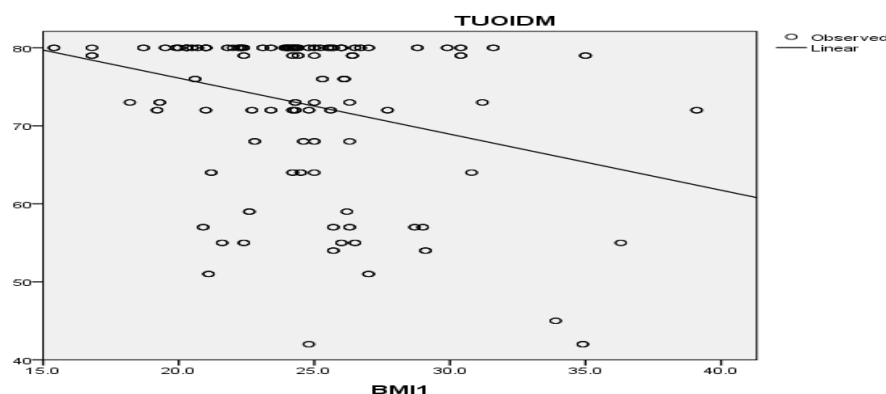


Hình 3. Sự tương quan nghịch giữa tuổi động mạch và eGFR ($p=0,03$)

eGFR : độ lọc cầu thận ước tính

Tuổi ĐM= $74,9 - 0,03 \times \text{eGFR}$ ($p=0,03$; $R=0,125$)

Sự tương quan giữa tuổi động mạch và BMI



Hình 4. Sự tương quan nghịch giữa tuổi động mạch và BMI ($p=0,000$)

BMI: chỉ số cân nặng cơ thể

Tuổi ĐM= $90,5 - 0,72 \times \text{BMI}$ ($p=0,000$; $R=0,28$)

IV. BÀN LUẬN

Qua 6 tháng thu thập số liệu, chúng tôi ghi nhận 300 đối tượng đủ tiêu chuẩn NC:

1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu:

Tỉ lệ nam và nữ trong nc là tương đương nhau 1:1 (nam 50,3%; nữ 49,7%). Tỉ lệ này gần tương đồng Đặng Trần Hùng (nam 54,4%; nữ 45,6%) [3], không tương đồng với Hồ Văn Phước (nam/nữ: 2,64/1) [6] do khác nhau về đối tượng nc.

Các đối tượng nc đều có THA, tập trung ở các phòng khám Lão khoa và Tim mạch. Vì vậy tập trung những người bệnh lớn tuổi và có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch. Tuổi thực TB: $62,2 \pm 9,9$; nhỏ nhất 38, lớn nhất 84 và Tuổi động mạch TB: $72,9 \pm 10,0$; nhỏ nhất 42, lớn nhất 80 gần tương đồng với Tuổi thực TB và Tuổi động mạch TB Đặng Trần Hùng (lần lượt 60,4 và 74); Hồ Văn Phước (61,7 và 75); Lê Phúc Trường Thịnh [7] (69,8 và 78,6). Tuổi động mạch tính theo thang điểm Framingham bao gồm các yếu tố nguy cơ tim mạch, vì thế hầu hết sẽ có giá trị cao hơn tuổi thực. Sự chênh lệch giữa 2 độ **tuổi (thực và động mạch)** ở nhóm chung và nhóm nam, nữ có ý nghĩa thống kê với $p=0,000$ (Bảng 3), phù hợp với các NC khác

Độ lão hóa động mạch (= Tuổi động mạch - Tuổi thực) ở nhóm chung ($10,6 \text{ năm} \pm 8,3$), nữ ($10,6 \text{ năm} \pm 9,1$), nam ($10,7 \text{ năm} \pm 7,3$) khác với Đặng Trần Hùng[3]: nhóm chung (12 năm

$\pm 7,3$), nữ ($7\text{năm} \pm 9,1$), nam ($13,4\text{năm} \pm 8,3$) do đối tượng NC tập trung những người có bệnh mạch vành; nhưng gần tương đồng với Lê Phúc Trường Thịnh [7] ($8,8\text{năm}$).

Các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm, nhìn chung gần tương đồng với Đặng Trần Hùng (hút thuốc lá 30%; đái tháo đường 21,9%, rối loạn lipid máu 68,1%; thừa cân – béo phì 62,5%; bệnh thận mạn 26,3%).

2. Tuổi DM theo thang điểm Framingham và mối tương quan với Tuổi thực:

Tuổi cao có thể là yếu tố dự báo độc lập mạch nhát về các biến cố tim mạch trong tương lai. Thành DM dày dần, thay đổi cấu trúc thành DM là gia tăng độ cứng [10] [11]. Ngoài tuổi cao các yếu tố khác có thể làm rối loạn chức năng nội mô thông qua phản ứng viêm. Tuổi động mạch theo thang điểm Framingham trong Bảng 4.1 và 4.2 bao gồm tổng thể các yếu tố nguy cơ tim mạch như (tuổi, huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá). Hình 1 cho thấy sự tương quan thuận giữa **tuổi DM** và **tuổi thực** với hệ số $R = 0,66$; $p = 0,000$ theo phương trình hồi quy tuyến tính Tuổi động mạch = $0,67 \times \text{Tuổi thực} + 31,64$. Kết quả này phù hợp với NC Nguyễn Lâm Việt ($R = 0,5$; $p = 0,0001$) [8]. Theo NC tác giả Hồ Văn Phước cũng cho thấy có tương quan thuận giữa **tuổi DM** và **tuổi thực** (Tuổi động mạch = $0,51 \times \text{Tuổi thực} + 43,4$). Như vậy nhìn chung tuổi thực càng cao, tuổi động mạch càng tăng, sẽ làm tăng nguy cơ các biến cố tim mạch.

3. Tương quan giữa tuổi DM với các yếu tố khác

Hình 2 cho thấy không có sự tương quan giữa **tuổi động mạch** và **nồng độ uric máu** ($p = 0,67$; $R = 0,025$) với phương trình hồi quy Tuổi DM = $73,8 - 0,002 \times \text{Uric}$ mặc dù tỉ lệ tăng nồng độ uric máu trên bệnh nhân tăng huyết áp là khá cao [2]. Tuy nhiên trong nghiên cứu chúng tôi, tập trung nhiều đối tượng lớn tuổi, tỉ lệ từ 60 tuổi chiếm gần 60%, có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm. Nồng độ uric máu thường tăng nhiều ở độ tuổi 35-55. Tuổi động mạch tập trung nhiều 80. Ngoài ra sự không tương quan này có thể do phân bố nồng độ uric máu khác nhau ở các nhóm tuổi. Trong NC của Tapan Mehta [12] thực hiện ở đối tượng khác cho thấy nồng độ acid uric trong huyết thanh có tương quan thuận ($R = 0,3$; $p < 0,0001$) với xơ cứng động mạch cảnh- đùi (đo bằng vận tốc sóng mạch).

eGFR càng thấp chứng tỏ chức năng thận càng giảm- là yếu tố nguy cơ tim mạch [1]. Hình 3 cho thấy có sự tương quan nghịch giữa **tuổi động mạch** và **eGFR** ($R = 0,125$; $p = 0,03$) theo phương trình hồi quy Tuổi DM = $74,9 - 0,03 \times \text{eGFR}$; từ phương trình chúng ta thấy **eGFR** càng giảm, tuổi động mạch càng tăng. Vì thế cần điều chỉnh tốt các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng chức năng thận như THA, ĐTĐ, lipid máu, hút thuốc lá... sẽ làm giảm các biến cố tim mạch.

Hình 4 cho thấy có sự tương quan nghịch giữa **tuổi động mạch** và **BMI** ($p = 0,000$; $R = 0,28$) theo phương trình hồi quy Tuổi DM = $90,5 - 0,72 \times \text{BMI}$. Thừa cân – béo phì (TC - BP) cũng là yếu tố nguy cơ tim mạch [1], trong NC chúng tôi không thấy sự tương quan thuận với tuổi DM. Tỉ lệ TC-BP trong NC là 62%, nhưng tập trung nhiều tuổi nhỏ hơn, tương quan nghịch với **tuổi thực** ($\text{BMI} = 1,33 - 0,11 \times \text{tuổi thực}$; $p = 0,00$; $R = 0,24$). Mặc khác có thể những đối tượng trong NC chúng tôi có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch đã điều chỉnh lại lối sống, chế độ ăn, tập thể dục nhiều hơn làm giảm BMI.

Tuy nhiên trong hồi qui đa biến, xét mối tương quan giữa **Tuổi DM** và các yếu tố (**tuổi thực, uric máu, eGFR, BMI**) cho thấy chỉ có sự tương quan thuận giữa **Tuổi DM** với **tuổi thực** ($p = 0,00$). Như vậy **tuổi thực** là yếu tố độc lập dự đoán sự gia tăng **Tuổi DM**.

V. KẾT LUẬN

Trên bệnh nhân tăng huyết áp, tuổi động mạch được tính theo thang điểm Framingham tương quan thuận với tuổi thực (hồi qui đa biến), điều này cho thấy tuổi thực càng cao thì càng có nhiều nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa.

Tuổi động mạch là yếu tố cần đề cập khi thăm khám người bệnh tăng huyết áp giúp chúng ta xem xét sự lão hóa động mạch sớm của bệnh nhân

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch. NXB Y học,.
2. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn và điều trị các bệnh cơ xương khớp. NXB Y học

3. Đặng Trần Hùng (2016) ”Mối tương quan giữa tuổi động mạch theo thang điểm nguy cơ Framminham và tổn thương động mạch vành” Hội tim mạch học Việt Nam
4. Hội tim mạch học Việt Nam. Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hoá. NXB Y học, 2008
5. Hồ Huỳnh Quang Trí (2013) ”Lão hóa mạch máu sớm: ý nghĩa và phòng chống” Chuyên đề tim mạch học
6. Hồ Văn Phước (2016) ” Khảo sát tuổi động mạch ở bệnh nhân bị bệnh mạch vành tại bệnh viện Đà Nẵng”
7. Lê Phúc Trường Thịnh (2015) “ Khảo sát tuổi động mạch và một số biến chứng liên quan đến tuổi động mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp tại bệnh viện ĐKTUCT” Y học thành phố HCM .
8. Nguyễn Lâm Việt (2013) “ Đáng giá tuổi động mạch và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác” Hội tim mạch học Việt Nam
9. Trần Hoàng Long (2018) ”Lão hóa mạch máu sớm: ý nghĩa và cách phòng ngừa” Chuyên đề tim mạch học.
10. Anthony J Donato (2018). Mechanisms of Dysfunction in the Aging Vasculature and Role in Age-Related Disease
11. Dick H J Thijssen (2016) Arterial structure and function in vascular ageing: are you as old as your arteries?
12. Tapan Mehta (2015). Association of Uric Acid With Vascular Stiffness in the Framingham Heart Study. Am J Hypertens; 28(7):877-883.

KHẢO SÁT TỶ LỆ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở CÁN BỘ TRÊN 60 TUỔI THUỘC DIỆN BẢO VỆ SỨC KHỎE TẠI KHOA NỘI A - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG 2020

*Trương Hồng Nhật, Nguyễn Văn Hưng,
La Thị Thuý Hằng, Bùi Thị Hằng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ bệnh tăng huyết áp (THA) và các yếu tố liên quan ở cán bộ trên 60 tuổi thuộc diện quản lý sức khỏe tỉnh An Giang.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang trên 393 bệnh nhân đến khám và điều trị ngoại trú tại khoa nội A Bệnh viện ĐKTT An Giang từ tháng 02/2020 đến tháng 08/2020.

Kết quả: Trong số 393 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ THA là 83,2% (nam chiếm 84,9%, nữ chiếm 76,3%). Tỷ lệ mắc THA tăng dần theo tuổi, cao nhất ở nhóm tuổi ≥ 80 (89,9%). Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ THA ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ: ít ăn rau quả (OR=2,12); lạm dụng bia rượu (OR=2,038); ít hoạt động thể lực (OR=2,202); thừa cân, béo phì (OR=1,822); béo bụng (OR=1,778); có hội chứng chuyển hoá (HCCH) (OR=8,754). Không nhận thấy mối liên quan giữa nguy cơ mắc THA với giới tính, nhóm tuổi, thói quen hút thuốc lá, triglyceride, HDL-c và LDL-c máu.

Kết luận: Tỷ lệ mắc THA ở đối tượng cán bộ khám và điều trị ngoại trú tại khoa Nội A là 83,2%. Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc THA là ít ăn rau quả; lạm dụng bia rượu; ít hoạt động thể lực; thừa cân, béo phì; béo bụng và có HCCH.

Từ khóa: Tăng huyết áp, yếu tố nguy cơ.

THE PREVALENCE OF HYPERTENSION AND ITS RISK FACTORS IN THE ELDERLY OUTPATIENTS WHO ARE MONITORED BY THE HEALTH CARE DEPARTMENT OF AN GIANG GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Background: This study was conducted to determine the prevalence of hypertension and its risk factors in the elderly outpatients who are monitored by the health care department.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study of 393 outpatients who are monitored by the health care department of An Giang General Hospital from February to August 2020.

Results: Among 393 patients received outpatient treatment at the clinic of the health care department, there was 83,2% of them having hypertension (84,9% in male, 76,3% in female). The highest proportion of hypertension was 89,9% at the age group ≥ 80 . There was a statistically significant association between hypertension and risk factors such as: eating less fruits and vegetables (OR=2,12); drinking beer and alcohol (OR=2,038); infrequent physical activities (OR=2,202); overweight (OR=1,822); high waist circumferences (OR=1,778); MetS (OR=8,754). There was no relationship between hypertension and gender, age, have smoking behavior, triglyceride, HDL-c and LDL-c.

Conclusion: The prevalence of hypertension of the elderly outpatients who are monitored by the health care department was 83,2%. The major risk factors of hypertension included eating less fruits and vegetables; drinking beer and alcohol, infrequent physical activities, overweight; high waist circumferences, metS.

Key words: Hypertension, risk factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh lý thường gặp, đặc biệt ở người cao tuổi, với tần suất mắc ngày càng gia tăng. Theo kết quả điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam năm 2015, tỷ lệ hiện mắc THA là 18,9 %, trong đó chỉ có 43,1% từng được phát hiện và 13,6% được điều trị bệnh. THA không được kiểm soát và điều trị kịp thời sẽ gây biến chứng các cơ quan khác, tăng nguy cơ đột quỵ và tử vong. Cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe tỉnh An Giang là những đối tượng có trình độ dân trí cao, đa số hoạt động trí óc nhiều, dễ căng thẳng, khó chủ động kiểm soát chế độ ăn uống, cũng như ít hoạt động thể lực, do đó có nhiều yếu tố thuận lợi mắc bệnh THA, đặc biệt ở lứa tuổi trên 60. Khảo sát tình hình tăng huyết áp đồng thời tìm hiểu các yếu tố liên quan ở những đối tượng này góp phần giúp các

bác sĩ có hướng điều trị và dự phòng thích hợp nhằm giảm tỷ lệ mắc bệnh, giảm nguy cơ tử vong, tăng chất lượng cuộc sống. Từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Khảo sát tỷ lệ bệnh tăng huyết áp và các yếu tố liên quan ở cán bộ trên 60 tuổi thuộc diện quản lý sức khỏe tỉnh An Giang*” với 2 mục tiêu chính như sau:

1. Khảo sát đặc điểm chung và tỷ lệ hiện mắc THA ở cán bộ trên 60 tuổi thuộc diện quản lý sức khỏe tỉnh An Giang.

2. Khảo sát các yếu tố liên quan bệnh THA ở đối tượng nghiên cứu.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu:

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

Chọn: $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

$d = 0,1$ $p = 0,7197$ (Tỷ lệ tăng huyết áp ở người trên 60 tuổi tại TP Long Xuyên – An Giang 2017-2018) [7]

Cỡ mẫu ước tính: $n = 77,49$.

Chọn cỡ mẫu tối thiểu là 78.

2. Đối tượng nghiên cứu:

Cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe tỉnh An Giang ≥ 60 tuổi.

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân khám tại khoa Nội A, có làm xét nghiệm máu: cholesterol, LDL-c, HDL-c, trilycerid, glucose máu.

Tiêu chuẩn loại ra: Đang mắc các bệnh lý cấp tính hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm:

Khoa Nội A, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

3. Cách tiến hành:

Thông tin của bệnh nhân được ghi vào hồ sơ nghiên cứu thông qua hỏi bệnh, khám lâm sàng và ghi nhận kết quả cận lâm sàng.

3. Xử lý số liệu:

Kiểm tra, xử lý số liệu ngay sau khi thu thập, tiến hành mã hoá. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích số liệu.

Thống kê mô tả:

Đối với biến phân loại: tính tần số, tỷ lệ và trình bày bằng biểu đồ cột rời hoặc biểu đồ hình bánh. Đối với biến liên tục: mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (biến phân phối chuẩn); mô tả giá trị trung vị và tứ phân vị (biến không có phân phối chuẩn).

Thống kê so sánh:

Đối với biến phân loại: sự khác biệt giữa hai nhóm được kiểm định bằng phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher tương ứng. Đối với biến liên tục: sự khác biệt giữa hai nhóm được kiểm định bằng t-test (biến phân phối chuẩn) hoặc phép kiểm Mann-Whitney (biến không có phân phối chuẩn).

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: khi $p < 0,05$.

4. Đo lường các biến:

- Tuổi: tính theo năm dương lịch, bằng năm khảo sát - năm sinh.
- Giới tính: nam, nữ.
- Cân nặng: đơn vị tính là ki-lô-gam (kg) với 1 số lẻ sau số thập phân.
- Chiều cao: đơn vị tính là cen-ti-met (cm);
- Lối sống và thói quen: Thói quen ăn rau củ, trái cây; sử dụng rượu, bia; hút thuốc lá; hoạt động thể lực.
- Tiền sử mắc bệnh: Tim mạch, rối loạn lipid máu, đái tháo đường.
- Tiền sử về bệnh THA: có, không; điều trị THA: có, không.
- Phân loại thể trạng (theo BMI, theo số đo vòng eo): *Chỉ số BMI* được áp dụng trong nghiên cứu được tính bằng công thức chiều cao chia bình phương cân nặng (đơn vị: kg/m²).

Phân mức độ theo BMI: Bình thường khi $18.5 \leq \text{BMI} < 23$; thừa cân, béo phì khi $\text{BMI} \geq 23$.
 Theo số đo vòng eo: Béo bụng khi vòng eo ≥ 90 cm ở nam hoặc ≥ 80 cm ở nữ.

- Sử dụng đồ uống có cồn: Đơn vị rượu chuẩn, áp dụng theo tiêu chuẩn của WHO: 1 đơn vị rượu chuẩn bằng 10 gam rượu nguyên chất (etanol), quy đổi tương đương với: 285ml bia 5% hoặc 120ml rượu vang 11% hoặc 30ml rượu mạnh 40%. Được xác định có lạm dụng rượu bia khi lượng rượu bia uống vào cơ thể được xác định nhiều hơn 1 đơn vị rượu chuẩn/ngày đối với nữ giới, nhiều hơn 2 đơn vị rượu chuẩn/ngày đối với nam giới; uống ở mức độ không an toàn với nam giới ≥ 05 đơn vị uống chuẩn/ngày, với nữ giới: ≥ 04 đơn vị uống chuẩn/ngày.

- Tiêu thụ rau củ và trái cây: Đơn vị chuẩn (serving) tương đương với 80 gam rau quả chín, rau xanh. Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo mỗi người trung bình nên ăn ít nhất 400 gam (5 đơn vị chuẩn) rau củ và trái cây trong một ngày. Một đơn vị chuẩn tương đương với 1 trong các loại sau: 01 bát con rau ăn sống: như xà lách; 1/2 bát con rau xanh đã nấu chín như rau muống, rau cải, mồng tơi, su hào, cải bắp, cà rốt, bí ngô, ngô, đậu,...; 01 quả kích thước trung bình các loại: quả táo, lê, cam, dứa,...; 03 quả chuối; 01 cốc nước quả tươi hoặc sinh tố; 1/2 cốc trái cây được chế biến: cắt nhỏ, nấu, đóng hộp.

- Hút thuốc hàng ngày: Người hút thuốc hàng ngày là người hút bất kỳ sản phẩm thuốc lá, thuốc lào nào ít nhất một lần trong ngày trong tất cả 30 ngày trước khi phỏng vấn.

- Tình hình hoạt động thể lực: Được xác định dựa theo cách phân loại của WHO, trong đó: Mức độ cao: từ 3000 MET-phút/tuần trở lên; mức độ trung bình: 600 MET-phút/tuần – 2.999 MET-phút/tuần; mức độ thấp: ít hơn 600 MET-phút/tuần. MET (Meta olic Equivalents Task unit) là đơn vị được dùng để biểu thị mức độ nặng nhọc của các hoạt động thể lực.

- THA là khi: (i) HA đo tại cơ sở y tế $\geq 140/90$ mmHg hoặc khi đo tại nhà; hoặc (ii) huyết áp không tăng nhưng có bằng chứng THA như đang dùng thuốc hạ huyết áp hoặc có biến chứng như bệnh tim, tai biến mạch máu não do THA.

- Rối loạn lipid máu: được xác định khi có tối thiểu một trong các tiêu chí sau: tăng triglycerid $\geq 1,7$ mmol/L; tăng LDL-c $\geq 3,6$ mmol/L; giảm HDL-c $< 1,03$ mmol/L (đối với nam) hoặc $1,29$ mmol/L (đối với nữ).

- Tăng glucose máu lúc đói xác định khi glucose máu $\geq 5,6$ mmol/L.

- Hội chứng chuyển hoá theo tiêu chuẩn NCEP-ATP III (2006) khi có 3 trong 5 tiêu chí sau: tăng glucose máu lúc đói $\geq 5,6$ mmol/L, tăng triglycerid $\geq 1,7$ mmol/L, giảm HDL-c $< 1,03$ mmol/L (đối với nam) hoặc $1,29$ mmol/L (đối với nữ), béo bụng (vòng eo ≥ 90 cm đối với nam hoặc ≥ 80 cm đối với nữ), HA $\geq 130/85$ mmHg hoặc đang điều trị THA.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung và tình hình tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu

1.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1.1. Đặc điểm về giới tính và độ tuổi của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	317	80,7
	Nữ	76	19,3
	Tổng	393	100
Độ tuổi	60 – 69	223	56,7
	70 – 79	121	30,8
	≥ 80	49	12,5
	Tổng	393	100

Trong số 393 đối tượng nghiên cứu: nam giới chiếm đa số (80,7%), tập trung ở độ tuổi 60 – 69 tuổi (56,7%), với tuổi trung bình là $70,1 \pm 7,8$ và lớn nhất là 97 tuổi.

1.2. Tình hình tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 1.2. Tỷ lệ THA và phân bố bệnh THA theo giới tính

Giới tính	Số THA	Tỷ lệ THA (%)
Nam (n = 317)	269	84,9
Nữ (n = 76)	58	76,3
Tổng (N = 393)	327	83,2

Tỷ lệ THA chung là 83,2%, trong đó nam chiếm 84,9% và nữ chiếm 76,3%.

Bảng 1.3. Phân bố bệnh THA theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số THA	Tỷ lệ THA (%)
60 – 69 (n=223)	223	79,4
70 – 79 (n=121)	121	87,6
≥ 80 (n=49)	49	89,8
Tổng (N = 393)	327	83,2

Tỷ lệ THA tăng dần theo tuổi, cao nhất ở nhóm ≥ 80 tuổi (89,8%).

Bảng 1.4. Trị số huyết áp trung bình theo giới tính

Giới tính	HATT (mmHg)	HATTr (mmHg)
Nam	129,4 ± 15,7	78,6 ± 6,8
Nữ	129,6 ± 16,4	78,3 ± 7,4
Chung	129,4 ± 15,8	78,5 ± 6,9
p	0,919	0,769

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về trị số TB HATT và HATTr giữa nam và nữ (với p lần lượt là 0,919 và 0,769).

Bảng 1.5. Trị số huyết áp trung bình theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	HATT (mmHg)	HATTr (mmHg)
60 – 69	128,8 ± 15,3	78,3 ± 6,9
70 – 79	128,5 ± 15,8	78,2 ± 7,1
≥ 80	134,7 ± 17,2	80,4 ± 6,1
p	0,044	0,356

Trị số TB HATT giữa hai nhóm 60 – 69 tuổi và 70 – 79 tuổi không có sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,876$), tuy nhiên TB HATT ở đối tượng ≥ 80 tuổi lớn hơn nhóm 60 – 69 tuổi và 70 – 79 tuổi có ý nghĩa thống kê (với p lần lượt là 0,018 và 0,021). Không có sự khác biệt về TB HATTr giữa các nhóm tuổi ($p = 0,356$).

2. Các yếu tố liên quan bệnh THA.

Bảng 2.1. Mối liên quan giữa bệnh THA và giới tính

Giới tính	Tăng huyết áp		p
	Có	Không	
Nam	269 (84,9%)	48 (15,1%)	0,074
Nữ	58 (76,3%)	18 (23,7%)	
Tổng	327 (83,2%)	66 (16,8%)	

Tỷ lệ THA ở nam giới là 84,9%, cao hơn 1,74 lần so với nữ giới, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,074$).

Bảng 2.2. Mối liên quan giữa bệnh THA và nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tăng huyết áp		p
	Có	Không	
60 – 69	177 (79,4%)	46 (20,6%)	0,063
70 – 79	106 (87,6%)	15 (12,4%)	
≥ 80	44 (89,8%)	5 (10,2%)	
Tổng	327 (83,2%)	66 (16,8%)	

Tỷ lệ THA tăng dần theo tuổi, tuy nhiên sự khác biệt giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,063$).

Bảng 2.3. Mối liên quan giữa bệnh THA và thói quen, lối sống

Thói quen, lối sống		Tăng huyết áp		OR 95%CI	P
		Có	Không		
Ít ăn rau quả	Có	82 (90,1%)	9 (9,9%)	2,120 (1,005-4,470)	0,044
	Không	245 (81,1%)	57 (18,9%)		
Lạm dụng rượu, bia	Có	109 (89,3%)	13 (10,7%)	2,038 (1,066-3,9)	0,029
	Không	218 (80,4%)	53 (19,6%)		
Hút thuốc lá	Có	115 (87,8%)	16 (12,2%)	1,695 (0,924-3,11)	0,086
	Không	212 (80,9%)	50 (19,1%)		
Ít hoạt động thể lực	Có	154 (89%)	19 (11%)	2,202 (1,239-3,915)	0,006
	Không	173 (78,6%)	47 (21,4%)		

Không có sự khác biệt về tỷ lệ THA giữa đối tượng có và không có hút thuốc lá ($p = 0,086$). Tỷ lệ THA cao hơn một cách có ý nghĩa ở những người ít ăn rau quả, ít hoạt động thể lực, lạm dụng rượu, bia (với p lần lượt là 0,044; 0,006; 0,029).

Bảng 2.4. Mối liên quan giữa bệnh THA và BMI

Phân độ BMI	Tăng huyết áp		OR 95%CI	P
	Có	Không		
Thừa cân, béo phì	241 (85,8%)	40 (14,2%)	1,822 (1,049-3,163)	0,032
Bình thường	86 (76,8%)	26 (23,2%)		
Tổng	327 (83,2%)	66 (16,8%)		

Tỷ lệ THA ở những người thừa cân, béo phì là 85,8%, cao hơn so với người có BMI bình thường. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,032$)

Bảng 2.5. Mối liên quan giữa bệnh THA và vòng eo

Vòng eo	Tăng huyết áp		OR 95%CI	P
	Có	Không		
Béo bụng	200 (86,6%)	31 (13,4%)	1,778 (1,044-3,027)	0,033
Bình thường	127 (78,4%)	35 (21,6%)		
Tổng	327 (83,2%)	66 (16,8%)		

Tỷ lệ THA ở những người béo bụng là 86,6%, cao hơn một cách có ý nghĩa so với người có vòng eo bình thường ($p = 0,033$)

Bảng 2.6. Mối liên quan giữa bệnh THA và rối loạn lipid máu

Rối loạn lipid máu		Tăng huyết áp		OR 95%CI	P
		Có	Không		
Triglycerid	Tăng	201 (84,8%)	36 (15,2%)	1,329 (0,78-2,266)	0,294
	Bình thường	126 (80,8%)	30 (19,2%)		
LDL-c	Tăng	88 (82,2%)	19 (17,8%)	0,911 (0,507-1,637)	0,755
	Bình thường	239 (83,6%)	47 (16,4%)		
HDL-c	Giảm	116 (81,1%)	27 (18,9%)	0,794 (0,463-1,363)	0,403
	Bình thường	211 (84,4%)	39 (15,6%)		

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ THA với tình trạng tăng triglycerid, tăng LDL-c và giảm HDL-c máu (p lần lượt 0,294 ; 0,755 và 0,403).

Bảng 2.7. Mối liên quan giữa bệnh THA và HCCH

HCCH	Tăng huyết áp		OR 95%CI	P
	Có	Không		
Có	246 (93,5%)	17 (6,5%)	8,754 (4,775-16,049)	<0,001
Không	81 (62,3%)	49 (37,7%)		
Tổng	327 (83,2%)	66 (16,8%)		

Ở những người có HCCH, tỷ lệ THA là 93,5%, cao hơn 8,754 lần so với người không có HCCH và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 393 đối tượng cán bộ trên 60 tuổi thuộc diện quản lý sức khỏe Tỉnh An Giang, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ THA chung là 83,2%, trong đó tỷ lệ THA ở nam cao hơn so

với nữ (84,9% so với 76,3%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,074$).

Tỷ lệ THA tăng dần theo tuổi, nhưng sự khác biệt giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,063$). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Caro (2006) chỉ ra rằng tỷ lệ THA ở nam nhiều hơn nữ, tuổi càng cao nguy cơ THA càng cao [9]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Ngọc (2007) ghi nhận tỷ lệ THA chung là 37,6%, trong đó nam cao hơn nữ, tỷ lệ THA ở nhóm lao động trí óc cao hơn so với nhóm lao động chân tay và nghỉ ngơi [5]. Theo Cao Thị Mỹ Phượng (2013), tỷ lệ THA ở tuổi ≥ 65 là 61%, tuổi càng cao, tỷ lệ THA càng cao [6]. Tỷ lệ THA trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với hai nghiên cứu trên có thể do sự khác nhau về điều kiện địa lý, tập quán sinh sống vùng miền cũng như đặc thù về áp lực công việc trí óc.

Y văn và nhiều nghiên cứu đã cho thấy hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, ít ăn rau quả, ít hoạt động thể lực là những yếu tố liên quan mật thiết, làm tăng nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch, trong đó có THA [2],[11]. Khi phân tích về thói quen, lối sống của các đối tượng nghiên cứu, kết quả cho thấy tỷ lệ THA ở người ít ăn rau quả là 90,1%; cao hơn 2,12 lần so với người có thói quen ăn rau quả (OR: 2,120; 95%CI: 1,005 – 4,470; $p = 0,044$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thế Xuyên, những người ít ăn rau quả có nguy cơ mắc THA cao gấp 1,92 lần so với người ăn rau quả đúng chuẩn (OR = 1,92; 95%CI: 1,01 – 3,65; $p = 0,009$) [8].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận ở người lạm dụng rượu, bia thì tỷ lệ THA là 89,3%; cao hơn 2,038 lần so với người không lạm dụng rượu, bia (OR: 2,038; 95%CI: 1,066 – 3,9; $p = 0,029$). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thế Xuyên, người lạm dụng rượu, bia có nguy cơ mắc THA cao hơn người không lạm dụng rượu, bia là 1,91 lần (OR = 1,91; 95%CI: 1,28 – 2,84) [8].

Khảo sát về mối liên quan giữa hoạt động thể lực và THA, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ THA ở người ít hoạt động thể lực là 89%; cao hơn 2,202 lần so với người có hoạt động thể lực (OR: 2,202; 95%CI: 1,239 – 3,915; $p = 0,006$). Kết quả này có sự khác biệt so với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Ngọc (2007), Cao Mỹ Phượng (2012) cũng như Phạm Thế Xuyên (2019) khi các tác giả không ghi nhận mối liên quan có nghĩa giữa bệnh THA và ít hoạt động thể lực [5],[6],[8]. Sự khác biệt này có thể là do đối tượng của các nghiên cứu trên ở lứa tuổi trên 40 tuổi, nghề nghiệp đa dạng. Riêng đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là cán bộ trên 60 tuổi, với đặc thù nghề nghiệp là hoạt động trí óc, khó chủ động kiểm soát chế độ ăn uống, cũng như ít hoạt động thể lực, tạo điều kiện cho bệnh tim mạch phát triển, trong đó có THA.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ THA ở những người hút thuốc lá cao hơn 1,695 lần so với người không hút thuốc lá, tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,086$). Jose và cộng sự nhận thấy hút thuốc lá liên quan đến THA có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [10]. Nghiên cứu của Phạm Thế Xuyên cũng chỉ ra rằng những người hút thuốc lá có nguy cơ mắc THA gấp 4,08 lần so với người không hút thuốc lá (OR = 4,08; 95%CI: 1,99 – 8,36; $p < 0,001$) [8].

Liên quan đến BMI, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ THA ở những người thừa cân, béo phì là 85,8%, cao hơn 1,822 lần so với người có BMI bình thường (OR: 1,822; 95%CI: 1,049 – 3,163; $p = 0,032$). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thế Xuyên, người thừa cân, béo phì có nguy cơ mắc THA cao hơn người có BMI bình thường 3,89 lần (OR = 3,89; 95%CI: 2,22 – 6,82; $p = 0,001$) [8]. Nghiên cứu của Cao Mỹ Phượng cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ THA ở người thừa cân, béo phì cao gấp 1,43 lần so với người có BMI bình thường [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ THA ở những người béo bụng là 86,6%, cao hơn 1,778 lần so với người có vòng eo bình thường (OR: 1,778; 95%CI: 1,044 – 3,027; $p = 0,033$). Cao Mỹ Phượng cũng ghi nhận những đối tượng béo bụng có tỷ lệ THA cao hơn 1,48 lần so với những người có vòng bụng bình thường (95%CI: 1,41 – 1,55; $p < 0,05$) [6]. Tương tự, nghiên cứu của Đào Thu Giang cũng nhận thấy mối liên quan chặt chẽ giữa BMI, béo bụng và THA [4].

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa về tình trạng tăng triglycerid, tăng LDL-c và giảm HDL-c máu giữa người THA và không THA (p lần lượt 0,294 ; 0,755 và 0,403). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Ngọc, khi khảo sát các yếu tố liên quan đến THA ở người cao tuổi, tác giả nhận thấy không có sự khác biệt về trị số các thành phần lipid máu giữa những người có và không có THA [4].

Ở những người có HCCH, tỷ lệ THA là 93,5%, cao hơn 8,754 lần so với người không có HCCH và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (OR: 8,754; 95CI: 4,775 – 16,049; $p < 0,001$). Nhiều nghiên cứu đã chứng minh mối liên quan chặt chẽ giữa HCCH và THA. HCCH làm tăng nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch, trong đó có THA. Ngược lại, THA cũng là một thành tố của HCCH, là yếu tố làm tăng nguy cơ mắc HCCH [1].

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ THA ở cán bộ trên 60 tuổi thuộc diện quản lý sức khỏe tỉnh An Giang là 83,2% (nam chiếm 84,9%, nữ chiếm 76,3%).

2. Các yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ mắc THA: ít ăn rau quả (OR=2,12); lạm dụng bia rượu (OR=2,038); ít hoạt động thể lực (OR=2,202); thừa cân, béo phì (OR=1,822); béo bụng (OR=1,778); có hội chứng chuyển hóa (HCCH) (OR=8,754). Không nhận thấy mối liên quan giữa nguy cơ mắc THA với giới tính, nhóm tuổi, thói quen hút thuốc lá, triglyceride, HDL-c và LDL-c máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Quang Bình (2016), “Hội chứng chuyển hóa và yếu tố liên quan ở người tăng huyết áp tuổi trung niên tại Hà Nam năm 2011”, Tạp chí Y học dự phòng, 26(4), tr.22.
2. Bộ Y Tế (2015), Kết quả điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2015 tại Việt Nam.
3. Trương Thị Thùy Dương, Lê Thị Hương và Nguyễn Văn Hiến (2013), “Thực trạng mắc THA và một số yếu tố nguy cơ ở người trưởng thành ở hai xã của huyện Bình Lục - tỉnh Hà Nam”, Tạp chí nghiên cứu Y học, số 88(3), tr. 143-150.
4. Đào Thu Giang, Nguyễn Kim Thủy (2006), "Tìm hiểu mối liên quan giữa thừa cân, béo phì với tăng huyết áp nguyên phát", Tạp chí y học thực hành, tập 5, tr. 13-14.
5. Nguyễn Thị Thanh Ngọc (2007), “Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người cao tuổi tại phường Phương Mai, quận Đống Đa, Hà Nội năm 2007”, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại Học Y tế công cộng, Hà Nội.
6. Cao Mỹ Phượng, Nguyễn Văn Lơ, Hồ Minh Xuân và cộng sự (2013), “Nghiên cứu tỷ lệ tăng huyết áp và liên quan với một số yếu tố nguy cơ ở người từ 40 tuổi trở lên tại tỉnh Trà Vinh năm 2012”, Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, số 65, tr. 1-7.
7. Nguyễn Minh Tân (2018), “Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ tim mạch và nhu cầu dịch vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi trên địa bàn Thành phố Long Xuyên 2017-2018”, Văn Nghệ Long Xuyên, 02, tr. 30-32.
8. Phạm Thế Xuyên (2019), “Thực trạng tăng huyết áp ở người dân từ 45 – 64 tuổi tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên và chi phí – hiệu quả của biện pháp can thiệp”, Luận án Tiến sỹ Y tế công cộng, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
9. Caro JJ, Salas M., Speckman JL. Et al. (1999), “Persistence with treatment for hypertension in actual practice”, CMAJ, Vol. 160, pp. 31-37.
10. Jose R. Banegas . R., Juan Jose' & Juam R.C (2007), "Blood Pressure in Spain. Distribution, Awareness, Control, and Benefits of a Reduction in Average Pressure", Pubmed, Vol. 32(6), pp.998-1002
11. World Health Organization (2005), "WHO STEPS surveillance Manual: The WHO STEP wise approach to chronic disease risk factor surveillance", WHO, Geneva.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ , KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI LỌC MÀNG BỤNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Huỳnh Trinh Trí

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phúc mạc là một trong những biến chứng quan trọng hàng đầu của bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ viêm phúc mạc và kết quả điều trị viêm phúc mạc ở bệnh nhân suy thận mạn lọc màng bụng tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2018-2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 141 bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối được điều trị bằng phương pháp lọc màng bụng liên tục ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 3/2018 đến tháng 3/2019. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú là 0,035 đợt/bệnh nhân/năm. Tỷ lệ viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng theo tuổi: nhóm tuổi <40 có tỷ lệ thấp nhất chiếm 23,4%, nhóm tuổi >60 có tỷ lệ cao nhất chiếm 50%. Tỷ lệ viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng theo nơi cư trú: ở nông thôn là 71,42% , ở thành thị là 28,57%. Tỷ lệ viêm phúc mạc theo thời gian gặp nhiều nhất ở nhóm 24-<48 tháng, chiếm tỷ lệ 38,09%. Tỷ lệ cấy dương tính chiếm 19% (bao gồm gram dương chiếm 9,5%, vi khuẩn gram âm 7,1%, nấm men 2,4%). Các vi khuẩn nuôi cấy được là Enterobacter, Nấm men, Staphylococcus aureus, Streptococcus alpha. Kết quả điều trị viêm phúc mạc: Thời gian dịch trong trung bình ở các đợt viêm phúc mạc từ 3 đến 5 ngày. Đáp ứng điều trị của viêm phúc mạc đợt 1 là 83,3%, đợt 2 có đáp ứng điều trị là 75%, đợt 3, đợt 4, đợt 5 có đáp ứng điều trị là 100,0%.

Kết luận: Viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú là 0,035 đợt/bệnh nhân/năm. Kết quả điều trị của viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú đạt kết quả rất cao.

Từ khóa: viêm phúc mạc, lọc màng bụng liên tục ngoại trú, suy thận mạn giai đoạn cuối

ABSTRACT

THE RATIO AND RESULTS OF TREATMENT OF PERITONITIS IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE IN CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS OF AN GIANG CENTER GENERAL HOSPITAL

Background: Peritonitis is still one of the most important complications of continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). **Objectives:** Determine the incidence peritonitis and the results of treatment of peritonitis in chronic renal failure in continuous ambulatory peritoneal dialysis at An Giang Central General Hospital in 2018-2019. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study in 141 patients diagnosed end-stage chronic renal failure were treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis in An Giang Center General Hospital from March 2018 to March 2019. **Results:** The peritonitis rate of the year of patients with peritonitis in continuous ambulatory peritoneal dialysis was 0.035 episodes per patient - year. The peritonitis rate of CAPD by age: the age group <40 was 23.4%, group in age > 60 was 50%. The peritonitis rate of in CAPD by residence: 71.42% in rural areas and 28.57% in urban areas. The peritonitis rate of in CAPD was highest in the group from 24 months to 48 months was 38.09% Positive culture rate was 19% (including 9,5% gram positive and 7,1% gram negative bacteria). The cultured bacterial peritonitis were Enterobacter, fungal, Staphylococcus aureus, Streptococcus alpha. Results of treatment of peritonitis: The average time in clear fluid is from 3 to 5 days. Clinical response of 1 times peritonitis treatment was 83.3%, Clinical response of 2 times peritonitis treatment was 75%, Clinical response of 3,4,5 times peritonitis treatment had a response of 100.0%.

Conclusion:

The peritonitis rate of CAPD was 0.035 episodes per patients- year. Treatment results of peritonitis in patients with continuous outpatient peritoneal dialysis achieved very high results .

Keywords: *Peritonitis, continuous ambulatory peritoneal dialysis, end-stage chronic renal failure.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc là biến chứng chính của lọc màng bụng, chiếm tỷ lệ hàng đầu trong thất bại về kỹ thuật và là vấn đề sống còn trong lọc màng bụng, viêm phúc mạc chiếm 15% - 35% ở bệnh nhân lọc màng bụng [1]. Tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, lọc màng bụng liên tục ngoại trú trong điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối đã bắt đầu triển khai vào năm 2010. Hiện nay đã có hơn 150 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị bằng phương pháp lọc màng bụng liên tục ngoại trú ở khoa nội thận Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang và có nhiều bệnh nhân bị viêm phúc mạc và một số biến chứng khác của lọc màng bụng cần phải nhập viện điều trị, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài : “Nghiên cứu tỷ lệ và kết quả điều trị viêm phúc mạc ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc màng bụng tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang” với hai mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ viêm phúc mạc ở bệnh nhân suy thận mạn lọc màng bụng liên tục ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2018-2019.
2. Đánh giá kết quả điều trị viêm phúc mạc ở bệnh nhân suy thận mạn lọc màng bụng liên tục ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2018-2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị bằng phương pháp lọc màng bụng ở phòng khám nội thận và tại khoa nội thận-tiết niệu ở Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 03/2018 đến 03/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Suy thận mạn giai đoạn cuối được chẩn đoán khi độ lọc cầu thận GFR <15ml/p/1,73m² theo Hội đồng Thận học Quốc gia Hoa kỳ [6].

- Lọc màng bụng liên tục ngoại trú trên 4 tuần.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân lọc màng bụng dưới 4 tuần.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nhóm nghiên cứu.

- Viêm phúc mạc do nguyên nhân ngoại khoa.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu

α : mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha=0,05$.

Nghiên cứu của Chieko Higuchi tỷ lệ viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng chiếm 16 % [13].

d: sai số cho phép (d= 0,07)

Từ các tham số đã có thay vào công thức trên, thì được cỡ mẫu n=105 Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần có là 105 bệnh nhân, thực tế thu được 141 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, nơi cư trú, thời gian điều trị lọc màng bụng.

- Tỷ lệ viêm phúc mạc (VPM) ở bệnh nhân lọc màng bụng. Tỷ lệ viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng theo tuổi, theo giới, theo nơi cư trú, theo thời gian lọc màng bụng. Tỷ lệ cấy dịch màng bụng viêm phúc mạc.

*Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định VPM (khi có 2 trong 4 biểu hiện sau)

+Dịch lọc ra đục [1].

+Đau bụng [1].

+Bạch cầu trong dịch lọc >100/mm³, trong đó bạch cầu đa nhân trung tính ≥ 50% [1].

+Có vi khuẩn trong dịch lọc (nhuộm Gram hoặc cấy) [1].

* Tỷ lệ viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng: Số đợt VPM /bệnh nhân/tổng số tháng lọc màng bụng trong năm (đợt/bệnh nhân-năm) [14].

- Đánh giá kết quả điều trị viêm phúc mạc bằng ceftazidime phối hợp cephalosin ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú: Thời gian dịch màng bụng trong của điều trị VPM. Tỷ lệ đáp ứng điều trị với kháng sinh ceftazidime phối hợp cephalosin ở bệnh nhân VPM (Đáp ứng điều trị: khi dịch đục trở nên trong, đánh giá bằng mắt thường, xét nghiệm dịch thẩm phân có dưới 100 bạch cầu trong 1 ml dịch).

Phương pháp thu thập số liệu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Phương pháp xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Đối với biến định tính trình bày bằng tần số và tỷ lệ. Các biến định lượng tính theo trung bình (phép kiểm ANOVA). Đánh giá sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ bằng phép kiểm χ^2 ở mức có ý nghĩa $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân lọc màng bụng

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 141 đối tượng nghiên cứu, số lượng bệnh nhân nam chiếm 61,7% ,số bệnh nhân nữ 38,3%. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40-59 tuổi (56,7%), nhóm tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là ≥ 60 tuổi(9,9%), tuổi trung bình 45,5±10,8. Số lượng bệnh nhân làm lọc màng bụng ở nông thôn 73,8%, ở thành thị 26,2%.

3.2. Tỷ lệ viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng

Bảng 1. Tỷ lệ viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng

		n	%
Viêm phúc mạc	Có	42	29,8
	Không	99	70,2
Tổng		141	100

Nhận xét: 29,8% bệnh nhân lọc màng bụng có biến chứng VPM.

Bảng 2. Tỷ lệ viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng theo đợt

	Đợt 1	Đợt 2	Đợt 3	Đợt 4	Đợt 5	Tổng số
Số đợt VPM	42	12	3	2	1	60 đợt
Tổng số tháng của 141 bệnh nhân LMB trong năm (12 tháng)						1692 tháng
Số đợt viêm phúc mạc /bệnh nhân/tổng số tháng lọc màng bụng trong năm						0,035 đợt/bệnh nhân-năm

Nhận xét: Số đợt viêm phúc mạc trong năm là 0,035 đợt/bệnh nhân-năm.

Bảng 3. Tỷ lệ viêm phúc mạc theo tuổi

Nhóm tuổi		Viêm phúc mạc		Tổng
		Có (n=42)	Không (n=99)	
<40	Tần số(n)	11	36	47
	Tỷ lệ(%)	23,4	76,6	100,0
40-59	Tần số(n)	24	56	80
	Tỷ lệ(%)	30,0	70,0	100,0
≥60	Tần số(n)	7	7	14
	Tỷ lệ(%)	50,0	50,0	100,0
Tổng số	Tần số(n)	42	99	141
	Tỷ lệ(%)	29,8	70,2	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ viêm phúc mạc tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi trên 60.

Bảng 4. Tỷ lệ viêm phúc mạc theo nơi cư trú

Nơi cư trú	Viêm phúc mạc	
	Tần số(n=42)	Tỷ lệ
Thành thị	12	28,57%
Nông thôn	30	71,42%
Tổng số	42	100,0%

Nhận xét: Tỷ lệ viêm phúc mạc ở nông thôn nhiều hơn thành thị.

Bảng 5. Tỷ lệ viêm phúc mạc theo thời gian

Số tháng lọc màng bụng		Viêm phúc mạc		Tổng
		Có(n=42)	Không(n=99)	
<24 tháng	Tần số(n)	12	43	55
	Tỷ lệ(%)	21,81%	78,18%	100,0%
24 -<48 tháng	Tần số(n)	16	26	42
	Tỷ lệ(%)	38,09%	61,9%	100,0%
≥48 tháng	Tần số(n)	14	30	44
	Tỷ lệ(%)	31,81%	68,18%	100,0
Tổng	Tần số(n)	42	99	141
	Tỷ lệ(%)	29,8%	70,2%	100,0%
Thời gian trung bình của VPM		41,21±23,59	41,11±34,96	

Nhận xét: Tần suất viêm phúc mạc thường gặp nhất trong nhóm 24-<48 tháng.

Bảng 6. Tỷ lệ cấy dịch màng bụng viêm phúc mạc

Cấy dịch màng bụng	Số lượng (n=42)	Tỷ lệ (%)
Không mọc	34	81,0%
<i>Enterobacter</i>	3	7,1%
<i>Nấm men</i>	1	2,4%
<i>Staphylococcus aureus</i>	3	7,1%
<i>Streptococcus alpha</i>	1	2,4%
Tổng số	42	100,0%

Nhận xét: Tỷ lệ cấy dương tính chiếm 19%.

3.3. Kết quả điều trị viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng bằng ceftazidime phối hợp cephalosin

Bảng 7. Thời gian dịch màng bụng trong của điều trị viêm phúc mạc

Thời gian (ngày) DMB trong	Số lượng	Tối thiểu (ngày)	Tối đa (ngày)	Trung bình (ngày)	Độ lệch chuẩn
Đợt 1(n=42)	42	0	10	3,86	2,543
Đợt 2(n=12)	12	0	8	2,92	2,275
Đợt 3(n=3)	3	3	8	5,00	2,646
Đợt 4(n=2)	2	4	5	4,50	0,707
Đợt 5(n=1)	1	3	3	3,00	

Nhận xét: Dịch màng bụng trong trung bình từ 3 đến 5 ngày.

Bảng 8. Tỷ lệ đáp ứng điều trị viêm phúc mạc bằng kháng sinh ceftazidime phối hợp với cephalosin

Đáp ứng điều trị	Số lượng	Tỷ lệ %
Đợt 1(n=42)	có	35
	không	7
Đợt 2(n=12)	có	9
	không	3
Đợt 3(n=3)	có	3
	không	0
Đợt 4(n=2)	có	2
	không	0
Đợt 5(n=1)	có	1
	Không	0

Nhận xét: VPM đợt 1 có đáp ứng điều trị chung là 83,3%, đợt 2 có đáp ứng điều trị chung là 75%, đợt 3, đợt 4, đợt 5 có đáp ứng điều trị chung là 100,0%.

IV. BÀN LUẬN

4.1.Đặc điểm chung bệnh nhân lọc màng bụng

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 141 bệnh nhân, trong đó nam chiếm 61,75%, nữ chiếm 38,3%, tỷ lệ nam cao hơn nữ, tương đương với nghiên cứu của Lê Việt Cường năm 2015 [2], Lư Thị Mỹ Dung [3], Nguyễn Hùng [7], Hoàng Việt Thắng [9]. Trong nghiên cứu của Trần Lê Quân năm 2013 tại Bệnh viện Chợ Rẫy, tỷ lệ nam 52,3%, nữ chiếm 47,7%, sự khác nhau này là do cỡ mẫu của Trần Lê Quân lớn gấp 4 lần cỡ mẫu của chúng tôi [8]. Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình $45,5 \pm 10,8$ tuổi, so với của Vương Tuyết Mai nhóm bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú có độ tuổi 35-60 chiếm tỷ lệ cao nhất [4].

4.2.Tỷ lệ viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng

4.2.1. Tỷ lệ viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng trong một năm

Tỷ lệ bệnh nhân làm TPPM có biến chứng viêm phúc mạc là 29,2%. So với Võ Thị Kim Hoàng ở Bệnh viện Nguyễn Tri Phương viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng là 25% cho thấy tỷ lệ của chúng tôi cao hơn [5].

Chúng tôi khảo sát trong 1 năm tỷ lệ viêm phúc mạc trong năm là 0,035 đợt/bệnh nhân/năm. Nghiên cứu của Trần Lê Quân tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy tỷ lệ viêm phúc mạc cho các năm 2009 là 0,357 đợt/bệnh nhân/năm, 2010 là 0,481 đợt/bệnh nhân/năm và 2011 là 0,575 đợt/bệnh nhân/năm [8]. Theo Chieko ở Nhật tỷ lệ viêm phúc mạc là 0,195 đợt/bệnh nhân/năm. Như vậy, theo hiệp hội lọc màng bụng thế giới ISPD khuyến cáo vào năm 2016 tỷ lệ viêm phúc mạc không nên vượt quá 0,5 đợt/bệnh nhân/năm [14].

4.2.2.Tỷ lệ viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng theo tuổi

Trong nhóm tuổi <40, tỷ lệ viêm phúc mạc là 23,4%, nhóm tuổi 40-59 tỷ lệ viêm phúc mạc 30%, nhóm tuổi >60 tỷ lệ viêm phúc mạc là 50%, chúng tôi thấy tỷ lệ viêm phúc mạc giữa các nhóm tuổi không khác biệt nhau, điều này cũng phù hợp với tác giả Cheuk-Chun Szeto ghi nhận không có sự khác biệt tỷ lệ viêm phúc mạc giữa nhóm tuổi 40-60 với nhóm trên 70 tuổi [12].

4.2.3.Tỷ lệ viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng theo nơi cư trú

Tỷ lệ viêm phúc mạc tập trung ở nông thôn 71,42% nhiều hơn thành thị 28,57%. Qua phân tích chúng tôi thấy ở nông thôn có tỷ lệ viêm phúc mạc nhiều hơn so với thành thị, có lẽ do ở nông thôn nguồn nước không được đảm bảo tốt, điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Vương Tuyết Mai [4].

4.2.4.Tỷ lệ viêm phúc mạc theo thời gian

Thời gian lọc màng bụng trung bình ở bệnh nhân viêm phúc mạc là $41,21 \pm 23,59$ tháng. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tần suất viêm phúc mạc thường gặp nhất trong nhóm 24-<48 tháng. Theo nghiên cứu của Ana Elizabeth Figueiredo năm 2015 ở Brazil tần suất gặp viêm phúc mạc thường gặp ở khoảng thời gian dưới 4 năm [10], gần với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.5.Tỷ lệ cấy dịch màng bụng viêm phúc mạc

Tỷ lệ có vi khuẩn trong dịch màng bụng qua nuôi cấy ở bệnh nhân viêm phúc mạc chiếm 19%(bao gồm gram dương 9,5%, gram âm 7,1 %, *nấm men* chiếm 2,4%), tỷ lệ cấy không mọc là 81%. So với nghiên cứu của Trần Lê Quân năm 2013 cho thấy tỷ lệ cấy gram dương là 16,2% trong đó cao nhất là *Streptococcus sp* 7,8%, thấp nhất là *Staphylococcus haemolyticus* 0,3%, gram âm là 20,2% trong đó *Ecoli* chiếm 10,2%, *nấm men* 8,4%, lao 0,6% tỷ lệ cấy âm tính là 54,5% [8].

4.3.Kết quả điều trị viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng:

Thời gian dịch màng bụng trong của điều trị viêm phúc mạc: thời gian dịch màng bụng trong trung bình là 2,92 đến 5 ngày so với nghiên cứu của Trần Lê Quân số ngày số ngày dịch trong sau khởi động kháng sinh có đáp ứng: $2,8 \pm 1,5$ ngày [8].

Tỷ lệ đáp ứng điều trị kháng sinh ceftazidime phối hợp cephalosin trong điều trị viêm phúc mạc: tỷ lệ đáp ứng điều trị viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng là 83%, tương đương với kết quả nghiên cứu của Trần Lê Quân là 86% [8].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú là 0,035 đợt/bệnh nhân/năm.

Kết quả điều trị viêm phúc mạc : Thời gian dịch trong trung bình ở các đợt viêm phúc mạc từ 3 đến 5 ngày. Đáp ứng điều trị của viêm phúc mạc đợt 1 là 83,3%, đợt 2 có đáp ứng điều trị là 75%, đợt 3, đợt 4, đợt 5 có đáp ứng điều trị là 100,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2015), Cẩm nang lọc màng bụng, Nhà xuất bản y học. Hà Nội
2. Lê Viết Cường, Phạm Đình Chi (2015), “Khảo sát biến chứng nhiễm trùng ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối thẩm phân phúc mạc liên tục ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh hòa”, Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 19(4), tr.441-444.
3. Lư Thị Mỹ Dung (2014), Nghiên cứu chất lượng sống bằng bảng SF-36 và các rối loạn liên quan ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc màng bụng liên tục ngoại trú, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế.
4. Vương Tuyết Mai, Phạm Thanh Tuyền, Đỗ Gia Tuyền (2015), “Đánh giá kiến thức phòng tránh nhiễm trùng ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú”, Tạp chí nghiên cứu y học, 95 (5), tr.74-82.
5. Võ Thị Kim Hoàng và cộng sự (2010), “Đánh giá hiệu quả thẩm phân phúc mạc liên tục ngoại trú trong điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối”. Tạp chí y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 14(2), tr. 102-108.
6. Trần Thị Bích Hương (2014), “ Chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn từ KDOQI 2002 đến KDIGO GUIDELINES 2012”, Tạp chí y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 18(4), tr.11-21.
7. Nguyễn Hùng, Nguyễn Thị Phòng, Đặng Anh Đào và cs (2011), “Khảo sát các biến chứng của phương pháp lọc màng bụng liên tục ngoại trú ở bệnh nhân giai đoạn cuối”, Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 15(3), tr.45-50.
8. Trần Lê Quân (2013), “Khảo sát vi trùng học và đáp ứng kháng sinh điều trị viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú tại bệnh viện Chợ Rẫy”, Tạp chí y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 17(3), tr. 97-103.
9. Hoàng Viết Thắng (2013) “Nghiên cứu độ thanh thải ure tuần, độ thanh thải creatinin tuần ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối thẩm phân phúc mạc”, Tạp chí Y Dược học-Trường Đại học Y Dược Huế, Số 14, tr. 74-80.
10. Ana Elizabeth Figueiredo, Thyago Proença de Moraes, Judith Bernardini et al (2015), “Impact of patient training patterns on peritonitis rates in a large national cohort study”, Nephrol Dial Transplant, 30, pp. 137–142.
11. Anand Vardhan, Alastair J. Hutchison (2014), “Peritoneal Dialysis”, National Kidney Foundation’s primer on kidney diseases, 59, pp. 520-533.
12. Cheuk-Chun Szeto (2015), “Peritoneal Dialysis-Related Infection in the Older Population”, Peritoneal Dialysis International, Vol. 35, pp. 659–662.
13. Chioko Higuchi, Minoru Ito, Ikuto Masakane et al (2016), “Peritonitis in peritoneal dialysis patients in Japan: a 2013 retrospective questionnaire survey of Japanese Society for Peritoneal Dialysis member institutions”, Renal Replacement Therapy, 2(2).
14. Philip Kam-Tao Li, Cheuk Chun Szeto, Beth Piraino et al (2016), “ISPD peritonitis recommendations: 2016 update on prevention and treatment”, Peritoneal Dialysis International, Vol. 36, pp. 481–508.

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM
TENOFOVIR Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**

Đoàn Công Du

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm vi rút viêm gan B (HBV) có thể dẫn đến viêm gan mạn tiến triển, xơ gan và HCC. Tenofovir TDF được coi là liệu pháp điều trị đầu tiên cho viêm gan siêu vi B mạn giúp cải thiện cuộc sống và giảm tỷ lệ tử vong do HBV. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị sớm của tenofovir TDF ở bệnh nhân viêm gan siêu vi B mạn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích 102 bệnh nhân trên 15 tuổi được chẩn đoán viêm gan siêu vi B mạn và được điều trị bằng thuốc tenofovir TDF tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An giang từ tháng 3/2018 đến tháng 3/2019. Nghiên cứu về cận lâm sàng và kết quả điều trị sớm của tenofovir TDF. Theo dõi đáp ứng điều trị sau 3, 6 tháng về men ALT, sự chuyển đổi huyết thanh HBeAg(+) sang HBeAg(-) ở nhóm bệnh nhân HBeAg(+) và tỷ lệ đáp ứng HBV DNA. **Kết quả:** Trung bình men ALT là $135,4 \pm 81,3$ UI/mL, nồng độ men ALT tăng trước điều trị là 96,1%. Tỷ lệ bệnh nhân viêm gan siêu vi B mạn có HBeAg(+) là 49% và HBeAg(-) là 51%. Tỷ lệ các mức độ tổn thương gan theo Fibroscan lần lượt là F0 38,2%, F1 là 20,6%, F2 là 10,8%, F3 là 16,7% và F4 với 13,7%. Đáp ứng men ALT sau 3 tháng, 6 tháng ở 2 nhóm bệnh nhân có HBeAg(+) và HBeAg(-) là 44,1% và 70,6%. Tỷ lệ chuyển đổi huyết thanh HBeAg(+) sang HBeAg(-) sau 3 tháng và 6 tháng lần lượt là 16% và 52%. Tỷ lệ đáp ứng siêu vi sau 3 tháng là 95,1% và sau 6 tháng là 98%. **Kết luận:** Fibroscan có giá trị để đánh giá xơ hóa gan ở bệnh nhân viêm gan siêu vi B mạn. Tenofovir TDF có kết quả điều trị sớm ở bệnh nhân viêm gan siêu vi B mạn biểu hiện qua đáp ứng về nồng độ HBV-DNA, men ALT và chuyển đổi huyết thanh từ HBeAg(+) sang HBeAg(-) sau 3, 6 tháng điều trị.

Từ khóa: viêm gan B mạn, tenofovir, HBeAg

ABSTRACT

**STUDY ON LABORATORY CHARACTERISTICS AND RESULTS OF EARLY
TREATMENT OF TENOFOVIR IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B IN
AN GIANG CENTER GENERAL HOSPITAL**

Background: Hepatitis B infection (HBV) can lead to progressive chronic hepatitis, cirrhosis and HCC. Tenofovir (TDF) is considered the first treatment for chronic hepatitis B to improve life and reduce death rate due to HBV. **Objectives:** To describe laboratory characteristics and evaluate the early treatment results of tenofovir in patients with chronic hepatitis B. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis in 102 patients over 15 years of age diagnosed with chronic hepatitis B and treated with tenofovir TDF in An Giang Center General Hospital from March 2018 to March 2019. Research on laboratory characteristics and early treatment results of tenofovir. Monitor treatment response after 3, 6 months of ALT enzyme, HBeAg(+) to HBeAg seroconversion (-) in HBeAg(+) and HBV DNA response rates. **Results:** The average ALT level was 135.4 ± 81.3 UI/mL the pre-treatment ALT level increased to 96.1%. The proportion of patients with chronic hepatitis B with HBeAg(+) was 49% and HBeAg(-) was 51%. The rate of liver damage according to Fibroscan was F0 38.2%, F1 was 20.6%, F2 was 10.8%, F3 was 16.7% and F4 was 13.7%. ALT enzyme response after 3 months and 6 months in 2 groups of patients with HBeAg(+) and HBeAg(-) was 44.1% and 70.6%. The rate of seroconversion from HBeAg(+) to HBeAg(-) after 3 months and 6 months was 16% and 52% respectively. **Conclusion:** Fibroscan is valuable for assessing liver fibrosis in chronic hepatitis B patients. Tenofovir TDF has early treatment results in patients with chronic hepatitis B expressed in response to HBV-DNA levels, ALT enzymes and seroconversion from HBeAg(+) to HBeAg (-) after 3 months, 6 months of treatment.

Keywords: chronic hepatitis B, tenofovir, HBeAg

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên toàn thế giới, ước tính có đến 240 triệu người bị viêm gan siêu vi B với tỷ lệ hiện mắc thay đổi theo từng vùng địa dư cao nhất ở Châu Phi và Châu Á. Tử vong vì xơ gan và ung thư gan vào khoảng 310.000 đến 340.000 người mỗi năm [2], [12]. Tại bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới Thành phố Hồ Chí Minh; 37,8% bệnh nhân xơ gan có liên quan đến siêu vi B. Việc đánh giá kết quả điều trị sớm có thể dự báo khả năng đáp ứng với virus hay thất bại với điều trị, điều này rất cần thiết để tiếp tục hay thay đổi phác đồ điều trị [12], [13]. Trong các nucleotides, tenofovir TDF là thuốc được cộng đồng Châu Âu cho phép sử dụng điều trị viêm gan siêu vi B mạn từ tháng 4/2008 vì có tác dụng chống vi rút mạnh, hàng rào kháng thuốc cao, cải thiện mô học rõ rệt, ngay cả khi có đột biến [2], [11]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài **“Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng và kết quả điều trị sớm tenofovir ở bệnh nhân viêm gan siêu vi B mạn tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang”** với các hai mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm gan siêu vi B mạn tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2018-2019.

2. Đánh giá kết quả điều trị sớm của tenofovir TDF ở bệnh nhân viêm gan siêu vi B mạn tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2018-2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân trên 15 tuổi được chẩn đoán xác định viêm gan siêu vi B mạn và được điều trị bằng thuốc tenofovir TDF tại Phòng khám Truyền Nhiễm bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 3 /2018 đến tháng 3 /2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

HBsAg (+) kéo dài > 6 tháng hoặc Anti HBc (+) hoặc xơ hóa gan.

HBV DNA $\geq 10^5$ copies/mL nếu HBeAg (+) hoặc HBV DNA $\geq 10^4$ copies/mL nếu HBeAg (-).

Kèm theo ALT > 2 lần giá trị bình thường hoặc có bằng chứng xơ hóa gan được đánh giá bằng Fibroscan.

Bệnh nhân chưa dùng thuốc kháng vi rút điều trị VGSV B mạn trước đó [10].

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không giao tiếp được.

Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Đồng nhiễm HCV, HIV, HAV hoặc bệnh nhân HCC.

Có dùng thuốc hại cho gan kéo dài trong vòng 6 tháng trước đó(thuốc làm tăng men gan).

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu

α : mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha=0,05$.

Theo nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Phương, kết quả điều trị viêm gan siêu vi B mạn bằng tenofovir TDF tại bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới thành phố Hồ Chí Minh năm 2012 là 94,4% [7], do đó chúng tôi chọn $p = 0,944$.

d: sai số cho phép, chọn $d = 0,05$. Mẫu thực tế là 102 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: toàn bộ những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn đối tượng được chúng tôi đưa vào nghiên cứu cho đến khi đạt được cỡ mẫu ước lượng.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung, cận lâm sàng và đánh giá đáp điều trị sớm của bệnh nhân VGSV B mạn bằng thuốc tenofovir TDF sau 3 tháng và 6 tháng.

Chỉ định điều trị khi:

ALT tăng >2 lần giá trị bình thường hoặc có bằng chứng xơ hóa gan bất kể ALT ở mức nào và HBV DNA $\geq 10^5$ copies/ml nếu HBeAg (+) hoặc HBV DNA $\geq 10^4$ copies/ml nếu HBeAg (-) [1], [9].

Kỹ thuật thu thập số liệu

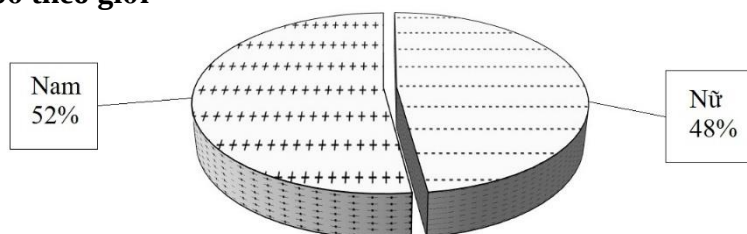
Các xét nghiệm được thực hiện tại bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An giang như: ALT, HBsAg, HBeAg, Anti-HBe, định lượng HBV DNA theo kỹ thuật PCR Real-time. Đánh giá xơ hóa gan bằng máy Fibroscan 402.

Phương pháp xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Đối với biến định tính trình bày bằng tần số và tỷ lệ. Sử dụng Test Mc Nemar so sánh tỷ lệ tại 2 thời điểm của 1 nhóm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân viêm gan siêu B mạn

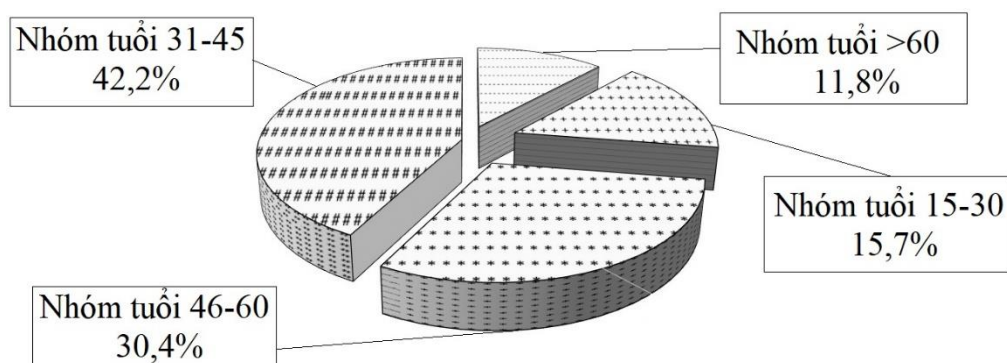
3.1.1. Phân bố theo giới



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ viêm gan siêu vi B mạn phân theo giới tính

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng VGSVB mạn ở nam là 52% và nữ là 48%.

3.1.2. Phân bố theo nhóm tuổi



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ viêm gan siêu vi B mạn phân theo nhóm tuổi

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng trước điều trị

Bảng 1. Nồng độ trung bình của men ALT trước điều trị

Cận lâm sàng	Trung bình± SD	Trung vị	Thấp nhất	Cao nhất
ALT (UI/mL)	135,4±81,3	127,2	13,5	575,1

Bảng 2. Đặc điểm HBeAg trước điều trị

HBeAg	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Dương tính	50	49,0
Âm tính	52	51,0
Tổng	102	100,0

Bảng 3. Tỷ lệ các mức độ tổn thương gan theo Fibroscan trước điều trị

Chỉ số (kPa)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
F0 (1–5 kPa)	39	38,2
F1 (5–7 kPa)	21	20,6
F2 (7,1–8,6 kPa)	11	10,8
F3 (8,7–14,5 kPa)	17	16,7
F4 (>14,6 kPa)	14	13,7
Tổng	102	100

3.3. Kết quả điều trị sớm của tenofovir TDF ở bệnh nhân viêm gan siêu vi B mạn

Bảng 4. Kết quả ALT sau 3, 6 tháng điều trị ở nhóm HBeAg (+) và HBeAg (-)

ALT	Trước điều trị (1)		Sau 3 tháng (2)		Sau 6 tháng (3)		p ₁₋₂ p ₁₋₃
	n	%	n	%	n	%	
Bình thường	4	3,9	45	44,1	72	70,6	<0,001
Tăng	98	96,1	57	55,9	30	29,4	<0,001
Tổng	102	100	102	100	102	100	

Bảng 5. Kết quả chuyển đổi từ HBeAg (+) về HBeAg (-) sau 3 và 6 tháng

HBeAg	Trước điều trị		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng		p
	n	%	n	%	n	%	
Dương tính	50	100,0	42	84,0	24	48,0	0,008 <0,001
Âm tính	0	0	8	16,0	26	52,0	
Tổng	50	100,0	50	100,0	50	100,0	

Bảng 6. Tỷ lệ giảm HBV-DNA xuống dưới ngưỡng phát hiện sau 3, 6 tháng

Nồng độ HBV-DNA	Sau 3 tháng		Sau 6 tháng		p
	n	%	n	%	
Dưới ngưỡng	27	26,5	78	76,5	<0,001
Trên ngưỡng	75	73,5	24	23,5	
Tổng	102	100,0	102	100,0	

Bảng 7. Tỷ lệ đáp ứng siêu vi của bệnh nhân viêm gan B mạn

Siêu vi	Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	n	%	n	%
Có đáp ứng sớm	97	95,1	100	98,0
Chưa đáp ứng	5	4,9	2	2,0
Tổng	102	100,0	102	100,0

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung

Từ kết quả biểu đồ 3.1 trong nghiên cứu của chúng tôi các đối tượng là nam giới chiếm tỷ lệ 52% và nữ là 48%. Nghiên cứu của tác giả Đinh Văn Huy cũng ghi nhận tỷ lệ nam giới mắc VGSVB mạn cao hơn nữ với tỷ lệ là 66,0% nam, 34% nữ [4]. Tác giả Lê Thanh Phương cũng ghi nhận tỷ lệ nam cao hơn nữ với 55,56% ở nam và 44,44% ở nữ [7]. Như vậy, nam giới có tỷ lệ mắc bệnh viêm gan siêu vi B mạn cao hơn nữ giới.

Về phân bố nhóm tuổi qua biểu đồ 3.2 chúng tôi ghi nhận ở nhóm từ 31 - 45 tuổi có tỷ lệ cao nhất với 42,2% tiếp theo là nhóm từ 46 – 60 tuổi 30,4% và nhóm từ 15-30 tuổi có tỷ lệ 15,7%. Nghiên cứu của tác giả Lê Đức Nhuận ghi nhận kết quả các đối tượng VGSVB mạn nhóm tuổi từ 31-45 tuổi là 36,2% và từ 46-60 tuổi là 24,6% [6]. Chúng tôi nhận thấy ở các nghiên cứu thì tỷ lệ VGSV B mạn chủ yếu ở nhóm đối tượng có độ tuổi từ 31-45 tuổi. Điều này cũng phù hợp vì trước đây thì tỷ lệ viêm gan siêu vi B là chưa cao, việc tiêm ngừa cũng chưa được chú trọng, ngoài ra vấn đề phát hiện và tầm soát viêm gan siêu vi B cũng chưa được quan tâm nhiều. Ngày nay, cuộc sống ngày càng phát triển, lứa tuổi trẻ được tiêm ngừa nhiều hơn nên tỷ lệ mắc HBV ít hơn.

Đặc điểm cận lâm sàng

Kết quả bảng 1 cho thấy nồng độ trung bình men ALT trước khi điều trị là 135,4±81.3UI/mL. Trong nghiên cứu của Dương Hữu Tín thì nồng độ trung bình men ALT là 142,02±51.3UI/mL. Tỷ lệ men ALT tăng trước điều trị theo bảng 4 là 96,1%.

Qua kết quả bảng 2 chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có HBeAg(+) là 49%. Nghiên cứu của Dương Hữu Tín thì tỷ lệ HBeAg(+) là 40,51% [8]. Nghiên cứu của Đình Văn Huy ghi nhận kết quả HBeAg(+) là 58,0% [4]. Trong VGSV B mạn, HBeAg hiện diện trong huyết thanh ngay từ thời kỳ ủ bệnh và biến mất nhanh sau khi các triệu chứng lâm sàng xuất hiện. Do đó, việc phát hiện HBeAg còn phụ thuộc vào từng thời điểm xét nghiệm cũng như sự đáp ứng miễn dịch của từng bệnh nhân mà có sự chuyển đổi huyết thanh từ dương sang âm. Đây là lý do làm cho tỷ lệ HBeAg(+) và HBeAg(-) của các nghiên cứu ở nhiều mức độ khác nhau.

Qua kết quả bảng 3, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ các mức độ tổn thương gan theo Fibroscan của bệnh nhân VGSV B mạn trước điều trị F0 là cao nhất với 38,2%, kế đến là F1 với 20,6%, F2 là 10,8%, F3 là 16,7% và thấp nhất là F4 với 13,7%. Trong nghiên cứu của Lê Đức Nhuận ghi nhận các đối tượng viêm gan siêu vi B mạn có chỉ số F0 là 33,3%, kế đến F1 là 27,5%, F2 là 4,4%, F3 là 21,7% và F4 là 13,1% [6]. Nhận thấy Fibroscan là một kỹ thuật đánh giá rất tốt về cấu trúc tế bào gan để chỉ định và đánh giá hiệu quả điều trị ở các đối tượng VGSV B mạn, ngoài các chỉ số cận lâm sàng thì việc kết hợp giữa đánh giá cấu trúc gan qua Fibroscan làm cho hiệu quả điều trị càng có giá trị hơn. Nếu giá trị Fibroscan được cải thiện theo kết quả đáp ứng điều trị thì đây là một dấu hiệu rất tốt ở các đối tượng VGSV B mạn [6].

Kết quả điều trị bằng thuốc kháng vi rút tenofovir TDF

Đáp ứng men ALT

Kết quả bảng 4 cho thấy sau 3 tháng, 6 tháng điều trị nồng độ men ALT ở 2 nhóm HBeAg(+) và HBeAg(-) trở về bình thường là 44,1% và 70,6% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Nghiên cứu Lê Thanh Phương (2012) và cộng sự cho thấy tỷ lệ bình thường hóa men ALT sau 3 tháng điều trị chiếm 47,7% [7]. Kết quả này cũng tương tự kết quả của Trần Văn Huy thì bình thường hóa men ALT tăng theo thời gian ở thời điểm 3 tháng và 6 tháng ở 2 nhóm bệnh nhân VGSVB mạn có HBeAg(+) và HBeAg(-) lần lượt là 56% và 73,3% [5]. Dương Hữu Tín (2015) thì tỷ lệ đáp ứng chung men ALT sau 3 tháng là 67,09% [8].

Đáp ứng huyết thanh

Mất HBeAg(+) trong quá trình điều trị là một đáp ứng thuận lợi nhưng không bền vững [9]. Chuyển đổi huyết thanh HBeAg là một tiêu chí quan trọng trong quá trình điều trị, sự mất HBeAg và xuất hiện Anti HBe có ý nghĩa trong đáp ứng điều trị ở nhóm HBeAg(+). Kết quả nghiên cứu từ bảng 5 cho thấy tỷ lệ chuyển đổi huyết thanh từ HBeAg(+) sang HBeAg(-) sau 3 tháng là 16% với $p = 0,008$ và sau 6 tháng là 52% với $p < 0,001$. Nghiên cứu của Lê Đức Nhuận thì tỷ lệ này là 9,1% và 24,2% [6]. Nghiên cứu của Patrick Marcellin và cộng sự thấy rằng tỷ lệ chuyển đổi huyết thanh sau 48 tuần điều trị tenofovir TDF là 21% [14]. Nghiên cứu Trần Văn Huy cho thấy tỷ lệ HBeAg(+) chuyển sang HBeAg(-) sau 3 tháng điều trị là 9,8% [5].

Đáp ứng HBV DNA

Nồng độ HBV DNA là một trong các chỉ số quan trọng nhất để chỉ định điều trị và đánh giá đáp ứng điều trị của bệnh nhân VGSV B mạn vì có liên quan tới giảm tần suất xơ gan và ung thư tế bào gan [5]. Trong nghiên cứu chúng tôi sau 3, 6 tháng điều trị bằng tenofovir TDF thì nồng độ HBV DNA dưới ngưỡng phát hiện ở 2 nhóm HBeAg(+) và HBeAg (-) lần lượt là 26,5% và 76,5%, theo tác giả Trần Văn Huy là 24 % và 52% [5]. Nghiên cứu của Hong Shi thì nồng độ HBV DNA dưới ngưỡng phát hiện lần lượt là 25% và 75,5% [10]. Tỷ lệ đáp ứng sớm siêu vi sau 3 tháng điều trị là 95% và sau 6 tháng là 98%. Nhìn chung, kết quả này tương tự nghiên cứu của Lê Thanh Phương là 95% và 94,4% [7].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 102 bệnh nhân viêm gan siêu vi B mạn tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, chúng tôi rút ra kết luận như sau:

Nồng độ trung bình men ALT trước điều trị là $135,4 \pm 81,3$ UI/mL và tỷ lệ men ALT tăng là 96,1%. Tỷ lệ bệnh nhân viêm gan siêu vi B mạn có HBeAg(+) là 49% và HBeAg(-) là 51%. Tỷ lệ các mức độ tổn thương gan theo Fibroscan lần lượt F0 là 38,2%, F1 là 20,6%, F2 là 10,8%, F3 là 16,7% và F4 13,7%. Đáp ứng men ALT sau 3 tháng, 6 tháng ở 2 nhóm bệnh

nhân có HBeAg(+) và HBeAg(-) là 44,1% và 70,6%. Tỷ lệ chuyển đổi huyết thanh từ HBeAg(+) sang HBeAg(-) sau 3 tháng và 6 tháng lần lượt là 16% và 52%. Tỷ lệ đáp ứng siêu vi sau 3 tháng là 95,1% và sau 6 tháng là 98%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *Quyết định về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan virus B*.
2. Nguyễn Hữu Chí (2016), *Các bệnh gan thường gặp trong thực hành lâm sàng*, Nhà xuất bản tổng hợp Thành phố Hồ Chí Minh, tr.15-20.
3. Phạm Ngọc Hoa, Hồ Bảo Hoàng (2010), “Mối tương quan giữa men gan và ferritin trên bệnh nhân viêm gan B, C mạn”, *Kỷ yếu hội nghị khoa học Bệnh viện An Giang*, tr. 132-134.
4. Đình Văn Huy (2012), *Đánh giá kết quả điều trị của thuốc Tenofovir trên bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính tại bệnh viện Nhiệt Đới Trung Ương*, Luận văn thạc sĩ Y học, Hà Nội.
5. Trần Văn Huy, Nguyễn Hoài Phong (2014), “Nghiên cứu đáp ứng lâm sàng, sinh hóa và virus sau 12 tháng điều trị tenofovir trên bệnh nhân viêm gan B mạn tính”, *Tạp chí Y Dược học*, Trường đại học Y dược Huế, Số 11-2012, tr. 15-21.
6. Lê Đức Nhuận (2017), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị sớm bệnh viêm gan virus B mạn tại Bệnh viện Quân y 121, năm 2016 – 2017*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
7. Lê Thanh Phương, Lê Mạnh Hùng và Cao Ngọc Nga (2012), “Hiệu quả của Tenofovir trong điều trị viêm gan B mạn”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 16, phụ bản của số 1, tr. 107-113.
8. Dương Hữu Tín, Trần Ngọc Dung, Kha Hữu Nhân (2014), “Đặc điểm cận lâm sàng và kết quả sớm điều trị viêm gan siêu vi B tại Bệnh viện, Trường Đại học y dược Cần Thơ năm 2013-2014”, *Tạp chí Y học dược Cần Thơ*, số 1, tr. 12-17.
9. European Association for the Study of the Liver (2017), “EASL Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis B virus infection”, *Journal of Hepatology*, vol. 67-2017, pp. 198-370.
10. Hong Shi, Mingxing (2016), “Efficacy comparison of tenofovir and entecavir in HBeAg-Positive chronic hepatitis B patients with high HBV DNA”, pp. 1-6.
11. Hyung Joon Yim, Anna Suk-Fong Lok (2006), "Natural History of Chronic Hepatitis B Virus Infection: What We Knew in 1981 and What We Know in 2005", *Hepatology*, 43(2), pp. 173-181.
12. Jing Zhou, Yue-Ying Liu (2017), “Efficacy and safety of tenofovir disoproxil treatment for chronic hepatitis B patients with genotypic resistance to other nucleoside analogues: a prospective study”, *Chinese Medical Journal*, Vol 130, pp. 914-919.
13. Minxing Huang, Yusheng Jie (2015), “Comparison of the efficacy of tenofovir disoproxil fumarate and entecavir for initial treatment of patient with chronic hepatitis B in China”, Vol 8(1), pp. 666-673.
14. Patrick Marcellin and et al (2008), “Tenofovir disoproxil fumarate versus adefovir dipivoxil for chronic hepatitis B”, *The new England Journal of Medicine*, Vol 359 (23), pp. 2442-2455.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NGƯỜI LỚN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Văn Minh, Dương Quốc Hiền,
Nguyễn Thị Ánh Hồng, Phạm Hữu Kiệt.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue người lớn tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang. **Đối tượng và phương pháp:** thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 120 bệnh nhân ≥ 16 tuổi, được chẩn đoán bệnh sốt xuất huyết Dengue theo hướng dẫn của Bộ Y Tế năm 2019 [1]. Ghi nhận các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân, theo dõi và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân khi xuất viện. **Kết quả:** về lâm sàng sốt chiếm tỉ lệ cao nhất 100%, đau đầu 99,2%, nôn 98,3%, đau khớp 97,5%, đau hạ sườn phải 47,6%, mệt mỏi 35,8%, tiêu chảy 0,8%, dấu dây thắt (+) 71,7%, chấm xuất huyết 4,2%, mảng xuất huyết 1,7%, chảy máu răng 17,5%, xuất huyết âm đạo 3,3%, xuất huyết đa dạng chiếm tỉ lệ 1,7%. Sốt xuất huyết Dengue 88 (73,3%), sốt xuất huyết Dengue cảnh báo 19 (15,8%), sốt xuất huyết Dengue nặng 13 (10,9%). Cận lâm sàng có Hct tăng $< 48\%$ chiếm 53,1%, 98,4% bệnh nhân giảm tiểu cầu, 71,9% bệnh nhân có bạch cầu giảm < 4000 , 52,7% bệnh nhân có AST tăng và 33,3% bệnh nhân có ALT tăng, dày thành túi mật chiếm 4,2%, tràn dịch màng bụng 0,8%, màng phổi 0,8%, tràn dịch đa màng 12,5% xét nghiệm NS1 Dengue (+) 78,3%, IgM Dengue (+) 52,5%, IgG Dengue (+) 53,3%. Số ngày nằm viện trung bình $4,2 \pm 1,6$ ngày, điều trị khỏi 98,3%, chuyển tuyến trên 1,7%. **Kết luận:** bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue người lớn nhập viện không nhiều nhưng số bệnh nhân ở mức độ nặng nhập viện chiếm tỷ lệ cao 10,9%, điều trị khỏi 98,3% , chuyển tuyến trên 1,7%. **Từ khóa :** sốt xuất huyết Dengue

ABSTRACT

THE CLINICAL , PARACLINICAL FEATURES AND RESULTS OF TREATMENT IN ADULTS DENGUE HEAMORRHAGIC FEVER AT INFECTIOUS SCIENCE OF GENERAL HOSPITAL AN GIANG CENTER

Objectives: To investigate clinical and subclinical characteristics and evaluate the results of treatment of adult Dengue hemorrhagic fever patients at an giang Central General Hospital. **Object and method:** design cross-sectional descriptive study, performed on 120 patients ≥ 16 years old, diagnosed with Dengue dengue fever according to guidelines of the Ministry of Health in 2019. Recognize clinical and subclinical signs on patients, monitor and evaluate the results of treatment of patients upon discharge. **Results:** Clinical fever accounted for the highest rate of 100%, Headache accounted for 99.2%, Vomiting accounted for 98.3%, joint pain accounted for 97.5%, Pain in the right flank accounted for 47.6%, Fatigue accounted for 35.8%, the lowest was 0.8%, diarrhea (+) accounted for 71.7%, 4.2% bleeding, 1.7% bleeding, tooth bleeding 17.5%, vaginal hemorrhage accounts for 3.3%, (Dengue hemorrhage accounts for 1.7%. Dengue hemorrhage accounts for 88 (73.3%), Dengue hemorrhagic fever warns 19 (15 , 8%), Dengue hemorrhagic fever weighs 13 (10.9%). Clinical clinical manifestations have increased by 48%, accounting for 53.1%, 98.4% of patients with thrombocytopenia, 71.9% of patients have leukocyte count < 4000 , 52.7% of patients with AST increased and 33.3% of patients with elevated ALT, gallbladder thickening accounted for 4.2%, peritoneal fluid 0.8%, pleural 0.8 % , multi-membrane effusion 12.5% test NS1 Dengue (+) 78.3%, IgM Dengue (+) 52.5%, IgG Dengue (+) 53.3%. Average number of hospital days Average 4.2 ± 1.6 days, 98.3% treatment, transfer to a higher level hospital 1.7%: **Conclusion:** Adult Dengue hemorrhagic fever patients admitted to the hospital are not many, but the number of hospitalized patients with severe hospitalization accounts for 10.9%. Successful treatment of 98.3%, transfer to a higher level hospital 1.7%. **Conclusion:** Adult Dengue hemorrhagic fever patients were hospitalized not much, but the number of patients with severe hospitalization accounts for a high proportion.

Key words: Dengue Heamorrhagic Fever.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, theo số liệu thống kê của Bộ Y Tế 2019 có 320.331 ca mắc với 53 ca tử vong, chiếm tỉ lệ 0.016%. Dịch sốt xuất huyết Dengue bùng phát rất mạnh ở hầu hết các tỉnh thành trong cả nước, xảy ra quanh năm, đặc biệt là ở miền Nam. Bệnh cảnh lâm sàng của sốt xuất huyết rất phức tạp và đa dạng từ sốt xuất huyết Dengue đến sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo, sốt xuất huyết Dengue nặng tùy theo tuổi, tình trạng bệnh lý có sẵn và chủng vi rút [1]. Theo nghiên cứu của Hà Văn Phúc tại huyện Vĩnh Thuận tỉnh Kiên Giang bệnh xảy ra ở người lớn chiếm 30,9% trong tổng số các trường hợp SXHD [6].

Tại An Giang, trong những năm gần đây tình hình bệnh sốt xuất huyết diễn biến phức tạp. Vì đến thời điểm này tại An Giang vẫn chưa có công trình nghiên cứu nào về bệnh sốt xuất huyết Dengue người lớn. Do đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue người lớn tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang”, với nghiên cứu với các mục tiêu cụ thể như sau:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue người lớn điều trị tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue người lớn tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: bệnh nhân ≥ 16 tuổi được chẩn đoán xác định bệnh SXHD điều trị tại Bệnh viện Đa Khoa Trung tâm An Giang Từ tháng 10/2019 đến tháng 06/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh SXHD và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh SXHD nhưng không đầy đủ các thông tin và lâm sàng, cận lâm sàng theo yêu cầu. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh SXHD nhưng có kèm theo các bệnh như: bệnh về máu, bệnh suy gan, bệnh suy tim, bệnh suy thận cấp, suy thận mạn, bệnh nhiễm trùng khác đi kèm, mang thai, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

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

2.3. Mẫu nghiên cứu:

- Cỡ mẫu: $n = 120$

- Phương pháp chọn mẫu: tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán sốt xuất huyết theo hướng dẫn của Bộ Y tế 2019 đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang từ tháng 10/2019 đến tháng 06/2020.

2.4 Nội dung nghiên cứu: nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của bệnh sốt xuất huyết Dengue người lớn tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: người nghiên cứu trực tiếp hỏi bệnh nhân bằng bộ câu hỏi soạn sẵn, khám lâm sàng, cận lâm sàng và ghi vào phiếu thu thập.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung: Tuổi trung bình $27,8 \pm 1,4$, cao nhất 68 tuổi, thấp nhất 16 tuổi. Nam chiếm tỉ lệ 55%, nữ chiếm tỉ lệ 45%.

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng

Sốt chiếm tỉ lệ cao nhất 100%, đau đầu 99,2%, nôn 98,3%, đau khớp 97,5%, đau hạ sườn phải 47,6%, mệt mỏi chiếm tỉ lệ 35,8% thấp nhất là tiêu chảy tỉ lệ 0,8%, dấu dây thắt (+) 71,7%, chấm xuất huyết 4,2%, mảng xuất huyết 1,7%, chảy máu răng 17,5%, xuất huyết âm đạo 3,3%, (xuất huyết âm đạo + chảy máu chân răng) 1,7%. SXHD chiếm 88 (73,3%), SXHD cảnh báo 19 (15,8%) và SXHD nặng 13 (10,8).

3.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.1. Sự thay đổi hematocrit ở bệnh nhân SXHD

Hct (%)	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
<42 %	70	58,3

42 - 47%	39	32,5
48 – 50%	1	0,8
> 50 %	10	8,3

Nhận xét: Hct <42% chiếm tỉ lệ cao nhất là 58,3%.

Bảng 3.2. So sánh sự thay đổi Hct theo ngày của bệnh

Hct (%)	Ngày 1- 3	Ngày 4- 5
≤42 %	70 (58,3%)	13 (10,8%)
43 - 47%	39 (32,5%)	68 (68,3%)
48 – 50%	1 (0,8%)	20 (16,7%)
> 50 %	10 (8,3%)	5 (4,2%)

Nhận xét: Hct ở BN tăng cao vào ngày 4- 5, Hct > 42% chiếm tỉ lệ 89,2%.

Bảng 3.3.Sự thay đổi tiểu cầu ở bệnh nhân SXHD

Tiểu cầu ($10^9/l$)	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
≤ 30	14	11,7
> 30 -70	23	19,2
>70 – 100	42	35
>100 – 150	26	21,7
> 150	15	12,5
Tổng	120	100

Nhận xét: Nhóm tiểu cầu ≤ 30.000 chiếm tỉ lệ thấp nhất 11,7%.

Nhóm tiểu cầu 70.000- 100.000 chiếm tỉ lệ 35%.

Bảng 3.4. So sánh sự thay đổi tiểu cầu theo ngày của bệnh

Tiểu cầu ($10^9/l$)	Ngày 1-3	Ngày 4- 5
≤30	14 (11,7%)	19 (15,8%)
> 30 -70	23 (19,2%)	35 (29,2%)
>70 – 100	42 (35%)	25 (20,8%)
>100 – 150	26 (21,7%)	40 (33,3)
> 150	15 (12,5%)	1 (0,8%)
Tổng	120 (100%)	120 (100%)

Nhận xét: Ngày 1- 3 của bệnh tiểu cầu < 70.000 chiếm tỉ lệ 30,9%.

Ngày 4- 5 tiểu cầu < 70.000 chiếm tỉ lệ 45%.

Bảng 3.5.Sự thay đổi bạch cầu ở bệnh nhân SXHD

Bạch cầu	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
< 4000	73	60,8
4000-9000	44	36,7
>9000	3	2,5

Nhận xét: Bạch cầu < 4000 chiếm tỉ lệ 60,8%.

Bảng 3.6. Sự chuyển độ trong điều trị SXHD

Chuyển độ	Không chuyển độ
5 (4.16%)	115 (95.84%)

3.2.Kết quả điều trị SXHD

Số ngày điều trị trung bình $5,4 \pm 0,5$ ngày.

Bảng 3.7. Số ngày điều trị bệnh SXHD.

Số ngày điều trị	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
≤3	9	7,5
4	49	40,8

5	11	9,2
6	14	11,7
7	14	11,7
8	19	15,8
9	3	2,5
10	1	0,8

Bảng 3.8. Tỷ lệ điều trị khỏi bệnh

Kết quả	Điều trị thành công	Chuyển tuyến trên
Số bệnh nhân	118	2
Kết quả	98.3%	1.7%

Nhận xét: Điều trị khỏi bệnh chiếm tỷ lệ 98,3%, chuyển tuyến trên là 1,7 %.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng kèm theo sốt như sau: đau đầu chiếm tỉ lệ 99,2%, nôn 98,3%, đau khớp 97,5%, đau hạ sườn phải 47,6%, mệt mỏi 35,8%, thấp nhất là tiêu chảy 0,8 %, dấu dây thắt (+) 71,7%, chấm xuất huyết 4,2%, mảng xuất huyết 1,7%, chảy máu răng 17,5%, xuất huyết âm đạo 3,3%, xuất huyết đa dạng 1,7%. SXHD chiếm 88 (73,3%), SXHD cảnh báo 19 (15,8%), SXHD nặng 13 (10,8%). Trong nghiên cứu của tác giả Hoàng Thái Dương [3], bệnh nhân đau đầu chiếm tỷ lệ khá cao 62,4% [8]. Theo tác giả Tống Việt Thắng (2013), triệu chứng nôn ói ở nhóm SXHD là 16,3%, nhóm SXHD nặng là 84,2% và triệu chứng tiêu phân lỏng ở hai nhóm này lần lượt là 3,4% và 42,1%. Sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [9]. Theo tác giả Om Parkash, Aysha Almas (2010), triệu chứng buồn nôn và nôn ói chiếm 48,8%, đau nhức cơ thể chiếm 16%, đau hạ sườn phải chiếm 18,2%, triệu chứng ho 9% và tiêu phân lỏng 10% [11].

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự những tác giả khác với các triệu chứng kèm theo sốt bao gồm: đau đầu, đau nhức cơ thể, buồn nôn, nôn ói, đau hạ sườn phải và tiêu phân lỏng.

Hematocrit tăng do hiện tượng thất thoát huyết tương khỏi thành mạch. Hct sẽ tăng dần từ ngày 1, đạt đến mức cao nhất vào ngày 4-5, sau đó giảm xuống sau ngày 6. Theo tác giả Đỗ Tuấn Anh (2011), ở nhóm bệnh nhân SXHD có Hct $\geq 48\%$ chiếm 9%, 40-47,9% chiếm 43,3% và $< 40\%$ chiếm 47,8%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Tống Việt Thắng (2013) ghi nhận Hct tăng $\geq 48\%$ ở nhóm SXHD chiếm 15,3% [9]. Theo tác giả Đoàn Văn Quyền (2011), Hct bắt đầu tăng từ ngày 1-3 và hiện tượng cô đặc máu chiếm 14,6% ở ngày 1-3, tiếp tục gia tăng đến ngày 4-5 đạt tỷ lệ 34,48% và đến ngày 6-7 vẫn giữ mức 33,3% [7].

Tác giả Nguyễn Việt Thu Trang [10], Hematocrit bắt đầu tăng từ ngày 1-3, cô đặc máu xuất hiện và đạt đỉnh từ ngày 4-7, kéo dài đến ngày 11 của bệnh. Tiểu cầu bắt đầu giảm từ ngày 1-3, giảm nhiều nhất từ ngày 4-7. Bạch cầu bắt đầu giảm từ ngày thứ 1 của bệnh, giảm nhiều từ ngày thứ 4 – 7 và kéo dài đến ngày thứ 11.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần giống với các tác giả trên, trong bệnh SXHD Hct bắt đầu tăng từ ngày thứ 1 của bệnh và đạt đến mức cao nhất vào ngày 4-5.

Theo nghiên cứu của tác giả Lê Thị Kim Nhung (2011), số lượng tiểu cầu bắt đầu giảm từ ngày thứ 1 kéo dài đến ngày thứ 8, giảm mạnh nhất vào ngày thứ 5 của bệnh [5]. Theo tác giả Đoàn Văn Quyền (2011), hiện tượng giảm tiểu cầu trong mẫu nghiên cứu xảy ra sớm từ ngày thứ 1-3 của bệnh đạt 53,05%, tăng dần ở ngày 4-5 đạt 84,04% và vào ngày 6-7 đạt đến 90,80% [7]. Nghiên cứu của tác giả Tống Việt Thắng (2013) cho thấy số lượng tiểu cầu > 100000 chiếm 12,2%, 50000- ≤ 100000 chiếm 29,8% và < 50000 chiếm 58% [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi giống với những tác giả khác. Hiện tượng giảm tiểu cầu luôn có trong bệnh cảnh bệnh SXHD, bắt đầu xuất hiện từ ngày thứ 1, giảm nhiều vào ngày 4-5 của bệnh.

Kết quả bảng 3.5 về sự thay đổi bạch cầu: theo Đông Thị Hoài Tâm (2008), bệnh cảnh SXHD có số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường hoặc có thể giảm nhiều từ ngày 4-5

của bệnh [20]. Theo tác giả Đoàn Văn Quyền (2011), hiện tượng giảm bạch cầu vào ngày 1-3 chiếm tỷ lệ 51,03%, ngày 4-5 chiếm 64,71% và ngày 6-7 chiếm 49,42%. Theo tác giả Trần Minh Tường (2011), nhóm bệnh nhân SXHD có tỷ lệ bạch cầu < 4000 chiếm tỷ lệ 51,5%, bạch cầu từ 4000 - 9000 chiếm tỷ lệ 47,8% và > 9000 chiếm 0,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần giống với các tác giả trên là có hiện tượng giảm bạch cầu trong bệnh cảnh SXHD.

4.2. Kết quả điều trị

Bệnh SXHD là bệnh truyền nhiễm thường gặp ở nước ta, trước đây thường gặp ở trẻ em. Tuy nhiên, ngày nay tỷ lệ người lớn mắc bệnh và tử vong ngày càng cao.

Nghiên cứu chúng tôi, ngày điều trị trung bình $5,4 \pm 0,5$ ngày, thấp nhất là 3 ngày, cao nhất 10 ngày, số ngày điều trị từ 4-6 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất là 61,7%, ngày điều trị ≥ 7 chiếm tỉ lệ 30,8%, điều trị ≤ 3 ngày chiếm tỉ lệ thấp nhất 7,5. Tác giả Lê Thị Lựu [4], số ngày nằm viện trung bình $7,05 \pm 0,6$, ít nhất 3 ngày và dài nhất là 10 ngày, tác giả Nguyễn Việt Thu Trang [10], Số ngày bệnh nhân nằm viện điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu từ 4 đến 6 ngày, chiếm tỷ lệ cao nhất là 4 ngày với 26,6%, dài nhất là 8 ngày, ngày nằm viện trung bình $4,96 \pm 0,18$.

Khi điều trị bệnh nhân SXHD, vấn đề chuyển độ luôn được thầy thuốc quan tâm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5 bệnh nhân chuyển độ (chiếm tỉ lệ 4,16%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần giống với tác giả Đoàn Văn Quyền với tỷ lệ chuyển độ trong nghiên cứu thấp 3,52% [7]. Cũng như Tác giả Nguyễn Việt Thu Trang, có 6 bệnh nhân chiếm tỉ 9,4% chuyển độ từ SXHD sang SXHD có dấu hiệu cảnh báo.

Theo tác giả Nguyễn Việt Thu Trang năm (2015), nghiên cứu 64 bệnh nhân tại Bệnh viện Trung Ương Cần Thơ, đối tượng nghiên cứu là SXHD và SXHD cảnh báo, không có bệnh nhân SXHD nặng, kết quả điều trị khỏi bệnh là 100%, tác giả Đoàn Văn Quyền, nghiên cứu Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ, kết quả điều trị khỏi bệnh là 96,58%, tử vong 0,342%. Theo tác giả Dương Minh Cường năm 2011, nghiên cứu tại Bệnh viện Nhiệt Đới thành phố Hồ Chí Minh hiệu quả điều trị khỏi bệnh 91%, tử vong 9%.

Qua nghiên cứu 120 bệnh nhân SXHD chúng tôi ghi nhận, điều trị khỏi bệnh là 98,3%, chuyển lên tuyến trên 2 trường hợp (chiếm tỉ lệ 1,7%).

Nghiên cứu chúng tôi tương tự với tác giả Đoàn Văn Quyền, tác giả Nguyễn Việt Thu Trang, tác giả Lê Thị Lựu [4], [7], [10], hiệu quả điều trị khỏi bệnh từ 96-100%, tuy nhiên nghiên cứu chúng tôi tỉ lệ khỏi bệnh cao hơn tác giả Dương Minh Cường, có lẽ do tác giả Dương Minh Cường nghiên cứu tại Bệnh viện Nhiệt Đới thành phố Hồ Chí Minh là tuyến cuối của phía nam, đối tượng trong nghiên cứu là mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao, nên tỉ lệ tử vong 9%, điều trị khỏi khỏi bệnh 91%.

V. KẾT LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Sốt chiếm tỉ lệ cao nhất 100%, đau đầu 99,2%, nôn 98,3 %, đau khớp 97.5%, đau hạ sườn phải 47,6%, mệt mỏi 35.8%, dấu dây thắt (+) 71,7%, chấm xuất huyết 4,2%, mảng xuất huyết 1,7%, chảy máu răng 17,5%, xuất huyết âm đạo 3,3% và xuất huyết đa dạng chiếm tỉ lệ 1,7%.

SXHD chiếm 88 (73,3%), SXHD cảnh báo 19 (15,8%) và SXHD nặng 13 (10,8%).

4.2. Kết quả điều trị SXHD người lớn

Số ngày điều trị trung bình $5,4 \pm 0,5$ ngày, điều trị khỏi 98,3% , chuyển tuyến 1,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2019), *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue*, Ban hành theo quyết định số 458/QĐ-BYT ngày 16 tháng 02 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ y tế.
2. Dương Minh Cường (2011), “ Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và diễn tiến điều trị của bệnh sốt xuất huyết Dengue nặng ở người lớn”, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú- Đại học y dược TPHCM

3. Hoàng Thái Dương, Nguyễn Quang Trung (2013), “Đặc điểm và diễn tiến lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân người lớn sốt xuất huyết dengue có biểu hiện xuất huyết nặng, tổn thương tạng”, ”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 17 (số 1), tr. 198-203.
4. Lê Thị Lựu và cộng sự (2010). “Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân sốt xuất huyết tại khoa truyền nhiễm- bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên 2009-2010”, *tạp chí khoa học và công nghệ*, tập 85 (số 09), tr. 83-89.
5. Lê Thị Kim Nhung (2011), khảo sát lâm sàng bệnh sốt xuất huyết tại khoa truyền nhiễm bệnh viện thống nhất năm 2008”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 15 (số 2), tr.89-94
6. Hà Văn Phúc (2009), “Giá trị chẩn đoán xác định bệnh sốt dengue và sốt xuất huyết Dengue của xét nghiệm elisa kháng nguyên NS1”, *Tạp chí Y học Thực hành*, Tập 666 (số 6), tr.45 -46.
7. Đoàn Văn Quyền (2014), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và các yếu tố tiên lượng bệnh sốt xuất huyết Dengue người lớn tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ*, *Tạp chí y học thực hành*, Tập 902 (số 1), tr. 25-29.
8. Nguyễn Hoài Tâm (2009), “Sốt xuất huyết dengue”, *Bệnh truyền nhiễm*, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh, tr.146-173
9. Tống Viết Thắng (2013), “Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue điều trị tại khoa Truyền nhiễm Bệnh viện 103 năm (2011-2012)”, Luận văn chuyên khoa cấp II- Học viên quân Y
10. Nguyễn Việt Thu Trang (2015), “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue người lớn tại khoa Nhiễm Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ*”, *Tạp chí Y Dược Cần Thơ*, 4(1), tr. 1-7
11. Om Parkash, Aysha Almas (2010), “Severity of acute hepatitis and its outcome in patients with dengue fever in a tertiary care hospital Karachi, Pakistan (South Asia)”, *BMC Gastroenterology*, 10(43).

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH VÀ TIỀN LƯỢNG NGẮN HẠN CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP SAU DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Phạm Huỳnh Minh Trí, Phan Thị Mỹ Nhân
Đào Minh Thông, Nguyễn Hữu Thành

Tóm tắt:

Mục tiêu: Khảo sát tổn thương động mạch vành và tiên lượng ngắn hạn các trường hợp nhồi máu cơ tim vùng dưới có và không kèm theo nhồi máu thất phải.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang các trường hợp nhồi máu cơ tim thất phải, so sánh giữa hai nhóm có và không có nhồi máu thất phải, đối chiếu với hình ảnh chụp mạch vành chọn lọc.

Kết quả: Có 62 bệnh nhân được chụp DSA, trong đó có 50 trường hợp có liên quan thất phải (55,5%). tổn thương ĐMV phải riêng rẽ gặp trong 32/62, ĐM Mũ riêng rẽ trong 2/62 (không liên quan thất phải) và phối hợp với tổn thương các ĐMV khác trong 28/62. Tổn thương ĐMV phải chủ yếu liên quan đến đoạn II (36/62), trong đó đa số là có liên quan thất phải (24/36). Trong 24g đầu tiên, biến chứng tụt HA và Bloc nhĩ-thất hoàn toàn thường gặp hơn trong nhóm có liên quan thất phải so với nhóm không liên quan thất phải (68% so với 20% và 40% so với 0% tương ứng, với $p < 0,001$). Trong tuần đầu tiên, trong nhóm có liên quan thất phải vẫn còn 6/50 trường hợp tồn tại bloc nhĩ-thất hoàn toàn và 8/50 trường hợp tử vong.

Kết luận: NMCT thất phải khá thường gặp trong NMCT vùng dưới. Bloc nhĩ - thất hoàn toàn và tụt HA là hai biến chứng sớm thường gặp hơn và tỉ lệ tử vong trong tuần đầu cũng cao hơn nếu NMCT vùng dưới có liên quan thất phải so với NMCT vùng dưới không liên quan thất phải.

Summary:

Objective: To investigate coronary artery damage and to short-term prognosis of lower MI with and without RV infarction.

Subjects and research methods: Cross-sectional descriptive studies of right ventricular myocardial infarction cases, comparing two groups with and without RV infarction, compared with selective coronary angiography.

Results: There were 62 patients having DSA scan, of which 50 cases related to the right ventricle (55.5%). coronary lesions must be isolated in 32/62, separate coronary in 2/62 (not related to the right ventricle) and coordinated with other coronary lesions in 28/62. The damage to coronary right mainly related to segment II (36/62), in which most are related to the right ventricle (24/36). In the first 24 g, complications of hypotension and complete atrioventricular bloc were more common in the RV-related group than in the non-RV related group (68% vs 20% and 40% vs 0%, respectively. , with $p < 0.001$). In the first week, in the group concerned with the right ventricle still 6/50 cases existed complete atrioventricular block and 8/50 cases died.

Conclusion: RV MI is quite common in inferior MI. Atrial-complete ventricular block and hypotension are the two more common early complications and the death rate in the first week is also higher if the lower region MI is associated with the right ventricle compared with the lower region not related to the RV.

I. Đặt vấn đề:

Bệnh tim mạch đã trở thành vấn đề sức khỏe hàng đầu ở hầu hết các nước phát triển. ở các nước đang phát triển, bệnh tim mạch cũng đã và đang trở thành bệnh chiếm hàng thứ nhất về tỷ lệ mắc cũng như tử vong. Trong số các bệnh tim mạch, bệnh mạch vành rất thường gặp, có thể gây biến chứng loạn nhịp tim hoặc tử vong nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Hơn 50% các trường hợp nhồi máu cơ tim vùng dưới có liên quan đến thất phải. Bệnh cảnh nặng hơn và tiên lượng xấu hơn khi có liên quan thất phải. Ngoài ra do cơ chế sinh bệnh khác nhau nên điều trị cũng có phần khác nhau [6]. Tuy nhiên, hiện tại ở trong nước vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về những bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim vùng sau dưới. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Tìm hiểu hình ảnh tổn thương động mạch vành trên chụp số hóa xóa nền (DSA) ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp vùng dưới.
2. Đánh giá tiên lượng ngắn hạn của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp vùng dưới.

II. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng:

Chúng tôi chọn tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp vùng dưới có hoặc không NMCT thất phải kèm theo, điều trị tại khoa Nội Tim mạch – Lão học Bệnh viện ĐKTT An Giang.

Thời gian thực hiện từ tháng 3/2019 đến 9/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán NMCT vùng dưới của Tổ chức Y tế thế giới [8]:

- Chẩn đoán xác định NMCT vùng dưới khi có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:
 - Lâm sàng có cơn đau thắt ngực (điển hình hoặc không điển hình) kéo dài hơn 30 phút, không đáp ứng với thuốc giãn mạch vành.
 - Thay đổi của đoạn ST (ST chênh lên và T đảo, ST chênh lên ít nhất 1mm hoặc ST chênh xuống), có thể kèm hoặc không kèm theo sự xuất hiện sóng Q hoại tử trên điện tâm đồ ở ít nhất 2 trong 3 chuyển đạo DII, DIII, aVF
 - Tăng các men tim trong huyết thanh (Troponin T)
- Chẩn đoán nhồi máu cơ tim thất phải ở bệnh nhân NMCT vùng dưới:
 - Có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán NMCT vùng dưới
 - Có ST chênh lên ở ít nhất một trong các chuyển đạo từ V3R đến V6R

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân NMCT vùng dưới có phối hợp với NMCT ở các vùng khác (vùng trước, vùng bên,...) được xác định dựa trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo bề mặt.
- Các bệnh có thể làm ST chênh lên như: viêm màng ngoài tim, viêm cơ tim, thuyên tắc phổi,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành bằng phương pháp mô tả cắt ngang, theo dõi thời gian 1 tuần.

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Chúng tôi tiến hành ghi chép đầy đủ các số liệu về mặt lâm sàng (các triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể), cận lâm sàng, kết quả chụp mạch vành, và cách thức điều trị (điều trị nội khoa, dùng thuốc tiêu sợi huyết hay can thiệp mạch vành), diễn tiến, biến chứng trên từng bệnh nhân được chẩn đoán bị NMCT vùng dưới khi vào viện và trong vòng 7 ngày kể từ khi vào viện.

- Đánh giá bất thường về hệ ĐMV:

+ Dựa vào độ hẹp của tổn thương chúng tôi chia ra 6 mức độ hẹp [1]:

0: Không hẹp

1: Thành mạch không đồng đều, nhưng không hẹp khẩu kính

2: Hẹp không có ý nghĩa khi hẹp khẩu kính < 50%

3: Hẹp có ý nghĩa khi hẹp khẩu kính từ 50-75%

4: Hẹp khít khi hẹp khẩu kính từ 75-95%

5: Hẹp rất khít gần như toàn bộ khẩu kính từ 95-100%; kèm ứ đọng thuốc cản quang trước chỗ hẹp.

6: Tắc hoàn toàn

III. Kết quả nghiên cứu:

90 bệnh nhân NMCT vùng dưới được chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu, trong đó có 50 bệnh nhân có liên quan thất phải, 62 bệnh nhân được tiến hành chụp kiểm tra mạch vành (24 bệnh nhân NMCT vùng dưới không liên quan thất phải và 38 bệnh nhân NMCT vùng dưới có liên quan thất phải) chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Hình ảnh chụp mạch vành:

Bảng 1. Hình ảnh tổn thương ĐMV ở bệnh nhân NMCT vùng dưới:

ĐMV tổn thương	Không liên quan thất phải n (%)		Có liên quan thất phải n (%)		Tổng n (%)	
	n	%	n	%	n	%
Phải	10	41,8	22	57,8	16	51,9
Mũ	2	8,3	0	0	1	8,3
LTT	0	0	0	0	0	0
Phải + Mũ	2	8,3	2	5,3	2	6,4
Phải + LTT	2	8,3	8	21,1	5	16,1
Mũ + LTT	2	8,3	2	5,3	2	6,4
Phải + Mũ + LTT	6	25,0	4	10,5	5	16
Tổng	24	100	38	100	62	100

Nhận xét: Tổn thương ĐMV phải đơn thuần ở bệnh nhân NMCT vùng dưới nhiều hơn tổn thương các ĐMV còn lại có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 2. Vị trí tổn thương ĐMV phải:

Vị trí	Không liên quan thất phải		Có liên quan thất phải		p	Tổng	
	n	%	n	%		n	%
Đoạn I	8	40,0	6	16,7	$> 0,05$	14	24,99
Đoạn II	10	50,0	26	72,2	$< 0,05$	36	64,30
Đoạn III	2	10,0	4	11,1	$> 0,05$	6	10,71
Tổng	20	100	36	100		56	100

Nhận xét: Tổn thương đoạn II ĐMV phải ở nhóm có liên quan thất phải gặp nhiều hơn so với nhóm không liên quan thất phải có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Đánh giá bất thường ĐMV phải theo mức độ hẹp:

Độ hẹp	Không liên quan thất phải		Có liên quan thất phải		p	Tổng	
	n	%	n	%		n	%
Độ 1	2	8,3	0	0	$> 0,05$	2	3,2
Độ 2	2	8,3	2	5,2	$> 0,05$	6	6,4
Độ 3	4	16,7	4	10,5	$> 0,05$	8	13,0
Độ 4	6	25,0	10	26,4	$> 0,05$	16	25,8
Độ 5	6	25,0	12	31,5	$> 0,05$	18	28,9
Độ 6	4	16,7	10	26,4	$> 0,05$	14	22,7
Tổng	24	100	38	100		62	100

Nhận xét: Các mức độ hẹp ĐMV phải không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở hai nhóm NMCT vùng dưới không liên quan và có liên quan thất phải.

3.2. Các biến chứng chính của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp vùng dưới:

Bảng 4. Các biến chứng chính và tỷ lệ tử vong trong vòng 24 giờ đầu nhập viện:

Biến chứng	Không liên quan thất bại n (%)	Có liên quan thất bại n (%)	p	Tổng n (%)
Tụt HA	8 (20,0%)	34 (68,0%)	< 0,01	42(46.7%)
Choáng tim	2 (5,0%)	10 (20,0%)	> 0,05	12 (13,3%)
Bloc nhĩ thất độ 1	2 (5,0%)	6 (12,0%)	> 0,05	8 (8.9%)
Bloc nhĩ thất độ 2	4 (10,0%)	2 (4,0%)	> 0,05	6 (6.7%)
Bloc nhĩ thất độ 3	0	20 (40,0%)	< 0,01	20 (22.2%)
Rung nhĩ	2 (10,0%)	0	> 0,05	4 (4,4%)
Ngoại tâm thu	0	6 (12,0%)	> 0,05	6 (6,7%)
Tử vong	0	0		0

Nhận xét:

- Biến chứng gặp chủ yếu ở bệnh nhân NMCT vùng dưới có liên quan thất bại tụt huyết áp chiếm tỷ lệ cao hơn, nhóm không liên quan thất bại có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$)

- Bloc nhĩ thất cấp 3 chỉ gặp ở nhóm NMCT vùng dưới có liên quan thất bại ($p < 0,01$)

- Không có bệnh nhân nào tử vong trong ngày đầu nhập viện

Bảng 5. Các biến chứng chính và tỷ lệ tử vong trong 7 ngày nhập viện:

Biến chứng	Không liên quan thất bại n (%)	Có liên quan thất bại n (%)	p	Tổng n (%)
Tụt HA	2 (5,0%)	6 (12,0%)	> 0,05	8 (8,9%)
Choáng tim	1 (2,5%)	6 (12%)	> 0,05	7 (7,6%)
Bloc nhĩ thất độ 1	1 (2,5%)	14 (28,0%)	> 0,05	15(16,2%)
Bloc nhĩ thất độ 2	1(2,5%)	0		1 (1,2%)
Bloc nhĩ thất độ 3	1(2,5%)	6 (12,0%)	> 0,05	7 (7,8%)
Rung nhĩ	4 (10,0%)	0	> 0,05	4 (4,6%)
Ngoại tâm thu	0	2 (4,0%)	> 0,05	2 (2,3%)
Tử vong	0	8 (16,0%)	> 0,05	8 (8,9%)

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong trong 7 ngày điều trị chỉ gặp ở nhóm bệnh nhân có liên quan thất bại.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tổn thương động mạch vành:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương ĐMV phải đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất 51,9%, nhóm bệnh nhân NMCT vùng dưới có liên quan thất phải có tỷ lệ tổn thương ĐMV phải đơn thuần cao hơn so với nhóm không liên quan thất phải ($p > 0,05$). Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Bùi Ngọc Minh, Phạm Vũ Thanh [2];[3]. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Hécto Bueno và cộng sự ở bệnh nhân NMCT vùng dưới thì tổn thương ĐMV phải ở nhóm có liên quan thất phải chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm không liên quan thất phải (90% so với 68%, $p < 0,01$), và ngược lại ở nhóm không liên quan thất phải ĐM mũ tổn thương chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm có liên quan thất phải (29% so với 7%, $p < 0,01$) [8]. Sự khác biệt của nghiên cứu chúng tôi so với tác giả Hécto Bueno có lẽ là do số lượng bệnh nhân được tiến hành chụp mạch vành của chúng tôi còn ít. Tổn thương đoạn II của ĐMV phải gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân NMCT

4.2. Biểu chứng:

4.2.1. Tụt huyết áp - Choáng tim:

Bảng 1. So sánh tỷ lệ choáng tim với các tác giả trong và ngoài nước:

Nghiên cứu	Cỡ mẫu	Không liên quan thất phải % (n)	Có liên quan thất phải % (n)	P
Chúng tôi	90	10	40	$>0,05$
Phạm Vũ Thanh	45	5	20	$>0,05$
Huỳnh.V.Thường	76	4	26	$<0,01$
Hecto Bueno	798	3	15	$<0,001$
Piotr Kukla	181	4	21	0,004

Kết quả này của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Phạm Vũ Thanh, E. Gian-nitsis và cộng sự (tổn thương đoạn I+ II của ĐMVP gặp nhiều hơn ở nhóm có liên quan thất phải so với nhóm không liên quan thất phải (84,6% so với 6,6%)) [3];[5]. Giải phẫu của ĐMVP: đoạn 2 có nhánh bên thất phải tưới máu cho thành tự do (bên) thất phải và nhánh bờ thất phải chịu trách nhiệm tưới máu cho thành tự do (sau - dưới) thất phải. Chính vì vậy khi đoạn này bị tổn thương sẽ gây ra tổn thương, nhồi máu thất phải, biểu hiện trên điện tâm đồ là sự chênh lên của các chuyển đạo bên phải V3R, V4R [7].

Tất cả nghiên cứu trên đều cho thấy choáng tim ở nhóm bệnh nhân NMCT vùng dưới có liên quan thất phải cao hơn nhóm bệnh nhân NMCT vùng dưới đơn thuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, choáng tim ở nhóm có liên quan thất phải nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân NMCT không liên quan thất phải ($p > 0,05$), điều này có lẽ do nghiên cứu của chúng tôi có số lượng còn ít nên chưa đủ để thấy rõ được sự khác biệt giữa hai nhóm. Dấu chứng tụt huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt ($p < 0,01$) giữa 2 nhóm NMCT vùng dưới có liên quan thất phải và không có liên quan thất phải (68% vs 20%). Kết quả này của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Huỳnh Văn Thường, dấu chứng tụt huyết áp ở nhóm bệnh nhân có liên quan thất phải là 58%, ở nhóm bệnh nhân không có liên quan thất phải là 13% [4]. Việc nhóm bệnh nhân bị NMCT vùng dưới có liên quan thất phải gặp biến chứng tụt huyết áp và choáng tim nhiều hơn nhóm bệnh nhân bị NMCT vùng dưới đơn thuần. J E Creamer và cộng sự đã nghiên cứu cơ chế của sốc ở bệnh nhân NMCT vùng dưới đã cho thấy: sốc ở bệnh nhân NMCT thất phải là do có tình trạng rối loạn chức năng nặng nề của thất trái đi kèm [10]. Chính điều này cũng giải thích tại sao tỷ lệ tụt huyết áp ở bệnh nhân NMCT vùng dưới cao (68%) nhưng tỷ lệ choáng lại thấp (20%).

4.2.2. Rối loạn nhịp:

Bảng 2. So sánh tỷ lệ bloc nhĩ thất cấp 3 với các tác giả khác:

Nghiên cứu	Không liên quan thất phải % (n)	Có liên quan thất phải % (n)	P
Chúng tôi	1 (1/10)	80 (20/50)	$<0,01$
Phạm Vũ Thanh	0	40 (10/25)	$<0,01$
Huỳnh.V.Thường	9 (4/45)	35 (11/41)	$<0,01$

Hecto Bueno	7 (34/502)	25 (75/296)	<0,01
Piotr Kukla	4 (4/94)	34 (22/65)	<0,01

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với kết quả của các tác giả là phù hợp với ghi nhận trong các sách trong nước và ngoài nước: bệnh nhân bị NMCT thất phải thường dễ bị tụt huyết áp và choáng tim hơn là NMCT vùng dưới đơn thuần. Điều này được giải thích như sau: khi thất phải bị thiếu máu, nhồi máu, sự co bóp của thất phải giảm làm giảm máu tĩnh mạch trở về, giảm máu đến thất trái gây nên giảm thể tích tổng máu. Sự giảm thể tích tổng máu gây ứ trệ tuần hoàn làm gia tăng trở kháng hệ thống mạch máu cơ thể. Khi sự bù trừ không còn duy trì được sẽ gây nên giảm trầm trọng lượng máu tổng ra, biểu hiện trên lâm sàng là tình trạng tụt huyết áp. J E Creamer và cộng sự đã nghiên cứu cơ chế của sốc ở bệnh nhân NMCT vùng dưới đã cho thấy: sốc ở bệnh nhân NMCT thất phải là do có tình trạng rối loạn chức năng nặng nề của thất trái đi kèm [10]. Chính điều này cũng giải thích tại sao tỷ lệ tụt huyết áp ở bệnh nhân NMCT vùng dưới cao (68%) nhưng tỷ lệ choáng lại thấp (20%).

