

GIÁ TRỊ CỦA MRI TRONG NHỒI MÁU NÃO CẤP TRƯỚC 4.5 GIỜ

Mai Nhật Quang, Nguyễn Hương Bả,

Lê Phúc An, Trần Thanh Phong

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Tai biến mạch máu não hay đột quỵ là bệnh lý thường gặp, chiếm khoảng 50% trong tổng số các bệnh thần kinh. Cộng hưởng từ giúp cho việc nới rộng cửa sổ điều trị trong một số trường hợp từ 3h lên tới 6h giúp cho tỷ lệ bệnh nhân được điều trị đặc hiệu tăng lên đáng kể.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: Nghiên cứu tiền cứu cắt ngang mô tả trên 32 bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa thần kinh từ 1/8/2017 đến 31/3/2018.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU: Hầu hết bệnh nhân tắc động mạch não giữa chiếm 74.4%, 6,25% tắc động mạch não sau. Các yếu tố nguy cơ chủ yếu là tăng huyết áp, bệnh tim và đái tháo đường type2.

KẾT LUẬN: MRI có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán nhồi máu não cấp.

ABSTRACT: THE VALUE OF MRI IN ACUTE ISCHEMIC STROKE BEFORE 4.5 HOURS.

OBJECTIVES: MRI role in indicated to local acute ischemic stroke before 4.5 hours.

METHODS: Retrospective, cross-sectional descriptive study. Studying 32 patients admitted and diagnosed.

RESULTS: We had 32 patients admitted and diagnosed acute ischemic stroke before 4.5 hours. We regconized that most of lesions are in the Middle Cerebral Artery (74.4%), 6.25% of posterior Cerebellar Artery. Major risk factors were: Hypertention 56.3%, heart diseases 12.5%, diabetes 12.5%.

CONCLUSION: MRI has key role in diagnosing acute ischemic stroke.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) hay đột quỵ là bệnh lý thường gặp, chiếm khoảng 50% trong tổng số các bệnh thần kinh [9]. Tỷ lệ TBMMN tùy thuộc từng nước, từng dân tộc, từng lứa tuổi, giới nam hay giới nữ. Ở các nước phương tây số trường hợp TBMMN trên 100.000 dân thay đổi từ 20–184 người. Ở các nước Châu Á, tỉ lệ này rất cao, chiếm khoảng 287- 1.642 người trên 100.000 dân [9]. Cộng hưởng từ giúp cho việc nói rộng cửa sổ điều trị trong một số trường hợp từ 3h lên tới 6h giúp cho tỷ lệ bệnh nhân được điều trị đặc hiệu tăng lên đáng kể. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu ứng dụng MRI sọ não trong nhồi máu não cấp ở thời điểm <4.5 giờ tại bệnh viện đa khoa trung tâm tỉnh An Giang.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Những bệnh nhân nhồi máu não cấp đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm các tiêu chuẩn loại trừ.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

Giá trị MRI trong định khu tổn thương nhồi máu não giai đoạn cấp trước 4.5 giờ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Các bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não cấp (<4.5 giờ) nhập viện tại bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang hoặc nhồi máu não cấp khi đang điều trị tại bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang. Chẩn đoán nhồi máu não cấp được dựa vào các triệu chứng lâm sàng thiếu sót về thần kinh rõ ràng, được đánh giá qua thang điểm NIHSS (phụ lục 1) và loại trừ chảy máu não trên CT đầu.

Tuổi của bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

Tất cả bệnh nhân đều được chụp CT đầu tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang, nếu kết quả CT đầu không phát hiện tổn thương trên CT nhưng lâm sàng có bệnh cảnh nhồi máu não cấp chúng tôi tiến hành chụp MRI sọ

não. Các bệnh nhân này được điều trị, theo dõi tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang cho đến lúc ra viện.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân thiếu máu não thoáng qua.

Bệnh nhân XHN do chấn thương.

Bệnh nhân XHN trong bệnh cảnh u não.

Bệnh nhân XHDN.

Bệnh nhân có chống chỉ định tuyệt đối chụp CHT (có cấy ghép các thiết bị điện tử như máy tạo nhịp, máy khử rung, cấy ghép máy bơm insulin tự động, kẹp phẫu thuật nội sọ, trong hốc mắt...).

BN quá nặng bắt buộc phải có các thiết bị hồi sức cạnh người

Không biết chính xác thời gian khởi bệnh

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu

Cỡ mẫu:

$$n = \frac{\{Z_{2\alpha} \sqrt{2pq} + Z_{2\beta} \sqrt{p_1q_1 + p_2q_2}\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu cần nghiên cứu; $\alpha=0.05$ thì $Z_{2\alpha}=1.96$; $\beta=0.20$ thì $Z_{2\beta}=1.04$; $p_1=0.5$ và $q_1=1-p_1=0.5$; $p_2=0.85$ và $q_2=1-p_2=0.15$; $p=(p_1+p_2)/2=0.675$, $q=1-p=0.325$

thay vào công thức trên ta tính được cỡ mẫu $n= 31$

Thu thập số liệu

Phương pháp thu thập số liệu

Hình thức thu thập số liệu là khai thác bệnh sử, tiền sử, thăm khám, ghi nhận kết quả xét nghiệm: huyết học, sinh hóa và chẩn đoán hình ảnh học như: điện tim, chụp cắt lớp vi tính não.

Các biến gồm: giới, dân tộc, tăng huyết áp, đái tháo đường, tăng lipid máu, hút thuốc, uống rượu, hoạt động thể lực và các biến định lượng gồm tuổi, điểm Glasgow, ngày nằm viện, đường huyết lúc nhập viện, HA lúc nhập viện và nhiệt độ lúc nhập viện.

Nơi cư trú: thành thị và nông thôn.

Dân tộc: kinh, khác.

Tiền căn TBMMN được chẩn đoán dựa vào hỏi bệnh nhân hoặc người nhà

Biến số về dân số học: tuổi, giới, dân tộc, nơi cư trú và nghề nghiệp.

THA: Huyết áp bệnh nhân được đo trong tư thế ngồi hoặc nằm, tăng HA xác định khi tiền sử HA tâm thu trên 140 mmHg và hoặc tâm trương trên 90 mmHg ghi nhận 2 lần độc lập trước đột quỵ hay đã dùng thuốc hạ huyết áp.

ĐTĐ: đã được chẩn đoán từ trước đang dùng insulin tiêm hay thuốc viên uống hàng ngày, hoặc ĐH lúc đói là $\geq 126\text{mg/dl}$ ($6,99\text{mmol/L}$) (sau 8 giờ không ăn), hoặc đường huyết bất kỳ $\geq 200\text{ mg/dl}$ ($11,1\text{mmol/L}$) kết hợp triệu chứng tăng đường huyết.

Bệnh tim: được chẩn đoán bằng lâm sàng, điện tim hay siêu âm tim. Gồm các bệnh lý: van tim, rung nhĩ, dày thất trái, bệnh mạch vành (NMCT, TMCTCB).

Bất thường lipid máu (HDL-C, LDL-C, Triglyceride, Cholesterol toàn phần) theo tiêu chuẩn khuyến cáo về phòng chống tăng Cholesterol máu theo bảng phân loại ATP III tháng 5 năm 2001 (xem phụ lục).

Xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa, xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS16.0.

Phân tích số liệu:

Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm.

Dùng phép kiểm chi bình phương để so sánh thăm dò mối liên quan giữa các nhóm của biến số định tính.

Dùng phép kiểm t- test để thăm dò mối liên hệ các nhóm của biến định lượng, trước đó phương sai hai nhóm được so sánh trước.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

Tuổi	64,79±13,55
Giới nam (nữ)	13(19) 40,6%
Địa chỉ thành thị(nông thôn)	24(18) 75%
Tiền căn	
Tăng huyết áp	18
Đái tháo đường	4
Bệnh lý tim mạch	4
TIA	2
Rối loạn mỡ máu	10

Bảng 2 Thể tích nhồi máu và thời gian phát hiện tổn thương

	≤180 phút	>180 phút	p
Thể tích nhồi máu	4,16±1,23	5,53±1,82	0,02

Thể tích nhồi máu ở nhóm bệnh nhân có thời gian nhập viện ≤ 180 phút ít hơn ở nhóm bệnh nhân có thời gian nhập viện >180 phút; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,02.

Bảng 3. Vị trí phát hiện tổn thương trên MRI

Vị trí nhồi máu não		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Hệ động mạch cảnh	Não trước	4	12,5
	Não giữa	22	68,7
	Phối hợp não trước-giữa	3	9,3
Hệ động mạch sống nền		2	6,25
Vùng chuyển tiếp		1	3,12

Tỷ lệ phát hiện tổn thương MRI trên tuần hoàn trước nhiều nhất ở động mạch não giữa chiếm 68,7%.

Bảng 4 Tỷ lệ phát hiện nhồi máu não trên các xung khác nhau của MRI

Thời gian Xung		≤ 120 phút (2 BN)	120-180 phút (12BN)	>180 phút (18BN)	Nhóm chung
T1	(+)	0	1(8,3%)	5(28%)	6(18,7%)
	(-)	0	11(91,7%)	13(72%)	24(75%)
T2	(+)	0	3(25%)	9(50%)	12(37,5%)
	(-)	0	9(75%)	9(50%)	18(56,3%)
FLAIR	(+)	0	3(25%)	10(55,5%)	13(40,1%)
	(-)	0	9(75%)	8(45,5%)	17(53,15%)

Thời gian càng trễ thì tỷ lệ phát hiện tổn thương trên MRI càng rõ.

BÀN LUẬN

1. Tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $64,7 \pm 13,5$ tuổi, tuổi nhỏ nhất 36, tuổi lớn nhất 86 tuổi. Kết quả này cũng giống như các nghiên cứu trong và

ngoài nước như Schellinger[11], Mai Duy Tôn[5]. Các tác giả đều thấy rằng tuổi trung bình của bệnh nhân > 60 tuổi. Theo tác giả Vũ Việt Hà[2], tỷ lệ bệnh nhân tuổi 50-60 là thường gặp nhất. Tuổi càng cao nguy cơ nhồi máu não càng cao, có thể do nhiều bệnh lý nguy cơ phối hợp như cao huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, xơ vữa mạch, trong nghiên cứu này chỉ có 10,3% bệnh nhân dưới 50 tuổi. Tuổi cao cũng được cho là một yếu tố nguy cơ không tốt đối với sự hồi phục lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là 65, theo tác giả Mai Duy Tôn[5], đây là nhóm tuổi có nguy cơ hồi phục lâm sàng kém hơn khi điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch. Theo Cucchiara [8], nếu tuổi bệnh nhân tăng 1 tuổi thì nguy cơ chảy máu có triệu chứng tăng 1,03 lần, đặc biệt tuổi bệnh nhân >80 thì nguy cơ chảy máu tăng cao.

2. Giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi giới nữ cao hơn nam một chút 59,4% so với 40,6%. Kết quả này cũng phù hợp với các báo cáo trước đó. Theo một số tác giả cả trong và ngoài nước cũng thấy rằng bệnh gặp ở nam giới nhiều hơn như tác giả Mai Duy Tôn[5], nghiên cứu của tác giả Kang[10], tỷ lệ nam chiếm 66,3%. Kết quả này cũng tương tự như của tác giả Hoàng Khánh[3] nghiên cứu trên bệnh nhân TBMMN ở Huế, tỉ lệ nam là 61,3%, ở nữ là 38,7%, của tác giả Đinh Văn Thắng[6] nghiên cứu trên bệnh nhân TBMMN ở Hà Nội, tỉ lệ nam chiếm 60%, tỉ lệ nữ chiếm 40%, của tác giả Nguyễn Bá Thắng[7].

3. Tiền căn bệnh lý trước đây: Chúng tôi thấy rằng, các bệnh nhân có tiền sử cao huyết áp chiếm 56,3%, cao huyết áp phát hiện trong quá trình điều trị chiếm 59,4%. Tiền sử đái tháo đường cũng gặp tỷ lệ khá cao trong khoảng gần 1/4 trường hợp, kết quả này cũng tương tự nghiên cứu trước đó của Nguyễn Quang Anh[1]. Cao huyết áp và đái tháo đường là những yếu tố nguy cơ thường gặp và là những yếu tố tiên lượng trong điều trị. Trong nghiên cứu ở bệnh viện Thống Nhất, tỉ lệ này là 29,36%, tỉ lệ bệnh nhân NMN có RLLP máu là 35,7%, trong đó, tỉ lệ tăng cholesterol toàn phần là 71,2%, tăng LDL-C là 79,7%, tăng TG 20,3%, giảm HDL-C là 13,5%. Nghiên cứu khảo sát RLLP máu trên 74 bệnh nhân TBMMN so với nhóm chứng không bị tai biến, so sánh trị số

trung bình các chỉ số lipid máu giữa hai nhóm, tác giả Phạm Thanh Phong và Vũ Anh Nhị [4], kết luận có sự khác biệt khá rõ về mức lipid máu trung bình giữa nhóm TBMMN và nhóm chứng, biểu hiện bằng sự gia tăng cholesterol toàn phần, LDL-C và hạ thấp HDL-C, ngoài ra RLLP máu ở nhóm NMN là 69,5%, cao hơn nhóm XHN là 39,29% có ý nghĩa thống kê.

4. Vị trí nhồi máu não: Trong nghiên cứu của chúng tôi vị trí nhồi máu chủ yếu ở động mạch não giữa chiếm 68,75%. Đây là vị trí thường gặp trong tất cả bệnh lý nhồi máu não vì theo giải phẫu động mạch não giữa chi phối chủ yếu bán cầu và có nhiều nhánh xuyên, do đó rất thường gặp tổn thương tại vị trí này.

5. Thể tích tổn thương nhồi máu trên cộng hưởng từ khi nhập viện.

Kích thước tổn thương là một trong những yếu tố tiên lượng về sự phục hồi chức năng thần kinh và cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng tới khả năng phát hiện nhồi máu não trên cộng hưởng từ. Thông thường cộng hưởng từ có độ nhạy thấp hơn ở tổn thương dưới lều tiểu não và những tổn thương có kích thước nhỏ. Trong số các bệnh nhân có nhồi máu thực sự qua theo dõi, có 01 bệnh nhân không phát hiện được nhồi máu lúc nhập viện, các bệnh nhân này đều có ổ nhồi máu nhỏ ($0,4\text{cm}^3$), như vậy với những tổn thương nhỏ có thể âm tính trên cộng hưởng từ đặc biệt là giai đoạn sớm. Về lý thuyết kích thước tổn thương cũng phụ thuộc vào thời gian từ khi có triệu chứng tới khi được chụp cộng hưởng từ. Thể tích trung bình càng lớn nếu bệnh nhân đến viện càng muộn. Điều này cho thấy sự tiến triển của nhồi máu não theo thời gian, vì vậy trong thực hành lâm sàng đột quỵ nhồi máu não luôn có câu kinh điển “thời gian là não”. Và điều này cũng ủng hộ cho giả thuyết là có sự tồn tại vùng nguy cơ nhồi máu, có nghĩa là vùng bị thiếu máu, mất chức năng tạm thời của tế bào não, có thể được hồi phục nếu được tái tưới máu sớm, ngược lại nếu không được điều trị kịp thời vùng mô não này sẽ hoại tử. Theo thời gian, vùng lõi nhồi máu sẽ tăng dần, đây chính là vùng tổn thương quan sát thấy trên DW. Trong nghiên cứu của chúng tôi,

nhóm bệnh nhân có thời gian đến trước hoặc bằng 3 giờ có kích thước nhồi máu $4,15 \pm 1,22 \text{cm}^3$, nhóm đến sau 3 giờ có thể tích nhồi máu $5,53 \pm 1,82 \text{cm}^3$.

KẾT LUẬN

Để phát hiện nhồi máu não sớm, ngoài CT đầu thường qui để loại trừ xuất huyết não. MRI sọ não có vai trò cực kỳ quan trọng trong đánh giá tổn thương, chẩn đoán sớm, tiên lượng nhồi máu não cấp cụ thể có thể phát hiện được 25% nhồi máu não với xung T2 và xung FLAIR trong 3 giờ đầu và 55,5% khi lớn hơn 3 giờ. Phát hiện được 68,7% nhồi máu động mạch não giữa và 6,25% nhồi máu động mạch thân nền. Vì vậy, đối với những bệnh nhân nghi ngờ nhồi máu não trên lâm sàng nếu CT đầu không phát hiện được tổn thương, chúng ta nên tiến hành chụp MRI đầu giúp chẩn đoán sớm và tiên lượng trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Anh "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh học và đánh giá hiệu quả bước đầu của kỹ thuật lấy huyết khối bằng Stent Solitaire ở bệnh nhân nhồi máu não tối cấp. 2103: Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú- Trường Đại Học Y Hà Nội".
2. Vũ Việt Hà "Nghiên cứu mối liên quan giữa thang điểm NIHSS với hình ảnh cộng hưởng từ sọ não ở bệnh nhân nhồi máu não cấp. 2011: Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú Trường Đại học Y Hà Nội".
3. Hoàng Khánh (2004) "Dịch tễ học TBMMN. Thần kinh học lâm sàng. Trương DD, Lê Đức Hình, Nguyễn Thy Hùng. Nhà xuất bản Y học, trang 159-163".
4. Vũ Anh Nhị (2001) "Tai biến mạch máu não. Thần kinh học: Lâm sàng và điều trị. Nhà xuất bản Mũi Cà Mau".
5. Mai Duy Tôn (2012) "Đánh giá hiệu quả điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp trong vòng 3 giờ đầu bằng thuốc điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch Alteplase liều thấp in Luận án tiến sỹ Y học. 2012, Trường Đại Học Y Hà Nội".
6. Đinh Văn Thắng "Tình hình tai biến mạch máu não trong 3 năm (1996-1998) tại bệnh viện Hai Bà Trưng-Hà Nội, tạp chí khoa học và phát triển, số chuyên đề phục vụ hội nghị KHKT lần thứ 3, tháng 9-2000".
7. Nguyễn Bá Thắng (2006) "Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng sớm trong nhồi máu não tuần hoàn trước. Luận văn thạc sỹ y học. Đại Học Y Dược TP HCM".
8. Cucchiara B et al "Factors associated with intracerebral hemorrhage after thrombolytic therapy for ischemic stroke: pooled analysis of placebo data from

- the Stroke-Acute Ischemic NXY Treatment (SAINT) I and SAINT II Trials. Stroke, 2009. 40(9): p. 3067-72".
9. Chalmers J, Macmahon S, & Coll "Blood pressure and stroke prevention science press, 1997, 1-71".
10. Kang B K et al "Diffusion-weighted MR imaging of intracerebral hemorrhage. Korean J Radiol, 2001. 2(4): p. 183-91".
11. Schellinger P D, J B Fiebach and W Hacke "Imaging-Based Decision Making in Thrombolytic Therapy for Ischemic Stroke, 2003. 34(2): p. 575-583".

Phụ lục 1

Thang điểm NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)

Mục khám	Thang điểm	Điểm
1a. Mức ý thức	0 = tỉnh táo, đáp ứng nhanh nhẹn. 1 = ngủ gà, có thể đánh thức dễ dàng, đáp ứng lời nói + vận động tốt. 2 = lơ mơ, cần kích thích liên tục hoặc cần kích thích đau mạnh mới có đáp ứng 3 = mê, chỉ đáp ứng vận động phản xạ hoặc hoàn toàn không đáp ứng	_____
1b. Trả lời 2 câu hỏi định hướng (tháng và tuổi)	0 = trả lời đúng cả 2 câu. 1 = trả lời đúng 1 câu 2 = không thực hiện đúng cả 2 mệnh lệnh.	_____
1c. Thực hiện 2 mệnh lệnh (nhắm mắt, nắm tay bên không liệt)	0 = bình thường 1 = chỉ thực hiện đúng 1 mệnh lệnh 2 = không thực hiện đúng cả hai mệnh lệnh	_____
2. Vận nhãn (chỉ đánh giá vận động mắt ngang).	0 = bình thường 1 = liệt vận nhãn một phần, ở 1 hoặc cả 2 mắt. 2 = lệch mắt hoàn toàn hoặc liệt vận nhãn toàn bộ, mắt búp bê không đáp ứng.	_____
3. Thị trường	0 = bình thường 1 = bán manh một phần 2 = bán manh hoàn toàn 3 = bán manh 2 bên (mù, kể cả mù vỏ não)	_____
	0 = vận động mặt đối xứng 2 bên	

4. Liệt mặt	1 = yếu nhẹ (mờ nếp mũi má, mắt đối xứng khi cười) 2 = liệt 1 phần (liệt hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn phần dưới mặt) 3 = liệt hoàn toàn nửa mặt 1 hoặc 2 bên.	_____
5. Vận động tay (giơ thẳng tay ra trước vuông góc thân người nếu ngồi, tạo góc 45° nếu nằm)	0 = không trôi rơi, giữ được nguyên 90° (hoặc 45°) đủ 10 giây. 1 = trôi rơi: nâng tay được nhưng trôi rơi trước 10 giây, nhưng không chạm giường. 2 = có gắng sức kháng trọng lực nhưng không thể nâng tay lên hoặc rơi tay chạm giường. 3 = không có gắng sức chống lại trọng lực, tay rơi mạnh. 4 = hoàn toàn không có vận động. 9 = cụt chi, cứng khớp, ghi rõ: _____ 5a. Tay trái 5b. Tay phải	_____ _____
6. Vận động chân (luôn khám tư thế nằm ngửa, chân nâng lên 30°)	0 = không có trôi rơi, chân giữ được 30° đủ 5 giây. 1 = trôi rơi: chân rơi trước 5 giây, nhưng không chạm giường. 2 = có gắng sức chống lại trọng lực nhưng chân rơi xuống giường trước 5 giây. 3 = không có gắng sức chống trọng lực, chân rơi ngay xuống giường. 4 = hoàn toàn không có vận động. 9 = cụt chi, cứng khớp, ghi rõ: _____ 6a. Chân trái 6b. Chân phải	_____ _____
7. Thất điều chi	0 = không có 1 = có ở 1 chi 2 = có ở hai chi	_____
8. Cảm giác	0 = bình thường, không có mất cảm giác 1 = mất cảm giác nhẹ đến trung bình, giảm hoặc mất cảm giác đau với kim châm, nhưng còn nhận biết sờ chạm. 2 = mất cảm giác nặng đến hoàn toàn; không nhận biết được vật chạm vào cơ thể.	_____
9. Ngôn ngữ	0 = bình thường, không mất ngôn ngữ. 1 = mất ngôn ngữ nhẹ đến trung bình. 2 = mất ngôn ngữ nặng, giao tiếp rất hạn chế. 3 = câm lặng, mất ngôn ngữ toàn bộ; không nói được hoặc không hiểu lời.	_____

10. Dysarthria	0 = bình thường. 1 = Nhẹ đến trung bình: phát âm không rõ một số từ, người nghe vẫn có thể hiểu được dù có khó khăn. 2 = Nặng: lời nói biến dạng đến nỗi không thể hiểu được, với điều kiện không có hoặc không tương xứng mức độ dysphasia; hoặc bệnh nhân câm lặng. 9 = có nội khí quản hoặc cản trở vật lý khác.	_____
11. Sự triệt tiêu và chú ý	0 = bình thường. 1 = mất chú ý thị giác, xúc giác, thính giác, không gian, hoặc bản thân, hoặc triệt tiêu khi kích thích đồng thời 2 bên, xảy ra ở 1 thể thức cảm giác. 2 = mất chú ý $\frac{1}{2}$ thân nặng hoặc mất chú ý $\frac{1}{2}$ thân ở nhiều hơn một thể thức cảm giác. Không nhận biết bàn tay mình hoặc chỉ hướng về không gian một bên.	_____

Tổng số điểm: _____ / 42

Phụ lục 2

Thang điểm ứng dụng theo Rankin (The modified Rankinscale)

Độ	Đặc điểm lâm sàng
Độ 0	Không có triệu chứng
Độ 1	Không có di chứng thực sự, mặc dù còn các triệu chứng nhẹ về thần kinh và tâm thần, có khả năng làm mọi công việc hàng ngày.
Độ 2	Di chứng nhẹ: bệnh nhân không thể hoàn thành mọi công việc như trước kia, nhưng còn khả năng tự phục vụ.
Độ 3	Di chứng vừa: bệnh nhân cần sự giúp đỡ nhất định, nhưng có thể vẫn tự đi lại.
Độ 4	Di chứng tương đối nặng: bệnh nhân không tự đi lại, không tự phục vụ.
Độ 5	Di chứng nặng: bệnh nhân nằm liệt giường, loét vùng cùng cụt, đái ỉa không tự chủ.
Độ 6	Tử vong

Phụ lục 3**Đánh giá các mức độ rối loạn lipid máu (2001)**

Xét nghiệm lipoprotein lúc đói (mmol/L)		Xét nghiệm lipoprotein lúc đói (mmol/L)	
TC (mg/dL)		HDL-cholesterol	
< 5,17 (< 200)	Bình thường	< 1,03 (< 40)	Thấp
5,17-6,18(200-239)	Giới hạn cao	≥1,55(≥ 60)	Cao
≥ 6,20 (≥ 240)	Cao	TG	
LDL-cholesterol		< 1,695 (< 150)	Bình thường
< 2,58 (< 100)	Tối ưu	1,695-2,249(150-199)	Giới hạn cao
2,58-3,33 (100-129)	Gần tối ưu	2,26-5,639 (200-499)	Cao
3,36-4,11 (130-159)	Giới hạn cao	≥ 5,65 (≥ 500)	Rất cao
4,13-4,88(160-189)	Cao		

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ TIÊU SỢI HUYẾT TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP

Lâm Ngọc Cẩm, Phan Kim Cúc, Mai Nhật Quang

TÓM TẮT:

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Tai biến mạch máu não hay đột quỵ là bệnh lý thần kinh thường gặp, chiếm khoảng 50% trong tổng số các bệnh thần kinh. Sử dụng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch đã được chứng minh hiệu quả trong điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp trong giai đoạn sớm sau đột quỵ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: Nghiên cứu mô tả hàng loạt case tại khoa thần kinh từ tháng 2/2018 đến 31/8/2018.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU: Thời gian trung bình từ lúc bắt đầu có triệu chứng đến khi nhập viện trung bình 79.23 ± 29.71 (phút), thời gian trung bình từ lúc nhập viện đến khi được tiêm thuốc là 70 ± 25.17 (phút). Trong đó có 4/13 bệnh nhân (30.76%) được tiêm tPA trong vòng 60 phút sau nhập viện.

KẾT LUẬN: Tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch giúp phục hồi vận động ở bệnh nhân nhồi máu não cấp.

ABSTRACTS

THROMBOLYSIS WITH INTRAVENOUS rtPA OF ACUTE ISCHEMIC STROKE IN THE FIRST 4.5 HOURS: INITIAL COMMENT ON 13 PATIENTS AT NEUROLOGY WARD OF AN GIANG GENERAL HOSPITAL.

Background: To treatment brain stroke disease is a challenge in clinical neurological.

Patients and methods: Case series report including 13 persons who admitted to Neurology ward of An giang hospital from February 1st 2018 to August 31th 2018.

Results: The mean time from onset of stroke symptoms to hospitalization was 79.23 ± 29.71 (minutes), mean time from admission to injection was 70 ± 25.17 (minutes). Of these, 4/13 patients (30.76%) received thrombolysis with Intravenous rtPA within 60 minutes after admission.

Conclusions: Thrombolysis with intravenous rtPA to help restore movement in acute ischemic stroke.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ nhồi máu não là bệnh lý thần kinh thường gặp trong thực hành lâm sàng chiếm khoảng 80-85% các trường hợp bệnh cảnh đột quỵ não, khi đột quỵ xảy ra di chứng để lại vô cùng nặng nề là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Trong những năm gần đây tại những trung tâm lớn như Thành Phố Hồ Chí Minh và Hà Nội đã áp dụng kỹ thuật điều trị rtPA cho nhiều bệnh nhân đột quỵ não cấp thể nhồi máu đem lại những dự hậu tốt cho bệnh nhân. Vì cửa sổ điều trị tiêu sợi huyết ngắn dưới 4.5 giờ nên không thể chuyển bệnh nhân lên tuyến trên điều trị vì không có đủ thời gian. Khoa thần kinh Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An giang đã áp dụng kỹ thuật rtPA điều trị cho những bệnh nhân nhồi máu não cấp từ tháng 2 năm 2018.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp tính trong 4.5 giờ đầu tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 02/2018 đến 09/2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Tuổi ≥ 18 tuổi.

Thời gian khởi phát đột quỵ đến khi dùng thuốc dưới 270 phút.

Chẩn đoán nhồi máu não cấp với 4 điểm $< \text{NIHSS} < 22$ điểm.

Không có hình ảnh xuất huyết não trên CT sọ não hoặc MRI sọ não.

Cắt lớp vi tính sọ não hoặc cộng hưởng từ: vùng đậm độ $< 1/3$ khu vực phân bố của động mạch não giữa

Được sự đồng ý của bệnh nhân hoặc thân nhân người bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các triệu chứng khởi phát của đột quỵ > 270 phút hoặc không rõ thời gian.

Các triệu chứng đột quỵ nhẹ, đơn thuần hoặc cải thiện nhanh.

Khởi phát có co giật.

Có các TC xuất huyết dưới nhện.

Hình ảnh CT sọ: Nhồi máu não lớn ($> 1/3$ bán cầu) hay không có CT sọ não hoặc có chảy máu trên CT.

Điểm NIHSS > 22 .

Chấn thương hoặc chảy máu nội sọ.

Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng hay viêm màng ngoài tim.

Chấn thương cấp hay đang chảy máu.

Tiền sử đột quỵ, chấn thương đầu nặng, nhồi máu cơ tim hoặc phẫu thuật sọ não trong 3 tháng gần đây.

Có tiền sử xuất huyết não hay các bệnh lý thần kinh khác như u não, xuất huyết dưới nhện, dị dạng động tĩnh mạch hay có phình mạch nội sọ.

Tiền sử chảy máu tiêu hoá, tiết niệu trong vòng 21 ngày.

Tiền sử chấn thương lớn hoặc phẫu thuật lớn trong 14 ngày.

Chọc dò tủy sống hoặc động mạch trong 7 ngày.

Có bệnh lý nội sọ bẩm sinh.

Đường huyết < 50 mg/dl hoặc > 400 mg/dl.

Hematocrit dưới 25%.

Tiểu cầu < 100.000 mm³.

HA không kiểm soát được.

Điều trị thuốc chống đông với INR > 1.5 giây.

Bệnh chảy máu bẩm sinh hay mắc phải.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Quy trình tiến hành: Bệnh nhân ngoại trú (khám tại Phòng khám bệnh hoặc khoa Cấp cứu) hoặc bệnh nhân đang điều trị nội trú tại các khoa nếu có triệu chứng nghi ngờ đột quỵ não mới xuất hiện trong vòng 4.5 giờ đầu: khẩn trương chuyển vào khoa cấp cứu hoặc gọi điện thoại báo khoa Nội thần kinh.

Khám nhanh và khai thác tiền sử.

Xét nghiệm: Sinh hóa máu (Glucose, chức năng gan, chức năng thận); điện tim; đông máu (PT, aPTT, INR); công thức tế bào máu; cắt lớp VT hoặc MRI sọ não.

Đối chiếu lần cuối tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại.

Giải thích cho bệnh nhân và thân nhân về lợi ích và NC của biện pháp điều trị.

Bệnh nhân hoặc thân nhân ký đơn tình nguyện đồng ý tiến hành kỹ thuật.

Kiểm soát huyết áp xuống dưới mức 185/110mmHg.

Theo dõi: Mạch, Huyết áp, độ bão hòa O₂, nhiệt độ, điểm Glasgow.

Chỉ định chụp CT scan khẩn cấp sau điều trị tan huyết khối ở những bệnh nhân đột quỵ thiếu máu cục bộ cấp tính:

+Các dấu hiệu và triệu chứng của XH não hoặc phù não / nhồi máu phù nề.

+ Triệu chứng thần kinh xấu đi.

Glasgow Coma điểm giảm ≥ 2 điểm.

NIHSS tăng > 4 điểm

Những dấu hiệu vận động mới đối bên so với bên tổn thương

Tiêu chuẩn đánh giá:

Đánh giá tính hiệu quả khi:

Tỷ lệ bệnh nhân cải thiện lâm sàng tốt với thang điểm NISHH giảm ≥ 4 điểm trong 24 giờ, 7 ngày hoặc khi xuất viện. Thất bại khi NIHSS giảm dưới 4 hoặc tăng hơn so với thời điểm trước can thiệp.

Tỷ lệ hồi phục thần kinh vào ngày thứ 90 ($mRS \leq 2$) và thất bại tương ứng với mRs từ 3-6.

Đánh giá độ an toàn: Tỷ lệ xuất huyết nội sọ và xuất huyết não có triệu chứng. Những chảy máu hệ thống quan trọng. Tỷ lệ tử vong do tất cả các nguyên nhân. Những tác dụng ngoại ý khác cũng được theo dõi và ghi nhận

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu.

Tuổi		61.5 $\pm$ 12,7 tuổi
Giới: Nam (nữ)		9 (4)
Thời gian từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện		79.23 $\pm$ 29,71 (phút)
Thời gian từ lúc nhập viện đến lúc điều trị thuốc		70 $\pm$ 25.17 (phút)

Điểm NIHSS	Vào viện	12.77±3.7 (8-20)
	1 giờ	7.83±5.42 (2-17)
	24 giờ	5.33±4.44 (2-16)
	Ra viện	2.91±3.14 (0-10)
Huyết áp tâm thu		146.2±27.7mmHg
Huyết áp tâm trương		85.3±16,9mmHg
Tiền căn		
	Tăng huyết áp	12/13
	Đái tháo đường	2/13
	Rối loạn lipid máu	5/13
Điểm Rankin lúc ra viện		1.83±1.85

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng vào viện.

Triệu chứng lâm sàng		n	%
Ý thức	Tỉnh táo	6/13	46.1%
	Ngủ gà	3/13	23.1%
	Lơ mơ	4/13	30.8%
	Hôn mê	0/13	
Rối loạn ngôn ngữ		9/13	69.23%
Liệt vận động		13/13	100%
Rối loạn cảm giác		12/13	92.31%
Rối loạn ngôn ngữ		10/13	76.92%

BÀN LUẬN

Từ 02/2018 đến 09/2018 có 13 bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não thỏa tiêu chuẩn và được dùng thuốc rtPA. Các đặc điểm nguy cơ tim mạch và các thông số về lâm sàng lúc nhập viện được trình bày trong (bảng 1). Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $61.5 \pm 12,7$ tuổi cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cs là 50 tuổi, nam giới chiếm đa số trong các trường hợp này 9/13 trường hợp. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỉ lệ nhiều nhất 12/13 (92%) các trường hợp, nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cs tăng huyết áp chiếm 43.2%, tiếp theo là đái tháo đường 2/13 trường hợp, và rối loạn lipid máu 5/13 (38.46%) trường hợp, nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cs tỷ lệ rối loạn lipid máu là 69.4%. Chỉ số huyết áp tâm thu trước thời điểm truyền rtPA trung bình là 146.2 ± 27.7 mmHg, và huyết áp tâm trương trung bình là $85.3 \pm 16,9$ mmHg cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cs là 139 ± 2 mmHg và 81.8 ± 1 mmHg.

Điểm NIHSS trung bình khi vào viện là 12.77 ± 3.7 điểm, dao động từ 8-20 điểm là cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cộng sự là 11.17 ± 4 điểm, cao hơn nghiên cứu của tác giả Dick và cs 10.8 điểm, điểm NIHSS trung bình sau 1 giờ là 7.83 ± 5.42 điểm dao động từ 2-17 điểm, điểm NIHSS trung bình sau 24 giờ là 5.33 ± 4.44 điểm dao động từ 2-16 điểm, và điểm NIHSS trung bình lúc ra viện là 2.91 ± 3.14 điểm dao động từ 0-10 điểm.

Thời gian trung bình từ lúc bắt đầu có triệu chứng đến khi nhập viện trung bình $79.23 \pm 29,71$ (phút), thời gian trung bình từ lúc nhập viện đến khi được tiêm thuốc là 70 ± 25.17 (phút) là ngắn hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cộng sự là 76 phút, nghiên cứu của tác giả Albright là 85 phút. Trong đó có 4/13 bệnh nhân (30.76%) được tiêm tPA trong vòng 60 phút sau nhập viện.

Phục hồi vận động lúc ra viện được đánh giá bằng thang điểm Rankin. Điểm Rankin lúc ra viện trung bình 1.83 điểm, cao nhất 6 điểm và thấp nhất 0 điểm, trong nghiên cứu của chúng tôi có 01 bệnh nhân nhồi máu diện rộng được điều trị bằng rtPA

nhưng diễn tiến không thuận lợi người nhà xin cho bệnh nhân về. Các trường hợp còn lại có tỷ lệ phục hồi vận động tốt.

KẾT LUẬN

Sự thành công bước đầu trong điều trị đột quỵ não cấp thể nhồi máu với rtPA là điều kiện giúp chúng tôi tự tin hơn để tiếp tục triển khai điều trị thuốc tiêu sợi huyết trong thời gian tới với mục tiêu giảm tỉ lệ tử vong, giảm tỉ lệ di chứng cho bệnh nhân nhồi máu não cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Anh Nhị, Thần kinh học, NXB đại học quốc gia Tp. Hồ Chí Minh năm 2013.
2. Lê Văn Thành và cs. Đánh giá bước đầu điều trị rtPA ở bệnh viện 115, bệnh viện An Bình và bệnh viện Nhân Dân Gia Định.
3. Intravenous Thrombolytic Therapy for Acute Ischemic Stroke N Engl J Med 2011; 364:2138-46. Copyright © 2011 Massachusetts Medical Society.
4. Dick and et al: IV tPA for Acute Ischemic Stroke, Results of the First 101 Patients in a Community Practice. The Neurologist 2005.
5. Albright and et al: Time to Neurological Deterioration in Isch.

PHÂN TÍCH ABC, VEN KẾT QUẢ ĐẤU THẦU THUỐC NĂM 2015, 2016 VÀ 2017 CỦA SỞ Y TẾ AN GIANG

Từ Hoàng Tước, Nguyễn Duy Tân

Trần Quang Hiền, Nguyễn Thiện Tri

Abstract: “ABC/VEN analysis based on the results of bidding for drugs in An Giang Department of Health in the years from 2015 to 2017”

Objective: Analysis of the drug list of the Department of Health An Giang in 2015, 2016 and 2017 based on ABC/VEN analysis for selection drug to be used pre-post intervention.

Methods: A descriptive study based on the ABC/VEN matrix, conducted an economic analysis of the 3-year used of An Giang's medical facilities.

Results: Annual drug expenditure in 2015, 2016 and 2017 was respectively VND 874.520.325.517, VND 649.732.640.806, VND 1.161.237.843.696, of which 265, 229 and 283 were classified in group A was respectively (20.5%, 19.3%, 22.0%), accounting for 70,1%, 70,1%, 70,0% of the cost of using drugs. Group B was respectively 315, 281, 322 (24.5%, 23.7%, 25.0%) accounted for 19,9%, 19,9%, 20.0% cost of drug use and group C was respectively 713, 674, 684 drugs (55,1%, 56,9%, 53,1%) accounted for only 10,0% of the cost of using drugs each year in health facilities. VEN analysis in 2015, 2016 and 2017 showed that group V is respectively 155, 149 and 133 drugs (12,0%, 12,6%, 10,3%), accounting for 15,9%, 15,2% , 13,8% of the cost of using drugs, the group E is respectively 1.067, 969, 1.084 drugs (82,5%, 81,8%, 84,1%) accounted for 78,5%, 78,4%, 78,8% of costs of using drugs and the group N was respectively 71, 66, 72 drugs (5,5%, 5,6%, 5,6%), accounted for 5,6%, 6,3%, 7,4% of the cost of using drugs charge for non-essential drugs. Category I (AV + BV + AE + AN) drugs was respectively 373, 341, 374 (28.8%, 28.8%, 29.0%), in the ABC/VEN matrix analysis in 2015, 2016 and 2017, accounted for 73.3%, 73.9%, 72.9% of the cost of using drugs. Category II (BE + CE + BN) was respectively 882, 805, 879 types (68,2%, 68,0%, 68,2%) accounted for 26.1%, 25.4%, 26.5% and

38.38%, respectively (2,9%, 3,2%, 2,8%) accounted for 0.6% of the cost of using drugs. Category I medication was closely monitored for better yearly drug use control and moderate level II control and lower levels than for Category III medications.

Conclusion: Improving to used drugs in hospital to need in note two A and N category through ABC, VEN analysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Tỉnh An Giang có trên hai triệu dân, gồm 2 thành phố, 1 thị xã và 10 huyện và gồm các cơ sở y tế công lập và tư nhân, vì vậy nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho người dân góp phần đáng kể trong ngân sách nhà nước trong đó tỷ trọng sử dụng thuốc là không nhỏ. Thực hiện chủ trương của ngành y tế về việc cung ứng thuốc các năm qua Sở Y tế An Giang đã đầu tư tập trung cung ứng thuốc cho tất cả cơ sở y tế trong tỉnh. Nhằm đánh giá việc cung ứng thuốc có rất nhiều chủng loại liên quan đến giá thuốc nên nhiều thách thức cho ngành và đáp ứng nhu cầu điều trị.

Trong cơ sở khám chữa bệnh việc sử dụng thuốc chiếm tỷ trọng lớn, việc lựa chọn thuốc đóng vai trò quan trọng để bệnh nhân được tiếp cận với thuốc có chất lượng tốt, hiệu quả điều trị cao và tiết kiệm chi phí. Tại các bệnh viện, Hội đồng thuốc và Điều trị có nhiệm vụ tư vấn cho giám đốc lựa chọn thuốc sử dụng tại bệnh viện. Các nghiên cứu tổng quát về tình hình sử dụng thuốc như phân tích ABC, phân tích VEN sẽ giúp ích cho Hội đồng thuốc và điều trị cũng như các nhà quản lý xác định các vấn đề về sử dụng thuốc làm nền tảng cho các hoạt động can thiệp tiếp theo như: lựa chọn thuốc, cung cấp thuốc, kế hoạch dự trữ thuốc và tồn kho. Do vậy, đánh giá tổng quát tình hình sử dụng ngân sách thuốc và tác động can thiệp lựa chọn sử dụng thuốc tại Bệnh viện thông qua phân tích ABC, VEN là một chiến lược có ý nghĩa to lớn trong việc nâng cao chất lượng điều trị và quản lý kinh tế y tế trong bệnh viện.[1,2,3,4]

Phân tích ABC, VEN và ma trận ABC-VEN được thực hiện để xác định các loại thuốc cần kiểm soát quản lý nghiêm ngặt. Sở Y tế thực hiện chủ trương ngành y tế đầu tư tập trung cho các cơ sở y tế trong tỉnh để tìm các nguồn cung cấp có chất lượng đáp ứng nhu cầu điều trị an toàn hiệu quả. Sau đây là bước đầu nghiên cứu sau ba năm

thực hiện chủ trương này, nhằm đánh giá hiệu quả trong việc cung ứng đủ thuốc phục vụ điều trị cho bệnh nhân. Sở Y tế An Giang thực hiện đề tài phân tích nhu cầu thuốc qua phân tích ABC/VEN dựa trên nguyên tắc Pareto từ các kết quả đấu thầu năm 2015, 2016 và năm 2017. Với các mục tiêu sau: So sánh tỷ lệ sử dụng thuốc trong 3 năm từ kết quả đấu thầu, Đánh giá so sánh về ý nghĩa thống kê.

II. ĐỐI TƯỢNG và PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu và mẫu nghiên cứu: Các danh mục trúng thầu của Sở Y tế An Giang năm 2015-2016-2017 lần lượt theo Quyết định: số 796/QĐ-SYT ngày 31/7/2015; Quyết định: số 872/QĐ-SYT ngày 26/7/2016; Quyết định: số 739/QĐ-SYT ngày 21/7/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.

2.3. Tiêu chuẩn chọn lựa: Thuốc tân dược nằm trong Thông tư 40/2014/TT-BYT ngày 17 tháng 11 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ: Thuốc thành phẩm đông y, vị thuốc y học cổ truyền; Sai số kết quả trúng thầu trước và sau điều chỉnh để công bố.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý dữ liệu bằng MS-Excel.[13,14]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Số giường bệnh từ năm 2015 - 2017 không thay đổi: tổng chung 3.585, tuyến tỉnh 2.025, tuyến huyện 1.310, phòng khám khu vực, nhà hộ sinh 250, bệnh viện tư nhân 430. Hạng bệnh viện thanh toán theo TT 40: tuyến tỉnh: hạng 2, tuyến huyện, bệnh viện tư nhân: hạng 3, trạm y tế: hạng 4. (Báo cáo tổng kết Sở Y tế An Giang)

Bảng 3. Kết quả đấu thầu thuốc tân dược các năm

Năm	Số lượng	Tổng giá trị (đồng)
2015	1.293	874.520.325.517
2016	1.184	649.732.640.806
2017	1.289	1.161.237.843.646

3.1. PHÂN TÍCH ABC: Phân tích cơ cấu chi phí thuốc[1,2,3,4,5,8,9,10]

Phân tích ABC là phân tích chi phí (luôn luôn, tốt hơn và kiểm soát), [10] dựa trên nguyên lý Pareto (80/20) Ở bước này, chi tiêu thuốc hàng năm [10] được tính cho năm tài chính tiêu thụ thuốc bằng cách cộng thêm chi phí phát sinh trên mỗi khoản mục. Đối với điều này, chi tiêu hàng năm của các khoản mục từng loại thuốc được sắp xếp theo thứ tự giảm dần. Chi phí tích lũy của tất cả các mục sau đó được tính toán. Tỷ lệ phần trăm tích lũy của chi tiêu và tỷ lệ phần trăm tích lũy của số hạng mục được tính toán. Danh sách này sau đó được chia thành ba loại: A, B và C, dựa trên tỷ lệ phần trăm tích lũy chi phí lần lượt là 70, 20 và 10%.

Bảng 3.1. Tổng hợp phân tích ABC năm 2015, 2016 và 2017 [10,11,12,13]

Loại	2015		2016		2017	
	SL	Tổng giá trị (đ)	SL	Tổng giá trị (đ)	SL	Tổng giá trị (đ)
Nhóm thuốc A	265 (20,5%)	613.171.496.154 (70,1%)	229 (19,3%)	455.532.713.870 (70,1%)	283 (22,0%)	813.216.011.239 (70,0%)
Nhóm thuốc B	315 (24,4%)	173.999.204.981 (19,9%)	281 (23,7%)	129.404.318.779 (19,9%)	322 (25,0%)	231.886.017.137 (20,0%)
Nhóm thuốc C	713 (55,1%)	87.349.624.382 (10,0%)	674 (56,9%)	64.795.608.157 (10,0%)	684 (53,1%)	116.135.815.270 (10,0%)
Tổng cộng	1.293	874.520.325.517	1.184	649.732.640.806	1.289	1.161.237.843.646

Nhận xét: Năm 2015, 2016 và 2017 nhóm thuốc A với số lượng thuốc theo thứ tự sau (265, 229 và 283) nhưng chiếm giá trị thanh toán rất lớn theo thứ tự sau (613.171.496.154 đồng, 455.532.713.870 đồng và 813.216.011.239 đồng), nghĩa là một số hạng mục tương đối nhỏ chiếm hầu hết giá trị tiêu thụ. Nhóm thuốc B chiếm loại thuốc theo thứ tự sau (315, 281, 322), chiếm (173.999.204.981 đồng, 129.404.318.779 đồng và 231.886.017.137 đồng). Nhóm thuốc C mặc dù số loại thuốc nhiều (713, 674, 684) nhưng chiếm 87.349.624.382 đồng, 64.795.608.157 đồng và 116.135.815.270 đồng tổng giá trị thanh toán.

3.2. PHÂN TÍCH VEN: Phân tích cơ cấu nhu cầu nhóm thuốc[5,6,7,8]

Phân tích VED (Vital items, Essential items, Desirable items) dựa trên mức độ nghiêm trọng của một loại thuốc. “V” là các thuốc quan trọng mà không có bệnh viện không thể hoạt động, “E” cho các thuốc cần thiết mà không có bệnh viện có thể hoạt động nhưng có thể ảnh hưởng đến chất lượng của điều trị và “D” là các thuốc mong muốn, tính không sẵn có sẽ không ảnh hưởng đến chất lượng của điều trị. [8,9,10,11,12,13]

Phân tích VEN: Thuốc V (Vital drugs) - là thuốc dùng trong các trường hợp cấp cứu hoặc các thuốc quan trọng, nhất thiết phải có để phục vụ công tác khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện. Thuốc E (Essential drugs) - là thuốc dùng trong các trường hợp bệnh ít nghiêm trọng hơn nhưng vẫn là các bệnh lý quan trọng trong mô hình bệnh tật của bệnh viện. Thuốc N (Non-Essential drugs) - là thuốc dùng trong các trường hợp bệnh nhẹ, bệnh có thể tự khỏi, có thể bao gồm các thuốc mà hiệu quả điều trị còn chưa được khẳng định rõ ràng hoặc giá thành cao không tương xứng với lợi ích lâm sàng của thuốc.[5, 6,7,8,12]

Trên cơ sở phân tích VEN được thực hiện dựa trên danh mục thuốc dùng cho cơ sở khám chữa bệnh thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế ban hành theo Thông tư số 40/2014/TT-BYT ngày 17 tháng 11 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế, [5] để thống nhất khi phân tích của các danh mục đã trúng thầu.

Bảng 3.2. Tổng hợp phân tích VEN năm 2015, 2016 và 2017 [10,11,12,13]

Loại	2015		2016		2017	
	SL	Tổng giá trị (đ)	SL	Tổng giá trị (đ)	SL	Tổng giá trị (đ)
Nhóm thuốc V	155 (12,0%)	138.867.587.826 (15,9%)	149 (12,6%)	98.860.869.590 (15,2%)	133 (10,3%)	159.789.029.554 (13,8%)
Nhóm thuốc E	1.067 (82,5%)	686.367.672.091 (78,5%)	969 (81,8%)	509.639.972.776 (78,4%)	1.084 (84,1%)	915.290.825.782 (78,8%)
Nhóm thuốc N	71 (5,5%)	49.285.065.600 (5,6%)	66 (5,6%)	41.231.798.440 (6,3%)	72 (5,6%)	86.157.988.310 (7,4%)
Tổng	1.293	874.520.325.517	1.184	649.732.640.806	1.289	1.161.237.843.646

cộng						
------	--	--	--	--	--	--

3.3. PHÂN TÍCH MA TRẬN ABC/VEN: Phân tích ma trận[5,6,7,8,12]

Loại I: AV + BV + CV + AE + AN, Loại II: BE + CE + BN, Loại III: CN

Bảng 3.3. Tổng hợp phân tích ma trận ABC/VEN năm 2015, 2016 và 2017
[10,11,12]

Loại	2015		2016		2017	
	SL	Tổng giá trị (đ)	SL	Tổng giá trị (đ)	SL	Tổng giá trị (đ)
Loại I	373 (28,8%)	640.955.371.310 (73,3%)	341 (28,8%)	480.465.293.460 (73,9%)	374 (29,0%)	846.252.114.773 (72,9%)
Loại II	882 (68,2%)	228.468.059.387 (26,1%)	805 (68,0%)	165.166.836.146 (25,4%)	879 (68,2%)	308.069.582.973 (26,5%)
Loại III	38 (2,9%)	5.096.894.820 (0,6%)	38 (3,2%)	4.100.511.200 (0,6%)	36 (2,8%)	6.916.145.900 (0,6%)
Tổng cộng	1.293	874.520.325.517	1.184	649.732.640.806	1.289	1.161.237.843.646

3.4. PHÂN TÍCH NHÓM KẾT HỢP MA TRẬN ABC/VEN[8,12,13]

Bảng 3.4.a. Kết quả nhóm kết hợp trong phân tích ma trận ABC/VEN năm 2015
[13]

2015	A			B			C			TC		
	GT (đ)	%TGT	SL	GT (đ)	%TGT	SL	GT (đ)	%TGT	SL	GT (đ)	%TGT	SL
V	111.083.712.670	12,7	47	18.850.723.660	2,2	32	8.933.151.496	1,0	76	138.867.587.826	15,9	155
E	465.894.351.384	53,3	201	147.153.742.641	16,8	267	73.319.578.066	8,4	599	686.367.672.091	78,5	1.067
N	36.193.432.100	4,1	17	7.994.738.680	0,9	16	5.096.894.820	0,6	38	49.285.065.600	5,6	71
TC	613.171.496.154	70,1	265	173.999.204.981	19,9	315	87.349.624.382	10,0	713	874.520.325.517	100,0	1.293

Bảng 3.4.b. Kết quả nhóm kết hợp trong phân tích ma trận ABC/VEN năm 2016
[13]

2016	A			B			C			TC		
	GT (đ)	%TGT	SL	GT (đ)	%TGT	SL	GT (đ)	%TGT	SL	GT (đ)	%TGT	SL
V	73.928.290.000	11,4	37	17.405.298.376	2,7	34	7.527.281.214	1,2	78	98.860.869.590	15,2	149
E	351.197.706.040	54,1	179	105.274.450.993	16,2	232	53.167.815.743	8,2	558	509.639.972.776	78,4	969
N	30.406.717.830	3,5	13	6.724.569.410	1,0	15	4.100.511.200	0,6	38	41.231.798.440	6,3	66
TC	455.532.713.870	70,1	229	129.404.318.779	19,9	281	64.795.608.157	10,0	674	649.732.640.806	100,0	1.184

Bảng 3.4.c. Kết quả nhóm kết hợp trong phân tích ma trận ABC/VEN năm 2017[13]

2017	A			B			C			TC		
	GT (đ)	%TGT	SL	GT (đ)	%TGT	SL	GT (đ)	%TGT	SL	GT (đ)	%TGT	SL
V	126.752.926.020	10,9	42	23.565.741.010	2,0	31	9.470.362.524	0,8	60	159.789.029.554	13,8	133
E	618.958.340.239	53,3	221	196.583.178.697	16,9	275	99.749.306.846	8,6	588	915.290.825.782	78,8	1.084
N	67.504.744.980	5,8	20	11.737.097.430	1,0	16	6.916.145.900	0,6	36	86.157.988.310	7,4	72
TC	813.216.011.239	70,0	283	231.886.017.137	20,0	322	116.135.815.270	10,0	684	1.161.237.843.646	100,0	1.289

3.5. PHÂN TÍCH TỶ LỆ PHẦN TRĂM TÍCH LŨY CỦA THUỐC**Bảng 3.5.1. Kết quả chỉ tiêu tiền thuốc theo 10% đầu/cuối năm 2015, 2016 và 2017**

Năm	10% đầu	10% cuối	Giá trị p
2015	49,74	0,25	p = 0,010 < 0,05
2016	52,09	0,22	
2017	48,95	0,29	

Bảng 3.5.2. So sánh phân tích ABC, VEN và ABC/VEN năm 2015, 2016 và 2017[10]

Loại	2015 (n=1.293)	2016 (n=1.184)	2017 (n=1.289)	Giá trị p
A	264 (20,4%)	229 (19,3%)	283 (22,0%)	$\chi^2 = 4,16$ $p = 0,39 > 0,05$
B	316 (24,4%)	281 (23,7%)	322 (25,0%)	
C	713 (55,1%)	674 (56,9%)	684 (53,1%)	
V	155 (12,0%)	149 (12,6%)	133 (10,3%)	$\chi^2 = 3,40$ $p = 0,49 > 0,05$
E	1.067 (82,5%)	969 (81,8%)	1.084 (84,1%)	
N	71 (5,5%)	66 (5,6%)	72 (5,6%)	
I	373 (28,8%)	341 (28,8%)	374 (29,0%)	$\chi^2 = 0,38$ $p = 0,98 > 0,05$
II	882 (68,2%)	805 (68,0%)	879 (68,2%)	
III	38 (2,9%)	38 (3,2%)	36 (2,8%)	

3.7. SO SÁNH PHÂN TÍCH ABC VÀ BIỂU ĐỒ PARETO**Bảng 3.7.a. So sánh phân tích ABC năm 2015, 2016 và 2017 [12]**

Loại	2015				2016				2017			
	SL	% SL	TGT (đ)	% TGT	SL	% SL	TGT (đ)	% TGT	SL	% SL	TGT (đ)	% TGT

A	264	20,4	612.692.696.154	70,1	229	19,3	455.532.713.870	70,1	283	22,0	813.216.011.239	70,0
B	316	24,4	174.478.004.981	20,0	281	23,7	129.404.318.779	19,9	322	25,0	231.886.017.137	20,0
C	713	55,1	87.349.624.382	10,0	674	56,9	64.795.608.157	10,0	684	53,1	116.135.815.270	10,0
TC	1.293	100	874.520.325.517	100	1.184	100	649.732.640.806	100	1.289	100	1.161.237.843.646	100

Phân tích thuốc nhóm A:

	2015	2016	2017
Tỷ lệ số loại	20,4	19,3	22,0
Giá trị (đồng)	612.692.696.154	455.532.713.870	813.216.011.239
Tỷ lệ giá trị %	70,1	70,1	70,0

Bảng 3.7.b. So sánh phân tích VEN năm 2015, 2016 và 2017 [12]

Loại	2015				2016				2017			
	SL	% SL	TGT (đ)	% TGT	SL	% SL	TGT (đ)	% TGT	SL	% SL	TGT (đ)	% TGT
V	155	12,0	138.867.587.826	15,9	149	12,6	98.860.869.590	15,2	133	10,3	159.789.029.554	13,8
E	1.067	82,5	686.367.672.091	78,5	969	81,8	509.639.972.776	78,4	1.084	84,1	915.290.825.782	78,8
N	71	5,5	49.285.065.600	5,6	66	5,6	41.231.798.440	6,3	72	5,6	86.157.988.310	7,4
TC	1.293	100	874.520.325.517	100	1.184	100	649.732.640.806	100	1.289	100	1.161.237.843.646	100

Phân tích thuốc nhóm N:

	2015	2016	2017
Tỷ lệ số loại	5,5	5,6	5,6
Giá trị (đồng)	49.285.065.600	41.231.798.440	86.157.988.310
Tỷ lệ giá trị %	5,6	6,3	7,4

Bảng 3.7.c. So sánh phân tích ma trận ABC/VEN năm 2015, 2016 và 2017 [12]

Loại	2015				2016				2017			
	SL	% SL	TGT (đ)	% TGT	SL	% SL	TGT (đ)	% TGT	SL	% SL	TGT (đ)	% TGT

I	373	28,8	640.955.371.310	73,3	341	28,8	480.465.293.460	73,9	374	29,0	846.252.114.773	72,9
II	882	68,2	228.468.059.387	26,1	805	68,0	165.166.836.146	25,4	879	68,2	308.069.582.973	26,5
III	38	2,9	5.096.894.820	0,6	38	3,2	4.100.511.200	0,6	36	2,8	6.916.145.900	0,6
TC	1.293	100	874.520.325.517	100	1.184	100	649.732.640.806	100	1.289	100	1.161.237.843.646	100

Phân tích thuốc nhóm CN:

	2015	2016	2017
Tỷ lệ số loại	2,9	3,2	2,8
Giá trị (đồng)	5.096.894.820	4.100.511.200	6.916.145.900
Tỷ lệ giá trị %	5,6	6,3	7,4

IV. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Trong sự kết hợp giữa phân tích ABC, VEN và ma trận ABC/VEN kết quả từng năm (2015, 2016 và 2017) có thể tập trung vào 373, 341 và 374 (28,8%, 28,8% và 29,0%) loại thuốc thuộc ở loại I để kiểm soát quản lý chặt chẽ vì các thuốc này đắt hoặc thuốc nhóm V. [10] Phân nhóm kết hợp AV, AE và BV thuộc loại I bao gồm 20 thuốc (15,5%) đắt tiền (73,3% tổng chi phí thuốc hàng năm-ADE) (2015), 20 thuốc (19,2%) đắt tiền (73,9% ADE) (2016) và 20 thuốc (16,7%) đắt tiền (72,9% ADE) (2017), không xét nhóm V hoặc E. Để ngăn chặn việc thiếu đối với những mặt hàng này, kho dự trữ thấp cần được duy trì trong khi vẫn duy trì cảnh giác nghiêm ngặt về mức tiêu thụ và lượng hàng tồn kho đã có.[10] (Bảng 3.7.c.)