Tất cả các nghiên cứu đều cho kết quả như nhau đó là: bloc nhĩ thất cấp 3 gặp ở nhóm bệnh nhân NMCT vùng dưới có liên quan thất phải nhiều hơn so với nhóm bệnh nhân NMCT vùng dưới không liên quan thất phải ($p < 0,01$). Bloc nhĩ thất cấp 1 và cấp 2 ở nghiên cứu chúng tôi không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân có liên quan và không có liên quan thất phải. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả: Malla RR [11], S. Khan [13], trong các nghiên cứu này, bloc nhĩ thất cấp 1 và cấp 2 cũng không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có liên quan và không liên quan thất phải ở bệnh nhân NMCT vùng dưới.

4.2.3. Tử vong:

Bảng 3. So sánh tỷ lệ tử vong với các tác giả khác:

Nghiên cứu	Không liên quan thất phải % (n)	Có liên quan thất phải % (n)	P
Chúng tôi	1(1/10)	32(8/50)	>0,05
Phạm Vũ Thanh	0	16 (4/25)	>0,05
Huỳnh.V.Thường	9 (4/45)	39 (12/31)	<0,05
Hecto Bueno	6 (30/502)	22 (64/296)	<0,001
Piotr Kukla	2 (2/94)	18 (12/65)	<0,01

Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân có liên quan thất phải trong nghiên cứu của chúng tôi so với tỷ lệ tử vong ở nhóm có liên quan thất phải của các nghiên cứu trên không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) như tác giả Phạm Vũ Thanh[3]. Tỷ lệ tử vong ở nhóm không liên quan thất phải của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Huỳnh Văn Thường ($p < 0,05$). So sánh tỷ lệ tử vong ở nhóm không liên quan thất phải trong nghiên cứu của chúng tôi với 3 tác giả nước ngoài còn lại, kết quả của chúng tôi khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Qua Bảng 3 ta thấy tỷ lệ tử vong ở nhóm NMCT vùng dưới có liên quan thất phải cao hơn so với nhóm bệnh nhân không liên quan thất phải. Có thể thấy, khi số lượng mẫu nghiên cứu càng lớn thì sự khác biệt về tỷ lệ tử vong giữa hai nhóm càng cho thấy rõ sự khác biệt (của tác giả Huỳnh Văn Thường $n = 76$ thì $p < 0,05$; của Piotr Kukla $n=159$ thì $p < 0,01$, còn nghiên cứu của Hecto Bueno $n = 798$ thì $p < 0,001$).

V. KẾT LUẬN

5.1. NMCT vùng sau dưới làm cho sự cung cấp máu cho nút xoang và nút nhĩ thất bị giảm sẽ làm tổn thương cho 2 nút chủ nhịp quan trọng của cơ thể này gây nên tình trạng nhịp chậm và bloc nhĩ thất. Ngoài ra, dù có hay không có NMCT thất phải kèm theo thì những bệnh nhân bị NMCT vùng dưới vẫn rất dễ xảy ra tình trạng tụt huyết áp và nhịp chậm hơn so với NMCT ở các vùng khác.

5.2. NMCT cấp vùng dưới có liên quan thất phải có tiên lượng xấu hơn, có nhiều biến chứng tim mạch chính (tụt huyết áp, choáng tim, bloc nhĩ thất) hơn so với NMCT vùng dưới đơn thuần. Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân NMCT cấp vùng dưới là 8,9% và chỉ gặp ở nhóm bệnh nhân NMCT vùng dưới có liên quan thất phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Cửu Lợi (2008): “ Chụp động mạch vành” ,Giáo trình sau đại học bệnh lý tim mạch, Trường Đại Học Y khoa Huế;
2. Bùi Ngọc Minh (2008). “ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhồi máu cơ tim thất phải cấp tính” Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y.
3. Phạm Vũ Thanh, Nguyễn Cửu Lợi (2010). “Nghiên cứu đặc điểm tổn thương động mạch vành và tiên lượng ngắn hạn của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp vùng dưới” . Tạp chí Tim mạch học Việt Nam – số 52 – 2010, tr 28-35
4. Huỳnh Văn Thường (2000): “ Nhận xét về chẩn đoán biến chứng và điều trị của nhồi máu cơ tim thất phải ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim sau dưới tại khoa Tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy” , Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
5. E. Giannitsis, F. Hartmann, U. Wiegand. (2000), “Clinical and angiographic out-come of patients with acute inferior myo-cardial infarction and right ventricular involvement treated with direct PTCA”, Z Kardiol,89, p.28-35.
6. Elliott M. Antman (2004), “ACC/AHA. “ guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction”, Circulation, 110, pp. 82 – 293.
7. Florence Sheehan, Andrew Redington. (2008), “The right ventricle: anatomy, physiology and clinical imaging”, Heart, 94, pp. 1510-1515.
8. Héctor Bueno, Ramón López-Palop, Esther Pérez-David (1998), “Combined effect of age and right ventricular involvement on acute inferior myocardial infarction prognosis”, Circulation, 98, pp. 1714-1720.
9. Joint International Society and Federation. of Cardiology/World Health Organization (1979), “Nomenclature and criteria for diagnosis of ischemic heart disease”, Circulation, 59, pp. 607-609.
10. J.E. Creamer, J D Edwards, P Nightingale.(1991), “Mechanism of shock associated with right ventricular infarction”, Br Heart J,65, pp. 63-67.
11. Malla RR, Sayami A (2007), “In hospital. complications and mortality of patients of inferior wall myocardial infarction with right ventricular infarction”, J Nepal Med Assoc, 46(167), pp. 99-102.
12. Piotr Kukla, Dariusz Dudek, Tomasz Rakowski (2006), “Inferior wall myocardial infarction with or without right ventricular involvement – treatment and in-hospital course”, Kardiologia Polska,64(6), pp. 583-588.
13. S. Khan, A. Kundi, S. Sharieff (2004). “Prevalence of right ventricular infarction in patients with acute inferior wall myo-cardial infarction”, Int J Clin Pract, 58(4), pp. 354-357.

**NGHIÊN CỨU LOẠN NHỊP TIM BẰNG HOLTER ĐIỆN TÂM ĐỒ 24 GIỜ
Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**

Trần Thị Huyền Trân, Đinh Lê Uyên Nhi
Đỗ Thị Ngọc Thường, Hồ Thanh Khê.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điện tâm đồ thường quy đo trong thời gian rất ngắn nên không phát hiện được hết các rối loạn nhịp tim trong nhiều thời điểm khác nhau, nhất là ban đêm, đây là thời điểm thường xảy ra đột tử. Phương pháp ghi Holter điện tim 24 giờ giúp cho các bác sĩ ứng dụng trong điều trị dự phòng bệnh.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ rối loạn nhịp tim và rối loạn biến thiên nhịp tim ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối.

Phương pháp: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối và được đo điện tâm đồ 12 chuyển đạo có kết quả bình thường. Đối tượng nghiên cứu được chia làm hai nhóm: nhóm suy thận mạn giai đoạn cuối và nhóm chứng.

Kết quả: Có 99 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, trong đó nhóm bệnh là 49 và nhóm chứng là 50 ghi nhận: có 38/49 bệnh nhân suy thận (chiếm tỷ lệ 77,5 %) có biểu hiện RLNT so với 11/50 bệnh nhân không suy thận (chiếm tỷ lệ 22,4 %). Điều khác biệt này rất có ý nghĩa khi giá trị kiểm định $\chi^2 = 3,15$ với tỷ suất chênh đối với RLNT là 2,27 (khoảng tin cậy 95 % từ 1,15 – 5,07) ($p < 0,05$). Tỷ lệ giảm BTNT trên bệnh nhân suy thận là 61,22 % cao hơn nhóm không có suy thận 42,0 % có ý nghĩa với tỷ suất chênh 2,12 và $\chi^2 = 2,92$ ($p < 0,01$).

Kết luận: Rối loạn nhịp tim: Có 38/49 bệnh nhân suy thận (chiếm tỷ lệ 77,5%) có RLNT so với 11/50 bệnh nhân không có suy thận (chiếm tỷ lệ 22,4 %). Biến thiên nhịp tim: Tỷ lệ giảm BTNT trên bệnh nhân suy thận là 61,22 % cao hơn nhóm không có suy thận 42,0 %.

SUMMARY

Problem: Conventional ECG is measured in a very short time, so it cannot detect all arrhythmias at many different times, especially at night, this is the time when sudden death usually occurs. Holter ECG recording method 24 hours help doctors to use in preventive treatment.

Objective: To determine the incidence of arrhythmias and cardiac arrhythmias in patients with end-stage chronic renal failure.

Methods: All patients diagnosed with end-stage chronic renal failure and had a 12-lead ECG measured with normal results. Study subjects were divided into two groups: the end-stage chronic renal failure group and the control group

Results: There were 99 eligible patients participating in the study, of which the disease group was 49 and the control group was 50 noted: 38 out of 49 patients with renal failure (accounting for 77.5%) had symptoms of RLNT compared with 11/50 patients without kidney failure (accounting for 22.4%). This difference is very significant when the test value $\chi^2 = 3.15$ with the odds ratio for the RLNT is 2.27 (95% confidence interval from 1.15 - 5.07) ($p < 0, 05$). The rate of reduction of recognition problem in patients with renal impairment was 61.22%, significantly higher than that in the group without renal impairment of 42.0%, with the odds ratio of 2.12 and $\chi^2 = 2.92$ ($p < 0.01$).

Conclusion: Cardiac arrhythmia: 38/49 patients with renal failure (accounting for 77.5%) had RLNT compared with 11/50 patients without renal failure (accounting for 26.4%). Heart rate variation: The rate of reduction of recognition problem in patients with kidney failure was 61.22% higher than the group without kidney failure 42.0%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận là sự giảm mức lọc cầu thận dưới mức bình thường, được gọi là mạn tính khi mức lọc cầu thận giảm thường xuyên, cố định, có liên quan đến sự giảm về số lượng nephron chức năng. Suy thận càng nặng thì biến chứng càng nhiều, biến chứng tim mạch chiếm tỷ lệ cao và là nguyên nhân tử vong chính chiếm 40-60%.^[1] Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước về

loạn nhịp trên các khía cạnh khác nhau, các tác giả đều ghi nhận tỉ lệ khá cao các rối loạn nhịp tim gây nên hậu quả nặng nề đồng thời cũng là nguyên nhân gây tử vong. Điện tâm đồ thường quy đo trong thời gian rất ngắn nên không phát hiện được hết các rối loạn nhịp tim trong nhiều thời điểm khác nhau, nhất là ban đêm, đây là thời điểm thường xảy ra đột tử. Phương pháp ghi Holter điện tim 24 giờ giúp cho các bác sĩ ứng dụng trong điều trị dự phòng bệnh.^{[2],[4],[5],[7],[12]} Chúng tôi tiến hành nghiên cứu điện tâm đồ liên tục 24 giờ ở những bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối nhằm mục tiêu:

1- Xác định tỷ lệ rối loạn nhịp tim trên bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối.

2- Xác định rối loạn biến thiên nhịp tim ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Thời gian nhận bệnh tính từ ngày 1/2020 – 9/2020.
- Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối.
- Được đo điện tâm đồ 12 chuyển đạo có kết quả bình thường.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Suy thận cấp.
- Đợt cấp của suy thận mạn.
- Bệnh nhân đang sử dụng các thuốc: chống loạn nhịp, ức chế Calci thuộc nhóm Non-Dihydropyridine, ức chế Beta.
- Bệnh nhân đang điều trị bệnh tim mạch nặng: Nhồi máu cơ tim cấp, cơn đau thắt ngực không ổn định, bệnh valve tim, suy tim...
- Bệnh nội khoa khác nặng: Nhiễm trùng nặng, suy gan, bệnh phổi mạn tính nặng...

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

2.2.2. Chẩn đoán

Bệnh nhân được khám lâm sàng, làm cận lâm sàng đánh giá:

Tăng huyết áp theo Hội Tim mạch Việt Nam.

Suy thận mạn: tính độ thanh thải Creatinine theo công thức Cockcroft-Gault, khi độ thanh thải Creatinine dưới 10ml/phút và Creatinin máu > 500 µg/l^[1]

Loạn nhịp tim: (Remi Pillier)

+ **Nhịp nhanh xoang:** Có hơn 3 nhịp tim có tần số > 100 l / phút đi liền nhau.

+ **Nhịp chậm xoang:** Có hơn 3 nhịp tim có tần số < 40 l / phút đi liền nhau.

+ **Rung nhĩ:** Rối loạn nhịp hoàn toàn.

+ **Ngừng xoang:** không vượt quá 2s với người > 30 tuổi, không vượt quá 2,5 s ở người < 30 tuổi.

+ **NTT nhĩ:** Giới hạn trên của bình thường là :

< 10 NTT nhĩ /24 giờ đối với người 20 - 40 t

< 100 NTT nhĩ /24 giờ đối với người 40 - 60 t

< 1000 NTTnhĩ /24 giờ đối với người > 60 t

+ **NTT thất:** Giới hạn của bình thường là :

< 100 NTTT/24 giờ, < 2 ổ NTT, 0 NTT couplet : < 50 t

< 200 NTTT/ 24 giờ, < 2 NTT couplet, < 5 NTTT/g: > 50 t.

+ **Nhịp nhanh trên thất :** > 3 NTT trên thất đi liền nhau

+ **Nhịp nhanh thất :** > 3 NTT thất đi liền nhau Các rối loạn nhịp thất: ngoại tâm thu thất (nhịp đơn, nhịp đôi, ngoại tâm thu thất chùm), nhịp nhanh thất, rung thất.

+ **Đoạn ST:** đoạn ST chênh xuống ≥ 1 mm (hoặc chênh lên ≥ 2 mm) so với đường đẳng điện, dài 0,06-0,08 giây sau điểm J và kéo dài ≥ 1 phút.

2.2.3. Phương tiện kỹ thuật: Tiến hành đo Holter ECG liên tục 24 giờ.

- Máy Holter ECG 3 kênh NORAV – HOLTER NH 301 Inc; USA.
- Chuẩn bị bệnh nhân, chuẩn bị đầu ghi của máy Holter, chuẩn bị vùng da găng điện cực:

- Mắc 7 điện cực theo 3 kênh:
 - + Kênh 1: Cực dương ở xương sườn 6 trên đường nách trước bên trái, cực âm ở trên rìa xương ức bên phải.
 - + Kênh 2 : Cực dương cách mũi ức 1,5cm xương sườn phải, cực âm ở trên rìa xương ức bên trái.
 - + Kênh 3 : Cực dương ở vị trí xương sườn 6 trên đường trung đòn trái, cực âm ở giữa đuôi xương ức.
 - + Dây đất: Điện cực gian sườn 8 rìa mũi ức bên phải. (hình minh họa)
- Phân tích kết quả Holter ECG 24 giờ dựa trên chương trình phân tích tự động của phần mềm đã cài đặt sẵn trong máy tính.

2.2.4. Xử lý số liệu:

- Bảng phương pháp thống kê y học, ứng dụng phần mềm SPSS 16.0
- Giá trị của các chỉ số: Trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, kiểm định sự khác biệt bằng test t - student (có ý nghĩa khi $p < 0,05$).
- Tỷ lệ: Trình bày dưới dạng (%).

III. KẾT QUẢ:

Có 99 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, trong đó nhóm bệnh là 49 và nhóm chứng là 50 ghi nhận một số kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

3.1.1. Tuổi

Bảng 1: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu

	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	t	P
Tuổi trung bình	60,03 ± 6,27	61,60 ± 7,17	1,15	> 0.05
Lớn nhất	79	81		
Nhỏ nhất	42	44		

3.1.2. Các chỉ số nhân trắc.

Bảng 2: Bảng so sánh các chỉ số nhân trắc giữa hai nhóm.

Chỉ số nhân trắc	Nhóm bệnh (n=48)		Nhóm chứng (n=62)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
BMI (Kg/m ²)	21,67	2,6	20,43	2,2	0,68	> 0.05
VB (cm)	85,22	7,4	80,16	6,1	1,2	> 0,05
VB/VM	0,83	0,081	0,84	0,55	0,01	> 0.05

3.1.3. Huyết áp

Bảng 3: Các trị số trung bình huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Trị số HA	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
HATT (mmHg)	141,65	25,9	132,9	20,8	0,89	> 0,05
HATTr (mmHg)	89,06	9,6	80,7	9,5	0,58	> 0,05
HATB (mmHg)	116,96	15,2	101,5	12,1	0,64	> 0,05

3.2. Kết quả holter ở đối tượng nghiên cứu:

3.2.1. Rối loạn nhịp tim

3.2.1.1. Rối loạn nhịp tim

Bảng 4: Tỷ lệ rối loạn nhịp tim :

	Có RLNT		Không RLNT	
	n	%	n	%
Nhóm bệnh (n=49)	38	77,5	11	22,4
Nhóm chứng(n=50)	29	58,0%	21	42,0%
χ^2	3,15			
OR	2,27 (KTC 95 % = 1,15 - 5,07)			

3.2.1.2. Số lượng NTT:

Bảng 7: Số lượng NTT thất và nhĩ

	Số NTT thất		Số NTT nhĩ	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
Nhóm bệnh	469,3	310	289,9	214,9
Nhóm chứng	156,6	99	137,2	131,5
<i>t</i>	<i>t</i> = 4,6		<i>t</i> = 3,58	
<i>p</i>	<i>P</i> < 0,01		<i>P</i> < 0,01	

Bảng 5: Tỷ lệ RLNT và số lượng NTT thất hay NTT nhĩ ở nhóm bệnh đều cao hơn ở nhóm chứng có ý nghĩa.

3.2.1.3. Phân loại RLNT theo Remi Pillier:

Bảng 6: Phân loại các RLNT

Phân độ rối loạn nhịp thất (theo Remi Pillier)	Nhóm bệnh N = 49		Nhóm chứng N = 50		<i>p</i>
	n	%	n	%	
Độ 1 (< 30 NTT/1 giờ, đơn dạng)	14	28,5	9	18,0%	< 0,05
Độ 2 (> 30 NTT/1 giờ, đơn dạng)	9	18,3	6	12,0%	< 0,05
Độ 3 (NTT đa dạng)	8	16,3	2	4,0%	< 0,05
Độ 4a (< 2 couplet) 4b (> 2 couplet)	6	12,2	0		0
Độ 5 (NTT dạng R/T)	3	6,1	1	2,0%	0
Tổng cộng	40	81,6	18	36,0%	<0,01

3.2.2. Biến thiên nhịp tim:

3.2.2.1. Tỷ lệ có giảm BTNT ở hai nhóm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 7: Tỷ lệ có giảm biến thiên nhịp tim của đối tượng nghiên cứu:

	Có giảm BTNT		Không giảm BTNT		Tổng cộng
	n	%	n	%	
Nhóm bệnh	30	61,22	19	38,77	49
Nhóm chứng	21	42,0%	29	58,0%	50
Tổng cộng	51		48		
$\chi^2 =$	2,92				
Tỷ suất chênh (OR)=	2,12 (khoảng tin cậy 95%: 0,91 – 5,22)				

3.2.2.2. Các chỉ số biến thiên nhịp tim

Bảng 8: Các chỉ số BTNT qua Holter của đối tượng nghiên cứu:

	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
SDNN	63,60	31,35	76,1	21,39	2,107	< 0.01
SDANN	35,96	26,34	63,48	18,43	3,196	< 0.01
SDNN index	32,66	10,53	74,58	37,53	4,326	< 0.01
rMSSD	20,16	11,06	31,59	38,62	2,299	< 0.01
PNN50	2,58	3,59	5,71	6,63	2,286	< 0.01

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về Rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân suy thận:

Kết quả trên Holter trong nghiên cứu của chúng tôi có 38/ 49 bệnh nhân suy thận (chiếm tỷ lệ 77,5 %) có biểu hiện RLNT so với 11/50 bệnh nhân không suy thận (chiếm tỷ lệ 22,4 %). Điều khác biệt này rất có ý nghĩa khi giá trị kiểm định $\chi^2 = 3,15$ với tỷ suất chênh đối với RLNT là 2,27 (khoảng tin cậy 95 % từ 1,15 – 5,07) ($p < 0,05$). Đồng thời số lượng NTT thất và NTT nhĩ trung bình ở nhóm bệnh nhân suy thận cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa ($p < 0,05$). Điều này có thể được lý giải với nhiều nguyên nhân khác nhau: Trước tiên là do những bệnh nhân suy thận nằm viện thường có thời gian mắc bệnh lâu hơn nhóm chứng thận, đa số đang lọc thận định kỳ. Khi đã kéo dài, thì biến chứng tim mạch nhiều hơn với bệnh mạch vành, bệnh cơ tim, bệnh lý thần kinh tự động tim... Cả ba yếu tố trên đều có thể làm tăng khả năng bị RLNT. Mặt khác, một nghiên cứu trước đây của Nguyễn Tá Đông, Hoàng Viết Thắng đã chứng minh ở những bệnh nhân suy thận mạn có một tỷ lệ RLNT cao hơn người bình thường do tình trạng rối loạn nước điện giải, sự ứ đọng các chất độc thải qua thận mà đặc biệt là các chất kích thích giao cảm. Đồng thời các biến chứng thận cũng là hậu quả của bệnh thận do tăng huyết áp mà yếu tố này có ảnh hưởng lớn đến RLNT trên lâm sàng. Ở bệnh nhân suy thận rối loạn nhịp tim thường xảy ra ở phần lớn trường hợp mà không có triệu chứng hay dễ dàng bị bỏ qua trong thực hành lâm sàng. Theo tác giả Nguyễn Tá Đông và Đoàn Quốc Hùng cũng đã ghi nhận tỷ lệ RLNT ở bệnh nhân ĐTĐ có biến chứng suy thận là 30,2 % qua Holter điện tim 24 giờ và chủ yếu là nhịp nhanh (13,9 %). Đã có nhiều nghiên cứu cho rằng ở người bình thường vẫn có những NTT trên thất hay NTT thất với số lượng / 24 giờ chưa đủ với tiêu chuẩn của Rémi Pillière và J P Bourdarias (2000) này, cũng như khoảng ngưng xoang < 2,0 giây là bình thường.

Về phân loại các RLNT thì chủ yếu là các RLNT độ I và II theo Rémi Pillière và hiếm hơn là độ IV và V. Nhóm bệnh nhân suy thận có RLNT đầy đủ các phân độ theo Lown, nhóm chúng thì không thấy các RLNT độ IV và V. Theo các tác giả trong và ngoài nước suy thận.

4.2. Về Biến thiên nhịp tim :

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng BTNT qua Holter điện tim để đánh giá tổn thương thần kinh tự động tim mạch (TKTĐTM). Bởi vì nhiều nghiên cứu Nguyễn Tá Đông đã chứng minh việc phân tích BTNT có thể được dùng để chẩn đoán bệnh lý TKTĐTM và đã chứng minh được rằng giảm BTNT luôn luôn đi kèm với bệnh TKTĐTM. Trong một nghiên cứu về bệnh TKTĐTM ở Oxford (Anh), trên một mẫu đại diện cho cộng đồng bệnh nhân suy thận xác định có kết quả bất thường là giảm biến thiên nhịp tim. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ giảm BTNT trên bệnh nhân suy thận là 61,22 % cao hơn nhóm không có suy thận 42,0 % có ý nghĩa với tỷ suất chênh 2,12 và $\chi^2 = 2,92$ ($p < 0,01$). Điều này có thể nghĩ đến bệnh lý TKTĐTM trong suy thận. Theo *Moreover, Sundkvist và Lilja* (2003) đã ghi nhận ở bệnh nhân suy thận có bệnh lý TKTĐTM sau 10 – 11 năm sẽ bị giảm mức lọc cầu thận đi 4 lần so với bệnh nhân không có bệnh thần kinh tự động, đồng thời khi có bệnh thần kinh tự động nói chung sẽ là giảm lượng nước tiểu 24 giờ. Điều này giải thích cho kết quả nghiên cứu của chúng tôi là giảm BTNT có liên quan với chức năng thận

V. KẾT LUẬN

Holter điện tim 24 giờ trên 99 bệnh nhân trong đó 49 bệnh nhân suy thận và 50 bệnh nhân không suy thận, chúng tôi có một số kết luận như sau:

- Rối loạn nhịp tim: Có 38/49 bệnh nhân suy thận (chiếm tỷ lệ 77,5%) có RLNT so với 99/50 bệnh nhân không có suy thận (chiếm tỷ lệ 26,4 %).
- Biến thiên nhịp tim: Tỷ lệ giảm BTNT trên bệnh nhân suy thận là 61,22 % cao hơn nhóm không có suy thận 42,0 %.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đinh Thị Kim Dung. Suy thận mạn tính - Bệnh thận nội khoa. Nhà xuất bản y học. 2004, tr 284-304.
2. Nguyễn Tá Đông. Rối loạn nhịp tim và biến thiên nhịp tim trên holter điện tim ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có biến chứng thận . 2010. Kỳ yếu Hội nghị khoa học toàn quốc lần thứ XIII, tr. 701-709.
3. Hoàng Việt Thắng , Lê Thị Bích Thuận, Huỳnh Văn Minh. Nghiên cứu biến chứng rối loạn nhịp tim bằng holter ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. 2004, Tập:8 , Số:2, Tr 57.
4. Abe S, Yoshizawa M, Nakanishi N, Yazawa T, Yokota K, Honda M, Sloman G. Electrocardiographic abnormalities in patients receiving hemodialysis. *ECG abnormalities in hemodialysis*. Am Heart J. 1997
5. Grushka E, Garty J, Kristal B, Goldhammer E, Abinader EG, Shasha SM. Cardiac arrhythmia in chronic renal failure: Holter monitoring during hemodialysis and intermittent peritoneal dialysis.
6. Meier P, Vogt P, Blanc E. Ventricular arrhythmias and sudden cardiac death in end-stage renal disease patients on chronic hemodialysis. *Nephron*. 2001; 87: 199– 214.
7. Mohiuddin K, Bali HK, Banerjee S, Sakhuja V, Jha V. Silent myocardial ischemia and high-grade ventricular arrhythmias in patients on maintenance hemodialysis. *Ren Fail*. 2005; 27: 171– 175
8. O M Shapira, Y Bar-Khayim. ECG changes and cardiac arrhythmias in chronic renal failure patients on hemodialysis. *Journal of Electrocardiology*. 1992; 25(4):273-9.
9. Palaniappan Saravanan, MD, MRCP and Neil C. Davidson, MD, FRCP. Advances in Arrhythmia and Electrophysiology Risk Assessment for Sudden Cardiac Death in Dialysis Patients. American Heart Association. 2010.
10. Windhagen-Mahnert B, Kadish AH. Application of non-invasive and invasive tests for risk assessment in patients with ventricular arrhythmias. *Cardiol Clin*. 2000; 18: 243– 263
11. Voroneanu L, Covic A. Arrhythmias in hemodialysis patients. *J Nephrol*. 2009; 22: 716– 725. Medline

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN LOÃNG XƯƠNG TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Huỳnh Thị Huyền Trang, Nguyễn Sơn Nam,
Lê Phương Thảo, Đặng Trần Văn Anh.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới quá trình sinh bệnh loãng xương (LX) ở bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT). **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ và khảo sát một số yếu tố liên quan đến loãng xương trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 85 bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. **Kết quả:** Tỷ lệ loãng xương ở cổ xương đùi và cột sống thắt lưng chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 47% và 52,9%. Một số yếu tố có mối tương quan với LX và có khả năng gây nguy cơ LX như hút thuốc lá, thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm, $BMI \leq 18,5$. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng hút thuốc lá, thời gian mắc bệnh, $BMI \leq 18,5$ ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có nguy cơ loãng xương cao.

Từ khóa: Loãng xương, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

ABSTRACT

A STUDY ON SITUATION, FACTORS ASSOCIATED WITH OSTEOPOROSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN AN GIANG HOSPITAL

Background: Have many factors affected the process of osteoporosis in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). **Objectives:** To identify rate the factors associated with osteoporosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Materials and method:** We performed the cross-sectional study on 85 patients with chronic obstructive pulmonary disease in An Giang Center General Hospital. **Results:** Prevalances of osteoporosis of femoral neck and lumbar spine were 47% and 52,9%. Several factors associated with osteoporosis and increased the risk of osteoporosis were smoking, over 5 years of suffering the disease, body mass index lower than 18,5. **Conclusion:** the results of the study indicated that smoking, years of suffering the disease, $BMI \leq 18,5$ in patients with chronic obstructive pulmonary disease had a high risk of osteoporosis..

Keywords: Osteoporosis, Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease) là một bệnh phổ biến, có thể dự phòng và điều trị được, đặc trưng bởi sự hiện diện dai dẳng các triệu chứng hô hấp và giới hạn dòng khí do bất thường ở đường dẫn khí và/ hoặc bất thường ở phế nang thường được gây ra bởi tiếp xúc với hạt và khí độc hại. Theo Tổ chức Y tế thế giới, hơn ba triệu người chết vì bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính năm 2012, chiếm 6% trường hợp tử vong trên toàn cầu, năm 2015 bệnh gây ra tử vong cho 3,2 triệu người. Gánh nặng về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính dự kiến sẽ tăng trong những thập kỉ tới, ước tính vào năm 2020 tử vong do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính sẽ đứng hàng thứ 3 trên thế giới [9].

Một nghiên cứu tại Việt Nam từ 2006 đến 2009 ở 48 tỉnh, tỉ lệ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong cộng đồng dân cư từ 40 tuổi trở lên là 4,2% trong đó nam là 7,1% và nữ là 1,9%. Dựa trên số liệu này đã ước tính ở nước ta có khoảng 1,3 triệu người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính cần chẩn đoán và điều trị sớm [9].

Loãng xương là bệnh đi kèm và thường gặp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhưng ít được chẩn đoán cho đến khi gãy xương xảy ra. Theo nghiên cứu của Sin và cộng sự năm 2003, nguy cơ của giảm mật độ xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tăng 30% ở mức độ trung bình và 70% đối với người ở mức độ nặng. Nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tăng 2.1 lần đối với mức độ trung bình và 2.8 lần trên bệnh

nhân bệnh phổi mạn tính dùng nhiều corticoid để điều trị, giảm chức năng hô hấp và giảm chỉ số khối khối cơ thể.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy tại đơn vị quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ cho kết quả tỉ lệ loãng xương chiếm 68,2%, tỉ lệ giảm mật độ xương là 27,7% và chỉ có 4,1% có mật độ xương bình thường [8]. Nghiên cứu trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương và bệnh viện Trung Vương của Dương Kim Hương và cộng sự cho thấy tỉ lệ loãng xương tại cổ xương đùi là 58,3%, tại vùng cột sống thắt lưng là 68,1%. Gãy lún xương cột sống và gãy xương lồng ngực sẽ làm giảm sự thông khí của người bệnh, giảm khả năng khạc đàm làm tăng khó thở, tăng các đợt kịch phát. Do đó phát hiện sớm và điều trị kịp thời nhằm ngăn ngừa các biến chứng nặng nề do loãng xương gây ra ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là việc làm cấp thiết [4]. Do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Xác định tỷ lệ và khảo sát một số yếu tố liên quan đến loãng xương trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân COPD tại khoa nội tổng hợp và phòng khám hô hấp bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

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

3. Cỡ mẫu

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

Với n : cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ nhất hợp lý.

Đối với khoảng tin cậy 95%, $Z = 1,96$.

p : tỉ lệ loãng xương ở bệnh nhân COPD. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy tỉ lệ loãng xương chung ở cả hai vị trí cổ xương đùi và cột sống thắt lưng ở bệnh nhân COPD là 68,2 % [8]. Chúng tôi ước lượng $p = 0,68$.

d : mức chính xác của nghiên cứu (sai số cho phép), chọn d là 10%.

Tính được $n = 84$. Vậy cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý là ≥ 84 mẫu. nghiên cứu chúng tôi chọn được 85 bệnh nhân

4. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân COPD
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu [2].

5. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân đang mắc các bệnh phổi khác (viêm phổi, lao phổi, ung thư phổi)

Bệnh nhân COPD có kèm các bệnh lý liên quan đến chuyển hóa xương như: cường giáp, suy giáp, cường cận giáp tiên phát, nam cắt bỏ tinh hoàn, nữ cắt bỏ buồng trứng <40 tuổi, bệnh gan-thận mạn tính nặng, cắt dạ dày-ruột, viêm khớp dạng thấp, đa u tủy xương (Kahler), ung thư di căn xương, phụ nữ có dùng thuốc ngừa thai, dùng corticoid kéo dài.

Bệnh nhân gù vẹo lồng ngực, biến dạng lồng ngực do nguyên nhân bẩm sinh hoặc chấn thương.

Bệnh nhân đang sử dụng thuốc chống co giật, thuốc độc tế bào, heparin, thyroxin...

Phụ nữ có thai.

6. Nội dung nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định COPD theo GOLD: (khi có cả 3 tiêu chuẩn)

+ Tuổi từ 40 trở lên.

+ Có triệu chứng ho và/hoặc khạc đàm mạn tính, khó thở khi gắng sức mạn tính.

+ Đo thông khí phổi có $FEV_1/FVC < 0,7$ sau nghiệm pháp hồi phục phế quản.

- Tình trạng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định:

+ Bệnh nhân không có các triệu chứng của đợt cấp ít nhất trong vòng 8 tuần cho đến thời gian nghiên cứu.

+ Bệnh nhân không có tiền sử bị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính phải nhập viện hay phải đi khám cấp cứu trong vòng 8 tuần, không được điều trị kháng sinh và/hoặc corticoid toàn thân.

- Đo mật độ xương bằng phương pháp đo hấp thu tia X năng lượng kép với máy Scanner DTX 200

Tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương (WHO 1994)

Chẩn đoán	T-Score(T)
Bình thường-Normal	$T > -1$
Thiếu xương-Osteopenia	$-2.5 < T < -1.1$
Loãng xương-Osteoporosis	$T \leq -2.5$
Loãng xương nặng-Severe Osteoporosis	$T \leq -2.5$ + tiền sử gãy xương

7. Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, tần số, tỉ lệ phần trăm. Các phép kiểm Chi bình phương, Fisher's exact, t-test. $p < 0,05$ được xem là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi

Độ tuổi	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 60 tuổi	24	28,2
> 60 tuổi	61	71,8
Trung bình	67,86 $\pm$ 11,04 (Nhỏ nhất: 44, Cao nhất: 99)	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có độ tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ 71,8%. Trung bình tuổi 67,86 $\pm$ 11,04 tuổi.

Bảng 2. Đặc điểm nơi sinh sống

Nơi sinh sống	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thành thị	23	27,1
Nông thôn	62	72,9
Tổng cộng	85	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân sống ở nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất 72,9%.

Bảng 3. Đặc điểm chỉ số khối cơ thể

BMI (Kg/m ²)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gầy	27	31,8
Bình thường	38	44,7
Thừa cân	17	20
Béo phì	3	3,5
Tổng cộng	85	100

Nhận xét: Bệnh nhân có thể trạng bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 44,7%; thể trạng thừa cân chiếm tỷ lệ cao thứ hai 31,8%; thể thừa cân và béo phì chiếm tỷ lệ lần lượt là 20% và 3,5%.

Bảng 4. Thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh (năm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 5 năm	64	75,3
5-10 năm	19	22,4
> 10 năm	2	2,3
Trung bình: 3,58 $\pm$ 2,02 Nhỏ nhất: 1 Lớn nhất: 11		
Tổng cộng	85	100

Nhận xét: Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh COPD dưới 5 năm có 64 người chiếm tỷ lệ cao nhất 75,3%, chỉ có hai bệnh nhân thời gian mắc bệnh trên 10 năm chiếm tỷ lệ 2,3%. Thời gian mắc bệnh từ 5-10 năm chiếm tỷ lệ 22,4% với 19 bệnh nhân.

Bảng 5. Mức độ loãng xương tại vị trí cột sống thắt lưng

Mức độ loãng xương ở vị trí CSTL	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	13	15,3
Thiếu xương	27	31,8
Loãng xương	45	52,9
Loãng xương nặng	0	0
Tổng cộng	85	100

Nhận xét: Ở vị trí cột sống thắt lưng, loãng xương chiếm tỷ lệ 52,9%, thiếu xương chiếm tỷ lệ 31,8%.

Bảng 6. BMD trung bình cột sống thắt lưng

Cột sống thắt lưng	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
BMD	-2,3±1,33	-5,5	0,9

Nhận xét: Mật độ xương trung bình ở cột sống thắt lưng là -2,3±1,33

Bảng 7. Mức độ loãng xương tại vị trí cổ xương đùi

Mức độ loãng xương tại vị trí CXĐ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	10	11,8
Thiếu xương	35	41,2
Loãng xương	37	43,5
Loãng xương nặng	3	3,5
Tổng cộng	85	100

Nhận xét: Ở cổ xương đùi, loãng xương chiếm tỷ lệ cao nhất 43,5%; loãng xương nặng chiếm tỷ lệ 3,5%.

Bảng 8. BMD trung bình cổ xương đùi

Cổ xương đùi	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
BMD	-2,4±1,18	-4,5	2,9

Nhận xét: Mật độ xương trung bình cổ xương đùi là -2,4±1,18.

Bảng 9. Mức độ loãng xương chung

Mức độ loãng xương chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	3	3,5
Thiếu xương	26	30,6
Loãng xương	53	62,4
Loãng xương nặng	3	3,5
Tổng cộng	85	100

Nhận xét: Mức độ loãng xương và loãng xương nặng chiếm 62,4% và 3,5%.

Bảng 10. Liên quan vị trí loãng xương theo giới tính

Giới tính	Cổ xương đùi		Cột sống thắt lưng	
	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)
Nam	35 (48,6%)	37 (51,4%)	38 (52,8%)	34 (47,2%)
Nữ	5 (38,5%)	8 (61,5%)	7 (53,8%)	6 (46,2%)
P	0,5		0,94	
OR (KTC)	1,5 (0,45-5,07)		0,96 (0,29-3,13)	

Nhận xét: ở CXĐ, LX ở nam = 1,5 nữ; ở CSTL LX ở nam = 0,96 lần nữ.

Bảng 11. Liên quan tuổi và loãng xương

Nhóm tuổi	Cổ xương đùi		Cột sống thắt lưng	
	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)
>60 tuổi	32 (52,5%)	29 (47,5%)	32 (52,5%)	29 (47,5%)
≤60 tuổi	8 (33,3%)	16 (66,7%)	13 (54,2%)	11 (45,8%)

P	0,112	0,887
OR (KTC)	2,2 (0,82-5,92)	0,93 (0,36-2,4)

Nhận xét: Ở CXĐ: nhóm >60 tuổi loãng xương gấp 2,2 lần nhóm ≤60 tuổi. Ở CSTL nhóm >60 tuổi loãng xương gấp 0,93 lần nhóm ≤60 tuổi.

Bảng 12. Liên quan hút thuốc và loãng xương

Hút thuốc	Cổ xương đùi		Cột sống thắt lưng	
	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)
Có	35 (59,3%)	24 (40,7%)	36 (61%)	23 (39%)
Không	5 (19,2%)	21 (80,8%)	9 (34,6%)	17 (65,4%)
P	0,001		0,025	
OR (KTC)	6,13 (2,03-18,49)		2,96 (1,13-7,74)	

Nhận xét: Ở CXĐ: nhóm hút thuốc loãng xương gấp 6,13 lần nhóm không hút thuốc. Ở CSTL nhóm hút thuốc loãng xương gấp 2,96 lần nhóm không hút thuốc. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm không hút thuốc.

Bảng 13. Liên quan chỉ số khối cơ thể và loãng xương

Chỉ số khối cơ thể (kg/m ²)	Cổ xương đùi		Cột sống thắt lưng	
	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)
BMI≤18,5	18 (66,7%)	9 (33,3%)	20 (74,1%)	7 (25,9%)
BMI>18,5	22 (37,9%)	36 (62,1%)	25 (43,1%)	33 (56,9%)
P	0,013		0,008	
OR (KTC)	3,27 (1,25-8,55)		3,77 (1,38-10,31)	

Nhận xét: Ở CXĐ bệnh nhân gây loãng xương gấp 3,27 lần không gây. Ở CSTL bệnh nhân gây loãng xương gấp 3,77 lần không gây. Tất cả khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 14. Liên quan thời gian mắc bệnh và loãng xương

Thời gian mắc bệnh	Cổ xương đùi		Cột sống thắt lưng	
	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)
≥5 năm	14 (66,7%)	7 (33,3%)	16 (76,2%)	5 (23,8%)
<5 năm	26 (40,6%)	38 (59,4%)	29 (45,3%)	35 (54,7%)
P	0,038		0,014	
OR (KTC)	2,92 (1,04-8,23)		3,86 (1,26-11,82)	

Nhận xét: Ở CXĐ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≥5 năm loãng xương gấp 2,92 lần nhóm có thời gian mắc bệnh <5 năm ($p < 0,05$). Ở CSTL bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≥5 năm có nguy cơ loãng xương gấp 3,86 lần nhóm có thời gian mắc bệnh <5 năm ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm về tuổi

COPD là bệnh có đặc điểm có viêm phế quản mạn tính hoặc khí phế thũng và tắc nghẽn lưu lượng khí thở, tiến triển từ từ và có thể hồi phục một phần hoặc không hồi phục. Bệnh có thể phòng và điều trị được, bệnh có đặc điểm là giới hạn lưu lượng thở dai dẳng, bệnh tiến triển và thường kết hợp với đáp ứng viêm mạn tính ở đường thở và nhu mô phổi do các hạt và khí độc hại. Các đợt cấp và bệnh lý đi kèm góp phần làm nặng lên ở từng người bệnh khác nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân BPTNMT tuổi trung bình là $67,86 \pm 11,04$ trong đó cao nhất là 99 tuổi và thấp nhất là 44 tuổi, trong đó tỷ lệ bệnh nhân >60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 71,28%. Ở CXĐ, bệnh nhân BPTNMT >60 tuổi có nguy cơ loãng xương gấp 2,2 lần bệnh nhân ≤60 tuổi. Ở CSTL, bệnh nhân >60 tuổi có nguy cơ loãng xương gấp 0,87 lần bệnh nhân ≤60 tuổi. Tuy nhiên, khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự như một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Kết quả nghiên cứu của Lê

Thiện Quỳnh Như ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân BPTNMT là $70,34 \pm 11,29$ tuổi trong đó cao nhất là 99 tuổi và thấp nhất là 40 tuổi. Tác giả ghi nhận yếu tố liên quan giữa tuổi và LX không có ý nghĩa ($p=0,26$) [5]. Tương tự tác giả Lin-Chen và cộng sự ghi nhận tuổi trung bình ở bệnh nhân BPTNMT là $72,55 \pm 7,45$ tuổi trong đó cao nhất là 90 tuổi và thấp nhất là 47 tuổi. Tác giả cũng ghi nhận yếu tố liên quan giữa tuổi với LX nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p=0,173$) [13]. Theo kết quả nghiên cứu của Mamino và cộng sự (2002) cho biết tần suất mắc bệnh tăng dần theo tuổi, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân >60 tuổi. Phần lớn bệnh nhân mắc COPD được chẩn đoán ở tuổi trung niên trở lên. Khi mà triệu chứng của COPD bắt đầu xuất hiện, có thể lão hóa đến xương. Trong các nghiên cứu dịch tễ học trên những người khỏe mạnh bình thường, đặc điểm mật độ xương giảm dần theo các lứa tuổi thể hiện rất rõ ràng. LX ở bệnh nhân BPTNMT không tuân theo quy luật trên có thể là do các đối tượng này có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới mật độ xương như thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh, chỉ số khối cơ thể thấp.

Đặc điểm phân bố

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần bệnh nhân BPTNMT đến từ nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất 72,9%. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Trần Quốc Ngọc Thanh, có 56,8% bệnh nhân ở nông thôn [7].

Đặc điểm về chỉ số khối cơ thể

Theo phân loại của TCYTTG về BMI cho dân số châu Á, BMI bình thường từ 18,5-23. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thiếu cân BMI $<18,5$ ở bệnh nhân BPTNMT khá cao chiếm 31,8%. Tỷ lệ này cao gấp đôi so với dân số chung ở người Việt Nam là 14,7%. Ngoài ra chúng tôi ghi nhận BMI có mối liên quan đến nguy cơ LX ở CXĐ là $OR=3,27$, $p=0,013$ và CSTL là $OR=3,77$, $p=0,008$. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Trần Quốc Ngọc Thanh cho thấy LX ở CXĐ chiếm 64,3%, ở CSTL chiếm 50%. Cả hai vị trí này đều có tỷ lệ LX cao. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) so với người không gầy [7]. Những người quá gầy ốm hoặc có khung xương của cơ thể nhỏ thường có nguy cơ cao bởi vì khối xương nhỏ. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy cho thấy nhóm bệnh nhân có BMI $<18,5$ có tỷ lệ loãng xương cao hơn so với nhóm có BMI $\geq 18,5$. Nhóm bệnh nhân có BMI $<18,5$ có nguy cơ bị loãng xương cao hơn 3,6 lần so với nhóm có BMI $\geq 18,5$ (tại vị trí CSTL) và cao hơn 3,4 lần (tại vị trí CXĐ) [8]. Tác giả Lê Thiện Quỳnh Như ghi nhận chỉ số BMI trung bình trên bệnh nhân BPTNMT trong nghiên cứu là $20,43 \pm 4,02$. Trong đó tỷ lệ thiếu cân BMI $<18,5$ của tác giả ghi nhận trên bệnh nhân BPTNMT tương đối cao chiếm 36,62% tương đương 26 trường hợp. Nghiên cứu của tác giả vẫn cho thấy sự khác biệt giữa các phân nhóm trong chỉ số khối của cơ thể so với LX nhưng không có ý nghĩa ($p>0,05$) [5].

Đặc điểm thời gian mắc bệnh

Tỷ lệ loãng xương trong nghiên cứu của chúng tôi tăng dần theo thời gian mắc bệnh tính theo T-score CXĐ, những người mắc bệnh ≥ 5 năm có nguy cơ loãng xương cao hơn 2,92 lần những người mắc bệnh <5 năm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,038<0,05$). Đối với T-score CSTL, những người mắc bệnh ≥ 5 năm có nguy cơ loãng xương cao hơn 3,86 lần những người mắc bệnh <5 năm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,014<0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Trần Quốc Ngọc Thanh, tuy nhiên sự khác biệt giữa thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm và <5 năm ở CSTL chưa có ý nghĩa thống kê [7]. Kết quả nghiên cứu của Trần Văn Ban (2012) cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ loãng xương CSTL và CXĐ ở 2 nhóm bị bệnh ≥ 5 năm và nhóm bị bệnh <5 năm [1]. Hoạt động bình thường chịu trọng lượng đã được chứng minh để duy trì khối lượng xương. Hoàn toàn cố định như tê liệt hoặc bất động làm giảm mật độ xương. Bệnh nhân COPD không hoàn toàn bất động, tuy nhiên tiến triển theo thời gian bệnh thường kết hợp với tình trạng giảm chức năng và tính di động, giảm khả năng chịu đựng tập thể dục, nguyên nhân thường là do khó thở, do sự yếu kém về hô hấp và cơ xương ngoại biên. Sự giảm hoạt động và sức mạnh cơ bắp có thể làm tăng nguy cơ té ngã và gãy xương.

Đặc điểm về giới tính

Trong 85 trường hợp BPTNMT, tỷ lệ LX ở nam giới chiếm tỷ lệ cao 48,6% ở CXĐ và 52,8% ở CSTL. Tuy nhiên sự khác biệt giữa nam và nữ chưa có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Diễm tỉ lệ nam chiếm 80,9% (89 trường hợp) lớn hơn nữ

chiếm 19,1% (21 trường hợp). Có sự khác biệt trong giới tính nam và nữ giữa hai nhóm LX và thiếu xương nhưng không có ý nghĩa ($p>0,05$). Trong đó tỷ lệ LX, thiếu xương ở nam giới lần lượt là 81,5%; 80% và nữ giới lần lượt là 18,5%; 20%. Đặc điểm về giới tính cũng là một yếu tố có thể liên quan đến nguy cơ LX nhưng không có ý nghĩa với $OR=1,104$; 95%; $p>0,05$ và chưa là một yếu tố nguy cơ LX độc lập [3].

Đặc điểm hút thuốc lá

BPTNMT đa phần bệnh nhân đều có tiền sử hút thuốc lá trên 10 gói-năm, và khi được chẩn đoán BPTNMT thì tất cả bệnh nhân đều đã bỏ hút thuốc. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tương đối với những bệnh nhân có hút thuốc lá có khả năng gây tăng nguy cơ LX 6,13 lần ở CXĐ ($p=0,001$) và 2,96 lần ở CSTL với ($p=0,025$), có ý nghĩa thống kê. Một phân tích tổng hợp của hơn 40.000 người hút thuốc lá, là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất gây ra COPD. Hút thuốc có tác động độc lập, làm ảnh hưởng đến chỉ số BMD và nguy cơ gãy xương. Hút thuốc lá góp phần gây loãng xương thông qua nhiều cơ chế khác nhau, bao gồm các tác dụng đối với hoạt động chất estradiol và điều chế hệ thống OPG/RANK/RANKL.

.V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tình hình và một số yếu tố liên quan với LX ở bệnh nhân BPTNMT tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang ghi nhận:

- Tỷ lệ loãng xương chiếm tỷ lệ cao, ở CXĐ là 47% và CSTL là 52,9%.
- Bệnh nhân BPTNMT có hút thuốc lá, có $BMI \leq 18,5$ và có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm có nguy cơ loãng xương cao hơn ($p<0,05$). Các yếu tố giới tính, tuổi >60 tuổi khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.
-

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Ban (2012), *Đánh giá tình trạng loãng xương ở bệnh nhân COPD và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Cơ xương khớp* số: 361/QĐ-BYT. Tr 124-127.
3. Nguyễn Thị Diễm, Tạ Văn Trầm (2018), "Khảo sát các yếu tố liên quan đến loãng xương ở người cao tuổi có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Đa khoa Tiền Giang", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, Số 11-12, Tr. 1-7.
4. Dương Kim Hương, Lê Bạch Lan, Hồ Đăng Nghĩa (2015), "Khảo sát mật độ xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 5(tập 14), tr. 24-29.
5. Lê Thiện Quỳnh Như (2014), *Khảo sát tình trạng loãng xương trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định*, Luận văn thạc sỹ y khoa, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. Dương Quý Sỹ (2017), "Cập nhật chẩn đoán và điều trị COPD theo GOLD 2017 và các khuyến cáo", Hội nghị khoa học hưởng ứng ngày thế giới phòng chống COPD, Hà Nội.
7. Trần Quốc Ngọc Thanh (2019), *Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị loãng xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2018-2019*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
8. Nguyễn Thị Thủy (2015), *Nghiên cứu đặc điểm loãng xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại đơn vị quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính – Bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Lê Anh Thư Thư (2017), "Loãng xương và các bệnh liên quan, các khó khăn và thách thức trong thực tế lâm sàng tại Việt Nam", *Hội nghị loãng xương Thành Phố Hồ Chí Minh*, tại Phú Yên, tháng 8/2017.
10. A.A. Ionescu, E. Schoon (2003), "Osteoporosis in chronic obstructive pulmonary disease", *Eur Respir J*, 22(Suppl. 46), pp. 64s–75s.
11. B. Pathasarathi, Pl Rantu, G.Malabika, et al (2011), "Prevalence of osteoporosis and osteopenia in advanced chronic obstructive pulmonary disease patients", *Lung India*, 28(3), pp. 184-186.
12. Don D. Sin, Jonathan P. Man (2003), "The Risk of Osteoporosis in Caucasian Men and Women with Obstructive Airways Disease", *Obstructive Airways Disease and Osteoporosis*, 114(1), pp. 10–14.
13. Lin, C. W., Chen, Y. Y., Chen, Y. J., Liang, C. Y., Lin, M. S., Chen, W. (2015), "Prevalence, risk factors, and health-related quality of life of osteoporosis in patients with COPD at a community hospital in Taiwan". *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 10, 1493-1500.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ ACID URIC Ở BỆNH NHÂN TRÊN 40 TUỔI KÈM HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA, CÓ VÀ KHÔNG CÓ TĂNG HUYẾT ÁP

Trình Thị Tây Nam, Nguyễn Văn Hưng,
Nguyễn Văn Dưỡng, Nguyễn Hữu Lê.

Tóm tắt

Cơ sở: Mỗi liên quan giữa nồng độ acid uric huyết thanh với hội chứng chuyển hóa và tăng huyết áp ngày càng được quan tâm, do đó chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu sau: Khảo sát nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa có và không có tăng huyết áp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 304 bệnh nhân tuổi trung bình $55,45 \pm 13,54$ có hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn IDF-2006 được chia làm 2 nhóm có và không có tăng huyết áp. Nghiên cứu thực hiện tại khoa nội A Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

Kết quả: Nồng độ AU nhóm bệnh có tăng huyết áp cao hơn không có tăng huyết áp ($431,30 \pm 71,50$ ở nhóm tăng huyết áp so với $362,62 \pm 66,00$ ở nhóm không tăng huyết áp với ($p < 0.001$).

Kết luận: có sự khác biệt về nồng độ AU ở bệnh nhân bị mắc hội chứng chuyển hóa có và không có tăng huyết áp.

Từ khóa: Acid Uric, tăng huyết áp, hội chứng chuyển hóa.

Summary

Background: Relationship between serum uric acid levels with metabolic syndrome and hypertension was increasingly interested, so the aim of this study: Survey of serum uric acid levels in patients with metabolic syndrome with and without hypertension.

Subjects and Method: 304 patients with an average age of $55,45 \pm 13,54$ had the metabolic syndrome according to IDF-2006 is divided into 2 groups with and without hypertension. Research conducted at the An Giang hospital.

Results: The concentration AU in patients with high blood pressure is higher in patients without high blood pressure ($431,30 \pm 71,50$ versus $362,62 \pm 66,00$, $p < 0.001$). The rate of hypertension patients with high serum uric acid levels was in group without hypertension.

Conclusion: There was differences in the concentration of AU in patients with metabolic syndrome with and without hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đã có nhiều công trình nghiên cứu về mối liên quan giữa acid uric với bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận, béo phì [1], [2]..., nhưng mối liên quan giữa nồng độ acid uric huyết thanh với hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân trên 40 tuổi ít được các tác giả đề cập, do đó chúng tôi tiến hành đề tài “Nghiên cứu nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân trên 40 tuổi kèm hội chứng chuyển hóa, có và không có tăng huyết áp” nhằm mục tiêu sau: Khảo sát nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa trên 40 tuổi, có và không có tăng huyết áp.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.2. Cỡ mẫu: 304 bệnh nhân

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả những bệnh nhân > 40 tuổi, đến khám sức khỏe định kỳ tại Khoa nội A, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 11/2019 đến tháng 11/2020, đủ tiêu chuẩn chẩn đoán HCCCH theo IDF-2009, được chia làm hai nhóm: nhóm có tăng huyết áp và nhóm không có tăng huyết áp.

- Tiêu chuẩn loại trừ: đợt gút cấp, những bệnh nhân có các bệnh hệ thống, suy giáp, cường giáp, đang sử dụng thuốc gây rối loạn AU (thuốc điều trị ung thư, Salicylate, lợi tiểu, Ethambutol, Pyrazinamid, corticoid, Allopurinol).

2.4. Chỉ tiêu trong nghiên cứu gồm:

* **Đặc điểm chung**

- **Tuổi:** Chúng tôi chia đối tượng nghiên cứu làm 02 nhóm: < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi.

- **Giới tính:** nam và nữ giới.

*** Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng Acid uric huyết thanh (SUA)**

Tăng SUA khi: Nam ≥ 70mg/l (420 μmol/l) Nữ ≥ 60mg/l (360 μmol/l)

*** Các thành tố của hội chứng chuyển hóa**

- **Vòng bụng:** Trị số vòng bụng đánh giá béo phì dạng nam theo dân tộc.

- **Huyết áp:** Phân độ huyết áp theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam 2008.

- **Triglycerid máu và HDL-c máu:** số liệu lipid huyết thanh thu được của các đối tượng nghiên cứu được so sánh với bảng trị số bình thường lipid máu theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam 2008.

- **Đường máu:** tiêu chuẩn trong HCCH Glucose máu lúc đói ≥ 5,6mmol/l.

*** Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng chuyển hóa**

Dựa vào đồng thuận của Hiệp hội Đái tháo đường Quốc tế (IDF) năm 2009, một người được chẩn đoán HCCH khi có ít nhất 3 trong 5 dấu hiệu sau:

- Tăng vòng bụng (Béo bụng hoặc béo phì dạng nam): Vòng bụng ≥ 90cm đối với nam, ≥ 80cm đối với nữ.

- Tăng triglycerid máu ≥ 150 mg/dl (≥ 1,7 mmol/l), hay điều trị đặc hiệu rối loạn lipid này.

- Giảm HDL-Cholesterol máu < 40 mg/dl (1,03 mmol/l) đối với nam; < 50 mg/dl (< 1,29 mmol/l) đối với nữ, hoặc có điều trị đặc hiệu rối loạn lipid này.

- Tăng huyết áp: ≥ 130/85 mmHg, hoặc đã điều trị THA được chẩn đoán trước đó.

- Tăng glucose máu lúc đói: ≥ 100 mg/dl (≥ 5,6 mmol/l), hoặc đái tháo đường type 2 được chẩn đoán trước đó.

2.5. Xử lý số liệu:

Tất cả số liệu được xử lý theo phần mềm SPSS 20.0. Biến định tính, tính tỉ lệ phần trăm, so sánh tỉ lệ của biến nhị thức dùng kiểm định.

Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

3. KẾT QUẢ:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới

Tuổi \ Giới	< 60 tuổi		≥ 60 tuổi		Chung	
	n=126	(%)	n=178	(%)	n=304	(%)
Nam	102	41,98	141	58,02	243	79,9
Nữ	24	39,34	37	60,66	61	20,1
Tuổi (X± SD)	51,47±3,95		68,24±5,43		55,45±13,54	
P	>0.05				0.008	

Từ bảng 1 cho thấy đối tượng nghiên cứu đều >40 tuổi, tuổi trung bình 55,45±13,54, tỷ lệ nam chiếm đa số với tỷ lệ 79,9% cao gấp gần 4 lần tỷ lệ nữ; Trong khi đó tỷ lệ HCCH ở nam <60 tuổi cao hơn nam ≥ 60 tuổi, tỷ lệ HCCH ở nữ <60 tuổi thấp hơn ở nữ ≥ 60 tuổi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Bảng 2. Số thành tố cấu thành nên HCCH

Số thành tố của HCCH	n	%	p
3	137	45,06	0.001
4	120	39,47	
5	47	15,47	
Tổng	304	100	

Từ số liệu bảng 2, các nguyên tố cấu thành nên HCCH thì 3 yếu tố chiếm cao nhất với tỷ lệ 45,06%, 4 yếu tố có tỷ lệ 39,47 và 5 yếu tố chiếm tỷ lệ 15,47%.

Bảng 3. Giá trị trung bình các thành tố HCCH giữa nhóm có và không có THA

THA	Có THA (X ± SD)	Không THA (X ± SD)	P
Thành tố HCCH			
Vòng bụng (cm)	96,35±6,16	95,15±7,56	>0.05
Triglycerid (mmol)	2,56±1,54	2,75±2,10	>0.05
HDL- c (mmol)	1,15±0,23	1,26±0,26	0,01
Glucose máu (mmol)	6,41±1,66	5,95±1,15	0,05

- Nghiên cứu của chúng tôi, sau vòng bụng (100%), tăng TG hay gặp nhất chiếm 72,34%, tăng đường máu chiếm 68%, THA chiếm 68,75%.

- Theo Trần Thừa Nguyên, Trần Hữu Dàng (2008) [5], tỷ lệ HCCH (theo tiêu chuẩn IDF 2006) ở người > 60 tuổi là 38,96%. Các dấu hiệu thường gặp nhất là tăng vòng bụng (100%), THA (77,78%), giảm HDL-c (75,56%).

- Trần Văn Huy và cs (2005) [3], tỷ lệ HCCH trong cộng đồng dân cư Khánh Hòa là có sự khác biệt ở thành thị 17,9%, nông thôn 11,6%, miền núi 5%. HCCH tăng theo tuổi, nữ mắc bệnh cao hơn nam, tỷ lệ HDL-c thấp chiếm 37% và vòng bụng có tỷ lệ thấp nhất 4%.

- Salminen và cs [13] cho thấy tỷ lệ VB chiếm 59,3%, tăng TG chiếm 75%, giảm HDL-c là 68,9%, THA chiếm 85,4%, tăng đường máu chiếm 69,8%.

- Tỷ lệ mắc HCCH hiện nay khá cao vào khoảng 50-75 triệu người. HCCH xảy ra ở 5% người có thể trọng bình thường, 22% người thừa cân, 60% người bị BP.

- Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH của IDF năm 2006, tiêu chuẩn này bắt buộc phải có tăng vòng bụng, và ngưỡng glucose lúc đói ($G0 \geq 100\text{mg}$ (5,6 mmol/l) nên kết quả có thay đổi tỷ lệ so với các tiêu chuẩn khác.

3.2. Đặc điểm nồng độ Acid uric huyết thanh ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Phân bố tỷ lệ tăng nồng độ Acid uric huyết thanh theo giới

SUA	GIỚI TÍNH		Tổng (%)
	Nam (%)	Nữ (%)	
Tăng	142 (46,71)	24 (7,89)	166 (54,60)
Bình thường	101 (33,22)	37 (12,18)	138 (55,40)
Chung	243 (79,93)	61 (20,08)	304 (100)
P	<0.05		

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tăng nồng độ SUA ở Nam là 46,71% cao hơn so với Nữ là 7,89% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Tỷ lệ và nồng độ trung bình SUA ở đối tượng có và không có THA

THA \ SUA	Có tăng SUA		Không tăng SUA		Chung	
	n= 170	55,90 %	n= 134	44,1 %	n=304	(X ± SD)
Có THA	143	47,00 %	66	21,70 %	209	431,30±71,50
Không THA	27	8,90 %	68	22,40 %	95	362,62±66,00
p	P<0.001				P<0.001	

NĐTB SUA nhóm THA cao hơn nhóm không THA (431,30±71,50µmol/l so với 362,62±66,00µmol/l), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$.

Bảng 6. Nồng độ trung bình SUA ở nhóm có và không có THA theo giới

HA \ SUA	Nam		Nữ		P
	n	(X±SD)	n	(X±SD)	
Có THA	171	441,74±64,59	38	389,80±79,85	<0,001
Không THA	72	378,16±60,21	23	308,88±43,44	<0.001
Chung	243	404,16±59,27	61	343,28±55,24	<0.001
p	<0.001				

Khảo sát nồng độ SUA trên các đối tượng THA, nghiên cứu chúng tôi cho thấy NĐTB SUA ở nam cao hơn nữ (441,74±64,59µmol/l so với 389,80±79,85µmol/l) sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê, $p < 0,001$. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác về NĐTB của SUA ở bệnh nhân THA, nam cao hơn nữ. Theo Châu Ngọc Hoa và cs, Nồng độ SUA thay đổi theo giới, nam cao hơn nữ, trị số lần lượt là $401 \pm 62,4$ mmol/L so với $384 \pm 59,5$ mmol/L với $p < 0,001$ [9]. Kết quả này cho thấy NĐTB ở cả 2 nhóm THA và không THA đều cao hơn so với kết quả của chúng tôi.

Bảng 7. Nồng độ SUA ở bệnh nhân THA có và không có tăng Acid Uric

SUA	Tăng huyết áp				p
	Nam		Nữ		
	n	(X±SD)	n	(X±SD)	
Tăng SUA	98	464,59±48,22	18	391,27±46,35	<0.001
Bình thường	73	421,36±39,56	20	341,46±50,58	
Chung	171	443,81±44,61	38	362,15±48,41	
p	<0.001				

Khi khảo sát nồng độ SUA theo phân độ THA (bảng 7), Nồng độ SUA ở bệnh nhân tăng huyết áp ở nam chiếm cao hơn ở nữ ($464,59 \pm 48,22 \mu\text{mol/l}$ so với $391,27 \pm 46,35 \mu\text{mol/l}$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.

Bảng 8. Nồng độ SUA trung bình theo phân độ THA

Phân độ THA	SUA	
	N = 304	(X $\pm$ SD)
HA bình thường	95	379,24 $\pm$ 44
THA độ 1	127	419,37 $\pm$ 59
THA độ 2	79	447,76 $\pm$ 79
THA độ 3	3	571,93 $\pm$ 4
p	<0.001	

Khi khảo sát nồng độ SUA theo phân độ THA (bảng 8), NĐTB SUA từ mức HA tối ưu đến THA độ 3 tương ứng như sau: $379,24 \pm 44 \mu\text{mol/l}$ / $419,37 \pm 59 \mu\text{mol/l}$ / $447,76 \pm 79 \mu\text{mol/l}$ / $571,93 \pm 4 \mu\text{mol/l}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác như của Nguyễn Thị Thúy Hằng [7], nồng độ SUA tương ứng THA độ 1,2, 3 là $355,0 \pm 41,3 \mu\text{mol/l}$ / $372,6 \pm 36,7 \mu\text{mol/l}$ / $437,9 \pm 54,3 \mu\text{mol/l}$ ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Về tuổi

Nghiên cứu của chúng tôi chọn đối tượng >40 tuổi, tuổi trung bình $55,45 \pm 13,54$, tỷ lệ HCCH gặp ở nữ 60,23% cao hơn nam 39,77%. Nhưng tỷ lệ HCCH ở nam <60 tuổi cao hơn nam ≥ 60 tuổi trong khi đó tỷ lệ HCCH ở nữ <60 tuổi thấp hơn ở nữ ≥ 60 tuổi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Các nghiên cứu trên cộng đồng cũng đưa ra nhận xét HCCH ảnh hưởng 20-30% dân số ở tuổi trung niên, có xu hướng gia tăng theo tuổi, nữ giới cao hơn nam giới và nhóm tuổi ≥ 60 tuổi có tỷ lệ cao nhất [1], [4].

4.1.2. Về giới

Khi khảo sát HCCH theo giới, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ HCCH ở nữ chiếm 60,23% cao hơn nam giới chiếm 39,77% có ý nghĩa thống kê ($p = 0,08$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu trên các đối tượng THA, bệnh mạch vành, ĐTDĐ đều cho rằng tỷ lệ HCCH ở nữ cao hơn nam. Nghiên cứu HCCH ở bệnh nhân bệnh động mạch vành ghi nhận tần suất HCCH ở nữ giới cao hơn nam giới. Trong một nghiên cứu tại Mỹ của Ford và cs cũng cho thấy tỷ lệ HCCH theo IDF ở nữ 60,1%, nam là 39,9% ($p < 0,05$) [11]. Ở phụ nữ, tình trạng mãn kinh có liên quan với những thay đổi sự phân bố mỡ trong cơ thể từ dạng béo phần thấp (hình quả lê) sang dạng BP thể bụng (béo kiểu nam, hình quả táo). Điều này hoàn toàn phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới đã chứng minh, người phụ nữ phải

đối mặt với nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch nhiều hơn nhất là sau tuổi mãn kinh. Mãn kinh làm tăng nguy cơ mắc HCCH lên 60% sau khi đã điều chỉnh theo tuổi, BMI, hoạt động thể lực.

4.2. Về đặc điểm của HCCH

4.2.1. Về số yếu tố cấu thành nên HCCH

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố cấu thành nên HCCH thì 3 yếu tố chiếm tỷ lệ cao nhất 45,06%, 4 yếu tố có 39,47, 5 yếu tố có 15,47%. Cách chọn mẫu và chọn tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH có thể tác động tới các tỷ lệ này.

Về tỷ lệ từng thành phần trong HCCH:

- Nghiên cứu của chúng tôi, sau vòng bụng (100%), tăng TG hay gặp nhất chiếm 72,34%, tăng đường máu chiếm 68%, THA chiếm 68,75%.

- Theo Trần Thừa Nguyên, Trần Hữu Dàng (2008) [5], tỷ lệ HCCH (theo tiêu chuẩn IDF 2006) ở người > 60 tuổi là 38,96%. Các dấu hiệu thường gặp nhất là tăng vòng bụng (100%), THA (77,78%), giảm HDL-c (75,56%).

- Trần Văn Huy và cs (2005) [3], tỷ lệ HCCH trong cộng đồng dân cư Khánh Hòa là có sự khác biệt ở thành thị 17,9%, nông thôn 11,6%, miền núi 5%. HCCH tăng theo tuổi, nữ mắc bệnh cao hơn nam, tỷ lệ HDL-c thấp chiếm 37% và vòng bụng có tỷ lệ thấp nhất 4%.

- Salminen và cs [13] cho thấy tỷ lệ VB chiếm 59,3%, tăng TG chiếm 75%, giảm HDL-c là 68,9%, THA chiếm 85,4%, tăng đường máu chiếm 69,8%.

- Tỷ lệ mắc HCCH hiện nay khá cao vào khoảng 50-75 triệu người. HCCH xảy ra ở 5% người có thể trọng bình thường, 22% người thừa cân, 60% người bị BP.

- Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH của IDF năm 2006, tiêu chuẩn này bắt buộc phải có tăng vòng bụng, và ngưỡng glucose lúc đói ($G0 \geq 100\text{mg}$ (5,6 mmol/l) nên kết quả có thay đổi tỷ lệ so với các tiêu chuẩn khác.

4.2.2. Về nồng độ SUA (SUA) ở đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tăng nồng độ SUA ở bệnh nhân HCCH chiếm 37,48%, nam cao hơn nữ (24,32% so với 16,65%). NĐTB SUA ở nam $404,6 \pm 59,27 \mu\text{mol/l}$ cao hơn nữ $343,28 \pm 55,24 \mu\text{mol/l}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Trần văn Trung và cs [7], khi khảo sát 97 bệnh nhân ĐTD 2 thấy tỷ lệ tăng SUA nam/nữ lần lượt là 30,93% và 19,59% và NĐTB SUA nam/nữ lần lượt là $435,103,21 \mu\text{mol/l}$ / $346,42 \pm 2464,64 \mu\text{mol/l}$.

Chen LY và cs, khi khảo sát 1.468 nam/906 nữ, thấy tỷ lệ tăng SUA: Nam 19,07%, và nữ 3,42% [9].

Theo Conen và CS [10] khi nghiên cứu 1.011 đối tượng tuổi từ 25-64 tuổi. Tỷ lệ tăng SUA ở nam giới là 35,2% và nữ là 8,7%.

Theo Châu Ngọc Hoa và cs, khảo sát nồng độ SUA ở 736 bệnh nhân (375 bệnh nhân THA và 361 người không THA). Ở người không THA tần suất tăng AU là 18%. Ở bệnh nhân THA. Tần suất tăng AU là 63%. Nồng độ SUA thay đổi theo giới, nam cao hơn nữ, trị số lần lượt là $401 \pm 62.4 \text{ mmol/L}$ so với $384 \pm 59.5 \text{ mmol/L}$ với $p < 0,001$ [3].

Các nghiên cứu trên được thực hiện trên nhiều đối tượng khác nhau nên kết quả tỷ lệ mắc tăng SUA và NĐTB của SUA khác nhau và khác với kết quả nghiên cứu của tôi. Tuy nhiên tất cả các nghiên cứu trên đều có điểm tương đồng đó là tỷ lệ tăng và NĐTB SUA ở nam giới cao hơn nữ giới. Điều này được cho là do thói quen ăn uống, nội tiết.

4.2.3. Về nồng độ SUA ở bệnh nhân HCCH có và không có THA

NĐTB SUA nhóm THA cao hơn nhóm không THA ($431,30 \pm 71,50 \mu\text{mol/l}$ so với $362,62 \pm 66,00 \mu\text{mol/l}$), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$. Theo Châu Ngọc Hoa và cs, khảo sát nồng độ SUA ở 736 bệnh nhân (375 bệnh nhân THA và 361 người không

THA). NĐTB SUA ở người không THA là $301.1 \pm 56.7 \text{ mmol/L}$. Tần suất tăng AU là 18%. NĐTB SUA ở bệnh nhân THA là $394.1 \pm 72.2 \text{ mmol/L}$. Tần suất tăng AU là 63%. Nồng độ SUA thay đổi theo giới, nam cao hơn nữ, trị số lần lượt là $401 \pm 62.4 \text{ mmol/L}$ so với $384 \pm 59.5 \text{ mmol/L}$ với $p < 0,001$ [9]. Kết quả này cho thấy NĐTB ở cả 2 nhóm THA và không THA đều cao hơn so với kết quả của chúng tôi. Khảo sát nồng độ SUA trên các đối tượng THA nghiên cứu chúng tôi cho thấy NĐTB SUA ở nam cao hơn nữ ($424,47 \pm 103,85 \mu\text{mol/l}$ so với $321,70 \pm 99,66 \mu\text{mol/l}$) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác về NĐTB của SUA ở bệnh nhân THA, nam cao hơn nữ.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hằng trên 82 bệnh nhân THA nguyên phát cho thấy nồng độ SUA trung bình nam/nữ lần lượt là $404,7 \pm 27,3 \mu\text{mol/l}$, và $330 \pm 48 \mu\text{mol/l}$ [8]. Theo Nguyễn Đức Công và cs, nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ AU với HA trên 43 bệnh nhân THA nguyên phát, kết quả cho thấy nồng độ SUA trung bình nam/nữ lần lượt là $389,7 \pm 88,7 \mu\text{mol/l}$, và $385,5 \pm 74,4 \mu\text{mol/l}$ [8].

Các nghiên cứu này có kết quả tương đồng với kết quả chúng tôi. Một điểm chung nhất ở bệnh nhân THA, nồng độ trung bình SUA nam cao hơn nữ.

Khi khảo sát nồng độ SUA theo phân độ THA (bảng 7), NĐTB SUA từ mức HA tối ưu đến THA độ 3 tương ứng như sau: $379,24 \pm 44 \mu\text{mol/l}$ / $419,37 \pm 59 \mu\text{mol/l}$ / $447,76 \pm 79 \mu\text{mol/l}$ / $571,93 \pm 4 \mu\text{mol/l}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác như của Nguyễn Thị Thúy Hằng [7], nồng độ SUA tương ứng THA độ 1,2, 3 là $355,0 \pm 41,3 \mu\text{mol/l}$ / $372,6 \pm 36,7 \mu\text{mol/l}$ / $437,9 \pm 54,3 \mu\text{mol/l}$ ($p < 0,05$).

Khi khảo sát về mối liên quan giữa thời gian bị THA với nồng độ SUA, kết quả nghiên cứu cho thấy có 36,42% phát hiện THA lần đầu, 33,64% mắc bệnh < 5 năm, và 34,65% > 5 năm, tương ứng nồng độ SUA trung bình lần lượt là $392,9 \pm 65,07 \mu\text{mol/l}$ / $426,87 \pm 94,02 \mu\text{mol/l}$ / $467,67 \pm 116,73 \mu\text{mol/l}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hằng trên 82 bệnh nhân THA nguyên phát cho thấy có sự tương quan thuận giữa nồng độ tăng SUA với thời gian phát hiện THA, phát hiện lần đầu 15,6% < 3 năm: 26,82%, 3–5 năm: 24,39%, > 5 năm: 32,92%, tương ứng với NĐTB của SUA lần lượt là: $363,2 \pm 63,3 \mu\text{mol/l}$ / $380,1 \pm 55,6 \mu\text{mol/l}$ / $385,0 \pm 53,9 \mu\text{mol/l}$ / $391,4 \pm 41,9 \mu\text{mol/l}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ [8]. Kết quả này cho thấy tuy không tương đương nhau về nồng độ, nhưng có cùng nhận xét là thời gian bị tăng huyết áp càng lâu thì nồng độ SUA càng tăng.

Nhìn chung kết quả nghiên cứu của chúng tôi về mối liên quan giữa SUA và huyết áp có một số kết quả tương đồng so với các tác giả khác đó là nồng độ SUA ở nam cao hơn nữ, kể cả trên đối tượng THA – người THA cao hơn người có huyết áp bình thường – thời gian mắc bệnh càng lâu, trị số HA càng cao thì nồng độ SUA càng tăng.

Trên thế giới có nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng bệnh nhân THA có tăng AU có nguy cơ bệnh mạch vành, bệnh mạch não gấp 3-5 lần so với không tăng acid uric. Tăng SUA được quan sát thấy ở 25-60% bệnh nhân THA không điều trị và gần 90% ở người cao tuổi THA. Điều trị giảm AU bằng nhóm ức chế xanthin có tác dụng hạ huyết áp. Tăng SUA sẽ tiên đoán làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân suy tim, bệnh động mạch vành và đái tháo đường. Bệnh nhân bệnh mạch vành tăng AU có nguy cơ tử vong tăng gấp 5 lần. Với mỗi mức tăng 1 mg/dl AU tương ứng với tăng 26% tử vong. Ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tăng acid uric, tần suất đột quỵ và tử vong chung cũng như tử vong do đột quỵ đều gia tăng.

Krishnan trong thử nghiệm can thiệp nhiều yếu tố nguy cơ (Multiple Risk Factor Intervention Trial) ở 3.073 nam giới không bị hội chứng chuyển hóa và tăng huyết áp, tuổi từ 35- 57 được theo dõi trung bình 6 năm. Kết quả cho thấy nam giới có huyết áp bình thường mà nồng độ acid uric huyết thanh lúc đầu cao thì có nguy cơ bị tăng huyết áp trên 80% (tỷ suất chênh OR: 1,81; khoảng tin cậy (CI) 95%: 1,59-2,07) so với người có nồng độ acid uric huyết thanh bình thường. Cứ tăng mỗi một đơn vị AU huyết thanh thì tăng 9% nguy cơ mắc tăng huyết áp (tỷ suất chênh OR: 1,09; khoảng tin cậy 95%: 1,02-1,17) [12].

V. KẾT LUẬN

Nồng độ AU ở nhóm bệnh hội chứng chuyển hóa có tăng huyết áp cao hơn nhóm không có tăng huyết áp. Mặt khác nồng độ AU tăng theo độ tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lý Lan Chi, Ngô Văn Truyền (2009), “Nồng độ acid uric huyết thanh với Lipid máu trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát”, Tạp chí y học thực hành, (682 + 683), tr. 391-394.
2. Nguyễn Đức Công, Nguyễn Cảnh Toàn (2006), “Mối liên quan giữa nồng độ AU huyết với huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát”, Tạp chí Tim mạch học Việt nam, (43), tr. 56-60.
3. Châu Ngọc Hoa, Lê Hoài Nam (2009), “Khảo sát nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân tăng huyết áp và người bình thường”, Y học TP. Hồ Chí Minh, (13), tr. 1-7.
4. Trần Văn Huy, Trương Tấn Minh (2005), “Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở người lớn, Khánh hòa, Việt Nam. Những tiêu chuẩn nào phù hợp với người Việt Nam Châu Á”. Tạp chí tim mạch học Việt Nam, (40), tr. 9 – 22.
5. Huỳnh Văn Minh, Đoàn Phước Thuộc và cs (2008), “Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ hội chứng chuyển hóa trên nhân dân Thừa thiên Huế và trên những đối tượng có nguy cơ cao”, Tạp chí Y Học thực hành, (616-617), tr. 643-648.
6. Trần Thừa Nguyên, Trần Hữu Dàng, Trần Trung Thông và cs (2006), “Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở người béo phì với BMI ≥ 23 ”, Tạp chí Y học thực hành, (548), tr. 412-418.
7. Trần Văn Trung, Huỳnh Thị Dung, Nguyễn Hồng Hà và cs (2009), “Nghiên cứu nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại khoa Nội A BVĐK Tỉnh Bình Định”, Tạp chí nội khoa, (1), tr 409-417.
8. Nguyễn Thị Thúy Hằng (2011), “Nghiên cứu nồng độ acid uric huyết thanh trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát”, Tạp chí Y Dược học, (02), tr 77- 84.
9. Chen LY, Zhu WH, Chen ZW, Dai HL et al (2007): “Relationship between hyperuricemia and metabolic syndrome”. J Zhejiang Univ Sci 8, pp.593-8.
10. Conen D, Wietlisbach V, Bovet P, et al (2004): Prevalence of hyperuricemia and relation of serum uric acid with cardiovascular risk factors in a developing country. BMC Public Health 4: 9.
11. Ford ES, et al (2008), “Prevalence of the Metabolic Syndrome Among U.S. Adolescents Using the Definition From the International Diabetes Federation”, Diabetes Cwas, 31, pp.587–589.
12. Krishnan E, et al (2007), “Hyperuricemia and Incidence of Hypertension Among Men Without Metabolic Syndrome”, BMJ, 49(2), pp.298-303.
13. Salminen M, Kuoppama M, Vahlberg T, et al (2011), “Metabolic syndrome and vascular risk: a 9-year follow-up among the aged in Finland”, Acta diabetol, 48(2), pp.157-165.

NGHIÊN CỨU RỐI LOẠN NHỊP TIM BẰNG HOLTER ĐIỆN TÂM ĐỒ 24 GIỜ Ở BỆNH NHÂN BỆNH TIM THIỂU MÁU CỤC BỘ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Phạm Chí Hiền, Lê Đoàn Bảo Trân
Trần Thị Kim Hoa, Nguyễn Thị Nhớ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau thắt ngực ổn định là một bệnh thường gặp và hay gây ra loạn nhịp tim, suy tim hoặc đột tử thường xảy ra và gây tử vong.

Mục tiêu: Xác định các loại RLNT và đánh giá mối liên quan giữa RLNT với các YTNC ở BTTMCB.

Đối tượng: Là những bệnh nhân có cơn đau thắt ngực ổn định và tổn thương có ý nghĩa hệ động mạch vành thượng tâm mạc qua chụp mạch vành DSA.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang có so sánh nhóm chứng (không có tổn thương có ý nghĩa hệ động mạch vành).

Kết quả: Ngoại tâm thu thất (NTTT) và nhịp nhanh xoang chiếm cao nhất trong nhóm nghiên cứu, ngoại tâm thu thất phân độ Lown 0,I,II và III, IV, V lần lượt : 52,7%, 50,9%. Tỷ lệ NTTT dày, phức tạp và độ III, IV, V theo Lown ở nhóm bệnh cao hơn nhiều so với chứng ($p < 0,05$).

Kết luận: ý lệ rối loạn nhịp xoang, NTTT, nhịp nhanh thất, ngoại tâm thu nhĩ và nhịp nhanh trên thất giữa hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Có sự tương quan thuận chặt chẽ giữa trị số huyết áp, hút thuốc lá, đái tháo đường với tổng số ngoại tâm thu thất trong 24 giờ.

SUMMARY

The Problem: Stable angina is a common and often fatal disease that causes arrhythmias, heart failure or sudden death.

Objective: To identify types of arrhythmias and to assess the association between arrhythmias and risk factors for ischemic heart disease.

Subjects: Patients with stable angina pectoris and significant damage to the coronary artery system through DSA coronary angiography,

Methods: Cross-sectional description comparing control group (no significant injury of coronary system).

Results: Ventricular extrasystole (PVCs) and sinus tachycardia accounted for the highest in the study group. Lown 0, I, II and III, IV, V grade respectively 9%. The rate of patients with thick, complex and grade III, IV, V according to Lown was much higher than the control group ($p < 0.05$).

Conclusion: The rates of sinus arrhythmias, VT, ventricular tachycardia, atrial ventricular tachycardia and supraventricular tachycardia between the two groups differed statistically significantly ($p < 0.05$). There was a strong positive correlation between blood pressure, smoking, and diabetes with total ventricular ectopic counts in 24 hours.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành là một bệnh rất phổ biến và diễn biến phức tạp, là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở tất cả các quốc gia. Đau thắt ngực ổn định là một trong các thể bệnh thường gặp của nó mà các rối loạn nhịp tim phức tạp, cũng như suy tim, ngừng tim đột ngột hoặc đột tử thường hay xảy ra và gây tử vong. Holter điện tim 24 giờ là phương pháp thăm dò không chảy máu phát triển trên nền tảng ECG thông thường nhưng có thể ghi điện tâm đồ liên tục trong thời gian dài 24 giờ, nên rất có giá trị trong chẩn đoán và theo dõi điều trị các rối loạn nhịp tim (RLNT). Ngày nay với sự phát triển kỹ thuật toán tin, ghi Holter điện tim 24 giờ kết hợp với chức năng tính độ biến thiên nhịp tim, cung cấp cho chúng ta các thông số để chẩn đoán, thông tin dự hậu đột tử và đánh giá một liệu pháp điều trị đối với các rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định.[2],[3] Chúng tôi chọn đề tài này với mục tiêu là:

1. Xác định các loại RLNT ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định.
2. Đánh giá mối liên quan giữa RLNT với các YTNC ở bệnh nhân BTTMCB.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu:

Là những bệnh nhân có cơn đau thắt ngực ổn định và có tổn thương ý nghĩa hệ động mạch vành thượng tâm mạc qua chụp động mạch vành DSA, đang điều trị tại khoa Nội Tim mạch – Lão học, Bệnh viện BVĐKTT An Giang.

Nhóm đối chứng:

Bao gồm những bệnh nhân đã chụp mạch vành (DSA) có kết quả hệ động mạch vành thượng tâm mạc không có tổn thương. Nhóm chứng có phân bố tuổi, giới, tỷ lệ có tăng huyết áp, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu tương đương với nhóm bệnh nhân chụp mạch vành có tổn thương.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đang dùng các thuốc như: nitrate, digital, ức chế kênh canxi, ức chế beta adrenergic, hay các thuốc tăng nhu cầu oxy cơ tim như adrenalin, theophyllin...
- Những bệnh nhân đang điều trị bệnh tim mạch nặng như: nhồi máu cơ tim cấp, cơn đau thắt ngực không ổn định, bệnh van tim, suy tim nặng...
- Những bệnh nhân đang điều trị các bệnh nội khoa khác nặng như: nhiễm trùng nặng, suy gan, suy thận, bệnh phổi mạn tính nặng...
- Những bệnh nhân có rối loạn nhịp tim như rung nhĩ, ngưng xoang, block nhĩ thất cao độ... đã được chẩn đoán rồi.
- Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 9/2019 đến tháng 9/2020 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 128 bệnh nhân được chia thành hai nhóm:

+ Nhóm chụp động mạch vành có hẹp có ý nghĩa : 65 bệnh nhân

+ Nhóm chụp động mạch vành không có hẹp khu trú: 63 bệnh nhân

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh.

Bệnh nhân được khám và ghi nhận theo phiếu nghiên cứu sau:

Hỏi tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng để chọn đối tượng nghiên cứu đạt tiêu chuẩn quy định.

2.2.1. Các biến nghiên cứu:

Tuổi và phân nhóm tuổi; Giới; Hút thuốc lá; Chỉ số khối cơ thể (BMI)

$BMI = \text{Trọng lượng cơ thể (Kg)} / \text{bình phương chiều cao (m}^2\text{)}$

- **Đánh giá tình trạng béo phì:** Dựa trên chỉ số BMI theo tiêu chuẩn WHO dành cho các nước châu Á.

- **Huyết áp động mạch (mmHg)**

$HA \text{ trung bình} = HA \text{ tâm trương} + (HA \text{ tâm thu} - HA \text{ tâm trương}) / 3$

Rối loạn lipid máu: **Dựa vào phân loại ATP III.**

- **Đái tháo đường:** Chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội đái tháo đường Hoa kỳ năm 2010:

- Đánh giá tổn thương động mạch vành

Dựa vào đánh giá độ hẹp như sau:

Kỹ thuật Holter điện tim :

- Máy Holter ECG 3 kênh NORAV – HOLTER NH 301 Inc; USA.
- + Chuẩn bị bệnh nhân, chuẩn bị đầu ghi của máy Holter, chuẩn bị vùng da găng điện cực:
- + Mặc 7 điện cực theo 3 kênh:
- + Kênh 1: Cực dương ở xương sườn 6 trên đường nách trước bên trái, cực âm ở trên rìa xương ức bên phải.
- + Kênh 2 : Cực dương cách mũi ức 1,5cm xương sườn phải, cực âm ở trên rìa xương ức bên trái.
- + Kênh 3 : Cực dương ở vị trí xương sườn 6 trên đường trung đòn trái, cực âm ở giữa đuôi xương ức.
- + Dây đất: Điện cực gian sườn 8 rìa mũi ức bên phải. (hình minh họa)
- + Phân tích kết quả Holter ECG 24 giờ dựa trên chương trình phân tích tự động của phần mềm đã cài đặt sẵn trong máy tính.

Cách đánh giá rối loạn nhịp tim.

- Ngưng xoang: bình thường không vượt quá 2s so với người >30 tuổi, không vượt quá 2.5s ở người <30 tuổi.
- Nhịp nhanh xoang: > 50 % số nhát bóp có tần số >100 lần/phút
- Nhịp chậm xoang: > 50 % số nhát bóp có tần số < 60 lần/phút
- Ngoại tâm thu nhĩ (NTTN): giới hạn bình thường là:
<10 NTTN/24 giờ: 20- 40 tuổi; <100 NTTN/24 giờ: 40- 60 tuổi; < 1000 NTTN/24 giờ: >60 tuổi
- Rối loạn nhịp nhĩ hoàn toàn: rung nhĩ
- Ngoại tâm thu thất (NTT): Các dạng NTT thất bao gồm NTT thất đơn dạng, đa dạng, cặp đôi, cặp ba, NTT thất nhịp đôi, nhịp ba và hiện tượng R/T
- +Giới hạn bình thường là:
<100 NTT thất/24 giờ, <2 ổ NTT thất, 0 NTT thất đi đôi: <50 tuổi
<200 NTT thất/24 giờ, <2 NTT thất đi đôi, <5 NTT thất/giờ: >50 tuổi

2.2.2. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 128 đối tượng đưa vào nghiên cứu, trong đó nhóm bệnh có 65 và nhóm chứng có 63. Tuổi trung bình của nhóm bệnh là $71,3 \pm 10,8$ và nhóm chứng là $70,7 \pm 9,1$.

3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Tình hình phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Tuổi		≤ 50	51-59	60-69	70-80	>80	p
Nhóm							
Nhóm Bệnh (65)	n	5	8	17	20	15	>0,05
	%	5,5%	11%	27,2%	32,7%	23,6%	
	X ± SD	71 ± 10,3					
Nhóm Chúng(63)	n	4	7	19	20	13	
	%	3,8%	9,4%	32%	34%	20,8%	
	X ± SD	71,7 ± 9,7					

Bảng 3.2: Các đặc điểm chung về giới và nhóm tuổi của hai nhóm nghiên cứu

Tuổi	Nhóm bệnh (n=65)				Nhóm chứng (n=63)			
	Nam	%	Nữ	(%)	Nam	%	Nữ	(%)
N	46	74,55	19	25,45	43	68,25	20	31,74
Trung bình	71,3 ± 10,8				70,7 ± 9,1			
p	> 0,05							

Bảng 3.3 :Kết quả xét nghiệm máu ở hai nhóm nghiên cứu

Nhóm Thông số nghiên cứu	Nhóm Bệnh	Nhóm Chứng	p
Glucose (mmol/l)	6,0 ± 3,2	5,7 ± 4,1	> 0,05
Ure (mmol/l)	6,93 ± 3,24	6,30 ± 2,97	> 0,05
Creatinin (μmol/l)	102,83 ± 39,35	96,73 ± 36,82	> 0,05
Cholesterol (mmol/l)	4,84 ± 1,23	4,64 ± 1,17	> 0,05
Triglycerid (mmol/l)	2,51 ± 1,67	2,10 ± 1,63	> 0,05
LDL- C (mmol/l)	1,93 ± 0,64	1,98 ± 0,75	> 0,05
HDL- C (mmol/l)	1,54 ± 0,88	1,39 ± 0,83	> 0,05

Bảng 3.4: Phân tích các yếu tố nguy cơ đối với bệnh ĐMV

YTNC	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	Odds	95% CI
RLLP	49/65	36/63	3,521	2,136 to 6,583
THA	34/65	21/63	3,946	2,252 to 7,915
DTD	28/65	17/63	4,187	2,297 to 9,461
THUOCLA	39/65	28/63	3,159	1,987 to 5,726
BEOPHI	18/65	17/63	2,109	1,365 to 4,326

Bảng 3.5: Số nhánh tổn thương ĐMV

Số nhánh tổn thương	Nhóm bệnh	
	N=65	100%
1	40	61,53
2	17	26,15
3	8	12,30
Tổng cộng	65	100

3.2. Đặc điểm rối loạn nhịp tim ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.6: Tỷ lệ có RLNT ở hai nhóm

RLNT	Nhóm bệnh (n=65)		Nhóm chứng (n=63)		p
	n	%	n	%	
Không rối loạn nhịp	12	18,46	44	69,84	<0,05
Có rối loạn nhịp	53	81,53	19	30,15	<0,05
Tổng cộng	65		63		

Bảng 3.7: So sánh kết quả Holter điện tim của 2 nhóm nghiên cứu

Các thông số	Nhóm bệnh (n=65)		Nhóm chứng (n=63)		p	
	n	%	n	%		
Không rối loạn nhịp	8	14,5	34	64,2	< 0,05	
Rối loạn nhịp trên thất:						
NTT trên thất	29	52,7	8	15,1	< 0,05	
Nhịp nhanh xoang	29	52,7	7	13,2	< 0,05	
Rối loạn nhịp xoang	14	25,5	4	7,5	< 0,05	
NTT trên thất/24h	1102,48 ± 42,89		406,3 ± 36,6		< 0,01	
Rối loạn nhịp thất:						
Tần suất NTT thất:<10NTTT/h≥ 10NTTT/h	44	67,69	10	15,8	< 0,05	
	21	32,3	9	14,2	< 0,05	
Đặc điểm NTT thất	Đơn dạng	29	52,7	15	28,3	< 0,05
	Đa dạng	19	34,5	9	17,0	> 0,05
	Con nhanh thất	5	9,1	2	3,8	> 0,05
	NTTT phức tạp	12	21,8	3	5,7	> 0,05
Số lượng NTTT /24h	288,75 ± 213,41		167,69 ± 148.63		<0,01	

Phân loại theo Lown:					
Độ 0,I,II	29	52,7	15	28,3	< 0,05
Độ III,IV,V	28	50,9	12	22,6	< 0,05

3.3. Mối liên quan LNT với YTNC ở nhóm nghiên cứu:

Chỉ số	Tương quan NTTC trong 24 giờ		Phương trình hồi quy
	r	P	
Thuốc lá	0,31	< 0,001	Log(y) = 0.7074 + 0.3431
Huyết áp	0,32	< 0,001	Log(y) = 1.3112 + 0.5244
Triglycerid	0,31	< 0,001	Log(y) = 1.6131 + 0.1358
HDL-C	0,42	< 0,001	Log(y) = 1.0029 + 0.3704
Béo phì	0,41	< 0,001	Log(y) = -0.5207 + 0.1216
Đái tháo đường	0.35	<0,001	Log(y) = 1.5012 + 0.4124

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 128 đối tượng đưa vào nghiên cứu, trong đó nhóm bệnh có 65 và nhóm chứng có 63. Tuổi trung bình của nhóm bệnh là $71,3 \pm 10,8$ và nhóm chứng là $70,7 \pm 9,1$. Cả hai nhóm có chỉ số nhân trắc không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$

4.2. Một số yếu tố nguy cơ chính của đối tượng nghiên cứu

Về hút thuốc lá thúc đẩy nhanh quá trình hình thành mảng xơ vữa động mạch và hậu quả là có thể gây ra đau thắt ngực và NMCT. Một nghiên cứu gần đây, tỷ lệ thiếu máu cơ tim và NMCT ở người hút thuốc lá cao hơn 5 lần so với người không hút thuốc lá ở tuổi 30 – 49, cao hơn 3 lần ở tuổi 50 – 59, và cao hơn 2 lần ở tuổi 60 – 79. Yếu tố nguy cơ mắc bệnh của một người phụ thuộc vào thời gian và số lượng thuốc hút. Mặc dù vậy, nguy cơ mắc bệnh sẽ giảm ngay sau khi người hút thuốc từ bỏ thuốc lá (kể cả hút nhiều và lâu năm). Dần dần nguy cơ của họ sẽ giảm đi một nửa so với những người vẫn tiếp tục hút và sẽ gần như tương đương với người chưa bao giờ hút thuốc lá sau 5 năm [2],[3],[4],[6],[7]

Về tăng huyết áp theo nghiên cứu của Hồ Anh Bình [1], Nguyễn Tá Đông [2] thì tỷ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân bị bệnh ĐMV là 39,13 %. Theo thống kê của Framingham: nguy cơ mắc bệnh ĐMV tăng từ 1 (với người có HA tâm thu < 120 mmHg) đến 2,82 (với người có huyết áp tâm thu: 140 – 159 mmHg) và đến 4,51 (với người có HA tâm thu > 180 mmHg). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ HA tâm thu ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. [5],[8]

Về tiền sử đái tháo đường với bệnh nhân bị bệnh ĐMV ở hai nhóm tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy xu hướng tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường ở nhóm bệnh lớn hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tá Đông tỷ lệ đái tháo đường ở bệnh nhân bị bệnh ĐMV là 12,2%. Đái tháo đường là một trong những yếu tố nguy cơ chính của bệnh ĐMV, đồng thời cũng làm cho tiên lượng bệnh xấu hơn nhiều [2]. Bệnh nhân đái tháo đường thường có thể làm lu mờ các triệu chứng của cơn đau thắt ngực, tỷ lệ bệnh tim TMCB im lặng cao hơn nhóm chứng.

Về rối loạn lipid máu theo nghiên cứu của Nguyễn Tá Đông tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nhóm bệnh (70,1%) cao hơn nhóm chứng (49,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Rối loạn lipid máu là một trong những yếu tố khởi đầu cho quá trình hình thành và phát triển của xơ vữa động mạch nói chung hay của động mạch vành nói riêng. Rối loạn lipid máu sẽ làm rối loạn chức năng của nội mạc mạch máu, dẫn đến xơ vữa động mạch vành và hậu quả là gây ra hội chứng mạch vành cấp. Khi có tăng LDL-C, nhất là LDL-C có kích thước nhỏ và đậm đặc thì LDL-C dễ dàng chui vào lớp dưới nội mạc của thành mạch. Tăng LDL-C là một yếu tố nguy cơ chính của bệnh mạch vành, mức cholesterol toàn phần và LDL-C càng cao thì nguy cơ bị bệnh mạch vành càng nhiều. Nghiên cứu Framingham trên hơn 5000 bệnh nhân theo dõi trong vòng 14 năm, thấy nguy cơ mắc bệnh mạch vành là 1 khi cholesterol > 5,2 g/l, tăng lên 2,25 và 2,35 lần

khi cholesterol tăng lên thêm 2,4 – 2,6 g/l. Nghiên cứu Procam trên 30.000 người, theo dõi trong vòng 6 năm thấy: khi cholesterol > 3 g/l và HDL-C < 0,35 g/l thì tỷ lệ NMCT là 29,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân bị rối loạn Lipid máu là khá cao. Có tình trạng như vậy là do rối loạn lipid máu thường diễn biến thầm lặng, không có biểu hiện trên lâm sàng nên bệnh thường phát hiện được khi có biến chứng. Khi nghiên cứu sự phối hợp các yếu tố nguy cơ, chúng tôi nhận thấy rằng không có nhiều bệnh nhân ≤ 1 yếu tố nguy cơ chiếm 18%. Trong khi đó số bệnh nhân có hai yếu tố nguy cơ chiếm 42,6% . Sự khác biệt giữa bệnh nhân có ≤ 1 yếu tố nguy cơ với bệnh nhân có ≥ 2 yếu tố nguy cơ là có ý nghĩa thống kê và chứng tỏ rằng bệnh mạch vành có nhiều yếu tố nguy cơ phối hợp chứ không phải chỉ có một yếu tố nguy cơ đơn lẻ. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Framingham, Nguyễn Tá Đông, Đào Hồng Quân [2],[4], [7], [8]

4.2. Rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định.

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân hẹp động mạch vành có tỷ lệ RLNT nhiều hơn 81,53% và phức tạp hơn so với nhóm bệnh nhân không có hẹp ĐMV 38,09% . RLNT hay gặp nhất là nhịp nhanh xoang với tỷ lệ ở nhóm hẹp mạch vành không hẹp là 13,2 % thấp hơn so với nhóm có hẹp là 52,7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ gặp NTTT ở nhóm mạch vành hẹp là 67,69 % cao hơn so với nhóm bình thường là 15,8 %, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ, mức độ RLN thất nặng và phức tạp ở bệnh nhân hẹp mạch vành cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Đặc biệt tỷ lệ NTTT dày, NTTT đơn dạng và Lown độ I,II,III,IV,V ở bệnh nhân hẹp mạch vành lần lượt là 52,7%; 50,9% cao hơn nhóm mạch vành bình thường có tỷ lệ tương ứng là 28,3%; 22,6% ($p < 0,05$). số lượng NTT trên thất, số lượng NTTT, tỷ lệ có NTTT dày, NTTT phức tạp, Lown độ cao ở nhóm có hẹp ĐMV cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có hẹp ĐMV. Khi chia các đối tượng nghiên cứu theo nhóm NTTT dày, NTTT phức tạp và theo độ Lown chúng tôi cũng nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân có hẹp mạch vành có rối loạn nhịp phức tạp cao hơn có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Elhendy nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa rối loạn nhịp thất và tình trạng thiếu máu cục bộ cơ tim phát hiện bằng chụp ĐMV cho thấy nhóm bệnh nhân bị RLN thất, tỷ lệ tắc động mạch vành là 93 % cao hơn so với 74 % tắc động mạch vành ở nhóm không có RLN thất [2], [3], [4],[6]

4.3. Mối liên quan RLNT với YTNC

Mối liên quan giữa các rối loạn nhịp và các yếu tố nguy cơ liên quan nhóm bệnh nhân BTTCMB có trị số huyết áp, béo phì ,hút thuốc lá, nồng độ triglycerid máu đều cao hơn và nồng độ HDLcholesterol thấp hơn so với nhóm không đau ngực. ở nhóm tổn thương nhiều nhánh động mạch vành cao hơn nhóm tổn thương một nhánh mạch vành. Tổn thương nhiều nhánh động mạch vành có giá trị dự báo dương tính nguy cơ xuất hiện ngoại tâm thu thất dày, phức tạp. Có sự tương quan thuận chặt chẽ giữa trị số huyết áp với tổng số ngoại tâm thu thất trong 24 giờ. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận kết quả tương tự như các tác giả trong và ngoài nước: Nguyễn Tá Đông, Đào Hồng Quân, Paul M Ridker, Peter Libby. [2],[4],[7]

V.KẾT LUẬN

- NTTT và nhịp nhanh xoang chiếm cao nhất trong nhóm nghiên cứu, ngoại tâm thu thất phân độ Lown 0,I,II và III, IV, V lần lượt : 52,7%, 50,9%.
- Tỷ lệ NTTT dày, phức tạp và độ III, IV, V theo Lown ở nhóm bệnh cao hơn nhiều so với nhóm chứng ($p < 0,05$).
- Tỷ lệ rối loạn nhịp xoang, NTTT, nhịp nhanh thất, ngoại tâm thu nhĩ và nhịp nhanh trên thất giữa hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).
- Có sự tương quan thuận chặt chẽ giữa trị số huyết áp, hút thuốc lá, đái tháo đường với tổng số ngoại tâm thu thất trong 24 giờ.

1. Hồ Anh Bình, Nguyễn Hải Thủy, Nguyễn Cửu Lợi, Trần Thị Vui, Huỳnh Văn Minh (2003), “ Đặc điểm tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2 qua chụp mạch vành chọn lọc”, *Hội nghị khoa học toàn quốc lần thứ II tháng 4/2003*, tr.164-168.
2. Nguyễn Tá Đông, Hoàng Xuân Thành (2013) “ Nghiên cứu rối loạn nhịp tim bằng Holter điện tim 24 giờ ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định” *Tạp chí Tim mạch học Việt nam*, 67, tr. 43 – 47.
3. Nguyễn Lâm Hiếu, Phạm Gia Khải (2000), “ Tìm hiểu mối tương quan giữa holter điện tim 24 giờ và điện tâm đồ gắng sức trong chẩn đoán BTTMCB”, *Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 4 (2), tr.164-177.
4. Đào Hồng Quân (2014). “ Nhận xét đặc điểm rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim bằng holter ECG 24 giờ tại bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Ninh Bình” ” *Tạp chí Tim mạch học Việt nam*, 76, tr. 33 – 77.
5. Paul Valensi, Regis Nessim Sachs (1999), “ Ischemie myocardique silencieuse: Classification et signification pronostique”, *Coeur et diabete* 1999; pp. 131-139.
6. Paul Henry, JY LE Heuzey (1999), “ Holter et cardiopathie ischemique chez le diabetique”, *Coeur et diabete* 1999; pp. 193-204
7. Paul M Ridker, Peter Libby (2005), “ Risk factors for atherothrombotic disease” , *Braunwald’s Heart disease. Atextbook of Cardiovascular Medicine, seventh edition* 2005, pp.939-958
8. Schiller AG (1999), “ MT-100/MT 200: PC based data management program for Holter ECG analysic user’s guide”, *The artnof diagnostics; 6340 Baar Switzerland. No 2,1999.*

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP NHIỄM GIUN ĐƯA CHÓ BIỂU HIỆN RỐI LOẠN HÀNH VI VÀ GIÁC NGỦ

Mai Nhật Quang

TÓM TẮT

Bệnh giun đũa chó *Toxocara canis* xuất hiện khắp mọi nơi không phụ thuộc nông thôn hay thành thị, ngay cả những nước phát triển vẫn có khả năng nhiễm và thậm chí nhiễm nhiều. Tổn thương ở hệ thần kinh trung ương hiếm gặp, nhưng có thể gây các biến chứng trầm trọng và hậu quả là bệnh nhân bị yếu cơ, rối loạn cảm giác, co giật, động kinh, hôn mê. Chúng tôi báo cáo 01 trường hợp nhiễm giun đũa chó hiếm gặp có biểu hiện bệnh lý thần kinh.

ABSTRACTS

Toxocara canis disease appears everywhere regardless of rural or urban areas, even developed countries are still capable of infection and even more infection. Central nervous system damage is rare, but can cause serious complications and results in muscle weakness, sensory disturbances, convulsions, seizures, coma. We report 01 rare case of *Toxocara canis* infection with neuropathy.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân Nam, 61 tuổi, nghề nghiệp già, vào viện vì nói lúc đúng lúc sai, mất ngủ.

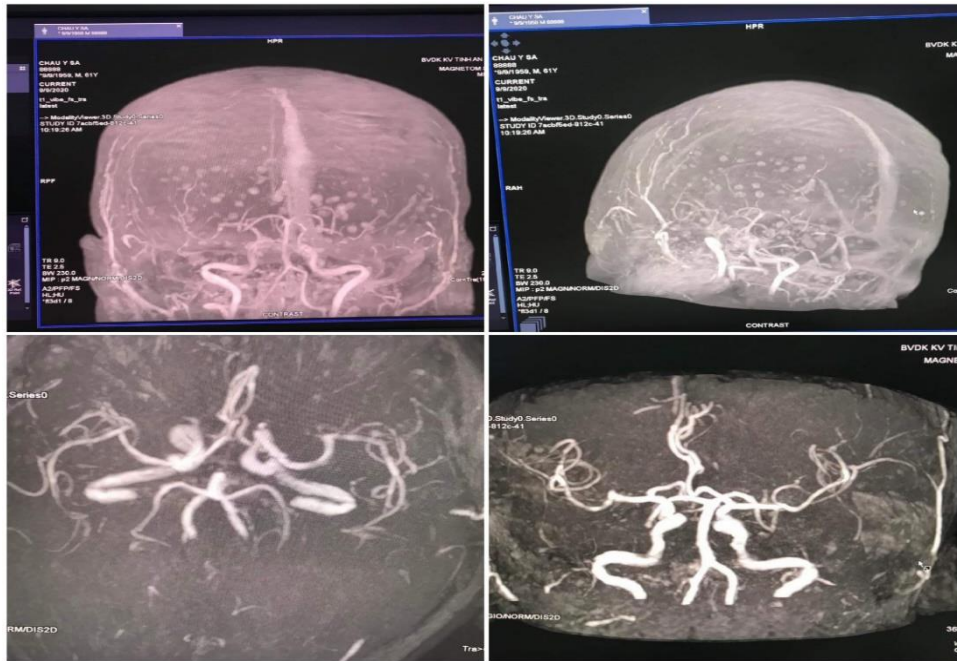
Bệnh sử: Cách nhập viện khoảng 10 ngày người bệnh thấy chóng mặt kéo dài âm ỉ suốt ngày, sau đó nói lúc đúng lúc sai. Trong đêm, người nhà khai bệnh nhân ngủ ít khoảng 2-3 giờ và có những hành vi bất thường. Bệnh nhân không sốt, không yếu liệt tay chân, tiêu tiểu tự chủ trong suốt quá trình bệnh. Cùng ngày nhập viện bệnh nhân nói không đúng nhiều hơn nên người nhà đưa vào viện.

Tình trạng lúc vào viện: Mạch 80 lần/phút, nhiệt độ 37°C, huyết áp 130/70mmHg, nhịp thở 20 lần/phút, cân nặng 63kg, BMI = 23.1 kg/m². Bệnh tình, chóng mặt, nói lúc đúng lúc sai và rối loạn hành vi từng lúc, ngủ ít. Khám lâm sàng: Không yếu liệt tay chân, không dấu thần kinh khu trú, tiêu tiểu tự chủ. Đồng tử 2 bên 2.5mm, phản xạ ánh sáng 2 bên (+), babinski (-), cổ mềm, tim đều rõ, phổi không ran, bụng mềm, gan lách sờ không chạm.

Tiền sử: Tăng huyết áp khoảng 10 năm đang uống Amlodipin 5mg 1 viên/ ngày. Không có tiền sử đái tháo đường, không có bệnh lý về máu, không mắc bệnh lao, ung thư, không chấn thương sọ não. Trong nhà không ai mắc bệnh tương tự.

Cận lâm sàng: Công thức máu bạch cầu: 9.690/mm³, neu 60.3% (5.840/mm³), lym 22.3% (2.160/mm³), eos 4.3% (420/mm³), baso 0.6% (60/mm³), mono 12.5% (1210/mm³); tiểu cầu 258.000/mm³; hồng cầu 4.850.000/mm³, Hgb 15.6 g/dl; CRP 1.9 mg/L; ure 4.1 mmol/L, creatinine 93.7 µmol/L, glucose 6.4 mmol/L, Na⁺ 134 mmol/L, K⁺ 3.76 mmol/L, Cl⁻ 97 mmol/L, AST 35.3 U/L, ALT 29.2 U/L, GGT 89.0 U/L. *Toxocara* Ab miễn dịch bán tự động (Giun đũa chó): dương tính (1.131); tổng phân tích nước tiểu: bình thường; ECG nhịp xoang; xquang ngực thẳng: tổn thương mô kẽ 1/3 dưới phổi phải. Theo dõi viêm phổi. Siêu âm bụng bình thường; MRI sọ não: mô tả tổn thương mật độ nhiều khắp **như mô não dạng vòng nhẫn** có nốt thấp tín hiệu trên T1W, T2W ở trung tâm, phù nề ngoại biên. Kết luận: tổn thương mật độ nhiều khắp như mô não dạng vòng nhẫn => nghĩ nhiễm sán dây.

MRI sọ não



BÀN LUẬN

Bệnh giun đũa chó *Toxocara canis* xuất hiện khắp mọi nơi không phụ thuộc nông thôn hay thành thị, ngay cả những nước phát triển vẫn có khả năng nhiễm và thậm chí nhiễm nhiều. Tổn thương ở hệ thần kinh trung ương hiếm gặp, nhưng có thể gây các biến chứng trầm trọng và hậu quả là bệnh nhân bị yếu cơ, rối loạn cảm giác, co giật, động kinh, hôn mê [1],[4],[5],[6].

Bệnh giun đũa chó thuộc nhóm “Bệnh động vật lây sang người”, phổ biến là từ chó [2], [3]. Giun đũa chó có tên khoa học là *Toxocara canis*. Bệnh do giun đũa chó còn gọi là bệnh ấu trùng di chuyển nội tạng ở người gây ra do sự di chuyển của ấu trùng giun đũa chó [3]. Năm 1952, Beaver và cộng sự đã chứng minh có sự hiện diện của ấu trùng giun đũa chó ở người và gọi đó là bệnh “ấu trùng di chuyển nội tạng”. Vì là ký sinh trùng lạc chủ, không trưởng thành được ở người nên y văn ghi nhận đây là hiện tượng “ngõ cùng ký sinh” hoặc “bệnh động vật thật không hoàn chỉnh” [3], [4].

Tại Việt Nam trong những năm gần đây bệnh đã xuất hiện ở nhiều nơi và có xu hướng gia tăng nhanh [1]. Bên cạnh đó, ở nước ta người dân có thói quen nuôi chó không kiểm soát, thả rong, phân chó gặp ở khắp nơi, một số mẫu đất có nhiễm trứng giun đũa chó thay đổi từ 5-26% tùy theo từng vùng sinh địa cảnh, nên tất cả mọi người đều có nguy cơ nuốt phải chúng.

Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc rất nhiều vào số lượng và vị trí ký sinh của sán đối với vật chủ, và biểu hiện triệu chứng bắt đầu từ các cơ quan bị nhiễm. Có thể không có triệu chứng nếu nhiễm trùng nhẹ, ấu trùng có thể lang thang trong gan, phổi, tim, não, mắt và có thể gây ra hội chứng tăng eosin mạn tính, tăng bạch cầu, sốt, gan to, viêm phế quản, giả hen, viêm phổi, viêm cơ tim, động kinh hoặc tri tuệ trí tuệ, viêm võng mạc, viêm kết mạc, viêm màng bồ đào, viêm nhãn cầu.

Ấu trùng giun đũa chó *Toxocara canis* xâm nhập vào thành ruột của con người và được chuyên chở theo đường máu đến gan, phổi, não và những cơ quan khác. Ở những cơ quan này, ấu trùng lang thang hàng tuần hoặc hàng tháng, hoặc nằm im, thành những vật lạ gây viêm và kích thích tạo u hạt. Tuy nhiên, do người là ký chủ ngẫu nhiên nên ký sinh trùng không bao giờ phát triển đến giai đoạn trưởng thành. Vì vậy, các chuyên gia không thể tìm thấy trứng trong phân của người nhiễm. Theo nhiều nghiên cứu gần đây với xét nghiệm miễn dịch ELISA tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng này trong cộng đồng dân cư từ 0 - 13%. Người ta ước đoán, ở Việt Nam, tỷ lệ này nhiễm là 5%[1],[4]. Khi nhiễm, giun đũa chó mèo có thể gây ra rất nhiều bệnh. Với hội chứng ấu trùng di chuyển nội tạng, bệnh nhân có thể bị xuất huyết da (bầm, nổi mề đay, nổi cục u ở da, sưng phù), ho kéo dài, mắc các biểu hiện thần kinh (đau đầu, động kinh, cử động bất thường, rối loạn hành vi, yếu liệt tay chân), đau khớp, sốt....

Bệnh do ấu trùng di chuyển đến hệ thần kinh: Là một trong những thể bệnh đặc biệt của ấu trùng di chuyển nội tạng, thường gặp bệnh nhân ở tuổi trung niên. Bệnh nhân thường có các triệu chứng liên quan hệ thần kinh như rối loạn giấc ngủ, yếu cơ, yếu chi, suy nhược cơ, rối loạn tiêu - đại tiện, kèm tổn thương dạng nốt ở não trên phim chụp CT scan hay MRI, kèm theo xét nghiệm ELISA dương tính.

Tổn thương ở hệ thần kinh trung ương hiếm gặp hơn, nhưng có thể gây các biến chứng trầm trọng và hậu quả là bệnh nhân bị yếu cơ, rối loạn cảm giác, co giật, động kinh, hôn mê. Lâm sàng có biểu hiện trên hệ thống thần kinh trung ương do ấu trùng xâm nhập bao gồm viêm não, viêm màng não tăng bạch cầu ái toan, động kinh, viêm màng nhện, viêm tủy sống, viêm mạch não, mất điều hòa vận động, cứng cổ, rối loạn tâm thần kinh, thường bệnh nhân có triệu chứng sốt và nhức đầu. Một số trường hợp ảnh hưởng thần kinh ngoại biên (viêm tủy rễ, viêm thần kinh sọ não và dị cảm cơ xương).

Trường hợp lâm sàng của chúng tôi bệnh nhân vào viện vì nói lúc đúng lúc sai, kèm mất ngủ biểu hiện tổn thương thần kinh trung ương, bệnh nhân không sốt, không đau đầu, cổ mềm, khi chụp MRI có chất cản quang tổn thương vòng nhẫn gợi ý chẩn đoán tổn thương do ký sinh trùng và Toxocara Ab miễn dịch bán tự động (Giun đũa chó): dương tính (1.131).

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Chương[2] năm 2011, các triệu chứng chiếm tỷ lệ cao như ngứa, nổi mẩn (69%), đau đầu (63,9%), đau bụng (45,6%), nhức chân tay (38,8%), mệt mỏi (35%), tê bì (31,6%), khác như tức ngực, đau thượng vị, sốt (10,5%).

Nghiên cứu của Lương Trường Sơn và cộng sự[4] tại Viện Sốt rét-KST-CT TP Hồ Chí Minh cho thấy các triệu chứng chiếm tỷ lệ cao như ngứa, nổi mề đay từ 83,1-94,2%, đau đầu từ 25,2-38,9%, rối loạn tiêu hóa từ 30-32%.

Thuốc albendazole (ALB) và mebendazole (MEB) là hai thuốc thường được sử dụng điều trị thể ấu trùng di chuyển nội tạng, mặc dù hiệu lực của chúng với thể ấu trùng trong mô còn hạn chế. ALB được ưa dùng hơn vì thuốc phân bố rộng khắp vào các mô sau khi chuyển hóa, ngược lại MEB không hấp thu bên ngoài đường tiêu hóa.

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Chương[2] tại khu vực miền Trung với ALB liều 15mg/kg cân nặng liệu trình 14 ngày đối với cộng đồng và 21 ngày với bệnh nhân tại cơ sở điều trị cho thấy sau 6 tháng, tỷ lệ khỏi tại cộng đồng là 71,7%, tại cơ sở điều trị là 86,3%. Tác dụng ngoại ý của thuốc điều trị tại cộng đồng và cơ sở điều trị thấp, không cần sơ cấp cứu hay gián đoạn điều trị. Các tác dụng ngoại ý hay gặp là buồn nôn 3,1-3,5%; chán ăn 2,7-5,3%; đau đầu 4,4-5,3%; dị ứng da 2,7-3,8%; tức ngực 0,9-3,1%; đau bụng 2,7-3,1%. Tác dụng ngoại ý của thuốc thường diễn ra sau 2-3 ngày đầu điều trị, sau đó thì giảm dần, bệnh nhân dung nạp thuốc tốt.

KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng của nhiễm giun đũa chó rất đa dạng, do đó đối với những hợp lâm sàng không rõ ràng, chúng ta cần xét nghiệm giun đũa chó để tránh bỏ sót các trường hợp bệnh hiếm gặp như trường hợp chúng tôi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Viện sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Trung ương. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh giun – sán ở Việt Nam, NXB Y học Hà Nội, trang 13-17, 2006.

2. Nguyễn Văn Chương, Triệu Nguyên Trung, “Đánh giá hoạt động phòng chống giun sán giai đoạn 2006-2010 phụ ng hướng hoạt động năm 2011 khu vực miền Trung-Tây Nguyên, *Tạp chí Y học thực hành Bộ Y tế*, S 796, tr. 144-146
3. Trần Thị Kim Dung, Trần Phú Mạnh Siêu (2009), *Bệnh do giun lươn và giun đũa chó mèo*, Nhà xuất bản y học, tr. 82-107.
4. Lương Trường Sơn, Đặng Thị Nga, Nguyễn Ngọc Ánh, Đỗ Thị Phượng Linh, Phạm Thị Thu Giang, Trần Thị Ngân, Mai Anh Lợi (2012), “Tìm hiểu các yếu tố dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị đối với những bệnh nhân nhiễm giun sán đến khám tại Viện SR-KST-CT TP. HCM”. Báo cáo tại Hội nghị Ký sinh trùng toàn quốc năm 2013 tại TP. HCM.
5. Cagri G Besirli and Susan G Elnor (2013), Retinal vasculitis in *Toxocara canis* neuroretinitis, *Besirli and Elnor Journal of Ophthalmic Inthalmic Inflammation and Infection*, No. 3, pp. 5.
6. Onelia Verallo, Serena Fragiotta, Francesca Verboschi and Enzo Maria Vingolo (2012), Diagnosis Aspects and Retinal Imaging in Ocular Toxocariasis: A Case Report from Italy, *Hindawi Publishing Corporation Journal of Parasitology Research*, Vol. 2013, Article ID 984512, 3 pages

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP NHƯỢC CƠ MẮT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Lê Phước An

TÓM TẮT

Nhược cơ là bệnh lý thần kinh cơ mạn tính đặc trưng với tình trạng yếu cơ xảy ra từng đợt hoặc liên tục với nhiều mức độ khác nhau. Nhóm cơ thường bị ảnh hưởng là các cơ vận, hoạt động theo ý muốn trong cơ thể như cơ mặt, cơ nhai, cơ vận nhãn, các cơ tứ chi, cơ hô hấp, đe dọa tính mạng vì suy hô hấp. Chúng tôi báo cáo 01 trường hợp lâm sàng nhược cơ mắt hiếm gặp tại khoa thần kinh Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

ABSTRACTS

Myasthenia gravis is a chronic neuromuscular disease characterized by intermittent or continuous muscle weakness with varying degrees. The muscle groups commonly affected are striated muscles, which operate at will in the body such as facial muscles, chewing muscles, eye muscles, limbs muscles, respiratory muscles, which are life-threatening due to respiratory failure. We report a rare clinical case of eye muscles weakness at the neurological department of An Giang Center General Hospital.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ VẦN THỊ BÉ S, sinh năm 1968, địa chỉ thành phố Long Xuyên. Nghề nghiệp nội trợ. Vào viện với lý do mỏi mắt và tay chân.

Bệnh sử: Cách nhập viện khoảng 02 ngày, bệnh nhân than mệt, mỏi tay chân, mỏi mắt. Bệnh nhân tự mua thuốc uống nhưng không giảm nên nhập Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Tình trạng lúc nhập viện: Nhiệt độ 37°C, HA: 110/70 mmHg, BMI=26,37. Bệnh tình táo, mắt nhắm, cứng mắt, không dấu khó thở, không ghi nhận yếu liệt, tim đều, phổi không rale, bụng mềm.

Tiền sử bản thân: Viêm mũi xoang. Gia đình không ghi nhận ai bệnh tương tự

Diễn biến quá trình điều trị: Người bệnh được điều trị 14 ngày tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ khoa Cấp Cứu → K. Nội Tổng Hợp → K. Mắt → K. Nội Thần Kinh.

Cận lâm sàng: Điện tim, siêu âm bụng trong giới hạn bình thường.

CT đầu, CT ngực: Chưa ghi nhận bất thường.

Xét nghiệm: CTM, Ion đồ, GOT, GPT, GGT, glucose, ure, creatinine, điện cơ test kích thích lặp lại dương tính, test Decrement cơ vòng mắt, cơ mí dương tính.

BÀN LUẬN

Bệnh nhược cơ không phải là bệnh lý phổ biến, nhưng có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Nữ gặp đôi nam giới, thường gặp ở phụ nữ trẻ dưới 40 tuổi hoặc trên 70 tuổi và nam giới trên 50 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh trung bình khoảng 0,5/100.000 người[1],[2]. Tỷ lệ mới mắc hàng năm là 1-9 người/1 triệu dân, tỷ lệ hiện có là 25-142 người/1 triệu dân. Người Châu Á có tỷ lệ khởi phát bệnh ở tuổi trẻ nhiều hơn so với các chủng tộc khác[1],[4],[5].

Nhược cơ là một bệnh về rối loạn thần kinh cơ, được đặc trưng bởi tình trạng yếu và mỏi cơ. Bản chất của bệnh là tình trạng giảm số lượng các thụ thể acetylcholine tại bản vận động cơ do sự tấn công của các kháng thể tự miễn vào các thụ thể này. Tình trạng yếu cơ thay đổi và xảy ra với một số cơ chủ động, nhất là các cơ kích thích bởi các tế bào thần kinh vận động ví dụ như các cơ vận nhãn, cơ nhai, cơ mặt, cơ nuốt và cơ thanh quản. Yếu cơ xảy ra khi cơ hoạt động liên tục và phục hồi khi nghỉ ngơi. Sử dụng các thuốc kháng cholinesterase giúp phục hồi cơ lực nhanh. Bệnh có liên quan rõ rệt tới tuyến ức: 10-15% trường hợp có u tân sinh của tuyến ức, 65% có tăng sản các nang lympho ở tuyến ức, với các trung tâm mầm hoạt động mạnh ở phần đáy của tuyến.

Nhược cơ được phân loại thành các nhóm sau:

Nhóm 1: nhược cơ chỉ xảy ra ở các cơ vận nhãn như cơ nâng mí. Các triệu chứng thường giảm đi nhanh nhờ đáp ứng tốt với điều trị.

Nhóm 2a: nhược cơ xảy ra với nhiều nhóm cơ trong cơ thể như các cơ ở chi, cơ thân mình, cơ hô hấp nhưng ở mức độ nhẹ.

Nhóm 2b: nhược cơ xảy ra với nhiều nhóm cơ trong cơ thể với mức độ vừa, biểu hiện sụp mí, nói ngọng, yếu các chi không vận động được, nuốt hay bị sặc nghẹn.

Nhóm 3: nhược cơ xảy ra nhanh, đột ngột. Các cơ toàn thân yếu đi nhanh chóng đến mức nghiêm trọng nhất trong vòng 6 tháng. Liệt các cơ hô hấp xuất hiện sớm hơn, song song với yếu liệt cơ ở những vị trí khác như cơ vận nhãn, cơ thân mình, cơ tứ chi. Bệnh nhân thuộc nhóm này đáp ứng rất kém với điều trị nội khoa vì vậy có tiên lượng xấu với tỷ lệ tử vong cao.

Nhóm 4: nhược cơ mức độ nặng nhưng diễn tiến mãn tính, từ từ, kéo dài nhiều năm. Bệnh nhân thuộc nhóm này thường có mối liên quan đến bệnh lý u tuyến ức.

CHẨN ĐOÁN NHƯỢC CƠ

Triệu chứng lâm sàng

Nét đặt trung của bệnh nhược cơ là yếu cơ. Yếu một nhóm cơ tăng lên sau khi vận động và hồi phục (hoàn toàn hoặc một phần) khi nghỉ ngơi.

Đa số trường hợp bệnh khởi phát âm thầm, chỉ một số ít phát triển rất nhanh. Có thể khởi phát sau một stress hay bệnh nhiễm trùng, khi có thai hoặc khi gây mê.

Vị trí cơ tổn thương: Biểu hiện đầu tiên thường ở các cơ ở mắt, cơ ở mặt, cơ nhai, cơ cổ, cơ họng. Hiếm khi biểu hiện đầu tiên ở cơ tứ chi. Giai đoạn cuối, tổn thương cơ ra toàn thân. Phân bố của yếu cơ không theo định khu giải phẫu.

Tổn thương các cơ vận nhãn: Khoảng 85% số bệnh nhân.

Triệu chứng sụp mí rất gợi ý, đôi khi sụp mí một bên kèm với mở to mắt bên đối diện, do phản ứng cố gắng bù trừ tự nhiên. Có thể kèm theo nhìn đôi dấu hiệu Cogan: cho bệnh nhân nhìn xuống để cơ nâng mí được nghỉ, sau đó yêu cầu nhìn thẳng thật nhanh, mí trên sẽ giật mạnh, rồi nhanh chóng sụp xuống.

Thao tác Gorelick: cho bệnh nhân nhìn ngược chăm chăm lên một điểm cố định trên cao, mí trên ở một bên mắt sẽ từ từ sụp xuống, dùng ngón tay để kéo và giữ mí bên đó lên, sau một lúc lại thấy mí trên phía bên kia từ từ sụp xuống. Thao tác này là rất đặc hiệu cho bệnh nhược cơ.

Các cơ khác: các cơ ở mặt, các cơ tham gia nhai, nuốt và nói cũng thường bị tổn thương (5-10% tổng số bệnh nhân ở giai đoạn sớm và 80% ở giai đoạn toàn phát). Bệnh nhân chóng bị mỏi hàm khi nhai, thậm chí cảm có thể trĩ xuống phải lấy tay đẩy lên. Bữa ăn dễ bị ngắt quãng do không nhai được và nuốt nghẹn tăng dần. Khi hội thoại thì càng về cuối, giọng nói càng khó nghe hơn và chuyển thành giọng mũi. Cổ có thể rũ xuống do yếu các cơ gáy. Khi bệnh đã phát triển, tất cả các cơ đều có thể bị yếu, bao gồm cả các cơ hô hấp như cơ hoành, cơ liên sườn, cơ thành bụng. Thậm chí khi bệnh nặng, có thể các cơ vòng của bàng quang và trực tràng cũng bị ảnh hưởng. Trong các cơ ở tứ chi, thì các cơ gốc chi thường bị nặng hơn các cơ ở ngoại biên. Trong một ngày, mức độ yếu cơ nhẹ vào buổi sáng và nặng lên vào buổi chiều tối. Hiếm khi có teo cơ. Cơ tim và các cơ trơn không bị ảnh hưởng. Phản xạ gân xương bình thường. Phản xạ đồng tử với ánh sáng và điều tiết vẫn bình thường.

Tổn thương kết hợp: Khoảng 5-10% bệnh nhân nhược cơ có các rối loạn tuyến giáp (cường giáp hoặc suy giáp).

Các test chẩn đoán trong lâm sàng

Edrophonium (Tensilon) test: dùng để chẩn đoán nhược cơ và rất hữu ích để chẩn đoán phân biệt cơn nhược cơ với cơn cường cholin do thuốc tác dụng nhanh và hết tác dụng cũng nhanh trên cơ sở lực cơ phục hồi sau tiêm Edrophonium.

Neostigmine test: Cũng chích dưới da 0,8 mg Atropin trước khi làm test. Sau đó tiêm bắp 1,5 mg Neostigmin. Các biểu hiện nhược cơ thuyên giảm sau 10-15, tác dụng tối đa thường sau 20 phút. Tác dụng kéo dài 2-3 giờ. Nếu test âm tính, đa số các trường hợp không phải là nhược cơ tuy cũng không loại trừ hoàn toàn bệnh này.

Test túi nước đá (Ice pack test): trên bệnh nhân sụp mí nghỉ do nhược cơ, làm test bằng cách bỏ nước đá vào găng tay cao su, quấn quanh bằng khăn mặt, đặt trên mí mắt bệnh nhân trong 2 phút. Test dương tính nếu hết sụp mí. Độ nhạy của test là 82% và độ đặc hiệu là 96%[1],[4].

Cận lâm sàng

Các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng bao gồm điện cơ thường quy, điện cơ sợi đơn độc (SF-EMG), kích thích lặp lại liên tiếp, xét nghiệm tìm kháng thể chống thụ cảm thể acetylcholine (acetylcholine receptor antibody- A RA và kháng thể kháng MuSK (muscle-specific tyrosine kinase) Xét nghiệm kháng thể có độ đặc hiệu cao nhất và điện cơ sợi đơn độc SF-EMG có độ nhạy cao nhất[3].

X quang phổi: phát hiện viêm phổi do sắc và có thể phát hiện gần 30% trường hợp u tuyến ức (đa số cần phát hiện u hoặc tăng sản tuyến ức trên CT scan và MRI. Các phương pháp bơm hơi trung thất ít khi được dùng.

Trường hợp lâm sàng của chúng tôi bệnh nhân vào viện vì mỏi hàm và tay chân nên được điều trị tại khoa nội tổng hợp với chẩn đoán hạ calci máu điều trị không giảm, sau đó người bệnh đau mắt trái và nặng mi mắt trái điều trị tại khoa mắt với chẩn đoán theo dõi glaucoma nhưng bệnh vẫn chưa cải thiện. Bệnh nhân đau thêm vùng hàm 2 bên cắn khó khăn được khoa răng hàm mặt chẩn đoán theo dõi rối loạn khớp thái dương hàm, sau đó người bệnh thêm đau đầu nhiều nên hội chẩn khoa nội thần kinh điều trị và được làm test nhược cơ dương tính. Đây là trường hợp biểu hiện yếu cơ lần đầu hiếm gặp ở bệnh nhược cơ, thể hiện triệu chứng ở mắt 01 bên do đó làm nhầm lẫn với bệnh lý chuyên khoa mắt và răng hàm mặt gây khó khăn cho việc chẩn đoán, chúng tôi đã tận dụng những cận lâm sàng sẵn có tại bệnh viện để có được chẩn đoán chính xác. Qua trường hợp này, chúng ta cần phải hội chẩn liên khoa để sớm có chẩn đoán phù hợp cho bệnh nhân.

KẾT LUẬN

Nhược cơ là bệnh lý thần kinh cơ mạn tính, đôi khi triệu chứng nhược cơ kín đáo, do đó khi một bệnh nhân có triệu chứng mỏi cơ cục bộ nên làm test nhược cơ để tránh bỏ sót bệnh và bệnh nhân được chẩn đoán sớm để điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Anh Nhị, Thần kinh học lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, năm 2013.
2. Anthony A. Amato, James A. Russell (2008), "Neuromuscular Disorders". McGraw-Hill, p457-528.
3. Cortese I, Chaudhry V, So YT, Cantor F, Cornblath DR, Rae-Grant A (2011), "Evidence-based guideline update: Plasmapheresis in neurologic disorders; Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology". Neurology, Jan 18;76(3):294-300.
4. Henry J. Kaminski (2009), "Myasthenia Gravis and Related Disorders, Second Edition". Humana Press, p 71-208, 293-302.
5. Marisa Schiller Sosinsky, Petra Kaufmann (2008), "Myasthenia Gravis & Other Disorders of the Neuromuscular Junction. In: Current Diagnosis & Treatment in Neurology". Edited by John CM Brust. Mc GrawHill, p 350-359.

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CỦA qSOFA, SOFA TRONG TIÊN ĐOÁN TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN NHẬP KHOA CẤP CỨU

Võ Văn Đức Khôi, Neáng Reth Tha
Trần Vũ Linh, Trần Văn Điệp

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn huyết trên thới giới hằng năm có hàng triệu người nhiễm khuẩn huyết [149]. Hội đồng thuận quốc tế về nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn lần 3 (2016): khuyến cáo sử dụng qSOFA trong tầm soát sớm bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết [8], một hệ thống sàng lọc mới và đánh giá suy cơ quan do nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm khuẩn.

Mục tiêu: Xác định giá trị tiên đoán tử vong của thang điểm qSOFA, SOFA ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn nhập vào khoa cấp cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân >16 tuổi nhập vào Khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01/2020 đến 08/2020 được chẩn đoán xác định là nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn AUROC của qSOFA để dự đoán tử vong là 0,917 (KTC:95%; 0.86 - 0.96) điểm cắt ≥ 2 , Độ nhạy=96.88%, Độ đặc hiệu=81.43% so với AUROC của SOFA có thể dự đoán tử vong là 0,884 (KTC:95% ; 0.81- 0.95) điểm cắt ≥ 7 , Độ nhạy=68.75%, Độ đặc hiệu=91.43%.

Kết luận: Thang điểm qSOFA là công cụ hiệu quả để dự đoán tử vong tốt hơn điểm SOFA tại khoa cấp cứu đối với nhóm bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn.

Từ khóa: Tử vong, nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn.

ABSTRACT

RESEARCH ON THE ROLE OF qSOFA, SOFA IN PRIORITY OF TREATMENT IN PATIENT INFLUENOUS AND EMERGENCY SURVEILLANCE

Vo Van Duc Khoi, Neang Reth Tha
Tran Vu Linh, Tran Van Diep

SUMMARY

Question: There are millions of septicemia around the world every year [9]. International consensus on septicemia and septic shock (2016): recommend using qSOFA for screening early sepsis [7], new screening system and assessment of organ failure due to sepsis and septic shock.

Objectives: Determine the mortality predictive value of the qSOFA, SOFA scale in septic and septic shock patients admitted to the emergency department.

Subjects and methods: All patients >16 years old who entered the Emergency Department of An Giang Central General Hospital from January 2020 to August 2020 were diagnosed with sepsis and septic shock. Cross-sectional descriptive studies.

Results: In patients with severe sepsis and septic shock, the AUROC of qSOFA to predict mortality was 0.917 (CI: 95%; 0.86 - 0.96) cut point ≥ 2 , Sensitivity = 96.88%, Specificity = 81.43% compared with AUROC of SOFA, it is possible to predict mortality of 0.884 (CI: 95%; 0.81 - 0.95) cut point ≥ 7 , Sensitivity = 68.75%, Specificity = 91.43%.

Conclusion: The qSOFA score is an effective tool to better predict mortality than SOFA scores in the emergency department in patients with severe sepsis and septic shock.

Key words: Death, septicemia and septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

- Nhiễm khuẩn huyết trên thới giới có hàng năm có hàng triệu người nhiễm khuẩn huyết [9] Trung tâm kiểm soát dịch bệnh, Cơ quan quản lý tài chính chăm sóc sức khỏe và Hiệp hội bệnh viện Hoa Kỳ thì tỷ lệ mắc cộng đồng là # 30% dân số. Tỷ lệ mắc bệnh được dự báo sẽ tăng 1,5% mỗi năm [8].

- Hội đồng thuận quốc tế về NKH lần 3 (2016): khuyến cáo sử dụng qSOFA và SOFA trong tầm soát sớm bệnh nhân NKH [9]. Hiện nay có rất nhiều hệ thống tính điểm lâm sàng để đo lường mức độ nặng của bệnh, nhưng mất nhiều thời gian và thông tin thu thập cũng không dễ.
- Khái niệm nhiễm trùng huyết đã được xác định lại gần đây và một hệ thống sàng lọc mới gọi là quick SOFA (Rối loạn ý thức, Huyết áp tâm thu ≤ 100 mmHg, Nhịp thở ≥ 22 lần/phút) được khuyến nghị để xác định bệnh nhân nhiễm trùng có nguy cơ tử vong cao.
- Hội nghị Hồi Sức Cấp Cứu Châu Âu(1994) đưa ra thang điểm SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment score) là thang điểm đánh giá suy cơ quan do nhiễm trùng huyết, nhằm mô tả một cách khách quan và định lượng mức độ suy cơ quan theo thời gian và đánh giá tử vong ở những bệnh nhân nhiễm trùng huyết và có thể ứng dụng tốt cho những bệnh nhân điều trị tại khoa ICU^[7]. Ở Việt Nam, tại các khoa Cấp Cứu là nơi tiếp nhận và điều trị bệnh nhân NKH và SNK ban đầu. Tuy nhiên, giá trị tiên đoán của qSOFA và SOFA cho tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân nhiễm khuẩn ở khoa cấp cứu vẫn chưa được áp dụng rộng rãi.
- Do đó, chúng tôi tiến hành “**Nghiên cứu vai trò của qSOFA và SOFA trong tiên đoán tử vong ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn nhập khoa Cấp Cứu**”. Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang với các mục tiêu sau:

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân NKH và SNK tại thời điểm nhập viện.
2. Xác định giá trị tiên đoán tử vong của thang điểm qSOFA, SOFA ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn nhập vào khoa Cấp Cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu và tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân >16 tuổi nhập vào Khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01/2020 đến 08/2020 được chẩn đoán xác định là NKH và sốc nhiễm khuẩn theo hội đồng thuận quốc tế lần 3 (SEPSIC 3) 2016^[8].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị các loại sốc khác như: sốc tim, sốc phản vệ, sốc giảm thể tích, sốc chấn thương.

Cách tiến hành: khi bệnh nhân có đủ điều kiện chọn mẫu thì được thu thập số liệu theo phiếu mẫu thu thập số liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Chúng tôi áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho độ đặc hiệu^[5].

$$n = \frac{FP + TN}{1 - p}$$

- Trước hết, ước tính **FP + TN** (**FP**: false positive: là số dương tính giả và **TN**: true negative: là âm tính thật)

$$FP + TN = \frac{Z_{\alpha}^2 (p_{sp} \times (1 - p_{sp}))}{w^2}$$

-Trong đó: **Z**=1,96 là hằng số của phân phối chuẩn, hệ số tin cậy ($\alpha = 0.05$) với độ tin cậy 95% thì hằng số $Z_{\alpha}^2 = 3,84$; **psp**(specificity): độ đặc hiệu theo nghiên cứu của Muhammad Akbar Baiga et al (2018)^[10] là 0,87; **w** là khoảng sai lệch mong muốn giữa độ đặc hiệu trong nghiên cứu với độ đặc hiệu thực tế, chúng tôi chọn $w = 0,03$. Thay vào công thức ta được: 48,25

-Theo Nghiên cứu của **Phạm Thị Ngọc Thảo và CS** (2011)^[4], tỷ lệ tử vong của nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm trùng là 46,5% chọn $p = 0,465$. Từ đó chúng tôi tính được cỡ mẫu như sau: $n = \frac{48,25}{1 - 0,465} = 90,18$. Vì vậy cỡ mẫu cho nghiên cứu ≥ 91 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: chọn tất cả các bệnh được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn nhập khoa cấp cứu Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang cho đến khi đủ số lượng mẫu nghiên cứu.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Các thông tin cần thu thập: Tuổi, giới, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp, tri giác, cơ quan nhiễm khuẩn ban đầu, thời gian điều trị, tình trạng ra viện, các xét nghiệm sinh hóa như: số lượng bạch cầu, procalcitonin, CRP được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án.

Nội dung phân tích:

Thông tin chung về mẫu nghiên cứu và khảo sát sự khác biệt của một số đặc điểm giữa 2 nhóm nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn.

Xác định giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm qSOFA, SOFA ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn nhập vào khoa Cấp Cứu.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Stata 12.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng được mô tả bằng số trung bình và độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn), trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu phân phối không chuẩn). Để khảo sát sự khác biệt giữa 2 biến định tính: dùng phép kiểm định chi bình phương. Để so sánh 2 trung bình của 2 mẫu độc lập của 2 biến định lượng dùng Independent Samples T test. Giá trị p được xem là có ý nghĩa thống kê ở mức $<0,05$. Giá trị tiên đoán tử vong được đánh giá diện tích dưới đường cong ROC. Hồi quy logistic tính ra độ nhạy, độ đặc hiệu. Điểm cắt để xác định ngưỡng chẩn đoán theo đường cong ROC phi tham số [3].

2.5. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2020 – 08/2020

2.6. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Cấp Cứu-Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

III. KẾT QUẢ: Nghiên cứu vai trò của qSOFA, SOFA trong tiên đoán tử vong ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn nhập Khoa Cấp Cứu Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang trong thời gian từ 01/2020 – 08/2020 trên 102 bệnh nhân với kết quả như sau:

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

Nhóm tuổi	Chung [n = 102(%)]	NKH(1) [n = 47(%)]	SNK(2) [n = 55(%)]	p (1&2)
<50 tuổi	14(13,8)	8(17)	6(11)	$\chi^2 = 2,13$ $p = 0,34$
50 – 60 tuổi	21(20,5)	7(14,9)	14(25)	
>60 tuổi	67(65,7)	32(68,1)	35(64)	
$\bar{X} \pm SD$	65,1 $\pm$ 14,2	64,2 $\pm$ 15,4	65,9 $\pm$ 13,2	
Min – Max	28 – 92	28 – 92	34 – 89	

Nhận xét: Tổng số bệnh nhân nghiên cứu là 102 bệnh nhân, trong đó có 47 bệnh nhân NKH và 55 bệnh nhân SNK. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 65,1 $\pm$ 14,2; thấp nhất 28 tuổi và cao nhất là 92 tuổi. Sự khác biệt về nhóm tuổi giữa 2 nhóm NKH và SNK không có ý nghĩa thống kê (với $\chi^2 = 2,13$; $p = 0,34$).

Bảng 3.2. Phân bố về giới tính của đối tượng nghiên cứu

Giới	Chung [n = 102(%)]	NKH(1) [n = 47(%)]	SNK(2) [n = 55(%)]	p (1&2)
Nam	55(49)	20(42,5)	32(58,2)	$\chi^2 = 2,47$ $p = 0,11$
Nữ	50(51)	27(57,5)	23(41,8)	

Nhận xét: Tỉ lệ phân bố giới tính Nam 42,5%, Nữ 57,5% ở nhóm bệnh nhân NKH, và tỉ lệ phân bố giới tính Nam 58,2%, Nữ 41,8% ở nhóm bệnh nhân SNK. Sự khác biệt không ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 2,47$ và $p = 0,11$).

Bảng 3.3. Đặc điểm về đường vào của vi khuẩn (nhiễm khuẩn ban đầu)

Nhiễm khuẩn ban đầu	Chung [n = 102(%)]	NKH [n = 47(%)]	SNK [n = 55(%)]	p
Tiêu hóa	38(37,2)	15(31,9)	23(41,8)	$\chi^2 = 7,35$

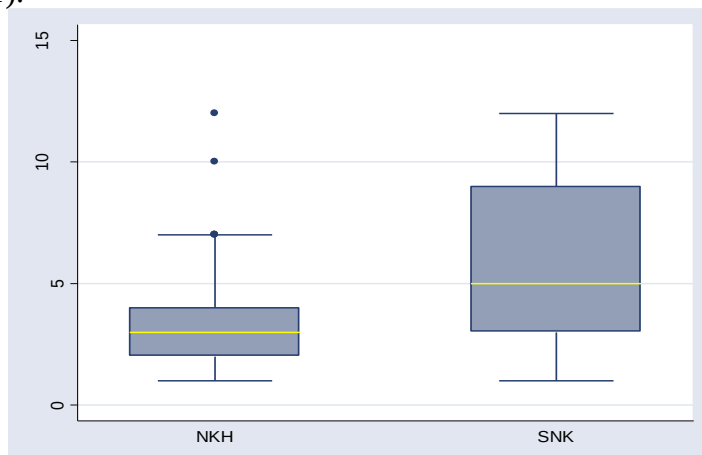
Hô hấp	25(24,5)	8(17)	17(30,9)	$p=0,11$
Tiết niệu	17(16,6)	9(19,2)	8(14,6)	
Da	15(14,7)	10(21,2)	5(9,1)	
Khác	7(7)	5(10,7)	2(3,6)	

Nhận xét: Trong 102 bệnh nhân, nhiễm trùng đường tiêu hóa và hô hấp là phổ biến nhất với tỉ lệ lần lượt là 37,2% và 24,5%. Ở nhóm NKH nhiễm khuẩn đường tiêu hóa cao 31,9%, da: 21,2%, tiết niệu: 19,2%, hô hấp: 17%, khác: 10,7%. Còn nhóm SNK nhiễm khuẩn đường tiêu hóa cao 41,8%, da: 9,1%, tiết niệu: 14,6%, hô hấp: 30,9%, khác: 3,6%. Tuy nhiên sự khác biệt về đường vào của vi khuẩn của 02 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p=0,11$.

Bảng 3.4. Đặc điểm về thang điểm quick SOFA

qSOFA	Chung [n = 102(%)]	NKH [n = 47(%)]	SNK [n = 55(%)]	p
1	58(56,8)	41(87,3)	17(30,9)	$\chi^2=33,6$ $p=0,000$
2	35(34,4)	6(12,7)	29(52,8)	
3	9(8,8)	0	9(16,3)	

Nhận xét: Tỉ lệ điểm qSOFA= 1,2,3 lần lượt ở nhóm NKH là 87,3%; 12,7%; 0% và ở nhóm bệnh nhân SNK là 30,9%; 52,8%; 16,3% khác biệt có ý nghĩa thống kê ($\chi^2=33,6$ và $p<0,001$).



Biểu đồ 3.1. Thang điểm SOFA của nhóm NKH và SNK

Nhận xét: Khoảng trung vị thang điểm SOFA của bệnh nhân nghiên cứu là 4, dưới 25% là 3, trên 75% là 7. Nhóm NKH khoảng trung vị là 3 (2 – 4) và nhóm SNK khoảng trung vị là 5 (3 – 9). Sự khác biệt của 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với (Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test=3,34; $p=0,008$)

Bảng 3.5. Đặc điểm về số lượng bạch cầu của nhóm NKH và SNK

Bạch cầu	Chung [n]	NKH(1) [n = 47]	SNK(2) [n = 55]	p (1&2)
$\bar{X} \pm SD$	16.125±9.756	17.802±7.509	14.693±11.200	$t^*=1,66$ $p=0,09$
KTC:95%	14.209–18.042	15.597–20.007	11.664–17.721	

t^* kiểm định: Two-sample t test with unequal variances

Nhận xét: Số lượng bạch cầu của đối tượng nghiên cứu là 16.125/mm³. Khoảng tin cậy 95% từ 14.209–18.042/mm³. Nhóm NKH là 17.802/mm³ cao hơn so với nhóm bệnh nhân SNK là 14.693/mm³. Sự khác biệt là 3.109/mm³. Tuy nhiên sự khác biệt này không ý nghĩa thống kê ($t=1,66$; $p=0,09$)

Bảng 3.6. Đặc điểm về nồng độ Procalcitonin của nhóm NKH và SNK

Nồng độ PCT	Chung	NKH(1)	SNK(2)	p

(ng/ml)	[n]	[n = 47]	[n = 55]	(1&2)
$\bar{X} \pm SD$	33,46±23,01	35,12±23,54	32,03±22,66	$t^{**}=0,67$
KTC:95%	28,94 – 37,98	28,21 – 42,03	25,90 – 38,16	$p=0,50$

t^{**} kiểm định: Two-sample t test with equal variances

Nhận xét: Nồng độ PCT trung bình của đối tượng nghiên cứu là 33,46±23,01 ng/ml. Khoảng tin cậy 95% từ 28,94 – 37,98 ng/ml, không có sự khác biệt nồng độ PCT giữa 2 nhóm NKH và SNK (với $t=0,67$; $p>0,05$)

Bảng 3.7. Đặc điểm về CRP của nhóm NKH và SNK

CRP (ng/ml)	Chung [n]	NKH(1) [n = 47]	SNK(2) [n = 55]	p (1&2)
$\bar{X} \pm SD$	48,11±28,82	50,31±29,80	46,23±28,10	$t^{**}=0,71$
KTC:95%	42,45 – 53,78	41,56 – 59,07	38,63 – 53,83	$p=0,47$

t^{**} kiểm định: Two-sample t test with equal variances

Nhận xét: Nồng độ CRP trung bình của đối tượng nghiên cứu là 48,11±28,82 ng/ml. Khoảng tin cậy 95% từ 42,45 – 53,78 ng/ml, không có sự khác biệt nồng độ CRP giữa 2 nhóm NKH và SNK (với $t=0,71$; $p>0,05$).

Bảng 3.8. Đặc điểm về Lactat máu của nhóm NKH và SNK

Lactat máu	Chung [n]	NKH(1) [n = 47]	SNK(2) [n = 55]	p (1&2)
$\bar{X} \pm SD$	4,6 ± 2,6	4,3 ± 2,5	4,8 ± 2,7	$t^{**}=1,004$
KTC:95%	4,1 – 5,1	3,5 – 5,1	4,1 – 5,6	$p=0,31$

t^{**} kiểm định: Two-sample t test with equal variances

Nhận xét: Nồng độ lactat máu của đối tượng nghiên cứu 4,6 mmol/l. Khoảng tin cậy 95% từ 4,1 – 5,1. Nhóm SNK là 4,8 mmol/l cao hơn so với nhóm NKH 4,3mmol/l. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với ($t=1,004$; $p=0,31$)

Bảng 3.9. Đặc điểm về kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Chung [n(%)]	NKH(1) [n = 47(%)]	SNK(2) [n = 55(%)]	p (1&2)
Tử vong	32(31,3)	3(6,4)	29(52,8)	$\chi^2=25,3$
Khỏi bệnh	70(68,7)	44(93,6)	26(47,2)	$p=0,000$

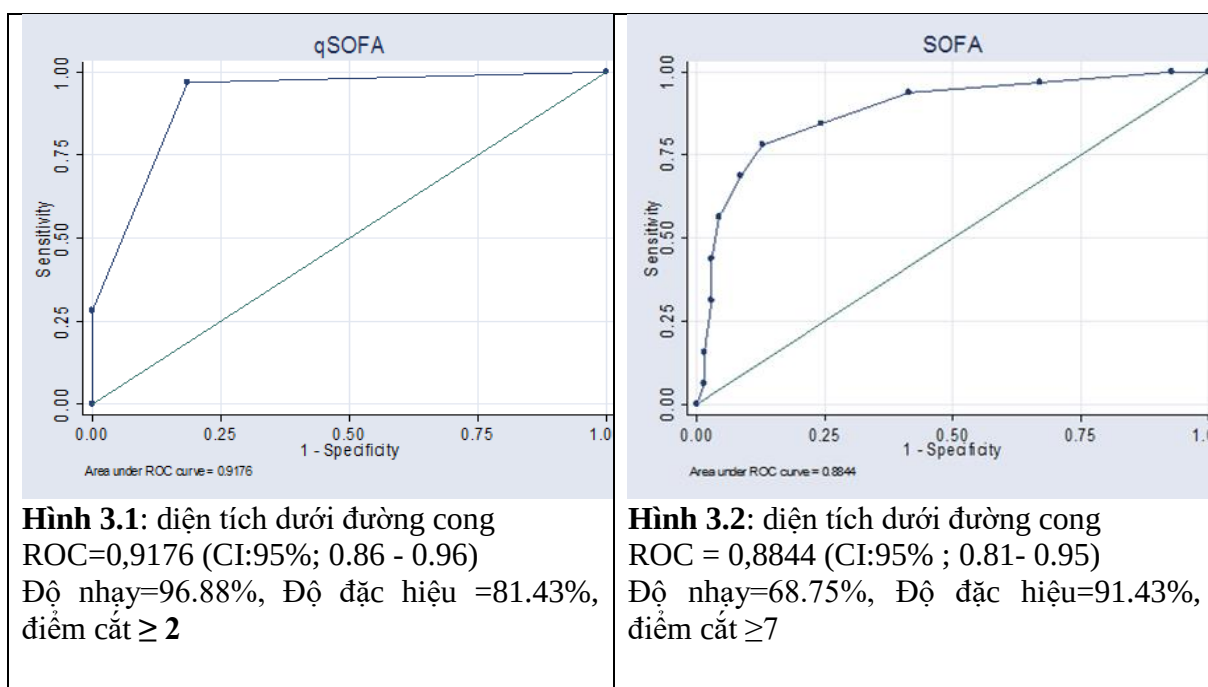
*kiểm định chi bình phương(χ^2)

Nhận xét: Tỷ lệ điều trị khỏi bệnh 68,7%, tử vong 31,3%; tỷ lệ tử vong ở nhóm SNK cao 29(52,8%) trường hợp hơn 3(6,4%) ở nhóm NKH sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($\chi^2=25,3$ và $p=0,000$)

Bảng 3.10. Các giá trị loglikelihood từ mô hình hồi quy Logistic

Thông số	Loglikelihood	Độ nhạy	Độ chuyên	AUC	KTC95%	p
qSOFA	-28.194525	96.88%	81.43%	0.9176	0.86-0.96	<0,001
SOFA	-39.850033	68.75%	91.43%	0.8844	0.81-0.95	<0,001

Nhận xét: Cả 2 mô hình hồi quy Logistic của thang điểm qSOFA và SOFA đều phù hợp và có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Chỉ số độ khả vi của qSOFA (-28.194525) > SOFA (-39.850033) điều này nói lên giá trị chẩn đoán cũng như diện tích dưới đường cong, độ nhạy, độ chuyên của thang điểm qSOFA tốt hơn SOFA.



IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $65,1 \pm 14,2$; thấp nhất 28 tuổi và cao nhất là 92 tuổi, tuy nhiên cũng nhận thấy nhóm >60 tuổi chiếm tỉ lệ cao hơn lần lượt 64%; 68,1% cả 2 nhóm NKH và SNK. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Sử và Cộng sự (2019) [6], có thể do sức đề kháng yếu ở nhóm tuổi này và có thêm các bệnh nền nhiều là một trong các yếu tố thuận lợi nhiễm trùng; giới tính nam 42,5%, nữ 57,5% ở nhóm bệnh nhân NKH, và tỉ lệ phân bố giới tính Nam 58,2%, Nữ 41,8% ở nhóm bệnh nhân SNK tuy nhiên không có sự khác biệt, phù hợp với nghiên cứu của Raith EP et al (2017) [11], con đường vi khuẩn xâm nhập chủ yếu tiêu hóa và hô hấp là phổ biến nhất với tỉ lệ lần lượt là 37,2% và 24,5%; kết quả này gần giống với các tác giả Hoàng Văn Quang (2009) [2], Phạm Thị Ngọc Thảo và Cộng sự (2011) [4] ghi nhận nhiễm khuẩn đường tiêu hóa, hô hấp chiếm 56% và 21,1%. Khoảng trung vị SOFA của bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi là 4, dưới 25% là 3, trên 75% là 7. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thảo và Cộng sự (2011) [4] là $10,42 \pm 3,4$ điểm do lúc bệnh nhân nhập hồi sức và đối tượng nghiên cứu đa số là các bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Số lượng bạch cầu của đối tượng nghiên cứu là $16.125/\text{mm}^3$ Nồng độ PCT trung bình của đối tượng nghiên cứu là $33,46 \pm 23,01$ ng/ml. Nồng độ lactat máu trong nghiên cứu 4,6 mmol/l. Nhóm SNK là 4,8 mmol/l cao hơn so với nhóm NKH 4,3 mmol/l so với nghiên cứu của tác giả Muhammad Akbar Baiga et al (2018) [10] nồng độ trung bình lactat của nhóm NKH là 2.9 ± 2.79 mmol/L và SNK là 4.2 ± 3.7 mmol/L. Kết quả của chúng tôi về điểm qSOFA=1 ở nhóm NKH chiếm tỉ lệ cao nhất 87,3% $>52,8\%$ nhóm SNK, trong khi đó qSOFA=3 ở nhóm NKH không có bệnh nào $<16,3\%$ ở nhóm bệnh nhân SNK có điểm qSOFA=2 chiếm 52,8%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Muhammad Akbar Baiga et al (2018) [10] [11] có điểm qSOFA $>84,6\%$ SNK còn ở nhóm NKH qSOFA >2 chiếm tỷ lệ 56,5%. Còn theo tác giả Jiang J et al 2018 [12] “So sánh giữa qSOFA và tiêu chí SIRS trong việc dự đoán tỷ lệ tử vong của bệnh nhân nhiễm trùng trong trường hợp nhập viện cấp cứu”: một phân tích tổng hợp tám nghiên cứu với tổng số 52.849 bệnh nhân thì thấy điểm qSOFA ≥ 2 được kết hợp với nguy cơ tử vong cao hơn ở bệnh nhân nhập cấp cứu có nhiễm trùng, với tỷ lệ nguy cơ gộp (RR) là 4,55 (95%, 3,38–6,14). Nghiên cứu của chúng tôi qSOFA có diện tích dưới đường cong ROC=0,9176 (CI:95%; 0.86 - 0.96) điểm cắt ≥ 2 , Độ nhạy=96,88%, Độ đặc hiệu =81,43% và điểm SOFA có diện tích dưới đường cong ROC=0,8844 (CI:95% ; 0.81- 0.95) điểm cắt ≥ 7 , Độ nhạy=68,75%, Độ đặc hiệu=91,43% tương đồng với nghiên cứu của Muhammad Akbar Baiga et al (2018) [10] nghiên cứu về “So sánh điểm qSOFA và SOFA để dự đoán tử vong ở bệnh nhân nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm trùng ở khoa cấp cứu các nước thu nhập trung bình thấp” cho thấy kết quả qSOFA để dự đoán

tử vong ở các đối tượng là 0,92 (95% CI; 0,89–0,94) với độ nhạy 96% và độ đặc hiệu 87% so với điểm AUROC của SOFA là 0,63 (KTC 95%; 0,55–0,70 với độ nhạy 71% và độ đặc hiệu 57%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Sử và Cộng sự (2019)^[6] AUROC của qSOFA là 0,808 (KTC 95%; 0,69–0,92) với điểm cắt ≥ 2 độ nhạy 72,2% và độ đặc hiệu 83,2%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Xuân Ninh và Cộng sự^[1] 2017 thì bệnh nhân không nằm ICU thì AUROC của qSOFA là 0,81 (KTC 95%; 0,80–0,82). Còn nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thảo và Cộng sự (2011)^[4] đối với nhóm bệnh nhân nhập viện dưới 24 giờ thì AUROC của SOFA là 0,725 với điểm cắt > 8 , độ nhạy 90% và độ đặc hiệu 40%. Tác giả Kristina E Rudd, ChW. Seymour, AR. Alui et al (2018)^[13] nghiên cứu về mối liên hệ giữa thang điểm qSOFA và tỷ lệ tử vong tại bệnh viện ở người trưởng thành nghi nhiễm trùng thuộc những nước có thu nhập thấp và trung bình thì diện tích dưới đường cong của qSOFA: 0.70 (KTC:95%, 0.68-0.72).

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $65,1 \pm 14,2$ tuổi; Nam 49%, Nữ 51%. Nhiễm trùng đường tiêu hóa và hô hấp là phổ biến nhất với tỉ lệ lần lượt là 37,2% và 24,5%. Nhóm NKH tỉ lệ điểm qSOFA=1(87,3%); qSOFA=2(12,7%); không có bệnh nhân nào có qSOFA=3đ và ở nhóm bệnh nhân SNK thì qSOFA= 1,2,3 lần lượt là 30,9%; 52,8%; 16,3% khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Số lượng bạch cầu trung bình là $16.125/\text{mm}^3$, Nồng độ CRP trung bình là $48,1 \pm 28,8$ ng/ml, nồng độ PCT: $33,4 \pm 23,0$ ng/ml. Nồng độ lactat máu: $4,6 \pm 2,6$ mmol/L. Kết quả điều trị khỏi bệnh 68,7%, tử vong chung là 31,3%; tỉ lệ tử vong ở nhóm SNK cao hơn ở nhóm NKH có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$. Thang điểm qSOFA có diện tích dưới đường cong ROC=0,917 (CI:95%; 0.86 - 0.96) điểm cắt ≥ 2 , Độ nhạy=96.88%, Độ đặc hiệu=81.43%. Thang điểm SOFA có diện tích dưới đường cong ROC=0,884 (CI:95% ; 0.81-0.95) điểm cắt ≥ 7 , Độ nhạy=68.75%, Độ đặc hiệu=91.43%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Ninh, Phùng Vĩnh Khương, Trần Thị Thúy Hằng, Nguyễn Đình Quang(2017), *Ứng dụng thang điểm qSOFA, thang điểm SOFA để tiên lượng bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại khoa cấp cứu bệnh viện nhân dân 115*, Tập chí Y học. Hội nghị khoa học thường niên Hội Sức Cấp Cứu TPHCM.
2. Hoàng Văn Quang(2009), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của suy đa tạng và các yếu tố tiên lượng tử vong của bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn*, Y học thực hành, TP Hồ Chí Minh (694), số 12.
3. Nguyễn Ngọc Rạng(2012), *Ứng dụng đường cong ROC trong nghiên cứu Y học. Thiết kế nghiên cứu và thống kê Y học*, Nhà xuất bản Y học, TP Hồ Chí Minh, trang 242.
4. Phạm Thị Ngọc Thảo và Cộng Sự(2011), *Ứng dụng thang điểm sofa trong tiên lượng tử vong bệnh nhân nhiễm trùng huyết nặng tại khoa hồi sức cấp cứu*, Tập chí Y học TP Hồ Chí Minh * Tập 15 * Phụ bản của Số 2.
5. Nguyễn Văn Tuấn(2008), *Phương pháp ước tính cỡ mẫu. Y học thực chứng*, nhà xuất bản Y học, trang 75.
6. Nguyễn Thanh Sử và Cộng sự(2019), *Giá trị dự báo qSOFA với tử vong và nhập hồi sức của bệnh nhân nhiễm khuẩn tại khoa cấp cứu bệnh viện nhân dân gia định*, Tập chí Y học TP Hồ Chí Minh số 23.
7. Acharya S P, Pradhan B, Marhatta M N (2007), "Application of "the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score" in predicting outcome in ICU patients with SIRS", Kathmandu Univ Med J (KUMJ), 5(4), 475-483.
8. Singer M, Deutschman CS, et al (2016), *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*, JAMA 2016;315, p.801-810.
9. Dellinger R.P, Levy M.M, Rhodes A, Annae D et al (2016), *Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock*, Intensive Care Med, 39(2), p.165-228.
10. Muhammad Akbar Baiga et al (2018) *Comparison of qSOFA and SOFA score for predicting mortality in severe sepsis and septic shock patients in the emergency department of a low middle income country*. Turkish Journal of Emergency Medicine.
11. Raith EP et al(2017), *Prognostic Accuracy of the SOFA Score, SIRS Criteria, and qSOFA Score for In-Hospital Mortality Among Adults With Suspected Infection Admitted to the Intensive Care Unit*. JAMA. p290.
12. Jiang J et al. Scand J Trauma Resusc Emerg Med (2018) Head-to-head comparison of qSOFA and SIRS criteria in predicting the mortality of infected patients in the emergency department: a meta-analysis.
13. Kristina E Rudd, ChW. Seymour, AR. Alui et al (2018) "Association of the quick sequential (sepsis-related) organ failure assessment (qSOFA) score with excess hospital mortality in adults with suspected infection in low- and middle-income countries" JAMA. 2018 Jun 5;319(21):2202-2211

NGOẠI KHOA CÁC KHOA PHÒNG KHÁC

ĐẶC ĐIỂM NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU TRÊN BỆNH NHÂN ĐẶT THÔNG TIỂU LIÊN TỤC TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2020

Trần Thị Thu Vân, Bùi Thị Mỹ Phương,
Phùng Quyên Phương, Trần Thanh Hải

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) trên người bệnh (NB) nằm viện là một trong những nhiễm khuẩn thường gặp liên quan đến chăm sóc y tế. Nhiễm khuẩn niệu có tỷ lệ tử vong thấp hơn các nhiễm khuẩn khác nhưng là nguy cơ cao dẫn đến nhiễm khuẩn huyết và tăng thời gian, chi phí điều trị. Khoa Hồi sức tích cực (ICU) trong bệnh viện luôn là khu vực nguy cơ cao của nhiễm khuẩn bệnh viện, vì tình trạng người bệnh nặng, phải thực hiện nhiều thủ thuật xâm lấn, tần suất các vi khuẩn đa kháng cao, nên thường trực nguy cơ mắc CAUTI. Nghiên cứu nhằm 3 mục tiêu: 1) Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến thông tiểu. 2) Xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm khuẩn tiết niệu. 3) Xác định tỷ lệ các tác nhân gây bệnh và tính đề kháng kháng sinh.

Phương pháp: mô tả tiến cứu tại khoa Hồi sức tích cực chống độc Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01/2020 – 08/2020.

Kết quả: Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến thông tiểu là 3,2/1000 ngày – thông tiểu. Các yếu tố như giới tính, nhóm tuổi, mở khí quản, đặt CVC và đặt ống thông dạ dày không có mối liên quan đến CAUTI với $p > 0,05$. Các yếu tố như đặt nội khí quản và thời gian lưu thông tiểu có mối liên hệ với CAUTI với $p < 0,05$. Trong nhóm người bệnh có thời gian lưu thông tiểu ≥ 7 ngày thì có tỷ lệ mắc CAUTI bằng 0,2 so với nhóm người bệnh lưu thông tiểu < 7 ngày và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; KTC 95% (0,04 - 0,09). Trong tất cả các tác nhân gây bệnh nhiễm khuẩn tiết niệu phân lập chủ yếu là vi khuẩn gram âm với 91,67%. Trong đó, tác nhân chiếm cao nhất E.coli với 50,0%. Vi khuẩn E.coli có tỷ lệ kháng cao với nhóm kháng sinh nhóm Penicilin và phổ kháng khuẩn kháng 83,3%, Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3, 4 với 16,7%. Nhóm Co-trimoxazol (Trimethoprim-Sulfamethoxazole, Trimethoprim) kháng 83,3%. Vi khuẩn còn nhạy với Amikacin và nhóm Carbapenem kháng (0%).

Từ khóa: CAUTI, nhiễm khuẩn tiết niệu, kháng kháng sinh.

ABSTRACT

Background:

Urinary tract infections (UTIs) in hospitalized patients is one of the common infections related to healthcare activities. UTIs have a lower mortality rate than other infections but are a risk factor of sepsis and increasing time and cost of treatment. Intensive Care Unit (ICU) is always a high risk area of nosocomial infections for patients because of their serious illness, being undergone many invasive procedures, high exposure to multi-resistant bacteria accompanied with a higher risk of CAUTI.

Objectives: Identify the rate of catheter associated urinary tract infections, identify risk factors related to urinary tract infections, identify the rate of pathogens and antibiotic resistance of them.

Method: Describe prospective at Intensive Care Unit in An Giang Central General Hospital from 01/2020 to 08/2020.

Results: The incidence of catheter associated urinary tract infections was 3.2/1000 day-catheter. Factors such as sex, age, tracheostomy, central venous catheter (CVC) and gastric tube insertion were not associated with CAUTI with $p > 0,05$. Factors such as endotracheal intubation and catheter retention time were associated with CAUTI with $p < 0,05$. In the group of patients with catheter retention ≥ 7 days, the incidence of CAUTI was 0.2 times compare to patients with catheter retention < 7 days and was statistically significant at $p < 0,001$; 95% CI (0,04 – 0,09). All of pathogens of urinary tract infections were mainly gram-negative bacteria with 91,67%. In which, the highest rate was E.coli with 50,0%. E.coli has highest rate of resistance to Penicillin and antibacterial spectrum resistance with 83,3%, Cephalosporin 2,3,4 generation with 16,7%. Co-trimoxazol group (Trimethoprim-Sulfamethoxazole,

Trimethoprim) resistance to 83,3%. Bacteria are sensitive with Amikacin and Carbapenem resistance to 0%.

Key words: CAUTI, urinary tract infections, antibiotic resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) trên người bệnh (NB) nằm viện là một trong những nhiễm khuẩn thường gặp liên quan đến chăm sóc y tế. Theo các nghiên cứu có tới 25% - 40% NB nhập viện phải đặt ống thông tiểu ít nhất một lần, thời gian lưu ống thông từ vài giờ đến nhiều ngày. Tỷ lệ NKTN khác nhau ở các nước. Tại Mỹ, NKTN chiếm 2,4% trên tổng số NB nằm viện và 40% trong tổng số ca NKBV. Tại Việt Nam, tỷ lệ NKTN chiếm khoảng 25% số NB mắc nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV), trong đó 80% các trường hợp NKTN liên quan đến đặt ống thông tiểu dẫn lưu bàng quang (CAUTI). Nhiễm khuẩn niệu có tỷ lệ tử vong thấp hơn các nhiễm khuẩn khác nhưng là nguy cơ cao dẫn đến nhiễm khuẩn huyết và tăng thời gian, chi phí điều trị. Hầu hết nhiễm khuẩn niệu liên quan đến ống thông tiểu không có triệu chứng và khó kiểm soát, nhất là ở khoa Hồi sức.

Khoa Hồi sức tích cực (ICU) trong bệnh viện luôn là khu vực nguy cơ cao của nhiễm khuẩn bệnh viện, vì tình trạng người bệnh nặng, phải thực hiện nhiều thủ thuật xâm lấn, tần suất các vi khuẩn đa kháng cũng cao hơn các khoa phòng khác. Hầu hết người bệnh ở khoa Hồi sức Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang đều được đặt thông tiểu, nên thường trực nguy cơ mắc CAUTI. Từ tình hình thực tiễn trên, chúng thực hiện nghiên cứu này nhằm:

- Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến thông tiểu.
- Xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm khuẩn tiết niệu.
- Xác định tỷ lệ các tác nhân gây bệnh và tính đề kháng kháng sinh.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu tại khoa Hồi sức tích cực chống độc Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang.

- Thời gian: từ tháng 01/2020 – 08/2020

- Đối tượng nghiên cứu: tất cả bệnh nhân có đặt thông tiểu được lưu trong thời gian nghiên cứu.

- Tiêu chí chọn vào: có chỉ định đặt thông tiểu và đặt liên tục trên 48 giờ

- Tiêu chí loại trừ: người bệnh được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu trước khi đặt ống thông tiểu.

- Thu thập số liệu: Công cụ thu thập là phiếu khảo sát. Tiêu chuẩn chẩn đoán: theo hướng dẫn chẩn đoán NKTN của Bộ Y tế.

- Kỹ thuật phân tích số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata. Xử lý số liệu bằng Phần mềm Stata 13.0. Thống kê mô tả: Tần số, phần trăm và biểu đồ. Thống kê phân tích: Kiểm định chi bình phương (hoặc chính xác dùng kiểm định Fisher) được sử dụng so sánh tỷ lệ. Đánh giá mối quan hệ dùng số đo tỷ lệ hiện mắc PR, số đo có ý nghĩa khi $p < 0,05$ với khoảng tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n=492)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	222	45,12
	Nữ	270	54,88
Nhóm tuổi	> 18 tuổi	0	0
	18 – 59 tuổi	132	26,83
	≥ 60 tuổi	360	73,17
Kết quả điều trị	Vẫn còn trong khoa	03	0,61
	Chuyển khoa	178	36,18
	Chuyển viện	23	4,67
	Xin về	288	58,54

Tổng số bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu là 492 người. Trong đó, Nam chiếm tỷ lệ 45,12%, Nữ chiếm 54,88%. Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,17%. Kết quả điều trị chuyển khoa (giảm/khỏi) chiếm tỷ lệ 36,18%.

Bảng 2: Tình trạng người bệnh nhập viện

Bệnh lý kèm theo	Tần số (n= 492)	Tỷ lệ %
Bệnh hô hấp	15	3,05
Bệnh tim mạch	14	2,85
Ung thư	02	0,41
Bệnh thận	09	1,83
Bệnh nội tiết	31	6,30
Cao huyết áp	59	12,0

Tình trạng người bệnh lúc nhập Hồi sức tích cực, cao huyết áp chiếm tỷ lệ 12,0%, tiếp theo bệnh nội tiết chiếm 6,30%, bệnh hô hấp chiếm 3,05%, bệnh tim mạch chiếm 2,85%, bệnh thận 1,83%, còn lại là ung thư với 0,41%.

Bảng 3: Các thủ thuật xâm lấn

Thủ thuật xâm lấn	Tần số (n=492)	Tỷ lệ %
Thở máy	294	60,0
Đặt nội khí quản	304	61,79
Mở khí quản	03	0,61
Đặt CVC	57	11,59
Đặt ống thông tiểu	492	100,0
Đặt ống thông dạ dày	380	77,24

Tỷ lệ bệnh nhân thở máy chiếm 60,0%, đặt nội khí chiếm 61,79%, mở khí quản chiếm 0,61%, đặt CVC chiếm 11,59%, đặt thông tiểu chiếm 100%, đặt thông dạ dày chiếm 77,24%.

3.2 Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến thông tiểu

Bảng 4: Tỷ lệ sử dụng thông tiểu

	Số ngày thông tiểu	Số ngày nằm viện	Tỷ lệ sử dụng thông tiểu (DUR)
Tỷ lệ sử dụng thông tiểu	3752	4923	0,76

Tỷ lệ sử dụng thông tiểu tại khoa Hồi sức tích cực chiếm 76%.

Bảng 5: Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến thông tiểu CAUTI

	Số CAUTI	Số ngày thông tiểu	Tỷ lệ CAUTI/1000 ngày thông tiểu
Tỷ lệ NKTN liên quan đến thông tiểu CAUTI	12	3752	3,20

Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến thông tiểu là 3.2/1000 ngày – catheter.

3.3 Các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm khuẩn tiết niệu

Bảng 6: Các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm khuẩn tiết niệu

Yếu tố nguy cơ		NKTN				Kiểm định Fisher's Exact Test
		Không		Có		
		n	%	n	%	
Giới tính	Nam	217	97,75	05	2,25	p > 0,05
	Nữ	263	97,41	07	2,59	
Nhóm tuổi	> 18 tuổi	0	0,0	0	0.0	p > 0,05
	18 – 59 tuổi	130	98,48	02	1,52	
	≥ 60 tuổi	350	97,22	10	2,78	
Thời gian lưu thông tiểu	< 7 ngày	330	99,70	01	0,30	p < 0,001
	≥ 7 ngày	150	93,17	11	6.83	
Đặt nội khí quản	Có	292	96,05	12	3.95	p < 0,05
	Không	188	100,0	0	0.0	
Mở khí quản	Có	03	100,0	0	0.0	p > 0,05
	Không	477	97,55	12	2,45	
Đặt CVC	Có	56	98,25	01	1,75	p > 0,05
	Không	424	97,47	11	2,53	
Đặt ống thông dạ dày	Có	368	96,84	12	3,16	p > 0,05
	Không	112	100,0	0	0,0	

Có mối liên quan giữa NKTN với: thời gian lưu thông tiểu (p < 0,001), đặt nội khí quản (p < 0,05), chưa thấy có mối liên quan giữa NKTN với các yếu tố như giới tính, nhóm tuổi, mở khí quản, đặt CVC, đặt ống thông dạ dày.

Bảng 7: Mối liên quan giữa thời gian lưu thông tiểu và CAUTI

Thời gian lưu thông tiểu	CAUTI		p-value PR	KTC 95 %
	Có	Không		
< 7 ngày	01	330	0,000	0,2 (0,04 – 0,09)
≥ 7 ngày	11	150		

Nhóm người bệnh có thời gian lưu thông tiểu ≥ 7 ngày thì có tỷ lệ mắc CAUTI bằng 0,2 so với nhóm người bệnh lưu thông tiểu < 7 ngày và có ý nghĩa thống kê với p < 0,001, KTC 95% (0,04 -0,09).

3.4 Đặc điểm tác nhân gây bệnh ở người bệnh đặt thông tiểu và mức độ đề kháng kháng sinh

Bảng 8: Đặc điểm tác nhân gây bệnh

Tác nhân	Tần số (n=12)	Tỷ lệ %
Vi khuẩn Gram âm (91.67%)		
<i>Escherichia coli</i>	06	50,0
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	01	8,33
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	03	25,0
<i>Proteus mirabilis</i>	01	8,33
Nấm (++) (8.33%)	01	8,33

Trong tất cả các tác nhân gây nhiễm khuẩn tiết niệu phân lập được chủ yếu là vi khuẩn gram âm với 91,67%. Trong đó tác nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là *Escherichia coli* với 50%, tiếp theo là *Klebsiella pneumoniae* chiếm 25%, còn lại là *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis* và Nấm (++) cùng chiếm 8,33%.

Bảng 9: Mức độ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn

Kháng sinh	<i>Escherichia coli (E.coli)</i> (n=6)	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (n=1)	<i>Klebsiella pneumoniae</i> (n=3)	<i>Proteus mirabilis</i> (n=1)
	% R	% R	% R	% R
Ampicillin	83,3	0	100,0	0
Amoxicillin-Clavulanate	16,7	0	66,7	100,0
Ceftazidime	16,7	100,0	100,0	100,0
Cefuroxime	0	0	0	100,0
Ofloxacin	0	0	0	100,0
Ciprofloxacin	66,7	100,0	100,0	0
Aztreonam	16,7	100,0	100,0	0
Ceftriaxone	16,7	0	100,0	0
Cefazolin	50,0	0	100,0	0
Cefepime	16,7	100,0	100,0	0
Cefoxitin	16,7	0	66,7	0
Imipenem	0	100,0	66,7	0
Meropenem	0	100,0	66,7	0
Colistin	0	0	0	0

Piperacillin-Tazobactam	0	100,0	33,3	0
Ertapenem	0	0	66,7	0
Tobramycin	16,7	100,0	66,7	100,0
Tetracycline	66,7	0	66,7	0
Gentamycin	66,7	100,0	0	100,0
Nitrofurantoin	0	0	66,7	0
Tigecycline	16,7	0	33,3	0
Trimethoprim-Sulfamethoxazole	83,3	0	66,7	0
Trimethoprim	83,3	0	66,7	0
Amikacin	0	100,0	33,3	0

Vi khuẩn *Escherichia coli* cũng có tính đề kháng cao với nhóm beta – lactam như: Ampicillin kháng 83,3%, Cefazolin kháng 50%, các kháng sinh khác như: Amoxicillin-Clavulanate, Ceftazidime, Cefoxitin, Ceftriaxone, Cefepime kháng 16,7%. Nhóm Co-trimoxazol (Trimethoprim-Sulfamethoxazole, Trimethoprim) kháng 83,3%. Nhóm Aminoglycosid như: Gentamycin kháng 66,7%, Tobramycin kháng 16,7%. Kháng sinh Ciprofloxacin và Tetracycline cùng chiếm tỷ lệ kháng 66,7%. Vi khuẩn *Escherichia coli* còn nhạy tốt với Amikacin, nhóm Carbapenem với (0%).

Klebsiella pneumoniae có tỷ lệ kháng rất cao, kháng hầu hết kháng sinh nhóm beta – lactam dao động từ 66,7 đến 100% trừ Tigecycline với 33,3%. Nhóm Carbapenem kháng 66,7%, trừ Colistin (kháng 0%). Các kháng sinh như: Amikacin, Piperacillin-Tazobactam kháng 33,3%.

Pseudomonas aeruginosa có tỷ lệ kháng rất cao với nhóm cephalosporin thế hệ 2, 4 với 100%; nhóm Carbapenem như: Imipenem, Meropenem kháng 100%, trừ Colistin (kháng 0%); nhóm Aminoglycosid như: Gentamycin, Tobramycin, Amikacin kháng 100%; kháng sinh Ciprofloxacin, Piperacillin-Tazobactam, Aztreonam kháng rất cao với tỷ lệ 100%.

Proteus mirabilis có tỷ lệ kháng rất cao nhóm beta – lactam như: Cefuroxime, Ceftazidime (kháng 100%); nhóm Aminoglycosid như: Tobramycin, Gentamycin (kháng 100%); kháng sinh Ofloxacin kháng 100%.

Tính đề kháng kháng sinh của các tác nhân khá cao. Tuy nhiên vì số lượng mẫu nhỏ cần nghiên cứu thêm.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến thông tiểu

Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến thông tiểu là 3.2/1000 ngày – thông tiểu. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Minh Tiến năm 2017 tại Bệnh viện Đại học Y dược TP. HCM (2.8/1000 ngày – thông tiểu) [4].

Các yếu tố nguy cơ: thời gian lưu thông tiểu ($p < 0,001$), đặt nội khí quản có mối liên quan đến NKTN với $p < 0.05$. Chưa thấy có mối liên quan giữa NKTN với các yếu tố như giới tính, nhóm tuổi, mở khí quản, đặt CVC, đặt ống thông dạ dày.

Trong nghiên cứu này, thời gian lưu thông tiểu trên 7 ngày thì nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu tăng 0,2 lần thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Minh Tiến năm 2017 (tăng 3,6%) [4]. Do số ngày lưu thông tiểu < 7 ngày chiếm 331 ca bệnh (67,28%).

Tác nhân gây nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến thông tiểu:

Vi khuẩn gram âm với 91,67%. Trong đó tác nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là *Escherichia coli* với 50%, tiếp theo là *Klebsiella pneumoniae* chiếm 25%, còn lại là *Pseudomonas*

aeruginosa, Proteus mirabilis và Nấm (++) cùng chiếm 8,33%. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học y Dược TP.HCM năm 2017 (vi khuẩn gram âm chiếm 89,9%, E.coli chiếm 43,3%) [4], Bệnh viện 108 năm 2017 (vi khuẩn gram âm chiếm 91,67%, E.coli 46,88%) [2] và thấp hơn nghiên cứu SMART: tại 4 bệnh viện Việt Nam, 2011 (BV Bạch Mai, Bình Dân, Chợ Rẫy, Việt Đức) trong đó E.coli chiếm 68%.

Tính đề kháng kháng sinh

Vi khuẩn E.coli có tỷ lệ kháng cao với nhóm kháng sinh nhóm Penicilin và phổ kháng khuẩn kháng 83,3%, Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3, 4 với 16,7%. Nhóm Co-trimoxazol (Trimethoprim-Sulfamethoxazole, Trimethoprim) kháng 83,3%. Vi khuẩn còn nhạy với Amikacin và nhóm Carbapenem kháng (0%).

Tiếp theo là Klebsiella pneumoniae tuy chiếm tỷ lệ ít hơn so với E. coli nhưng đề kháng rất cao, kháng hầu hết kháng sinh nhóm beta – lactam dao động từ 66,7 đến 100% trừ Tigecycline với 33,3%. Nhóm Carbapenem kháng 66,7%, trừ Colistin (kháng 0%). Các kháng sinh như: Amikacin, Piperacillin-Tazobactam kháng 33,3%. Kế tiếp, Proteus mirabilis có tỷ lệ kháng rất cao nhóm beta – lactam kháng 100%; nhóm Aminoglycosid như: Tobramycin, Gentamycin (kháng 100%); kháng sinh Ofloxacin kháng 100%.

Trong nghiên cứu này, chiếm với tỷ lệ rất thấp 1 ca bệnh nhưng Pseudomonas aeruginosa có tỷ lệ kháng rất cao với nhóm cephalosporin thế hệ 2, 4 với 100%. Nhóm Carbapenem kháng 100%, trừ Colistin (kháng 0%). Nhóm Aminoglycosid kháng 100%. Kháng sinh Ciprofloxacin, Piperacillin-Tazobactam, Aztreonam kháng rất cao với tỷ lệ 100%.

Tuy nhiên vì mẫu nhỏ nên cần nghiên cứu thêm, rõ ràng tình trạng kháng kháng sinh của các tác nhân gây CAUTI đang rất báo động.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến thông tiểu là 3.2/1000 ngày – thông tiểu. Các yếu tố như giới tính nhóm tuổi, mở khí quản, đặt CVC và đặt ống thông dạ dày không có mối liên quan đến CAUTI với $p > 0,05$. Các yếu tố như đặt nội khí quản và thời gian lưu thông tiểu có mối liên hệ với CAUTI với $p < 0,05$.

Trong nhóm người bệnh có thời gian lưu thông tiểu ≥ 7 ngày thì có tỷ lệ mắc CAUTI bằng 0,2 so với nhóm người bệnh lưu thông tiểu < 7 ngày và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, KTC 95% (0,04 - 0,09).

Trong tất cả các tác nhân gây bệnh nhiễm khuẩn tiết niệu phân lập chủ yếu là vi khuẩn gram âm với 91,67%. Trong đó, tác nhân chiếm cao nhất E.coli với 50,0%.

Vi khuẩn E.coli có tỷ lệ kháng cao với nhóm kháng sinh nhóm Penicilin và phổ kháng khuẩn kháng 83,3%, Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3, 4 với 16,7%. Nhóm Co-trimoxazol (Trimethoprim-Sulfamethoxazole, Trimethoprim) kháng 83,3%. Vi khuẩn còn nhạy với Amikacin và nhóm Carbapenem kháng (0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, 2017, “Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan ống thông tiểu”
2. Đinh Vạn Trung năm 2017, “Tỷ lệ phân bố vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện những tháng đầu năm 2017 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108”, tạp chí Y dược lâm sàng 108: 98-103
3. Nguyễn Công Thành, Đỗ Thị Thu Vân và cộng sự (2013), “Khảo sát tỷ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên bệnh nhân đặt thông tiểu lưu”.
4. Phạm Minh Tiến, Phạm Thị Lan và cộng sự (2017), “Đặc điểm các trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan ống thông tiểu tại bệnh viện Đại học Y dược TP. HCM năm 2017”.
5. Hội tiết niệu – thận học Việt Nam, 2013, “Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam”
6. Biedenbach DJ, Bouchillon SK, Hoban DJ, Hackel M, Phuong DM, Nga TT, Phuong NT, Phuong TT, Badal RE: "Antimicrobial susceptibility and extended-spectrum beta-lactamase rates in aerobic gram-negative bacteria causing intra-abdominal infections in Vietnam: report from the Study for Monitoring Antimicrobial Resistance Trends (SMART 2009-2011)"
7. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, et al. Guideline for prevention of catheter – associated urinary tract infections 2009. Infect Control Hosp Epidemiol 2010, 31:319.

**ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH
TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO THEO THANG ĐIỂM SS – QOL
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2020**

*Phan Đăng Khoa, Lê Minh Thà
Nguyễn Thị Hằng, Lê Văn Cường*

TÓM TẮT

ĐẶT VẤN ĐỀ: Tai biến mạch máu não (TBMMN) là một vấn đề lớn của y học và ngày càng được quan tâm rộng rãi ở các nước đã và đang phát triển. Việc cải thiện chất lượng sống ở những bệnh nhân sống sót sau tai biến như là một phần không thể thiếu của công việc điều trị. Mục tiêu nghiên cứu mô tả thực trạng về chất lượng cuộc sống và xác định các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh tai biến mạch máu não điều trị tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: Đối tượng nghiên cứu gồm 105 người bệnh tai biến mạch máu não điều trị tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Áp dụng thang điểm đo lường chất lượng cuộc sống trong đột quỵ não (SS-QOL).

KẾT QUẢ: Nghiên cứu bước đầu cho thấy ảnh hưởng tiêu cực của tuổi cao đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trong khi, những người có trình độ học vấn cao hơn, chức năng sinh hoạt sau tai biến tốt hơn, chỉ số khối cơ thể bình thường và có hỗ trợ từ bảo hiểm y tế có điểm số chất lượng cuộc sống cao hơn những người bệnh khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

KẾT LUẬN: Chất lượng cuộc sống của người bệnh TBMMN trong phạm vi nghiên cứu thấp. Các yếu tố như trình độ học vấn, chức năng sinh hoạt, chỉ số khối cơ thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân đột quỵ não.

ABSTRACT

BACKGROUND: Stroke is a major medical problem and is gaining widespread attention in developed and developing countries. Improving quality of life in trauma survivors is an integral part of treatment.

OBJECTIVE: To describe the quality of life and identify related factors of post-stroke patients being treated An Giang Central General Hospital.

METHODS: A descriptive study involved 105 post-stroke patients in An Giang Central General hospital and Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QoL) was used to measure the quality of life of participants, and classified into levels of good, moderate, and poor quality equal to 196-245, 99-195, and 49-98 points, respectively.

RESULTS: The result also revealed aging had a negative effect on quality of patients' life, meanwhile, the patients with high education, better function, normal BMI, and health insurance had higher scores of quality of life than the others (p values less than 0.05).

CONCLUSION: The quality of life of post-stroke patients within the study was poor. Level of education, daily function, BMI, and health insurance had a positive effect on the patients' quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) cho đến nay vẫn là vấn đề thời sự cấp thiết của y học đối với mọi quốc gia, mọi dân tộc. Theo Tổ chức đột quỵ toàn cầu (WSO, 2015), trên thế giới có khoảng 15 triệu người bị TBMMN mỗi năm [9]. Theo niên giám thống kê của Bộ Y tế (2015), tỷ lệ mắc TBMMN là 47,6/100.000 dân và chi phí trực tiếp để điều trị bệnh này là 144 tỷ đồng mỗi năm. Trong đó, hậu quả do tăng huyết áp gây ra lên đến 85,4 tỷ đồng. Có khoảng 15.990 người bị liệt, tàn phế, mất sức lao động do TBMMN/năm. [1] TBMMN có thể gây tử vong nhanh chóng hoặc để lại nhiều di chứng nặng nề dẫn đến giảm chức năng và tàn tật nhiều nhất và từ đó ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh.

Trong điều trị TBMMN, vấn đề đặt ra không phải chỉ giúp kéo dài tuổi thọ, mà còn phải nâng cao chất lượng cuộc sống. Muốn vậy, ngoài việc luyện tập thể chất, tinh thần, chất lượng cuộc sống của người bệnh cũng rất cần được quan tâm. Thang điểm SS-QoL (Strokes Specific - Quality of Life) là một thang điểm đang được sử dụng ở nhiều nước trên thế giới để đánh giá

chất lượng cuộc sống của người bệnh sau TBMMN, thang điểm gồm 12 lĩnh vực chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe: năng lượng, ngôn ngữ, sức nhìn, suy nghĩ, di chuyển, tự chăm sóc, chức năng chi trên, công việc/năng suất, tâm trạng, tính cách, vai trò gia đình, vai trò xã hội. Bởi vì người bệnh sau TBMMN mô tả những phương diện về thể chất, tình cảm, xã hội theo từng mảng liên kết nhau. Nên việc đo lường tất cả mọi phương diện là cần thiết để thu nhận một bức tranh hoàn hảo về chất lượng cuộc sống chuyên biệt sau TBMMN [2].

Nghiên cứu về chất lượng cuộc sống sẽ giúp hiểu rõ hơn bức tranh toàn diện về sự phục hồi của người bệnh. Biết được các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh sẽ giúp đưa ra được các chiến lược để nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh TBMMN [2]. Tại An Giang, đã có rất nhiều nghiên cứu về TBMMN song chủ yếu vẫn tập trung vào các vấn đề như tình hình bệnh tật và tỷ lệ tử vong, chẩn đoán, điều trị và phục hồi chức năng, thay đổi nhận thức của người bệnh, vai trò của người chăm sóc chính ... Nhưng chất lượng cuộc sống của người bệnh, các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh TBMMN là một mối quan tâm mà chưa có nghiên cứu nào đề cập cụ thể đến. Nghiên cứu “Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh Tai biến mạch máu não theo thang điểm đo lường chất lượng cuộc sống trong đột quỵ não SS-QOL tại Khoa Nội Thần Kinh- Bệnh viện ĐKTTAG năm 2020.” được tiến hành với mục tiêu:

1. Đánh giá thực trạng về chất lượng cuộc sống của người bệnh TBMMN theo thang điểm đo lường chất lượng cuộc sống trong đột quỵ não (SS-QOL).

2. Xác định các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh TBMMN điều trị tại Khoa Nội Thần Kinh - Bệnh viện ĐKTTAG năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân tai biến mạch máu não điều trị tại khoa Nội thần kinh – Bệnh viện ĐKTT An Giang từ tháng 01/2020 đến 09/2020.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên.

- + Người bệnh đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- + Người bệnh tinh táo, có khả năng giao tiếp, hiểu và trả lời các câu hỏi phỏng vấn bằng tiếng Việt.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc trước đó đã được đánh giá chất lượng cuộc sống.

- + Người bệnh hạn chế khả năng giao tiếp như giảm thính lực, sa sút trí tuệ.

- + Người bệnh có bệnh kết hợp (suy thận mạn đang chạy thận nhân tạo hoặc thẩm phân phúc mạc, viêm khớp dạng thấp mức độ nặng, ung thư, nhồi máu cơ tim) hoặc đang trong tình trạng nặng không thể tham gia nghiên cứu.

- + Phụ nữ có thai

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang, áp dụng thang điểm chất lượng cuộc sống của TBMMN (SS-QOL).

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 20.0

Bảng 2.1: Mô hình cấu trúc bộ công cụ SS-QOL

Các lĩnh vực CLCS			Số lượng câu hỏi	Thang điểm bộ công cụ SS-QOL	
Sức khỏe thể chất	Năng lượng		3	1đ	Rất đồng ý
	Ngôn ngữ		5		Khó khăn đến mức không thể là gì
	Sức nhìn		3		Cần sự giúp đỡ toàn bộ
	Suy nghĩ		3	2đ	Đồng ý
Sức khỏe chức năng	Di chuyển		6		Có rất nhiều khó khăn
					Cần nhiều sự giúp đỡ
	Tự chăm sóc		5	3đ	Không có ý kiến
	Chức năng chi trên		5		Khó khăn ở mức trung bình
Yếu tố tâm lý	Công việc/năng suất		3		Cần sự giúp đỡ trung bình
	Tâm trạng		5	4đ	Không đồng ý
	Tính cách		3		Có ít khó khăn
Gia đình và xã hội	Vai trò gia đình		3		Cần ít sự giúp đỡ
	Vai trò xã hội		5	5đ	Rất không đồng ý
					Không có khó khăn gì
					Không cần sự giúp đỡ

Tổng điểm của bộ câu hỏi 49-245 điểm. Điểm càng cao thì CLCS càng tốt. Tiêu chuẩn đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh TBMMN được chia thành ba mức như sau: CLCS kém: 49-98 điểm; CLCS trung bình: 99-195 điểm; CLCS tốt: 196-245 điểm. Kết quả đánh giá CLCS tốt khi tổng điểm > 195 điểm; còn lại là không tốt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng

Bảng 1: Phân bố người bệnh theo một số đặc điểm nhân khẩu học (n = 105)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	67,16 ± 10,89	< 60	24,8
		≥ 60	75,2
Giới	Nam	63	60,1
	Nữ	42	39,9
Nơi ở	Nông thôn	60	57,1
	Thành thị	45	42,9
Nghề nghiệp	Nông dân	48	45,7
	Công nhân	4	3,8
	Viên chức, công chức	6	5,7
	Hưu trí	39	37,2
	Khác	8	7,6
Học vấn	≤ Từ trung học cơ sở	44	41,9
	Trung học phổ thông	38	36,2
	Trung cấp, cao đẳng	17	16,2
	Đại học trở lên	6	5,7
Bảo hiểm y tế	Có	102	97,1
	Không	3	2,9

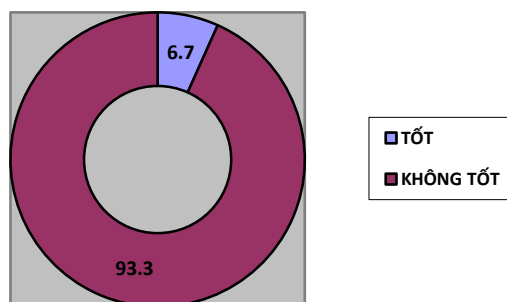
Trong nghiên cứu, nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ 75,2% và nhóm tuổi < 60 chiếm tỷ lệ 24,8%. Tuổi trung bình: (tuổi thấp nhất: 30, tuổi cao nhất: 97). Người bệnh nam chiếm tỷ lệ nhiều hơn (60,1%) người bệnh nữ. Về nơi ở, đa số người bệnh sống ở nông thôn 57,1%; người

bệnh sống ở thành thị 42,9%. Kết quả nghiên cứu cho thấy, nông dân chiếm 45,7%; tiếp theo là hưu trí chiếm 37,2%; công nhân 3,8%; viên chức, công chức 5,7% và các nghề khác (nội trợ, tự do, buôn bán, lái xe) chiếm 7,6%.

Nhóm người bệnh có học vấn bậc trung học cơ sở và thấp hơn chiếm tỷ lệ cao nhất (41,9%), rất ít người có trình độ từ đại học trở lên (5,7%). Hầu hết người bệnh có thể bảo hiểm y tế (97,1%).

Nhóm người bệnh có học vấn bậc trung học cơ sở và thấp hơn chiếm tỷ lệ cao nhất (41,9%), rất ít người có trình độ từ đại học trở lên (5,7%). Hầu hết người bệnh có thể bảo hiểm y tế (97,1%)

3.2 Đặc điểm về chất lượng cuộc sống của người bệnh sau TBMMN



Trong tổng số 105 người bệnh, đa số người bệnh TBMMN có CLCS không tốt (93,3%) và CLCS tốt chiếm 6,7%.

Bảng 3.2: Điểm trung bình các lĩnh vực sức khỏe của người bệnh TBMMN và điểm tổng quát theo thang đo SS-QoL (n = 105)

Các lĩnh vực		Điểm đạt (Mean $\pm$ SD)
Sức khỏe thể chất	Năng lượng	8,44 $\pm$ 2,19
	Ngôn ngữ	15,92 $\pm$ 4,51
	Sức nhìn	11,05 $\pm$ 2,39
	Suy nghĩ	9,59 $\pm$ 2,64
sức khỏe thể chất chung		45 $\pm$ 10,74
Sức khỏe chức năng	Di chuyển	16,78 $\pm$ 4,86
	Tự chăm sóc	13,1 $\pm$ 4,57
	Chức năng chi trên	13,76 $\pm$ 4,3
	Công việc/năng suất	6,92 $\pm$ 2,32
Sức khỏe chức năng chung		50,56 $\pm$ 14,64
Yếu tố tâm lý	Tâm trạng	15,82 $\pm$ 3,57
	Tính cách	8,84 $\pm$ 2,55
Yếu tố tâm lý chung		24,66 $\pm$ 5,71
Gia đình và xã hội	Vai trò gia đình	7,37 $\pm$ 1,85
	Vai trò xã hội	10,29 $\pm$ 2,58
Gia đình và xã hội chung		17,66 $\pm$ 4,08
Điểm tổng hợp các lĩnh vực		137,88 $\pm$ 32,47

Điểm đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh theo từng lĩnh vực được thể hiện trong Bảng 3.2. Kết quả nghiên cứu cho thấy, sức khỏe chức năng có điểm trung bình cao nhất $50,56 \pm 14,64$; tiếp đến là sức khỏe thể chất $45 \pm 10,74$, yếu tố tâm lý có điểm trung bình là $24,66 \pm 5,71$; thấp nhất là gia đình và xã hội $17,66 \pm 4,08$. Điểm trung bình CLCS theo SS-QOL của 105 người bệnh là $137,88 \pm 32,47$.

3.3 Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh tai biến mạch máu não

Bảng 3: Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với tuổi và bảo hiểm y tế dựa trên so sánh điểm số chất lượng cuộc sống (n = 105)

Yếu tố		Số người bệnh	Điểm tổng hợp (Mean $\pm$ SD)	t	p
Tuổi	< 60 tuổi	26	171,76 $\pm$ 30,33	3,04	< 0,05
	$\geq$ 60 tuổi	79	126,88 $\pm$ 24,64		
Bảo hiểm y tế	Có	102	138,43 $\pm$ 32,65	7,68	< 0,05
	Không	3	115,50 $\pm$ 9,27		

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có mối liên quan giữa điểm trung bình CLCS với nhóm tuổi. Từ kết quả bảng 3.3, dễ nhận thấy điểm trung bình CLCS giảm rõ rệt theo nhóm tuổi, nhóm tuổi < 60 tuổi có điểm trung bình CLCS cao (171,76 $\pm$ 30,33), nhóm tuổi $\geq$ 60 tuổi có điểm trung bình CLCS thấp hơn rất nhiều (126,88 $\pm$ 24,64), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Về sử dụng bảo hiểm y tế, số liệu trên cho thấy, có mối liên quan giữa điểm trung bình CLCS với bảo hiểm y tế, điểm trung bình CLCS ở người bệnh có sử dụng bảo hiểm y tế là 138,43 $\pm$ 32,65, điểm trung bình CLCS ở người bệnh không sử dụng bảo hiểm y tế là 115,50 $\pm$ 9,27; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4: Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với một số yếu tố khác dựa trên điểm số chất lượng cuộc sống (n = 105)

Yếu tố		Số người bệnh	Điểm tổng hợp (Mean $\pm$ SD)	F	p
Trình độ học vấn	$\leq$ Trung học cơ sở	44	126,44 $\pm$ 26,74	2,7	< 0,05
	Trung học phổ thông	38	141,25 $\pm$ 32,75		
	Trung cấp, Cao đẳng	17	151,29 $\pm$ 32,86		
	Đại học, Sau Đại học	6	164 $\pm$ 38,11		
Chức năng sinh hoạt hàng ngày	Độc lập trong sinh hoạt	19	188 $\pm$ 17,42	10,18	< 0,05
	Phụ thuộc một phần	79	130,28 $\pm$ 21,94		
	Phụ thuộc hoàn toàn	7	92,78 $\pm$ 6,59		
Chỉ số BMI	Gầy	4	120,8 $\pm$ 21,32	3,71	< 0,05
	Bình thường	90	141,91 $\pm$ 31,87		
	Thừa cân	11	110,85 $\pm$ 25,91		

Bảng 4 cho thấy, người bệnh có trình độ học vấn càng cao thì điểm trung bình CLCS càng cao. Sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có sự khác biệt về điểm trung bình CLCS với chức năng sinh hoạt hàng ngày giữa các nhóm người bệnh, người bệnh độc lập trong sinh hoạt có điểm trung bình CLCS rất cao là 188 $\pm$ 17,42, tiếp đến là nhóm người bệnh phụ thuộc một phần trong sinh hoạt với điểm trung bình CLCS là 130,28 $\pm$ 21,94 và cuối cùng là nhóm người bệnh phụ thuộc hoàn toàn với điểm trung bình CLCS 92,78 $\pm$ 6,59. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Với kết quả nghiên cứu thu được chúng tôi thấy rằng, có mối liên quan giữa điểm trung bình CLCS với chỉ số BMI. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Người bệnh sau TBMMN được mô tả những phương diện về thể chất, tình cảm, xã hội theo từng mảng liên kết nhau. Nên việc đo lường tất cả mọi phương diện là cần thiết để thu nhận một bức tranh hoàn hảo về chất lượng cuộc sống chuyên biệt sau TNMMN[2].

Mặc dù không phải là điều tra dịch tễ, song đặc điểm nhóm tuổi trong nghiên cứu này phản ánh xu hướng chung về độ tuổi mắc bệnh chủ yếu là người cao tuổi (≥ 60) [2],[4]. CLCS liên quan tới tuổi, tuổi càng cao thì điểm số chất lượng cuộc sống càng giảm, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với đặc điểm tâm sinh lý của con người, khi tuổi càng cao thì quá trình lão hóa trong cơ thể càng diễn ra nhanh, sức khỏe thể chất, sức khỏe chức năng và sức khỏe tinh thần càng giảm. Do đó, đối tượng người cao tuổi luôn cần nhiều sự

hỗ trợ, chăm sóc từ mọi phía, đặc biệt người điều dưỡng cùng với gia đình cần hỗ trợ về mặt tinh thần cho người bệnh, góp phần nâng cao hơn nữa CLCS.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, CLCS có liên quan với chức năng sinh hoạt hàng ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Người bệnh ở nhóm độc lập trong sinh hoạt hàng ngày có điểm trung bình CLCS là cao nhất, người bệnh ở nhóm phụ thuộc 1 phần hay phụ thuộc hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày có điểm trung bình CLCS thấp, điều này cho thấy độc lập trong sinh hoạt hàng ngày làm người bệnh cảm thấy tràn đầy năng lượng, vui vẻ, tự tin trong cuộc sống. Trái lại, người bệnh phụ thuộc trong sinh hoạt hàng ngày sẽ cảm thấy mệt mỏi, chán nản, giao tiếp hạn chế, trí nhớ giảm sút. Bởi vậy, bên cạnh sự chăm sóc của người thân thì sự chăm sóc, gần gũi động viên, khích lệ của nhân viên y tế là thật sự rất cần thiết. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước [3], [5], [6].

Trong số những người bệnh sau TBMMN với khiếm khuyết rất nhẹ hoạt động chức năng, độc lập trong sinh hoạt hàng ngày nhưng CLCS bị suy giảm trầm trọng. Vấn đề CLCS phải là mục tiêu và mối quan tâm hàng đầu chứ không phải là độc lập chức năng hay giảm số ngày nằm viện điều trị. Thực tế cho thấy, một số người sau mắc ĐQN hoàn toàn độc lập về mặt chức năng và có khả năng thực hiện tốt các sinh hoạt hàng ngày nhưng lại không thực hiện đầy đủ được các chức năng thể chất và tâm lý [2],[7],[8].

V. KẾT LUẬN

Điểm số CLCS phản ánh đời sống của người bệnh TBMMN. CLCS của người bệnh TBMMN sau điều trị tương đối thấp, điểm trung bình CLCS theo SS-QOL là $137,88 \pm 32,47$. Điểm trung bình sức khỏe thể chất: $45 \pm 10,74$. Điểm trung bình sức khỏe chức năng: $50,56 \pm 14,64$. Điểm trung bình yếu tố tâm lý: $24,66 \pm 5,71$. Điểm trung bình gia đình và xã hội: $17,66 \pm 4,08$. Đa số người bệnh TBMMN có CLCS không tốt (93,3%) và CLCS tốt chiếm 6,7%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chất lượng cuộc sống có mối liên quan với tuổi, trình độ học vấn, sử dụng bảo hiểm y tế, chức năng sinh hoạt hàng ngày và chỉ số BMI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2014, Tăng cường kiểm soát và dự phòng kiểm soát bệnh không lây nhiễm, NXB Y học, Hà Nội.
2. Nguyễn Tấn Dũng (2012). Nghiên cứu chất lượng cuộc sống và hiệu quả phục hồi chức năng cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh sau tai biến mạch máu não tại Đà Nẵng, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Vũ Thị Thu Hà (2014). Chất lượng cuộc sống của người bệnh tai biến mạch máu não sau điều trị và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện y học cổ truyền và phục hồi chức năng Khánh Hòa, Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Trường Đại học y tế công cộng.
4. Hoàng Thị Yến Nhi (2010). Kết quả phục hồi chức năng bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não tại bệnh viện điều dưỡng – phục hồi chức năng Thừa Thiên Huế năm 2005-2009, đề tài cấp cơ sở, Bệnh viện điều dưỡng – phục hồi chức năng Thừa Thiên Huế.
5. Cao Phi Phong và Trần Trung Thành (2013). Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau đột quỵ. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 1(17), 78-84.
6. Nguyễn Đức Thuận (2018). Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Đột quỵ não sau 3 tháng tại Bệnh viện Quân y 103.
7. Mahran SA et al correlate. Egypt Rheumatol Rehabil, 42, 188-195.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA VIỆC CHUYỂN ĐỔI KHÁNG SINH TỪ ĐƯỜNG TIÊM SANG ĐƯỜNG UỐNG TẠI KHOA NGOẠI THẦN KINH LỒNG NGỰC BVĐKTT AN GIANG NĂM 2020

Nguyễn Kim Chi, Nguyễn Minh Tâm,
Nguyễn Hà Thục Vân, Trần Phương Minh.

TÓM TẮT

Mở đầu: Chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm (IV) sang đường uống (PO) là hoạt động trong chương trình giám sát sử dụng kháng sinh và đã được chứng minh là hiệu quả, an toàn và tiết kiệm chi phí. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của việc chuyển đổi đường dùng kháng sinh: so sánh tỷ lệ chuyển đổi đường dùng kháng sinh từ IV sang PO, tỷ lệ chuyển đổi hợp lý theo hướng dẫn, thời gian điều trị kháng sinh IV và PO, thời gian nằm viện trước và sau can thiệp. **Phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả, so sánh 2 giai đoạn trước (10/2019 – 3/2020) và sau can thiệp (4/2020 – 9/2020) tại Khoa Ngoại Thần kinh lồng ngực Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang. Tiêu chuẩn chuyển đổi đường dùng kháng sinh dựa theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Số liệu được thống kê mô tả bằng phần mềm SPSS 16.0. **Kết quả:** Giai đoạn 1 (287 hồ sơ bệnh án), giai đoạn 2 (287 hồ sơ bệnh án). Tỷ lệ chuyển đổi đường dùng kháng sinh từ IV sang PO trước và sau can thiệp lần lượt là 57,4% so với 68% ,OR=1,66, p=0,043. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý có tăng trong giai đoạn 2, từ 85,4% ở giai đoạn 1 so với 94,8% ở giai đoạn 2, p = 0,000 < 0,05. Thời gian nằm viện (ngày) trước và sau can thiệp lần lượt là 7,64 ± 4,2 và 6,95 ± 3,6, p=0,038 < 0,05. **Kết luận:** Áp dụng hướng dẫn chuyển đổi đường dùng kháng sinh từ IV sang PO giúp tăng tỷ lệ chuyển đổi sớm đường dùng kháng sinh, giảm thời gian điều trị kháng sinh IV và giảm thời gian nằm viện.

ABSTRACT

Background : Switching from intravenous (IV) to oral (PO) antibiotics is one of the activities in the antimicrobial stewardship programs and is proven as an effective, safe and cost-saving solution. **Objectives:** To access the effectiveness of early switching antibiotics from IV to PO: comparing the ratio of switching, switched according to the guideline, duration of IV and PO antibiotics use, length of hospital stay before and after intervention. **Methods:** We conducted a cross-sectional study at Department of Thoracic- Neurological surgery , An Giang Central General Hospital. Conversion from IV to PO based on the guidance of the Ministry of Health. Data was analyzed using SPSS 16.0. **Results:** Two hundred eighty seven patients before and after intervention respectively were included into the study. The ratio of switching antibiotics from IV to PO before and after intervention was 57,4% vs 68% (OR=1,66, p=0,043), switched according to the guideline: 85,4% vs 94,8% (p=0,000 < 0,05). Length of hospital stay (days) was 7,64 ± 4,2 và 6,95 ± 3,6, p=0,038 < 0,05. **Conclusions:** Applying switching from intravenous to oral antibiotics guideline helped to increase the ratio of switching, to reduce duration of IV antibiotics use and length of hospital stay.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thời đại đề kháng kháng sinh ngày càng gia tăng. Chuyển đổi sớm đường dùng kháng sinh giúp mang lại nhiều lợi ích như giảm tác dụng liên quan đến đường tiêm như nhiễm khuẩn liên quan catheter, viêm tĩnh mạch, các phản ứng liên quan đến tiêm truyền, giảm các sai sót liên quan đến việc sử dụng thuốc tiêm truyền. Ngoài ra, chi phí điều trị kháng sinh, chi phí chăm sóc y tế và chi phí giường bệnh giảm do người bệnh được chuyển sang kháng sinh đường uống và được xuất viện sớm hơn. [4], [5].

Tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, năm 2017 đã ban hành các quy định về quản lý sử dụng kháng sinh, trong đó có hướng dẫn chuyển kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống theo Quyết định số 772/QĐ-BYT ngày 04/3/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Với mong muốn đánh giá việc thực hiện chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống tại Bệnh viện, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài: “**Đánh giá hiệu quả của việc chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống tại khoa Ngoại thần kinh lồng ngực Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2020**”.

Đề tài thực hiện với những mục tiêu sau:

1. Tỷ lệ chuyển đổi đường dùng kháng sinh từ đường tiêm (IV) sang đường uống (PO).
2. Đánh giá hiệu quả chuyển đổi đường dùng kháng sinh từ IV sang PO.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: HSBA có sử dụng kháng sinh ≥ 3 ngày.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại thần kinh lồng ngực Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2019 đến tháng 9/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: tiến hành theo phương pháp cắt ngang mô tả, so sánh 2 giai đoạn trước và sau can thiệp.

- Giai đoạn 1 (trước can thiệp) : HSBA từ tháng 10/2019 đến tháng 3/2020.

- Giai đoạn 2 (sau can thiệp) : HSBA từ tháng 4/2020 đến tháng 9/2020.

Hình thức can thiệp:

- Xây dựng chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống dựa theo hướng dẫn chuyển đổi đường dùng kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống của Bộ Y tế, Quyết định 772/QĐ-BYT năm 2016 về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện” [1].

- Báo cáo sinh hoạt chuyên môn định kỳ của tổ Dược lâm sàng trong sinh hoạt khoa học chuyên môn của toàn bệnh viện ĐKTTAG và trong sinh hoạt chuyên môn định kỳ của khoa Ngoại TKLN.

Tiêu chuẩn chuyển đổi kháng sinh:[1]

BN được chuyển đổi kháng sinh đường tiêm sang đường uống nếu không có tiêu chí nào trong 5 tiêu chí dưới đây:

- Đường uống bị hạn chế.
- Còn ít nhất 2 triệu chứng: Sốt $> 38^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 36^{\circ}\text{C}$, nhịp tim > 90 nhịp/phút, nhịp thở > 20 lần/phút, bạch cầu $> 12.10^9/\text{L}$ hoặc $< 4.10^9/\text{L}$.
- Triệu chứng lâm sàng xấu đi.
- Một số loại nhiễm khuẩn: viêm màng trong tim, nhiễm khuẩn thần kinh trung ương (viêm màng não, áp xe não), viêm mô tế bào mắt, áp xe sâu.
- Thuốc đường uống phù hợp không có sẵn.

Chuyển đổi đường dùng kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống được đánh giá là hợp lý khi kháng sinh được chuyển sang đường uống tại thời điểm thoả tất cả tiêu chí chuyển đổi.

2.3. Nội dung nghiên cứu

◆ Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu

- Tuổi, giới tính.
- Loại nhiễm khuẩn.

◆ Đặc điểm sử dụng kháng sinh trong nghiên cứu

- Đặc điểm sử dụng kháng sinh: phối hợp kháng sinh, đường dùng.
- Chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống ở nhóm chuyển đổi phù hợp.
- Thời gian chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống.
- Hiệu quả can thiệp.
- Đánh giá sử dụng kháng sinh hợp lý.

2.4. Phân tích số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Dùng thống kê mô tả để trình bày các dữ liệu.
- Dùng phép kiểm Chi bình phương để so sánh hai tỷ lệ.
- Dùng phép kiểm t-test để so sánh hai trung bình.
- Phép kiểm được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi nghiên cứu về việc đánh giá hiệu quả của việc chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống tại khoa Ngoại thần kinh lồng ngực Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2020, mỗi giai đoạn 287 HSBA với kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Tiêu chí		Giai đoạn 1 (n = 287)	Giai đoạn 2 (n = 287)	P
Tuổi		46,23 ± 18,7	42,64 ± 16,4	0,055
Giới tính	Nam	210 (73,2%)	214 (74,6%)	0,704
	Nữ	77 (26,8%)	73 (25,4%)	
Chẩn đoán	1. Đa chấn thương (CT)	110 (38,3%)	130 (45,3%)	0,252
	2. CT đầu mặt, cổ, vai	46 (16%)	43 (15%)	
	3. Xuất huyết não,..	76 (26,5%)	57 (19,9%)	
	4. CT lưng, ngực, cột sống,..	31 (10,8%)	31 (10,8%)	
	5. Tràn khí màng phổi	15 (5,2%)	11 (3,8%)	
	6. Khác	9 (3,1%)	15 (5,2%)	

Nhận xét: Các đặc điểm về tuổi, giới, chẩn đoán bệnh giữa hai giai đoạn trước can thiệp (giai đoạn 1) và sau can thiệp (giai đoạn 2) là tương tự nhau, được trình bày trong bảng 3.1.

3.2. Đặc điểm sử dụng kháng sinh trong nghiên cứu

3.2.1. Kháng sinh phối hợp

Bảng 3.2. Kháng sinh phối hợp

TT	HSBA	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	p
1	Sử dụng 1 kháng sinh	261 (90,9%)	259 (90,2%)	0,775
2	Kháng sinh phối hợp	26 (9,1%)	28 (9,8%)	
	Tổng	287	287	

Nhận xét: Số loại kháng sinh sử dụng: đa số là 1 kháng sinh trong cả hai giai đoạn trước và sau can thiệp, phối hợp kháng sinh: chiếm tỉ lệ thấp.

3.2.2. Đường dùng kháng sinh

Bảng 3.3. Đường dùng kháng sinh

TT	HSBA	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	p	OR
1	Kháng sinh đường uống	137 (47,7%)	155 (54%)	0,133	0,778
2	Kháng sinh đường tiêm	150 (52,3%)	132 (46%)		
	Tổng	287	287		

Nhận xét: Có sự khác biệt về tỷ lệ đường dùng kháng sinh trước và sau can thiệp, OR = 0,778 < 1. Can thiệp được lâm sàng làm giảm tỉ lệ kháng sinh đường tiêm ở giai đoạn 2.

3.2.3. Đặc điểm sử dụng kháng sinh đường tiêm

Bảng 3.4. Đặc điểm sử dụng kháng sinh đường tiêm

TT	Kháng sinh IV	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2
1	Cefuroxim	45 (30%)	51 (38,6%)
2	Ceftazidim	77 (51,3%)	58 (43,9%)
3	Ceftriaxon	4 (2,7%)	7 (5,3%)
4	Cefoperazon	4 (2,7%)	4 (3,0%)
5	Cefotaxim	1 (0,7%)	3 (2,3%)
6	Cefmetazol	6 (4%)	0
7	Cefepim	0	1 (0,8%)
8	Levofloxacin	3 (2%)	1 (0,8%)
9	Ciprofloxacin	7 (4,7%)	6 (4,5%)
10	Meropenem	1 (0,7%)	0
11	Imipenem	1 (0,7%)	0
12	Vancomycin	1 (0,7%)	1 (0,8%)
	Tổng	150	132

Nhận xét: Số loại kháng sinh đường tiêm của cả 2 giai đoạn không có sự khác biệt nhiều, số lượng sử dụng kháng sinh đường tiêm có giảm trong giai đoạn 2

3.3. Chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống

Bảng 3.5. Đặc điểm chuyển đổi kháng sinh

TT	HSBA	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	p	OR
1	Không chuyển đổi KS: tiêm - tiêm	64 (42,6%)	41 (32%)	0,043	1,66
2	Chuyển đổi KS: tiêm - uống	86 (57,4%)	91 (68%)		
	Tổng	150	132		

Nhận xét: Có sự khác biệt về việc chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống giữa 2 giai đoạn, từ 57,4% (giai đoạn 1) so với 68% (giai đoạn 2), gấp 1,66 lần. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,043 < 0,05$.

3.4. Đánh giá kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống theo hướng dẫn của Bộ Y Tế [1]

Bảng 3.6. Chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống

Kháng sinh IV	Kháng sinh PO	Giai đoạn 1		Giai đoạn 2	
		HSBA	Hợp lý	HSBA	Hợp lý
Cefuroxim	Cefuroxim	25	25 (100%)	36	35 (97,2%)
Cefotaxim hoặc Ceftriaxon	Cefpodoxim hoặc Cefuroxim	8	7 (87,5%)	6	6 (100%)
Ceftazidim hoặc Cefepim	Ciprofloxacin hoặc Levofloxacin	46	5 (10,9%)	42	30 (71,4%)
Ciprofloxacin	Ciprofloxacin	4	4 (100%)	5	3 (60%)
Levofloxacin	Levofloxacin	3	3 (100%)	2	2 (100%)
	Tổng	86		91	

Phụ lục 3 – Quyết định 772/QĐ-BYT [1]

Nhận xét: Kháng sinh đường tiêm được sử dụng với tỷ lệ cao nhất là Ceftazidim, thấp nhất là Levofloxacin. Khi chuyển đổi từ đường tiêm sang đường uống thì Cefuroxim chiếm tỷ lệ cao nhất.

3.5. Thời gian trung bình chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống

Bảng 3.7. Thời gian chuyển đổi kháng sinh

TT	Tiêu chí	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2
1	Số HSBA chuyển đổi IV - PO	86	91
2	Tổng số ngày sử dụng kháng sinh IV	634	640
3	Số ngày trung bình chuyển tiêm – uống	7,4	7,0

Nhận xét: Thời gian chuyển đổi trung bình của kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống giai đoạn 1 là 7,4 ngày và giai đoạn 2 là 7,0 ngày.

3.6. Hiệu quả trước và sau can thiệp

Bảng 3.8. So sánh các tiêu chí trước và sau can thiệp

Tiêu chí	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	p
Tỷ lệ chuyển đổi, n (%)	86 (57,4%)	91 (68%)	0,043
Thời gian điều trị kháng sinh (ngày)			
Thời gian nằm viện	7,64 ± 4,2	6,95 ± 3,6	0,038
Thời gian IV	7,49 ± 3,0	6,92 ± 2,3	0,117
Thời gian PO	4,7 ± 2,0	4,37 ± 2,1	0,128
Thời gian chuyển đổi IV - PO	7,37 ± 3,4	7,03 ± 3,2	0,497

Nhận xét: Tỷ lệ chuyển đổi kháng sinh tiêm sang uống ở giai đoạn 2 cao hơn giai đoạn 1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p = 0,043 < 0,05$. Thời gian nằm viện ở giai đoạn 1 là $7,64 \pm 4,2$, giai đoạn 2 là $6,95 \pm 3,6$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,038 < 0,05$. Thời gian sử dụng kháng sinh đường tiêm, đường uống, thời gian chuyển đổi kháng sinh có giảm ở giai đoạn 2 nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

3.7. Đánh giá sử dụng thuốc (chuyển đổi kháng sinh theo hướng dẫn)

Bảng 3.9. Đánh giá sử dụng thuốc hợp lý

TT	Đánh giá sử dụng thuốc	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	p
1	Hợp lý	245 (85,4%)	272 (94,8%)	0,000
2	Không hợp lý	42 (14,6%)	15 (5,2%)	
	Tổng	287	287	

Nhận xét: Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý có tăng trong giai đoạn 2, từ 85,4% ở giai đoạn 1 so với 94,8% ở giai đoạn 2, $p = 0,000 < 0,05$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu

Trong nghiên cứu, tổng số hồ sơ bệnh án được thu thập ở giai đoạn 1 là 287 và ở giai đoạn 2 là 287. Tuổi trung bình của bệnh nhân ở hai giai đoạn trước và sau can thiệp tương tự nhau, lần lượt là $46,23 \pm 18,7$ và $42,64 \pm 16,4$, $p = 0,055$. Tỷ lệ bệnh nhân nữ trong 2 giai đoạn là: 26,8% trong giai đoạn 1 và 25,4% trong giai đoạn 2, $p=0,704$. Số lượng bệnh nhân nam gấp khoảng 3 lần bệnh nhân nữ. Sự khác biệt về tỷ lệ giới tính trong hai giai đoạn khảo sát là không có ý nghĩa thống kê. Sử dụng kháng sinh cho bệnh nhân có chẩn đoán đa chấn thương, chiếm tỷ lệ cao nhất, 38,3 % trong giai đoạn 1 và 45,3% trong giai đoạn 2, $p = 0,252$. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ bệnh đa chấn thương luôn chiếm tỷ lệ cao trong các khoa ngoại chấn thương.

2. Đặc điểm sử dụng kháng sinh trong nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ kháng sinh tại khoa Ngoại thần kinh lồng ngực có cải thiện từ 85,4% trong giai đoạn 1 lên 94,8% trong giai đoạn 2, $p = 0,000 < 0,05$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Theo báo cáo chương trình quản lý sử dụng kháng sinh tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, sau 4 năm thực hiện cho thấy tỷ lệ tuân thủ kháng sinh tại khoa Ngoại Thần kinh từ 11% trong năm 2015 lên 65% trong năm 2016 [3]. Điều này cho thấy hiệu quả rõ rệt của công tác Dược lâm sàng trong bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, kháng sinh sử dụng trong khoa: đa số là 1 kháng sinh, có sự khác biệt về tỷ lệ đường dùng kháng sinh trước và sau can thiệp. $OR = 0,778 < 1$. Can thiệp được lâm sàng làm giảm tỉ lệ kháng sinh đường tiêm ở giai đoạn 2, nhưng sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Kháng sinh được sử dụng nhiều nhất tại khoa là Cefuroxim và Ceftazidim, chiếm 81,3% trong giai đoạn 1 và 82,5% trong giai đoạn 2. Điều này cũng phù hợp với mô hình bệnh tật tại khoa, đa số là chấn thương mô mềm da cơ xương khớp.

Tỷ lệ chuyển đổi kháng sinh tiêm sang uống của chúng tôi, ở giai đoạn 2 (68%) cao hơn giai đoạn 1 (57,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p = 0,043 < 0,05$. Tỷ lệ chuyển đổi gấp 1,66 lần. Theo Đặng Nguyễn Đoàn Trang [2], nghiên cứu cắt ngang mô tả, so sánh 2 giai đoạn trước can thiệp và sau can thiệp, năm 2018 tại khoa hô hấp, bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh thì tỷ lệ chuyển đổi kháng sinh từ tiêm sang uống trước và sau can thiệp lần lượt là 5 % và 40,3%, $p < 0,001$. Theo nghiên cứu của Sevinc F [8], tỷ lệ chuyển đổi sớm kháng sinh từ đường tiêm sang uống là khoảng 40%.

Thời gian nằm viện ở giai đoạn 1 là $7,64 \pm 4,2$, giai đoạn 2 là $6,95 \pm 3,6$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,038 < 0,05$. Theo Đặng Nguyễn Đoàn Trang [2], thời gian nằm viện giai đoạn 1 là $9,3 \pm 2,7$, giai đoạn 2 là $7,5 \pm 2,8$, $p = 0,014$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì thời gian điều trị kháng sinh đường tiêm, thời gian chuyển đổi kháng sinh có giảm ở giai đoạn 2 nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Có thể do mô hình bệnh tật của chúng tôi đa dạng và can thiệp được lâm sàng còn quá mới mẻ nên hiệu quả có phần hạn chế. Theo nghiên cứu của McLaughlin CM [7], thời gian điều trị kháng sinh đường tiêm giảm từ 2 – 3 ngày giữa 2 giai đoạn nghiên cứu, $p = 0,01$.

Theo nghiên cứu Laing [6], sau can thiệp chuyển đổi đường dùng kháng sinh trên nhiễm khuẩn da mô mềm, hô hấp, tiết niệu, thời gian sử dụng kháng sinh và thời gian nằm viện đều cải thiện có ý nghĩa thống kê, cụ thể thời gian sử dụng kháng sinh tiêm giảm từ 4,35 ngày xuống còn 3,7 ngày, $p < 0,05$, thời gian nằm viện giảm từ 12,7 ngày còn 8,9 ngày, $p = 0,01$.

Nhận xét:

Để thực hiện nghiêm các quy định của Bộ Y tế về quản lý sử dụng kháng sinh nhằm đẩy mạnh các hoạt động phòng, chống đề kháng kháng sinh, góp phần nâng cao chất lượng, hiệu quả công tác khám, chữa bệnh, giảm chi phí về thuốc cho người bệnh, Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang đã thành lập “Ban quản lý sử dụng kháng sinh” để giám sát hoạt động sử dụng kháng sinh tại bệnh viện. Đây cũng là cơ sở để kiểm tra, giám sát định kỳ, hàng tháng về quản lý chất lượng bệnh viện.

Sự phối hợp giữa Dược lâm sàng và khoa Ngoại thần kinh lồng ngực đã có kết quả bước đầu đáng khích lệ. Đó là sự tăng tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý, tăng tỷ lệ chuyển đổi đường dùng kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống, làm giảm chi phí điều trị, giảm thời gian nằm viện, giảm nguy cơ đề kháng kháng sinh, cũng như làm giảm áp lực công việc chích thuốc kháng sinh tĩnh mạch trong công tác điều dưỡng.

V. KẾT LUẬN

Việc lạm dụng kháng sinh dẫn đến sự xuất hiện và lan rộng của các tác nhân kháng thuốc trong bệnh viện và ngoài cộng đồng. Trong nhiều nhiễm khuẩn, kháng sinh đường uống có thể có hiệu quả tương đương kháng sinh đường tĩnh mạch. Cần nhắc rút ngắn thời gian điều trị bằng kháng sinh đường tĩnh mạch và chuyển đổi sang phác đồ đường uống là vấn đề cần được chú ý khi điều trị cho bệnh nhân, giúp cải thiện kết quả điều trị, phòng tránh các tác dụng bất lợi khi dùng qua đường tĩnh mạch và tạo điều kiện cho bệnh nhân xuất viện sớm hơn.

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”, Quyết định số 772/QĐ-BYT ban hành ngày 04/03/2016.
2. Đặng Nguyễn Đoan Trang (2019), “Đánh giá hiệu quả của việc chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh”, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, phụ bản tập 23, số 2, trang 170-177.
3. Quản lý sử dụng kháng sinh: kiểm soát từ bệnh viện đến nhà thuốc (<http://bvdtkhocmon.vn>).
4. Võ Thị Thùy, Nguyễn Phương Thúy, Lương Anh Tùng, “ Lựa chọn đường dùng kháng sinh hợp lý: đường uống và đường tĩnh mạch”, bản tin Cảnh giác dược số 2- 2020, trang 1-5.
5. Jissa Maria Cyriac, Emmanuel James (2014), “Switch over from intravenous to oral therapy: A concise overview”, Journal of Pharmacol Pharmacother, 5:pp. 83-87.
6. Laing RBS, Mackenzie AR, Shaw H, et al (1998), “The effect of intravenous-to-oral switch guideline on the use of parenteral antimicrobials in medical wards”, Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 42: pp.107-111.
7. McLaughlin CM, Bodasing N, Boyter AC, et al (2005), “Pharmacy-implemented guideline on switching from intravenous to oral antibiotics: an intervention study”, An international Journal of Medicine, 98: pp.745-752.
8. Sevinc F, Prins JM, Koopmans RP, et al (1999), “Early switch from intravenous to oral antibiotics: guidelines and implementation in a large teaching hospital”, Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 43: PP.601-606.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT GIẢI ÁP THẦN KINH GIỮA TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY

Võ Ngọc Toàn, Nguyễn Thị Nhiệm,
Nguyễn Tấn Đạt, Hoàng Thạch

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng ống cổ tay (HCOCT) là một bệnh lý thần kinh giữa mà nguyên nhân phổ biến do chèn ép dẫn đến đau, tê bì và rối loạn chức năng bàn tay. Hội chứng ống cổ tay tuy không gây tử vong nhưng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trong số các phương pháp điều trị hiện có, quan điểm điều trị phẫu thuật được cho là có hiệu quả nhất và được chấp nhận.

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của hội chứng ống cổ tay tại BVĐKTT An Giang. Đánh giá hiệu quả bước đầu phẫu thuật cắt mạc giữ gân gấp trong điều trị hội chứng ống cổ tay.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Kết quả: 36 bệnh nhân tuổi trung bình $48,89 \pm 1,19$ tuổi. Gặp nhiều ở giới nữ (17 lần so với nam). Nông dân và công nhân bệnh nhiều hơn các nghề khác (72,2%, 19,4%). Thời gian mắc bệnh trung bình là $5,01 \pm 0,46$ năm. Mức độ tê đau, mất cảm giác nặng (80,5%), vừa (27,8%), nhẹ (2,8%). Mức độ khó khăn trong sinh hoạt: nhẹ (22,2%), vừa (50%), nặng (28,7%). Dấu hiệu Tinel có 36% dương tính, 14% người bị teo cơ mô ô cái với từng mức độ khác nhau. Điện cơ nặng (94,4%), vừa (2,8%), nhẹ (2,8%). 36 bệnh nhân được đo điện cơ đều cho kết quả bị hội chứng ống cổ tay ở cả 2 tay với các mức độ khác nhau, đa số đều ở mức độ vừa và nặng, 20 mổ tay phải, 9 mổ tay trái và 7 mổ cả 2 tay. Kết quả sau mổ hồi phục tốt: 91,7% cải thiện tốt về triệu chứng, 86% hồi phục tốt chức năng bàn tay.

Kết luận: Phẫu thuật giải phóng thần kinh giữa trong điều trị hội chứng ống cổ tay giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Từ khóa: Hội chứng ống cổ tay, thần kinh giữa.

ASSESS RESULTS IN THE TREATMENT OF CARPAL TUNNEL SYNDROM BY OPEN CARPAL TUNNEL RELEASE SURGERY

Abstract

Background: Carpal Tunnel Syndrom (CTS) is a common compression neuropathy of the median nerve causing pain, numbness and functional dysfunction of the hand. It is not fatal but affect the quality of patient's life. Among the available treatments surgical release of the nerve is the most effective and acceptable treatment option. **The purpose of this study is to evaluate treatment results** of carpal tunnel syndrom by open carpal tunnel release surgery.

Method: The prospective study had been done at An giang General Hospital from March 2019 to October 2020..

Results: A total of 36 patients (34 women and 2 men, female/male: 17/1); average age is 48.89 ± 1.19 years. Most are farmer (72,2%). The average disease duration is 5.01 ± 0.46 years. Common symptoms are tingling, numbness (80,5%); Tinel (36%); thenar atrophy (14%). The surgical hand: 9 left hands (25%), 20 right hands (55,6%) and 7 bilateral hands (19,4%). The symptom score improved in 91,7% and the functional score improved in 86% of patients .

Conclusion: Open carpal tunnel release surgery has improved the quality of patient's life.

Keywords: Carpal Tunnel Syndrome, Median nerve.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay được James Paget mô tả từ giữa thế kỷ 18. Đây là một rối loạn thần kinh ngoại biên thường gặp nhất, khoảng 3% người trưởng thành ở Mỹ có biểu hiện hội chứng này. Cũng tại Mỹ, hội chứng ống cổ tay là một trong những chấn thương thâm lặn liên quan đến công việc nhiều nhất, khiến hơn 2 triệu người phải khám bác sĩ hằng năm.

Tại Việt Nam, chưa có số liệu thống kê, nhưng số người đến cơ sở khám và điều trị bệnh này khá đông. Hội chứng ống cổ tay là một trong những nguyên nhân gây tê đau bàn tay làm

người bệnh rất khó chịu, có thể gây teo cơ mô bàn tay. Bệnh thường gặp ở độ tuổi trên 35, nữ mắc bệnh này nhiều hơn nam giới.

Hội chứng ống cổ tay hay còn gọi là hội chứng đường hầm cổ tay hoặc hội chứng chèn ép thần kinh giữa(tên khoa học: Carpal tunnel syndrome). Hội chứng ống cổ tay là một tập hợp các triệu chứng của bệnh thần kinh ngoại biên thường gặp, nhất là ở nữ, do nhiều nguyên nhân khác nhau trong đó có nguyên nhân nghề nghiệp, gặp nhiều ở người làm việc văn phòng sử dụng 2 bàn tay liên tục duy trì ở một tư thế cố định nào đó trong một thời gian dài.

Hội chứng này có những rối loạn gây đau, tê ở cổ tay và bàn tay, nếu để muộn sẽ gây teo cơ mô bàn tay, người bệnh cầm nắm đồ vật trong lòng bàn tay bị yếu, dễ rớt, nếu tình trạng chèn ép kéo dài sẽ làm tổn thương thần kinh không hồi phục. Điều này có nghĩa là dù có giải áp thì các cử động cầm nắm cũng không phục hồi trở lại như ban đầu. Chính vì thế chỉ định phẫu thuật là tuyệt đối nếu bệnh nhân có tình trạng yếu liệt cơ mô ở cái để tránh tình trạng quá trễ không phục hồi hay tổn thương thêm của dây thần kinh giữa. Do đó, hội chứng ống cổ tay tuy không gây tử vong nhưng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống, nhất là tay thuận của bệnh nhân.

Phần lớn các trường hợp hội chứng ống cổ tay có thể khỏi khi người bệnh thay đổi môi trường làm việc, thay đổi cách sống khoa học và hợp lý hơn, ít khi cần đến sự can thiệp của thầy thuốc chuyên khoa nội thần kinh. Những trường hợp thể nặng phải được điều trị nội khoa tích cực, nếu không chuyển biến thì phải can thiệp bằng phẫu thuật. Phẫu thuật giải áp thần kinh giữa trong điều trị hội chứng ống cổ tay với kết quả trên 90% khỏi bệnh không tái phát đã được báo cáo. Khoa CTCH(hiện nay là Khoa Ngoại Thần Kinh- Lồng Ngực) thực hiện kỹ thuật này đã lâu nhưng chưa có một đánh giá kết quả nào. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật giải áp thần kinh giữa trong điều trị hội chứng ống cổ tay”, với hai mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của hội chứng ống cổ tay tại BVĐKTT An Giang.
2. Đánh giá hiệu quả bước đầu phẫu thuật cắt mạc giữ gân gấp trong điều trị hội chứng ống cổ tay.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 36 bệnh nhân mắc bệnh hội chứng ống cổ tay được khám và phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 03/2019 đến tháng 09/2020 và được theo dõi đo điện cơ từ 2- 12 tháng sau mổ.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Chọn vào nhóm nghiên cứu những bệnh nhân có những triệu chứng đau, tê nhiều ở bàn tay, có thể có teo cơ mô bàn tay, kết quả đo điện cơ có hội chứng ống cổ tay ở các mức độ và bệnh nhân yêu cầu mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân đang mang thai, suy tim, xơ gan báng bụng, tiểu đường.

Phân tích số liệu: Phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	%
24-29	1	2,8
30-34	1	2,8
35-39	4	11,1
40-44	3	8,3
45-49	8	22,2
50-54	9	25
55-59	5	13,9
>60	5	13,9
Tổng cộng	36	100

Nhận xét: 36 bệnh nhân bao gồm 34 nữ(94%) và 2 nam(6%). Tỷ lệ nữ/nam là 17/1. Tuổi trung bình là $48,89 \pm 1,19$ tuổi(tuổi từ 24 đến 69). Nhóm tuổi được phẫu thuật cao nhất là 45-54 tuổi(47.2%).

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	n	%
Nông dân, nội trợ	26	72,2
Công nhân	7	19,4
Viên chức hành chánh	1	2,8
Buôn bán	2	5,6
Tổng cộng	36	100

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là nông dân(72,2%); kế đến là công nhân(19,4%), buôn bán(5,6%) và ít nhất là viên chức hành chánh(2,8%).

Bảng 3. Vị trí phẫu thuật

Vị trí phẫu thuật	n	%
Tay phải	20	55,6
Tay trái	9	25
Hai tay	7	19,4
Tổng cộng	36	100

Nhận xét: Tỷ lệ mổ tay phải là 55,6%; tay trái là 25% và cả 2 tay là 19,4%.

Bảng 4. Thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh (Năm)	n	%
≤ 5	28	77,8
>5	8	22,2
Tổng cộng	36	100

Nhận xét: 77,8% bệnh nhân mắc bệnh dưới 5 năm và 22,7% mắc trên 5 năm. Thời gian mắc bệnh trung bình là $5,01 \pm 0,46$.

Bảng 5. Teo cơ mô cái

Teo cơ mô cái	n	%
Có	5	13,9
Không	31	86,1
Tổng cộng	36	100

Nhận xét: 14% có teo cơ mô ô cái từ ít đến nhiều và 86% không có teo cơ.

Bảng 6. Dấu hiệu Tinel

Dấu hiệu Tinel	n	%
Có	13	36,1
Không	23	63,9
Tổng cộng	36	100

Nhận xét: Dấu hiệu Tinel dương tính chiếm 36% và 64% là không dương tính.

Bảng 7. Mức độ tê, mất cảm giác

Mức độ	n	%
Nhẹ	1	2,8
Vừa	6	16,7
Nặng	29	80,5
Tổng cộng	36	100

Nhận xét: 80,5% bệnh nhân có mức độ tê và mất cảm giác nặng, còn mức độ vừa là 16,7%, mức độ nhẹ chỉ 2,8%.

Bảng 8. Mức độ khó khăn sinh hoạt

Mức độ	Số BN	%
Nhẹ	8	22,2
Vừa	18	50
Nặng	10	27,8
Tổng cộng	36	100

Nhận xét: Mức độ gặp khó khăn trong sinh hoạt cầm nắm, viết... đa số ở mức độ vừa (50%), số mức độ nặng là 27,8%, còn mức độ nhẹ là 22,2%.

Bảng 9. Kết quả điện cơ

Mức độ	n	%
Nhẹ	1	2,8
Vừa	1	2,8
Nặng	34	94,4
Tổng cộng	36	100

Nhận xét: Kết quả điện cơ mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất (94,4%), mức độ vừa và mức độ nhẹ là như nhau (2,8 %).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SAU PHẪU THUẬT

Mức độ tê, mất cảm giác

Mức độ	n	%
Bình thường	10	27,8
Nhẹ	23	63,9
Vừa	3	8,3
Nặng	0	0
Tổng cộng	36	100

Nhận xét : Sau mổ có 27,8% gần như bình thường, 63,9% biểu hiện mức độ nhẹ, chỉ có 3 (8,3%) trường hợp là mức độ vừa và không có bệnh nhân nào biểu hiện nặng. Nhìn chung mức độ cải thiện tốt sau mổ là 91,7%

Mức độ khó khăn sinh hoạt

Mức độ	Số BN	%
Bình thường	22	61
Nhẹ	9	25
Vừa	3	8,4
Nặng	2	5,6
Tổng cộng	36	100

Nhận xét : Sau mổ mức độ gặp khó khăn trong sinh hoạt cầm nắm, viết... đa số ở mức độ như bình thường là 61%, nhẹ là 25%, có 8,4% mức độ vừa và 5,6% là còn mức độ nặng. Nhìn chung mức độ cải thiện tốt sau mổ là 86% .

Điện cơ sau phẫu thuật :

Trong 36 bệnh nhân sau phẫu thuật được đo lại điện cơ từ 2 – 12 tháng sau mổ có 34 (94,4%) bệnh nhân đều có biểu hiện cải thiện về mặt điện cơ sau mổ là: có giảm về thời gian tiềm kích thích, tăng biên độ vận động và cảm giác của dây thần kinh giữa, chỉ có 2 (5,6%) trường hợp là chưa thấy biểu hiện cải thiện về mặt điện cơ sau mổ, 2 trường hợp này trước mổ có teo nặng ô mô cái và hạn chế vận động mức độ rất nặng nên sau mổ phục hồi rất chậm .

IV. BÀN LUẬN

Giới: Trong 36 bệnh nhân, nữ chiếm 17 lần so với nam. Trong báo cáo tác giả Nguyễn Dương Phong và cộng sự (2016) (Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang) có 80 BN nữ chiếm 6,3 lần so với nam. Vì vậy, hội chứng ống cổ tay có thể nói là “bệnh lý của nữ”.

Tuổi: Tuổi trung bình là $48,89 \pm 1,19$ (24-69). Trong báo cáo Nguyễn Dương Phong 80 BN tuổi trung bình là 57 (45-70). Tỷ lệ mắc cao nhất của chúng tôi và báo cáo Nguyễn Dương Phong 80BN là nhóm tuổi từ 45-54 (47,2%).

Nghề nghiệp: Nông dân, nội trợ chiếm đa số (72,2%), kế đến là công nhân (19,4%), buôn bán và viên chức hành chánh chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (5,6% và 2,8%). An Giang là một tỉnh thuần

nông, công nghiệp chưa phát triển, nông dân chiếm đa số nên tỷ lệ bệnh theo nghề cũng cao hơn các ngành nghề khác.