Phân tích chi phí đã được tìm thấy là có hiệu quả trong việc quản lý một Khoa Dược.[1,2,3,4] Một nghiên cứu từ một bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, bệnh viện Sản nhi An Giang 1000 giường năm 2013 và 2014 đã cho thấy rằng các biện pháp kiểm tra và kiểm soát đối với các loại thuốc đắt tiền mang lại tiết kiệm khoảng 0,84% (12.854.575.404 đồng) thuốc nhóm A, 0,83% (347.230.375 đồng) thuốc nhóm N.[2]

Một số nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng kỹ thuật kiểm soát hàng tồn kho khi thực hiện một thực hành thường xuyên trong chăm sóc sức khỏe có thể mang lại cải thiện đáng kể không chỉ trong chăm sóc bệnh nhân mà còn sử dụng tối ưu các nguồn lực

bằng cách thực hành khôn ngoan các phương pháp này.[11,12,13] Do đó, nghiên cứu này đã được thực hiện để phân tích kinh tế của các cửa hàng thuốc thuộc Cục Y học Cộng đồng của một trường Cao đẳng Y khoa ở Delhi.[10] Phân tích ABC, VED và ma trận ABC/VED được thực hiện để xác định các loại thuốc cần kiểm soát quản lý nghiêm ngặt. Ưu điểm chính là giúp xác định xem phần lớn ngân sách được chi trả cho những thuốc nào. Nhược điểm chính là không cung cấp được đủ thông tin để so sánh những thuốc có hiệu lực khác nhau.

So sánh 10% tổng chi phí thuốc theo thứ tự giảm dần giữa các năm tiêu thụ thuốc khi phân tích ABC/VEN, nhóm nghiên cứu chưa thấy tài liệu nghiên cứu phần này nên mạnh dạn nhận xét sau ba năm thực hiện đầu thầu tập trung của Sở Y tế An Giang. Tổng chi phí của 10% thuốc đầu tiên so với 10% chi phí thuốc cuối cùng về tổng giá trị sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Bảng 3.5.1).

Mặc dầu năm 2015 tổng chi phí là 874.520.325.517 đồng cho 1.293 loại thuốc, năm 2016 tổng chi phí là 649.732.640.806 đồng cho 1.184 loại thuốc và năm 2017 tổng chi phí là 1.161.237.843.646 đồng cho 1.289 loại thuốc nhưng phân tích ABC với $p = 0,39 > 0,05$, phân tích VEN với $p = 0,49 > 0,05$ và phân tích ma trận ABC/VEN với $p = 0,98 > 0,05$; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nhóm nghiên cứu chưa thấy tài liệu nghiên cứu phần này nên mạnh dạn nhận xét sau ba năm thực hiện đầu thầu tập trung của Sở Y tế An Giang (Bảng 3.5.2). Chúng tôi muốn tìm mối tương quan trong ba năm đầu thầu tập trung theo nghiên cứu của MS Mahatme và cộng sự [13] nhưng chỉ ba năm không đủ dữ liệu chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu mối tương quan này [13].

Ý nghĩa phân tích cơ cấu chi phí thuốc, giúp kiểm soát chọn lọc chi phí thuốc: chọn điểm ngắt đối với các thuốc thông qua giá trị cộng dồn, xác định 20 thuốc có chi phí cao nhất, tần suất sử dụng các thuốc có chi phí lớn, nắm bắt tình hình bệnh tật thông qua các thuốc có chi phí lớn, tình trạng lạm dụng thuốc, nếu trong 20 thuốc chi phí lớn có nhiều thuốc nhóm N.

Ý nghĩa phân tích ma trận ABC/VEN: Nhóm I: các thuốc đắt tiền (nhóm A) hoặc tối cần (nhóm V): AV, AE, AN, BV, CV cần ưu tiên nhất để giữ ổn định ngân sách

hàng năm và luôn sẵn có. Nhóm II: các thuốc cần thiết có giá trị trung bình: BE, BN, CE. Nhóm III: các thuốc có giá trị thấp và không quan trọng CN. Cần phân tích kỹ tỷ lệ % số thuốc trong các phân nhóm A, B, C (chiếm % tổng giá trị sử dụng). Tỷ lệ % các thuốc nằm trong Hướng dẫn/Phác đồ điều trị chuẩn có trong phân nhóm A (về số lượng và giá trị). Giá trị thuốc sản xuất trong nước có trong phân nhóm A (số lượng và tổng giá trị). Tỷ lệ % thuốc ngoài danh mục thuốc bệnh viện có trong phân nhóm A (số lượng và tổng giá trị). Tỷ lệ % thuốc ngoài danh mục thuốc chủ yếu của Bộ Y tế có trong phân nhóm A (số lượng và tổng giá trị).

Trên đây là kết quả phân tích ABC/VEN, làm cơ sở dữ liệu (Database) để các khoa tham khảo, Hội đồng thuốc và điều trị có những can thiệp và Khoa Dược phải tham mưu được trong cung ứng tránh tình trạng thiếu thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Quang Hiền, Nguyễn Thiện Tri (2014), *Bước đầu nghiên cứu sử dụng thuốc qua phân tích ABC/VEN tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang*.
2. Trần Quang Hiền, Nguyễn Thiện Tri (2015), *Phân tích ABC/VEN sử dụng thuốc hai năm 2013-2014 Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang*.
3. Trần Quang Hiền, Nguyễn Thiện Tri (2016), *Phân tích ABC/VEN theo kết quả thầu 2016 của Bệnh viện Sản nhi An Giang*.
4. DS Đào Thị Cẩm Thủy, Đỗ Duy Khoa, Trần Nguyễn Thảo Nguyên, *Phân tích danh mục thuốc theo phương pháp ABC và VEN tại bệnh viện Tâm thần Cần Thơ năm 2017*, 24/10/2017.
5. Bộ Y tế. (2014). Danh mục thuốc thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế. Ban hành theo Thông tư số 40/2014/TT-BYT.
6. Bộ Y tế. (2013). Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng thuốc và Điều trị trong bệnh viện. Ban hành theo Thông tư số 21/TT-BYT.
7. List of Vital Essential and Necessary Drugs and Medical Sundries for Public Health Institutions
- 8..Lt Col R Gupta, Col KK Gupta (Retd), Brig BR Jain, Maj Gen RK Garg, *ABC and VED Analysis in Medical Stores Inventory Control*; MJAFI, Vol. 63, No. 4, 2007.
9. R Gupta,* KK Gupta, (Retd),⁺ BR Jain, (Retd),[#] and RK Garg^{**}, *ABC and VED Analysis in Medical Stores Inventory Control*. Med J Armed Forces India. 2007 Oct; 63(4): 325–327.
10. T. Anand*, G. K. Ingle, J. Kishore and R. Kumar, *Department of Community Medicine, Maulana Azad Medical College and Associated L.N., G.N.E.C. and G.B. Pant Hospitals, New Delhi-110 002, India*; Indian J Pharm Sci 2013;75(1):113-117
11. M Devnani, AK Gupta, and R Nigah¹, *ABC and VED Analysis of the Pharmacy Store of a Tertiary Care Teaching, Research and Referral Healthcare Institute of India*; J Young Pharm. 2010 Apr-Jun; 2(2): 201–205.
12. Sefinew Migbaru^a, Mahlet Yigeremub, Berhanemeskel Woldegerimac, Workineh Shibeshi^{d*}, *ABC-VEN matrix analysis of pharmaceutical inventory management in Tikur Anbessa Specialized Hospital for the years 2009 to 2013, Addis Ababa, Ethiopia*, Indian Journal of Basic and Applied Medical Research; March 2016: Vol.-5, Issue- 2, P. 734-743.
13. MS Mahatme, GN Dakhale, SK Hiware, AT Shinde, and AM Salve, *Medical Store Management: An Integrated Economic Analysis of a Tertiary Care Hospital in Central India*, J Young Pharm. 2012 Apr-Jun; 4(2): 114–118.
14. Hacer GünerGören¹, Özge Dağdeviren¹, *An Excel-Based Inventory Control System Based on ABC and VED Analyses for Pharmacy: A Case Study*, Galore International Journal of Health Sciences and Research, Vol.2; Issue: 1; March 2017.
15. *ABC/VEN-analysis presents simple and effective method towards rational use of medicines*. Source: Kazan Federal University.

**BUƯỚC 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**

Tạ Phương Dung, Nguyễn Thị Thanh Thùy*, Hán Thị Thu*, Phan Văn Báu***

Mở đầu: Lọc màng bụng (LMB) sớm là cách tiếp cận thích hợp thay thế việc đặt catheter trung tâm để chạy thận nhân tạo ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, khi bắt đầu thực hiện lọc màng bụng sớm hơn 2 tuần sau đặt catheter. 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. Mục tiêu của nghiên cứu là 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 BV Nhân dân 115.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiền cứu. Tính hiệu quả được xét dựa trên việc bệnh nhân không phải chạy thận nhân tạo trong thời điểm làm LMB sớm, mức độ giảm ure, creatinine. Tính an toàn được xét dựa trên tần suất xuất hiện các biến chứng ở bệnh nhân làm LMB sớm.

Kết quả: Trong thời gian từ 01/01/2017 đến tháng 31/08/2017 chúng tôi thu thập được 25 bệnh nhân được làm LMB sớm. Ure trung bình giảm được 24% và creatinine giảm được 21% so với chỉ số trước lọc. Mức độ giảm ure, creatinine sau thời gian làm LMB sớm không liên quan đến việc bệnh nhân đã được chạy thận nhân tạo trước đó hay không ($p > 0,05$), số lần làm LMB sớm trong tuần, thời gian ngâm dịch và thể tích dịch ngâm. Một bệnh nhân (4%) cần chạy thận nhân tạo bổ sung trong thời gian làm LMB sớm do quá tải dịch. Một trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ, dẫn đến bung vết mổ. Không ghi nhận trường hợp nào bị viêm phúc mạc, rò rỉ dịch, máu tụ hoặc xuất huyết phúc mạc, vết mổ và không có chức năng catheter tiên phát.

Kết luận: LMB 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 sử dụng đường mạch máu tạm thời là catheter trung tâm trong khi chờ làm lọc màng bụng thường qui.

(*) Khoa Nội thận — Miễn dịch ghép Bệnh viện Nhân Dân 115

(**) Giám đốc Bệnh viện Nhân Dân 115

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 với catheter trung tâm tạm thời hoặc catheter hầm mà không có đường dò động tĩnh mạch có sẵn⁽⁷⁾. Việc mang

catheter trung tâm sẽ dễ dẫn đến nhiễm trùng, tăng nhập viện, và tử vong trong năm đầu điều trị, đặc biệt khi so với catheter lọc màng bụng^(2,3). Lọc màng bụng (LMB) 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 — 4 tuần để lành sẹo. Cho nên LMB thường được dùng cho bệnh nhân không có tình huống khẩn cấp.

Lọc màng bụng sớm (không 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, nhưng không cần lọc máu cấp cứu. 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 tại Bệnh viện Nhân dân 115”.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU: (1) Đánh giá tính an toàn của kỹ thuật lọc màng bụng sớm bằng máy Homechoice 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. (2) Đánh giá tính hiệu quả của kỹ thuật lọc màng bụng sớm bằng máy Homechoice trên bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối qua việc ghi nhận bệnh nhân có hoặc không chạy thận nhân tạo qua catheter trung tâm tạm thời trong thời gian làm lọc màng bụng sớm, mức độ giảm ure, creatinine và thể tích siêu lọc.

ĐỐI TƯỢNG - 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 cuối nhập viện tại khoa Thận nội — Miễn dịch ghép bệnh viện Nhân dân 115 mà chưa có kế hoạch lọc máu trước đó.

Tiêu chuẩn nhận 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 của lọc màng bụng

- Bệnh nhân không đồng ý làm lọc màng bụng

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

Tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân nhập viện trong tình trạng bệnh thận mạn giai đoạn 5 (không có hội chứng ure máu cao rõ) sẽ được tư vấn điều trị thay thế thận. Nếu bệnh nhân là ứng viên 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).

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, và quyết định bệnh nhân có cần thực hiện lọc màng bụng ngay lập tức không và trì hoãn việc vào dịch nếu có thể để vết mổ có thể lành sẹo. Nếu có cần LMB ngay, bệnh nhân sẽ được chỉ định lọc màng bụng bằng máy Homechoice ở tư thế nằm, kê liều tùy vào tình trạng bệnh nhân.

Thông thường, bệnh nhân sẽ được lọc cách quãng, 3 lần/tuần lúc bắt đầu hoặc mỗi ngày tùy mức độ triệu chứng.

- Thể tích ngâm tùy vào diện tích da (Body Surface Area - BSA) của BN:
 - 500ml nếu BSA <1.65
 - 750ml nếu BSA 1.65 - 1.8
 - 1000ml nếu BSA >1.8
- Nồng độ dịch lựa chọn tùy vào mức độ khó thở và phù của bệnh nhân
- 4 - 6 chu kỳ một lần điều trị, tổng thời gian điều trị 5 - 8 giờ.

Sau khi kết thúc điều trị, bệnh nhân được ghi nhận lượng dịch xả ra, thể tích siêu lọc, cân nặng, huyết áp sau thủ thuật và làm các xét nghiệm máu nếu cần. Sau thủ thuật bệnh nhân được tháo kết nối với máy và tự do đi lại.

Bác sĩ theo dõi bệnh nhân hằng ngày để kịp thời phát hiện các biến chứng và xử trí, kê toa lọc màng bụng phù hợp. Biến chứng nhiễm trùng gồm nhiễm trùng lối thoát và đường hầm, viêm phúc mạc, nhiễm trùng vết mổ. Biến chứng cơ học gồm rò rỉ dịch qua vết mổ, vào thành bụng, máu tụ vết mổ, xuất huyết phúc mạc và vết mổ, di lệch catheter và mất chức năng catheter tiên phát.

Trong thời gian nằm viện thực hiện thủ thuật, điều dưỡng sẽ huấn luyện bệnh nhân và thân nhân cách thực hiện lọc màng bụng bằng máy (nếu bệnh nhân muốn làm APD) hoặc cách thực hiện lọc màng bụng bằng tay (nếu bệnh nhân muốn làm CAPD).

Phân tích thống kê: Kết quả được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS. Biến số định lượng được trình bày dưới dạng trị số trung bình ($\pm$ độ lệch chuẩn) nếu kết quả có phân phối chuẩn hoặc dưới dạng số trung vị (tứ phân vị 25%, 75%) nếu không có

phân phối chuẩn. Biến số định tính được trình bày dưới dạng trị số, tỉ lệ phần trăm (n,%). Kiểm định trung bình bằng *t*-test. Kiểm định sự khác biệt tỉ lệ bằng test Chi bình phương (Chi-square). Dùng phép kiểm phi tham số khi không có phân phối chuẩn, $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập số liệu được trên 25 bệnh nhân, số bệnh nhân nữ nhiều hơn số bệnh nhân nam, chiếm hơn 2/3 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu. Tuổi trung vị của nhóm nghiên cứu là 59 tuổi [46,5 - 76,5], lớn nhất 87 tuổi, nhỏ nhất 28 tuổi. Hơn 3/4 bệnh nhân là trên 50 tuổi, và trong số này gần một nửa là bệnh nhân trên 60 tuổi. Hiện nay độ tuổi bệnh nhân được lọc máu ngày càng tăng, có thể do sự gia tăng tuổi thọ trong dân số. Bệnh đi kèm nhiều nhất là tăng huyết áp và đái tháo đường type 2. Hai bệnh này cũng là nguyên nhân chính gây ra suy thận mạn giai đoạn cuối cho nhóm bệnh nghiên cứu cũng như trong dân số bệnh suy thận. Điều này cũng tương đồng với y văn của thế giới. Trung vị BMI nằm trong nhóm giới hạn bình thường, tuy nhiên khi phân nhóm gây, bình thường và béo phì thì có gần một nửa bệnh nhân bị gây, thiếu cân (40%) (bảng 1). Hb trung vị là 9.4g/dl, Hct khoảng 29%, nhóm bệnh nhân này có thiếu máu mức độ trung bình (bảng 2).

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu (n=26)

Đặc điểm	Trung vị hoặc tần suất	Tứ phân vị [25% - 75%] hoặc tỉ lệ %
Giới tính (Nữ)	18	72
Tuổi (Năm)	59	46.5 – 76.5
Cân nặng (kg)	48	40.5 – 54.5
Chiều cao (m)	1.52	1.5 – 1.6
BMI (kg/m ²)	19.5	17.4 – 21.5
Từ CTNT chuyển sang	5	20

CTNT cấp cứu	12	48
Huyết áp tâm thu (mmHg)	140	120 - 140
Huyết áp tâm trương (mmHg)	80	70 – 80
Nước tiểu tồn lưu (ml/24 giờ)	600	200 – 1000
Biểu hiện quá tải dịch (phù, tràn dịch đa màng..)	4	16
Bệnh đi kèm		
<i>Tăng huyết áp</i>	11	48
<i>Tăng huyết áp và đái tháo đường</i>	10	40
<i>Suy tim</i>	1	4
<i>Tăng huyết áp và suy tim</i>	2	8
Tăng huyết áp và bệnh mạch vành	1	4

BMI: Body Mass Index (Chỉ số khối cơ thể) CTNT: chạy thận nhân tạo

Bảng 2: Các đặc điểm cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Trung vị	Tứ phân vị
Ure (mg/dl)	175.25	131.6 – 213.1
Creatinine (mg/dl)	9.92	7.77 – 12.06
Albumin (g/dl)	3.28	3.08 – 3.54
Hb (g/dl)	9.4	8.5 – 10.5
Hct (%)	29.3	26.9 – 32.4
CRP (g/dl)	15.1	8.5 – 54.1

Số ngày từ lúc đặt catheter đến lúc vào dịch trung bình khoảng 6 ngày, ít nhất là 2 ngày. Toàn bộ bệnh nhân được dùng dịch 1.5% kê toa lúc ban đầu, tuy nhiên khoảng 20% bệnh nhân được chuyển đổi sang loại dịch nồng độ cao hơn trong quá trình điều trị. Đa số bệnh nhân được lọc mỗi ngày trong tuần (Bảng 3).

Bảng 3: Các đặc điểm về lọc màng bụng sớm bằng máy Homechoice

Đặc điểm	Trung vị hoặc tần suất	Tứ phân vị hoặc tỉ lệ %	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Số ngày từ lúc đặt catheter đến lúc vào dịch	6	3.25 – 7	2	12
Nồng độ dịch 1.5% sử dụng	25	100%		
Đổi nồng độ dịch	5	20%		
Thể tích ngâm (ml)	750	500 - 1000	500	1000
Số giờ ngâm (h)	10	8 – 10	7	12
Tần suất làm (mỗi ngày / cách ngày)	20	80%		

Về tính hiệu quả, Ure trung bình giảm được 24/4 và creatinine giảm được 21% so với chỉ số trước lọc. Có trường hợp mức giảm ure, creatinine lên đến lần lượt là 76% và 46%. Mức giảm ure có xu hướng nhiều hơn so với mức giảm creatinine. Mức độ giảm ure, creatinine sau thời gian làm APD không liên quan đến việc bệnh nhân đã được chạy thận nhân tạo trước đó ($p>0,05$) hay không, số lần làm APD trong tuần, thời gian ngâm dịch và thể tích dịch ngâm (bảng 4). Chạy thận nhân tạo bổ sung trong lúc làm lọc màng bụng bằng Homechoice: có một trường hợp phải chạy thận nhân tạo tăng cường trong thời gian sử dụng APD do quá tải dịch vì siêu lọc kém, tỉ lệ 4%. Hơn một nửa bệnh nhân của nhóm nghiên cứu không phải chạy thận nhân tạo cấp cứu trước khi làm APD và những bệnh nhân này cũng không cần chạy thận tăng cường sau khi làm APD.

Bảng 4: Mức độ giảm ure, creatinine và thể tích siêu lọc

Biến số	Trung vị	Tứ phân vị	Thấp nhất	Cao nhất
Mức giảm ure	0.24	0.11 – 0.47	-0.09	0.76
Mức giảm creatinine	0.21	0.14 – 0.32	0	0.46
Thể tích siêu lọc (ml)	500	225 – 900	100	1900

Về tính an toàn, qua ghi nhận biên chứng của APD, chỉ có 1 trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ, dẫn đến bung vết mổ là bệnh nhân nữ 82 tuổi. Một số bệnh nhân được cắt mạc nối, dịch xả ra vài lần đầu có máu đỏ nhưng tự giới hạn. Không ghi nhận trường hợp nào bị viêm phúc mạc, rò rỉ dịch, máu tụ hoặc xuất huyết phúc mạc, vết mổ và không có chức năng catheter tiên phát.

BÀN LUẬN

Hội chứng ure máu cao là hội chứng lâm sàng về rối loạn chuyển hóa, hormon, nước, điện giải, xảy ra khi độ thanh thải creatinine $<10\text{-}20\text{ ml/ph}/1.73\text{m}^2$, bao gồm những

triệu chứng và dấu hiệu sau: buồn nôn, nôn, mệt mỏi, chán ăn, sụt cân, chuột rút, ngứa da, thay đổi tình trạng thần kinh, rối loạn thị giác, tăng cảm giác khát... Bệnh nhân bị suy thận mạn giai đoạn cuối không những phải đối đầu với những khó chịu do hội chứng ure máu cao mà một số còn bị , quá tải dịch, thể hiện ở việc bị phù, khó thở, tràn dịch các màng ... Lọc màng bụng sớm tuy không thể giúp đạt được mục tiêu lọc máu đầy đủ như khuyến cáo nhưng có thể giúp làm giảm triệu chứng ure huyết và quá tải dịch, do đó bệnh nhân không phải chạy thận nhân tạo cấp cứu qua catheter trung tâm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ure huyết thanh trung bình giảm được 24% và creatinine huyết thanh giảm được 21% so với chỉ số trước lọc. Có trường hợp mức giảm ure, creatinine lên đến lần lượt là 76% và 46%. Mức giảm ure có xu hướng nhiều hơn so với mức giảm creatinine. Sự khác biệt trước và sau lọc không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên đa số bệnh nhân của nhóm nghiên cứu không cần chạy thận tăng cường sau khi làm LMB sớm vì hội chứng ure máu cao. Ngoài ra, mức độ giảm ure, creatinine sau thời gian làm LMB sớm không liên quan đến việc bệnh nhân đã được chạy thận nhân tạo trước đó ($p>0,05$) hay không, số lần làm LMB trong tuần, thời gian ngâm dịch và thể tích dịch ngâm. Kết quả này cho thấy ure và creatinine huyết thanh không thể dùng để đánh giá hiệu quả của lọc màng bụng.

Làm LMB sớm có thể kiểm soát tình trạng quá tải dịch của bệnh nhân nhờ vào việc điều chỉnh nồng độ dịch lọc, thể tích dịch ngâm và thời gian ngâm. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có thể tích siêu lọc tốt, trung vị là 500ml, có trường hợp cao nhất là 1900ml. Có khoảng 20% bệnh nhân được thay đổi dịch lọc sang nồng độ glucose cao hơn để đảm bảo thể tích siêu lọc đủ để kiểm soát tình trạng dịch. Chỉ có một trường hợp phải chạy thận nhân tạo tăng cường trong thời gian sử dụng LMB sớm do quá tải dịch (phù phổi cấp) vì siêu lọc kém, tỉ lệ 4%. Bệnh nhân này thể tích nước tiểu tồn lưu còn rất ít và có thể màng bụng tính thẩm cao, không thích hợp cho việc kê toa liều thấp.

Qua ghi nhận biến chứng của LMB sớm, chỉ có 1 trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ, dẫn đến bung vết mổ là bệnh nhân nữ 82 tuổi. Một số bệnh nhân được cắt mạc nối, dịch xả ra vài lần đầu có máu đỏ nhưng tự giới hạn. Không ghi nhận trường hợp nào bị viêm phúc mạc, rò rỉ dịch, máu tụ hoặc xuất huyết phúc mạc, vết mổ và không có chức năng catheter tiên phát. Nghiên cứu của chúng tôi thấy biến chứng ít so với các nghiên cứu khác có thể do số trường hợp nghiên cứu không nhiều, thời gian ngắn không đủ để quan sát số lượng biến chứng.

Các nghiên cứu liệt kê trong y văn cho thấy, LMB sớm làm tăng biến chứng cơ học nhiều hơn so với LMB thường qui, tuy nhiên điều này không làm cho việc LMB sớm thất bại khi theo dõi thời gian dài sau đó, bệnh nhân vẫn LMB với chức năng catheter bình thường. Theo tác giả Casaretto và cộng sự, chỉ 24% bệnh nhân LMB sớm nhập viện trong 90 ngày đầu là do biến chứng của lọc màng bụng: 16% do quá tải dịch và 8% do catheter có vấn đề. 76% còn lại nhập viện do có liên quan đến các bệnh đi kèm.

Biến chứng cơ học nhiều hơn ở nhóm LMB sớm so với nhóm LMB thường qui được tác giả Povlsen giải thích như sau: đầu tiên, những bệnh nhân làm LMB sớm bị tăng nguy cơ rò rỉ dịch có thể do bệnh nhân được ngâm một lượng dịch lớn lúc mới bắt đầu. Bắt đầu LMB sớm ở tư thế nằm với một lượng dịch lớn ngay sau khi đặt catheter cũng làm tăng nguy cơ di lệch catheter do catheter bị trôi. Do đó, bây giờ tác giả giảm số lượng dịch ngâm xuống tối đa còn 1.5 lít. Thứ hai, họ không có thời gian chuẩn bị đại tràng cho bệnh nhân làm LMB sớm trước khi đặt catheter và bắt đầu thực hiện LMB. Sau cùng, trong hoàn cảnh cần lọc máu khẩn trương, bất cứ catheter nào không hoạt động phải được phẫu thuật thay cái khác ngay. Ngược lại, đối với những trường hợp làm có kế hoạch, bạn có thời gian và sự kiên nhẫn đợi một hai ngày, cho bệnh nhân vận động, làm trống ruột sau đó thử làm lại LMB, thường sau đó vấn đề được giải quyết mà không cần đặt lại hoặc chỉnh sửa catheter.

Một biến chứng không kém phần quan trọng ở nhóm bệnh nhân này là tình trạng nhiễm trùng. Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận cụ thể tình trạng nhiễm trùng catheter trung tâm dùng chạy thận nhân tạo nhưng có ghi nhận không trường hợp nào bị viêm phúc mạc hoặc nhiễm trùng lỗ thoát và đường hầm. Chỉ một trường trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ và xử trí thành công. Trong hầu hết các nghiên cứu, nhóm làm LMB sớm ít bị nhiễm trùng hơn hoặc tối đa là tương đương với nhóm lọc máu qua catheter trung tâm. Khi so với nhóm lọc màng bụng truyền thống, tỉ lệ viêm phúc mạc cũng tương đương nhau, sống còn của catheter LMB cũng tương đương nhau. Tác giả Povlsen ghi nhận tuy làm LMB ngay sau khi đặt catheter có làm tăng nguy cơ biến chứng cơ học, nhưng không làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Thay vào đó, nếu dùng catheter trung tâm để chạy thận nhân tạo tạm thời sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng huyết, hẹp tĩnh mạch trung tâm và huyết khối, có thể đe dọa tính mạng.

Đề tài có một số hạn chế như cỡ mẫu nhỏ, làm trong thời gian ngắn nên chưa thấy rõ hiệu quả hoặc biến chứng nếu có của LMB sớm. Dân số nghiên cứu đa số là người lớn tuổi, bệnh đi kèm nhiều nên kết quả điều trị cũng khác nhau.

KẾT LUẬN

Tóm lại, LMB 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 LMB 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BỘ Y TẾ, Cẩm nang lọc màng bụng, 2015, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Thanh Thùy, Tạ Phương Dung, Trần Thị Bích Hương, 2012, “Vai trò của chức năng thận tồn lưu trên bệnh nhân thẩm phân phúc mạc liên tục ngoại trú”. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 16(3): 174— 181.
3. Trần Văn Vũ, 2011, “Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối chưa lọc thận”. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 15(4): 53 - 59.
4. Arramreddy, R., et al., 2014, "Urgent-Start Peritoneal Dialysis: A Chance for a New Beginning". Am J Kidney Dis. 63(3): p. 390-395.
5. Aslam, N., et al., 2006, "Comparison of Infectious Complications between Incident Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients". CJiwickal Journal of the American Society of Nephrology. 1(6): p. 1226-1233.
6. Daugirdas, J.T., P.G. Blake, and T.S. Ing, “Part II: Peritoneal Dialysis ”, in Handbook of Dialysis, J.T. Daugirdas, P.G. Blake, and T.S. Ing, Editors. 2007, Lippincott Williams & Wilkins: Philadenphia.

NHÂN 17 CA LỌC MÁU HEMODIAFILTRATION ONLINE TRÊN BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI ĐANG LỌC MÁU ĐỊNH KỲ TẠI KHOA NỘI THẬN - BVĐKTT AN GIANG NĂM 2018

Lữ Công Trung , Phan Trần Bảo Duy,

Huỳnh Trinh Tri, Đặng phước Thành

Tóm tắt:

HDF online là kỹ thuật kết hợp giữ cơ chế khuếch tán và đối lưu và sử dụng dịch thay thế vô khuẩn làm tăng hiệu quả lọc máu ở bệnh nhân lọc máu lâu dài, đặc biệt là những bệnh lý liên quan đến lọc máu. Trong trường hợp này HDF online sẽ giúp lọc sạch các chất có trọng lượng phân tử trung bình và lớn hơn mà thận nhân tạo không giải quyết được. Kỹ thuật HDF online lần đầu được thực hiện năm 1978. Nhân 17 trường đầu tiên chạy HDF online tại bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang chúng tôi nhận thấy phương pháp này cải thiện chỉ số kt/v cao, an toàn cho bệnh nhân.

Summary:

The report 17 cases online HDF in end stage renal disease patients on hemodialysis at Department of Nephrology of An Giang General Hospital in 2018.

Online hemodiafiltration technique combining the diffusion mechanism with elevated convection and the use of pyrogen-free dialysate as a replacement fluid has been increasingly shown to be an effective dialysis modality for chronic hemodialysis patients, especially for those on long-term HD and protracting dialysis-related pathologies. HDF online method has been implemented since 1978. According to reported 17 cases of dialysis using HDF online at An Giang General Hospital, we found that HDF online improve the Kt/v index and safety for hemodialysis patients.

Đặt vấn đề:

Lọc máu là một trong những phương pháp được dùng trong điều trị thay thế thận cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối (STMGĐC) và là phương pháp điều trị hiệu quả, duy trì sự sống cho nhiều bệnh nhân [3,4,5]. Hemodiafiltration (HDF) được chứng minh là phương thức lọc máu hiệu quả gần giống thận tự nhiên nhất do khắc phục được một số nhược điểm mà HD thường qui mắc phải như giúp thanh lọc một lượng lớn chất hoà tan trọng lượng phân tử nhỏ và lớn do kết hợp cơ chế khuếch tán và đối lưu, giúp ổn định huyết động, từ đó làm giảm hạ huyết áp trong lúc lọc máu thậm chí ở bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao và cải thiện bệnh suất cũng như tử suất của bệnh nhân lọc máu [6,7,8]. Năm 2018, bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang trang bị cho Khoa nội thận máy lọc máu HDF online. Vì vậy, chúng tôi tường trình 17 ca lọc máu HDF- online này.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả điều trị ban đầu của phương pháp lọc máu HDF online trên bệnh nhân suy thận mạn đang lọc máu định kỳ.

Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được điều trị thay thế thận bằng HD kèm lọc máu bằng phương pháp HDF online thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu:

-Các chỉ định chạy HDF online đối với bệnh nhân chạy thận nhân tạo:

Tăng huyết áp không đáp ứng điều trị

Ứ đọng các chất có trọng lượng phân tử trung bình trở lên $\beta 2$ microglobuline

Hội chứng Amyloidosis

Bệnh lý viêm đa dây thần kinh do tăng ure huyết

Tăng Phospho, PTH không đáp ứng với điều trị nội khoa

-Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân được lọc máu định kỳ tại khoa Nội thận tiết niệu – bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Bệnh nhân có dò động tĩnh mạch (FAV) có khả năng cung cấp lưu lượng máu > 250ml/phút.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Kỹ thuật lọc máu bằng phương pháp HDF online

Các cơ chế lọc máu

Khuếch tán (Diffusion)

Siêu lọc (Ultrafiltration)

Đối lưu (Convection)

Hấp phụ (Adsorption)

CÁC THUẬT NGỮ

Low flux – Hemodialysis (Low flux- HD): khuếch tán chủ yếu, đối lưu rất ít

High flux - Hemodialysis (High flux-HD) : khuếch tán chủ yếu, đối lưu rất ít

High flux – Hemodiafiltration (High flux-HDF)

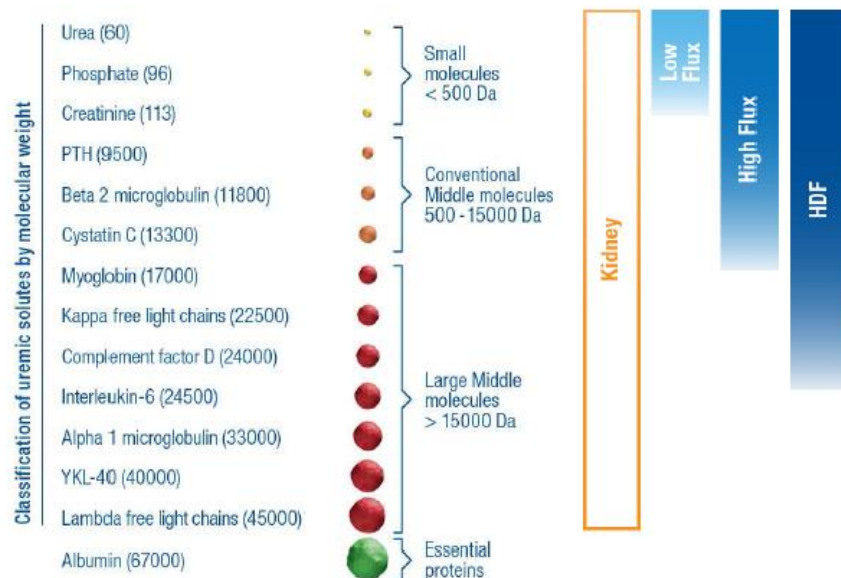
1. Thể tích dịch bù nhỏ: khuếch tán, đối lưu vừa phải

2. Thể tích dịch bù lớn: khuếch tán và đối lưu tốt

Thể tích lọc nhỏ (low volume filtration): < 15 lít

Thể tích lọc lớn (high volume filtration) : ≥ 15 lít

Current therapies limitation in removal of whole spectrum of uremic toxins



-Nguồn nước siêu sạch qua màng lọc kép

-Máy HDF online của công ty Fresenius (5008 S)

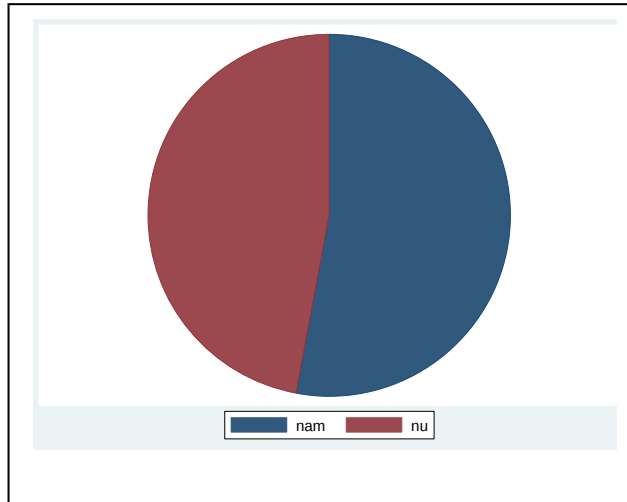
Kết quả nghiên cứu

Có 17 bệnh nhân đang lọc máu định kỳ tại khoa Nội thận tiết niệu – bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đủ điều kiện được đưa vào nghiên cứu.

Đặt điểm chung

- Tuổi trung bình: 51 ± 3

- Giới



Biểu đồ : Giới tính Nam=9; nữ =8

- Thời gian lọc máu: 4.0 ± 0.8 năm
- Tiền căn : bệnh lý dẫn đến suy thận mạn
- Tăng huyết áp: 58%
- Đái tháo đường: 5.8%
- Không rõ nguyên nhân 35%

Cận lâm sàng:

Bảng 1: Cận lâm sàng

	Cận lâm sàng	Kết quả
1	Nồng độ Hb máu	10.0 ± 0.5 g/d
2	Nồng độ Albumine máu	40.8 ± 0.7 g/l
3	Ferritine máu	402.94ng/ml
4	Độ lọc cầu thận GFR	$GFR = 7.11 \pm 0.52$ ml/phut/1.73m ²

Kỹ thuật

- Tốc độ lọc máu :

	Mean	Std Err	(95% conf. interval)
vt	325.88	7.074	310.88- 340.87

- $Kt/v = 1.56 \pm 0.036$

Các biến chứng

Các biến chứng trong lọc máu bằng HDF online: Chỉ có 1 ca buồn nôn

Bàn luận

Có 17 bệnh nhân đang lọc máu định kỳ tại khoa Nội thận tiết niệu – bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đủ điều kiện được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình 51 ± 3 . Giới nam chiếm tỷ lệ 53% (9/17). Thời gian bệnh nhân lọc máu định kỳ là 4.0 ± 0.8 năm. Nguyên nhân suy thận mạn do tăng huyết áp và đái tháo đường là 65% và không rõ nguyên nhân là 35%. Kết quả cận lâm sàng: nồng độ albumine máu là 40.8 ± 0.7 g/l; nồng độ Hb máu là 10.0 ± 0.5 g/d và độ lọc cầu thận $eGFR = 7.11 \pm 0.52$ ml/phút/1.73m² da. Bước đầu áp dụng kỹ thuật này rất thuận lợi và an toàn do điều dưỡng có kinh nghiệm trong lọc máu định kỳ thường qui và được tập huấn kỹ thuật lọc máu bằng HDF online một tháng tại bệnh viện Thống Nhất tp HCM. Bên cạnh đó, chúng tôi còn được sự hỗ trợ tích cực của tuyến trên. Qua các lần lọc, chúng tôi thấy có cải thiện các biến chứng so với lọc máu thông thường. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ có một trường hợp buồn nôn. Theo tác giả Tạ Phương Dung (2013) kỹ thuật HFD - online giảm triệu chứng ngứa ($p=0.04$), và kích thích thèm ăn ($p=0.03$), ở bệnh nhân mỗi tuần lọc HFD 1 lần trong 6 tháng, giảm β_2 microglobuline ($p<0.001$) [1]. Theo tác giả Peters SA et al giảm yếu tố nguy cơ tử vong do 14% khi lọc máu bằng HDF online [6]. $Kt/v < 0.8$ là dấu ấn tăng tần suất và tỷ lệ tử vong theo HEMO study (RCT) $n=1846$ ở 72 trung tâm lọc máu tại Mỹ [6]. Theo khuyến cáo K/DOQI $Kt/v = 1.2$ chúng tôi đạt được 1.56 ± 0.036 .

Kết luận

Bước đầu triển khai kỹ thuật lọc máu bằng HDF online tại khoa Nội thận - bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang rất thuận lợi, an toàn. Phương thức này lọc tốt hơn các chất có trọng lượng phân tử nhỏ và lớn, giúp cải thiện chất lượng sống và kéo dài tuổi thọ cho bệnh nhân. Để đánh giá hiệu quả của lọc máu HDF online cần có những nghiên cứu sâu hơn.

Tài liệu tham khảo:

- 1- Tạ Phương Dung, et al (2013). “ Nghiên cứu hiệu quả bước đầu của phương thẩm tách- siêu lọc máu tự động liên tục trên bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ “. Tạp chí y học TP HCM, tập 17 số 3.
2. Trần Thị Thùy Dương et al (2014), **NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ CỦA ONLINE HEMODIAFILTRATION Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẴNG**, Tạp chí y dược học, số 24/2014; trang 21.
3. Canaud, B., (2006). Therapeutic Benefits of Online Haemodiafiltration. European Renal & Genito-Urinary Disease, 15: p. 20-23.
4. Jirka T, Cesare S, and Di Benedetto, (2005). Mortality risk for patients receiving HDF vs Haemodialysis. Nephrol Dial Transplant, 20(5): p. 16-22.
5. National Kidney Foundation, (2006). KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy and Vascular Access. J Am Kidney Dis, 48(1): p. S1- S332.
6. Peters SA et al (2016) “ Haemodiafiltration and mortality in end- stage kidney disease patients: a pooled individual participant data analysis from four randomized controlled trial “, Nephrol Dial Transplant. 31(6). pp 978-984.
7. Vinhas, J., A. Vaz, and C. Barreto, (2006). ONLINE HDF increases patient survival irrespective of dialysis dose and patient characteristics: data from a single centre. Dialysis Unit, FMC Kidney Centre, Setbal, Portugal.
8. Ward, R.A., et al., (2000). A Comparison of On-Line Hemodiafiltration and High-Flux Hemodialysis: A Prospective Clinical Study. Journal of the American Society of Nephrology, 11(12): p. 2344-2350.
- 8- Oxford Handbook of Dialysis (2016) .4 th pp 172- 174.

KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN GIỮA TĂNG HUYẾT ÁP VÀ LOÃNG XƯƠNG

*Bùi Thị Hồng Phê, Phạm Ngọc Trung,
Mai Thanh Bình, Hồ Thị Mộng Bích*

TÓM TẮT:

Loãng xương và tăng huyết áp là hai bệnh phổ biến và là một trong những nguyên nhân gây tàn phế và tử vong ở người cao tuổi. Ở Việt Nam nghiên cứu về mối liên quan giữa loãng xương và tăng huyết áp còn hạn chế.

Mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ loãng xương trên bệnh nhân tăng huyết áp và mối liên quan giữa tăng huyết áp với loãng xương.
2. Mối liên quan giữa tăng huyết áp và nguy cơ gãy xương trong 10 năm qua mô hình NGUYEN.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu: bệnh - chứng.
- Mẫu nghiên cứu: 200 bệnh nhân gồm 2 nhóm tương đương nhau về tuổi, giới. Trong mỗi nhóm có 65 nữ, 35 nam. Tuổi trung bình của nhóm tăng huyết áp là $72,11 \pm 10,5$; nhóm không tăng huyết áp là $63,87 \pm 8,1$.

Kết quả:

Tỉ lệ loãng xương ở nhóm tăng huyết áp là 57% và 13% ở nhóm chứng. Giá trị trung bình T-score ở nhóm tăng huyết áp là $(-2,48 \pm 1,4)$ và nhóm không tăng huyết áp là $(-1,1 \pm 1,31)$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p=0,00$). BMD trung bình của nhóm tăng huyết áp là $(0,64 \pm 0,18 \text{g/cm}^2)$, nhóm không tăng huyết áp là $(0,77 \pm 0,16 \text{g/cm}^2)$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p=0,00$). Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ gây gãy xương. Theo mô hình NGUYEN, tần suất gãy xương toàn thân và gãy xương hông ở nhóm tăng huyết áp cao hơn nhóm không tăng huyết áp với ($p=0,00$).

ABSTRACT

Osteoporosis and hypertension are two common diseases, the incidence of which increases with aging and the causes of disability and death in the elderly. In Vietnam, the study of the relationship between osteoporosis and hypertension are limited.

Object:

1. The prevalence of osteoporosis in hypertension patients and the relationship between hypertension and osteoporosis.
2. The relationship between hypertension and risk of fracture in the ten years NGUYEN models.

Subject and Method:

- Methods study: case-control.
- Subject: the total 200 patients included two group were similar in age, gender. Each of group has 65 females and 35 males. The mean age of the group with hypertension 72.11 ± 10.5 years and 63.87 ± 8.1 years with group no hypertension.

Results:

The prevalence of osteoporosis in hypertensive group in 57% and 13% in the control group. The average value T-score in the hypertensive group (-2.48 ± 1.4), in the control group (-1.1 ± 1.31). The differences in two group are statistically significant ($p=0.00$). The mean value of BMD in the hypertensive group ($0.64 \pm 0.18 \text{g/cm}^2$), in the control group ($0.77 \pm 0.16 \text{g/cm}^2$). The differences in two group are statistically significant ($p=0.00$). Hypertension is a risk for fractures in NGUYEN models. The prevalence major osteoporotic and hip fracture of hypertensive group are higher than control group with ($p=0.00$).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển của y học, tuổi thọ con người đang ngày càng gia tăng. Tuy nhiên, đồng hành với sự gia tăng tuổi thọ là những gánh nặng bệnh tật do thời gian đem lại như: tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, loãng xương,... Trong số đó loãng xương và tăng huyết áp là một trong những nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong

ở người cao tuổi [6]. Hằng năm trên thế giới có hơn 8,9 triệu người gãy xương do loãng xương. Ước tính loãng xương gây ảnh hưởng đến 200 triệu phụ nữ trên thế giới (khoảng 1/10 phụ nữ tuổi 60, 1/5 tuổi 70, 2/5 tuổi 80, 1/3 tuổi 90). Mỹ và Châu Âu chi trả 51% chi phí cho các ca gãy xương, số còn lại chủ yếu ở Tây Thái Bình Dương và Đông Nam Á [7]. Để nhận ra những bệnh nhân có nguy cơ gãy xương và tử vong cao, nhiều mô hình tiên lượng đã được nghiên cứu và đưa ra ứng dụng trên thực tế lâm sàng. Trong đó mô hình NGUYEN là một công cụ tiên lượng, nhằm cung cấp nguy cơ gãy xương trong 10 năm dựa vào các yếu tố nguy cơ và thông tin lâm sàng của bệnh nhân.[13]. Tăng huyết áp là một bệnh tim mạch mạn tính thường gặp chiếm tỉ lệ cao 20-40% dân số. Ước tính mỗi năm có khoảng 7,1 triệu người chết do tăng huyết áp, và chiếm 4,5% tỉ lệ tử vong của tất cả các bệnh. Tăng huyết áp ảnh hưởng tới khả năng lao động, xã hội và y tế, là nguyên nhân gây tàn phế cho 64 triệu người hàng năm [1]. Tăng huyết áp nhẹ thường không biểu hiện triệu chứng lâm sàng, hoặc được phát hiện tình cờ, hoặc được phát hiện khi có biến chứng. Hậu quả nặng nề của tăng huyết áp không phải do chính bản thân bệnh mà do những biến cố có liên quan đến tăng huyết áp như đột quỵ não, xơ vữa động mạch, nhồi máu cơ tim và các bệnh tim mạch khác [1].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ loãng xương trên bệnh nhân tăng huyết áp và mối liên quan giữa tăng huyết áp với loãng xương.
2. Mối liên quan giữa tăng huyết áp và nguy cơ gãy xương trong 10 năm qua mô hình NGUYEN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu: bệnh – chứng

2. Đối tượng nghiên cứu

- Nhóm bệnh: 100 bệnh nhân trên 50 tuổi có tăng huyết áp được điều trị tại phòng khám nội khớp bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2018.

- Nhóm chứng: 100 bệnh nhân trên 50 tuổi không tăng huyết áp có các chỉ số nhân trắc tương đương nhóm bệnh.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Các bệnh nhân có các bệnh hoặc sử dụng thuốc làm ảnh hưởng đến mật độ xương như: cường giáp, đái tháo đường, sử dụng corticoid...

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia.

3. Thu thập số liệu

- Thăm khám bệnh nhân, ghi nhận tuổi, giới, địa chỉ, cân nặng, chiều cao, BMI, tiền sử tăng huyết áp, thời gian tăng huyết áp, tiền sử gãy xương, tiền sử té ngã.

- Đánh giá nguy cơ gãy xương trong 10 năm theo mô hình NGUYEN (5 yếu tố: tuổi, cân nặng, tiền sử gãy xương, chỉ số T, tiền sử té ngã).

- Bệnh nhân tăng huyết áp, chẩn đoán theo ACC/AHA/2017.

Bảng hướng dẫn chẩn đoán tăng huyết áp của ACC/AHA/2017

Loại HA	Tâm thu mmHg		Tâm trương mmHg
Bình thường	< 120	và	< 80
Tăng HA	120 – 129	và	< 80
Tăng HA độ I	130 -139	hoặc	80 – 89
Tăng HA độ II	≥ 140	hoặc	≥ 90
Cơn THA (đi khám BS ngay lập tức)	> 180	và/hoặc	> 120

- Bệnh nhân được đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA. máy HOLOGIC

- Chẩn đoán loãng xương theo tiêu chuẩn WHO 1994 dựa vào mật độ xương.

Chẩn đoán

T-score (T)

Bình thường

T > -1

Thiếu xương

-2,5 < T < -1,5

Loãng xương

 $T \leq -2,5$

Loãng xương nặng

 $T \leq -2,5$ và tiền sử gãy xương**4. Phân tích và xử lý số liệu.**

- Các số liệu được trình bày tỉ lệ cho các biến nhị phân. Các biến số có phân phối chuẩn được trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn.

- Khảo sát mối liên hệ giữa các yếu tố bằng phép kiểm Pearson, độ tin cậy 95% với $P < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

- Dự đoán gãy xương theo mô hình NGUYỄN (Garvan Fracture Risk calculator)

- Sử dụng phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ**1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu.****Bảng 3.1.** Đặc điểm mẫu nghiên cứu.

	Nhóm Bệnh	Nhóm Chứng
N	100	100
Tuổi (năm)	72.1±10.6	63.8±8.1
Giới Nữ	65%	65%
BMI	21.4±3.3	22.9±3.3
Loãng xương	Loãng xương 57%	Loãng xương 13%
T-score	-2.4±1.4	-1.1±1.3
BMD	0.631±0.18	0.77±0.15
Thời gian THA	5.5±5.3	0±0
HA tâm thu (cmHg)	14.1±1.83	12±0
HA tâm trương (cmHg)	7.8±0.6	7±0

2. Mối liên quan giữa tăng huyết áp với loãng xương.**Bảng 3.2.** Mối liên quan giữa tăng huyết áp với loãng xương.

	Tăng huyết áp	Không tăng huyết áp	Total	P
Loãng xương	57 (57.0%)	13 (13.0%)	70	0.000
Không loãng xương	43 (43.0%)	87 (87.0%)	130	

Nhận xét: tỉ lệ mắc loãng xương của nhóm tăng huyết áp 57% cao hơn nhóm không tăng huyết áp 13% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P=0,000.

3. Mối liên quan giữa tăng huyết áp với chỉ số T-score.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa tăng huyết áp với chỉ số T-score.

	Tăng huyết áp	Không tăng huyết áp	Cả 2 nhóm	P
	X±SD	X±SD	X±SD	
T-score	-2.48±1.43	-1.1±1.31	-1.79±1.53	0.000

Nhận xét: T-score của nhóm tăng huyết áp thấp hơn hẳn nhóm không tăng huyết áp có ý nghĩa thống kê với P=0,000.

4. Mối liên quan giữa tăng huyết áp với mật độ xương.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tăng huyết áp với mật độ xương.

	Tăng huyết áp	Không tăng huyết áp	Cả 2 nhóm	P
BMD	X±SD	X±SD	X±SD	
(g/cm ²)	0.64±0.18	0.77±0.16	0.71±0.18	0.000

Nhận xét: trong nghiên cứu của chúng tôi, mật độ xương trung bình của nhóm tăng huyết áp thấp hơn nhóm không tăng huyết áp là 0,13g/cm², sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0,000.

5. Mối liên quan giữa tăng huyết áp với nguy cơ gãy xương trong 10 năm.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa tăng huyết áp với nguy cơ gãy xương trong 10 năm.

	Tăng huyết áp	Không tăng huyết áp	Cả 2 nhóm	P
--	---------------	---------------------	-----------	----------

	X $\pm$ SD	X $\pm$ SD	X $\pm$ SD	
P.FX (%)	28.38 $\pm$ 19.83	11.99 $\pm$ 9.98	20.19 $\pm$ 17.68	0.000
P.HIP (%)	13.23 $\pm$ 17.94	2.66 $\pm$ 4.2	7.94 $\pm$ 14.04	0.000

Nhận xét: nghiên cứu chúng tôi cho thấy nguy cơ gãy xương trong 10 năm của nhóm tăng huyết áp (28,38% $\pm$ 19,83) cao hơn nhóm không tăng huyết áp (11,99% $\pm$ 9,98). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,000.

IV. BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ loãng xương trên bệnh nhân tăng huyết áp, mối liên quan giữa tăng huyết áp với loãng xương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ loãng xương của nhóm tăng huyết áp (57%) cao hơn nhóm không tăng huyết áp là (13%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P=0,00. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Shuman Yang và cộng sự [10]. Do bệnh nhân tăng huyết áp thường ít vận động, ăn uống kiêng khem dẫn đến thiếu calci, vitamin D, vitamin K làm tăng nguy cơ loãng xương. Hơn nữa về mặt sinh học gần đây phát hiện vai trò của hệ thống RANKL/RANK/OPG trong việc điều phối quá trình chu chuyển xương. OPG mRNA tìm thấy trong một số mô như tim, thận, phổi, gan, ruột, não, tuyến yên và xương. RANKL mRNA được tìm thấy trong xương và tủy xương, lách, gan. Vai trò của OPG là ức chế tế bào hủy xương, còn vai trò của RANKL là kích thích sự biệt hóa của tế bào hủy xương. Do đó OPG và RANKL kết hợp thành một hệ thống kiểm soát quá trình tạo nên các tế bào hủy xương, kích hoạt quá trình chu chuyển xương [2,7]. Các nghiên cứu chỉ ra rằng hệ thống Renin-angiotensins (RAS) đóng vai trò chính trong kiểm soát huyết áp và ảnh hưởng đến mật độ xương. Angiotensins II tác động trên cytokin RANKL và yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu kích thích sự hình thành hủy cốt bào làm giảm mật độ xương [2,12].

2. Mối liên quan giữa tăng huyết áp với chỉ số T-score, mật độ xương (BMD).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, T-score và mật độ xương của nhóm tăng huyết áp thấp hơn hẳn so với nhóm không tăng huyết áp, với $p=0,00$ có ý nghĩa thống kê. Mật độ xương của nhóm tăng huyết áp ($0,64\pm 0,16\text{g/cm}^2$) thấp hơn nhóm không tăng huyết áp ($0,77\pm 0,16\text{g/cm}^2$) là $0,13\text{g/cm}^2$.

Thời gian tăng huyết áp trung bình của nhóm nghiên cứu là $5,51\pm 5,35$ năm. Vậy trung bình mỗi năm nhóm tăng huyết áp có mật độ xương giảm hơn so với nhóm không tăng huyết áp $0,024\text{g/cm}^2$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Marina Rasie Popovic là $0,014\text{g/cm}^2$ [9] và kết quả nghiên cứu của Lê Thị Huệ, Hà Thị Kim Chi $0,015\text{g/cm}^2$ [3].

Thời gian tăng huyết áp trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $5,51\pm 5,35$ năm. Huyết áp max trung bình $14,07\pm 1,83\text{mmHg}$. Huyết áp min trung bình $7,82\pm 0,59\text{mmHg}$. Điều này cho thấy nhóm bệnh nhân tăng huyết áp trong nghiên cứu được kiểm soát, và tuân thủ điều trị tốt. Đã có một số nghiên cứu chứng minh các thuốc điều trị tăng huyết áp cũng tác động lên quá trình chuyển hóa của xương, từ đó ảnh hưởng lên mật độ khoáng của xương [8]. Thuốc điều trị tăng huyết áp có thể gây những rối loạn về chuyển hóa calci, làm tăng huy động calci từ xương và làm tăng bài tiết calci qua nước tiểu, dẫn đến giảm mật độ xương và tăng nguy cơ loãng xương [10]. Tuy nhiên ảnh hưởng của thuốc điều trị tăng huyết áp tác động lên xương vẫn còn chưa rõ ràng.

3. Mối liên quan giữa tăng huyết áp và nguy cơ gãy xương.

Theo khuyến cáo của tổ chức loãng xương Hoa Kỳ (National Osteoporosis Foundation (NOF)). Đối tượng có giá trị tiên lượng gãy xương toàn thân (PFX) $\geq 20\%$ hoặc giá trị tiên lượng gãy cổ xương đùi (P.HIP) $\geq 3\%$ được xem là “nguy cơ cao” và được chỉ định điều trị [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: nhóm tăng huyết áp có P.FX= $28,38\%\pm 19,83$ và P.HIP= $13,23\%\pm 17,94$ cao hơn nhóm không tăng huyết áp. Nhóm không tăng huyết áp có P.FX= $11,99\%\pm 9,98$ và P.HIP= $2,66\%\pm 4,2$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,00$. Như vậy nhóm tăng huyết áp có “nguy cơ cao” và có

chỉ định điều trị theo NOF. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Lê Thị Huệ, với nhóm tăng huyết áp P.FX=19,52%±13,26 và P.HIP=11,43% ± 10,92, nhóm không tăng huyết áp có P.FX=12,55%±12,58 và H.HIP=3,24%±4,87 [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn bởi vì chúng tôi áp dụng mô hình NGUYỄN còn nghiên cứu của Lê Thị Huệ áp dụng theo mô hình của FRAX. Bệnh nhân Việt Nam thường có những yếu tố nguy cơ khác với người Âu Mỹ (chẳng hạn như phụ nữ Việt Nam gần như không hút thuốc lá, nhưng gần 1/3 phụ nữ Âu Mỹ hút thuốc lá, nên mô hình FRAX có thể không có giá trị tiên lượng tốt cho bệnh nhân Việt Nam [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với quả kết nghiên cứu của Vestergaard và cộng sự [11] trong một nghiên cứu bệnh chứng với 126.655 trường hợp gãy xương và 373.962 trường hợp chứng cùng tuổi, giới đưa ra kết luận tăng huyết áp làm gia tăng gãy xương lên 1,2 lần. Mặc dù mối liên quan giữa tăng huyết áp và loãng xương còn chưa rõ ràng, tăng huyết áp cũng được xem là một yếu tố nguy cơ gây gãy xương [8].

V. KẾT LUẬN

1. Tăng huyết áp và loãng xương là hai bệnh thường gặp và là một trong những nguyên nhân gây tàn phế và tử vong ở người cao tuổi.
2. Tỷ lệ loãng xương cao 57% trong nhóm tăng huyết áp.
3. Mối liên quan giữa tăng huyết áp với loãng xương T-score, BMD ở hai nhóm tăng huyết áp và không tăng huyết áp khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,00$.
4. Theo mô hình NGUYỄN nhóm tăng huyết áp có nguy cơ gãy xương cao (P.FX=28,38%, P.HIP=13,23%) so với nhóm không tăng huyết áp (P.FX=11,99, P.HIP=2,66%).
5. Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ gây gãy xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Châu Ngọc Hoa, “Tăng huyết áp” bệnh học nội khoa. Nhà xuất bản Y học, TP. HCM 2012.
2. Lê Anh Thư, Nguyễn Đức Công “Mối liên quan giữa bệnh tim mạch và loãng xương”. Tài liệu HNKH loãng xương thường niên 7/2016, trang 49-53.

3. Lê Thị Huệ, Hà Thị Kim Chi “Nghiên cứu mối liên quan giữa tăng huyết áp và loãng xương”. Tài liệu hội nghị khoa học loãng xương thường niên 7/2016.
4. Nguyễn Thị Thanh Mai, Nguyễn Văn Tuấn “Tác động của FRAX đến tỉ lệ điều trị loãng xương trong cộng đồng”. HNKH loãng xương thường niên 7/2016.
5. Thái Viết Tạng, Nguyễn Văn Tuấn “Dự báo nguy cơ gãy xương ở phụ nữ trên 40 tuổi theo mô hình tiên lượng gãy xương FRAX và GARVAN”. Tài liệu hội nghị khoa học loãng xương thường niên 7/2016, trang 41-43.
6. Browner WS, Seeley DG, Vogt TM, Cummings SR. Non-trauma mortality in elderly women with low bone mineral density. Study of osteoporotic. Fractures Reseachr Group. Lancet. 1992; 338 (8763): 355-8.
7. International Osteoporosis Foundation (IOF). Facts and statistics about osteoporosis and its impact. Tài liệu hội nghị khoa học 8/2014.
8. Katarina Ilic, Nevena Obradovic, “The relationship among hypertesion, antihypertensive medications, and osteoporosis”. Springer Science media, 2012.
9. Marina Rasic Popovic and Ivan Tasic: association between hypertension and osteoporosis in postmenopausal women. Acta Medica Medianea 2009.
10. Shuman Tang, Tianying Wu (2014), “Osteoporosis and osteoporotic fracture: contribution of hypertension and anti hypertension medications”. Austin Journal of clinical medicine.
11. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosckilde L. Hypertension is a risk factor for fractures. Calcif tissue Int 2009.
12. Yang S, Nguyễn ND, center TR, Eisman TA, Nguyễn TV. Association between hypertension and fragility fracture: a longtidual study. Osteoporosis international 2013: 1-7.
13. Garvan Fracture Risk calculator: <http://www.garvan.org.au/promotions/bone-fracture-risk/calculator/>.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP SỬ DỤNG KHÁNG SINH HỢP LÝ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Mã Lan Thanh, Nguyễn Thị Hạnh,

Dương Quốc Hiền, Huỳnh Trinh Trí

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp sử dụng kháng sinh hợp lý tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang. **Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân nội trú có sử dụng kháng sinh trong thời gian 6 tháng cuối năm 2016 và 6 tháng đầu năm 2017. **Kết quả:** tổng cộng 1.325 bệnh nhân có sử dụng kháng sinh trước và sau can thiệp. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý được cải thiện rõ rệt sau khi can thiệp là 83,8% (trước can thiệp là 63,3%). Trong đó, tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý của hệ nội là 83% (trước can thiệp là 65,8%), hệ ngoại là 84,8% (trước can thiệp là 60,6%). Nghiên cứu nhận thấy kháng sinh dự phòng có ảnh hưởng đến sử dụng kháng sinh không hợp lý. Việc sử dụng kháng sinh dự phòng có khả năng góp phần tăng cường sử dụng kháng sinh hợp lý gấp 10,8 lần, có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. **Kết luận:** Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý được cải thiện sau can thiệp, góp phần giảm chi phí điều trị, giảm đề kháng kháng sinh. Nghiên cứu cho thấy kháng sinh dự phòng có ảnh hưởng đến sử dụng KS không hợp lý.