Thời gian mắc bệnh: Kết quả cho thấy số năm mắc bệnh dưới 5 năm chiếm 77,8%, trên 5 năm là 22,2%. Thời gian mắc bệnh trung bình là $5,01 \pm 0,46$. Hầu hết bệnh nhân mắc bệnh trên 2 năm, cá biệt có bệnh nhân mắc 10-20 năm. Bệnh nhân đa số cho là mình mắc bệnh “thấp khớp” và được điều trị bằng thuốc, châm cứu...kết quả bệnh không giảm, tê đau ngày một nhiều và thường xuyên hơn, vận động cầm nắm càng khó khăn, bệnh nhân mới đến bệnh viện khám, được đo điện cơ phát hiện ra hội chứng ống cổ tay và được các bác sĩ tư vấn phẫu thuật. Sau phẫu thuật vài ngày kết quả giảm tê nhanh chóng, tạo lòng tin, nên số bệnh nhân mắc bệnh đến khám có số năm mắc bệnh ngày càng thấp.

Bàn tay tê đau, diễn tiến tê, đau, ngứa: Trong 36 bệnh nhân, chỉ có 1 bệnh nhân là tê đau bàn tay phải còn bàn tay trái thì không có biểu hiện tê đau. 100% bệnh nhân khởi đầu có cảm giác tê đau vào ban đêm, sau đó tê đau cả vào ban ngày. Số lần tê đau ngày càng nhiều và sau đó tê đau cả ngày lẫn đêm, vận động cầm nắm ngày một khó khăn hơn. Kết quả mức độ tê đau, mất cảm giác nặng(80,5%), vừa (16,7%), nhẹ(2,8%). Ngứa ran đa số xuất hiện vào ban đêm cùng với cảm giác tê, tỷ lệ ngứa ran xuất hiện số lần ít hơn tê, có một số bệnh nhân ngứa ran cả ngày lẫn đêm.

Mức độ khó khăn trong sinh hoạt của bàn tay bị bệnh: Mức độ diễn biến khó khăn trong sinh hoạt của bàn tay theo thời gian mắc bệnh, bệnh tê đau càng lâu thì việc cầm nắm đồ vật càng dễ bị rớt, bàn tay mất cảm giác dần. Thời gian mắc bệnh trong lô nghiên cứu này trên 5 năm chiếm 14% phù hợp với kết quả thu thập được mức độ khó khăn trong sinh hoạt của bàn tay bị bệnh như sau: nhẹ(22,2%), vừa (50%), nặng(27,7%).

Tinel: Kết quả khám lâm sàng dấu hiệu Tinel có 36% dương tính và 64% không dương tính. Có một nhận xét rằng những trường hợp đo điện cơ kết quả là hội chứng ống cổ tay nặng nhưng dấu hiệu Tinel không dương tính, nhưng ngược lại, kết quả điện cơ nhẹ nhưng dấu Tinel dương tính.

Teo cơ mô ô cái: Kết quả khám lâm sàng trong 36 bệnh nhân có 14% người bị teo cơ mô ô cái với từng mức độ khác nhau. Kết quả này phù hợp với tỷ lệ thời gian mắc bệnh lâu trên 5 năm(14%), biểu hiện lâm sàng mức độ tê đau nặng của bàn tay bệnh(80,5%) và mức độ khó khăn nặng trong sinh hoạt bàn tay là(27,8%).

Điện cơ: Trong 36 bệnh nhân đều được đo điện cơ trước mổ, có 34(94,4%) bệnh nhân kết quả điện cơ đều có hội chứng ống cổ tay 2 bên, 2(5,6%) bệnh nhân điện cơ có kết quả hội chứng ống cổ tay 1 bên, mức độ nặng nhẹ 2 tay có thể cùng một mức độ hoặc khác nhau. 36 bệnh nhân được phẫu thuật có kết quả điện cơ là nặng (94,4%), vừa và nhẹ là 2,8%. Số bệnh nhân có kết quả điện cơ nặng và vừa thường có thời gian mắc bệnh lâu, có thể có teo cơ mô ô cái và hạn chế vận động cầm nắm của bàn tay nên yêu cầu phẫu thuật là thỏa đáng. Nhưng ở bệnh nhân có kết quả điện cơ nhẹ, nhưng lâm sàng bệnh nhân tê đau nhiều, tuy không có teo cơ mô ô cái và hạn chế vận động bàn tay, nhưng bệnh nhân vẫn thiết tha xin phẫu thuật vì sử dụng thuốc không hiệu quả, ban đêm tê đau nhiều lần làm bệnh nhân không ngủ được yên giấc. So sánh với kết quả trong báo cáo Nguyễn Dương Phong, 80 bệnh nhân có 72 bệnh nhân có hội chứng ống cổ tay cả 2 tay, chỉ có 8 bệnh nhân chỉ có bệnh ở tay phải. Điều nhận xét ban đầu là hội chứng ống cổ tay “hầu như là bệnh cả 2 tay”.

Tay mổ: Trong báo cáo Nguyễn Dương Phong với 80 bệnh nhân có 35 mổ tay phải và 33 mổ tay trái, 12 mổ 2 tay. Tỷ lệ tay phải mắc bệnh tay phải và tay trái gần như ngang nhau. Trong 36 bệnh nhân của chúng tôi có 20 mổ tay phải, 9 mổ tay trái và 7 mổ cả 2 tay. Tỷ lệ mổ tay phải và tay trái gần như gấp đôi tay trái. Kết quả có sự khác biệt này cũng có thể là cơ mẫu của chúng tôi còn ít nên chưa có số liệu tương đồng. Nhưng điều này cũng phù hợp vì đa số bệnh nhân chúng tôi đều thuận tay phải nên tỉ lệ mất bệnh tay phải nhiều hơn ở tay trái, đa số kết quả điện cơ đều mất hội chứng ở 2 tay nhưng tay thuận đa phần là nặng hơn tay còn lại vì vậy bệnh nhân hay mổ trước tay bị nặng hơn.

Đánh giá kết quả sau mổ: Trong 36 bệnh nhân trước mổ có biểu hiện về mặt triệu chứng(tê đau, mất cảm giác) mức độ vừa và nặng là 92,2 %, sau mổ(theo dõi từ 2-12 tháng) mức độ cải thiện là 91,7%. Còn biểu hiện về mặt chức năng(mức độ khó khăn trong sinh

hoạt) trước mổ mức độ vừa và nặng là 77,7% , sau mổ mức độ cải thiện tốt là 86%. Điện cơ đo lại sau mổ nhìn chung bước đầu có cải thiện về mặt điện sinh lý ở 34 (94,4%) bệnh nhân là giảm thời gia tiềm và có tăng về biên độ vận động, cảm giác của dây thần kinh giữa. Theo kết quả nghiên cứu 50 bệnh nhân của tác giả Nguyễn Lê Hoan và Nguyễn Thanh Huy (Trường Đại học Y Dược Cần Thơ) thì kết quả cải thiện tốt về mặt triệu chứng là 100% và kết quả tốt về mặt chức năng là 89,7% của bàn tay, theo kết quả nghiên cứu 80 bệnh nhân của tác giả Nguyễn Dương Phong thì kết quả cải thiện tốt sau phẫu thuật theo dõi dài hạn từ 75-95%. Ta thấy kết quả của 3 báo cáo gần như tương đương, tuy nhiên cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn và thời gian theo dõi sau mổ chưa đủ lâu nên chưa ghi nhận hết một số biến chứng lâu dài cũng như mức độ phục hồi thần kinh sau mổ dài hạn. Tuy vậy, điều này cũng nói lên rằng, sau khi được mổ các triệu chứng tê đau hầu như giảm rõ rệt và các khó khăn trong sinh hoạt bàn tay cũng cải thiện đáng kể .

V.KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 36 bệnh nhân mắc hội chứng ống cổ tay được điều trị phẫu thuật chúng tôi có kết luận như sau:

- Đặc điểm nhóm nghiên cứu: gặp nhiều ở giới nữ; tuổi trung bình là $48,89 \pm 1,19$ tuổi; nông dân và buôn bán mắc bệnh nhiều hơn các nghề khác; thời gian mắc bệnh trung bình là $5,01 \pm 0,46$ năm; bệnh nhân có đầy đủ các dấu hiệu lâm sàng (tê đau, mất-giảm cảm giác ảnh hưởng đến sinh hoạt, dấu hiệu Tinel, teo cơ mô ô cái) và cận lâm sàng (điện cơ).
- Kết quả sau phẫu thuật: đã cải thiện rõ rệt chất lượng cuộc sống của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thái Bình Khang và cs (2010), “Đánh giá hiệu quả điều trị phẫu thuật cắt dây chằng ngang cổ tay trong hội chứng ống cổ tay”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, (14), tr. 38-42.
2. Nguyễn Dương Phong (2017), “ Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang”, Tạp chí Thần Kinh Học Việt Nam .
3. Nguyễn Đỗ Nguyên (2006), Phương pháp Nghiên cứu khoa học trong y khoa.
4. Nguyễn Quang Quyền (1995), Bài giảng Giải phẫu học, Tập 1, tr. 104-105.
5. <http://bacsinoitru.vn/content/hoi-chung-ong-co-tay-813.html>.
6. <http://www.suckhoegiadinh.com.vn/khoe-+/nguy-hieu-khi-bi-hoi-chung-ong-co-tay-17391/>.
7. <http://www.dieutri.vn/trieuchungnoi/14-10-2011/S1510/Hoi-chung-ong-co-tay.htm>.
8. <http://www.hoanmy.com/danang/hoi-chung-ong-co-tay>.
9. https://vi.wikipedia.org/wiki/H%E1%BB%99i_ch%E1%BB%A9ng_%E1%BB%91ng_c%E1%BB%95_tay.
10. <http://www.bvndgiadinh.org.vn/giao-duc-suc-khoe/thong-tin-suc-khoe/1048-hoi-chung-ong-co-tay.html>.
11. http://www.scielo.br/pdf/aob/v14n3/en_a02v14n3.pdf.
12. <http://www.chiropractic-help.com/Boston-Carpal-Tunnel-Syndrome-Questionnaire.html>.
13. William F.Blair (1996), “Carpal Tunnel Release: Open Technique”, Techniques in Hand Surgery, pp. 703-709.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN Ở BỆNH NHÂN HOẠI TỬ VÔ KHUẨN CHÔM XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG 2019 – 2020

Nguyễn Minh Hải, Nguyễn Kim Quang,
Ngô Vũ Phương, Nguyễn Huỳnh Gia Phú

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng ở bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi tại Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang 2019-2020.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu: mẫu thuận tiện 29 mẫu

Kết quả: Từ Tháng 1/2019 tới tháng 6/2020. Tại Khoa Chấn Thương Chỉnh Hình Bệnh Viện ĐKTT An Giang, Chúng tôi nghiên cứu và phẫu thuật 29 bệnh nhân bị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi. Chúng tôi sử dụng phương pháp thay khớp háng toàn phần không xi măng, bước đầu chúng tôi thu được kết quả như sau: tỷ lệ nam / nữ khoảng 3/1. Yếu tố mắc bệnh đợt phát chiếm tỷ lệ cao nhất (60,34%). không có trường hợp xấu, chỉ có một trường hợp trật khớp háng nhân tạo sau phẫu thuật tuy nhiên sau đó khắc phục và ổn định, vì thời gian theo dõi còn ngắn nên chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu, cần thêm thời gian theo dõi.

Kết luận: Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần ở bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang đã và đang thực hiện khá tốt, đặc biệt từ khi có Đề án Bệnh viện vệ tinh của Bệnh viện Chợ Rẫy thì kỹ thuật này ngày càng được hoàn thiện và phát triển hơn.

ABSTRACT:

ASSESSMENT OF SURVEILLANCE SURGERY RESULTS WITHOUT CEMENT OF ASEPTIC NECROSIS OF FEMORAL HEAD IN AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL 2019 – 2020

Objectives: Describe clinical and subclinical characteristics, evaluate the outcome of surgery for non-cement total hip replacement surgery in patients with aseptic necrosis of femoral head at An Giang Central General Hospital 2019-2020..

Methods: Descriptive study cross-section, sample size: convenient sample 29 samples

Results: From January 2019 to June 2020. At the Department of Trauma and Orthopedics of An Giang Hospital, We researched and operated 29 patients with sterile, femoral head. We use the method of replacing the full hip without cement, we initially obtained the following results: male / female ratio is about 3/1. Factors of acute disease accounted for the highest proportion (60.34%). There was no bad case, there was only one case of an artificial hip dislocation after surgery but then corrected and stabilized, because the follow-up time was short, we reported initial results, need more time follow.

Conclusions: Full hip replacement surgery in patients with sterile femoral head necrosis of An Giang Central General Hospital has been doing quite well, especially since the Project of Satellite Hospital of Cho Ray Hospital. This technique is more and more perfect and developed.

I-ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi là căn bệnh có thể gây phá hủy cấu trúc xương do thiếu máu nuôi trên chỏm xương đùi. Bệnh thường tự phát ở độ tuổi từ 20 - 50 và gặp nhiều ở nam giới. Nguyên nhân đối với người già thường gặp là do sau gãy cổ xương đùi, đối với những nam thanh niên thường là uống bia rượu, hút thuốc lá, với phụ nữ thường gặp ở tuổi trung niên đau khớp nhiều năm sử dụng corticoid có trong tân dược hay đông dược nguồn gốc không rõ ràng. Bệnh khởi phát lúc đầu âm thầm và khi bệnh nhân xuất hiện triệu chứng thì tổn thương hoại tử tiến triển mức độ nhanh đến thời điểm cần phải can thiệp phẫu thuật. Ở nước ta hiện nay, đa phần các bệnh nhân đến bệnh viện đều ở giai đoạn muộn, lúc này bệnh nhân đa phần là đau đớn rất nhiều, đi lại rất khó khăn nên điều trị chủ yếu là phẫu thuật thay khớp háng toàn phần, hoặc chỉ điều trị nội thêm một khoảng thời gian rồi cũng phẫu thuật.

Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang hiện tại đã và đang phát triển kỹ thuật thay khớp háng toàn phần trên bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi, đặc biệt từ khi có Đề Án Bệnh viện vệ tinh của Bệnh viện Chợ Rẫy kỹ thuật phẫu thuật thay khớp háng, đặc biệt là thay khớp toàn phần ngày càng được hoàn thiện và củng cố tốt hơn góp phần nâng cao chất lượng điều trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi. Bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi được điều trị bằng thay khớp háng kết quả phục hồi chức năng vận động đã tăng dần theo thời gian. Thay khớp háng toàn phần là một phẫu thuật chuyên sâu nhằm loại bỏ những cấu trúc của khớp bị tổn thương và thay vào đó là các bộ phận thay thế nhằm khôi phục lại chức năng vận động của khớp háng. Hiện nay cơ bản có 2 loại thay khớp háng toàn phần, có hoặc không có xi măng.

Thời gian gần đây phẫu thuật thay khớp háng ở nước ta phát triển khá mạnh, nhiều trung tâm lớn và các bệnh viện tỉnh đã triển khai kỹ thuật này. Tuy với kỹ thuật hiện đại và phương pháp điều trị khá hiệu quả trong hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi nhưng cũng có thể xảy ra các biến chứng sau phẫu thuật như trật khớp háng nhân tạo, nhiễm trùng sau mổ, gãy xương đùi sau mổ thay khớp, thuyên tắc tĩnh mạch, lỏng khớp nhân tạo, tiêu xương... đã để lại những hậu quả nặng nề. Trên thế giới và Việt Nam đã có rất nhiều công trình nghiên cứu về các vấn đề trong phẫu thuật thay khớp háng điều trị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi mang lại kết quả khả quan, điều này có được một phần cũng do kỹ thuật mổ ngày càng được chuẩn hóa, ít biến chứng sau phẫu thuật và chức năng khớp háng sau phẫu thuật phục hồi rất tốt. Để góp phần làm rõ hơn những lợi ích sau phẫu thuật thay khớp háng toàn phần trên những bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi trên địa bàn An Giang chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "**Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần ở bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi tại Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang năm 2019-2020**" với các mục tiêu cụ thể như sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi được thay khớp háng toàn phần không xi măng tại Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang 2019-2020.

2. Đánh giá kết quả và yếu tố liên quan kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng ở bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi tại Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang 2019-2020.

II-ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân hoại tử chỏm xương đùi đã được chẩn đoán dựa trên triệu chứng lâm sàng điển hình và hình ảnh X-quang tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang trong khoảng thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2020.

2.1.1 Triệu chứng lâm sàng

Thương tổn có thể ở một hoặc hai bên khớp háng, khoảng 70% các trường hợp tổn thương xuất hiện một bên, khi bị tổn thương ở cả hai chỏm xương đùi với thời gian khởi phát và mức độ tiến triển khác nhau.

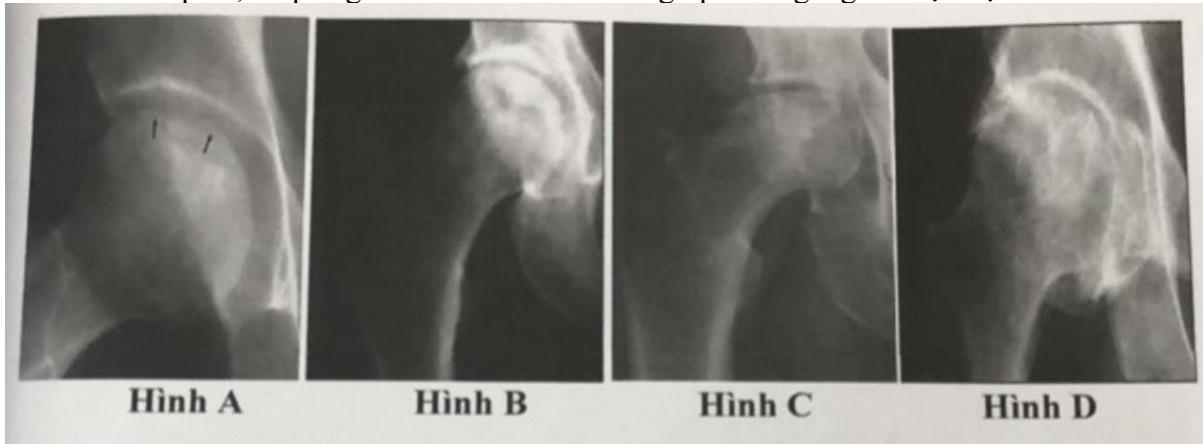
Trên lâm sàng, giai đoạn sớm thường không có triệu chứng gì đặc biệt, bệnh nghèo nàn, ít đặc hiệu. Giai đoạn muộn, triệu chứng chín là đau khớp háng bên tổn thương. Đau thường xuất hiện từ từ, tăng dần, đau khớp háng có tính chất cơ học, đau tăng lên khi đi lại hoặc đứng lâu, giảm khi nghỉ ngơi. Trong nghiên cứu của Lưu Thị Bình và cộng sự cho kết quả 174/215 (80,9%) khớp háng có triệu chứng đau, trong đó 72,4% đau mức độ nặng.

Khám lâm sàng: giai đoạn sớm, vận động khớp háng không hạn chế, muộn có biểu hiện hạn chế biên độ vận động khớp háng như bệnh nhân ngồi xổm khó khăn hoặc không ngồi được, bệnh nhân thường có dáng đi khập khiễng, không xoay hoặc dạng khép háng bình thường được, khi gấp duỗi gần như bình thường. Giai đoạn muộn khớp háng hạn chế vận động tất cả các động tác, có thể có teo cơ vùng đùi và cẳng chân bên tổn thương.

2.1.2 Hình ảnh X-Quang

Chụp X quang thường quy là bước đầu tiên trong chẩn đoán HTVKCXĐ. X quang có khả năng đánh giá được tổng quan tổn thương chỏm xương đùi (xẹp chỏm, tiêu chỏm), hình thái

khớp, hẹp khe khớp, vỡ xương dưới sụn, biến dạng trục chi,... khi có xẹp chỏm xương đùi và thoái hóa thứ phát, X quang cho hình ảnh chín xác giúp đánh giá giai đoạn bệnh.



Hình 2.1 Hình ảnh X quang tổn thương hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi

(A) dấu hiệu hình liềm, (B) hình ảnh vỡ xương dưới sụn, (C) hình ảnh tiêu chỏm, xẹp chỏm, (D) hình ảnh hẹp khe khớp, gai xương, tổn thương ổ cối là hình ảnh tiêu biểu thoái hóa khớp (giai đoạn IV)

(Nguồn: Imaging of Avascular Necrosis of Femoral Head, 2009)

2.1.3 Phân độ theo Ficat và Arlet

Theo Ficat và Arlet (1977) có 4 độ dựa trên biểu hiện phim X quang của chỏm xương đùi, năm 1985 mở rộng thêm độ 0.

- Độ 0: chưa có triệu chứng lâm sàng, chỉ phát hiện bằng sinh thiết, chỉ thấy trên MRI cho hình ảnh đường đôi.

- Độ I: đau nhẹ hoặc không đau. Khe khớp bình thường, chỏm xương đùi và bề xương trong chỏm bình thường hoặc loãng xương nhẹ. Không thể chẩn đoán bằng X quang, chẩn đoán bằng xạ hình, MRI và sinh thiết.

- Độ II: đau nhẹ háng khi đi lại. Khe khớp và chỏm xương đùi bình thường, bề xương trong chỏm loãng xương rõ, trộn lẫn với xương xơ chai.

Chẩn đoán có thể dựa trên X quang nhưng cần xác định bằng sinh thiết, MRI.

+ IIa: Đặc xương hình dáng đa dạng, kèm hốc sáng.

+ IIb: Dấu hiệu gãy xương dưới sụn, biểu hiện đường sáng hình liềm.

- Độ III: đau nhẹ đến vừa. Khe khớp bình thường, chỏm xương đùi bị xẹp lún, thiếu máu dưới sụn gây sụp, bề xương có xương chết, vỡ xương dưới sụn. Giai đoạn này có thể chẩn đoán bằng X quang dễ dàng.

- Độ IV: đau vừa đến nặng. Khe khớp hẹp, chỏm sụp nặng, hư hoàn toàn, biến dạng chỏm xương đùi, bề xương bị phá hủy ở vùng cực trên. Có cả nang xương, chồi xương, hủy sụn ở chỏm và ổ cối. Chẩn đoán bằng X quang khó khăn vì khó phân biệt giữa thoái hóa khớp, viêm khớp và hoại tử chỏm ở giai đoạn này. Đôi khi phải sinh thiết để chẩn đoán.



Hình 2.2. Hình ảnh tổn thương theo Ficat-Arlet

(Nguồn: Osteonecrosis of the Hip: A Primer, 2019)

2.1.4 Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán HTVKCXĐ trên lâm sàng đau rất nhiều khi đi lại, mong muốn được phẫu thuật, thường là độ III, IV theo Ficat-Arlet.

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Không phân biệt tuổi, giới, nơi sinh sống.

2.1.5 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại BVĐKTT An Giang từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2020.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2 Cỡ mẫu

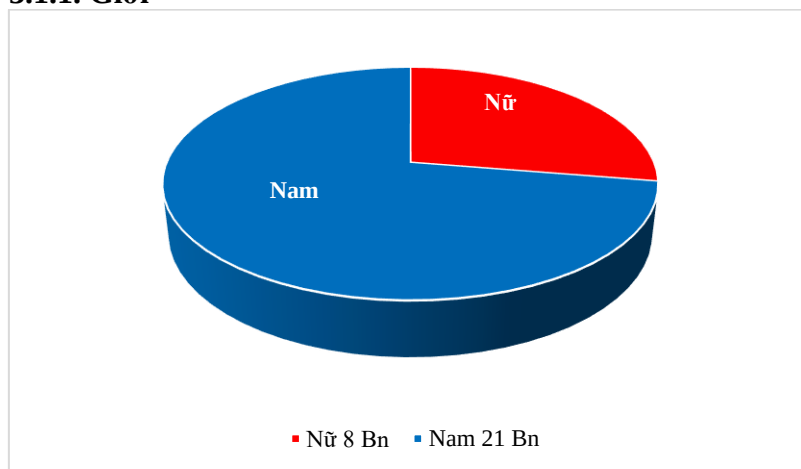
Mẫu thuận tiện chúng tôi nghiên cứu và chọn được 29 mẫu

III-KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi khảo sát trên 29 bệnh nhân bị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi được thay khớp háng toàn phần không xi măng tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Giới



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ gãy giới tính

Nhận xét nam nhiều hơn nữ, tỉ lệ nam/nữ khoảng 3/1

3.1.2. Tuổi

Bảng 3.1. Phân bố độ tuổi

Nhóm tuổi	Tần số	Tỷ lệ (%)
< 40	4	13,8
40-59	8	27,6
50-60	15	51,7
> 60	2	6,9
Tổng	29	100

Nhận xét: Đa số tuổi BN tập trung từ 40-60 tuổi, 23 Bn chiếm 79,3%, Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 39 tuổi, lớn nhất là 65 tuổi.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi

3.2.1. Yếu tố nguy cơ mắc bệnh

Bảng 3.2. Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tự phát	14	48,2
Hút thuốc lá	4	13,8
Sử dụng corticoid kéo dài	6	20,8
Lạm dụng rượu bia	2	6,9
Rối loạn lipid máu	1	3,4
Tiểu đường	2	6,9
Tổng	29	100

Nhận xét: Yếu tố tự phát chiếm đa số 48,2%, corticoid chiếm 20,8%, hút thuốc lá 13,8%.

3.2.2. Chân bị tổn thương**Bảng 3.3. Chân bị tổn thương**

Chân bị tổn thương	Tần số	Tỷ lệ (%)
Trái	11	37,9
Phải	12	41,4
Tổng	6	20,7

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh chân (P) và chân (T) tương đương, trong đó có 20,7% mắc bệnh cả 2 chân.

3.2.3. Triệu chứng lâm sàng**Bảng 3.4. Triệu chứng lâm sàng**

Biểu hiện lâm sàng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đau khớp háng khi đi/ đứng	29	100
Đau khớp háng khi nghỉ ngơi	2	6,9
Đau vùng mông và gối	1	3,4
Hạn chế gập, duỗi háng	4	13,8
Hạn chế dạng, khép háng	29	100
Hạn chế xoay trong, ngoài háng	29	100
Teo cơ vùng đùi và cẳng chân	3	10,3

Nhận xét: 100% bệnh nhân có đau khớp háng khi đi và đứng lâu, hạn chế dạng, khép khớp háng, xoay trong, ngoài khớp háng.

3.2.4. Hình ảnh tổn thương trên phim X-quang

Bảng 3.5. Hình ảnh tổn thương trên phim X-quang

Hình ảnh X-quang	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đường sáng dưới sụn	2	6,9
Tổn thương dưới sụn	29	100
Biến dạng chỏm (xẹp, tiêu chỏm)	27	93,1
Hẹp khe khớp	9	31
Gai xương	4	13,8
Tổn thương ổ cối	3	10,3

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân có tổn thương trên phim X-quang, 100% có tổn thương dưới sụn, 93,1% có biến dạng chỏm, 31% hẹp khe khớp, có 3 trường hợp tổn thương ổ cối

3.2.5. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật

Bảng 3.6. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật

Kết quả	Tần số	Tỷ lệ (%)
1 tháng	29	100
3 tháng	29	100
6 tháng	24	82,7

Nhận xét: Có 24 trường hợp theo dõi 6 tháng sau phẫu thuật, chiếm tỉ lệ 82,7%.

3.2.6. Kết quả cải thiện đau sau 6 tháng (theo chỉ số Dorr)

Bảng 3.7. Kết quả cải thiện đau sau 6 tháng theo chỉ số Dorr (n=24)

Chỉ số Dorr	Không đau n,(%)	Đau nhẹ n,(%)	Đau vừa n,(%)
Loại A	6 (100%)	0 (%)	0 (0%)
Loại B	12 (85,7%)	1 (7,1)	1 (7,1%)
Loại C	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)
Tổng	20 (83,3)	2 (8,33)	2 (8,33)

Nhận xét: Tỷ lệ không đau sau mổ 6 tháng ở bệnh nhân có chỉ số Dorr A là 100% cao hơn bệnh nhân Dorr B là 85,7%, bệnh nhân Dorr C là 50%.

IV-BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Giới tính

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi khảo sát trên 29 đối tượng thì tỷ lệ nam chiếm 72%, nữ chiếm 28% (biểu đồ 3.1). Tỷ lệ nam / nữ khoảng 3/1.

Trong số nghiên cứu của tác giả Lưu Thị Bình (2011) trên 116 bệnh nhân HTVKCXĐ thì tỷ lệ bệnh nhân nam / nữ là 7/1 (nam giới chiếm 87,9%) [1]. Nghiên cứu của tác giả Lê Ngọc Thương (2018) trên 38 bệnh nhân có tỷ lệ nam là 71% và nữ là 29% [19].

Nhìn chung, theo nhiều tác giả nghiên cứu và theo y văn, bệnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi không làm thương tổn thường gặp ở nam giới hơn so với nữ giới.

4.1.2. Tuổi

Trong nghiên cứu, chúng tôi khảo sát được trên 29 bệnh nhân bị HTVKCXĐ phần lớn tập trung từ 39-65 tuổi, Trong nghiên cứu của Lưu Thị Bình (2011) trên 116 bệnh nhân trên HTVKCXĐ thì có 81,9% bệnh nhân có độ tuổi từ 30-59, tuổi trung bình là 48,2 [1]. Nghiên cứu của tác giả Lê Ngọc Thương (2018) trên 38 bệnh nhân HTVKCXĐ được TKHTP không xi măng, độ tuổi trung bình là 48,09 ± 6,02 [19].

Qua các nghiên cứu bệnh nhân HTVKCXB xuất hiện trên nhiều độ tuổi khác nhau, chủ yếu là độ tuổi trung niên 30-50. 4.2 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi

4.2.1. Yếu tố nguy cơ mắc bệnh

Trong khảo sát của chúng tôi, yếu tố tự phát chiếm tỷ lệ cao nhất (48,2%), tiếp theo là sử dụng corticoid kéo dài (20,8%), hút thuốc lá (13,8%), lạm dụng bia (6,9%) có thể gây nguy cơ tăng tần suất mắc bệnh HTVKCXB. Ngoài ra, các bệnh mạn tính như rối loạn lipid máu, đái tháo đường cũng có thể là yếu tố nguy cơ gây bệnh. Do vậy mà ở các bệnh nhân có tiền sử dùng steroid, nghiện rượu thường có các bệnh lý phối hợp như rối loạn lipid máu, dễ mắc bệnh hơn

4.2.2. Chân bị tổn thương

Qua bảng 3.3 cho thấy, tỷ lệ mắc bệnh giữa chân phải (37,9%) và trái (41,4%) của các khảo sát thay đổi gần như tương đương nhau. Tỷ lệ mắc bệnh cả hai chân là 20,7%. Theo ghi nhận trong nghiên cứu của tác giả Đào Văn Dương (2017), chân bị HTVKCXB bên phải và bên trái là tương đương nhau (38,7% và 36,1%), có 33/131 bệnh nhân cả hai chân chiếm 25,1% [6].

Bệnh lý HTVKCXB có thể bắt đầu với một bên khớp nhưng sẽ biểu hiện ở bên khớp còn lại với tỷ lệ lên đến 55-72% sau 2 năm nghiêm cứu của Malizos K.N. (2007) [60]. Vì vậy, tỷ lệ người mắc bệnh cả hai bên trong các nghiên cứu khác nhau có thể làm khác nhau về các yếu tố nguy cơ hoặc thời gian mắc bệnh khác nhau, cần thời gian theo dõi thêm để đánh giá.

4.2.3. Triệu chứng lâm sàng

Trên lâm sàng, HTVKCXB ở giai đoạn sớm thường không có triệu chứng gì đặc biệt, ít đặc hiệu. Giai đoạn muộn, triệu chứng chính là đau khớp háng bên tổn thương với các biểu hiện lâm sàng rõ ràng, thậm chí hạn chế vận động tất cả các động tác, có thể có teo cơ vùng đùi và cẳng chân bên tổn thương. Thực tế, qua khảo sát của chúng tôi cho thấy 100% bệnh nhân có đau khớp háng khi đi hoặc đứng lâu, hạn chế gấp-duỗi, xoay trong-ngoài khớp. Theo khảo sát ghi nhận của tác giả Lưu Thị Bình (2011) thì 80,9% có triệu chứng đau khớp háng trên lâm sàng, 50,7% bệnh nhân ở giai đoạn khởi phát không có đau khớp háng. Giai đoạn biến chứng có 81% khớp háng hạn chế tất cả các động tác, 100% hạn chế động tác dạng và xoay. Thay đổi dáng đi của bệnh nhân là biểu hiện rất hay gặp ở các bệnh nhân HTVKCXB, 100% bệnh nhân ở giai đoạn toàn phát và biến chứng có dáng đi khập khiễng. Ngắn chi là biểu hiện biến chứng đặc trưng của bệnh và thường xuất hiện khi có tổn thương rõ trên chẩn đoán hình ảnh (69,8%) [1].

4.2.4. Hình ảnh tổn thương trên phim X-quang

Theo thống kê bảng 3.5 và kết quả phân tích về phân độ giai đoạn bệnh HTVKCXB, hầu hết bệnh nhân đến khám và điều trị ở đoạn III và IV nên có hình ảnh tổn thương trên phim X-quang khá điển hình là vỡ xương dưới sụn 100%, biến dạng chỏm 93,1%, hẹp khe khớp 31,%. Có 13,8% hình ảnh có gai. Việc chuẩn đoán bằng X quang khó khăn để phân biệt giữa thoái hóa khớp, viêm khớp và hoại tử chỏm ở giai đoạn IV (có hình ảnh gai xương, hẹp khe khớp và tổn thương ổ cối). Đôi khi phải sinh thiết để chẩn đoán.

4.2.5. Phân độ giai đoạn bệnh trên X-quang theo Ficat và Arlet

Trong phân loại bệnh HTVKCXB có nhiều cách, trong đó có 2 cách thường sử dụng là dựa vào hình ảnh X-quang (theo Ficat và Arlet), dựa vào Ciscan và MRI (theo ARCO). Nhưng do địa điểm chúng tôi nghiên cứu hầu hết bệnh nhân ở giai đoạn muộn nên chỉ được chỉ định chụp X-quang với hình ảnh điển hình. Vì vậy, trong nghiên cứu này chúng tôi phân độ HTVKCXB dựa trên hình ảnh X-quang theo Ficat và Arlet trong đó phần lớn bệnh nhân chỉ định phẫu thuật thay khớp toàn phần ở giai đoạn bệnh III và IV (theo Ficat và Arlet).

4.2.6. Tai biến và biến chứng phẫu thuật

Theo khảo sát của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân không có tai biến và các biến chứng sau mổ, trong đó ghi nhận chủ yếu là biến chứng trật khớp háng nhân tạo sau mổ có 1 trường hợp (3,4%). Nguyên nhân trật khớp háng tạo sau mổ theo chúng tôi khảo sát được là ngồi bắt chéo chân, nằm khếp chân quá mức, ngồi xổm, ngồi xếp bằng, nằm võng, trượt té ngã ... Do đó, việc hướng dẫn bệnh nhân sau mổ để tránh các tư thế dễ gây trật khớp háng nhân tạo là cần thiết. Các biến chứng sau mổ đều đã được xử trí và đạt kết quả tốt.

4.2.7 Mối liên quan giữa chỉ số Dorr với sự cải thiện mức độ đau và chức năng vận động sau mổ

Qua bảng 3.7 khảo sát của chúng tôi cho thấy tỷ lệ không đau sau mổ 6 tháng của bệnh nhân chỉ số Dorr A là 100% cao hơn so với Dorr B là 85,7% và Dorr C là Qua thực tế nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ số Dorr của bệnh nhân có ảnh hưởng đến kết quả điều trị sau phẫu thuật thay khớp háng toàn phần ở bệnh nhân HTVKCXD.

V-KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 29 bệnh nhân bị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi được thay khớp háng toàn phần không xi măng tại Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang 01/2019-06/2020, chúng tôi kết luận như sau:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi

- Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam / nữ khoảng 3/1.

- Yếu tố nguy cơ mắc bệnh: Yếu tố tự phát chiếm tỷ lệ cao nhất (60,34%), tiếp theo là sử dụng corticoid kéo dài và hút thuốc lá. Tỷ lệ mắc bệnh giữa chân phải và chân trái gần tương đương nhau, trong đó có 20,7% mắc bệnh ở hai chân hơn. Yếu tố sử dụng corticoid kéo dài và hút thuốc thường gây bệnh cho hai chân hơn.

Hầu hết các bệnh nhân đều có triệu chứng đau khớp háng khi đi hoặc đứng lâu, hạn chế gập-duỗi, xoay trong-ngoài khớp háng. Trước mổ, tất cả các bệnh nhân đều đau khớp háng ở mức độ nhiều

- Phần lớn được chỉ định phẫu thuật thay khớp háng toàn phần ở giai đoạn bệnh III và IV (theo Ficat và Arlet) với hình ảnh tổn thương trên phim X- quang là vỡ xương dưới sụn 100%, biến dạng chỏm 93,1%, hẹp khe khớp 31,0%.

- Hầu hết không có tai biến và các biến chứng sau mổ, biến chứng trật khớp háng nhân tạo sau mổ có 1 trường hợp (3,4%),

- Chỉ số Dorr và tuổi của bệnh nhân có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật về cải thiện chức năng vận động sau mổ 6 tháng.

KIẾN NGHỊ

Trong quá trình nghiên cứu của chúng tôi cũng có những vấn đề còn hạn chế về việc chẩn đoán và điều trị, nên chúng tôi đưa ra một số kiến nghị đến Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang để có những giải pháp tối ưu như sau:

Nên phát hiện bệnh sớm ở các đối tượng có 3 yếu tố sau: Nam giới 30- 50 tuổi; đau vùng khớp háng và có một trong các tiền sử: nghiện rượu, sử dụng steroid thường xuyên, rối loạn lipid máu, bệnh gút bằng cách chụp MRI để tư vấn điều trị bảo tồn cho bệnh nhân mà không cần điều trị phẫu thuật.

Những trường hợp chụp X-quang thường quy có thể nhầm lẫn giữa HTVKCXD với một số bệnh lý khớp háng khác như lao khớp, thoái hóa khớp, viêm khớp do gút ... nên cần đề nghị thực hiện thêm giải phẫu bệnh chỏm xương đùi sau phẫu thuật để có thể kết luận và bổ sung các phương pháp điều trị hỗ trợ.

Nên cần có nhiều nghiên cứu sâu và rộng hơn để đánh giá thêm mối liên qua này và tìm ra các yếu tố ảnh hưởng khác đến kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng ở bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1.Lưu Thị Bình (2011), *Nghiên cứu lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi ở người lớn*, Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện quân Y.

2.Bộ Y Tế (2016), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp (ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*, Nhà xuất bản Y học , Hà Nội, tr.175-179.

3.Bộ Y Tế (2014), *"Phục hồi chức năng sau phẫu thuật thay khớp háng"*, *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng (Ban hành kèm theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT Ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y Tế)*, Hà Nội, tr. 148-152.

4. Lê Văn Cường (2011), "Giải phẫu khớp hông", *Giải phẫu học người*, tr.667-680.

5. Lê Văn Cường (2014), *Giải phẫu học hệ thống*, Bộ môn Giải phẫu học-Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 46-52.

6. Đào Văn Dương, Nguyễn Mạnh Khánh (2017), *Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng ở bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi*. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

7. Trịnh Xuân Đàn (2010), *Giải phẫu học định khu và ứng dụng*, Đại học Thái Nguyên, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội, tr. 45-61.

8. Bùi Văn Đức (2008), "Hoại tử vô trùng chỏm xương đùi người trưởng thành" và "Thay khớp háng toàn phần", *Chấn thương chỉnh hình chi dưới*, tr. 479-497, tr. 504-539.

9. Lưu Hồng Hải (2012), "Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng ở bệnh nhân trẻ dưới 50 tuổi tại bệnh viện Trung ương quân đội 108", *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108, 7, tr. 68-73.

10. Ngô Hạnh, Huỳnh Phiến, Lê Văn Mươi (2015), "Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại Bệnh viện Đà Nẵng", *Tạp chí Chấn thương chỉnh hình Việt Nam*, Số đặc biệt, tr. 213-218.

11. Phùng Ngọc Hòa, Nguyễn Đức Phúc (2010), *Kỹ thuật mổ chấn thương - chỉnh hình*, Nhà xuất bản Y học, tr. 392-402, 453-460, 475-480.

12. Nguyễn Mạnh Khánh (2015), "Kết quả phẫu thuật thay toàn bộ khớp háng do hoại tử chỏm xương đùi sau chấn thương", *Tạp chí Y học Việt Nam* tháng 4-số 2/2015, tập 429, tr. 51-55.

13. Trịnh Văn Minh (2010), *Giải phẫu người tập 1 - Giải phẫu học đạo cương Chi trên - Chi dưới - Đầu mặt cổ*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr. 269-287.

14. Lê Văn Nam (2017), "Nghiên cứu kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng do hoại tử chỏm xương đùi tại bệnh viện Xanh Pôn", *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 460, tháng 11, số chuyên đề, tr. 268-271.

15. Lê Nghi Thành Nhân (2016), "Một số biến chứng thường gặp của phẫu thuật thay khớp háng", *Phẫu thuật can thiệp tối thiểu ứng dụng trong thay khớp háng toàn phần*, tr. 254-291.

16. Trần Nguyễn Phương (2009), *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

17. Phạm Đình Sáng, Lâm Khánh (2011), "*Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi (Tổng quan)*", *Tạp chí Y dược học quân sự*, số 5, tr. 126-130.

18. Võ Văn Tâm (2014), "Khảo sát tần suất huyết khối tĩnh mạch sâu ở chi dưới trên bệnh nhân phẫu thuật thay khớp gối hoặc khớp háng nghiên cứu quan sát dịch tễ học", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 18(2), tr. 250-256.

19. Lê Ngọc Thương, Nguyễn Đình Thành (2018), "Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng điều trị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi", *Tạp chí Y học quân sự*, số 333.

20. Mai Đức Việt, Nguyễn Tiên Bình, Lưu Hồng Hải (2015), "Đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần không xi măng gồm trên gồm ở bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi", *Tạp chí Y dược học quân sự*, 40(80), tr. 119-127.

21. Nguyễn Xuân Vũ, Nguyễn Văn Hù (2017), *Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý hoại tử vô mạch chỏm xương đùi bằng phương pháp thay khớp háng toàn phần không xi măng*, Luận văn Thạc sĩ của BSNT chuyên ngành: Ngoại Khoa, Trường Đại học Y Dược Huế.

TIẾNG ANH

22. Alquahtani M.A. Abdulrahman Jalwi Korkoman A.J. et al (2018), "Review of Current Concepts Femoral of Head Osteonecrosis", *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 70(8), pp. 1401-1408.

23. Archadhaa Sivakanthan, Sharath K.R., Ramneesh Kohli (2015), "Uncemented Total Hip Replacement Using hydroxyapatite-coated Stem in Avascular Necrosis of Femur Head: Minimum Follow Up of 3 Years", *International Journal of Science and Research*, 5(5), pp. 880-882.

24. ARCO (Association Research Circulation Osseous) (1992), Committee on terminology and classification, *ARCO News*, 4, pp. 41-46.

25. Byrd J.W.T (2013), "Patient selection and physical examination", *Operative Hip Arthroscopy, Springer Science-Business Media New York*, pp. 7-32.

26. Celebi L. et al (2006), "Cementless total hip arthroplasty in patients with avascular necrosis of the femoral head", *Acta Orthop Traumatol Turc*, 40(2), pp. 105-110.

27. Choi H.R., Steinberg M.E., Y Cheng E. (2015), "Osteonecrosis of the femoral head: diagnosis and classification systems", *Curr Rev Musculoskelet Med*, 8, pp.210-220.

28. Cohen-Rosenblum A., Cui Quanjun (2018), "Osteonecrosis of the Femoral Head", *Orthop Clin N Am*, Elsevier Inc.

ĐÁNH GIÁ SỬ DỤNG KHÁNG SINH QUINOLON TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Lâm Võ Hùng, Nguyễn Minh Loan
Huỳnh Ngọc Hoàn Mỹ, Phan Huỳnh Kim Trang

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Quinolone là một trong những nhóm kháng sinh được kê đơn phổ biến tại nhiều tại các bệnh viện. Để hạn chế việc sử dụng các kháng sinh quinolon không hợp lý, tránh làm tăng nguy cơ đề kháng thuốc, cần cân nhắc các chỉ định kháng sinh này trên cơ sở lợi ích và nguy cơ khi điều trị các bệnh nhiễm khuẩn. **Mục tiêu:** xác định tỷ lệ sử dụng và đánh giá việc sử dụng hợp lý kháng sinh Quinolone tại Bệnh viện ĐKTT An Giang. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang, tất cả hồ sơ bệnh án (HSBA) nội trú có sử dụng kháng sinh Quinolone trong 6 tháng đầu năm 2020. **Kết quả:** 6,333 HSBA có sử dụng kháng sinh nhóm Quinolone trong tổng số 15,711 HSBA có sử dụng kháng sinh ta thấy: tỷ lệ tiêu thụ kháng sinh Quinolone là cao nhất (42.72%). Trong đó: khoa Tim Mạch Lão Học có tỷ lệ tiền tiêu thụ nhiều nhất (18.86%) và khoa Nội Tổng Hợp là khoa sử dụng nhiều nhất (16.03%). Tỷ lệ bệnh nhân khỏi, giảm bệnh chiếm 87%, chuyển lên tuyến trên chiếm tỷ lệ 1% và không điều trị khỏi, nặng hơn chiếm khoảng 11%. Chỉ định phù hợp kháng sinh Quinolone chiếm tỷ lệ 66.74%, trong đó có hiệu quả tốt chiếm tỷ lệ cao 61.8%. Sử dụng không hợp lý kháng sinh Quinolone theo các hướng dẫn chủ yếu là chỉ định không phù hợp chẩn đoán (45%), kế đến là không phù hợp liều dùng (40%). **Kết luận:** Giám sát sử dụng kháng sinh, đặc biệt là nhóm Quinolone nhằm giúp giảm chi phí điều trị và nâng cao chất lượng chuyên môn cho bệnh viện

ABSTRACTS

Background: Quinolones has been consumed and prescribed as popular hospital antibiotics. To limit the inappropriate antibiotic prescribing which lead to risk of the increasing antibiotic resistance, it is essential to access the balance of benefits and risks of quinolones use in infectious diseases. **Object:** To identify the prevalent rate of quinolones using as well as the proportion of its appropriate use in the Hospital polyclinic center An Giang province. **Result:** the research witnessed that there are 6,333 medical records including in quinolones, which accounted for 42.72% of 15,711 medical records including antibiotics. Quinolones were used most by the department of cardiology and geriatrics (18.86%) and the department of General internal medicine (16.03%). The treatment success rate made up around 87%, the transitions rates was 1%, whereas the treatment failure rates accounted for around 11%. The prevalence rate of appropriate quinolones use was approximately 66.74% while the high-efficiency rate reached 61.8%. With regard to the error in guideline-based quinolones use, the major reasons were inappropriate prescription (45%) following by the inappropriate dose (40%). **Conclusion:** Surveillance the using antibiotics, especially the Quinolone, helped our hospital to diminute the therapeutic cost and to improve the therapeutic quality.

I.ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh là một nhóm thuốc quan trọng vì bệnh lý nhiễm khuẩn nằm trong số những bệnh đứng hàng đầu cả về tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong. Bên cạnh đó việc lạm dụng kháng sinh ngày càng nhiều đã dẫn đến sự đề kháng kháng sinh ngày càng gia tăng. Việc hạn chế sự phát sinh của vi khuẩn kháng kháng sinh là nhiệm vụ không chỉ của ngành Y tế mà của cả cộng đồng nhằm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện, giảm tỷ lệ đề kháng thuốc của vi khuẩn.

Các kháng sinh nhóm quinolon hiện nay đang được sử dụng nhiều tại các bệnh viện. Nhưng cơ quan quản lý dược phẩm Châu Âu (EMA) khuyến cáo hạn chế chỉ định vì những tác dụng không mong muốn của nhóm thuốc này như viêm gân, đứt gân; tỷ lệ tai biến tăng nếu sử dụng trên người bệnh suy gan và/hoặc suy thận, người cao tuổi hoặc dùng cùng corticosteroid... Cần nhắc giữa lợi ích, nguy cơ khi sử dụng, phải theo dõi liên tục để đánh giá tính hiệu quả và để giảm sử dụng các Quinolone không hợp lý bằng cách giám sát hành vi kê đơn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: xác định tỷ lệ sử dụng kháng sinh Quinolone và đánh giá việc sử dụng hợp lý kháng sinh Quinolone tại Bệnh viện ĐKTT An Giang.

II.PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Tất cả HSBA nội trú có sử dụng kháng sinh Quinolon 6 tháng đầu năm 2020.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Các báo cáo sử dụng thuốc 6 tháng đầu năm 2020; HSBA nội trú bệnh nhân ra viện từ ngày 01 tháng 01 năm 2020 đến ngày 30 tháng 6 năm 2020.

Xử lý số liệu: Tính toán và vẽ biểu đồ minh họa các kết quả nghiên cứu bằng phần mềm Microsoft Excel.

Đánh giá sử dụng thuốc dựa vào: Phác đồ điều trị của Bộ Y tế, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh (ban hành kèm theo Quyết định 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015), Dược thư Quốc Gia 2018 và tờ hướng dẫn sử dụng (HDSĐ) của thuốc.

Tiêu chí đánh giá:

-Phù hợp: có chẩn đoán, liều dùng hợp lý, không có chống chỉ định và tương tác thuốc theo phác đồ BHYT, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh (ban hành kèm theo Quyết định 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015), Dược thư Quốc Gia 2018 và tờ HDSĐ của thuốc.

-Không phù hợp:

+Về chẩn đoán: không theo phác đồ BHYT, tờ HDSĐ và Dược thư quốc gia 2018 hoặc thiếu chẩn đoán khi sử dụng kháng sinh theo Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/03/2015 Hướng dẫn sử dụng kháng sinh.

+Về liều dùng: có liều cao hơn hoặc thấp hơn hoặc không điều chỉnh liều ở bệnh nhân suy thận.

+Về thời gian: không đủ thời gian điều trị kháng sinh theo Hướng dẫn sử dụng kháng sinh (ban hành kèm theo Quyết định 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015), Dược thư Quốc Gia 2018 và tờ HDSĐ của thuốc.

+Về chống chỉ định: không hợp lý theo tờ HDSĐ và Dược thư quốc gia 2018.

+Về phối hợp thuốc: trùng hoạt chất hoặc có xảy ra tương tác thuốc khi phối hợp thuốc.

-Không rõ: chưa đủ dữ liệu để đánh giá như bệnh xin về, bệnh chuyển viện hoặc thay đổi kháng sinh trong cùng nhóm Quinolon.

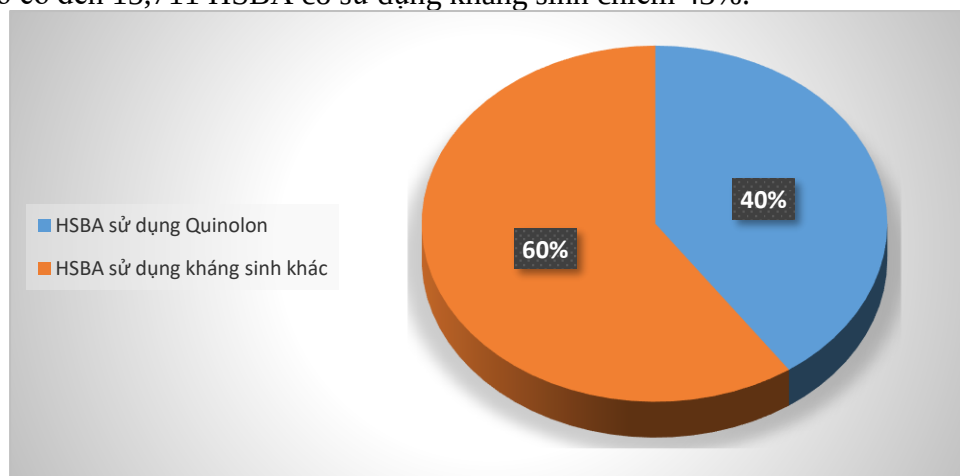
III. KẾT QUẢ

3.1. Tình hình sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

Bảng 1: Tổng số HSBA có sử dụng kháng sinh

NỘI DUNG	SỐ LƯỢNG	TỈ LỆ %
HSBA sử dụng kháng sinh	15,711	43.11
HSBA không sử dụng kháng sinh	20,730	56.89
Tổng số HSBA	36,441	100.00

Nhận xét: Thời gian khảo sát từ tháng 01 đến tháng 6 năm 2020 có 36,441 HSBA điều trị nội trú. Trong đó có đến 15,711 HSBA có sử dụng kháng sinh chiếm 43%.



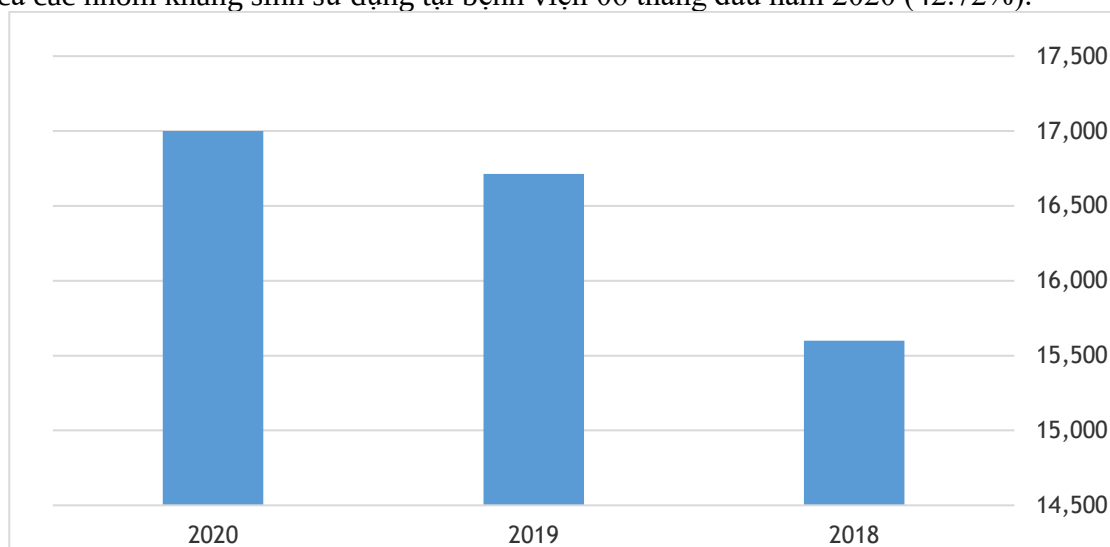
Biểu đồ 1: Tỷ lệ sử dụng Quinolon trên tổng số HSBA sử dụng kháng sinh

Nhận xét: Trong 15,711 HSBA nội trú sử dụng kháng sinh có 6,333 HSBA sử dụng kháng sinh nhóm Quinolon (40%).

Bảng 2: Mức tiêu thụ theo từng nhóm kháng sinh

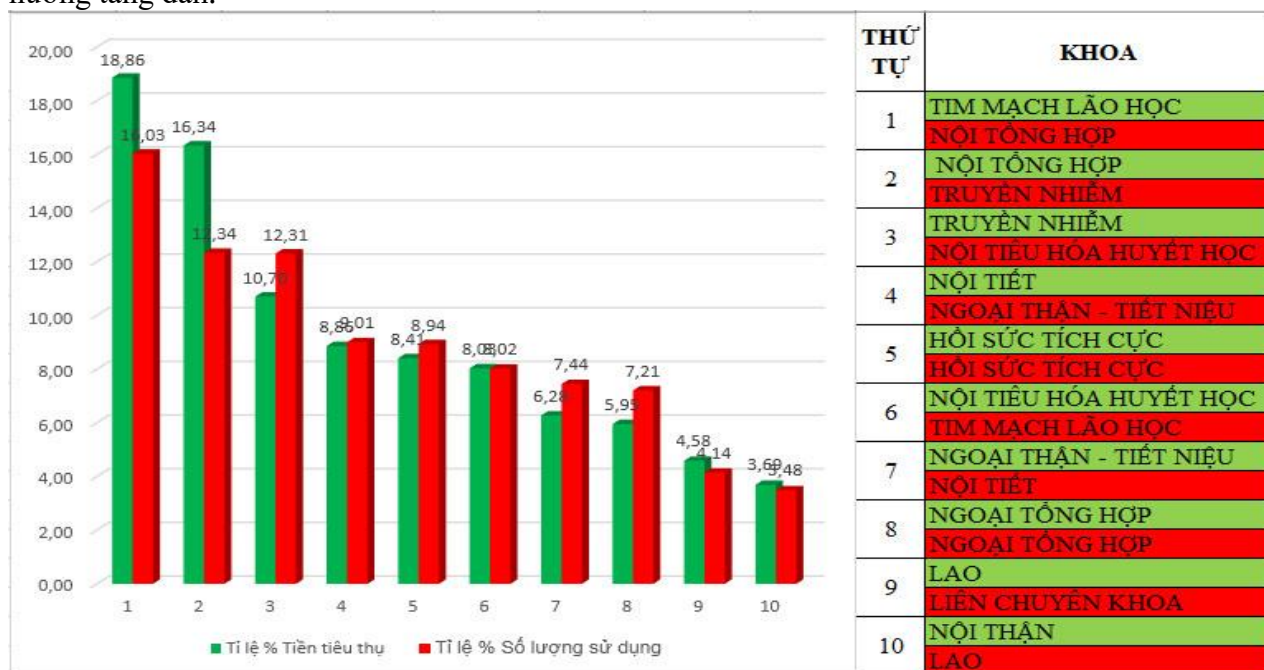
NHÓM KHÁNG SINH	SỐ TIỀN (1.000 đ)	Tỉ lệ %
Quinolon	7,262,675.84	42.72
Cephalosporin	4,161,126.87	24.48
Carbapenem	2,364,280.45	13.91
Peptid	1,450,762.75	8.53
Penicillin	1,146,925.28	6.75
5 - Nitro - Imidazol	466,522.98	2.74
Aminoglycosid	147,932.92	0.87
Macrolid	152.96	0.00
Cyclin	67.54	0.00
TỔNG CỘNG	17,000,447.59	100.00

Nhận xét: Kháng sinh nhóm Quinolon là nhóm kháng sinh có mức tiêu thụ nhiều nhất trong tất cả các nhóm kháng sinh sử dụng tại bệnh viện 06 tháng đầu năm 2020 (42.72%).



Biểu đồ 2: Mức tiêu thụ kháng sinh

Nhận xét: Khảo sát 06 tháng đầu năm trong 3 năm liên tiếp mức tiêu thụ kháng sinh có xu hướng tăng dần.



Biểu đồ 3: Tỉ lệ tiêu thụ và số lượng sử dụng Quinolon của khoa lâm sàng

Nhận xét: Trong tổng số 10 khoa lâm sàng có tỉ lệ tiêu thụ và tỉ lệ sử dụng Quinolon nhiều nhất thì khoa Tim mạch lão học có tổng tiền tiêu thụ kháng sinh Quinolon cao nhất (18.86%), tổng số lượng kháng sinh Quinolon được sử dụng nhiều nhất là khoa Nội Tổng Hợp (16.03%).

Bảng 3: Nhóm kháng sinh sử dụng nhiều nhất

KHOA	Nhóm KS sử dụng nhiều nhất			KS sử dụng nhiều nhất		
	NHÓM KS	SL	Tỉ lệ %	KS	SL	Tỉ lệ %
Ngoại Tổng Hợp	5 - Nitro - imidazol	48,61 5	47	Metronidazol	48,61 5	100
Chấn Thương Chỉnh Hình	Cephalosporin	33,69 1	76	Ceftazidim	15,12 8	45
Nội Tổng Hợp	Cephalosporin	25,42 3	59	Cefoperazon*	10,59 9	42
Liên Chuyên Khoa	Cephalosporin	15,79 4	54	Cefuroxim	9,828	62
Lao	Cephalosporin	11,42 3	73	Ceftriaxon*	4,738	41
Nội Tiêu Hóa Huyết Học	5 - Nitro - imidazol	9,590	37	Metronidazol	9,590	100
Tim Mạch Lão Học	Penicillin	9,543	34	Ticarcillin + kali clavulanat	7,002	73
Nội Tiết	5 - Nitro - imidazol	8,330	24	Metronidazol	8,330	100
Ngoại TKLN	Cephalosporin	8,259	81	Cefuroxim	4,634	56
Nội Thận	Cephalosporin	7,833	62	Ceftriaxon*	2,506	32
Ngoại Thận - Tiết Niệu	Quinolon	6,785	31	Ciprofloxacin	6,322	93
Truyền Nhiễm	Quinolon	6,629	50	Ciprofloxacin	5,404	82
Ung Bướu	5 - Nitro - imidazol	5,473	32	Metronidazol	5,473	100
Nội Thần Kinh	Cephalosporin	5,321	59	Ceftazidim	3,734	70
Cấp Cứu	Cephalosporin	3,364	98	Cefuroxim	3,225	96
Hồi Sức Tích Cực	5 - Nitro - imidazol	2,794	14	Metronidazol	2,794	100
Nội A	Quinolon	739	27	Ciprofloxacin	451	61

3.2.Đánh giá sử dụng kháng sinh Quinolon tại Bệnh viện**Bảng 4: Đặc điểm của mẫu nghiên cứu**

Độ tuổi	Giới tính				Tổng	
	Nam		Nữ			
	n	%	n	%	n	%
< 40	395	14	273	8	668	11
40 - 65	1,198	41	1,189	37	2,387	39
> 65	1,304	45	1,784	55	3,088	50
Tổng	2,897	47	3,246	53	6,143	100

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân nữ chiếm 53% trên tổng mẫu nghiên cứu. Trong đó, tỉ lệ bệnh nhân trên 65 tuổi ở cả nam giới và nữ giới đều chiếm tỉ lệ cao hơn (50%).

Bảng 5: Mức độ đề kháng kháng sinh Quinolon của các chủng vi khuẩn phân lập từ kết quả KSD

TÊN VI SINH	S	R	I	%S	%R	%I
<i>Acinetobacter baumannii</i>	16	47	0	25.40	74.60	0.00
<i>Proteus mirabilis</i>	5	15	1	23.81	71.43	4.76
<i>E.coli</i>	178	377	6	31.73	67.20	1.07
<i>Staphylococcus coagulase(-)</i>	5	6	0	45.45	54.55	0.00
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	93	111	2	45.15	53.88	0.97
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	7	8	0	46.67	53.33	0.00
<i>Staphylococcus aureus</i>	200	191	2	50.89	48.60	0.51
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	33	31	2	50.00	46.97	3.03
<i>Morganella morganii</i>	10	9	1	50.00	45.00	5.00
<i>Enterobacter cloacae</i>	27	18	0	60.00	40.00	0.00
<i>Streptococcus agalactiae</i>	23	7	0	76.67	23.33	0.00
<i>Serratia marcescens</i>	9	1	0	90.00	10.00	0.00

Nhận xét: Vi khuẩn được phân lập từ kết quả KSD tại bệnh viện trong 6 tháng đầu năm cho thấy vi khuẩn *Acinetobacter baumannii*, *Proteus mirabilis*, *E.coli*, *Staphylococcus coagulase(-)*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae* đề kháng kháng sinh Quinolon với tỉ lệ rất cao lần lượt là: 74.6%, 71.4%, 67.2%, 54.5%, 53.9% và 53.3%.

Bảng 6: Số lần xuất hiện các Quinolon trong mẫu nghiên cứu

QUINOLON	Số lượng	Tỉ lệ %
Moxifloxacin	1,378	20.70
Levofloxacin	1,550	23.28
Ciprofloxacin	3,730	56.02
Tổng	6,658	100.00

Bảng 7: Kháng sinh phối hợp với Quinolon

NHÓM KS	Số lần	Tỉ lệ %
Penicillin	506	9.67
Cephasloperin	2,326	44.46
Carbapenem	751	14.35
Aminoglycosid	230	4.40
Peptid	347	6.63
5 - Nitro - imidazol	1,036	19.80
Khác	36	0.69
TỔNG CỘNG	5,232	100.00

Bảng 8: Kết quả điều trị của bệnh nhân

Kết quả điều trị	Số lượng	Tỉ lệ %
Khỏi, giảm	5,513	87.05
Không thay đổi	41	0.65
Nặng hơn	141	2.23
Xin về/ tử vong	571	9.02
Chuyển viện	67	1.06
Tổng	6,333	100.00

Nhận xét: Kết quả điều trị bệnh nhân khỏi, giảm bệnh chiếm tỉ lệ 87%, bệnh nhân được chuyển lên tuyến trên chiếm tỉ lệ 1% và tỉ lệ bệnh nhân không điều trị khỏi, nặng hơn chiếm khoảng 11%.

Bảng 9: Đánh giá về sự phù hợp chỉ định và hiệu quả sử dụng kháng sinh Quinolon

Nội dung	Số lượng	Tỉ lệ %
Phù hợp	5,513	66.74
Không phù hợp	1,688	20.43
Không rõ	1,060	12.83
Tổng cộng	8,261	100.00

Nhận xét: Tỉ lệ chỉ định kháng sinh Quinolon phù hợp chiếm 66.74%, không phù hợp chiếm 20.43% và có đến 12.83% tỉ lệ chưa đủ dữ liệu để đánh giá với lý do bệnh xin về, chuyển viện hay thay đổi kháng sinh trong cùng nhóm Quinolon.

Bảng 10: Đánh giá các chỉ số không phù hợp

Không phù hợp	Số lượng	Tỉ lệ %
Chẩn đoán	758	45
Liều dùng	191	11
Thời gian	665	40
Phối hợp thuốc	18	1
Chống chỉ định	36	2
Tổng cộng	1,668	100

Nhận xét: Chẩn đoán không phù hợp như thiếu chẩn đoán hay sử dụng kháng sinh khi không có chẩn đoán chiếm tỷ lệ cao nhất (45%) và kế đến là thời gian dùng thuốc không phù hợp (40%).

Bảng 11: Đánh giá hiệu quả sử dụng kháng sinh Quinolon

Kết quả	Hiệu quả		Không hiệu quả		Không rõ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Phù hợp	5,105	61.80	385	4.66	23	0.28	5,513	66.74
Không phù hợp	633	7.66	892	10.80	163	1.97	1,688	20.43
Không rõ	240	2.91	779	9.43	41	0.50	1,060	12.83
Tổng cộng	5,978	72.36	2,056	24.89	227	2.75	8,261	100

Nhận xét: Trong 5,513 HSBA chỉ định phù hợp có 5,105 HSBA (61.8%) đạt hiệu quả tốt chiếm tỉ lệ nhiều nhất, không hiệu quả chiếm 4.66% và không rõ hiệu quả điều trị là 0.28%.

Trường hợp chỉ định không phù hợp nhưng có hiệu quả chiếm tỉ lệ 7.66%.

Trường hợp chỉ định không rõ cho kết quả có hiệu quả chiếm 2.91%.

Bảng 12: Đánh giá chế độ liều dùng Quinolon

Liều không phù hợp	Ciprofloxacin		Levofloxacin		Moxifloxacin		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cao hoặc thấp hơn khuyến cáo	36	18.85	32	16.75	11	5.76	79	41.36
Không điều chỉnh liều cho bệnh suy thận	86	45.03	26	13.61	0	0.00	112	58.64
Tổng	122	63.87	58	30.37	11	5.76	191	100

Nhận xét: Chế độ liều dùng của Ciprofloxacin không phù hợp với khuyến cáo hay không điều chỉnh liều chiếm tỷ lệ cao nhất trong các Quinolon đã sử dụng (63.87%). Riêng Moxifloxacin không có khuyến cáo điều chỉnh liều cho bệnh nhân suy thận.

IV. BÀN LUẬN

Việc xác định tỷ lệ sử dụng kháng sinh Quinolon được đánh giá dựa trên số bệnh nhân được xuất viện trong thời gian từ ngày 01 tháng 01 năm 2020 đến ngày 30 tháng 6 năm 2020. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh Quinolon được xác định dựa vào tổng kháng sinh sử dụng tại bệnh viện và khảo sát tình hình tiêu thụ kháng sinh trong 3 năm liên tiếp phù hợp với thời gian nghiên cứu tại bệnh viện.

Với mục tiêu đánh giá sử dụng hợp lý kháng sinh Quinolon tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, chúng tôi tiến hành theo phương pháp hồi cứu mô tả cắt ngang. Các chỉ số đánh giá chỉ định phù hợp, không phù hợp hoặc không rõ ràng dựa trên các tài liệu tham khảo như phác đồ BHYT, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh (ban hành kèm theo Quyết định 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015), Dược thư Quốc Gia 2018 và tờ HDSD của thuốc để đánh giá. Tuy nhiên với chỉ số đánh giá không rõ ràng còn một số hạn chế. Chỉ số không phù hợp được đánh giá dựa trên không phù hợp về chẩn đoán, liều dùng, thời gian sử dụng, phối hợp thuốc và chống chỉ định được trình bày ở tiêu chí đánh giá.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 06 tháng đầu năm 2020 với 6,333 HSBA có sử dụng kháng sinh nhóm Quinolon trong tổng số 15,711 HSBA có sử dụng kháng sinh ta thấy:

Tỷ lệ tiêu thụ kháng sinh Quinolon của các khoa lâm sàng sử dụng kháng sinh là cao nhất (42.72%). Trong đó: khoa Tim Mạch Lão Học là khoa có tỷ lệ tiền tiêu thụ kháng sinh Quinolon nhiều nhất (18.86%) và khoa Nội Tổng Hợp là khoa sử dụng kháng sinh Quinolon với số lượng nhiều nhất (16.03%). Kết quả điều trị với tỷ lệ bệnh nhân khỏi, giảm bệnh chiếm 87%, bệnh nhân được chuyển lên tuyến trên chiếm tỷ lệ 1% và tỷ lệ bệnh nhân không điều trị khỏi, nặng hơn chiếm khoảng 11%. Chỉ định phù hợp kháng sinh Quinolon chiếm tỷ lệ 66.74%, trong đó có hiệu quả tốt chiếm tỷ lệ cao 61.8%. Chỉ số không phù hợp cao nhất là không phù hợp về chẩn đoán (45%), kế đến là chỉ định không phù hợp liều dùng (40%) được đánh giá dựa trên các tài liệu hướng dẫn.

Báo cáo ADR 06 tháng đầu năm 2020 được ghi nhận kháng sinh là thuốc có tỷ lệ báo cáo cao nhất chiếm 62.5%, trong đó nhóm Quinolon chiếm đến 42.9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện", *Ban hành kèm theo Quyết định số 772/QĐ-BYT ngày 04 tháng 3 năm 2016*.
2. Bộ Y Tế (2018), "Dược thư Quốc gia Việt Nam", *NXB Y học, Hà Nội*.
3. Bộ Y tế (2015), "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh (Ban hành theo quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02 tháng 03 năm 2015)", *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*.
4. Bùi Hồng Giang (2013), "Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn và điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai năm 2012", *Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.
5. Nguyễn Việt Hùng (2019), "Phân tích thực trạng tiêu thụ kháng sinh và việc sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi bệnh viện tại bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên", *Luận văn Thạc sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội*.

ĐÁNH GIÁ SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TÂM THẦN TẠI KHOA TÂM THẦN - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2019

Nguyễn Kim Chi; Trương Minh Thạch
Nguyễn Hoàng Em, Lê Hoàng Vũ

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị rối loạn tâm thần (RLTT) tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2019, nhằm đảm bảo việc sử dụng thuốc hợp lý, hiệu quả cũng như liên quan đến vấn đề thanh quyết toán BHYT trong giai đoạn hiện nay.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả hồi cứu 255 hồ sơ bệnh án của khoa Tâm thần, có chỉ định thuốc điều trị RLTT.

Kết quả: Sử dụng nhiều nhất là nhóm chống loạn thần (49,77%), tiếp theo là nhóm chống lo âu (29,1%), nhóm ổn định sắc (16,87%) và nhóm chống trầm cảm (4,26%). Ngoài ra, thuốc an thần (diazepam) sử dụng nhiều nhất (28,29%), haloperidol, alimemazin, amisulprid, ... sử dụng lần lượt 24,5%; 13,15%; 10,45%, ... Kết quả giảm hoặc bớt bệnh chiếm 78,04%. Tác dụng phụ có xảy ra nhưng cũng được kiểm soát tốt.

Kết luận: Nhìn chung, việc sử dụng thuốc điều trị RLTT ở khoa Tâm thần, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang qua khảo sát là tương đối an toàn, hợp lý và hiệu quả.

ABSTRACT

Objectives: Analyze the use of drugs for psychiatric disorder at An Giang Central General Hospital in 2019, to ensure the rational and effective use of drugs as well as related to the issue of health insurance settlement in the current period.

Methods: The study was conducted according to the retrospective descriptive method 255 medical records of the psychiatric department, there are indication of psychiatric disorders.

Results: Mostly used drugs were antipsychotics (49,77%), followed by antiolytics (29,1%), mood stabilizers (16,87%) and antidepressants (4,26%). In addition, sedatives (diazepam) most used (28,29%), haloperidol, alimemazin, amisulprid, ... used in turn 24,5%; 13,15%; 10,45%, ... Results of patients who reduced symptoms or removed disease accounted for 78,04%. ADR occurred but well controlled.

Conclusion: In general, through investigation the use of mental disorders drugs in the Psychiatric Department of Psychiatry - An Giang Central General Hospital is relatively reasonable safe, economic and effective.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Bộ Y tế, tại Việt Nam hiện có khoảng 15% dân số mắc các rối loạn tâm thần phổ biến liên quan tới stress, 3 triệu người bị rối loạn tâm thần nặng. Còn theo Viện Sức khỏe tâm thần 30% dân số đang mắc các bệnh liên quan tới rối loạn tâm thần. Đáng lo ngại là nhiều người bỏ qua những triệu chứng ban đầu, khi phát hiện ra bệnh thì đã quá muộn.

Tại khoa Tâm thần Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang hàng ngày tiếp nhận khám khoảng 150 – 200 người bệnh với các biểu hiện của hành vi rối loạn tâm thần chiếm khoảng 10% trong tổng số khám tại bệnh viện. Hiện nay có 04 nhóm thuốc chủ yếu sử dụng để điều trị rối loạn tâm thần [3]. Tuy nhiên yêu cầu dùng đúng thuốc và mang lại hiệu quả cũng như liên quan đến vấn đề thanh quyết toán BHYT là mối quan tâm hàng đầu tại Bệnh viện hiện nay.

Với mong muốn góp phần tăng tính hiệu quả, an toàn và hợp lý trong việc sử dụng thuốc điều trị RLTT, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá sử dụng thuốc điều trị rối loạn tâm thần (nội trú) tại khoa Tâm thần - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm tỉnh An Giang giai đoạn 2019”**, với những mục tiêu cụ thể như sau:

1. Đặc điểm bệnh nhân và tỉ lệ các loại bệnh trong RLTT.
2. Tình hình sử dụng thuốc và các phản ứng có hại (ADR) được ghi nhận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm:

- Các hồ sơ bệnh án của khoa Tâm thần có sử dụng thuốc RLTT.
- Báo cáo sử dụng thuốc khoa Dược năm 2019.

2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.
- Thời gian nghiên cứu: năm 2019.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả hồi cứu thông qua phiếu khảo sát.

3.2. Cỡ mẫu cho mục tiêu

Cỡ mẫu: áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ

Được tính theo công thức:

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

Trong đó:

- n là cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý
- Z: 1,96 ($\alpha=0,05$, mức tin cậy mong muốn là 95%).
- d: Sai số d mong muốn là 4% ($d = 0,04$).
- p: tỷ lệ, ước lượng tỷ lệ này 90,3%.

- Theo nghiên cứu của Nguyễn Hữu Đức (2014) tỉ lệ giảm hoặc bớt bệnh tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương là $p = 90,3\%$ [4].

Thay vào công thức ta có:

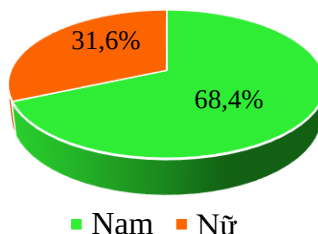
$$n = \frac{1,96 * 1,96 * 0,903 * 0,097}{0,0016} = 210$$

Để tránh những trường hợp mẫu nghiên cứu không đạt yêu cầu, chúng tôi thu thập thêm khoảng 20% HSBA (45 HSBA). Do đó chọn cỡ mẫu là 255.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân và các loại bệnh

1.1. Đặc điểm về giới tính:



Biểu đồ 1. Biểu diễn tỉ lệ

nam nữ điều trị năm 2019

Qua biểu đồ 1 cho thấy, bệnh nhân nam chiếm đa số (68,40%), bệnh nhân nữ chỉ có 31,60%. Từ đó, bệnh nhân chiếm gấp đôi bệnh nhân nữ.

1.2. Đặc điểm về tuổi theo giới tính

Bảng 1. Tỉ lệ về tuổi của bệnh nhân điều trị

	Độ tuổi	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	< 35	101	39,61
	35 - 60	139	54,51
	61 - 75	12	4,71
	> 75	3	1,18
Tổng cộng		255	100

Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân mắc bệnh ở mọi lứa tuổi. Độ tuổi dưới 35 chiếm 39,61%, độ tuổi 35 - 60 chiếm đa số với tỉ lệ 54,51% và độ tuổi trên 75 chiếm thấp nhất (1,18%). Tuổi lớn nhất là 81 tuổi, nhỏ nhất là 14 tuổi và tuổi trung bình là $38,96 \pm 0,762$.

1.3. Đặc điểm về bệnh

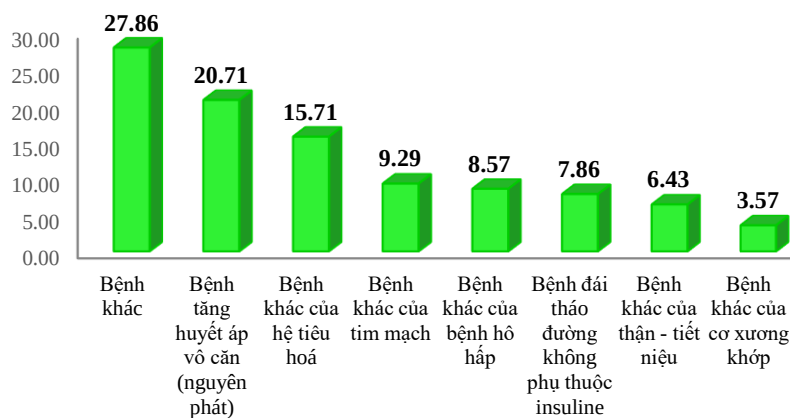
1.3.1. Các loại bệnh chủ yếu khi khảo sát

Bảng 2. Tỉ lệ các loại bệnh thường gặp khi điều trị

Loại bệnh		Số lượng	Tỉ lệ (%)
F01	Sa sút tâm thần trong bệnh mạch máu	2	0,78
F06	Rối loạn tâm thần khác do tổn thương và rối loạn chức năng não và do bệnh cơ thể	38	14,90
F10	Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu	98	38,43
F11	Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các dạng thuốc phiện	1	0,39
F16	Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất gây ảo giác	4	1,57
F20	Tâm thần phân liệt	39	15,29
F21	Rối loạn loại phân liệt	14	5,49
F22.0	Rối loạn hoang tưởng	2	0,78
F23	Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời	19	7,45
F25	Rối loạn phân liệt cảm xúc	2	0,78
F31.2	Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hưng cảm có các triệu chứng loạn thần	2	0,78
F32	Giai đoạn trầm cảm	7	2,75
F39	Rối loạn khí sắc (cảm xúc) biệt định	1	0,39
F41	Các rối loạn lo âu khác	13	5,10
F43	Phản ứng với stress trầm trọng và rối loạn sự thích ứng	3	1,18
F44	Các rối loạn phân ly [chuyển di]	1	0,39
F45.2	Rối loạn nghi bệnh	1	0,39
F51.8	Rối loạn giấc ngủ không thực tổn khác	1	0,39
F71	Chậm phát triển tâm thần trung bình	3	1,18
F90	Các rối loạn tăng động	2	0,78
F91	Rối loạn hành vi	1	0,39
F92	Các rối loạn hỗn hợp về hành vi và cảm xúc	1	0,39
Tổng cộng		255	100

Phân loại bệnh theo ICD – 10, trường hợp rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu (F10) chiếm tỉ lệ cao nhất (38,43%), Thể tâm thần phân liệt (F20) là 15,29%, thể rối loạn tâm thần khác do tổn thương và rối loạn chức năng não và do bệnh cơ thể (F06) với tỉ lệ 14,9%. Còn lại là các thể bệnh khác.

1.3.2. Các bệnh lý kèm theo



Biểu đồ 2. Tỉ lệ các bệnh lý kèm theo khi điều trị RLTT

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ trung niên đến người già, nên đa số người bệnh mắc nhiều bệnh khác kèm theo. Kết quả nghiên cứu, bệnh kèm theo chủ yếu là bệnh tăng huyết áp (20,71%), bệnh tiêu hóa (15,71%), bệnh tim mạch (9,29%), hô hấp (8,57%), đái tháo đường (7,86). Ngoài ra còn có những bệnh lý khác kèm theo.

2. Tình hình sử dụng thuốc và các phản ứng có hại (ADR) được ghi nhận

2.1. Khảo sát tình hình thuốc điều trị RLTT được sử dụng

Tỉ lệ các nhóm thuốc điều trị RLTT được sử dụng

Bảng 3. Tỉ lệ các nhóm thuốc sử dụng điều trị RLTT

Nhóm thuốc	Số lượt dùng	Tỉ lệ
Chống loạn thần	537	49,77
Chống lo âu	314	29,10
Ổn định khí sắc	182	16,87
Chống trầm cảm	46	4,26
Tổng cộng	1.079	100

Kết quả cho thấy, nhóm thuốc chống loạn thần chiếm tỉ lệ cao (49,77%), nhóm thuốc chống lo âu đứng hàng thứ hai (29,1%), nhóm thuốc ổn định khí sắc là 16,87%. Còn lại là thuốc chống trầm cảm ít sử dụng (4,26%).

Các thuốc điều trị RLTT được sử dụng nhiều

Bảng 4. Tỉ lệ các thuốc điều trị RLTT sử dụng nhiều

TT	Tên thuốc	Số lượt dùng	Tỉ lệ (%)
1	Diazepam	314	28,29
2	Haloperidol	272	24,50
3	Alimemazin	146	13,15
4	Amisulprid	116	10,45
5	Olanzapin	70	6,31
6	Valproat natri	67	6,04
7	Paroxetin	44	3,97
8	Sulpirid	30	2,70
9	Quetiapin	25	2,25
10	Risperidon	24	2,16
11	Amitriptylin hydroclorid	2	0,18
	Tổng cộng	1.110	100

Kết quả cho thấy, hoạt chất diazepam sử dụng nhiều nhất với tỉ lệ 28,29%, haloperidol đứng hàng thứ hai với tỉ lệ 24,50%, alimemazin là 13,15% và amisulprid là 10,45%. Còn lại là các hoạt chất khác với tỉ lệ từ 0,18 – 6,31%.

Các thuốc sử dụng thể hệ khác nhau trong cùng nhóm điều trị

Bảng 5. Biểu diễn tỉ lệ sử dụng các thuốc thể hệ khác nhau trong cùng nhóm

Nhóm thuốc	Số lượt dùng	Tỉ lệ %
Chống loạn thần	Thế hệ 2 (không điển hình)	272
	Thế hệ 1 (điển hình)	119
Chống trầm cảm	SSRI	44
	Nhóm khác	2
Tổng cộng	437	100

Trong nhóm thuốc chống loạn thần, nhóm thuốc thế hệ 2 sử dụng nhiều nhất (62,24%) và thế hệ 1 là 27,23%. Thuốc chống trầm cảm thuộc nhóm SSRI sử dụng nhiều nhất với tỉ lệ 10,07%.

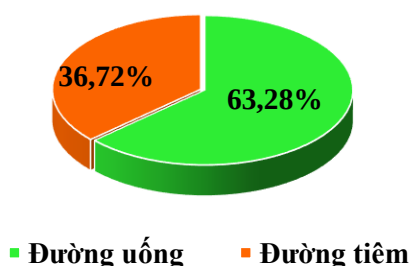
Tỉ lệ phối hợp các thuốc khi kê đơn điều trị

Bảng 6. Tỷ lệ phối hợp các thuốc được kê đơn điều trị RLTT

Số thuốc	n = 255	Tỷ lệ %	TB/Đơn thuốc
1 thuốc	04	1,57	5,93 ± 2,15
2 thuốc	10	3,92	
3 thuốc	17	6,67	
4 thuốc	23	9,02	
5 thuốc	44	17,25	
≥ 6 thuốc	157	61,57	

Kết quả cho thấy, số lượng thuốc trung bình trên đơn thuốc là $5,93 \pm 2,15$. Tỷ lệ phối hợp từ 6 thuốc trở lên chiếm đa số (61,57%), phối hợp 5 thuốc đứng hàng thứ hai với tỷ lệ là 17,25%. Tỷ lệ phối hợp 4 thuốc là 9,02% và 3 thuốc là 6,67%.

Tỷ lệ đường dùng và thay thế thuốc khi kê đơn điều trị

**Biểu đồ 6.** Tỷ lệ đường dùng thuốc trong điều trị

Đa số các thuốc điều trị rối loạn tâm thần được sử dụng qua đường uống với tỷ lệ 63,28%, đường tiêm sử dụng với tỷ lệ 36,72%.

Bảng 7. Tỷ lệ thay thế thuốc cùng nhóm trong quá trình điều trị

Thay thuốc	Số lượt	Tỷ lệ %
Không	135	52,94
Có	120	47,06
Tổng cộng	255	100

Qua khảo sát kết quả cho thấy, tỷ lệ thay thế thuốc trong kê đơn điều trị rối loạn tâm thần chiếm 47,06%.

Thời gian điều trị rối loạn tâm thần

Bảng 8. Thời gian điều trị

Thời gian điều trị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 7 ngày	136	53,33
7 - 10 ngày	81	31,76
11 - 15 ngày	31	12,16
> 15 ngày	7	2,75
Tổng cộng	255	100

Kết quả cho thấy, thời gian điều trị dưới 7 ngày chiếm nhiều nhất (53,33%). Từ 7 – 10 ngày chiếm 31,76%. Từ 11 - 15 ngày là 12,16% và trên 15 ngày là 2,75%.

Kết quả điều trị rối loạn tâm thần

Bảng 9. Kết quả điều trị khi sử dụng thuốc điều trị rối loạn thần

Kết quả điều trị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giảm hoặc bớt bệnh	199	78,04
Không thay đổi hoặc nặng thêm	56	21,96
Tổng cộng	255	100

Kết quả giảm hoặc bớt bệnh là 78,04% và bệnh không thay đổi hoặc nặng thêm chiếm 21,96%.

2.2. Các phản ứng có hại được ghi nhận

Bảng 10. Các phản ứng có hại của thuốc được ghi nhận trong điều trị rối loạn tâm thần

Tác dụng phụ	Số lượng	Tỉ lệ %
Không có triệu chứng	64	25,10
Rối loạn tiêu hóa	54	21,18
Khô miệng	46	18,04
Chóng mặt, nhức đầu	41	16,08
Rối loạn giấc ngủ	24	9,41
Nổi mẩn đỏ trên da	20	7,84
Táo bón	6	2,35
Tổng cộng:	255	100

Kết quả nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có các ADR như sau: rối loạn tiêu hóa (21,18%); khô miệng (18,04%); chóng mặt, nhức đầu (16,08%); rối loạn giấc ngủ (9,41%); nổi mẩn đỏ trên da (7,84%) và táo bón (2,35%).

IV. BÀN LUẬN:

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

Qua khảo sát, bệnh nhân nam chiếm đa số (68,40%), bệnh nhân nữ chỉ có 31,60%. Từ đó, bệnh nhân chiếm gấp đôi bệnh nhân nữ. Nhóm bệnh nhân ở độ tuổi dưới 35 chiếm 39,61%, độ tuổi 35 - 60 chiếm đa số với tỉ lệ 54,51 và độ tuổi trên 75 chiếm thấp nhất (1,18%). Tuổi lớn nhất là 81 tuổi, nhỏ nhất là 14 tuổi và tuổi trung bình là $38,96 \pm 0,762$. So với nghiên cứu của Sở Y tế TT-Huế (2006) [6] thì tỉ lệ độ tuổi, cao nhất là trung niên (14,98% theo độ tuổi); thấp nhất là dưới 30 (4,36%); còn nghiên cứu của Bệnh viện Bạch Mai [7] thì tỉ lệ của nam thấp hơn của nữ (38,5%/61,5%).

4.2. Đặc điểm sử dụng thuốc:

- Kết quả khảo sát, cho thấy nhóm thuốc sử dụng nhiều nhất là nhóm thuốc chống loạn thần chiếm tỉ lệ cao (49,77%), nhóm thuốc chống lo âu đứng hàng thứ hai (29,1%), nhóm thuốc ổn định khí sắc là 16,87%. Còn lại là thuốc chống trầm cảm ít sử dụng (4,26%). Theo nghiên cứu của Bệnh viện Bạch Mai thuốc chống trầm cảm sử dụng là (43,2%). Theo Nguyễn Hữu Đức, nhóm chống loạn thần (42,89%), nhóm chống trầm cảm (29,62%), chống lo âu (20,17%) và ổn định khí sắc (7,32%).

- Các thuốc sử dụng nhiều như: hoạt chất diazepam sử dụng nhiều nhất với tỉ lệ 28,29%, haloperidol đứng hàng thứ hai với tỉ lệ 24,50%, alimemazin là 13,15% và amisulprid là 10,45%. Còn lại là các hoạt chất khác với tỉ lệ từ 0,18 – 6,31%. Nghiên cứu của Bệnh viện Bạch Mai thì các thuốc sử dụng như diazepam (67,7%), olanzapin (44,6%), sulpirid (18,5%), haloperidol (15,4%).

- Về phối hợp thuốc điều trị theo phác đồ, từ từ 6 thuốc trở lên chiếm đa số (61,57%), phối hợp 5 thuốc đứng hàng thứ hai với tỉ lệ là 17,25%. Tỉ lệ phối hợp phối hợp 4 thuốc là 9,02% và 3 thuốc là 6,67%, trung bình trong 01 đơn thuốc là $5,93 \pm 2,15$. Sử dụng thuốc đường uống chiếm nhiều hơn đường tiêm (63,28%/36,72%).

- Thời gian điều trị dưới 7 ngày chiếm nhiều nhất (53,33%). Từ 7 – 10 ngày chiếm 31,76%. Từ 11 - 15 ngày là 12,16% và trên 15 ngày là 2,75%.

4.3. Kết quả về đặc điểm và tình hình bệnh tật năm 2019:

- Kết quả giảm hoặc bớt bệnh là 78,04% và bệnh không thay đổi hoặc nặng thêm chiếm 21,96%. Theo Nguyễn Hữu Đức, tỷ lệ bệnh nhân giảm hoặc bớt bệnh chiếm 90,3%.

- Các tác dụng phụ hay gặp trên bệnh nhân khi sử dụng thuốc như: rối loạn tiêu hóa (21,18%); khô miệng (18,04%); chóng mặt, nhức đầu (16,08%); rối loạn giấc ngủ (9,41%); nổi mẩn đỏ trên da (7,84%) và táo bón (2,35%). Nghiên cứu của Bệnh viện Bạch Mai thì khô miệng (24,6%), táo bón (18,5%), đau đầu (15,4%), bồn chồn (12,3%). Các biến cố chủ yếu ở mức độ nhẹ, không có biến cố nào ở mức độ nặng [7].

V. KẾT LUẬN:

Nhìn chung việc sử dụng thuốc điều trị RLTT ở khoa Tâm thần, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang qua khảo sát là tương đối an toàn, hợp lý và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

I. TIẾNG VIỆT:

1. Báo cáo phản ứng có hại của thuốc Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2020.
2. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, Báo cáo công tác dược bệnh viện năm 2019.
3. Đặng Văn Giáp, Đỗ Quang Dương (2010), *Tài liệu phân tích thống kê và quản lý dữ liệu*, Bộ môn Công nghệ thông tin Dược, Khoa Dược, Đại học Y Dược TP.HCM.
4. Đào Trần Thái (2005), *Tâm thần học*, NXB Y học, TP. Hồ chí Minh, 1-250.
5. Nguyễn Hữu Đức, Võ Nguyên Khôi, Nguyễn Thị Cẩm Tú (2014), *Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trị rối loạn tâm thần tại khoa Lão – Tâm thần Bệnh viện Nguyễn Tri Phương*, Tạp chí Y học TP. Hồ chí Minh, tr.310-316.
6. Tôn Thất Hưng, Ngô Đình Thư, Châu Văn Hậu, Nguyễn Ngọc Thượ, Hoàng Thị Anh Đào, Nguyễn Thị Thanh Nở (2006), “Nghiên cứu tình hình và yếu tố gia đình của các rối loạn tâm thần thường gặp tại xã Lộc Tiến – Phú Lộc”, *Bệnh viện Tâm thần Huế, Sở Y tế TT-Huế*.
7. Nguyễn Thành Hải, Nguyễn Hương Ly, Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Xuân Bách (2018), “*Thực trạng sử dụng thuốc trên bệnh nhân trầm cảm tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai*”, Tạp chí Khoa học ĐHQGHN, Khoa học Y Dược, Tập 34, Số 1 (2018), 114-119.

II. TIẾNG ANH:

8. Mohr P., Pecenak J., et al. (2005), Treatment of acute agitation in psychotic disorders, *Neuroendocrinology Letters*, 26 (4), pp.328-335
9. Thavichachart (2001), “Epidemiological survey of mental disorders and knowledge attitude practice upon mental health among people in Bangkok Metropolis”, *J-Med-Assoc-Thai*, Jun; 84 Suppl 1: S118-26.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG BẰNG CÔNG CỤ CONUT TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2020

Nguyễn Duy Tân, Lê Nguyễn Quang Thái
Tất Thị Ánh Nguyệt, Nguyễn Thị Diễm Phương

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dinh dưỡng lâm sàng là một bộ phận không thể thiếu được trong các biện pháp điều trị tổng hợp cho người bệnh. Công tác đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh rất quan trọng nhằm góp phần xây dựng kế hoạch nuôi dưỡng, chăm sóc giúp nâng cao miễn dịch, cải thiện lâm sàng và các chỉ số cận lâm sàng, dự phòng và phục hồi suy dinh dưỡng, nâng cao hiệu quả các giải pháp điều trị khác, góp phần làm giảm biến chứng, giảm tỷ lệ tái phát bệnh tật và tử vong cho người bệnh. Nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu: 1) Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh suy tim bằng công cụ CONUT; 2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và thang điểm CONUT.

Phương pháp: Nghiên cứu theo mô tả cắt ngang trên 110 bệnh nhân có hồ sơ nhập viện tại khoa Nội Tim mạch – lão học Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01/2020 đến tháng 09/2020.

Kết quả: Kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo CONUT : suy dinh dưỡng nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất là 44,5% ; trung bình là 30,0%, nặng là 0,9% và tình trạng dinh dưỡng bình thường là 24,5%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng của nam theo thang điểm CONUT nhẹ là 13,6%, trung bình là 14,5%, nặng là 0,0% ; tỷ lệ suy dinh dưỡng của nữ nhẹ là 30,9%, trung bình là 15,5% và suy dinh dưỡng trung bình là 0,9%. Yếu tố khẩu phần ăn và SGA liên quan đến đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo CONUT.

Kết luận: có thể sử dụng công cụ CONUT để đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng cận lâm sàng cho bệnh nhân để phát hiện sớm tình trạng suy dinh dưỡng. Bên cạnh đó nên kết hợp với công cụ SGA để có kết quả đánh giá chính xác hơn, từ đó lên kế hoạch can thiệp dinh dưỡng sớm cho bệnh nhân.

INVESTIGATE THE NUTRITION STATUS OF INPATIENTS IN AN GIANG GENERAL HOSPITAL, 2020

Abstract

Background: Clinical nutrition is an necessary part of treatment for patients. The assessment of the nutritional status of the patient is very important to contribute plan for feeding and care to improve immunity, clinical and subclinical indicators, prevention and recovery of malnutrition, improve the efficacy of other treatment's solutions, reducing complications and rate of disease recurrence and death for patients. This study aims to: 1) Assess nutritional status of patients who are diagnose heart failure by using CONUT tool; 2) Identify some related factors among nutritional status and CONUT score.

Method: Cross-sectional study of 110s patients who treated in Cardiology - Geriatric department of An Giang General Hospital from 01/2020 to 09/2020.

Result: The results of nutritional status assessment according to CONUT score: the highest rate of malnutrition degree is "light" with 44.5%; "moderate" with 30.0%, "severe" with 0.9% and the with 24.5%. The rate of male and female malnutrition (CONUT scale) respectively is: light 13.6% and 30.9%, moderate is 14.5% 15.5%, and severe is 0.0% and 0.9%; Dietary intake and SGA score are associated with nutritional status assessment by CONUT.

Conclusion: It is possible to use the CONUT tool to assess the nutritional status by subclinical for the patient to detect malnutrition status early. Besides that, it is recommended to combine with SGA tool to get more accurate assessment result to plan early nutritional intervention for patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Dinh dưỡng điều trị là một bộ phận không thể thiếu được trong các biện pháp điều trị tổng hợp cho người bệnh. Bệnh nhân có chế độ dinh dưỡng phù hợp sẽ giúp ngăn ngừa suy dinh dưỡng, giảm các biến chứng do suy dinh dưỡng mang lại. Như đã biết, bệnh nhân suy tim, đặc biệt là suy tim nặng có ảnh hưởng đến sức vận động, ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng như

giảm sức ăn, giảm khối cơ,...từ đó dẫn đến các biến chứng do suy dinh dưỡng như tăng tỉ lệ tử vong, tỉ lệ nhiễm trùng, kéo dài thời gian nằm viện,...

Công tác đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh rất quan trọng nhằm góp phần xây dựng kế hoạch nuôi dưỡng, chăm sóc giúp nâng cao miễn dịch, cải thiện lâm sàng và các chỉ số cận lâm sàng, dự phòng và phục hồi suy dinh dưỡng, nâng cao hiệu quả các giải pháp điều trị khác, góp phần làm giảm biến chứng, giảm tỷ lệ tái phát bệnh tật và tử vong cho người bệnh. Hiện nay, có nhiều bộ công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng như SGA, NRS 2002 được áp dụng rộng rãi, tuy nhiên các bộ công cụ này không phản ánh hết các biểu hiện trên cận lâm sàng.

Vì thế, chúng tôi nghiên cứu đề tài “Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng công cụ CONUT trên bệnh nhân suy tim tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2020” với các mục tiêu:

1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh suy tim bằng công cụ CONUT.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và thang điểm CONUT.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả bệnh nhân suy tim đến điều trị tại khoa Nội Tim mạch – lão học từ tháng 01/2020 đến tháng 08/2020.
- Tiêu chuẩn loại trừ: Không đồng ý tham gia.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: qua bộ câu hỏi thiết kế sẵn, thu thập chỉ số cân nặng, chiều cao, cận lâm sàng, nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao hơn (80,9%), tuổi nhỏ nhất là 33, tuổi trung bình là 70,21, tuổi lớn nhất là 97; nữ (66,4%), nam (33,6%); bệnh nhân suy tim độ I-II chiếm 86,4%, suy tim độ III-IV là 13,6%; khẩu phần ăn >50% chiếm 33,6%, khẩu phần ăn 25 – 50% là 50,9% và <25% là 15,5% ; bệnh nhân không sụt cân trong 3 tháng gần đây chiếm 50,9%, sụt cân 5% là 30,0%, sụt cân 10% là 10,9%, sụt cân 15% là 8,2%. BMI<18,5 chiếm 4,5%, BMI từ 18,5 – 25 chiếm 35,5%, BMI >25 chiếm 60%. SGA-A chiếm 17,3%, SGA-B chiếm 52,7% và SGA-C chiếm 30,0%.

3.2. Kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo CONUT

Bảng 1: Kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo CONUT

Chỉ số	Phân độ dinh dưỡng			
	Bình thường	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Albumin	45 (40,9%)	41 (37,3%)	18 (16,4%)	5 (5,5%)
Lympho	60 (54,5%)	20 (18,2%)	21 (19,1%)	9 (8,2%)
Cholesterol	48 (43,6%)	29 (26,4%)	30 (27,3%)	3 (2,7%)
Đánh giá CONUT	27 (24,5%)	49 (44,5%)	33 (30,0%)	1 (0,9%)

Theo bộ công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo thang điểm CONUT thì suy dinh dưỡng nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất là 44,5% ; trung bình là 30,0%, nặng là 0,9% và tình trạng dinh dưỡng bình thường là 24,5%.

Bảng 2: Tỷ lệ suy dinh dưỡng giữa nam và nữ theo thang điểm CONUT

Giới	Đánh giá CONUT				Tổng
	Bình thường	Nhẹ	Trung bình	Nặng	
Nam	6 (5,5%)	15 (13,6%)	16 (14,5%)	0 (0,0%)	37 (33,6%)
Nữ	21 (19,1%)	34 (30,9%)	17 (15,5%)	1 (0,9%)	73 (66,4%)

Tỷ lệ suy dinh dưỡng của nam theo thang điểm CONUT nhẹ là 13,6%, trung bình là 14,5%, nặng là 0,0% ; tỷ lệ suy dinh dưỡng của nữ nhẹ là 30,9%, trung bình là 15,5% và suy dinh dưỡng trung bình là 0,9%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng theo thang điểm CONUT

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng theo thang điểm CONUT

Khẩu phần ăn	CONUT							P
	Bình thường		Nhẹ		Trung bình và nặng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%		
≥50% nhu cầu	16	43,2	13	35,1	8	21,6	37	0,036*
≥25% nhu cầu	9	16,1	28	50,0	19	33,9	56	
<25% nhu cầu	2	11,8	8	47,1	7	41,2	17	
SGA								<0,001*
SGA-A	13	68,4	5	26,3	1	5,3	19	
SGA-B	9	15,5	33	56,9	16	27,6	58	
SGA-C	5	15,2	11	33,3	17	51,5	33	

Yếu tố khẩu phần ăn và tình trạng suy dinh dưỡng theo SGA liên quan đến đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo thang điểm CONUT ($p=0,036$ và $p < 0,001$). Khẩu phần ăn <25% nhu cầu và SGA-C có tỷ lệ suy dinh dưỡng trung bình và nặng theo thang điểm CONUT cao hơn với tỷ lệ lần lượt là 41,2 % và 51,5%.

Bảng 4. Các yếu tố không liên quan đến tình trạng dinh dưỡng theo thang điểm CONUT

Nhóm tuổi	CONUT							P
	Bình thường		Nhẹ		Trung bình và nặng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%		
≤70 tuổi	17	30,9	24	43,6	14	25,5	55	0,235
>70 tuổi	10	18,2	25	45,5	20	36,4	55	
Giới tính								0,104
Nam	6	16,2	15	40,5	16	42,3	37	
Nữ	21	28,8	34	46,6	18	24,7	73	
Suy tim								0,156*
Độ I-II	26	27,4	42	44,2	27	28,4	95	
Độ III-IV	1	6,7	7	46,7	7	46,7	15	
Sụt cân 3 tháng								0,243*
Không sụt cân	17	30,4	27	48,2	22	21,4	56	
Sụt cân 5%	6	18,2	14	42,4	13	39,4	33	
Sụt cân 10%	1	8,3	6	50,0	5	41,7	12	
Sụt cân 15%	3	33,3	2	22,2	4	44,4	9	
BMI								0,981*
<18,5	1	20,0	2	40,0	2	40,0	5	
18,5-25	9	23,1	17	43,6	13	33,3	39	
>25	17	25,8	30	45,5	19	28,8	66	

Các yếu tố tuổi, giới tính, suy tim, sụt cân trong 3 tháng gần đây và BMI không liên quan đến tỷ lệ suy dinh dưỡng theo thang điểm CONUT với p lần lượt là $p=0,235$; $p=0,104$; $p=0,156$; $p=0,243$, $p=0,981$.

**Fisher's Exact Test*

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu ghi nhận, nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao hơn (80,9%) cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hà Thanh Uyên với nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm 59%, trung bình là 70,21 cao hơn nghiên cứu của Dương Thị Phụng, Nguyễn Thị Thanh Nhân và Đặng Trần Khiêm với tuổi trung bình lần lượt là 55,1 tuổi, 61 và 49,6. Bệnh nhân lớn tuổi giảm ăn vào do giảm cảm giác thèm ăn, giảm sức nhai, rối loạn tiêu hóa hấp thu do giảm tiết nước bọt, dạ dày giảm sức co bóp, giảm bài tiết dịch vị, mật, tụy làm giảm tiêu hóa, hấp thu các chất đường, đạm, béo, B12, Canxi,...ngoài ra, người lớn tuổi còn giảm nhu động ruột dễ gây táo bón và cảm giác đầy hơi, khó tiêu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân suy tim độ I-II chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh nhân suy tim độ III-IV với tỷ lệ lần lượt là (86,4% và 13,6%), bệnh nhân suy tim thường mệt mỏi, chán ăn dẫn đến suy dinh dưỡng.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận, khẩu phần ăn giảm <50% chiếm 66,4% ; trong đó, khẩu phần ăn 25 – 50% là 50,9% và <25% là 15,5%, tương đương của Nguyễn Thị Thanh Nhân với tỷ lệ bệnh nhân ăn kém là 68,6%. Bệnh nhân không sụt cân trong 3 tháng gần đây chiếm 50,9%, sụt cân 5% là 30,0%, sụt cân 10% là 10,9%, sụt cân 15% là 8,2% thấp hơn nghiên cứu của Hà Thị Thanh Uyên với tỷ lệ sụt cân từ 5% trở lên là 78%, như vậy bệnh nhân có sụt cân chiếm khoảng 50% đối tượng nghiên cứu, sụt cân làm giảm khối cơ, khối mỡ từ đó ảnh hưởng đến chỉ số albumin và cholesterol huyết thanh.

Hiện nay, có nhiều phương được thế giới sử dụng rộng rãi để đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Trong đó, các phương pháp phổ biến nhất là sử dụng chỉ số nhân trắc BMI, thang điểm đánh giá (SGA, NRS-2002, MNA, MUST, FNA, CONUT v.v) và chỉ số cận lâm sàng albumin, Prealbumin, Transferrin... Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI là 4,5% rất thấp so với nghiên cứu của Dương Thị Phượng, Nguyễn Hà Thanh Uyên và Hồ Thị Phương Lan với tỷ lệ lần lượt là 20%; 20,2% và 17,5%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng khi đánh giá bằng phương pháp SGA – phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng chủ quan là 82,7% (SGA-B chiếm 52,7% và SGA-C chiếm 30,0%) cao hơn nghiên cứu của Đặng Trần Khiêm với tỷ lệ suy dinh dưỡng vừa và nặng là 53,1% (SGA-B 41,6% và SGA-C 11,5%) và cũng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hà Thanh Uyên có tỷ lệ suy dinh dưỡng vừa và nặng chiếm 43,6% (SGA-B 38,3% và SGA-C 5,3%). Từ kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên lâm sàng dựa vào BMI và SGA có thể thấy SGA có khả năng tầm soát các đối tượng suy dinh dưỡng tốt hơn, vì nó có thể phân loại sớm ngay khi bệnh nhân có vấn đề về dinh dưỡng mà chưa có sự thay đổi nhiều về cân nặng.

Cũng theo phân tích, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng theo thang điểm CONUT là 75,5% (trong đó suy dinh dưỡng nhẹ là 44,5%, suy dinh dưỡng trung bình là 30,0%, suy dinh dưỡng nặng là 0,9%). Kết quả trên thấp hơn so với nghiên cứu của J. Ignacio de Ulíbarri với tỷ lệ suy dinh dưỡng theo CONUT là 83% (trong đó suy dinh dưỡng nhẹ là 52,8%, suy dinh dưỡng trung bình là 24,5%, suy dinh dưỡng nặng là 5,7%). Sự khác biệt trên có thể do tình trạng bệnh nhân khác nhau. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chỉ trên bệnh nhân suy tim, còn nghiên cứu của J. Ignacio de Ulíbarri trên các bệnh nhân ngoại khoa chiếm đa số. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa vào thang điểm CONUT dựa vào 3 chỉ số, trong đó có 2 chỉ số sinh hóa (nồng độ albumin và cholesterol huyết thanh) và 1 chỉ số miễn dịch (số lượng tế bào lympho). Albumin được sử dụng như chỉ số đánh giá dự trữ protein, cholesterol đánh giá dự trữ năng lượng và tổng số tế bào lympho được sử dụng như một chỉ số về sự lỏng lẻo của hệ thống phòng thủ gây ra bởi sự thiếu dinh dưỡng. Tỷ lệ suy dinh dưỡng dựa vào kết quả albumin máu là 59,1%; trong đó suy dinh dưỡng nhẹ là 37,3%; suy dinh dưỡng trung bình là 16,4%; suy dinh dưỡng nặng là 5,5%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hà Thanh Uyên và Hồ Thị Phương Lan với tỷ lệ lần lượt là 24,5% và 38,6%; tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Nhân với tỷ lệ là 61,4%. Vì thời gian bán hủy của albumin khoảng 21 ngày, thời gian để tổng hợp cũng khá dài nên các bệnh mạn tính ảnh hưởng lên tình trạng sinh tổng hợp albumin nhiều hơn. Khi phân nhóm dinh dưỡng theo số lượng tế bào lympho/máu thì tỷ lệ suy dinh dưỡng là 45,5%; trong đó suy dinh dưỡng nhẹ là 18,2%; suy dinh dưỡng trung bình là 19,1%; suy dinh dưỡng nặng là 8,2% thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Nhân với Lympho bào $\leq 1500/\text{mm}^3$ là 59,9% và cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Hà Thanh Uyên với tỷ lệ là 20,1%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng dựa vào nồng độ cholesterol là 56,4%, trong đó suy dinh dưỡng nhẹ là 26,4%; suy dinh dưỡng trung bình là 27,3%; suy dinh dưỡng nặng là 2,7%. Cholesterol như một chỉ số phản ánh dự trữ năng lượng nên những bệnh nhân gây mòn do ung thư trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Nhân sẽ giảm nhiều hơn.

Đánh giá dinh dưỡng dựa vào BMI cho tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp nhất so với các phân loại theo SGA và CONUT. Phương pháp tầm soát dinh dưỡng theo CONUT là một phương pháp dễ thực hiện để đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng, do phương pháp này chỉ dựa vào các chỉ số cận lâm sàng nên có thể phát hiện sớm và nhanh chóng những nguy cơ suy dinh dưỡng

tiềm ẩn dù cho chỉ số khối cơ thể còn trong giới hạn bình thường để có biện pháp can thiệp sớm. Còn nếu dựa vào kết quả BMI để can thiệp dinh dưỡng sẽ bị chậm trễ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khẩu phần ăn có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng phân loại theo CONUT. Khẩu phần ăn càng giảm thì tỷ lệ suy dinh dưỡng càng tăng. Từ đó cho thấy khẩu phần ăn giảm, đặc biệt là các bệnh nhân ăn kém kéo dài, làm bệnh nhân sụt cân dẫn đến dự trữ protein và năng lượng đều giảm (thể hiện qua chỉ số albumin và cholesterol huyết thanh giảm) và suy giảm miễn dịch. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo SGA và CONUT liên quan chặt chẽ với nhau. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo SGA càng nặng thì đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo CONUT càng nặng. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của J. Ignacio de Ulíbarri. Từ đó cho thấy thang điểm CONUT có thể được sử dụng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng hiệu quả như công cụ SGA và có thể sử dụng kết hợp cả hai bộ công cụ này để đánh giá chính xác hơn về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân, từ đó đưa ra kế hoạch can thiệp dinh dưỡng lâm sàng phù hợp.

V. KẾT LUẬN

1. Khẩu phần ăn liên quan đến tình trạng dinh dưỡng phân loại theo CONUT ($p < 0,001$)
2. Tình trạng dinh dưỡng theo SGA và CONUT liên quan chặt chẽ với nhau ($p < 0,001$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn điều trị dinh dưỡng lâm sàng*, Ban hành kèm theo Quyết định số 5517/QĐ-BYT ngày 25 tháng 12 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Nhà xuất bản y học Hà Nội, tr.46-53.
2. Bộ môn Dinh dưỡng - An toàn vệ sinh thực phẩm (2017-2018), *Tài liệu thực hành dinh dưỡng cơ sở*, Trường đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch, tr.21-33.
3. Đặng Trần Khiêm và Lưu Ngân Tâm (2011), "Tình trạng dinh dưỡng chu phẫu và kết quả sớm sau mổ các bệnh gan mật tụy", *Y học TP Hồ Chí Minh*. 17(1), tr. 328-334.
4. Hồ Thị Phương Lan (2019), Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại bệnh viện trung ương Huế, *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm* 15 (3).
5. Nguyễn Hà Thanh Uyên (2017), *Tỷ lệ suy dinh dưỡng trước mổ bệnh nhân ung thư đại trực tràng và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Bình Dân thành phố Hồ Chí Minh năm 2017*, Hội nghị khoa học kỹ thuật lần thứ 35, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. Nguyễn Thị Thanh Nhân (2016), *Khảo sát tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại khoa ung bướu bệnh viện Nhân dân 115*, Hội nghị khoa học kỹ thuật chuyên đề Dinh dưỡng và phục hồi chức năng, Bệnh viện nhân dân 115.
7. Dương Thị Phượng (2016), *Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội*, *Tạp chí nghiên cứu y học* 106 (1) 2017, tr 163-169.
8. Lưu Ngân Tâm (2014), *Sách dịch Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng*, Nhà xuất bản y học.
9. Gonzalez-Madrono.A et al Ignacio de Ulíbarri. J (2005), "CONUT: A tool for Controlling Nutritional Status. First validation in a hospital population", *Nutricion Hospitalaria*. 20(1), tr. 38-45.
10. Masood Halder và Sanobar Q. Haider (1984), "Assessment of Protein-Calorie Malnutrition", *CLIN. CHEM*. 30(8), tr. 1286-1299.
11. Charles Mueller et al (2011), "Nutrition Screening, Assessment, and Intervention in Adults. A.S.P.E.N Clinical Guidelines", *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUYẾT ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NỘI THẦN KINH – BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Duy Tân, Lâm Ngọc Cẩm
Lê Nguyễn Quang Thái, Phan Đăng Khoa

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy dinh dưỡng (SDD) có liên quan đến kết cục xấu sau đột quỵ. Điều trị đột quỵ giai đoạn cấp một cách tối ưu, cũng có hơn 30% người sống sót bị tàn tật nặng và sau 3 tháng 20% bệnh nhân vẫn còn cần sự trợ giúp nên chất lượng cuộc sống kém [11]. Bằng sự phát hiện sớm tình trạng suy dinh dưỡng và mức nhu cầu năng lượng, chúng ta có thể làm thay đổi mức độ và tốc độ phục hồi của bệnh nhân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu theo mô tả cắt ngang trên 240 bệnh nhân tai biến mạch máu não điều trị tại khoa Nội thần kinh – Bệnh viện ĐKTT An Giang từ tháng 02/2020 đến 08/2020.

Kết quả: Nhóm tuổi từ 70 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 35%, tuổi nhỏ nhất 29, lớn nhất 95 tuổi, tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $66,5 \pm 11,361$, thời gian điều trị trung bình $8,17 \pm 5,412$ ngày. Giới tính nữ (52,9%), nam (47,1%). Bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng (SGA - B và SGA - C) có nguy cơ nằm viện dài hơn gấp 3,755 lần và có nguy cơ thiếu năng lượng trường diễn cao gấp 4,201 lần so với bệnh nhân không có nguy cơ dinh dưỡng và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: suy dinh dưỡng, tai biến mạch máu não, nuốt khó, viện phí

SUMMARY

Background: Malnutrition is associated with poor outcomes after stroke. Even with optimal acute treatment, more than 30% of survivors were severely disabled and after 3 months 20% still needed help, which resulted in poor quality of life in this group of patients. Early identification and management of malnutrition with dietary modifications or specific therapeutic strategies to ensure adequate nutritional intake should receive more attention, since poor nutritional status appears to exacerbate brain damage and to contribute to adverse outcome.

Subjects and research methods: Cross-sectional study of 240 patients with cerebrovascular accidents treated in the Department of Neurology - An Giang Hospital from February 2020 to August 2020.

Results: Age groups aged 70 and over accounted for 35%, the youngest age was 29 years, the largest was 95 years, the average age of the study sample was $66,5 \pm 11,361$, the average duration of treatment was $8,17 \pm 5,412$ days. Female (52,9%), males (47,1%). Patients at risk of nutrition (SGA - B and SGA - C) were 3,755 times longer at risk of hospitalization and were 4,201 times more likely to have a lack of field energy than patients without nutritional risk and the difference was statistically significant.

Keywords: malnutrition, stroke, difficulty swallowing, hospitalization costs

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bằng sự nỗ lực của y học, nhiều phương pháp điều trị đột quỵ đã lần lượt ra đời cũng như chuẩn hoá về các quy trình chăm sóc, điều trị. Đồng nghĩa với những bước tiến bộ này là ngày càng nhiều bệnh nhân đột quỵ sống sót. Tuy nhiên, ngay cả việc điều trị giai đoạn cấp một cách tối ưu, cũng có hơn 30% người sống sót bị tàn tật nặng và sau 3 tháng 20% bệnh nhân vẫn còn cần sự trợ giúp, điều đó dẫn đến chất lượng cuộc sống kém ở nhóm bệnh nhân này [11]. Ở những người lớn tuổi, kết cục của bệnh nhân đột quỵ có liên quan đến nguy cơ suy dinh dưỡng cao vì khiếm khuyết thần kinh ảnh hưởng đến việc nuôi ăn bằng miệng. Do đó, sàng lọc suy dinh dưỡng một cách có hệ thống, đánh giá tình trạng dinh dưỡng là bắt buộc khi nhập viện và trước khi quyết định kế hoạch dinh dưỡng cho từng bệnh nhân. Ở Anh có 36 bệnh nhân tai biến mạch máu não (TBMMN) được nghiên cứu, những khiếm khuyết nặng có cải thiện khi xuất viện theo thang điểm Barthel từ 1 đến 7 điểm, tuy nhiên khối cơ bị sụt giảm và năng lượng chỉ đạt 60% so với nhu cầu; sau 6 tháng, còn lại 18 bệnh nhân, khối cơ tiếp tục suy giảm và nhu cầu dinh dưỡng chỉ đạt 80% [10]. Bằng sự phát hiện sớm tình trạng suy dinh dưỡng và mức

nhu cầu năng lượng, chúng ta có thể làm thay đổi mức độ và tốc độ phục hồi của bệnh nhân. Như vậy điều trị đột quy là một điều trị đa ngành trong đó can thiệp dinh dưỡng là một phần nền tảng quan trọng ảnh hưởng đến bệnh nhân TBMMN trong suốt tiến trình bệnh từ khi khởi phát đến giai đoạn cấp và kết cục phục hồi của bệnh nhân [9].

Ở Việt Nam theo các nghiên cứu trong nước, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở các bệnh nhân nặng là rất cao (40-60%) [6], [8], [12] nhưng dinh dưỡng lâm sàng ở nước ta vẫn chưa được quan tâm đúng mức. Tại An Giang, đã có một số nghiên cứu về TBMMN như điều trị tiêu sợi huyết, phục hồi chức năng và nghiên cứu về dinh dưỡng chung cho bệnh nhân nội trú nhưng vấn đề dinh dưỡng cho TBMMN vẫn còn mới mẻ và chưa được nhắc đến nhiều.

Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu “Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân đột quy điều trị tại khoa Nội thần kinh – Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2020”

Mục tiêu:

1) *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân TBMMN*

2) *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan suy dinh dưỡng nhằm cải thiện chất lượng điều trị và kết quả điều trị ở bệnh nhân.*

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Bệnh nhân tai biến mạch máu não điều trị tại khoa Nội thần kinh – Bệnh viện ĐKTT An Giang từ tháng 02/2020 đến 08/2020.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân không đo được cân nặng, chiều cao.

+ Bệnh nhân không tiếp cận được trong 48 giờ đầu tiên sau nhập viện.

+ Bệnh nhân hoặc gia đình không đồng ý tham gia.

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: chọn hết mẫu

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nhóm tuổi từ 70 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 35%, tuổi nhỏ nhất là 29 tuổi, lớn nhất là 95 tuổi, tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $66,5 \pm 11,361$, thời gian điều trị trung bình $8,17 \pm 5,412$ ngày. Giới tính nữ (52,9%), nam (47,1%); Có 29 bệnh nhân tai biến mạch máu não lần 2 trở lên.

2. Kết quả đánh giá dinh dưỡng theo SGA và BMI

Bảng 1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI, SGA

Công cụ		Tần số	Tỷ lệ (%)
BMI	Bình thường ($\geq 20,5$)	180	75,0
	Nguy cơ SDD ($18,5 - 20,4$)	39	16,3
	Suy dinh dưỡng ($< 18,5$)	21	8,8
SGA	A (Bình thường)	116	48,3
	B (SDD trung bình)	81	33,8
	C (SDD nặng)	43	17,9

Tình trạng dinh dưỡng theo BMI, nhóm bình thường chiếm 75%, nhóm Nguy cơ SDD chiếm 16,3% và nhóm Suy dinh dưỡng chiếm 8,8%. Theo công cụ SGA, nhóm bình thường chiếm tỷ lệ 48,3%, nhóm SDD trung bình là 33,8% và nặng là 17,9%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa SGA với BMI và số ngày điều trị của mẫu nghiên cứu

SGA	Thời gian điều trị				BMI			
	<7 ngày		≥ 7 ngày		Bình thường (BMI ≥ 20,5)		Nguy cơ SDD và SDD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SGA A	66	27%	49	20,4%	101	42,1%	14	5,8%
SGA B SGA C	33	13,8%	92	38,3%	79	32,9%	46	19,2%
Tổng	99	41,3%	141	58,7%	180	75%	60	25%
OR (95%CI)	3,755 (2,182 – 6,463)				4,201 (2,157 – 8,183)			

Kết quả từ bảng 2 cho thấy bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng (SGA - B và SGA - C) thời gian nằm viện dài hơn gấp 3,755 lần và thiếu năng lượng trường diễn cao gấp 4,201 lần so với bệnh nhân không có nguy cơ dinh dưỡng và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Sự thay đổi tình trạng dinh dưỡng ban đầu so với nhóm bệnh nhân điều trị ≥ 7 ngày

	Lúc nhập viện	Điều trị ≥ 7 ngày
A (Bình thường)	116 (48,3%)	19 (13,5%)
B (SDD trung bình)	81 (33,8%)	73 (51,8%)
C (SDD nặng)	43 (17,9%)	49 (34,8%)
Tổng	240 (100%)	141 (100%)

Từ bảng 3, thấy được tỷ lệ bệnh nhân SGA - C tăng từ 17,9% lên 34,85 sau 7 ngày nằm viện. Tỷ lệ bệnh nhân SGA - A giảm đi chỉ còn 13,5% so với ban đầu là 48,3%.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan tình trạng dinh dưỡng phân loại theo SGA

	Không có nguy cơ SDD (SGA - A)	Có nguy cơ SDD (SGA - B và SGA - C)	P
Số ngày điều trị trung bình	6,53± 3,803	9,67± 6,195	p < 0,001
Điểm NIHSS cải thiện	5,91± 2,687	3,96± 2,769	p < 0,001
Viện phí	3,960,621.36	6,568,701.89	p ≈ 0,002

Số ngày điều trị trung bình ở bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng trung bình và nặng dài hơn, điểm NIHSS cải thiện ít hơn và viện phí cao hơn so với bệnh nhân không có nguy cơ suy dinh dưỡng (SGA - A).

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan tình trạng dinh dưỡng phân loại theo SGA

		SGA - A	SGA - B	SGA - C	Tổng	p
Nhóm tuổi	< 70	88 56,4%	50 32,1%	18 11,5%	156 100%	p < 0,001
	≥ 70	28 33,3%	31 36,9%	25 29,8%	84 100%	
Ăn qua sonde da dày	Có	10 18,2%	21 38,2%	24 43,6%	55 100%	p < 0,001
	Không	106 57,3%	60 32,4%	19 10,3%	185 100%	
Tai biến tái phát	Có	6 20,7%	15 51,7%	8 27,6%	29 100%	p ≈ 0,006
	Không	110 52,1%	66 31,3%	35 16,6%	211 100%	

Giới tính	Nam	57 23.8%	34 14.2%	22 9.2%	113 47.1%	p ≈ 0,514
	Nữ	59 24.6%	47 19.6%	21 8.8%	127 52.9%	
Số lượng tế bào lympho	< 1.500/mm ³	28 32.6%	31 36.0%	27 31.4%	86 100.0%	p < 0,001
	≥ 1.500/mm ³	86 55.8%	50 32.5%	18 11.7%	154 100.0%	

Yếu tố tuổi, ăn qua sonde dạ dày và số lượng tế bào lympho có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng theo SGA. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trung bình – nặng chiếm 67,9% trong nhóm tuổi từ 70 trở lên và tỷ lệ cao ở nhóm ăn qua sonde dạ dày (81,8%). Bệnh nhân TBMMN từ lần 2 trở lên và yếu tố giới tính chưa thực sự liên quan đến tình trạng dinh dưỡng trong nghiên cứu này.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 240 người bệnh được chẩn đoán tai biến mạch máu não điều trị nội trú tại khoa Nội thần kinh. Kết quả nghiên cứu ghi nhận nhóm tuổi từ 70 trở lên chiếm tỷ lệ 35%, tuổi trung bình là $66,5 \pm 11,361$ thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Khánh (2009) và Đặng Việt Thu (2011) trên nhóm bệnh nhân tai biến tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương lần lượt là $71,0 \pm 8,4$ và $72,1 \pm 8,0$ [5], [13]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn hai tác giả trên do nghiên cứu của hai tác giả này thực hiện trong nhóm tuổi từ 50 trở lên, còn trong nghiên cứu của chúng tôi có một số bệnh nhân TBMMN ở độ tuổi trẻ hơn.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp tổng thể chủ quan SGA trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ suy dinh dưỡng vừa và nặng chiếm 52.6% (SGA - B 33,8% SGA - C 17,9%), so với nghiên cứu của Đặng Trần Khiêm với tỷ lệ suy dinh dưỡng vừa và nặng là 53,1% (SGA - B 41,6% và SGA - C 11,5%) [6]. Trong nghiên cứu của Gloria Kartika (2017) trên những bệnh nhân TBMMN thấy tỷ lệ bệnh nhân không có nguy cơ dinh dưỡng (SGA - A) chiếm 15,4%, tỷ lệ suy dinh dưỡng vừa và nặng là 84.8% (SGA - B 69,2%, SGA - C 15,6%) [4]. Sự khác biệt này phần nào do đánh giá chủ quan cũng như tình trạng dinh dưỡng khác nhau ở từng thời điểm.

SDD tăng lên tỷ lệ thuận với thời gian nằm viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối với 141 bệnh nhân thời gian điều trị từ 7 ngày trở lên, tình trạng dinh dưỡng đã thay đổi, với tỷ lệ SDD nặng (SGA - C) chiếm tỷ lệ đến 34,8%. Tác giả Corrigan nhận thấy SDD lúc nhập viện ở bệnh nhân TBMMN chiếm tỷ lệ 16,3%, tỷ lệ này tăng lên 26,4% vào ngày thứ 7 và 35,0% vào ngày thứ 14 [1]. Nghiên cứu của Lim HJ (2010) đánh giá dinh dưỡng bệnh nhân TBMMN bằng công cụ SGA, tỷ lệ SGA - A chiếm 26,0%, tỷ lệ SDD từ nhẹ đến vừa (SGA - B) chiếm 49,3%, tỷ lệ suy dinh dưỡng nặng (SGA - C) chiếm 27,7% [7].

Bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng (SGA - B và SGA - C) có nguy cơ nằm viện dài hơn gấp 3,755 lần và có nguy cơ thiếu năng lượng trường diễn cao gấp 4,201 lần so với bệnh nhân không có nguy cơ dinh dưỡng. Số ngày điều trị trung bình ở bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng trung bình và nặng dài hơn, điểm NIHSS cải thiện ít hơn và viện phí cao hơn so với bệnh nhân không có nguy cơ suy dinh dưỡng (SGA - A). Tương tự với nghiên cứu Filomena (2016), đối với những bệnh nhân sống sót, thời gian và chi phí nằm viện tăng lên cùng với nguy cơ suy dinh dưỡng ngày càng tăng ($P < 0,001$) [3]. Các bệnh nhân TBMMN có nguy cơ SDD cao hơn những bệnh nhân khác do ở bệnh nhân TBMMN thường có các triệu chứng như: rối loạn nuốt, liệt nửa người, suy giảm nhận thức, giảm xúc giác và vị giác... Đặc biệt ở những bệnh nhân ăn qua sonde dạ dày, tỷ lệ suy dinh dưỡng trung bình – nặng chiếm 81,8% cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Võ Thị Trang Đài (68%) [2].

Tỷ lệ SDD sau TBMMN rất khác nhau giữa các báo cáo được công bố. Sự khác biệt về thời gian đánh giá, công cụ dùng để đánh giá, loại TBMMN (xuất huyết não hay nhồi máu não), tình trạng hôn mê và biến chứng sau TBMMN góp phần dẫn đến sự dao động tỷ lệ này.

V. KẾT LUẬN

1. Bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng (SGA - B và SGA - C) có nguy cơ nằm viện dài hơn và có nguy cơ thiếu năng lượng trường diễn cao hơn, lâm sàng cải thiện ít hơn và viện phí cao hơn so với bệnh nhân không có nguy cơ dinh dưỡng.
2. Các bệnh nhân TBMMN có nguy cơ SDD cao hơn những bệnh nhân khác do ở bệnh nhân TBMMN thường có các triệu chứng như: rối loạn nuốt, liệt nửa người, suy giảm nhận thức, giảm xúc giác và vị giác.
3. Nghiên cứu dinh dưỡng là cần thiết để xác định hỗ trợ dinh dưỡng cho bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng trung bình hoặc cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 M. L. Corrigan, A. A. Escuro, J. Celestin & D. F. Kirby. (2011). Nutrition in the stroke patient. *Nutr Clin Pract*, 26(3), 242-252.
- 2 Võ Thị Trang Đài, Võ Thị Mộng Thúy & Võ Thị Vờ. (2011). Khảo sát tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đặt sonde dạ dày nuôi ăn tại bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu Bến Tre. *Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 15* (Phụ bản của Số 4).
- 3 F. Gomes, P. W. Emery & C. E. Weekes. (2016). Risk of Malnutrition Is an Independent Predictor of Mortality, Length of Hospital Stay, and Hospitalization Costs in Stroke Patients. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 25(4), 799-806.
- 4 Gloria Kartika, Lisda Amalia & Gaga Irawan Nugraha. (2017). Nutritional Status of Hospitalized Stroke Patients: Assessment by Body Mass Index and Subjective Global Assessment Method. *Althea Medical Journal*, 4, 293-298.
- 5 Trần Quốc Khánh. (2009). Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân Tai biến mạch máu não từ 50 tuổi trở lên tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. *Luận văn thạc sĩ y học*.
- 6 Đặng Trần Khiêm & cộng sự. (2013). Tình trạng dinh dưỡng chu phẫu và kết quả sớm sau mổ các bệnh gan mật tụy. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 328-334.
- 7 H. J. Lim & R. Choue. (2010). Nutritional status assessed by the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) is associated with qualities of diet and life in Korean cerebral infarction patients. *Nutrition*, 26(7-8), 766-771.
- 8 Mã Thạch Hữu Nghĩa & cộng sự. (2017). Ứng dụng thang điểm NUTRIC và SGA trong đánh giá tình trạng bệnh nhân Hồi sức cấp cứu. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 21* (Số 4).
- 9 W. F. Nip, L. Perry, S. McLaren & A. Mackenzie. (2011). Dietary intake, nutritional status and rehabilitation outcomes of stroke patients in hospital. *J Hum Nutr Diet*, 24(5), 460-469.
- 10 L. Perry. (2004). Eating and dietary intake in communication-impaired stroke survivors: a cohort study from acute-stage hospital admission to 6 months post-stroke. *Clin Nutr*, 23(6), 1333-1343.
- 11 N. Scherbakov & W. Doehner. (2011). Sarcopenia in stroke-facts and numbers on muscle loss accounting for disability after stroke. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*, 2(1), 5-8.
- 12 Lưu Ngân Tâm & cộng sự. (2016). Quy trình can thiệp dinh dưỡng chu phẫu ở bệnh nhân cắt toàn bộ hạ họng- Thanh quản- Thực quản và tái tạo bằng ống dạ dày do ung thư hạ họng thanh quản thực quản cổ. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 31-37.
- 13 Đặng Việt Thu. (2011). *Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân Tai biến mạch máu não từ 60 tuổi trở lên tại bệnh viện Lão khoa Trung ương*. Đại học Y Hà Nội.

GIÁ TRỊ DENGUE NS1 Ag 100 TRONG CHẨN ĐOÁN SỚM SỐT XUẤT HUYẾT

*Nguyễn Thị Xuân, Dương Túy Hoa,
Nguyễn Thúy Nga, Mai Thị Hồng Thu*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sốt Dengue/sốt xuất huyết Dengue là một trong những bệnh truyền nhiễm quan trọng nhất tại Việt Nam. Xét nghiệm Test nhanh **Dengue NS1 Ag 100** phát hiện kháng nguyên NS1 của virus Dengue trong huyết thanh bệnh nhân giúp phát hiện nhiễm virus Dengue trong giai đoạn sớm.

Mục tiêu: Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của xét nghiệm test nhanh phát hiện kháng nguyên NS1 bằng test **Dengue NS1 Ag 100**.

Phương pháp: Tiền cứu, mô tả cắt ngang.

Kết quả: Độ nhạy của xét nghiệm **Dengue NS1 Ag 100** là 91,6%, độ đặc hiệu là 100%, giá trị tiên đoán dương là 100% và giá trị tiên đoán âm là 91,1%.

Kết luận: Xét nghiệm test nhanh phát hiện kháng nguyên NS1 của virus Dengue có thể ứng dụng rộng rãi để chẩn đoán sớm sốt Dengue/SXH Dengue.

ABSTRACT

Value Quick test NS1 in early diagnostics dengue haemorrhagic fever.

Background: Dengue fever/Dengue haemorrhagic fever is one of the most important emerging infectious diseases in Vietnam. Recently, Quick test **Dengue NS1 Ag 100** detecting NS1 Dengue antigen in patients' sera has been described as an alternative method for early diagnosis.

Objectives: Evaluating the sensitivity, the specificity, the positive predictive value and the negative predictive value of the quick test **Dengue NS1 Ag 100**.

Method: Prospective, description, cross-sectional study.

Results: The sensitivity, the specificity, the positive predictive value and the negative predictive value are 91,6%, 100%, 100%, 91,1%, respectively.

Conclusion: Quick test **Dengue NS1 Ag 100** Detecting NS1 Dengue antigen can be used in early Dengue fever and Dengue haemorrhagic fever diagnosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Sốt Dengue (SD)/sốt xuất huyết (SXH) Dengue là bệnh nhiễm virus cấp tính gây ra bởi 4 typ virus Dengue: DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4. Bệnh được truyền từ người sang người qua trung gian muỗi *Aedes aegypti*. Bệnh đang lưu hành trên 100 quốc gia thuộc các khu vực có khí hậu nhiệt đới và cận nhiệt đới ở vùng Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương. Có khoảng 2,5-3,0 tỉ người sống trong vùng có nguy cơ bị nhiễm bệnh, ước tính số trường hợp mắc hàng năm khoảng 50-100 triệu người, trong đó hơn 90% trường hợp là trẻ em dưới 15 tuổi. Sốt Dengue/SXH Dengue vẫn còn là thách thức cho các nhà dịch tễ học lẫn thầy thuốc lâm sàng và vẫn chưa có vaccine phòng bệnh [1,2,9,10] .

Tại Việt Nam, sốt Dengue/ SXH Dengue là một trong những bệnh truyền nhiễm có tỉ lệ mắc và chết cao nhất ở trẻ em và bệnh đã và đang trở thành vấn đề y tế nghiêm trọng. Trong năm 2007, trong 20 tỉnh thành khu vực phía Nam ghi nhận có 87.950 trường hợp mắc và có 81 trường hợp chết. Đồng Tháp là một trong những tỉnh có số mắc và chết cao nhất trong khu vực này với số mắc là 13.012 và có 9 trường hợp tử vong[1,3,6]. NS1 của virus Dengue là 1 glycoprotein, trọng lượng phân tử 46-50 kD, thể hiện dưới 2 dạng: dạng kết hợp màng (mNS1) và dạng tiết (sNS1) quyết định tính đặc hiệu nhóm và loài. Chức năng của NS1 đến nay chưa được xác định đầy đủ nhưng người ta nhận thấy nó tham gia vào quá trình sao chép RNA của virus, cần thiết cho sự tồn tại của virus . Lượng NS1 dạng tiết (sNS1) có nồng độ cao trong huyết thanh bệnh nhân nhiễm virus Dengue trong giai đoạn sớm khi có biểu hiện lâm sàng và có liên quan với mức độ virus trong máu (22) [8,9] . Nhiễm virus Dengue hiện nay được phát hiện bằng nhiều xét nghiệm như: phân lập virus, phản ứng chuỗi polymerase sao chép ngược (RT-PCR), ELISA phát hiện kháng nguyên, phản ứng ngưng kết hồng cầu (HI), phản ứng miễn dịch hấp phụ gắn men (MAC-ELISA, GAC-ELISA), thử nghiệm miễn dịch nhanh (sắc ký miễn dịch). Tuy nhiên một số xét nghiệm đòi hỏi nhiều thiết bị đắt tiền, một số thì không

phát hiện sớm được bệnh do đáp ứng kháng thể chậm, khi bệnh nhân đã qua giai đoạn cấp [4,5]. Vì vậy, việc phát hiện sớm và chính xác là một nhu cầu cần thiết cho cả thầy thuốc lẫn bệnh nhân. Gần đây hãng Sistar BH Korea Co.Ltd cung cấp bộ test nhanh **Dengue NS1 Ag 100** là xét nghiệm miễn dịch sắc ký để xác định nhanh kháng nguyên dengue virus NS1 trong máu người. Tuy nhiên, hiện nay giá trị của xét nghiệm này trên người Việt Nam còn chưa được ghi nhận đầy đủ. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài “Giá trị xét nghiệm NS1 trong chẩn đoán sớm sốt Dengue/sốt xuất huyết Dengue” với bộ test nhanh **Dengue NS1 Ag 100** phát hiện kháng nguyên Dengue NS1.

II. MỤC TIÊU CỦA ĐỀ TÀI:

1. **Mục tiêu tổng quát:** Xác định tỉ lệ phát hiện sốt xuất huyết dengue khi sử dụng test nhanh **Dengue NS1 Ag 100**.

2. **Mục tiêu chuyên biệt:** xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và của test **Dengue NS1 Ag 100** so sánh tương đồng của test Mac-Elasa.

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. **Thiết kế nghiên cứu:** Tiền cứu, mô tả cắt ngang.

2. **Đối tượng nghiên cứu :** mẫu máu được chẩn đoán sốt xuất huyết gửi đến khoa xét nghiệm.

3. **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:**

Nghiên cứu được thực hiện từ 01/03/2020 đến 30/06/2020 tại Khoa xét nghiệm Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang và Labô Arbovirus - Khoa Vi Sinh Miễn Dịch - Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh.

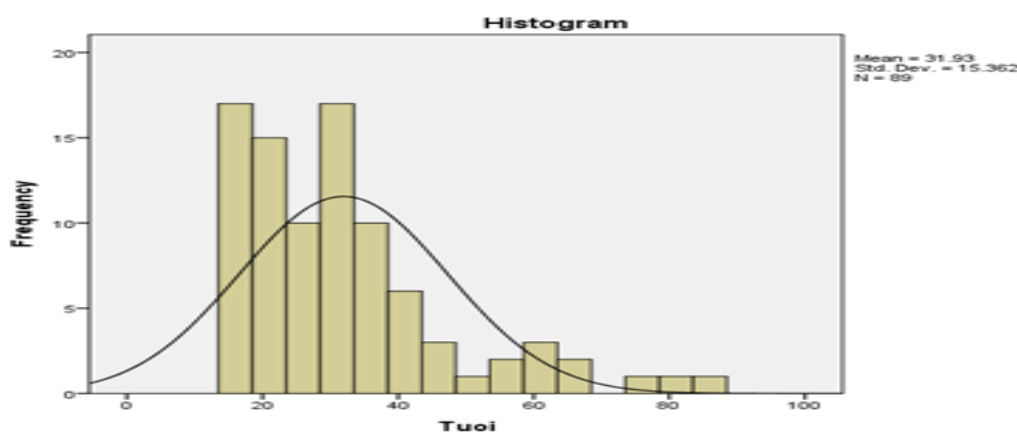
4. **Phương pháp nghiên cứu:**

Khoa xét nghiệm Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang tiếp nhận mẫu từ các khoa lâm sàng với chẩn đoán sốt xuất huyết thực hiện xét nghiệm với test **Dengue NS1 Ag 100** sau đó gửi toàn bộ mẫu về Labô Arbovirus Khoa Vi sinh Miễn Dịch - Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh xét nghiệm Mac-ELISA Dengue (bộ kit do Labô Arbovirus - Khoa Vi sinh Miễn Dịch - Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh sản xuất), so sánh sự tương đồng của 2 xét nghiệm.

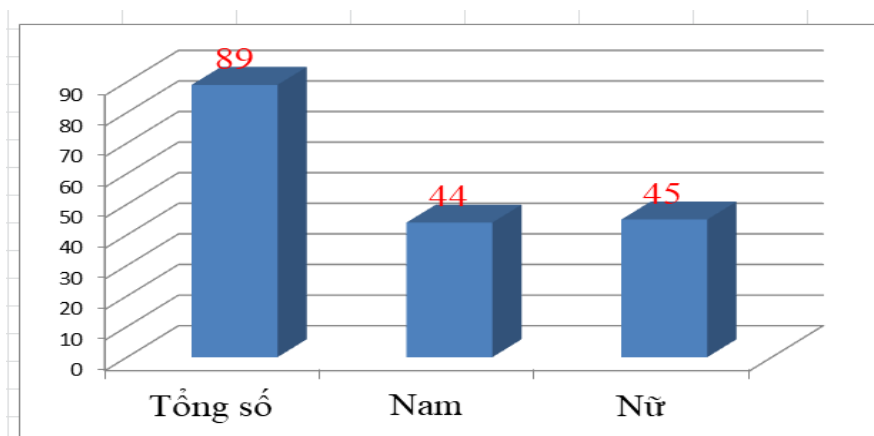
5. **Thống kê:** xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 và bảng 2 x 2.

IV.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

1. **Tuổi, giới:** Một số đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Trong 89 mẫu nghiên cứu, có 44 nam (52,04%) và 45 nữ (47,96%). Độ tuổi trung bình là 31 ± 1.6 (16-84).



< 24 tuổi là 37; từ 25 đến 44 là 41 và > 45 là 11. Kết quả cho thấy đa số là người < 45 tuổi



- Nam: 49,4% , nữ là 50,6%, tỉ lệ nam nữ tương đương.

2. Kết quả Test nhanh Dengue NS1 Ag 100 và Mac-Elisa:

Kết quả test nhanh Dengue NS1 Ag 100 (bảng 1)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Âm tính	45	50.6	50.6	50.6
Dương tính	44	49.4	49.4	100.0
Total	89	100.0	100.0	

Tổng số xét nghiệm test nhanh **Dengue NS1 Ag 100** là 89 người: Dương tính 44 và âm tính 45

- Xét nghiệm Mac-Elisa của Labô Arbovirus - Khoa Vi sinh Miễn Dịch - Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh

Kết quả Mac-Elisa(bảng 2)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Âm tính	41	46.1	46.1	46.1
Dương tính	48	53.9	53.9	100.0
Total	89	100.0	100.0	

- Kết quả Mac-Elisa với giá trị Cut off là 0,387: dương tính là 48 và âm tính là 41, so với test nhanh NS1 phát hiện thêm được 4 cas.

3. Kết quả tương đồng test nhanh Dengue NS1 Ag 100 và Mac-Elisa: So sánh kết quả Elisa và test **Dengue NS1 Ag 100**, qua bảng 2 x 2 (bảng 3)

N = 89		Mac-Elisa		Tổng số
		Dương tính	Âm tính	
Dengue NS1 Ag 100	Dương tính	44	0	44
	Âm tính	4	41	45
Tổng		48	41	89

Vậy Test nhanh Dengue NS1 Ag 100 có:

- Độ nhạy: 91,6% (44/48).
- Độ đặc hiệu 100%. (41/41)
- Giá trị tiên đoán dương : PPV = 44/44 = 100 %.

Giá trị tiên đoán âm: NPV = 44/45 = 97,7 %.

Với Kết quả Mac-Elisa (Cut off (OD): 0.387), Thì 44 mẫu dương với NS1 thì Mac-Elisa cho kết quả dương tính, riêng 45 mẫu âm thì có 4 mẫu dương mà **Dengue NS1 Ag 100** bỏ sót.

4. **Ngày sốt của bệnh nhân:** Trong 48 mẫu thật sự dương tính thì **Dengue NS1 Ag 100** chỉ phát hiện 44 cas, qua theo dõi ngày sốt khi vào viện (**bảng 4**)

Ngày sốt	Dengue NS1 Ag 100 (n = 44/48)	
	Số cas (+)/số cas thử	Tỉ lệ dương tính %
Ngày 2	6/7	85,7
Ngày 3	32/32	100
Ngày 4	3/4	75
Ngày 5	3/5	60

Xét nghiệm test nhanh **Dengue NS1 Ag 100** cao nhất ngày thứ 2 và 3, và giảm dần vào ngày 4 và 5, có thể nồng độ kháng nguyên giảm nhường cho sự phát triển kháng thể (xét nghiệm Mac- Elisa đến ngày 10 là dương tính 100%) [3]

V. BÀN LUẬN:

- Tổng số mẫu tham gia nghiên cứu 89, có 44 nam (52,04%) và 45 nữ (47,96%). Độ tuổi trung bình là 31 ± 1.6 (16-84), đa số là người < 45 tuổi.

- Từ bảng 1, 2, 3, ta tính được Độ nhạy: 91,6% (44/48), Độ đặc hiệu 100%. (41/41), Giá trị tiên đoán dương : $PPV = 44/44 = 100\%$. Giá trị tiên đoán âm: $NPV = 44/45 = 97,7\%$.

Với Kết quả Mac-Elisa (Cut off (OD): 0.387), Thì 44 mẫu dương tính với **Test nhanh Dengue NS1 Ag100** thì Mac-Elisa cho kết quả dương tính, riêng 45 mẫu âm thì có 4 mẫu dương mà **Dengue NS1 Ag 100** bỏ sót.

- Bảng 4 cho thấy Xét nghiệm **Test nhanh Dengue NS1 Ag 100** cao nhất ngày thứ 2 và 3, và giảm dần vào ngày 4 và 5, có thể nồng độ kháng nguyên giảm nhường cho sự phát triển kháng thể (xét nghiệm Mac-Elisa đến ngày 10 là dương tính 100%), Việc xét nghiệm phát hiện Dengue/sốt xuất huyết dengue trong những ngày đầu của bệnh là rất cần thiết cho việc chẩn đoán, theo dõi điều trị và ngăn ngừa biến chứng xảy ra cho bệnh nhân.
- So sánh 2 số trung bình với phép tính Chi bình phương thấy: Số lượng tiểu cầu < $150.000/m^3$ với kết quả NS1 là 100% tương đồng với $P < 0,001$; tương tự so sánh Hct > 45 và kết quả **Dengue NS1 Ag 100** thì kết quả tương đồng 100% với $P < 0,0001$, so sánh bạch cầu < $4000/mm^3$ với kết quả NS1 thì kết quả tương đồng 100% với $P < 0,0001$ điều này cho thấy tiểu cầu giảm, Hct tăng, bạch cầu giảm là những dấu hiệu gợi ý khi bệnh nhân sốt thì nên xét nghiệm NS1 để chẩn đoán sớm sốt xuất huyết.
- Theo kết quả thử nghiệm lâm sàng của hãng Asan Pharmaceutical Co, LTD- KOREA.

n= 243		RT-PCR		Tổng số
		Dương tính	Âm tính	
Dengue NS1 Ag 100	Dương tính	137	0	137
	Âm tính	4	102	106
Tổng		141	102	243

Độ nhạy: 97,16% và Độ đặc hiệu: > 99,9%

- So với nguyên cứu của hãng thì kết quả chúng tôi có độ nhạy 91,6% và độ đặc hiệu 100%, độ nhạy có thấp hơn kết quả của nhà sản xuất với độ nhạy 97,16% và độ đặc hiệu 100%.
- So với nghiên cứu của Phan văn bé Bảy, Hoàng Tiến Mỹ [7] thực hiện trên kit NS1 phương pháp Elisa có độ nhạy 94,90%, độ đặc hiệu là 100%, giá trị tiên đoán dương là 100% và giá trị tiên đoán âm là 94,44%; của chúng tôi độ nhạy 91.6% và độ đặc hiệu 100%, giá trị tiên đoán dương : $PPV = 100\%$, giá trị tiên đoán âm: $NPV = 91,1\%$, tương tự kết quả của chúng tôi.

VI. KẾT LUẬN:

Qua nghiên cứu 89 mẫu, 44 mẫu dương tính và 45 mẫu âm tính khi xét nghiệm **Test nhanh Dengue NS1 Ag 100** thì Độ nhạy: 91,6%. Độ đặc hiệu: 100%. Giá trị tiên đoán dương: 100%. Giá trị tiên đoán âm: 97,7%. Qua các kết luận nêu trên, xét nghiệm Test nhanh **Dengue NS1 Ag 100** phát hiện kháng nguyên NS1 của virus Dengue có thể ứng dụng rộng rãi để chẩn đoán

sớm Sốt xuất huyết, nhất là ở các tuyến mà chưa có điều kiện trang bị xét nghiệm Mac Elisa, hay sinh học phân tử.

Hạn chế của đề tài, cỡ mẫu nhỏ, chưa có điều kiện so sánh sự tương đồng kết quả với phân lập virus hay RT-PCR RNA Dengue sẽ cho kết luận thuyết phục hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh, Dự án Quốc gia phòng chống Sốt xuất huyết khu vực phía Nam (2008). Báo cáo tổng kết hoạt động 2007 và kế hoạch 2008 phòng chống Sốt xuất huyết khu vực phía Nam.
2. Bùi Thị Mai Phương, Nguyễn Thanh Hùng, Võ Thị Văn Lang, Tiêu Ngọc Trân, Nguyễn Trọng Lâm, Nguyễn Phước Chương, Lise Fonsmark, Anja Poulsen (1999). Yếu tố nguy cơ trong sốt xuất huyết/ sốt sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em Việt Nam. Thời sự Y Dược học, V(3): 121-124.
3. Đỗ Quang Hà, Hạ Bá Khiêm, Huỳnh Thị Kim Loan, Vũ Thị Quế Hương, Cao Minh Thắng, Vũ Thiên Thu Ngừ, Hoàng Thị Như Đào, Nguyễn Phúc Hiến, Duan J. Gubler, Lyle R. Petersen, Trần Nguyên Đức, Nguyễn Ngọc Hoan, Nguyễn Thế Kiên, Phạm Văn Thanh, Nguyễn Thanh Hiến, Nguyễn Lộ, Hồ Kim Loan, Hoàng Văn Chi, Trần Hữu Hậu (2004). Giám sát chủ động nhiễm trùng Dengue với sự trợ giúp của phòng thí nghiệm tại Thành phố Biên Hòa-Đồng Nai trong năm 2002. Thời sự Y Dược học, IX(1): 13-16.
4. Nguyễn Thanh Bảo (2004), Virút Dengue, Virút học, Nhà xuất bản Y học: 119-126.
5. Phạm Hùng Vân, Nguyễn Phạm Thanh Nhân, Nguyễn Văn Thịnh, Đỗ Thị Thanh Thủy, Võ Đức Xuyên An (2005). Chế tạo bộ thử nghiệm RT-PCR phát hiện và định type Dengue virus. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 9: 30-37.
6. Vũ Thị Quế Hương, Đỗ Quang Hà, Vũ Thiên Thu Ngừ, Hoàng Thị Như Đào, Huỳnh Thị Kim Loan, Cao Minh Thắng, Nguyễn Phúc Hiến (2004). Hoạt động giám sát virút-Huyết thanh dịch sốt xuất huyết Dengue khu vực phía Nam năm 2002. Thời Sự Y Dược học, IX(1): 10-12.
7. Phan Văn Bé Bảy, Hoàng Tiến Mỹ, Y Học TP. Hồ Chí Minh * Tập 13 * Phụ bản của Số 1*2009. Xét nghiệm Elisa phát hiện kháng nguyên NS1 trong chẩn đoán sốt Dengue/sốt xuất huyết Dengue.
8. Cao Minh Nga, Nguyễn Thanh Liêm (2007). Chẩn đoán Sốt xuất huyết Dengue bằng phương pháp ELISA phát hiện kháng nguyên NS1-Den. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 11 (phụ bản số 1): 436-441.
9. Young P., R., P. A. Hilditch, C. Bletchly, and W. Halloran (2000). An antigen capture enzyme-linked immunosorbent assay reveals high levels of the dengue virus protein NS1 in the sera of infected patients. J. Clin. Microbiol, 38: 1053-1057.
10. World Health Organization (2004). Dengue diagnostics: proceedings of an international workshop. Proceedings of a joint TDR/WHO and PDVI workshop 4-6 October 2004 WHO/TDR.

HIỆU QUẢ NUÔI DƯỠNG BẰNG ĐƯỜNG TĨNH MẠCH VÀ TIÊU HÓA SỚM ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN THÔNG KHÍ NHÂN TẠO

Trần Thị Đào, Nguyễn Văn Tuấn
Trần Thị Bé Thì, Huỳnh Thị Cẩm

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhằm đánh giá hiệu quả nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch và tiêu hóa sớm trên các bệnh nhân thở máy dài ngày và các biến chứng.

Đối tượng và phương pháp: Bệnh nhân thông khí nhân tạo (TKNT) tại Khoa hồi sức Bệnh viện ĐKTT An Giang từ tháng 02- 2020 đến tháng 09- 2020. Các bệnh nhân này có thời gian thông khí nhân tạo trên 07 ngày.

Kết quả: Nuôi dưỡng bằng đường tiêu hóa sớm kết hợp dinh dưỡng đường tĩnh mạch có hiệu quả tốt đối với bệnh nhân TKNT dài ngày. Nồng độ Protein toàn phần và Albumin máu tăng lên có ý nghĩa thống kê, góp phần giảm được thời gian nằm ICU và tỷ lệ tử vong.

STUDYING EFFICACY OF EARLY ENTERAL AND INTRAVENOUS NUTRITIONS FOR ARTIFICIAL VENTILATION

Abstracts

Objects: To evaluate efficacy of early enteral and intravenous nutritions of the long time mechanical ventilation patients and the their complications.

Subjects and methods: Long time artificial ventiation cases at the intensive care unit in An Giang hospital from 02/2020 to 09/2020. Their mechanical ventilation duration were over 07days.

Results: Early enteral combination intravenous nutrition had excellent efficacy for long time mechanical ventilation patients. Total protein and plasma albumin concentrations statistical significance increased. Contribute to reducing ICU stay time and mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay thông khí nhân tạo (TKNT) đã thực sự trở thành một phương pháp điều trị hữu hiệu cho các bệnh nhân suy hô hấp nặng. Bên cạnh quá trình thông khí nhân tạo vấn đề nuôi dưỡng bệnh nhân có một vai trò quan trọng đối với kết quả điều trị. Nuôi dưỡng bệnh nhân bằng đường tĩnh mạch đem lại hiệu quả tốt trong việc cung cấp năng lượng nuôi dưỡng bệnh nhân nặng trong khoa hồi sức cấp cứu. Tuy nhiên nuôi dưỡng đường tĩnh mạch còn nhiều hạn chế do việc bỏ trống đường ruột và nguy cơ nhiễm khuẩn huyết từ catheter tĩnh mạch trung tâm.

Nuôi dưỡng bằng đường tiêu hóa có tác dụng duy trì và đảm bảo được tính toàn vẹn của niêm mạc ruột, tế bào lympho đường ruột, giảm nguy cơ nhiễm trùng và phù hợp với sinh lý, giảm chi phí điều trị. Chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm hai mục tiêu:

1. Đánh giá hiệu quả nuôi dưỡng bằng tiêu hóa sớm kết hợp dinh dưỡng đường tĩnh mạch trên bệnh nhân thông khí nhân tạo dài ngày.
2. Xác định những biến chứng và tác dụng không mong muốn của các phương pháp nuôi dưỡng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. 1.Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân TKNT dài ngày tại Khoa Hồi sức tích cực từ tháng 02 năm 2020 đến tháng 09 năm 2020.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân mới nhập viện hoặc đang nằm điều trị tại khoa Hồi sức tích cực có suy hô hấp và được chỉ định TKNT có thời gian ≥ 7 ngày.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có chống chỉ định nuôi dưỡng đường tiêu hóa.

1.2. Phương tiện nghiên cứu

1.2.1. Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch: Đường vào tĩnh mạch trung tâm.

-Các dung dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch: Dung dịch đường Glucose 10%, 30%; Dung dịch mỡ: Lipidem 20%, Lipovenous. Dung dịch đạm: Aminoplasma 5%, Aminoplasma 10%,

Kidmin, Amiparen. Dung dịch hỗn hợp: Túi 2 ngăn axit amin+ Glucose (Nutriflex), túi 3 ngăn: Amin+ Glucose + lipid (Combilipid). Dung dịch điện giải.

1.2.2. Nuôi dưỡng đường tiêu hóa:

- Dung dịch nuôi dưỡng qua sonde: Chế độ ăn do Khoa Dinh Dưỡng cung cấp theo chế độ ăn cho từng bệnh nhân
- Dụng cụ nuôi dưỡng: Ống bơm 50cc, Túi plastic, sonde dạ dày.

1.3. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả, tiền cứu.

1.3.1. Nghiên cứu một số đặc điểm bệnh nhân TKNT dài ngày.

- Tuổi, giới. Nguyên nhân gây suy hô hấp phải TKNT.
- Thời gian lưu ống NKQ, mở KQ, thời gian thở máy.

1.3.2. Đánh giá hiệu quả nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch và tiêu hóa

1.3.2.1. Nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch

- Chọn đường vào: Tĩnh mạch trung tâm. Tĩnh mạch ngoại vi với nồng độ thẩm thấu các dung dịch không được quá 800 mOsm/l.

- Phương thức nuôi dưỡng: Cung cấp đầy đủ cả 3 nhóm (Glucid, lipid, protid) theo tỷ lệ về năng lượng như sau: Acid amin: 20%, Glucid: 40 %, Lipid: 40%. Hoặc theo công thức: acid amin 1,5g/kg/ngày, glucose: 3,9 g/kg/ngày, lipid: 1,5 g/kg/ngày.

1.3.2.2. Nuôi dưỡng bằng đường tiêu hóa.

- Nhu cầu nuôi dưỡng của bệnh nhân TKNT dài ngày năng lượng cần là 30-50kcalo/kg/ngày.
- Protein 1,2-1,5g/kg/ngày, lipit 1g/kg/ngày, nước 40ml/kg/ngày, điện giải, các chất vi lượng và các vitamin tan trong nước.

Cách nuôi dưỡng:

- Ngày thứ nhất và ngày thứ hai: Tổng năng lượng/ngày = $\frac{1}{2}$ năng lượng từ nuôi dưỡng tiêu hóa + $\frac{1}{2}$ năng lượng từ nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.
- Ngày thứ ba và ngày thứ tư: Tổng năng lượng/ngày = $\frac{3}{4}$ năng lượng từ nuôi dưỡng tiêu hóa + $\frac{1}{4}$ năng lượng từ nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.
- Ba ngày cuối: Tổng năng lượng/ngày hoàn toàn từ nuôi dưỡng đường ruột.

Quy trình nuôi dưỡng đường tiêu hóa

Liên hệ với bác sĩ Khoa Dinh dưỡng (người ra y lệnh về chế độ ăn).

Đặt một sonde dạ dày cỡ 12F hoặc lớn hơn (để hút lại được dịch dạ dày).

Bơm tráng sonde dạ dày bằng 10 - 20 ml dung dịch Natrichlorua 0,9% mỗi 6 giờ. Nâng đầu lên 30-45 độ khi cho bệnh nhân ăn.

Khởi đầu cho ăn với tốc độ 40 ml/ giờ và cho ăn liên tục theo quy trình.

Hút dịch dạ dày mỗi 6 giờ (ở những bệnh nhân không còn được hút dạ dày liên tục với áp lực thấp hoặc để dẫn lưu tự do).

- Nếu lượng dịch dạ dày hút sau 6 giờ < 250ml:

Bơm trả lại dạ dày. Tăng tốc độ cho ăn lên 20ml/giờ. Hút lại dạ dày sau 6 giờ và nếu vẫn < 250ml, tiếp tục tăng tốc độ cho đến đạt tốc độ cao nhất là 80-100 ml/giờ.

Nếu lượng dịch dạ dày hút sau 6 giờ > 250ml:

Bỏ lượng dịch vừa được hút ra. Giảm tốc độ cho ăn xuống còn một nửa. Hút lại dạ dày sau 6 giờ. Ngừng cho ăn 4 giờ trước khi rút nội khí quản, mở khí quản hoặc thay nội khí quản hoặc đi mổ.

1.3.3. Các chỉ tiêu đánh giá hiệu quả dinh dưỡng

- Xét nghiệm máu lần thứ nhất trong một hai ngày đầu và lần thứ hai vào ngày sáu hoặc bảy tùy theo tình hình bệnh: Protein toàn phần, albumin, HC, Hemoglobin. Xét nghiệm glucose máu hàng ngày.

1.3.4. Xác định những tác dụng không mong muốn của phương pháp.

- Sốc dịch truyền, nhiễm trùng catheter.
- Ỉa chảy, nôn và buồn nôn, chướng bụng, trào ngược viêm phổi hít, táo bón.

1.3.5. Xử lý số liệu nghiên cứu.

Số liệu được xử lý và phân tích trên máy vi tính bằng chương trình phần mềm SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 02/2020 – 09/2020, có 203 bệnh nhân thông khí nhân tạo (TKNT) nhập khoa Hồi sức Tích cực bệnh viện Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Bệnh nhân có tuổi trung bình $65,75 \pm 13,5$. Tỷ lệ nữ/nam 110/93 (1,4 lần), tỉ lệ tử vong chung 29,4% và thời gian thở máy trung bình là $8,6 \pm 6,9$ ngày.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Thông số	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn
Tuổi	$65,75 \pm 13,12$
Giới nữ/nam	110/93 (1,2 lần)
Bạch cầu máu	17.120 ± 8.800
CRP (mg/l)	79.14 ± 26
Procalcitonin (ng/ml)	50 ± 39.7
Lactate	$8,6 \pm 5,3$
Điểm SOFA	$7,94 \pm 2,6$
Tỷ lệ tử vong (%)	29,4%
Thời gian thở máy (ngày)	$8,6 \pm 6,9$

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng nặng, thời gian thở máy trung bình $8,6 \pm 6,9$ ngày. Tỷ lệ tử vong 29,4%.

3.2. Các Nguyên nhân gây suy hô hấp phải thở máy

Bảng 2: Các bệnh thường gặp

Bệnh nhiễm trùng	Số lượng	Tỷ lệ %
Suy hô hấp-Viêm phổi	68	33,4
Nhiễm trùng hệ tiêu hoá	54	26,6
Nhiễm trùng hệ tiết niệu	39	19,2
Nhiễm trùng khác	32	15,7
Thần kinh cơ, sọ não, uốn ván	10	5,1
Tổng	203	100

Nhận xét: Phần lớn là các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp, kể đến là bệnh đường tiêu hoá, tiết niệu và bệnh thần kinh cơ trong đó có uốn ván.

3.3. Kết quả sự biến đổi các chỉ tiêu dinh dưỡng

Bảng 3: Sự biến đổi các chỉ tiêu dinh dưỡng

Các chỉ tiêu	Lần 1	Lần 2	p
Protein toàn phần (g/l)	$51,8 \pm 1,57$	$61,4 \pm 1,34$	$<0,05$
Albumin (g/l)	$29,5 \pm 6,9$	$38,4 \pm 6,2$	$<0,05$
Cholesterol (mmol/l)	$3,09 \pm 0,08$	$3,21 \pm 0,076$	$>0,05$
Triglycerit (mmol/l)	$1,07 \pm 0,04$	$1,03 \pm 0,03$	$>0,05$

Nhận xét: Nồng độ protein toàn phần, Albumin, Hb được cải thiện sau 7 ngày nuôi dưỡng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.4. Tai biến và biến chứng của nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch và tiêu hóa

Bảng 3: tai biến và biến chứng

Tai biến – biến chứng	số BN	tỷ lệ %
Tiêu chảy	25	16,4
Chướng bụng	18	8,8
Táo bón	12	5,9
Trào ngược, nôn	5	2,5
Viêm tắc tĩnh mạch	0	0
Nhiễm trùng catheter	0	0
Viêm phổi hít	0	0

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy biến chứng và tai biến chiếm tỷ lệ thấp. Hay gặp nhất là ỉa chảy, chướng bụng, và trào ngược. Không gặp trường hợp nào bị viêm phổi hít.

IV. BÀN LUẬN

Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch nhằm cung cấp các chất dinh dưỡng như protein, glucid, lipid, vitamin, muối khoáng... Tuy nhiên, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch cũng có những nhược điểm: Phức tạp về kỹ thuật, không sinh lý, tốn kém và có nhiều biến chứng. Các chất dinh dưỡng cung cấp qua đường tĩnh mạch có thể làm thay đổi các đáp ứng sinh lý bình thường. Khi nuôi qua đường tĩnh mạch các chất dinh dưỡng không qua hàng rào bảo vệ của thành ruột làm tăng nguy cơ gây di ứng cho cơ thể nên không an toàn bằng qua đường tiêu hóa [2].

Bệnh nhân thông khí nhân tạo dài ngày hao tổn nhiều năng lượng. Mặc dù được bổ sung, đạm, đường, mỡ... bằng đường tĩnh mạch nhưng cũng không tránh khỏi việc thiếu hụt. Vì vậy, việc sử dụng các dung dịch nuôi dưỡng bằng đường ruột cung cấp protein hợp lý đóng một vai trò hết sức quan trọng. Trong nghiên cứu này so sánh nồng độ protein toàn phần huyết tương trước và sau 7 ngày nuôi dưỡng đường ruột cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $P < 0,01$).

Nuôi ăn sớm qua đường tiêu hóa được bắt đầu trong vòng 24-48 giờ đầu cho thấy cải thiện được tỷ lệ tử vong, giảm số ngày nằm ở ICU so với nhóm cho ăn trễ hơn 48 giờ [5]. Nghiên cứu của chúng tôi tương đương tác giả Imran Khalid và cộng sự tỷ lệ tử vong ở ICU ở nhóm cho ăn sớm qua đường tiêu hóa là 22.5% so với nhóm cho ăn trễ là 28.3% với $P = 0.03$ và tỷ lệ tử vong chung của bệnh viện lần lượt là 34.0% so với 44.0% với $P < 0.001$ [6].

Albumin máu là phân tử protein nhỏ nhất nhưng chiếm tỷ lệ cao nhất trong protein toàn phần. Bình thường trong huyết tương có khoảng 40-50g/l chúng có thời gian bán hủy 20 ngày và số lượng thoái biến 15g/ngày. So sánh kết quả xét nghiệm Albumin huyết tương trung bình của bệnh nhân trước và sau 7 ngày nuôi dưỡng cho thấy có sự tăng nồng độ Albumin máu có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$.

Kết quả trên đây cho thấy việc nuôi dưỡng đường ruột với một dung dịch nuôi dưỡng hợp lý đó cải thiện nồng độ protein toàn phần và Albumin máu. Các chỉ số khác như Cholesterol, Triglycerit so sánh trước và sau 7 ngày không có sự khác biệt. Có thể do khoảng thời gian nuôi dưỡng ngắn (7 ngày) nên chưa có sự thay đổi rõ rệt.

Khi nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch lâu dài thì các biến chứng thường gặp như nhiễm khuẩn chỗ catheter, viêm tắc tĩnh mạch, nhiễm khuẩn huyết... Việc khó khăn nhất là hạn chế tối đa truyền các dung dịch đậm, mỡ ở đường truyền ngoại biên mà phải là đường truyền trung tâm, đây là vấn đề khó, nên việc kết hợp cho ăn qua đường tiêu hóa sớm là hết sức cần thiết.

Biến chứng do sử dụng đường tiêu hóa thường gặp là tiêu chảy là một trong những hạn chế do nuôi dưỡng đường ruột gây ra. Tỷ lệ tiêu chảy ở bệnh nhân nuôi dưỡng đường ruột theo các thông báo khác nhau chiếm từ 5-30% tổng số bệnh nhân và tùy thuộc vào nhiều yếu tố như: thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng, hàm lượng Albumin máu, áp lực thẩm thấu của từng loại hỗn hợp dung dịch nuôi dưỡng được sử dụng, tốc độ nuôi dưỡng, chế độ vệ sinh và các loại thuốc dùng cho bệnh nhân đặc biệt là kháng sinh toàn thân. Do vậy, các tác giả khuyên nên pha loãng các dung dịch này. Các dung dịch nuôi có áp lực thẩm thấu khoảng 300mosmol/kg cân nặng thì không cần phải pha loãng. Trong nghiên cứu này, tiêu chảy cấp chỉ chiếm 16,4% trong nhóm nuôi dưỡng sớm đường ruột. Những trường hợp này đều hết sau khi điều chỉnh lại nồng độ pha loãng dung dịch nuôi dưỡng hoặc giảm tốc độ nuôi dưỡng mà không cần đến các biện pháp khác. Tình trạng trào ngược và nôn chiếm khoảng từ 2,5-20% tổng số bệnh nhân. Các triệu chứng không điển hình có thể gặp như co cứng cơ bụng, chướng bụng có thể xảy ra do việc đưa vào dạ dày quá nhanh một lượng lớn thức ăn hoặc do rối loạn chức năng của ruột. Nghiên cứu của chúng tôi ít gặp nôn và buồn nôn do trào ngược chỉ 2,5%. Táo bón gặp khoảng 3-15% tổng số bệnh nhân được nuôi dưỡng qua Sonde trong thời gian dài. Táo bón có thể ảnh hưởng tới sự dung nạp của bệnh nhân. Có thể sử dụng một số thuốc nhuận tràng khi bị táo bón. Trong nghiên cứu này tỷ lệ táo bón là 5,9% cao hơn so với tỷ lệ nêu trên. Có lẽ do hậu quả của nằm lâu, sự cung cấp nước, điện giải chưa đủ và việc nuôi dưỡng trong những ngày đầu số lượng dịch nuôi còn hạn chế. Một trong những biến chứng nguy hiểm nhất là trào ngược và viêm phổi hít. Tuy

nhiên, theo các công trình nghiên cứu đó công bố trong y văn thì tỷ lệ này gặp tương đối ít và không thường xuyên. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp kết quả nghiên cứu của các tác giả Pratik Doshi và Laurent Brisard [7],[8].

V. KẾT LUẬN

- Nuôi dưỡng đường tiêu hóa sớm kết hợp nuôi ăn qua đường tĩnh mạch cho hiệu quả tốt về chỉ tiêu dinh dưỡng. Nồng độ Protein toàn phần và Albumin máu tăng sau 7 ngày nuôi dưỡng.
- Nuôi dưỡng đường tiêu hóa tiến hành ngay sau khi huyết động của bệnh nhân ổn định là an toàn và sinh lý. Thời điểm nuôi dưỡng từ trong vòng 24 giờ sau thông khí nhân tạo.
- Khi nuôi dưỡng sớm qua đường ruột, tiêu chảy là biến chứng hay gặp nhất, kể đến là chướng bụng và trào ngược. Tuy nhiên tỷ lệ thấp và có thể khắc phục được.

KIẾN NGHỊ

- Thường xuyên tập huấn cho điều dưỡng nắm chắc kỹ thuật, tuân thủ chặt chẽ theo quy trình nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và đường tiêu hóa.
- Theo dõi, chăm sóc nuôi dưỡng tốt là yếu tố quan trọng góp phần làm tăng hiệu quả điều trị và giảm được những tác dụng không mong muốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chu Mạnh Khoa (2015), “Sinh lý bệnh mới ở ruột khi bị stress và vai trò của nuôi dưỡng đường ruột trong hồi sức”, Ngoại khoa 3, Tr. 20-28
2. Nguyễn Như Lâm (2015), “Các phương thức nuôi dưỡng bệnh nhân bỏng nặng”, Báo cáo chuyên đề nghiên cứu sinh, tr.12 – 28.
3. Trần Minh Đạo (2011), Dinh dưỡng bệnh lý, NXB Y học, Hà Nội.
4. Fuentes Padilla P, Martínez G. (2019). “Early enteral nutrition (within 48 hours) versus delayed enteral nutrition (after 48 hours) with or without supplemental parenteral nutrition in critically ill adults (Review)”. Cochrane Library
5. Fuentes Padilla P, Martínez G (2016). “Early versus delayed enteral nutrition support for critically ill adults (Protocol)”. www.cochranelibrary.com
6. Imran Khalid, MD, Pratik Doshi, (2010) “Early enteral nutrition and outcomes of critically ill patients treated with vasopressors and mechanical ventilation”. American Journal of Critical Care. May 2010
7. Laurent Brisard, Amélie Le Gouge (2014). “Impact of early enteral versus parenteral nutrition on mortality in patients requiring mechanical ventilation and catecholamines: study protocol for a randomized controlled trial (NUTRIREA-2)”. BioMed Central.
8. Heyland D.K., Dhalival R., Day A. et al. (2014), “Validation of the Canada clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients: result of prospective observation study”, Crit Care Med, 32(11),2260-2266.
9. Huckleberry Y.(2014),“Nutritional support and the surgical patients”, American Journal of Health-System Pharmacy, 61(7)pp. 671-682.
10. Richard D. (2014) Fremont and Todd W. Rice. “How soon should we start interventional feeding in the ICU?” *Curr Opin Gastroenterol.* 2014 March ; 30(2): 178–181.

HIỆU QUẢ TUÂN THỦ BÀI TẬP VẬN ĐỘNG LƯNG TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU CỘT SỐNG THẮT LƯNG TẠI KHOA PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Nguyễn Duy Tân, Đỗ Đức Trí,
Nguyễn Thị Thanh Hà, Nguyễn Thị Ngọc Hà

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1) Đánh giá hiệu quả kết hợp tập vận động và phương pháp tập vật lý trị liệu so với điều trị bằng phương pháp tập vật lý trị liệu đơn thuần trong điều trị đau thắt lưng; 2) Yếu tố liên quan đến cải thiện các chỉ số trong nhóm kết hợp tập vận động và phương pháp tập vật lý trị liệu.

Phương pháp: Nghiên cứu theo mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp trên 42 bệnh nhân đau lưng điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng – Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01/2020 đến tháng 8/2020.

Kết quả: Sự khác biệt ở nhóm kết hợp tập vận động và phương pháp tập vật lý trị liệu (Hong ngoại, Parafine, Điện xung, Sóng ngắn, Siêu âm, Kéo cột sống, ...) so với điều trị bằng phương pháp tập vật lý trị liệu đơn thuần có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000$.

Kết luận: Thực hiện đúng và đủ các bài tập vận động lưng là cần thiết trong nhận thức của người bệnh đau lưng vì vừa giúp cải thiện đáng kể kết quả điều trị, vừa giúp dự phòng tình trạng đau lưng tái phát.

Từ khóa: LBP, đau lưng, đau lưng vùng thấp, tập vận động lưng.

ABSTRACT

Objectives: 1) Evaluate the efficacy of the compliance with back exercises on patients with LBP treatment. 2) Factors associated with positive outcomes in the complying group.

Method: A cross-sectional descriptive and interventional study included 42 LBP patients treated in Rehabilitation Department in An Giang Central General Hospital from 2020 January 1st to 2020 August 31st.

Outcome: There was a significant difference ($p=0.0001$) between the group complying to combine physical exercises and the other physical therapies (such as infrared, paraffin, electronic stimulation, short wave, ultrasound, decompression traction therapy) and the non-complying group.

Conclusion: Strict adherence to therapeutic exercises is essential for LBP patients because not only does it aid in ameliorating the outcome significantly but also prevents the relapse.

Key words: Low back pain, the compliance with back exercises.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Đau lưng vùng thấp (Low back pain) hay còn gọi là đau cột sống thắt lưng (CSTL) là hội chứng thường gặp có biểu hiện đau khu trú ở vùng lưng từ đốt sống thắt lưng I đến nếp lằn mông ở một hoặc cả hai bên của cơ thể. Tại cộng đồng, khoảng 65-80% những người lớn đều có đau cột sống thắt lưng cấp tính một vài lần trong cuộc đời và 10% trong số này có thể sẽ chuyển thành đau cột sống thắt lưng mạn tính [6]. Theo Nguyễn Văn Thạch, đau lưng chiếm 30% ở độ tuổi lao động. Tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, tỷ lệ này là 40%. Đau CSTL gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến năng suất lao động, chất lượng cuộc sống và tốn nhiều chi phí cho điều trị.

Có nhiều biện pháp điều trị đau vùng thắt lưng như thuốc kháng viêm giảm đau, thuốc giãn cơ, vật lý trị liệu. Vấn đề cơ bản và quan trọng của điều trị là phục hồi lại chức năng vận động của vùng thắt lưng và phòng ngừa đau tái phát. Trên thực tế, phần lớn người bệnh thường không tuân thủ chương trình tập luyện kết hợp với các biện pháp điều trị vật lý trị liệu (VLTL) khác như: Hong ngoại, Parafine, Điện xung, Sóng ngắn, Siêu âm, Kéo cột sống,... Điều này gây ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả điều trị cũng như làm tăng tỷ lệ tái phát đau lưng sau điều trị đau lưng khá cao. Tuân thủ bài tập vận động lưng khi thực hiện bài tập vận động lưng từ 3 lần mỗi tuần, mỗi lần > 20 phút với các bài tập kéo giãn và tập mạnh các cơ vùng lưng, bụng, mông. Để đánh giá kết quả của những người tuân thủ đầy đủ các bài tập bao gồm kết hợp giữa tập vận động và vật lý trị liệu với những người không tuân thủ đầy đủ chỉ tập vật lý trị liệu đơn thuần, Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm:

- Đánh giá hiệu quả kết hợp tập vận động và phương pháp tập vật lý trị liệu so với điều trị bằng phương pháp tập vật lý trị liệu đơn thuần trong điều trị đau thắt lưng.
- Yếu tố liên quan đến cải thiện các chỉ số trong nhóm kết hợp tập vận động và phương pháp tập vật lý trị liệu.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp trên bệnh nhân đau lưng điều trị tại khoa Phục hồi chức năng – Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang
- Thời gian: từ tháng 01/01/ 2020 đến tháng 31/8/2020.
- Đối tượng nghiên cứu: tất cả người bệnh đau lưng đến điều trị tại khoa Phục hồi chức năng để đưa vào mẫu nghiên cứu.
- Tiêu chí chọn vào: Nhóm kết hợp bao gồm những bệnh nhân đau lưng được điều trị các phương pháp vật lý trị liệu kết hợp thực hiện đúng các bài tập vận động lưng; Nhóm không kết hợp là những bệnh nhân đau lưng được điều trị các phương pháp vật lý trị liệu nhưng không muốn hoặc không tuân thủ đúng các bài tập đau lưng. Mỗi bệnh nhân được đánh giá 2 lần: Lần 1: Ngày điều trị đầu tiên. Lần 2: vào ngày thứ 30 của đợt điều trị hoặc 1 ngày trước khi BN ra viện. So sánh kết quả điều trị của 2 nhóm lúc ra viện.
- Tiêu chí loại trừ: Không đồng ý tham gia
- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: qua bộ câu hỏi thiết kế sẵn, nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

3.1.Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

Bảng 1: Phân bố theo tuổi ở 2 nhóm

Nhóm	Nhóm đơn thuần		Nhóm kết hợp	
Tuổi	n	%	n	%
Dưới 40 tuổi	0	0	3	13,6
Từ 40 đến 59 tuổi	7	35	6	27,3
Từ 60 tuổi trở lên	13	65	13	59,1
Tổng số	20	100	22	100

Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ cao ở cả 2 nhóm.

Bảng 2: Phân bố theo giới ở 2 nhóm

Nhóm	Nhóm đơn thuần		Nhóm kết hợp	
Giới	n	%	n	%
Nam	5	25	9	40,9
Nữ	15	75	13	59,1
Tổng số	20	100	22	100

Nhóm kết hợp có tỷ lệ bệnh nhân nữ thấp hơn.

3.2. Đánh giá kết quả của nhóm kết hợp và nhóm đơn thuần

Bảng 3: Đánh giá kết quả của nhóm kết hợp và nhóm đơn thuần

Tiêu chí đánh giá	Nhóm	Tần số	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Sai số chuẩn	P
Mức độ đau	Đơn thuần	20	1,05	0,394	0,088	P = 0,000
	Kết hợp	22	2,41	0,503	0,107	
Schober	Đơn thuần	20	1,05	0,224	0,05	P = 0,000
	Kết hợp	22	2	0,436	0,093	
Gập CSTL	Đơn thuần	20	0,85	0,366	0,082	P = 0,000
	Kết hợp	22	2,05	0,575	0,123	

Duỗi CSTL	Đơn thuần	20	0,8	0,41	0,092	P = 0,000
	Kết hợp	22	2	0,535	0,114	
Chăm sóc cá nhân	Đơn thuần	20	1,05	0,224	0,05	P = 0,000
	Kết hợp	22	2,36	0,581	0,124	
Chỉ số đi bộ	Đơn thuần	20	0,7	0,571	0,128	P = 0,000
	Kết hợp	22	2,36	0,581	0,124	
Chỉ số ngồi	Đơn thuần	20	0,95	0,51	0,114	P = 0,000
	Kết hợp	22	2,36	0,658	0,14	
Chỉ số đứng	Đơn thuần	20	0,9	0,447	0,1	P = 0,000
	Kết hợp	22	2,23	0,612	0,13	

Phân tích cho thấy, khi thực hiện tuân thủ các bài tập vận động kết hợp vật lý trị liệu: mức độ đau, chỉ số Schober, chỉ số gập CSTL, chỉ số duỗi CSTL, chăm sóc cá nhân, chỉ số đi bộ, chỉ số ngồi và chỉ số đứng giữa 2 nhóm đều khác biệt và có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

3.3. Đánh giá yếu tố giới tính liên quan đến cải thiện các chỉ số trong nhóm kết hợp

Bảng 6. Đánh giá yếu tố giới tính liên quan đến cải thiện các chỉ số trong nhóm kết hợp

Tiêu chí đánh giá	Nhóm	Tần số	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Sai số chuẩn	P
Mức độ đau	Nam	9	2,33	0,500	0,167	P = 0,57
	Nữ	13	2,46	0,519	0,144	
Schober	Nam	9	2,11	0,333	0,111	P = 0,332
	Nữ	13	1,92	0,494	0,137	
Gập CSTL	Nam	9	2,11	0,333	0,111	P = 0,667
	Nữ	13	2,00	0,707	0,196	
Duỗi CSTL	Nam	9	2,11	0,333	0,111	P = 0,431
	Nữ	13	1,92	0,641	0,178	
Chăm sóc cá nhân	Nam	9	2,78	0,441	0,147	P = 0,003
	Nữ	13	2,08	0,494	0,137	
Chỉ số đi bộ	Nam	9	2,78	0,441	0,147	P = 0,003
	Nữ	13	2,08	0,494	0,137	
Chỉ số ngồi	Nam	9	2,67	0,500	0,167	P = 0,071
	Nữ	13	2,15	0,689	0,191	
Chỉ số đứng	Nam	9	2,56	0,527	0,176	P = 0,031
	Nữ	13	2,00	0,577	0,160	

Nghiên cứu cho thấy, các yếu tố chăm sóc cá nhân, chỉ số đi bộ, chỉ số đứng có liên quan đến giới tính trong nhóm tuân thủ các bài tập vận động kết hợp vật lý trị liệu.

Các yếu tố: mức độ đau, chỉ số Schober, chỉ số gập CSTL, chỉ số duỗi CSTL và chỉ số ngồi không có liên quan đến giới tính trong nhóm tuân thủ các bài tập vận động kết hợp vật lý trị liệu.

IV. BÀN LUẬN

Theo thống kê trên thế giới từ năm 1990 – 2010, cứ 2 người cao tuổi thì có 1 người bị đau thắt lưng, tỷ lệ này > 57% ở các nước đang phát triển. Theo nghiên cứu của Đàm Viết Cương và cộng sự, tỷ lệ này là 70% [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người trên 60 tuổi là 59,1%. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu trên. Về độ tuổi mắc bệnh, theo y văn cũng như hầu hết các nghiên cứu đều cho rằng bệnh gập chủ yếu ở người cao tuổi. Điều này phù hợp vì đây là độ tuổi có nhiều thay đổi trong cấu trúc cột sống thắt lưng và thoái hóa đĩa đệm, sụn và khớp xương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ gặp ở bệnh nhân nam (40,9%) ít hơn so với nữ (50,1%). Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Đan Sâm và cộng sự với tỷ lệ nam (43,3%), nữ (56,6%). [5]. Điều này được ghi nhận bởi phụ nữ chịu nhiều ảnh hưởng trong quá trình mang thai, do thay đổi nội tiết tố, do áp lực công việc và gia đình.

Khi đánh giá mức độ cải thiện của các chỉ số giữa nhóm tuân thủ các bài tập vận động kết hợp vật lý trị liệu và nhóm không tuân thủ chỉ tập vật lý trị liệu đơn thuần, chúng tôi nhận thấy:

- Mức độ đau giảm đáng kể ở nhóm có kết hợp các bài tập vận động lưng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Ngãi và cộng sự (2016) [4].

- Sự cải thiện về độ giãn CSTL, sự cải thiện rõ về mức độ vận động của CSTL, mức độ đau giảm nhanh ở nhóm có tuân thủ tập vận động có thể là lý do kéo theo sự cải thiện về khả năng vận động cột sống của nhóm này nhanh hơn nhóm không tuân thủ.

- Chức năng sinh hoạt cũng có cải thiện đáng kể với chỉ số $p=0,000$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Weinstein S.M. (2005) [7].

Khảo sát sự liên quan của giới tính về sự cải thiện các chỉ số ở nhóm tuân thủ các bài tập vận động kết hợp vật lý trị liệu, chúng tôi nhận thấy:

- Các yếu tố chăm sóc cá nhân, chỉ số đi bộ, chỉ số đứng có liên quan đến giới tính trong nhóm tuân thủ các bài tập vận động kết hợp vật lý trị liệu.

- Còn các yếu tố mức độ đau, chỉ số Schober, chỉ số gập CSTL, chỉ số duỗi CSTL và chỉ số ngồi không có liên quan đến giới tính trong nhóm tuân thủ các bài tập vận động kết hợp vật lý trị liệu.

V. KẾT LUẬN

1. Sự kết hợp các bài tập vận động cột sống thắt lưng với vật lý trị liệu cải thiện đáng kể kết quả điều trị đau thắt lưng.

2. Nên tư vấn người bệnh kết hợp các bài tập vận động với vật lý trị liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế, 2014, Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng.
2. Đàm Viết Cương và cộng sự (2007), “Một số phát hiện chính của nghiên cứu đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt nam”.
3. Hồ Hữu Lương (2008), Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm, Hà Nội, NXB Y học, tr. 76-217.
4. Nguyễn Công Ngãi và cộng sự (2016), “Nghiên cứu hiệu quả bài tập Duỗi Mc Kenzie kết hợp với Vật lý trị liệu trong điều trị Thoát vị đĩa đệm tại BV PHCN Thừa Thiên Huế”, Bệnh viện PHCN Thừa Thiên Huế.
5. Nguyễn Đan Sâm (2016), “Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ Catgut điều trị hội chứng thắt lưng hông tại khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh”, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.
6. Tatiane da Silva, Kathryn Mills, Benjamin T Brown, Robert D Herbert, Christopher G Maher, Mark J Hancock (2017), “Risk of Recurrence of Low Back Pain: A Systematic Review”, *J Orthop Sports Phys Ther* 2017; 47 (5): 305-313.
7. Weinstein S.M., Herring S.A., Standaert C.J. (2005), “Low back pain”, *Physical Medicine & Rehabilitation: Principles and practice*, Lippincott Williams & Wilkins, fourth edition.

**KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI ỐNG MẬT CHỦ CÓ BIẾN CHỨNG NỘI KHOA BẰNG
NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG CẤP CỨU (ERCP)
TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG NĂM 2020**

*Hồ Hiền Sang, Nguyễn Phong Phú,
Lê Huy Cường, Bùi Lương Ngọc*

Abstract

Objectives: To describe clinical, subclinical characteristics and evaluate the results of emergency Endoscopic Retrograde Cholangio-pancreaticography (ERCP) in patients with complicated common bile duct (CBD) stones.

Patients and Methods: This is a cross-sectional descriptive study on 58 patients with complicated CBD stones at An Giang Central General Hospital from November 2019 to September 2020.

Results: The mean age of patients was 64 ± 15 years with the elder more than 60 years old was 63,7% and more dominant gender was females 69%. The most common clinical symptoms were abdominal pain (94,8%), fever (91,4%), jaundice (70,7%), the rate of hypotension was 12,2%. Laboratory data revealed leukocytosis ($>10.000/mm^3$) in 52 patients (89,7%), total hyperbilirubinemia in 52 patients (89,7%), direct hyperbilirubinemia in 55 patients (94,8%), increased serum amylase (>330 U/L) in 22 patients (37,9%) and elevated CRP levels $>20mg/L$ in 49 patients (84,5%). Abdominal Ultrasound had 51,7% in CBD stones detection. Most patients were acute biliary pancreatitis and acute cholangitis. Successful cannulation of the common bile duct (CBD) rate was 96,5%, success rate of complete CBD stone removal was 51,7% and biliary stents were placed in 7 patients (12,1%). Two patients with duodenal perforation and three patients with acute pancreatitis suffered from ERCP-related complications. 54 patients (93,1%) were treated successfully.

Conclusion: Emergency ERCP is the less invasive, effective and almost safe therapeutic procedure for patients with complicated CBD stones.

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị sỏi ống mật chủ có biến chứng nội khoa bằng kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 58 bệnh nhân sỏi ống mật chủ có biến chứng nội khoa được can thiệp nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) cấp cứu tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 11/2019 đến tháng 9/2020.

Kết quả: Bệnh nhân có tuổi trung bình là 64 ± 15 tuổi, trên 60 tuổi chiếm đa số (63,7%) và phần lớn là nữ (69%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là triệu chứng đau bụng với tỷ lệ 94,8%, sốt 91,4%, vàng da 70,7%, có 12,2% số bệnh nhân tụt huyết áp. Cận lâm sàng ghi nhận có: bạch cầu tăng ($>10.000/mm^3$) là 89,7%, bilirubin TP tăng 89,7%, TT tăng 94,8%, amylase máu tăng (>330 U/L) chiếm 37,9%, CRP tăng ($>20mg/L$) là 84,5%. Siêu âm phát hiện sỏi OMC chiếm tỷ lệ 51,7%. Hầu hết là nhiễm trùng đường mật và viêm tụy cấp. Thông nhú thành công là 96,5%, sỏi ống mật chủ được lấy hết là 51,7%, đặt stent giải áp 12,1%, tai biến thủng tá tràng 3,4% và viêm tụy cấp 5,2%. Tỷ lệ bệnh nhân ổn xuất viện là 93,1%.

Kết luận: Nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu là một kỹ thuật ít xâm lấn điều trị hiệu quả, an toàn cho bệnh nhân sỏi ống mật chủ có biến chứng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý sỏi đường mật khá phổ biến ở nước ta, cũng như ở các nước đang phát triển và là bệnh lý đặc trưng của các nước nhiệt đới. Bệnh nhân sỏi đường mật đến bệnh viện muộn khi có nhiễm trùng nặng, viêm mủ đường mật, sốc nhiễm trùng, viêm tụy cấp... dễ dẫn đến tử vong, tỷ lệ tử vong do biến chứng sốc còn khá cao [2] [3]. Để làm giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng cần hồi sức nội khoa tích cực, đồng thời thực hiện các biện pháp giải áp mật và lấy sỏi cho bệnh nhân. Nhiều nghiên cứu cho thấy lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) là một phương pháp điều trị không phẫu thuật, ít xâm lấn, an toàn, hiệu quả cao, có thể thực hiện cấp cứu nhằm cứu sống bệnh nhân sỏi ống mật chủ có biến chứng [1] [5] [10]. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu như sau:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ có biến chứng nội khoa tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 11/2019 đến tháng 9/2020.

Đánh giá kết quả điều trị sỏi ống mật chủ có biến chứng nội khoa bằng kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân sỏi OMC có biến chứng nội khoa được can thiệp bằng nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi ống mật chủ (OMC) và có một trong các biến chứng nội khoa sau: nhiễm trùng đường mật, viêm tụy cấp, nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi OMC có biến chứng thâm mật phúc mạc và viêm phúc mạc mật. Bệnh nhân có tiền sử mổ cắt dạ dày hay nối mật ruột.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 11/2019 đến tháng 9/2020

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Ghi nhận được 58 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Ghi nhận đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị.

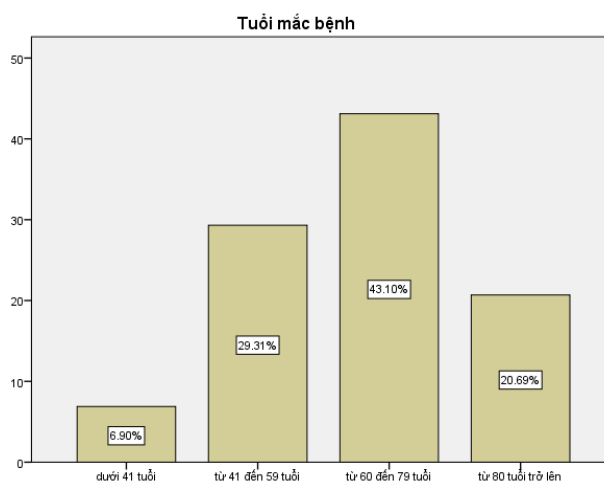
Phương pháp thu thập số liệu: Những bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn chọn bệnh được nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu sẽ được hỏi bệnh, khám lâm sàng, ghi nhận cận lâm sàng, kết quả nội soi mật tụy ngược dòng và kết quả điều trị.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

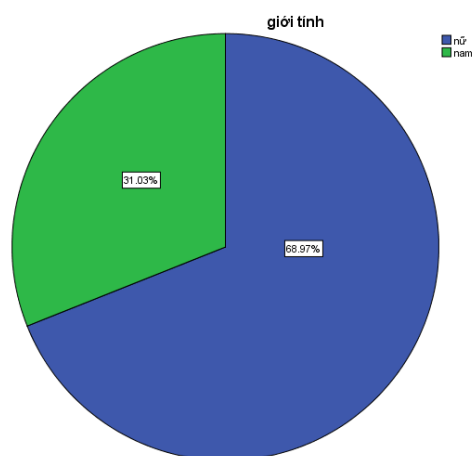
3.1.1 Tuổi mắc bệnh



Biểu đồ 1. Tuổi mắc bệnh

Nhận xét: Nhóm tuổi 60 – 79 tuổi chiếm đa số 43,1 %, tuổi thấp nhất là 22, tuổi cao nhất là 94, tuổi trung bình là 64 ± 15 tuổi.

3.1.2 Giới tính



Biểu đồ 2. Tỷ lệ mắc bệnh theo giới tính

Nhận xét: đa số là nữ giới chiếm tỷ lệ 69%, nam giới là 31%.

3.2 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng sỏi ống mật chủ có biến chứng nội khoa

3.2.1 Đặc điểm lâm sàng khi nhập viện

Đặc điểm lâm sàng	Tần số (n=58)	Tỷ lệ %
Đau hạ sườn (P) hay thượng vị	55	94,8%
Sốt	53	91,4%
Vàng da niêm	41	70,7 %
Tụt huyết áp	7	12,2 %

Nhận xét: bệnh nhân vào viện với triệu chứng đau hạ sườn (P) hay thượng vị chiếm đa số với 94,8%, có sốt 91,4%, có vàng da niêm 70,7%, có tụt huyết áp 12,2%.

3.2.2 Đặc điểm cận lâm sàng

Cận lâm sàng	Tần số (n=58)	Tỷ lệ %
Bạch cầu tăng	52	89,7 %
Bilirubin TP tăng (>16 umol/L)	52	89,7 %
Bilirubin TP tăng (>85 umol/L)	18	31 %
Bilirubin trực tiếp tăng (5 umol/L)	55	94,8 %
Amylase máu tăng (>330 U/L)	22	37,9 %
CRP định lượng tăng (>20 mg/L)	49	84,5 %
Siêu âm có sỏi ống mật chủ	30	51,7 %

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có tăng bạch cầu chiếm tỷ lệ 89,7%, tăng bilirubin TP 89,7% (>85 umol/L chiếm 31%), tăng bilirubin TT là 94,8%, tăng CRP là 84,5% và có amylase máu tăng > 330 U/L là 37,9%.

3.2.3 Đặc điểm hình ảnh học

Chụp CT scan bụng có tiêm thuốc cản quang: trong số 58 bệnh nhân nghiên cứu, chỉ có 32 trường hợp được chỉ định chụp. Tất cả 58 bệnh nhân đều được siêu âm bụng tổng quát.

	CT scan không có sỏi OMC	CT scan có sỏi OMC	Không có chụp CT scan	Tổng cộng
Siêu âm không phát hiện sỏi OMC	9	10	9	28
Siêu âm có sỏi OMC	1	12	17	30
Tổng cộng	10	22	26	n = 58

Nhận xét: Trong số 28 trường hợp siêu âm không phát hiện sỏi OMC thì chụp CT scan ổ bụng phát hiện thêm 10 trường hợp có sỏi OMC chiếm tỷ lệ 35,7%.

3.2.3 Nguyên nhân làm ERCP

Lí do làm ERCP	Tần số (n=58)	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng đường mật	32	55,2 %
Nhiễm trùng đường mật + Viêm tụy cấp	17	29,4 %
Nhiễm trùng đường mật + Viêm tụy cấp + Nhiễm trùng huyết	6	10,3 %
Viêm tụy cấp	1	1,7 %
Viêm tụy cấp + Sốc nhiễm trùng	2	3,4 %

Nhận xét: lí do làm ERCP cấp cứu nhiều nhất là nhiễm trùng đường mật chiếm tỷ lệ 55,2 % và do viêm tụy cấp đơn thuần thấp nhất chiếm tỷ lệ 1,7 %.

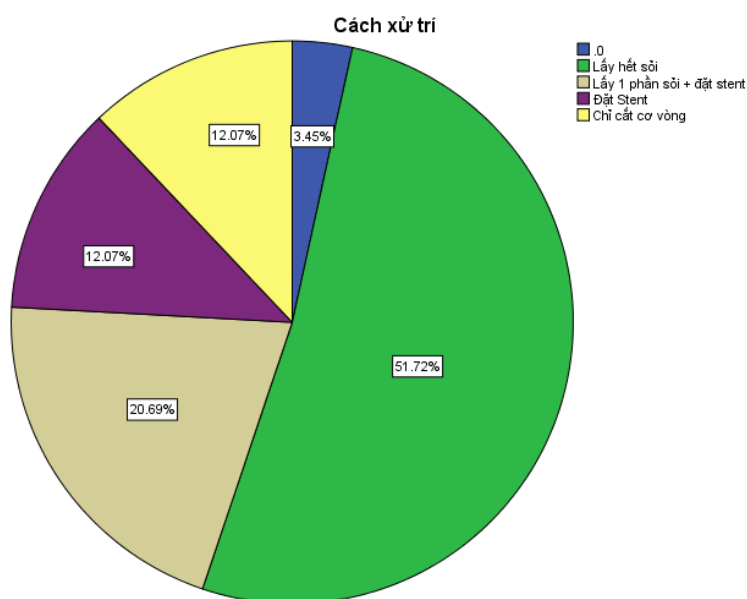
3.3 Kết quả điều trị

3.3.1 Đặc điểm sỏi ống mật chủ

Đặc điểm sỏi OMC	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình
Kích thước sỏi (mm)	0	35 mm	12 mm
Số lượng sỏi	0	50	3

Nhận xét: sỏi to nhất được ghi nhận khi dùng rọ kéo sỏi là 35mm; số lượng sỏi nhiều nhất được ghi nhận là 50 viên.

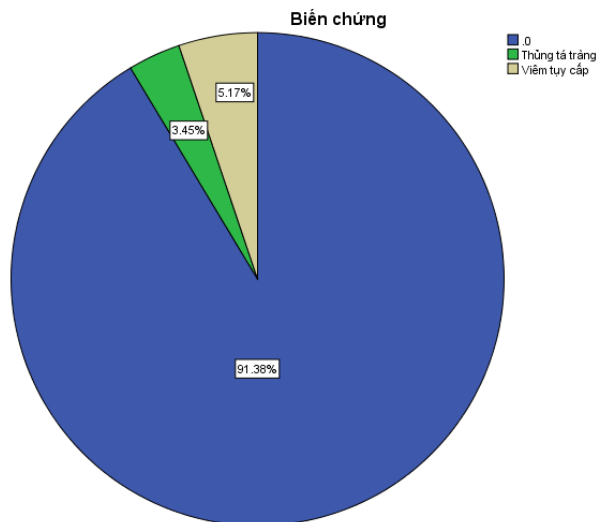
3.3.2 Cách xử trí



Biểu đồ 3. Cách xử trí (n = 58)

Nhận xét: sỏi OMC được lấy hết chiếm 51,7%, lấy một phần sỏi và đặt stent 20,7%, đặt stent 12,1%, chỉ cắt cơ vòng 12,1%. Tỷ lệ thông nhú vào đường mật chiếm tỷ lệ 96,5%.

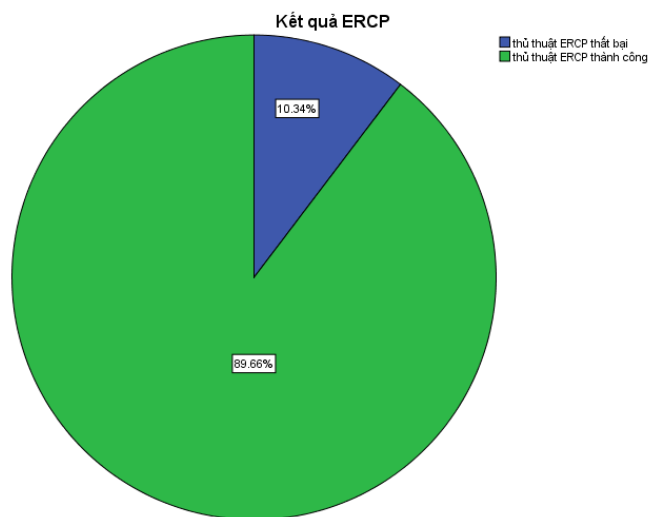
3.3.3 Tai biến – biến chứng



Biểu đồ 4. Tai biến – biến chứng

Nhận xét: tỷ lệ tai biến thấp với thủng tá tràng chiếm tỷ lệ 3,4%, viêm tụy cấp 5,2%

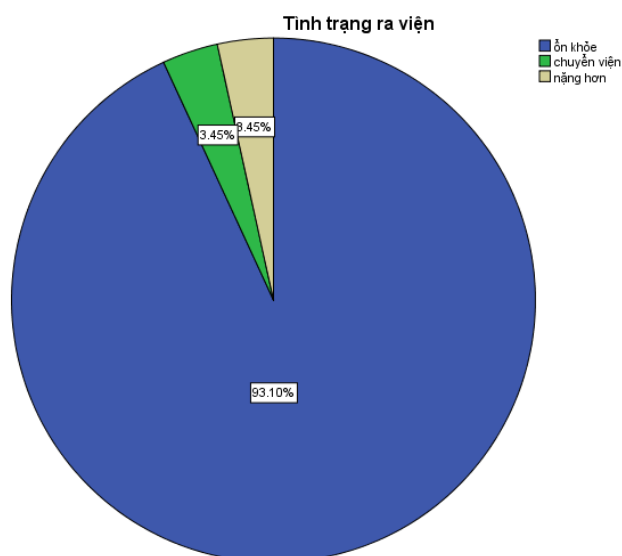
3.3.4 Kết quả ERCP



Biểu đồ 5. Kết quả ERCP

Nhận xét: Kết quả thủ thuật ERCP thành công cao 89,7%, thất bại 10,3%.

3.3.5 Kết quả điều trị



Biểu đồ 6. Kết quả điều trị

Nhận xét: Người bệnh ổn khỏe ra viện chiếm tỷ lệ 93,1%, chuyển viện 3,4%, nặng hơn 3,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung

4.1.1 Tuổi mắc bệnh

Theo Hoàng Trọng Thăng thì sỏi mật hiếm khi gặp ở người dưới 20 tuổi, gia tăng dần theo tuổi và đạt cao điểm ở nhóm người 60 đến 70 tuổi [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tuổi trung bình là 64 ± 15 tuổi, nhỏ nhất là 22 tuổi, cao nhất là 94 tuổi. Tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Mai [4]. Do tính chất sỏi mật gia tăng theo tuổi nên nhiều nghiên cứu cũng cho thấy tình trạng sỏi mật nặng gặp ở người cao tuổi.

4.1.2 Giới tính

Theo các tác giả trong và ngoài nước, sỏi OMC gặp nhiều ở nữ giới do liên quan đến nội tiết tố ở nữ giới là Estrogen sẽ làm gia tăng cholesterol trong dịch mật, dẫn đến dễ hình thành sỏi mật, tỷ lệ mắc bệnh ở nữ/nam là 2/1. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nữ chiếm đa số với tỷ lệ 69%. Tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Mai 63,5%, tác giả Trần Như Nguyên Phương thì nữ chiếm tỷ lệ 65,2% [4].

4.2 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng sỏi ống mật chủ có biến chứng nội khoa

4.2.1 Đặc điểm lâm sàng khi nhập viện

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân có triệu chứng đau chiếm tỷ lệ 94,8%, có sốt là 91,4%, có vàng da niêm là 70,7%. Tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Quỳnh Mai nghiên cứu trên 63 bệnh nhân sỏi ống mật chủ biến chứng nội khoa thì tỷ lệ đau 100%, có sốt là 95,2%, vàng da niêm 74,6% [4], Trần Như Nguyên Phương thì tỷ lệ đau 98,9%, sốt 65,2%, vàng da niêm 69,5% [8].

Nghiên cứu của chúng tôi thì tụt huyết áp chiếm tỷ lệ 12,2%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Mai 20,6% [4], cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thế Toàn với tỷ lệ tụt huyết áp là 5,6% [5]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tụt HA 12,2% có lẽ là do bệnh nhân nhập viện ngay khi bệnh và chúng tôi can thiệp sớm, kịp thời.

4.2.2 Đặc điểm cận lâm sàng

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tăng bạch cầu là 89,7%. Tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Mai với tỷ lệ tăng bạch cầu 88,8% [4], Đào Xuân Cường với tỷ lệ tăng bạch cầu 86% [1]. Theo nhiều nghiên cứu cũng như khuyến cáo thì tăng bilirubin là một yếu tố độc lập có liên quan đến đánh giá phân độ bệnh nặng, tỷ lệ tử vong, thời gian nằm viện, thời gian phải dùng vận mạch, cũng như thông khí nhân tạo. Bilirubin càng cao sẽ gia tăng tỷ lệ tử vong, gia tăng tỷ lệ suy hô hấp cấp. Trong nghiên cứu này, có 89,7% bệnh nhân tăng bilirubin TP và 94,8% bệnh nhân tăng bilirubin TT. Trong đó bilirubin TP > 85 $\mu\text{mol/L}$ chiếm tỷ lệ 31 %, hơi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Mai chiếm tỷ lệ 39,7% [4], điều này có lẽ do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng nhiễm trùng nhẹ hơn, do bệnh nhân nhập viện tuyến tỉnh được phát hiện bệnh sớm. Tỷ lệ tăng amylase trong nghiên cứu của chúng tôi là 37,9%. Tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Mai chiếm tỷ lệ 36,5% [4]. Tỷ lệ tăng CRP trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 84,5%. Các kết quả cận lâm sàng cho thấy phần lớn nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng nhiễm trùng nặng.

Siêu âm phát hiện có sỏi OMC chiếm tỷ lệ 51,7%, thấp hơn nghiên cứu của Lê Phong Huy 88,2% [6], thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Mai 89% [4]. Trong số 28 trường hợp siêu âm không phát hiện sỏi OMC thì chụp CT scan bụng phát hiện thêm 10 trường hợp có sỏi OMC. Do đó trong trường hợp siêu âm không phát hiện được sỏi OMC thì bệnh nhân nên được chỉ định chụp CT scan bụng có tiêm thuốc cản quang để xác định chẩn đoán.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì lý do làm ERCP cấp cứu do nhiễm trùng đường mật chiếm tỷ lệ 55,2%, nhiễm trùng đường mật kết hợp viêm tụy cấp chiếm tỷ lệ 29,4%, nhiễm trùng đường mật và viêm tụy cấp có nhiễm khuẩn huyết chiếm tỷ lệ 10,3%, viêm tụy cấp 1,7%, sốc nhiễm trùng 3,4%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Mai thì biến chứng nhiễm trùng đường mật là 76,2%, sốc nhiễm trùng 22,2%, viêm tụy cấp 36,5% [4]. Trong nghiên cứu của Quách Trọng Đức thì nhiễm trùng đường mật 41%, viêm tụy cấp 2,9%, sốc nhiễm trùng 4,3% [7]. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sốc nhiễm trùng thấp do chúng tôi đã chủ động can thiệp sớm trước khi bệnh nhân vào tình trạng sốc.

4.3 Kết quả điều trị

4.3.1 Đặc điểm sỏi ống mật chủ

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sỏi to nhất được lấy ra là 35mm, số lượng sỏi nhiều nhất là 50 viên. Có những trường hợp sỏi bùn và viêm hẹp cơ vòng gây tắc mật, chúng tôi chỉ cắt cơ vòng thông mật giải áp giải quyết ổ nhiễm.

4.3.2 Cách xử trí

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ lấy hết sỏi là 51,7%, lấy một phần sỏi kết hợp đặt stent là 20,7%, chỉ đặt stent 12,1%, chỉ cắt cơ vòng 12,1%. Tỷ lệ thông vào đường mật là 96,5%. Tác giả Nguyễn Thị Quỳnh Mai có tỷ lệ lấy hết sỏi là 84,1% [4]. Tác giả Quách Trọng Đức thì lấy hết sỏi là 82% [7]. Sở dĩ có sự chênh lệch này là do chúng tôi chú trọng thông mật giải áp, giải quyết ổ nhiễm trùng và làm ERCP thì hai lấy sạch sỏi. Đó là giải pháp an toàn, vừa có lợi cho người bệnh, vừa phù hợp với lớp bác sĩ trẻ nghề như chúng tôi.

4.3.3 Tai biến – biến chứng

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ biến chứng thủng tá tràng chiếm tỷ lệ 3,4%, viêm tụy cấp chiếm tỷ lệ 5,2%. Theo Szary N.M thì các tai biến, biến chứng của NSMTND có thể và sẽ xảy ra cho dù là một nhà nội soi tài năng và tuân thủ các khuyến cáo được hướng dẫn [9]. Chúng tôi đã cố gắng thực hiện tốt nhất thủ thuật nhưng không tránh khỏi vài tai biến. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các tai biến, biến chứng là do:

- Thiếu trang thiết bị cần thiết (bóng nóng cơ vòng), chúng tôi chỉ có dao cắt cơ vòng và dựa vào kinh nghiệm.
- Tuổi nghề NSMTND còn non trẻ (2 năm).

4.3.4 Kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh ổn khỏe ra viện chiếm tỷ lệ 93,1%, chuyển viện 3,4%, nặng hơn 3,4%; NSMTND có tỷ lệ thành công cao 89,7%, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Mai với tỷ lệ NSMTND thành công 95,2% [4], Quách Trọng Đức có tỷ lệ thành công 92,1% [7], Trần Như Nguyên Phương có tỷ lệ thành công 94,5% [8]. Hơi thấp hơn so với các tác giả khác do chúng tôi còn thiếu một số trang thiết bị cần thiết, cũng như tay nghề còn trẻ.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng trên bệnh nhân sỏi ống mật chủ có biến chứng thường gặp nhất là triệu chứng đau hạ sườn phải với tỷ lệ 94,8%, sốt 91,4%, vàng da niêm 70,7% và 12,2% bệnh nhân có tụt huyết áp. Cận lâm sàng : bạch cầu tăng 89,7%, bilirubin TP tăng 89,7%, bilirubin TT tăng 94,8%, amylase tăng > 330 U/L chiếm 37,9%, CRP định lượng tăng chiếm 84,5%. Siêu âm phát hiện sỏi ống mật chủ chiếm tỷ lệ 51,7%, những trường hợp nghi ngờ tắc mật mà siêu âm chưa rõ cần chụp thêm CT scan bụng có tiêm thuốc cản quang. Lí do làm thủ thuật NSMTND cấp cứu đa phần là do nhiễm trùng đường mật và viêm tụy cấp.

Sỏi ống mật chủ được lấy hết là 51,7%, lấy một phần sỏi và đặt stent là 20,7%, thông nhũ vào đường mật thành công chiếm tỷ lệ 96,5%. Tai biến thủng tá tràng chiếm tỷ lệ 3,4%, viêm tụy cấp 5,2%. Bệnh nhân được NSMTND thành công chiếm tỷ lệ 89,7%, người bệnh ra viện ổn khỏe chiếm tỷ lệ 93,1%.

Sỏi OMC có biến chứng cần chẩn đoán nhanh chóng để can thiệp cấp cứu kịp thời, giảm tỷ lệ tử vong, giảm thời gian nằm viện, cũng như giảm chi phí điều trị. Dẫn lưu mật bằng NSMTND cấp cứu là ưu tiên hàng đầu ở sỏi OMC có biến chứng vì ít xâm lấn, với hiệu quả và thành công cao, khá an toàn/tình trạng nặng, nhiều yếu tố nguy cơ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Xuân Cường (2015), "Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị cấp cứu sỏi đường mật có biến chứng", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, phụ bản tập 19(số 5), tr 22-27.
2. Nguyễn Đình Hồi (2000), "Bệnh sỏi đường mật ở Việt Nam: những vấn đề đang đặt ra". *Tạp chí Ngoại khoa*, 15(2), tr. 1-14.
3. Nguyễn Đình Hồi, Nguyễn Mậu Anh (2012), *Sỏi Đường Mật*, NXB Y Học, Hà Nội.
4. Nguyễn Thị Quỳnh Mai, Bò Kim Phương, Nguyễn Anh Kiệt (2017), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị sỏi ống mật chủ có biến chứng nội khoa bằng nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ 2016-2017", *Tạp chí Khoa học tiêu hóa Việt Nam*, 50, tr. 3142-3149.
5. Nguyễn Thế Toàn (2008), *Vai trò của nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu trong điều trị nhiễm trùng đường mật do sỏi*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
6. Lê Phong Huy (2012), "Phẫu thuật nội soi điều trị viêm đường mật cấp do sỏi đường mật chính ngoài gan", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 16(1), tr. 84-90.
7. Quách Trọng Đức và CS (2014), "Hiệu quả của Nội soi mật tụy ngược dòng với gây mê nội khí quản trong điều trị sỏi ống mật chủ ở người cao tuổi", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 18 (số 1), tr. 418-423.
8. Trần Như Nguyên Phương (2010), *Nghiên cứu ứng dụng nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện trung ương Huế*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y dược Huế.
9. Szary N. M. et al (2013), "Complications of Endoscopic Retrograde Cholangio-pancreatography: How to Avoid and Manage Them", *Gastroenterology and Hepatology*, 9(8), pp.496-504.
10. Tohda G. et al (2016), "Efficacy and safety of emergency endoscopic retrograde cholangiopancreatography for acute cholangitis in the elderly", *World J Gastroenterol*, 11(37), pp.8382-8388.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT PHỐI HỢP NỘI SOI MẬT-TUY NGƯỢC DÒNG 1 THÌ ĐIỀU TRỊ SỎI TÚI MẬT VÀ SỎI ỐNG MẬT CHỦ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Lê Huy Cường, Nguyễn Thành Phúc
Trần Nguyễn Quang Trung, Hồ Hiền Sang

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Sỏi mật là bệnh lý phổ biến tại Việt Nam cũng như các nước trên thế giới. Sự phối hợp kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng sau đó cắt túi bằng phẫu thuật nội soi được đề cập nhiều trong y văn do có nhiều ưu điểm mang lại và cũng là sự phối hợp được ưa chuộng hiện nay để điều trị cùng lúc sỏi ống mật chủ và sỏi túi mật. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị của PTNS cắt túi mật kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng 1 thì trong điều trị sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

Phương pháp: Mô tả loạt ca 20 trường hợp có sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ được tiến hành đồng thời nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ và phẫu thuật nội soi cắt túi mật từ 01/01/2020 đến 30/9/2020.

Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ là 7/13, tuổi trung bình $50,10 \pm 13,97$, Thời gian thủ thuật ERCP trung bình là $38,85 \pm 25,33$ phút, thời gian phẫu thuật nội soi cắt túi mật là $78,95 \pm 30,03$ phút. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $6,95 \pm 4,5$ ngày, tỷ lệ thành công là 95% với tỷ lệ sạch sỏi là 100%, chi phí điều trị trung bình là $14,87 \pm 6,68$ triệu VNĐ.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt túi mật phối hợp nội soi mật tụy ngược dòng trong cùng một thì là an toàn, hiệu quả, tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ biến chứng rất thấp, với chi phí điều trị hợp lý.

ABSTRACT

Background and objectives: Gallstones are common diseases in Vietnam as well as in other countries in the world. The one-stage endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and laparoscopic cholecystectomy (LC) has many advantages and also the current preferred combination for the treatment of common bile duct (CBD) stones and gallbladder stones. The purpose of this study was to evaluate the results of treatment concomitant gallstones and CBD stones by one - stage ERCP and LC.

Methods: This was a serial case report of 20 patients who underwent ERCP and LC during the same session, from January 1, 2020 to September 30, 2020.

Results: Sex ratio male/female was 7/13, mean age was $50,10 \pm 13,97$, The mean duration of the endoscopic procedures was $38,85 \pm 25,33$ minutes, the mean operative time $78,95 \pm 30,03$ minutes. The mean postoperative hospital stay was $6,95 \pm 4,5$ days, the success rate of the endoscopic procedures was 95% with CBD stone clearance rates was 100%. The mean treatment cost was $14,87 \pm 6,68$ millions VND.

Conclusion: One - stage ERCP and LC was safe, effective, has a high success rate and low complication rate, with reasonable treatment costs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là bệnh lý phổ biến tại Việt Nam cũng như các nước trên thế giới và thường gây nhiều biến chứng nặng nề. Ngày nay, với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, bệnh lý sỏi mật đã được chẩn đoán dễ dàng hơn với các phương tiện hiện đại như: Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, chụp đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng... Theo nghiên cứu của nhiều tác giả, tại thời điểm chẩn đoán sỏi túi mật, có khoảng 5-21% sỏi ống mật chủ đi kèm [3], [7]. Điều trị không đầy đủ hoặc không nhịp nhàng để giải quyết sỏi ở 2 vị trí đôi khi làm chậm trễ gây nhiều biến chứng như nhiễm trùng đường mật, viêm tụy cấp... đe dọa tính mạng người bệnh.

Có nhiều phương pháp điều trị đồng thời sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ như mổ mở lấy sỏi ống mật chủ và cắt túi mật hoặc phẫu thuật nội soi có ống soi mềm lấy sỏi ống mật chủ và cắt túi mật, đặc biệt là sự phối hợp kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) sau đó cắt túi mật bằng PTNS một thì hoặc hai thì được đề cập nhiều trong y văn do có nhiều ưu điểm mang lại và cũng là sự phối hợp được ưa chuộng hiện nay để điều trị cùng lúc sỏi ống mật chủ và sỏi túi mật [3], [4], [6], [8].

Từ nhiều năm nay, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang đã phối hợp nhịp nhàng và có hiệu quả giữa ê-kíp thực hiện kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng và ê-kíp phẫu thuật nội soi cắt túi mật ngay tại phòng mổ trong một lần can thiệp giúp giảm thiểu số lần gây mê, giảm thời gian phẫu-thủ thuật, giảm thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị và gia tăng sự hài lòng người bệnh... Từ những ưu điểm đó, chúng tôi quyết định thực hiện đề tài “Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật phối hợp với nội soi mật-tụy ngược dòng 1 thì điều trị sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang” nhằm tổng kết, đánh giá kết quả ứng dụng các kỹ thuật này trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân có sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ được tiến hành đồng thời nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ và phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện ĐKTT An Giang từ 01/01/2020 đến 30/9/2020.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả các bệnh nhân có sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ, thỏa các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có sỏi trong gan kèm theo.
- Có vết mổ cũ đường giữa trên rốn (mở ống mật chủ lấy sỏi, cắt dạ dày...).
- Sỏi ống mật chủ $\geq 20\text{mm}$ và hoặc là không có chỉ định làm ERCP.
- Viêm tụy cấp nặng do sỏi mật.
- Sỏi túi mật không có chỉ định phẫu thuật nội soi.
- Chẩn đoán sau mổ là bệnh lý ác tính của đường mật.
- Bệnh nhân có sốc nhiễm trùng đường mật.
- ASA ≥ 3 .

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca.

2.5. Phương pháp tiến hành: Các bước cơ bản như sau:

▪ Kỹ thuật ERCP:

- BN được gây mê toàn thân, ống soi được đưa qua miệng xuống thực quản, dạ dày và vào tá tràng, ở đoạn D2 tá tràng tìm nhú tá lớn.
- Thông nhú và bơm thuốc cản quang đường mật để đánh giá vị trí tắc nghẽn ống mật chủ và các tổn thương khác như sỏi ống mật chủ, hẹp đường mật...
- Cắt hoặc nong cơ vòng Oddi.
- Lấy sỏi ống mật chủ, có thể kèm tán sỏi nếu sỏi lớn.
- Có thể lấy sỏi 2-3 lần nếu sỏi to và nhiều.
- Sau thủ thuật, tất cả bệnh nhân đều được chụp đường mật để kiểm tra [1].

▪ Kỹ thuật cắt TM nội soi: Trong cùng một lần gây mê, sau khi làm ERCP, bệnh nhân được thay đổi tư thế nằm ngửa đầu cao chân thấp, đặt các trocar tiến hành phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

2.6. Đo lường và định nghĩa các biến:

- Thời gian thủ thuật: được tính bằng phút, kể từ khi tiến hành đặt ống soi đến khi rút ống soi trong thủ thuật ERCP.
- Thời gian phẫu thuật: được tính bằng phút, kể từ khi rạch da đến khi may lại các lỗ trocars.
- Thời gian phẫu-thủ thuật = Thời gian phẫu thuật + thời gian thủ thuật.
- Tỷ lệ chuyển mổ mở.
- Kích thước và số lượng sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ trước và sau phẫu-thủ thuật.
- Các tai biến-biến chứng: chảy máu, thủng tá tràng, viêm tụy cấp, tổn thương đường mật...
- Theo dõi sau mổ: sau 3-5 ngày bệnh nhân được siêu âm bụng tổng quát, xét nghiệm Bilirubin (TP, TT), Amylase, Lipase và Công thức máu, CRP để đánh giá tình trạng tắc mật, nhiễm trùng sau mổ, tai biến-biến chứng và tình trạng sạch sỏi.
- Tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu-thủ thuật.
- Kích thước và số lượng sỏi sót.

- Phẫu-thủ thuật thành công khi không có chuyển sang phương pháp phẫu thuật khác và hoặc là ERCP < 3 lần nếu lần đầu chưa lấy hết sỏi.

- Thời gian nằm viện: được tính theo công thức: số ngày nằm viện = ngày xuất viện - ngày nhập viện.

- Tiêu chuẩn ra viện: Không có dấu hiệu tắc mật, không có nhiễm trùng (lâm sàng và cận lâm sàng), tình trạng viêm tụy ổn (nếu có), vết mổ khô tốt, hết đau hay đau ít, trung tiện được, bệnh nhân tự đi lại và tự vệ sinh.

- Theo dõi và tái khám: Tái khám sau khi bệnh nhân ra viện 5 ngày bằng xét nghiệm Bilirubin máu và siêu âm bụng cho tất cả các trường hợp.

2.7. Xử lý số liệu: Các số liệu được ghi nhận vào phiếu thu thập lập sẵn và được xử lý mô tả bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

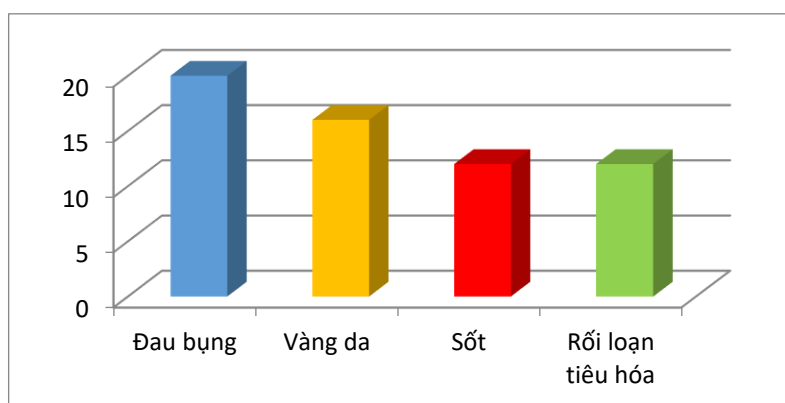
Trong thời gian từ 01/01/2020 đến 30/09/2020, chúng tôi thực hiện được 20 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt túi mật phối hợp nội soi mật tụy ngược dòng trong cùng một thì. Kết quả được mô tả qua các bảng sau:

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	N=20 (%)	
Tuổi	58,10 ± 13,97 (29-78 tuổi)	
Giới (nam/nữ)	7/13 (35%/65%)	
Nghề nghiệp	+ Làm ruộng: 2 TH (10%) + Buôn bán: 4 TH (20%) + Công nhân viên: 4 TH (20%)	+ Nội Trợ: 1 TH (5%) + Hết tuổi lao động: 9 TH (45%)
Chỉ số BMI	+ Bình thường ($18,5 \leq \text{BMI} < 23$): 2 TH (10%) + Thừa cân ($\text{BMI} \geq 23$): 18 TH (90%)	

Về lâm sàng, hai triệu chứng chính là đau bụng vùng hạ sườn phải chiếm cả 20 trường hợp (100%) và vàng da 16 trường hợp (80%). Có 12 trường hợp có sốt khi nhập viện (60%) và 12 trường hợp có biểu hiện rối loạn tiêu hóa như chán ăn, buồn nôn và nôn ói.

Biểu đồ 3.1 Triệu chứng lâm sàng



Tất cả các bệnh nhân đều được tiến hành làm các cận lâm sàng cần thiết trước mổ, kết quả được mô tả qua bảng 3.2.

Bảng 3.2 Kết quả cận lâm sàng trước mổ

Bạch cầu	+ Tăng: 9 TH (45%) + Bình thường: 11 TH (55%)
CRP	+ Tăng: 13 TH (65%) + Bình thường: 7 TH (35%)
Bilirubin Toàn phần và Trực tiếp	+ Tăng trong 100% TH. + Bilirubin TP trung bình: $40,47 \pm 23,60$ $\mu\text{mol/L}$. Bilirubin TT trung bình: $22,06 \pm 18,97$ $\mu\text{mol/L}$
Chỉ số AST (U/L)	$196,93 \pm 197,79$ U/L
Chỉ số ALT (U/L)	$215,39 \pm 276,89$ U/L
Hình ảnh học sỏi ống mật chủ (Qua CT-Scan và siêu âm)	+ Sỏi bùn: 9 TH (45%). + Sỏi viên: 11 TH (65%). Số lượng sỏi trung bình là $2,85 \pm 1,57$ viên (1-6 viên)
Hình ảnh học túi mật (Qua CT-Scan và siêu âm)	+ Thành túi mật dày ($>3\text{mm}$): 19 TH (95%) + Thành túi mật mỏng: 1 TH (5%)
Thang điểm ASA (American Society of Anesthesiologist)	+ 1 điểm: 6 TH (30%) + 2 điểm: 14 (70%)

Về kết quả điều trị được tóm tắt qua bảng 3.3. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được hẹn tái khám lại sau mổ.

Bảng 3.3 Kết quả điều trị và tái khám

Thời gian thủ thuật ERCP	$38,85 \pm 25,33$ phút (10-90 phút)
Các tổn thương kèm theo	+ Hẹp đường mật: 1 TH (5%). + Viêm hẹp Oddi: 6 TH (30%). + Không có tổn thương đi kèm: 12 TH (60%).
Kết quả ERCP	+ Thành công: 19 TH (95%). + Thất bại: 1 TH (5%) (không tìm được nhú tá lớn để đặt ống thông vào đường mật)
Biến chứng sau ERCP	+ Viêm tụy cấp: 1 TH (5%) + Không biến chứng: 19 TH (95%)
Thời gian phẫu thuật	$78,95 \pm 30,03$ phút
Biến chứng sau mổ	Không biến chứng: 19/19 TH 100%
Thời gian trung tiện sau mổ	$1,68 \pm 0,58$ ngày (1-3 ngày).
Thời gian nằm viện sau mổ	$6,95 \pm 4,5$ ngày (3-22 ngày)
Điểm đau sau mổ (VAS)	+ Ngày 1: $4,89 \pm 0,88$ điểm + Ngày 3: $2,58 \pm 0,9$ điểm
Siêu âm bụng kiểm tra	Sạch sỏi: 100%.

Khi tái khám, tất cả trường hợp, chỉ số bạch cầu, bilirubin trở về bình thường, 4 trường hợp (21,05%) có chỉ số amylase và lipase tăng nhẹ, nhưng lâm sàng bệnh nhân ổn định, được điều trị ngoại trú. Siêu âm ổ bụng kiểm tra 19/19 trường hợp (100%) không có sỏi sỏi.

IV. BÀN LUẬN

Việc điều trị đồng thời sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ có nhiều phương pháp và không phải trường hợp sỏi ống mật chủ nào cũng có thể can thiệp qua ERCP nhưng nếu được chỉ định đúng thì sự phối hợp giữa ERCP và phẫu thuật nội soi cắt túi mật có thể mang lại hiệu quả tối ưu với xâm lấn là tối thiểu bởi vì bệnh nhân sau mổ không phải nhận một vết mổ dài, không phải đặt ống dẫn lưu Kehr từ đó tránh được các biến chứng của nó [6]. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $58,10 \pm 13,97$ tuổi nhỏ nhất là 29, lớn nhất là 78 tuổi, tương đương với kết quả của Phạm Trung Vỹ là $52,2 \pm 12,5$ tuổi [3], Reema Mallick là 49 ± 20 tuổi [10],

Mohamed Salimah ghi nhận tuổi trung bình là 52,1 (từ 18-74 tuổi) [9]. Về giới tính, nữ giới chiếm đa số (65%) điều này cũng phù hợp với đa số các nghiên cứu [3], [6], [9], [10] và y văn vì giới tính nữ là một trong những yếu tố nguy cơ mắc phải sỏi túi mật do estrogen làm tăng tiết cholesterol và progesterol làm giảm co bóp túi mật.

Về triệu chứng lâm sàng, tam chứng Charcot kinh điển được mô tả từ rất lâu trong bệnh cảnh tắc mật do sỏi ống mật chủ bao gồm ba triệu chứng chính và xuất hiện theo thứ tự, đó là đau, sốt và vàng da, biểu hiện các triệu chứng này tùy thuộc vào mức độ tắc nghẽn và nhiễm trùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng này được biểu hiện với tần suất như sau: đau hạ sườn phải (100%), sốt (60%) và vàng da (80%), đây là các triệu chứng thường gặp và là lý do khiến bệnh nhân nhập viện, kết quả này tương đương với Phạm Trung Vỹ [3] với đau hạ sườn phải (91,2%), vàng da (51,5%), sốt (22,1%) và Reema Mallick [10] với đau bụng (98%), vàng da (30%) và nôn ói (75%). Chỉ số trung bình bilirubin toàn phần của chúng tôi là $40,47 \pm 23,60 \mu\text{mol/L}$, bilirubin trực tiếp trung bình $22,06 \pm 18,97 \mu\text{mol/L}$, điều này cho thấy các bệnh nhân vào viện trong tình trạng tắc mật, phù hợp với các triệu chứng lâm sàng đã được mô tả ở trên, kết quả này cũng tương đương Jin Feng Zang [6]: $37,3 \pm 8,6 \mu\text{mol/L}$ và thấp hơn Mohamed Selimah [9]: $71,82 \pm 39,33 \mu\text{mol/L}$. Về hình ảnh sỏi qua các phương tiện chẩn đoán như siêu âm và chụp cắt lớp vi tính, cho thấy 9 trường hợp (45%) thấy được sỏi bùn ống mật chủ, 11 trường hợp còn lại: số lượng sỏi trung bình là $2,85 \pm 1,57$ viên (1-6 viên), kích thước sỏi trung bình là $11,00 \pm 4,38$ mm, thành túi mật dày > 3 mm trong 19 trường hợp (95%), số lượng sỏi trung bình trong túi mật là $3,65 \pm 6,62$ viên (1-30 viên), kích thước sỏi trung bình trong túi mật là $11,38 \pm 7,59$ mm, điều này cũng cho thấy 95% bệnh nhân vào viện có tình trạng viêm túi mật và tất cả các trường hợp có kích thước sỏi phù hợp với chỉ định phẫu-thủ thuật và kết quả này cũng tương đương với Phạm Trung Vỹ [3] nhưng kích thước sỏi ống mật chủ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi to hơn tác giả Jin Feng Zang ($6,4 \pm 1,4$ mm) [6]. Tình trạng bệnh nhân trước mổ được đánh giá theo thang điểm ASA với ASA=1 chiếm 30%, ASA = 2 chiếm 70%, như vậy, tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong nhóm có khoảng điểm an toàn cho phẫu thuật, trong thực tế chúng tôi không có bệnh nhân nào bị tai biến, biến chứng phẫu thuật liên quan đến bệnh lý nội khoa, điều này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác [6], [10].

Thời gian thủ thuật ERCP của chúng tôi là $38,85 \pm 25,33$ phút (nhANH NHẤT là 30 phút và chậm nhất là 90 phút), thời gian phẫu thuật là $78,95 \pm 30,03$ phút. Nếu so với tác giả Reema Mallick [10] thì thời gian thủ thuật ERCP của chúng tôi dài hơn ($38,85 \pm 25,33$ phút so với 28 ± 15 phút) nhưng thời gian phẫu thuật nội soi cắt túi mật của chúng tôi ngắn hơn ($78,95 \pm 30,03$ phút so với 115 ± 52 phút). Tỷ lệ ERCP thành công của chúng tôi là 95% vì có 1 trường hợp (5%) làm ERCP thất bại, phải chuyển sang phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi kèm cắt túi mật, tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn tác giả Jin Feng Zang [6] là 97,8% và Mohamed Selimah [9] là 97,5% nhưng cao hơn tác giả Bahtiyar Muhammedoglu [5] là 80%. Tác giả Aldo Bove [4] cho rằng, trước mổ bệnh nhân cần được chụp cắt lớp vi tính để xác định số lượng và vị trí của sỏi, việc này giúp phẫu thuật viên dễ dàng đánh giá lấy hết sỏi trong lúc mổ, chúng tôi cũng đồng tình với quan điểm này, tất cả bệnh nhân của chúng tôi trước phẫu-thủ thuật đều chụp cắt lớp vi tính để xác định chính xác số lượng, vị trí sỏi trong đường mật và điều này làm tăng tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu-thủ thuật. Theo y văn, việc đánh giá độ an toàn và khả thi của kỹ thuật cần dựa vào các tiêu chí như tỷ lệ sạch sỏi, tai biến, biến chứng và cuối cùng là tỷ lệ tử vong liên quan đến kỹ thuật. Tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%, có thể do cỡ mẫu còn nhỏ nên chưa đánh giá chính xác tỷ lệ sạch sỏi nhưng cũng có thể do tiêu chuẩn chọn bệnh của chúng tôi chặt chẽ nên cũng làm tăng tỷ lệ sạch sỏi, điều này cho thấy hiệu quả của phương pháp điều trị này nếu chúng ta lựa chọn bệnh kỹ càng. Tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả Phạm Trung Vỹ [3] là 85,3%, tương đương với tác giả Kiều Văn Tuấn [2] có tỷ lệ sạch sỏi sau thủ thuật ERCP là 97,8-98,2% và của Reema Mallick [10] 100%.

Chúng tôi dùng thang điểm VAS để đánh giá mức độ đau sau mổ vào ngày hậu phẫu ngày thứ 1 và ngày thứ 3, cụ thể điểm đau trung bình của ngày hậu phẫu thứ 1 là $4,89 \pm 0,88$ điểm và hậu phẫu ngày 3 là $2,58 \pm 0,9$ điểm, thời gian trung tiện trung bình là $1,68 \pm 0,58$ ngày

(1-3 ngày), có nghĩa là bệnh nhân đau vừa vào ngày hậu phẫu thứ 1 và đau nhẹ vào ngày hậu phẫu thứ 3, điều này chứng minh rằng phẫu thuật nội soi và nội soi mật tụy ngược dòng nhẹ nhàng, ít đau sau mổ, thời gian hồi phục nhanh. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình của chúng tôi là $6,95 \pm 4,50$ ngày, tương đương với các tác giả Phạm Trung Vỹ [3] là $6,5 \pm 4,3$ ngày và dài hơn các tác giả khác: John Baillie [7] là $6,2 \pm 3,3$ ngày và của Wei Liu [11] là $5,2 \pm 0,8$ ngày. Thời gian nằm viện dài là do thứ 7 và chủ nhật không thể cho bệnh nhân xuất viện và do lần đầu nghiên cứu, chúng tôi muốn lưu bệnh nhân lâu hơn để theo dõi. Chi phí điều trị trung bình là 14,87 triệu đồng, đây là chi phí không quá cao và có thể chấp nhận được do sỏi ở 2 vị trí cần can thiệp phối hợp cùng lúc thủ thuật và phẫu thuật, chi phí can thiệp 1 thì chắc chắn rẻ hơn so với làm 2 thì.

Tất cả các trường hợp diễn tiến hậu phẫu ổn định, khi ra viện và tái khám không thấy sỏi và bilirubin toàn phần đều trở về bình thường. Từ những kết quả trên cho thấy đây là kết quả đáng khích lệ cho việc sử dụng cả 2 kỹ thuật trong cùng 1 thì để điều trị bệnh lý sỏi túi mật có kèm sỏi ống mật chủ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi, có thể kết luận rằng sử dụng phẫu thuật nội soi cắt túi mật phối hợp nội soi mật tụy ngược dòng trong cùng một thì là an toàn, hiệu quả, tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ biến chứng rất thấp, thời gian nằm viện ngắn, mang lại lợi ích thiết thực cho người bệnh và ngành y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y Tế (2014), *Quyết định 3805/QĐ-BYT Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tiêu hóa*, Bộ Y Tế ban hành ngày 05 tháng 9 năm 2014
2. Kiều Văn Tuấn, Trần Hữu Vinh (2013), “Nhiễm trùng đường mật do sỏi bằng phương pháp lấy sỏi và dẫn lưu đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 893, tr. 147-151.
3. Phạm Trung Vỹ (2018), “Sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ, nên cắt túi mật nội soi ngay sau mật tụy ngược dòng không?”, *Tạp chí Y dược học trường Đại học Y dược Huế*, số 6, tr. 100-104.

TIẾNG ANH

4. Aldo Bove (2017), “Single-stage procedure for the treatment of cholecysto- choledocolithiasis: a surgical procedures review,” *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 14, pp.305-312.
5. Bahtiyar Muhammedoglu (2019), “Single-stage treatment with ERCP and laparoscopic cholecystectomy versus two-stage treatment with ERCP followed by laparoscopic cholecystectomy within six to eight weeks: a retrospective study”, *Turk J Surg*, 35(3), pp. 178-184.
6. Jin Feng Zang (2013), “Endoscopic retrograde cholangiopancreatography and laparoscopic cholecystectomy during the same session: Feasibility and safety”, *World J Gastroenterol*, 19(36), pp. 6093-6097
7. John Baillie (2016), “Same-day laparoscopic cholecystectomy and ERCP for choledocholithiasis”, *Gastrointestinal endoscopy*, 84(4), pp. 646-648.
8. Maris Jones (2012), “ERCP and laparoscopic cholecystectomy in a combined (one-step) procedure: a random comparison to the standard (two-step) procedure”, *Surg Endosc*, 27, pp. 1907-1912.
9. Mohamed A.F Salimah (2016), “Comparison of one-stage endoscopic retrograde cholangiopancreatography and cholecystectomy versus two-stage endoscopic retrograde cholangiopancreatography and cholecystectomy for treatment of cholelithiasis with Choledocholithiasis”, *The Egyptian Journal of Surgery*, 35, pp. 398-402.
10. Reema Mallick (2016), “Single-session laparoscopic cholecystectomy and ERCP: a valid option for the management of choledocholithiasis”, *Gastrointestinal endoscopy*, 84(4), pp. 639-645.
11. Wei Liu (2014), “A modified technique reduced operative time of laparoendoscopic rendezvous endoscopic retrograde cholangiopancreatography combined with laparoscopic cholecystectomy for concomitant gallstone and common bile ductal stone”, *Gastroenterology Research and Practice*, Vol. 2014, pp. 1-6.

**KHẢO SÁT KIẾN THỨC VỀ AN TOÀN TRUYỀN MÁU LÂM SÀNG
CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2020**

*Bùi Thị Thanh Trúc, Trần Thị Danh
Đào Thanh Ngọc, Trần Thị Yến Nhi*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng về an toàn truyền máu lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang đến năm 2020

Phương pháp nghiên cứu : Điều dưỡng 17 khoa lâm sàng có thực hiện truyền máu, từ ngày 01/06/2020 đến ngày 30/06/2020

Kết quả : Tổng số có 235 điều dưỡng của 17 khoa lâm sàng tham gia nghiên cứu. Đa số điều dưỡng có trình độ Trung học chiếm tỷ lệ 72%. Có thâm niên công tác < 10 năm chiếm tỷ lệ 53%. Phần lớn nhân viên được bệnh viện tập huấn an toàn truyền máu chiếm tỷ lệ 68%. Ít khi nhận được y lệnh truyền máu các khoa lâm sàng 58%. Tuổi 22-40 chiếm 82%. Điều dưỡng nhận biết được sơ đồ truyền máu hệ ABO chiếm 99%, biết ngừng ngay truyền máu và báo ngay Bác sỹ khi phát hiện bất thường đạt 100%, biết được các vấn đề cần phải theo dõi khi truyền máu đạt 100%, Bác sỹ và điều dưỡng phối hợp với nhau đọc kết quả định nhóm máu và phản ứng thuận hợp 100%, biết theo dõi sát người bệnh truyền máu trong 15 phút đầu đạt 100%, biết về thời gian làm nguội hồng cầu lắng trước khi truyền là 30 phút chiếm 97%, biết cách làm phản ứng sinh vật 91%. Một số điều dưỡng không biết nhiệt độ bảo quản tiểu cầu, huyết tương tươi đông lạnh, hồng cầu lần lượt chiếm 65%; 55%; 29%, không biết về thời gian truyền tiểu cầu ngay sau khi lãnh túi máu về chiếm 41%, không biết điều kiện bảo quản túi máu và thời gian trả lại túi máu cho phòng phát máu, khi không sử dụng đơn vị máu đã cấp chiếm 12%, không nhớ thể tích máu cần giữ lại trong túi máu trước khi kết thúc truyền máu 54%.

Kiến thức của điều dưỡng được bệnh viện tập huấn với điều dưỡng chưa được bệnh viện tập huấn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.024$). Kiến thức của điều dưỡng thường xuyên nhận y lệnh với kiến thức của điều dưỡng ít nhận y lệnh truyền máu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.01$)

Kết luận: Điều dưỡng nhận được y lệnh truyền máu thường xuyên có kiến thức tốt hơn điều dưỡng các khoa ít nhận được y lệnh truyền máu. Điều dưỡng được bệnh viện tập huấn an toàn truyền máu có kiến thức tốt hơn điều dưỡng chưa được bệnh viện tập huấn an toàn truyền máu (nguồn kiến thức có được từ trường học).

**SURVEILLANCE OF KNOWLEDGE ON CLINICAL BLOOD TRANSMISSION
SAFETY OF AN GIANG HOSPITAL IN 2020**

ABSTRACT

AIM: Evaluate the rate of nurses with correct knowledge of clinical blood transfusion safety at An Giang Central General Hospital by 2020

Methods: Nursing 17 clinical departments performing blood transfusion, from 1st June to end 30th June in 2020

Results: A total of 235 nurses from 17 clinical faculties participated in the research:

The majority of nurses with high school qualifications accounted for 72%. Seniority in < 10 years accounted for 53%. The majority of staff trained by the hospital for blood transfusion safety accounted for 68%. Rarely receives 58% of clinical blood transfusion orders. Ages 22-40 account for 82%.

The nurse know the ABO blood transfusion diagram accounted for 99%, immediately stopped the transfusion and notified the doctor when 100% abnormal was detected, knowing the problems to be monitored when the blood transfusion reaches 100%, doctors and nurses together read the results of blood type determination and 100% appropriate response, know how to closely monitor the blood transfusion of the patient in the first 15 minutes reaches 100%, know about the cooling time of red blood cells deposition before infusion is 30 minutes accounted for 97%, know how to react 91%. Some nurses do not know the temperature of preservation of inputs, freshly frozen plasma, thrombocytes account for 65%; 55%; 29%, do

not know about the time of thrombolytic transfusion immediately after receiving blood bags accounted for 41%, do not know the conditions of storage of blood bags and the time of return of blood bags to the transfusion room, when not using the acute blood unit accounted for 12%, do not remember the volume of blood to keep in the blood bag before the end of the blood transfusion 54%.