ABSTRACT

Objective: The objective of study was to evaluate the efficacy of an antibiotic intervention at An Giang General Hospital. **Methods:** Cross – sectional study. **Subjects:** The data from inpatient trials using antibiotics in the period from last 6 months of 2016 and first 6 months of 2017. **Results:** In a total of 1,325 medical records before and after intervention. The rate of antibiotic use was significantly improved after intervention (83.8%) (before intervention was 63.3%). In particular, the reasonable antibiotic use rate of the internal system was 83% (before intervention was 65.8%), of the Surgical system was 84.8% (before the intervention was 60.6%). The study found that prophylactic antibiotics affect the use of antibiotics inappropriately. The use of prophylactic antibiotics is likely to contribute to a 10.8-fold increase in the

use of antibiotics reasonably, which is statistically significant at $p < 0.05$. **Conclusion:** The rate of antibiotic use was significantly improved after intervention, contributing to reduce the cost of treatment and Antibiotic resistance.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Vấn đề sử dụng kháng sinh hợp lý đang là một thách thức lớn của toàn thế giới khi hiện tượng kháng kháng sinh ngày càng phổ biến và mang tính chất toàn cầu. Tại Việt Nam, tỷ lệ kháng kháng sinh đang ở mức cao mà đa phần là hậu quả của việc sử dụng kháng sinh không hợp lý [2]. Hiện nay có hơn phân nửa lượng thuốc trên thế giới được kê đơn, phân phối và sử dụng không hợp lý và khoảng 1/3 dân số thế giới không tiếp cận được thuốc thiết yếu. Kháng sinh là loại thuốc được sử dụng rộng rãi nhất trên thế giới, một tỷ lệ lớn kháng sinh được sử dụng là không cần thiết đã dùng cho những bệnh nhiễm siêu vi trùng có thể tự khỏi. Theo Trung tâm kiểm soát và phòng chống bệnh tật Hoa Kỳ (CDC) ước tính mỗi năm có khoảng 100 triệu đơn thuốc kê đơn có kháng sinh ở các phòng khám bệnh của bác sĩ, trong số đó có khoảng phân nửa là không cần thiết [6]. 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. Theo báo cáo của Bộ Y tế (2009), chi phí sử dụng kháng sinh chiếm khoảng 36% tổng chi phí cho thuốc và hóa chất. Theo khảo sát của ngành Y tế An Giang năm 2011, chỉ số trung bình của một đơn thuốc tại các bệnh viện trong tỉnh là 4,7; tỷ lệ đơn thuốc có kháng sinh là 54% [4]. Trước tình hình đó, việc thiết lập và thực hiện chương trình quản lý kháng sinh tại bệnh viện là cần thiết, nhằm phát hiện các vấn đề chưa hợp lý trong sử dụng kháng sinh và có biện pháp can thiệp kịp thời, hiệu quả.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý tại các khoa lâm sàng 6 tháng cuối năm 2016 so với 6 tháng đầu năm 2017.
2. Một số yếu tố liên quan đến sử dụng kháng sinh không hợp lý và biện pháp can thiệp.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Chọn ngẫu nhiên hồ sơ nội trú có sử dụng kháng sinh tại BVĐKTTAG 6 tháng cuối năm 2016 và 6 tháng đầu năm 2017.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh án sử dụng kháng sinh diệt *Helicobacter Pylori*.

3. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu:

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

Nghiên cứu trước đây của các tác giả khác $p = 67,31\%$ [3], chọn sai số d mong muốn là 4%, tính được $n = 528,3$ nên chúng tôi chọn cỡ mẫu là 600 bệnh nhân.

3. Định nghĩa các biến số

- **Sử dụng kháng sinh hợp lý:** đáp ứng tiêu chí chính và/hoặc tiêu chí phụ

+ **Tiêu chí chính:**

- Có ổ nhiễm trùng trên lâm sàng: Ổ áp xe, vết thương nhiễm trùng, phổi ran ẩm nổ, nước tiểu đục...
- Có bằng chứng của nhiễm trùng bao gồm các dấu hiệu lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh hoặc các xét nghiệm (như cấy máu dương tính, nhuộm soi tươi, PCR, Xquang ngực có hình ảnh viêm phổi,...)

+ **Tiêu chí phụ:**

- Khi có ≥ 2 dấu chứng của Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS)
 - Sốt $> 38^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 36^{\circ}\text{C}$;
 - Nhịp tim > 90 nhịp/phút;
 - Nhịp thở > 20 nhịp/phút, hoặc $\text{PaCO}_2 < 32\text{mmHg}$;
 - Bạch cầu máu $> 12.000/\mu\text{L}$ hoặc $< 4.000/\mu\text{L}$ hoặc $> 10\%$ tế bào non ở máu ngoại vi.
- Kết hợp với:

- CRP > 4 lần bình thường;
- Procalcitonin > 2 lần bình thường.
- + *Sử dụng kháng sinh khi có bằng chứng vi khuẩn học:*
 - Nếu có bằng chứng rõ ràng về vi khuẩn và kết quả kháng sinh đồ;
 - Phối hợp kháng sinh khi cần thiết.
- + *Kháng sinh dự phòng theo phác đồ.*
- **Sử dụng kháng sinh không hợp lý:** không có các tiêu chí trên.
- **Kháng sinh dự phòng phẫu thuật:** đợt điều trị không quá 24 giờ sau mổ.
- **Bệnh nặng:** bệnh đang điều trị ở ICU hoặc có sốc.
- **Bệnh không nặng:** không nằm ở ICU, không có sốc.
- **Chia 4 khối lâm sàng:** ICU; Nhiễm; Các khoa khối nội: Nội Tổng hợp, Nội Thần kinh, Nội Tiêu hóa, Nội Thận - Tiết niệu, Nội Tim mạch, Khoa Lao; Các khoa khối ngoại: Ngoại Tổng hợp, Ngoại Tiết niệu, Ngoại Ung bướu, Ngoại Cơ xương khớp, bệnh lý về Mắt, Tai Mũi Họng, Răng Hàm Mặt...
- **Thời gian nằm viện:**
 - + Thời gian nằm viện ngắn: ≤ 7 ngày.
 - + Thời gian nằm viện dài: > 7 ngày.
- **Người đánh giá phiếu khảo sát sử dụng kháng sinh:** Bác sĩ trong ban giám sát sử dụng kháng sinh, có trình độ sau đại học, có nhiều năm kinh nghiệm, đánh giá dựa theo Hướng dẫn sử dụng Kháng sinh theo Quyết định 708/QĐ-BYT của Bộ Y tế và phác đồ điều trị của BVĐKTTAG.
- **Trước can thiệp sử dụng kháng sinh**
 - + Bệnh viện đang xây dựng lại phác đồ điều trị, các phác đồ có sử dụng kháng sinh theo Quyết định 708/QĐ-BYT của Bộ Y Tế. Bệnh viện chưa tổ chức lớp tập huấn cho Bác sĩ, Dược sĩ về sử dụng thuốc an toàn, hợp lý.
 - + Tiểu ban giám sát sử dụng kháng sinh mới thành lập, chưa đi vào chiều sâu. Đoàn kiểm tra các khoa lâm sàng hàng tháng chưa xây dựng thang điểm chấm cụ thể

cho sử dụng kháng sinh theo phác đồ điều trị, đúng chỉ định, an toàn, hợp lý. Một số Bác sĩ còn chỉ định sử dụng kháng sinh theo thói quen, cho kháng sinh để yên tâm, không tuân thủ phác đồ.

– **Các biện pháp can thiệp tại bệnh viện giúp sử dụng kháng sinh hợp lý:** thời gian bắt đầu can thiệp từ tháng 10/2016.

+ Xây dựng xong phác đồ điều trị theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Bệnh viện mở lớp tập huấn sử dụng thuốc an toàn hợp lý cho các Bác sĩ, Dược sĩ lâm sàng do Sở Y Tế An Giang chủ trì.

+ Hội đồng thuốc và điều trị hoạt động đi vào chiều sâu, thành lập Tiểu ban giám sát sử dụng kháng sinh kiểm tra giám sát việc tuân thủ phác đồ điều trị và theo dõi sự kháng thuốc của vi khuẩn gây bệnh thường gặp. Định kỳ hàng tháng bình toa có sử dụng kháng sinh trên buổi sinh hoạt KHKTT của bệnh viện. Xây dựng thang điểm chấm cụ thể về sử dụng kháng sinh hợp lý, chú trọng công tác kiểm soát nhiễm khuẩn, cây vi sinh và vai trò của điều dưỡng trong thực hiện y lệnh.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: nhập số liệu và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0. Các biến số được sử dụng phép kiểm định thống kê Odds Ratio (OR). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

KẾT QUẢ

Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Đặc điểm chung	2016 (n= 608)	2017 (n=717)
Tuổi trung bình (năm)	55,88	59,32
Giới nam	51,8%	50,3%
Thời gian nằm viện TB	9,2	10,29
Tình trạng bệnh		
Nặng	87,8%	86,3%
Không nặng	12,2%	13,7%

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi, giới, thời gian nằm viện và tình trạng bệnh trước và sau can thiệp.

Khoa sử dụng kháng sinh

Khoa	Năm 2016 n = 608 %		Năm 2017 n = 717 %	
ICU	44	7,2	49	6,8
Nhiễm	95	15,6	110	13
Khối Nội	181	29,8	278	38,8
Khối Ngoại	288	47,4	280	39,4

Nhận xét: Khoa Nhiễm, Khoa ICU sử dụng kháng sinh trước và sau can thiệp tương đương nhau; Khối nội sử dụng kháng sinh nhiều hơn sau can thiệp, Khối ngoại sử dụng kháng sinh có giảm hơn sau can thiệp.

Kháng sinh dự phòng

	Năm 2016 n = 608 %		năm 2017 n = 717 %	
Có	19	3,1	16	2,2
Không	589	96,9	701	97,8

Nhận xét: chưa thấy có sự cải thiện về sử dụng kháng sinh dự phòng sau can thiệp sử dụng kháng sinh.

Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý

Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý theo năm

Kháng sinh	Năm 2016	Năm 2017
Hợp lý	63,3 %	83,8 %
Không hợp lý	36,7 %	16,2 %

Nhận xét: Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý đã tăng rõ sau can thiệp

Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý theo khối lâm sàng

	2016		2017	
	Hợp lý %	Không hợp lý%	Hợp lý%	Không hợp lý%
ICU	68,18	31,82	89,8	10,2
Nhiễm	74,74	25,26	73,6	26,34
Khối Nội	61,88	38,12	87,1	12,9
Khối Ngoại	40,28	59,72	83,6	16,4

Nhận xét: sử dụng kháng sinh hợp lý của các khoa lâm sàng tăng lên sau can thiệp.

Sử dụng kháng sinh không hợp lý

	Năm 2016		Năm 2017	
	n = 608	%	n = 717	%
Không hợp lý	223	36,7	116	16,2
Loại KS không hợp lý	23	10,3	18	15,5
Liều dùng không hợp lý	43	19,2	36	31
Thời gian sử dụng không hợp lý	29	13	9	7,7
Đường dùng không hợp lý	7	3,1	0	0
Phối hợp KS không hợp lý	35	15,6	4	3,4
Không đủ tiêu chuẩn sử dụng KS	86	38,5	49	42,2

Một số yếu tố liên quan đến sử dụng kháng sinh

	Năm 2016				Năm 2017			
	Hợp lý n (%)	Không hợp lý n (%)	O R	Độ tin cây 95%	Hợp lý n (%)	Không hợp lý n (%)	O R	Độ tin cây 95%

Nhóm bệnh												
Nội-nhiễm và ICU	21 3 17 2	66. 6 59. 7	10 7 11 6	33. 4 40. 3	0.7 4	(0.53 - 1.03)	36 7 23 4	84. 0 83. 6	70 46	16. 0 16. 4	0.7 8	(0.5 2- 1.16)
Phẫu thuật												
Có	12 5 26	63. 5 63.	72 15	36. 5 36.	1.0	(0.70 - 1.43)	18 1 42	85. 8 83.	30 86	14. 2 17.	1.2 3	(0.7 8- 1.93)
Không	0	3	1	7	0		0	0		0		
Tình trạng bệnh												
Nặng	49	66. 2	25	33. 8		(0.69	88	89. 8	10	10. 2	1.8	(0.9 1-
Không nặng	33 6	62. 9	19 8	37. 1	1.1 5	- 1.92)	51 3	82. 9	10 6	17. 1	1	3.61)
Thời gian nằm bệnh												
Ngắn	21 4	62. 9	12	37. 1	1.0	(0.74	34	85. 3		14. 7	0.7	(0.5 2-
Dài	17 1	63. 8	6 97	36. 2	3	- 1.44)	7	3	60		8	1.68)
KS dự phòng												
Có	18 36 7	94. 7 62. 3	1 22 2	5.3 33. 7	10. 8	(1.4- 82.12)	13 58 8	81. 3 83. 9	3 11 3	18. 8 16. 1	0.8 3	(0.2 3- 2.9)
Không												

BÀN LUẬN

Trong 6 tháng cuối năm 2016 và 6 tháng đầu năm 2017 có tổng cộng 1.325 bệnh nhân có sử dụng kháng sinh được đưa vào nghiên cứu; trong đó nam chiếm tỷ lệ 51,%. Tuổi trung bình 57,6. Không có sự khác biệt về tuổi, giới, thời gian nằm viện, tình trạng bệnh trước và sau can thiệp. Khoa Nhiễm, Khoa ICU sử dụng kháng sinh trước và sau can thiệp tương đương nhau; Khối nội sử dụng kháng sinh nhiều hơn sau can thiệp (trước can thiệp 29,8% sau can thiệp 38,8%). Khối ngoại sử dụng kháng sinh có giảm hơn sau can thiệp (trước can thiệp 47,4%, sau can thiệp 39,4%). Nhìn chung, tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý được cải thiện rõ rệt sau khi can thiệp là 83,8% (trước can thiệp là 63,3%) so với nghiên cứu của Bệnh viện Chợ Rẫy là 77,9%. (trước can thiệp là

47,6%) [1] và Bệnh viện tuyến cuối Charoankrung Pracharak, Bangkok – Thái Lan là 74,6% (trước can thiệp là 42,2%) [7]. Trong đó, tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý của hệ nội là 83% (trước can thiệp là 65,8%), của hệ ngoại là 84,8% (trước can thiệp là 60,6%). Một số yếu tố liên quan như: nhóm bệnh, phẫu thuật, tình trạng bệnh, thời gian nằm viện chưa thấy có sự tương quan ảnh hưởng đến sử dụng kháng sinh không hợp lý. Chỉ có kháng sinh dự phòng là ảnh hưởng đến sử dụng kháng sinh không hợp lý. Việc sử dụng kháng sinh dự phòng có khả năng góp phần tăng cường sử dụng kháng sinh hợp lý gấp 10,8 lần có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Sau can thiệp sử dụng kháng sinh, việc sử dụng kháng sinh dự phòng chưa có sự cải thiện. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Thu tại Bệnh viện Thanh Nhàn Hà Nội năm 2015, kết quả nghiên cứu khảo sát 198 hồ sơ bệnh án có phẫu thuật tại khoa ngoại cho thấy không có trường hợp nào sử dụng theo phác đồ kháng sinh dự phòng, 100% người bệnh được dùng kháng sinh sau mổ [5]. Việc sử dụng kháng sinh không hợp lý cũng được cải thiện rõ: đường dùng kháng sinh không hợp lý giảm còn 0% (trước can thiệp là 3,1%), thời gian sử dụng kháng sinh không hợp lý giảm còn 7,7% (trước can thiệp là 13%), phối hợp kháng sinh không hợp lý giảm còn 3,4% (trước can thiệp là 15,6%).

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang trước can thiệp (năm 2016) là 63,3%, sau can thiệp (năm 2017) là 83,8%.
- Một số yếu tố liên quan như: nhóm bệnh, phẫu thuật, tình trạng bệnh, thời gian nằm viện chưa thấy có sự tương quan ảnh hưởng đến sử dụng KS không hợp lý. Chỉ có KS dự phòng là ảnh hưởng đến sử dụng KS không hợp lý. Việc sử dụng kháng sinh dự phòng có khả năng góp phần tăng cường sử dụng kháng sinh hợp lý gấp 10,8 lần có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.
- Chương trình quản lý sử dụng kháng sinh tại BVĐKTTAG đã giúp nâng ao kiến thức, ý năng thực hành của các Bác sĩ trong việc chỉ định sử dụng kháng sinh, góp phần giảm chi phí điều trị và kháng thuốc của vi khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Quang Bính (2013), *Chiến lược sử dụng kháng sinh và chương trình quản lý kháng sinh trong bệnh viện*, Bệnh viện Chợ Rẫy.
2. Global Antibiotic Resistance Partnership - Việt Nam (2010), *Phân tích thực trạng: Sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam*.
3. Nguyễn Thị Hiền Lương (2012), *Nghiên cứu đánh giá sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2009 - 2011*, Luận văn tốt nghiệp Dược sĩ Đại học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
4. Sở Y tế An Giang (2011), *Báo cáo kết quả sử dụng thuốc và cận lâm sàng tại các bệnh viện trong tỉnh An Giang năm 2011*.
5. Nguyễn Thị Hoài Thu (2016), "Thực trạng sử dụng kháng sinh trên người bệnh phẫu thuật và một số yếu tố ảnh hưởng tại Khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Thanh Nhàn", *Tạp chí Y tế Công cộng*, 40(13), tr. 70-77.
6. Ntšekhe M., Hoohlo-Khotle N. , Tlali M., Tjipura D. (2011), *Antibiotic Prescribing Patterns at Six Hospitals in Lesotho - Submitted to the US Agency for International Development by the Strengthening Pharmaceutical Systems (SPS) Program, Management Sciences for Health, Arlington, VA*.
7. Pungjitprapai A., Tantawichien T. (2011), "Assessment of appropriateness of restricted antibiotic use in Charoenkrung Pracharak Hospital, a tertiary care hospital in Bangkok, Thailand", *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 42(4), pp. 926-935.

ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN HỌC VÀ ĐỀ KHÁNG THUỐC KHÁNG SINH TRONG VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG TẠI BVĐK TT AN GIANG

Nguyễn Thái Bảo, Phạm Văn Kiềm

Hồ Minh Hải, Nguyễn Trung Bình

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Hiện nay việc chẩn đoán và điều trị viêm phổi đang trở nên phức tạp do sự tăng lên của các yếu tố nguy cơ gây bệnh. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm vi khuẩn học, tính đề kháng thuốc kháng sinh bệnh nhân viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Đa khoa trung Tâm An Giang. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có phân tích, thực hiện 89 bệnh nhân với 55 nam và 34 nữ người lớn viêm phổi cộng đồng điều trị tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang thời gian 1/2018 đến 10/2018. **Kết quả:** Vi khuẩn gram dương chiếm đa số (64,8%) so với vi khuẩn gram âm (35,2%). Nhóm vi khuẩn Gram dương có *Streptococcus alpha* chiếm cao nhất 48,6%, *staphylococcus* 10,8%, *S.pneumonia* 5,4 %. Trong nhóm trực khuẩn Gram âm đường ruột *Enterobacter* cao nhất chiếm 16,2%, *Enterococci* 9.8% và *E.Coli* 2,7%, vi khuẩn Gram âm khác *Acinotobacter* là chiếm 2,7%, *Pseudomonas spp* 2,7%. Các vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng rất đa dạng và đề kháng kháng sinh cao. *Streptococcus alpha* chỉ không đề kháng Cephalosporin 3 (C 3), Cephalosporin 4 (C4), Vancomycin. *S. pneumonia* đề kháng cao với quinolon. Vi khuẩn *Staphylococcus spp.* chỉ không đề kháng với Vancomycin, Ticarcilin. *P. aeruginosa* không đề kháng cefepim, Carbapenem và Colistin. *Acinotobacter* chỉ không đề kháng Imipenem và colistin. Các *Enterobacter*, *E coli*, *Enterococci* cũng gia tăng đề kháng kháng sinh. **Kết luận:** Vi khuẩn gram dương chiếm đa số so với vi khuẩn gram âm. thường gặp nhất là *streptococcus alpha* 46,8%, sau đó là các chủng *Enterobacter*, *S aureus*, enterococi, *S. pneumonia*, *E coli*, *Pseudomonas spp* và *Acinotobacter*. Các vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng rất đa dạng và gia tăng đề kháng kháng sinh.

Từ khóa: viêm phổi cộng đồng, vi khuẩn gram dương, vi khuẩn gram âm.

Community-acquired pneumonia: characteristics and resistance of bacteria at An Giang General Hospital

ABSTRACT

Background: Currently, the diagnosis and treatment of pneumonia is becoming complicated due to the increase of risk factors causing disease. **Objective:** Investigating characteristics and resistance of bacteria causing community-acquired pneumonia at An Giang General Hospital. **Methods:** cross sectional analysis, 89 community- acquired pneumonia patients (including 55 adult males and 34 adult females) were treated at An Giang General Hospital from January 2018 to October 2018. **Results:** Gram-positive bacteria accounted for the meralajority (64,8%)

compared to gram-negative bacteria (35,2%) group Gram-positive bacteria with *Streptococcus alpha* accounting for the highest 48.6%, *staphylococcus* 10.8%, *S.pneumonia* 5.4%. In the enterobacterium enterobacilli group the highest was 16.2%, *Enterococci* 9.8% and *E.Coli* 2.7%, Gram-negative bacteria *Acinotobacter* accounted for 2.7%, *Pseudomonas spp* 2.7%. Bacterial pneumonia is very diverse and antibiotic resistant. *Streptococcus alpha* is not resistant to Cephalosporin 3 (C3), Cephalosporin 4 (C4), Vancomycin. *S. pneumonia* is highly resistant to quinolones. *Staphylococcus spp.* Not resistant to vancomycin, ticarciline. *P. aeruginosa* is not resistant to cefepime, carbapenem and colistin. *Acinotubacter* is not resistant to imipenem and colistin. The *Enterobacter*, *Ecoli*, *enterococci* also increase antibiotic resistance.

Conclusion: Gram-positive bacteria accounted for the majority compared to gram-negative bacteria. The most common strains was *streptococcus alpha* 46,8%, *S. pneumonia*, then Enterobacteriaceae, *S. aureus*, enterococi, *S. pneumonia*, *E coli*, *P. aeruginosae* and *Acinotobacter*. Bacteria caused Community acquired pneumonia are multiform and increasing high antibiotic resistance.

Keywords: community-acquired pneumonia, gram-positive bacteria, gram-negative bacteria

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay việc chẩn đoán và điều trị viêm phổi đang trở nên phức tạp do sự tăng lên của các yếu tố nguy cơ gây bệnh, sự xuất hiện của những tác nhân gây bệnh mới trong cộng đồng và sự biến đổi và sự kháng thuốc của vi khuẩn. Nhiều nghiên cứu trong nước cũng cho thấy tình hình vi khuẩn trong VPCĐ (viêm phổi cộng đồng) cũng gia tăng đề kháng kháng sinh rất trầm trọng [1],[2]. Điều quan trọng là chọn lựa kháng sinh thích hợp trong điều trị kinh nghiệm các VPCĐ (viêm phổi cộng đồng). Nhằm giúp cho các thầy thuốc lâm sàng lựa chọn điều trị, quyết định sử dụng kháng sinh và phối hợp kháng sinh để điều trị bệnh VPCĐ có hiệu quả thì việc tìm hiểu đặc điểm vi khuẩn học gây bệnh là việc làm cần thiết.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm vi khuẩn học, đề kháng thuốc kháng sinh viêm phổi cộng đồng tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU :

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân tuổi từ 16 trở lên được chẩn đoán xác định viêm phổi cộng đồng điều trị tại bệnh viện đa khoa trung tâm An giang tháng 1/2018-10/2018.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi $\geq$ 16 tuổi.
- Được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng
- Có kết quả phân lập vi khuẩn trong đàm.
- Có kết quả kháng sinh đồ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Viêm phổi bệnh viện
- Lao phổi

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

2.2.2. Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, gồm 89 bệnh nhân

2.3. Nội dung nghiên cứu:

***Tiêu chuẩn đoán viêm phổi:**

Theo hiệp hội lồng ngực Mỹ năm 2009 [5]

- + Có các triệu chứng mới xuất hiện (có ho, khạc đờm, và hoặc có khó thở).
- + Hội chứng nhiễm trùng.
- + Hội chứng đông đặc, nghe phổi có ran ẩm, ran nổ.
- + X quang có hội chứng lấp đầy phế nang
- + Xét nghiệm: bạch cầu tăng > 10.000 hoặc < 4000 ; CRP > 10 mg/l

*** Xét nghiệm nuôi cấy định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ:**

+ Bệnh phẩm:

- Bệnh nhân súc miệng nước sạch
- Hướng dẫn bệnh nhân hít sâu rồi cố khạc đờm ra
- Yêu cầu bệnh nhân ho mạnh rồi khạc đờm vào dụng cụ vô khuẩn rộng miệng có nắp đậy kín (được khoa xét nghiệm cung cấp).

• Mẫu bệnh phẩm là đờm và chuyển đến khoa xét nghiệm - Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, định danh vi khuẩn. Các xét nghiệm được các bác sĩ chuyên khoa vi sinh đọc và trả lời kết quả.

+ Nuôi cấy định danh vi khuẩn, Kháng sinh đồ.

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

- Toàn bộ thông tin trên được khai thác từ bộ câu hỏi soạn sẵn
- Các xét nghiệm nuôi cấy và định danh vi khuẩn, kháng sinh đồ được làm ngay sau khi vào viện hoặc chậm nhất sau 24 giờ.

2.5. Phân tích thống kê:

- Đối với tất cả các phân tích, giá trị $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê
- Phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung

Có 89 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình 73, bệnh nhân nhỏ nhất 46 tuổi, lớn nhất 98 tuổi. Giới nam 55/89 chiếm tỷ lệ 61,8%.

2. Mô tả đặc điểm vi khuẩn và tính đề kháng thuốc kháng sinh

Bảng 3.2. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn trong các mẫu bệnh phẩm

Số lượng Kết quả		n	%
Nuôi cấy	Dương tính	74	83,1
	Âm tính	15	16,9
Gram	Gram dương	48	64,8
	Gram âm	26	35,2
Định danh vi khuẩn	<i>S.pneumoniae</i>	4	5,4
	<i>Streptococcus alpha</i>	36	48,6
	<i>Staphylococcus</i>	8	10,8
	<i>Enterococci</i>	8	10,8
	<i>E coli</i>	2	2,7
	<i>Enterobacter</i>	12	16,2
	<i>Acinotobacter</i>	2	2,7
	<i>Pseudomonas sp</i>	2	2,7

Nhận xét: vi khuẩn Gram dương 64,8% cao hơn vi khuẩn Gram âm 36,2%.

Nhóm vi khuẩn Gram dương có *Streptococcus alpha* chiếm cao nhất 48,6%, *staphylococcus* 10,8%, *S.pneumonia* 5,4 %. Trong nhóm trực khuẩn Gram âm đường ruột *Enterobacter* cao nhất chiếm 16,2%.

Bảng 3.3: Kết quả kháng sinh đồ của *S. pneumonia*

Nhóm KS	Kháng sinh	Nhạy n(%)	trung gian n(%)	Kháng n(%)
C3	Ceftriaxon	4 (100%)		
C4	Cefepim	4 (100%)		
Quinolon	Ofloxacin	2 (50%)		2 (50%)
	Levofloxacin	2 (50%)		2 (50%)
Khác	Vancomycin	4 (100%)		
	Doxicillin	4 (100%)		
	Rifamycin	4 (100%)		
	Clindamycin	2 (50%)		2 (50%)

Nhận xét: *S. pneumonia* kháng clindamycin 50%, kháng nhóm quinolon: levofloxacin và ofloxacin 50%; không bị đề kháng nhóm vancomycin, Cephalosporin 3 (C 3), Cephalosporin 4 (C4), doxicilin, rifamycin

Bảng 3.4. Kết quả kháng sinh đồ của *Staphylococcus*

Nhóm KS	Kháng sinh	Nhạy	Trung gian	Kháng
---------	------------	------	------------	-------

		n %	n %	n %
Penicillin	Ticarcilin	8 (100%)		
C2	Cefaclor	8 (100%)		
Aminoglycoside	Amikacin			8 (100%)
	Gentamycin	8 (100%)		
Macrolide	Erythromycin		4 (50%)	4 (50%)
	Azithromycin		4 (50%)	4 (50%)
Quinolone	Ciprofloxacin	8 (100%)		
khác	Vancomycin	8 (100%)		
	Oxacilin	4 (50%)		4 (50%)
	Doxicilin	4 (50%)	4 (50%)	
	Rifamycin	8 (100%)		
	Clindamycin	4 (50%)		4 (50%)

Nhận xét: Nhóm Amikacin bị đề kháng hoàn toàn 100%, nhóm Macrolide bị đề kháng cao, Ery, Azithromycin 50 %; nhóm khác Vancomycin, Ticarcilin, Ciprofloxacin không bị đề kháng. Nhạy 100%.

Bảng 3.5: Kết quả kháng sinh đồ của *streptococcus alpha*

Nhóm KS	Kháng sinh	Nhạy n (%)	Trung gian n (%)	Kháng n(%)
penicilin	Penicillin	20(62,5%)		12(37,5%)
C3	Ceftriaxone	28 (100%)		
	Ceftazidim	6 (100%)		
	cefoperazol	2 (100%)		
C4	Cefepim	24 (92,3%)		2 (7,7%)
Quinolone	Levofloxacin	20 (62,5%)	12 (37,5%)	
	Ofloxacin	12 (41,7%)		14(58,3%)
Nhóm khác	Vancomycin	30 (100%)		
	Oxacilin	2 (10%)		18(90%)
	Doxicilin	32 (94,1%)	2 (5,9%)	
	Rifamycin	30 (93,8%)		2 (6,2%)
	Clindamycin	6 (17,6%)		28 (82,4%)

Nhận xét: Vi khuẩn *S.alpha* kháng nhiều với oxacilin 90%, clindamycin (82,4%), Ofloxacin (53,8%). Penicillin 37,5%; Vi khuẩn không kháng với C3, C4, Vancomycin

3.6. Kết quả kháng sinh đồ của enterococci

Nhóm KS	Kháng sinh	Nhạy n (%)	Trung gian n (%)	Kháng n (%)
---------	------------	---------------	---------------------	----------------

	Penicilin	2 (33.3%)		4 (66.7%)
C 2	Cefuroxim	8 (100%)		
	Cefaclor			8 (100%)
C3	Ceftriaxone	8 (100%)		
	Ceftazidim	8 (100%)		
	Cefoperazol	8 (100%)		
C4	Cefepim	8 (100%)		
	Colistin	8 (100%)		
Aminoglycoside	Amikacin	8 (100%)		
	Kanamycin	8 (100%)		
	Gentamycin	8 (100%)		
	Tobramycin	8 (100%)		
Quinolone	Ciprofloxacin	8 (100%)		
	Levofloxacin	2 (33.3%)		4 (66.7%)
	Ofloxacin			6 (100%)
khác	Vancomycin	6 (100%)		
	Doxycilin	4 (66.7%)		2 (33.3%)
	Rifamycin	4 (66.7%)		2 (33.3%)
	Clindamycin			8 (100%)

Nhận xét: Cầu khuẩn *Enterococcus*, Aminoglycoside, khá nhạy với, doxycilin, rifamycin (66,67%). Nhưng kháng hoàn toàn 100% với Clindamycin, Cefaclor và Ofloxacin. Cầu khuẩn *Enterococcus* không kháng với Vancomycin, C3,C4, Colistin Ceftriaxon.

Bảng 3.7. Kết quả kháng sinh đồ của enterobacter

Nhóm KS	Kháng sinh	Nhạy	Trung gian	Kháng
Penicilin	Amoxicilin	2 (50%)	2 (50%)	
	Ticarcilin	2 (25%)		6 (75%)
C 2	Cefuroxim	2 (20%)	6 (60%)	2 (20%)
	Cefaclor	2 (33,3%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)
C3	Ceftriaxone	6 (50%)	4 (33,3%)	2 (16.7%)
	Ceftazidim	10 (83.3%)		2 (16.7%)
	Cefoperazol	10 (83.3%)		2 (16.7%)
C4	Cefepim	2 (100%)		
Carbapenem	Imipenem	8 (100%)		
	Colistin	8 (100%)		
AG	Amikacin	10 (100%)		

Quinolon	Tobramycin	10 (100%)		
	Gentamycin	8 (80%)		2(20%)
	Ciprofloxacin	2 (33.3%)		4 (66.7%)
	Levofloxacin	8 (100%)		
	Nitrofuraxim	4 (100%)		
Khác	Vancomycin	2 (100%)		
	Doxycilin	4 (66.7%)		2(33.3%)
	Rifamyci	4 (66.7%)		2(33.3%)

Nhận xét: Vi khuẩn *Enterobacter* còn nhạy với nhiều loại kháng sinh, nhạy Cephalosporin thế 3 là 50-83.3%, Cephalosporin thế 4 và imipenem 100%, aminoglycoside 100%, nhưng kháng với ciprofloxacin 66.7%, kháng với Ticarcilin 75%.

Bảng 3.8. Kết quả kháng sinh đồ của *E coli*

Nhóm KS	Kháng sinh	Nhạy n(%)	Trung gian n(%)	Kháng n(%)
Penicilin	Ticarcilin	2 (100%)		
C2	Cefuroxim	1 (50%)		1 (50%)
	Cefaclor		2 (100%)	
C3	Ceftriaxone	1 (50%)		1 (50%)
	Cefoperazol	2 (100%)		
	Ceftazidim	1 (50%)		1 (50%)
Aminoglycoside	Amikacin	2 (100%)		
	Kanamycin	2 (100%)		
	Tobramycin	2 (100%)		
	Gentamycin	2(100%)		
Quinolon	Ciprofloxacin	2(100%)		
	Nitrofuraxim	2(100%)		
Khác	Vancomycin	2 (100%)		

Nhận xét: Nhóm C 3, C 2 bị đề kháng cao: Cefuroxim, Ceftriaxon và Ceftazidim là 50%; Nhóm Aminoglycoside, nhóm Quinolone không bị đề kháng

Bảng 3.9. Kết quả kháng sinh đồ *acinetobacter*

Nhóm KS	Kháng sinh	Nhạy n(%)	trung gian n(%)	Kháng n(%)
Penicilin	Amoxilin			2 (100%)
	Ticarcilin			2 (100%)
Carbapenem	Imipenem	2(100%)		
	Colistin	2(100%)		
C 2	Cefaclor			2 (100%)

	Cefuroxim			2 (100%)
C3	Ceftriaxon			2 (100%)
	Ceftazidim			2 (100%)
Aminoglycoside	Amikacin			2 (100%)
	Tobramycin			2 (100%)
	Kanamycin			2 (100%)

Nhận xét: Acinetobacter đề kháng cao nhóm khác, chỉ còn nhạy Imipenem và colistin

Bảng 3.10. Kết quả kháng sinh đồ *pseudomonas*.

Nhóm KS	Kháng sinh	Nhạy n(%)	trung gian n(%)	Kháng n(%)
	Amoxicillin			2 (100%)
C2	Cefuroxim			2 (100%)
C3	Cefoperazol	2 (100%)		
	Ceftazidim			2 (100%)
C4	Cefepim	2 (100%)		
Carbapenem	Imipenem	2 (100%)		
	Colistin	2 (100%)		
Aminoglycoside	Amikacin	2 (100)		
	Kanamycin			2 (100)
	Tobramycin	2 (100)		
	Gentamycin			
Quinolon	Ciprofloxacin			
	Nitrofuraxim			2 (100)

Nhận xét: *Pseudomonas* đề kháng cao với amoxicillin(100%), nhóm Cephalosporin 2, 3: Cefuroxim, Ceftazidim bị đề kháng (100%). Kháng lại nhóm Quinolon: Nitrofuraxim 100%. Nhạy cảm 100% với Carbapenem, colistin, cefepim và Amoniglycoside.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 89 bệnh nhân viêm phổi cộng đồng cho thấy vi khuẩn Gram dương là 48 chiếm 64,8%, vi khuẩn Gram âm là 26 chiếm 35,2%. Tác giả Lê Tiến Dũng 2016 [3], nghiên cứu năm 2016, Đại học Y dược TPHCM, vi khuẩn gram dương chiếm đa số (58%) so với vi khuẩn gram âm (42%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp tác giả Lê Tiến Dũng. Định danh các loại vi khuẩn phân lập được của các đối tượng nghiên cứu: Trong nhóm vi khuẩn Gram dương có *Streptococcus alpha* chiếm cao nhất 48,6%, kế tiếp *staphylococcus* 10,8%. *S. pneumonia* 5,4%, nhóm trực khuẩn Gram âm đường ruột *Enterobacter* cao nhất chiếm 16,2%, kế tiếp Enterococci 9.8% và *E.Coli* 2,7%, vi khuẩn Gram âm khác *Acinetobacter* là chiếm 2,7

%, *Pseudomonas spp* 2,7%. Một nghiên cứu của Lê Tiến Dũng, nghiên cứu về đặc điểm và sự đề kháng của vi khuẩn gây VPCĐ năm 2016 [3] cho kết quả vi khuẩn Gram âm *Pseudomonas* 36,5%, *Klebsiella* 29%, *E.Coli* 3,2%, *Acinetobacter* 4,3%, *M.Catarrhalis* 6,5%. Vi khuẩn gram dương *S.Pneumonia* 3,2%, *S. Aureus* 2,2%.

Một nghiên cứu ANSORP tại Việt Nam của Phạm Hùng Vân và Trần Văn Ngọc (2005) (Tổ chức Châu Á nghiên cứu tác nhân vi khuẩn kháng thuốc) [7] cho kết quả sau: Vi khuẩn Gram âm *M.Catarrhalis* 19%, *Acinetobacter* 8%, *E.Coli* 5,4%, vi khuẩn Gram dương *S.Aureus* 5,4%, *S.Viridans* 21,6%, *S.Pneumonia* 10,8%. Theo Song JH (2005) [5] tác nhân gây bệnh VPCĐ ở Châu á như sau: Vi khuẩn Gram dương *S.Pneumonia* là 29,2%, *S.Aureus* 4,9%. Vi khuẩn Gram âm *Klebsiella* là 14,5%, *Pseudomonas* là 6,7%, *H.Influenzae* là 15,1%. Với tác nhân gây bệnh chúng tôi cũng phân lập được về vi khuẩn Gram âm, gram dương tuy tỉ lệ có khác nhau nhưng cũng gặp hầu hết các vi khuẩn hay gặp trong viêm phổi, khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả trên.

Kết quả kháng sinh đồ một số vi khuẩn phân lập được

S. pneumonia

Theo nghiên cứu chúng tôi, *S. pneumonia* kháng clindamycin 50%, kháng nhóm quinolon: Levofloxacin và ofloxacin 50%. Nhưng không bị đề kháng với nhóm vancomycin, Cephalosporin 3 (C 3), Cephalosporin 4 (C4), doxycilin, rifamycin. Theo tác giả Lê Tiến Dũng năm 2016[3], nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y dược TPHCM, cho thấy nhóm betalactam bị đề kháng cao penicilin 70%; Clidamycin. 50%, Ampicilin 75%. Nhóm Cephalosporin 3 (C 3) bị đề kháng thấp, Ceftriaxon 29%. Nhóm Carbapenem không bị đề kháng. Nhóm Aminoglycoside bị đề kháng thấp, Amikacin 10%. Nhóm Quinolone bị đề kháng thấp (20%.-50%). Vancomycin không bị đề kháng. Như vậy kết quả nghiên cứu này cho thấy vi khuẩn đã gia tăng đề kháng với các kháng sinh.

Staphylococcus spp.

Theo nghiên cứu chúng tôi, nhóm amikacin bị đề kháng hoàn toàn 100%,. Nhóm Macrolide bị đề kháng cao, Erythroycin, Azithromycin 50 %.Nhóm Quinolone bị đề kháng cao, Cipro 50%. Nhóm C3 kháng 50%, nhóm khác oxacilin 50% . nhưng Vancomycin và Ticarcilin không bị đề kháng, nhạy 100%. Theo tác giả Song JH- nghiên cứu ANSORP, tại vùng Châu Á TBD, tỉ lệ MRSA tại Việt Nam là 28,2%, đứng hàng thứ tư, sau Taiwan 40,5%; Srilanka 38,8%; Philipine 30,1%[4]. Trong nghiên cứu Lê Tiến Dũng tại BV Nguyễn Tri Phương 2007[2], vi khuẩn đề kháng mạnh với tất cả các loại kháng sinh, chỉ còn không đề kháng với Vanco, Linezolid. và Rifamycin. Năm 2016 tác giả Lê Tiến Dũng tại Đại học Y dược TPHCM, Kháng nhóm betalactam bị đề kháng cao 83,5%; Clidamycin 80%. Nhóm Macrolide bị đề kháng cao, Ery. 100%. Kháng Nhóm Cephalosporin (C) bị đề kháng hoàn toàn, Ceftriaxon. 100%, Ceftazidim. 100%, Meropenem 100%. Nhóm Aminoglycoside bị đề kháng thấp, Amikacin 17%. Nhóm Quinolone bị đề kháng cao, Cipro 100%, Levofloxacin. 50%.Vancomycin không bị đề kháng. Nghiên cứu chúng tôi cũng phù hợp với tác giả trên.

Streptococcus alpha là một liên cầu bệnh đường hô hấp

Theo nghiên cứu chúng tôi, vi khuẩn *Streptococcus alpha* kháng nhiều với Oxacilin 90%, Clindamycin (82,4%), Ofloxacin (53,8%). Penicilin 37,5%. Vi khuẩn không kháng với C3, C4, Vancomycin. Theo Tác giả Lê Tiến Dũng, 2016 [3] nghiên cứu vi khuẩn trong đàm của bệnh nhân viêm phổi cho kết quả *Streptococcus alpha* nhạy cảm với 100% Vancomycin, khá nhạy cảm với nhóm Cephalosporin (71%) kháng lại azithromycin là 82,3%, kháng lại nhóm quinolon 37,5%, penicilin 70%. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng không có sự khác biệt lớn, nhưng rõ ràng chúng đang dần kháng lại với nhiều kháng sinh kể cả các kháng sinh phổ rộng.

Acinetobacter là một vi khuẩn Gram âm thường gây nhiễm trùng cơ hội ở người giảm sức đề kháng. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy *Acinetobacter* kháng các nhóm kháng sinh, chỉ không đề kháng Imipenem nhạy 100%, colistin nhạy 100%. Theo Tác giả Lê Tiến Dũng năm 2016[3], nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y dược TPHCM cho thấy rằng: Nhóm betalactam bị đề kháng cao, Ampicillin 100%. Nhóm Cephalosporin bị đề kháng cao: Ceftriaxon. 84%; Ceftazidim. 73%. Nhóm Aminoglycoside bị đề kháng cao, Amikacin. 45,5%. Nhóm Quinolone bị đề kháng cao: Ciprofloxacin. 50%; Levofloxacin. 42%. Vi khuẩn không đề kháng với Colistin, Carbapenem. Như vậy vi khuẩn đã gia tăng đề kháng rất trầm trọng. Chỉ còn nhạy với Colistin và Carbapenem.

Pseudomonas: Là trực khuẩn mũ xanh, đặc biệt là ở bệnh nhân có bệnh mãn tính đi kèm hoặc bệnh nhân nghiện rượu, đái tháo đường suy giảm miễn dịch. *Nghiên cứu chúng tôi cho thấy Pseudomonas* đề kháng các nhóm kháng sinh, chỉ không đề kháng với Carbapenem, colistin, cefepim và Amoniglycoside. Nghiên cứu của Lê Tiến Dũng [3] Penicillin đề kháng cao(60%), nhóm cephalosporin bị đề kháng(36-60%), Nhóm Carbapenem đề kháng(18%), nhóm A-G đề kháng(15%), nhóm Quinolone là 15%. Theo Ngô Quý Châu [1] *Pseudomonas* cũng có tỉ lệ kháng kháng sinh cao Ampicillin(80%), nhóm Cephalos(60%), nhạy cảm 100% với Carbapenem. Theo Ngô Quý Châu [1] *Pseudomonas* cũng có tỉ lệ kháng kháng sinh cao Ampicillin(80%), nhóm Cephalos(60%), nhạy cảm 100% với Carbapenem. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả trên.

E. coli

Theo nghiên cứu chúng tôi, nhóm C3 bị đề kháng cao: Ceftriaxon 50%; Ceftazidim 50%; Nhóm Aminoglycoside bị đề kháng thấp: Amikacin 25%. Nhóm Quinolone bị đề kháng khá thấp: Ciprofloxacin. 25% ; Levofloxacin. 33,3%. Theo Tác giả Lê Tiến Dũng [2], nghiên cứu 2007 tại BV Nguyễn Tri Phương thì nhóm Penicilin bị đề kháng cao, Amoxiclav 67%. Ticarcillin 33%. Nhóm C3 ít bị đề kháng: Cefuroxim. 33%; Ceftriaxon. 17%; Ceftazidim. 20%. Nhóm C4 bị đề kháng thấp: Cefepim 17%; Imipenem 17%. Nhóm Aminoglycoside bị đề kháng khá cao: Tobramycin. 33%; Amikacin 33%. Nhóm Quinolone bị đề kháng: Ciprofloxacin. 33%; Ofloxacin 50%. Nghiên cứu chúng tôi, cũng tương tự với tác giả trên. Nhóm Quinolone bị đề kháng tương đối thấp.

V. KẾT LUẬN:

Trong VPCĐ, chúng tôi ghi nhận: Vi khuẩn gram dương chiếm đa số (64,8%) so với vi khuẩn gram âm (35,2%). Trong các tác nhân gây VPCĐ, nhóm gram dương thường gặp nhất là *Streptococcus alpha* chiếm cao nhất 48,6%, kế đến *staphylococcus* 10,8% và *S. pneumonia* 5,4%, nhóm trực khuẩn Gram âm đường ruột *Enterobacter* cao nhất chiếm 16,2%, *Enterococci* 9.8% và *E.Coli* 2,7%, vi khuẩn Gram âm khác *Acinotobacter* là chiếm 2,7 %, *Pseudomonas spp* 2,7%.

Các vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng rất đa dạng và đề kháng kháng sinh cao. *Streptococcus alpha* chỉ không đề kháng C3, C4, Vancomycin; *S. pneumonia* đề kháng cao với Quinolon.; Vi khuẩn *Staphylococcus* chỉ không đề kháng với Vancomycin, Ticarcilin; *P. aeruginosa* không đề kháng cefepim, Carbapenem và Colistin; *Acinotobacter* chỉ không đề kháng Imipenem và colistin; Các *Enterobacter*, *E coli*, *enterococci* cũng gia tăng đề kháng kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý Châu, Nguyễn Thanh Hôi, Trần Thu Thủy, (2005), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị tại khoa hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Y học thực hành, Công trình nghiên cứu khoa học Hội nghị bệnh phổi toàn quốc, Cần Thơ 6-2005, Bộ Y Tế, số 513, trang 126-131.
2. Lê Tiến Dũng, (2007), Đặc điểm và sự đề kháng in-vitro vi khuẩn gây viêm phổi tại BV Nguyễn Tri Phương 2006-2007. Y học TPHCM, hội nghị khoa học kỹ thuật trường ĐH YD TPHCM, phụ bản số 1, trang 193- 197.
3. Lê Tiến Dũng, (2016), Đặc điểm và sự đề kháng in-vitro vi khuẩn gây viêm phổi tại BV đại học y dược TPHCM. Y học TPHCM, trang 34- 39.
4. Song J.H. et al, (2005), Spread of drug-resistant *Streptococcus pneumoniae* in Asian countries: Asian Network for Surveillance of Resistant Pathogens (ANSORP) Study. Clin. Infec. Disea. 28,1206-1211.
5. Song JH, (2006), Global crisis of Pneumococcal resistance: alarm calls from the East, Drug Resistance in the 21st Century, 3rd International Symposium on Antimicrobial Agents and Resistance, p 53 – 67.
6. Phạm Hùng Vân, Nguyễn Phạm Thanh Nhân, Phạm Thái Bình, (2005), Khảo sát tình hình đề kháng in-vitro các kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm trùng hô hấp cấp, Tạp chí Y học thực hành, Công trình nghiên cứu khoa học Hội nghị bệnh phổi toàn quốc, Cần Thơ 6-2005, Bộ Y Tế, số 513, trang 117-125.
7. Phạm Hùng Vân, Trần Văn Ngọc và cs, (2005), Tác nhân gây Viêm phổi cộng đồng, nghiên cứu ANSORP Việt Nam 2003-2005.

HIỆU QUẢ CỦA MONTELUKAST KẾT HỢP SYMBICORT TRONG KIỂM SOÁT HEN PHẾ QUẢN

Trương Văn Lâm, Lê Thị Mãi,

Nguyễn Thị Thơ, Nguyễn Thị Kim Cương

Đặt vấn đề: Hen phế quản là bệnh mạn tính gặp mọi lứa tuổi. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của Montelukast kết hợp symbicort so với symbicort đơn thuần trong kiểm soát bệnh hen phế quản. **Phương pháp nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng. Thực hiện 92 bệnh nhân chia thành 2 nhóm: nhóm 1 có 47 bệnh (điều trị montelukast kết hợp symbicort) và nhóm 2 có 45 bệnh nhân (điều trị symbicort đơn thuần). **Kết quả:** tỉ lệ kiểm soát hen phế quản của montelukast kết hợp symbicort cao hơn symbicort đơn thuần lần lượt là (87,2 % so 68,9%, $p= 0,01$). **Kết luận:** nghiên cứu này cho thấy montelukast kết hợp symbicort có hiệu quả cao hơn symbicort đơn thuần trong kiểm soát hen phế quản.

Từ khóa: hen phế quản, montelukast, symbicort.

ABSTRACT

EFFECTS OF MONTELUKAST PLUS SYMBICORT IN CONTROL ASTHMA

Background: asthma is a chronic disease of all ages. **Objective:** To evaluate the efficacy of Montelukast plus symbicort versus conventional symbiosis in the management of bronchial asthma. **METHODS:** A cross-sectional descriptive study was performed. There were 92 patients divided into two groups: group 1 had 47 (montelukast plus symbicort and 45 patients) **Results:** montelukast bronchial asthma management plus symbicort was higher than that of the conventional symbicort alone (87,2% so 68,9%. **Conclusion:** This study demonstrated that montelukast plus symbicort was more effective than conventional symbiosis in control of asthma management.

Keywords: Asthma, montelukast, symbicort.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Hen phế quản là bệnh mạn tính gặp mọi lứa tuổi, theo tổ chức y tế thế giới có khoảng 300 triệu, ước tính đến năm 2025 có khoảng 400 triệu người mắc bệnh hen phế quản. Ngày nay, Kết quả nghiên cứu những năm gần đây trên thế giới cho thấy tỉ lệ kiểm soát hen phế quản của ICS (corticoid dạng hít) ở mức toàn cầu đã rơi xuống mức thấp đáng kể <80% [5]. Ở Việt Nam tình hình kiểm soát hen mức thấp đáng kể 56,67% [7]. Trong những năm gần đây, nhiều báo cáo trên thế giới cho thấy vai trò của thuốc đối kháng thụ thể leukotriene (Montelukast) được biết đến trong điều trị hen phế quản.

Từ đó các tác giả trên thế giới đã đưa ra phương thức điều trị khá mới đó là Montelukast kết hợp ICS. Do đó, tìm ra phương thức điều trị mới cho bệnh nhân hen phế quản là vấn đề cấp thiết ở Việt Nam cũng như tại An Giang, do đó chúng tôi tiến hành đề tài này, với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của Montelukast kết hợp symbicort so với symbicort đơn thuần trong kiểm soát hen phế quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân ≥ 16 tuổi được chuẩn đoán hen phế quản -Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01-2018 đến tháng 10-2018.

2.1.1.Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Những bệnh nhân được chúng tôi đưa vào nghiên cứu khi hội đủ các tiêu chuẩn sau:

- + Bệnh nhân được chuẩn đoán xác định hen phế quản theo GINA 2017
- + Các đối tượng này được theo dõi và điều trị ngoại trú kiểm tra đúng hẹn
- + Bệnh nhân đồng ý tham gia

2.1.2.Tiêu chuẩn loại trừ

- Không đồng ý nghiên cứu.
- Dị ứng với thuốc montelukast, symbicort
- Có thai, cho con bú
- COPD, lao phổi, tâm thần

2.2.Thiết kế nghiên cứu:

Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng

2.3. Cỡ mẫu: Trong nghiên cứu chúng tôi chọn được được 92 bệnh nhân.

Nhóm 1: có 47 bệnh nhân dùng symbicort + montelukast.

Nhóm 2: có 45 bệnh nhân dùng symbicort đơn thuần.

2.4. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.5. Nội dung nghiên cứu:

Hen phế quản: Chuẩn đoán theo tiêu chuẩn GINA 2017

- 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 FEV1 > 12% và 200ml hay PEF > 60L hoặc > 20% sau khi hít thuốc dẫn phế quản.

Hút thuốc lá: được định nghĩa khi hút thuốc ≥ 10 điều liên tục trong 3 năm.

Bậc hen phế quản

Hen bậc 1: các triệu chứng thường xuất hiện trong thời gian ngắn và dưới 1 lần/ tuần

Bệnh nhân hoàn toàn bình thường về triệu chứng và chức năng

PEF ≥ 80 %; PEF dao động < 20%

Hen bậc 2: các triệu chứng có ít nhất 1 lần / tuần nhưng không hàng ngày

Triệu chứng ban đêm > 2 lần /tháng

PEF ≥ 80 %; PEF dao động :20%-30%

Hen bậc 3:

Các triệu chứng có hàng ngày

PEF : 60- 80 %; PEF dao động >30%

Hen bậc 4: các triệu chứng tồn tại liên tục, hoạt động thể lực ảnh hưởng

PEF : ≤ 60 %; PEF dao động >30%

Kiểm soát hen: tiêu chuẩn đánh giá kiểm soát hen theo GINA 2017

Tiêu chuẩn (4 tuần)	Kiểm soát tốt (có tất cả các tiêu chuẩn dưới đây)	Kiểm soát 1 phần (1-2 tiêu chí)	Không kiểm soát
Triệu chứng ban ngày	Không (hoặc ≤ 2 lần tuần)	>2 lần / tuần	≥ 3 đặc điểm của hen kiểm soát một phần trong bất kỳ tuần
Triệu chứng thức giấc ban đêm	Không	Có	
Hạn chế hoạt động	Không	Có	

Nhu cầu dùng thuốc cắt cơn cấp cứu	Không (hoặc ≤ 2 lần / tuần)	>2 lần tuần	nào
Chức năng hô hấp (PEF hoặc FEV1)	Bình thường	< 80% (lý thuyết)	
Cơn kịch phát cấp	Không	≥ 1 lần/ năm	1 lần trong tuần bất kỳ

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

- Hỏi bệnh nhân bằng bộ câu hỏi soạn sẵn, khám lâm sàng và thu thập thông tin cần thiết ghi vào phiếu thu thập số liệu

- Đo chức năng hô hấp: tại phòng đo chức năng hô hấp -khoa khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

- Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán hen phế quản được đưa vào nghiên cứu

- **Bệnh nhân có mã số lẻ thì điều trị phương pháp 1:** symbicort kết hợp montelukast 10 mg/ngày uống buổi tối

- **Bệnh nhân có mã số chẵn thì điều trị phương pháp 2:** symbicort đơn thuần

- Liều sử dụng symbicort 4,5 μ g/160 μ g ngày 2 lần (theo bậc hen theo GINA).

- Đánh giá tác dụng phụ của thuốc: dị ứng, đau đầu, nôn ói...

- **Đánh giá kiểm soát hen:** sau 1 tháng.

2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

+ Các biến số định tính dùng phép kiểm t-test.

+ Các biến định lượng dùng phép kiểm Chi square.

+ Xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0. Các test có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

Có 92 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, được phân bổ ngẫu nhiên nhóm 1 gồm 37 bệnh nhân được điều trị với (symbicort kết hợp montelukast) và nhóm 2 gồm 35 bệnh nhân được điều trị với phác đồ (symbicort đơn thuần).

1.Đặt điểm bệnh nhân:

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%. 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	Montelukast+Symbicort n = 47	Symbicort n = 45	p
Tuổi trung bình	37,4	35,2	>0,05
Giới tính			
Nam	22(51,2%)	21(48,8%)	0,56
Nữ	25(51%)	24 (49%)	
Hút thuốc lá	5 (13,5%)	4 (11,4%)	0,45
Hen bậc 1	4 (10,8%)	4 (11,4%)	0,49
Hen bậc 2	18 (48,6%)	19 (54,3%)	0,07
Hen bậc 3	13 (36,2%)	10 (28,6%)	0,08
Hen bậc 4	2 (5,4%)	2 (5,7%)	0,6

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

2.Hiệu quả kiểm soát hen phế quản:

Bảng 3.2: Kết quả điều trị kiểm soát hen sau 1 tháng

Phương pháp điều trị	Montelukast + symbicort n (%)	Symbicort n (%)	P
Kiểm soát tốt	41(87,2 %)	31(68,9%)	0,01

Nhận xét: Hiệu quả kiểm soát hen của Montelukast + symbicort là 87,2 % so với phác đồ Symbicort đơn thuần 68,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$.

3.Tác dụng phụ thuốc:

Tác dụng phụ của hai phác đồ:

Triệu chứng	Symbicort+Montelukast n=47	Symbicort đơn thuần n=45	p
Không	29 (61,7%)	32 (71,1%)	0,46
Chóng mặt	2(4,3%)	1 (2,2%)	0,53
Đau đầu	3(6,4%)	2(4,4%)	0,49

Khô miệng	6(12,8%)	5(11,1%)	0,56
Run tay chân nhẹ	3(6,4%)	2(4,4%)	0,49
Hội hợp đánh trống ngực	4(8,5%)	3(6,7%)	0,51

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tác dụng phụ của symbicort kết hợp montelukast và symbicort đơn thuần (với $p>0.05$). Hầu hết các tác dụng phụ này thường nhẹ, thoáng qua, không gây ảnh hưởng nhiều đến việc điều trị

IV. BÀN LUẬN:

Kết quả nghiên cứu này cho thấy rằng montelukast kết hợp symbicort kiểm soát hen phế quản cao hơn symbicort đơn thuần. Nghiên cứu này cho thấy ICS (corticoid dạng hít) kiểm soát hen giảm đáng kể. Ngày nay, ICS giảm tỉ lệ kiểm soát hen phế quản $<80\%$ [5]. Các ICS (corticoid dạng hít) thường được lựa chọn đầu tiên và đã được dùng trong thời gian khá dài sau nhiều năm điều trị (>20 năm), dẫn đến kiểm soát hen thất bại đáng kể trên toàn thế giới như ở nước Ý, Năm 2012, tác giả Nagao M và cộng sự [5], nghiên cứu 46 người bệnh dùng ICS đơn thuần, cho thấy rằng 41% bệnh nhân không được kiểm soát hen phế quản.