Knowledge of nurses trained with nursing of the hospital has not been trained by the hospital, the difference is statistically meaningful ($p = 0.024$). Knowledge of nurses who regularly receive medical orders with little knowledge of nursing receiving blood transfusion orders, statistically meaningful differences ($p = 0.01$)

Result: Nurses who receive regular blood transfusions have better knowledge than nursing less-received blood transfusions. Nurses trained by the hospital for blood transfusion safety have better knowledge than nurses who have not been trained by the hospital to safely transmit blood transfusions (sources of knowledge from schools).

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền máu là một phương pháp điều trị không thể thiếu trong rất nhiều chuyên khoa. An toàn truyền máu là một qui trình khép kín từ khi tuyển chọn người hiến máu, cho đến truyền máu an toàn cho người. Vai trò của điều dưỡng trong khâu truyền máu rất quan trọng. Theo dõi, phát hiện sớm các biểu hiện bất thường trong quá trình truyền máu, theo dõi các tai biến có thể xảy ra trong và sau truyền máu... nhằm hạn chế và phòng ngừa các phản ứng bất lợi có thể ảnh hưởng đến tính mạng của bệnh nhân cũng như sức khỏe của bệnh nhân về sau [6].

Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang sử dụng máu truyền cho người bệnh năm 2019 khoảng 3200 đơn vị. Liệu pháp truyền máu có thể cứu và cải thiện cuộc sống của người bệnh nhưng phải xem xét cẩn thận những nguy hiểm liên quan đến truyền máu.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

Xác định tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng an toàn truyền máu lâm sàng tại các khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

II-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Điều dưỡng đang công tác tại 17 khoa Lâm sàng có y lệnh truyền máu Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

Tiêu chuẩn chọn : Điều dưỡng công tác 1 năm trở lên, tự nguyện tham gia nghiên cứu

Cỡ mẫu: 235 điều dưỡng, chọn mẫu thuận tiện.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: 01/6/2020 đến 30/06/2020

Địa điểm nghiên cứu: các khoa lâm sàng bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang gồm khoa Cấp cứu, Hồi sức tích cực chống độc, Tiêu hóa huyết học, Tim mạch lão học, Thận nhân tạo, Nội thận, Nội Tổng hợp, Nội tiết, Nội Thần kinh, Ngoại nội, Chấn Thương chỉnh hình, Ngoại thần kinh lồng ngực, Ngoại Tổng quát, Ung bướu, Khoa phẫu thuật gây mê, Nhiễm và Lao đây là các khoa có truyền máu

Xử lý, phân tích số liệu: dùng phần mềm SPSS 20.0

III- KẾT QUẢ

1.Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu từ ngày 01/6/2020 đến ngày 30/06/2020 có 235 điều dưỡng tham gia nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn chọn. Đa số điều dưỡng có trình độ Trung học chiếm tỷ lệ 72%. Có thâm niên công tác < 10 năm chiếm tỷ lệ 53%. Phần lớn nhân viên được bệnh viện tập huấn an toàn truyền máu chiếm tỷ lệ 68%. Ít khi nhận được y lệnh truyền máu các khoa lâm sàng 58%. Tuổi 22-40 chiếm 82%.

Đặc điểm chung	Tần số (n)	Tỷ lệ %

Giới tính	Nữ	146	62
	Nam	89	38
Tuổi	22- 40	193	82
	41-56	42	18
Trình độ chuyên môn			
	Trung học	170	72
	Cao Đẳng	32	14
	Đại Học	33	14
Thâm niên công tác			
	1 - 5 năm	71	31
	> 5 -10 năm	51	22
	>10 năm	113	47
Tập huấn an toàn truyền máu			
	Trường học	74	32
	Bệnh viện tập huấn	161	68
Nhận y lệnh truyền máu			
	Ít khi	136	58
	Thường xuyên	99	42

Bảng 1: Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

2. Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng về an toàn truyền máu lâm sàng

Bảng 2: Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng về an toàn truyền máu lâm sàng

Kiến thức	n = 235	Tỷ lệ %
Nhận biết sơ đồ truyền máu hệ ABO	231	99
Ngừng ngay truyền máu và báo ngay Bác sỹ khi phát hiện bất thường	235	100
Hiểu biết cách làm phản ứng sinh vật	214	91
Biết được các vấn đề cần phải theo dõi khi truyền máu	235	100
Biết theo dõi sát người bệnh truyền máu trong 15 phút đầu	235	100
Hiểu biết thời gian truyền hồng cầu lắng tốt nhất	209	89
Bác sỹ và điều dưỡng phối hợp với nhau đọc kết quả định nhóm máu và phản ứng thuận hợp.	235	100
Kiến thức về thời gian làm nguội hồng cầu lắng trước khi truyền là 30 phút	228	97
Biết huyết tương đông lạnh khi đã rã đông không được tái đông	224	95

Nhận xét: Từ bảng 2 cho ta thấy đa số điều dưỡng nhận biết được sơ đồ truyền máu hệ ABO chiếm 99%, biết ngừng ngay truyền máu và báo ngay Bác sỹ khi phát hiện bất thường đạt 100%, biết được các vấn đề cần phải theo dõi khi truyền máu đạt 100%, Bác sỹ và điều dưỡng phối hợp với nhau đọc kết quả định nhóm máu và phản ứng thuận hợp 100%, biết theo dõi sát người bệnh truyền máu trong 15 phút đầu đạt 100%, biết về thời gian làm nguội hồng cầu lắng trước khi truyền là 30 phút chiếm 97%, biết cách làm phản ứng sinh vật 91%.

3. Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức sai về an toàn truyền máu lâm sàng

Kiến thức	n = 235	Tỷ lệ %
Nhiệt độ thích hợp để bảo quản tiểu cầu ở 22 ⁰ C, trên máy lắc đều	154	65
Nhiệt độ thích hợp để bảo quản huyết tương tươi đông lạnh - 35 ⁰ C	128	55
Nhiệt độ thích hợp để bảo quản hồng cầu lắng 2-8 ⁰ C	68	29
Hiểu biết về thời gian truyền tiểu cầu ngay sau khi lãnh túi máu về.	96	41
Nhân viên biết thể tích máu cần giữ lại trong túi máu trước khi kết thúc truyền máu	126	54
Kiến thức về điều kiện bảo quản túi máu và thời gian trả lại túi máu cho phòng phát máu, khi không sử dụng đơn vị máu đã cấp	28	12

Bảng 3: Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức sai về an toàn truyền máu lâm sàng

Nhận xét: Từ bảng 3 cho ta thấy một số điều dưỡng không biết nhiệt độ bảo quản tiểu cầu, huyết tương tươi đông lạnh, hồng cầu chiếm 65%; 55%; 29%, không biết về thời gian truyền tiểu cầu ngay sau khi lãnh túi máu về chiếm 41%, không biết điều kiện bảo quản túi máu và thời gian trả lại túi máu cho phòng phát máu, khi không sử dụng đơn vị máu đã cấp chiếm 12%, không nhớ thể tích máu cần giữ lại trong túi máu trước khi kết thúc truyền máu 54%.

4. Kết quả kiến thức về an toàn truyền máu lâm sàng

KẾT QUẢ	KẾT QUẢ		OR (KTC 95%)	P
	ĐẠT(%)	KHÔNG ĐẠT(%)		
			3.550	0.024

Trường học tập huấn	3 4%	71 96%	(1.024-12.304)	
Bệnh viện tập huấn	21 13%	140 87%		
Ít khi nhận được y lệnh truyền máu	8 6%	128 94%	0.324 (0.133-0.791)	0.01
Thường xuyên nhận được y lệnh truyền máu	16 16%	83 84%		

Bảng 4: Kết quả kiến thức về an toàn truyền máu lâm sàng

Nhận xét: Kết quả bảng 4 cho thấy kiến thức của điều dưỡng về an toàn truyền máu lâm sàng: Tỷ lệ điều dưỡng có kết quả đạt được bệnh viện tập huấn an toàn truyền máu 13%, điều dưỡng có kết quả đạt được tập huấn ở trường học 3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.024$). Tỷ lệ điều dưỡng có kết quả đạt do thường xuyên nhận y lệnh truyền máu 16%, kiến thức của điều dưỡng đạt do ít nhận y lệnh truyền máu 8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.01$)

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi điều dưỡng nữ chiếm 62%, độ tuổi 22 - 40 chiếm đa số (82%), điều này cho thấy lực lượng nhân viên của bệnh viện là lực lượng trẻ, phù hợp với tình hình đang phát triển của bệnh viện và thời gian công tác dưới 10 năm chiếm (52%). Trình độ của nhân viên ngày càng được nâng cao, trong những năm qua, bệnh viện chú trọng đào tạo và tuyển dụng nhân viên có trình độ cao, trong đó lực lượng cao đẳng và đại học chiếm 28%. Kết quả này của chúng tôi tương tự nghiên cứu Phan Thị Kim Hoa- Hứa Hồng Tài tại bệnh viện đa khoa Khu vực Định Quán [5].

Về công tác truyền máu, truyền máu là một kỹ năng rất cần cho tất cả nhân viên trong bệnh viện, do đó, bệnh viện cần chú trọng đào tạo, cập nhật kiến thức về an toàn truyền máu lâm sàng cho tất cả điều dưỡng tham gia công tác lâm sàng. Nguồn kiến thức về an toàn truyền máu đa số được bệnh viện tập huấn là 68%, Nhân viên nhận được y lệnh thường xuyên chiếm tỷ lệ 42% tập trung một số khoa, 58% điều dưỡng ít khi nhận được y lệnh truyền máu.

2. Kiến thức về an toàn truyền máu lâm sàng:

Tất cả nhân viên tham gia phỏng vấn đều trả lời đúng về việc truyền cùng nhóm máu là tốt nhất, tuy nhiên vẫn còn 1% nhân viên nhận biết sai sơ đồ truyền máu.

Trong quá trình truyền máu, nhiệm vụ theo dõi người bệnh là của Bác sĩ và Điều dưỡng, thực tế giao cho Điều dưỡng theo dõi bệnh nhân trong suốt quá trình truyền máu, và vì thế người Điều dưỡng biết được các vấn đề cần phải theo dõi khi truyền máu 100%. Con số 100% nhân viên trả lời phải ngừng ngay truyền máu và báo ngay Bác sĩ đã nói lên điều đó. Bác sĩ và điều dưỡng phối hợp với nhau đọc kết quả định nhóm máu và phản ứng thuận hợp 100%, biết theo dõi sát người bệnh truyền máu trong 15 phút đầu đạt 100%.

Song song với việc truyền máu là vấn đề bảo quản máu trước khi truyền cũng rất quan trọng, đây là một nhiệm vụ của nhân viên khoa xét nghiệm, tuy nhiên các nhân viên khác cũng cần phải nắm vững, có 35% nhân viên đã trả lời đúng về nhiệt độ bảo quản tiểu cầu, có 45% nhân viên đã trả lời đúng về nhiệt độ bảo quản huyết tương tươi đông lạnh, có 71% nhân viên đã trả lời đúng về nhiệt độ bảo quản hồng cầu. Do điều dưỡng không nắm được nhiệt độ bảo quản của máu nên không biết về thời gian truyền tiểu cầu ngay sau khi lãnh túi máu về chiếm 41%, không biết về thời gian làm nguội hồng cầu lắng trước khi truyền là 30 phút, không biết điều kiện bảo quản túi máu và thời gian trả lại túi máu cho phòng phát máu, khi không sử dụng đơn vị máu đã cấp chiếm 12%.

Kiến thức an toàn truyền máu lâm sàng, thực hiện phản ứng sinh vật khi truyền máu là một yêu cầu bắt buộc phải làm 91% nhân viên hiểu biết cách làm phản ứng sinh vật, 9% không nhớ cách làm phản ứng sinh vật. Đây là một kỹ thuật bắt buộc phải thực hiện khi truyền máu

nhằm phát hiện các biến chứng sớm có thể xảy ra. Có 46% nhân viên biết thể tích máu cần giữ lại trong túi máu trước khi kết thúc truyền máu. Đây là điều cần thiết để khi xảy ra tai biến cần phải có nhóm máu đối chứng.

Điều dưỡng khoa Nội thận, Nội tiêu hóa huyết học nhận được y lệnh truyền máu thường xuyên và được bệnh viện tập huấn an toàn truyền máu có kiến thức tốt hơn điều dưỡng các khoa còn lại ít nhận được y lệnh truyền máu và chưa được bệnh viện tập huấn an toàn truyền máu (nguồn kiến thức có được từ trường học).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: Các khoa có điều dưỡng được bệnh viện tập huấn về an toàn truyền máu lâm sàng và thường xuyên nhận y lệnh truyền máu so với khoa có điều dưỡng chưa được bệnh viện tập huấn về an toàn truyền máu lâm sàng và ít khi nhận y lệnh truyền máu sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Kết quả này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Saillour- Glénisson F, Tricaud S, Mathoulin-Peslissier S, Bouchon B, Galpérine I, Fialon P, Slami LR ở Pháp tần suất truyền máu và đào tạo truyền máu là những yếu tố liên quan chặt chẽ đến kiến thức của điều dưỡng[9]. Kết luận trong nghiên cứu ĐD Phan Thị Kim Hoa- Hứa Hồng Tài tại bệnh viện đa khoa Khu vực Định Quán nguồn kiến thức nhân viên có được là từ nhà trường 51%, 55% nhân viên biết phản ứng sinh vật trước truyền máu, 100% điều dưỡng biết ngừng ngay khi phát hiện bất thường. Trên 60% điều dưỡng biết theo dõi các vấn đề trong quá trình truyền máu[5].

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 235 nhân viên về kiến thức an toàn truyền máu lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Trung Tâm An Giang năm 2020, chúng tôi nhận thấy :

Điều dưỡng nhận được y lệnh truyền máu thường xuyên có kiến thức tốt hơn điều dưỡng các khoa ít nhận được y lệnh truyền máu.

Điều dưỡng được bệnh viện tập huấn an toàn truyền máu có kiến thức tốt hơn điều dưỡng chưa được bệnh viện tập huấn an toàn truyền máu (nguồn kiến thức có được từ trường học).

VI. KIẾN NGHỊ :

Điều dưỡng viên cần dành thêm thời gian cập nhật kiến thức mới, trau dồi học tập kiến thức ngoài nguồn tập huấn bệnh viện.

Điều dưỡng trưởng các khoa tăng cường giám sát, kiểm tra và tập huấn an toàn truyền máu lâm sàng cho tất cả điều dưỡng khoa mình.

Định kỳ hàng năm, phòng điều dưỡng và khoa xét nghiệm nên tổ chức tập huấn về công tác an toàn truyền máu cho tất cả điều dưỡng, đặc biệt là các điều dưỡng mới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

- 1 / Bệnh viện Chợ Rẫy (2009) Hội thảo an toàn người bệnh trong công tác chăm sóc, chương trình đào tạo trong nước JICA-BVCR
- 2 / Bộ Y Tế 2005, tài liệu tập huấn cung cấp máu an toàn.
- 3 / Bộ Y tế 2013, Thông tư số 26/2003/TT-BYT ngày 16/09/2013 Hướng dẫn hoạt động truyền máu
- 4 / Đỗ Trung Phấn 2000, an toàn truyền máu, nhà xuất bản Khoa học và kỹ thuật.
- 5 / Phan Thị Kim Hoa, Hứa Hồng Tài, Khảo sát kiến thức an toàn truyền máu của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng Bệnh Viện Đa Khoa khu vực Định Quán, 2014.
- 6 / Ths Trần Thị Thuận- Điều dưỡng cơ bản II 2007

TIẾNG ANH

- 7 / Bayraktar N, Erdil F blood transfusion knowledge and practice among nurses in Turkey, 2000
- 8 / Cherem EO, Aives VH, Rodrigues DP, Souza FDL, Guerra JVV, Maciel VL Nurses' knowledge of blood transfusion in Neonate ,2017
- 9 / Saillour- Glénisson F, Tricaud S, Mathoulin-Peslissier S, Bouchon B, Galpérine I, Fialon P, Slami LR Factors associated with nurses' poor knowledge and practice of transfusion safety procedures in Aputaine, France, 2002
- 10 / Sapkota A, Poudel S, Sedhain A, Khatiwada N blood transfusion practice among Healthcare personnel in Nepai: An Observation al Study, 2018

**KHẢO SÁT KIẾN THỨC VỀ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ-
THEO THÔNG TƯ 51/2017/TT-BYT CỦA ĐIỀU DƯỠNG
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2020**

*Nguyễn Thị Phi Yến, Võ Thị Kim Thoa
Phạm Thị Hoàng, Đỗ Minh Thái*

TÓM TẮT

Sốc phản vệ là tình trạng dị ứng đặc biệt nghiêm trọng có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Nó có thể xảy ra ngay lập tức trong vòng vài giây đến vài phút sau khi tiếp xúc với dị nguyên như thuốc, thức ăn, nọc sinh vật hay côn trùng,... Vai trò của người điều dưỡng trong phòng và xử trí phản vệ là rất cần thiết và vô cùng quan trọng.

Mục đích: của nghiên cứu này là khảo sát kiến thức của điều dưỡng về phòng và xử trí phản vệ theo thông tư 51/2017/TT-BYT.

Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi được soạn sẵn trên 280 điều dưỡng của 20 khoa lâm sàng. Các thống kê bao gồm đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức chung về phòng và xử trí sốc phản vệ, tỷ lệ nhận biết các dấu hiệu phản vệ của điều dưỡng, tỷ lệ hiểu biết của điều dưỡng về xử trí sốc phản vệ, tỷ lệ điều dưỡng liệt kê được cơ sở hộp thuốc chống sốc.

Kết quả:

Tất cả điều dưỡng đều nhận biết được khái niệm về phản vệ, khái niệm về dị nguyên lần lượt chiếm tỷ lệ 96,1%, 98,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy điều dưỡng đã nhận biết được các dấu hiệu, các triệu chứng điển hình của phản vệ như: Các triệu chứng phản vệ độ I chiếm tỷ lệ 99,3%, phản vệ độ II chiếm tỷ lệ 90,4%, phản vệ độ IV chiếm tỷ lệ 85%. Tuy nhiên phản vệ độ III điều dưỡng nhận biết đúng còn thấp chỉ chiếm tỷ lệ 49,3%. Hiểu biết chung của điều dưỡng về sốc phản vệ là trên 90%. Tuy nhiên cho bệnh nhân nằm đầu thấp chỉ chiếm tỷ lệ 78,6%, tiêm nhắc lại Adrenalin 1mg/1ml từ 3-5 phút chiếm tỷ lệ 72,5%. Trong nghiên cứu này chỉ có 53,6% điều dưỡng biết là cần phải lập 2 đường truyền (một đường truyền Adrenalin và một đường là truyền dịch nhanh), hầu hết trên thực tế chủ yếu là theo y lệnh của Bác sĩ. Điều dưỡng nhận biết đủ cơ sở trong hộp chống sốc chiếm tỷ lệ 95%. Trong đó tỷ lệ biết cơ sở thuốc Diphenhydramin 10mg chiếm tỷ lệ cao 95,7%, thuốc Methylprednisolon 40mg chiếm tỷ lệ 100%. Tuy nhiên thuốc Adrenalin 1mg/1ml và phác đồ chống sốc chiếm tỷ lệ lần lượt là 86,8% và 73,2%.

Kết luận:

Qua khảo sát tỷ lệ lượng điều dưỡng có kiến thức chung về phòng và xử trí sốc phản vệ theo thông tư 51/2017 đạt yêu cầu chiếm tỉ lệ 68,6 %. Số lượng chưa đạt yêu cầu còn cao chiếm tỉ lệ 31,4%, tỷ lệ nhận biết các dấu hiệu phản vệ của điều dưỡng trên 90%. Tuy nhiên phản vệ độ III điều dưỡng nhận biết đúng còn thấp chỉ chiếm tỷ lệ 49,3%. Tỷ lệ hiểu biết của điều dưỡng về xử trí sốc phản vệ trên 90%. Hầu hết trên thực tế chủ yếu là điều dưỡng thực hiện theo y lệnh của Bác sĩ, tỷ lệ điều dưỡng liệt kê được cơ sở hộp thuốc chống sốc chiếm tỷ lệ 95%.

Từ khóa: Sốc phản vệ, phòng và xử trí sốc phản vệ

**SURVEILLANCE OF KNOWLEDGE OF AN GIANG CENTRAL CARE
PREVENTION AND MANAGEMENT UNDER CIRCULAR 51/2017 / TT-BYT**

SUMMARY

Anaphylaxis is a particularly serious allergic condition that can be life-threatening if it isn't diagnosed and treated promptly. It can occur immediately within seconds to minutes after exposure to allergens such as drugs, food, venom or insects, etc. The role of a nurse in the room and managing anaphylaxis is very necessary.

The purpose: of this study is to survey knowledge of nurses about anaphylaxis prevention and management according to Circular 51/2017 / TT-BYT of nurses.

This is a cross-sectional descriptive study, data were collected using pre-compiled questionnaires on 280 nurses from 20 clinical faculties. The statistics included the general characteristics of study subjects, the proportion of nurses with general knowledge of anaphylaxis prevention and management, the nursing rate of awareness of anaphylaxis, the rate

of knowledge of the treatment. treatment of anaphylaxis, the proportion of nurses whose number of anti-shock medicine boxes was listed.

Result:

All nurses are aware of the concept of anaphylaxis, the concept of allergens accounts for 96.1% and 98.9% respectively. The results of our research also show that nurses recognize the signs and typical symptoms of anaphylaxis such as: level I anaphylaxis accounts for 99.3%, level II anaphylaxis accounts for 90.4%, level IV anaphylaxis rate 85%. However, level III anaphylaxis with proper awareness nursing is still low, accounting for only 49.3%. Understanding of anaphylaxis is over 90% respectively. However, for patients with low head lying rate only 78.6%, repeat Adrenalin 1mg / 1ml for 3-5 minutes accounted for 72.5 rate. In this study, only 53.6% of nurses knew that it was necessary to set up 2 infusion lines (one Adrenalin infusion and the other was rapid infusion), mostly in fact mainly on doctor's orders. Nurses recognize enough in the shockproof box, accounting for 95%. In which, the percentage of knowing the number of 10mg Diphenhydramin drug accounts for 95.7%, and Methylprednisolon 40mg makes up 100%. However, Adrenalin 1mg / 1ml and anti-shock regimen accounted for 86.8% and 73.2%, respectively.

Conclusion:

Through the survey, the percentage of nurses with general knowledge about the prevention and treatment of anaphylaxis in accordance with Circular 51/2017 is satisfactory, accounting for 68.6%. The number of nurses who have not met the requirements is still high, accounting for 31.4%, the rate of nurses recognizing anaphylaxis signs is over 90%, the rate of nursing knowledge about managing anaphylaxis is over 90%. Of course, in fact, mainly according to the doctor's orders, the percentage of nurses listed a number of 95% anti-shock medicine boxes.

Keywords: *Anaphylaxis, prevention and management of anaphylaxis*

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là là một phản ứng dị ứng, 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].Dị nguyên là yếu tố lạ khi tiếp xúc có khả năng gây phản ứng dị ứng cho cơ thể, bao gồm thức ăn, thuốc và các yếu tố khác.Sốc phản vệ là mức độ nặng nhất của phản vệ do đột ngột giãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản có thể gây tử vong trong vòng một vài phút. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Vân tại bệnh viện Bắc Thăng Long cho kết quả: tỷ lệ điều dưỡng không biết liều dùng Adrenalin cho trẻ em khi có sốc phản vệ chiếm 38% và có đến 8,8% điều dưỡng cho rằng không phải khai thác tiền sử dị ứng trước khi dùng thuốc, 78,1% điều dưỡng không biết nồng độ dung dịch kháng sinh thử test [3].

Ngày 29/12/2017, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 51/2017/TT-BYT hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ. Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày 15/2/2018, thay thế Thông tư số 08/1999/TT-BYT .Thông tư số 51 có nhiều điểm thay đổi cơ bản so với Thông tư trước về phân loại, chẩn đoán phản vệ theo quốc tế; đường tiêm của mũi adrenalin cấp cứu ban đầu, khoảng cách giữa các mũi tiêm nhắc lại; đối tượng được phép tiêm adrenalin cấp cứu ban đầu, thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ và trang thiết bị y tế; bổ sung hướng dẫn xử trí phản vệ với các trường hợp đặc biệt [1]. Hàng năm tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang (ĐKTTAG) tiếp nhận hơn 7.750 ca bệnh nhân nội trú. Đa số bệnh nhân vào điều trị tại các khoa lâm sàng, cần phải sử dụng thuốc trong thời gian nằm viện. Tuy nhiên các tai biến và tử vong do sốc phản vệ có thể giảm đi khi thầy thuốc nói chung và người điều dưỡng nói riêng nắm vững được kiến thức về sốc phản vệ và những can thiệp cấp cứu được Bộ Y tế hướng dẫn theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017. Tuy nhiên tại bệnh viện chưa có nghiên cứu nào khảo sát về kiến thức của điều dưỡng về phòng và xử trí phản vệ, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu là:

- Xác định tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức về phòng và xử trí phản vệ theo thông tư 51/2017/TTBYT tại 20 khoa lâm sàng ở Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang năm 2020.

- Đề xuất giải pháp nâng cao kiến thức trong phòng và xử trí phản vệ theo thông tư 51/2017/TTBYT tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

II- ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tự nguyện tham gia sau khi đã được giải thích mục đích nghiên cứu.

Điều dưỡng công tác 1 năm trở lên tại 20 khoa lâm sàng của Bệnh viện ĐKTTAG.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Điều dưỡng không hoàn thành đầy đủ bộ câu hỏi
- Điều dưỡng vắng mặt khi tiến hành thu thập số liệu (nghỉ hậu sản, nghỉ ốm, đi công tác xa....)
- Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, 280 điều dưỡng

Biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, trình độ, thâm niên công tác, vị trí công việc đang làm, các dấu hiệu phản vệ, cách xử trí sốc phản vệ, liệt kê cơ sở hợp thuốc chống sốc.

Xử lý số liệu: sử dụng thống kê mô tả (trung bình, độ lệch chuẩn, tần số và tỷ lệ %) được dùng để phân tích các đặc điểm nhân khẩu học và kiến thức về xử trí phản vệ.

III- KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố điều dưỡng theo tuổi, giới và thâm niên công tác:

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	96	34,3
	Nữ	184	65,7
Tuổi	Max	59	
	Min	22	
	TB/ $\pm$ SD	35 $\pm$ 9	
Thâm niên công tác	Max	41	
	Min	1	
	TB/ $\pm$ SD	11.6 $\pm$ 8.9	

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy đa số điều dưỡng thuộc giới nữ (chiếm 65,7%), tỷ lệ này phù hợp với đặc điểm chung của ngành điều dưỡng. Tuổi cao nhất 59, tuổi thấp nhất 22, tuổi trung bình 35. Về thâm niên công tác thấp nhất 1 năm, cao nhất 41 năm, trung bình 11.6 $\pm$ 8.9

Bảng 2: Phân bố điều dưỡng theo trình độ chuyên môn, vị trí công tác, đã có và chưa được tập huấn, có và chưa chứng kiến, xử trí sốc phản vệ

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)

Trình độ chuyên môn	Trung cấp	209	74,6
	Cao đẳng	36	12,9
	Đại học	35	12,5
Vị trí công tác	Điều dưỡng chuyên	232	82,9
	Điều dưỡng hành chánh	48	17,1
Đã được tập huấn	Có	274	97,9
	Không	6	2,1
Nơi tập huấn	Trường	48	17,1
	Bệnh viện	232	82,9
Có chứng kiến sốc phản vệ	Có	221	78,9
	Không	59	21,1
Có chăm sóc & xử trí sốc phản vệ	Có	207	73,9
	Không	73	26,1

Nhận xét: Từ bảng 2 nhận thấy điều dưỡng đa số còn trình độ trung cấp có 209 chiếm tỉ lệ 74,6%, trình độ cao đẳng và đại học 71 chiếm tỉ lệ 25,4%. Vị trí công tác đa số thuộc điều dưỡng chuyên môn tỉ lệ 82,9%, điều dưỡng hành chánh chiếm tỉ lệ thấp 17,1% phù hợp với vị trí công tác của các khoa lâm sàng. Tất cả nhân viên điều đã được tập huấn về thông tư 51/2017 TT-BYT, trong đó có 6 nhân viên chưa được tập huấn là nhân viên mới có thâm niên công tác 1 năm. Nơi tập huấn chủ yếu là bệnh viện có 232 trường hợp chiếm tỉ lệ 82,9%, còn lại là được học và tập huấn tại trường tỉ lệ 17,1%. Điều dưỡng có chứng kiến về sốc phản vệ có 221 chiếm tỉ lệ 78,9%, chưa chứng kiến có 59 tỉ lệ 21,1%. Điều dưỡng có chăm sóc và xử trí SPV 207 chiếm tỉ lệ 73,9%, chưa chăm sóc và xử trí sốc phản vệ có 73 trường hợp tỉ lệ 26,1%.

2. Kiến thức phòng và xử trí sốc phản vệ:

2.1 Hiểu biết của điều dưỡng về nhận biết các dấu hiệu phản vệ

Bảng 3: Điều dưỡng nhận biết và trả lời đúng các dấu hiệu về phản vệ

Nội dung	Trả lời đúng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phản vệ là gì?	269	96,1
Các triệu chứng gợi ý Phản vệ	240	85,7
Các biểu hiện mức độ nguy kịch (độ III) của phản vệ	138	49,3
Các biểu hiện mức độ nặng (độ II) của phản vệ	253	90,4
Các triệu chứng thể hiện mức độ nhẹ (độ I) của phản vệ	278	99,3
Dị nguyên là yếu tố lạ khi tiếp xúc có khả năng gây phản ứng dị ứng cho cơ thể, bao gồm thức ăn, thuốc và nọc côn trùng...	277	98,9
Sốc phản vệ là mức độ nặng nhất của phản vệ	230	82,1
Phản vệ được phân thành 4 mức độ	258	92,1
Nhẹ (độ I): Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mề đay, ngứa, phù mạch	265	94,6
Nặng (độ IV): Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn	238	85,0

Nhận xét: Từ bảng 3 cho thấy hầu hết các điều dưỡng đều nhận biết được khái niệm về phản vệ, khái niệm về dị nguyên lần lượt chiếm tỷ lệ 96,1%, 98,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy điều dưỡng đã nhận biết được các dấu hiệu, các triệu chứng điển hình của phản vệ như: các triệu chứng phản vệ độ I chiếm tỷ lệ 99,3%, phản vệ độ II chiếm tỷ lệ 90,4%,

phản vệ độ IV chiếm tỷ lệ 85%. Tuy nhiên phản vệ độ III điều dưỡng nhận biết đúng còn thấp chỉ chiếm tỷ lệ 49,3%.

2.2 Hiểu biết của điều dưỡng về cách xử trí phản vệ

Bảng 4: Điều dưỡng nắm được về xử trí sốc phản vệ.

Nội dung	Trả lời đúng	
	n	%
Nhận định có phản ứng phản vệ thì ngưng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên	273	97,5
Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái (nếu có nôn)	220	78,6
Adrenalin là thuốc quan trọng hàng đầu trong xử trí phản vệ, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên	260	92,9
Liều adrenalin (TB) người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1/2-1 ống).	271	96,8
Bác sĩ, ĐD, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác được xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ	251	89,6
Tiêm nhắc lại adrenalin trong xử trí phản vệ: 3-5 phút/lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.	203	72,5
Trong cấp cứu phản vệ cần thiết lập 02 đường truyền tĩnh mạch	150	53,6
Dung dịch để pha khi truyền tĩnh mạch liên tục Adrenalin là NaCl 0,9%	277	98,9
Cần khai thác thông tin, tiền sử dị ứng trước khi dùng thuốc cho người bệnh	277	98,9
Các trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ	273	97,5
Không phải thử phản ứng cho tất cả thuốc trừ trường hợp có chỉ định của BS	220	78,6

Nhận xét: Theo hướng dẫn của thông tư về xử trí sốc phản vệ phải ngưng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên, cho bệnh nhân nằm tại chỗ đầu thấp, tiêm bắp ngay Adrenalin 1mg/1ml liều lượng 1/2-1 ống tiêm bắp. Tại bảng 4 cho thấy tỉ lệ hiểu biết về sốc phản vệ lần lượt là trên 90%. Tuy nhiên cho bệnh nhân nằm đầu thấp chỉ chiếm tỷ lệ 78,6%, tiêm nhắc lại Adrenalin 1mg/1ml từ 3-5 phút chiếm tỷ lệ 72,5. Trong nghiên cứu này chỉ có 53,6% điều dưỡng biết là cần phải lập 2 đường truyền (một đường truyền Adrenalin và một đường là truyền dịch nhanh), hầu hết trên thực tế chủ yếu là theo y lệnh của Bác sĩ. Kết quả này cho ta thấy tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng liều Adrenalin tiêm bắp ở người lớn là 96,8%, tỷ lệ điều dưỡng được tiêm Adrenalin theo phát đồ khi Bác sĩ vắng mặt là 89,6%.

2.3 Điều dưỡng nắm được cơ sở hộp thuốc chống sốc

Bảng 5: Điều dưỡng nắm được về cơ sở hộp thuốc chống sốc.

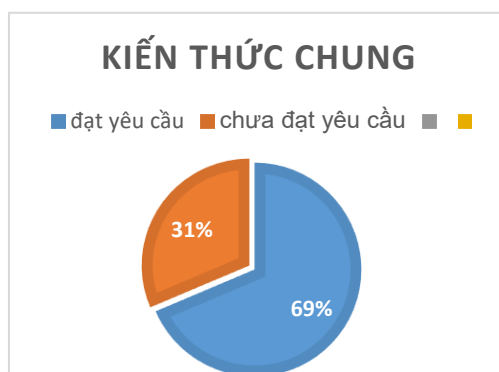
Nội dung	Trả lời đúng	
	n	%

Cơ sở hộp thuốc chống sốc gồm có bao nhiêu món	266	95,0
Số lượng Adrenalin 1mg/1ml x 05 ống.	243	86,8
Nước cất pha tiêm loại 10ml x 3 ống	243	86,8
Cơ sở Diphenhydramin 10mg x 5 ống	268	95,7
Số lượng bơm tiêm 1ml x 2, 5ml x 2, 10ml x 2, kim 16G x 2	207	73,9
Số lượng Methylprednisolon 40mg x 2 lọ	280	100
Dây garo x 2 sợi, gòn tẩm cồn	280	100
Phác đồ chống sốc	205	73,2

Nhận xét: Từ bảng 5 cho thấy số điều dưỡng nhận biết đủ các món trong hộp chống sốc chiếm tỷ lệ 95%. Trong đó tỷ lệ biết cơ sở thuốc Diphenhydramin 10mg chiếm tỷ lệ cao 95,7%, thuốc Methylprednisolon 40mg chiếm tỷ lệ 100%. Tuy nhiên thuốc Adrenalin 1mg/1ml và phác đồ chống sốc chiếm tỷ lệ lần lượt là 86,8% và 73,2%.

Đánh giá chung của Điều dưỡng về kiến thức phòng và xử trí SPV theo thông tư 51/2017:

Biểu: Kiến thức chung của điều dưỡng về phòng và xử trí sốc phản vệ



Nhận xét: Bộ câu hỏi phỏng vấn gồm 30 câu quy về điểm 10, điểm trung bình của điều dưỡng tương đối tốt, không có điểm dưới trung bình, thấp nhất đạt 6,67 điểm, chiếm tỉ lệ 2,5% và có điều dưỡng đạt tối đa điểm 10 chiếm tỉ lệ 3,2%. Còn lại đều đạt từ điểm 7 trở lên chiếm tỉ lệ 97,5%. Tỷ lệ lượng điều dưỡng có kiến thức chung về phòng và xử trí sốc phản vệ theo thông tư 51/2017 đạt yêu cầu chiếm tỉ lệ 68,6 %. Số lượng chưa đạt yêu cầu còn cao chiếm tỉ lệ 31,4%.

IV- BÀN LUẬN:

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Trong nghiên cứu này điều dưỡng có độ tuổi trung bình là 35 ± 9 , tuổi nhỏ nhất 22, tuổi lớn nhất 59 và chủ yếu là nữ chiếm tỷ lệ 65,7. Điều dưỡng có thâm niên công tác cao nhất là 44, thấp nhất là 1 năm, trung bình $11,6 \pm 8,9$ năm. Trình độ chuyên môn chủ yếu là trung cấp chiếm tỷ lệ 74,6%, thấp hơn nghiên cứu của Tạ Thị Anh Thơ tại Bệnh Viện K Trung Ương là 88% cao đẳng và đại học có tỷ lệ 25,4%[5] thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Vân tại Bệnh viện Bắc Thăng Long 2013, tỷ lệ có trình độ cao đẳng và đại học là 38%[3]

2. Hiểu biết của điều dưỡng về nhận biết các dấu hiệu phản vệ:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy điều dưỡng đã nhận biết được các dấu hiệu, các triệu chứng điển hình của phản vệ như: các triệu chứng phản vệ độ I chiếm tỷ lệ 99,3%, phản vệ độ II chiếm tỷ lệ 90,4%, phản vệ độ IV chiếm tỷ lệ 85%. Tuy nhiên phản vệ độ III điều dưỡng nhận biết đúng còn thấp chỉ chiếm tỷ lệ 49,3%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu tương tự của Đặng Thị Hằng Thi tại Bệnh viện 19-8 năm 2016 [2], thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Tạ Thị Anh Thơ tại Bệnh viện K năm 2010 lần lượt là 57,9% và 50% [4].

3. Hiểu biết của điều dưỡng về cách xử trí phản vệ:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ hiểu biết về sóc phản vệ lần lượt là trên 90%. Tuy nhiên cho bệnh nhân nằm đầu thấp chỉ chiếm tỷ lệ 78,6%, tiêm nhắc lại Adrenalin 1mg/1ml từ 3-5 phút chiếm tỷ lệ 72,5. Trong nghiên cứu này chỉ có 53,6% điều dưỡng biết là cần phải lập 2 đường truyền (một đường truyền Adrenalin và một đường là truyền dịch nhanh), hầu hết trên thực tế chủ yếu là theo y lệnh của Bác sĩ. Kết quả này cũng cho ta thấy tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng liều Adrenalin tiêm bắp ở người lớn là 96,8% tỷ lệ điều dưỡng được tiêm Adrenalin theo phát đồ khi Bác sĩ vắng mặt là 89,6%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Vân tại Bệnh viện Bắc Thăng Long 2013 lần lượt là 100% và 95,6% [3]. Tỷ lệ điều dưỡng trả lời sai đường tiêm do còn ảnh hưởng bởi thông tư 08/1999/TT-BYT, trong khi thông tư 51/2017/TT-BYT đã ban hành và sửa đổi đường tiêm.

4. Điều dưỡng nắm được cơ sở hộp thuốc chống sốc:

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy số điều dưỡng nhận biết đủ các món trong hộp chống sốc chiếm tỷ lệ 95%. Trong đó tỷ lệ biết cơ sở thuốc Diphenhydramin 10mg chiếm tỷ lệ cao 95,7%, thuốc Methylprednisolon 40mg chiếm tỷ lệ 100%. Tuy nhiên tỷ lệ điều dưỡng biết được cơ sở đúng thuốc Adrenalin 1mg/1ml chiếm tỷ lệ là 86,8%, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Hằng Thi tại Bệnh viện 19-8 năm 2016 là 97,0% [2]. Tỷ lệ điều dưỡng biết phác đồ chống sốc là 73,2% cao hơn tác giả Đặng Thị Hằng Thi tại Bệnh viện 19-8 năm 2016 [2].

5. Đánh giá chung của Điều dưỡng về kiến thức phòng và xử trí sóc phản vệ theo thông tư 51/2017/TT-BYT:

Bộ câu hỏi phỏng vấn gồm 30 câu quy về điểm 10, điểm trung bình của điều dưỡng tương đối tốt, không có điểm dưới trung bình, thấp nhất đạt 6,67 điểm, chiếm tỉ lệ 2,5% và có điều dưỡng đạt tối đa điểm 10 chiếm tỉ lệ 3,2%. Còn lại đều đạt từ điểm 7 trở lên chiếm tỉ lệ 97,5%. Tỷ lệ lượng điều dưỡng có kiến thức chung về phòng và xử trí sóc phản vệ theo thông tư 51/2017 đạt yêu cầu chiếm tỉ lệ 68,6 %. Số lượng chưa đạt yêu cầu còn cao chiếm tỉ lệ 31,4%. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Hằng Thi tại Bệnh viện 19-8 năm 2016 đạt yêu cầu là 65,8% và chưa đạt yêu cầu là 34,2% [2]. Vì vậy chúng ta cần phải tập huấn thêm kiến thức kiến thức chung về phòng và xử trí sóc phản vệ cho điều dưỡng tại các khoa lâm sàng.

V- KẾT LUẬN:

Qua khảo sát 280 điều dưỡng của 20 khoa lâm sàng về khảo sát kiến thức về phòng và xử trí phản vệ theo thông tư 51/2017/TT-BYT của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Trung Tâm An Giang năm 2020, chúng tôi nhận thấy:

- Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Tuổi thấp nhất 22, cao nhất 59, trung bình 35 tuổi. Giới nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam, thâm niên công tác thấp nhất 1 năm, cao nhất 41 năm và trung bình là 11 năm. Trình độ chuyên môn của điều dưỡng, trung cấp chiếm tỷ lệ 74,6% cao hơn nhiều so với cao đẳng và đại học có tỷ lệ 25,4. Có 78,9% điều dưỡng đã có chứng kiến về sóc phản vệ và 73,9% đã có chăm sóc và xử trí về sóc phản vệ, chưa chứng kiến và xử trí về cấp cứu sóc phản vệ lần lượt với tỷ lệ là 21,1% và 26,1%.
- Điều dưỡng nhận biết các dấu hiệu về sóc phản vệ: Nắm được khái niệm phản vệ là gì đạt tỷ lệ 96,1%, phân độ 92,1%, các yếu tố dị nguyên 98,9%, nắm được triệu chứng biểu hiện của các phân độ I, II, IV lần lượt với tỷ lệ là 94,6%; 90,4%; 85,0%. Riêng nắm được dấu hiệu của phân độ III tỷ lệ còn thấp chỉ đạt 49,3%.
- Hiểu biết của điều dưỡng về cách xử trí khi xảy ra sóc phản vệ: Tỷ lệ hiểu biết về xử trí sóc phản vệ lần lượt theo các bước là trên 90%.
- Điều dưỡng nắm được cơ sở hộp thuốc chống sốc: Nắm được cơ sở hộp thuốc chống sốc là 95%.
- Điều dưỡng có kiến chung về phòng và xử trí sóc phản vệ theo thông tư 51/2017/TT-BYT: Đạt yêu cầu 68,6 %, chưa đạt yêu cầu 34,2%.

VI- KIẾN NGHỊ:

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi có đề xuất các giải pháp tiếp theo sau nghiên cứu nhằm để nâng cao kiến thức, kỹ năng xử trí, chăm sóc, phòng ngừa phản ứng phản vệ:

- Bệnh viện cần phải thực hiện tập huấn về kiến thức, kỹ năng phòng sốc phản vệ trong kế hoạch đào tạo liên tục cho toàn bộ ĐD làm việc tại khoa lâm sàng, sử dụng kết quả từ nghiên cứu này để tập huấn và giám sát điều dưỡng khi chăm sóc NB.
- Tăng tỷ lệ ĐD cao đẳng, đại học: Khuyến khích cá nhân ĐD học lên trình độ cao hơn giúp người ĐD tự tin khi chăm sóc NB, tăng cường sự an toàn cho NB.
- Đánh giá lại kiến thức phản ứng phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT mỗi 3 tháng, 6 tháng, 1 năm.
- Xây dựng quy trình xử trí, chăm sóc phản ứng phản vệ: tập huấn và áp dụng thử quy trình.
- Phối hợp với đội giám sát các chỉ số chất lượng chăm sóc người bệnh nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh khi dùng thuốc, dự phòng phản ứng phản vệ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

- 1 Bộ Y Tế (2017) “*Thông tư 51/2017/TT-BYT hướng dẫn phòng chẩn đoán và xử trí phản vệ*”.
- 2 Đặng Thị Hằng Thi (2016), “*Mô tả kiến thức về phòng và xử trí sốc phản vệ của điều dưỡng các khoa lâm sàng Bệnh viện 19-8 năm 2016*”. Tạp Chí Điều Dưỡng Việt Nam 2017. 17:p 28-33
- 3 Nguyễn Thanh Vân (2013) “*Đánh giá kiến thức phòng và cấp cứu sốc phản vệ của điều dưỡng bệnh viện Bắc Thăng Long năm 2013*”.
- 4 Nguyễn Thị Thùy Ninh, *Nghiên cứu tình trạng sốc phản vệ tại Bệnh viện Bạch Mai* Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, 2014.
- 5 Tạ Thị Anh Thơ (2010), “*Đánh giá kiến thức của điều dưỡng trong việc xử trí và chăm sóc bệnh nhân SPV tại các khoa lâm sàng bệnh viện k*”. Tạp Chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 2010. **14**(4): p. 750-755.

Tiếng Anh

- 6 Drupad, H.S. and H. Nagabushan, *Level of knowledge about anaphylaxis and its management among health care providers*. Indian J Crit Care Med, 2015. **19**(7): p. 412-5.
- 7 Grabenhenrich, L.B., et al., *Anaphylaxis in children and adolescents: The European Anaphylaxis Registry*. J Allergy Clin Immunol, 2016. **137**(4): p. 1128-1137.e1.
- 8 Ibrahim, I., et al., *Knowledge of anaphylaxis among Emergency Department staff*. Asia Pac Allergy, 2014. **4**(3): p. 164-71.
- 9 Mullins, R.J., et al., *Increases in anaphylaxis fatalities in Australia from 1997 to 2013*. Clin Exp Allergy, 2016. **46**(8): p. 1099-110

KHẢO SÁT SỰ TRẢI NGHIỆM CỦA NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2020

Dương Thị Thu Cúc; Nguyễn Như Nguyễn
Phạm Thị Huệ; Lê Văn Danh.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ người bệnh có trải nghiệm tích cực trong thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2020, đồng thời xem xét những vấn đề gì còn hạn chế trong trải nghiệm để kịp thời khắc phục nhằm phát triển bệnh viện thật hoàn chỉnh về chất lượng.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, cỡ mẫu 300 người bệnh nội trú hoặc thân nhân người bệnh sắp ra viện từ 16 khoa lâm sàng.

Kết quả nghiên cứu: Về số điểm người bệnh và người nhà đánh giá sự trải nghiệm trong quá trình điều trị nội trú tại bệnh viện, có 297/300 (99%) người bệnh và thân nhân người bệnh cho điểm từ 7-10 và điểm trung bình là 8,95. Tỷ lệ người bệnh và thân nhân chắc chắn quay trở lại đồng thời giới thiệu cho người khác đến bệnh viện nếu họ có nhu cầu khám chữa bệnh là 79%. Các tiêu chí trải nghiệm được đánh giá cao là: người bệnh không phải nằm ghép giường (97,7%); trang phục của nhân viên y tế đẹp và lịch sự (95,7%); nhân viên y tế đối xử tử tế và tôn trọng bệnh nhân, thân nhân (91,7%); điều dưỡng hướng dẫn sử dụng thuốc hằng ngày rõ ràng và đầy đủ (92,7%); được nhân viên y tế chủ động hướng dẫn giải thích trước khi xuất viện (93%). Bên cạnh đó các vấn đề liên quan đến giải thích về bệnh tật, chuyên môn, xét nghiệm, phẫu thuật, lý do nhập viện và BHYT còn hạn chế.

Kết luận: Nhìn chung người bệnh và người nhà đến nằm điều trị tại Bệnh viện ĐKTT An Giang có tỷ lệ trải nghiệm tích cực rất cao đối với bệnh viện. Tuy nhiên trải nghiệm vẫn đề có liên quan đến giải thích cho bệnh nhân còn hạn chế cần khắc phục.

Từ khóa: sự trải nghiệm của người bệnh

SURVEY THE EXPERIENCE OF THE INPATIENTS IN AN GIANG
CENTER GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Aim: To evaluate the positive experience of the inpatients at An Giang province central hospital in 2020, and to define their uncomfortable problems in order to improve the hospital's quality.

Materials and methods: cross sectional study, representative surveys among 300 inpatients and their family members within hospital stay time at 16 clinical departments.

Result: 99% of participants give the score 7 – 10 (scale of 10) with mean score of 8.95. The rate of absolute coming back to hospital or suggesting others to come to hospital is 79%. Highly content experience criteria are: one patient – one bed (97.9%); medical staff's well-dressed uniform (95.7%); medical staff's kindness and respectful manner (91.7%); clearly drug usage instruction from nurses (92.7%); active explanation and instruction from medical staff before discharging from hospital (93%). Besides, there are some outstanding problems: patients' comprehension of illness, medical works, laboratory tests, surgeries and medical insurance policy.

Conclusion: The positive experience rate of inpatients and family members is significantly high at An Giang province central hospital. On the other side, there are some problems in communication with patients needed to be surmounted.

Keywords: experience of inpatient

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổ chức Y tế thế giới (WHO) chất lượng dịch vụ y tế tác động đến sự hài lòng của người bệnh và ngược lại sự hài lòng của người bệnh có thể đánh giá được hiệu quả của các dịch vụ do bệnh viện và ngành y tế cung cấp [7],[8]. Ngày nay trong sự cạnh tranh lành mạnh của xã hội thì việc đánh giá sự hài lòng của người bệnh tại các bệnh viện là vô cùng quan trọng, để

xác định được nhu cầu thiết yếu nhất của người bệnh và thân nhân người bệnh, vì thế từ năm 2016, các cơ sở y tế tại Việt Nam đã triển khai khảo sát đánh giá sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú, ngoại trú theo hướng dẫn của Bộ Y Tế [1]. Tuy nhiên, một số ý kiến cho rằng điểm số về sự hài lòng của người bệnh không hoàn toàn phản ánh tất cả trải nghiệm mà người bệnh trải qua tại các cơ sở y tế mà còn nhiều cảm tính. Do đó, một số nhà quản trị trên thế giới có các tiếp cận khác nhằm đo lường chất lượng của dịch vụ khám chữa bệnh thông qua khảo sát các trải nghiệm của người bệnh trong quá trình điều trị tại các cơ sở y tế.

Trải nghiệm người bệnh (TNNB) bao gồm một loạt các tương tác mà người bệnh có với hệ thống chăm sóc sức khỏe, bao gồm chăm sóc từ các chương trình y tế, từ bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên trong bệnh viện cũng như các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác. TNNB là một thành phần không thể thiếu của chất lượng chăm sóc sức khỏe, bao gồm nhiều khía cạnh của việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà người bệnh đánh giá cao khi họ tìm kiếm các chăm sóc sức khỏe như: Dễ dàng tiếp cận thông tin về tình trạng bệnh và quá trình điều trị; Giao tiếp tốt với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe [2].

Hiểu được trải nghiệm của người bệnh là một bước quan trọng trong việc chuyển sang mô hình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm. Bằng cách xem xét các khía cạnh khác nhau của TNNB, người ta có thể đánh giá mức độ người bệnh được chăm sóc, tôn trọng và đáp ứng các sở thích, nhu cầu, niềm tin và giá trị của từng người bệnh. Đánh giá trải nghiệm của người bệnh cần được thực hiện song song với đánh giá hiệu quả an toàn chăm sóc, điều trị.

Do đó khảo sát TNNB tại bệnh viện rất cần thiết để cung cấp một bức tranh hoàn chỉnh về chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người bệnh. Chính vì thế mà chúng tôi nghiên cứu đề tài này

Mục tiêu là xác định tỷ lệ người bệnh có trải nghiệm tích cực trong thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2020, đồng thời xem xét những vấn đề gì còn hạn chế trong trải nghiệm để kịp thời khắc phục nhằm phát triển bệnh viện thật hoàn chỉnh về chất lượng.

II- PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Khảo sát ngẫu nhiên 300 người bệnh hoặc thân nhân người bệnh từ 16 khoa lâm sàng đáp ứng các tiêu chí sau:

Người bệnh: Người bệnh có độ tuổi từ 16 tuổi trở lên, điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng trong thời gian nghiên cứu, không mắc các bệnh làm ảnh hưởng đến nhận thức và tri giác (như tâm thần, đột quỵ, hôn mê, lơ mơ, các tình trạng bệnh tật dẫn đến không thể trả lời được câu hỏi...), hiểu và trả lời được bằng tiếng Việt, đồng ý tham gia khảo sát trải nghiệm.

Thân nhân người bệnh hoặc người chăm sóc chính: Người trên 18 tuổi, nắm rõ bệnh tình người bệnh, là người chăm sóc chính người bệnh từ lúc nhập viện đến khi xuất viện, hiểu và trả lời được bằng tiếng Việt, đồng ý tham gia khảo sát trải nghiệm.

Đối với người bệnh, thân nhân người bệnh không biết đọc, biết viết nhưng đáp ứng các tiêu chuẩn khảo sát thì nhân viên điều tra hỗ trợ hỏi và điền phiếu khảo sát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế khảo sát cắt ngang mô tả.

2.3. Cỡ mẫu:

Theo qui định đối với bệnh viện có số giường bệnh kế hoạch trên 500 giường: Số lượng người bệnh cần khảo sát ít nhất là 100 người bệnh/đợt khảo sát

Bệnh viện Đa khoa TTAG năm 2020 có 950 giường bệnh do đó cỡ mẫu khảo sát tối thiểu là 100 đối tượng/ lần khảo sát. Chúng tôi đã chọn 300 mẫu chia tỷ lệ 20% trên các khoa.

2.4. Địa điểm:

Các khoa lâm sàng có giường bệnh tại Bệnh viện ĐKTTAG.

Thời điểm khảo sát: khi người bệnh chuẩn bị xuất viện và thời gian nghiên cứu từ tháng 3/2020 đến tháng 9/2020

Cách tiến hành: Để bảo đảm độ tin cậy và tính đại diện, đồng thời giúp bệnh viện xác định chính xác những vấn đề người bệnh chưa trải nghiệm tích cực, việc chọn mẫu ngẫu nhiên, đảm

bảo đầy đủ các khoa trong bệnh viện, dựa theo số lượng người bệnh xuất viện trong ngày tại các khoa.

Bộ công cụ gồm 49 câu hỏi, trong đó các câu về nội dung trải nghiệm của người bệnh chiếm 35/49 câu. Bộ công cụ gồm các phần chính: Đặc điểm nhân khẩu học và kinh nghiệm điều trị trước đây (9 câu từ A1-A9); Trải nghiệm lúc nhập viện (8 câu B1-B8); Trải nghiệm trong thời gian nằm viện bao gồm: Cơ sở vật chất – tiện ích phục vụ người bệnh (8 câu C1.1-C1.8); Tinh thần thái độ phục vụ của nhân viên y tế (5 câu C2.1-C2.5); Hoạt động khám, chữa bệnh (7 câu C3.1-C3.7); Trải nghiệm chi trả viện phí (3 câu D1-D3); Trải nghiệm trước khi xuất viện (4 câu E1-E4); Nhận xét chung về bệnh viện (5 câu F1-F5). **Phát phiếu khảo sát in sẵn, giải thích mục đích ý nghĩa của nghiên cứu và hướng dẫn trả lời các câu hỏi trên phiếu.** Người bệnh hoặc người nhà tự do nhận thức đánh chéo vào các mục khảo sát nào mà mình đã trải nghiệm theo câu hỏi.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập sẽ được xử lý bằng Phần mềm SPSS 16.0. Tính phần trăm và so sánh một số tiêu chí liên quan bằng one-way ANOVA các test có ý nghĩa thống kê khi $P < 0.05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Có 300 bệnh nhân và thân nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu, trong đó có 181 bệnh nhân chiếm 60,30%; thân nhân 119 chiếm 39,66%.

Nam 174 người (58%) và nữ 126 người (42%). Tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi và lớn nhất 86 tuổi. tuổi trung bình 53 ± 4 tuổi

Đối tượng có tham gia BHYT rất cao chiếm 90%. Có 49% là những người nằm điều trị lần đầu và 51% là những người nằm điều trị từ lần 2 trở lên.

Về trình độ học vấn:

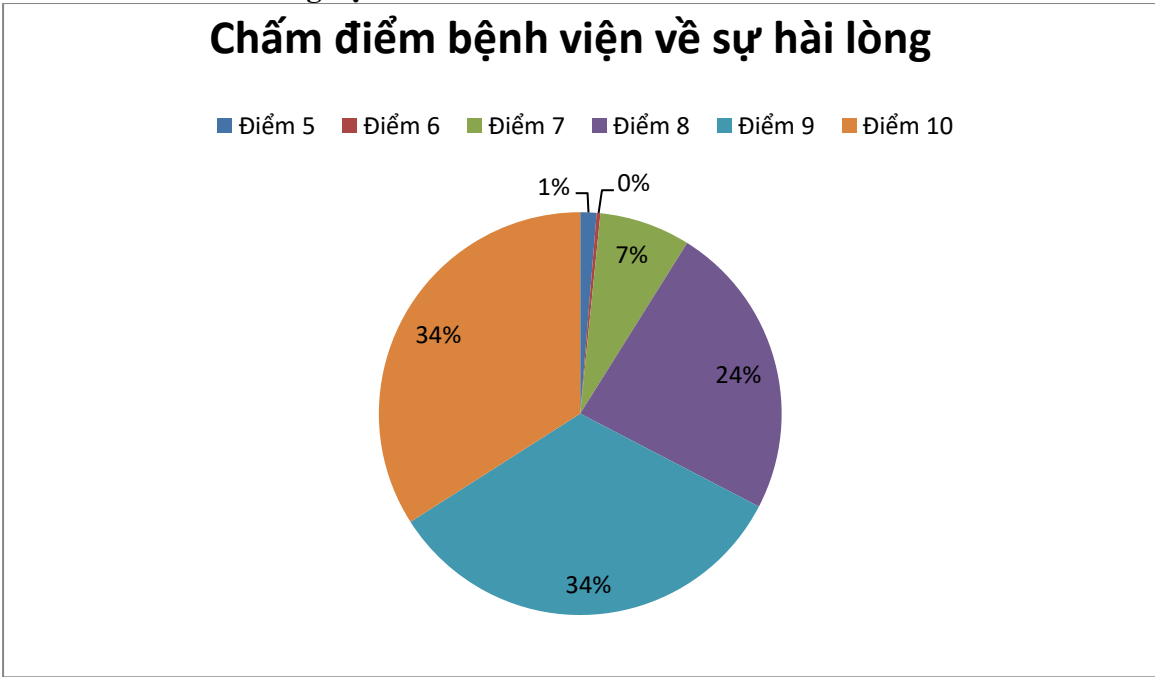
Bảng 3.1. Trình độ học vấn

	Không biết chữ	Tiểu học	THCS	THPT	Cao đẳng	Đại học	Sau đại học
n	24	92	98	58	15	11	2
Tỉ lệ	8%	30,7%	32,7 %	14,3%	5%	3,7%	0,7%

Nhận xét: trình độ học vấn, THCS chiếm cao nhất 32,75; thấp nhất sau đại học 0,75.

3.2. Kết quả trải nghiệm người bệnh và thân nhân

Biểu đồ 1: Điểm trải nghiệm



Nhận xét: 297/300 (99%) người bệnh và thân nhân người bệnh cho điểm 7,8,9,10 trong đó điểm 9 và 10 đều chiếm (34%) 204 người; 72 người cho điểm 8 (24%); 21 người cho điểm 7 và 3 người cho điểm 5. Như vậy điểm trung bình là 8,95. Về trải nghiệm lúc nhập viện của người bệnh (nhóm B)

Bảng 3.2. Trải nghiệm lúc nhập viện của người bệnh (nhóm B)

Nội dung	Tỷ lệ (%)
B.1. Khám tại khoa cấp cứu, khoa khám bệnh	Cấp cứu 80,7%, Khoa khám bệnh 19,3%
B.2. Giải thích lý do nhập viện	90,6%
B.3. Phải chờ mới nhập viện khoa nội trú	50%
B.4. Nhập khoa nội trú được bs khám ngay	86%
B.5. Giải thích tình trạng bệnh và hướng điều trị	88%
B.6. Nhận thấy công khai giá các loại dịch vụ của bệnh viện như thế nào?	69%
B.7. Giải thích các khoản bảo hiểm y tế chi trả, các khoản tự chi trả	47,7%

Nhận xét: nhập viện chủ yếu khoa cấp cứu 80,7%, về giải thích bệnh nhân, lý do nhập viện chiếm cao nhất 90,6%, giải thích các khoản bảo hiểm y tế chi trả, các khoản tự chi trả 47,7%

Trong nhóm C về trải nghiệm trong thời gian nằm viện

C1: Cơ sở vật chất – Tiện ích phục vụ người bệnh

Bảng 3.3. Cơ sở vật chất – Tiện ích phục vụ người bệnh (C1)

Nội dung	Tỷ lệ (%)
C1.1. Không nằm ghép chung giường với người khác	97,7%
C 1.2. Đánh giá tình trạng nhà vệ sinh	82%
C 1.3 .Bv có trang bị dung dịch rửa tay tại buồng bệnh	65,3%
C 1.4 . An ninh trật tự tại bệnh viện	73%
C 1.5. Dịch vụ tiện ích bệnh viện (căn tin..)	53,7%
C 1.6. Bệnh viện có hoạt động hỗ trợ bệnh nhân hoàn cảnh khó khăn	78%
C1.7. Vào buổi tối bv có yên tĩnh bệnh nhân nghỉ ngơi	71%
C1.8. Bệnh nhân đánh giá Bệnh viện có đạt tiêu chí xanh-sạch –đẹp	73,7%

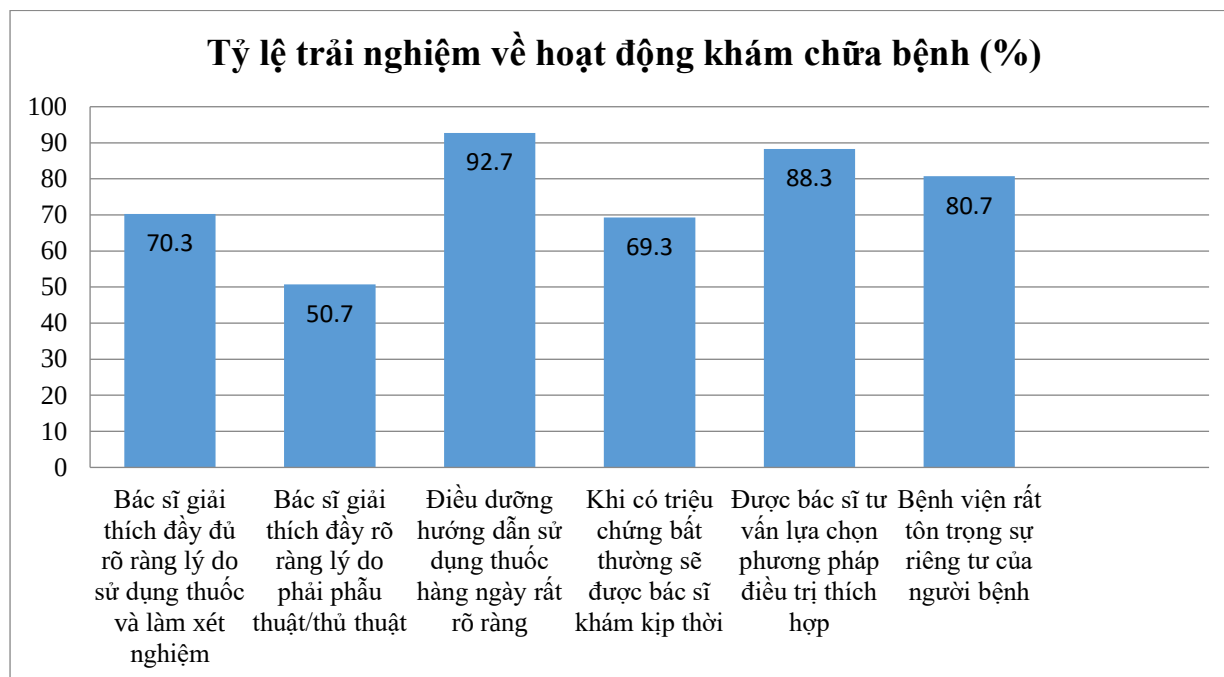
Nhận xét: không nằm ghép chung giường với người khác chiếm cao nhất 97,7%, dịch vụ tiện ích bệnh viện (căn tin..) chiếm tỉ lệ thấp nhất 53,7%

Bảng 3.4: Tinh thần thái độ phục vụ của nhân viên y tế (C2)

Nội dung	Tỷ lệ (%)
C2.1 .Khi tiếp xúc với người bệnh, nhân viên bệnh viện mặc trang phục đẹp, lịch sự	95,7%
C2.2. Trong suốt thời gian nằm viện, nhân viên bệnh viện đều đối xử tử tế và rất tôn trọng người bệnh, thân nhân người bệnh	91,7%
C2.3. Trong thời gian nằm viện, bác sĩ điều dưỡng luôn chủ động giải thích rõ ràng về tình trạng bệnh	91%
C2.4 .Bác sĩ, điều dưỡng luôn trả lời thỏa đáng những thắc mắc của người bệnh	82,7%
C2.5. Các câu trả lời của bác sĩ, điều dưỡng về tình trạng bệnh, diễn tiến bệnh rất thống nhất nhau	66,7%

Nhận xét: Tỉ lệ C2.1 cao nhất 95%, thấp nhất C2.5 chiếm 66,7%

Biểu đồ 2: C3 Hoạt động khám chữa bệnh



Nhận xét: điều dưỡng hướng dẫn sử dụng thuốc hàng ngày rõ ràng chiếm tỉ lệ cao nhất là 92,7%, bác sĩ giải thích đầy đủ rõ ràng lý do phẫu thuật chiếm tỉ lệ thấp 50,7%

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi cũng ghi nhận nhóm có độ tuổi nằm viện từ 50 trở lên là cao nhất chiếm 62,19% và *đối tượng có tham gia BHYT rất cao chiếm 90% trong khi đó các bệnh viện TPHCM 71% [4]*

Tỷ lệ người bệnh hài lòng về việc thông tin, giải thích lý do sử dụng thuốc; làm các xét nghiệm, lý do phẫu thuật chỉ đạt mức trung bình. Điều này có thể do nhân viên y tế quá tập trung làm kỹ thuật chuyên môn, thiếu kỹ năng giải thích với người bệnh và người nhà. Bên cạnh đó, việc Bệnh viện quá tải, điều dưỡng, bác sĩ phải điều trị chăm sóc đồng thời nhiều bệnh nhân, dẫn đến thời gian cho mỗi bệnh nhân giảm đi, không đủ thời gian để giải thích kỹ lưỡng trong quá trình làm việc. Tuy nhiên để tăng chất lượng bệnh viện, tránh phiền hà cũng như làm vơi đi nỗi lo của bệnh nhân và thân nhân chúng ta phải tăng cường giải thích. Bên cạnh đó, BS, Điều dưỡng cần phải cố gắng hơn nữa trong việc trau dồi kỹ năng giao tiếp để mang lại sự an toàn cũng như sự hài lòng tối đa của người bệnh.

Điểm bệnh viện về sự hài lòng

Kết quả về số điểm để đánh giá sự trải nghiệm trong quá trình điều trị nội trú tại bệnh viện, 297/300 (99%) người bệnh và thân nhân người bệnh cho điểm 7,8,9,10 trong đó điểm 9 và 10 đều chiếm (34%) 204 người; 72 người cho điểm 8 (24%); 21 người cho điểm 7 và 3 người cho điểm 5. **Như vậy điểm trung bình là 8,95.** Trong khi đó điểm đánh giá tổng thể trung bình các bệnh viện tuyến thành phố HCM là 8,44 – bệnh viện quận huyện là 8,29, các bệnh viện ngoài công lập TPHCM 8,765. So với nghiên cứu của các bệnh viện thành phố HCM thì điểm trải nghiệm của chúng tôi cao hơn [4] **cho thấy về mọi mặt bệnh viện ĐKTTAG ngày càng chất lượng và có thể nâng tầm sánh vai cùng các bệnh viện tuyến trên.**

Theo tác giả Nguyễn Thị Huyền Trâm (2018)[6], Về trải nghiệm trong chăm sóc của điều dưỡng, tỷ lệ tích cực được điều dưỡng tôn trọng là lịch sự đạt 94,2%, 88,9% được giải thích một cách dễ hiểu những điều cần biết, 11,1% không được điều dưỡng lắng nghe. Nghiên cứu chúng tôi tỉ lệ thấp hơn có lẽ địa điểm nghiên cứu khác nhau, cỡ mẫu khác nhau.

Điều đáng mừng là có 237 (79%) người bệnh và thân nhân sẽ quay trở lại và giới thiệu cho người khác đến bệnh viện nếu họ có nhu cầu khám chữa bệnh. 63 người (15,7%). cho biết họ có thể sẽ quay lại đây hoặc cũng có thể chọn bệnh viện khác, tùy vào mức độ bệnh cần phải

điều trị ở đâu. Chứng tỏ sau trải nghiệm họ đã thấy bệnh viện ĐKTTAG là nơi họ hoàn toàn tin tưởng để được chăm sóc khi yêu cầu hoặc kiểm tra sức khỏe.

Về trải nghiệm lúc nhập viện của người bệnh (nhóm B)

Đa số bệnh nhân đến nhập viện tại khoa Cấp cứu với tỷ lệ 75%, vào từ khoa Khám bệnh 19,3%. Từ lúc được bác sĩ thông báo nhập viện đến lúc được nhập vào khoa nội trú, có 50% người bệnh không cần phải chờ và trên 86% người bệnh được khám ngay khi đến khoa nội trú. Tuy nhiên vẫn có 6,7% không được giải thích lý do nhập viện; khi nhập vào khoa nội trú có 2,7% không được giải thích tình trạng bệnh và hướng điều trị. So với TPHCM thì chúng tôi thấp hơn 59,2% không phải chờ và 95% bệnh nhân được giải thích [4]

Trong nhóm C về trải nghiệm trong thời gian nằm viện

C1: Cơ sở vật chất – Tiện ích phục vụ người bệnh

Kết quả cho thấy có 97,7% người bệnh không phải nằm ghép ngay khi nhập viện. Tình trạng nhà vệ sinh được đánh giá là sạch sẽ, đạt 82%. Nghiên cứu của TPHCM thấp hơn chúng tôi không phải nằm ghép 95% [4]. Điều này đã được Giám đốc bệnh viện quan tâm rất lâu và chủ trương không để bệnh nhân nằm ghép nên đã trang bị giường dự phòng khi bệnh vượt giường kế hoạch.

Riêng về tiêu chí Bệnh viện trang bị dung dịch rửa tay tại buồng bệnh: có 65,3% đồng ý là luôn có dung dịch rửa tay tại buồng bệnh và thuận tiện cho người bệnh sử dụng. Tuy nhiên vẫn còn 12,7% cho biết rằng họ không thấy dung dịch rửa tay; 2,7% cho rằng lúc có lúc không có và 13% cho biết rằng họ thấy có nhưng vị trí đặt chưa thuận tiện do để ở phía ngoài hành lang chứ không để trong buồng bệnh.

Trật tự an ninh của bệnh viện được người bệnh hài lòng, yên tâm với con số 73%. Các tiêu chí về xanh – sạch – đẹp được 73,7% (TPHCM 66%)[4] các đối tượng đánh giá bệnh viện có nhiều cây xanh, sạch, đẹp và 24% cho rằng bệnh viện sạch đẹp ở mức chấp nhận được.

Về các dịch vụ tiện ích phục vụ người bệnh của bệnh viện được đánh giá ở mức trung bình: 53,7% các đối tượng cảm thấy hài lòng với tiện ích đa dạng và giá cả hợp lý. Có 10,3% đối tượng cho rằng dịch vụ đa dạng nhưng giá cao hơn bên ngoài, đặc biệt ở căng tin. Tuy nhiên mức độ hài lòng này chưa cao do có 34% các đối tượng không để ý tới các dịch vụ tiện ích của bệnh viện, họ không biết và không sử dụng đến những dịch vụ này. Dịch vụ căng tin là do bệnh viện hợp đồng tuy nhiên lúc nào ban Giám đốc cũng quan tâm đến chất lượng và giá sao cho hợp tình hợp lý đối với bệnh nhân và người đầu thầu.

Các hoạt động hỗ trợ người bệnh có hoàn cảnh khó khăn về các tiện ích tối thiểu trong sinh hoạt hằng ngày, ví dụ cơm, cháo, nước uống... cũng được người bệnh và thân nhân biết đến với tỷ lệ 78%.

Nghiên cứu chúng tôi tương tự Theo tác giả Nguyễn Thị Huyền Trâm (2018)[6] nghiên cứu bệnh viện đại học y Hà Nội, Về trải nghiệm môi trường bệnh viện: 98,2% trải nghiệm tích cực về phòng bệnh và phòng vệ sinh được lau dọn sạch sẽ, 74,2% cảm thấy những nơi xung quanh được giữ yên tĩnh vào ban đêm.

Trải nghiệm chi trả viện phí nhóm D

Vấn đề công khai các khoản chi trong thanh toán viện phí của bệnh viện được người bệnh đánh giá cao, ngoài viện phí người bệnh không phải chi trả thêm bất kỳ khoản nào khác cho nhân viên y tế. 100% người bệnh và thân nhân cho biết họ không chi trả thêm tiền bồi dưỡng cho nhân viên bệnh viện. Từ nghiên cứu cho thấy, đa số bệnh nhân hài lòng với việc công khai đầy đủ các khoản thu trên hóa đơn bệnh viện (88,3%). Đây là sự minh bạch cho từng khoản thu chi hợp lý cũng như có sự đồng chi trả của BHYT làm cho bệnh nhân bớt gánh nặng nên mọi người đều đồng thuận rất cao hơn nữa các quầy thu chi được bố trí đẹp mắt, nhân viên trang phục đẹp, nói năng nhẹ nhàng và dễ chi trả làm giảm căng thẳng khi thanh toán.

Hoạt động hỗ trợ thanh toán viện phí cho người có hoàn cảnh khó khăn của bệnh viện chưa được bệnh nhân biết đến nhiều, chỉ có 38,6%. Trong đó, có 6,3% cho rằng thủ tục thực hiện rất khó khăn và mất nhiều thời gian. Thực ra hoạt động này còn hạn chế vì bệnh viện chưa có nguồn dồi dào cho hỗ trợ này nên phải xem xét kỹ từng trường hợp

Trải nghiệm trước khi xuất viện nhóm E

- Hướng dẫn dặn dò người bệnh khi xuất viện (hướng dẫn sử dụng thuốc, chế độ ăn, cách tự chăm sóc bệnh, những dấu hiệu và thời gian cần quay lại tái khám được người bệnh đánh giá cao với tỷ lệ trả lời tích cực đạt trên 93%. Nghiên cứu tác giả Nguyễn Thị Huyền Trâm năm 2018 [6], tại Hà Nội, cho thấy rằng: sau khi xuất viện, 84,4% về nhà mà không đến cơ sở y tế khác, 6,8% được NVYT hỏi có cần người hay dịch vụ hỗ trợ khi xuất viện; 99,6% được cung cấp thông tin bằng giấy tờ về các vấn đề lưu ý sau xuất viện. Nghiên cứu chúng tôi cao hơn tác giả Nguyễn Thị Huyền Trâm [6].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng, Khi làm thủ tục xuất viện, có 66% người bệnh không gặp khó khăn gì. Bên cạnh đó có 26,3% cho biết thời gian chờ giấy xuất viện lâu, 5,3% phải chờ đóng viện phí lâu và 2% thấy nơi thanh toán xa và khó tìm. Thời gian ra viện ngắn nhất là 1 giờ và dài nhất là 24 giờ. Khoảng 1 giờ đến 8 giờ 289 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 96,3%; 10 giờ đến 24 giờ 11 người chiếm 5,2%. Như vậy khi được xuất viện thường bệnh nhân rất nóng nực nên cảm giác chờ đợi chứ thực ra sáng bác sĩ khám bệnh báo chiều ra viện như vậy mốc kết thúc vào 12 giờ trưa vì buổi sáng vẫn còn thực hiện thuốc cho bệnh nhân và thường 16 giờ là phát giấy ra viện cho bệnh nhân nên giờ thực tế chờ khoảng 3 tiếng và có thể có vài trường hợp có vấn đề gì bất thường phải chờ lâu. Tuy nhiên so với các bệnh viện TP HCM thì chúng ta lâu hơn trung bình theo nghiên cứu của họ là 162 phút với bệnh viện thành phố là 180 phút, bệnh viện huyện 210 phút và bệnh viện tư nhân 102 phút kể từ lúc báo cho ra viện đến khi hoàn tất các thủ tục [4]. Vấn đề này chúng ta cần phải nghiên cứu để rút ngắn sự chờ đợi của bệnh nhân thêm nữa. Theo tác giả Nguyễn Thị Huyền Trâm cho thấy rằng hiểu biết về chăm sóc khi rời viện: 32% đối tượng được NVYT dựa trên ý kiến của họ để xác định nhu cầu chăm sóc khi rời viện; 93,3% hiểu rõ việc phải làm để chăm sóc sức khỏe của mình [6].

Theo tác giả Tăng Chí Thượng [5], Khảo sát thực trạng văn hóa an toàn người bệnh (ATNB) các bệnh viện trong thành phố Hồ Chí Minh, theo 12 lĩnh vực liên quan đến chăm sóc người bệnh, Tổng cộng có 1,435 nhân viên y tế từ 43 bệnh viện công lập và tư nhân trên địa bàn thành phố tham gia cuộc khảo sát. Tỷ lệ phản hồi tích cực chung ở 12 nhóm lĩnh vực là 78,5%. Tỷ lệ trả lời tích cực cao tập trung ở các lĩnh vực: làm việc nhóm trong khoa, lãnh đạo khoa khuyến khích ATNB, học tập-cải tiến liên tục, hỗ trợ của lãnh đạo BV về ATNB, làm việc nhóm giữa các khoa. Trong khi đó, có nhiều phản hồi không tích cực ở các lĩnh vực như: cởi mở trong thông tin về sai sót, thiếu nhân sự và tần suất báo cáo sự cố.

Lê Thanh Chiến [3], nghiên cứu 530 bệnh nhân nội trú và ngoại trú năm 2016 cho thấy rằng điểm trung bình văn hóa sức khỏe của mẫu nghiên cứu là $25,32 \pm 6,73$. Tỷ lệ có văn hóa sức khỏe là 13,2% chiếm tỷ lệ thấp. Có mối liên quan giữa có văn hóa sức khỏe và nghề nghiệp, thu nhập thông tin từ truyền hình, Internet và thu nhập. Việc xác định văn hóa sức khỏe của người bệnh tại bệnh viện là cơ sở cho thực hiện các biện pháp can thiệp thích hợp, đặc biệt trên truyền thông, trên từng nhóm đối tượng, nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc và điều trị người bệnh.

Bên cạnh sự hài lòng trong việc trải nghiệm của người bệnh chúng tôi còn ghi nhận một số ý kiến đóng góp của bệnh nhân: chú ý những ngày trời nắng, trong phòng thường rất nóng cần mở sớm và tắt máy lạnh trễ hơn.

Nhân viên vệ sinh có thái độ chưa tốt, thiếu sự tôn trọng, không vui vẻ khi giao tiếp với bệnh nhân và thân nhân người bệnh (Khoa Nhiễm).

Có tình trạng mất trật tự (Khoa nội).

Thân nhân người bệnh hút thuốc nhiều, gây ảnh hưởng tới những người xung quanh.

Thời gian chờ đợi để nộp viện phí lâu, chờ giấy xuất viện lâu.

Tại khu vực khoa Tâm thần, thân nhân người bệnh không có chỗ phơi đồ thuận tiện.

KIẾN NGHỊ

Về phía Bệnh viện

- Tập huấn thêm về giao tiếp cho nhân viên vệ sinh có thái độ chưa tốt, thiếu sự tôn trọng, không vui vẻ khi giao tiếp với bệnh nhân và thân nhân người bệnh.

- Chú trọng thêm vào cải thiện dịch vụ y tế hỗ trợ cho bệnh nhân khi xuất viện như: dịch vụ hỗ trợ vận chuyển, nhân viên hỗ trợ xuất viện...

- Nhân viên y tế cần cung cấp thêm thông tin cho bệnh nhân, cần giải thích cho bệnh nhân lý do sử dụng thuốc, làm các xét nghiệm, cần lâm sàng, đặc biệt các bác sĩ phẫu thuật cần phải giải thích đầy đủ, rõ ràng lý do phẫu thuật.

Các nghiên cứu sau

- Thực hiện các nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn, sâu hơn để tìm hiểu phản hồi về trải nghiệm của bệnh nhân từ khi nhập viện đến khi xuất viện để có bức tranh tổng quát về trải nghiệm bệnh nhân.
- Khảo sát lại nghiên cứu này để đánh giá sự thay đổi trải nghiệm theo **thời gian** và tiến hành khảo sát toàn bệnh viện nếu đủ điều kiện.

V. KẾT LUẬN

Nhìn chung người bệnh và người nhà đến nằm điều trị tại Bệnh viện ĐKTT An Giang có tỷ lệ trải nghiệm rất cao đối với bệnh viện, **297/300 người bệnh và thân nhân người bệnh cho điểm 7,8,9,10 tỷ lệ (99%) trong đó điểm 9 và 10 chiếm (68%) 204 người; 72 người cho điểm 8 (24%) và điểm trung bình là 8,92.** *Người bệnh và thân nhân chắc chắn quay trở lại đồng thời giới thiệu cho người khác đến bệnh viện nếu họ có nhu cầu khám chữa bệnh 237 (79%).* Ngoài ra các tiêu chí trải nghiệm được đánh giá cao người bệnh không phải nằm ghép giường (97,7%); trang phục của nhân viên y tế đẹp và lịch sự (95,7%); nhân viên y tế đối xử tử tế và tôn trọng bệnh nhân, thân nhân (91,7%); điều dưỡng hướng dẫn sử dụng thuốc hằng ngày rõ ràng và đầy đủ (92,7%); được nhân viên y tế chủ động hướng dẫn giải thích trước khi xuất viện (93%). Bên cạnh đó các vấn đề liên quan đến giải thích về bệnh tật, chuyên môn, xét nghiệm, phẫu thuật, lý do nhập viện và BHYT còn hạn chế có ý nghĩa thống kê ($P=0,004$) cần khắc phục để chất lượng bệnh viện ngày càng cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng việt

1. Bộ y tế (2016), "Số 6858/QĐ- BYT Quyết định về việc ban hành bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam".
2. Bộ y tế (2013), "Thông tư số 19/2013/TT-BYT về hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện"
3. Lê Thanh Chiến, Huỳnh Thị Thanh Trang và cộng sự (2016), "Khảo sát thực trạng văn hóa sức khỏe người bệnh tại bệnh viện Trung Vương năm 2016", *Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 20(5), trang.10-17.
4. Sở y tế TPHCM (2019), "Kết quả khảo sát trải nghiệm người bệnh nội trú tại các bệnh viện trên địa bàn thành phố Hồ Chí minh 6 tháng đầu năm 2019", <http://www.medinet.hochiminhcity.gov.vn/quan-ly-chat-luong-kham-chua-benh>
5. Tăng Chí Thượng, (2016), "Khảo sát thực trạng văn hóa an toàn người bệnh tại các bệnh viện trong thành phố hồ chí minh", *Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 20(2), trang 545-552.
6. Nguyễn Thị Huyền Trâm (2018), "*Trải nghiệm của bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa ngoại, bệnh viện đại học y được năm 2018 và một số yếu tố liên quan*", Luận văn thạc sĩ y tế công cộng. Đại học y Hà Nội.

Tiếng anh.

7. Elisa L Y Wong, Angela Coulter (2015), " Patient experience and satisfaction with inpatient service: development of short form survey instrument measuring the core aspect of inpatient experience". *Plos one*, 10(4), pp. 0122-299
8. Dyutima J, Amy K.F, Jennifer S, et al. (2017), "Evaluating variables of patient experience and the correlation with design", *Patient Experience Journal*, 4(1), 33-45.

KHẢO SÁT VÀ ĐÁNH GIÁ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM HÓA SINH TẠI KHOA XÉT NGHIỆM BVĐKTTAG

Nguyễn Thị Minh Hiếu, Phạm Lê Thị Kim Anh,
Nguyễn Thị Diễm, Lê Thị Kiều My.

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đảm bảo chất lượng bao gồm toàn bộ chính sách, pháp qui, kế hoạch về đào tạo con người, trang thiết bị máy móc, lựa chọn phương pháp kỹ thuật và hóa chất để làm xét nghiệm đạt được độ tin cậy mà thầy thuốc lâm sàng có thể dựa vào nó trong việc chẩn đoán và điều trị [1][2][3][4]. Tuy nhiên chất lượng XN còn phụ thuộc rất nhiều vào yếu tố con người và môi trường xung quanh [5][6][7]. Trong khoa xét nghiệm có rất nhiều máy xét nghiệm nhiều loại, nhưng có xét nghiệm hóa sinh là phổ biến và thực hiện nhiều nhất, chúng tôi tiến hành nghiên cứu quản lý chất lượng xét nghiệm hóa sinh trên 2 máy AU680, Cobas 8000. **Phương pháp:** Hồi cứu số liệu nội- ngoại kiểm từ tháng 12/2019 đến tháng 05/2020, Xác định độ chụm, độ chệch của máy AU 680 và Cobas 8000. **Kết quả:** **Độ chụm:** AU 680 đạt 97.2% và Cobas 8000 đạt 100%. **Độ chệch:** AU 680 %SD < [10] (36/36) 100%; Cobas 8000 %SD < [10] (44/46) 95.6%, có kết quả chạy nội kiểm nằm trong khoảng chấp nhận $\pm 2SD$; Tỷ lệ sai sót AU 680: (25/100021) 0.24% và Cobas 8000 (14/7556) 0.18%. Số xét nghiệm được nội kiểm đạt 88.25%, ngoại kiểm 82.1%. **Kết luận:** các xét nghiệm khi được thực hiện trên hệ thống AU680, Cobas 8000 tại khoa Xét nghiệm Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đạt chất lượng tốt.

Investigation and Evaluation quality management biochemistry at An Giang hospital.

ABSTRACT:

Backgrounds: Quality assurance includes policies, regulations, plans on training of people, equipment, machines, technical selection and chemical for testing to gain the reliability that clinicians sieves can be relied upon for diagnosis and treatment [1][2][3][4]. However, the quality of testing still depends a lot on human factors and surrounding environment [5][6][7]. Although, there are many types of testing machines in lab, the most common is biochemical, that the reason why we choose the AU680 and Cobas 8000 systems for project to consider the quality of the laboratory. **Methods:** Retrospective internal and external quality control data from December 2019 to May 2020, determinate of precision and bias on AU 680 and Cobas 8000. **Results:** **Precision:** AU 680 97.2% and Cobas 8000 100%. **Bias:** AU 680% SD < [10] (36/36) 100%; Cobas 8000% SD < [10] (44/46) 95.6%, **Internal control results** are within acceptance range of $\pm 2SD$: AU 680 (25/100021) 0.24% and Cobas 8000 (14/7556) 0.18%. **External control results** are very good (> 99%). The number of tests internal quality control is 88.25% and external control is 82.1%. **Conclusion:** Tests performed on AU680, Cobas 8000 at An Giang Hospital are of good quality.

I.ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ thống quản lý chất lượng (QMS: Quality Management Systems) là quá trình từ tổ chức, nhân sự, trang thiết bị, mua sắm và kiểm kê, kiểm soát quá trình (QA/QC), quản lý thông tin, tài liệu và hồ sơ, quản lý rủi ro, đánh giá, cơ sở hạ tầng và an toàn, dịch vụ khách hàng, cải thiện quá trình, vậy hệ thống quản lý chất lượng” sẽ kiểm soát toàn bộ các vấn đề liên quan đến phòng xét nghiệm [1,2,3,4,5]. Kiểm tra chất lượng xét nghiệm được thực hiện thông qua nội-ngoại kiểm tra thông qua biểu đồ Levey Jennings và luật Westgard [6][7]. Đánh giá chất lượng xét nghiệm hóa sinh trên 2 AU680, Cobas 8000 là thiết bị nổi tiếng trên thế giới. Tuy nhiên chất lượng xét nghiệm còn phụ thuộc rất nhiều vào yếu tố con người và môi trường xung quanh, đó là lý do chúng tôi thực hiện đề tài này.

II.PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Sử dụng đồng bộ thiết bị, hóa chất, vật liệu tiêu hao của hệ thống xét nghiệm tự động AU680, Cobas 8000 và huyết thanh kiểm tra của hãng Randox thực hiện các xét nghiệm nội kiểm đo độ chụm, độ chệch cũng như đánh giá ngoại kiểm bằng chỉ số cộng dồn.

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang (quang sát thực tế, thu thập số liệu, phân tích)
- **Cỡ mẫu:** Số liệu 6 tháng (từ tháng 12/2019 đến tháng 5/2020).
- **Đối tượng nghiên cứu:** Số liệu nội ngoại kiểm tra chất lượng trên thiết bị AU680, Cobas 8000.

III. KẾT QUẢ

1. Kết quả độ chụm:

Bảng 1: Kết quả độ chụm các xét nghiệm hóa sinh (n=180)

Stt	Tên XN	AU 680 Level N			AU 680 Level P			Cobas 8000 Level N			Cobas 8000 Level P		
		TB	SD	CV%	TB	SD	CV%	TB	SD	CV%	TB	SD	CV%
1	ALT	35.85	1.54	4.30	144.10	5.57	3.86	33.57	1.09	3.25	137.66	3.77	2.74
2	ALB	36.13	0.67	1.85	25.47	0.37	1.45	45.02	1.75	3.89	31.80	1.31	4.12
3	AMYL	78.23	1.56	1.99	269.13	7.84	2.91	86.43	3.16	3.66	271.93	8.36	3.07
4	AST	37.16	1.70	4.56	166.57	3.26	1.96	31.26	0.88	2.82	138.22	4.45	3.22
5	CA	2.15	0.07	3.67	3.65	3.12	3.05	2.17	0.08	3.69	3.17	0.10	3.15
6	CLO	102.69	1.71	1.66	120.00	2.19	1.82	97.00	2.31	2.38	117.00	2.62	2.24
7	CHOL	4.18	0.10	2.34	7.45	0.12	1.61	3.99	0.12	3.01	6.97	0.21	3.01
8	CREA	147.46	2.58	1.75	375.06	3.76	1.00	168.00	7.88	4.69	358.00	17.29	4.83
9	GLU	5.78	0.29	4.97	15.22	0.27	1.79	5.97	0.17	2.85	15.48	0.37	2.39
10	HDL	1.22	0.07	5.89	2.03	0.11	5.34	1.39	0.04	2.88	2.43	0.08	3.29
11	MG	0.97	0.23	23.40	1.77	0.18	9.96	9.02	0.02	0.22	1.82	0.09	4.95
12	K	4.00	0.10	2.60	6.01	0.12	1.96	4.17	0.09	2.16	6.09	0.15	2.46
13	PROT	56.97	0.94	1.65	44.19	0.78	1.77	59.10	1.90	3.21	44.88	1.46	3.25
14	NA	141.00	2.43	1.72	156.00	2.99	1.92	143.00	2.01	1.41	166.00	2.79	1.68
15	TRIG	1.07	0.06	6.05	2.83	0.04	1.45	1.16	0.03	2.59	2.89	0.07	2.42
16	URE	6.86	0.42	6.12	18.50	0.88	4.76	6.87	0.22	3.20	18.66	0.62	3.32
17	URIC	365.19	5.60	1.53	579.35	8.30	1.43	330.43	9.56	2.89	524.77	12.39	2.36
18	GGT	53.27	0.91	1.71	176.18	3.18	1.80	45.30	1.78	3.93	153.10	4.70	3.07
19	BILI T							30.22	1.13	3.74	98.85	2.87	2.90
20	BILI D							12.90	0.58	4.50	23.00	0.60	2.61
21	LACT							1.53	0.04	2.61	5.64	0.12	2.13
22	LDH							198.40	6.64	3.35	376.00	12.00	3.19
23	LIPA							26.10	1.16	4.44	45.72	4.24	9.27

Bảng 1: Độ chụm Hóa sinh AU 680 (17/18) đạt 94.4% và Cobas 8000 (23/23) đạt 100%.

2. Kết quả độ xác thực:

Bảng 2: Kết quả độ chệch các xét nghiệm hóa sinh (n=180)

Stt	Tên XN	AU 680 Level N			AU 680 Level P			Cobas 8000 Level N			Cobas 8000 Level P		
		TB	M	%SD	TB	M	%SD	TB	M	%SD	TB	M	%SD
1	ALT	35.85	37.00	-3.11	144.10	144.00	0.07	33.57	35.00	-4.09	137.66	135.00	1.97
2	ALB	44.03	40.80	7.92	25.47	27.70	-8.05	45.02	43.80	2.79	31.80	28.10	13.17
3	AMYL	85.30	87.00	-1.95	269.13	289.00	-6.88	86.43	87.00	-0.66	271.93	273.00	-0.39
4	AST	37.16	37.00	0.43	166.57	158.00	5.42	31.26	34.00	-8.06	138.22	150.00	-7.85
5	CA	2.10	2.26	-7.26	3.33	3.17	5.05	2.17	2.21	-1.81	3.17	3.20	-0.94
6	CLO	102.69	100.00	2.69	120.00	118.00	1.69	97.00	97.10	-0.10	117.00	116.00	0.86
7	CHOL	4.18	4.07	2.70	7.45	7.22	3.13	3.99	3.95	1.01	6.97	6.88	1.31
8	CREA	147.46	141.00	4.58	375.06	388.00	-3.34	148.00	139.00	6.47	358.00	380.00	-5.79
9	GLU	5.78	6.11	-5.40	15.22	16.00	-4.88	5.97	6.14	-2.77	15.48	15.70	-1.40
10	HDL	1.22	1.27	-3.94	2.03	2.22	-8.42	1.42	1.43	-0.70	2.61	2.61	0.00
11	MG	0.97	0.91	6.59	1.77	1.81	-2.38	0.92	0.91	1.10	1.82	1.79	1.68
12	K	4.00	4.16	-3.94	6.01	6.03	-0.33	4.17	4.26	-2.11	6.09	6.15	-0.98
13	PROT	56.97	59.00	-3.44	44.19	44.70	-1.14	59.10	59.50	-0.67	44.88	44.90	-0.04
14	NA	141.00	143.00	-1.40	156.00	161.00	-3.11	143.00	144.00	-0.69	166.00	162.00	2.47
15	TRIG	1.07	1.13	-5.58	2.83	2.93	-3.55	1.16	1.14	1.75	2.89	2.90	-0.34
16	URE	6.86	7.38	-7.05	18.50	20.10	-7.96	6.87	7.23	-4.98	18.66	19.40	-3.81
17	URIC	365.19	360.00	1.44	579.35	580.00	-0.11	330.43	340.00	-2.81	524.77	540.00	-2.82
18	GGT	53.27	52.00	2.44	176.18	167.00	5.50	47.00	51.00	-7.84	175.00	171.00	2.34
19	BILI T							25.40	25.30	0.40	81.50	82.50	-1.21
20	BILI D							14.00	17.20	-18.60	23.00	29.40	-21.77
21	LACT							1.53	1.56	-1.92	5.64	5.62	0.36
22	LDH							198.40	199.00	-0.30	376.00	360.00	4.44
23	LIPA							28.50	29.00	-1.72	47.30	51.00	-7.25

Bảng 2: Độ chệch Hóa sinh AU 680 (18/18) đạt 100% và Cobas 8000 (22/23) đạt 95.6%

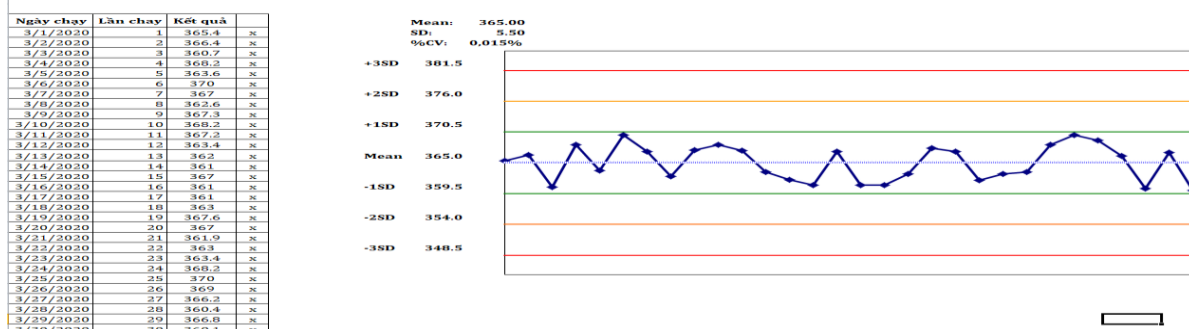
3. Kết quả nội kiểm tra chất lượng

- Nội kiểm máy cobas 8000, xét nghiệm Lactate



- Nội kiểm máy AU 680, xét nghiệm Acid uric

BIỂU ĐỒ NỘI KIỂM ACID URIC THÁNG 04-N LOT



Bảng 5: Tổng hợp lỗi nội kiểm xét nghiệm định lượng theo westgard

Stt	Tên lỗi	Tên máy	
		AU 680(N=10021)	Cobas 8000(n=7556)
1	1-2S	8	4
2	1-3S		5
3	2-2S	15	
4	4-1S		5
5	10X	2	
	Tổng cộng	25	14
	Tỉ lệ sai sót	0,24	0,18
	Khắc phục	100%	100%

4. Kết quả ngoại kiểm chất lượng

Bảng 3: Kết quả ngoại kiểm cộng dồn hóa sinh

Stt	Tên XN	Máu Cobas 8000						Máy AU 680					
		T12	T1	T2	T3	T4	T5	T12	T1	T2	T3	T4	T5
1	ALT	120	110	90	120	120	120	120	90	120	110	105	105
2	ALB	120	110	60	110	120	120	120	80	90	70	70	60
3	AMYL	120	100	120	100	120	120	80	75	75	80	75	75
4	AST	120	120	120	120	90	120	120	100	110	110	80	90
5	CA	110	110	110	110	110	80	72	74	80	74	73	76
6	CLO	120	120	75	120	120	120	110	100	76	75	120	120
7	CHOL	120	120	80	120	120	120	90	100	78	90	80	90
8	CREA	120	120	80	120	120	120	80	80	80	90	110	82
9	GLU	120	120	90	120	120	120	90	94	96	98	90	79
10	HDL	120	120	80	120	120	79	80	90	85	80	90	120
11	MG	120	120	80	120	120	100	78	90	120	80	80	120
12	K	120	120	120	120	80	110	100	100	75	105	75	80
13	PROT	120	120	120	120	120	120	85	90	120	110	120	110
14	NA	120	120	100	120	120	80	90	100	40	90	120	120
15	TRIG	80	120	120	80	120	70	120	110	90	105	120	120
16	URE	90	120	120	120	110	120	90	110	100	105	120	70
17	URIC	120	120	120	120	120	100	80	100	80	90	120	70
18	GGT	110	120	80	120	100	90	70	80	80	70	70	80
19	BILI T	100	120	80	120	100	120						
20	BILI D	120	120	70	120	120	60						
21	LACT	120	120	120	120	120	60						
22	LDH	120	120	90	120	120	120						
23	LIPA	120	120	70	120	80	90						

Bảng 4: XẾP LOẠI CỘNG ĐỒN CÁC MÁY XÉT NGHIỆM NGOẠI KIỂM

Xếp loại	Thang điểm	AU 680		Cobas 8000	
		Số XN	Tỉ lệ %	Số XN	Tỉ lệ %
Xuất sắc	101 - 120	42	38,8	100	78,1
Tốt	71 - 100	63	58,3	22	17,1
Chấp nhận được	51 - 70	3	2,9	6	4,8
Cần xem xét	40 - 50				
Không chấp nhận	< 40				
Tổng số		108	100	128	100

Nhận xét: Tỉ lệ loại tốt và xuất sắc máy AU 680: 97,1% và Máy Cobas 8000: 95,2%

Bảng 6: Tổng hợp lỗi ngoại kiểm xét nghiệm định lượng theo westgard

Stt	Tên lỗi	Tên máy	
		AU 680(N=10021)	Cobas 8000(n=7556)
1	1-2S	3	4
2	1-3S	2	6
3	2-2S		
4	4-1S	3	3
5	10X		
	Tổng cộng	8	13
	Tỉ lệ sai sót %	0,07	0,17
	Khắc phục	100%	100%

Bảng 7: Thống kê thực hiện nội ngoại kiểm

	TS	Số chưa làm	Số đã làm	Tỉ lệ %
Số XN định lượng	55	1	54	98.1
Số XN bán định lượng	26	1	25	96.1
Số XN định tính	22	7	15	68.7
Tổng số xn thực hiện Nội ngoại kiểm	103	9	94	91.2
Nội kiểm	103	12	91	88.35
Ngoại kiểm	101	9	83	82,1

Bảng 8: CHI PHÍ NỘI NGOẠI KIỂM				
Stt	Tên Máy xét nghiệm	Tiền sinh phẩm	Phí quản lý	Tổng số
1	Hóa sinh	14.560.000	2.700.000	17.260.000
2	Huyết học	14.960.000	2.700.000	17.660.000
3	Đông máu	12.100.000	2.700.000	14.800.000
4	Nước tiểu	15.210.000	2.700.000	17.910.000
5	Khí máu	14.000.000	2.700.000	16.700.000
6	HBA1c	12.100.000	2.700.000	14.800.000
7	Miễn dịch	22.580.000	2.700.000	25.280.000
8	Vì sinh	7.500.000	2.700.000	10.200.000
9	Tim mạch	17.050.000	2.700.000	19.750.000
10	Truyền máu	6.000.000	2.600.000	8.600.000
11	KST sốt rét	4.500.000	2.600.000	7.100.000
12	KST đường ruột	4.500.000	2.600.000	7.100.000
13	HBV- DNA	7.200.000	2.600.000	9.800.000
14	HCV- RNA	7.200.000	2.600.000	9.800.000
15	Ngoại kiểm HIV	3.300.000	0	3.300.000
	Tiền xét nghiệm các test			61.522.000
	Tổng cộng			261.582.000
Chi phí toàn bộ nội kiểm : 2,160,000,000				
Chi phí nội ngoại kiểm: 2,421,582,000				

IV. BÀN LUẬN

1. Phần nội kiểm:

1.1. Đo độ chụm:

Bảng 1 : AU 680 CV% < 5% (32/36) 88.8%, < 10% : (3/36) 8.4%, > 10% (1/36) 2.8% ; Cobas 8000 CV% < 5 (45/46) 97.8%, < 10% (1/46) 2.2%. Nếu chấp nhận sai số CV < 10% thì AU 680 đạt 97.2% và Cobas 8000 đạt 100%, đây là kết quả rất tốt cho xét nghiệm hóa sinh.

1.2. Đo độ chệch :

Bảng 2 : AU 680 %SD < [10] (36/36) 100% ; Máy Cobas 8000 %SD < [10] (44/46) 95.6%, %SD > [10] (2/46) 4.4%, kết quả này chấp nhận được, đây là kết quả rất tốt cho xét nghiệm hóa sinh.

1.3. Bảng 5. Khi áp dụng luật Wesgard vào biểu đồ Levey Jennings 680 vi phạm quy luật 1-2s: 8; vi phạm quy luật 2-2s:15 và vi phạm quy luật 10x:2; Cobas 8000 vi phạm quy luật 1-2s: 4; vi phạm quy luật 1-3s: 5 và vi phạm quy luật 4-1s: 5. Tỷ lệ sai sót AU 680 (25/10021) 0.24% và Cobas 8000 (14/7556) 0.18% tất cả sai sót đều có hồ sơ khắc phục. Các vi phạm quy luật ít so với số xét nghiệm thực hiện, kết quả rất tốt.

1.4. Bảng 7: Tỷ lệ nội kiểm so với danh mục xét nghiệm số xét nghiệm được nội kiểm (định lượng, bán định lượng, định tính) 91/103 đạt 88.35%. Đạt yêu cầu của quyết định 2429/ QĐ-BYT

2. Phần ngoại kiểm:

2.1. Chỉ số cộng dồn: lấy từ số liệu kết quả ngoại kiểm của trung tâm kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm Thành phố Hồ Chí Minh bảng 3 và 4:

- **AU 680** loại tốt và xuất sắc: (105/108) 97.1%, loại chấp nhận được: (3/108) 2.9%.
- **Cobas 8000** loại tốt và xuất sắc: (122/128) 95.2%, loại chấp nhận được: (6/128) 4.8%.

Không có loại “cần xem xét” và “không chấp nhận”, đây là kết quả rất tốt cho xét nghiệm hóa sinh.

2.2. Bảng 6. Khi áp dụng luật Wesgard vào biểu đồ Levey Jennings khi phân tích:

- AU 680 vi phạm quy luật 1-2s: 3, vi phạm quy luật 2-2s: 2 và vi phạm quy luật 4-1s: 3. Tỷ lệ sai sót (8/10021) 0.07%.

- Cobas 8000 vi phạm quy luật 1-2s: 4, vi phạm quy luật 2-2s: 6 và vi phạm quy luật 4-1s:3. Tỷ lệ sai sót (13/7556) 0.17%.

Tất cả sai sót đều có hồ sơ khắc phục, số vi phạm quy luật rất ít so với số xét nghiệm thực hiện, kết quả rất tốt.

2.3. Bảng 7: Tỷ lệ ngoại kiểm so với danh mục xét nghiệm số xét nghiệm được nội kiểm (định lượng, bán định lượng, định tính) 83/101 đạt 82.1%, Đạt yêu cầu của quyết định 2429/ QĐ-BYT.

Mặc dù còn một số ít vi phạm trong quá trình thực hiện nội - ngoại kiểm tra chất lượng cần kiểm soát quá trình thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm; bảo hành bảo trì máy phải chặt chẽ hơn, quản lý hóa chất vật tư, đào tạo và tự đào tạo về nội ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm cho nhân viên...

V.KẾT LUẬN

1. Độ chụm: AU 680: 97.2% và Cobas 8000 đạt 100%, đây là kết quả rất tốt cho xét nghiệm hóa sinh

2. Độ chệch: Máy AU 680 %SD < [10] **(36/36)** 100%; Máy Cobas 8000 %SD < [10] (44/46) 95.6%, đây là kết quả rất tốt cho xét nghiệm hóa sinh.

3. Nội kiểm: số xét nghiệm thực hiện 88.25%, đạt tiêu chuẩn (QĐ 2429/QĐ-BYT > 80%)

4. Ngoại kiểm máy Cobas 8000, AU 680, đạt loại tốt trở lên 82,1%.

5. Kinh phí cho quản lý chất lượng xét nghiệm nói chung và nội- ngoại kiểm tra chất lượng nói riêng cũng phải được cân nhắc cho hợp lý.

Qua đánh giá nội ngoại kiểm tra chất lượng hai thiết bị AU 680 và Cobas 8000 xếp vào loại tốt, đáng tin cậy, đó là kết quả của quá trình nhiều năm thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm, tuy nhiên còn một số kết quả chưa đạt, chúng tôi sẽ tiếp tục thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm tốt hơn trong tương lai.

VI. Kiến nghị: Kinh phí cho quản lý chất lượng xét nghiệm nói chung và nội - ngoại kiểm tra chất lượng nói riêng là không nhỏ, cần phải cân nhắc cho hợp lý. Để giảm gánh nặng cho bệnh viện, nâng cao chất lượng xét nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. TCVN ISO 15189:2014, Phòng thí nghiệm y tế - yêu cầu về chất lượng và năng lực, Hà Nội, trang 13, 32 – 38.
2. Bộ Y tế, Ban hành Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm, QĐ 2429/QĐ-BYT, 12/06/2017
3. Trần hữu Tâm (2014) Nội kiểm tra chất lượng xét nghiệm nhà xuất bản y học tái bản lần 2
4. Trần hữu Tâm (2015) Ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm nhà xuất bản y học tái bản lần 2
5. Grant, E.L. and R.S. Leavenworth (1988). "Statistical Quality Control", Sixth Edition, McGraw-Hill Book Company.
6. Westgard, J.O., P.L. Barry, and M.R. Hunt (1981). "A Multi-rule Shewhart Chart for Quality Control in Clinical Chemistry," Clinical Chemistry, vol. 27, pp. 493-501.
7. Westgard, J.O., P.L. Barry (1986). "Cost-Effective Quality Control: Managing the Quality and Productivity of Analytical Processes" AACC Press.

**NGHIÊN CỨU CHỈ SỐ DỰ BÁO NGUY CƠ TIM MẠCH THEO THANG ĐIỂM
FRAMINGHAM Ở CÁC ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**

*Mai Thanh Bình; Quảng Thị Huyền Trang;
Đặng Văn Thạnh; Nguyễn Thị Bích Ngọc*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề:

Dựa vào thang điểm Framingham Hoa Kỳ để đánh giá mức độ nguy cơ bệnh tim mạch sau 5 năm, 10 năm. Việc phát hiện sớm và áp dụng các biện pháp can thiệp sẽ hạn chế và làm chậm nguy cơ mắc bệnh.

Mục tiêu:

-Xác định tỷ lệ nguy cơ tim mạch sau 10 năm bằng thang điểm Framingham ở các đối tượng khám sức khỏe.

-Phân tích sự tương quan của các mức độ nguy cơ với tuổi, chỉ số khối cơ thể, huyết áp tâm thu, cholesterol máu, thuốc lá của các đối tượng trên.

Phương pháp

Áp dụng bảng nguy cơ bệnh tim mạch của Framingham gồm: tuổi, giới, cholesterol toàn phần, HDL, huyết áp tâm thu, hút thuốc lá, đái tháo đường, dày thất trái.

Kết quả

Có 409 trường hợp được phân tích đánh giá theo thang điểm Framingham, trong đó tỷ lệ nam giới trong độ tuổi ≥ 60 tuổi chiếm đa số với 58.6%. Tăng triglyceride máu ở nam giới chiếm tỷ lệ cao 90,1% và giảm HDL chiếm tỷ lệ 89,9%, có ý nghĩa thống kê $<0,05$. Có 198 trường hợp hút thuốc lá chủ yếu là nam giới. Độ tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 57,6%.- THA giai đoạn 1 (45,3%), THA giai đoạn 2 chiếm tỷ lệ 48,8%), THA độ 3 chiếm tỷ lệ 5,9%, trong đó nam giới chiếm 85,8% so với nữ giới (14,2%). Nguy cơ trung bình chiếm tỷ lệ cao ở nam giới chiếm 59,2% so với nữ giới là 50,7%. Có sự khác biệt về mức độ nguy cơ giữa nam và nữ $p=0,038$

Kết luận

- Nguy cơ trung bình chiếm tỷ lệ cao ở nam giới chiếm 59,2% so với nữ giới là 50,7%. Có sự khác biệt về mức độ nguy cơ giữa nam và nữ $p=0,038$

- Có sự tương quan thuận khá chặt chẽ giữa tuổi với mức độ nguy cơ bệnh lý tim mạch sau 10 năm ($r=0.563$), giữa số gói thuốc lá/năm và mức độ nguy cơ bệnh lý tim mạch sau 10 năm ($r=0,448$).

- Có sự tương quan thuận mức độ nhẹ giữa BMI và mức độ nguy cơ bệnh lý tim mạch sau 10 năm ($r=0,275$).

SUMMARY

Problem: Based on the US Framingham scale to assess the risk of cardiovascular disease after 5 years, 10 years. Early detection and implementation of interventions will limit and delay the risk of disease.

Target: Determine the rate of cardiovascular risk after 10 years by the Framingham scale in subjects undergoing physical examination. Analyzing the correlation of risk levels with age, body mass index, systolic blood pressure, blood cholesterol, and tobacco of the above subjects.

Method

Framingham's cardiovascular disease risk table includes: age, gender, total cholesterol, HDL, systolic blood pressure, smoking, diabetes, left ventricular cord.

Result

There are 409 cases analyzed and evaluated on the Framingham scale, in which the percentage of men aged ≥ 60 is the majority with 58.6%. Hypertriglyceridemia in men accounted for a high rate of 90.1% and a decrease in HDL accounted for 89.9%, with statistical significance <0.05 . There are 198 cases of mainly male smokers. Age ≥ 60 accounts for the highest rate of 57.6% - Hypertension in stage 1 (45.3%), hypertension in stage 2 accounts for 48.8%), hypertension grade 3 accounts for 5.9%. in which men accounted for

85.8% compared with women (14.2%). The average risk accounted for a high percentage for men, 59.2% compared with 50.7% for women. There is a difference in the level of risk between men and women $p = 0.038$

Conclusion

- The average risk accounts for a high proportion of 59.2% for men compared to 50.7% for women. There is a difference in the level of risk between men and women $p = 0.038$
- There is a relatively strong positive correlation between age and risk of cardiovascular disease after 10 years ($r = 0.563$), between the number of cigarette packs / year and the risk of cardiovascular disease after 10 years ($r = 0.448$).
- There was a slight positive correlation between BMI and the risk of cardiovascular disease after 10 years ($r = 0.275$).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Chương trình nghiên cứu Tim Framingham Hoa Kỳ đã dựa trên tập hợp các yếu tố nguy cơ để đưa ra một bảng lượng giá nguy cơ bệnh tim mạch. Dựa vào bảng này cho phép đánh giá mức độ nguy cơ bệnh tim mạch sau 5 năm, 10 năm. Việc phát hiện sớm và áp dụng các biện pháp can thiệp sẽ hạn chế và làm chậm nguy cơ mắc bệnh về sau. Bảng lượng giá này đã được áp dụng tại Hoa Kỳ và nhiều nước trên thế giới đã cho thấy có giá trị [1] [9],[12]. Tuy vậy, tại Việt Nam cho đến nay, việc dự báo nguy cơ mắc bệnh tim mạch thông qua các yếu tố trong bảng lượng giá vẫn còn chưa được áp dụng nhiều. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ nguy cơ tim mạch sau 10 năm bằng thang điểm Framingham ở các đối tượng khám sức khỏe tại BVĐKTTAG.

2. Phân tích sự tương quan của các mức độ nguy cơ với tuổi, chỉ số khối cơ thể, huyết áp tâm thu, cholesterol máu, thuốc lá của các đối tượng trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Chúng tôi chọn tất cả các đối tượng có độ tuổi từ 30-74 tuổi có đến khám sức khỏe, được làm các xét nghiệm như: bilan lipid, trị số glucose máu, đo ECG. Thời gian thực hiện từ 2018 đến 2019.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Đây là nghiên cứu cắt ngang, được thiết lập protocol nghiên cứu sau đó sử dụng thang điểm Framingham để tính nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch sau 10 năm. Các đối tượng được thực hiện thống nhất theo các kỹ thuật và tiêu chuẩn sau:

- Đo huyết áp (HA): Bằng máy đo HA đồng hồ hiệu ALPKA 2 (Nhật) đã đối chiếu với máy đo HA thủy ngân, đo ở tay trái trong tư thế nằm sau khi nghỉ ngơi tối thiểu 5 phút. Đơn vị biểu thị bằng mmHg.

- Hút thuốc lá: Tiến hành phỏng vấn trực tiếp các đối tượng về hút thuốc lá (Số gói/năm = số gói/ ngày * số năm hút thuốc)

- Định lượng bilan lipid: Bệnh nhân được lấy máu khi đói vào buổi sáng.

- Chẩn đoán đái tháo đường: Theo TCYTTC 1998, ĐTĐ được chẩn đoán khi thỏa mãn 1 trong 3 tiêu chuẩn: -Glucose huyết tương tĩnh mạch bất kỳ > 200 mg/dl (11,1 mmol/l) kèm các triệu chứng lâm sàng cổ điển của tăng glucose máu. -Glucose huyết tương tĩnh mạch lúc đói (sau 8 giờ không ăn) < 126 mg/dl (7,0mmol/l) -Glucose huyết tương tĩnh mạch sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose ≥ 200 mg/dl (11,1mmol/l).

- Chẩn đoán rối loạn bilan lipid: Dựa vào bảng phân loại ATP III của chương trình giáo dục cholesterol Quốc gia (NCEP: National Cholesterol Education Program) 2003.

- Chẩn đoán THA: Dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán THA của Ủy ban Hỗn hợp Quốc gia Hoa Kỳ lần thứ VI (Joint National Committee, 1997).

- Chẩn đoán dây thất trái: Dây thất trái được xác định trên ECG khi có các tiêu chuẩn sau: +Trục lệch trái+QRS dẫn rộng+Sokolow - Lyon ≥ 35 mm+Dạng rS ở V1, Rs ở V5.

- Bảng lượng giá nguy cơ bệnh tim mạch của Framingham: Gồm có các thông số: +Tuổi+Giới+Cholesterol toàn phần (mmol/l)+HDL-C (mmol/l) +Huyết áp tâm thu (mmHg)+ Hút thuốc lá+ Đái tháo đường+ Dây thất trái.

- Dựa vào bảng lượng giá nguy cơ để xác định tổng điểm nguy cơ của bệnh nhân và đổi điểm nguy cơ thành % nguy cơ, rồi so sánh nguy cơ bệnh nhân với nguy cơ thấp, nguy cơ trung bình, nguy cơ cao trong cộng đồng [9].

Bảng 2.1 Phân nhóm nguy cơ tim mạch theo Framingham

Mức nguy cơ	Thấp	Trung Bình	Cao
Điểm	≤5	6-14	≥15
% nguy cơ	≤5	6-14	≥15

2.3 Phương pháp xử lý số liệu

- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, + Tính tỷ lệ % của dữ liệu+độ tương quan giữa các chỉ số được hiện thị bằng hệ số r và được kiểm định bằng hệ số p. Xử lý số liệu theo chương trình xử lý số liệu thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1 Tình hình chung: Có 409 trường hợp được phân tích đánh giá theo thang điểm Framingham.

Bảng 3.1 Phân bố theo giới và tuổi

Nhóm Tuổi		30-39	40-49	50-59	≥60	Tổng Cộng
Nam	N	2	33	105	198	338
	%	0,6	9,8	31,1	58,6	100
Nữ	N	3	9	19	40	71
	%	4,2	12,7	26,8	56,3	100

Nhận xét: Kết quả cho thấy tỷ lệ nam giới trong độ tuổi ≥ 60 tuổi chiếm đa số với 58.6%.

3.2 Các yếu tố nguy cơ

3.2.1 Rối loạn lipid máu

Bảng 3.2 Phân bố các thành phần của bilan lipid

Rối loạn lipid máu	Nam %	Nữ %	
Tăng cholesterol (≥5,18 mmol/l)	174 82,1%	38 17,9%	$X^2=0,098, p=0,754$
Giảm HDL-C(<1,14mmol/l)	187 89,9%	21 10,1%	$X^2=15,564, p<0,001$
Tăng LDL-C(>4,13mmol/l)	41 78,8%	11 21,2%	$X^2=0,598, p=0,439$
Tăng Triglycerit(>2,3mmol/l)	155 90,1%	17 9,9%	$X^2=11,563, p=0,001$

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy tăng triglyceride máu ở nam giới chiếm tỷ lệ cao 90,1% và giảm HDL chiếm tỷ lệ 89,9%, có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.3. Phân bố tỷ lệ hút thuốc lá theo tuổi

Hút Thuốc Lá	30 – 39 T		40 - 49 T		50 – 59 T		≥60	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Có	2	1	21	10,6	61	30,8	114	57,6
Không	3	1,4	21	10	63	29,9	124	58,8

Nhận xét: Có 198 trường hợp hút thuốc lá chủ yếu là nam giới. Độ tuổi ≥60 chiếm tỷ lệ cao nhất 57,6%.

3.2.3. Đái tháo đường

Bảng 3.4 Phân bố tỷ lệ đái tháo đường

Đái Tháo Đường	Nam %	Nữ %	$X^2. = 5,745$ $P < 0,017$
Có	137 88,4%	18 11,6%	
Không	201 79,1%	53 20,9%	

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 155 đối tượng đái tháo đường chiếm tỷ lệ 37,9%

3.2.4. Dây thắt trái

Bảng 3.5 Phân bố tỷ lệ dây thắt trái

Dây Thắt Trái	Nam %	Nữ %	$X^2. = 5,379$ $P > 0,05$
Có	5 55,5%	4 44,5%	
Không	283 80,9%	67 19,1%	

Nhận xét: Có 9 đối tượng dây thắt trái chiếm tỷ lệ 2,2%.

3.2.5 Tăng Huyết Áp

Bảng 3.6: phân bố các giai đoạn THA (JNC VI và HỘI THA VIỆT NAM)

Giai Đoạn THA	N	%	
Giai Đoạn 1	115	45,3	
Giai Đoạn 2	124	48,8	
Giai Đoạn 3	15	5,9	

Nhận xét: THA giai đoạn 1 chiếm tỷ lệ 45,3%; giai đoạn 2 là 48,8% chiếm tỷ lệ cao nhất và giai đoạn 3 là 5,9%

Bảng 3.7: phân bố THA theo giới

Tăng Huyết Áp	Nam	Nữ	$X^2. = 4,743$ $P < 0,029$
N	218	36	
%	85,8	14,2	

Nhận xét: THA chiếm tỷ lệ cao ở nam giới 85,8% so với nữ 14,2%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.3. Nguy cơ bệnh tim mạch sau 10 năm dựa trên dự báo Framingham

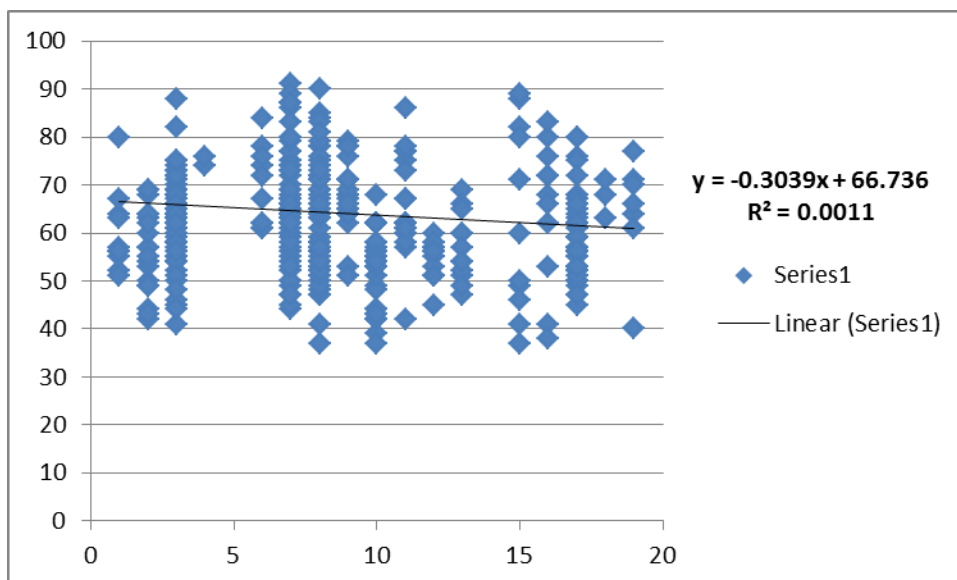
Bảng 3.8 Phân bố nguy cơ bệnh lý tim mạch sau 10 năm theo giới tính.

Mức Độ Nguy Cơ Giới	Thấp (≤ 5)		Trung Bình (6 – 14%)		Cao ($\geq 15\%$)		Tổng	P
	N	%	N	%	N	%		
Nam	82	24,3	200	59,2	56	16,6	338 100%	$X^2. = 6,519$ $P = 0,038$
Nữ	14	19,7	36	50,7	21	29,6	71 100%	
Tổng	96	23,5	236	57,7	77	18,8	409 100%	

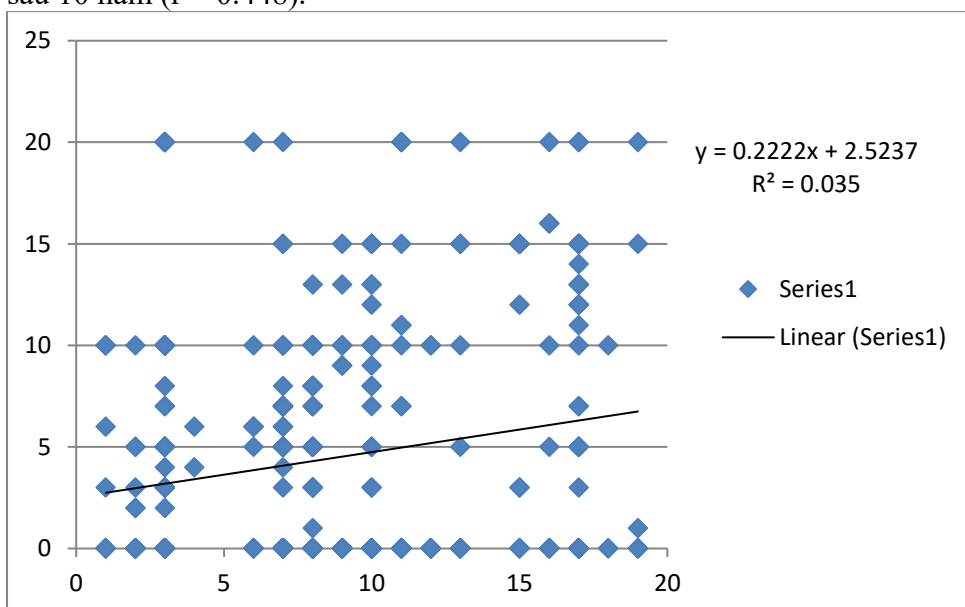
Nhận xét: Nguy cơ thấp (24,3%) và nguy trung bình (59,2%) ở nam đều chiếm tỷ lệ cao hơn ở nữ giới (19,7%) so với 50,7%. Tuy tỷ lệ nguy cơ cao ($\geq 15\%$) của nam thấp hơn nữ nhưng số ca mắc cao hơn 56 so với 21, Khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với $p = 0.038$

3.4 Mối tương quan giữa tuổi và mức độ nguy cơ

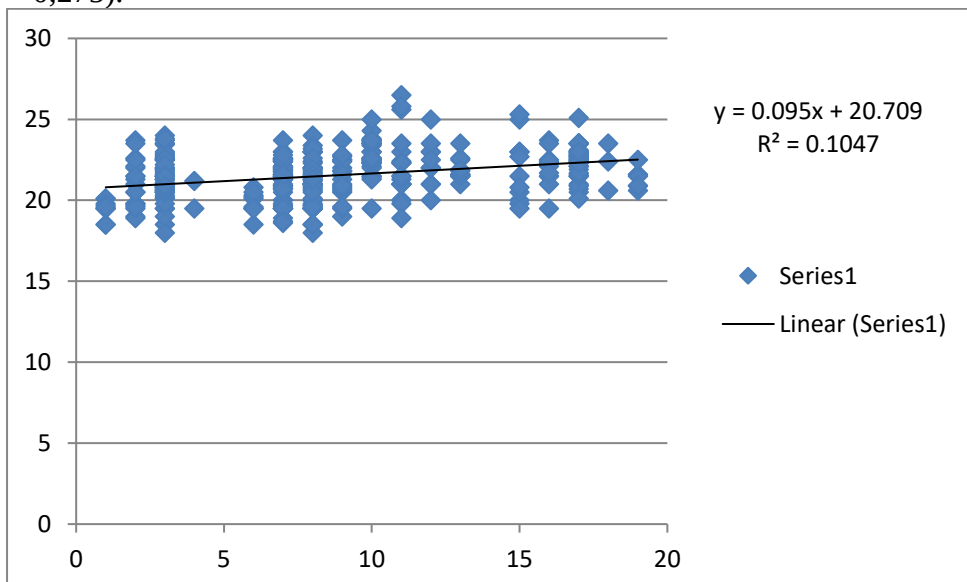
Biểu đồ 3.1: Biểu đồ tương quan giữa tuổi và mức độ nguy cơ bệnh tim mạch sau 10 năm ($r = 0,563$).



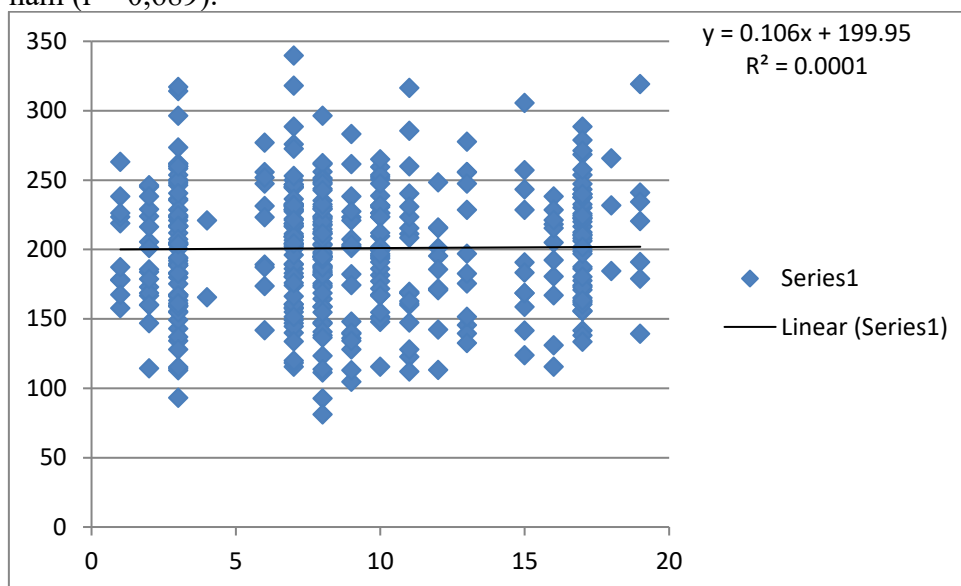
Biểu đồ 3.2: Biểu đồ tương quan giữa số gói thuốc lá/năm và mức độ nguy cơ bệnh tim mạch sau 10 năm ($r = 0.448$).



Biểu đồ 3.3: Biểu đồ tương quan giữa BMI và mức độ nguy cơ bệnh tim mạch sau 10 năm ($r = 0,275$).



Biểu đồ 3.4: Biểu đồ tương quan giữa Cholesterol và mức độ nguy cơ bệnh tim mạch sau 10 năm ($r = 0,689$).



3.5 Mối tương quan giữa BMI, CHOLESTEROL, và mức độ nguy cơ

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch

Trong các yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch mà chúng tôi nghiên cứu bao gồm: hút thuốc lá, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, đái tháo đường, dày thất trái,... chúng tôi nhận thấy rằng:

4.1.1. Hút thuốc lá

Thuốc lá là một trong những nguy cơ của xơ vữa động mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ khá cao, có 198/409 đối tượng hút thuốc lá chiếm tỷ lệ 57,6%. Hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao nhất ở độ tuổi >60 tuổi (57,6%) và gặp hoàn toàn ở nam giới với tỷ lệ 100%. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn tác giả Nguyễn Thị Kim Thành[5] và cũng phù hợp với một số công trình nghiên cứu nước ngoài [10], [11], [12].

4.1.2. Cholesterol toàn phần

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng triglyceric máu là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất (90,1%) và giảm HDL chiếm tỷ lệ 89,9% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong đó đặc biệt nguy cơ cao đều ở nam giới. Cho thấy nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các tác giả trong và ngoài nước [1];[3];[7];[13]

4.1.3. Tăng huyết áp

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ trong nghiên cứu của chúng tôi, có 254/409 đối tượng THA chiếm tỷ lệ 45,3% và chủ yếu là THA giai đoạn 2 chiếm tỷ lệ 48,8%. Đặc biệt là số người THA nam giới cao hơn nữ giới lần lượt là (85,8%) và (14,2%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,029$). So sánh với các tác giả trong và ngoài nước thì nghiên cứu chúng tôi có cao hơn vì cỡ mẫu nghiên cứu chúng tôi có cao hơn và có thể do đặc thù vùng miền [2];[4];[6];[11]

4.1.4. Đái tháo đường và dày thất trái

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đái tháo đường và dày thất trái là 2 yếu tố nguy cơ cao, trong đó có 155/409 đối tượng ĐTĐ chiếm tỷ lệ 57,6%, trong đó nam giới chiếm tỷ lệ 88,4% so với nữ giới chiếm 11,6% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $P < 0,05$. Trong khi đó dày thất trái của chúng tôi ghi nhận thấp chỉ có 9/409 chiếm tỷ lệ 2,2%. Như vậy đái tháo đường là yếu tố nguy cơ rất có giá trị cho dự báo nguy cơ cao. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu Framingham tại Hoa Kỳ [9], cũng như các tác giả trong nước Trần Văn Huy, Huỳnh văn Minh, Hoàng Văn Quý [2];[3];[4]

4.2. Nhận xét về nguy cơ tim mạch sau 10 năm theo bảng lượng giá nguy cơ của Framingham

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc áp dụng bảng lượng giá nguy cơ bệnh tim mạch cho các đối tượng đến khám sức khỏe nhận thấy: nguy cơ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả nam và nữ (59,2% - 50,7%) gặp chủ yếu ở nam giới hơn là nữ giới sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

- Hút thuốc lá cũng gặp chủ yếu ở nam giới. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, cho thấy nam giới có nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch cao hơn nữ giới và thuốc lá có vai trò quan trọng đối với nguy cơ bệnh lý tim mạch..

- Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Framingham và các tác giả khác là nguy cơ bệnh lý tim mạch ở nam giới là cao hơn nữ giới [1];[3];[6];[12].

4.3. Nhận xét về mối tương quan mức độ nguy cơ bệnh lý tim mạch

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhận thấy có sự liên quan thuận khá chặt chẽ giữa tuổi với mức độ nguy cơ chung của bệnh lý tim mạch ($r = 0.563$). Nghiên cứu Framingham cho thấy nguy cơ mắc BMV sau 10 năm luôn cao hơn so với thời gian 5 năm. Nghiên cứu của Framingham cũng cho thấy nguy cơ của bệnh lý tim mạch tăng dần theo tuổi, tuổi càng cao thì điểm nguy cơ và phần trăm nguy cơ càng lớn [9]. Trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các tác giả trong nước Lê Ánh Diệu, Hoàng Văn Quý, Nguyễn Thị Kim Thành [1];[3];[5]

Tương quan giữa số gói thuốc lá /năm và mức độ nguy cơ bệnh lý tim mạch

- Nhận thấy có sự tương quan thuận giữa số gói thuốc lá/năm và mức độ nguy cơ bệnh tim mạch sau 10 năm ($r=0,448$). Nguy cơ BTM của 1 người bỏ thuốc là sẽ trở về giống một người không hút thuốc sau khoảng 1 năm. Và đây là 1 yếu tố quan trọng để thuyết phục bệnh nhân đang hút thuốc lá bỏ thuốc. Khi bỏ hút thuốc, bệnh nhân tim mạch giảm nguy cơ tái phát các biến cố chính khoảng 50% [5], [9];[11];[12].

Tương quan giữa BMI và mức độ nguy cơ bệnh lý tim mạch

- Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy có sự tương quan thuận không đáng kể giữa trị số BMI và mức độ nguy cơ bệnh lý tim mạch sau 10 năm ($r=0,275$). Điều này có thể giải thích là do người Việt Nam chúng ta có rất ít người có chỉ số BMI cao và có thể do số lượng đối tượng mà chúng tôi nghiên cứu chưa đủ lớn.

Tương quan giữa cholesterol và mức độ nguy cơ bệnh lý tim mạch

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhận thấy có sự liên quan thuận chặt chẽ giữa cholesterol toàn phần và mức độ nguy cơ bệnh lý tim mạch sau 10 năm ($r=0,448$). Điều này chứng tỏ cholesterol là YTNC rất có giá trị cho dự đoán bệnh lý tim mạch. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Framingham. Theo Framingham, TC máu càng cao thì tần suất mắc BTM càng lớn [9]. Nhiều bằng chứng dịch tễ học từ lâu đã cho thấy tương quan giữa cholesterol máu cao và nguy cơ mắc BMV. Tổng phân tích 35 thử nghiệm giảm cholesterol máu cho thấy tỷ lệ các biến cố mạch vành giảm tương ứng với mức giảm cholesterol [11];[12]. Nghiên cứu này cũng cho thấy cứ giảm 10% mức cholesterol trong máu tương ứng với giảm 13% tỷ lệ tử vong do BMV và 10% tỷ lệ tử vong chung.[5]

V.KẾT LUẬN

- Nguy cơ trung bình chiếm tỷ lệ cao ở nam giới chiếm 59,2% so với nữ giới là 50,7%. Có sự khác biệt về mức độ nguy cơ giữa nam và nữ $p=0,038$

- Có sự tương quan thuận khá chặt chẽ giữa tuổi với mức độ nguy cơ bệnh lý tim mạch sau 10 năm ($r=0.563$), giữa số gói thuốc lá/năm và mức độ nguy cơ bệnh lý tim mạch sau 10 năm ($r=0,448$). Hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ quan trọng hàng đầu của bệnh lý tim mạch.

- Có sự tương quan thuận mức độ nhẹ giữa BMI và mức độ nguy cơ bệnh lý tim mạch sau 10 năm ($r=0,275$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Ánh Diệu, Nguyễn Tấn Quân, Nguyễn Hải Thủy** (2004), “Dự báo bệnh mạch vành theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 “, Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học.
2. **Trần Văn Huy** (2001), “Các yếu tố nguy cơ tim mạch kết hợp THA lớn tuổi tại Khánh Hòa”, tạp chí thông tin y dược số chuyên đề tim mạch, trang 65-72.
3. **Huỳnh Văn Minh** (2000), “Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân THA nguyên phát”, Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học đại hội tim mạch học quốc gia Việt Nam lần thứ XIII, trang 248-257.
4. **Hoàng Văn Quý** (2004), “Nghiên cứu sự tương quan giữa mức độ tổn thương động mạch vành với bảng lượng giá nguy cơ Framingham”, luận văn thạc sĩ y học bác sĩ nội trú bệnh viện.
5. **Nguyễn Thị Kim Thành, Huỳnh Văn Minh** (2007). “ Nghiên cứu chỉ số dự báo nguy cơ tim mạch theo thang điểm Framingham ở các đối tượng BHYT tại Bệnh viện Trường đại học Y Dược Huế “.Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam số 47-2007, tr 72-79.
6. **Lê Đức Trinh** và cộng sự (2002) “Nghiên cứu bệnh chứng một số yếu tố trong bệnh tim-mạch vành tại bệnh viện Đắc Lắc, Khánh Hòa”, báo cáo toàn văn hội nghị khoa học công nghệ tuổi trẻ các Trường Đại Học Y -Dược toàn quốc lần thứ 11.
7. **Nguyễn Xuân Trinh** và cộng sự (2002), “ Tương quan giữa mức độ vôi hóa vành và nguy cơ bệnh mạch vành được dự báo theo điểm số nguy cơ Framingham”, kỷ yeeustoanf văn các đề tài khoa học đại hội tim mạch học Quốc gia Việt Namlaanf thứ X, trang 155-165.
8. **Anderson KM, Wilson PW**, “Lipid and risk of coronary heart disease. The Framingham Study”, Ann EpidemiolnMed 2, pp. 23-28
9. **Framingham Heart Study**, <http://WWW.Framingham.COM/heart>.
10. **Kanel WB, Wolf PA** (1987), “Fibriongen and risk of cardiovaslular disease”, TheFramingham Study JAMA, PP. 258-1183.
11. **Laurler D, NP Chau, PCV-METRA Group**, (2004) “Estimation of CHD risk in French working population by Framingham mode”, J Clin Epidemiol (47)12 P.1353:1364
12. **National Cholesterol Education Program National Heart**, lung and Blood Instiude National Instiudes of Health. NIH Publication No. 01-3670, May, 2001.
13. **Robson J.** (2000), “Estimating cardiovascular risk for primary care”, BMJ, pp. 702-704.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP TẮC RUỘT GIẢ DO LUPUS TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Son Ngọc Khởi

TÓM TẮT

Tắc ruột giả (IPO) là một biến chứng hiếm gặp và đe dọa tính mạng của bệnh lupus. Trường hợp này cho thấy khó khăn trong việc phân biệt lâm sàng bệnh lupus-IPO với bệnh viêm mạch máu mạc treo ruột (LMV), 2 bệnh thực thể thường bị nhầm lẫn trong y văn. Nó cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận biết hội chứng này vì nó thường đáp ứng với ức chế miễn dịch và có thể dẫn đến tình trạng bệnh nghiêm trọng nếu không được điều trị kịp thời.

Sau đây chúng tôi xin báo cáo về một trường hợp tắc ruột giả do lupus đã được điều trị thành công tại Khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

ABSTRACT

Intestinal pseudo-obstruction (IPO) is a rare and life-threatening complication of lupus. This case demonstrates the difficulty in clinically distinguishing lupus-IPO from lupus mesenteric vasculitis (LMV), 2 disease entities that are commonly mistaken in the literature. It also highlights the importance of recognizing this syndrome as it is usually responsive to immunosuppression and can lead to significant morbidity without prompt treatment.

We report on a case of lupus intestinal pseudo-obstruction that has been successfully treated at the Department of General Surgery - An Giang General Central Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột giả (IPO- *Intestinal pseudo-obstruction*) là một biến chứng hiếm gặp của bệnh lupus ban đỏ hệ thống (SLE- *Systemic lupus erythematosus*) [1], được đặc trưng bởi nhu động cơ bóp của ruột không hiệu quả dẫn đến các triệu chứng tắc nghẽn mà không có nguyên nhân cơ học. SLE-IPO là một hội chứng tương đối hiếm có khả năng bị chẩn đoán sai [4]. Trong một loạt nghiên cứu gần đây được đăng tải trên các tạp chí y học thế giới, bệnh nhân nhập viện với bệnh lupus ban đỏ, sự phổ biến của lupus ruột giả tắc nghẽn (SLE-IPO) xấp xỉ 2% và SLE-IPO bao gồm khoảng 5% của tất cả các trường hợp đau bụng do SLE gây ra đòi hỏi phải nhập bệnh viện [10]. SLE-IPO biểu hiện lâm sàng là đau bụng và căng tức, buồn nôn và nôn, táo bón và hoặc là tiêu chảy [8]. Ruột non thường bị ảnh hưởng, mặc dù cũng có báo cáo về tổn thương của đại tràng [6]. Thủng ruột là một biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng.

SLE-IPO được cho là kết quả của rối loạn chức năng cơ trơn của đường tiêu hóa. Mặc dù sinh lý bệnh chính xác vẫn chưa được biết, nhưng các cơ chế được đề xuất cho tổn thương cơ trơn bao gồm các quá trình viêm cơ, thần kinh và mạch máu. Các tự kháng thể gây bệnh nhắm vào cơ trơn và sự lắng đọng phức hợp miễn dịch trên cơ hoặc thần kinh là các cơ chế miễn dịch có thể có liên quan. Cho đến nay, không có tự kháng thể cụ thể nào được xác định trong số những bệnh nhân mắc SLE-IPO.

Dưới đây chúng tôi báo cáo về một trường hợp tắc ruột giả lupus, đã được điều trị thành công tại Khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân TRẦN THỊ CẨM T, giới tính nữ, 27 tuổi, dân tộc Kinh. Bệnh nhập viện lúc 23h30, ngày 27/09/2020.

Lý do vào viện: Đau bụng, nôn ói

Bệnh sử: Bệnh khởi phát 03 ngày, đau âm ỉ khắp bụng, nhiều vùng hạ vị kèm cảm giác buồn nôn và nôn sau khi ăn, sốt nhẹ liên tục, không tiêu lỏng.

Tiền sử: Bản thân: Bệnh đang được điều trị Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) với prednisolone liều duy trì 4mg/ngày. 3 năm trước, bệnh nhân được chẩn đoán SLE với hồng ban cánh bướm ở mặt, đạm niệu (+) và Anti-double-stranded DNA (+).

Gia đình: không ghi nhận bất thường.

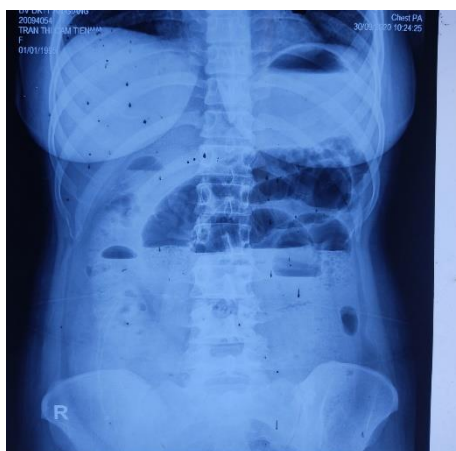
Tình trạng lúc nhập viện: Bệnh tình, niêm hồng, tiếp xúc tốt, tổng trạng trung bình, mạch 84 l/p, HA 130/80mmHg, nhịp thở 20 l/p; Đau bụng âm ỉ hạ vị, nôn ói, trung tiện (-), không đại tiện; Bụng chướng nhẹ, dấu rốn bò (-), ấn mềm, nhu động ruột thưa.

Kết quả cận lâm sàng: Công thức máu: Bạch cầu 15.33 K/ul, Lym 11.2%, Mono 5.6%, Neu 83.2%, hồng cầu 5.45 M/ul, Hb 15.3 g/dL, tiểu cầu 359 K/ul, CRP 55.0 mg/L, Lactat máu 9.58mmol/L, cấy máu: không vi trùng mọc.

Siêu âm bụng tổng quát: ít dịch tự do ổ bụng, phân biệt vỏ tử 02 thận kém

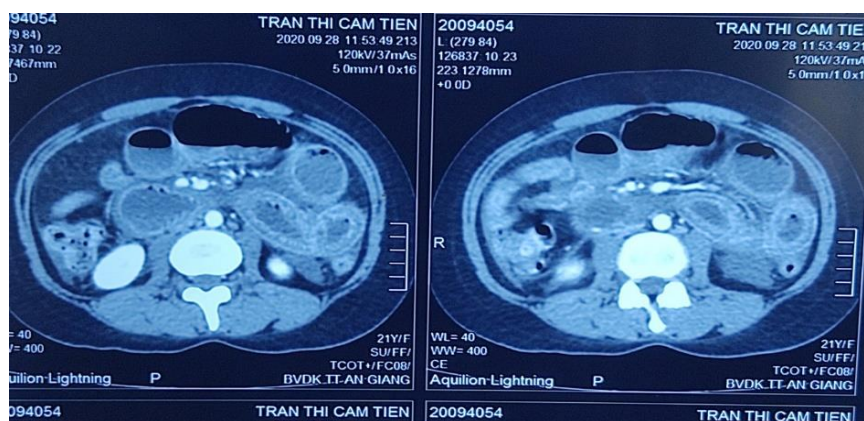
Xquang bụng đứng: nhiều mức dịch hơi vùng bụng, mất hơi vùng bụng thấp, không thấy khí tự do ổ bụng.

CTscan bụng có cản quang: dày thành hồng tràng lan tỏa #9mm, dạng đồng tâm, còn phân lớp, các quai ruột không dẫn; Dịch ổ bụng lượng trung bình.



Từ kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng, bệnh được chẩn đoán: Theo dõi tắc ruột non có nhiễm khuẩn đường ruột/Lupus ban đỏ hệ thống đang điều trị.

Được điều trị: Bù dịch-điện giải, kháng sinh: Ciprofloxacin, Ceftriaxone, Metronidazole kết hợp Methyprednisolone liều tấn công 40mg/ngày.



Đáp

ứng điều

trị từ ngày hôm sau, bệnh bắt đầu có trung tiện, đi tiêu phân lỏng sệt, giảm các triệu chứng đau bụng, nôn ói, bụng xẹp hơn, mềm hoàn toàn. Sau 07 ngày, các rối loạn tiêu hóa dần thuyên giảm và hết hẳn, bệnh được xuất viện và được điều trị duy trì SLE với prednisolone.

III. BÀN LUẬN

Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày một trường hợp bệnh nhân bị SLE lâu năm có biểu hiện tắc ruột giả, bệnh nhân đang được điều trị duy trì bằng phương pháp ức chế miễn dịch. Trường hợp này nêu bật một số bài học quan trọng liên quan đến chẩn đoán và quản lý hội chứng này.

Việc chẩn đoán lupus -IPO thường được thực hiện dựa trên biểu hiện lâm sàng và hình ảnh CTscan bụng cho thấy các quai ruột dẫn với lượng khí-dịch, thành ruột dày lên và viêm. Trong trường hợp này, bệnh nhân được cân nhắc không can thiệp phẫu thuật mà quyết định điều trị nội góp phần giảm thiểu gánh nặng di chứng sau phẫu thuật cho bệnh nhân.

Trường hợp này cũng nêu bật thách thức trong việc phân biệt lupus -IPO với LMV. Hai bệnh này thường bị nhầm lẫn trên lâm sàng và y văn. LMV là một bệnh viêm ruột do thiếu máu cục bộ thứ phát sau viêm mạch hoặc huyết khối mạch máu, trong khi SLE-IPO (tắc ruột giả do lupus ban đỏ) là kết quả của rối loạn chức năng cơ trơn ruột [7] [9]. Cả hai bệnh đều có thể gây phù và dày thành ruột, cổ trướng và giãn ruột trên hình ảnh. Ba dấu hiệu cổ điển trên CT scan bụng đôi khi được nhìn thấy trong LMV (viêm ruột do thiếu máu cục bộ thứ phát) và có thể giúp thu hẹp sự khác biệt, bao gồm các bất thường ở mạc treo như căng các mạch máu mạc treo hoặc tăng số lượng mạch ("Dấu hiệu lược"), ruột dày lên và tăng cường trông giống như tiêu ("dấu hiệu mục tiêu") [3], và tăng đậm độ mỡ mạc treo [2]. Mặc dù những phát hiện hình ảnh này có thể gợi ý chẩn đoán LMV nhưng cần lưu ý rằng thiếu máu cục bộ và tăng sinh thành ruột cũng có thể thấy trong SLE-IPO, điều này vẫn còn nhiều tranh cãi.

Bệnh nhân SLE-IPO thường đáp ứng nhanh chóng với ức chế miễn dịch, mặc dù loại thuốc và thời gian điều trị là thay đổi giữa các bệnh nhân. SLE-IPO có thể gây ra biến chứng nghiêm trọng và tử vong đáng kể nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Một nghiên cứu đã báo cáo tỷ lệ tử vong tại bệnh viện là 7% ở những bệnh nhân bị SLE-IPO, thường là do nhiễm trùng huyết hoặc thủng ruột [10]. Nếu IPO không được điều trị, lớp cơ trơn ruột có thể bị teo và xơ hóa và sẽ không thể phục hồi với thuốc ức chế miễn dịch, đây là trường hợp nghiêm trọng của tắc ruột mãn tính và bệnh nhân có thể phải phụ thuộc vào dinh dưỡng toàn phần qua đường tĩnh mạch [5]. Trong trường hợp hiện tại, việc điều trị chỉ với prednisone là không đủ, bệnh nhân cần bắt đầu sử dụng kết hợp các thuốc ức chế miễn dịch khác và theo dõi sức khỏe định kỳ.

IV. KẾT LUẬN

Tắc ruột giả là một biến chứng hiếm gặp của SLE cần được xem xét ở bất kỳ bệnh nhân SLE nào có các triệu chứng tắc ruột. Nhận biết sớm là rất quan trọng để tránh can thiệp phẫu thuật không cần thiết và tổn thương vĩnh viễn cho đường tiêu hóa. Điều trị ức chế miễn dịch kịp thời đối với IPO mang lại hiệu quả cao trong giai đoạn sớm, và có thể làm thuyên giảm IPO cũng như các biến chứng bên ngoài khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Đặng Văn Em (2014), "Lupus ban đỏ hệ thống - Chẩn đoán và điều trị", Nhà xuất bản Y học.
- TIẾNG ANH
2. Huang YT, Chung TW, Wang JJ (2017), "Target sign in lupus enteritis", QJM, pp. 110:hcx006.
3. Janssens P, Arnaud L, Galicier L, et al (2013), "Lupus enteritis: from clinical findings to therapeutic management," Orphanet J Rare Dis,(8), pp. 67.
4. Nguyen H, Khanna N (2004), "Intestinal Pseudo-obstruction as a presenting manifestation of systemic lupus erythematosus: case report and review of the literature," South Med J, (97) , pp. 186–9.
5. Park F-D, Lee J-K, Madduri G-D, et al (2009), "Generalized megaviscera of lupus: refractory intestinal pseudo-obstruction, ureterohydronephrosis and megacholedochus" World J Gastroenterol, (5), pp. 3555–9.
6. Wang JL, Liu G, Liu T, et al (2014), "Intestinal pseudo-obstruction in systemic lupus erythematosus: a case report and review of the literature," Medicine (Baltimore), pp. 93:e248.
7. Xu D, Lin J (2015), "Urinary tract involvement in systemic lupus erythematosus: coexistence with lupus mesenteric vasculitis or intestinal pseudo-obstruction?," Semin Arthritis Rheum, pp. 44:e9.
8. Yuan S, Lian F, Chen D, et al (2013), "Clinical features and associated factors of abdominal pain in systemic lupus erythematosus," J Rheumatol, (40), pp. 2015–22.
9. Yuan S, Ye Y, Chen D, et al (2014), "Lupus mesenteric vasculitis: clinical features and associated factors for the recurrence and prognosis of disease," Semin Arthritis Rheum, (43), pp. 759–66.
10. Zhang L, Xu D, Yang H, et al (2016), "Clinical features, morbidity, and risk factors of intestinal pseudo-obstruction in systemic lupus erythematosus: a retrospective case-control study," J Rheumatol,(43), pp. 559–64.

NHIỄM TRÙNG CỔ SÂU VÀ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT MỞ CẠNH CỔ TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG

Ngô Vương Mỹ Nhân, Bùi Thị Xuân Nga

TÓM TẮT

Nhiễm trùng cổ sâu là tình trạng nhiễm trùng xảy ra ở các khoang và mạc vùng cổ với biểu hiện viêm mô tế bào hoặc áp xe. Nguyên nhân nhiễm trùng cổ sâu do viêm Amidan, nhiễm trùng răng, dị vật thực quản, viêm tuyến nước bọt, sử dụng thuốc tiêm qua đường tĩnh mạch Tuy nhiên, có trường hợp cũng không xác định được nguyên nhân của quá trình viêm. Việc chẩn đoán sớm, điều trị kháng sinh thích hợp và phẫu thuật kịp thời giúp hạn chế biến chứng và chi phí điều trị. Chúng tôi báo cáo 5 ca nhiễm trùng cổ sâu được phẫu thuật mở cạnh cổ tại khoa tai mũi họng Bệnh viện ĐKTT An Giang.

ABSTRACT

Deep neck space infections (DNSI) are diseases that involve several spaces and facial planes in the neck with inflammation or abscess. It were caused by spread from tonsillitis, dental infections, esophageal foreign bodies, salivary gland infection, intravenous drug use However, several DNSI have no identifiable etiology. Proper diagnosis, appropriate antibiotic treatment and prompt surgical intervention of DNSI can decrease complications and cost of treatment. We report 5 cases DNSI operated drainage of purulent abscess at otorhinolaryngology department of An Giang general hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Nhiễm trùng cổ sâu là tình trạng nhiễm trùng xảy ra ở các khoang và mạc vùng cổ với biểu hiện viêm mô tế bào hoặc áp xe. Nguyên nhân nhiễm trùng cổ sâu do viêm Amidan, nhiễm trùng răng, đường dò bẩm sinh vùng cổ, dị vật thực quản, viêm tuyến nước bọt, sử dụng thuốc tiêm qua đường tĩnh mạch Tuy nhiên, có trường hợp cũng không xác định được nguyên nhân của quá trình viêm.

Trước đây, viêm amidan hay áp xe quanh amidan là nguyên nhân chủ yếu của nhiễm trùng cổ sâu chiếm tỉ lệ 70%. Ngày nay, do sự tiến bộ và phát triển đa dạng về kháng sinh, nguyên nhân thường gặp nhất trong nhiễm trùng cổ sâu là do răng. [4][5]

Viêm tấy vùng cổ đã được nhắc đến từ thời Hipocrate (460 – 377 trước công nguyên) và Galen (131 – 201) đã được mô tả bằng các từ như: viêm họng ngạt thở, nhọt độc hoại thư hay viêm họng ác tính. [3]

Nhiễm trùng cổ sâu biểu hiện viêm cấp tính nặng. Do đó, việc chẩn đoán sớm, điều trị kháng sinh thích hợp và phẫu thuật kịp thời giúp hạn chế biến chứng và chi phí điều trị.

II. BÁO CÁO CA BỆNH:

Ca bệnh 1:

Bệnh nhân Võ văn K. sinh năm 1965. Vào viện ngày 25/10/2019, lý do vào viện sưng đau vùng má (T). Cách nhập viện 7 ngày, bệnh nhân đau họng và đau góc hàm (T), có điều trị nhưng không giảm, sưng đau ngày càng nhiều và nuốt khó nên nhập viện.

Tình trạng lúc nhập viện: bệnh tình, nhiệt độ 39⁰ C, nuốt đau, sưng nề mặt (T) lan xuống dưới hàm và cổ (T). Amidan (T) to.

Kết quả xét nghiệm máu lúc nhập viện BC 18.91K/UL, Neu 83,7%. Chụp CLVT hàm mặt có cản quang ghi nhận khối áp xe từ tuyến nước bọt dưới hàm (T) lan xuống sụn nhĩ – giáp và trong cơ ức đòn chũm kích thước 70 x 110mm làm hẹp vùng hầu họng.

Tiến hành phẫu thuật rạch dọc bờ trước cơ ức đòn chũm (T) bơm rửa dẫn lưu ổ áp xe. Kết quả cấy mủ không tìm thấy chủng vi khuẩn.

Bệnh nhân điều trị 18 ngày ra viện với tình trạng vết mổ khô lành.



Ca bệnh 2:

Bệnh nhân Nguyễn V. H. sinh năm 1964. Vào viện ngày 09/11/2019, lý do vào viện sốt và ho đàm. Cách nhập viện 3 ngày, bệnh nhân sốt, ho có điều trị nhưng không giảm, sau đó sưng đau cổ (P) nên nhập viện.

Tình trạng lúc nhập viện: bệnh tình, nhiệt độ 39°C , sưng đau cổ (P). Kết quả xét nghiệm máu lúc nhập viện BC 10.85K/UL, Neu 82,3%, CRP định lượng 119 mg/l. Bệnh nhân được điều trị tại khoa nội tổng hợp 03 ngày với chẩn đoán viêm mô tế bào hầu họng.

Sau 04 ngày điều trị bệnh nhân được chỉ định chụp CT Scanner cổ có cản quang kết quả vùng cổ từ dưới hàm đến vùng hạ đòn (P) dạng dịch khí lan ra phía trước và sang (T) đẩy lệch vùng hầu họng sang (T). Nội soi họng ghi nhận 2 amidan không to, sụn thanh thiệt phù nề, thành bên họng (P) bị đẩy vào trong. Kết quả xét nghiệm lúc này BC 17.73K/UL, Neu 88,7%, CRP định lượng 111.4 mg/l.

Bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cổ (P) và chỉ định phẫu thuật cấp cứu. Tiến hành phẫu thuật rạch dọc bờ trước cơ ức đòn chũm (P) ra nhiều mũ vàng, ổ áp xe lan lên trên khoang dưới hàm (P) ra khoang sau và lan xuống trên thượng đòn (P). Đặt ống dẫn lưu bơm rửa ổ áp xe. Kết quả cấy mũ không tìm thấy chủng vi khuẩn.

Bệnh nhân được điều trị 26 ngày và ra viện với tình trạng vết mổ khô lành.



Ca bệnh 3:

Bệnh nhân Nguyễn T. Kim C. sinh năm 1992. Vào viện ngày 25/12/2019, lý do vào viện đau răng và sưng nề vùng mặt (T). Cách nhập viện 5 ngày, bệnh nhân đau răng sau đó sưng nề vùng mặt (T), tự mua thuốc uống nhưng không giảm nên nhập viện.

Tình trạng lúc nhập viện: bệnh tình, sinh hiệu ổn. Sưng mặt (T) da căng đỏ lan xuống dưới hàm 2 bên. Sàn miệng đầy và sâu răng R35 - R38.

Kết quả xét nghiệm máu lúc nhập viện BC 20.94K/UL, Neu 91%, CRP định lượng 59,3 mg/l. Bệnh được chẩn đoán viêm mô tế bào và áp xe sàn miệng do răng.

Khoa RHM tiến hành ngày 26/12/2019 phẫu thuật dẫn lưu má (T) và dưới cằm. Kết quả cấy mũ không tìm thấy chủng vi khuẩn. 04 ngày sau tiến hành nhổ răng sâu. Kết quả xét nghiệm

máu sau 04 ngày phẫu thuật BC 20.89K/UL, Neu 83,9%, CRP định lượng 62,7 mg/l. Sau 08 ngày phẫu thuật, bệnh nhân còn sưng nề vùng giữa cổ và hõm ức. Bệnh nhân được hội chẩn tại mũi họng, chỉ định chụp CLVT hàm mặt có cản quang ghi nhận kết quả khối 25 x 54 x 70 mm lan dọc theo khí quản lan xuống trung thất trước.

Bệnh nhân được chẩn đoán áp xe trước cổ lan xuống trung thất trước. Tiến hành ngày 04/1/2020 phẫu thuật cấp cứu rạch ngang cổ trên hõm ức, bộc lộ ổ áp xe lan 2 bên cổ và xuống hõm ức ra nhiều mủ đặc. Kết quả cấy mủ không tìm thấy chủng vi khuẩn.

Bệnh nhân điều trị 19 ngày ra viện với tình trạng vết mổ khô lành.

Ca bệnh 4:

Bệnh nhân Nguyễn Văn Đ. sinh năm 1968. Vào viện ngày 17/6/2020, lý do vào viện sưng đau vùng cổ (P). Cách nhập viện 7 ngày, bệnh nhân sưng đau hàm (P), tự mua thuốc uống nhưng không giảm, sưng đau ngày càng nhiều nên nhập viện.

Tình trạng lúc nhập viện: bệnh tình, sinh hiệu ổn. Sưng tấy đỏ cổ (P) kích thước 10 x10 cm và vùng dưới hàm. Amidan (P) to, lưỡi gà phù nề. Tiền sử: đái tháo đường type 2 điều trị liên tục. Kết quả xét nghiệm máu lúc nhập viện BC 19.28K/UL, Neu 88,4%, Glucose 37.7 mmol/l, HbA1c 11%, CRP định lượng 74,7 mg/l, eGFR 59,75ml/ phút. Chụp CLVT hàm mặt có cản quang ghi nhận Áp xe cạnh tuyến nước bọt dưới hàm (P), viêm thứ phát tuyến nước bọt dưới hàm (P).

Tiến hành ngày 18/6/2020 phẫu thuật mở khí quản cấp cứu và mở dọc bờ trước cơ ức đòn chũm (P) bơm rửa dẫn lưu ổ áp xe. Kết quả cấy mủ chủng vi khuẩn tìm thấy là Klebsiella Pneumoniae và kháng sinh đồ kháng Ampicillin.



Ca bệnh 5:

Bệnh nhân Trần V. M. sinh năm 1975. Vào viện ngày 01/8/2020, lý do vào viện đau góc hàm (P). Cách nhập viện 4 ngày, bệnh nhân sưng đau hàm (P), tự mua thuốc uống nhưng không giảm nên nhập viện.

Tình trạng lúc nhập viện: bệnh tình, sinh hiệu ổn. Sưng tấy đỏ cổ (P) và góc dưới hàm (P). Thành bên họng (P) bị đẩy phồng vào trong.

Kết quả xét nghiệm máu lúc nhập viện BC 13.01K/UL, Neu 89,1%. Chụp CLVT hàm mặt có cản quang ghi nhận áp xe vùng tuyến nước bọt mang tai (P) dạng dịch khí lan vào vùng trong xương hàm.

Tiến hành ngày 04/8/2020 phẫu thuật rạch da dưới hàm (P) ra nhiều chất nâu đen và mô hoại tử, ổ áp xe lan lên trên góc xương hàm ra sau và lan vào giữa cổ. Kết quả cấy mũ không tìm thấy chủng vi khuẩn.

Bệnh nhân điều trị 14 ngày ra viện với tình trạng vết mổ khô lành.

III. BÀN LUẬN:

Tùy thuộc vào mối liên quan với xương móng, có thể phân chia các khoang như sau:

- Các khoang chiếm hết chiều dài cổ: khoang sau họng (khoang sau tạng, khoang sau thực quản), khoang mạch tạng là khoang nằm trong bao cảnh.
- Khoang trên xương móng: khoang bên họng, khoang dưới hàm
- Khoang dưới xương móng: khoang trước tạng thường được biết là một khoang trước khí quản, nó nằm trước cổ từ sụn giáp cho tới trung thất trên, ở ngang mức đốt sống ngực 4, gần quai động mạch chủ.

Sự nhiễm trùng có thể lan từ các khoang nông sang các khoang sâu. Qua 5 ca bệnh, 02 ca nhiễm trùng lan rộng từ tuyến dưới hàm xuống bờ trong cơ ức đòn chũm chưa rõ nguyên nhân. 1 ca nhiễm trùng cổ sâu nguyên nhân do nhiễm trùng răng, 01 ca do nhiễm trùng từ viêm tuyến nước bọt mang tai và 01 ca nghi do nhiễm trùng từ khoang miệng. Theo y văn, khoảng 20 – 50% nhiễm trùng cổ sâu không xác định nguyên nhân [2]

Các trường hợp bệnh nhân đều tự mua thuốc uống, có trường hợp điều trị tuyến cơ sở nhiều ngày không giảm nên đến bệnh viện với tình trạng áp xe cổ sâu. Trường hợp ca bệnh 4 có bệnh đái tháo đường kèm theo nên diễn tiến lâm sàng nhanh và nặng hơn phải mở khí quản cấp cứu trước khi phẫu thuật.

Theo y văn, thường có 2 loại vi khuẩn trong nhiễm trùng cổ sâu là vi khuẩn kỵ khí và vi khuẩn hiếu khí. Thường đa số là chủng vi khuẩn họng miệng [2]. Trong 5 ca bệnh chỉ có 1 ca cấy mũ tìm thấy là *Klebsiella Pneumoniae*. Điều này không phù hợp với kết quả cận lâm sàng CRP và bạch cầu đều tăng cao. Có thể do bệnh nhân đã điều trị kháng sinh trước hoặc do thao tác lấy mũ.

Ca bệnh 2, ca bệnh 3 cho thấy việc chẩn đoán nhiễm trùng cổ sâu khó xác định nếu chỉ dựa vào bệnh sử và khám lâm sàng. Chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang giúp xác định viêm mô tế bào hay áp xe và vị trí ổ áp xe giúp chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời hạn chế biến chứng.

Các trường hợp đều được chỉ định phẫu thuật mở cạnh cổ dẫn lưu ổ áp xe. Đường rạch dẫn lưu tùy thuộc vào vị trí ổ áp xe. Đặt ống dẫn lưu ổ áp xe bơm rửa liên tục 2 – 3 lần trong ngày và nuôi ăn qua ống thông dạ dày [1]. Những tháng cuối năm 2019, khoa tai mũi họng đã tiếp nhận nhiều bệnh nhân vào viện với áp xe cổ sâu có trường hợp bệnh diễn tiến nhanh lan xuống trung thất phải chuyển tuyến trên. Ca bệnh 4, bệnh nhân có bệnh lý đái tháo đường vào viện với đường huyết không ổn định nên nhiễm trùng lan rộng và diễn tiến nhanh gây biến chứng chèn ép đường thở. Do đó, kiểm soát đường huyết tốt giúp bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu nhanh chóng hồi phục.

05 ca bệnh điều trị kháng sinh Cephalosporin thế hệ thứ III kết hợp nhóm Quinolon và Metronidazol. Các trường hợp nhiễm trùng cổ sâu tiếp nhận tại khoa tai mũi họng từ tháng 10/2019 – tháng 8/2020 được chẩn đoán áp xe cổ sâu đều được phẫu thuật mở cạnh cổ dẫn lưu ổ áp xe. Tất cả bệnh nhân ra viện với các xét nghiệm BC, CRP trở về bình thường và vết mổ lành tốt. Trong đó ca bệnh 2, thời gian lành vết thương chậm do sự lan rộng của ổ áp xe ra các khoang chiếm hết chiều dài cổ. Do đó, việc chẩn đoán sớm, kháng sinh thích hợp rất quan trọng trong điều trị nhiễm trùng cổ sâu. Điều này giúp giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân và hạn chế sự lan rộng ổ áp xe.

IV. KẾT LUẬN:

Nhiễm trùng cổ sâu là cấp cứu trong tai mũi họng. Nếu không xử trí và điều trị sẽ gây ra nhiều biến chứng có thể dẫn đến tử vong.

- Sử dụng kháng sinh thích hợp trong nhiễm trùng cổ sâu giúp bệnh nhân mau hồi phục. Phẫu thuật mở cạnh cổ được thực hiện khi điều trị nội khoa thất bại.
- Do đó, cần tập huấn kiến thức về nhiễm trùng cổ sâu để phát hiện sớm và điều trị kịp thời.
- Tuyên truyền cho người dân thấy được sự nguy hiểm của bệnh và đến cơ sở y tế khi có viêm nhiễm vùng họng miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2016), “Nhiễm trùng khoang cổ sâu”, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý về tai mũi họng*, NXB y học tr. 254 – 257
2. Emedicine.medscape.com/article/837048
3. Lanwani A.K, Kaplan K.J (1991), “Mediastinal and thoracic complications of the necrotizing fasciitis of the head and neck”, *Head and neck*, 13(6), pp.531-39.
4. Parhiscar A, Harel G. Deep neck abscess: A retrospective review of 210 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2001;110(11):1051–54.
5. Priyamvada S, Motwani G. “A Study on Deep Neck Space Infections”, *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;71(Suppl 1):912-917.
6. 5. Weed H, Forest L. Deep neck infection. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 1998;3:2515–24.

SÁNG KIẾN CẢI TIẾN CHẾ LẠI BÓNG ĐÈN NỘI KHÍ QUẢN BỊ HƯ BẰNG ĐÈN LED SIÊU SÁNG

Tô Hiếu Nghĩa; Phạm Văn Hào

MỞ ĐẦU

I.LÝ DO CHỌN SÁNG KIẾN

Trong mấy năm trở lại đây,việc mua sắm dụng cụ,vật tư thiết bị y tế tiêu hao phải thực hiện qua đấu thầu tập trung. Tình hình khám chữa bệnh ngày càng đông,vật tư dụng cụ tiêu hao sử dụng ngày càng nhiều,dẫn đến tiền hao phí để mua sắm tăng cao, nhưng thủ tục mua sắm gặp nhiều khó khăn, không cung cấp kịp thời để phục vụ công tác sửa chữa thay thế cho các khoa sử dụng. Điển hình là bóng đèn đặt Nội Khí Quản, mỗi năm ước lượng số bóng đèn cần thay thế khoảng 300 bóng, nhưng hiện nay lượng mua không đủ để phục vụ nên tổ bảo trì sửa chữa đã đưa ra một giải pháp sáng kiến để khắc phục bổ sung khi lượng hàng đặt mua không kịp để cung cấp, giải pháp sáng kiến này là tận dụng vỏ của bóng đèn đã bị hư chế lại bóng đèn đặt Nội Khí Quản dùng bằng bóng đèn led siêu sáng.

II.ĐIỂM MỚI CỦA SÁNG KIẾN

Mục đích sáng kiến này giúp tiết kiệm được một khoảng chi phí mua sắm, đồng thời sáng kiến này cũng giúp việc đặt Nội Khí Quản được dễ dàng hơn do độ sáng của bóng đèn tự chế này dễ quan sát hơn bóng mới mua từ hãng (đây là nhận xét của các khoa đã sử dụng).

PHẦN NỘI DUNG

I.THỰC TRẠNG CỦA VẤN ĐỀ MÀ SÁNG KIẾN CẦN GIẢI QUYẾT

- Đèn đặt nội khí quản là một thiết bị hỗ trợ cần thiết cho việc đặt nội khí quản được dễ dàng, hỗ trợ trong trường hợp bệnh nhân cấp cứu,thủ thuật cần thực hiện nhanh chóng và kịp thời, không để xảy ra tay biến do chậm khai thông đường hô hấp cho bệnh nhân.
- Tình hình khám chữa bệnh ngày càng đông,vật tư dụng cụ tiêu hao sử dụng ngày càng nhiều, tiền hao phí để mua sắm tăng cao, thủ tục mua sắm gặp nhiều khó khăn, không cung cấp kịp thời để phục vụ công tác sửa chữa thay thế cho các khoa sử dụng

II.NỘI DUNG SÁNG KIẾN

Tận dụng lại vỏ bóng đèn nội khí quản đã bị hư, dùng bóng đèn led trắng siêu sáng 3mm thay thế cho bóng đèn đốt tim đã bị đứt

Việc sáng kiến này cũng đã đem lại nhiều hiệu quả, điển hình là sự hài lòng của các khoa khi sử dụng sản phẩm này. Bóng đèn chế này cũng sử dụng nguồn pin giống như bóng của hãng,nhưng theo tính toán đo đạc thì bóng chế này sử dụng tiết kiệm điện năng (pin) hơn bóng của hãng (do bóng đèn của hãng dùng loại bóng đèn đốt tim).

- Bóng hiệu Riester của Đức: Điện năng tiêu thụ khoảng 300-350mA.
- Bóng hiệu Pakistan của Trung Quốc: Điện năng tiêu thụ khoảng 450-550mA.
- Bóng đèn tự chế: Điện năng tiêu thụ khoảng 15-20mA.

Bóng đèn tự chế tiêu thụ điện năng tiết kiệm hơn bóng Riester của Đức khoảng 20 lần, so với bóng Pakistan của Trung Quốc tiết kiệm hơn khoảng 30-35 lần.

Về tính kinh tế : (Giá theo đấu thầu)

- Bóng hiệu Riester của Đức: 165.000VNĐ.
- Bóng hiệu Pakistan của Trung Quốc:32.500VNĐ.
- Bóng đèn tự chế: Tổng chi phí khoảng: 2000 VNĐ.

Mỗi bóng đèn tự chế tiết kiệm chi phí cho bệnh viện rất nhiều so với bóng đèn của hãng.

PHẦN KẾT LUẬN

Sáng kiến này giúp tiết kiệm được một khoảng chi phí mua sắm hàng năm, đồng thời sáng kiến này cũng giúp cung cấp kịp thời phục vụ công tác sửa chữa thay thế cho các khoa sử dụng, việc đặt Nội Khí Quản được dễ dàng hơn do độ sáng của bóng đèn tự chế này dễ quan sát hơn bóng mới mua từ hãng.

Hiện nay việc sáng kiến này chỉ mới áp dụng tại các khoa có sử dụng đèn đặt nội khí quản của Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ SỬ DỤNG TRANG THIẾT BỊ Y TẾ TẠI KHOA CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ KHOA PHẪU THUẬT GÂY MÊ HỒI SỨC

Nguyễn Quang Trình, Nguyễn Thị Thúy,
Ngô Thị Kiều Dung, Nguyễn Phước Thiện

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trang thiết bị y tế là một trong ba yếu tố cấu thành Ngành Y tế. Việc Quản lý sử dụng trang thiết bị tại Bệnh viện chưa thật sự được chú trọng: đào tạo, tập huấn cho cán bộ sử dụng, phân công cán bộ quản lý trang thiết bị y tế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, định tính, kết hợp với phân tích số liệu thu nhập được trong bệnh viện. Đối tượng nghiên cứu: Trang thiết bị y tế tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh và Khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức (142 thiết bị).

Kết quả: Số lượng trang thiết bị y tế so với danh mục Thiết bị y tế chuẩn do Bộ Y tế ban hành tại Quyết định số 437/QĐ-BYT thì số lượng thiết bị y tế tại các khoa nghiên cứu đạt tỷ lệ cao lần lượt là khoa Chẩn đoán hình ảnh đạt 90.7%, Phẫu thuật gây mê hồi sức đạt 83%.

Kết luận: Các Trang thiết bị y tế đầu tư đều được sử dụng 100%, Với tổng số 142 thiết bị y tế tại các khoa nghiên cứu, có 139 thiết bị hoạt động bình thường chiếm tỷ lệ 97,8 %. Tỷ lệ thiết bị y tế đang sửa chữa thấp 2,2%.

ABSTRACT

Background: Medical equipment is one of the three elements that make up the Health Sector. The management and use of equipment at the Hospital has not really been focused: training and training for users, assigning medical equipment managers.

Objective: Cross-sectional descriptive study, qualitative methodology, combined with analyzing the income data in the Hospital. Research subjects: Medical equipment at Department of Diagnostics Imaging and Department of Anesthesiology (142 devices).

Methods: The number of medical devices compared to the diagnosis of the List of standard medical equipment issued by the Ministry of Health in Decision No. 437 / QĐ-BYT, the number of medical devices in the research faculties reaches a high rate respectively. 90.7% of Diagnostic Imaging Department, and 83% of resuscitation surgery.

Results: All medical devices invested are used 100%. With a total of 142 medical devices in research departments, there are 139 devices with normal operation, accounting for 97.8%. The percentage of medical devices under repair is low at 2.2%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trang thiết bị y tế là một trong những yếu tố quan trọng quyết định chất lượng, hiệu quả trong công tác y tế, hỗ trợ tích cực cho thầy thuốc trong khám, chẩn đoán, điều trị chính xác góp phần thực hiện tốt vai trò chăm sóc sức khỏe nhân dân đồng thời góp phần nâng cao hiệu quả hoạt động của bệnh viện.

Nâng cao hiệu quả quản lý TTBYT sẽ nâng cao chất lượng khám chữa bệnh (KCB) tại các bệnh viện, nâng cao trình độ chuyên môn cho cán bộ y tế, từ đó thu hút người dân đến KCB, góp phần làm giảm sự quá tải cho bệnh viện tuyến trên, đồng thời người dân được hưởng các dịch vụ kỹ thuật cao ngay tại tuyến y tế cơ sở, vì vậy giảm được phân chi phí cho việc đi lại không cần thiết. Do đó, việc nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác quản lý trang thiết bị y tế chẩn đoán tại các khoa cận lâm sàng bệnh viện là rất cần thiết (1).

Hiện tại, bệnh viện chưa có đề tài nào nghiên cứu về lĩnh vực TTBYT. Chính vì những lý do nêu trên, chúng tôi chọn đề tài: “ Thực trạng quản lý sử dụng trang thiết bị y tế tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh và Khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức” để nghiên cứu, với hy vọng góp phần nâng cao hiệu quả quản lý TTBYT, đáp ứng được nhu cầu ngày càng cao về chăm sóc sức khỏe của nhân dân.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Mô tả thực trạng quản lý sử dụng trang thiết bị y tế tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh và Khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức.

- Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý sử dụng trang thiết bị y tế tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh và Khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức.

II. ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Các TTBYT tại 02 khoa: Khoa Chẩn đoán hình ảnh và Khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức. Trang thiết bị chẩn đoán này có tiêu chuẩn là tài sản cố định hữu hình (Có thời gian sử dụng từ 01 năm trở lên; Có nguyên giá từ 10 triệu đồng trở lên). Tổng cộng có 142 thiết bị.
- Thời gian nghiên cứu: 01 tháng (tháng 08/2020).
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp mô tả cắt ngang, định tính, kết hợp với phân tích số liệu thu nhập được trong bệnh viện.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN:

Bảng 1: Thông tin chung về TTBYT của Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức (2).

STT	TÊN	Số lượng	Năm sử dụng	Hiện trạng
A	Khoa Chẩn đoán Hình ảnh	124 TTB		
1	Bàn mổ (Motor Drive Only)	2	2016	Đang sử dụng
2	Bàn mổ (Oil-Hydrolic)	4	2016	Đang sử dụng
3	Bàn mổ đa năng điện	1	2016	Đang sử dụng
4	Bàn mổ Motor Driver Only	1	2016	Đang sử dụng
5	Bộ kính lúp vi phẫu	2	2016	Đang sử dụng
6	Bộ mổ nội soi TMH	1	2016	Đang sử dụng
7	Bơm tiêm điện	15	2016	Đang sử dụng
8	Dao mổ máy siêu âm tích hợp hàn mạch	1	2016	Đang sử dụng
9	Dao mổ siêu âm	1	2016	Đang sử dụng
10	Đèn đặt nội khí quản khó	1	2003	Đang sử dụng
11	Đèn mổ ánh sáng lạnh 1 bóng 2 choá	1	2016	Đang sử dụng
12	Đèn mổ ánh sáng lạnh 1 bóng 2 choá	5	2016	Đang sử dụng
13	Đèn mổ Led- hai đầu đèn	2	2016	Đang sử dụng
14	Đèn mổ treo trần ánh sáng lạnh	2	2007	Đang sử dụng
15	Giường bệnh nhân cấp cứu	22	2016	Đang sử dụng
16	Hệ thống máy phẫu thuật nội soi	2	2016	Đang sử dụng
17	Hệ thống nội soi mềm đường mật	1	2018	Đang sử dụng
18	Hệ thống phẫu thuật nội soi với	2	2019	Đang sử dụng
19	Hệ thống tán sỏi niệu quản bằng xung hơi	1	2009	Đang sử dụng
20	Khoan xương điện	1	2016	Đang sử dụng
21	Máy bơm hơi ổ bụng	1	2006	Đang sử dụng
22	Máy cắt đốt cao tần 400W	1	2014	Đang sử dụng
23	Máy điện tim 3 kênh	1	2016	Đang sử dụng
24	Máy đốt điện cao tần 300W	5	2017	Đang sử dụng

STT	TÊN	Số lượng	Năm sử dụng	Hiện trạng
25	Máy đốt điện cao tần dùng trong nội soi	1	2017	Đang sử dụng
26	Máy gây mê giúp thở Soft Lander	2	2002	Đang sử dụng
27	Máy gây mê kèm giúp thở	5	2017	Đang sử dụng
28	Máy gây mê kèm giúp thở	1	2017	Đang sử dụng
29	Máy gây mê kèm thở	6	2016	Đang sử dụng
30	Máy giảm đau PCA	2	2018	Đang sử dụng
31	Máy giúp thở Bennet 840	3	2017	Đang sử dụng
32	Máy hút áp lực âm	10	2016	Đang sử dụng
33	Máy kích thích thần kinh	1	2010	Đang sử dụng
34	Máy phun sương khử khuẩn vô trùng	2	2016	Đang sử dụng
35	Máy Siêu âm trắng đen	1	2007	Đang sử dụng
36	Máy siêu âm xách tay 2 đầu dò	1	2018	Đang sử dụng
37	Máy sốc tim với chức năng sốc tự động	1	2016	Đang sử dụng
38	Máy tán sỏi laser qua nội soi niệu quản	1	2017	Đang sử dụng
39	Máy X Quang cánh tay	1	2010	Đang sử dụng
40	Monitor gây mê/Monitor bệnh nhân	6	2016	Đang sử dụng
41	Monitor trung tâm theo dõi 16 bệnh nhân	1	2016	<u>Đang chờ sửa chữa</u>
42	Monitoring theo dõi bệnh nhân	2	2007	Đang sử dụng
43	Phụ kiện phẫu thuật chỉnh hình cho bàn mổ	1	2016	Đang sử dụng
A	Khoa Chẩn đoán Hình ảnh	18 TTB		
1	Hệ thống X Quang di động	1	2016	Đang sử dụng
2	Hệ thống X Quang di động	1	2016	Đang sử dụng
3	Hệ thống X Quang kỹ thuật số	1	2016	Đang sử dụng
4	Hệ thống X Quang thường qui	1	2016	Đang sử dụng
5	Hệ thống xử lý tín hiệu X Quang số hóa	1	2009	Đang sử dụng
6	Hệ thống xử lý X Quang hóa	1	2018	<u>Đang chờ sửa chữa</u>
7	Máy chụp nhũ ảnh	1	2016	Đang sử dụng
8	Máy CR (Computed Radiography)	1	2016	Đang sử dụng
9	Máy CT Scanner 16 lát cắt	1	2017	Đang sử dụng
10	Máy CT Scanner 160 lát cắt	1	2017	Đang sử dụng
11	Máy đo độ loãng xương toàn thân Discoverywi	1	2016	Đang sử dụng
12	Máy in phim khô	1	2016	Đang sử dụng
13	Máy MRI 0,3 T (Hitachi)	1	2017	Đang sử dụng
14	Máy tán sỏi thận ngoài cơ thể	1	2016	Đang sử dụng
15	Máy X Quang di động 300mA	1	2018	Đang sử dụng
16	Máy X Quang di động Shimadzu Mobile	1	2004	Đang sử dụng
17	Máy X Quang kỹ thuật số 1 Detector	1	2018	Đang sử dụng
18	Máy X Quang thường quy cao tăng	1	2010	Đang sử dụng

Bảng 1 cho thấy: Tỷ lệ TTBYT so với quyết định 437/QĐ-BYT năm 2002 của Bộ y tế (3) về ban hành danh mục trang thiết bị các khoa đạt số lượng và chủng loại: khoa Chẩn đoán hình ảnh đạt 90.7%, Phẫu thuật gây mê hồi sức đạt 83%.

Các TTBYT của 02 hết hết thời gian khấu hao theo qui định (các thiết bị từ năm 2011 trở về trước) là 15/142 thiết bị chiếm tỷ lệ 10.6% thiết bị hiện có, Bệnh viện cần có kế hoạch cần thiết để kịp thời mua sắm các thiết bị này để bổ sung khi có hư hỏng nặng không phục hồi. Tỷ lệ thiết bị hư hỏng trong năm cần phải sửa chữa là 12 /142 thiết bị chiếm tỷ lệ 8.4% thiết bị hiện có.

Bảng 2: Kết quả thực hiện chỉ tiêu kế hoạch trong năm 2019(4)

Chỉ số hoạt động	Thực hiện Năm /2018	Thực hiện Năm /2019	So sánh tăng(+), giảm(-) so năm 2018 (%)
Tổng số siêu âm	86 062	99 300	+119,5
Tổng số CT Scanner	15 020	20 240	+134,8
Tổng số chụp X.Quang	96 766	109 915	+113,6
Tổng số chụp MRI	1003	1375	+135,3
Tổng số phẫu thuật	11 699	11 175	95.5

Bảng 1 và **Bảng 2** cho thấy đa số các chỉ tiêu cận lâm sàng điều vượt chỉ tiêu kế hoạch, năm sau cao hơn năm trước cụ thể như sau:

- + Có 06 thiết bị X-Quang thực hiện tổng số 109,915 ca chụp/ năm, trung bình mỗi máy thực hiện 1526 ca chụp/ tháng, sử dụng rất hiệu quả và hơn định mức theo Thông tư số 08/2019/TT-BYT(5) (*Công suất sử dụng thiết bị trung bình trên 1300 ca chụp/tháng/máy được bổ sung thêm máy tiếp theo*).
- + Có 02 Máy CT-Scanner xoắn ốc, đa dãy đầu dò thực hiện 20,240 ca chụp/năm, trung bình mỗi máy thực hiện 843 ca chụp/ tháng, sử dụng rất hiệu quả và hơn định mức theo Thông tư số 08/2019/TT-BYT (*Công suất sử dụng thiết bị trung bình trên 650 ca chụp/ tháng/ hệ thống được bổ sung thêm hệ thống tiếp theo*).
- + Có 01 MRI, thực hiện 1375 ca chụp/năm, trung bình mỗi máy thực hiện 115 ca chụp/ tháng, sử dụng rất hiệu quả và hơn định mức theo Thông tư số 08/2019/TT-BYT (*Nhu cầu sử dụng trung bình ≤ 400 ca chụp/ tháng/ cơ sở: tối đa 01 hệ thống/ cơ sở*).

*** Thực trạng về quản lý sử dụng TTBYT** tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

- Các khoa sử dụng rất nhiều TTBYT kỹ thuật mới, giá trị cao. Mỗi TTBYT đều có phân công người quản lý, chịu trách nhiệm chính.
- Phòng VTTBYT có sổ lý lịch TTBYT đối với mỗi TTBYT, cung cấp đầy đủ bảng hướng dẫn sử dụng và được treo ở từng thiết bị.
- Mỗi khi tiếp nhận TTBYT mới, Phòng VTTBYT đều yêu cầu các Cty/ Hãng hướng dẫn sử dụng chi tiết cho nhân viên tại khoa sử dụng (biên bản xác nhận đã HDSD).
- Nhân viên kỹ thuật của phòng thường xuyên hỗ trợ tập huấn vận hành, sử dụng các trang thiết bị cho nhân viên y tế (đặc biệt là các nhân viên mới).
- Bảng nhật ký sử dụng chưa được triển khai toàn diện.
- Các sự cố về TTBYT đều được đưa vào hệ thống báo cáo & quản lý sự cố. Điều này làm giảm đáng kể những sai sót người sử dụng TTBYT gây ra.

*** Vấn đề tồn tại:**

- Năng lực của cán bộ kỹ thuật trang thiết bị y tế chưa đáp ứng kịp những đòi hỏi về kỹ thuật và công nghệ. Chất lượng đào tạo, bố trí sử dụng nhân lực chuyên sâu về kỹ thuật thiết bị y tế còn ít nhiều hạn chế so với yêu cầu.
- Nhân viên TTBYT chưa được thật sự tham gia thường xuyên các khóa tập huấn, đào tạo về kỹ thuật.
- Các sự cố về TTBYT đều được đưa vào hệ thống báo cáo & quản lý sự cố: tuy nhiên rất nhiều tình huống khó xác định sự cố do TTBYT hay do nhân viên y tế.
- Các loại sự cố liên quan TTBYT. Có 2 loại:

- + Sai sót liên quan nhà sản xuất (manufacturer-related errors).
- + Sai sót do sử dụng trang thiết bị (device-use errors).

*** Đề xuất các phương án cải thiện:**

- Để sử dụng an toàn TTBYT cần:
 - + Hệ thống báo cáo sự cố về TTBYT.
 - + Tìm nguyên nhân gốc và đưa ra các khuyến cáo để phòng ngừa.
 - + Tập huấn sử dụng TTBYT an toàn cho người bệnh, nhất là thiết bị mới & người mới.
 - + Có quy trình sử dụng máy móc cụ thể (test máy).
 - Điều kiện lắp đặt, hoạt động. Điều 37, chương 5, NĐ 36: công ty kinh doanh TBY phải có đội ngũ nhân viên kỹ thuật có trình độ phù hợp để thực hiện lắp đặt, hướng dẫn sử dụng phù hợp với loại trang thiết bị y tế mà cơ sở mua bán.
 - Xây dựng các quy trình trong quản lý TTBYT: Tất cả các trang thiết bị sử dụng trong các cơ sở y tế đều phải tuân thủ quy trình kiểm định rất nghiêm ngặt từ khâu sản xuất đến sử dụng (6).
 - Giám sát chất lượng trang thiết bị y tế: Mỗi loại TTBYT đều có quy trình hướng dẫn sử dụng riêng. Việc giám sát, kiểm định trong quá trình sử dụng chưa được thực hiện thường xuyên, dẫn đến ảnh hưởng trực tiếp tới kết quả xét nghiệm, chẩn đoán ban đầu cho người bệnh, có thể khiến bác sĩ đưa ra phác đồ điều trị sai, thậm chí dẫn đến các rủi ro trực tiếp khi điều trị cho người bệnh (6).
 - Đối với ngành y tế, hiệu quả trong khám chữa bệnh cũng như vấn đề an toàn cho bệnh nhân, nhân viên y tế là cực kỳ quan trọng. Để làm được điều đó công tác sử dụng và bảo dưỡng thiết bị phải được sử dụng thành thạo, đúng kỹ thuật vận hành thực hiện một cách chuyên nghiệp, chuẩn xác và khoa học. Vì vậy bệnh viện cần phối hợp các nhà sản xuất, công ty cung cấp tổ chức các khóa đào tạo nhằm khai thác sử dụng.
 - Nâng cao khả năng phối hợp trong công việc giữa NVYT và nhân viên bảo dưỡng, sửa chữa TTBYT trong việc duy trì hoạt động thường xuyên của TTBYT.
 - Rà soát lại việc giao trách nhiệm bảo quản và sử dụng cho từng cá nhân đơn vị trong bệnh viện. Bởi vì TTBYT là nguồn lực lớn, đảm bảo chất lượng hoạt động của bệnh viện. Nhật ký sử dụng, bảo dưỡng được ghi chép đầy đủ, kiến nghị với lãnh đạo bệnh viện trang bị phần mềm quản lý TTBYT.
 - Tham gia nghiên cứu khoa học tại bệnh viện, đưa ra các giải pháp nâng cao chất lượng sử dụng TTBYT.
 - Thường xuyên tổ chức hoặc tích cực tham gia các cuộc hội thảo, trao đổi kinh nghiệm về công tác quản lý TTBYT.

IV. KẾT LUẬN:

Từ kết quả nghiên cứu “*Thực trạng quản lý sử dụng trang thiết bị y tế tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh và Khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức*” chúng tôi có một số kết luận sau:

- Yếu tố Chính sách: với những văn bản, chính sách kịp thời và hợp lý, nhiều TTBYT hiện đại đã được bệnh viện trang bị đã đáp ứng cho nhu cầu khám chữa bệnh của nhân dân.
- Yếu tố Nhân lực: đội ngũ cán bộ trực tiếp quản lý TTBYT vẫn còn thiếu, nhưng đã đáp ứng yêu cầu chuyên môn; đội ngũ cán bộ kỹ thuật sửa chữa TTBYT hiện tại thiếu hụt cả về số lượng lẫn chất lượng.
- Yếu tố Cơ sở vật chất: đã bảo đảm cho TTBYT hoạt động an toàn bên cạnh đó cũng còn hạn chế về diện tích thiết kế khi triển khai thêm các kỹ thuật mới với thiết bị y tế hiện đại.
- Yếu tố Tài chính: bệnh viện đã xây dựng được kế hoạch đầu tư TTBYT ngắn hạn và dài hạn; đáp ứng tốt nhu cầu về thiết bị y tế của các khoa. Tuy nhiên, việc dành kinh phí để thực hiện kiểm chuẩn, bảo dưỡng, sửa chữa thiết bị y tế chưa đạt theo quy định của Bộ Y tế.
- Đẩy mạnh hơn nữa việc ứng dụng công nghệ thông tin vào việc quản lý thực trạng TBYT.
- Xây dựng quy trình sử dụng tất cả TBYT, trước hết là các TBYT có giá trị cao.

- Thành lập Tổ kiểm tra giám sát việc sử dụng TTBYT có chất lượng, thực sự hiệu quả. Trong Tổ nên có đại diện Ban giám đốc hoặc trưởng phòng KHTH.
- Phòng VT- TTBYT cần tổ chức, hướng dẫn các khoa sử dụng TBYT kỹ thuật cao, giá trị lớn triển khai nhật ký sử dụng (*lưu ý các định mức TBYT tại TT08*)(7).
- Đẩy mạnh công tác đào tạo nâng cao trình độ của đội ngũ cán bộ kỹ thuật.
-

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chính phủ. Quyết định số 130/2002/QĐ-TTĐ. Về việc ban hành chính sách quốc gia về Trang thiết bị y tế giai đoạn 2002-2010. 2002.
2. Bệnh viện Đa Khoa Trung tâm An Giang. Danh sách Trang thiết bị y tế năm 2020. 2020.
3. Bộ Y tế. Quyết định số 437/QĐ-BYT. Về việc ban hành danh mục trang thiết bị y tế bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, huyện, phòng khám đa khoa khu vực, trạm y tế xã và túi y tế thôn bản. 2002.
4. Bệnh viện Đa Khoa Trung tâm An Giang. Báo cáo tổng kết công tác hoạt động năm 2019 2020. 2019.
5. Bộ Y tế. Thông tư 08/2019/TT-BYT Về việc hướng dẫn tiêu chuẩn, định mức sử dụng máy móc, thiết bị chuyên dùng thuộc lĩnh vực y tế. 2019.
6. Võ Tuấn Ngọc. Giáo trình môn học Trang thiết bị y tế và Cơ sở hạ tầng công trình y tế. Trường ĐH Y tế công cộng. 2020.
7. Bộ Y tế. Thông tư 14/2020/TT-BYT. Quy định về nội dung trong đấu thầu trang thiết bị y tế tại các cơ sở y tế công lập. 2020.

TƯƠNG QUAN GIỮA LO ÂU, TRẦM CẢM, HÚT THUỐC LÁ VÀ UỐNG RƯỢU BIA VỚI BỆNH VẢY NÉN

Huỳnh Thị Ngọc Bích, Phạm Trí Dũng
Phạm Văn Trinh, Trần Hoài Thu

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ bệnh nhân có tình trạng lo âu, trầm cảm, thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia trên bệnh nhân vảy nến đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2020 và khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố này với độ nặng bệnh vảy nến. **Phương pháp nghiên cứu:** 62 người: 34 nam(54,2%) và 28 nữ(45,8%) bệnh nhân vảy nến đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2020, đánh giá tình trạng lo âu, trầm cảm theo HADS, thói quen hút thuốc lá và thói quen uống rượu bia theo AUDIT-c. Kết quả: Tỉ lệ có nguy cơ lo âu giữa 2 nhóm bệnh nhân ánh sáng và ánh sáng và mây khói lần lượt là 37,8%, 62,2%, khác biệt có nghĩa là liệt kê với $P = 0,005$; tỉ lệ bệnh nhân xuất hiện có nguy cơ trầm cảm là 32,3% và mức trầm cảm có nghĩa là 40,3%. Tỉ lệ có uống rượu mức độ nguy hiểm giữa 2 nhóm vảy nến trung bình- nhẹ và vảy nến nặng lần lượt là 38,1%, 61,9%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P = 0,005$, $OR = 23,9$, KTC 95% 3,16- 661,6. Bên cạnh, tỉ lệ có hút thuốc lá trên nhóm vảy nến mảng nặng (45,8%) thấp hơn tỉ lệ này trên bệnh nhân nhẹ- trung bình (54,2%). **Kết luận:** Có mối tương quan giữa lo lắng và uống rượu với mức độ nghiêm trọng của bệnh nhân vảy nến

ABSTRACT

Background: Determining the rate of patients with anxiety, depression, smoking and alcohol drinking habits in psoriasis patients who came for examination and treatment at An Giang Central General Hospital from January 2020 to October / 2020 and examine the relationship between these factors and the severity of psoriasis. **Method:** 62 people: 34 men (54.2%) and 28 women (45.8%) patients with psoriasis visited and treated at An Giang Central General Hospital from January 2020 to October 2020, beating HADS rates of anxiety and depression, smoking and drinking habits were in AUDIT-c. **Result:** The incidence of anxiety risk between the light and light and smoky groups was 37.8%, 62.2%, respectively, this is mean difference listed with $P = 0.005$; the proportion of patients presenting at risk of depression was 32.3% and the mean depression was 40.3%. The rate of drinking alcohol at danger level between 2 groups of moderate-mild psoriasis and severe psoriasis was 38.1%, 61.9% respectively, the difference was statistically significant with $P = 0.005$, $OR = 23.9$, 95% CI 3.16- 661.6. In addition, the prevalence of smoking in the severe plaque psoriasis group (45.8%) was lower than that in mild-moderate patients (54.2%). **Conclusions:** There is a correlation between anxiety and alcohol consumption to the severity of psoriasis patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh vảy nến là một bệnh viêm da mãn tính thường gặp, chiếm khoảng 1,5-2% dân số chung. Cho đến nay, bệnh vảy nến vẫn chưa có biện pháp chữa trị hoàn toàn, trở thành gánh nặng suốt đời về thể chất lẫn tâm lý đối với bệnh nhân. Bệnh vảy nến còn làm tăng nguy cơ dẫn đến của các rối loạn tâm lý như lo âu, trầm cảm [8], là tiền đề của các thói quen kém lành mạnh như hút thuốc lá, uống rượu bia,...

Richards và cộng sự (2004) báo cáo chỉ có 39% bệnh nhân vảy nến với những rối loạn trên được phát hiện bởi bác sĩ chuyên khoa da [10]. Theo Kurd và cộng sự (2010), bệnh nhân vảy nến tăng 39% nguy cơ bị trầm cảm, 31% nguy cơ lo âu. Bệnh nhân vảy nến nặng tăng 72% nguy cơ bị trầm cảm [8]. Tỉ lệ hiện mắc trầm cảm trên bệnh nhân vảy nến từ trung bình đến nặng là 24%, cao hơn so với thống kê thu được từ dân số chung ở Mỹ là 6,7% [6].

Những yếu tố này sẽ cộng hưởng với nhau làm bệnh tình ngày càng trở nên nghiêm trọng, tạo thành một vòng luẩn quẩn không lối thoát đối với người mắc bệnh. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để xác định tỉ lệ lo âu, trầm cảm, hút thuốc lá và uống rượu bia ở bệnh nhân vảy nến và mối liên quan giữa các yếu tố lo âu, trầm cảm, hút thuốc lá, uống rượu bia với độ nặng bệnh vảy nến.

Mục tiêu chuyên biệt:

1.Xác định tỉ lệ bệnh nhân vảy nến có tình trạng lo âu, trầm cảm theo HADS, thói quen hút thuốc lá và thói quen uống rượu bia theo AUDIT-c.

2.Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố tình trạng lo âu, trầm cảm, thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia với độ nặng bệnh vảy nến.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.

Đối tượng nghiên cứu : Những bệnh nhân đến khám và điều trị tại Khoa da Liễu BVĐKTT An Giang từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Hội đủ tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng bệnh vảy nến: sẩn mảng hồng ban tróc vảy, màu đỏ tươi, không tẩm nhuận, đối xứng, có vị trí chọn lọc(rìa chân tóc, cùi chỏ, đầu gối, xương thiêng).

Nghiệm pháp brocq (+) (hay thể lâm sàng vảy nến đỏ da toàn thân, vảy nến mủ)

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

Đồng ý tham gia nghiên cứu qua trả lời bảng câu hỏi.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân không có tổn thương da vảy nến điển hình.

Bệnh nhân có sử dụng corticoid toàn thân, thuốc ức chế thụ thể beta, isotretinoin, acitretin trong vòng 1 tháng trước thời điểm khảo sát vì những thuốc này có thể gây ra trầm cảm.

Xử lý và phân tích số liệu:

1.Biến số nghiên cứu:

1.1 Biến số dân số học

- Giới tính là biến nhị giá, gồm hai giá trị là nam và nữ.

- Tuổi là biến liên tục

1.2 Biến số xã hội học

- Nghề nghiệp: biến định tính

- Trình độ học vấn: biến định tính, có 5 giá trị là: Dưới cấp 1, Cấp 1, Cấp 2, Cấp 3 và Trên cấp 3.

- Tình trạng hôn nhân: biến định tính, có 5 giá trị là độc thân, đã kết hôn, đã ly dị, ly thân, vợ hoặc chồng mất

1.3 Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi khởi phát bệnh: biến liên tục

- Thời gian bệnh: biến liên tục, bằng tuổi hiện tại trừ đi tuổi khởi phát bệnh

- Chỉ số PASI: tính điểm diện tích tổn thương, mức đỏ da, mức thâm nhiễm, độ tróc vảy tại 4 vị trí: đầu cổ, thân, chi trên và chi dưới.

1.4Thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia

- Hút thuốc lá: biến nhị giá: có hay không có hút thuốc lá

- Chỉ số gói -năm là biến liên tục

- Uống rượu: biến nhị giá (có hay không có uống rượu). Người không uống rượu là người không uống rượu trong 12 tháng trước thời điểm khảo sát

- Bộ câu hỏi AUDIT-c: gồm 3 câu hỏi là một phần của bộ câu hỏi AUDIT được dùng để sàng lọc những trường hợp uống rượu bia ở mức nguy hiểm. Mỗi câu hỏi được tính điểm từ 0 đến 4.

Ly rượu chuẩn được định nghĩa tùy theo quốc gia, mỗi ly rượu chuẩn thường có 8-14 gam rượu nguyên chất, thường được sử dụng nhất là 10 gam rượu nguyên chất. Một ly chuẩn tương đương 1 lon bia 330ml, 1 ly rượu vang 120ml, 45ml rượu mạnh (Whisky, Rượu đế). Thang điểm là biến số liên tục định lượng, sau đó qui đổi thành biến định tính 2 giá trị: có uống rượu ở mức nguy hiểm hay không

+ Ở nam: tổng điểm từ 4 trở lên là uống rượu mức nguy hiểm

+ Ở nữ: tổng điểm từ 3 trở lên là uống rượu mức nguy hiểm

1.5 Biến số đánh giá trầm cảm - lo âu

- Thang đo HADS là thang kép gồm: HADS-D cho trầm cảm và HADS-A đánh giá về lo âu.

Mỗi thang điểm có 7 câu hỏi, trả lời cho mỗi câu hỏi được tính điểm từ 0 đến 3. Cộng điểm riêng cho từng thang tương ứng với trầm cảm hay lo âu. Điểm số đánh giá tối đa là 21.

- Thang điểm trầm cảm HADS-D: biến số liên tục định lượng, sau đó quy đổi thành biến định tính 2 giá trị gồm không trầm cảm (<8 điểm), có nguy cơ trầm cảm (từ 8 điểm trở lên).
- Thang điểm lo âu HADS-A: biến số liên tục định lượng, sau đó quy đổi thành biến định tính 2 giá trị gồm không lo âu (<8 điểm), có lo âu (từ 8 điểm trở lên).

2. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích với phần mềm SPSS phiên bản 16.0

2.1 Thống kê mô tả:

Chúng tôi sẽ mô tả bằng tần số và tỉ lệ % các đặc tính của mẫu. Tính điểm cho các bộ câu hỏi AUDIT, HADS và mô tả tỉ lệ các đặc tính.

- Đối với biến số liên tục: nếu phân phối bình thường tính số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; nếu phân phối không bình thường tính trung vị
- Biến số rời rạc hay biến định tính: trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm

2.2 Thống kê phân tích:

Mối liên hệ giữa hành vi và đặc tính mẫu được ước lượng theo PR (prevalence ratio: tỉ số tỉ lệ hiện mắc) và khoảng tin cậy 95% của PR.

Các phép kiểm sử dụng:

Kiểm định Chi bình phương (Chi square) so sánh hai tỉ lệ nếu thỏa điều kiện các tần số lý thuyết trong bảng ≥ 5

Phép kiểm xác suất chính xác Fisher (Fisher' Exact Test) so sánh hai tỉ lệ khi có ít nhất một ô trong bảng có tần số lý thuyết nhỏ hơn 5

Tìm mối tương quan giữa biến phụ thuộc nhị phân và các biến độc lập khác bằng phân tích hồi quy nhị thức (Logistic regression binary) Kiểm định được xem có ý nghĩa thống kê khi $P < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm dân số mẫu

Chúng tôi thu nhận được 62 mẫu gồm bệnh nhân ngoại trú, bị bệnh vảy nến mức độ nhẹ, trung bình và nặng (vảy nến mảng có chỉ số PASI từ 12 trở lên, vảy nến đỏ da toàn thân). Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

Bảng 1: Phân bố đặc điểm dân số mẫu.

Giới	Nam	34	54,2%
	Nữ	28	45,8%
Nhóm tuổi	Tuổi < 30	6	9,6%
	Từ 30 – 40 tuổi	14	22,5%
	Từ 40 – 50 tuổi	16	25,8%
	Từ 50 – 60 tuổi	16	25,8%
	Tuổi > 60	10	16,3%
Học vấn	Không biết chữ	1	1,6%
	Dưới cấp 1	7	11,2%
	Cấp 1	32	51,6%
	Cấp 2	10	16,1%
	Cấp 3	10	16,1%
	Trên cấp 3	2	3,4%
Tình trạng Hôn nhân	Đã kết hôn	50	80,6%
	Ly hôn	1	1,6%
	Độc thân	11	17,8%
Nghề nghiệp	Làm Nông	21	33,8%
	CNVC	11	17,7%
	Nội trợ	21	33,8%
	Học sinh-sinh viên	2	3,4%
	Người cao tuổi	7	11,2%

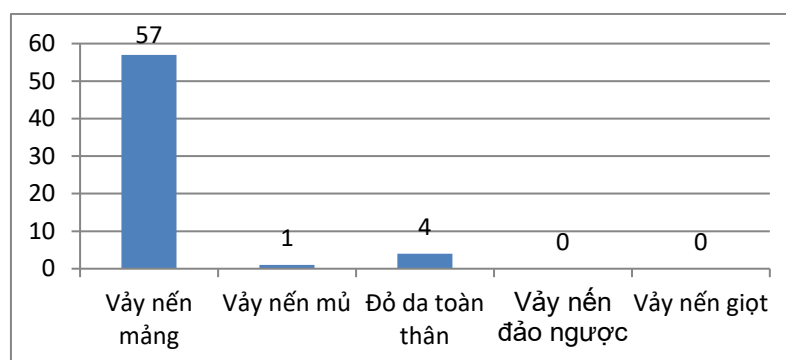
2. Đặc điểm dịch tễ:

Bảng 2: Phân bố đặc điểm dịch tễ

Tuổi khởi phát	Tuổi < 30	17	
	Từ 30 – 40 tuổi	16	
	Từ 40 – 50 tuổi	14	
	Tuổi > 50	15	
Thời gian bệnh	Dưới 5 năm	27	
	Từ 5 – 10 năm	16	
	Từ 10 – 15 năm	8	
	Từ 15 – 20 năm	5	
	Trên 20 năm	6	

3. Đặc điểm lâm sàng:

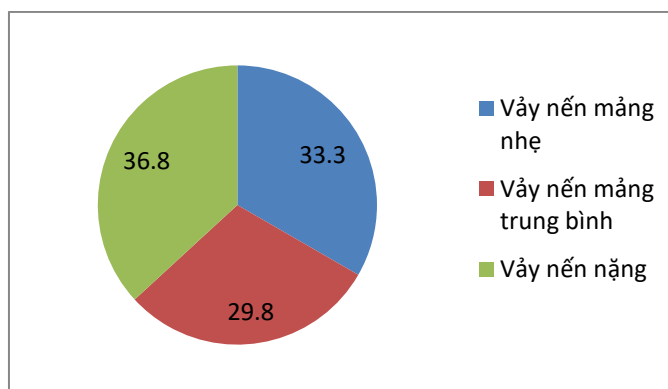
-Thể bệnh:

**Biểu 3.1: Phân bố các thể bệnh vảy nến**

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu, tại thời điểm khảo sát, vảy nến mảng thường gặp nhất với 57 người (91,9%), 1 bệnh nhân bị vảy nến mủ (chiếm 1,6%), 04 bệnh nhân bị đỏ da toàn thân (chiếm 6,4%).

-Chỉ số PASI trên Vảy nến mảng:

Chỉ số PASI được tính trên bệnh nhân vảy nến mảng, trị số PASI trung vị là 10.8.

**Biểu 3.2: Phân bố độ nặng bệnh nhân vảy nến mảng**

Nhận xét: Trong số những bệnh nhân vảy nến mảng, số bệnh nhân vảy nến nhẹ (PASI < 7) là 19 người (chiếm 33,3%), số bệnh nhân vảy nến trung bình (7 ≤ PASI ≤ 12) là 17 người (chiếm 29,8%) và số bệnh nhân vảy nến nặng (PASI > 12) là 21 người (chiếm 36,8%).

Những bệnh nhân còn lại không tính chỉ số PASI là nhóm đỏ da toàn thân (04 người) và nhóm vảy nến mủ (01 người) được xếp vào mức độ nặng.

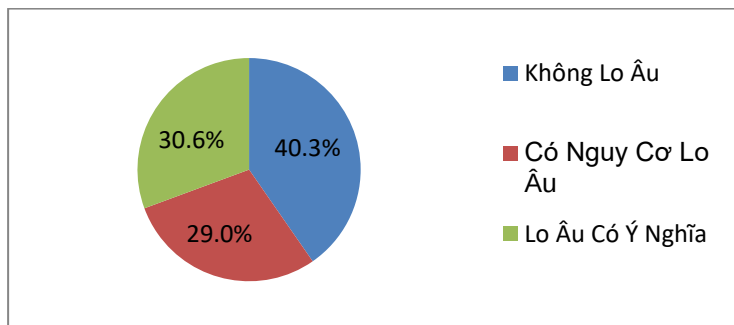
-Phân bố độ nặng bệnh vảy nến:

Bảng 3.1: Phân bố độ nặng bệnh vảy nến

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Vảy nến nhẹ	19	30.6
Vảy nến trung bình	17	27.4
Vảy nến nặng (PASI >12 hoặc Vảy nến mủ; Đỏ da toàn thân.)	26	41.9

Tình trạng Lo âu, trầm cảm:

-Phân bố Lo Âu theo bộ câu hỏi HADS:

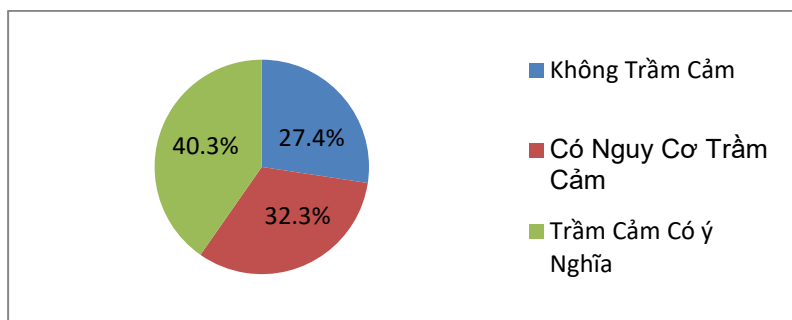


Biểu 3.3: Phân bố lo âu theo bộ câu hỏi HADS

Bảng 3.2: Mối liên quan giữa Lo Âu và Độ nặng vảy nến

	Có Nguy Cơ Lo âu	Không Lo âu	
Vảy Nén Nhẹ - Trung Bình	14 (37,8 %)	22 (88 %)	P=0.005
Vảy Nén Nặng (PASI >12 , Đỏ da toàn thân, Vảy nến mủ)	23 (62,2 %)	3 (12 %)	OR=23.9 KTC 95% 2.6-216

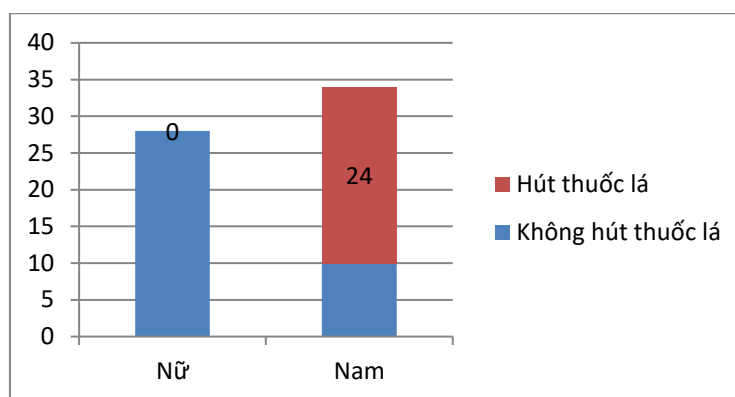
-Phân bố Trầm cảm theo bộ câu hỏi HADS:



Biểu 3.4: Phân bố trầm cảm theo bộ câu hỏi HADS

Bảng 3.3: Mối liên quan giữa Trầm cảm và Độ nặng

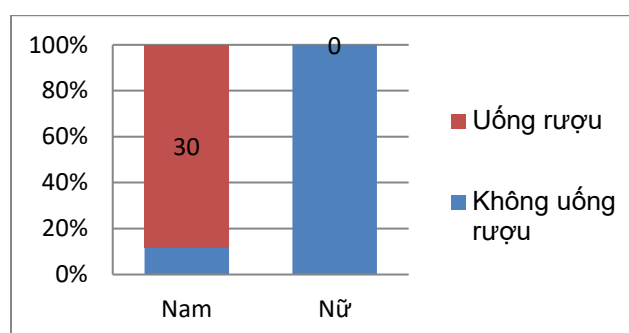
	Có Nguy Cơ Trầm cảm (HADS-D >=8)	Không Trầm cảm	
Vảy Nén Nhẹ - Trung Bình	21 (46,7 %)	15 (88,2 %)	
Vảy Nén Nặng (PASI >12 , Đỏ da toàn thân, Vảy nến mủ)	24 (53,3 %)	2 (11,8 %)	



Biểu 3.5: Thói quen hút thuốc lá trên bệnh nhân vẩy nến

Bảng 3.4: Thói quen Hút thuốc lá và độ nặng PASI

	Có hút thuốc lá	Không hút thuốc lá	
Vẩy Nén Nhẹ - Trung Bình	13(54,2%)	23(60,5%)	Fisher's exact: P=0.792
Vẩy Nén Nặng (PASI >12 , Đỏ da toàn thân, Vẩy nến mù)	11(45,8%)	15(39,5%)	



Biểu 3.6: Thói quen uống rượu bia trên bệnh nhân vẩy nến

Bảng 3.5: Mối liên quan giữa thói quen uống rượu bia và độ nặng PASI:

	Có Uống rượu	Không uống rượu	
Vẩy Nén Nhẹ - Trung Bình	8(38,1%)	28(68,3%)	P = 0.005 OR=45.7 KTC 95% 3.1-661.6
Vẩy Nén Nặng (PASI >12 , Đỏ da toàn thân, Vẩy nến mù)	13(61,9%)	13(31,7%)	

Phân tích hồi qui Logistic:

Bảng 3.6: Các yếu tố liên quan đến độ nặng của vẩy nến

Độ nặng bệnh vẩy nến	OR	Giá trị P	Khoảng tin cậy
Tuổi	1,0	0,47	
Thời gian bệnh	1,1	0,06	
Thể vẩy nến	3,0	0,19	
Uống rượu mức độ nguy hiểm	45,7	0,005	3,1- 661,6
Hút thuốc lá	0,08	0,06	
Trầm cảm	3,8	0,21	

Lo âu	23.9	0,005	2,6- 216,9

IV.BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm dân số

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ bệnh nhân nam (54,8%) và nữ (45,2%) gần bằng nhau nên giảm thiểu được ảnh hưởng của giới tính lên kết quả lo âu, trầm cảm. Đối với thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia, đây là những thói quen nam thường mắc phải, để giảm thiểu tác động gây nhiễu của giới tính, chúng tôi phân tích riêng những bệnh nhân nam.

Tuổi bệnh nhân từ 19 đến 76 tuổi, mức tuổi trung bình là 47. Các nhóm tuổi trong nghiên cứu phân bố khá đều, ít nhất là nhóm tuổi dưới 30 tuổi với 6 bệnh nhân, nhiều nhất là 2 nhóm tuổi 40-50 và 50-60 tuổi với 16 bệnh nhân mỗi nhóm.

Về học vấn, đại đa số bệnh nhân biết chữ và đủ khả năng đọc hiểu (87,1% học vấn trên cấp 1) để trả lời bảng câu hỏi của chúng tôi.

Về tình trạng hôn nhân, trong mẫu nghiên cứu có 80,6% bệnh nhân đã kết hôn, 17,7% bệnh nhân độc thân, 1,6% bệnh nhân đã ly dị và 3,9% bệnh nhân có vợ hoặc chồng mất. Tình trạng ly dị trong hôn nhân có thể ảnh hưởng đến đời sống tinh thần dẫn đến nguy cơ cao hơn bị lo âu, trầm cảm, nhưng tỉ lệ người bệnh đã ly dị chỉ chiếm một phần rất nhỏ 1,7%, nên không ảnh hưởng nhiều đến kết quả của nghiên cứu.

Về nghề nghiệp, các nhóm nghề nghiệp đa dạng, phần lớn làm nông(25,8%) và nội trợ(19,3%), còn lại viên chức văn phòng, làm thuê và kinh doanh/buôn bán nhỏ có số lượng bệnh nhân gần bằng nhau chiếm 12,7-15%. Trong đó có 02 bệnh nhân già và 02 bệnh nhân về hưu chiếm 6,4%.

4.2 Đặc điểm dịch tễ

Tuổi khởi phát trung bình là 40, sớm nhất là lúc mới sinh và tuổi khởi phát lớn nhất là 75 tuổi. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với sách Fitzpatrick, vảy nến gặp ở mọi lứa tuổi. Nhóm bệnh nhân khởi phát trước 30 tuổi chiếm 27,4%, bệnh vảy nến xuất hiện trong lứa này có thể ảnh hưởng đến những dự định cá nhân của bệnh nhân như mong muốn tìm người yêu, lập gia đình, học tập và phát triển sự nghiệp.

Về tiền căn gia đình, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 9,6% bệnh nhân có tiền căn gia đình, thấp hơn kết quả của Nguyễn Tất Thắng (2003) là 10,56% và kết quả nghiên cứu kết quả nghiên cứu của Trương Thị Mộng Thường (2011) là 14,4%, nhưng cao hơn của Bùi Khánh Duy (1995) là 8,7%[4][3].

Thời gian bệnh trung bình là 7,6 năm, thay đổi từ ngắn nhất là lúc vừa phát hiện bệnh đến dài nhất là 40 năm. Vì thế, mẫu nghiên cứu chúng tôi thu thập bao quát được những bệnh nhân mới mắc bệnh lẫn những bệnh nhân đã điều trị rất lâu. Có 56,4% bệnh nhân đã mắc bệnh từ 5 năm trở lên, nên đa phần bệnh nhân có thời gian tìm hiểu về bệnh vảy nến. Ngày nay, bệnh nhân dễ dàng tìm kiếm thông tin bệnh vảy nến trên các trang mạng, báo chí, tờ rơi,... Vì thế, thời gian bệnh càng lâu, bệnh nhân càng nhiều cơ hội tìm hiểu về bệnh, quen dần và học tập để sống với bệnh vảy nến.

4.3 Đặc điểm lâm sàng

Trong mẫu nghiên cứu, vảy nến mảng chiếm đa số với 57 người (91,9%), vảy nến mủ với 1 người (1,6%), đỏ da toàn thân với 4 người (chiếm 6,4%), vảy nến giọt với 2 người (chiếm 1,6%) và vảy nến mảng kèm vảy nến đảo ngược với 1 người (chiếm 0,7%). Vảy nến mảng chiếm đa số là 91,9%, gần hơn kết quả nghiên cứu của Lê Minh Phúc (2010) là 76% nhưng cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Lê Trà Mi (2011) là 58% [2], [1].

Về mức độ nặng của bệnh, bệnh nhân vảy nến mảng được tính chỉ số PASI để phân mức độ nhẹ, trung bình và nặng. Những bệnh nhân đỏ da toàn thân và vảy nến mủ được xem là mức độ nặng. Theo chỉ số PASI, bệnh vảy nến mảng nhẹ chiếm 33.3%, trung bình chiếm 29.8% và nặng chiếm 36.8%.

Vảy nến đỏ da toàn thân và vảy nến mủ được xếp vào nhóm bệnh vảy nến nặng. Tính trên toàn bộ bệnh nhân vảy nến của mẫu nghiên cứu, vảy nến nặng chiếm 41,9%, một tỉ lệ khá cao. Vì nơi thực hiện nghiên cứu là Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang, nơi nhận bệnh vảy nến chuyển từ các bệnh viện huyện trong tỉnh và các bệnh viện khác trong khu vực tỉnh,

nên mẫu nghiên cứu có thể lệch về hướng nhiều bệnh nhân nặng hơn. Trong mẫu nghiên cứu, không có bệnh nhân vảy nến phải nhập viện trong 1 năm vừa qua.

4.4 Tình trạng lo âu, trầm cảm theo bộ câu hỏi HADS

Vảy nến là bệnh thường gặp chiếm khoảng 2% dân số. Bệnh gây mất thẩm mỹ lại thường xuất hiện ở những vị trí ít được che đậy như đầu cổ, bàn tay, bàn chân, móng với 79,4% nên ảnh hưởng đời sống tâm lý của bệnh nhân rất nhiều.

Lo âu

Trong mẫu nghiên cứu, theo thang điểm HADS, có 29% bệnh nhân có nguy cơ lo âu ($8 \leq \text{HADS-A} \leq 10$) và 30,6% bệnh nhân lo âu có ý nghĩa ($\text{HADS-A} > 10$). Mặc dù không sử dụng chung thang đo về lo âu, những nghiên cứu trong nước khác cũng từng đề cập mức độ lo âu trên bệnh nhân vảy nến. Nghiên cứu của Nguyễn Tất Thắng (2003) ghi nhận số bệnh nhân vảy nến có lo nghĩ nhiều với định nghĩa là lo lắng có tính chất phức tạp, lặp đi lặp lại, hầu như không thể giải quyết được chiếm 27,9% [3].

Khi tầm soát lo âu trên bệnh nhân vảy nến, các nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi HADS-A có kết quả tỉ lệ hiện mắc từ 18% đến 43%.

Bảng 4.1 : Lo âu trên bệnh nhân vảy nến trong các nghiên cứu nước ngoài sử dụng thang đo HADS-A

Nghiên cứu	Cỡ mẫu	Có nguy cơ lo âu	Điểm trung bình lo âu
Richard (2001)[11]	115	43,0%	TB 9,3 +/- 4,9
Pujoi (2013)[9]	1164	39,8%	TB 7,83 +/- 4,55

Khi so sánh với các nghiên cứu sử dụng cùng bộ câu hỏi HADS trên thế giới, kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở mức có nguy cơ lo âu là 62,2%, cao hơn với kết quả nghiên cứu của Richard (2001) là 43%, Pujoi (2013) là 39,8% [11],[9].

Tỉ lệ có nguy cơ lo âu giữa 2 nhóm vảy nến trung bình- nhẹ và vảy nến nặng lần lượt là 37,8%, 62,2%, khác biệt này có nghĩa thống kê với $P = 0.005$.

Trầm cảm

Trong mẫu nghiên cứu chúng tôi có 32,3% bệnh nhân có nguy cơ trầm cảm và 40,3% bệnh nhân trầm cảm có ý nghĩa.

Bảng 4.2 : Trầm cảm trên bệnh nhân vảy nến qua các nghiên cứu nước ngoài sử dụng thang đo HADS-D

Nghiên cứu	Cỡ mẫu	Có nguy cơ Trầm cảm	Điểm trung bình Trầm cảm
Richard (2001)[19]	115	10%	TB 4,8 +/- 3,7
Korkoliakou (2014)[14]	108	24%	
Pujoi (2013)[17]	1164		TB 4,72 +/- 4,12

Khi so sánh với các nghiên cứu nước ngoài sử dụng cùng thang đo HADS-D, kết quả nghiên cứu của chúng tôi với 32,3% bệnh nhân có nguy cơ trầm cảm, gần giống với nghiên cứu của Korkoliakou năm 2014 ở Hi Lạp với 24% [7]. Hạn chế khi sử dụng thang đo HADS để tầm soát trầm cảm là bệnh nhân có thể không nhận biết được những dấu hiệu trầm cảm của chính mình, nên ghi nhận không đầy đủ. Tiêu chuẩn vàng là rối loạn trầm cảm được chẩn đoán bởi bác sĩ chuyên khoa tâm thần. Mặc dù vậy, thang đo HADS dễ sử dụng vẫn là công cụ thường dùng nhất trong các nghiên cứu để tầm soát trầm cảm [4]. Tỉ lệ có nguy cơ trầm cảm giữa 2 nhóm vảy nến trung bình- nhẹ và vảy nến nặng trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 46,7%, 53,3%, chưa thấy sự khác biệt. Mối liên quan giữa trầm cảm và độ nặng bệnh vảy nến chưa rõ ràng, một số nghiên cứu cho thấy vảy nến càng nặng, càng nhiều nguy cơ trầm cảm.

Theo thang điểm HADS, nghiên cứu của chúng tôi có 30,6% bệnh nhân lo âu có ý nghĩa và 40,3% bệnh nhân trầm cảm có ý nghĩa. Tuy vậy, số trường hợp bệnh nhân vảy nến có lo âu, trầm cảm được chuyển đến chuyên khoa tâm thần điều trị không nhiều. Tương tự các nước khác, những vấn đề tâm lý trên bệnh nhân vảy nến thường chưa được quan tâm đầy đủ. Nếu số bệnh nhân xuất hiện triệu chứng nhẹ của lo âu, trầm cảm là tăng băng lớn, thì số những bệnh nhân được giải thích, chẩn đoán và điều trị rất nhỏ như đỉnh của tăng băng. Trong khi nếu được

phát hiện sớm từ những triệu chứng lo âu, trầm cảm nhẹ, việc điều trị sẽ dễ dàng hơn, có thể hữu hiệu hơn, giảm tiến triển đến ý định tự tử.

Hút thuốc lá

Tỉ lệ hút thuốc lá chung trong mẫu nghiên cứu là 38,7%, cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tất Thắng (2003) với hút thuốc lá nhiều chiếm 25,6%, hút thuốc lá ít chiếm 13,96% [3]. Tỉ lệ hút thuốc lá cao hơn trong nghiên cứu của chúng ta có thể là do trong mẫu nghiên cứu nhóm người lao động chân tay nhiều hơn nhóm làm việc văn phòng. Riêng với bệnh nhân nam, tỉ lệ có hút thuốc lá khá cao với 70,5%. Nếu chỉ riêng bệnh vảy nến đã làm tăng khả năng xuất hiện các vấn đề chuyển hoá, tim mạch thì hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ độc lập, làm tăng thêm nhiều hơn nữa nguy cơ này trên bệnh nhân. Đặc biệt với bệnh nhân nam có tỉ lệ hút thuốc lá cao như vậy, cần thiết hơn nữa những chương trình giáo dục “Bỏ thuốc lá” cho những bệnh nhân này. Nghiên cứu chưa thấy mối liên hệ giữa hút thuốc lá và độ nặng của vảy nến mảng tính theo chỉ số PASI. Tỉ lệ có hút thuốc lá trên nhóm vảy nến mảng nặng (45,8%) thấp hơn tỉ lệ này trên bệnh nhân nhẹ- trung bình (54,2%). Tuy nhiên những khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê có thể do cỡ mẫu còn nhỏ.

Uống rượu bia

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ uống rượu bia mức nguy hiểm chung là 33,9, kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu trong nước của Nguyễn Tất Thắng (2003) với uống rượu bia nhiều chiếm 11,69% [3]. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi AUDIT-c là bản rút gọn của AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) được Tổ chức Y tế Thế giới xây dựng. Bộ câu hỏi AUDIT này được xem là công cụ hữu hiệu để tầm soát việc uống rượu nguy hiểm trên bệnh nhân vảy nến.

Nếu xét riêng thói quen uống rượu bia trên bệnh nhân nam, tỉ lệ có uống rượu bia là 88,2%. Trong đó, bệnh nhân nam uống rượu ở mức nguy hiểm theo AUDIT-c chiếm 70,0%. Uống rượu nguy hiểm theo AUDIT-c tính trên bệnh nhân nam là điểm số từ 4 trở lên, có độ nhạy là 86% và đặc hiệu là 72%. Trong câu hỏi khảo sát, một số hạn chế có thể gặp. Hạn chế thứ nhất là bệnh nhân không định nghĩa đúng ly chuẩn. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu uống bia nên việc định nghĩa ly chuẩn cũng không quá khó, một ly chuẩn tương đương với một lon bia 330ml.

Về mối liên quan giữa thói quen uống rượu bia và độ nặng bệnh vảy nến, Tỉ lệ có uống rượu mức độ nguy hiểm giữa 2 nhóm vảy nến trung bình- nhẹ và vảy nến nặng lần lượt là 38,1%, 61,9%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P=0.005$, $OR=23.9$, KTC 95% 3,16-661,6. Kết quả này cho thấy vai trò công tác giáo dục từ bác sĩ và các phương tiện truyền thông về tác hại của rượu bia, hoặc người bệnh bị vảy nến nặng hơn sau khi uống rượu bia nên chủ động ngưng uống.

Hạn chế của đề tài

Nghiên cứu của chúng tôi có những hạn chế sau:

- Thiết kế nghiên cứu là báo cáo hàng loạt ca
- Thang đo HADS là thang đo dễ sử dụng. Hình thức bệnh nhân tự đánh giá hạn chế phần nào sự chủ quan của người phỏng vấn, tuy nhiên, thang đo có độ nhạy 73% đến 87,7%, có thể bỏ sót những trường hợp lo âu, trầm cảm nhưng không phát hiện bởi thang đo, và độ đặc hiệu 84,7% đến 95%, có thể nhận vào những trường hợp điểm số HADS trên ngưỡng cắt nhưng thực sự không lo âu, trầm cảm. Ngoài ra, bệnh nhân có thể không nhớ rõ sinh hoạt của mình để trả lời bảng câu hỏi. Cuối cùng, thang đo bằng tiếng Việt chưa được nghiên cứu chuẩn hoá trên người Việt Nam.

- Với thang đo AUDIT-c của Tổ chức Y tế Thế giới, khi sử dụng có thể có một số hạn chế: bệnh nhân định nghĩa không đúng ly chuẩn, không nhớ rõ số ly chuẩn hay số dịp uống rượu, che giấu việc uống rượu trước bác sĩ.

V.KẾT LUẬN

Qua thời gian thực hiện đề tài nghiên cứu “Tình trạng lo âu, trầm cảm, thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia trên bệnh nhân vảy nến” từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 10 năm 2020 trên 62 trường hợp, chúng tôi ghi nhận:

1. Theo thang điểm HADS, Tỷ lệ có nguy cơ lo âu giữa 2 nhóm bệnh nhân vảy nến trung bình-nhẹ và vảy nến nặng lần lượt là 37,8%, 62,2%, khác biệt này có nghĩa thống kê với $P=0.005$; tỷ lệ bệnh nhân vảy nến có nguy cơ trầm cảm là 32,3% và mức trầm cảm có ý nghĩa là 40,3%.

2. Về mối liên quan giữa thói quen uống rượu bia và độ nặng bệnh vảy nến, Tỷ lệ có uống rượu mức độ nguy hiểm giữa 2 nhóm vảy nến trung bình-nhẹ và vảy nến nặng lần lượt là 38,1%, 61,9%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P=0.005$, $OR=23.9$, KTC 95% 3,16- 661,6. Bên cạnh, tỷ lệ có hút thuốc lá trên nhóm vảy nến nặng (45,8%) thấp hơn tỷ lệ này trên bệnh nhân nhẹ- trung bình (54,2%). Tuy nhiên những khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

- 1] Nguyễn Lê Trà Mi (2011), "Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân vảy nến khớp và vảy nến thường điều trị nội trú tại Bệnh viện Da Liễu Thành Phố Hồ Chí Minh", Luận văn thạc sĩ trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
- 2] Lê Minh Phúc (2010), "Nồng độ Lipid máu trên bệnh nhân vảy nến tại bệnh viện Da liễu Thành Phố Hồ Chí Minh", Luận văn thạc sĩ trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
- 3] Nguyễn Tất Thắng (2003), "Nghiên cứu điều trị bệnh vảy nến bằng kẽm và DDS",
- 4] Trương Thị Mộng Thường (2011), "Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân vảy nến đến điều trị tại Bệnh viện Da Liễu TP. Hồ Chí Minh từ 01/09/2010 đến 30/04/2011", Luận văn thạc sĩ trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Tiếng Anh

- 5] Dowlatshahi, EA, Wakkee, M, Arends, LR . Nijsten, T (2014). "The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis", *J Invest Dermatol*, pp. 1542-1551.
- 6] Gupta, MA . Gupta, AK (1997). "Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients", *Int J Dermatol*, pp. 259-262.
- 7] Korkoliakou, P, Christodoulou, C, Kouris, A, Porichi, E, Efstathiou, V, Kaloudi, E, Kokkevi, A, Stavrianeas, N, Papageorgiou, C . Douzenis, A (2014). "Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study", *Ann Gen Psychiatry*, pp. 38.
- 8] Kurd, SK, Troxel, AB, Crits-Christoph, P . Gelfand, JM (2010). "The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a populationbased cohort study", *Arch Dermatol*, pp. 891-895.
- 9] Pujol, RM, Puig, L, Dauden, E, Sanchez-Carazo, JL, Toribio, J, Vanaclocha, F, Yebenes, M, Sabater, E, Casado, MA, Caloto, MT . Aragon, B (2013). "Mental health self-assessment in patients with moderate to severe psoriasis: an observational, multicenter study of 1164 patients in Spain (the VACAP Study)", *Actas Dermosifiliogr*, pp. 897-903.
- 10] Richards, HL, Fortune, DG, Weidmann, A, Sweeney, SK . Griffiths, CE (2004). "Detection of psychological distress in patients with psoriasis: low consensus between dermatologist and patient", *Br J Dermatol*, pp. 1227-1233.
- 11] Richards, HL, Fortune, DG, Griffiths, CE . Main, CJ (2001). "The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis", *J Psychosom Res*, pp. 11-15.

ỨNG DỤNG CÂY MÁU TỰ ĐỘNG VÀ SỰ ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Thị Thúy Hồng, Phạm Ngọc Dũng
Võ Thị Mỹ Hạnh, Trần Thị Nam Phương

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kháng sinh đã được đưa vào sử dụng từ những năm đầu thế kỷ 20, nhưng cho đến nay, sử dụng kháng sinh hợp lý vẫn đang là một thách thức lớn của toàn thế giới, thuật ngữ “đề kháng kháng sinh” đã trở nên quen thuộc trong điều trị nhiễm khuẩn. Nhiều nghiên cứu tiến hành trên thế giới và Việt Nam cho thấy đã xuất hiện nhiều loại vi khuẩn kháng thuốc và tỷ lệ kháng đang tăng dần theo thời gian[1][2][4][5][6][7], Những năm gần đây, việc sử dụng kháng sinh rộng rãi tại bệnh viện đã làm gia tăng tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn phân lập tại bệnh viện, đặc biệt là các chủng gram âm, thậm chí đã xuất hiện các vi khuẩn đa kháng[3]. Trước tình hình đó, Bệnh viện ĐKTTAG đã thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh tại bệnh viện nhằm phát hiện các vấn đề chưa hợp lý trong sử dụng kháng sinh và có biện pháp can thiệp kịp thời, hiệu quả. Năm 2015 Bệnh viện đa khoa trung tâm An giang được trang bị máy cấy máu tự động Bactec FX40 và Máy định danh kháng sinh đồ tự động Phoenix 100 của hãng BD (Becton Diskinson- Mỹ). Đây là cơ hội để áp dụng kỹ thuật nuôi cấy máu và kháng sinh đồ mới. **Mục tiêu:** Xác định thời gian cấy máu dương tính trên hệ thống cấy máu tự động và xác định tỉ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn. **Phương pháp:** Thống kê mô tả trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2020. **Kết quả:** Tỉ lệ cấy máu dương tính tăng rõ rệt từ 16,3% (cấy máu thông thường) tăng lên 42,3% (cấy máu tự động) và tỉ lệ mẫu cấy máu dương tính trong vòng 24 giờ là 91% cao hơn rất nhiều so với cấy máu thông thường (0%) Tỉ lệ đề kháng kháng sinh còn khá cao ở một số vi khuẩn gây bệnh thường gặp, đặc biệt là đề kháng với kháng sinh carbapenem. **Kết luận:** Cấy máu tự động tỉ lệ dương tính tăng 42,3% và vi trùng mọc < 24 giờ là 60%, rút ngắn thời gian trả kết quả.

ABSTRACT

Application of automatic blood cultures and antibiotic resistance at An Giang Central General Hospital

Background: Antibiotics have been in use since the early 20th century, but until now, the proper use of antibiotics is still a big challenge worldwide, the term "antibiotic resistance" has become is familiar in the treatment of infections. Many studies conducted in the world and Vietnam show that many kinds of resistant bacteria have appeared and the resistance rate is increasing over time [1] [2] [4] [5] [6] [7] In recent years, the widespread use of antibiotics in hospitals has increased the antibiotic resistance rate of hospital isolates, especially gram-negative strains, even appeared. multi-resistant bacteria [3]. Facing this situation, DKTTAG Hospital has managed to use antibiotics in the hospital to detect irrational problems in antibiotic use and have timely and effective intervention measures. In 2015 An Giang Central General Hospital was equipped with automatic blood transplants Bactec FX40 and automatic antibiotic identification machine Phoenix 100 of BD company (Becton Diskinson- USA). This is an opportunity to apply new blood culture techniques and antibiotics. **Objectives:** Determine the positive blood culture time on the automatic blood culture system and determine the rate of antibiotic resistance of bacteria. **Method:** Descriptive statistics for the period from January 2020 to June 2020. **Results:** The rate of positive blood cultures increased significantly from 16.3% (normal blood cultures) to 42.3% (automatic blood cultures) and the rate of positive blood cultures within 24 hours was 91%, much higher. Much higher than normal blood culture (0%) Antibiotic resistance rate is still quite high in some common pathogenic bacteria, especially resistant to carbapenem antibiotics. **Conclusion:** The positive rate of automatic blood culture increased by 42.3% and for germs growing <24 hours was 60%, shortening the time to return the results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh đã được đưa vào sử dụng từ những năm đầu thế kỷ 20, nhưng cho đến nay, sử dụng kháng sinh hợp lý vẫn đang là một thách thức lớn của toàn thế giới, thuật ngữ “đề kháng kháng sinh” đã trở nên quen thuộc trong điều trị nhiễm khuẩn. Nhiều nghiên cứu tiến

hành trên thế giới và Việt Nam cho thấy đã xuất hiện nhiều loại vi khuẩn kháng thuốc và tỷ lệ kháng đang tăng dần theo thời gian[1][2][4][5][6][7], Những năm gần đây, việc sử dụng kháng sinh rộng rãi tại bệnh viện đã làm gia tăng tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn phân lập tại bệnh viện, đặc biệt là các chủng gram âm, thậm chí đã xuất hiện các vi khuẩn đa kháng[3]. Trước tình hình đó, Bệnh viện ĐKTTAG đã thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh tại bệnh viện nhằm phát hiện các vấn đề chưa hợp lý trong sử dụng kháng sinh và có biện pháp can thiệp kịp thời, hiệu quả. Năm 2015 Bệnh viện đa khoa trung tâm An giang được trang bị máy cấy máu tự động Bactec FX40 và máy định danh kháng sinh đồ tự động Phoenix M50 của hãng BD (Becton Diskinson- Mỹ), để thực hiện xét nghiệm cấy máu, định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ MIC. Các thiết bị vi sinh tự động này được mong đợi sẽ phát hiện vi khuẩn gây nhiễm trùng huyết nhanh hơn so với phương pháp nuôi cấy cổ điển bằng chai cấy máu 2 pha. Mặt khác, việc sử dụng máy phoenix M100 giúp cung cấp kháng sinh đồ tự động MIC hỗ trợ cho việc làm kháng sinh đồ chính xác hơn và hỗ trợ cho bác sỹ lựa chọn và định liều kháng sinh sử dụng. Để chứng minh tính ứng dụng hiệu quả của các hệ thống tự động mới tại bệnh viện, chúng tôi thực hiện đề tài xác định thời gian phát hiện mẫu cấy máu dương tính và tỉ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn thực hiện trên máy phoenix M50.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. **Thiết kế nghiên cứu:** Thống kê mô tả

2. **Đối tượng nghiên cứu :** Mẫu cấy máu các khoa lâm sàng gửi về thực hiện trên hệ thống cấy máu tự động

3. **Phương pháp nghiên cứu:**

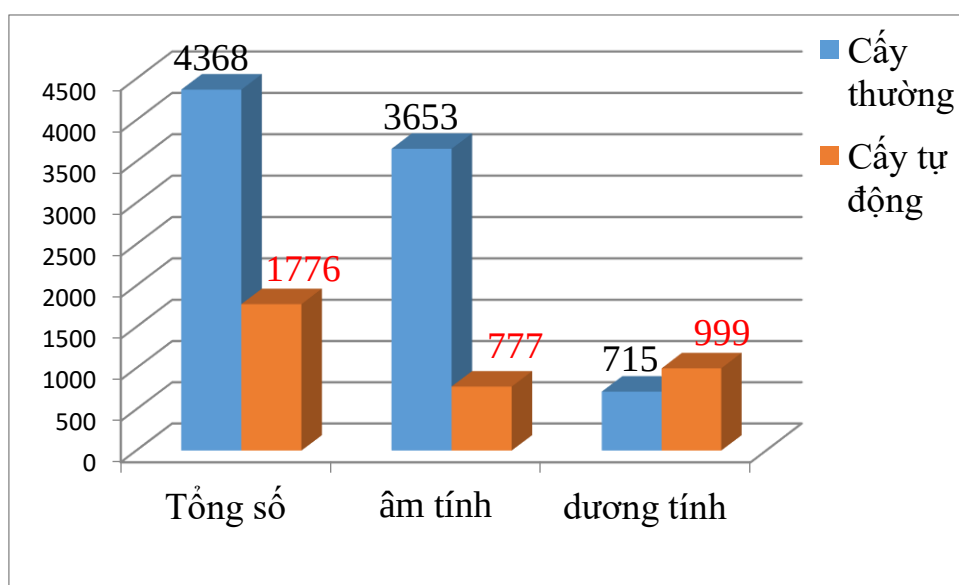
- Mô tả tỷ lệ cấy máu dương tính, thời gian dương tính và các tác nhân gây bệnh, ngoại nhiễm thường gặp.

- Tỷ lệ đề kháng kháng sinh các vi khuẩn thường gặp.

4. **Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 1/2020 đến tháng 06/2020.