Ở Việt nam, những nghiên cứu gần đây cho thấy ICS (corticoid dạng hít đơn thuần) tỉ lệ kiểm soát hen giảm đáng kể. Năm 2013, tác giả Phùng Chí Thiện và cộng sự [9], nghiên cứu dân số cộng đồng tại Hải Phòng, cho thấy rằng Bệnh nhân hen được kiểm soát tốt với tỷ lệ rất nhỏ (6,9%). Đa số các bệnh nhân chưa được kiểm soát (93,1%). Năm 2014, Tác giả Bùi Thị Hương và cs (cộng sự)[4], Nghiên cứu với 30 bệnh nhân bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy rằng có 56,67% bệnh nhân kiểm soát tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hiệu quả kiểm soát hen phế quản giảm đáng kể của ICS đơn thuần là đạt 68,9%, tương tự với Tác giả Bùi Thị Hương và cs, cũng như tác giả Nagao M và cs [4], [5], điều này cho thấy rằng kiểm soát hen phế quản bằng ICS (corticoid dạng hít đơn thuần) giảm đáng kể.

Trên thế giới, để nâng cao hiệu quả điều trị trong một bối cảnh với một tỷ lệ kiểm soát Hen phế quản thấp, một số chiến lược điều trị đã được đề xuất. Xu hướng trên thế giới hiện nay cũng tập trung nghiên cứu sử dụng một loại phương pháp mới như điều trị ICS kết hợp montelukast đã được giới thiệu như là một phương pháp điều trị mới để kiểm soát hen tốt hen phế quản. Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên, Nghiên cứu PRIVIA dùng montelukast so với giả dược, phòng các đợt cấp trong hen phế quản, đây là một nghiên cứu đa trung tâm, mù đôi. Theo dõi sau 12 tháng thấy nhóm montelukast giảm 32% đợt cấp so với trước điều trị với $p<0,001$ [10]. Một nghiên cứu khác Năm 2012, tác giả Nagao M và cộng sự [5] cho thấy rằng, nghiên cứu 93 bệnh nhân (47 người trong nhóm montelukast và 46 người trong nhóm ICS). Nhóm

montelukast kiểm soát hen là 79% tốt hơn nhóm ICS đơn thuần kiểm soát hen là 41%. Từ đó, nhiều thử nghiệm đã báo cáo tính ưu việt của phác đồ montelukast kết hợp ICS so với ICS đơn thuần. Hơn nữa, trong một phân tích tổng hợp đã chứng minh gần đây, Năm 2017, Tác giả Chaudhury A và cộng sự [1], cho thấy tổng cộng 160 bệnh nhân cuối cùng đã được đánh giá. 78 bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu và 82 người trong nhóm chứng. Vào cuối 4 tuần, cho thấy nhóm bệnh nhân nhóm nghiên cứu dùng montelukast đã kiểm soát hen 82%, nhóm chứng là 59%.

Một số nghiên cứu gần đây trên thế giới đã chứng minh montelukast kết hợp ICS hiệu quả hơn ICS đơn thuần, tác giả Pacheco Y và cộng sự [7], năm 2014, Cho thấy rằng Montelukast kết hợp ICS hiệu quả kiểm soát hen tốt hơn ICS đơn thuần, (lần lượt là 89% so với 67%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Năm 2014, Tác giả Zhang HP và cộng sự [10], Các thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên cho thấy montelukast đã ngăn ngừa hoặc điều trị chứng cơn hen ở người lớn. Đã xác định được 20 thử nghiệm đối với bệnh hen mạn tính. So với giả dược, nhóm dùng Montelukast kiểm soát hen tỉ lệ 83,2%. Năm 2012, tác giả Bùi Anh Sơn, cho thấy nghiên cứu 62 bệnh nhân, kiểm soát hen phế quản bằng montelukast cho thấy rằng, kiểm soát hen phế quản là 88,23% [8]. Năm 2014, tác giả Trần Hải Yến và cộng sự [11], năm 2014 nghiên cứu về Đánh giá hiệu quả điều trị của Montelukast kết hợp seretide ở bệnh nhân hen phế quản, cho thấy rằng sau 12 tháng điều trị, Kiểm soát hen đạt 88% .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, hiệu quả của phác đồ montelukast kết hợp symbicort so với symbicort đơn thuần tỉ lệ kiểm soát hen lần lượt là 87,2% với 68,9% . Sự khác biệt điều có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với, tác giả Chaudhury A, tác giả Nagao M, tác giả Bùi Anh Sơn, tác giả Trần Hải Yến [1],[5],[8],[11]. Các tác giả này tỉ lệ kiểm soát hen của montelukast kết hợp ICS từ 79%- 89%. Hơn nữa, theo nghiên cứu chúng tôi, Một lần nữa khẳng định hiệu quả của Montelukast kết hợp với symbicort trong kiểm soát hen phế quản cao hơn so với symbicort đơn thuần. ICS giảm tác dụng với kiểm soát hen phế quản [2],[3]. Corticosteroids dạng hít được khuyến cáo như sự lựa chọn đầu tiên cho hen dai dẳng. Thuốc đã chứng minh được hiệu quả trong hen, cải thiện chức năng phổi và làm giảm những cơn hen cấp và trầm trọng. Tuy nhiên nhiều bệnh nhân HPQ sử dụng Corticosteroids dạng hít vẫn tiếp tục có các triệu chứng của hen, có khả năng do corticosteroids không hoàn toàn ngăn chặn được sự tổng hợp và giải phóng của các cysteinyl leukotrienes ở phổi. Các cysteinyl leukotrienes LTC₄, LTD₄, LTE₄ gây ra nhiều thay đổi sinh lý bệnh ở phổi của bệnh nhân HPQ, bao gồm tắc nghẽn đường thở, tăng tiết dịch nhày, giảm vận chuyển và làm sạch hệ thống niêm mạc tiết nhày, tăng tập trung tế bào viêm. Các thuốc kháng leukotrienes ngăn ngừa như Montelukast, chất đối kháng thụ

thể leukotrien tít 1 (CysLT1) được ghi nhận làm giảm tế bào ái toan đường hô hấp ở bệnh nhân hen phế quản, cải thiện triệu chứng hen, cải thiện chức năng phổi, giảm sử dụng β - agonist ở bệnh nhân hen dai dẳng

Cơ chế tác dụng của Montelukast ở bệnh nhân Hen Phế Quản

Tác dụng có hại của Leucotrien ở bệnh nhân bệnh Hen Phế Quản:

- Gây co thắt phế quản (mạnh hơn histamine 100-10000 lần).
- Tăng tính phản ứng của cơ trơn phế quản, ví dụ đối với dị nguyên
- Lôi kéo tế bào viêm, đặc biệt là bạch cầu ái toan.
- Tăng tính thấm thành mạch (gây phù nề và tắc nghẽn đường hô hấp)

Tác dụng của Montelukast: Các thuốc ức chế cạnh tranh receptor với leukotriene tác động trên receptor Cys-LT1 của leukotriene D₄, một receptor quan trọng gây co thắt phế quản. Do cả leukotriene C₄ và E₄ cũng gắn vào receptor này nên các thuốc ức chế cạnh tranh với leukotriene D₄ cũng ngăn chặn được tác dụng của cả leukotriene C₄ và E₄. Tác dụng phụ: cả hai phương pháp có tác dụng phụ tương tự nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, tác dụng phụ ở cả hai phác đồ đều mức độ nhẹ thoáng qua, tự giới hạn không ảnh hưởng đến điều trị.

V. KẾT LUẬN:

Nghiên cứu này cho thấy Symbicort kết hợp Montelukast có hiệu quả kiểm soát hen phế quản tốt hơn so với Symbicort đơn thuần, tác dụng phụ 2 phác đồ tương tự nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chaudhury A, Gaude GS, Hattiholi J (2017), “Effects of oral montelukast on airway function in acute asthma: A randomized trial”. *Lung India*. 34(4), pp.349-354.
2. GINA (2016), Risk factor, Chapter 3, “ *environmental factor that influence the susceptibility to the development of asthma in predisposed individuals*”, pp.27-35.
3. GINA (2017), Chapter 2, “*Diagnosis and Clasification*”, pp.16-57.
4. 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
5. Nagao M, Ikeda M, Fukuda N, Habukawa C, Kitamura T, Katsunuma T, Fujisawa T, (2012), “LePAT (Leukotriene and Pediatric Asthma Translational Research Network) investigators. Early control treatment with montelukast in preschool children with asthma, A randomized controlled trial”. *Allergol Int*. 67(1), pp.72-78.
6. Pacheco Y, Freymond N, (2014), “*Devouassouxg Impact of montelukast on asthma associated with rhinitis, and other triggers and co-morbidities*”. *J Asthma*, 51(1), pp.1-17.
7. Nguyễn Hoàng Phương (2002), “*So sánh hiệu quả của symbicort turbuhaler (budesonide/formoterol) với flutication discuus trong điều trị dự phòng hen phế quản*”, Luận văn thạc sĩ y học-Trường Đại học y Hà Nội.
8. Bùi An Sơn (2016), “*Đánh giá hiệu quả của singulair trong điều trị dự phòng hen phế quản trẻ em từ 1 đến 5 tuổi tại bệnh viện nhi trung ương*”, Luận văn thạc sĩ y học-Trường đại học Y Hà Nội.
9. Phùng Chí Thiện, Nguyễn Xuân Bá (2013), “Nghiên cứu thực trạng mắc bệnh và kiểm soát hen phế quản ở học sinh tiểu học, trung học, lê hồng phong, ngô quyền, hải phòng”, *Tạp chí y học thực hành*, 878(8), trang. 49-53
10. Zhang HP, Jia CE, Lv Y, Gibson PG, Wang G (2014), “Montelukast for prevention and treatment of asthma exacerbations in adults: Systematic review and meta-analysis”. *Allergy Asthma Proc*. 35(4), pp.278-287
11. Trần Hải Yến, Phùng Chí Thiện, Nguyễn Thị Kim Hương, Vũ Minh Thục và cộng sự, (2014), “Đánh giá hiệu quả điều trị của montelukast kết hợp seretide ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng có hen phế quản”, *Tạp chí y học TP HCM*, tập 18.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CỦA SUY ĐA CƠ QUAN VÀ CÁC YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN

Phạm Ngọc Kiều, Nguyễn H Bích Phượng,

Phạm Ngọc Dao, Phù Kỳ Thanh

Tóm tắt:

- **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm suy đa cơ quan và các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

- **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 111 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo Sepsic 3 năm 2016. Chẩn đoán suy đa cơ quan dựa theo tiêu chuẩn Knaus 2005, và mức độ cơ quan suy theo thang điểm SOFA.

- **Kết quả:** Tất cả bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn đều có suy > 2 cơ quan. Nhóm tử vong có Apache II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation), SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) cao hơn nhóm sống. Tỷ lệ tử vong chung là 45,9%, suy 03 cơ quan 14,3%, 04 cơ quan 33%, 05 cơ quan 40%, 06 cơ quan 100%. Suy đa cơ quan xuất hiện từ ngày đầu vào viện khởi đầu là suy tuần hoàn, hô hấp sau đó suy thận, rối loạn tri giác, rối loạn chuyển hoá và rối loạn đông máu. Nhóm tử vong có số cơ quan suy cao hơn nhóm sống. Bốn yếu tố tiên lượng tử vong độc lập là điểm ApacheII, điểm SOFA, số lượng cơ quan bị suy và có hiện diện ARDS.

Kết luận: Suy đa cơ quan ảnh hưởng rất lớn đến tỷ lệ tử vong, càng có nhiều cơ quan bị suy thì tỷ lệ tử vong càng tăng.

SUMMARY

- **Objective:** To evaluate the characteristics of multiorgan dysfunction syndrome (MOFS) and the prognosis factors in the treatment of septic shock patients.

- **Methods:** A cross-section, descriptive study in 111 MOFS patients with septic shock diagnosed on Sepsis-3 2016 and Knaus 2005' criteria was performed to evaluate the severity of MOFS on Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) scale.

- **Result:** Most of septic shock patients suffered from more than two deficiency organs. The survivals had the lower APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation), SOFA, than the non survivals in treatment duration. The total mortality was 45.9%. The mortality of patients with deficiency of three organs: 14.3%, four: 33%, five: 40%, six:100%. MOFS happened in the first day of admission. Besides hemodynamic deficiency, respiratory failure, renal failure developed, altered mentation, metabolic disorder and hematological disorder. Mortality prognosis factors were APACHE II, SOFA and ARDS.

- **Conclusion:** MOFS had a close relation to mortality. The more organs failure, the more mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy đa cơ quan trong sốc nhiễm khuẩn là hậu quả của suy tuần hoàn cấp và tình trạng đáp ứng viêm quá mức sau nhiễm khuẩn nặng. Suy đa cơ quan là nguyên nhân tử vong chính trong các đơn vị hồi sức tích cực [1,2] , số cơ quan suy càng nhiều thì tiên lượng bệnh càng nặng. Tỷ lệ tử vong của sốc nhiễm khuẩn có suy đa cơ quan dao động từ 40-80% [2]. Các nghiên cứu cho thấy hình thái lâm sàng của suy đa cơ quan rất khác biệt tùy theo từng nhóm bệnh nhân: số cơ quan suy, thứ tự và thời gian xuất hiện cơ quan suy, loại cơ quan suy [1,2,8]. Nhiều yếu tố nguy cơ suy đa cơ quan và yếu tố tiên lượng nặng đã được đánh giá như: Tuổi, điểm Apache II, điểm SOFA, hồi sức không thích hợp, lactat máu, ARDS [4,6]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu còn chưa thống nhất. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của suy đa cơ quan trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.
2. Đánh giá các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có suy đa cơ quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng:

Tất cả bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn vào Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang. Các bệnh nhân này có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo Sepsic 3 năm 2016. Chẩn đoán suy đa cơ quan dựa theo tiêu chuẩn sửa đổi của Knaus năm 2005.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tuổi < 16, tử vong < 24 giờ kể từ khi vào viện, có chỉ định ngoại khoa không giải quyết hiệu quả và các bệnh giai đoạn cuối ung thư, lympho.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, bệnh nhân được hồi sức tích cực theo phác đồ, các đặc điểm chung được ghi nhận như tuổi, giới, chẩn đoán bệnh theo mã ICD 10, các bệnh mạn tính kèm theo, Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, khí máu động mạch, tiểu cầu, bilirubin, creatinin, thời gian nằm ICU và kết quả điều trị. Các chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng được đánh giá hàng ngày để tính điểm SOFA, APACHE II.

Xử lý số liệu: Các biến định lượng được thống kê bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn sử dụng Two-tailed Student's *t* test, Các biến phân loại được đánh giá bằng cách sử dụng Chi-square test, nếu các giá trị nhỏ sẽ được hiệu chỉnh bằng Fisher's exact test, khi giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95%. Phần mềm thống kê SPSS 22 được sử dụng.

III. KẾT QUẢ

Từ 02/2018 đến 08/2018, có 111 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu trong đó tỷ lệ nữ/ nam 48/63. Tử vong chiếm 51/111 (45,9%). Các bệnh nhân được phân thành 2 nhóm sống và tử vong, có các đặc điểm chung sau:

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Bảng 1. Đặc điểm chung.

Đặc điểm	Tổng số BN (111)	Sống (n=60)	Chết (n=51)	p
----------	---------------------	----------------	----------------	---

Tuổi	67,8± 14,6	66,8±14	69,1± 13,7	0,4
Giới Nữ	48/63	19/30	29/33	
Glasgow	11,5± 2,7	12,1± 2,3	10,8 ± 2,9	0,01
ApacheII	24,1±3,9	22,7± 3,6	25,9± 3,5	0,00
Huyết áp TB	57,8 ±8,5	58,2 ± 4,8	57,6 ± 11,7	0,6
Tiểu cầu	186,9 ±75	206.437	162.305	0,02
PaO ₂ /FiO ₂	181,6 ±31,1	185,7 ± 28,8	176,4 ±33,5	0,12
Creatinin	172,8 ±101	146 ± 88	205 ± 107	0,002
Bilirubin	26,7 ±22,8	14,5 ± 9	42,2± 25	0,00
Tg nằm ICU	8,9 ± 6,2	8 ± 5,5	9,8± 6,9	0,1
SOFA	11,16 ± 2,5	9,7± 1,9	13± 1,8	0,00
Số cơ quan suy	4,4± 1,2	3,7± 0,9	5,2± 0,9	0,00
Tử vong	45,9%			

Nhận xét: Tuổi trung bình là 67,8, nhóm tử vong có mức độ bệnh nặng hơn lúc vào viện, mức độ tổn thương các cơ quan và số cơ quan suy cũng cao hơn so với nhóm sống.

2. Các Nguyên nhân sốc nhiễm trùng

Bảng 2. Các nguyên nhân sốc nhiễm trùng

STT	Bệnh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Hô hấp	49	44,1
2	Tiêu hoá	34	30,6
3	Tiết niệu	21	18,9
4	Viêm mô tế bào	7	6,3
	Tổng	111	100

Nhận xét: Phần lớn là nhiễm trùng hô hấp, kể đến là tiêu hoá, tiết niệu và viêm mô tế bào.

3. Tỷ lệ số cơ quan bị suy

Bảng 3

Số cơ quan suy	Chung	Nhóm sống	Nhóm tử vong
2	8 (7,2%)	8 (13,3%)	
3	21 (18,9%)	21 (35%)	6 (11,7%)
4	23 (20,7%)	19 (31,6%)	12 (23,5%)
5	31 (27,9%)	12 (20%)	18 (35,2%)
6	28 (25,2%)	0	15 (29,4%)
Tổng	111 (100%)	60 (100%)	51 (100%)

Nhận xét: số cơ quan suy càng nhiều thì tỉ lệ tử vong càng tăng Suy > 6 cơ quan có tỉ lệ tử vong cao nhất

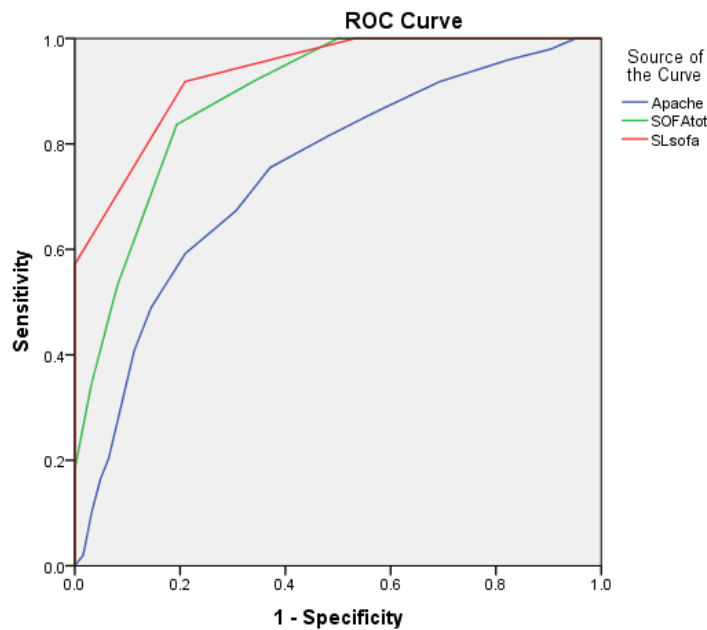
4. Tỷ lệ tử vong so với số lượng cơ quan bị suy

Bảng 4: Tỷ lệ tử vong/ số lượng suy cơ quan suy

Số cơ quan suy	Tỷ lệ tử vong
2	0
3	14,3%
4	33%
5	40%
6	100%

Nhận xét: Không có tử vong ở bệnh nhân suy 02 cơ quan, Số cơ quan suy càng nhiều thì tỉ lệ tử vong càng tăng, suy 6 cơ quan có tỉ lệ tử vong 100%.

5. Giá trị tiên lượng của các bảng điểm



Sơ đồ 1: giá trị tiên lượng các bảng điểm (Apache: điểm APACHE II, SOFAtot: tổng số điểm SOFA, SLsofa: số lượng cơ quan bị suy).

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong (AUC) của thang điểm Apache là 0,74; Điểm SOFA 0,89 và của số lượng cơ quan bị suy là 0,93.

6. Phân tích đa biến

Bảng 5. Kết quả phân tích đa biến

Biến số	Tổng số BN (111)	Sống (n=60)	Chết (n=51)	p
Apache II	24,1±3,9	22,7± 3,6	25,9± 3,5	0,00
SOFA	11,16 ± 2,5	9,7± 1,9	13± 1,8	0,00
Tiểu cầu	186,9 ±75	206.437	162.305	0,02
Creatinin	172,8 ±101	146 ± 88	205 ± 107	0,002
Bilirubin	26,7 ±22,8	14,5 ± 9	42,2± 25	0,00
Số cơ quan suy	4,4± 1,2	3,7± 0,9	5,2± 0,9	0,00
SOFAthận	1,27 0,9	0,97 ±0,9	1,63± 0,9	0,04
SOFAhô hấp	2,24 1,1	1,8 ±1,3	2,76± 4,2	0,00

SOFA tiêu hoá	0,76 0,9	0,25± 0,6	1,35± 0,8	0,00
SOFA thần kinh	1,59 1,0	1,35± 0,8	1,85± 1,1	0,00

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 111 bệnh nghiên cứu, tuổi trung bình là $67,8 \pm 14,6$ tương đương tác giả Hoàng văn Quang $65 \pm 14,6$ [4], tác giả Nguyễn Xuân Vinh $70,78 \pm 16,14$ [5].

Tỷ lệ nữ/ nam 48/63 (43,2%), tương đương tác giả Nguyễn Xuân Vinh 46% [5], Varon Joseph 44% [12], Bilevicious Elizabeth 43% [13]. Tất cả đều có suy từ 02 cơ quan trở lên khi vào khoa Hồi sức. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị, tỉ lệ tử vong còn cao dao động từ 40-80% [2], bệnh nhân thường chết do biến chứng của bệnh hơn là do bệnh [10], tử vong càng cao khi số cơ quan suy càng lớn [3,6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ tử vong là 45,9% và tăng theo số lượng cơ quan suy. Tác giả Hoàng văn Quang có tỷ lệ tử vong là 55,6% [4], Hàng Xuân vinh 43,8% [5], Ruokonen E 72,9% [7], Manuela 45% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có tử vong ở bệnh nhân suy dưới 03 cơ quan. Suy ≥ 03 cơ quan tử vong là 14,3%, suy 04 cơ quan là 33%, suy 05 cơ quan là 40%, suy 06 cơ quan là 100%, tương đương các tác giả Hoàng văn Quang, Ruokonen E và Bilevicious Elizabeth [13]. Các bệnh mạn tính thường làm dễ phát triển suy đa cơ quan, do vậy bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn lớn tuổi, có nhiều bệnh mạn tính sẽ có tiên lượng xấu hơn nhiều.

Về tỉ lệ các cơ quan suy, tất cả đều có suy tuần hoàn vì đây là tiêu chuẩn chọn bệnh (huyết áp trung bình $< 70\text{mmHg}$), kể đến là hô hấp có tỉ lệ cao nhất tương ứng là 70%, thấp nhất là suy thần kinh, nghiên cứu của Hàng Xuân vinh [5], Ruokonen E [7], Manuela [6] và Elizabeth [13] cũng cho kết quả tương tự. Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, chúng tôi hay gặp suy hô hấp có tỉ lệ gần 45%, nguyên nhân là do viêm phổi mà nặng nhất là ARDS, Suy thần kinh thường gặp ở nhóm tử vong, là giai đoạn cuối của bệnh, tuy nhiên đánh giá này đôi khi khó khăn do đôi lúc phải sử

dụng thuốc an thần bệnh nhân có mức độ tổn thương hô hấp nặng hơn thì sẽ có tỉ lệ tử vong cao hơn.

Tuổi > 65 là yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong do giảm khả năng đề kháng với tình trạng nhiễm khuẩn (10), tuy vậy trong nghiên cứu chúng tôi không thấy có sự khác biệt về tuổi giữa 2 nhóm và tuổi > 65 không phải yếu tố tiên lượng tử vong độc lập, điều này phù hợp nghiên cứu của Ruokonen E [7], Manuela [6] và Elizabeth [13].

Điểm Apache II đánh giá tổn thương cấp tính các cơ quan, điểm càng cao thì tiên lượng càng xấu, nhóm tử vong có Apache II cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống, phù hợp với các nghiên cứu của Hàng Xuân vinh [5], Ruokonen E [7], Manuela [6] và Elizabeth [13]. Chúng tôi cũng thấy rằng ApacheII > 22 là yếu tố tiên lượng tử vong độc lập.

Điểm SOFA được dùng để theo dõi tiến triển cơ quan suy, điểm càng cao chứng tỏ số cơ quan suy càng lớn. Điểm SOFA cao lúc vào viện, hoặc sau 24 - 48 giờ, điểm SOFA cao nhất cũng như số lượng cơ quan bị suy đều có giá trị tiên lượng tử vong cao. SOFA > 10 là giá trị tiên lượng tử vong độc lập.

Diện tích dưới đường cong (AUC) của thang điểm Apache II là 0,74. Tại điểm cắt 22 có độ nhạy 82,1%, độ đặc hiệu 81,2%. AUC của điểm SOFA là 0,89. Tại điểm cắt 10 có độ nhạy 92,3%, độ đặc hiệu 86,2% . AUC của Số lượng cơ quan bị suy là 0,93. Tại điểm cắt 4,5 có độ nhạy 93,3%, độ đặc hiệu 82,2%. Tương đương tác giả Hoàng văn Quang, Hoàng Xuân Vinh, Elizabeth, Ruokonen.

ARDS xảy ra ở > 44% bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng. Các nghiên cứu cho thấy phổi đóng vai trò như bộ lọc đầu tiên hoạt hóa các bạch cầu đa nhân, vi khuẩn, cytokines, các yếu tố trung gian khác dẫn đến tổn thương màng phế nang -mao mạch và tăng tính thấm mao mạch. Đây là cơ chế của ARDS [8,9,10]. Nhóm chết có tỉ lệ mắc ARDS cao hơn so với nhóm sống, Kết quả phân tích đa biến cũng thấy rằng điểm SOFA của suy hô hấp, suy thận, suy gan và suy thần kinh là những yếu tố tiên lượng tử vong độc lập.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tử vong trong sốc nhiễm khuẩn có suy đa cơ quan là 45,9%. Các nguyên nhân thường gặp nhất là hô hấp (44,1%), tiêu hoá (30,6%), tiết niệu (18,9%) và các nguyên nhân khác. Mức độ tổn thương các cơ quan càng nặng và số cơ quan suy càng nhiều thì tỉ lệ tử vong càng cao. Các cơ quan suy hàng đầu là tuần hoàn, hô hấp, thận, kế tiếp là suy gan, rối loạn đông máu, rối loạn tri giác. Có 4 yếu tố tiên lượng tử vong độc lập ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có suy đa cơ quan là thang điểm Apache II, điểm SOFA, số lượng cơ quan bị suy và có hiện diện ARDS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mervyn Singer, MD, FRCP; Clifford S. Deutschman, MD, MS (2016) “The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock”.
2. Vũ Thế Hồng, Vũ Văn Đính, Vũ Minh Đức (2001): “ Bước đầu nghiên cứu hội chứng suy sụp đa phủ cơ quan tại khoa điều trị tích cực bệnh viện Bạch Mai ”. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học Cấp cứu-Hồi sức-Chống độc 1998-2001, 167-176.
3. Trần minh Tuấn (2006): “ Nghiên cứu tình hình suy đa cơ quan tại khoa điều trị tích cực, bệnh viện Bạch Mai ”, *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú*.
4. Hoàng văn Quang (2010). “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của suy đa tạng và các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn” Bệnh viện Thống Nhất, TPHCM. Tạp chí Y học thực hành (694) - số 12/2010.
5. Nguyễn Xuân Vinh (2015). “Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại khoa HSTC-CĐ Bệnh viện Thống Nhất” TPHCM. Tạp chí Y học thực hành- số 12/2015.
6. Manuela Ferrario, Alice Cambiaghi (2016). “Mortality prediction in patients with severe septic shock: a pilot study using a target metabolomics approach”. 1Scientific RepoRts | 6:20391 | DOI: 10.1038/srep20391. Published: 05 February 2016
7. Ruokonen E, Takala J, Kari A, Alhava E (2010). “Septic shock and multiorgan failure” . Crit Care Med. 2010 Sep;19(9):1046-50.

8. Doig, Christopher, Zygun, David, Flick, Gordon, Laupland, Kevin, Boiteau, Paul, Sahpori, Resa, Rosenal, Tom, Sandham, Dean (2004): “ Study of clinical course of organ dysfunction in intensive care ”. *Crit Care Med* 32(2): 384-390.
9. Russell, James, Singer, Joel, Bernard, Gordon, Wheeler, Arthur, Fulkerson, William, Hudson, Leonard, Schein, et al (2000): “Changing pattern of organ dysfunction in early human sepsis is related to mortality”. *Crit Care Med*, 28(10): 3405-3411.
10. Pettila Ville, Melot Christian, Ferreira F.L et al (2002): “Sequential assessment of multiple organ dysfunction as a predictor of outcome”. *JAMA*, 287(6): 713-714
11. Suveer S, Evans T.W(2006):“ Organ dysfunction during sepsis ”. *Intensive Care Med*, 1-29.
12. Varon joseph (2008) : “ Multiple organ dysfunction syndrome”. *Irvin and Rippe’s Intensive Care Medecine*, 6th Edition ,chapter 164.
13. Bilevicious Elizabeth, Dragosavac Desanka, Dragosavac Sanja, Araujo Sebastiao, Antonio, Renato G.G, Terzi (2001): “Multiple organ failure in septic patients”. *Brazilian journal of infectious diseases* 5(3) Salvado june 2001: 1-8.

RỐI LOẠN LIPID MÁU TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG NỘI TRÚ

Phạm Ngọc Hoa, Phan Văn Bé,

Nguyễn Thị Hạnh, Nguyễn Văn Hợp

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tần suất rối loạn lipid máu trên bệnh nhân đái tháo đường. **Bệnh nhân và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang các bệnh nhân nội trú tại khoa nội tiết, gồm 154 bệnh nhân đái tháo đường từ tháng 5/2018 – 8/2018. **Kết quả:** tần suất các rối loạn lipid máu gồm tăng cholesterol, tăng TG, giảm HDLc, tăng LDLc lần lượt là 29,2%; 66,8%; 75,9%; 18,8%. **Kết luận:** tần suất rối loạn lipid máu còn cao trên các bệnh nhân đái tháo đường tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

ABSTRACT

Objective: to estimate the prevalence dyslipidemie in diabetic patients. **Patient and methods:** Design: cross- sectional study :154 patients with diabetes mellitus were recruited at endocrinology department of An Giang general hospital from 5/2018 to 8/2018. **Result:** The prevalence of increased cholesterol, increased TG , decreased HDL , increased LDL was 29,2%;66,8%; 75,9%; 18,8%. **Conclusion:** The prevalence of dyslipidemie was high in patients with diabetes mellitus treated at An Giang general hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Lipid là từ dùng để miêu tả chất mỡ và các chất có cấu trúc giống mỡ như dầu sáp, mỡ, sáp... Lipid hiện diện trong phần lớn các tổ chức và thể dịch của cơ thể người, động vật và trong thực phẩm sử dụng hàng ngày. Lipid không tan trong nước nhưng có thể tan trong các dung môi hữu cơ như ete, chloroform, benzen... Lipid máu là nguồn năng lượng cung cấp 25-30% tổng năng lượng cơ thể lưu hành dưới 2 dạng (1) Lipid đơn như cholesterol, acid béo bão hòa, đơn và đa không bão hòa và (2) Lipid phức gồm cholesterol ester, triglycerids và phospholipid, trong đó cholesterol và triglycerid (TG) là thành phần chính. Vì không tan trong nước, để có thể đến các cơ quan, các thành phần lipid được vận chuyển thông qua lipoprotein vận chuyển. Có 5 loại lipoprotein chính gồm: HDL, LDL, IDL, VLDL và chylomicrons, trong số này LDL là lipoprotein có cholesterol chiếm 75% cholesterol mang bởi các hạt non-HDL, 25% còn lại của non-HDL-C chứa trong hạt giàu TG gồm VLDL, IDL, chylomicrons và chylomicron thừa. Các lipoprotein vận chuyển lipid đến được cơ quan nhờ liên kết với thụ thể, trong đó các lipoprotein chứa nhiều cholesterol như LDL xâm nhập qua lớp

tế bào nội mạc mạch máu gây tổn thương thành mạch, là một trong những nguyên nhân chính gây bệnh tim mạch xơ vữa (BTMXV = AtheroSclerotic CardioVascular Disease =ASCVD), là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế cho con người trên toàn thế giới. Theo các khuyến cáo trước đây rối loạn lipid máu (RLLPM) được định nghĩa là sự tăng bất thường trong máu nồng độ các thành phần như cholesterol toàn phần (TC), LDL – cholesterol (LDL.C) và/ hoặc tăng triglycerid (TG), và/ hoặc giảm HDL-cholesterol (HDL.C). Tuy nhiên, các khuyến cáo gần đây đã bổ sung thêm hai thành phần: tăng Non HDL.C và ApoB. Rối loạn các thành phần lipid kéo dài sẽ gây tổn thương cho nhiều cơ quan trong đó tổn thương xơ vữa động mạch, làm hẹp lòng mạch máu là nguyên nhân chủ yếu của BTMXV.

RLLM theo NCEP ATR III – 2001 là khi rối loạn các thành phần lipid máu: tăng cholesterol, tăng triglycerid, tăng LDL, giảm HDL.

Trị số (bình thường)	mg/dl	mmol/l
Cholesterol	<200	<5,2
TG	<150	<1,7
HDLc	>40	>1
LDLc	<30	<3,4

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGUYÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: là những bệnh nhân bị đái tháo đường(ĐTĐ) người lớn nhập khoa Nội tiết điều trị vì nhiều bệnh lý khác nhau.
2. Thời gian: từ tháng 5/2018 -8/2018.
3. Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả.
4. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTĐ theo ADA 2012.

Tiêu chí chẩn đoán bệnh đái tháo đường.

Tiêu chí chẩn đoán ĐTĐ (theo ADA 2012)

Glucose máu lúc đói ≥ 126 mg/dl (7mmol/l)

Hoặc Glucose máu bất kỳ ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) kèm theo các triệu chứng tăng đường huyết trên lâm sàng hoặc con tăng đường huyết.

Hoặc nghiệm pháp dung nạp 75g glucose: glucose máu sau 2h ≥ 200 mg/dl (11,1mmol/l).

Hoặc HbA1C $\geq 6,5\%$.

Nếu không có triệu chứng tăng đường huyết trên lâm sàng thì cần phải lặp lại các XN một lần nữa vào ngày khác.

Định nghĩa biến kết cục: đo Lipid máu lúc bụng đói gồm Cholesterol, triglycerid, LDL, HDL.

RLLM theo NCEP ATR III – 2001 là khi rối loạn một trong các thành phần lipid máu: tăng cholesterol, tăng triglycerid, tăng LDL, giảm HDL.

Trị số (bình thường)	mg/dl	mmol/l
Cholesterol	<200	<5,2
TG	<150	<1,7
HDLc	>40	>1
LDLc	<30	<3,4

Tăng huyết áp: Xác định tăng huyết áp dựa vào kết quả đo huyết áp và phân loại theo JNC VI.

Chỉ số khối cơ thể BMI:

Cân bệnh nhân: Sử dụng bàn cân Trung Quốc có thước đo chiều cao. Bệnh nhân chỉ mặc một bộ quần áo mỏng, không đi giày dép, không đội mũ. Kết quả được ghi bằng kg, sai số không quá 100g.

Đo chiều cao: Được đo bằng thước đo chiều cao gắn liền với cân. Bệnh nhân đứng thẳng đứng, 2 gót chân sát mặt sau của bàn cân, đầu thẳng, mắt nhìn thẳng. Kéo thước đo thẳng đứng đến hết tầm, sau đó kéo từ từ xuống đến khi chạm đứng đỉnh đầu, đọc kết quả trên vạch thước đo. Kết quả tính bằng mét (m) và sai số không quá 0,5 cm.

Tính chỉ số khối cơ thể: $BMI = \text{Cân nặng (kg)} / \text{Chiều cao bình phương}$.

Xử lý số liệu.

Số liệu được trình bày bằng tỉ lệ % cho biến phân loại, được trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn cho biến số có phân phối chuẩn.

KẾT QUẢ

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: có tất cả 154 bệnh nhân trong đó nam: 54 người (35.1%), nữ: 100 (64.9%), tuổi trung bình: 63,8. BMI: 22,45.

Thời gian mắc bệnh trung bình: 7,15 năm. Số bệnh nhân tăng huyết áp: 136/154 (88,3%). HbA1C trung bình: 9,87%. Triglyceride trung bình: 2,62mmol/l (số bệnh nhân tăng TG là 103/154 tỉ lệ 66,8%). Cholesterol trung bình: 4,27 mmol/l (Số bệnh

nhân tăng cholesterol là 45/154, tỉ lệ 29,2%). LDL C: 3,53 mmol/l (số bệnh nhân tăng LDL.c là 29/154, tỉ lệ 18,8%). HDL: 1,46 mmol/l (117/154 tỉ lệ 75,9% có HDL.c thấp)

Bảng 1: Đặc điểm tuổi, giới

		N	%
Tuổi (năm) n=154	<60	56	36,3
	>=60	98	63,7
	Trung bình: 63.8		
Giới	Nữ	100	64,9
	Nam	54	35,1

Nhận xét: Có 56 BN <60 tuổi (36, 3%) , 98 BN >60 tuổi (63,7%), nữ 100 BN (64,9%) nam 54 BN (35,1%).

Bảng 2: đặc điểm RLLPM

		N	%
Cholesterol mmol/l	Không tăng	109	70,8
	Tăng	45	29,2
TG mmol/l	Không tăng	51	33,3
	Tăng	103	66,7
HDLc mmol/l	Không giảm	37	24,1
	Giảm	117	75,9
LDLc mmol/l	Không tăng	125	81,2
	Tăng	29	18,8
RLLPM			67
Không RLLPM			23

Nhận xét: Tỉ lệ tăng Cholesterol, TG, giảm HDL, tăng LDL lần lượt là:29,2%; 66,7%; 75,9% và 18,8%.

BÀN LUẬN

ĐTĐ là một bệnh rối loạn chuyển hóa glucose nhưng kéo theo các rối loạn chuyển hóa khác do nhiều nguyên nhân như: kháng insulin, stress oxy hóa... trong đó thường gặp nhất là rối loạn chuyển hóa lipid (4,5,6,7). Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ rối loạn lipid nói chung là 67%. Trong đó tăng cholesterol là 29,2%, tăng TG: 66,8%, giảm HDLc 75,9%, tăng LDLc là 18,8%. Theo nghiên cứu của PROCAM, nếu tăng TG lên 1mmol/l, nguy cơ mắc bệnh mạch vành tăng 14-32%. Bệnh nhân ĐTĐ chưa được dùng insulin hoặc thuốc hạ glucose máu thường tăng TG và có mức HDLc thấp. LDLc có vai trò trong bệnh lý tim mạch, làm tăng yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành. Cholesterol toàn phần được dùng để đánh giá nguy cơ nhưng không phải là mục tiêu điều trị, mục tiêu điều trị chính là LDLc (1,2,3). RLLPM nói chung không gây ra bất kỳ triệu chứng gì, việc chẩn đoán dựa vào các xét nghiệm. Ở BN ĐTĐ 1 nếu kiểm soát đường huyết tốt thường ít khi gây RLLPM, nếu kiểm soát đường huyết kém thường tăng TG, giảm HDL, tăng cholesterol. Ở BN ĐTĐ 2 thường kèm RLLPM mặc dù đã được kiểm soát tốt đường huyết (2,3,4). Theo nghiên cứu của Văn, Thanh Hương (2) tỉ lệ RLLPM là 65,3%, cholesterol tăng 40%, tăng TG 53%, giảm HDL 20%, tăng LDL 42,9 %. Nghiên cứu của Toàn (3) tăng cholesterol 21,1%, tăng TG 18,4%, giảm HDL 10,6%, tăng LDL 14,8% so với chúng tôi là 29,2%; 66,8%; 75,9% và 18,8%.

KẾT LUẬN

RLLPM thường không có triệu chứng đặc trưng, hầu hết là những triệu chứng mượn của các cơ quan khác vì xơ vữa động mạch là một bệnh toàn thân. Bệnh có thể biểu hiện bằng các triệu chứng của bệnh tim mạch như bệnh mạch vành, bệnh mạch máu ngoại biên, bệnh mạch cảnh. Khi TG tăng cao $> 11,3\text{mmol/l}$ ($> 1000\text{ mg/dl}$) có thể gây viêm tụy cấp. Do đó tất cả các đối tượng lớn hơn 20 tuổi cần xét nghiệm bilan lipid máu và lặp lại mỗi 5 năm một lần nếu bình thường. Tất cả bệnh nhân đái tháo đường phải điều trị RLLPM theo khuyến cáo của Hiệp hội ĐTĐ Thế giới tùy theo lứa tuổi và bệnh nhân có nguy cơ bệnh TMXV hay bệnh lý tim mạch (4,5,6,7,8).

Bệnh nhân ĐTĐ ở mọi lứa tuổi có bệnh BTMXV cần sử dụng liệu pháp statin cường độ cao phối hợp với thay đổi lối sống.

Đối với bệnh nhân ĐTĐ < 40 tuổi có các yếu tố nguy cơ BTMXV, xem xét sử dụng liệu pháp statin cường độ trung bình hoặc cường độ cao phối hợp với thay đổi lối sống.

Đối với bệnh nhân ĐTĐ độ tuổi 40 -75 không có yếu tố nguy cơ BTMXV, xem xét sử dụng liệu pháp statin cường độ cao phối hợp với thay đổi lối sống.

Đối với bệnh nhân ĐTĐ > 75 tuổi không có yếu tố nguy cơ BTMXV, xem xét sử dụng liệu pháp statin cường độ cao phối hợp với thay đổi lối sống.

Đối với bệnh nhân ĐTĐ ở tuổi >75 năm có các yếu tố nguy cơ BTMXV, xem xét sử dụng liệu pháp statin cường độ trung bình hoặc cao phối hợp với thay đổi lối sống (4,5,6,7,8).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hải Thủy (2008): Rối loạn chuyển hóa lipid máu, chuyên ngành Nội tiết và chuyển hóa, Nhà xuất bản Đại học Huế.
2. Nguyễn Khoa Biện Văn, Nguyễn Thanh Hương (2009), nghiên cứu tỷ lệ tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai, báo cáo nghiên cứu Hội Nội tiết và đái tháo đường Việt Nam lần V.
3. Trần Kế Toàn (2012), nghiên cứu lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có béo phì và không béo phì, Đại học Y Dược Huế.
4. Dyslipidemia in Type 2 Diabetes: Joe M. Chehade, Margaret Gladysz, Arshag D Mooradian, Prevalence, Pathophysiology, and Management, Published 2013 in Drugs.
5. HJ Warraich, Haiher, JS Rana, Dyslipidemia in diabetes mellitus and cardiovascular disease, Cardiovascular Endocrinology, 2017 - ingentaconnect.com
6. National lipid association recommendations for patient-centered management of dyslipidemia: part 1-full report. Journal of Clinical Lipidology, Vol-, No-, -2015.
7. Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults. 2013 ACC/AHA Journal of the American College of Cardiology.
8. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome, International Diabetes Federation, 2006.

ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ HUYẾT ÁP TÂM THU CỔ CHÂN - CÁNH TAY (ABI) Ở BỆNH NHÂN ĐTĐ TYPE 2 TẠI BV ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Phạm Chí Hiền; Nguyễn Sơn Nam; Quảng Thị Huyền Trang; Sử Cẩm Thu

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định tỉ lệ ABI < 0.9, mối liên quan với các yếu tố nguy cơ và can thiệp điều trị Cilostazol ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 bằng cách đo chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay (chỉ số ABI) trước sau 12 tháng.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang và can thiệp. Nhóm bệnh ĐTĐ không phụ thuộc insulin. Tiền sử bệnh mạch vành, THA, hút thuốc lá, đường huyết đói, HbA1C. Đo huyết áp tâm thu cổ chân cánh tay khi chỉ số ABI $\leq 0,9$ xem là có bệnh. Điều trị can thiệp bằng Cilostazol 100mg ngày 2 lần liên tục 12 tháng.

Kết quả: Chúng tôi có 461 bệnh nhân ĐTĐ type 2 đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Trong đó, tuổi trung bình của đối tượng là $63,6 \pm 11,4$ tuổi (thấp nhất: 40; cao nhất: 95) có chỉ số ABI < 0,9 là 127 chiếm tỷ lệ 27,5%, nam 182 (39,5%), thời gian mắc bệnh $7,9 \pm 5,4$ (Max = 30, Min = 0); đau cách hồi 74 (16,1%); tê bì tay chân 168 (36,4%); có THA có 385 bệnh nhân (83,5%) và không THA 76 (16,5%). Liên quan với các yếu tố nguy cơ như tuổi, thời gian phát hiện bệnh, đường huyết đói, HbA1C có ý nghĩa thống kê với p lần lượt ($p=0,006$; $p= 0,005$; $p= 0,018$ và $p=0.031$). Liên quan với bệnh mạch vành, THA, hút thuốc lá với ABI không có ý nghĩa thống kê với p lần lượt ($p= 0,710$; $p= 0,267$; $p= 0,438$). Điều trị Cilostazol có hiệu quả cải thiện chỉ số ABI có ý nghĩa thống kê với $p= 0,048$.

Kết luận: Tỉ lệ BMMNBCD trong nghiên cứu là 27,5%. Có mối liên quan với các yếu tố nguy cơ như tuổi, thời gian mắc bệnh ĐTĐ, đường huyết đói, HbA1C. Không có mối liên quan với hút thuốc lá, bệnh mạch vành, THA. Điều trị Cilostazol có hiệu quả với chỉ số ABI.

ABSTRACT

Objectives of the study: This study was conducted to determine the prevalence of ABI <0.9 , related to risk factors and interventions for cilostazol in type 2 diabetic patients by measuring the ankle pressure index - arm (ABI) before 12 months.

Study method: Description of cross section and intervention. Non-insulin dependent diabetes mellitus. History of coronary artery disease, hypertension, smoking, fasting blood glucose, HbA1C. Measurement of arm systolic blood pressure when $ABI \leq 0.9$ is considered disease. Intervention therapy with Cilostazol 100mg twice daily for 12 months.

Results: We had 461 type 2 diabetic patients eligible for inclusion in the study. The average age of the subjects was 63.6 ± 11.4 years (the lowest age was 40 years, the highest age was 95 years). The ABI index was 0.9, 127, 27.5%, male 182 (39.5%); duration of disease was 7.9 ± 5.4 (Max = 30, min = 0); painful episodes 74 (16.1%); numbness 168 (36.4%); hypertensive patients had 385 patients (83.5%) and non-hypertensive patients 76 (16.5%). Relation to risk factors such as age, disease detection time, fasting plasma glucose, HbA1C were statistically significant with p ($p=0.006$, $p=0.005$, $p=0.018$ and $p=0.031$). Concerning coronary artery disease, hypertension, smoking with ABI was not statistically significant with p ($p=0.710$, $p=0.267$; $p=0.438$). Cilostazol treatment has been shown to significantly improve the ABI index with $p=0.048$.

Conclusion: The PAD ratio in the study was 27.5%. There is a relationship with risk factors such as age, duration of diabetes, fasting plasma glucose, HbA1C. There is no association with smoking, coronary heart disease, hypertension. Cilostazol treatment is effective for ABI.

ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐTĐ là một bệnh chuyển hóa mạn tính có liên quan với nhiều bệnh lý khác, một căn bệnh được ghi nhận ngày càng gia tăng về số lượng và càng trẻ hóa. ĐTĐ là một trong những yếu tố nguy cơ tim mạch cao, gây vữa xơ động mạch (VXĐM) hiện nay đang là mối quan tâm của toàn cầu bởi tỷ lệ ngày càng tăng, gây nhiều biến chứng nguy hiểm và đứng đầu là biến chứng về tim mạch. Việc phòng ngừa và phát hiện sớm có thể cải thiện tiên lượng bệnh. Trong các phương pháp phát hiện bệnh mạch máu ngoại biên chi dưới (BMMNBCD), đo chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân cánh tay ABI (Ankle Brachial pressure Index) là phương pháp đơn giản hiện đại, không xâm

lần, dễ thực hiện, có thể sử dụng cho quần thể lớn có nguy cơ cao. Giá trị ABI < 0,9 có độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 95%, giá trị dự báo dương tính 85%, độ chính xác chung 90% trong trường hợp VXĐM, giúp cho phát hiện sớm, chính xác các tổn thương cũng như theo dõi tiến triển của bệnh [1],[2],[5],[10],[13]. Đồng thời, điều trị BĐMNBCD như nội khoa, can thiệp mạch máu và ngoại khoa thì theo khuyến cáo của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và Hội Tim mạch học Việt Nam khi phát hiện bệnh nhân ĐTD type 2 có biến chứng bệnh động mạch chi dưới khi có chỉ số ABI < 0,9 thì tiến hành điều trị Cilostazol cải thiện triệu chứng bằng cơ chế giãn mạch, chuyển hóa và chống kết tập tiểu cầu (mức chứng cứ I,A) [10];[11]. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ chỉ số HA tâm thu cổ chân cánh tay ở bệnh nhân ĐTD type 2.*
2. *Xác định mối liên quan giữa chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân cánh tay và yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân ĐTD type 2.*
3. *Đánh giá kết quả chỉ số ABI sau khi sử dụng Cilostazol ở bệnh nhân ĐTD type 2 có chỉ số ABI < 0.9.*

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng là bệnh nhân ĐTD type 2 theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) 2011 đã được chẩn đoán và điều trị tại khoa khám bệnh từ tháng 06/2016 đến tháng 6/2018.

-Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang có can thiệp.

Đo chỉ số ABI bằng máy dao động ký mạch máu VP 1000 PLUS. Model: BP - 203 RPE III; OMORON/ NHẬT BẢN.

-Chẩn đoán BĐMNBCD theo Cristol Robert.

Đánh giá hiệu quả và an toàn của thuốc cilostazol:

+ Thuốc Cilostazol được sử dụng khi chỉ số ABI < 0,9 và không có chống chỉ định liều 100mg X 2 lần/ngày X 12 tháng; sau 12 tháng đo chỉ số ABI lần 2

+ Hiệu quả: thay đổi chỉ số ABI

+ An toàn: không có tác dụng phụ dị ứng, xuất huyết nghiêm trọng phải ngừng thuốc

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là 461 bệnh nhân ĐTD type 2 Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu: $63,6 \pm 11,4$ tuổi (thấp nhất: 40; cao nhất: 95) có chỉ số ABI < 0,9 là 127 chiếm tỷ lệ 27,5%. Trong đó có 182 nam (39,5%); thời gian mắc bệnh $7,3 \pm 5,4$ (Max = 30, Min = 0); đau cách hồi 74 (16,1%); tê bì tay chân 168 (36,4%); có THA có 385 bệnh nhân (83,5%) và không THA 76 (16,5%).

2.1. Đặc điểm chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân cánh tay (ABI) ở nhóm nghiên cứu

Bảng 1. So sánh ABI chân trái - chân phải

BI	$X \pm SD$	p
Chân trái	$1,102 \pm 0,225$	0,676
Chân phải	$1,107 \pm 0,218$	

Bảng 2. ABI ở các nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n = 461	$X \pm SD$	p
40 - 49	48	$1,108 \pm 0,155$	0,002
50 - 59	133	$1,041 \pm 0,197$	
60 - 69	160	$1,001 \pm 0,200$	
≥ 70	120	$0,985 \pm 0,217$	
Tổng	461	$1,021 \pm 0,202$	

2.2. Mối liên quan giữa chỉ số ABI với một số yếu tố nguy cơ bệnh động mạch chi dưới ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3. Liên quan giữa tuổi, giới với ABI

ABI		< 0,9		0,9 - 1,09		$\geq 1,10$		p
Tuổi, giới		n= 127	%	n=160	%	n = 174	%	
Tuổi	>60	86	33,5	84	32,7	87	33,9	0,006
	≤ 60	41	20,1	76	37,3	87	42,6	
Giới	Nam	46	25,3	59	32,4	77	42,3	0,262

	Nữ	81	29	101	36,2	97	34,8
--	----	----	----	-----	------	----	------

Bảng 4. Liên quan giữa thời gian phát hiện bệnh (TGPHĐTĐ) với ABI

ABI TGPHĐTĐ (năm)	< 0,9		1,00 - 1,09		≥ 1,10		P
	N=127	%	n=160	%	n=174	%	
>5	84	33,5	84	33,5	83	33,1	0,005
≤5	43	20,5	76	36,2	91	43,3	

Bảng 5. Liên quan giữa THA, bệnh mạch vành, hút thuốc lá với ABI

ABI THA Bệnh mạch vành Hút thuốc lá		<0,9		0,9 - 1,09		≥ 1,10		P
		n=127	%	n=160	%	n=174	%	
THA	Có	109	28,3	132	34,3	144	37,4	0,710
	Không	18	23,7	28	36,8	30	39,5	
Bệnh mạch vành	Có	64	29	82	37,1	75	33,9	0,267
	Không	63	26,2	78	32,5	99	41,2	
Hút thuốc lá	Có	21	24,1	28	32,2	38	43,7	0,438
	Không	106	28,3	132	35,3	136	36,4	

Bảng 6. Liên quan giữa kiểm soát glucose máu và HbA1c với ABI

ABI		< 0,9		0,9 - 1,09		≥ 1,10		P
Thông số, mức độ		n= 127	%	n=160	%	n=174	%	
Glucose máu (mmol/l)	Kém	78	26,1	116	38,8	105	35,1	0,018
	Trung bình	28	32,9	28	32,9	29	34,1	
	Tốt	21	27,3	16	20,8	40	51,9	
HbA1C (%)	Kém	88	32,1	97	35,4	89	32,5	0,031
	Trung bình	22	19,5	40	35,4	51	45,1	
	Tốt	17	23	23	31,1	34	45,9	

2.3. Kết quả sau khi sử dụng Cilostazol

Bảng 7. Chỉ số ABI

ABI trước điều trị n = 127	ABI sau điều trị n = 127	p
0,769±0,125	0,773±0,125	0,048

BÀN LUẬN

Về tỷ lệ mắc BDMNBCD

Với 461 bệnh nhân ĐTD type 2 đến khám tại khoa Khám bệnh bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, có 127 bệnh nhân có chỉ số ABI < 0.9 chiếm tỉ lệ 27,5%. Kết quả trên cao hơn so với 3 tác giả, Lê Hoàng Bảo (23,5%)[1], Nguyễn Thị Bích Đào 19,2% [3] và Trần Bảo Nghi (22,8%)[6], do sự khác biệt về cách chọn bệnh, cỡ mẫu và tiêu chí chẩn đoán và yếu tố nguy cơ có thể là nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt này.

Về tuổi và giới

- Tuổi: Qua nghiên cứu 461 bệnh nhân ĐTD type 2 chúng tôi thấy tuổi trung bình là $63,6 \pm 11,4$ phần lớn bệnh nhân ở độ tuổi 60 - 69 chiếm 35%. Kết quả của chúng tôi tương tự một số tác giả về độ tuổi gặp nhiều nhất tuổi trung bình là $67,0 \pm 3,5$ và một số nghiên cứu khác của Lê Hoàng Bảo, Đào Thị Dừa cũng cho kết quả tương tự [1], [2]

- Giới tính: Nghiên cứu chúng tôi thấy nữ chiếm đa số 279 chiếm 60,5%. Tương tự như một số nghiên cứu trong nước, nhưng các nghiên cứu nước ngoài cho thấy giới tính nam nữ như nhau có thể do đối tượng, mục tiêu và phương pháp nghiên cứu khác nhau. Ngoài ra có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến phân bố giới tính trong bệnh lý ĐTD type 2 như yếu tố địa dư, dân tộc, điều kiện sống. Như vậy với các thiết kế nghiên cứu khác nhau, địa điểm nghiên cứu khác nhau thì các kết quả về tỷ lệ bệnh theo giới có sự khác nhau.[11],[12],[14]

Chỉ số ABI bên trái và ABI bên phải

Qua khảo sát và tính ABI, chúng tôi thu được kết quả giá trị trung bình ABI bên trái và ABI bên phải là $1,10 \pm 0,22$ và $1,10 \pm 0,21$ không có sự khác biệt về chỉ số ABI giữa chân trái và chân phải. Kết quả này tương tự như một số nghiên cứu khác trong nước và theo Cristop Robert là 0,9-1,1. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước.[2],[6],[13]

Chỉ số ABI phân bố theo các nhóm tuổi

Trong nghiên cứu chúng tôi phân số bệnh nhân ĐTD ra làm 4 nhóm tuổi. Nhóm bệnh nhân 40 - 49 tuổi giá trị ABI trung bình là $1,108 \pm 0,155$; nhóm tuổi 50 - 59 ABI trung bình là $1,041 \pm 0,187$; nhóm tuổi 60 - 69 giá trị ABI trung bình là $1,001 \pm 0,200$, và nhóm tuổi trên 70 giá trị ABI trung bình là $0,985 \pm 0,217$. Qua kết quả trên chúng tôi nhận thấy khi tuổi càng cao thì ABI có xu hướng giảm đi sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,002$. Tương tự như nghiên cứu của tác giả Đoàn Văn Đệ và CS sự nghiên cứu trên 47 bệnh nhân ĐTD có loét bàn chân cho thấy giá trị trung bình ABI ở các nhóm tuổi dưới 50; 50 - 59; 60 - 69; > 70 lần lượt là $0,94 \pm 0,07$; $0,74 \pm 0,38$; $0,66 \pm 0,45$; $0,55 \pm 0,45$; với $p < 0,05$ [4],[9].

Mối liên quan giữa chỉ số ABI với một số yếu tố nguy cơ BDMNBCD ở nhóm nghiên cứu

Liên quan giữa tuổi, giới với ABI

Về tuổi nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi càng cao thì chỉ số ABI càng thấp tức là nguy cơ tổn thương động mạch lớn chi dưới càng lớn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,006$. Tương tự với nghiên cứu của Lê Hoàng Bảo, Trần Bảo Nghi cho thấy nhóm đối tượng tuổi càng cao thì tỉ lệ tổn thương động mạch lớn chi dưới càng cao ($p < 0,05$) [1],[6]. Nghiên cứu của Đoàn Văn Đệ trên bệnh nhân ĐTD typ 2 có biến chứng bàn chân cho thấy tuổi càng cao ABI trung bình càng thấp với $p < 0,05$ [8].

Về giới, trong nghiên cứu của chúng tôi thấy không có sự khác biệt với $p = 0,263$. Đối chiếu với các nghiên cứu trong và ngoài nước đều ghi nhận không có mối liên quan giữa ABI với giới ở bệnh nhân ĐTD type 2.

Liên quan giữa thời gian phát hiện bệnh ĐTD với ABI

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm có thời gian phát hiện ĐTD càng cao thì tỷ lệ ABI $< 0,9$ lại càng cao có ý nghĩa thống kê với $p = 0,005$. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước như Đào Thị Dừa, Đoàn Văn Đệ và nghiên cứu Cecileclairotte MD, Sylvieretout PHD, Louispotier MD đều ghi nhận thời gian mắc bệnh ĐTD càng lâu thì chỉ số ABI càng thấp tức là nguy cơ tổn thương động mạch chi dưới càng cao[2],[4],[12].

Liên quan giữa tăng huyết áp, bệnh mạch vành và hút thuốc lá với ABI

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có mối liên quan giữa tăng huyết áp, bệnh mạch vành với ABI với p không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,710$ và $p = 0,267$) .

Trong khi, nghiên cứu của Trần Bảo Nghi cho thấy rằng THA có mối liên quan với bệnh ĐMNBCD có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [6]. Nghiên cứu của Lê Hoàng Bảo cho thấy ở những bệnh nhân ĐTD có biến chứng mạch vành có tỷ lệ BMMNBCD càng thấp) với $p < 0,05$ [1]. Trong nghiên cứu của nhóm tác giả Raphael Monterio và cộng sự khi đánh giá riêng về ảnh hưởng của tăng huyết áp với tổn thương động mạch lớn chi dưới qua chỉ số ABI trên bệnh nhân ĐTD cho thấy tăng huyết áp là một yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh động mạch chi dưới với $p = 0,015$ [13]. Lê Hoàng Bảo nghiên cứu cũng cho thấy ở những bệnh nhân ĐTD có tăng huyết áp thì chỉ số ABI càng thấp tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [1]. Nguyên nhân là đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân điều trị ngoại trú thường ít có các biến chứng, còn các đối tượng nghiên cứu trên là những bệnh nhân nội trú thường có triệu chứng nặng mới nhập viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân ĐTD có hút thuốc lá tỷ lệ thiếu máu chi dưới ($ABI < 0,9$) cao hơn nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá, nhưng không có ý nghĩa thống kê $p = 0,438$. Tương tự nghiên cứu Trần Bảo Nghi, Longstreth W T và cộng sự cũng không chỉ ra mối liên quan giữa hút thuốc lá và tổn thương động mạch lớn chi dưới qua chỉ số ABI trên bệnh nhân ĐTD ($p = 0,113$) nhưng không thể kết luận không có sự liên quan giữa chúng vì số bệnh nhân hút thuốc lá của chúng tôi còn ít. [6]

Liên quan giữa kiểm soát Glucose máu lúc đói và HbA1c với ABI

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có mối liên quan giữa glucose máu lúc đói, HbA1C với ABI sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,018$ và $p = 0,031$). Tương tự, nghiên cứu của tác giả Yauxui Xu, kết quả cho thấy những bệnh nhân kiểm soát đường máu tốt hơn thì chỉ số ABI càng cao tức là ít mắc BDMCD ($p < 0,05$) [14].

Kết quả sau khi điều trị Cilostazol

Điều trị Cilostazol ở những bệnh nhân ĐTD type 2 có BMMNBCD trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 127 bệnh nhân có chỉ số $ABI < 0,9$ có cải thiện, khi so sánh ABI trước và sau khi điều trị sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,048$. Đồng thời, triệu chứng tê bì tay chân/đau cách hồi cải thiện rõ rệt và an toàn theo nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào phải bỏ thuốc hay ngừng điều trị tác dụng phụ. Do thuốc thuộc nhóm ức chế phosphodiesterase III với tác dụng dẫn mạch, chuyển hoá và kháng tiểu cầu phù hợp theo Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị Bệnh động mạch chi dưới và ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease [10],[11]

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ BMMNBCD ở BN ĐTD type 2 có chỉ số HA cổ chân- cánh tay (ABI) <0,9 là 27,5%.
- Có mối liên giữa chỉ số ABI với một số yếu tố nguy cơ như tuổi, thời gian phát hiện bệnh, glucose máu và HbA1C.
- Sử dụng Cilostazol cho bệnh nhân có chỉ số ABI < 0.9 an toàn, hiệu quả với chỉ số ABI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hoàng Bảo, Nguyễn Thị Bích Đào (2012), Tỷ lệ BMMNBCD trên bệnh nhân ĐTD type 2 xác định bằng chỉ số cổ chân – cánh tay ABI và các yếu tố có liên quan, *Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học hội nghị nội tiết và ĐTD toàn quốc lần thứ VI*, số 7. tr. 507 – 513.
2. Tạ Văn Bình (2007), *Những nguyên lý nền tảng bệnh ĐTD tăng glucose máu*, NXB Y học.
3. Bộ môn nội – Trường Đại học Y Hà Nội (2012), *Bệnh học Nội khoa*, NXB, tr. 322 - 342
4. Nguyễn Huy Cường (2008), *Bệnh ĐTD - những quan điểm hiện đại*, NXB Y học.
5. Đào Thị Dừa, Hoàng Thị Lan Hương (2011), Khảo sát tổn thương động mạch 2 chi dưới ở bệnh nhân ĐTD bằng chỉ số áp lực cổ chân cánh tay ABI, *Tạp chí Nội tiết*, số 4. tr. 15 - 23.
6. Nguyễn Hữu Trâm Em (2010), —BMMNBCD, *Chuyên đề Tim mạch học*.
7. Trần Đức Hùng, Đoàn Văn Đệ (2010), —Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh động mạch chi dưới tại bệnh viện 103, *Tạp chí y học Việt Nam*. tr. 8 - 12.
8. Nguyễn Kim Lương (2011), *Bệnh ĐTD trong thực hành lâm sàng*, NXB Y học.
9. Nguyễn Thị Nhạn (2012), —BMMNBCD ở bệnh nhân ĐTD typ 2, *Tạp chí nội tiết ĐTD, Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học hội nghị nội tiết và ĐTD toàn quốc lần thứ VI*, số 7. tr. 69-85.
10. Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị Bệnh động mạch chi dưới. Khuyến cáo 2010 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa.
11. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial

Disease. 2006 by the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association.

12. Cecileclairotte MD, Sylvieretout PHD, Louispotier MD (2009),-Automated Ankle-Brachial Pressure Index measurement by clinical staff for peripheral arterial disease diagnosis in nondiabetic and diabetic patients, *Diabetes Care*, Vol. 32 (No. 5). pp. 1231 - 1236.

13. Fonarow GC, Grundy SM, et al (2009), —Practical aproaches to managing hypertension: reducing gobal cardiovascular risk hpertension, *Am J Cardiol*, Vol. 110. pp. 61 - 81.

14. Longstreth W T Jr, Nelson L M, et al (2000), —Cigarette smoking, alcohol use, and subarachnoid hemorrhage, *American Heart Association*, Vol. 23. pp. 1242 - 1249.

KẾT QUẢ ĐẶT MÁY TẠO NHỊP VĨNH VIỄN TẠI BỆNH VIỆN TIM MẠCH AN GIANG TỪ NĂM 2013 - 2017

Mai Phạm Trung Hiếu

Tóm tắt

Nền tảng: Đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn là phương pháp điều trị rối loạn nhịp chậm. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn tại Bệnh viện Tim mạch An Giang từ 2013 – 2017. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Có 52 bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. Tuổi trung bình 69 ± 16 , nữ chiếm tỷ lệ cao 61.5%. Triệu chứng ngất 78.8%, có 57.7% bệnh nhân bloc nhĩ thất độ 3, 32.7% suy nút xoang. 71.1% đặt máy tạo nhịp 1 buồng, 28.9% được đặt máy 2 buồng, vị trí đầu dây điện cực đa số vùng vách 63.5%. Biến chứng sau đặt máy: tụ máu nơi vết mổ 1 ca (1.9%). Theo dõi sau 6 tháng cho thấy ngưỡng kích thích, biên độ, trở kháng ở thất và nhĩ ổn định. Sau trung bình 18 tháng theo dõi có 2 ca (3.8%) tử vong do nhồi máu não không liên quan gì đến máy tạo nhịp, 5 ca (9.6%) không liên lạc được, 4 ca (8.8%) có hội chứng máy tạo nhịp, chúng tôi chỉnh liều ức chế beta để giảm nhịp nội tại, và giảm được triệu chứng của hội chứng máy tạo nhịp. Các trường hợp còn lại ổn định. **Kết luận:** Kết quả đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn tại Bệnh viện Tim mạch là thuận lợi. Tỷ lệ biến chứng trong quá trình đặt và theo dõi là không đáng kể.

1. Đặt vấn đề

Đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn được sử dụng ngày càng tăng nhằm ngăn ngừa tử vong và cải thiện việc điều trị rối loạn nhịp chậm. Có khoảng gần 3 triệu người cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn trên thế giới vào năm 2000, và số người cần đặt máy tạo nhịp ngày càng tăng [6]. Đặt máy tạo nhịp được thực hiện đầu tiên cho bệnh nhân nhịp chậm trên thế giới đã có từ năm 1958 do Bác sĩ AKe Senning người Thụy Điển [14]. Tại nước ta những ca cấy máy đầu tiên bắt đầu từ những năm 1973 bởi các bác sĩ tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Việt Đức [5], sau đó được thực hiện ở nhiều trung tâm khác như bệnh viện Thống Nhất, Chợ Rẫy, Viện Tim TP Hồ Chí Minh...[1]. Tại bệnh viện Tim Mạch An Giang đã triển khai đặt máy tạo nhịp tim 01 hoặc 02 buồng từ tháng 10 năm 2013 cho đến nay. Vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu như sau:

1. Đánh giá bệnh nhân đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn trong thời gian nằm viện.
2. Kết quả theo dõi sau 6 tháng tại Bệnh viện Tim mạch An Giang từ năm 2013 – 2017.
3. Kết quả theo dõi trung bình sau 18 tháng đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn tại Bệnh viện Tim mạch An Giang từ năm 2013 – 2017.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có chỉ định và được đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn tại Bệnh viện Tim Mạch An Giang từ 10/2013 - 10/201 .

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Tuổi, Giới: nam và nữ
- Hỏi bệnh và khám lâm sàng tỉ mỉ khi vào viện, đặc biệt là các dấu hiệu do nhịp chậm gây ra: Chóng mặt, ngất.
- Chỉ định đặt máy tạo nhịp theo khuyến cáo hội tim mạch học Việt Nam năm 2011, hội tim mạch Mỹ năm 2012, và hội tim mạch Châu Âu 2013 [3], [7], [13].
- Vị trí đặt máy, loại máy, vị trí dây thất: mỏm, vách. Khi điện cực không bám vào vách liên thất đường ra thất phải hoặc thông số máy không đạt thì chuyển sang vị trí mỏm thất phải. Khi bám vào vách sẽ tính điểm theo LAO score – chụp chếch trước trái 40° [9].
- Vị trí dây nhĩ: thành trước nhĩ, tiểu nhĩ phải. Kiểm tra các thông số: ngưỡng tạo nhịp, độ nhận cảm, trở kháng nhĩ và thất
- Theo dõi thông số của máy tạo nhịp lúc đặt máy và sau 6 tháng bao gồm: ngưỡng kích thích, ngưỡng nhận cảm, và trở kháng ở thất, nhĩ
- Kết thúc thủ thuật ghi nhận: thời gian thủ thuật, thời gian chiếu tia X.
- Người bệnh được theo dõi các biến chứng trong thời gian nằm viện, sau 6 tháng và đến thời điểm kết thúc nghiên cứu: tụ máu, nhiễm trùng, tràn khí màng phổi, máy mất dẫn, hội chứng máy tạo nhịp, tử vong lúc nằm viện, sau 6 tháng và đến kết thúc NC.

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Tim Mạch An Giang.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Tất cả các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 22.0. Các biến định tính: trình bày tần số, tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng: trình bày số trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất.

Kiểm định bất cặp các thông số kỹ thuật của máy tạo nhịp lúc đặt máy và sau 6 tháng. Kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. Kết quả

3.1. Kết quả đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn trong thời gian nằm viện

3.1.1. Đặc điểm về tuổi

Tuổi trung bình trong nghiên cứu 69 ± 16 ; cao nhất là 94 tuổi, thấp nhất là 19 tuổi.

3.1.2. Đặc điểm về giới: Giới nữ chiếm tỷ lệ 61.5%, nam 38.5%

3.1.3. Đặc điểm lâm sàng, chỉ định, loại máy tạo nhịp vĩnh viễn

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng, chỉ định, loại máy tạo nhịp vĩnh viễn

		n	%
Triệu chứng	Chóng mặt	11	21.2
	Ngất	41	78.8
Chẩn đoán	HC suy nút xoang	17	32.7
	Bloc AV độ 3	30	57.7
	Bloc AV độ 2 mobitz 2	2	3.8
	Rung nhĩ đáp ứng thất chậm	3	5.8
Loại máy	Máy DDDR tương thích MRI	3	5.8
	Máy DDDR không tương thích MRI	12	23.1
	Máy VVIR	37	71.1
Vị trí đầu dây điện cực	Vùng vách	33	63.5
	Vùng mỏm	19	36.5

- Vị trí máy: 100% dưới đòn trái.

- 33 ca đặt vùng vách có điểm LAO: 2 đ chiếm tỷ lệ 60.6%, 3đ chiếm 33.3%

3.1.4. Đặc điểm thông số kỹ thuật tạo nhịp thất và nhĩ

- Ngưỡng kích thích thất trung bình $= 0,69 \pm 0,16$ V (0,4 V – 1,1 V).

- Biên độ sóng R thất trung bình $= 12.67 \pm 4.8$ mV (4 mV – 26.2 mV).

- Trở kháng trung bình thất = $806.53 \pm 217.21 \Omega$ (386 - 1366 Ω).
- Ngưỡng kích thích nhĩ trung bình = $0,88 \pm 0,32$ (0,4 V – 1,6 V).
- Biên độ sóng P trung bình = 3.6 ± 1.6 (1,5 – 7mV).
- Trở kháng nhĩ trung bình = $676 \pm 167.56 \Omega$ (431 – 983 Ω).

Thời gian thủ thuật trung bình: $92' \pm 42'$, nhanh nhất 40', lâu nhất 240'

Thời gian chiếu tia X trung bình: 10', nhanh nhất là 1', lâu nhất 70'

3.1.5. Biến chứng sau đặt máy

- Tụ máu nơi vết mổ: 1 ca (1.9%)
- Không ghi nhận biến chứng: nhiễm trùng, tràn khí màng phổi, máy mất dẫn

3.2. Kết quả đặt máy sau 6 tháng

3.2.1. Triệu chứng

Bảng 3.2. Triệu chứng sau 6 tháng đặt máy

Triệu chứng	n	%
Không	47	90.4
Hồi hộp	2	3.8
Tê tay trái	3	5.8
Tổng cộng	52	100

3.2.2 Thông số kỹ thuật sau 6 tháng

- Ngưỡng kích thích thất trung bình = 0.58 ± 0.15 V (0.4 V – 1.0 V).
- Biên độ sóng R thất trung bình = 10.35 ± 3.7 mV (6 mV – 20 mV).
- Trở kháng trung bình thất = $673 \pm 174 \Omega$ (423 - 1100 Ω).
- Ngưỡng kích thích nhĩ trung bình = 0.75 ± 0.24 (0.4 V – 1.1 V).
- Biên độ sóng P trung bình = 8 ± 6.7 (3.9 – 23mV).
- Trở kháng nhĩ trung bình = $638.18 \pm 147.97 \Omega$ (389 – 878 Ω).

3.2.3. Tử vong sau 6 tháng: Không ca nào tử vong sau 6 tháng

3. 3. Kết quả theo dõi trung bình 18 tháng đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn

- Sau theo dõi trung bình 18 tháng, nhỏ nhất 1 tháng, lâu nhất 39 tháng.

- Tử vong do nhồi máu não: 2 ca (3.8%)
- 5 ca không liên lạc được, chiếm tỷ lệ 9.6 %
- 45 ca còn lại: có 4 ca (8.8%) có hội chứng máy tạo nhịp.

4. Bàn luận

4.1. Kết quả đặt máy trong thời gian nằm viện

- Tuổi: 69 ± 16 , nữ chiếm đa số 61.5%, nam 38.5%, trong đó cao nhất là 94 tuổi, thấp nhất là 19 tuổi, đa số lớn tuổi, nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Như Hùng [4], tuổi trung bình 61.56 ± 18.12 và nghiên cứu Khanal J [11], tuổi trung bình $64.08 (\pm 15.09)$. Đa số bệnh nhân có triệu chứng ngất 78%, theo nghiên cứu Huỳnh Trung Cang [2] triệu chứng ngất chiếm 71%.
- Về mặt chỉ định có 57.7% bloc nhĩ thất độ 3, bloc nhĩ thất độ 2 mobitz 2 3.8%, suy nút xoang chiếm 32.7%, nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với Phạm Như Hùng [4] 1366 bệnh nhân đặt máy 1 buồng và 2 buồng có đến 63.2% bloc nhĩ thất, còn lại là suy nút xoang 36.8%.
- Vị trí đặt máy: 100% bên trái, do kinh nghiệm của thủ thuật viên và đa số bệnh nhân thuận tay phải, đặt bên trái nhằm hạn chế cử động mạnh, di chuyển máy về sau. Theo Huỳnh Trung Cang [2] tỷ lệ đặt túi máy bên trái cũng cao 56 %.
- Vị trí đầu dây điện cực, trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là vùng vách 63.5%, còn lại 36.5% là vùng mỏm. Khi mới triển khai chúng tôi chọn vùng mỏm để phòng ngừa sút dây điện cực. Khi đã triển khai nhiều ca, chúng tôi mạnh dạn áp dụng những kỹ thuật mới, đặt điện cực vùng vách. Để xác định vùng vách chúng tôi chụp tư thế chéo trái 40° [9], đảm bảo LAO score từ 2 – 3đ. Thời gian thủ thuật trung bình 92', thời gian chiếu tia X trung bình 10', nhanh nhất 1', chậm nhất 70'. Thời gian nằm viện trung bình 12 ngày, thời gian nằm viện kéo dài là do chúng tôi chăm sóc và theo dõi vết mổ đến khi cắt chỉ chúng tôi mới cho xuất viện để tiện việc theo dõi biến chứng sau đặt máy. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với Huỳnh Trung Cang [2], thời gian thủ thuật trung bình $66,8 \pm 25,5$ phút, thời gian nằm viện trung bình 7 ± 1 ngày.

4.2. Kết quả sau 6 tháng

- 90.4% không có triệu chứng, có 2 ca (3.8%) hồi hộp do nhịp nội tại và ngoại tâm thu tranh chấp với nhịp máy ở bệnh nhân đặt máy VVIR, đây cũng là vấn đề thường gặp ở bệnh nhân tạo nhịp 1 buồng. Chúng tôi tăng liều ức chế beta để bớt ngoại tâm thu, sau đó nhịp máy dẫn tốt không thấy xuất hiện ngoại tâm thu và bệnh nhân hết triệu chứng hồi hộp.

- Thông số kỹ thuật sau 6 tháng

Bảng 4.1. Các thông số kỹ thuật của máy trong thời gian nằm viện và sau 6 tháng

Thông số	Trong thời gian nằm viện	Sau 6 tháng	p
Ngưỡng kích thích thất (V)	0.68	0.56	0.002
Biên độ R (mV)	12.23	9.5	0.000
Trở kháng thất (Ω)	768.82	643.27	0.000
Ngưỡng kích thích nhĩ (V)	0.80	0.67	0.006
Biên độ P (mV)	4.6	10.5	0.58
Trở kháng nhĩ (Ω)	652.28	593.14	0.003

Theo dõi sau 6 tháng cho thấy rằng sự ổn định của đầu dây điện cực thất cũng như đầu dây điện cực ở nhĩ. Các ngưỡng kích thích, thất và nhĩ; biên độ thất cũng như trở kháng thất đều có xu hướng giảm có ý nghĩa thống kê, chứng tỏ đầu dây điện cực ổn định, bên cạnh đó các thông số ngưỡng kích thích biên độ, trở kháng ở nhĩ và thất đều đạt yêu cầu khi đặt máy [8]. Để đảm bảo tính ổn định của đầu dây điện cực thất cũng như nhĩ, chúng tôi phải chọn nhiều vị trí khác nhau, để tìm vị trí thích hợp, nên thời gian thủ thuật cũng như thời gian chiếu tia X kéo dài ra.

4.3. Biến chứng

Trong thời gian đặt máy có 1 ca (1.9%) tụ máu sau mổ, ca này sau khi đặt stent thuốc ở động mạch vành phải vẫn còn bloc nhĩ thất độ 3, nên chúng tôi quyết định đặt máy tạo nhịp 1 buồng, chỉ ngưng clopidogrel trước 1 ngày thủ thuật, sau mổ chúng tôi băng ép, đè chặt vết mổ, dùng lại clopidogrel sau 1 ngày và không thấy chảy máu vết mổ, bệnh nhân xuất viện sau 10 ngày. Theo ACC/AHA 2016 [12] chỉ ngưng clopidogrel ở bệnh nhân phẫu thuật khi cân nhắc giữa nguy cơ chảy máu và nguy cơ tắc stent. Theo Huỳnh Trung Cang [2] qua 52 ca đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn có 1 ca (2%) sút dây điện cực, 1 ca (2%) nhiễm trùng muộn, 1 ca (2%) hội chứng máy tạo nhịp. Theo Jens [10] bệnh nhân đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn từ 1982 – 2007, có 46299 bệnh nhân với tỷ lệ nhiễm trùng 1.82/1000 ca – năm, ở những ca thay máy tỷ lệ cao hơn 5.32/1000 ca – năm.

Sau trung bình 18 tháng theo dõi, có 2 ca (3.8%) tử vong do nhồi máu não. Hai ca này: 1 ca suy nút xoang, 1 ca bloc nhĩ thất độ 3, cả 2 ca đều đặt máy 1 buồng và theo dõi đặt máy hơn 1 năm. Theo Turgay [15] khảo sát 240 bệnh nhân được đặt VVI hoặc DDD theo dõi sau 44.1 tháng, tỷ lệ nhóm đặt DDD có tỷ lệ tử vong thấp hơn nhóm VVI. 5 ca (9.6%) chúng tôi liên hệ qua số điện thoại nhưng không liên lạc được, không kiểm tra máy sau 6 tháng. Trong 45 ca còn lại có 4 ca (8.8%) có hội chứng máy tạo nhịp sau đặt VVIR, tỷ lệ nhỏ hơn nghiên cứu của Mark S. Link [12] 996 bệnh nhân có

hội chứng suy nút xoang, sau đặt máy tạo nhịp 1 buồng 20% có hội chứng máy tạo nhịp, sự khác biệt này chắc có lẽ số liệu của chúng tôi còn nhỏ.

5. Kết luận

Qua 52 ca đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn từ 10 – 2013 đến 10 -2017, tuổi trung bình 69 ± 16 . Có 57.7% bloc nhĩ thất độ 3 đa số được đặt máy 1 buồng chiếm 71.2%, và được đặt ở vị trí vùng vách khá cao 63.5%. Sau 6 tháng đặt máy vị trí dây thất, cũng như dây nhĩ ổn định về mặt kỹ thuật. Tỷ lệ biến chứng trong lúc đặt là rất thấp (1.9%), và sau 18 tháng theo dõi chỉ có 2 (3.8%) bệnh nhân tử vong do nhồi máu não. Qua đó cho thấy sự thành công của việc triển khai đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn tại bệnh viện Tim mạch An Giang.

Tài liệu tham khảo

1. Mai Phạm Trung Hiếu (2012), "Đặt máy tạo nhịp tạm thời tại Bệnh viện Tim Mạch An Giang trong thời gian 5 năm", *Hội Tim Mạch Học Việt Nam*. Đại hội Tim mạch toàn quốc lần thứ 13(Phụ san tạp chí tim mạch học), tr. 3-8.
2. Phạm Minh Thanh, Huỳnh Trung Cang (2011), "Đánh giá kết quả cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Kiên Giang", *Y Học TP. Hồ Chí Minh* 15(4), tr. 130 - 135.
3. Phạm Quốc Khánh (2011), "Khuyến cáo 2010 của hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị một số rối loạn nhịp tim thường gặp", *Hội Tim Mạch Học Việt Nam*. Nhà xuất bản Y học, tr. 195 -205.
4. Trần Song Giang, Phạm Như Hùng, Trần Văn Đồng, Tạ Tiến Phước (2014), "Thực trạng cấy máy tạo nhịp tim 1 buồng và 2 buồng trong chỉ định điều trị nhịp chậm tại Viện Tim Mạch Việt Nam", *Tạp chí Tim Mạch học Việt Nam*. 65, tr. 64 -69.
5. Tạ Tiến Phước. (2005), " Nghiên cứu các kỹ thuật và hiệu quả huyết động của phương pháp cấy máy tạo nhịp tim", *Luận văn Tiến sĩ Y khoa*. Học Viện Quân Y 103.
6. Wilkoff BL Chua JD, Lee I (2000), "Diagnosis management of infections involving implantable electrophysiologic cardiac devices", *Ann Intern Med*. 133, tr. 604 - 608.
7. Andrew E. Epstein Cynthia M. Tracy, Dawood Darbar (2012), "2012 ACCF/AHA/HRS Focused Update of the 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society", *Circulation*. 126, tr. 1784-1800.

8. Mark G. Midei Feffrey Brinker (2005), "Techniques of pacemaker implantation and removal", *Cardiac Pacing and ICDs*. fourth edition, tr. 196-264.
9. M.D HARRY G. MOND (2010), "The Road to Right Ventricular Septal Pacing: Techniques and Tools", *PACE* 33, tr. 888 - 898.
10. Ole Dan Jørgensen Jens Brock Johansen, Mogens Møller (2011), "Infection after pacemaker implantation: infection rates and risk factors associated with infection in a population-based cohort study of 46299 consecutive patients", *European Heart Journal*. 32, tr. 991 - 998.
11. Poudyal RR Khanal J, Devkota S, Thapa S, Dhungana RR (2015), "Clinical Profile and Early Complications after Single and Dual Chamber Permanent Pacemaker Implantation at Manmohan Cardiothoracic Vascular and Transplant Centre, Kathmandu, Nepal", *J Nepal Health Res Counc* 13(30), tr. 138 - 43.
12. Glenn N. Levine (2016), "2016 ACC/AHA Guideline Focused Update on Duration of Dual Antiplatelet Therapy in Patients With Coronary Artery Disease", *JACC*. 68(10), tr. 1082 - 115.
13. Angelo Auricchio Michele Brignole, Gonzalo Baron-Esquivias (2013), "2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy", *European Heart Journal*. 34, tr. 2281-2329.
14. Aquilina O. (2006), "A brief history of cardiac pacing", *Images Paediatr Cardiol*. 8(2), tr. 17-81.
15. H.kutsi Kabul Turgay, Sevket Balta (2015), "Long-term follow-up of patients undergoing permanent pacemaker implantation: GATA exeperience", *Gülhane Tıp Derg* 2015. 57, tr. 408 - 413.

KHẢO SÁT THÔNG KHÍ ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC Ở BỆNH NHÂN PHÙ PHỔI CẤP DO TIM

TẠI KHOA TIM MẠCH - LÃO HỌC BỆNH VIỆN TIM MẠCH AN GIANG

Ngô Sĩ Ngọc, Trần Thị Thúy Phượng, Điều Thanh Hùng

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá sự cải thiện của một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân phù phổi cấp do tim được điều trị với thông khí áp lực dương liên tục (CPAP). Xác định tỷ lệ các biến chứng trong quá trình điều trị phù phổi cấp do tim với CPAP. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 32 bệnh nhân phù phổi cấp do tim được điều trị với CPAP được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** sự cải thiện về dấu hiệu sinh tồn trước và sau thở máy có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$): mạch trước: $132 \pm 15,3$ sau giảm $98,2 \pm 3,1$ lần/phút, huyết áp tâm thu, tâm trương trước thở NIV: $180 \pm 28,2$, $90,0 \pm 17,0$ mmHg và sau giảm $110 \pm 15,6$, $65,0 \pm 8,0$ mmHg. SpO₂ tăng từ $80 \pm 9,3$ sau CPAP lên $99 \pm 1,8\%$. Có sự cải thiện về cận lâm sàng: PH máu trước $7,32 \pm 0,15$ và sau $7,45 \pm 0,13$, PaO₂ trước $79,5 \pm 13,2$ sau tăng $100,4 \pm 12,1$ mmHg. NT-proBNP trước $17671 \pm 135,87$ sau giảm $9021 \pm 157,03$ pg/mL. Thời gian CPAP trung bình 95 phút, PEEP trung bình: $7,2 \pm 1,2$ mmH₂O. Biến chứng thường gặp: rò khí qua mặt nạ 46,8%, tuột mặt nạ 6%. 100% bệnh nhân thở máy có HA tâm thu > 140 mmHg. Có 02 trường hợp thất bại phải đặt nội khí quản thở máy xâm lấn do diễn tiến xấu hơn. **Kết luận:** Sử dụng CPAP trên bệnh phù phổi cấp do tim là một phương thức điều trị có hiệu quả.

Từ khóa: phù phổi cấp huyết động, thở CPAP, thông khí áp lực dương cuối thì thở ra, thở NIV, thở không xâm lấn.

ABSTRACT

RESEARCH CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE IN PATIENTS WITH CARDIOGENIC PULMONARY EDEMA AT CARDIOLOGY-GERONTOLOGY DEPARMENT OF AN GIANG CARDIOVASCULAR HOSPITAL

Objects: We assessed the improvement of clinical and subclinica signs in patients with cardiogenic pulmonary edema who were treated with continous positive arway pressure (CPAP). **Meterial and Method:** 32 patients with cardiogenic pulmonary edema, who underwent continuous positive arway pressure, were evaluated. **Results:** The were statistically significant improvement after continuous positive arway pressure ($p < 0.05$): previous pulse: 132 ± 15.3 decrease 98.2 ± 3.1 times per minute, systolic and diastolic pressures of CPAP: 180 ± 28.2 , 90.0 ± 17.0 mmHg and decrease 110 ± 15.6 , 65.0 ± 8.0 mmHg. SpO₂ increased from $80 \pm 9,3$ after CPAP to $99 \pm 1.8\%$. There was an improvement in subclinical signs: prehedal blood pH 7.32 ± 0.15 and after 7.45 ± 0.13 , PaO₂ before 79.5 ± 13.2 increase 100.4 ± 12.1 mmHg. NT-proBNP before 17671 ± 135.87 after 9021 ± 157.03 pg/mL reduction. Average time: 95 minutes, average PEEP: 7.2 ± 1.2 mmH₂O. The most common complication in our study was gas leakage through the mask of 46.8%, masking off 6%. 100% of patients with CPAP had SBP > 140 mmHg. There are two cases of failure to continuous positive arway pressue due to progressive deterioration. **Conclusion:** Continuous positive airway pressure in patients with cardiogenic pulmonary edema is a effective treatment.

Key words: *cardiogenic pulmonary edema, CPAP, continuon positive pressure ventilation, NIV, ventilation non-invasive positive pressure.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phù phổi cấp (PPC) là một cấp cứu nội khoa, là hậu quả của nhiều bệnh lí tim mạch khác nhau. Những năm gần đây, phương pháp điều trị Thông khí áp lực dương không xâm lấn (TKALDKXL) đã được áp dụng vào phác đồ điều trị hỗ trợ phù phổi cấp do tim, đã góp phần giảm tử vong, thời gian nằm viện và chi phí [1]. Cho đến ngày

nay, người ta đã phát triển nó dưới 3 dạng thông dụng sau: thông khí áp lực dương liên tục (CPAP), phương thức chu kỳ thể tích- giới hạn lưu lượng và thông khí áp lực dương hai thì (BiPAP) [2]. Hiện nay, hai phương thức được sử dụng phổ biến nhất trên bệnh nhân phù phổi cấp do tim là CPAP và BiPAP, với hiệu quả ngang nhau, do đó việc chọn lựa phương thức thông khí nào tùy thuộc vào kinh nghiệm thực tế, mức độ suy hô hấp và điều kiện theo dõi bệnh nhân [3], [4]. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị suy tim cấp của Hội Tim Châu Âu năm 2016, đã hướng dẫn áp dụng TKALDKXL trong điều trị PPC do tim (class IIa, mức độ chứng cứ B) [15]. Bệnh viện Tim Mạch An Giang thường xuyên phải tiếp nhận và cấp cứu một số lượng lớn bệnh nhân phù phổi cấp do tim. Tuy nhiên, hiện tại Bệnh viện chưa có nghiên cứu đánh giá những lợi ích cũng như các biến chứng của TKALDKXL. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với các mục tiêu sau:

1/ Đánh giá sự cải thiện của một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân PPC do tim được điều trị với CPAP.

2/ Xác định tỷ lệ các biến chứng trong quá trình điều trị PPC do tim có sử dụng CPAP.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán phù phổi cấp do tim có chỉ định thở máy áp lực dương không xâm lấn ở phòng cấp cứu khoa Tim mạch-Lão học Bệnh viện Tim mạch An Giang tháng 4/2017-11/2017.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim cấp theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Châu Âu 2012 [15], kết hợp các dấu hiệu phù phổi cấp sau:

- Lâm sàng: khởi phát triệu chứng đột ngột khó thở dữ dội, cảm giác ngạt thở, hốt hoảng và ho đàm lẫn bọt hồng, nhịp thở tăng, tĩnh mạch cổ nổi, tứ chi lạnh, nhịp tim nhanh, huyết áp tăng, độ bão hòa oxy máu mao mạch giảm ($SpO_2 < 90\%$) và nghe phổi ran ẩm dâng lên khắp hai phế trường.

- Cận lâm sàng: XQ có hình ảnh sung huyết tĩnh mạch phổi, phù mô kẽ hoặc phế nang.

* Nồng độ BNP trong huyết thanh lúc nhập viện $\geq 300\text{pg/ml}$.

* Có chỉ định thở máy áp lực dương không xâm lấn

- Suy hô hấp, tần số thở trên 25 lần /phút.

- $PaCO_2 > 45\text{mmHg}$ và $pH \leq 7,35$ hoặc $PaO_2/FiO_2 < 200$

Tiêu chuẩn loại trừ

Khi có bất kỳ một trong các tiêu chuẩn sau:

* Chống chỉ định thở máy không xâm lấn

-Giảm oxy máu mức độ nặng ($PaO_2/FiO_2 < 75$ -Toan máu nặng.

-Tắc nghẽn đường hô hấp trên.

-Bất thường giải phẫu vùng mặt.

-Ngưng thở hoặc ngưng tim.

- Bệnh nhân không hợp tác.

-Tụt huyết áp, biểu hiện sốc

- Bệnh nhân không có khả năng bảo vệ đường thở

- Mới phẫu thuật đường tiêu hóa hoặc đường hô hấp.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, từ tháng 4/2017 đến 11/2017 chúng tôi chọn được 32 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

Phương pháp tiến hành

Sau khi chẩn đoán phù phổi cấp được thiết lập, chúng tôi thực hiện nhanh và đồng bộ các bước sau:

- a/ Bệnh nhân được nằm tư thế đầu cao 45^0 .
- b/ Gắn monitor theo dõi: nhịp tim, huyết áp, nhịp thở và SpO_2 .
- c/ Sử dụng máy thở: Máy giúp thở Newport e360 có mode thở không xâm lấn

CPAP, giải thích rõ cho bệnh nhân cách thở để bệnh nhân hợp tác tốt.

d/ Chọn lựa mặt nạ phù hợp, gắn nguồn oxy vào mặt nạ, chèn miếng bảo vệ sống mũi, cố định mặt nạ bằng dây đai bảo hộ đầu.

e/ Kiểm tra vị trí xì nơi tiếp giáp giữa mặt nạ và rãnh mũi má.

f/ Thông số cài đặt ban đầu nên để ở mức thấp rồi tăng dần (tránh cho bệnh nhân có cảm giác bị ngạt thở và nuốt hơi). Mức cài đặt ban đầu thông thường $PEEP \geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$. Nồng độ oxy hít vào (FiO_2) mở ở mức tối đa (nếu có thể 100%), sau đó điều chỉnh giảm dần sao cho độ bão hòa oxy máu mao mạch (SaO_2) đạt được $\geq 90\%$. Thể tích khí lưu thông (V_t) khoảng $\geq 8 \text{ ml/kg}$ chọn tần số nhịp thở an toàn khoảng 10-15 lần /phút. Các thông số đảm bảo bệnh nhân có cảm giác dễ chịu, nghe rõ không khí vào phế nang. Các thông số cài đặt cho đến khi bệnh nhân ra khỏi PPC.

g/ Sử dụng thuốc theo KC về điều trị suy tim cấp của Hội Tim Châu Âu 2016 [15].

h/ Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết.

Tiêu chuẩn đánh giá một số biến số

NT-proBNP

Lần 1: đo nồng độ NT-proBNP trước khi thở máy.

Lần 2: đo nồng độ NT-proBNP ngay sau khi ngưng thở máy.

Tiêu chuẩn nồng độ NT-proBNP trong suy tim cấp: $\geq 300 \text{ pg/ml}$ [15].

Khí máu động mạch KMĐM

Lần 1: đo KMĐM trước khi thở máy.

Lần 2: đo KMĐM ngay sau khi ngưng thở máy.

Giá trị bình thường của khí máu động mạch: pH: 7,4 (7,35– 7,45). PaO₂: 80 (60 – 100) mmHg. PaCO₂: 40 (35 - 45) mmHg. HCO₃⁻: 24 (22 - 26) mmEq/l.

Tiêu chuẩn đánh giá hiệu quả khi điều trị có sử dụng CPAP

Tiêu chuẩn thành công:

Bệnh nhân ra khỏi PPC:

- +Tri giác tỉnh táo.
- + Sinh hiệu ổn định.
- +Hết khó thở và tự thở được với khí phòng.
- +Phổi thông khí tốt, rì rào phế nang rõ.
- +KMĐM hết rối loạn kiềm toan

Tiêu chuẩn thất bại: sau CPAP, diễn tiến lâm sàng xấu dần, bắt buộc phải đặt nội khí quản hoặc bệnh nhân tử vong.

Các biến số nghiên cứu

- + Tuổi, giới tính
- + Tiền sử bệnh: THA, ĐTĐ, bệnh tim thiếu máu, bệnh van tim, bệnh cơ tim.
- + Dấu hiệu sinh tồn, SpO₂, dấu hiệu ran ẩm ở phổi.
- + Các chỉ số khí máu động mạch, nồng độ NT-proBNP.
- + Các chỉ số: EF, PAPs trên siêu âm tim
- + Tổng số ngày nằm viện
- + Kết quả sử dụng CPAP: thành công, thất bại.

Phương pháp thống kê:

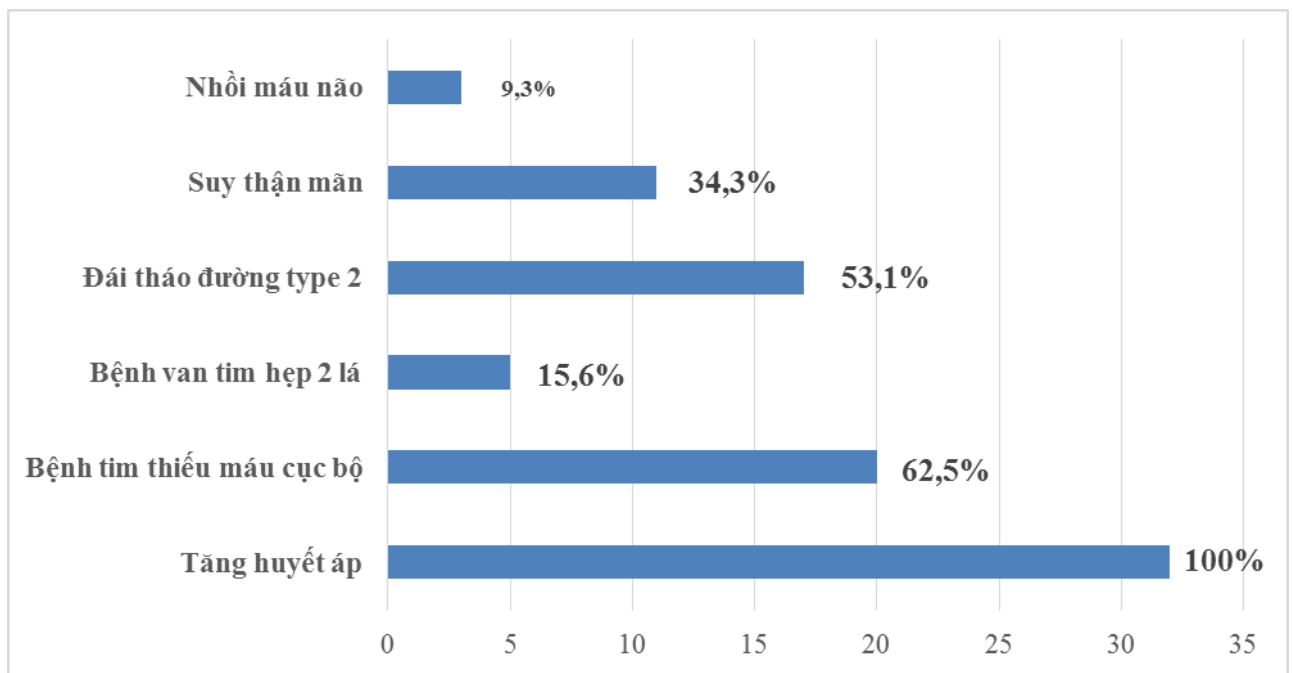
Phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 17.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát 32 bệnh nhân phù phổi cấp do tim, được điều trị với CPAP tại khoa Tim Mạch- Lão học Bệnh viện Tim mạch An Giang, chúng tôi ghi nhận một số kết quả sau.

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Nam: 17 bệnh nhân (53,1%)
- Tuổi: trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn = $71,3 \pm 14,3$



Biểu đồ 1. Các bệnh lý kèm theo

Đặc điểm sự thay đổi của một số yếu tố lâm sàng trước và sau thở máy với CPAP trên mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Sự cải thiện dấu hiệu sinh tồn

Dấu hiệu	X $\pm$ SD trước thở máy	X $\pm$ SD sau thở máy	p
----------	--------------------------	------------------------	---

Mạch (nhịp/phút)	132±15,3	98,2±3,1	<0,05
HA tâm thu(mmHg)	180±28,2	110±15,6	
HA tâm trương(mmHg)	90,0±17,0	65,0±8,0	
Tần số thở(nhịp/phút)	35±4,8	19±1,8	
SpO ₂ (%)	80±9,3	99±1,8	

Dấu hiệu sinh tồn trước thở máy và sau thở máy thay đổi, $p < 0,05$.

Bảng 2. Sự cải tiếng ran ẩm ở phổi

	Trước thở máy		Sau thở máy		p
Tiếng ran ẩm ở phổi	Có	Không	Có	Không	<0,05
	32 (100%)	0 (0%)	30 (93,7%)	2 (6,3%)	

Tình trạng ran ở phổi giảm trước và sau thở máy với CPAP ($p < 0,05$). Có 2 trường hợp vẫn còn ran, đây là 2 trường hợp thất bại với thở máy với CPAP, phải đặt NKQ.

Đặc điểm sự thay đổi CLS trước và sau thở máy với CPAP trên mẫu nghiên cứu

Bảng 3. Sự cải thiện cận lâm sàng

Chỉ số	X±SD trước thở máy	X±SD sau thở máy	Giá trị p

pH	7,32±0,15	7,32±0,15	<0,05
PaO ₂ (mmHg)	79,5±13,2	100,4±12,1	
PaCO ₂ (mmHg)	50,3±7,4	65,0±8,0	

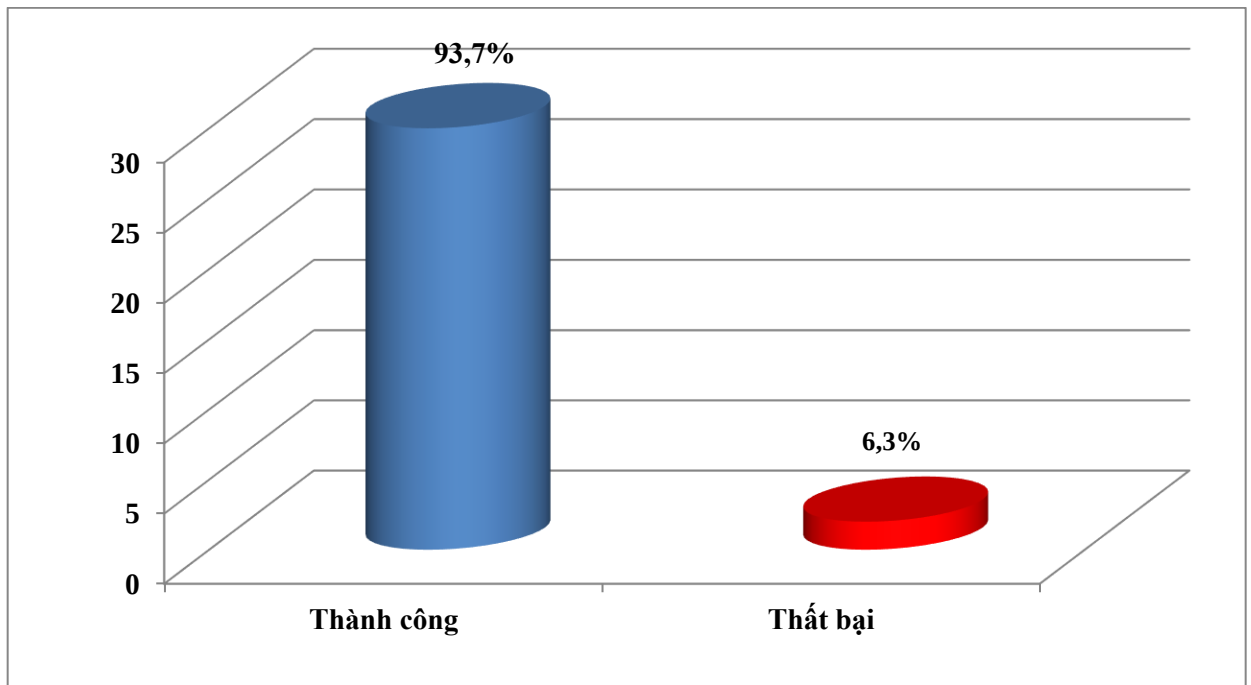
Các chỉ số KMĐM trước và sau thở máy thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Đặc điểm của thở máy với CPAP trên mẫu nghiên cứu

Bảng 4. Thời gian thở máy, các thông số cài đặt

Thời gian thở máy (phút)	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình±Độ lệch chuẩn
	30	570	95±104
	Cao nhất	Thấp nhất	
FiO ₂ (%)	100	40	78,7±22.2
PEEP(cmH ₂ O)	10	5	7,2±1,2

Thời gian can thiệp máy ngắn nhất 30 phút, dài nhất 570 phút, trung bình 95 phút. Nồng độ FiO₂ và PEEP có trung bình±độ lệch chuẩn lần lượt: 78,7±22.2% và 7,2±1,2 cmH₂O.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ thành công và thất bại

Trong mẫu nghiên cứu: 30 trường hợp điều trị thành công (93,7%), có 2 trường hợp thất bại phải đặt nội khí quản (6,3%).

Bảng 5. Tác dụng phụ và tai biến

Dấu hiệu	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ(%)
Rò khí qua mặt nạ	15	46,8
Tuột mặt nạ	2	6
Tổn thương nơi tì đè	1	3
Viêm phổi hít	0	0

Tụt huyết áp	0	0
--------------	---	---

Tác dụng phụ thường gặp khi tiến hành thở máy áp lực dương không xầm lẫn là tình trạng dò khí qua mặt nạ 15 trường hợp (46,8%), tuột mặt nạ 2 trường hợp (6%). Không có trường hợp nào viêm phổi hít và tụt huyết áp.

Bảng 6. Đặc điểm của 2 ca thất bại với thở máy với CPAP

Đặc điểm	Ca 1	Ca 2
Bệnh kèm theo	Nhồi máu não	Hẹp nặng van 2 lá
Nhịp thở	35	45
HA tâm thu	260 mmHg	160 mmHg
PH	7,0	6,8
NT-proBNP	26700 pg/mL	>35000 pg/mL
Thời gian thở CPAP	30 phút	120 phút

BÀN LUẬN

Mẫu nghiên cứu (NC) của chúng tôi có tuổi trung bình là 71,3±14,3. Trong đó, tỷ lệ nữ cao hơn nam: 53,1% so với 46,9%. Nghiên cứu của Dicksstein và cộng sự cũng cho thấy: tỷ lệ suy tim cấp mới khởi phát ở nữ cao hơn nam giới (41% so với 35%) [15]. Trong NC của chúng tôi, thời gian thở máy trung bình là 95 phút (bảng 4), tương đương thời gian thở máy trung bình trong nghiên cứu của Yan và cộng sự: 120 phút [35], thấp hơn trong cứu của các tác giả Đỗ Minh Hiền: 5 giờ [4], Nguyễn Tiến Đức: 12 giờ 57 phút. Theo Baptista, bệnh nhân (BN) phù phổi cấp do tim dung nạp tốt với máy thở, BN sẽ được cho ngưng thở máy sớm [10]. Nghiên cứu của Bersten và cộng sự cho thấy những BN PPC do tim được điều trị với TKALDKXL có sự cải thiện có ý nghĩa về dấu hiệu sinh tồn: trung bình nhịp thở giảm 9-18 lần/phút, huyết áp tâm

thu giảm 21mmHg ($p < 0,05$) [12]. Theo Gray và cộng sự, những BN đáp ứng tốt với thở máy, mạch và nhịp thở sẽ giảm trong giờ đầu và tiếp tục giảm trong những giờ tiếp theo [21]. Một nghiên cứu so sánh hiệu quả TKALDKXL với thở oxy kinh điển trên 1069 BN PPC do tim, được thực hiện tại 26 trung tâm cấp cứu, đã cho thấy sự cải thiện nhịp tim sau 1 giờ đầu ở nhóm thở máy so với thở oxy là 4 nhịp/ phút (95% CI, 1-6 ; $p = 0,004$) [35]. Theo Naughton và cộng sự, trên BN suy tim sung huyết được điều trị với TLALDKXL, huyết áp tâm thu và tâm trương giảm là do cải thiện cung lượng tim và giảm áp lực xuyên thành thất, nhịp tim giảm có lẽ do cải thiện sự tưới máu dưới nội mạc cơ tim và đổ đầy tâm trương thất trái tốt hơn [30]. Nghiên cứu của Bhattacharyya và cộng sự cho thấy có sự cải thiện có ý nghĩa về nhịp tim trong suốt 24 giờ đầu điều trị với TKALDKXL [13]. Trong NC của chúng tôi, so với trước khi sử dụng CPAP, trung bình mạch giảm 34 nhịp/phút, huyết áp tâm thu giảm 70 mmHg, huyết áp tâm trương 25 mmHg, nhịp thở giảm 16 lần/phút và SpO2 tăng lên 19% ($p < 0,05$) (bảng 1-4). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đức và Đỗ Minh Hiền [2], [4].

Trước thở máy, 32 bệnh nhân trong NC của chúng tôi có triệu chứng ran ẩm ở phổi, sau thở máy 30 phút ghi nhận có sự giảm ran và hết ran sau 1 giờ thở máy liên tục ($p < 0,05$) (bảng 2). Có 2 trường hợp vẫn còn ran ẩm sau khi sử dụng CPAP, phải đặt nội khí quản thở máy xâm lấn kiểm soát.

Trong điều trị PPC có sử dụng TKALDKXL, sự cải thiện khí máu là do giảm các shunt ở phổi và tăng thông khí phế nang, giúp ôxy trao đổi dễ hơn [3-5], [31]. Thật vậy, sau khi thở máy khí máu và thăng bằng kiềm toan được cải thiện. Theo NC của Bersten và cộng sự, BN thở máy áp lực dương có sự cải thiện có ý nghĩa về khí máu động mạch: áp lực riêng phần oxy (PaO_2) tăng 17 mmHg, áp lực riêng phần CO_2 ($PaCO_2$) giảm 12mmHg ($p < 0,001$) [12]. Trong một phân tích gộp, gồm 18 NC về vai trò của TKALDKXL, Keennan và cộng sự nhận thấy có sự cải thiện có ý nghĩa về khí máu động mạch: pH máu tăng 0,06, PaO_2 tăng 8mmHg, $PaCO_2$ giảm 9mmHg và PaO_2/FiO_2 tăng 27 [23]. Theo Acosta và cộng sự, sự cải thiện ngưỡng hít vào bởi áp

lực dương cuối kỳ thở ra giúp làm tăng thông khí phế nang [1],[8]. Nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đức năm 2015, về TKALDKXL trên 42 BN PPC do tim, được thực hiện tại Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh cũng cho thấy sự cải thiện các dấu hiệu sinh tồn và khí máu động mạch. Kết quả NC của chúng tôi (bảng 3-4) cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đức, Đỗ Minh Hiền, Othman [3], [4], [31].

Trong NC của chúng tôi, có 2 BN thất bại trong điều trị có sử dụng CPAP. Các dấu hiệu khí máu động mạch không cải thiện, PaO₂ có tăng nhưng không có ý nghĩa ($p>0,05$), kèm theo rối loạn toan chuyển hóa mất bù (pH máu: 6,8 và 7,0) (bảng 6), cần đặt nội khí quản và thở máy xâm lấn. Tỷ lệ điều trị có sử dụng CPAP trên BN PPC do tim trong NC của chúng tôi là 93,7%. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận các biến chứng trong quá trình thở máy cao nhất là rò khí qua mask thở 46,8%, tuột mặt nạ khí 6%, tổn thương nơi tì đè 3% (bảng 10). Tỷ lệ này ghi nhận tương đương với tác giả Nguyễn Tiến Đức dụng phụ rò khí qua mặt nạ chiếm tỷ lệ cao nhất 87.81%, của Đỗ Minh Hiền có tổn thương loét nơi tì đè cao hơn NC của chúng tôi 16,2% [2], [4].

KẾT LUẬN

Khảo sát 32 bệnh nhân phù phổi cấp do tim được điều trị với thông khí áp lực dương liên tục, tại khoa Tim Mạch-Lão học BV Tim mạch An Giang, đã cho thấy:

- Sử dụng CPAP trên bệnh nhân phù phổi cấp do tim là một phương thức điều trị hiệu quả, góp phần cải thiện các chỉ số sinh tồn, khí máu động mạch, đưa bệnh nhân ra khỏi tình trạng PPC với tỷ lệ thành công: 93,7%.

- Các biến chứng trong quá trình điều trị trên BN PPC do tim có sử dụng CPAP: rò khí qua mask thở 46,8%, tuột mặt nạ khí 6%, tổn thương nơi tì đè 3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Dụ, Vũ Văn Đính (2010), *Nguyên Lý Thực Hành Thông Khí Nhân Tạo*, Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Tiến Đức, Lê Thị Bích Thuận (2015), “*Đánh giá hiệu quả điều trị phù phổi*

cấp do tim bằng thông khí áp lực dương không xâm lấn tại khoa ICUBV Nhân Dân Gia Định tp Hồ Chí Minh”, Tạp chí Y Học Thực Hành, số 01, tập 949; tr8-12.

3. Nguyễn Tiến Đức (2015), Nghiên cứu nồng độ Brain natriuretic peptide huyết thanh ở bệnh nhân phù phổi cấp do tim được điều trị thở máy áp lực dương không xâm lấn, *Luận án Tiến Sĩ Y học*, Đại học Y dược Huế.

4. Đỗ Minh Hiền, Phùng Nam Lâm (2010), “Nghiên cứu áp dụng thở máy áp lực dương liên tục qua mặt nạ trong điều trị phù phổi cấp huyết động”, Tạp chí Y học thực hành (728), số 7, tr.135-137.

5. Nguyễn Đăng Tuấn (2015), “Thông khí nhân tạo cho bệnh nhân suy tim cấp”, Hội nghị tim mạch toàn quốc năm 2015.

6. Aboussouan S.L., Ricaurte B. (2010), Noninvasive positive pressure ventilation: Increasing use in acute care, *Cleveland clinic journal of medicine*, 77, pp. 307 - 316.

7. Acosta J.E., Fernandes M.V. (2003), Noninvasive pressure support versus proportion assist ventilation in acute respiratory failure, *Intensive Care Med*, 29(7).

8. Atallah N.A., Saconato H. (2008), Non-invasive positive pressure ventilation for cardiogenic pulmonary edema, *The Cochrane Collaboration*, pp. 1- 52.

9. Baptista A.F., Moral J.G. (2009), Management of acute respiratory failure with noninvasive ventilation in the emergency department, *Emergencias*, 21, pp. 189 - 202.

10. Bellone A., Motta L. (2013), "Noninvasive ventilation in patients with acute cardiogenic pulmonary edema." *Emergency Care Journal*, 9(e6), pp. 13 - 16.

11. Bersten D.A., Holt W.A. (1991), Treatment of Severe Cardiogenic Pulmonary Edema with Continuous Positive Airway Pressure Delivered by Face Mask, *N Engl J Med*, 325, pp. 1825 - 1830.

12. Bhattacharyya D.C. (2011), Recent advances in the role of non- invasive ventilation in acute respiratory failure, *MJAFI*, 67, pp. 187 - 191.

13. Bhattacharyya, Prasad B (2011), Early predictor of success of non- invasive positive pressure ventilation in hypercapnic respiratory failure, pp. 315 - 319.

14. Gray A., Goodacre S. (2008), Noninvasive Ventilation in acute cardiogenic pulmonary edema, *N Engl J Med*, 359, pp. 142 - 151.

15. Gray A., Schlosshan D. (2008), NIV for cardiogenic pulmonary oedema, *Eur Respir Mon*, 41, pp. 72 - 92.

16. Othman A.H., Helmy A.T., Ayman N. (2011), Study the Efficacy of Using Non Invasive Positive Pressure Ventilation as a Prophylactic Modality against Post-Extubation Respiratory Failure in Patients with Cardiogenic Pulmonary Edema, *Journal of American Science*, 7(11), pp. 300-313.

17. Silvers M.S., Howell M.J. (2007), Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Adult Patients Presenting to the Emergency Department with Acute Heart Failure Syndromes, *A Emerg Med*, 49, pp. 627-669.

18. Yan T.A. (2001), The Role of Continuous Positive Airway Pressure in the Treatment of Congestive Heart Failure, *Chest*, 120, pp. 1675 - 1685.

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY
VỊ TRÍ TRÊN XƯƠNG ĐÒN DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM
TRONG PHẪU THUẬT CHI TRÊN**

*Trương Triều Phong, Nguyễn Thị Kim Loan,
Nguyễn Thái Phương Trang, Từ Nguyễn Anh Duy*

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và an toàn của kỹ thuật gây tê đám rối thần kinh cánh tay vị trí trên xương đòn dưới hướng dẫn siêu âm trong phẫu thuật chi trên. **Thiết kế nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng. **Nơi nghiên cứu:** Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. **Người tham gia:** 47 bệnh nhân phẫu thuật chi trên được chỉ định vô cảm bằng kỹ thuật gây tê đám rối thần kinh cánh tay vị trí trên xương đòn, có ASA I và II.

Can thiệp: Không **Đo lường kết cục:** Hiệu quả giảm đau: thời gian ức chế cảm giác và mức độ hài lòng khi phẫu thuật. An toàn: thay đổi mạch, huyết áp, SpO₂, chàm mạch máu, liệt cơ hoành, chọc vào đỉnh phổi. **Kết quả:** Thời gian chờ tác dụng ức chế cảm giác trung bình 6,00±1,84 phút, thời gian ức chế cảm giác trung bình là 214,26±41,95 phút, tỉ lệ thành công: 96,7%, không có trường hợp nào phải chuyển phương pháp vô cảm. Không có biến chứng đáng tiếc nào xảy ra. **Kết luận:** Gây tê đám rối thần kinh cánh tay vị trí trên xương đòn dưới hướng dẫn siêu âm là kỹ thuật hiệu quả và an toàn trong phẫu thuật chi trên.

ABSTRACT

ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF SUPRACLAVICULAR BRACHIAL PLEXUS BLOCK WITH UNTRASOUND-GUIDED FOR UPPER EXTREMITY SURGERY

Objectives: To assess the effectiveness of anesthesia and safety of supraclavicular brachial plexus block with ultrasound-guided for upper extremity surgery. **Design:** Clinical trial. **Setting:** An giang general hospital. **Participants:** 47 patients who were given a brachial nervous plexus local anesthetic with supraclavicular for upper limb surgeries. ASA class I and II. **Intervention:** None. **Primary and secondary outcome measures:** Effectiveness anesthesia: the duration of anesthesia, satisfaction of patients. Safety: pulse, mean blood pressure, SpO₂, vessel puncture, diaphragm paralysis,

pneumothorax. **Results:** Result: The mean onset of sensory were $6,00 \pm 1,84$. Mean duration of sensory and motor blockage were $214,26 \pm 41,95$. The success rate was 96.70%, no failures and major complication occurred in the study group. Conclusion: The ultrasound-guided supraclavicular brachial plexus blockage lead to a high success rate, a short onset and a long duration of sensory.