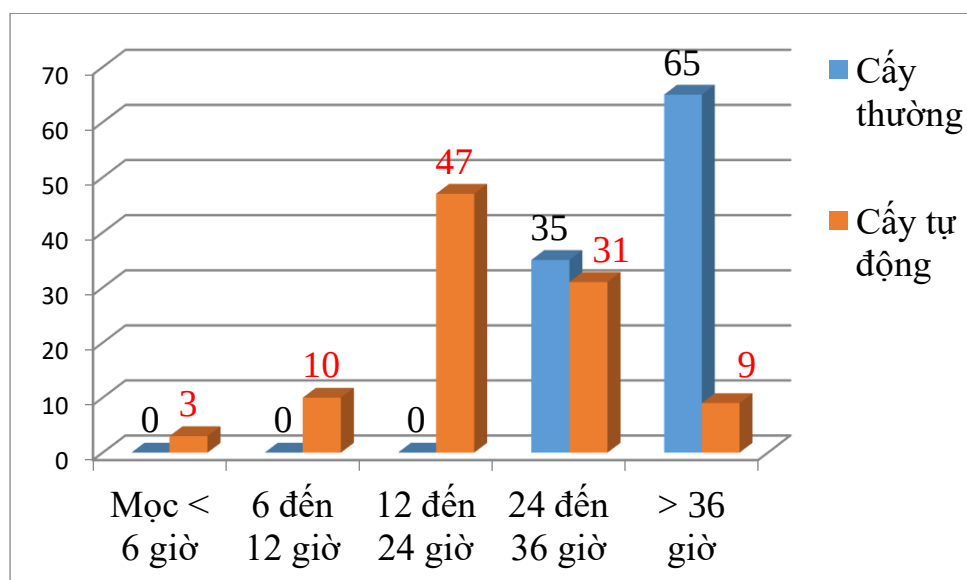
III. KẾT QUẢ:

1. **Kết quả cấy máu thông thường và cấy tự động: (Bảng 1)**



Cấy máu thông thường tỉ lệ dương tính: 16.3%, trong khi cấy máu tự động tỉ lệ dương tính: 43,75%

2. **Thời gian vi trùng mọc khi cấy máu thông thường và cấy máu tự động:(Bảng 2)**



Tỉ lệ vi trùng mọc < 24 giờ: 60%; đến 36 giờ 91%; trong khi cây thông thường < 24 giờ: 0%; 24 đến 36 giờ: 35%

3. Tổng số vi trùng định danh từ cây máu dương tính: 59 loại

3.1 Vi trùng ngoại nhiễm: 24 loại (Bảng 3)

Nhóm	Tên vi khuẩn	Số lượng	Phần trăm
Nhóm trực khuẩn Gram âm	<i>Aeromonas veronii</i> bv sobria	1	0.17
	<i>Alcaligenes faecalis</i>	2	0.35
	<i>Chromobacterium violaceum</i>	2	0.35
	<i>Comamonas testosteroni</i>	1	0.17
	<i>Cupriavidus pauculus</i>	3	0.52
	<i>Neisseria animaloris</i>	1	0.17
	<i>Pasteurella multocida</i>	1	0.17
	<i>Pluralibacter gergoviae</i>	1	0.17
	<i>Sphingobacterium multivorum</i>	2	0.35
	<i>Sphingobacterium spiritivorum</i>	1	0.17
	<i>Corynebacterium urealyticum</i>	3	0.52
Nhóm cầu khuẩn Gram dương	<i>Dermacoccus nishinomiyaensis</i>	1	0.17
	<i>Micrococcus luteus</i>	3	0.52
	<i>Staphylococcus capitis</i>	6	1.04
	<i>Staphylococcus coagulase-negative</i>	2	0.35
	<i>Staphylococcus cohnii</i> ssp urealyticum	3	0.52
	<i>Staphylococcus equorum</i>	1	0.17
	<i>Staphylococcus kloosii</i>	1	0.17
	<i>Staphylococcus schleiferi</i>	4	0.69
	<i>Staphylococcus sciuri</i>	1	0.17
	<i>Staphylococcus vitulinus</i>	1	0.17
	<i>Staphylococcus warneri</i>	2	0.35
Nhóm cầu trùng Gram âm	<i>Moraxella species</i>	8	1.38
	<i>Neisseria animaloris</i>	1	0.17

3.2 Tổng số vi trùng gây bệnh: 35 loại

4. Định danh và kháng sinh đồ

4.1. Mức độ đề kháng KS của VK *Staphylococcus aureus*: (Bảng 4)

Stt	Tên Kháng sinh	n	S%	R%	I%
1	chloramphenicol	158	75.95	14.56	9.49
2	ciprofloxacin	189	47.09	52.91	0
3	Daptomycin	162	100	0	0
4	Doxycycline	174	98.85	1.15	0
5	Erythromycin	193	12.44	87.05	0.52
6	Gentamicin	188	34.72	64.77	0.52
7	Linezonic	171	99.42	0.58	0
8	Moxiphloxacin	168	51.19	48.21	0.6
9	Oxacillin	195	10.77	89.23	0
10	Rifamycin	11	100	0	0
11	Vancomycin	195	97.95	2.05	0

Vi khuẩn Staphylococcus aureus còn nhạy cao với các kháng sinh Vancomycin;

Vi khuẩn Staphylococcus aureus MRSA: 47.67%

4.2. Mức độ đề kháng KS của vi khuẩn Stenotrophomonas maltophilia (Bảng 5)

Stt	Tên Kháng sinh	n	S%	R%	I%
1	Ceftazidime	66	19.7	80.3	0
2	Levofloxacin	8	100	0	0
3	Ticarcillin-Clavulanate	5	60	20	20
4	Trimethoprim-Sulfamethoxazole	57	91.23	8.77	0

Vi khuẩn Stenotrophomonas maltophilia còn nhạy cao với kháng sinh : Trmethoprim-Sulfamethoxazole

4.3. Mức độ đề kháng KS của vi khuẩn E. Coli: (Bảng 6)

Stt	Tên Kháng sinh	n	S%	R%	I%
1	Amikacin	61	98.36	1.64	0
2	Amoxicillin	3	33.33	66.67	0
3	Amoxicillin-Clavulanate	58	43.1	32.76	24.14
4	Ampicillin	52	3.85	96.15	0
5	Aztreonam	52	32.69	51.92	15.38
6	Cefazolin	52	7.69	88.46	3.85
7	Cefepime	59	32.2	45.76	22.03
8	Cefoxitin	52	65.38	32.69	1.92
9	Ceftazidime	59	40.68	40.68	18.64
10	Ceftriaxone	61	22.95	75.41	1.64
11	Cefuroxime	8	12.5	75	12.5
12	Chloramphenicol	5	20	80	0
13	Ciprofloxacin	55	29.09	67.27	3.64
14	Colistin	9	100	0	0
15	Ertapenem	52	94.23	5.77	0
16	Fosfomycin w/G6P	2	100	0	0
17	Gentamicin	61	47.54	49.18	3.28
18	Imipenem	58	89.66	1.72	8.62
19	Meropenem	48	97.92	2.08	0
20	Ofloxacin	6	33.33	66.67	0
21	Piperacillin-Tazobactam	52	92.31	5.77	1.92
22	Tetracycline	52	38.46	61.54	0
23	Tigecycline	52	98.08	1.92	0
24	Tobramycin	60	41.67	36.67	21.67

25	Trimethoprim	2	0	100	0
26	Trimethoprim-Sulfamethoxazole	54	42.59	57.41	0

E. Coli kháng carbapenem là: 9,57%; E. Coli sinh ESBL là: 9,2%.

4.4. Mức độ đề kháng KS của VK *Brukholderia cepacia* (Bảng 7)

Stt	Tên Kháng sinh	n	S%	R%	I%
1	Ceftazidime	30	90	3.33	6.67
2	Meropenem	30	100	0	0
3	Trimethoprim-Sulfamethoxazole	11	72.73	27.27	0

Vi khuẩn *Brukholderia cepacia* còn nhạy cao với các kháng sinh Meropenem

4.5. Mức độ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae*: (Bảng 8)

Stt	Tên Kháng sinh	n	S%	R%	I%
1	Amikacin	181	91.67	8.33	0
2	Amoxicillin-Clavulanate	162	66.67	16.67	16.67
3	Cefoxitin	147	83.33	16.67	0
4	Ceftazidime	145	50	33.33	16.67
5	Ceftriaxone	142	41.67	58.33	0
6	Ciprofloxacin	162	75	25	0
7	Ertapenem	162	91.67	8.33	0
8	Gentamicin	182	66.67	33.33	0
9	Imipenem	170	91.67	8.33	0
10	Meropenem	156	91.67	8.33	0
11	Piperacillin-Tazobactam	157	91.67	8.33	0
12	Tetracycline	147	75	25	0
13	Tigecycline	161	91.67	0	8.33
14	Tobramycin	149	66.67	33.33	0

4.6. Mức độ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa*: (Bảng 9)

Stt	Tên Kháng sinh	n	S%	R%	I%
1	Ertapenem	51	0	100	50
2	Ceftazidime	51	50	50	0
3	Ciprofloxacin	51	50.98	45.51	0
4	Gentamicin	51	56.36	41.82	0
5	Imipenem	51	59.26	40.74	0
6	Meropenem	51	66.67	33.33	0

4.7. Mức độ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn *Acinetobacter baumani*: (Bảng 10)

Stt	Tên Kháng sinh	n	S%	R%	I%
1	Amikacin	51	75	25	0
2	Cefepime	51	50	50	0
3	Ceftazidime	50	50	50	0
4	Ceftriaxone	51	25	50	25
5	Ciprofloxacin	55	50	50	0
6	Gentamicin	54	50	50	0
7	Imipenem	56	50	50	0
8	Meropenem	52	50	50	0
9	Piperacillin-Tazobactam	57	50	50	0
10	Tobramycin	52	50	25	25
11	Trimethoprim-Sulfamethoxazole	55	75	25	0

IV. BÀN LUẬN

- Bảng 1 và 2 chúng ta thấy tỉ lệ cấy máu dương tính tăng rõ rệt từ 16,3% (cấy máu thông thường) tăng lên 42,3% (cấy máu tự động) và tỉ lệ vi trùng mọc sớm hơn khi cấy máu thông thường < 24 giờ là 0% thì cấy máu tự động < 24 giờ là 60% và < 36 giờ lên đến 91%, cho thấy sự cải thiện đáng kể khi sử dụng cấy máu tự động, và thời gian trả kết quả giảm được thêm trung bình 18 giờ.

- Bảng 3 cho thấy tỉ lệ vi khuẩn ngoại nhiễm là 40% (24/59), điều này cho thấy khâu lấy mẫu cần phải cải thiện để giảm tỉ lệ này trong thời gian tới

- Bảng 4 với vi khuẩn **Staphylococcus aureus**: có 6/11 loại kháng sinh còn nhạy với vi khuẩn này (nhạy > 90%). với các kháng sinh Vancomycin (100%), Rifampicin, Linezolid (100%), Daptomycin, Doxycyclin và Chloramphenicol, tương tự nghiên cứu [7] kháng methicillin 88,9%, nhạy (100%) với vancomycin và linezolid; vi khuẩn *Staphylococcus aureus* còn nhạy cao với các kháng sinh Vancomycin; vi khuẩn *Staphylococcus aureus* MRSA: 47.67%

- Bảng 5 với vi khuẩn **Stenotrophomonas maltophilia**: có 2/4 loại kháng sinh còn nhạy với vi khuẩn này (nhạy > 90%) với các kháng sinh Levofloxacin, Trimethoprim-Sulfamethoxazole; vi khuẩn *Stenotrophomonas maltophilia* còn nhạy cao với kháng sinh : Trmethoprim-Sulfamethoxazole

- Bảng 6 với vi khuẩn **E. Coli**: có 8/25 loại kháng sinh còn nhạy với vi khuẩn này (nhạy > 90%) với các kháng sinh Fosfomycin w/G6P, Colistin, Amikacin, Tigecycline, Meropenem, Piperacillin-Tazobactam, Ertapenem và Imipenem; E. Coli kháng carbapenem là: 9,57%; E. Coli sinh ESBL là: 9,2%.

- Bảng 7 với vi khuẩn **Brukholderia cepacia**: đa phần do ngoại nhiễm, có 2/3 loại kháng sinh còn nhạy với vi khuẩn này (nhạy > 90%) với các kháng sinh Ofloxacin, Imipenem, vi khuẩn *Brukholderia cepacia* còn nhạy cao với các kháng sinh Meropenem

- Bảng 8. với vi khuẩn **Klebsiella pneumonia**: có 3/13 loại kháng sinh còn nhạy với vi khuẩn này (nhạy > 90%) với các kháng sinh Tigecycline(84%), Piperacillin-Tazobactam(58%), Meropenem(74%), Imipenem(61%), Ertapenem(68%), so với nghiên cứu [7] nhạy với imipenem 52,2%, meropenem 56,5%.

- Bảng 9. với vi khuẩn **Pseudomonas aeruginosa**: Các loại kháng sinh còn nhạy với vi khuẩn này thấp Meropenem(66%), Imipenem(59%), so với nghiên cứu [8] piperacillin + tazobactam chỉ nhạy 81,3%, kháng nhóm carbapenem từ 62-65%.

- Bảng 10 với vi khuẩn **Acinetobacter baumani**: có 2/7 loại kháng sinh còn nhạy với vi khuẩn này (nhạy > 90%) nhạy với kháng sinh ofloxacin, Colistin (100%), là vi khuẩn có tỉ lệ đề kháng kháng sinh cao với các kháng sinh Meropenem(nhạy 25%), Imipenem(nhạy 28%), so với nghiên cứu [7] kháng nhóm carbapenem từ 97- 98%, cephalosporin 99%, riêng colistin còn nhạy 100% .

Tóm lại tỉ lệ đề kháng kháng sinh cao > 50% các loại kháng sinh và ngay trên những kháng sinh thế hệ mới cũng đã có tỉ lệ đề kháng cao như Meropenem, Imipenem...

V. KẾT LUẬN

-Cấy máu tự động đã khẳng định thời gian vi khuẩn mọc sớm hơn (cấy máu thông thường < 24 giờ 0% thì cấy máu tự động < 24 giờ là 60%), hệ thống định danh kháng sinh đồ tự động cho kết quả nhanh và chính xác hơn, góp phần không nhỏ vào quyết định điều trị của bác sỹ lâm sàng, nâng cao chất lượng điều trị của bệnh viện.

-Tỉ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn còn cao, gây khó khăn cho bác sỹ điều trị trong việc lựa chọn kháng sinh, vấn đề sử dụng kháng sinh hợp lý an toàn, hạn chế tối đa sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn là việc làm cần thiết trong hiện tại và tương lai.

VI. KIẾN NGHỊ:

- Máy định danh vi trùng nhanh (Manitof) 4 phút cho kết quả, sẽ giúp bác sỹ lâm sàng đưa ra những quyết định có lợi cứu sống bệnh nhân, cần xem xét trang bị.

- Tỉ lệ ngoại nhiễm 52% là cao đặt ra vấn đề cần tập huấn điều dưỡng lấy mẫu cấy máu để giảm tỉ lệ này xuống.

- Việc cấy trùng sớm khi bác sỹ chẩn đoán nhiễm trùng, trước khi sử dụng kháng sinh là cần thiết và hữu ích, bác sỹ lâm sàng sẽ có kết quả rất sớm xử trí tiếp theo.

- Cây tìm tác nhân vi sinh vật gây bệnh trong bệnh cảnh nhiễm trùng huyết rất quan trọng. Vì thế chúng ta đề xuất cần tăng cường lấy máu đúng cách, đủ số chai cấy và áp dụng liên tục hệ thống tự động để có tỉ lệ dương tính cao hơn. Chúng ta cần xem xét cây mẫu theo hướng dẫn Bộ y tế [2] phải cấy 2 chai (Hiếu khí và kỵ khí).
- Tỉ lệ kháng thuốc Carbapenem trên nhóm vi khuẩn gram âm đường ruột khá cao, từ đó đặt ra vấn đề cần sử dụng kháng sinh hợp lý và tăng cường công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 127/QĐ-BYT ngày 15/01/2019 “Hướng dẫn thực hiện giám sát quốc gia về kháng kháng sinh”.
2. Quyết định 1539/QĐ-BYT ngày 20/04/2017 Về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn thực hành kỹ thuật vi sinh
3. Quyết định 708/QĐ-BYT tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”.
4. Nguyễn Văn Kính (2010), "Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam"
5. Trần thị Thanh Nga (2018) Cập nhật kỹ thuật vi sinh trong chẩn đoán bệnh lý nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Chợ Rẫy
6. Trần Thị Lan Phương và cộng sự (2008), "Vi khuẩn thường gặp và sự đa kháng kháng sinh tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức".
7. Lê Thị Diễm Tuyết, Bùi Hồng Giang “Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn và điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai năm 2012.

ỨNG DỤNG CHỤP CẮT LỚP VỒNG MẠC (OCT) CHẨN ĐOÁN PHÙ HOÀNG ĐIỂM Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG

Lê Thị Thanh Trúc, Huỳnh Kim Bình, Phạm Huỳnh Trung Hiếu.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phù hoàng điểm là nguyên nhân thường gặp gây giảm thị lực trên bệnh nhân đái tháo đường type 2. Mục đích của nghiên cứu này nhằm khảo sát phù hoàng điểm trên bệnh nhân có bệnh lý võng mạc đái tháo đường bằng chụp cắt lớp võng mạc OCT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích 98 bệnh nhân bệnh võng mạc đái tháo đường typ2 với 176 mắt. Bệnh nhân sẽ được đo thị lực, đo kính, soi đáy mắt, chụp OCT hoàng điểm từ tháng 2/2019 đến tháng 6/2020 tại phòng khám Mắt bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Nghiên cứu về tỷ lệ phù hoàng điểm trên lâm sàng so với trên OCT ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. **Kết quả:** Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là: $65,4 \pm 11,7$ tuổi. Nam chiếm tỷ lệ 48%, nữ 52%. Tỷ lệ phù hoàng điểm trên lâm sàng trên tổng số mắt bệnh nhân có bệnh đái tháo đường là 16,4%, đối với bệnh võng mạc đái tháo đường không tăng sinh là 25,4% và tăng sinh là 59%. Tỷ lệ phù hoàng điểm trên OCT trong tổng số mắt bệnh nhân đái tháo đường là 28,9%. Đối với bệnh võng mạc đái tháo đường không tăng sinh là 46,5% , tăng sinh là 81,8% .

Kết luận: OCT là phương tiện tốt để chẩn đoán và theo dõi phù HD do ĐTĐ nhưng khám đáy mắt bằng sinh hiển vi với kính không tiếp xúc vẫn còn có giá trị lâm sàng.

Từ khóa: Phù hoàng điểm, bệnh lý võng mạc, đái tháo đường, chụp cắt lớp võng mạc.

ABSTRACT

Background: Macular edema is a common cause of vision loss in type 2 diabetic patients. The purpose of this study was to investigate macular edema in patients with diabetic retinopathy by ocular coherence tomography (OCT).

Study methods: The patients' eyes will be examined by an ophthalmologist in identical lighting environment and devices. The examinations included visual acuity, refraction, funduscopy and macula OCT scan. The subjects were thoroughly explained about the potential pros and cons of our research and we totally secure their personal information and identity in our papers.

Study design: cross-sectional descriptive study

Sample size: 176 eyes in 98 type-2-diabetic patients diagnosed with diabetic retinopathy

Sample methodology: The study was targeted in An Giang Central General Hospital Eye clinic. After the approval, we pick up the earlier diagnosed type-2-diabetic patients with diabetic retinopathy from the clinic's watching list.

Study period: the study was carried out from February 2019 to June 2020

Study area: The relevance of clinical macular edema seen on funduscopy to macula OCT scans in patients with type 2 diabetes

Results: Average age of the study sample is: 65.4 ± 11.7 years. 48% for men, 52% for women. The rate of clinical macular edema over the total eyes of patients with diabetes is 16.4%, for diabetic retinopathy without proliferation is 25,4% and increase birth is 59%. The rate of macular edema over OCT in the total eye number of diabetic patients is 28.9%. For diabetic retinopathy without proliferation is 46.5%, proliferation is 81.8%.

Conclusion: Macula OCT scan is a good measurement to diagnose and monitor macular edema in diabetic patients and indirect funduscopy still has clinical merits

Keywords: Macular edema, retinopathy, diabetes mellitus, retinal tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Phù hoàng điểm là nguyên nhân thường gặp gây giảm thị lực trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 (ĐTĐ). Cơ chế bệnh sinh chưa được biết rõ ràng, nhưng có vài nghiên cứu cho thấy phù hoàng điểm là do có sự phá vỡ hàng rào máu võng mạc gây tích tụ dịch trong các lớp võng mạc của vùng hoàng điểm[2][3][10].

Trên lâm sàng để chẩn đoán phù hoàng điểm khám bằng phương pháp soi đáy mắt gián tiếp qua kính sinh hiển vi với kính Volk để khảo sát mức độ phù của hoàng điểm, tuy nhiên phương pháp này mang tính chủ quan, đòi hỏi người quan sát phải có kinh nghiệm và kỹ năng tốt đồng thời người bệnh cũng phải hợp tác tốt. Vì thế, sự ra đời của kỹ thuật chụp định khu sử dụng sóng ánh sáng có độ kết hợp thấp được gọi là chụp cắt lớp võng mạc OCT (Optical Coherence Tomography), phương pháp này không xâm lấn cho hình ảnh mô học cắt ngang có độ phân giải cao giúp cho chúng ta có thể khảo sát được độ dày của võng mạc, hoàng điểm, độ phù hoàng điểm. Để thực hiện một lần chụp mất khoảng 5 -10 phút bao gồm hướng dẫn người bệnh [5][8][9].

Chúng tôi nghiên cứu với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ phù hoàng điểm bằng chụp cắt lớp OCT ở BN đái tháo đường type 2.
2. So sánh kết quả giữa soi đáy mắt với chụp cắt lớp OCT ở BN đái tháo đường type 2

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Đối tượng:

-Đối tượng chọn nghiên cứu là những bệnh nhân đái tháo đường đang điều trị đến khám tại phòng khám Mắt Bệnh viện ĐKTT An Giang từ tháng 2/2019 đến tháng 6/2020.

-Tiêu chuẩn loại trừ là các đối tượng: đục thủy tinh thể, xuất huyết pha lê thể, sẹo giác mạc, loạn dưỡng giác mạc, phù gai thị, thoái hóa hoàng điểm tuổi già, lỗ hoàng điểm, đã laser quang đông võng mạc và các bệnh lý về võng mạc khác: tắc tĩnh mạch võng mạc trung tâm, màng trước võng mạc...

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

-*Phương pháp nghiên cứu:* mô tả cắt ngang có phân tích.

-*Khám lâm sàng:* Bệnh nhân được khai thác bệnh sử, loại đái tháo đường, thời gian mắc bệnh và tình trạng kiểm soát đường huyết. Bệnh nhân được đo thị lực, đo kính, khám mắt bằng kính sinh hiển vi và soi đáy mắt với kính không tiếp xúc Volk superfield để đánh giá phù hoàng điểm và độ nặng của VMĐTĐ và chụp OCT bằng máy ASUS 5000 của hãng Zeiss. Chúng tôi dựa vào độ dày võng mạc vùng hoàng điểm 1 mm trên OCT để phân loại độ phù hoàng điểm: $\leq 300\mu\text{m}$: chưa có phù HĐ, $>301-370$: phù HĐ nhẹ, $371-450$: phù HĐ trung bình và ≥ 450 : phù HĐ nặng trên OCT.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 98 bệnh nhân đái tháo đường type 2 được soi đáy mắt và chụp OCT. Thời gian mắc bệnh ĐTĐ là: $9,58 \pm 4,1$ năm, ngắn nhất là: 1 năm, dài nhất là 30 năm.

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân bệnh võng mạc ĐTĐ type 2

Đặc điểm chung		Tần số	P
Tuổi TB $\pm$ độ lệch chuẩn		65,4 $\pm$ 11,7	
Giới	Nam	47(48%)	P>0,05
	Nữ	51(52%)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là: $65,4 \pm 11,7$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 22 tuổi, tuổi lớn nhất là: 87 tuổi. Nam chiếm tỷ lệ 48% và nữ 52%. Sự khác biệt giữa nam và nữ là không có ý nghĩa thống kê $P>0,05$

Bảng 2: Tỷ lệ về phân độ võng mạc đái tháo đường bằng soi đáy mắt (lâm sàng)

Phân độ VMĐTĐ	Tần số(n)	Tỷ lệ(%)
Chưa có VMĐTĐ	83	47,2
VMĐTĐ không tăng sinh	71	40,3
VMĐTĐ tăng sinh	22	12,5
Tổng số	176	100

Nhận xét: Tỷ lệ chưa có VMĐTĐ là 47,2%, tỷ lệ VMĐTĐ không tăng sinh là 40,3% và tỷ lệ VMĐTĐ tăng sinh là 12,5%.

Bảng 3: Tỷ lệ phù hoàng điểm bằng soi đáy mắt (lâm sàng)

Phù HĐ trên lâm sàng	Tần số(n)	Tỷ lệ(%).
Có phù	29	16,4
Không phù	147	83,6
Tổng	176	100

Nhận xét: Tỷ lệ phù hoàng điểm là 12,5% và tỷ lệ không phù hoàng điểm là 87,5%.

Bảng 4: Tỷ lệ phù hoàng điểm trên OCT

Phù HĐ trên OCT	Tần số(n)	Tỷ lệ (%)
Có phù	51	28,9
Không phù	125	71,1
Tổng	176	100

Nhận xét: Tỷ lệ phù hoàng điểm trên OCT là 28,9% và không phù là 71,1%

Bảng 5: Phân loại phù hoàng điểm trên OCT dựa vào độ dày võng mạc.

Phù HĐ trên OCT	Tần số	Tỷ lệ (%)
Chưa phù HĐ<300	125	71,1
Phù nhẹ (300-370)	35	19,9
Phù TB(370-450)	9	5,1
Phù nặng(>450)	7	3,9
Tổng số	176	100

Phù hoàng điểm		Soi đáy mắt		Tổng	P
		Có	Không		
OCT	Có	24	27	51	P<0,05
	Không	5	120	125	
Tổng		29	147	176	

Nhận xét: chưa phù HĐ chiếm đa số (71,1%), phù HĐ nặng có 3,9%.

Bảng 6: Chẩn đoán phù hoàng điểm trên OCT và lâm sàng (soi đáy mắt)

Nhận xét: Sự khác biệt giữa soi đáy mắt và chụp OCT có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Dựa vào kết quả nghiên cứu, chúng tôi có một số bàn luận như sau:

Về đặc điểm chung của nghiên cứu: trong 98 bệnh nhân bệnh võng mạc đái tháo đường thì tỷ lệ thì nữ là 52% và nam là 48%. Kết quả này tương tự với tác giả Võ Quang Hồng Điểm [1]. Điều này cho thấy nữ giới mắc bệnh nhiều hơn nam giới, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Về tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi là $65,4 \pm 11,7$ tương tự với tác giả Võ Quang Hồng Điểm và Nguyễn Thị Tuyết Minh lần lượt là 56,3 và 57,2 [1][3]. Thời gian phát hiện mắc bệnh ĐTD trung bình của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu là $9,5 \pm 4,1$, ngắn nhất là 1 năm, dài nhất là 30 năm. Kết quả này cũng tương tự Võ Quang Hồng Điểm [1]. Kết quả bảng 2 cho thấy có 83 mắt chưa có võng mạc ĐTD chiếm 47,2%, 71 mắt có bệnh võng mạc ĐTD không tăng sinh chiếm 40,3%, và 22 mắt có bệnh võng mạc ĐTD tăng sinh chiếm 12,5%. Tỷ lệ phù hoàng điểm trên lâm sàng ở nhóm mắt chưa có bệnh VMĐTD là 0 %, bệnh VMĐTD không tăng sinh 25,4% (18/71), bệnh VMĐTD tăng sinh là 59%(13/22). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Võ Quang Hồng Điểm lần lượt là 0%, 23% và 67%[1]. Còn đối với tác giả Bresnick đã nêu tỷ lệ phù HĐ khi có bệnh VMĐTD không tăng sinh nhẹ là 3%, không tăng sinh trung bình - nặng là 38%, và tăng sinh là 71% [6]. Như vậy có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tác giả này. Kết quả bảng 3 cho thấy tỷ lệ phù hoàng điểm trên lâm sàng chung của mẫu nghiên cứu là 16,4% . Kết quả này tương tự với tác giả Võ Quang Hồng Điểm là 14%[1]. Tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ 9% theo tác giả Bresnick

[6]. Nguyên nhân có lẽ do số bệnh nhân có giảm thị lực do phù HÐ đến khám nhiều hơn số bệnh nhân chưa có giảm thị lực. Kết quả bảng 4 cho thấy tỷ lệ phù hoàng điểm trên OCT là 28,9%. Kết quả này tương tự với tác giả Võ Thị Hoàng Lan là 31%[4]. Tỷ lệ phù HÐ trên OCT ở các nhóm mắt có bệnh VMĐTĐ ở các giai đoạn khác nhau thì cao hơn tỷ lệ phù HÐ trên lâm sàng. Trong số những mắt có bệnh VMĐTĐ không tăng sinh, có 15 mắt không có phù HÐ trên lâm sàng nhưng có phù HÐ trên OCT: 35 mắt thuộc nhóm phù nhẹ (độ dày HÐ trong khoảng 300-370µm), và 9 mắt phù trung bình (độ dày HÐ 370-450µm). Điều này cũng phù hợp vì khám lâm sàng dễ bỏ sót những trường hợp phù nhẹ và cho thấy có thể OCT là phương pháp nhạy cảm hơn trong phát hiện phù hoàng điểm.

Kết quả bảng 5, chúng tôi nhận thấy chẩn đoán phù HÐ trên lâm sàng và trên OCT thống nhất nhau khi độ dày HÐ bình thường (<300µm) hoặc khi tăng trung bình và nặng (>370 µm). Tuy nhiên, chẩn đoán phù HÐ trên lâm sàng và trên OCT không thống nhất nhau khi độ dày HÐ tăng nhẹ trong khoảng 300-370µm. Nhiều tác giả cũng nhận thấy khi độ dày HÐ tăng nhẹ thì khám lâm sàng khó phát hiện được. Tác giả Brown và cs nghiên cứu 172 mắt và cho biết khám mắt bằng đèn khe với kính tiếp xúc không thể phát hiện phù HÐ ở 77% trường hợp độ dày võng mạc tăng nhẹ (200-300µm, lưu ý: mức giới hạn bình thường-phù chọn là 200µm) [7]. Kết quả bảng 6, nếu xem OCT là phương tiện khách quan, đáng tin cậy trong chẩn đoán phù hoàng điểm, ta có thể tính được độ nhạy là 47% và độ đặc hiệu là 96% của phương pháp đánh giá phù HÐ bằng đèn khe với kính không tiếp xúc.

V. KẾT LUẬN

Kết quả 98 bệnh nhân đái tháo đường type 2 chúng tôi kết luận sau:

-Tỷ lệ phù hoàng điểm là 12,5% và tỷ lệ không phù hoàng điểm là 87,5%. Tỷ lệ phù hoàng điểm trên OCT là 28,9% và không phù là 71,1%.

-Độ nhạy cảm và độ đặc hiệu của phương pháp đánh giá phù HÐ bằng đèn khe với kính không tiếp xúc dựa vào kết quả nêu ra trong bảng sau: Độ nhạy : $24/(27+24) = 47\%$. Độ đặc hiệu: $120/(5+120) = 96\%$. Sự khác biệt giữa soi đáy mắt và chụp OCT có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

-Sự khác biệt giữa soi đáy mắt và chụp OCT có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Như vậy, OCT là phương tiện tốt để chẩn đoán và theo dõi phù HÐ do ĐTĐ type 2, nhưng khám đáy mắt bằng sinh hiển vi với kính không tiếp xúc vẫn còn có giá trị lâm sàng nếu không có điều kiện chụp OCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Quang Hồng Điểm (2011), “ Khảo sát phù hoàng điểm trong bệnh lý đái tháo đường bằng chụp cắt lớp võng mạc OCT ”, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 15,(2), tr.107-111.
2. Phạm Văn Hoàng (2004). *Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh lý võng mạc ĐTĐ bằng quang đông võng mạc với laser YAG 532*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
3. Nguyễn Thị Tuyết Minh (1998). *Khảo sát lâm sàng bệnh võng mạc ĐTĐ tại BV Chợ Rẫy*, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. Võ Thị Hoàng Lan (2000). *Khảo sát bệnh võng mạc ĐTĐ bằng chụp mạch huỳnh quang tại BV Chợ Rẫy*, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
5. Baumann M, Genti le RC, Liebmman JM, et al. (1998). "Reproducibility of retinal thickness measurements in normal eyes using optical coherence tomography", *Ophthalmic Surg Lasers*, 29 (4), pp. 280-5.
6. Bresnick GH (1995) . "Oedeme maculaire diabetique", *La Retinopathie Diabetique*, Masson, Paris, pp. 315 - 335.
7. Brown JC, Solomon SD, Bressler SB, et al. (2004) . "Detection of diabetic foveal edema: contact lens biomicroscopy compared with optical coherence tomography", *Arch Ophthalmol*, 122 (3), pp. 330-5.
8. Browning DJ, McOwen MD, Bowe n RM, Jr., et al. (2004). "Comparison of the clinical diagnosis of diabetic macular edema with diagnosis by optical coherence tomography", *Ophthalmology*, 111 (4), pp. 712-5.
9. Shimura M, Yasuda K, Nakazawa T, et al. (2003) . "Quantifying alterations of macular thickness before and after panretinal photocoagulation in patients with severe diabetic retinopathy and good vision", *Ophthalmology*, 110(12), pp. 2386-94.
10. Wolfensberger TJ (1999). "The historical discovery of macular edema", *Doc Ophthalmol*, 97 (3-4), pp. 207-16.

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG PHÁT SINH CHẤT THẢI NHỰA VÀ GIẢI PHÁP CAN THIỆP GIẢM THIỂU CHẤT THẢI NHỰA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2020

Phạm Thị Phương Thùy, Dương Thái Ngọc,
Trần Phan Thanh Vân, Trịnh Văn Sĩ.

TÓM TẮT

Nghiên cứu này được tiến hành nhằm xác định các loại chất thải nhựa sử dụng trong bệnh viện, từ đó đề xuất các giải pháp can thiệp nhằm giảm thiểu chất thải nhựa thải ra môi trường.

Kết quả nghiên cứu: Chất thải nhựa phát sinh trong chuyên môn y tế chiếm tỷ lệ cao nhất là thùng đựng dịch chạy thận 4.107,51 kg (40.87%), Gant 2.253,98 kg (22.43%), dịch truyền các loại 1.504,26 kg (14.97%), ống tiêm 1.093,48 kg (10.88%), dây truyền dịch 607,88 kg (6.05%), dây hút phẫu thuật 215,46 kg (2.14%) còn lại chiếm tỷ lệ thấp hơn. Chất thải phát sinh trong công tác quản lý chất thải: thùng đựng vật sắc nhọn 636,46 kg (56%), túi đựng chất thải 800 kg (44%). Chất thải nhựa phát sinh trong sinh hoạt hàng ngày: ly nhựa, ống hút và các vật dụng khác từ nhựa 449,5 kg (81.8%), túi nilon tại căn tin 100 kg (18,2%).

ABSTRACT

This study was carried out to identify the types of plastic waste used in hospital, and then propose intervention solutions to reduce plastic waste discharged into the environment.

Result: The highest proportion of plastic waste generated in medical expertise was the container for hemodialysis fluids with 4,107.51 kg (40.87%), Gants with 2,253.98 kg (22.43%), types of infusion with 1,504.26 kg (14.97%), syringe with 1,093.48 kg (10.88%), infusion line with 607.88 kg (6.05%), surgical suction tube with 215.46 kg (2.14%), the rest make up a lower percentage. Waste generated in waste management: sharps container with 636.46 kg (56%), waste bag with 800 kg (44%). Plastic waste generated in daily activities: plastic cups, straws and other plastic objects was 449.5 kg (81.8%), plastic bags in the cafeteria was 100 kg (18.2%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rác thải nhựa là loại rác làm từ các loại nhựa tổng hợp. Các loại vật dụng làm từ nhựa sau khi sử dụng một hay nhiều lần bị con người bỏ đi không sử dụng nữa. Rác thải nhựa được con người thải ra môi trường hàng ngày. Đặc tính của sản phẩm từ nhựa và rác thải nhựa: tồn tại với số lượng nhiều và liên tục, khó thay thế bằng các sản phẩm từ vật liệu khác, khó phân hủy và đặt ra vấn đề lớn với môi trường, gây tình trạng ô nhiễm trắng.

Rác thải nhựa làm ô nhiễm môi trường sống gián tiếp gây nên bệnh tật, là nơi lý tưởng cho các nguồn bệnh và các vi sinh vật trung gian truyền bệnh phát triển nhanh chóng. Rác thải nhựa khi bị đốt không đúng cách sẽ sinh ra chất độc đi-ô-xin, furan gây ô nhiễm không khí, gây ngộ độc, ảnh hưởng đến tuyến nội tiết, làm giảm khả năng miễn dịch, gây ung thư,... Rác thải nhựa lẫn trong rác hữu cơ khi chôn lấp, nhựa sẽ làm cho đất không giữ được nước, dinh dưỡng, ngăn cản quá trình oxy đi qua đất, gây tác động xấu đến sự sinh trưởng của cây trồng.

Trong quá trình khám chữa bệnh, bệnh viện cũng làm phát sinh chất thải nhựa. Chất thải nhựa trong bệnh viện phát sinh từ các hoạt động hàng ngày của các nhân viên y tế, người bệnh, người nhà người bệnh và người sử dụng dịch vụ y tế và từ các hoạt động chuyên môn y tế như bao bì, dụng cụ bao gói, chứa, đựng thuốc, hóa chất, trang thiết bị, vật tư tiêu hao, vật liệu, đồ dùng trong y tế. Trong đó, đa số chất thải nhựa là các túi ni lông khó phân hủy, sản phẩm nhựa dùng một lần để bao gói, sử dụng cho mục đích ăn uống, sinh hoạt. Vì vậy cần phải có biện pháp giảm thiểu, kiểm soát chặt chẽ để hạn chế phát sinh chất thải nhựa ra môi trường.

Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang là bệnh viện hạng II trực thuộc Sở Y tế, là bệnh viện tuyến cuối của tỉnh, diện tích xây dựng 12.806 m², diện tích sàn 53.813 m², kiến trúc xây dựng khu ngoại trú, nội trú, cận lâm sàng, với tòa nhà 10 tầng lưu thông bằng thang bộ, thang máy và các khối nhà phụ... Cơ cấu tổ chức 07 phòng chức năng, 30 khoa lâm sàng, cận lâm sàng, tổng số cán bộ nhân viên 968, giường kế hoạch 950 giường, thực kê 1.188 giường. Trung bình mỗi ngày khám trên 2000 bệnh nhân, cấp cứu trên 200 người bệnh.

Do vậy, lượng chất thải rắn y tế phát sinh tại bệnh viện rất lớn, trong đó một số lượng chất thải nhựa phát sinh cũng khá nhiều nếu không thực hiện giảm thiểu, tái sử dụng tốt sẽ góp phần gây ô nhiễm môi trường.

Xét tính cấp bách của vấn đề trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài “ *Khảo sát thực trạng phát sinh chất thải nhựa và giải pháp can thiệp giảm thiểu chất thải nhựa tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang*”, với mục tiêu:

- Xác định các loại chất thải nhựa sử dụng tại bệnh viện.
- Xác định tỷ lệ các loại chất thải nhựa hiện đang sử dụng.
- Đề xuất các biện pháp giảm thiểu chất thải nhựa để hạn chế thải chất thải nhựa ra môi trường.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Thống kê thu thập số liệu qua khảo sát thực tế trong vòng 01 tháng và lấy kết quả trung bình.

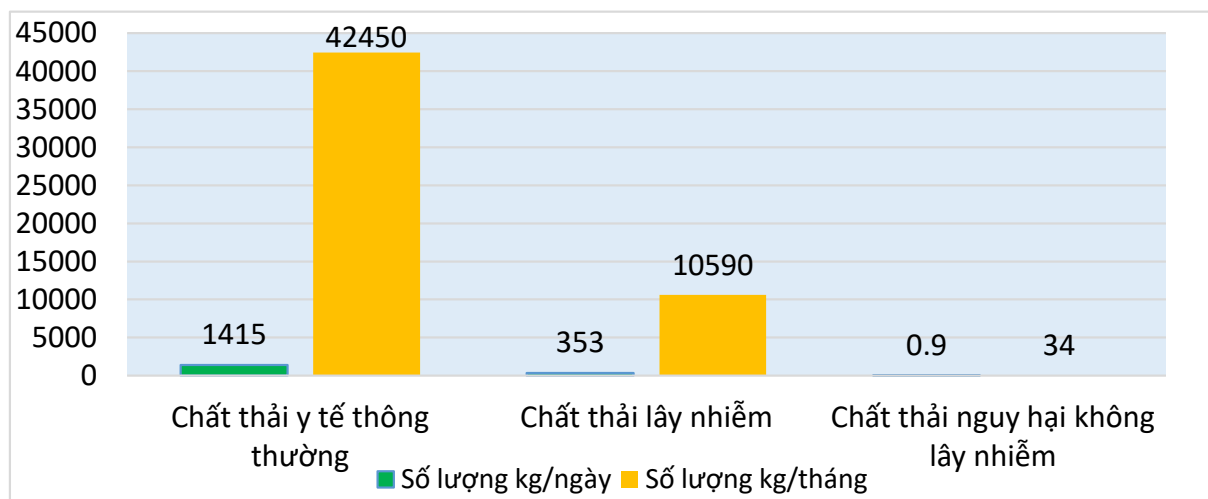
2.2 Đối tượng nghiên cứu: tại các khoa phòng, căn tin, cơ sở từ thiện.

2.3 Phương pháp thu thập số liệu:

- Công cụ thu thập: phiếu khảo sát
- Nhập số liệu: Phần mềm Epidata
- Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 16.0
- Thống kê mô tả: Tần số, phần trăm, biểu đồ.

III. KẾT QUẢ

3.1 Thực trạng phát sinh chất thải nhựa tại bệnh viện:



Chất thải nhựa lây nhiễm phát sinh trong y tế là 4.944,60 kg, chiếm tỷ lệ 46.69% so với tổng khối lượng chất thải lây nhiễm trong một tháng (10.590 kg).

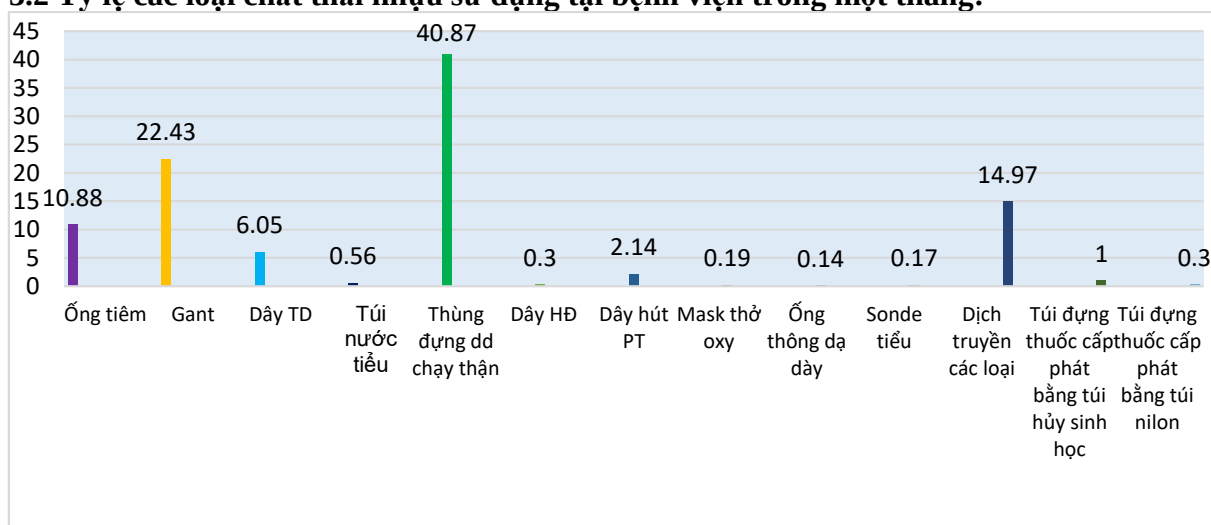
Bảng 2: *Thực trạng phát sinh chất thải nhựa tại bệnh viện trong một tháng*

STT	Tên chất thải nhựa	Số lượng (Kg/tháng)
1	Ống tiêm	1.093,48
2	Gant	2.253,98
3	Dây truyền dịch	607,88
4	Túi nước tiểu (túi dẫn lưu)	56,76
5	Thùng đựng dung dịch chạy thận	4.107,51
6	Dây hút đàm	30,04
7	Dây hút phẫu thuật	215,46

8	Mask thở oxy	19,5
9	Ống thông dạ dày	13,62
10	Sonde tiểu	17,42
11	Dịch truyền các loại	1.504,26
12	Thùng đựng vật sắc nhọn	636,46
13	Túi đựng chất thải	800
14	Túi nylon tại căn tin	100
15	Ly nhựa, ống hút và các vật dụng khác từ nhựa	449,5
16	Túi đựng thuốc cấp phát bằng túi hủy sinh học	100
17	Túi đựng thuốc cấp phát bằng túi nylon	30

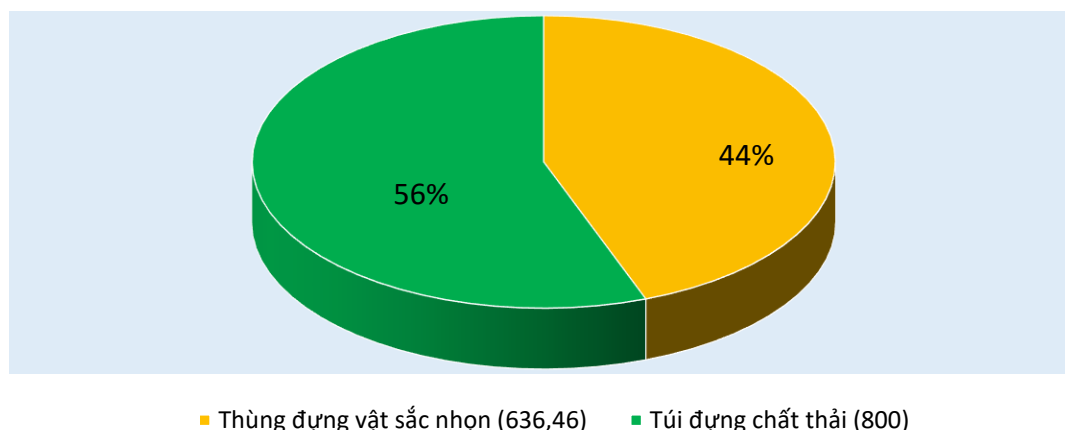
Trong bảng 2, chất thải nhựa phát sinh chiếm cao nhất là thùng đựng dung dịch chạy thận với 4.107,51 kg/tháng. Kế tiếp, gant 2.253,98 kg/tháng, dịch truyền các loại 1.504,26 kg/tháng, ống tiêm 1.093,48 kg/tháng, dây dịch truyền 607,88 kg/tháng, ly nhựa, ống hút và các vật dụng khác từ nhựa chiếm 449,5 kg/tháng, còn lại các chất thải nhựa khác chiếm thấp hơn.

3.2 Tỷ lệ các loại chất thải nhựa sử dụng tại bệnh viện trong một tháng:



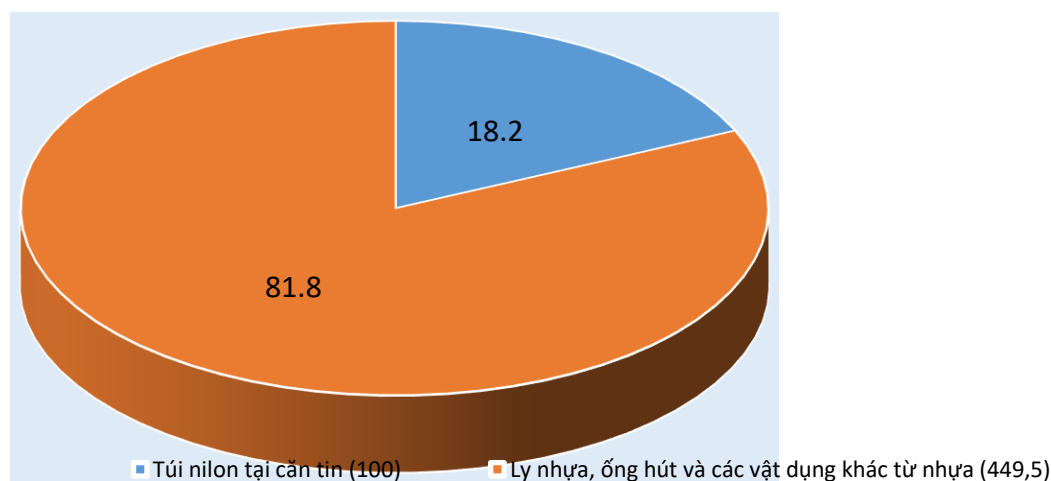
Biểu đồ 2: Chất thải nhựa phát sinh trong chuyên môn y tế

Chất thải nhựa phát sinh trong chuyên môn y tế chiếm tỷ lệ cao nhất là thùng đựng dung dịch chạy thận 40.87%, Gant 22.43%, dịch truyền các loại 14.97%, ống tiêm 10.88%, dây truyền dịch 6.05%, dây hút phẫu thuật 2.14% còn lại chiếm tỷ lệ thấp hơn.



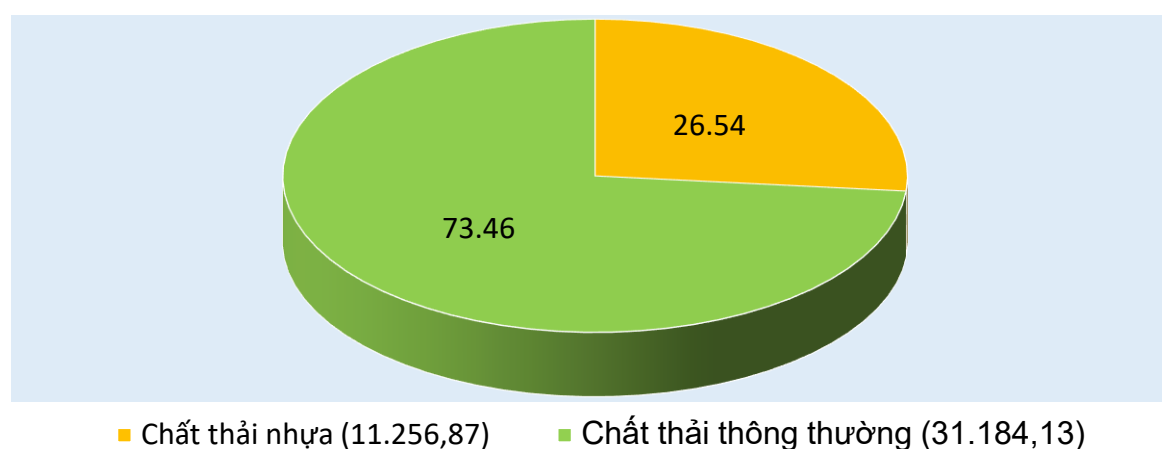
Biểu đồ 3: Chất thải nhựa phát sinh trong công tác quản lý chất thải

Chất thải phát sinh trong công tác quản lý chất thải: tỷ lệ thùng đựng vật sắc nhọn là 56%, túi đựng chất thải 44%.



Biểu đồ 4: Chất thải nhựa phát sinh trong sinh hoạt hàng ngày

Chất thải nhựa phát sinh trong sinh hoạt hàng ngày: tỷ lệ ly nhựa, ống hút và các vật dụng khác từ nhựa 81,8%, túi nilon tại căn tin 18,2%.



Biểu đồ 4: Chất thải thông thường phát sinh trong một tháng

Chất thải thông thường phát sinh trong một tháng: tỷ lệ chất thải thông thường 73,46%, chất thải nhựa 26,54%.

IV. BÀN LUẬN

* Các loại chất thải nhựa sử dụng tại bệnh:

Chất thải nhựa phát sinh chiếm cao nhất là thùng đựng dung dịch chạy thận 4.107,51 kg/tháng. Kế tiếp, Gant 2.253,98 kg/tháng, dịch truyền các loại 1.504,26 kg/tháng, ống tiêm chiếm 1.093,48 kg/tháng, dây dịch truyền chiếm 607,88 kg/tháng, ly nhựa, ống hút và các vật dụng khác từ nhựa chiếm 449,5 kg/tháng, còn lại các chất thải nhựa khác chiếm thấp hơn.

Chất thải nhựa phát sinh trong sinh hoạt hàng ngày 7.091,27 kg, chiếm tỷ lệ 16.70% so với tổng khối lượng chất thải y tế thông thường trong một tháng (42.450 kg).

Chất thải nhựa lây nhiễm phát sinh trong y tế 4.944,60 kg, chiếm tỷ lệ 46.69% so với tổng khối lượng chất thải lây nhiễm trong một tháng (10.590 kg).

*** Tỷ lệ các loại chất thải nhựa hiện đang sử dụng:**

Chất thải nhựa phát sinh trong chuyên môn y tế chiếm tỷ lệ cao nhất là thùng đựng dung dịch chạy thận 40.87%, Gant 22.43%, dịch truyền các loại 14.97%, ống tiêm 10.88%, dây truyền dịch 6.05%, dây hút phẫu thuật 2.14% còn lại chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Chất thải phát sinh trong công tác quản lý chất thải: tỷ lệ thùng đựng vật sắc nhọn là 56%, túi đựng chất thải 44%.

Chất thải nhựa phát sinh trong sinh hoạt hàng ngày: tỷ lệ ly nhựa, ống hút và các vật dụng khác từ nhựa 81.8%, túi nilon tại căn tin 18,2%.

*** Đề xuất các biện pháp giảm thiểu chất thải nhựa để hạn chế thải chất thải nhựa ra môi trường:**

✓ Đã thực hiện tại bệnh viện:

- Chất thải nhựa phát sinh trong chuyên môn y tế cao nhất là thùng đựng dung dịch chạy thận. Tuy nhiên, bệnh viện đã tái sử dụng làm thùng đựng vật sắc nhọn và sau khi sử dụng có chuyển đơn vị có chức năng xử lý không làm ảnh hưởng môi trường và thu gom chuyển cho đơn vị mua chất thải y tế thông thường được phép tái chế.

- Tái sử dụng thùng đựng chất thải sắc nhọn: bệnh viện tái sử dụng đúng theo qui định, trung bình 526 thùng/tháng (khoảng 636,46 kg), tiết kiệm được rất lớn chi phí mua sắm và không thải ra môi trường số lượng lớn chất thải nhựa này.

- Chuyển đổi sử dụng sang túi đựng thân thiện với môi trường gồm: túi đựng chất thải; túi đựng thuốc cấp phát.

- Chất thải nhựa sử dụng trong y tế là loại nhựa ổn định hóa học và an toàn sinh học, không kết tủa các thành phần có hại vào chất lỏng của người bệnh. Ngoài ra nhựa sử dụng trong y tế còn ức chế đặc tính vi khuẩn, chống ô nhiễm và khi xử lý khí thải không gây ô nhiễm môi trường.

✓ Đang thực hiện:

- Trang bị túi đựng chất thải y tế bằng chất liệu dễ phân hủy thân thiện môi trường.

- Ký cam kết thực hiện triệt để chỉ thị số 08/CT-BYT ngày 29/7/2019 về giảm thiểu chất thải nhựa trong ngành y tế.

- Thay thế tối đa các vật dụng bằng nhựa, đồ dùng một lần như: chai/cốc, ống hút nhựa, hộp xốp,...dùng các vật dụng sử dụng nhiều lần như: chai thủy tinh, bình inox, cà mên inox...

- Thường xuyên tổ chức các buổi tập huấn, truyền thông, vận động nhân viên y tế, các đơn vị cung cấp dịch vụ, người nuôi bệnh về thực hiện giảm thiểu chất thải nhựa.

- Lựa chọn các đối tác, các đơn vị cung cấp vật tư tiêu hao có sản phẩm sử dụng vật liệu thân thiện môi trường...

✓ Chưa thực hiện:

- Túi nilon tại căn tin; ly nhựa, ống hút và các vật dụng khác từ nhựa còn sử dụng với số lượng nhiều.

V. KẾT LUẬN

Chất thải nhựa phát sinh trong chuyên môn y tế chiếm tỷ lệ cao nhất là thùng đựng dung dịch chạy thận 4.107,51 kg (40.87%), Gant 2.253,98 kg (22.43%), dịch truyền các loại 1.504,26 kg (14.97%), ống tiêm 1.093,48 kg (10.88%), dây truyền dịch 607,88 kg (6.05%), dây hút phẫu thuật 215,46 kg (2.14%) còn lại chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Chất thải nhựa phát sinh trong sinh hoạt hàng ngày 7.091,27 kg, chiếm tỷ lệ 16.70% so với tổng khối lượng chất thải y tế thông thường trong một tháng (42.450 kg).

Chất thải nhựa lây nhiễm phát sinh trong y tế 4.944,60 kg, chiếm tỷ lệ 46.69% so với tổng khối lượng chất thải lây nhiễm trong một tháng (10.590 kg).

Chất thải phát sinh trong công tác quản lý chất thải: thùng đựng vật sắc nhọn 636,46 kg (56%), túi đựng chất thải 800 kg (44%).

Chất thải nhựa phát sinh trong sinh hoạt hàng ngày: ly nhựa, ống hút và các vật dụng khác từ nhựa 449,5 kg (81.8%), túi nilon tại căn tin 100 kg (18,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế và Bộ Tài nguyên và Môi trường (2015), Quy định quản lý chất thải y tế, Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ tài nguyên và Môi trường
2. Bộ Y tế (2019), Chỉ thị số 08/CT-BYT về giảm thiểu chất thải nhựa trong ngành y tế.
3. Bộ Y Tế (2015), Quản lý chất thải y tế, NXB Y học, Hà Nội.
4. WHO (2006), Healthcare Waste Management Handbook, May 2006.

SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY

Đỗ Thị Quốc Trinh, Lê Trung Thi, Châu Hữu Hầu

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả sử dụng siêu âm trong chẩn đoán hội chứng ống cổ tay (HCOCT) so sánh với các phương pháp chẩn đoán cổ điển. **Phương pháp:** Mô tả và phân tích so sánh chẩn đoán bệnh, tiến cứu. **Thời gian nghiên cứu:** 10 tháng, từ 5/2019 đến 3/2020. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 77 người với 54 bàn tay bị bệnh và 54 bàn tay đối chứng, trong đó nữ chiếm 85,7%; tuổi trung bình $43,6 \pm 11,7$, chỉ số Kappa = 0,315 với $p=0.001$. Biểu đồ ROC cho thấy kỹ thuật chẩn đoán siêu âm có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt 70,4% và 71,1%; khi hiệu số 2 diện tích mặt cắt thần kinh giữa ở đầu vào ống cổ tay và ở khoảng cơ sấp vuông $\geq 1,5 \text{ mm}^2$ thì sẽ được chẩn đoán HCOCT. **Kết luận:** Siêu âm là kỹ thuật chẩn đoán HCOCT khá tốt giúp phát hiện bệnh nhanh, giá thành rẻ và dễ tiếp cận.

Từ khóa: Hội chứng ống cổ tay (HCOCT), diện tích mặt cắt (DTMC), siêu âm (SA)

ABSTRACT

Ultrasound in the diagnosis of carpal tunnel syndrome. Objectives: The study aimed to evaluate the effectiveness of ultrasound use in the diagnosis of carpal tunnel syndrome (HCOCT) compared with classical diagnostic methods. **Methods:** Prospective study, describing and analyzing, comparing and diagnosing diseases. **Research period:** 10 months, from May 2019 to March 2020. **Results:** The study included 77 people with 54 diseased hands and 54 control hands, of which female accounted for 85.7%; mean age 43.6 ± 11.7 , Kappa index = 0.315 with $p = 0.001$. The ROC chart shows that ultrasound diagnostic technique has sensitivity and specificity of 70.4% and 71.1% respectively. When the difference of the 2 cross-sectional areas of the medial nerve at the inlet of the carpal tunnel and at the pronator quadratus muscle $\geq 1.5 \text{ mm}^2$ will be diagnosed with CTS. **Conclusion:** Ultrasound is a good technique for CTS diagnosis that helps to detect these diseases quickly, cheaply and accessibly ease.

Key words: Carpal tunnel syndrome (CTS), cross-sectional area (CSA), ultrasound (US)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay (HCOCT) là bệnh cảnh dây thần kinh giữa bị chèn ép khi đi ngang qua ống cổ tay (OCT). Theo một nghiên cứu ở Mỹ, tỷ lệ hiện mắc HCOCT là 7,8% và tỷ lệ mới mắc tăng thêm 2,3 người-năm mỗi 100 người [1]. HCOCT là một trong những bệnh thần kinh phổ biến nhất, hay gặp ở phụ nữ và hay xảy ra ở tay thuận. Chẩn đoán HCOCT thường được nghĩ đến khi các triệu chứng điển hình bao gồm đau, rối loạn chức năng ở vùng thần kinh giữa. Các triệu chứng thường xảy ra khi vận động có thể dẫn đến teo các cơ do dây thần kinh giữa chi phối và tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống.

Hiện chưa có tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán HCOCT, chỉ có các chứng cứ về bệnh sử, khám lâm sàng, cao hơn nữa là chẩn đoán điện sinh lý thần kinh để có thể giúp bệnh nhân được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Chẩn đoán điện thường củng cố cho chẩn đoán lâm sàng, nhưng có một số hạn chế như khiến bệnh nhân khó chịu và có một tỷ lệ âm tính giả. Ngoài ra, chẩn đoán điện cung cấp thông tin liên quan đến việc làm chậm dẫn truyền thần kinh và mất sợi trục nhưng không đưa ra chi tiết giải phẫu. Trong trường hợp này, siêu âm (SA) sẽ giúp bổ sung vào chẩn đoán quyết định bệnh.

Mục tiêu của nghiên cứu này là nhằm đánh giá vai trò của SA trong chẩn đoán HCOCT khi mà chẩn đoán điện sinh lý thần kinh không phải nơi nào cũng có.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân đến khám vì đau ở cổ tay và trên lâm sàng có chẩn đoán HCOCT tại bệnh viện Nhật Tân, thành phố Châu Đốc. Một số bệnh nhân chỉ đau 1 cổ tay, cổ tay bên kia được đo để làm nhóm chứng. Một số người tình nguyện là nhân viên y tế không mắc HCOCT cũng được thêm vào nhóm chứng. Có tất cả 77 người tham gia, trong đó nữ chiếm ưu thế với 66 người. Số bàn tay được nghiên cứu là 108, nữ chiếm 89 (82,4%), trong đó có 54 nhóm chứng. Nhóm bệnh và nhóm chứng bằng nhau là do chúng tôi chọn thêm người

tình nguyện cùng lứa tuổi cho đủ. **Đối tượng loại trừ:** Các bệnh nhân mắc bệnh mạn tính như đái tháo đường, suy thận mạn... và các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả và phân tích so sánh chẩn đoán bệnh, tiến cứu.

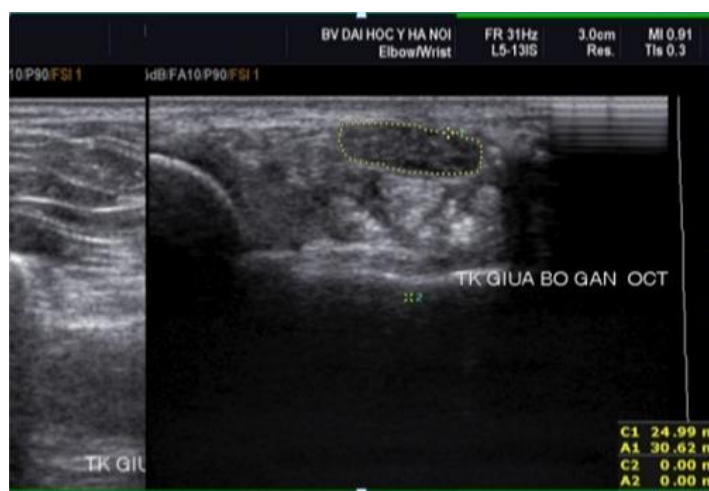
2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Nhật Tân, thuộc TP. Châu Đốc, tỉnh An Giang trong 10 tháng từ 15/5/2019 đến 15/3/2020.

2.4. Cách tiến hành và tiêu chí chẩn đoán: Tất cả bệnh nhân được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, được làm 2 nghiệm pháp Phalen và Tinel. Sau đó tiến hành đo dẫn truyền thần kinh giữa và SA đoạn cổ tay. Với các tiêu chí chẩn đoán HCOCT như sau [2,3]:

Tiêu chí chẩn đoán điện HCOCT theo Hội thần kinh học Hoa Kỳ: Thời gian tiềm vận động (DML) tăng $>4.2\text{ms}$; tốc độ dẫn truyền cảm giác (SCV) giảm $<50\text{ms}$. Chẩn đoán điện bằng máy Nihon Kohden, Model DC-940BK, sản xuất tại Nhật năm 2016. Khảo sát điện cơ kim: dạng ngón cái ngấn, gập chung các ngón nông, tam đầu, cơ dạng ngón út.

Tiêu chí chẩn đoán lâm sàng HCOCT: Khi có ≥ 1 triệu chứng cơ năng và 1 triệu chứng thực thể. **Triệu chứng:** (1) Tê, đau bàn tay, mặt trước cẳng hoặc cánh tay. (2) Giảm cảm hoặc mất cảm giác ở nơi do thần kinh giữa chi phối. (3) Yếu hoặc vụng về bàn tay. (4) Da khô, sưng, đổi màu da bàn tay. (5) ≥ 1 trong các triệu chứng trên theo đường đi của dây thần kinh giữa. **Các yếu tố khởi phát:** (1) Thường xuất hiện về đêm, (2) Đặt tay lâu ở một vị trí, (3) Các hoạt động lặp đi lặp lại của tay. **Các yếu tố làm thuyên giảm bệnh:** (1) Thay đổi tư thế bàn tay, (2) Cử động bàn tay. **Khám lâm sàng:** Phát hiện triệu chứng thực thể: (1) Có thể bình thường, (2) Dấu hiệu Tinel (+), Phalen (+). (3) Yếu hoặc teo cơ ô mô cái.

Tiêu chí chẩn đoán SA: Dùng máy LOGIQ P9 của GE, Mỹ với đầu dò linear L4-12t RS, sản xuất 2019. Trong nghiên cứu, chúng tôi chú ý đến độ phình to của dây thần kinh giữa bị chèn khi vào ống cổ tay (OCT). Đo diện tích mặt cắt (DTMC) của thần kinh giữa ở 2 điểm: đầu vào của OCT và chỗ cơ sấp vuông. Hiệu số của 2 DTMC này sẽ giúp xác định chẩn đoán HCOCT qua SA. Các dị dạng, thay đổi cấu trúc, tăng tưới máu, mạc giữ gân gấp... đều không được nghiên cứu.



Hình 1. SA đo diện tích cắt ngang dây thần kinh giữa.

2.5. Xử lý thống kê: Chọn cỡ mẫu 108, 54 bàn tay (của 77 người) trong đó có 54 bàn tay có HCOCT và 54 bàn tay bình thường ở nhóm chứng. Kết quả của chẩn đoán bằng SA và chẩn đoán cổ điển (thường qui) được so sánh bằng bảng 2×2 , từ đó tính chỉ số Kappa và các chỉ số độ nhạy, độ đặc hiệu; đồng thời được phân tích trên biểu đồ ROC. Kết quả kiểm định so sánh 2 giá trị được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p\text{-value} < 0,05$.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Các đối tượng được thông báo chi tiết về các nội dung nghiên cứu và lấy ý kiến đồng thuận. Mọi thông tin cá nhân được bảo vệ bí mật. Người tham gia thử nghiệm được miễn một phần viện phí.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc trưng của người tham gia

Bảng 2. Các phương pháp chẩn đoán HCOCT

Biến số	n	Tỷ lệ %
Giới tính (n=77)		
Nữ	66	85,7
Nam	11	14,3
Số bàn tay (n=108)		
Nữ	89	82,4
Nam	19	17,6
Tuổi (n=77, tuổi trung bình 43,6±11,7)		
<40	31	40,2
40-59	41	53,4
≥60	5	6,4
Bàn tay được khám		
Trái	23	21,3
Phải	43	39,8
Hai tay	42	38,9

Biến số	n	Tỷ lệ %
HCOCT chẩn đoán lâm sàng		
Có bệnh	59	54,6
Không	49	45,4
HCOCT chẩn đoán điện		
Có bệnh	63	58,3
Không	45	41,7
HCOCT chẩn đoán trên SA		
Có bệnh	59	54,6
Không	49	45,4
Số ca xác định HCOCT		
Có bệnh	54	50,0
Không	54	50,0

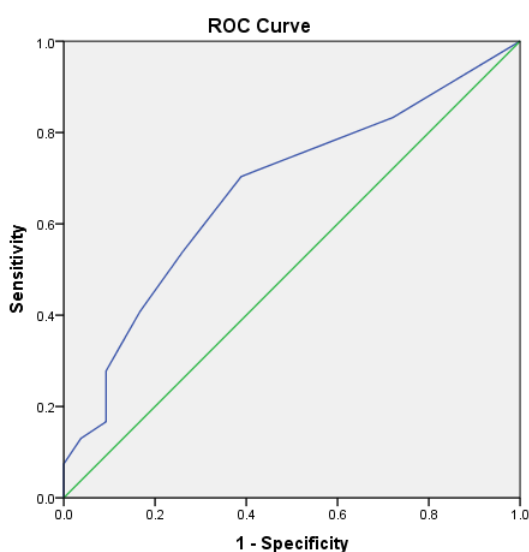
Bảng 4. Bảng 2x2 so sánh kết quả của chẩn đoán cổ điển và chẩn đoán bằng SA

		Chẩn đoán cổ điển		Tổng cộng	Chỉ số Kappa	p
		Có bệnh	Không bệnh			
Chẩn đoán bằng SA	Có bệnh	21	38	59	0.315	0.001
	Không bệnh	33	16	49		
Total		54	54	108		

Chỉ số kappa =0,315 với p=0.001, có sự tương hợp giữa 2 phương pháp chẩn đoán.

Công thức Youden $J = \max(Se + Sp - 1) \rightarrow J = 0,315$, và điểm cắt của SA 1,500 mm². Khi đo DTMC dây thần kinh giữa, tính hiệu số DTMC đầu vào-DTMC ở cơ sấp vuông $\geq 1,5 \text{ mm}^2 \rightarrow$ có chẩn đoán HCOCT.

Hình 2. Mối tương quan của chẩn đoán cổ điển và SA qua biểu đồ ROC.



Bảng 4. Độ chính xác chẩn đoán trong tiên lượng SA so với chẩn đoán cổ điển

	Ngưỡng	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	AUC (95% CI)	p
Kết quả SA	1,50 mm ²	70,4	71,1	0.672 (0.570-0,770)	0,002

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 77 người với 108 bàn tay, trong đó nữ chiếm tới 85,7%, tuổi trung bình 43,6±11,7. Số bàn tay được xác định mắc HCOCT là 54 chiếm tỷ lệ 50% là do cách chọn mẫu của chúng tôi. Nghiên cứu của Lê Thị Liễu, nữ mắc HCOCT 93.0% và tuổi trung bình 49,1 ± 9,3 gần tương đương với công trình của chúng tôi [3]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn công thức tính hiệu số giữa 2 DTMC ở đầu vào ống cổ tay và ở cơ sấp vuông để đánh giá sự tương hợp giữa chẩn đoán HCOCT qua SA và chẩn đoán thường qui. Chỉ số Kappa = 0,315 với p=0,001, cho thấy có sự tương hợp giữa 2 phương pháp chẩn đoán, với độ mạnh tương đối cao. Biểu đồ ROC cho thấy chẩn đoán SA có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 70,4% và 71,1%, trong khi công trình của Lê Thị Liễu dựa theo phân độ 4 mức HCOCT, SA có độ nhạy và độ đặc hiệu trên 70% [3]. Điểm ngưỡng (cut-off) trong chẩn đoán SA của chúng tôi là 1,50 mm², có nghĩa khi đo DTMC dây thần kinh giữa, hiệu số DTMC đầu vào ống cổ tay và ở cơ sấp vuông $\geq 1,5$ mm² thì chẩn đoán SA dương tính, có mắc HCOCT. Emril và cs cũng chọn cách tính hiệu số như của chúng tôi, nhưng sự khác biệt giữa 2 DTMC ≥ 2 mm² được chẩn đoán HCOCT [1]. Độ nhạy và độ đặc hiệu trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như của Lê Thị Liễu có thể là do các bệnh nhân HCOCT trong các nghiên cứu này bao gồm từ các trường hợp từ nhẹ đến nặng. Theo [Bouchal](#) và cs cho rằng SA chỉ nhạy với HCOCT khi có hình ảnh điện cơ nặng [8].

Về đánh giá SA trong HCOCT, nhiều tác giả chọn nhiều công thức tính khác nhau. Fu et al [5] đã đánh giá ý nghĩa chẩn đoán của tỷ lệ DTMC dây thần kinh giữa ở đầu vào và đầu ra (inlet-to-outlet, IOR) ống cổ tay ở bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng và điện sinh lý của HCOCT. DTMC đầu vào trung bình là 8,7 mm² ở người khỏe mạnh và 14,6 mm² ở bệnh nhân mắc HCOCT. IOR trung bình là 1,0 trong nhóm chứng và 1,6 ở những người bị HCOCT. Giá trị cắt IOR $\geq 1,3$ có độ đặc hiệu 93% và độ nhạy 91% trong chẩn đoán HCOCT [7]. Georgiev và cs [4] cho rằng các DTMC >10 mm² có ý nghĩa chẩn đoán đối với HCOCT. Tác giả còn nhận thấy 2 thông số quan trọng khác là sự nén của dây thần kinh giữa với dạng tương phình hình cầu, có thể được quan sát tại điểm mà dây thần kinh đi qua phía dưới mạc giữ gân gấp. Thông số khác là lưu lượng máu nội tại ống cổ tay tăng. Sự tăng tưới máu, echo kém của dây thần kinh được quan sát cùng với DTMC lớn hơn; trên thực tế, có xác suất 90% bị HCOCT nếu cả 3 tham số này đều dương, ngay cả trong trường hợp điện sinh lý bình thường [4]. Aggarwal và cs dùng nhóm chứng có DTMC của dây thần kinh giữa nằm trong khoảng từ 5 đến 7,3 mm², trong khi ở nhóm có triệu chứng, dao động từ 8.4 đến 16.5 mm². Với mức cắt 9 mm², độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của SA trong chẩn đoán HCOCT lần lượt là 95%, 100% và 97% [7].

Qua đó, chúng tôi nhận thấy SA là một kỹ thuật chẩn đoán khá tốt giúp cho người bệnh được chẩn đoán nhanh chóng, tin cậy, giá thành rẻ và dễ tiếp cận hơn. SA còn có thể phát hiện được các biến thể giải phẫu trong HCOCT như: động mạch giữa còn tồn tại, dây thần kinh giữa chẻ đôi, v.v... Hiện nay trang bị và kỹ thuật SA được sử dụng rất phổ biến ở tất cả các tuyến bệnh viện. vì vậy giá trị ứng dụng của biện pháp chẩn đoán HCOCT bằng siêu âm càng cao hơn.

V. KẾT LUẬN

SA là một biện pháp chẩn đoán bổ sung khá tốt trong HCOCT bên cạnh các biện pháp cổ điển, giúp người bệnh được chẩn đoán nhanh, chính xác, giá thành rẻ và dễ tiếp cận.

1. Emril DR, Zakaria I, Amrya M. Agreement Between High-Resolution Ultrasound and Electro-Physiological Examinations for Diagnosis of Carpal Tunnel Syndrome in the Indonesian Population. *Frontiers in Neurology* | www.frontiersin.org. August 2019 | Volume 10 | Article 888
2. AAEM. Practice Parameter For Electrodiagnostic Studies In Carpal Tunnel Syndrome: Summary Statement. 2002 American Association of Electrodiagnostic Medicine. Published online 7 May 2002 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).
3. Lê Thị Liễu. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện cơ và siêu âm Doppler năng lượng trong hội chứng ống cổ tay, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2018.
4. Georgiev GP, Karabinov V, Kotov G, Iliev A. Medical Ultrasound in the Evaluation of the Carpal Tunnel: A Critical Review. *Cureus* 10(10): 2018. 2018, e3487. DOI10.7759/cureus.3487.
5. Fu T, Cao M, Liu F, et al. (2015), "Carpal tunnel syndrome assessment with ultrasonography: value of inlet-to-outlet median nerve area ratio in patients versus healthy volunteers", *PLoS One*. 10(1), pp. e0116777.
6. Dale AM, Harris-Adamson C, Rempel D, Gerr F, Hegmann K, Silverstein B, Burt S, Garg A, Kapellusch J, Merlino L, Thiese MS, Eisen EA, Evanoff B. Prevalence and incidence of carpal tunnel syndrome in US working populations: pooled analysis of six prospective studies. *Scand J Work Environ Health*. 2013 Sep 1;39(5):495-505.
7. Aggarwal P, Jirankali V, Garg SK. Accuracy of high-resolution ultrasonography in establishing the diagnosis of carpal tunnel syndrome. *ANZ J Surg*. 2020 Jan 26.
8. Bouchal S, Midaoui A, Berrada K, Zahra AF, Aradoini N, Harzy T, Belahsen MF. Comparaison des données de l'échographie par rapport à l'électroneuromyogramme dans le diagnostic de syndrome de canal carpien. *Pan Afr Med J*. 2019; 34: 50.

(Bài đã đăng trong tạp chí Y học Việt Nam, tháng 5, số 2, 2020, tập 490, tr 126-129).

PHÂN TÍCH CHI PHÍ LỢI ÍCH CỦA XÉT NGHIỆM CRP TRONG VIỆC GIẢM KÊ ĐƠN KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP DƯỚI Ở TRẺ EM

Tôn Quang Chánh, Phạm Thế Mỹ
Huỳnh Trần Bích Ngọc, Đặng Ngọc Thạch

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chúng tôi đánh giá ý nghĩa lợi ích chi phí của xét nghiệm protein phản ứng C (CRP) trong điều trị nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới ở trẻ em, bằng cách so sánh chi phí gia tăng của xét nghiệm CRP so với chi phí kinh tế của kháng kháng sinh trong việc giảm kê đơn kháng sinh ban đầu. **Phương pháp:** sử dụng thiết kế nghiên cứu quan sát tiền cứu, trong đó dữ liệu được lấy từ dữ liệu thứ cấp có trong hồ sơ y tế từ tháng 03/2019 đến tháng 07/2020. **Đối tượng:** các bệnh nhân nhập viện tại khoa Nội nhi của Bệnh viện Sản Nhi An Giang, gồm: 510 bệnh nhân có xét nghiệm CRP và 255 bệnh nhân không làm xét nghiệm CRP ở trẻ em từ 2 tháng đến dưới 16 tuổi được đưa vào phân tích. **Kết quả:** Các bệnh nhân trong nhóm làm xét nghiệm CRP có hiệu quả điều trị cao hơn và tổng chi phí trực tiếp thấp hơn nhưng không khác nhau đáng kể. Dựa trên phân tích mô hình trước đó, việc giảm 2,7% kê đơn kháng sinh ban đầu với $p = 0,045$, thì lợi ích ròng là dương (201.689,84 đồng) đã có lợi về tiền tệ trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp dưới ở trẻ em. **Kết luận:** Với mức độ tuân thủ kê đơn kháng sinh ban đầu thấp đối với kết quả xét nghiệm CRP, nhưng xét nghiệm CRP sẽ vẫn có lợi ích về chi phí cũng như quản lý AMR, trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp dưới ở trẻ em.

ABSTRACT

Cost-Benefit Analysis CRP test in reducing antibiotic prescriptions for lower respiratory tract infections in children

Objective: We assess the cost-benefit of C-reactive protein (CRP) testing in the treatment of lower respiratory tract infections in children, by comparing the increased cost of the CRP test with the cost of treatment of antibiotic resistance in reducing initial antibiotic prescription. **Method:** using a prospective observational study design, in which data is taken from secondary data contained in medical records from March 2019 to July 2020. **Subjects:** patients in the Department of Pediatrics and Pediatrics Department in An Giang hospital of obstetrics, Gynecology and Pediatric, including: 510 patients of taking CRP test and 255 patients without CRP test whom are in the age from 2 month to 16 year choosing to analysis. **Results:** Patients in the CRP group have higher efficacy and lower total direct costs, but no significant differences. Based on previous paradigm analysis, a 2.7% reduction in initial antibiotic prescribing with $p = 0.045$, then a positive net benefit (VND 201,689.84) has monetary benefits in treating respiratory infections. lower autoclave in children. **Conclusion:** Given the low initial antibiotic prescribing compliance for CRP test results, but CRP testing will still have the cost benefits as well as AMR management, in the treatment of lower respiratory tract infections children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người ta ước tính rằng 80-90% thuốc kê đơn kháng sinh xảy ra trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, trong đó một nửa là do nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính (ARI) [8,27]. Việc kê đơn và bán kháng sinh cho ARI cũng như việc sử dụng kháng sinh không bị hạn chế ở Việt Nam là rất phổ biến tại trong và ngoài các cơ sở y tế [15], mặc dù nguyên nhân chủ yếu là do virus [7]. Khoảng 70% bệnh nhân ở Việt Nam được kê đơn thuốc kháng sinh và ARI là lý do cho 51% trong số này [5]. Quyết định điều trị kháng sinh ở bệnh viện là tốt nhất nếu dựa vào cận lâm sàng trong việc quyết định khi nào cần dùng kháng sinh nhưng thường không được thực hiện đầy đủ [1,6,15].

Sự tương tác giữa tiêu thụ kháng sinh và kháng kháng sinh (AMR) rất phức tạp; tuy nhiên, người ta chấp nhận rộng rãi rằng việc giảm tiêu thụ kháng sinh sẽ an toàn hơn và có tác dụng giảm thiểu gánh nặng AMR [10]. Một nghiên cứu mô hình gần đây đã ước tính chi phí kinh tế

của AMR cho mỗi loại kháng sinh được tiêu thụ, tương đương với mức tăng xã hội cho mỗi đợt điều trị kháng sinh. Ví dụ, trong bối cảnh Thái Lan, việc tiêu thụ một lượng beta-lactam đầy đủ có liên quan đến chi phí kinh tế là 10,8 đô la do AMR [30]. Một thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên ở Việt Nam đã so sánh xét nghiệm CRP với quản lý ARI trong chăm sóc ban đầu, đã tìm ra sự giảm đáng kể trong việc kê đơn kháng sinh mà không ảnh hưởng đến sự phục hồi và sự hài lòng của bệnh nhân [20].

Để xác định xem chi phí gia tăng của xét nghiệm CRP có hợp lý về mặt kinh tế hay không, điều này cần phải được so sánh với chi phí xã hội của AMR mà các xét nghiệm có thể tránh được. Trong nghiên cứu này, chúng tôi phân tích chi phí lợi ích của xét nghiệm CRP trong việc giảm kê đơn kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn hô hấp dưới ở trẻ em; nhằm rút ra những ưu nhược điểm góp phần thúc đẩy sự hình thành những can thiệp trong việc sử dụng kháng sinh ở trẻ em trong thời gian tới.

MỤC TIÊU ĐỀ TÀI

1. Mục tiêu tổng quát

Phân tích chi phí lợi ích của xét nghiệm CRP trong việc giảm kê đơn kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn hô hấp dưới ở trẻ em nhập viện tại khoa Nội nhi - Bệnh viện Sản Nhi An Giang.

2. Mục tiêu cụ thể :

- Phân tích chi phí lợi ích của xét nghiệm CRP trong điều trị khuẩn hô hấp dưới ở trẻ em.
- So sánh chi phí gia tăng của xét nghiệm CRP so với chi phí quản lý AMR trong việc giảm kê đơn kháng sinh ban đầu.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu

- Quan sát tiến cứu thời gian từ tháng 03/2019 đến tháng 07/2020.
- Loại hình nghiên cứu: phân tích lợi ích chi phí (CBA).
- Cỡ mẫu: sử dụng công thức so sánh hai giá trị trung bình.

$$n_1 = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2 / \kappa)(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\Delta^2}$$

$$n_2 = \frac{(\kappa * \sigma_1^2 + \sigma_2^2)(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\Delta^2}$$

n_1 = Cỡ mẫu nhóm 1; n_2 = Cỡ mẫu nhóm 2. σ_1^2 = Độ lệch chuẩn nhóm 1 = 64.532,1; σ_2^2 = Độ lệch chuẩn nhóm 2 = 149.358; Δ = Chênh lệch giữa 2 trị số trung bình: 21.727,5 [22]; κ = Tỷ lệ $n_1/n_2 = 2$ (khảo sát thực tế). $Z_{1-\alpha/2}$ = Z score tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn, với KTC 95%, 2-side test, $Z = 1.96$; $Z_{1-\beta}$ = Z score tương ứng với lực mẫu. Lực mẫu = 80%, 2-side test, $Z = 0.83$. Sử dụng phần mềm Openepi tính được: $n_1 = 255$; $n_2 = 510$.

- Cách lấy mẫu: thuận tiện.

3. Đối tượng và địa điểm nghiên cứu

Các Hồ sơ y tế của bệnh nhi được điều trị nội trú tại khoa Nội nhi của Bệnh viện Sản Nhi An Giang.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhi được chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp dưới.
- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có hai lần xét nghiệm CRP trở lên.

4. Các chỉ số đánh giá và đo lường các biến

a. Các chỉ số đánh giá

✓ *Đánh giá hiệu quả điều trị:*

- Thời gian nằm viện (LOS);
- Thời gian lưu trú liên quan đến kháng sinh (LOSAR);
- Hiệu quả điều trị: khỏi, đỡ/giảm, chuyển viện, tử vong.
- Các chi phí được xem xét như: kháng sinh, thuốc khác, xét nghiệm, X- quang, vật tư y tế, giường bệnh, chi phí khác và tổng chi phí chi trả. Tổng chi phí trung bình cho mỗi bệnh nhân điều trị sẽ được tính toán theo tỷ lệ hiệu quả chi phí trung bình (ACER), bằng cách phản ánh tổng chi phí y tế trực tiếp chia cho tỷ lệ thành công (*khỏi bệnh*):

$$ACER = \text{Tổng chi phí y tế trực tiếp} / \text{Tỷ lệ thành công}$$

– *Phân tích lợi ích chi phí (CBA):*

- Ước tính chi phí kinh tế của kháng kháng sinh (AMR) cho mỗi loại kháng sinh kê đơn được lấy từ một phân tích mô hình theo tính toán trong bối cảnh của Hoa Kỳ và Thái Lan [9]. Chi phí sẽ được điều chỉnh theo hệ số 0,38 sử dụng tỷ lệ GDP bình quân đầu người (PPP) tại Việt Nam năm 2017 so với Thái Lan ($0,38 * 10,8\$ = 4,1 \text{ USD}$). Do đó, chúng tôi sử dụng chi phí kinh tế của AMR là 4,1 đô la cho mỗi đợt điều trị đầy đủ beta-lactam phổ rộng đây là nhóm thuốc thường được kê đơn trong nghiên cứu.

- Lợi ích ròng (tiền tệ) của thử nghiệm CRP được tính như sau:

$$NMB_{crp} = \Delta pAB * cAMR - (\Delta DC + Ct).$$

Trong đó: NMB là lợi ích ròng (tiền tệ) của xét nghiệm CRP, ΔpAB là phần trăm chênh lệch trong việc kê đơn giữa các bệnh nhân trong nhóm CRP và Non-CRP; $cAMR$ là chi phí AMR cho mỗi lần sử dụng kháng sinh; ΔDC là sự khác biệt trong chi phí y tế trực tiếp và Ct là chi phí trực tiếp của các xét nghiệm CRP. Tất cả các chi phí được giả định là phát sinh tại thời điểm bệnh nhân có mặt tại bệnh viện, do đó không áp dụng giảm giá. Lợi ích ròng dương thì thử nghiệm CRP có lợi về chi phí, nếu âm thì ngược lại.

b. Đo lường các biến:

- Nhập số liệu và xử lý thống kê: bằng phần mềm Epi Info™ 7.2, CDC, USA.
- *Biến định tính:* tính tỷ lệ %.
 - ✓ So sánh 2 tỷ lệ: kiểm định bằng test Chi bình phương (Chi square) một phía.
 - ✓ So sánh nhiều hơn hai tỷ lệ: dùng phép kiểm Chi bình phương hai phía.
- *Biến định lượng:*
 - ✓ Có độ lệch chuẩn: tính giá trị trung bình;
 - ✓ Không có độ lệch chuẩn: tính trung vị và khoảng tứ phân vị.
- Kết quả dựa vào kiểm định Barlett để quyết định chọn test thống kê:
 - ✓ Nếu $p < 0,05$: sử dụng kiểm định Kruskal-Wallis với hai phương sai khác nhau.
 - ✓ Nếu $p > 0,05$: sử dụng kiểm định ANOVA với giả định hai phương sai đồng nhất;

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm về mẫu nghiên cứu được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu .

<i>Đặc điểm</i>		<i>CRP (510); n,(%)</i>	<i>Non-CRP (255);n,(%)</i>	<i>p</i>
Giới tính	<i>Nam</i>	308 (60,4)	151 (59,2)	0,4
	<i>Nữ</i>	202 (39,6)	104 (40,8)	
Nhóm tuổi	<i>Dưới 5 tuổi</i>	460 (90,2)	216 (84,8)	0,03
	<i>6-16 tuổi</i>	50 (9,8)	39 (15,3)	
Vào viện	<i>Đúng tuyến</i>	225 (44,12)	123 (48,24)	0,9
	<i>Cấp cứu</i>	146 (28,63)	54 (21,18)	
	<i>Trái tuyến</i>	139 (27,25)	78 (30,59)	
Bệnh kèm	<i>Có</i>	269 (52,75)	144 (56,47)	0,18
	<i>Không</i>	241 (47,25)	111 (43,53)	
Số ngày điều trị	<i>Dưới 7 ngày</i>	390 (76,47)	201 (78,82)	0,52
	<i>Trên 7 ngày</i>	120 (25,53)	54 (21,18)	
Kháng sinh ban đầu	<i>Có</i>	492(96,5)	253(99,2)	0,045
	<i>Không</i>	18(3,5)	2(0,8)	

Hầu hết các biến nền đều không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Phần lớn xét nghiệm CRP được thực hiện ở trẻ dưới 5 tuổi và có sự khác biệt với $p = 0,03$. Đối với chỉ số sử dụng kháng sinh ban đầu giữa hai nhóm điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, đây cũng là mục tiêu nghiên cứu của đề tài sẽ được phân tích chi phí lợi ích về tiền tệ.

2. Hiệu quả điều trị khi có hỗ trợ xét nghiệm CRP

Hiệu quả điều trị của nhóm có và không làm xét nghiệm CRP được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Hiệu quả điều trị của hai nhóm.

<i>Kết quả điều trị</i>		<i>CRP</i>	<i>Non-CRP</i>	<i>p</i>
Thời gian lưu trú (LOS), ngày	<i>Trung bình (SD)</i>	6,04 (2,8)	6,07 (2,9)	0,9
	<i>Trung vị (IQR)</i>	5 (4,5-7,5)	5 (4,5-7)	
TGLT liên quan đến KS (LOSAR)	<i>Trung bình (SD)</i>	5,3 (2,7)	5,4 (2,6)	0,66
	<i>Trung vị (IQR)</i>	5 (4-7,3)	5 (4-6,5)	
Hiệu quả điều trị	<i>Khỏi (%)</i>	507 (99,4)	253 (99,2)	0,38
	<i>Đỡ/Giảm (%)</i>	3 (0,6)	2 (0,8)	

Không có sự khác biệt về thời gian lưu trú, thời gian lưu trú liên quan đến sử dụng kháng sinh và hiệu quả điều trị của hai nhóm; tuy nhiên, trung bình thời gian lưu trú của các bệnh nhi có hỗ trợ xét nghiệm CRP ít hơn 0,03 ngày và hiệu quả điều trị cao hơn 0,2% có ảnh hưởng ít nhiều đến chất lượng cuộc sống (QALY) cũng như lợi ích chi phí sẽ được phân tích sâu hơn

3. Kết quả về các chi phí y tế trực tiếp

Kết quả về các chi phí y tế trực tiếp của hai nhóm sau khi ra viện được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3. Kết quả về chi phí y tế trực tiếp của hai nhóm.

<i>Chi phí (VNĐ)</i>	<i>CRP (n = 510); TB (SD)</i>	<i>Non-CRP (n = 255); TB (SD)</i>	<i>p</i>
Kháng sinh ban đầu	135.925,4 (124.614,01)	170.762,36 (199.565,9)	0,026
X-quang	58.309,22 (77.832,3)	48.295,3 (68.077,2)	0,002
Xét nghiệm	164.766,65 (146.674,3)	156.250,59 (614330,3)	0,00
Tổng tiền thuốc	249.254,5 (183518,7)	303.068,3 (293695,4)	0,04
VTYT	98.901,6 (98.387,7)	108.067,5 (164.294,2)	0,98
Khác	1.361.606,4 (1162708,9)	1.319.465,8 (1035911,2)	0,5
<i>Tổng cộng:</i>	<i>1.932.838,34 (1.353.611,5)</i>	<i>1.935.147,4 (1684059,1)</i>	<i>0,18</i>

Các bệnh nhân ở nhóm có xét nghiệm CRP đều có cận lâm sàng như: X-quang, xét nghiệm và chi phí khác cao hơn có ý nghĩa thống kê, nhưng tổng chi phí ra viện lại thấp hơn nhóm Non-CRP. Có thể nói rằng chi phí cho cận lâm sàng càng cao sẽ làm giảm chi phí sử dụng thuốc có sự khác biệt với $p=0,04$, đặc biệt là giảm kê đơn kháng sinh ban đầu ($p=0,026$); điều này làm giảm đề kháng kháng sinh (AMR) trong môi trường bệnh viện cũng như cộng đồng.

4. Mô hình chi phí lợi ích ròng khi có xét nghiệm CRP

Giá trị ACER của nhóm có xét nghiệm CRP là 194.431 VNĐ, thấp hơn giá trị ACER của nhóm Non-CRP (195.036 VNĐ). Do đó, nhóm có xét nghiệm CRP có thể được coi là có giá trị tỷ lệ hiệu quả chi phí (C/E) thấp hơn so với nhóm Non-CRP. Giá trị thu được từ hai nhóm điều trị có kết quả là chi phí càng thấp, hiệu quả càng cao thì tỷ lệ C/E càng thấp sẽ có hiệu quả hơn.

Bảng 4. Kết quả chi phí lợi ích của xét nghiệm CRP

<i>Chi phí – lợi ích (VNĐ)</i>	<i>CRP (n=510)</i>	<i>Non- CRP (n=255)</i>
Chi phí (C)	1.932.838,34	1.935.147,4
Hiệu quả (E)	99,41	99,22
ACER (C/E)	194.431	195.036
Tỷ lệ kê đơn KS ban đầu (pAB)	96,5	99,2
Giá Test CRP (Ct)	53.600	0
$NMB_{crp} = \Delta pAB * cAMR^{(*)} - (\Delta DC + Ct)$	201.689,84	

(*) $cAMR = 4,1\$ * 23.270 VNĐ = 95.407$ đồng (5/8/2020-NHNT).

Kết quả tính toán trong bảng 4 cho thấy mô hình lợi ích ròng (tiền tệ) của xét nghiệm CRP thu được là dương (201.600 đồng). Có thể nói rằng xét nghiệm CRP sẽ có lợi ích chi phí trong việc quyết định kê đơn cũng như quản lý AMR trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp dưới ở trẻ em tại bệnh viện.

IV. BÀN LUẬN

Trong phân tích này, có lẽ không ngạc nhiên với các xét nghiệm CRP có nhiều khả năng được dùng cho bệnh nhi dưới 5 tuổi, điều này cũng phù hợp với thực tiễn lâm sàng tại bệnh viện. Nghiên cứu cũng cho thấy rằng những bệnh nhân LRTI đã được thực hiện xét nghiệm CRP trong điều trị LRTI có các chi phí xét nghiệm cao hơn, xác suất kê đơn thuốc kháng sinh thấp hơn nhưng kết quả điều trị cao hơn không đáng kể. Tuy, những kết quả này không khác biệt có ý nghĩa thống kê và do đó trực giác có thể kết luận rằng xét nghiệm CRP chưa cho hiệu quả hơn. Nhưng, trong mô hình hiện tại, việc phân tích phải đối mặt với một nghiên cứu không

được chấp nhận cho sự tương đương nên cần tiến hành phân tích chi phí-hiệu quả trong mọi trường hợp vì vậy cần phải tập trung vào việc ước tính chi phí và lợi ích.

Kết quả phân tích chỉ ra rằng xét nghiệm CRP có liên quan đến việc giảm kê đơn kháng sinh với chi phí 34.837 đồng và chi phí quản lý AMR là 95.407 đồng cho mỗi đợt điều trị kháng sinh, đồng thời chi phí lợi ích ròng khi có xét nghiệm CRP có lợi ích về chi phí là 201.689 đồng. Tạp chí Wellcome Trust AMR đánh giá rằng vào năm 2050, thiệt hại kinh tế toàn cầu do AMR có thể tích lũy tới 124 nghìn tỷ \$ [17]. Vì vậy, ai nên được tài trợ can thiệp để giảm thiểu sự lây lan của AMR là một câu hỏi đầy thách thức. Tạp chí AMR đã nhấn mạnh một cách thích hợp sự cần thiết của một cơ chế tài trợ toàn cầu, tương tự như Quỹ toàn cầu về AIDS, Lao và Sốt rét, dành riêng cho việc phát triển và mở rộng quy mô chẩn đoán và các can thiệp khác giúp giảm thiểu một cách an toàn tiêu thụ kháng sinh.

Nghiên cứu đã thu thập các dữ liệu chi phí y tế và phi y tế liên quan đến việc quản lý bệnh nhân vào ngày ra viện, đã chứng minh được xét nghiệm CRP có thể giảm chi phí và kê đơn thuốc kháng sinh một cách an toàn và hợp lý. Trong phân tích này được hưởng lợi từ dữ liệu chi phí chính chi tiết từ một thử nghiệm lâm sàng lớn ở Việt Nam đánh giá can thiệp để giải quyết nhu cầu cấp thiết về việc giảm an toàn trong kê đơn thuốc kháng sinh trong chăm sóc sức khỏe ban đầu. Theo hiểu biết của chúng tôi, đây là những dữ liệu duy nhất như vậy có được từ các nước thu nhập thấp và trung bình (LMIC), việc sử dụng các chi phí kinh tế của AMR được chuyển sang phân tích lợi ích chi phí của CRP cũng thể hiện sự tiến bộ trong khả năng của chúng tôi trong việc thực hiện các đánh giá kinh tế đối với AMR. Tuy vậy, nghiên cứu còn nhiều hạn chế như phân tích chưa đề cập đến chi phí của nhóm bệnh nhân có xét nghiệm CRP đã xuất viện sớm hơn 0,03 ngày hay tương ứng 43 phút cho mỗi lần đạt chất lượng cuộc sống (QALY). Thước đo chính về hiệu quả trong thử nghiệm là tỷ lệ đơn thuốc kháng sinh còn quá cao và hiệu quả điều trị chưa có sự khác biệt. Ngoài ra, việc điều chỉnh chi phí AMR được tính toán trong bối cảnh Thái Lan với bối cảnh Việt Nam cũng cho rằng Việt Nam và Thái Lan có hồ sơ dịch tễ học tương tự về tỷ lệ nhiễm trùng, kháng thuốc có thể không xảy ra. Cùng với việc trước khi xét nghiệm CRP có nên kê đơn kháng sinh hay không, cũng có thể ảnh hưởng đến việc kê đơn về mặt lựa chọn kháng sinh và thời gian điều trị, có liên quan đến chi phí, kết quả sức khỏe và AMR; vì không có bằng chứng về điều này xảy ra trong nghiên cứu nên các vấn đề này không được đưa vào phân tích. Ngoài tác động lên AMR là các chi phí có thể khác và các tác động sức khỏe liên quan đến xét nghiệm CRP không được tính đến. *Thứ nhất*, phản ứng bất lợi xảy ra trong một tỷ lệ nhỏ các nhóm kháng sinh, nhưng tần suất sử dụng kháng sinh khiến chúng chiếm khoảng một phần tư của tất cả các tác dụng phụ được ghi nhận tại bệnh viện [9,28]; một nghiên cứu về các phản ứng có hại của thuốc trong các lần khám tại khoa cấp cứu cho thấy kháng sinh có liên quan đến 1/5 trường hợp [29]. *Thứ hai*, trong khi sử dụng quá mức kháng sinh trong LMIC để điều trị nhiễm trùng đường hô hấp nếu bị hạn chế sử dụng kháng sinh sẽ gây ra tỷ lệ mắc bệnh và tử vong rất lớn [16,19]. Do đó, xét nghiệm CRP có thể có tác động trực tiếp đến kết quả sức khỏe, thông qua việc xác định bệnh nhân cần điều trị bằng kháng sinh hay không đây là một thách thức trong tất cả các cơ sở y tế [17].

Trong phân tích này cho thấy rằng chỉ định xét nghiệm CRP trong bối cảnh hiện tại của bệnh viện, đã có lợi về chi phí, cung cấp sự tuân thủ kết quả của xét nghiệm trong việc quyết định sử dụng kháng sinh là phù hợp. Một số xét nghiệm sinh học và CRP để đánh giá ARI trong chăm sóc ban đầu đã được chứng minh là có khả năng cao trong việc phân biệt giữa nhiễm virus và vi khuẩn trong khoảng 85-95% độ nhạy và độ đặc hiệu 50-75% [13,18,26]. Một phân tích tổng hợp các thử nghiệm lâm sàng đã kết luận rằng xét nghiệm CRP có thể giảm kê đơn kháng sinh một cách an toàn và hợp lý [2]. Tuy nhiên, như được chỉ ra bởi các kết quả nghiên cứu và phân tích lợi ích chi phí này, việc tuân thủ xét nghiệm cao là rất quan trọng để đảm bảo tác động đối với hiệu quả chi phí của xét nghiệm CRP. Để đạt được điều này, việc giới thiệu các xét nghiệm CRP có thể được tích hợp vào một chiến dịch y tế công cộng rộng lớn hơn bao gồm đào tạo nhân viên y tế và tư vấn cho cả bệnh nhân; nhằm tối đa hóa lợi ích biện pháp can thiệp của CRP và đạt được sự thay đổi hành vi từ việc sử dụng kháng sinh rộng rãi ở trẻ em [25]. Các test xét nghiệm CRP có sẵn trên thị trường và có thể được thực hiện trong chăm sóc chính bằng cách

sử dụng mẫu máu mao mạch, với kết quả có sẵn trong vòng vài phút [3,23]; cách tiếp cận này đã được thực hiện ở một số quốc gia có thu nhập cao như Na Uy, Thụy Điển [11] cũng như được khuyến nghị bởi Public Health England và NICE [4]. Ở LMIC và đặc biệt ở châu Á, chưa được thực hiện thường xuyên và việc phân phối kháng sinh thường không được kiểm soát hoặc kê đơn được thực thi kém dẫn đến mức độ kháng thuốc cao và tăng [12,14,21,24]. Nếu được triển khai trong chăm sóc định kỳ, điều này cần được bổ sung bằng cách đào tạo liên tục cho nhân viên y tế và tư vấn cho bệnh nhân để đảm bảo tuân thủ tốt hơn các xét nghiệm, nhằm cải thiện sự tuân thủ kết quả xét nghiệm CRP có thể có hiệu quả về chi phí.

V.Kết luận: Với mức độ tuân thủ kê đơn kháng sinh ban đầu thấp đối với kết quả xét nghiệm CRP, nhưng xét nghiệm CRP sẽ vẫn có lợi ích về chi phí cũng như quản lý AMR, trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp dưới ở trẻ em.

Kiến nghị: Với xét nghiệm chi phí thấp sẵn có và được chứng minh, việc triển khai quy mô lớn các xét nghiệm CRP là khả thi trong toàn bệnh viện, trước khi quyết định sử dụng kháng sinh ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arnold SR, To T, McIsaac WJ, Wang EE. Antibiotic prescribing for upper respiratory tract infection: the importance of diagnostic uncertainty. *J Pediatr*. 2005;146(2):222–226. doi: 10.1016/j.jpeds.2004.09.020.
2. Aabenhus R, Jensen JU, Jorgensen KJ, Hrobjartsson A, Bjerrum L. Biomarkers as point-of-care tests to guide prescription of antibiotics in patients with acute respiratory infections in primary care. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2014;11:CD010130.
3. Brouwer N, van Pelt J. Validation and evaluation of eight commercially available point of care CRP methods. *Clin Chim Acta*. 2014.
4. Cooke J, Butler C, Hopstaken R, Dryden MS, McNulty C, Hurding S, et al. Narrative review of primary care point-of-care testing (POCT) and antibacterial use in respiratory tract infection (RTI) *BMJ open respiratory research*. 2015;2(1):e000086. doi: 10.1136/bmjresp-2015-000086.
5. Chalker J. Improving antibiotic prescribing in Hai Phong Province, Viet Nam: the "antibiotic-dose" indicator. *Bull World Health Organ*. 2001;79(4):313–320.
6. Chandler CI, Nadjm B, Boniface G, Juma K, Reyburn H, Whitty CJ. Assessment of children for acute respiratory infections in hospital outpatients in Tanzania: what drives good practice? *Am J Trop Med Hyg*. 2008;79(6):925–932. doi: 10.4269/ajtmh.2008.79.925.
7. Do AH, van Doorn HR, Nghiem MN, Bryant JE, Hoang TH, Do QH, et al. Viral etiologies of acute respiratory infections among hospitalized Vietnamese children in Ho Chi Minh City, 2004–2008. *PLoS One*. 2011;6(3):e18176. doi: 10.1371/journal.pone.0018176.
8. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M, Group EP Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet*. 2005;365(9459):579–587.
9. Granowitz EVBR. Antibiotic adverse reactions and drug interactions. *Crit Care Clin*. 2008;24(2):421–442. doi: 10.1016/j.ccc.2007.12.011.
10. Holmes AH, Moore LS, Sundsfjord A, Steinbakk M, Regmi S, Karkey A, et al. Understanding the mechanisms and drivers of antimicrobial resistance. *Lancet*. 2016;387(10014):176–187.
11. Jakobsen KA, Melbye H, Kelly MJ, Ceynowa C, Molstad S, Hood K, et al. Influence of CRP testing and clinical findings on antibiotic prescribing in adults presenting with acute cough in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28(4):229–236. doi: 10.3109/02813432.2010.506995.
12. Kang CI, Song JH. Antimicrobial resistance in Asia: current epidemiology and clinical implications. *Infection & chemotherapy*. 2013;45(1):22–31. doi: 10.3947/ic.2013.45.1.22.
13. Lubell Y BS, Dunachie S, Tanganuchitcharnchai A, Watthanaworawit W, Paris D, Mayxay M, Peto TJ, Dondorp A, White NJ, et al. Performance of C-reactive protein and Procalcitonin to distinguish viral from bacterial and malarial causes of fever in Southeast Asia.
14. Laxminarayan R, Van Boeckel TP. The value of tracking antibiotic consumption. *Lancet Infect Dis*. 2014;14(5):360–361. doi: 10.1016/S1473-3099(14)70701-7.

15. Larsson M, Falkenberg T, Dardashti A, Ekman T, Tornquist S, Kim Chuc NT, et al. Overprescribing of antibiotics to children in rural Vietnam. *Scand J Infect Dis*. 2005;37(6–7):442–448.
16. Laxminarayan R, Matsoso P, Pant S, Brower C, Rottingen JA, Klugman K, et al. Access to effective antimicrobials: a worldwide challenge. *Lancet*. 2015.
17. Lubell Y, Althaus T, Blacksell SD, Paris DH, Mayxay M, Pan-Ngum W, et al. Modelling the impact and cost-effectiveness of biomarker tests as compared with pathogen-specific diagnostics in the Management of Undifferentiated Fever in remote tropical settings. *PLoS One*. 2016;11(3):e0152420.
18. Minnaard MC, van de Pol AC, de Groot JA, De Wit NJ, Hopstaken RM, van Delft S, et al. The added diagnostic value of five different C-reactive protein point-of-care test devices in detecting pneumonia in primary care: a nested case-control study. *Scand J Clin Lab Invest*. 2015;75(4):291–295.
19. Mendelson M, Røttingen J-A, Gopinathan U, Hamer DH, Wertheim H, Basnyat B, et al. Maximising access to achieve appropriate human antimicrobial use in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2016;387(10014):188–198.
20. Nga DTT NT, Ninh Tran, Hung TM, Bich VTN, Long HB, et al. Point-of-care C-reactive protein testing to reduce inappropriate use of antibiotics for acute respiratory infections in adults and children in the Vietnamese primary health care setting: a multi-Centre randomised controlled trial. *Lancet Glob Health* 2016;4(9):e633-ee41
21. Van Boeckel TP, Gandra S, Ashok A, Caudron Q, Grenfell BT, Levin SA, et al. Global antibiotic consumption 2000 to 2010: an analysis of national pharmaceutical sales data. *Lancet Infect Dis*. 2014;14(8):742–750. doi: 10.1016/S1473-3099(14)70780-7
22. NT Dang. Cost-effective analysis of cefotaxime and ceftriaxone in the treatment of pneumonia in children from 2 months to under 5 years old. An Giang hospital of obstetrics, Gynecology and Pediatric. Proceedings of science and technology conference 2019.
23. Phommasone K, Althaus T, Souvanthong P, Phakhounthong K, Soyvienvong L, Malapheth P, et al. Accuracy of commercially available c-reactive protein rapid tests in the context of undifferentiated fevers in rural Laos. *BMC Infect Dis*. 2016;16:61. doi: 10.1186/s12879-016-1360-2.
24. Phu VD, Wertheim HF, Larsson M, Nadjm B, Dinh QD, Nilsson LE, et al. Burden of hospital acquired infections and antimicrobial use in Vietnamese adult intensive care units. *PLoS One*. 2016;11(1):e0147544. doi: 10.1371/journal.pone.0147544.
25. Rune Aabenhus J-USJ. Biomarker-guided antibiotic use in primary care in resource-constrained environments. *Lancet Glob Health*. 2016. [PubMed]
26. Srugo Isaac, Klein Adi, Stein Michal, Golan-Shany Orit, Kerem Nogah, Chistyakov Irina, Genizi Jacob, Glazer Oded, Yaniv Liat, German Alina, Miron Dan, Shachor-Meyouhas Yael, Bamberger Ellen, Oved Kfir, Gottlieb Tanya M., Navon Roy, Paz Meital, Etshtein Liat, Boico Olga, Kronenfeld Gali, Eden Eran, Cohen Robert, Chappuy Helène, Angoulvant François, Lacroix Laurence, Gervais Alain. Validation of a Novel Assay to Distinguish Bacterial and Viral Infections. *Pediatrics*. 2017;140(4):e20163453.
27. Shallcross LJ, Davies DSC. Antibiotic overuse: a key driver of antimicrobial resistance. *Br J Gen Pract*. 2014;64(629):604–605. doi: 10.3399/bjgp14X682561.
28. Stavreva G, DP A, Pandurska R. Marev. Detection of adverse drug reactions to antimicrobial drugs in hospitalized patients. *Trakia Journal of Sciences*. 2008;6:7–9.
29. Shehab N, Patel PR, Srinivasan A, Budnitz DS. Emergency department visits for antibiotic-associated adverse events. *Clin Infect Dis*. 2008;47(6):735–743.
30. Shrestha P, Cooper BS, Coast J, Oppong R, Thuy NDT, Phodha T, et al. Enumerating the economic cost of antimicrobial resistance per antibiotic consumed to inform the evaluation of interventions affecting their use. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2018;7(1):98.

**TIỀN TRÌNH TRIỂN KHAI
BỆNH ÁN ĐIỆN TỬ TIẾN ĐẾN BỆNH VIỆN THÔNG MINH
TẠI BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG**

Lữ Văn Trạng, Nguyễn Tấn Huy

I. Mục đích triển khai bệnh án điện tử (EMR)

Bệnh án điện tử (EMR) chính là chiếc chìa khóa để quản lý thông tin khám chữa bệnh và góp phần nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh:

1. Cải tiến quản lý hồ sơ bệnh án (HSBA), cải cách thủ tục hành chính, giảm phiền hà và nâng cao chất lượng dịch vụ;
2. Đảm bảo việc ghi chép, in ấn HSBA được thực hiện hoàn chỉnh, nhanh chóng, sạch sẽ, đầy đủ theo đúng quy định Bộ Y tế;
3. Hỗ trợ đội ngũ y bác sỹ trong chẩn đoán và điều trị chính xác, hiệu quả, nâng cao chất lượng phục vụ NB, tạo dựng hình ảnh bệnh viện chuyên nghiệp;
4. Là nền tảng vững chắc, là tiền đề để giải quyết các bài toán lớn về ứng dụng và phát triển y tế thông minh, bao gồm:
 - + Bệnh viện thông minh;
 - + Chăm sóc sức khỏe thông minh;
 - + Quản trị hệ thống y tế thông minh = Y tế điện tử + Công nghệ thông minh;
 - + Kiểm soát thanh quyết toán BHYT;
 - + Phân tích tài chính đơn vị.

II. Tiêu chuẩn lựa chọn phần mềm triển khai EMR

1. Đáp ứng tất cả các báo cáo chuyên ngành;
2. Liên kết với cổng giám định BHYT;
3. Trả kết quả 2 chiều LIS/PACS;
4. Giao diện dễ sử dụng;
5. Hệ thống mở, nâng cấp chỉnh sửa theo yêu cầu bệnh viện;

III. Thuận lợi trong việc triển khai EMR tại đơn vị

1. Lãnh đạo bệnh viện quan tâm, chỉ đạo liên tục và quyết tâm thực hiện;
2. Lãnh đạo các khoa - phòng hưởng ứng và chỉ đạo nhân viên thực hiện theo lộ trình;
3. Xây dựng kế hoạch cụ thể, rõ ràng theo từng giai đoạn phát triển công nghệ thông tin trong bệnh viện, bám sát theo các yêu cầu của Thông tư 46/2018/TT-BYT và Thông tư 54/2017/TT-BYT. Xác định được các tiêu chí cần ưu tiên, trọng tâm, định hướng đúng theo từng giai đoạn phát triển công nghệ thông tin.
4. Đội ngũ kỹ sư công nghệ thông tin có kiến thức sâu và tương tác tốt với nhân viên y tế;
5. Tham quan, học hỏi các mô hình bệnh án điện tử từ các vùng miền, tham gia hầu hết các hội thảo phát triển y tế thông minh;

IV. Khó khăn khi triển khai EMR

- **Vấn đề liên quan đến chi phí:** Hệ thống EMR đòi hỏi kinh phí đầu tư ban đầu cao, bao gồm chi phí thiết lập, chi phí bổ sung phần cứng và chi phí bảo trì...

- **Vấn đề liên quan đến công nghệ:**

- Các quyết định, qui định, thông tư hướng dẫn từ BHYT, BHXH thay đổi liên tục đòi hỏi công nghệ hỗ trợ phải đáp ứng ngay và cảnh báo kịp thời cho cán bộ chuyên môn khám chữa bệnh.

- Nhận dạng giọng nói (theo Thông tư 54/2017/TT-BYT) khi triển khai thực tế gặp nhiều khó khăn. Khó khăn cơ bản của nhận dạng tiếng nói đó là tiếng nói luôn biến thiên theo thời gian và có sự khác biệt lớn giữa tiếng nói của những người nói khác nhau, tốc độ nói, ngữ cảnh và môi trường âm học khác nhau. Xác định những thông tin biến thiên nào của tiếng nói là có ích và những thông tin nào là không có ích đối với nhận dạng tiếng nói là rất quan trọng. Đây là một nhiệm vụ rất khó khăn mà ngay cả với các kỹ thuật xác suất thống kê mạnh cũng khó khăn trong việc tổng quát hoá từ các mẫu tiếng nói những biến thiên quan trọng cần thiết trong nhận dạng tiếng nói.

- **Vấn đề liên quan đến con người:** Thiếu người dùng có kỹ năng sử dụng hệ thống và khai thác các tính năng của phần mềm để đưa ra các yêu cầu đáp ứng chuyên môn.

- **Vấn đề pháp lý:** Thời gian đầu triển khai chưa có văn bản hướng dẫn của Bộ Y tế; chứng nhận về bảo mật, an toàn thông tin và quyền riêng tư cũng là rào cản cho triển khai EMR

V. Kinh nghiệm giải quyết các khó khăn trong việc triển khai bệnh án điện tử:

1. Vấn đề liên quan đến chi phí: Xác định đầu tư cho CNTT là đầu tư cho tương lai, giúp tiết kiệm chi phí và thời gian, hỗ trợ tối đa cho việc quản trị bệnh viện.

2. Vấn đề liên quan đến công nghệ

- Xây dựng đội ngũ công nghệ thông tin chất lượng
- Thuê các lập trình viên phối hợp cùng công ty phần mềm cùng nhau phát triển các chức năng mới, yêu cầu mới.

3. Vấn đề liên quan đến con người

- Mở các lớp tập huấn về kỹ năng sử dụng máy tính, thường xuyên tập huấn cho nhân viên y tế các tính năng và modul mới.
- Nhân viên phụ trách công nghệ thông tin thường xuyên phối hợp và tương tác với người dùng ở các khoa phòng để lấy yêu cầu nhằm nâng cấp, chỉnh sửa, cập nhật dần hoàn thiện hệ thống. Chọn lọc, sắp xếp, và đánh giá thứ tự ưu tiên nhằm xử lý các yêu cầu từ người dùng một cách logic và khoa học.
- Luôn luôn đổi mới và hoàn thiện hệ thống lấy người dùng tại các khoa phòng làm nền tảng để cải tiến và phát triển công nghệ thông tin.
- Nhân viên phụ trách công nghệ thông tin hỗ trợ xuyên suốt 24/24.

4. Vấn đề pháp lý

- **Về phía Bộ Y tế:** thông tư 54/2017/TT-BYT ban hành bộ tiêu chí ứng dụng công nghệ thông tin tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; Thông tư 46/2018/TT-BYT quy định hồ sơ bệnh án điện tử...
- **Về phía đơn vị thực hiện:** Nhận thêm nhân viên ngành luật hỗ trợ pháp lý, triển khai thông tư, văn bản, xây dựng quy chế bảo mật thông tin và quyền riêng tư, quy chế sử dụng chữ ký số, quy định chỉnh sửa hồ sơ bệnh án điện tử, Xây dựng quy định backup định kỳ...

VI. Một số kết quả đạt được

Từ sự chỉ đạo sát sao của Ban Giám đốc bệnh viện cùng sự cố gắng của toàn thể nhân viên bệnh viện, đạt được kết quả như sau:

- Cải tiến chất lượng, cải cách thủ tục hành chính, giúp đội ngũ y, bác sỹ phát triển chuyên môn, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, tiến đến hài lòng người bệnh thông qua những ứng dụng thực tế bằng công nghệ thông tin được thực hiện trong bệnh viện: Ứng dụng

thẻ khám chữa bệnh thông minh; Kios thông minh giảm thời gian chờ của bệnh nhân, Giao ban điện tử; Lập lịch mổ điện tử; Lập lịch trực 04 cấp điện tử; Đăng ký khám bệnh online; Thanh toán viện phí không dùng tiền mặt, và đặc biệt sử dụng chữ ký điện tử, định vân danh tay cho người bệnh và thân nhân người bệnh trong khám điều trị v.v....

- 100% nhân viên thao tác tốt trên phần mềm
- Số hóa 100% tất cả các biểu mẫu được quy định trong HSBA theo đúng yêu cầu của Thông tư 46/2018/TT-BYT.
- Hạ tầng hệ thống và lưu trữ đáp ứng mức nâng cao theo Thông tư 54/2017/TT-BYT.
- Mở rộng và phát triển hoàn thiện các phân hệ (modul) nhằm phục vụ tốt công tác quản lý điều hành, trong công tác điều trị và chăm sóc bệnh nhân

⇒ **Hội đồng thẩm định thực hiện EMR tại bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang gồm: Cục trưởng - Cục Công nghệ thông tin - Bộ Y tế làm chủ tịch hội đồng cùng với các thành viên khác như BGD Sở Y tế An Giang và BGD BHXH Tỉnh An Giang...đã thống nhất cho đơn vị chính thức triển khai bệnh án điện tử kể từ tháng 10/2019**

VII. Kết luận:

1. Quá trình thực hiện bệnh án điện tử tại Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang đạt được kết quả như sau:

- Hồ sơ bệnh án điện tử tại đơn vị tuân thủ các quy định về tiêu chuẩn công nghệ thông tin y tế và danh mục dùng chung trong hồ sơ bệnh án điện tử theo quy định của Thông tư 46/2018/TT-BYT, 54/2017/TT-BYT và các quy định có liên quan của Bộ Y tế: Thông tư 41/2017/TT-BTTTT của Bộ Thông tin và Truyền thông; v.v...

- Bên cạnh đó, phần mềm tại bệnh viện bảo đảm khả năng kiểm soát truy cập của người dùng (nhân viên công nghệ thông tin và nhân viên y tế) tại bất kỳ thời điểm nào (bảo đảm khả năng xác thực người dùng và cấp quyền cho người dùng; bảo đảm quyền riêng tư, bảo mật và kiểm tra truy vết); Có khả năng kết xuất bản điện tử theo tập tin định dạng xml (gồm: tóm tắt hồ sơ; thông tin trong quản lý, giám định và thanh toán chi phí khám, chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế, thông tin hồ sơ sức khỏe cá nhân); có khả năng hiển thị trên màn hình máy tính hoặc các thiết bị điện tử khác theo mẫu hồ sơ bệnh án; có khả năng kết xuất ra máy in theo mẫu hồ sơ bệnh án trong trường hợp cần thiết.

- Mang đến nhiều lợi ích, như: hạn chế một số thủ tục hành chính trong ngành y tế; tiết kiệm chi phí mua sổ khám bệnh cho người dân; giúp người bệnh không phải lưu trữ giấy tờ khi đi KCB, không sợ làm mất kết quả xét nghiệm, có thể tự quản lý thông tin sức khỏe liên tục, suốt đời của mình.

- Đem lại nhiều lợi ích cho người bệnh, giảm một số thủ tục hành chính trong ngành y tế, giảm thời gian chờ đợi với người bệnh, và hỗ trợ cơ quan bảo hiểm giám định bảo hiểm y tế bằng điện tử nhanh chóng, tiện lợi, chính xác, rõ ràng và minh bạch không cần phải xem thủ công từng hồ sơ bệnh án.

- Giúp lãnh đạo bệnh viện có thể điều hành, điều phối hoạt động bệnh viện ngay cả khi đang đi công tác.

2. Yếu tố tiên quyết để triển khai thành công:

- Ban Giám đốc bệnh viện đồng tình ủng hộ và tâm huyết triển khai thực hiện, tháo gỡ khó khăn, vướng mắc trong suốt quá trình vận hành và phát triển công nghệ thông tin tại bệnh viện.

- Xây dựng kế hoạch cụ thể, rõ ràng theo từng giai đoạn phát triển công nghệ thông tin trong bệnh viện, bám sát theo các yêu cầu của Thông tư 46/2018/TT-BYT và Thông tư 54/2017/TT-BYT. Xác định được các tiêu chí cần ưu tiên, trọng tâm, định hướng đúng theo từng giai đoạn phát triển công nghệ thông tin.

- Một bộ phận nhỏ cán bộ làm lĩnh vực công nghệ thông tin luôn đầy nhiệt huyết, năng động, sáng tạo, luôn hỗ trợ, bám sát và theo dõi người dùng để lấy yêu cầu trong suốt quá trình triển khai. Thực hiện phương châm lấy “người dùng” làm gốc để làm nền tảng phát triển hệ thống mở.

- Đầu tư phân cứng, hạ tầng công nghệ thông tin song song với phát triển các phân hệ của phần mềm. Hệ thống thường xuyên, nâng cấp, chỉnh sửa theo nhu cầu thực tế nhằm tối ưu hóa quy trình của người dùng khi vận hành hệ thống.

3. Khả năng triển khai:

- Tiến tới hoàn thiện bệnh viện thông minh, tất cả các thông tin dữ liệu khám chữa bệnh đều được lưu trữ trên hệ thống SAN, từng bước hoàn thiện y tế số theo lộ trình và kế hoạch của Bộ Y tế, không còn phải sử dụng hồ sơ giấy.

- Người bệnh, thân nhân người bệnh có thể xem đầy đủ các thông tin thông qua ứng dụng web, hoặc smartphone (dành cho di động): thông tin hồ sơ bệnh án, kết quả cận lâm sàng, lịch sử khám chữa bệnh v.v..