Keywords: *brachial plexus, supraclavicular, ultrasound-guided*

MỞ ĐẦU

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay (ĐRTKCT) là một trong các phương pháp vô cảm dùng trong phẫu thuật chi trên. Tùy vào vị trí phẫu thuật, người gây tê có thể chọn vị trí gây tê liên cơ bậc thang, gây tê trên xương đòn, gây tê dưới xương đòn, gây tê đường nách [5]. Gây tê đường liên cơ bậc thang cho phong bế rộng rãi có thể áp dụng cho tất cả phẫu thuật vùng vai, xương đòn hoặc cánh tay. Tuy nhiên tỉ lệ và mức độ biến chứng nhiều hơn như: tê tủy sống toàn bộ, tê ngoài màng cứng vùng cổ, liệt dây thần kinh hoành, phong bế chuỗi hạch giao cảm cổ, chọc vào động mạch đốt sống và đôi khi không phong bế được dây thần kinh trụ [8], [1], [2], [6]. Gây tê đường nách có thể áp dụng cho tất cả phẫu thuật từ khuỷu tay đến bàn tay, tuy ít biến chứng nhưng vùng phong bế hạn chế do dây thần kinh mũ và cơ bì tách cao khó bị gây tê, nếu muốn thuốc tê lan lên cao thường phải sử dụng thể tích, liều lượng lớn hơn [3]. Gây tê dưới xương đòn được dùng trong phẫu thuật cẳng tay, bàn tay. Vị trí này ít được sử dụng vì mốc giải phẫu khó xác định nên dễ chọc vào động mạch dưới đòn và nguy cơ tràn máu, tràn khí màng phổi [13], [7]. Gây tê trên xương đòn được sử dụng cho phẫu thuật từ giữa cánh tay xuống bàn tay, có hiệu quả vô cảm cao và ít biến chứng hơn gây tê đường liên cơ bậc thang và phong bế rộng hơn gây tê đường nách. Có ba phương pháp gây tê ĐRTKCT ngã trên đòn đó là: tìm dị cảm, sử dụng máy kích thích thần kinh và sử dụng siêu âm. Gây tê dựa vào tìm dị cảm và gây tê có sử dụng máy kích thích thần kinh có các nguy cơ: chọc vào mạch máu, màng phổi, tổn thương thần kinh... và hiệu quả thường không cao [15] đặc biệt ở những bệnh nhân khó xác định hay có mốc giải phẫu thay đổi [9]. Phương pháp dùng siêu âm giúp nhìn rõ các chi tiết giải phẫu (mạch máu, thần kinh, cột sống, xương, màng phổi...) đã giúp gây tê đạt hiệu quả cao và giảm được đáng kể các biến chứng của phương pháp gây tê này [4], [14], [16]. Trong thực hành lâm sàng, chúng tôi đang sử dụng hai phương pháp tìm dị cảm và sử dụng máy kích

thần kinh. Qua nghiên cứu của nhiều tác giả, chúng tôi nhận thấy phương pháp siêu âm có nhiều ưu điểm như hiệu quả vô cảm cao; ít tai biến, biến chứng.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Đánh giá hiệu quả gây tê đám rối thần kinh cánh tay vị trí trên đòn dưới hướng dẫn siêu âm trong phẫu thuật chi trên.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: 47 bệnh nhân phẫu thuật chi trên từ 1/3 dưới cánh tay đến bàn tay được gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường trên đòn dưới hướng dẫn của siêu âm, thực hiện tại khoa Phẫu thuật Gây mê hồi sức - Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 4/2018 đến tháng 9/2018.

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân từ 18 đến 60 tuổi, ASA I-II được chỉ định sử dụng phương pháp gây tê ĐRTK cánh tay đường trên để phẫu thuật phẫu thuật từ 1/3 dưới cánh tay trở xuống.

Tiêu chuẩn loại trừ:

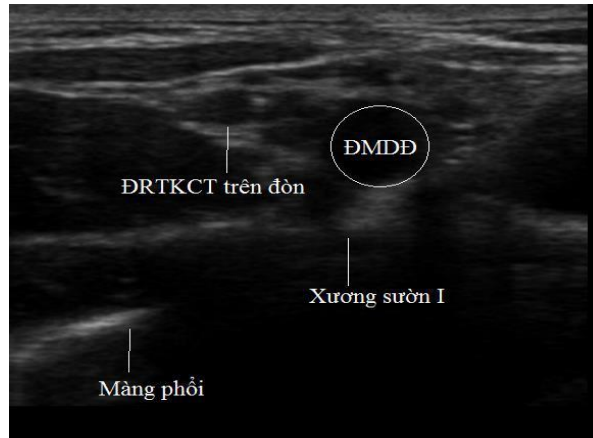
- + Tồn thương thần kinh của chi trên;
- + Nhiễm trùng nơi chọc, rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông;
- + Bệnh lý tim mạch;
- + Bệnh nhân có tiền sử hoặc đang bị tràn khí màng phổi hoặc suy hô hấp;
- + Bệnh nhân không đồng ý.

Kỹ thuật gây tê:

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, đầu quay sang bên đối diện.
- Kỹ thuật: đầu dò được sát trùng, bọc lại và đặt ngay phía trên điểm giữa xương đòn.

+ Tìm ĐM dưới đòn: di chuyển đầu dò vào trong hoặc ra phía ngoài để tìm động mạch dưới đòn. Nghiêng đầu dò lên trên hay xuống dưới để tìm mặt cắt ngang của động mạch dưới đòn

+ Tìm ĐRTKCT và xương sườn I: ĐRTKCT nằm ngoài và nông hơn so với ĐM dưới đòn, đó là một đám cấu trúc vòng tròn tăng âm xung quanh, giảm âm vùng trung tâm. Xương sườn I: Hình tăng âm có bóng lưng phía sau.



Hình 1. ĐRTKCT và xương sườn I.



Hình 2. ĐRTKCT sau tiêm thuốc

+ Tiêm thuốc: Chọc kim từ mặt bên hướng vào 2 vị trí góc giữa ĐM và xương sườn I và trung tâm ĐRTKCT. Hút bơm tiêm nếu không có máu thì tiêm dung dịch thuốc tê chứa lidocain 1% 4mg/kg và dung dịch chứa bupivacain 0,25% 1mg/kg.. Nếu không xác định được ĐRTK cánh tay, di chuyển đầu dò lên trên hay xuống dưới dọc theo rãnh liên cơ bậc thang để tìm.

Đo lường các biến:

- Thời gian gây tê: tính từ khi chọc kim đến khi bơm thuốc xong.
- Thời gian khởi phát ức chế cảm giác (thời gian tiềm tàng): tính từ khi bơm thuốc xong đến khi mất cảm giác đau vùng có thể phẫu thuật được.
- Thời gian ức chế cảm giác: từ khi mất cảm giác đau đến đau bắt đầu xuất hiện.

- Mức độ hài lòng:

Không hài lòng: bệnh nhân đau không tiến hành phẫu thuật được;

Hài lòng: bệnh nhân chịu được phẫu thuật nhưng cần dùng thêm giảm đau tĩnh mạch;

Rất hài lòng: bệnh nhân hoàn toàn không đau trong quá trình phẫu thuật.

- Tuần hoàn (mạch, HATB), hô hấp (SpO_2).

- Tác dụng không mong muốn khác: Chọc vào thần kinh, chọc vào mạch máu, chọc vào khoang dưới nhện.

Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý trên phần mềm SPSS 22.0.

KẾT QUẢ:

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm	
Tuổi	$39,13 \pm 12,36^*$
Giới (Nam/Nữ)	30/17**
ASA (I/II/)	41/6**
Thời gian phẫu thuật (phút)	$60,2 \pm 18,56^*$

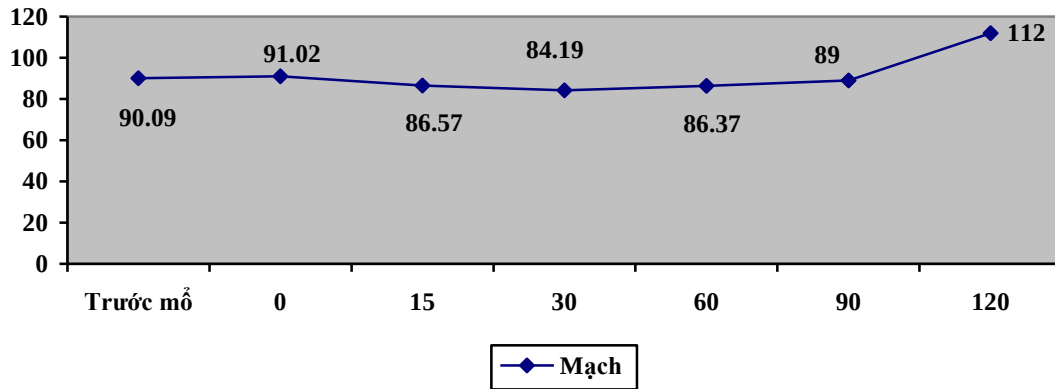
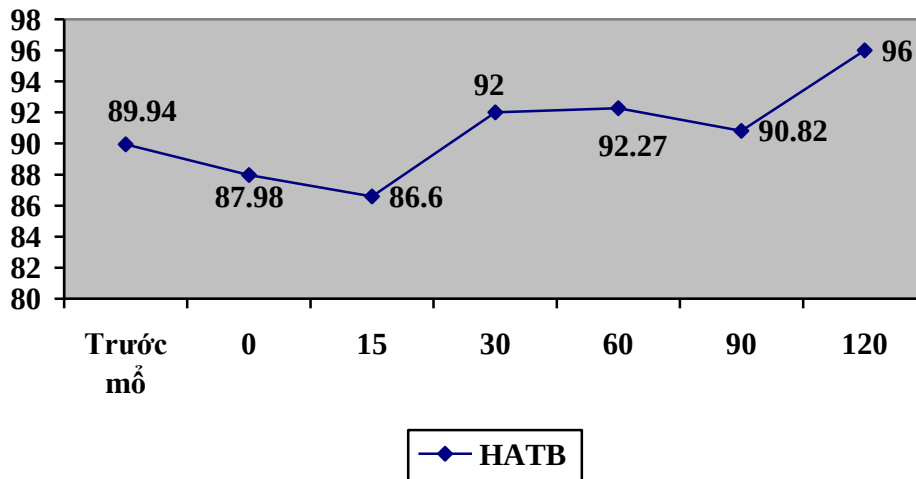
* Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, ** Số bệnh nhân

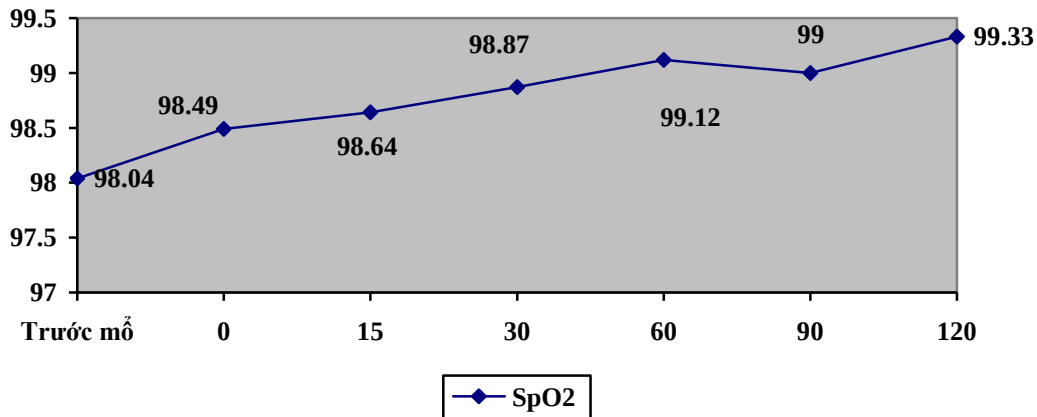
Bảng 2: Hiệu quả - tai biến

Đặc điểm	
Thời gian gây tê	$5,98 \pm 2,2^*$
Thời gian khởi phát UCCG	$6,0 \pm 1,84^*$
Thời gian UCCG	$214,26 \pm 41,95^*$
Mức độ hài lòng	2/29/16**
(Không hài lòng /hài lòng/ rất hài lòng)	
Chạm mạch máu	00/47**
(chạm mạch máu/ không chạm mạch máu)	
Liệt cơ hoành (có/ không)	00/47**

Chọc vào đỉnh phổi (có/ không)

00/47**

* Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, ** Số bệnh nhân**Biểu đồ 1: Mạch****Biểu đồ 2: Huyết áp trung bình****Biểu đồ 3: Độ bão hòa oxy trong máu mao mạch (SpO₂)**



IV. BÀN LUẬN:

Đặc điểm chung: Kết quả ở bảng 1 cho thấy các bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 39,13 tuổi, nam giới chiếm đa số và phần lớn không mắc bệnh kèm theo (ASA I). Kết quả này tương tự với các kết quả nghiên cứu khác như nghiên cứu của Shweta S.Mehta các bệnh nhân có độ tuổi trung bình 31,4 [15] và nghiên cứu Nguyễn Viết Quang các bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 39,53 [4]. Những tổn thương ở chi trên đa phần xảy ra là do các tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động hoặc tai nạn giao thông, vì thế thường gặp là các bệnh nhân nam giới, trẻ, trong độ tuổi lao động, thường khỏe mạnh và không có bệnh lý đi kèm.

Hiệu quả giảm đau:

Thời gian gây tê:

Khi dùng kỹ thuật siêu âm để gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang Leslie C. Thomas đã mất thời gian là 4,3 phút [11]. Gamo K và cộng sự đã mất thời gian trung bình là 3,9 phút để gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường trên đòn với siêu âm [10]. Khi tiến hành nghiên cứu, chúng tôi đã mất khoảng thời gian trung bình là 6 phút. So với các tác giả khác, chúng tôi đã mất nhiều thời gian hơn điều này có thể là do đây là kỹ thuật mới được chúng tôi áp dụng nên chưa thành thạo.

Thời gian khởi phát ức chế cảm giác:

Nghiên cứu của Shweta S. Mehta, thời gian chờ tác dụng ức chế cảm giác khi dùng kỹ thuật siêu âm gây tê đường trên đòn là 6,64 phút [15], Muthin Ducan khi áp dụng kỹ thuật này với thuốc là lidocain và buvivacain có thời gian chờ tác dụng ức chế cảm

giác là 5,47 phút [12], và Nguyễn Viết Quang bupivacain có thời gian chờ tác dụng ức chế cảm giác là 5,3 phút [4]. Các nghiên cứu này đã chỉ ra rằng thời gian chờ ức chế cảm giác (onset) được rút ngắn hơn khi sử dụng kỹ thuật siêu âm để gây tê đám rối thần kinh cánh tay. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thời gian chờ ức chế cảm giác trung bình là 6 phút, kết quả này tương tự với các tác giả nêu trên.

Thời gian ức chế cảm giác:

Trương Vĩnh Ty dùng lidocain 2% và marcain 0,5% gây tê cho 130 bệnh nhân dùng đường liên cơ bậc thang có kết quả thời gian ức chế cảm giác trung bình là 242 phút [6]. Thời gian ức chế cảm giác trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 214,26 phút có ngắn hơn so tác giả Trương Vĩnh Ty có thể là do chúng tôi dùng nồng độ thuốc tê thấp hơn (lidocain 1% và bupivacain 0,25%). Tuy nhiên thời gian ức chế cảm giác này đủ để tiến hành phẫu thuật cho bệnh nhân

Mức độ hài lòng:

Kết quả bảng 2 có tỉ lệ không hài lòng /hài lòng/ rất hài lòng tương ứng là 2/29/16. Tuy số bệnh nhân đánh giá hài lòng và rất hài lòng chiếm đa số nhưng chúng tôi cần rèn luyện kỹ thuật này nhiều hơn nữa nhằm đáp ứng yêu cầu của bệnh nhân và phẫu thuật viên khi áp dụng kỹ thuật siêu âm để gây tê đám rối thần kinh cánh tay.

Tính an toàn - tai biến

Mạch, Huyết áp trung bình, SpO₂:

Mạch, huyết áp trung bình, SpO₂ của bệnh nhân thay đổi phụ thuộc vào nhiều yếu tố như thuốc gây tê, loại phẫu thuật, tâm lý bệnh nhân, mức độ đau khi thực hiện thủ thuật... Qua theo dõi mạch (biểu đồ 1), huyết áp trung bình (biểu đồ 2) và SpO₂ (biểu đồ 3) chúng tôi không thấy có sự biến đổi nhiều trong suốt thời gian phẫu thuật. Điều này cho thấy việc áp dụng kỹ thuật siêu âm để gây tê đám rối thần kinh cánh tay đảm bảo an toàn về sinh hiệu cho bệnh nhân.

Chạm mạch máu, liệt cơ hoành, chọc vào đỉnh phổi:

Biến chứng trong khi thực hiện thủ thuật làm giảm hiệu quả của phẫu thuật, gây khó chịu cho bệnh nhân, thậm chí ảnh hưởng đến tính mạng của bệnh nhân. Để hạn chế tối đa các biến chứng người thực hiện kỹ thuật gây tê cần nắm vững các mốc giải phẫu; các tổn thương mạch máu, thần kinh có thể xảy ra khi tiến hành đâm kim; phải kiểm tra

trước khi bơm thuốc tê cũng như biết được thuốc tê sẽ lan như thế nào. Kỹ thuật dùng siêu âm khi gây tê giúp người làm thủ thuật quan sát rõ đường đi của kim và sự lan toả của thuốc tê, do đó, hiệu quả ức chế cảm giác sẽ cao và giảm thiểu tối đa các biến chứng. khi thực hiện kỹ thuật này trong quá trình nghiên cứu chúng tôi không gặp biến chứng chạm mạch máu, liệt cơ hoành hay chọc vào đỉnh phổi. Các nghiên cứu trên thế giới với số lượng bệnh nhân lớn hơn đã cho thấy tỉ lệ có biến chứng khi dùng siêu âm đều rất thấp.

KẾT LUẬN:

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay vị trí trên xương đòn là kỹ thuật đơn giản, an toàn và hiệu quả trong phẫu thuật chỉnh hình chi trên. Để hiệu quả thành công cao, hạn chế biến chứng cần xác định chính xác vị trí thần kinh cần phong bế, tránh làm tổn thương mạch máu, thần kinh. Việc sử dụng siêu âm trong kỹ thuật này mang lại nhiều lợi ích, chúng ta có thể thấy rõ đường đi của kim, sự lan toả của thuốc tê và do đó hiệu quả vô cảm cao hơn, hạn chế tối đa các biến chứng giúp bệnh nhân và phẫu thuật viên hài lòng khi tiến hành phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Anh (2014), "Gây tê đám rối thần kinh cánh tay", *Bộ môn Gây Mê Hồi Sức*, Nhà xuất bản y học, Đại học Y Hà Nội, pp. 291-299.
2. Nguyễn Ngọc Bích, Chiên N. T. (2013), "Nghiên cứu gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường gian cơ bậc thang bằng hỗn hợp lidocain, bupivacain và dexamethason trong phẫu thuật chi trên", *Tạp chí Y học Quân sự*.
3. Hoàng Văn Chương (2000), *Nghiên cứu gây tê đám rối thần kinh cánh tay với kỹ thuật quanh mạch theo hướng nách - mỏm quạ*, Luận án Tiến sỹ Y học, HV Quân Y.
4. Nguyễn Viết Quang (2014), "Đánh giá kết quả bước đầu gây tê đám rối thần kinh cánh tay dưới hướng dẫn của siêu âm", *Y học thực hành*. 902 (1), pp. 21-25.
5. Công Quyết Thắng (2009), "Gây tê đám rối thần kinh cánh tay", trong Nguyễn Thụ, chủ biên, *Bài giảng Gây Mê hồi Sức*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, pp. 7- 15.
6. Trương Vĩnh Ty (2012), "Đánh giá hiệu quả gây tê đám rối thần kinh cánh tay qua ngã gian cơ bậc thang trong phẫu thuật chi trên", *Y Học Việt Nam*, pp. 119-124.

7. Trần Viết Vinh, Nguyễn Văn Chùng et al. (2008), "Đánh giá hiệu quả gây tê đám rối thần kinh cánh tay dưới xương đòn bằng Lidocaine", *Nghiên cứu Y học*. 12 (1).
8. Brendan T., Tsui B(2007), "Complications of Brachial Plexus Anesthesia", trong Bredan T. Finucane, *Complications of Regional Anesthesia*, pp. 121-148.
9. Giancesello L., Pavoni V., Coppini R. et al. (2010), "Comfort and satisfaction during axillary brachial plexus block in trauma patients: comparison of techniques", *J Clin Anesth*. 22 (1), pp. 7-12.
10. K. Gamo, Kuriyama K., (2014), "Ultrasound-guided supraclavicular brachial plexus block in upper limb surgery", *Bone & joint journal*. 96-B (6), pp. 795-799.
11. Leslie C. Thomas, Sean K. Graham, Kristie D. Osteen et al. (2011), "Comparison of Ultrasound and Nerve Stimulation Techniques for Interscalene Brachial Plexus Block for Shoulder Surgery in a Residency Training Environment, *The Ochsner Journal*. 11 (3), pp. 246-252.
12. Mithun Duncan, Shetti A. N., Tripathy D. K. et al. (2013), "A comparative study of nerve stimulator versus ultrasound-guided supraclavicular brachial plexus block", *Anesth Essays Res*. 7 (3), pp. 359-364.
13. Sanchez, Hugo B, Mariano et al. (2008), Pneumothorax Following Infraclavicular Brachial Plexus Block for Hand Surgery, United States, pp. 709.
14. Shweta S. Mehta , Shruti M. Shah (2015), "Comparative study of supraclavicular brachial plexus block by nerve stimulator vs ultrasound guided method", *NHL Journal of Medical Sciences*. 4 (1), pp. 49-52.
15. Walid Trabelsi (2013), "Ultrasound does not shorten the duration of procedure but provides a faster sensory and motor block onset in comparison to nerve stimulator in infraclavicular brachial plexus block", *Korean J Anesthesiol*. 64 (4), pp. 327-333.
16. Yuan JM, XH Y., SK F. et al. (2012), "Ultrasound guidance for brachial plexus block decreases the incidence of complete hemi-diaphragmatic paresis or vascular punctures and improves success rate of brachial plexus nerve block compared with peripheral nerve stimulator in adults", *Chin Med J (Engl)*, 125 (10), pp. 1811-1816.

KẾT QUẢ BAN ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI-TRỰC TRÀNG

Lê Huy Cường, Nguyễn Thành Phúc,

Hồ Nguyễn Hoàng, Trần Nguyễn Quang Trung

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ban đầu của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại-trực tràng.

Phương pháp: Đây là nghiên cứu mô tả loạt ca, hồi cứu gồm 21 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại-trực tràng do ung thư từ 14/9/2017 đến 02/8/2018.

Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ là 10/11 (10 nam và 11 nữ), tuổi trung vị là 60 ± 14 , thời gian mổ trung bình là 178 ± 34 phút (130-240 phút), chuyển mổ hở 1 trường hợp (4,8%), thời gian trung tiện trung bình là 2,86 ngày (1-4 ngày), có 2 trường hợp biến chứng sau phẫu thuật (9,5%), thời gian nằm viện trung vị là 7 ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt đại-trực tràng do ung thư là phẫu thuật hiệu quả, an toàn, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn, đảm bảo các nguyên tắc trong phẫu thuật ung thư.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the results of Laparoscopic surgery for colorectal cancer.

Methods: This is a cross-sectional descriptive study of 21 patients, who underwent laparoscopic colorectal surgery from 14/09/2017 to 02/08/2018.

Results: Sex ratio male/female is 10/11. Age average is 60 ± 14 . Mean time of surgery was 178 ± 34 minutes (130-240 minutes). Only one case need to convert open-operation (4,8%). The average time of fart is 2,86 days (1-4 days). There were 2 cases of post-operative complication (9,5%). The average hospital stay is 7 days.

Conclusion: Laparoscopic surgery for colorectal cancer is an effective and safe method with low complication rate, short hospital stay and ensuring the principles of cancer surgery.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại-trực tràng là ung thư thường gặp đứng hàng thứ 3 ở nam và nữ giới, năm 2015 có 106.100 ca mới mắc và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 2 của bệnh ung thư tại Hoa Kỳ. Tần suất mắc bệnh tăng theo tuổi và những năm gần đây bệnh có xu hướng gia tăng là thách thức cho vấn đề tầm soát, chẩn đoán và điều trị [11]. Ở Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng thứ 5 sau ung thư dạ dày, phổi, vú, vòm và xu hướng ngày càng tăng. Theo thống kê của bệnh viện K, tỷ lệ 4 mắc ung thư đại tràng là 9% tổng số bệnh nhân ung thư. Theo ghi nhận ung thư Hà Nội, 1992 tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi của ung thư đại tràng là 7,5/100.000 người, và tại thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ này là 12,9/100.000 người [1]. Điều trị ung thư đại-trực tràng chủ yếu vẫn là phẫu thuật, các phương pháp điều trị khác như hóa trị, xạ trị...chỉ mang tính chất hỗ trợ. Ngay từ khi phẫu thuật nội soi ra đời đã làm thay đổi cách nhìn, quan niệm, cách tiếp cận phẫu thuật mang lại lợi ích không thể chối cãi cho nền y học hiện đại. Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại-trực tràng nhanh chóng được áp dụng rộng rãi trên thế giới và thay thế dần phẫu thuật hở vì có nhiều ưu điểm đặc thù của phẫu thuật nội soi mà vẫn tôn trọng được các nguyên tắc ung thư trong lúc phẫu thuật. Tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang cũng đã thực hiện phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại-trực tràng từ nhiều năm gần đây, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của những phẫu thuật này, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài nhằm tổng hợp, đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại-trực tràng nhằm phổ biến, áp dụng rộng rãi những kỹ thuật này trong thời gian tới.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mục tiêu chung:

Đánh giá kết quả ban đầu của phẫu thuật nội soi điều trị u đại-trực tràng.

2. Mục tiêu chuyên biệt: Đánh giá các yếu tố:

- Thời gian mổ.
- Tai biến trong mổ.
- Biến chứng sớm sau mổ.
- Thời gian trung tiện sau mổ.
- Thời gian nằm viện sau khi mổ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán u đại-trực tràng nhập viện từ 14/9/2017 đến 02/8/2018.
2. **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả bệnh nhân có u vùng đại-trực tràng có chỉ định phẫu thuật.
3. **Tiêu chuẩn loại trừ:**
 - Không có chỉ định phẫu thuật nội soi trước và trong mổ.
 - Đã phẫu thuật cắt đại hoặc trực tràng trước đó.
 - U đại-trực tràng biến chứng tắc ruột được làm hậu môn nhân tạo.
 - Có bệnh nội khoa nặng kèm theo làm ảnh hưởng hô hấp-tuần hoàn khi thực hiện phẫu thuật nội soi (ASA >3).
 - Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ không phải là ung thư.
4. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả loạt ca
5. **Thời gian nghiên cứu:** Từ 14/9/2017 đến 02/8/2018.
6. **Đo lường các biến:** Đánh giá các biến số về:
 - Thời gian mổ.
 - Tai biến trong mổ: Tồn thương cơ quan khác như niệu quản, bàng quang, tá tràng, lách, túi tinh, âm đạo, mạc máu mạc treo tràng trên...
 - Thời gian trung tiện sau mổ.
 - Các biến chứng sau mổ: Chảy máu, xì miệng nối, áp xe tồn lưu, tụt hậu môn nhân tạo, nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột sớm.

- Thời gian nằm viện sau khi mổ.

7. **Xử lý số liệu** : Các biến số được điền vào bộ câu hỏi lập sẵn, tất cả số liệu được phân tích thống kê mô tả bằng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ

Từ 14/9/2017 đến 02/8/2018 chúng tôi có 21 trường hợp nghiên cứu, bao gồm các trường hợp u vùng đại-trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt đoạn ruột theo chuẩn ung thư, tức là cắt đoạn ruột chứa khối u với bờ an toàn đầu trên và dưới u kèm nạo vét hạch tương ứng. Trong 21 trường hợp có 10 là nam (47,6%) và 11 nữ (52,4%) với tuổi trung vị là 60 ± 14 (22-80 tuổi), đa số các trường hợp là cao tuổi trên 60 (42,9%), tiếp đến là làm ruộng (28,6%) còn lại là công nhân, buôn bán hoặc nội trợ. Thời gian có triệu chứng đầu tiên đến khi phát hiện bệnh trung vị là 30 ngày với triệu chứng vào viện tiêu ra máu là 10 trường hợp (47,6%), đau bụng là 9 trường hợp (42,9%) và rối loạn đi tiêu là 2 trường hợp (9,5%). Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là 21,5 kg/m² (16,6-31,5). Vị trí khối u được mô tả trong bảng sau:

Vị trí khối u	Số trường hợp	Tỷ lệ phần trăm
Manh tràng-đại tràng lên	1	4,8 %
Đại tràng góc gan	4	19 %
Đại tràng ngang	1	4,8 %
Đại tràng góc lách	1	4,8 %
Đại tràng xuống	2	9,5 %
Đại tràng sigma	2	9,5 %
Trực tràng trên	3	47,6 %
Trực tràng giữa	4	
Trực tràng dưới	3	
Tổng số	21	100 %

Chỉ số dấu ấn ung thư (CEA) trung vị là 4,78 ng/ml (0,54-55,72 ng/ml). Tất cả các trường hợp phẫu thuật đều được chuẩn bị ruột trước mổ bằng cách uống Fortrans hoặc thụt tháo phối hợp với kháng sinh uống ngày trước mổ là Metronidazole và Erythromycine. Bảng điểm ASA (American Society of Anesthesiologists) đánh giá trước mổ, tiên lượng nguy cơ phẫu thuật, là 1 điểm ở 2 bệnh nhân (9,5%), 2 điểm ở 19 bệnh nhân (90,5%). Giai đoạn u được đánh giá trong lúc mổ, tất cả các trường hợp u đều ở giai đoạn IIIC theo Hiệp hội phòng chống ung thư quốc tế (UICC 2016), có thể thực hiện phẫu thuật với phương pháp cắt tổn thương và nối ngay (16 trường hợp: 76,2%), 5 trường hợp còn lại kèm thêm mở hồi tràng ra da bảo vệ miệng nối (23,8%). Trong quá trình phẫu thuật không có trường hợp nào bị tai biến. Có một trường hợp (4,8%) u đại tràng lên to 6 x 8 cm giai đoạn T4b dính chặt vào phúc mạc thành sau và mạc treo ruột làm di động khó khăn được chuyển mổ hở an toàn. Thời gian phẫu thuật trung bình là 178 ± 34 phút (130-240 phút). Sau phẫu thuật, thời gian trung tiện trung bình là 2,86 ngày (1-4 ngày), có 2 trường hợp biến chứng sau phẫu thuật (9,5%): 1 trường hợp là u to 5 x 5 cm cách rìa hậu môn 4 cm được phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng chứa u, nối đại-trực tràng có bảo vệ miệng nối bằng cách đưa hồi tràng ra da trên bệnh nhân 64 tuổi suy dinh dưỡng ($BMI = 16,79 \text{ kg/m}^2$), hậu phẫu ngày 5 phát hiện xì miệng nối đại-trực tràng và 1 trường hợp biến chứng nữa là nhiễm trùng vết mổ ở bệnh nhân 60 tuổi cũng suy dinh dưỡng ($BMI = 17,3 \text{ kg/m}^2$) được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng do u đại tràng sigma. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung vị là 7 ngày và tất cả các trường hợp phẫu thuật có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến.

BÀN LUẬN

Ung thư đại-trực tràng là bệnh lý thường gặp và có xu hướng tăng nhất là ở người trẻ tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh nam nữ tương đương nhau, tần suất bệnh tăng sau tuổi 50 (trên 90%), do vậy sau 50 tuổi được xem là đối tượng nguy cơ trung bình cần phải tầm soát ung thư đại-trực tràng [8, 10, 12], trong 21 trường hợp của nghiên cứu này, tỷ lệ nam/nữ gần tương đương nhau (10/11 trường hợp) và tuổi trung vị là 60 ± 14 tuổi, điều này phù hợp với mô tả của y văn [2, 8, 10, 12]. Tất cả bệnh nhân trong lô nghiên cứu

đều đến viện trễ vì đa số ung thư đại-trực tràng đều diễn biến âm thầm không có triệu chứng đến khi có triệu chứng thì bệnh đã ở giai đoạn muộn, thời gian có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện trung vị là 30 ngày, khi có triệu chứng như tiêu ra máu (47,6%), đau bụng (42,9%) và rối loạn đi tiêu (9,5%) thì mới vào viện chẩn đoán, không bệnh nhân nào được tầm soát phát hiện bệnh, đánh giá trong mổ xác định 100% bệnh nhân đều ở giai đoạn IIIC, đây là giai đoạn tiên triển của ung thư, là giai đoạn muộn của bệnh. Điều này cho thấy vấn đề tầm soát phát hiện sớm bệnh chưa được quan tâm đúng mức, nhất là những đối tượng nguy cơ ung thư đại-trực tràng. Vị trí khối u thường gặp nhất ở vùng đại tràng trái và trực tràng, còn ở vùng đại tràng phải thì tần suất ít hơn, lý giải điều này người ta cho rằng càng về phía dưới ống tiêu hóa thì phân đi chậm hơn, phân cô đặc và chứa nhiều độc tố hơn đoạn trên và vì vậy dễ sinh ung hơn. Theo Kahamoui K., ung thư trực tràng là 43%, đại tràng xích ma là 25%, đại tràng lên là 18%, đại tràng ngang là 9%, đại tràng xuống là 5% [9]. Theo Alberts, ung thư đại tràng thì 2/3 là ở đại tràng trái, 1/3 ở đại tràng phải [4], nghiên cứu của chúng tôi cũng chứng minh được điều này, đó là vị trí u ở trực tràng chiếm 47,6%, ở đại tràng trái là 28,6%, ở đại tràng phải là 23,8%. Chỉ số dấu ấn ung thư (CEA) là xét nghiệm không nhạy và không đặc hiệu cho ung thư đại-trực tràng giai đoạn sớm, CEA tăng khi có di căn nên được dùng để theo dõi sau mổ, phát hiện tái phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi có làm xét nghiệm CEA trước mổ với trung vị là 4,78 ng/ml nằm trong giới hạn bình thường, do vậy, xét nghiệm này không dùng để tầm soát phát hiện bệnh sớm như y văn khuyến cáo [8]. Theo khuyến cáo của Tổ chức y tế thế giới năm 2016 về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ ở bệnh nhân phẫu thuật đại-trực tràng cần phải chuẩn bị ruột phối hợp với kháng sinh đường uống trước mổ làm giảm nhiễm trùng sau mổ hơn so với chuẩn bị ruột trước mổ đơn thuần [5], trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp đều được chuẩn bị ruột với Polyethylene glycol (Fortrans®) hoặc thực thảo phối hợp với Metronidazole và Erythromycine ngày trước mổ cho thấy làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, ngoài ra, chuẩn bị ruột giúp ruột xẹp làm tăng khoảng trống thao tác khi phẫu thuật, giảm lượng phân trong lòng ruột, do vậy làm giảm vi khuẩn

lòng ruột giúp cắt nối ruột sạch hơn làm cuộc mổ an toàn hơn. Bảng điểm ASA của Hội gây mê Hoa Kỳ (American Society of Anesthesiologists) cũng là một công cụ đánh giá tình trạng bệnh nhân trước phẫu thuật, điểm số ASA tỷ lệ thuận với nhiệm vụ vết mổ, trong 21 trường hợp, có 2 trường hợp (9,5%) có điểm ASA là 1 và 19 trường hợp (90,5%) có điểm ASA là 2, đây cũng là khoảng điểm an toàn cho phẫu thuật nội soi, thực tế cho thấy không bệnh nhân nào có tai biến, biến chứng của gây mê. Tất cả bệnh nhân trong lô nghiên cứu được đánh giá giai đoạn trong, sau mổ đều ở giai đoạn IIIC theo phân loại của Hiệp hội phòng chống ung thư (UICC 2016) [11], đây là giai đoạn tiến xa trong ung thư, gây khó khăn cho phẫu thuật, tiên lượng sau mổ cũng xấu hơn các giai đoạn sớm hơn vì theo Ủy ban liên hợp về ung thư Hoa Kỳ (American Joint Committee on Cancer) giai đoạn IIIC có tỷ lệ tái phát tại chỗ là 15-22%, tỷ lệ sống 5 năm 36-48% [10], tất cả các trường hợp được phẫu thuật nội soi, có 1 trường hợp phải chuyển sang mổ hở do khối u quá to (6 x 8 cm) và ở giai đoạn T4b, tức là khối u xâm lấn đến cơ quan lân cận. Trong 21 trường hợp, có 16 trường hợp (76,2%) được phẫu thuật cắt nối ngay, 5 trường hợp lại (23,8%) phải mở thêm hồi tràng ra da bảo vệ miệng nối và hẹn đóng chỗ mở hồi tràng sau 3 tuần. Thời gian phẫu thuật trung bình là 178 ± 34 phút (130-240 phút), thời gian mổ dài hơn tác giả khác là do trong 21 ca phẫu thuật thì có 71,5% các trường hợp là u trực tràng và u đại tràng trái, chỉ có 28,5% là u đại tràng phải đồng thời 100% bệnh nhân ở giai đoạn IIIC là giai đoạn muộn nên gây khó khăn cho cuộc mổ hơn, tỷ lệ này khác với tác giả Phạm Gia Thành [3] là u đại tràng trái và trực tràng chỉ chiếm 37,03%, còn lại 62,97% là u đại tràng phải với thời gian phẫu thuật trung bình là $162,8 \pm 32,25$ phút. Thời gian phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải thường ngắn hơn cắt đại tràng trái và trực tràng, theo tác giả Kim HG [6], thời gian phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải trung bình là $140,9 \pm 27,5$ phút, còn theo tác giả Nguyễn Hoàng Bắc thời gian phẫu thuật trung bình cắt mạc treo trực tràng là 170 phút [2]. Sau phẫu thuật, thời gian trung tiện là 2,86 ngày, đây là thời gian hồi phục nhu động ruột tương đồng so các tác giả khác [2, 6]. Trong lô nghiên cứu có 1 trường hợp (1/10 ca cắt đoạn trực tràng = 10%) xì miệng nối ở bệnh nhân cắt trực tràng

thấp có suy dinh dưỡng ($BMI = 16,79 \text{ kg/m}^2$) mặc dù có mở hời tràng ra da, tỷ lệ này tương đương với các tác giả khác, theo Bùi Sỹ Tuấn Anh tỷ lệ này là 11%, theo Nguyễn Hoàng Bắc có 1/31 trường hợp xì miệng nổi (3,2%), còn theo Heald, trong 219 ca cắt mạc treo trực tràng có 24 trường hợp xì miệng nổi trên lâm sàng, chiếm 11% và 14 trường hợp (6,4%) xì miệng nổi không triệu chứng, chỉ phát hiện trên X quang [7]. Ngoài ra chúng tôi có 1 ca bị nhiễm trùng vết mổ (4,76%) vào ngày hậu phẫu ngày 5 ở bệnh nhân 60 tuổi bị suy dinh dưỡng ($BMI = 17,3 \text{ kg/m}^2$) được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng do u đại tràng sigma. Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong biến chứng sau phẫu thuật, bệnh nhân ung thư đại-trực tràng càng ở giai đoạn muộn thì càng suy dinh dưỡng do vậy tai biến- biến chứng sẽ nhiều hơn, cả 2 trường hợp biến chứng sau mổ đều có $BMI < 18 \text{ kg/m}^2$ đã chứng minh quan trọng vai trò dinh dưỡng ở bệnh nhân phẫu thuật [13]. Tất cả các trường hợp phẫu thuật có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến phù hợp với tình trạng diễn biến bệnh và ghi nhận trước và trong mổ.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt đại-trực tràng do ung thư là phẫu thuật kỹ thuật cao mà thế giới đang áp dụng, là phẫu thuật hiệu quả, an toàn, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn, đảm bảo các nguyên tắc trong phẫu thuật ung thư cần phát triển và thực hiện thường quy tại Bệnh viện trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đình Roanh, Hoàng Văn Kỳ, Ngô Thu Thoa (1999). Nghiên cứu hình thái học ung thư đại trực tràng gặp tại Bệnh viện K Hà Nội 1994 - 1997, *Tạp chí thông tin Y dược, số đặc biệt chuyên đề ung thư, Hà Nội*, tr. 66 - 70.
2. Nguyễn Hoàng Bắc, Đỗ Minh Đại, Từ Đức Hiền, Nguyễn Trung Tín, Lê Quan Anh Tuấn (2003). Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bằng phẫu thuật nội soi. *Hội thảo chuyên đề bệnh hậu môn-đại trực tràng*, tr.229-233.
3. Phạm Gia Thành, Lưu Ngọc Hùng, Lê Thanh Hoài (2016). Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại-trực tràng tại BVĐK Thanh Hóa, tr. 1-6.

4. Alberts S.R., Goldberg R.M (2004). Gastrointestinal tract cancers. *Manual of clinical oncology*, 5th edition, pp. 185 -232.
5. Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016). *World Health Organization*, pp. 1-186.
6. Han-Gil Kim, Young-Tae Ju, Jin-Kwon Lee, Soon-Chan Hong, Young-Joon Lee, Chi-Young Jeong, Joo-Yeon Kim, Ji-Ho Park, Jae Yool Jang, Seung-Jin Kwag (2018). Three-Port Laparoscopic Right Colectomy versus Conventional Five-Port Laparoscopy for Right-Sided Colon Cancer. *Journal of laparoendoscopic and advanced surgical techniques*, pp. 1-6.
7. Heald R, Moran B, Ryall RDH, Sexton R, MacFarlane JK (1998). Rectal cancer: the Basingstoke experience of total mesorectal excision, *Arch Surg* 133, p 894 – 899.
8. Jessica Cohan MD, Madhulika G. Varma MD (2015). Large Intestine. *Current diagnosis and treatment surgery*, 14th edition, pp. 686-725.
9. Kahnamoui K., Cadeddu M., Farrokhyar F., Anvari M. (2007). Laparoscopic surgery for colon cancer: a systematic review. Vol 50, No 1, pp.48 -57.
10. Kelli M. Bullard Dunn and David A. Rothenberger (2015). Colon, rectum and anus. *Schwartz's Principles of surgery*, Tenth edition, pp. 1175-1236.
11. Lower Gastrointestinal cancer (2017). *Esmo pocket guidelines*, pp.1-118.
12. Najjia N. Mahmoud, Joshua I.S. Bleier, Cary B. Aarons, E. Carter Paulson, Skandan Shanmugan, Robert D. Fry (2018). Colon and rectum. *Sabiston Textbook of surgery*, 20th edition, pp. 1312-1128.
13. Wan-H Hu, Luis C. Cajas-Monson, Samuel Eisenstein, Lisa Parry, Bard Cosman and Sonia Ramamoorthy (2015). Preoperative malnutrition assessments as predictors of postoperative mortality and morbidity in colorectal cancer: an analysis of ACS-NSQIP. *Nutrition Journal*, pp. 1-6.

DỊCH TỄ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Trần Thị Thủy Tiên

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Trong những năm gần đây, tỉ lệ chấn thương hàm mặt gia tăng đáng kể, là tổn thương thường gặp trong các loại chấn thương do tai nạn giao thông.

Mục tiêu: “Đánh giá đặc điểm dịch tễ lâm sàng và kết quả điều trị chấn thương hàm mặt tại BVĐK Trung Tâm An Giang từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 06 năm 2017”.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, có can thiệp. Mẫu nghiên cứu: BN bị CTHM đến khám và điều trị nội trú tại khoa RHM BVĐK Trung Tâm An Giang từ 1/2014 → 06/2017.

Kết quả: Qua khảo sát 442 ca. Tuổi trung bình của bệnh nhân chấn thương hàm mặt là $31,7 \pm 13,6$, lứa tuổi thường gặp nhất là 21-30 tuổi, nam:nữ là 4,3:1. Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm cao nhất, do xe gắn máy hai bánh, có liên quan rượu bia chiếm 25,1%, gãy xương tầng mặt giữa chiếm tỉ lệ cao nhất, gãy xương hàm dưới thấp hơn. Kết quả điều trị ở nhóm tiến cứu can thiệp lâm sàng 42 ca: khớp cắn đúng 97,6%, biến chứng sau điều trị: nhiễm trùng phần mềm chiếm cao nhất 6 ca (14,2%), hở vết thương 1 ca (2,4%), sẹo xấu 2 ca (4,8%), sai khớp cắn có 1 ca (2,4%), không có trường hợp không liền xương, chậm liền xương hay tổn thương thần kinh.

Kết luận: Chấn thương hàm mặt do tai nạn giao thông chiếm cao nhất, phương tiện gây ra CTHM nhiều nhất là xe gắn máy hai bánh. Việc phòng ngừa CTHM đòi hỏi vào ý thức của người tham gia giao thông và sự quan tâm của nhiều cơ quan ban ngành của xã hội.

ABSTRACT

Introduction: *In recent years, the incidence of maxillofacial traumas has increased significantly, with the most common types of traumatic injuries.*

Objective: *"Assessment of clinical epidemiological characteristics and treatment of maxillofacial traumas in An Giang General Hospital from January 2014 to June 2017".*

Study design: *Describe. Study design: retrospective and prospective study. Study sample: CTHM patients visited the inpatient department of An Giang province hospital from 1/2014 → 06/2017.*

Results: *Through a survey of 442 cases. The average age of patients with maxillofacial traumatic injury was 31.7 ± 13.6 , the most common age was 21-30 years, male: female was 4.3: 1. The cause of traffic accident occupy the highest, due to two-wheeled motorcycles, related alcohol accounted for 25.1%, Middle facial fractures account for the highest incidence, mandibular fractures is lower. Results of treatment in the group of clinical intervention 42 cases: Most correct occlusal after treatment 97.6%, complications after treatment: soft tissue infection occupy the highest 6 cases (14.2 %), one wound (2.4%), scars 2 cases (4.8%), malocclusal (2.4%), no bone loss, or nerve damage.*

Conclusion: *The incidence and causes of mandibular fracture reflect trauma patterns within the community and, as such, can provide a guide to the design of programs toward prevention and treatment.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, tỉ lệ chấn thương hàm mặt (CTHM) gia tăng đáng kể, là tổn thương thường gặp trong các loại chấn thương do tai nạn giao thông (TNGT). Nước ta phương tiện giao thông bằng xe ô tô và mô tô rất phổ biến nhưng đường xá còn chật hẹp. Tỉnh An Giang có hệ thống giao thông liên thông với các tỉnh, tỉ lệ CTHM cao nhưng chưa có nghiên cứu. Vào những năm đầu của thế kỷ XX, điều trị gãy xương hàm dưới chủ yếu bằng phương pháp bảo tồn. Trong chiến tranh thế giới thứ nhất

(1914-1918), các loại cung, nẹp răng được sử dụng phổ biến, có thể khâu kết hợp xương hoặc không để điều trị các trường hợp gãy xương hàm dưới. Đối với gãy xương hàm trên, các tác giả thường dùng phương pháp mũ thạch cao và treo hàm trên bị gãy lên hai bên mũ thạch cao rồi cố định ngoài sọ sau khi điều chỉnh khớp răng đúng vị trí ban đầu [3]. Năm 1973 Michelet là người đầu tiên sử dụng hệ thống nẹp vít nhỏ điều trị CTHM. Lâm Hoài Phương và cộng sự (2009) [4] cho biết sau một năm thực hiện qui định bắt buộc đội nón bảo hiểm khi tham gia giao thông bằng xe máy có 1866 bệnh nhân CTHM được khám và điều trị tại BV Răng Hàm Mặt Trung Ương TPHCM, kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ CTHM vẫn cao và không có chiều hướng giảm.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Đánh giá đặc điểm dịch tễ lâm sàng và kết quả điều trị chấn thương hàm mặt tại BVĐK Trung Tâm An Giang từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 06 năm 2017.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

BN bị chấn thương hàm mặt đến khám và điều trị tại khoa RHM - BVĐKTTAG.

- *Nhóm hồi cứu mô tả*: hồi cứu hồ sơ bệnh án của các BN bị CTHM đến khám và điều trị nội trú tại khoa Răng Hàm Mặt BVĐKTTAG từ 1/2014 đến hết 12/2016.

Tiêu chí loại trừ: các hồ sơ không đáp ứng đủ những tiêu chuẩn.

- *Nhóm tiến cứu can thiệp lâm sàng so sánh trước-sau, không nhóm chứng*: BN bị CTHM đến khám và điều trị tại khoa RHM BVĐKTTAG từ 01/2017 đến 6/2017.

Tiêu chí chọn bệnh: chọn mẫu thuận tiện gồm tất cả bệnh nhân đến khám và điều trị nội trú có chẩn đoán chấn thương hàm mặt.

- Có đầy đủ phim X quang chẩn đoán vùng hàm mặt.
- BN đồng ý tham gia nghiên cứu và tái khám theo hẹn. BN được khám, điều trị, theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

Tiêu chí loại trừ:

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu, không tái khám theo hẹn, kém phát triển tâm thần vận động, nặng, chấn thương sọ não nặng có thể tử vong.
- Chuyển viện theo yêu cầu và theo quy định phân tuyến kỹ thuật của BHYT.

Phương pháp nghiên cứu:

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

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang, thời gian từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 06 năm 2017.

- Các biến số: Tuổi, giới, nguyên nhân (TNGT, TNSH, TNLD, ẩu đả), sử dụng chất kích thích (rượu, bia), nón bảo hiểm, phương tiện giao thông sử dụng, vết thương phần mềm, gãy tầng mặt giữa, gãy xương hàm dưới, khớp cắn, chấn thương phối hợp, biến chứng (nhiễm trùng, hở vết thương, sẹo xấu, chậm liền xương, khớp giả, tổn thương thần kinh, sai khớp cắn).

Bảng: Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị

Mức độ	Giải phẫu	Chức năng	Thẩm mỹ
Tốt	- Xương liền tốt, không biến dạng. -Tiếp xúc 2 đầu gãy tốt (di lệch < 1mm).	- Không đau, ăn nhai tốt, nuốt bình thường. - Khớp thái dương hàm cử động tốt. - Há miệng $\geq 35\text{mm}$. - Khớp cắn đúng.	- Mặt cân đối. - Xương và phần mềm tại chỗ không biến dạng.
Khá	-Xương liền, có biến dạng ít. -Tiếp xúc 2 đầu gãy di lệch 1 đến 2 mm.	- Đau ít hoặc không đau, ăn nhai được. - Khớp thái dương hàm cử động được. - $20\text{mm} < \text{Há miệng} <$	- Mặt cân đối. - Xương và phần mềm tại chỗ có thể có biến dạng nhẹ.

		35mm. - Khớp cắn đúng.	
Kém	- Xương liền chậm. - Can sai > 2mm hoặc tạo khớp giả.	- Đau, ăn nhai khó khăn. - Khớp thái dương hàm cử động hạn chế. - Há miệng ≤ 20 mm. - Khớp cắn sai.	- Mặt không cân đối. - Xương và phần mềm tại chỗ biến dạng.

Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được ghi chép, tổng hợp, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm Stata 14.0 và excel 2013.

KẾT QUẢ

Nghiên cứu này tổng số là 442 bệnh nhân nghiên cứu dịch tễ lâm sàng, trong đó 42 ca tiền cứu có gãy xương được can thiệp lâm sàng.

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Giới: tỉ lệ gãy xương hàm ở nam giới (81%) cao hơn nhiều so với nữ giới (19%) nam: nữ là: 4,3:1.

Tuổi: Tuổi trung bình của bệnh nhân bị CTHM là $31,7 \pm 13,6$, nhóm tuổi bị CTHM nhiều nhất là 21-30 (37,8%), kế đến là nhóm tuổi 31-40 (21,7%).

Nguyên nhân chấn thương: Nguyên nhân chấn thương cao nhất là TNGT 382 trường hợp (86,4%). Phương tiện gây CTHM: nhiều nhất là xe gắn máy hai bánh 98,2%.

Tình trạng đội nón bảo hiểm khi tham gia giao thông: Trong 382 trường hợp bị chấn thương hàm mặt do TNGT, ngoại trừ 1 trường hợp nguyên nhân do xe đạp thì đa số đều có đội nón bảo hiểm khi tham gia giao thông, chiếm (97,6%).

Tình trạng CTHM mặt với rượu, bia: có rượu bia khi bị CTHM khá cao (25,1%).

2. Đặc điểm lâm sàng chấn thương hàm mặt

Bảng1: Phân loại chấn thương

Phân loại chấn thương	Số BN	Tỉ lệ (%)
Vết thương phần mềm đơn thuần	53	11,8
Gãy xương hàm đơn thuần	110	24,9
Phối hợp VT phần mềm và gãy xương	279	63,3
Phối hợp CTHM và chấn thương khác	143	32,4

Nhận xét: Trong 143 ca có chấn thương phối hợp thì chấn thương chi chiếm nhiều nhất với 64 ca, chấn thương mắt 50 ca, chấn thương sọ não đứng thứ ba với 38 ca.

Bảng 2: Phân loại hình thái tổn thương xương

Loại gãy	Hình thái tổn thương xương	Số BN	Tỉ lệ (%)
Đơn thuần (n=334)	Gãy xương hàm dưới	157	40,4
	Gãy xương tầng mặt giữa	177	45,5
Phối hợp (n=55)	Gãy phối hợp xương hàm dưới và tầng mặt giữa	55	14,1
	Tổng	389	100

3. Phương pháp điều trị

Bảng 3: Phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị		Số ca (n=442)	Tỉ lệ %
Nội khoa đơn thuần (n=119)		119	26,9
Bảo tồn đơn thuần (n=59)	Cố định 1 hàm	12	2,7
	Cố định liên hàm	47	10,6
Phẫu thuật (n=242)	Nâng xương	22	5,0
	Kết hợp xương bằng nẹp vít	122	27,6

Phương pháp điều trị		Số ca (n=442)	Tỉ lệ %
	Phẫu thuật + cố định hàm	98	22,2
Chuyển viện (n=22)		22	5,0

Phương pháp điều trị kết hợp xương bằng nẹp vít chiếm nhiều nhất trong nhóm phẫu thuật. Tuy nhiên, đối với các trường hợp gãy xương tầng mặt giữa, một số trường hợp gãy xương hàm dưới ít di lệch, hay gãy lồi cầu không di lệch hoặc di lệch ít chúng tôi vẫn sử dụng phương pháp điều trị bảo tồn là nắn chỉnh và cố định liên hàm.

4. Đánh giá kết quả điều trị gãy xương ở nhóm tiến cứu can thiệp lâm sàng

Bảng 4: Tình hình điều trị gãy xương

Phương pháp điều trị		Số ca	Tỉ lệ %
Nội khoa đơn thuần (n=0)		0	0,0
Bảo tồn đơn thuần (n=6)	Cố định 1 hàm	1	2,4
	Cố định liên hàm	5	11,9
Phẫu thuật (n=36)	Nâng xương	8	19,0
	Kết hợp xương bằng nẹp vít	20	47,7
	Phẫu thuật + cố định hàm	8	19,0
Tổng		42	100

Bảng 5: Đánh giá khớp cắn trước và sau điều trị

Khớp cắn	Lúc nhập viện n (%)	Sau điều trị n (%)
Khớp cắn đúng	12 (28,6)	41 (97,6)
Khớp cắn sai	30 (71,4)	1 (2,4)

Bảng 6: Đánh giá giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ sau điều trị

Kết quả \ Yếu tố	Giải phẫu n (%)	Chức năng n (%)	Thẩm mỹ n (%)
Tốt	31 (73,8)	38 (90,5)	36 (85,7)
Khá	10 (23,8)	4 (9,5)	6 (14,3)
Kém	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)

Đánh giá biến chứng sau điều trị

Nhiễm trùng phần mềm 6 ca (14,2%), hở vết thương 1 ca (14,2%), sẹo xấu 2 ca (4,8%), sai khớp cắn 1 ca (2,4%).

BÀN LUẬN

Nghiên cứu này có 442 ca bị CTHM, đa số bệnh nhân là nam với nguyên nhân chủ yếu do TNGT, xe gắn máy 2 bánh. Nhóm tuổi bị CTHM nhiều nhất theo nghiên cứu này là 21-30 tuổi. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài như: Cheema S.A. (2006) là 31% [6], Bali R. (2013) là 38,3% [5]. Tỷ lệ chấn thương phần mềm đơn thuần của nghiên cứu này cao hơn của Lâm Ngọc Ân (2000) (9,5%) [1], Lâm Thị Xuân Hoa (2011) (1,9%) nhưng tương tự với kết quả của Gassner (2003) (18,2%) [7]. Kết quả CTHM phối hợp chấn thương sọ não của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu trước khi có quy định bắt buộc đội nón bảo hiểm khi tham gia giao thông bằng xe gắn máy điều này cho thấy nón bảo hiểm đã góp phần làm giảm tỉ lệ chấn thương sọ não. Trong 42 ca can thiệp lâm sàng có 06 ca nhiễm trùng phần mềm (14,2%). Nhiễm trùng có thể do nhiều yếu tố gây ra, do vệ sinh răng miệng kém, việc đóng kín vết thương không đảm bảo che phủ đủ cho nẹp và xương, trong khi đó môi trường miệng là môi trường không sạch.... Nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng (2012), nhiễm trùng phần mềm là 3,8% [2]. Nghiên cứu của Ellis E. (2002) trên 59 bệnh nhân với 80 đường gãy, có 6 trường hợp bị nhiễm trùng (10,2%), 2 trường hợp sai khớp cắn (3,4%) **Error! Reference source not found..** Sai khớp cắn sau phẫu thuật: có 01 ca

(2,4%), trường hợp này do gãy phức tạp xương hàm dưới cãnh ngang mà bệnh nhân tự ý tháo thun cố định liên hàm. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có ca nào không liền xương, chậm liền xương hay tổn thương thần kinh.

KẾT LUẬN

Chấn thương hàm mặt do tai nạn giao thông chiếm cao nhất, nam nhiều hơn nữ, phương tiện gây ra CTHM nhiều nhất là xe gắn máy hai bánh, tỉ lệ điều trị thành công cao. Tuy nhiên, việc phòng ngừa CTHM đòi hỏi vào ý thức của người tham gia giao thông và sự quan tâm của nhiều cơ quan ban ngành của xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Lâm Ngọc Ân và cộng sự (2000), “Chấn thương vùng mặt do nguyên nhân thông thường (1976-1993)”, Kỷ yếu công trình khoa học 1975 - 1993, Viện Răng Hàm Mặt Thành Phố Hồ Chí Minh, tr.127-133.
- [2]. Trương Mạnh Dũng (2012), “*Nghiên cứu áp dụng hệ thống nẹp vít tự tiêu trong điều trị gãy xương hàm mặt*”, Báo cáo tổng kết đề tài nghiên cứu khoa học cấp bộ, Viện đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại Học Y Hà Nội.
- [3]. Lâm Hoài Phương (2000), “*Phẫu thuật tạo hình di chứng chấn thương tầng mặt giữa*”, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
- [4]. Lâm Hoài Phương và cộng sự (2009), “Khảo sát dịch tễ học chấn thương hàm mặt 1 năm sau qui định bắt buộc đội mũ bảo hiểm tại BVRHMTW TPHCM”, *Tuyển tập công trình nghiên cứu khoa học răng hàm mặt 2009*, Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
- [5]. Bali R., Sharma P., Garg A., Dhillon G. (2013), “A comprehensive study on maxillofacial trauma conducted in Yamunanagar, India”, *Journal of injury and violence research*, pp. 108-116.
- [6]. Cheema S.A., Amin F. (2006), “Incidence and causes of maxillofacial skeletal injuries at the Mayo Hospital in Lahore, Pakistan”, *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 44, pp.232-234.
- [7]. Gassner R., Tuli T., Hachl O., Rudisch A., Ulmer H. (2003), “Cranio-maxillofacial trauma: a 10 year review of 9,543 cases with 21,067 injuries”, *J Craniomaxillofac Surg*, 31 (1), pp.51-61.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN II, III BẰNG PHÁC ĐỒ XELOX

Đoàn Xuân Vũ, Lâm Quốc Thắng, Dương Văn Ninh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và tác dụng không mong muốn của phác đồ XELOX trong điều trị bổ trợ ung thư biểu mô tuyến đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Đối tượng:** 16 bệnh nhân UTĐT giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III, được hóa trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang từ tháng 03/2016 đến 08/2018. **Kết quả:** Không có trường hợp bệnh tái phát. Độc tính hóa trị ở mức độ 1,2. Tỷ lệ gặp chung 62,5%, trong đó tỷ lệ giảm bạch cầu là 50%, giảm huyết sắc tố 31,2%, giảm tiểu cầu 37,5%, buồn nôn-nôn (18,75%), tiêu chảy(12,5%), viêm loét miệng(12,5%), đau thượng vị(18,75%), viêm thần kinh ngoại biên(25%); hội chứng bàn tay-bàn chân (62,5%). **Kết luận:** Hóa trị bổ trợ phác đồ XELOX mang lại hiệu quả, tương đối an toàn.

ABSTRACT

Objectives: Evaluate the results and side effects of XELOX regimen for adjuvant chemotherapy of high risk stage II and stage III colon adenocarcinoma. **Methods:** Cross sectional. **Objects of study:** 16 high risk stage II and stage III colon adenocarcinoma patients were treated at An Giang General Hospital from March 2016 to August 2018. **Results:** No recurrence was reported, the toxicities proportion 62,5%, mainly grade 1,2 which comprise: Hematological toxicities (Neutropenia: 50%; Anemia: 31,2%; Thrombocytopenia: 37,5%). Gastrointestinal toxicities: 18,75%; Mucosa ulcer: 12,5%; Diarrhea: 12,5%; Neurological toxicity: 25%; Hand-foot syndrome: 62,5%. **Conclusion:** Adding XELOX regimen for adjuvant chemotherapy of high risk stage II and stage III colon adenocarcinoma is effective and safety.

Keywords: adjuvant chemotherapy, XELOX, colon adenocarcinoma.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một trong những loại ung thư mắc hàng đầu ở Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Theo thống kê của tổ chức ghi nhận ung thư toàn cầu (Globocan 2012), trên thế giới mỗi năm ước tính có 1.361.000 bệnh nhân mới mắc và 694.000 bệnh nhân chết do ung thư đại trực tràng, xuất độ mắc và tử vong đứng hàng thứ 3 trong các bệnh ung thư. Cho đến nay phẫu thuật cắt đại tràng vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả nhất để điều trị khởi UTĐT. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu và thử nghiệm lâm sàng chứng minh điều trị hóa chất hỗ trợ cho UTĐT giai đoạn III và giai đoạn II có kèm các yếu tố nguy cơ cao như: u T4, kém biệt hóa, xâm nhập mạch máu - bạch huyết, xâm nhập thần kinh, tắc - thủng ruột, cắt tiếp cận u, hoặc diện cắt u (+), nạo vét < 12 hạch, CEA trước mổ cao, sẽ kéo dài thời gian sống thêm sau mổ. Thử nghiệm lâm sàng NO16968, so sánh hóa trị hỗ trợ phác đồ XELOX với phác đồ FUFA trên bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn III, kết quả STKB 3 năm là 70,9% (XELOX) và 66,5% (FUFA), $p=0,0045$. Hiện nay, các bệnh viện ung bướu, cũng như một số cơ sở chuyên khoa ung thư khác đã sử dụng phác đồ XELOX điều trị hỗ trợ ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III nhưng có ít nghiên cứu về kết quả cũng như tác dụng không mong muốn của phác đồ này.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Đánh giá kết quả và tác dụng không mong muốn của phác đồ XELOX trong điều trị hỗ trợ ung thư biểu mô tuyến đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên 16 bệnh nhân UTĐT giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III, được hóa trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang từ tháng 03/2016 đến 08/2018.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân được chẩn đoán là UTĐT giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III, được phẫu thuật triệt căn, có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến.

+ KPS ≥ 80 .

+ Có đầy đủ các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng (CTM, sinh hóa máu, chẩn đoán giải phẫu bệnh, chẩn đoán hình ảnh, xếp giai đoạn theo AJCC 2010).

+ Được hóa trị hỗ trợ phác đồ XELOX 4-8 chu kỳ trong 12 tuần sau phẫu thuật.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có UT ĐT nhưng không phải loại ung thư biểu mô.
- Bệnh nhân có ung thư thứ hai, suy gan, suy thận, suy tim, suy tủy hoặc phụ nữ mang thai.
- Bệnh nhân đã điều trị bằng hóa chất trước đó.
- Bệnh nhân hóa trị không đủ 4 chu kỳ hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2 Các bước tiến hành

Đánh giá trước điều trị: Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng, xét nghiệm huyết học, sinh hóa, chức năng gan, chức năng thận, nồng độ CEA.

Điều trị: Oxaliplatin 130mg/m² pha với glucose 5% (TTM) ngày 1. Capecitabine liều 1.000mg/ m² uống 2 lần/ngày, cách 12 giờ, uống 2 tuần, nghỉ 1 tuần. Chu kỳ 3 tuần.

Xét nghiệm nồng độ CEA mỗi 02 chu kỳ; sau 4 chu kỳ, 8 chu kỳ hóa trị, bệnh nhân được kiểm tra thêm siêu âm bụng, chụp XQuang phổi để đánh giá kết quả điều trị.

Đánh giá kết quả điều trị

- Tỷ lệ tái phát, di căn
- Tỷ lệ và mức độ các độc tính được xác định theo tiêu chuẩn của tổ chức y tế thế giới (WHO).

2.2.3. Phương pháp phân tích xử lý kết quả

- Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Từ tháng 03 năm 2016 đến tháng 08 năm 2018, chúng tôi tiến hành chọn được 16 bệnh nhân UTĐT giai đoạn II, III thỏa điều kiện nghiên cứu, thời gian theo dõi trung bình là 12,1 tháng, ngắn nhất là 03 tháng và dài nhất là 29 tháng.

3.1. ĐẶC ĐIỂM NHÓM NGHIÊN CỨU

- Tuổi trung bình: 55,8±15,6; cao nhất: 82; thấp nhất: 29. Nhóm tuổi hay gặp 60-69 chiếm 31,25%; tỉ lệ nam/nữ: 1/1.

- Nhóm nghiên cứu chủ yếu bệnh nhân có thể trạng tốt. Bệnh nhân ở giai đoạn II: 56,25%; giai đoạn III: 43,75%.

- Đặc điểm của nhóm nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương đồng với nghiên cứu của tác giả Võ Văn Kha số lượng 136 bệnh nhân, tuổi trung bình 54,1, nam/nữ: 1,3/1, bệnh giai đoạn II: 58,8%, giai đoạn III: 41,2%.

3.2. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

3.2.1. Tái phát

Theo Võ Văn Kha thì tỉ lệ tái phát, di căn sau hóa trị phác đồ XELOX là 19,1% với thời gian theo dõi trung bình 40,6 tháng. Theo Andre T tỉ lệ tái phát, di căn sau hóa trị phác đồ FOLFOX là 21,1%.

Bệnh nhân của chúng tôi được theo dõi trong thời gian nghiên cứu chưa ghi nhận trường hợp tái phát, di căn điều này có thể do số lượng nghiên cứu còn ít và thời gian theo dõi ngắn.

3.2.2. Độc tính hóa trị

Trong số 16 bệnh nhân, có 10 trường hợp (62,5%) bị ảnh hưởng bởi các độc tính, trong đó không có độc tính độ 3-4, không ghi nhận trường hợp nào tử vong do độc tính của hóa trị. Theo Võ Văn Kha thì tỉ lệ này là 79,4%, theo Schmoll và cộng sự (n=938) thì tỉ lệ này đến 94%.

Bảng 1: Độc tính trên hệ tiêu hóa, thần kinh, da niêm

Độc tính	Độ 1-2 n (%)	Độ 3-4 n (%)	Tất cả n (%)
Buồn nôn, nôn	3(18,75)	0	3(18,75)
Ỉa chảy	2(12,5)	0	2(12,5)
Viêm loét miệng	2(12,5)	0	2(12,5)
Đau thượng vị	3(18,75)	0	3(18,75)
Viêm TK ngoại vi	4(25)	0	4(25)
Hội chứng tay chân	10(62,5)	0	10(62,5)

Nhận xét: Độc tính hệ tiêu hóa, thần kinh, da niêm chủ yếu ở độ 1-2, không có độc tính độ 3-4.

- Độc tính lên hệ tiêu hóa, thần kinh, da niêm:

Hội chứng bàn tay-chân: Đây là biểu hiện thường gặp, trong nghiên cứu, tỉ lệ gặp 62,5% ở độ 1-2, các triệu chứng này thường hồi phục dần sau khi ngưng hóa trị. Viêm thần kinh ngoại vi chiếm 25% ở độ 1-2, không gặp độ 3-4. Nôn và buồn nôn, đau thượng vị có tỉ lệ gặp 18,75%, chúng tôi thường dùng loại chống nôn như primperan 10

mg, ondansetron 8mg trước khi truyền. Ỉa chảy và viêm loét miệng gặp ở độ 1-2 là 12,5%, đây là biến chứng dễ xử lý.

Bảng 2: Độc tính trên hệ tạo huyết

Độc tính	Độ 1-2 n (%)	Độ 3-4 n (%)	Tất cả n (%)
Giảm bạch cầu hạt	8(50)	0	8(50)
Giảm bạch cầu có sốt	0	0	0
Giảm huyết sắc tố	5(31,2)	0	5(31,2)
Giảm tiểu cầu	6(37,5)	0	6(37,5)

Nhận xét: Độc tính trên hệ tạo huyết chủ yếu ở độ 1-2

- Độc tính trên hệ tạo huyết

Giảm bạch cầu hạt: trong nghiên cứu của chúng tôi, giảm bạch cầu chiếm tỉ lệ 50%. Phần lớn những bệnh nhân này sau nghỉ 1 tuần, tự hồi phục lại tiếp tục điều trị. Giảm tiểu cầu chiếm 37,5%. Phần lớn bệnh nhân tự hồi phục. Giảm huyết sắc tố độ 1-2 gặp 31,2%, thông thường bệnh nhân tự phục hồi, không cần phải sử dụng thuốc kích thích tăng hồng cầu.

Theo Võ Văn Kha độc tính da niêm, thần kinh gặp ở mức độ 1-2 với tỉ lệ là: Buồn nôn, nôn 20,6%, viêm thần kinh ngoại biên 16,2%, hội chứng bàn tay-chân 17,7%, giảm bạch cầu 55,6%, trong đó có 7,4% ở mức độ 3-4, giảm tiểu cầu 32,3%, trong đó mức độ 3-4 là 8,8%, giảm huyết sắc tố 8,1%. Schmoll và cs, nghiên cứu 938 bệnh nhân UTĐT giai đoạn III, hóa trị hỗ trợ phác đồ XELOX, cho thấy độc tính thần kinh là 78%, trong đó độ 3-4 là 11%; buồn nôn và nôn là 43% và 66% trong đó độ 3-4 lần lượt 6% và 5%; ỉa chảy 60% độ 3-4 là 19%; hội chứng bàn tay bàn chân 29% trong đó độ 3-4 là 5%; giảm bạch cầu 27%, độ 3-4 9%; đau thượng vị 17%, 94% bệnh nhân có liên quan đến ít nhất 1 dấu hiệu độc tính trong đó 55% bệnh nhân có liên bị ảnh hưởng độc tính độ 3-4.

Hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi chưa đủ dài.

KẾT LUẬN

Hóa trị hỗ trợ bằng phác đồ XELOX cho những bệnh nhân UTĐT giai đoạn III và giai đoạn II nguy cơ cao mang lại hiệu quả, tăng tỉ lệ sống thêm, tương đối an toàn, các độc tính ở mức độ nhẹ có thể kiểm soát được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Chân Hùng và cộng sự (2006), “Gánh nặng ung thư tại Thành phố Hồ Chí Minh”, Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, phụ bản số 4, tập 10, tr.iii-iv.
2. Võ Văn Kha, luận án tiến sĩ y học (2016), “Đánh giá kết quả hóa trị hỗ trợ phác đồ XELOX trong ung thư biểu mô tuyến đại tràng giai đoạn II,III.
3. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines www.nccn.org.
4. Schmoll HJ, Tabernero J, Maroun J, et al. Capecitabine plus oxaliplatin compared with fluorouracil/folinic acid as adjuvant therapy for stage III colon cancer: final results of the NO16968 randomized controlled phase III trial. J Clin Oncol 2015; 33:3733-40.
5. Andre T., Boni C., Navarro M. et al (2009). “Improved overall survival with oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment in stage II or III colon cancer in the MOSAIC trial”, J Clin Oncol, vol27, pp.310.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNH GHÉP NGOÀI PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐK KHU VỰC CHÂU ĐỐC

*Lữ Văn Trang, Trần Phước Hồng,
Nguyễn Tấn Huy, Nguyễn Hữu Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các kết quả phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn. **Đối tượng và phương pháp:** Tiễn cứu mô tả 103 trường hợp thoát vị bẹn (TVB) được phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc tại bệnh viện Đa khoa Khu vực Châu Đốc từ năm 2014 đến năm 2018. **Kết quả:** Từ năm 2014 đến năm 2018 có 103 bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngã tiền phúc mạc. Tất cả bệnh nhân là nam, tuổi trung bình là 43 (16 – 77), TVB gián tiếp 58 (56,3%), TVB trực tiếp 45 (43,7%), một bên 101 (98,1%), hai bên 2 (1,9%). TVB nguyên phát (98,1%), TVB tái phát 2 (1,9%), Thời gian phẫu thuật trung bình $94,1 \pm 33,4$ phút (30 – 165 phút). Thời gian trung tiện trung bình $2,1 \pm 0,7$ ngày (1 - 3). Thời gian nằm viện trung bình $6,3 \pm 1,5$ ngày (2 - 9). Thời gian theo dõi trung bình 27,6 tháng (1 – 57). Tỷ lệ tái phát: 1%. Tai biến: Thủng phúc mạc 35 (34%). Tổn thương thừng tinh 1 (1%). Biến chứng: tụ dịch bìu (2,9%). Đau kéo dài sau mổ (3,8%). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi đặt lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn là một phẫu thuật hiệu quả an toàn với tỷ lệ tai biến, biến chứng và tái phát thấp.

ABSTRACTS

THE OUTCOME OF LAPAROSCOPIC TOTAL EXTRAPERITONEAL INGUINAL HERNIA REPAIR

OBJECTIVES: To evaluate the outcome of patients undergoing total extraperitoneal inguinal hernia repairs. **Patients and methods:** Prospective study of 103 cases treated by laparoscopic total extraperitoneal inguinal hernia repairs at Chau Doc hospital from 2014 to 2018. **RESULTS:** From 2014 to 2018, there were 103 patients underwent laparoscopic mesh total extraperitoneal inguinal hernia repairs. All of them were male and their average age was 43 (from 16 to 77). Their lesions were: 45 direct (43,7%), 58 indirect (56,3%), 101 (98,1%) with unilateral and two (1,9%) with bilateral inguinal hernias. Primary hernias 101 (98,1%), recurrent hernias two (1,9%), The mean operative time was $94,1 \pm 33,4$ minutes (30 - 165). The mean duration of hospital stay: $6,3 \pm 1,5$ days (2 - 9). The mean follow-up was 27,6 months (from 1 to 57 months). The recurrence rates was 1%. Surgical accidents: Breaches of peritoneum (34%). Spermatic cord injury (1%), Complication: scrotal seromas (2,9%), late pain (3,8%), **CONCLUSIONS:** Laparoscopic total extraperitoneal inguinal hernia repairs is safe and effective with low recurrence rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Thoát vị bẹn là bệnh khá phổ biến tại các bệnh viện, thường gặp ở nam giới với tần suất khoảng 0,13% [Error! Reference source not found.], việc chọn phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn đến nay vẫn còn được các nhà ngoại khoa quan tâm với mục đích

là giảm tỉ lệ tái phát và tai biến, biến chứng sau mổ. Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn và những phương pháp (PP) thường được sử dụng là Shouldice, Bassini, Lichtenstein, phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép. Áp dụng phương pháp mổ nào cho từng nhóm đối tượng bệnh nhân đến nay vẫn chưa có sự thống nhất.

Tại bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang mỗi năm có nhiều bệnh nhân (BN) thoát vị bẹn ở mọi lứa tuổi nhập viện điều trị, phương pháp phẫu thuật thường được chọn đối với bệnh nhân thoát vị bẹn người lớn là phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngã tiền phúc mạc. Do đó nghiên cứu kết quả điều trị, tai biến, biến chứng sau mổ là rất cần thiết. Chúng tôi nghiên cứu (NC) đề tài này với 2 mục tiêu:

- Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng bệnh thoát vị bẹn ở người lớn.
- Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngã tiền phúc mạc điều trị thoát vị bẹn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định thoát vị bẹn và được chỉ định điều trị phẫu thuật phục hồi thành bụng bằng phương pháp nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc.

Bệnh nhân đồng ý phẫu thuật và chấp nhận tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân bị tăng áp lực ổ bụng do xơ gan cổ chướng, u đại tràng gây bán tắc ruột, đang thâm phân phúc mạc, bướng tuyến tiền liệt
- Bệnh nhân có bệnh nội khoa chống chỉ định phẫu thuật và một số bệnh nặng kèm theo như: Basedow chưa ổn định, tiểu đường nặng có biến chứng, đau thắt ngực không ổn định, suy thận, lao phổi tiến triển.
- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật theo phương pháp nghiên cứu sau khi đã giải thích và tư vấn.
- Không theo dõi được BN sau mổ.

2.1.3 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa Ngoại Bệnh Viện Đa Khoa khu vực Tỉnh An Giang.
- Thời gian: Từ năm 2014 đến năm 2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang không nhóm chứng.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi.
- Mảnh ghép Polypropylene kích thước 10x15cm.

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm chung bệnh nhân
- Đặc điểm phẫu thuật.
- Đánh giá kết quả điều trị:

Đánh giá kết quả trong mổ

Đánh giá kết quả sớm

- Đánh giá kết quả xa: tái khám bệnh nhân và gọi điện thoại.

2.2.4. Phương pháp tiến hành:

Kỹ thuật vô cảm: Bệnh nhân được vô cảm bằng gây mê nội khí quản.

Kỹ thuật phẫu thuật:

- Rạch da 10mm dưới rốn, rạch lá trước bao cơ thẳng bụng phía bên thoát vị, vào trocar 10mm (phía sau cơ và phía trước lá sau bao cơ thẳng bụng).
- Bơm khí CO2 tốc độ chậm, áp lực tối đa 12mmHg. Sử dụng kính soi phẫu tích về phía xương mu, phía bên thoát vị.
- Vào tiếp 2 trocar 5mm: đường giữa dưới rốn cách trocar đầu tiên 5 cm.
- Vào tiếp 3 trocar 5mm: đường giữa dưới rốn cách trocar thứ hai 5 cm.
- Phẫu tích bóc lộ dây chằng lược, thành bụng trước, dải chậu mu.
- Túi thoát vị trực tiếp thì đẩy lại vào xoang phúc mạc, túi thoát vị gián tiếp nhỏ thì cắt tròn, túi thoát vị gián tiếp to thì cắt ngang ở lỗ bẹn sâu, để hở đầu xa.
- Phẫu tích phúc mạc ra khỏi bó mạch tinh hoàn, ống dẫn tinh.
- Phẫu tích và lấy đi các búi mỡ tiền phúc mạc ở vùng lỗ cơ lược.
- Mảnh ghép polypropylene, kích thước 10x15cm, đặt vào che phủ toàn bộ lỗ cơ lược, mảnh ghép được để nguyên không cắt lỗ.
- Không cần cố định các mảnh ghép.
- Xả khí CO2 và khâu lại các lỗ trocar.

Thuốc giảm đau sau mổ

Tất cả các bệnh nhân dùng paracetamol 1g truyền tĩnh mạch.

Đánh giá mức độ đau: theo thang điểm VAS.

Theo dõi sau mổ:

- Bệnh nhân được theo dõi sau mổ để đánh giá mức độ đau, thời gian đau, thời gian nằm viện, thời gian trở lại sinh hoạt bình thường và thời gian trở lại làm việc, đánh giá các biến chứng sau mổ như tụ máu, tụ dịch, viêm tinh hoàn, thoát vị tái phát và nhiễm trùng mảnh ghép.
- Bệnh nhân được dặn tái khám sau 2 tuần, 3 tháng và sau 6 tháng để đánh giá biến chứng cũng như tái phát.

2.2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu được xử lý theo phần mềm thống kê SPSS for Window 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 7 năm 2018 có 103 bệnh nhân phẫu thuật điều trị TVB được chúng tôi nghiên cứu theo tiêu chuẩn chọn bệnh.

3.1. Đặc điểm chung:

Bệnh nhân tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi và lớn nhất là 77 tuổi. Tuổi trung bình $43,9 \pm 16,7$. Tất cả BN trong NC đều là nam.

Thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 1 tháng và dài nhất là 648 tháng, trung bình là 23 tháng.

Chỉ số BMI trung bình là $21,2 \pm 2,2$ ($14,1 - 27,3$).

Bảng 3.1 : Chỉ số BMI.

Thể trọng	BN	Tỉ lệ %
Gầy ($\leq 18,49$)	9	8,7
Bình thường ($18,50-24,99$)	89	86,4
Thừa cân ($\geq 25,00$)	5	4,9
Tổng	92	100%

Nhận xét: Bệnh nhân thừa cân chỉ chiếm tỉ lệ 4,9%

Tiền sử: Bệnh lý tim mạch chiếm tỉ lệ 3,9% (4 BN). Lao phổi cũ: 2 BN (1,9%).

Tiền sử phẫu thuật: Tiền sử mổ thoát vị bẹn cùng bên có 02 bệnh nhân (1,9%), cả 2 BN mổ theo phương pháp Bassini, trong đó một BN mổ cách thời điểm NC 20 năm, một BN mổ cách thời điểm nghiên cứu 17 năm, sau mổ 13 năm tái phát.

3.2. Đặc điểm hình thái và phân loại thoát vị:

- Vị trí thoát vị:

Thoát vị bên phải là 60 bệnh nhân (58,3%). Thoát vị bên trái là 41 bệnh nhân (39,8%). Thoát vị hai bên là 2 bệnh nhân (1,9%).

- Phân theo thể thoát vị:

Thoát vị bẹn thể gián tiếp 58 trường hợp (56,3%). Thoát vị bẹn thể trực tiếp 45 trường hợp (43,7%).

- Phân loại theo hình thái lâm sàng:

Thoát vị bẹn nghẹt 1 trường hợp (1%). Thoát vị bẹn không nghẹt 102 trường hợp (99,0%).

- Đường kính túi thoát vị:

Đường kính khối túi thoát vị: $3,9 \pm 1,8$ Cm ($2 - 10$).

3.3. Đặc điểm phẫu thuật:

- Thời gian phẫu thuật:

Thời gian mổ trung bình $94,1 \pm 33,4$ phút. Thời gian mổ ngắn nhất 30 phút, thời gian mổ dài nhất 165 phút.

Bảng 3. 2. Thời gian phẫu thuật trung bình theo thể thoát vị

Thể thoát vị	TG phẫu thuật trung bình (phút)	p-values
Thoát vị bẹn trực tiếp (n = 58)	$92,3 \pm 32,8$	0,53 (t= 0,62)
Thoát vị bẹn gián tiếp (n = 45)	$96,4 \pm 34,4$	

Nhận xét:

Thời gian mổ trung bình đối với thoát vị bẹn gián tiếp $96,4 \pm 34,4$ phút, dài hơn so với thoát vị bẹn trực tiếp $92,3 \pm 32,8$ phút. P= 0,53; t= 0,62)

- Tai biến trong mổ:

Thủng phúc mạc: 35 BN, tỉ lệ 34%.

Tổn thương thừng tinh: 1 BN, tỉ lệ 1%.

Không có BN chuyển mổ mở.

3.4. Kết quả sớm sau mổ:

Thời gian nằm viện trung bình $6,3 \pm 1,5$ ngày (2 - 9 ngày).

Thời gian trung tiện trung bình $2,1 \pm 0,7$ ngày (1 - 3 ngày).

Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình $4,4 \pm 1,3$ ngày (1 - 6 ngày).

Biến chứng sớm sau mổ:

Tụ dịch búi 3 BN (2,9%).

3.5. Đánh giá kết quả xa:

- Thời gian theo dõi trung bình là $27,6 \pm 17,2$ tháng (1 - 57 tháng).

- Biến chứng xa sau mổ: Đau kéo dài sau mổ 4 BN (3,9%).

- Tái phát: 1 BN, tỉ lệ 1%. Đây là bệnh nhân 77 tuổi, chỉ số BMI = 24,9, thoát vị bẹn 2 bên, đường kính túi thoát vị 3 cm, thoát vị bẹn loại trực tiếp. Sau mổ 3 tháng bị tái phát bên phải.

IV. BÀN LUẬN:

4.1. Đặc điểm bệnh nhân:

- Về tuổi, giới :

Qua nghiên cứu 103 trường hợp thoát vị bẹn người lớn được điều trị tại BV ĐKKVAG, kết quả: tuổi trung bình là $43,9 \pm 16,7$. Nhỏ nhất là 16 và lớn nhất là 77 tuổi. Theo nghiên cứu (NC) của Vương Thừa Đức [Error! Reference source not found.] và Nguyễn Phú Hữu [Error! Reference source not found.] cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân thoát vị bẹn lần lượt là $51,6 \pm 19,3$ (20 - 87) và 47 ± 15 (18 - 74). Phần lớn BN ở độ tuổi từ 30 – 60 tuổi (chiếm tỉ lệ 71,8%).

Trong NC này, 103 BN đều là nam, không có BN nữ. Nguyễn Hoàng Bắc [Error! Reference source not found.] nghiên cứu 80 BN có 2 BN nữ (2,5%). TL BN nữ trong NC của Vương Thừa Đức và Sagiroglu [Error! Reference source not found.] là 4,2% 5%.

- Chỉ số BMI:

Trong NC của Lê Phước Thành [Error! Reference source not found.], BN thừa cân (chỉ số BMI ≥ 25) chiếm tỉ lệ 4,9%. Theo Vương Thừa Đức [Error! Reference source not found.] BN thừa cân chiếm tỉ lệ 6,1%. Trong NC này, BN thừa cân chiếm tỉ lệ 7,6%.

- Thời gian mắc bệnh:

Số BN mắc bệnh thoát vị bẹn dưới 1 năm chiếm 68,9 %, điều này chứng tỏ xu hướng của bệnh nhân đến khám bệnh để được điều trị sớm.

- Đường kính túi thoát vị:

NC của Lê Phước Thành [Error! Reference source not found.], đường kính túi thoát vị trung bình là 4,7 cm (2-15 cm), tương đương kết quả NC của chúng tôi: đường kính túi thoát vị trung bình là 3,9 cm, nhưng đường kính túi thoát vị lớn nhất chỉ là 10 cm và 78,2% BN có đường kính túi thoát vị < 5 cm.

- Thoát vị nguyên phát - tái phát:

Theo Nguyễn Hoàng Bắc[Error! Reference source not found.], thoát vị bẹn nguyên phát 88,5%, thoát vị bẹn tái phát 12,5%. Ozmen [Error! Reference source not found.] thoát vị bẹn nguyên phát 93,1%, thoát vị bẹn tái phát 6,9%. Với nghiên cứu này đã cho kết quả: thoát vị bẹn nguyên phát 98,1%, thoát vị bẹn tái phát 1,9%.

- Phân theo thể thoát vị.

Bảng 4.1. Kết quả phân theo thể thoát vị của các tác giả.

Tác giả	Thoát vị gián tiếp	Thoát vị trực tiếp
Nguyễn Phú Hữu [Error! Reference source not found.]	70,2%	29,8%
Vương Thừa Đức [Error! Reference source not found.]	73%	20%
Lê Phước Thành [Error! Reference source not found.]	43,4%	56,6%
Nghiên cứu này	56,3%	43,7%

Với kết quả của các tác giả ở bảng trên phần nào cho thấy nghiên cứu của chúng tôi tương đương với phần lớn NC khác, loại thoát vị gián tiếp nhiều hơn gián tiếp. Tác giả Vương Thừa Đức [Error! Reference source not found.], Reinder [Error! Reference source not found.] ngoài thoát vị gián tiếp, trực tiếp còn có thoát vị hỗn hợp.

- Thoát vị hai bên:

Trong nhiều nghiên cứu, BN thoát vị hai bên chiếm tỉ lệ khá cao, tỉ lệ thoát vị hai bên của Sagiroglu [Error! Reference source not found.] và Oxmen [Error! Reference source not found.] lần lượt là 8% và 46,8%. Nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ này là 1,9%.

4.2. Kết quả điều trị:

- Thời gian phẫu thuật:

Thời gian mổ ngắn nhất 30 phút, thời gian mổ dài nhất 165 phút, thời gian mổ trung bình $94,1 \pm 33,4$ phút. So với các nghiên cứu khác, thời gian mổ của chúng tôi dài hơn. Lateef[Error! Reference source not found.] nghiên cứu 114 BN, thời gian mổ trung bình là 90 phút (60 – 120). Nguyễn Quang Huy[Error! Reference source not found.]: thời gian mổ trung bình 70,7 phút (30 - 250).

- Thời gian sử dụng thuốc giảm đau sau mổ:

Nghiên cứu này, thời gian sử dụng thuốc giảm đau sau mổ trung bình từ $4,2 \pm 1,2$ ngày. Nhiều nghiên cứu ghi nhận PTNS có ưu thế ít đau hơn so với mổ mở.

- Thời gian nằm viện:

Thời gian nằm viện trung bình $6,3 \pm 1,5$ ngày. So với các NC khác thì thời gian nằm viện trong NC chúng tôi dài hơn, do những ca mổ đầu chung tôi cho BN nằm viện lâu để theo dõi sau mổ. BN nằm viện lâu nhất là 9 ngày, sớm nhất là 2 ngày. Ozmen nghiên cứu PTNS 160 BN theo PP TEP, hầu hết BN xuất viện trong ngày, thời gian nằm viện trung bình là $11,0 \pm 6$ giờ.

- Tai biến trong mổ:

Thủng phúc mạc:

Trong NC có 35 BN bị thủng phúc mạc (tỉ lệ 34,0%), vị trí thường bị thủng là nơi bóc tách túi thoát vị ra khỏi thành tinh và mạch máu sinh dục. Hầu hết các trường hợp lỗ thủng không to nên chúng tôi không xử lý gì, thủng phúc mạc chỉ gây ít khó khăn cho chúng tôi khi tiếp tục phẫu thuật. Ozmen[**Error! Reference source not found.**] khuyến nghị phúc mạc thủng thì nên dùng clip bít lại lỗ thủng để phẫu thuật dễ hơn

Tổn thương ống dẫn tinh:

Trong nghiên cứu có 1 BN bị tổn thương ống dẫn tinh, xảy ra trong lúc bóc tách bao thoát vị, ống dẫn tinh bị đứt. Chúng tôi xử trí khâu nối lại ống dẫn tinh qua đường mổ nhỏ vùng lỗ bẹn ngoài, sau đó tiếp tục PTNS đặt mảnh ghép qua ngã tiền phúc mạc.

Theo Cohen [11], tỷ lệ thương tổn ống dẫn tinh trong phẫu thuật nội soi là khoảng 0,04%. Nghiên cứu của Reiner [**Error! Reference source not found.**] tỉ lệ tổn thương ống dẫn tinh là 1,9%.

- Biên chứng sau mổ:

Tụ dịch bìu:

Tụ dịch xảy ra sau khi phẫu tích, đốt điện, dịch tiết này thường sẽ được cơ thể tái hấp thu. Nếu khối tụ dịch nhiều thường tụ lại ở bìu, chúng ta có thể chọc hút dẫn lưu dịch. Nghiên cứu có 3 trường hợp tụ dịch sau mổ chiếm tỷ lệ 2,9%. Biểu hiện trên lâm sàng của tụ dịch là bệnh nhân xuất hiện lại khối phồng tại bìu sau mổ. Theo NC của Neumayer [**Error! Reference source not found.**], Sagioglu [**Error! Reference source not found.**] và Reiner [**Error! Reference source not found.**] tỉ lệ tụ dịch bìu của PP PTNS là 13,6%, 6,6% và 3%.

Đau kéo dài và rối loạn cảm giác vùng bẹn: Nghiên cứu có 4 BN bị đau và tê rối loạn cảm giác vùng bẹn (3,8%). Theo Neumayer[**Error! Reference source not found.**], Ozmen[**Error! Reference source not found.**] và Nguyễn Hoàng Bắc[**Error! Reference source not found.**] tỉ lệ đau mạn tính mổ của PP PTNS đặt mesh tiền phúc mạc là 9,8%, 1,8% và 26,2%. Nhiều tác giả nêu giả thuyết cơn đau mạn tính sau mổ xảy ra do tổn thương thần kinh trong lúc mổ. Các dây thần kinh thường bị tổn thương là nhánh đùi của thần kinh sinh dục đùi và thần kinh bì đùi ngoài. Đặc điểm lâm sàng chính của tổn thương thần kinh sinh dục đùi gồm có đau nhẹ và cảm giác nóng ở vùng bẹn và phần trên đùi.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy hầu hết các bệnh nhân đều đau nhẹ ở ngày hậu phẫu thứ nhất. Mức độ đau này giảm dần theo thời gian.

- Tái phát:

Qua thời gian theo dõi sau mổ trung bình 27 tháng chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp tái phát. Đây là bệnh nhân 77 tuổi, thoát vị bẹn 2 bên, chúng tôi đặt 2 mảnh ghép 10 x 15 cm bên phải và trái, sau mổ 3 tháng bị tái phát bên phải. BN được phẫu thuật lại theo phương pháp Lichtenstein. Trường hợp tái phát này có thể do trong quá trình xả khí mảnh ghép dịch chuyển làm cho vị trí lỗ cơ lược không còn nằm ở trung tâm mảnh ghép mà di chuyển sang rìa mảnh ghép nên sau mổ ít tháng BN bị tái phát.

Theo nhiều tác giả, tái phát có thể do nhiều nguyên nhân:

-Phẫu tích không đủ rộng để đặt mảnh ghép làm cho mảnh ghép bị cuộn lại không che phủ đủ vùng khiếm khuyết.

-Mảnh ghép di chuyển do xả khí CO² quá nhanh.

-Tụ dịch, tụ hơi khoang trước phúc mạc tạo điều kiện cho mảnh ghép dễ di chuyển sau mổ.

-Kích thước mảnh ghép không đủ lớn để che phủ toàn bộ ổ cơ lược. Theo thời gian, mảnh ghép sẽ bị co lại khoảng 20% diện tích khi đặt vào cơ thể. Vì vậy, điều tiên quyết trong phòng chống tái phát là mảnh ghép phải lớn.

Theo Niebuhr [**Error! Reference source not found.**], các yếu tố liên quan đến tái phát bao gồm kích thước mảnh ghép, phương pháp vô cảm gây tê hay mê, có cố định mảnh ghép hay không cố định mảnh ghép, trình độ phẫu thuật viên.

Donmez [**Error! Reference source not found.**] thực hiện nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng giữa 2 nhóm gây tê và gây mê PTNS là đặt mảnh ghép, kết quả không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật, tai biến, biến chứng và tỉ lệ tái phát

Nhiều tác giả nêu lý do tái phát của phương pháp PTNS là do mảnh ghép dịch chuyển, do đó các tác giả đề xuất sử dụng Tack cố định mảnh ghép để hạn chế tái phát. Tuy nhiên, theo Sagioglu [**Error! Reference source not found.**] thì không cần cố định mảnh ghép, chính phúc mạc và thành bụng sẽ ép cố định mảnh ghép, vấn đề chính là bóc tách đủ rộng và đặt mảnh ghép đúng vị trí. Sử dụng Tack cố định mảnh ghép có thể gây nên đau kéo dài sau mổ, kéo dài thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện đồng thời làm tăng chi phí điều trị.

Tỷ lệ tái phát trong phẫu thuật nội soi nhìn chung là dưới 2%. Theo đa số các phẫu thuật viên thì tỷ lệ tái phát sau đặt mảnh ghép thường xảy ra trong năm đầu tiên, càng về sau thì tỷ lệ tái phát càng giảm.

Bảng 4.1. Tỷ lệ tái phát trong phẫu thuật nội soi

Tác giả	Số BN	Thời gian theo dõi	Tỷ lệ tái phát
Nguyễn Quang Huy [Error! Reference source not	69	6 tháng	1,45%
Huỳnh Phú Hữu [Error! Reference source not	80	6 tháng	0%
Sagioglu [Error! Reference source not	60	24 tháng	0%
Chúng tôi	103	27 tháng	1, 00%

So sánh tỉ lệ tái phát giữa PTNS đặt mesh và mổ mở theo PP Lichtenstein:

Waris [**Error! Reference source not found.**] NC 200 BN TVB được PTNS đặt mesh và 200 BN mổ theo PP Lichtenstein, kết quả tỉ lệ tái phát của 2 PP tương đương

nhau dưới 1%, nhưng thời gian nằm viện và thời gian đau sau mổ của PP Lichtenstein dài hơn PP PTNS.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 BN có tiền sử phẫu thuật thoát vị bẹn mổ mở theo phương pháp Bassini bị tái phát, chúng tôi mổ lại theo phương pháp phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc, qua theo dõi đến nay chưa phát hiện tái phát. Những năm gần đây, không những việc điều trị TVB nguyên phát mà cả TVB tái phát đều thay đổi theo hướng dùng mảnh ghép nhân tạo nhiều hơn. Điều này là hợp lý, vì tự thân mảnh ghép có tính chịu lực cao hơn mô tự thân, hơn nữa là BN sau mổ ít đau do vết mổ ít căng. Do sự phát triển của phẫu thuật nội soi, việc đi vào vùng bẹn từ phía sau trong những trường hợp tái phát mà lần trước là mổ mở kiểu kinh điển đã tỏ ra lợi thế nhờ không phải đi qua vùng sẹo cũ, vốn dính nhiều mà việc gỡ dính có thể gây tổn thương các cấu trúc của thừng tinh. Scheuerlein [**Error! Reference source not found.**] khi thực hiện phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cho 154 BN bị TVB tái phát do lần trước mổ mở, ông ghi nhận có 68% bị dính, thời gian mổ trung bình là 59 phút, tai biến biến chứng trong khi mổ là 2,3%, rách phúc mạc 26% nhưng không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, và cũng không ghi nhận tái phát. Từ đó, ông kết luận nên dùng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc đối với TVB tái phát. Nghiên cứu của Vương Thừa Đức [**Error! Reference source not found.**] trên 34 BN TVB tái phát, hầu hết BN trong nghiên cứu được mổ lần đầu bằng một kỹ thuật mổ dùng mô tự thân (chủ yếu là Bassini), ông mổ mở lại dùng mảnh ghép (PP Lichtenstein) trong TVB tái phát đạt kết quả khá tốt với tỷ lệ tái phát 3%. Nhưng có 2 trường hợp TVB tái phát không đặt được mảnh ghép do sẹo cũ quá dính nên phải khâu lại lỗ thoát vị theo kỹ thuật kinh điển. Nhiều tác giả ủng hộ việc dùng mảnh ghép trong điều trị TVB tái phát. Nhưng đặt mảnh ghép theo ngã trước hay ngã sau là tốt nhất. Theo Gianetta [**Error! Reference source not found.**], mổ theo ngã trước nên dùng đối với TVB tái phát mà đã từng được mổ bằng ngã sau hay người đã từng được phẫu thuật làm dính khoang Retzius hoặc ở người già có nguy cơ gây mê cao. Ngược lại, mổ theo ngã sau qua phẫu thuật nội soi nên dành cho TVB tái phát đã được mổ đặt mảnh ghép qua ngã trước (Lichtenstein, Bassini, ...). Trong nghiên cứu có hai BN thoát vị bẹn 2 bên được phẫu thuật đặt mảnh ghép ngã tiền phúc mạc với 2 mảnh ghép rời 10 x 15 cm, sau mổ 3 tháng có 1 BN tái phát. Chúng tôi đã phẫu thuật lại cho BN theo phương pháp mổ mở đặt mảnh ghép (Lichtenstein) BN xuất viện ổn định và theo dõi đến nay không tái phát. Đối với trường hợp tái phát sau mổ nội soi thì việc vào bằng ngã trước là rất dễ dàng như mổ thoát vị bẹn nguyên phát.

V. KẾT LUẬN:

Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn điều trị thoát vị bẹn có tính an toàn và hiệu quả, ít tai biến, biến chứng, tỉ lệ tái phát thấp.

Tài liệu tham khảo:

1. **Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Quan Anh Tuấn, Phạm Minh Hải** (2015), “Kết quả của phẫu thuật nội soi đặt lưới tiền phúc mạc điều trị thoát vị bẹn”. Chuyên đề Ngoại khoa, 19(1), tr. 193 - 198.
2. **Vương Thừa Đức** (2010), “Thoát vị bẹn tái phát: tổn thương và điều trị”. Chuyên đề: Khoa học kỹ thuật bệnh viện Bình Dân, 14(1), tr.610 – 615.
3. **Nguyễn Phú Hữu, Phan Thanh Tuấn, Đỗ Minh Hùng** (2016), “Kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc tại bệnh viện Bình Dân” Chuyên đề: Khoa học kỹ thuật bệnh viện Bình Dân, 20(2), tr.394 – 400.
4. **Nguyễn Quang Huy, Nguyễn Trường Vinh, Nguyễn Đức Thọ** (2016), “Khảo sát kết quả ban đầu điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi ngã tiền phúc mạc tại Bệnh viện Nhân dân 115”. Tạp chí Hội Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam 2016.
5. **Lê Phước Thành** (2010) “Điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật LICHTEINSTEIN tại BVĐKKV Cù lao Minh”. *Hội nghị Khoa học kỹ thuật bệnh viện Chợ Rẫy*, 14(2), tr 109 – 114.
6. **Donmez T., Erdem VM., Sunamak O., et al**, (2016), “laparoscopic total extraperitoneal repair under spinal anesthesia versus general anesthesia: a randomized prospective study”, *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2016,12, PP. 1599–1608.1.
7. **Gianetta E., Stabilini C.** (2005), Recurrent inguinal hernia: what is the best approach?, *Acta BioMed*, 76, Suppl 1: 86.
8. **Lateef AU., Khan AA., Khan SM., et al**, (2016), “ Extraperitoneal (TEP) Repair for Adult Inguinal Hernia”, *APMC*, 10 (3), pp. 162-165.2.
9. **Neumayer L., Giobbie-Hurder A., Jonasson O., et al** (2004), “Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia”, *N Engl J Med*, 350, pp. 1819–1827.
10. **Niebuhr H., Köckerling F.**, (2017), “Risk factors for recurrence in inguinal hernia repair” *Surg Sci*, 2(2), pp. 53–59.3.
11. **Ozmen J., Hons., FRACS., et al.** (2015), “Laparoscopic Totally Extraperitoneal Groin Hernia Repair Using a Self-Gripping Mesh: Clinical Results of 235 Primary and Recurrent Groin Hernias”, *The Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 25 (11), pp.915-919.4.
12. **Reiner M. A., Bresnahan E.R** (2016), “Laparoscopic Total Extraperitoneal Hernia Repair Outcomes in 1240 Cases”, *The Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 20(3), pp. 1-10.5.
13. **SAĞIROĞLU J, ÖZDEMİR T, ATA K T., et al**, (2016) “Laparoscopic Total Extraperitoneal Inguinal Hernia Repair Without Mesh Fixation: Report of Early Outcomes”, *The Journal Kartal TR* , 27(3), pp. 215-219.6.
14. **Scheuerlein H., Schiller A.** (2003), Totally extraperitoneal repair of recurrent inguinal hernia, *Surg Endosc*, Vol 17, Issue 7, pp. 1072-1076.

15. **WARIS A., ABID KJ, ISHAQUE S., ET AL, (2016),**” Totally Extra-Peritoneal (TEP) Versus Tension Free Mesh Repair for Inguinal Hernia”, P J M H S, 10(1), pp.186-189. 8.

**NGHIÊN CỨU THỜI GIAN CỬA BÓNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN
TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN
TẠI BỆNH VIỆN TIM MẠCH AN GIANG**

Huỳnh Quốc Bình, Nguyễn Hữu Nghĩa

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp là một bệnh cấp cứu, là một trong những bệnh gây tử vong hàng đầu. Nên việc xử lý và tái thông động mạch vành cần được tiến hành khẩn trương trong điều kiện cho phép vì “Thời gian là cơ tim, cơ tim là sự sống”. Từ tháng 7/2013 Bệnh viện Tim Mạch An Giang đã triển khai kỹ thuật can thiệp động mạch vành qua da cho những bệnh nhân bị bệnh động mạch vành. Đặc biệt là những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên được can thiệp động mạch vành qua da cấp cứu. Nhưng chưa có công trình nghiên cứu về thời gian cửa-bóng tại địa phương, nhằm tìm hiểu, đánh giá và rút ra được những kinh nghiệm trong can thiệp động mạch vành qua da cấp cứu cho bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, đồng thời đánh giá qui trình tiếp nhận và điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp khi vào cấp cứu thông qua thời gian cửa – bóng, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: “Nghiên cứu thời gian cửa - bóng và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên tại Bệnh viện Tim Mạch An Giang” với các mục tiêu như sau:

1. Tính thời gian cửa - bóng và các khoảng thời gian liên quan ở bệnh nhân

nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên được can thiệp động mạch vành qua da thì đầu.

2. Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian cửa-bóng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (Tiêu chuẩn đồng thuận lần ba (WHO/WHF/ESC/AHA/ACC 2012) vào Bệnh viện Tim Mạch An Giang được chụp và can thiệp động mạch vành qua da cấp cứu trong khoảng thời gian 4/2017- 10/2017.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những người không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Những trường hợp không xác định được thời gian vào viện và bơm bóng.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu

Công thức tính cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$Z^2(1-\alpha/2).p.(1-p)$$

$$n \geq \frac{\quad}{d^2}$$

Tính được $n \geq 63$

Thực tế cỡ mẫu của nghiên cứu này =110

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện tất cả những bệnh nhân trong nghiên cứu được lựa chọn theo trình tự trong khoảng thời gian thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không nằm trong nhóm bị loại khỏi nghiên cứu.

2.3 Nội dung nghiên cứu

2.3.1 Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

- **Giới:** có 2 giá trị nam và nữ.
- **Tuổi:** tính theo dương lịch, phân thành 2 nhóm: < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi
- **Nơi sinh sống:** có 2 giá trị thành thị và nông thôn.

2.3.2 Khảo sát một số yếu tố liên quan thời gian cửa – bóng:

* **Thời gian cửa - bóng:** là khoảng thời gian từ lúc bệnh nhân vào cửa bệnh viện đến khi tái thông động mạch vành bằng nong bóng.

* **Các khoảng thời gian liên quan:** (tính bằng phút)

+ Thời gian làm thủ tục nhập viện: từ lúc vào cửa bệnh viện đến xác

định chẩn đoán (tại khoa Khám bệnh).

+ Thời gian khám và tư vấn chụp mạch vành: từ khoa HSCC (hoặc TMCT) đến lúc gia đình đồng ý can thiệp ĐMV.

+ Thời gian khởi động LAB: Từ lúc xác định phương án can thiệp ĐMV đến lúc đưa BN đến phòng can thiệp.

+ Thời gian Cửa -LAB: từ lúc vào cửa BV đến phòng can thiệp.

+ Thời gian chụp mạch vành: từ chích mạch đến hoàn thành chụp mạch vành.

+ Thời gian thủ thuật: từ chích mạch đến kết thúc thủ thuật.

2.3.3. Thu thập số ngày nằm viện

2.4 Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu

- Mỗi bệnh nhân được hỏi bệnh và thăm khám, dựa vào hồ sơ bệnh án, protocol thủ thuật, ghi nhận vào phiếu thu thập dữ liệu thống nhất. Các phiếu thu thập số liệu được đánh số 1, 2, ...

- Số liệu được lấy theo qui trình thống nhất cho tất cả các đối tượng NC.

- Người thu thập số liệu là các bác sĩ thuộc khoa Tim mạch can thiệp.

2.5 Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

- Kiểm tra từng phiếu thu thập, ghi chép đầy đủ thông tin. Sau khi thu thập, số liệu được mã hóa và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

- Các biến định lượng được trình bày dưới dạng số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, và ước lượng khoảng tin cậy 95% nếu có phân phối chuẩn. Trong trường hợp không có phân phối chuẩn mô tả bằng trung vị (nhỏ nhất-lớn nhất)

- Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %.

- So sánh hai trung bình bằng phép kiểm t-test nếu có phân phối chuẩn.

Các kiểm định có ý nghĩa ở mức $p \leq 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về giới tính

Giới	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	71	64,5
Nữ	39	35,5
Tổng	110	100

3.1.2. Đặc điểm về tuổi và nhóm tuổi

Tuổi TB: $63,8 \pm 12,8$; Nhỏ nhất: 29; Lớn nhất: 90

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi và nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 60	43	39,1
> 60	67	60,9
Tổng	110	100

3.1.3. Đặc điểm yếu tố nguy cơ chính:

Yếu tố nguy cơ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá	56	50,9
Tăng huyết áp	86	78,2
Đái tháo đường	28	25,5

3.2. Các khoảng thời gian

Thời gian	Thời gian TB (phút)	Ngắn nhất (phút)	Dài nhất (phút)
Làm thủ tục NV	$12,8 \pm 4,6$	4	30
Chẩn đoán và tư vấn	$19,1 \pm 13,8$	5	120
Khởi động LAB	$29,9 \pm 12,1$	10	70
Cửa – LAB	$61,3 \pm 19,4$	30	160
Chụp mạch vành	$11,1 \pm 3,5$	5	25
Cửa – Bóng	$89,5 \pm 20$	55	196
Thủ thuật	$47,8 \pm 10,4$	25	90
Nằm viện (ngày)	$5,7 \pm 2,2$	1	21

3.3. Đặc điểm nhóm thời gian Cửa -Bóng

TG Cửa-Bóng (phút)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
< 90	64	58,2
≥ 90	46	41,8

3.4. Một số yếu tố liên quan thời gian Cửa – Bóng:

Yếu tố thời gian	DTB < 90 (phút)	DTB ≥ 90	p
Làm thủ tục NV	11,6 ± 3,3	14,4 ± 5,6	0,001
Chẩn đoán và tư vấn	15,6 ± 5,8	24 ± 19,3	0,001
Khởi động LAB	23 ± 6,3	39,4 ± 11,6	0,0001
Nằm viện (ngày)	5,1 ± 1,6	6,5 ± 2,6	0,001

3.5. Kết cục tại bệnh viện:

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tái thông mạch vành	109	99,1
Tái NMCT	0	0
Tử vong	1	0,9

4. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung:

4.1.1. Đặc điểm về giới tính

Tỷ lệ nam mắc bệnh hơn gần gấp 2 lần nữ. Nam chiếm 64,5%, nữ chiếm 35,5%. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Hòa (2012) ở Bệnh viện đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh [7], nghiên cứu của Phạm Văn Hùng (2013) ở Bệnh viện Đà Nẵng, nghiên cứu của Phạm Hòa Bình (2010) ở Bệnh viện Thống Nhất [1], Nghiên cứu của Nguyễn Lưu Xuân Phương (2010) ở Trung tâm

tim mạch Huế [11], nghiên cứu của King S.B (1998) ở Mỹ [14], nghiên cứu của Grassman (1997) ở Mỹ [13], nghiên cứu của McGrath (1999) ở Mỹ [15].

4.1.2 Đặc điểm về tuổi và nhóm tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 63,8 tuổi (độ lệch chuẩn 12,8). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Lưu Xuân Phương [11], Huỳnh Trung Cang [4], nhưng tuổi trung bình lớn hơn so với các nghiên cứu của Trần Hòa [7], Phạm Văn Hùng [8], Grassman [13]. Độ tuổi nhỏ hơn nghiên cứu của Phạm Hòa Bình (67,9 tuổi $\pm$ 11,6). Có lẽ nghiên cứu của Phạm Hòa Bình ở Bệnh viện Thống Nhất TP Hồ Chí Minh, là nơi chuyên khám bệnh cho cán bộ lớn tuổi và hưu trí.

4.1.3 Đặc điểm các yếu tố nguy cơ tim mạch

Các yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp nhất là tăng huyết áp (78,2%), kế đến là hút thuốc lá (50,9%) và có 25,5% đái tháo đường. Các yếu tố nguy cơ tim mạch trong nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu của Huỳnh Trung Cang [4], tăng huyết áp 80,4%, đái tháo đường 38,8%, hút thuốc lá 68,1% [4].

4.2. Đặc điểm các khoảng thời gian

Thời gian (phút)	NC này		T.C.Dũng	V.T.Nhân	P.H.Bình
	Trung bình	Trung vị (Min;Max)			
Làm thủ tục	12,8 $\pm$ 4,6	10 (4;30)	10 (5;70)		10 (5;90)
Chẩn đoán,TVân	19,1 $\pm$ 13,8	15 (5;120)			
Khởi động LAB	29,9 $\pm$ 12,1	30 (10;70)			
Cửa – LAB	61,3 $\pm$ 19,4	55(30;160)			
Chụp ĐMV	11,1 $\pm$ 3,5	10 (5;25)			
Cửa – Bóng	89,5 $\pm$ 20	85(55;196)	195(85;325)	124(80;190)	120(97;156)
Thủ thuật	47,8 $\pm$ 10,4	45(25;90)	60 (30;165)	40(20;90)	47 (35;92)
Nằm viện (ngày)	5,7 $\pm$ 2,2	5 (1;21)			

- Thời gian làm thủ tục: Tương đương T.C Dũng và P.H.Bình
- Thời gian chẩn đoán và tư vấn (bao gồm thời gian đợi gia đình hội ý): TB 19,1 phút. Tuy nhiên có trường hợp mất thời gian rất lâu đến 120 phút do gia đình người bệnh cân nhắc để quyết định chọn phương án điều trị.
- Thời gian chụp mạch vành và thời gian làm thủ thuật tương đối nhanh với tương ứng TB 11,1 và 47,8 phút. Tương đương P.H.Bình và nhanh hơn T.C.Dũng.
- Thời gian Cửa – Bóng: Đây là thời gian chính, với TB 89,5 phút. Đã đạt được khuyến cáo ESC/AHA và ngắn hơn các tác giả khác. Tuy nhiên có những trường hợp thời gian rất dài đến 196 phút.

- Thời gian thủ thuật 47,8 ($\pm$ 10,4) phút, tương đương với tác giả P.H.Bình và ngắn hơn T.C.Dũng.
- Thời gian nằm viện TB 5,7 ($\pm$ 2,2) ngày, tương đối ngắn đối với bệnh nhân NMCT cấp được can thiệp ĐMV. Tuy nhiên có trường hợp nằm viện rất lâu đến 21 ngày, do nhiều bệnh nền đi kèm.

4.3. Liên quan về số ngày nằm viện giữa hai nhóm DTB:

Có sự khác biệt về số ngày nằm viện giữa hai nhóm có thời gian Cửa - Bóng <90 và $\geq$ 90 phút và sự khác biệt này có ý nghĩa với $p=0.001$.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 110 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên được can thiệp động mạch vành qua da cấp cứu tại Bệnh viện Tim mạch An giang từ 04/2017 – 10/2017, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu: Tuổi TB $63,8 \pm 12,8$, với đa số (60,9%) là bệnh nhân lớn tuổi (>60). Nam giới tỷ lệ nhiều hơn, 64,5% so với 35,5% là nữ. Sống ở vùng nông thôn 72,7% và thành thị chỉ 27,3%.

Đặc điểm yếu tố nguy cơ: Tăng huyết áp tỷ lệ rất cao 78,2%; hút thuốc lá 50,9%; đái tháo đường 25,5%.

Đặc điểm về thời gian: Thời gian Cửa – Bóng TB 89,5 phút; trung vị 85 phút; ngắn nhất 55 phút và kéo dài nhất là 196 phút. Có sự khác biệt giữa hai nhóm có thời gian Cửa -Bóng <90 và $\geq$ 90 phút về thời gian làm thủ tục nhập viện, thời gian chẩn đoán và tư vấn chụp mạch vành, và thời gian nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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”, *tạp chí Y học Tp HCM*, tập 14, phụ bản số 1.
2. Trương Quang Bình (2007), “Kết quả can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện đại học Y dược Tp HCM trong 2 năm (2004-2006)”, *Tạp*

- chí Y học Tp HCM*, tập 11, số 1.
3. Huỳnh Trung Cang (2014), "Kết quả 2 năm can thiệp động mạch vành tại Bệnh viện Kiên Giang", *Hội nghị khoa học tim mạch can thiệp TP. HCM*, tr 2018- 2020.
 4. Huỳnh Trung Cang, Võ Thành Nhân (2010), "Tính hiệu quả và an toàn thủ thuật can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Chợ Rẫy", *tạp chí Y học Tp HCM*, tập 14, phụ sang số 1.
 5. Ngô Quý Châu và cs (2016), *Cẩm nang điều trị nội khoa*, nhà xuất bản Đại học Huế.
 6. Hoàng Quốc Hòa (2015), *Bệnh động mạch vành. Chẩn đoán và điều trị*, Nhà xuất bản Y học.
 7. Trần Hòa, Vũ Hoàng Vũ, Nguyễn Hữu Khoa Nguyên, Trương Quang Bình (2012), "Kết quả can thiệp động mạch vành tiên phát (thì đầu) trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên tại bệnh viện đại học Y được Tp HCM". *Tạp chí Y học Tp HCM*, tập 16, số 1.
 8. Phạm Văn Hùng (2014), "Đánh giá kết quả chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đà Nẵng", *tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, [Internet], [Trích dẫn ngày 19/11/2015].
 9. Khuyến cáo của Hội Tim Mạch Học Việt Nam (2008), "Chẩn đoán, điều trị nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên", *Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch & chuyển hóa*, Nhà xuất bản Y học, tr 394-435.
 10. Võ Thành Nhân (2009), "Điều trị nhồi máu cơ tim cấp", *Điều trị học nội khoa*. Nhà xuất bản y học, tr 73-85.
 11. Nguyễn Lưu Xuân Phương, Nguyễn Cửu Lợi (2011), "Đánh giá hiệu quả can thiệp mạch vành cấp cứu trong nhồi máu cơ tim cấp tại Trung tâm tim mạch Huế", *Hội phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam*, [Internet], [Trích dẫn ngày 19/11/2014], lấy từ URL : http://www.phauthuatim.org.vn/?cat_id=11&id=205
 12. Antman E.M, Anbe D.T, Armstrong P.W, et al (2004), "ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST elevation myocardial infarction, executive summary. A report of the American College of Cardiology American Heart Association Task Force on practice Guidelines", *J Am Coll Cardiol*, 2004 (44), pp e1- e 221.
 13. Grassman E.D, et al (1997), "Predictors of Success and Major Complications for Primary Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty in Acute Myocardial Infarction", *JACC*, Vol 30 (No 1), pp 201-208.
 14. King S.B, et al (1998), "Balloon Angioplasty Versus New Device Intervention: Clinical Outcomes. A Comparison of the NHLBI PTCA and NACI Registries", *JACC*, Vol 31 (No 3), pp 558-566.

15. McGrath P.D, et al (1999), “Changing Outcomes in Percutaneous Coronary Interventions”, *JACC*, Vol 34 (No 3), pp 674-680.
16. Mitchell A.R.J (2008), *Cardiac catheterization and coronary intervention 1st*, Copyright Oxford University Press, pp 106-107.
17. Thygesen K, et al (2012) “Third universal definition of myocardial infarction”, *European Heart Journal* 2012 (33), pp 2551–2567.
18. Walsh R.A, Fang J.C, Fuster V (2013), “*Hurst’s the heart*” 13th edition, Mc Graw Hill, pp 258-269.
19. WHO (2012), Cardiovascular diseases (CVDs), , [Internet], [Trích dẫn ngày 06/09/2016], lấy từ URL:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
20. Windecker S, Kolh P (2014), ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal*.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP THÙNG RUỘT THỪA DO DỊ VẬT

Đặng Thành Tính

TÓM TẮT

Mắc dị vật đường tiêu hóa là bệnh lý thường gặp trong cuộc sống hằng ngày. Tuy nhiên, thùng ruột thừa do dị vật lại là bệnh lý rất hiếm gặp. Chẩn đoán dễ nhầm lẫn với bệnh cảnh của viêm ruột thừa cấp điển hình. Về điều trị, phẫu thuật nội soi lấy dị vật và cắt ruột thừa là lựa chọn tối ưu. Chúng tôi báo cáo một trường hợp thùng ruột thừa do dị vật (tăm tre) mà chúng tôi đã gặp tại Khoa Ngoại - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

ABSTRACT

Foreign bodies in the gastrointestinal tract is a common disease in daily life. However, foreign body induced perforated appendicitis is a very rare disease. Clinical examination suggested classic acute appendicitis. On treatment, laparoscopic appendectomy and removal foreign body, is the optimal choice. In this study, we

discuss one case of appendicular perforation due to toothpick in a young patient at The Surgery department of An Giang Centre General Hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mắc dị vật đường tiêu hóa là một bệnh thường gặp trong cuộc sống hằng ngày, là một bệnh cấp cứu đường tiêu hóa chỉ đứng hàng thứ 2 sau xuất huyết tiêu hóa. Đa số các bệnh nhân bị mắc dị vật (80-90%) có thể tự thoát ra ngoài theo đường tự nhiên mà không cần can thiệp. Khoảng 10-20% các trường hợp chỉ cần can thiệp qua nội soi mà không cần phẫu thuật. Các trường hợp dị vật không tự thoát ra được có thể gây ra các biến chứng tắc nghẽn, tổn thương ống tiêu hóa như loét, xuất huyết tiêu hóa, thủng thực quản, thủng ống tiêu hóa và chỉ khoảng dưới 1% bệnh nhân cần phải phẫu thuật [Error! Reference source not found.]. Các dị vật thường gặp theo thứ tự là: xương cá (78,6%), xương động vật khác (7,1%) và tăm tre (3,6%). Trong các vị trí thủng ống tiêu hóa, ruột non là thường gặp nhất (46,4%), tiếp đến là dạ dày (17,9%) và đại trực tràng (10,6%); còn thủng ruột thừa do dị vật là một bệnh lý rất hiếm gặp [Error! Reference source not found.], theo Rosales Velderrain [Error! Reference source not found.], đây là bệnh lý được mô tả lần cuối cùng tại Mỹ là vào năm 1967. Đây là trường hợp thủng ruột thừa do tăm tre mà chúng tôi gặp tại Khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân TRẦN VĂN V. Nam, 27 tuổi, Dân tộc: Kinh, nghề nghiệp: làm thuê. Nhập viện 15 giờ 35 phút ngày 12/04/2018.

Lý do vào viện: đau bụng vùng hố chậu (P),

Bệnh sử: Bệnh khởi phát cách nhập viện 1 ngày, Bệnh nhân bị đau bụng âm ỉ vùng hố chậu (P), đau liên tục không thành cơn, không lan xuyên. BN không sốt, không nôn ói. BN không tự ý điều trị gì, nhập viện Bệnh viện ĐKTT An Giang.

Tiền sử: a) Bản thân: Viêm dạ dày cấp, đã điều trị.

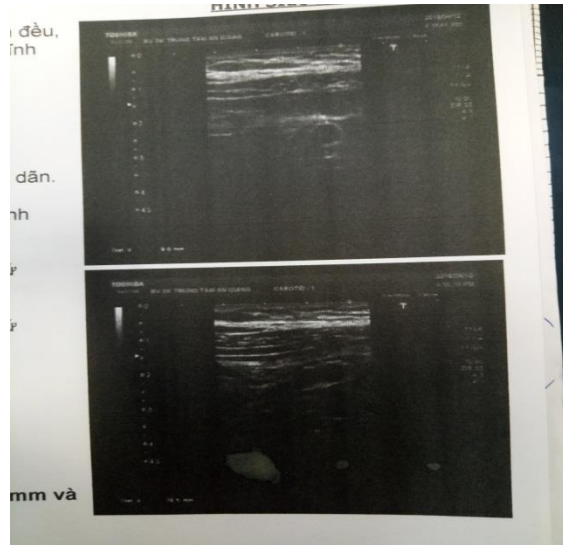
b) Gia đình: không ghi nhận bất thường.

Tình trạng lúc nhập viện: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt. Da niêm hồng, tổng trạng trung bình. Tim đều, tần số: 70 lần/phút, phổi trong. Bụng mềm, ấn đau hố chậu (P). Gan lách không sờ chạm.

Kết quả cận lâm sàng: Công thức máu: bạch cầu 8750/mm³ (Neu 65,2%), hồng cầu 5.340.000/mm³, Hb 17,0 g/dL, tiểu cầu 208.000/mm³. Sinh hóa máu: CRP **10,14mg/dl**, urê: 4,6 mmol/L, creatinin: 109μmol/L, glucose 4,99 mmol/L, Na⁺ 142 mmol/L, K⁺ 3,7 mmol/L, Cl⁻ 101,2 mmol/L, AST 16.1 U/L, ALT 20.0 U/L.

Siêu âm bụng tổng quát: hố chậu (P) có hình ngón tay 30mm, hình bia 9 mm.

Kết
luận
:
The
o
dôi
Viê
m
ruột
thừa.



X-quang ngực: bình thường. X-quang bụng không chuẩn bị: Không ghi nhận hình ảnh bất thường trên phim.

ECG: Nhịp xoang tần số 70 lần / phút.

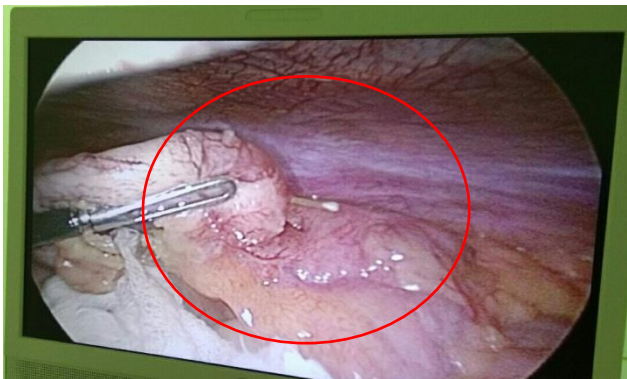
Bệnh nhân đã được chỉ định phẫu thuật cấp cứu lúc 18h15p ngày 12/04/2018 (sau nhập viện 4 giờ) với chẩn đoán trước mổ: **Viêm ruột thừa Ngày 2.**

Phương pháp phẫu thuật: Phẫu thuật nội soi lấy dị vật, cắt ruột thừa.

Tường trình phẫu thuật:

Vào bụng bằng 3 trocar: Trocar 1 (10mm) ở rốn, bơm khí CO₂. Trocar 2 (10mm) ở hố chậu trái, trocar 3 (5mm) ở hạ vị trên xương mu. Vào ổ bụng quan sát: Ruột thừa nằm vị trí hố chậu (P) viêm hoại tử bị dị vật (que tăm tre) đâm xuyên thủng ruột thừa. Ổ bụng: có ít dịch phản ứng ở hố chậu phải, không dịch tiêu hóa. Các cơ quan khác không ghi nhận bất thường.

XỬ TRÍ: Lấy bỏ dị vật qua trocar hố chậu trái. Đốt cắt mạc treo ruột thừa cầm máu. Cột gốc ruột thừa bằng 1 nơ Roeder. Lau bụng sạch. Cắt ruột thừa lấy qua lỗ trocar hố chậu trái. Đóng lại các lỗ trocar.



Chẩn đoán sau mổ: **Viêm ruột thừa hoại tử do dị vật (tăm tre) xuyên thủng ruột thừa.**

Diễn tiến hậu phẫu của bệnh nhân ổn định. Bệnh nhân trung tiện vào ngày hậu phẫu thứ 2, đại tiện ngày HP thứ 3 và xuất viện ngày HP thứ 4.

BÀN LUẬN

Viêm ruột thừa cấp tính là một cấp cứu bụng ngoại khoa gặp nhiều nhất chiếm 60-70% trong tất cả cấp cứu ngoại khoa về bụng. Tuy nhiên, thủng ruột thừa do dị vật

lại là bệnh lý rất ít gặp, theo Joey Chan Yiing [Error! Reference source not found.], đến năm 2016 thì tại khu vực Đông Á cũng chỉ có 2 trường hợp được báo cáo trong y văn. Lý do thủng ruột thừa do dị vật ít gặp đó là vì, đa phần các trường hợp nuốt phải dị vật sẽ được đi dọc theo ống tiêu hóa và theo phân ra ngoài. Chỉ có <1% gây thủng ruột và thường gặp nhất là ruột non và tá tràng (do tá tràng có dạng hình chữ C nên dễ kẹt lại dị vật). Đối với dị vật qua được van hồi manh tràng (valve Bauhin), do khối lượng riêng của dị vật thường nhỏ hơn dịch tiêu hóa nên được nhu động ruột đẩy tiếp đi mà hiếm khi bị kẹt và bị giữ lại trong lòng ruột thừa [Error! Reference source not found.].

Về chẩn đoán, các tác giả [Error! Reference source not found.], [Error! Reference source not found.], [Error! Reference source not found.] đều nhận định, chẩn đoán chính xác thủng ruột thừa trước mổ là rất khó khăn, hầu hết chỉ được xác định trong mổ. Đó là do các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như xquang bụng đứng và siêu âm thường không thấy rõ dị vật. Các biểu hiện lâm sàng thì lại hướng đến một bệnh cảnh kinh điển của viêm ruột thừa cấp, từ đó dẫn đến chẩn đoán thủng ruột thừa trước mổ không được đặt ra. Theo Saunders và cs, có đến 75% trường hợp thủng đường tiêu hóa có chẩn đoán trước mổ là không chính xác [Error! Reference source not found.]. Đối với bệnh nhân của chúng tôi cũng tương tự, kết quả Xquang bụng đứng bình thường, không hơi tự do ổ bụng và cũng không thấy dị vật và kết quả siêu âm cho thấy rõ hình ảnh ruột thừa viêm điển hình. Sau mổ, khai thác thêm về tiền sử, cho thấy BN ăn uống bình thường, không có thói quen nhai hay nuốt que tăm. Tác giả Sunil [Error! Reference source not found.] cho rằng, tiền sử và thói quen ăn uống là không đặc hiệu, vì ít khi BN nhận thức được sự nuốt dị vật khi đang ăn uống, mà dị vật gây ra biến chứng thường do nuốt một cách vô ý [Error! Reference source not found.].

Về vai trò của cận lâm sàng, bạch cầu và CRP tăng giúp xác định tình trạng viêm nhiễm [Error! Reference source not found.]. Xquang bụng đứng không có vai trò đáng tin cậy trong chẩn đoán, vì tăm tre là không cản quang. Ngay cả khi dị vật là

xương cá hay xương động vật có cản quang đủ để thấy được trên phim thì khối lượng lớn mô viêm và dịch tiêu hóa quanh dị vật cũng sẽ làm mờ đi hình ảnh, đặc biệt đối với những BN béo phì [**Error! Reference source not found.**]. Chụp CT-Scan bụng chậu có cản quang có vai trò quan trọng trong xác định dị vật. Các hình ảnh: sự dày lên của thành ruột, dấu thâm nhiễm mỡ, khí khu trú trong ổ bụng; CT-Scan còn giúp thấy được hình ảnh dị vật, đánh giá dị vật xuyên thủng thành ruột cũng như sự xâm nhiễm của mô viêm bao quanh dị vật. Tuy nhiên, đối với dị vật không cản quang hoặc xương cá có độ vôi hóa thấp thì CT sẽ có độ nhạy thấp hơn [**Error! Reference source not found.**].

Về điều trị, mặc dù một số tác giả đề nghị có thể không phẫu thuật (chỉ dùng kháng sinh tĩnh mạch và dẫn lưu dịch ổ bụng qua da). Tuy nhiên, nếu không lấy bỏ được dị vật thì nguồn gốc ổ nhiễm trùng sẽ vẫn còn và từ đó gây ra nhiễm trùng ổ bụng tái phát dù có điều trị nội khoa thành công; do đó phẫu thuật nội soi ổ bụng để chẩn đoán xác định, lấy bỏ dị vật và cắt ruột thừa là phương pháp được đa số chuyên gia lựa chọn. Phẫu thuật nội soi còn giúp thám sát một cách tỉ mỉ toàn bộ ống tiêu hóa, phát hiện nếu có sự dò tiêu hóa hay bất kỳ lỗ thủng nào khác, đồng thời giúp đặt dẫn lưu ổ bụng nếu dị vật gây viêm phúc mạc hay áp xe trong xoang bụng [**Error! Reference source not found.**]. Trên BN của chúng tôi, qua nội soi ổ bụng, đánh giá chỉ có ít dịch khu trú tại hố chậu (P) và không có dịch tiêu hóa, do đó chỉ cần lau bụng sạch và không cần dẫn lưu ổ bụng. BN diễn tiến ổn định và không có bất kỳ biến chứng sau mổ nào.

KẾT LUẬN

Dị vật gây thủng ống tiêu hóa là hiếm gặp và lại càng hiếm hơn nữa trong thủng ruột thừa. Chẩn đoán được thủng ruột thừa do dị vật trước mổ rất khó, do đó chẩn đoán chính xác thường chỉ được xác định trong lúc mổ. Phẫu thuật nội soi là lựa chọn tối ưu, giúp lấy được dị vật, cắt ruột thừa và dẫn lưu ổ bụng khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Luật (2018), “Đánh giá kết quả điều trị biến chứng của dị vật đường tiêu hóa”, *Hội nghị khoa học kỹ thuật lần thứ 35 - Đại học Y dược TP.HCM*.
2. Phạm Văn Năng và cs (2017), “Kết quả điều trị thủng ống tiêu hóa do xương cá”, *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*.
3. Alex Almouadaris (2011), “Fish bone perforation mimicking acute appendicitis”, *Journal of medical cases*, Vol 2, p.296-299.
4. Joey Chan Yiing (2016), “Fishbone Perforated Appendicitis”, *Journal ofRadiology case Reports*, p.14-22.
5. Rosales Velderrain (2016), “Appendiceal Perforation Secondary to Fish Bone Perforation”, *Remedy Publication LLC*, Vol 1, p.1-2.
6. Saunders D (2014), “Fishbone perforation of terminal ileum presenting as acute appendicitis”, *BMJ case reports*. p.1-3.
7. Sunil B (2018), “Appendicular perforation caused by fish bone: A rare case report”, *Medical journal of Dr.D.Y Patil University*, Vol 7, p.764-765.
8. Yanik J (2015), “Fishbone-induced perforated appendicitis”, *BMJ case reports*, p.1-4.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA Ở TRẺ EM BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

Lâm Quốc Thắng

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm ruột thừa là bệnh ngoại khoa thường gặp nhất trong cấp cứu ở người lớn cũng như trẻ em. Phẫu thuật mổ mở cắt ruột thừa đã trở thành quy ước. Tuy nhiên, áp dụng phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em vẫn chưa được thực hiện một cách thường quy. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ 04/2016 đến 6/2017.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang, mô tả, không đối chứng với 52 bệnh nhi viêm phúc mạc ruột thừa được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ 04/2016 đến 06/2017.

Kết quả: Trong 52 bệnh nhi, có 57,7% nam và 42,3% nữ. Tỷ lệ nam/nữ là 1,36. Tuổi trung bình là $7,96 \pm 3,17$ (2-15). Số trocar sử dụng trong mổ là 3 (10-5-5 mm). Áp lực ổ bụng là 10-12mmHg, không có biến chứng tăng CO₂ máu. Thời gian trung bình cho một ca phẫu thuật: $70,67 \pm 16,06$ phút. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $7,79 \pm 1,95$ ngày. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi là 98,07%, chỉ có một bệnh nhân phải chuyển sang mổ mở. Kết quả của phẫu thuật nội soi: loại tốt chiếm tỷ lệ 96,15%, loại trung bình 3,85%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em hoàn toàn an toàn và hiệu quả.

Từ khoá: Phẫu thuật nội soi, viêm phúc mạc ruột thừa.

EVALUATION OF THE RESULTS LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY IN CHILDREN WITH COMPLICATE APPENDECITIS

ABSTRACT

Purpose: Laparoscopic appendectomy (LA) was performed in adult in 1983 by Kurt Semm. The first report of LA in children was by Ure et al in 1991 and become popular now, but LA in children have just applied in Cantho's Children Hospital by 2015. This

study evaluates the outcome of LA in complicate appendicitis from April 2016 to June 2017 in Cantho's Children Hospital.

Material and methods: *We performed a prospective study of 52 children undergoing LA for complicate appendicitis (CA) from April 2016 to June 2017 in Cantho's Children Hospital.*

Results: *The study included 52 patients who underwent LA for CA. Male female ratio was 1.36 (57,7% males and 42,3% females), aged 2 to 15 years (mean $7,96 \pm 3,17$). We used 3 trocars (one trocar 10mm under umbilicus, two trocars 5 mm in the right quadrant and suprapubic). Abdominal pressures changed from 10 to 12mmHg and without complication of increased PCO₂. The mean operating time was $70,67 \pm 16,06$ minutes. Minor post operative complications were 3,85%, 01 case change to open appendectomy. The mean length of hospital stay was $7,79 \pm 1,95$ days.*

Conclusions: *LA is a safe and effective laparoscopic procedure in children with complicate appendicitis.*

Key words: *Laparoscopic appendectomy, complicate appendicitis.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa là bệnh ngoại khoa thường gặp nhất trong cấp cứu ở người lớn cũng như trẻ em và ở cả hai giới. Ở trẻ em, viêm ruột thừa xảy ra ở mọi lứa tuổi và chiếm tỉ lệ 1/3 các bệnh có liên quan đến đau bụng cấp được nhập viện. Từ trước đến nay, phương pháp mổ mở được áp dụng rộng rãi và được mặc nhiên công nhận là phương pháp điều trị thường quy cho bệnh lý viêm ruột thừa. Hiện nay, mổ nội soi cắt ruột thừa đang dần trở nên phổ biến cho các bệnh nhân viêm ruột thừa cấp và viêm phúc mạc ở trẻ em. Tại Cần Thơ một nghiên cứu cắt ruột thừa nội soi điều trị viêm ruột thừa chưa có biến chứng đã được thực hiện năm 2015 và cho kết quả rất khả quan. Tuy nhiên, áp dụng phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em vẫn chưa được thực hiện một cách thường quy và vì thế chưa thể đánh giá hiệu quả và so sánh với các tác giả trong và ngoài nước. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

Mục tiêu nghiên cứu

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.
2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là viêm phúc mạc ruột thừa, tuổi từ 15 trở xuống.

Được gia đình tự nguyện đồng ý mổ nội soi thừa sau khi được giải thích lợi ích của phương pháp phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

Không có tiền sử vết mổ cũ ở vùng bụng.

Không có chống chỉ định thực hiện PTNS trên bệnh nhân.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có biến chứng đám quánh ruột thừa; các chống chỉ định của gây mê, hồi sức và bơm khí CO₂ phúc mạc; các chống chỉ định khác như rối loạn đông máu...

Chẩn đoán sau mổ là các bệnh lý khác ngoài bệnh lý viêm phúc mạc ruột thừa

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang, mô tả, không đối chứng.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

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

Cỡ mẫu tính theo công thức, tối thiểu là 49 bệnh nhân. Chọn tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ. Thời gian lấy mẫu từ tháng 4/2016 đến tháng 6/2017. Thực tế qua thu thập số liệu, mẫu nghiên cứu của chúng tôi là 52 bệnh nhân.

Trang thiết bị phẫu thuật nội soi

Chúng tôi sử dụng bộ PTNS của hãng Olympus.

Kỹ thuật mổ cắt ruột thừa qua nội soi

Rạch da qua rốn dài 1 cm, mở cân cơ, phúc mạc, đặt ống soi 10 mm góc 30°. Vào bụng 03 trocar. Bộc lộ RT, đốt điện mạch máu mạc treo ruột thừa để cầm máu và cắt đốt mạc treo ở phía sát ruột thừa cho tới tận gốc ruột thừa. Cột gốc RT bằng nút Roeder chỉ Vicryl 1-0 sau đó cắt ruột thừa và cho vào bao đựng bệnh phẩm. Rửa ổ bụng bằng NaCl 0,9% đến nước trong, lấy bỏ các giả mạc, đặt dẫn lưu ổ bụng nếu cần. Gửi giải phẫu bệnh mẫu RT.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung: Giới, tuổi.

Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Lâm sàng: yếu tố thời gian có triệu chứng đau bụng đến lúc phẫu thuật, từ khi vào viện cho đến khi được phẫu thuật. Triệu chứng cơ năng: Đau bụng, sốt, nôn, triệu chứng về tiêu hoá. Các triệu chứng thực thể viêm phúc mạc. Cận lâm sàng: Công thức máu, kết quả siêu âm ổ bụng.

Trong lúc phẫu thuật: áp lực bơm hơi ổ bụng. Tình trạng ổ bụng: dịch ổ bụng. Vị trí RT trong ổ bụng. Tình trạng RT. Những khó khăn gặp trong mổ Thời gian mổ: được tính từ lúc bắt đầu rạch da cho đến khi đóng xong các lỗ trocar.

Sau phẫu thuật: thời gian lưu thông tiêu hoá trở lại; tình trạng vết mổ; các biến chứng sau phẫu thuật; thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Chăm sóc và theo dõi hậu phẫu: bồi hoàn nước và điện giải; dùng kháng sinh sau phẫu thuật; giảm đau; thăm khám bệnh nhân hàng ngày cho đến khi ra viện; xuất viện, hẹn bệnh nhân khám lại sau phẫu thuật 1 tháng.

Phương pháp đánh giá kết quả

Tiêu chuẩn thành công của PTNS: cắt được RT và xử lý được gốc RT, lau rửa ổ bụng và dẫn lưu (nếu có), bệnh nhân khỏi bệnh và ra viện. Cắt được RT, bệnh nhân không có các biến chứng như: nhiễm trùng trocar, có ổ đọng dịch trong ổ bụng điều trị nội khoa có kết quả, không phải mổ lại, khỏi và ra viện.

Phẫu thuật nội soi không thành công khi: không thực hiện được việc tìm và cắt RT; phải chuyển sang mổ mở. Có các biến chứng như chảy máu sau mổ, áp xe trong ổ bụng.

Đánh giá kết quả phẫu thuật: Tốt khi bệnh nhân khỏi hoàn toàn không có các biến chứng liên quan tới cuộc mổ như dò chỉ hay nhiễm khuẩn vết mổ, dính và tắc ruột sau mổ, thoát vị lỗ trocar. Trung bình: bệnh nhân có các biến chứng nhẹ do PTNS nhưng điều trị khỏi như dò chỉ, đau vết mổ. Xấu: có biến chứng điều trị không kết quả, phải mổ lại do tắc ruột, do thoát vị lỗ trocar.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: đánh giá kết quả sớm bằng khám hoặc quan sát trực tiếp bệnh nhân trước mổ và sau mổ, ghi chép đầy đủ các thông tin về đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, quá trình mổ, quá trình theo dõi và điều trị sau mổ, theo mẫu phiếu thu thập số liệu. Xử lý kết quả: số liệu được tập hợp và xử lý thông kê trên phần mềm thống kê SPSS 16.0 và bảng tính Excel 2013. Kết quả so sánh khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức trong nghiên cứu: bệnh nhi được gia đình tự nguyện đồng ý tham gia NC.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặt điểm chung

Tuổi: tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu: $7,96 \pm 3,17$ tuổi, có 82,69% bệnh nhân ở độ tuổi từ 5 đến 15 tuổi chiếm phần lớn số trẻ được phẫu thuật nội soi.

Giới tính: trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 30 bệnh nhân là trẻ nam chiếm tỷ lệ 57,69% và 22 bệnh nhân là trẻ nữ chiếm tỷ lệ 42,31%.

Đặc điểm lâm sàng

Điều trị trước khi nhập viện: có 14 bệnh nhân được điều trị trước vào viện (sử dụng kháng sinh, giảm đau hoặc tự uống thuốc không rõ loại ...) chiếm 26,9%, có 27/52 bệnh nhân không có điều trị trước vào viện chiếm 73,1%.

Thời gian có triệu chứng khởi phát đến lúc nhập viện: phân bố bệnh nhân theo thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên (đau bụng, sốt) đến khi nhập viện. Thời gian trung bình từ khi có triệu chứng đau bụng đến lúc nhập viện là $47,06 \pm 31,91$ giờ.

Thời gian nhập viện đến lúc mổ: thời gian trung bình từ khi vào viện đến khi được phẫu thuật là $6,44 \pm 4,89$ giờ, thấp nhất là 2 giờ và cao nhất là 24 giờ. Có 53,85% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được thực hiện phẫu thuật trước 6 giờ từ lúc nhập viện và 46,15% BN được phẫu thuật sau nhập viện từ 6 đến 24 giờ.

Thời gian có triệu chứng khởi phát đến lúc mổ: thời gian trung bình từ khi có triệu chứng khởi phát đến khi được phẫu thuật là $53,50 \pm 31,30$ giờ, sớm nhất là 15 giờ và muộn nhất là 191 giờ.

Triệu chứng cơ năng: tri giác, đau bụng, nôn ói, tiêu chảy, thân nhiệt.

Triệu chứng thực thể

Phản ứng phúc mạc

Đa số bệnh nhân có đề kháng thành bụng và cảm ứng phúc mạc chiếm 96,16%.

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân theo triệu chứng cảm ứng phúc mạc

Phản ứng phúc mạc	n	Tỷ lệ(%)
Không phản ứng thành bụng	2	3,85
Đề kháng thành bụng	44	84,62

Cảm ứng phúc mạc	6	11,54
Tổng cộng	52	100

Đặc điểm cận lâm sàng

Số lượng bạch cầu: có 94,23% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có số lượng bạch cầu tăng cao trên 10.000/mm³. Số lượng bạch cầu trung bình 16.880 ± 4.786 /mm³, nhỏ nhất là 7.500 / mm³ và lớn nhất là 32.300/ mm³.

Bảng 3.12. Tỷ lệ bệnh nhân theo số lượng bạch cầu

Số lượng bạch cầu	n	Tỷ lệ (%)
6.000-10.000/mm ³	3	5,77
>10.000/mm ³	49	94,23
Tổng cộng	52	100

Bạch cầu đa nhân trung tính: tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu Neu > 70% (90,38 %).

Siêu âm: đa số bệnh nhân trên siêu âm có dấu ngón tay chiếm 71,15%, có dấu hình bia chiếm 82,69%, dịch ổ bụng 7,69% các bệnh nhân.

Chẩn đoán sau mổ: chẩn đoán sau mổ chiếm 76,92% là viêm phúc mạc khu trú với 40 bệnh nhân, viêm phúc mạc toàn thể chiếm 8 bệnh nhân (15,38%) và 4 bệnh nhân áp xe ruột thừa (7,69%).

Kết quả điều trị : có 51/52 bệnh nhân được mổ nội soi, chiếm tỷ lệ 98,08%.

Vị trí ruột thừa: Ở hố chậu phải (63,46%), sau manh tràng chiếm 17,31 % và vị trí tiểu khung chiếm 19,23%.

Vị trí tổn thương : hầu hết vị trí thương tổn đều nằm ở đầu ruột thừa (75%), ở thân ruột thừa chiếm 23,08 % và có 01 bệnh nhân tổn thương ở gốc ruột thừa.

Tình trạng gốc ruột thừa: Gốc ruột thừa còn tốt chiếm 98,08% bệnh nhân, chỉ có 1 bệnh nhân gốc ruột thừa thủng, chiếm 1,92%.

Đại thể ruột thừa: Ruột thừa thủng gấp 1,26 lần ruột thừa hoại tử.

Phương pháp cắt ruột thừa: có 48/52 bệnh nhân phẫu thuật cắt ruột thừa xuôi dòng, 4/52 bệnh nhân phải cắt ngược dòng.

Phương pháp xử lý ổ bụng: phương pháp rửa bụng và dẫn lưu chiếm tỷ lệ cao nhất là 63,46%, phương pháp ít sử dụng nhất là lau bụng kèm dẫn lưu chiếm 3,85%.

Phương pháp lấy ruột thừa: sử dụng túi bệnh phẩm để lấy ruột thừa chiếm 75% với 39 bệnh nhân.

Chuyển mổ mở: có 1/52 bệnh nhân chiếm 1,92% phải chuyển mổ mở.

Khó khăn và tai biến trong phẫu thuật

Chảy máu: tỉ lệ bệnh nhân khó kiểm soát chảy máu trong phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa rất thấp, chỉ xảy ra trên 4 bệnh nhân, chiếm 7,69%. Nguyên nhân là do mạc treo ruột thừa mủn nát. Tất cả đều được xử trí ngay trong cuộc mổ.

Thời gian trung bình PTNS cắt ruột thừa: thời gian phẫu thuật trung bình là $70,67 \pm 16,06$ phút. Nhanh nhất là 35 phút và lâu nhất là 100 phút. Không có sự liên quan giữa thời gian phẫu thuật trung bình và vị trí của ruột thừa trong ổ bụng với $p > 0,05$. Có 49 bệnh nhân được phẫu thuật từ 90 phút trở xuống, chiếm tỷ lệ 94,23%.

Thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa sau mổ: thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa trong 24 giờ đầu sau mổ chiếm tỷ lệ thấp (5,77%) và đa số bệnh nhân tái lập lưu thông tiêu hóa sau 24 và 48 giờ. Riêng bệnh nhân mổ mở trung tiện sau mổ là 72 giờ.

Kháng sinh sau mổ: đa số bệnh nhân sau mổ đều phối hợp sử dụng 3 thuốc Cephalosporin3, Metronidazole, Aminoglycoside chiếm 61,54%.

Thời gian đau sau mổ: mức độ đau sau mổ ngày 3 giảm nhiều so với ngày 1 ở cả 3 nhóm bệnh nhân viêm phúc mạc khu trú, viêm phúc mạc toàn thể và áp xe ruột thừa.

Thời gian nằm viện: thời gian nằm viện trung bình $7,79 \pm 1,95$ ngày. Số ngày nằm viện ngắn nhất là 5 ngày, số ngày nằm viện dài nhất là 16 ngày.

Biến chứng sau PTNS cắt RT: biến chứng sớm và nhẹ sau mổ là nhiễm trùng vết mổ, chiếm tỷ lệ 3,85% và đều được điều trị nội khoa.

Theo dõi kết quả xuất viện sau 01 tháng : tại thời điểm sau xuất viện 1 tháng, tất cả bệnh nhi có vết mổ lành sẹo tốt, không có tình trạng đau vết mổ trong sinh hoạt và học tập hàng ngày.

BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng

Thời gian trung bình từ lúc khởi bệnh đến khi được phẫu thuật

Đau bụng chiếm 100% các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phan Xuân Cảnh và cs.

Đặc điểm cận lâm sàng

Bạch cầu: số lượng bạch cầu: Số lượng bạch cầu trung bình là $16880 \pm 4.786 \text{ BC/mm}^3$ (từ 7.500 – 32.300 BC/mm³). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kết quả cao hơn nghiên cứu của Phan Xuân Cảnh và nghiên cứu của Ching-Chung Tsai .

Kết quả của chẩn đoán siêu âm : hiện nay hầu hết các cơ sở y tế đều áp dụng siêu âm như là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh được ưu tiên thực hiện trong chẩn đoán VRT. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được siêu âm trước mổ với tỷ lệ chẩn đoán chính xác so với kết quả giải phẫu bệnh là 82,69%. Kết quả của chúng tôi tương tự so với Trần Công Hoan (80,6%) và tác giả cũng cho rằng xác định dịch ổ bụng chỉ là dấu hiệu phụ, không đặc hiệu do đó khi không xác định được dịch tự do trong ổ bụng ở bệnh nhân theo dõi VRT cần thực hiện lại nhiều lần để tìm các dấu hiệu chắc chắn khác. Tất cả bệnh nhân vào viện đều ghi nhận có dịch ổ bụng trong lúc mổ, chiếm 100%. Tuy nhiên, trên siêu âm chỉ ghi nhận được 4/52 bệnh nhân có dịch ổ bụng.

Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị VPMRT ở trẻ em

Vị trí của ruột thừa: vị trí bất thường của ruột thừa là một trong những nguyên nhân gây khó khăn trong việc chẩn đoán. So sánh vị trí RT với kết quả ở bảng 3 cho thấy thời gian PTNS trung bình ruột thừa ở vị trí sau manh tràng là 78,33 phút so với vị trí bình thường (68,03 phút) hoặc tiểu khung (72,50phút) có dài hơn . Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác.

Xử lý ruột thừa: trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân (52/52) được PTNS với số lượng trocar là 3 : 1 trocar 10 mm đặt ở rốn để cho đèn soi 30° và 2 trocar 5 mm đặt ở hố chậu trái và hạ vị dùng cho kênh thao tác theo tác giả Trần Thanh Trí, Younan Nowzaradan MD và Ciro Esposito. Chúng tôi dùng dao đốt đơn cực để xử lý mạc treo ruột thừa ngược dòng hoặc xuôi dòng tùy theo vị trí của ruột thừa. Gốc ruột thừa được thắt bằng 02 nút chỉ Roeder Vicryl 1-0. Tuy nhiên, có 01 bệnh nhân hoại tử tại gốc ruột thừa, cột không thành công, chúng tôi phải chuyển mổ mở để khâu lại gốc ruột thừa. Trong nghiên cứu chúng tôi 98,08% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được cắt ruột thừa trong ổ bụng và để tránh nhiễm khuẩn, chúng tôi dùng 01 túi đựng bệnh phẩm cho ruột thừa vào và đưa ra khỏi ổ bụng qua ngã trocar rốn 10mm ở cuối cuộc mổ.

Tỉ lệ chuyển mổ mở: húng tôi có 01 bệnh nhân hoại tử sát gốc ruột thừa gây 01 lỗ thủng ở manh tràng (biểu đồ 3.6) gây khó khăn cho khâu qua nội soi nên chúng tôi đã chuyển sang mổ mở để xử lý gốc ruột thừa bằng khâu tăng cường. Tỉ lệ chuyển mổ mở của chúng tôi tương đương với tác giả Ciro Esposito và Phan Xuân Cảnh, ít hơn so với các tác giả Trần Thanh Trí và Trần Ngọc Sơn. Do trong thời gian đầu còn hạn chế về mặt kỹ thuật và kinh nghiệm nên đã phải chuyển mổ mở một trường hợp, chúng tôi tin rằng theo thời gian khi kinh nghiệm tăng lên chúng tôi có thể xử lý những trường hợp tương tự hoàn toàn bằng PTNS. Tuy nhiên, vấn đề cốt lõi là sự an toàn của người bệnh, do vậy không

nên coi chuyển mổ mở là thất bại mà nên coi đó là sự chuyển đổi cách xử lý cho những trường hợp khó.

Thời gian phẫu thuật nội soi: thời gian trung bình để tiến hành phẫu thuật nội soi VPMRT ở trẻ em của chúng tôi là $70,67 \pm 16,06$ phút, nhanh nhất là 35 phút và lâu nhất là 100 phút. Thời gian PTNS trung bình trên bệnh nhân VPMRT của chúng tôi tương đương với Ching-Chung Tsai, Trần Ngọc Sơn, dài hơn so với tác giả Phan Xuân Cảnh nhưng ngắn hơn so với tác giả Trần Thanh Trí và Mohammad Reza Vahdad.

Kết quả theo dõi và điều trị sau phẫu thuật nội soi

Thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa

Thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa trong 24 giờ đầu sau mổ chiếm tỷ lệ thấp (5,77%) và đa số bệnh nhân tái lập lưu thông tiêu hóa sau 24 và 48 giờ. Thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa trung bình là $46,29 \pm 27,5$ giờ. So sánh thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa trung bình với các tác giả khác có cùng thiết kế nghiên cứu tại biểu đồ 4.2, chúng tôi thấy thời gian này tương đương với kết quả tác giả Vũ Trường Nhân (43,2 giờ) và Xiaolin Wang, nhưng sớm hơn tác giả Trần Thanh Trí.

Thời gian bệnh nhân đau sau phẫu thuật nội soi

Trong nghiên cứu này, toàn bộ bệnh nhân được chúng tôi sử dụng Paracetamol truyền tĩnh mạch liều duy nhất sau khi tỉnh hẳn tại phòng hậu phẫu tùy theo cân nặng của trẻ, sau đó chuyển sang đường uống khi bệnh nhân đã có tái lập lưu thông tiêu hóa.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật nội soi

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật được tính từ ngày bệnh nhân được PTNS cho đến ngày bệnh nhân ra viện. Kết quả ở bảng 3.36 cho thấy thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $7,79 \pm 1,95$ ngày, nhóm bệnh nhân được xuất viện sau 5 ngày sau mổ là 2 (3,8%) và 16 ngày sau mổ là 1 (1,9%). Dài hơn so với thời gian nằm viện trung bình của tác giả Trần Ngọc Sơn ($6,1 \pm 2$ ngày), Vũ Trường Nhân và cs ($5,7 \pm 2$ ngày) và tác giả Ciro Esposito (5,2 ngày).

Đau và nhiễm trùng vết mổ trong hậu phẫu, mặc dù chỉ xảy ra trên số ít bệnh nhân, nhưng ảnh hưởng đến thời gian nằm viện cũng như chi phí phẫu thuật VRPMT ở trẻ em.

Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sớm sau PTNS đối với VRT ở trẻ em thường gặp nhất là nhiễm trùng lỗ trocar và áp xe tồn lưu trong ổ bụng và có tỷ lệ thấp hơn so với VRT vỡ. Trong nhóm

nghiên cứu của chúng tôi trên 52 bệnh nhân ở có 2 bệnh nhân nhiễm trùng lỗ trocar chiếm tỷ lệ 3,85% và điều trị nội khoa thành công.

Áp xe tồn lưu sau phẫu thuật: nghiên cứu của chúng tôi chưa gặp bệnh nhân nào, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ, cần nghiên cứu thêm trên cỡ mẫu lớn hơn.

Kết quả theo dõi và đánh giá sau xuất viện

Với tiêu chuẩn được nêu trong phương pháp đánh giá, chúng tôi có 50/52 bệnh nhân có kết quả tốt, chiếm tỷ lệ 96,15% và 2/52 có kết quả trung bình, chiếm tỷ lệ 3,85%. Tất cả 52 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi được tái khám sau 1 tuần và sau 1 tháng xuất viện, đều có kết quả vết mổ lành sẹo tốt, không đau vết mổ.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 52 bệnh nhân được điều trị viêm phúc mạc ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ ngày 01 tháng 04 năm 2016 đến ngày 30 tháng 06 năm 2017, chúng tôi rút ra các kết luận như sau:

1. Nhóm tuổi trên 5 tuổi chiếm hơn 82,69% bệnh nhân, tỷ lệ nam/nữ là 1,36 lần. Đau hố chậu phải và đau khắp bụng chiếm tỷ lệ 98,08%. Đa số bệnh nhân vào viện có sốt chiếm 94,23%. Có 96,16% bệnh nhân có đề kháng và phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải. 94,23% bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng cao trên 10.000/mm³. Số lượng bạch cầu trung bình: 16.880 ± 4.786 /mm³.
2. Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em an toàn và hiệu quả với tỷ lệ biến chứng sau mổ rất thấp: nhiễm trùng vết đặt trocar chiếm 3,85% và đều điều trị nội khoa thành công, không có tai biến trong mổ và không có tử vong trong và sau mổ. Thời gian trung bình cho một ca phẫu thuật: $70,67 \pm 16,06$ phút. Đa số bệnh nhân tái lập lưu thông tiêu hóa sau mổ 24 và 48 giờ, lần lượt là 69,23% và 25%. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $7,79 \pm 1,95$ ngày. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi là 98,07%, chỉ có một bệnh nhân phải chuyển sang mổ mở. Kết quả của phẫu thuật nội soi: loại tốt chiếm tỷ lệ 96,15%, loại trung bình 3,85%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Xuân Cảnh, Phạm Văn Phú và cs (2013), “ Phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa có biến chứng ở trẻ em tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định”, *Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định*, tr. 1-6.
2. Nguyễn Văn Hải (2010), “Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa số 1 tỉnh Lào Cai”, Chuyên đề SDB: Đại hội hội phẫu thuật nội soi Châu Á Thái Bình Dương (ELSA) lần thứ X, 4-5-6(60), tr. 140-144.
3. Vũ Trường Nhân, Trương Anh Mậu (2009), “So sánh kết quả điều trị viêm ruột thừa bằng mổ nội soi và mổ mở tại Bệnh viện Nhi Đồng 2”, *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 13(6), tr. 6-9.

4. Trần Ngọc Sơn, Vũ Mạnh Hoàn, Nguyễn Thanh Liêm, (2011), “Điều trị viêm ruột thừa thủng ở trẻ em : so sánh giữa phẫu thuật nội soi và mổ mở”, Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh, tập 15(3), tr.43-47.
5. Trần Thanh Trí, Trần Quốc Việt (2013), “Kết quả PTNS trong điều trị viêm ruột thừa có biến chứng tại bệnh viện Nhi đồng 2”, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 17(3), tr. 50-60.
6. Trần Văn Tuấn (2015), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả siêu âm trong chẩn đoán và đánh giá kết quả điều trị viêm ruột thừa chưa có biến chứng ở trẻ em bằng phẫu thuật nội soi ”, Luận án Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Cần Thơ, tr.1-80.
7. Akhigbe T. et al (2013), “Open Versus Laparoscopic Appendectomy In Children: A Comparison Of Outcomes”, The Internet Journal of Surgery, 30(3).
8. Ching-Chung Tsai et al (2012), “Laparoscopic versus open appendectomy in the management of all stages of acute appendicitis in children: a retrospective study”, Pediatrics & Neonatology, 53(5), pp. 289-294.
9. Hannan M.J. (2014), “Laparoscopic appendectomy in children: experience in a single centre in chittagong, bangladesh”, Minim Invasive Surg, 2014.
10. Markar S.R. et al (2012), “ Laparoscopic versus open appendectomy for complicated and uncomplicated appendicitis in children”, J Gastrointest Surg, 16(10), pp. 1993-2004.
11. Mohamed Yasser Abdelaty et al (2014), “Laparoscopic versus open appendectomy in children”, Menoufia Medical Journal, 27(2), pp. 244-248.
12. Shun Zhang (2017), “Laparoscopic Appendectomy in Children With Perforated Appendicitis: A Meta-Analysis”, Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2017.

PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC BẰNG GÂN CƠ CHÂN NGỔNG TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG

Nguyễn Kim Quang, Nguyễn Minh Hải, Trần Văn Dũng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả các trường hợp phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng gân cơ chân ngỗng tại bệnh viện ĐKTT An Giang.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Từ Tháng 1/2017 tới tháng 7/2018. Tại Khoa Chấn Thương Chỉnh Hình bệnh viện ĐKTT An Giang, chúng tôi đã phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối qua nội soi cho 36 bệnh nhân, Trong đó tái tạo dây chằng chéo trước đơn thuần 26 trường hợp, tái tạo dây chằng chéo trước kèm cắt lọc sụn chêm 10 trường hợp. Chúng tôi sử dụng mảnh ghép gân cơ chân ngỗng cho tất cả các trường hợp, thời gian theo dõi trung bình là 6 tháng. Kết quả thu được bước đầu 80,55% (29 bệnh nhân) không còn triệu chứng lỏng gối, thang điểm Lysholm trước mổ trung bình là dưới 55 điểm, sau phẫu thuật 6 tháng chỉ số Lysholm tốt > 84 điểm là 77,8%, thang điểm Lysholm trung bình, khá 84 > Lysholm > 65 điểm là 22,2%, không có trường hợp xấu. Tuy nhiên 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 tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân cơ chân ngỗng qua nội soi là phẫu thuật mới, đang áp dụng ở bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang bước đầu đạt được tỉ lệ thành công cao, gân cơ chân ngỗng là mảnh ghép được chọn lựa và trong thực hành lâm sàng tương đối dễ thực hiện.

ABSTRACT:

THE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION WITH THE HAMSTRING TENDON THROUGH ARTHROSCOPY AT GENERAL AN GIANG HOSPITAL

Objectives: To evaluate the outcomes of all cases that are operated the anterior cruciate ligament reconstruction with the Hamstring tendon through arthroscopy at An Giang hospital.

Methods: Prospective observation.

Results: From 01/2017 to 07/2018, we had 36 patients who were operated the anterior cruciate ligament reconstruction through arthroscopy. Twenty six patients only had ACL

rupture and the remains had not only ACL rupture but also meniscal tear. We used Hamstring tendon autograft for all cases. We follow up an average of six months. In consequences, the incidence of a stable knee was best (80,55 %) after 6 months postoperation, preoperative Lysholm score was 55 points and at 6 months. Twenty eight (77,78%) patients are good, moderate in eight cases (22,22%). No patient experienced ankle joint dysfunction or difficulty in sports activities due to Hamstring tendon graft transfer.

Conclusions: *ACL reconstruction with the Hamstring tendon through arthroscopy is a new surgery that is applied at An Giang hospital with the high incidence of success. Hamstring tendon can be an appropriate autograft source for ACL reconstruction.*

Keys word: *the anterior cruciate ligament, the hamstring tendon, arthroscopy of the knee.*

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Một trong các thành phần quan trọng giúp giữ vững khớp gối là dây chằng chéo trước, nó giữ cho mâm chày không dịch chuyển ra trước quá mức khi vận động. Các chấn thương vùng gối gây đứt dây chằng chéo trước làm giới hạn không nhỏ đến sinh hoạt thường ngày, năng suất lao động và thể dục thể thao của bệnh nhân. Đứt dây chằng chéo trước gây lỏng gối khi hoạt động, làm giảm chức năng trụ vững khớp gối, dễ làm tổn thương thứ phát các dây chằng khác, sụn chêm, sụn khớp, làm thúc đẩy nhanh quá trình hư khớp. Do vậy mà việc phẫu thuật tái tạo lại dây chằng chéo trước là cần thiết. Nếu như trước đây bệnh nhân phải chịu đựng một cuộc phẫu thuật nặng nề, đường mổ lớn, đau nhiều sau mổ và nguy cơ nhiễm trùng, cứng gối cao, thì ngày nay nhờ sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật giúp áp dụng phương tiện nội soi vào trong chẩn đoán và điều trị tái tạo dây chằng chéo trước mang lại hiệu quả cao. Phẫu thuật nội soi có đường mổ nhỏ, chẩn đoán và xử trí chính xác các loại tổn thương, giảm thời gian nằm viện, có thể quay lại với công việc sớm hơn so với mổ hở.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước qua nội soi tại Khoa chấn thương chỉnh hình bệnh viện ĐKTT An Giang từ 01/2017 - 07/2018.

Phương pháp nghiên cứu:

+ *Nghiên cứu mô tả cắt ngang.*

+ *Kết quả được xử lý bằng toán thống kê và phần mềm SPSS 16.0*

+ *Các bước tiến hành:*

Bước 1: chẩn đoán

- Triệu chứng cơ năng: bệnh nhân bị đứt dây chằng chéo thường đến khám với than phiền đau khớp gối, đi lại không tự tin hay bị sạm chân, đi lên hay xuống cầu thang khó khăn.

- Triệu chứng thực thể: so sánh với chân bên lành.

- **Teo cơ đùi:** đo vòng chi và so sánh với chi bên lành.
- **Test Lachman (+):** đánh giá mức độ di lệch của mâm chày ra trước so với lồi cầu đùi. Độ 1 di chuyển mâm chày ra trước 5mm, độ 2 từ 6 – 10mm, độ 3 trên 10mm.
- **Test ngăn kéo trước (+), ngăn kéo sau (-).**
- **Test valgus, varus (-):** đánh giá tổn thương dây chằng bên trong và bên ngoài.
- **Test Macmurray:** đánh giá tổn thương sụn chêm.
- **Cận lâm sàng:**

- X- quang thường quy: loại trừ khả năng gãy xương mâm chày, lồi cầu đùi; phát hiện những gãy bong chỗ bám dây chằng chéo trước và sau khớp gối.
- MRI: xác định sự liên tục hay gián đoạn của dây chằng chéo để góp phần vào việc chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước và chẩn đoán các tổn thương đi kèm như sụn chêm, dây chằng bên trong, bên ngoài...

Chỉ định phẫu thuật: Bệnh nhân đã được chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước qua khám lâm sàng và qua hình ảnh MRI, mà có kèm theo 1 trong các yếu tố sau:

- Bệnh nhân bị mất vững khớp gối.
- Đứt dây chằng chéo trước đơn thuần hoặc kèm tổn thương sụn chêm
- Bệnh nhân có cuộc sống năng động.
- Chơi lại môn thể thao yêu thích.
- ❖ Đánh giá bệnh nhân trước mổ theo thang điểm Lysholm.

Bước 2: Kỹ thuật phẫu thuật

- Đặt garô đùi với áp lực tương đương: huyết áp tâm thu + 100 đến 150 mmHg trong thời gian tối đa 2 giờ.

Vào gối bằng hai lỗ Trocar trước dưới ngoài và trong: Thăm sát khớp gối qua nội soi để xác định chẩn đoán.

Xử trí các tổn thương đi kèm như cắt lọc sụn chêm, khâu sụn chêm...

Lấy mảnh ghép gân cơ chân ngỗng: chúng tôi rạch một đường dọc phía trước trong lồi củ chày dài khoảng 04 cm, bóc lộ gân cơ bán gân và gân cơ thon, tiến hành lấy gân, đo kích thước mảnh ghép và chuẩn bị mảnh ghép.

- Tạo đường hầm lồi cầu xương đùi trước.
- Tạo đường hầm mâm chày sau.

- Kéo mảnh ghép vào trong gối cố định vào đường hầm đùi (bằng retro button hay XO)
- Cố định mảnh ghép ở đường hầm mâm chày bằng ốc tự tiêu với kích thước lớn hơn đường kính khoan 1 số.
- Kiểm tra gấp duỗi gối, các test.
- Đặt dẫn lưu kín, xả garô.
- Băng thun từ bàn chân lên qua vị trí đặt garô, nẹp giữ gối duỗi.

Bước 3: Phục hồi chức năng.

- Ngày đầu sau mổ tập gồng cơ tứ đầu, cử động bàn và các ngón chân.
- Ngày thứ hai sau mổ: rút dẫn lưu, tập gấp duỗi gối trong khả năng, đi lại bằng hai nạng không chống chân đau.
- Tiếp tục tập gồng cơ tứ đầu, gấp duỗi gối, cử động bàn chân, đi hai nạng không chống chân đau đến 4 tuần. Khi đi mang nẹp duỗi gối.
- Sau đó đi hai nạng chống nhẹ chân đau đến hết tuần thứ 6, bỏ nạng tập dáng đi bình thường. Tập mạnh cơ tứ đầu đùi, đạp xe đạp không cản lực.
- Tiếp tục tập mạnh cơ tứ đầu đùi bằng đá tạ tăng dần từ 1 đến 2 kg. tập đạp xe đạp có kháng lực thấp.
- 06 tháng sau mổ có thể trở lại sinh hoạt bình thường và chơi lại thể thao.
- ❖ Tái khám đánh giá khớp gối bằng thang điểm Lysholm sau 03 tháng và 06 tháng.
- ❖ Tổng kết số liệu, so sánh thang điểm Lysholm trước mổ và sau mổ.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:

1. Dịch tễ học:

Từ tháng 01/2017 đến 07/2018 chúng tôi đã phẫu thuật 36 ca phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối qua nội soi. Nam chiếm 25 trường hợp chiếm 69,44 %, nữ là 11 trường hợp chiếm 30,56 %. Tuổi nhỏ nhất là 19, tuổi lớn nhất là 54, trung bình là 34 tuổi, đa số bệnh nhân ở lứa tuổi lao động, hoạt động cần đi lại nhiều.

Tỷ lệ tổn thương gối P và T tương đương.

2. Tỷ lệ bệnh:

Bảng 1:

	<i>Đứt dây chằng chéo trước đơn thuần</i>	<i>Đứt dây chằng chéo trước có tổn thương sụn chêm</i>
N	28	8
Tỷ lệ	77,78%	22,22%

3. Nguyên nhân:

Bảng 2:

<i>Nguyên nhân</i>	<i>Tai nạn giao thông</i>	<i>Tai nạn thể thao</i>	<i>Tai nạn sinh hoạt</i>
Số lượng bệnh	19	4	13
Tỷ lệ	52,77%	11,11%	36,12%

4. Xử lý các tổn thương:

36 ca tái tạo dây chằng chéo trước trong đó có 28 ca tái tạo dây chằng chéo trước đơn thuần, 8 ca tái tạo dây chằng chéo trước và cắt lọc sụn chêm bị rách,

5. Mảnh ghép và phương pháp cố định trong tái tạo dây chằng chéo:

Chúng tôi sử dụng mảnh ghép gân cơ chân ngỗng cho tất cả các trường hợp và cố định mảnh ghép ở lõi cầu đùi bằng Retro Button hoặc XO Button.

6. Kết quả đánh giá theo Lysholm:

Điểm Lysholm trung bình trước mổ là 55 điểm, Kết quả sau mổ 6 tháng là tốt 28 ca (77,78%), kết quả trung bình 08 ca (22,22%).

7. Biến chứng:

- Trước phẫu thuật đa số các trường hợp có teo cơ tứ đầu, đều phục hồi dần sau phẫu thuật.
- Trong lúc phẫu thuật: có 01 trường hợp phải xả garô do cuộc mổ kéo dài.
- Sau phẫu thuật:
 - + 01 trường hợp vết thương vùng mắt trong mâm chày nơi tạo đường hầm mâm chày bị rỉ dịch, vết thương ổn định sau hai tuần.
 - 05 trường hợp bị hạn chế vận động gối và được phục hồi sau 03 tháng tập vật lý trị liệu.

BÀN LUẬN:

- Phẫu thuật nội soi khớp là phẫu thuật xâm lấn tối thiểu giúp nhìn rõ được tất cả các cấu trúc trong khớp mà 1 phẫu thuật mở không thể thực hiện được.
- Đứt dây chằng chéo trước rất thường gặp trong thể thao và trong tai nạn giao thông, do đó nhu cầu phẫu thuật tái tạo ngày càng nhiều. Nên việc phát triển nội soi là việc rất cần làm trong khoa Chấn Thương Chỉnh Hình của các bệnh viện. Mảnh ghép gân cơ chân ngỗng tương đối dễ thực hiện thuận lợi cho phẫu thuật viên khi mới bắt đầu thực hiện phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước.

- Với kết quả đánh giá bước đầu, kỹ thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang khá tốt.

- Ngay sau mổ không còn dấu hiệu lỏng khớp gối đạt 100%.
 - Đánh giá chức năng theo thang điểm Lysholm tăng đáng kể so với trước mổ. Kết quả tốt là 77,78 %.
 - Đa số bệnh nhân có thể trở lại sinh hoạt, công việc, thể thao bình thường sau 6 tháng.
- So với các tác giả khác:

Tác giả	Tổng số ca nghiên cứu	Kết quả tốt
Nguyễn Vĩnh Thống và cs	89	87.6%
Trương Trí Hữu	115	87,9%
Đặng Hồng Anh	46	92%
Nguyễn Thi Sơn	67	88,1%

KẾT LUẬN:

Phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước qua nội soi là một phẫu thuật mới, đang được áp dụng tại Bệnh viện Đa Khoa An Giang với tỉ lệ thành công khá cao.

Mảnh ghép gân cơ chân ngỗng là một lựa chọn cho phẫu thuật viên trong phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo khớp gối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Mark D.Miller, Brian J Cole; 2004 associate editors, Steven B.Cohen, Junaid A.Makda.1st ed, Arthroscopy of the knee, Textbook of arthroscopy, WE 304 T355, pp 461 – 668.
2. Jon C Thompson MD, 2001 Knee joints, chapter 8, Netter's Concise Atlas of Orthopaedic Anatomy, 1st ed.
3. S.Terry Canale; associate editors, Kay Daugherty, Linda Jones, Barry Burns, 2003 General principles of Arthroscopy, chapter 47, Campbell's Operative Orthopaedics, 10th.
4. Steven H. Stern, MD, 2001 Anterior Cruciate Ligament Surgery, Key Techniques in Orthopaedic Surgery, WE 168 K44,, pp 174 – 181.
5. Servet KerİmoGlu, Osman Aynacı, Metehan SaraCoğlu, Hafız Aydın, Ahmet Ugur Turhan, 2008 Anterior cruciate ligament reconstruction with the peroneus longus tendon, Karadeniz Technical University Faculty of Medicine Department of Orthopaedics and Traumatology, Acta Orthop Traumatol Turc 42 (1):38-43.
6. S.Brent Brotzman, Kevin E. Wilk, 2007 Rehabilitation after knee arthroscopy, chapter 4, Handbook of Orthopaedic Rehabilitation.
7. Đỗ Phước Hùng và cs, gân cơ mác dài: một lựa chọn thay thế mảnh ghép trong tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối, Y học thực hành số 620+621, trang 215-218.
8. Nguyễn Văn Quang, 1997 Khám lâm sàng khớp gối, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, trang 11 – 31.
9. Nguyễn Trọng Anh, 2008 kỹ thuật mổ nội soi cắt 1 phần sụn chêm gối, Đăng trên trang Web Hội Y Học thể dục thể thao TP.HCM.
10. Nguyễn Vĩnh Thống và cs, 2008 Tình hình phẫu thuật nội soi khớp gối tại khoa chấn thương chỉnh hình Bệnh viện chợ rẫy (1/2007 - 6/2008), Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 12, Chuyên Đề Ngoại Chuyên Ngành – Xương Khớp, trang 79 – 84.
11. Phạm Chí Lăng 2002 " Tái tạo dây chằng chéo trước qua nội soi bằng mảnh ghép tự thân, tự do, lấy từ 1/3 giữa gân bánh chè", Luận Văn Tốt Nghiệp Cao Học Chấn Thương Chỉnh Hình. Trường Đại Học Y Dược TP.HCM.
12. Trương Trí Hữu, 2005 “Tái tạo dây chằng chéo trước bằng mảnh ghép bốn dải gân cơ thon – cơ bán gân qua nội soi”, Luận văn tốt nghiệp CK II Chấn Thương Chỉnh Hình, Trường Đại Học Y Dược TP.HCM.

ỨNG DỤNG LEAN TRONG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TAT XÉT NGHIỆM

Phạm Ngọc Dũng, Nguyễn Thị Minh Hiếu và CS Khoa xét nghiệm

Tóm tắt

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định thời gian TAT (Turnaround time) trong qui trình xét nghiệm ngoại trú và cấp cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Khoa Khám bệnh trước Lean: TAT là 154 phút và sau Lean 97 phút hiệu suất 95%, cấp Sigma 3.14, mức cạnh tranh loại trung bình, cải thiện có ý nghĩa với $p < 0.005$. Khoa Cấp cứu trước lean: TAT là 160 phút và sau Lean 99 phút hiệu suất 95%, cấp Sigma 3.14, mức cạnh tranh loại trung bình, cải thiện có ý nghĩa với $p < 0.005$. An toàn người bệnh thật sự cải thiện cảm giác và xuất huyết sau chích tĩnh mạch không còn độ 3 và độ 4; tỉ lệ mẫu tiêu huyết giảm còn 4% Khoa cấp cứu và 0,5% Khoa khám bệnh. **Kết luận:** TAT của Khoa khám bệnh 97 phút, khoa cấp cứu 99 phút giảm đáng kể thời gian chờ, chích máu đau, xuất huyết giảm, bệnh nhân thấy hài lòng, yên tâm, tin tưởng hơn khi đến bệnh viện.

ABSTRACTS: LEAN APPLICATION IN MANAGEMENT QUALITY TAT LABORATORY

Objective: Determine turnaround time (TAT) in outpatient and emergency procedures. **Methods:** Pre- Post intervention. **Results:** Medical examination, Pre-Lean: TAT was 154 minutes and after Lean 97% efficiency, Sigma 3.14 level, moderate competition, significant improvement with $p < 0.005$. Emergency department, pre-Lean: TAT is 160 minutes and after Lean 99% 95% efficiency, Sigma 3.14 level, moderate competition level, significantly improved with $p < 0.005$. Patient safety really improved pain, bleeding after intravenous injection is not level 3 and level 4; the rate of blood samples decreased to 4% in the Department of Emergency and 0.5% in the Department of Ambulatory. **Conclusions:** TAT of the 97-minute Department of Ambulatory, Department of Emergency 99 minutes significantly reduced waiting time, blood prickle pain, hemorrhage reduction, patients feel satisfied, peace of mind, more confident when coming to the hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Những thách thức trong việc chăm sóc sức khỏe cho nhân dân hiện nay đang có xu hướng gia tăng, bệnh viện và các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế luôn phải đối mặt với những nhu cầu ngày cao. Tình trạng thiếu hụt nhân viên y tế và áp lực lớn trong việc giảm chi phí, bên cạnh việc nâng cao chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của bệnh nhân về quá trình phục vụ, an toàn và hiệu quả điều trị. Cải thiện tình hình dịch vụ y tế tại các Bệnh viện đang là mối quan tâm hàng đầu của các nhà quản lý [1]. Từ đó nhiều nhà cung cấp dịch vụ y tế trên thế giới đã bắt đầu chuyển sang hướng tư duy tinh gọn (Lean) để tạo những lợi thế trong việc cải thiện hiệu quả hoạt động [1,2,3,4]. Ở Việt Nam đang có nhiều tổ chức tập huấn hướng dẫn ứng dụng Lean vào hoạt động nâng cao chất lượng tại các bệnh viện, nhưng còn trong quá trình thử nghiệm. Ngày 6 và 7 tháng 03 năm 2018 Bệnh viện đa khoa TT An Giang phối hợp bệnh viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh tổ chức tập huấn ứng dụng Lean trong Quản lý chất lượng xét nghiệm theo chương trình của WHO cho CBVC Khoa xét nghiệm [3,4].

II. TỔNG QUAN LEAN

Sự kết hợp giữa tư duy Lean và cách tiếp cận Six Sigma [1,2, 4, 5,6,8]:

- LEAN Cải tiến công việc trong dòng giá trị và loại bỏ lãng phí.
- Six Sigma: Loại bỏ các lỗi và giảm biến đổi trong các quá trình xử lý dựa trên DMAIC bao gồm 5 giai đoạn theo trình tự: Define (Xác định), Measure (Đo lường), Analysis (Phân tích), Improve (Cải tiến) và cuối cùng là Control (Kiểm soát) [3].
- Các cấp độ hiệu suất Sigma [3]

Cấp Sigma	% Sản lượng	Số lỗi/ 1 triệu sản phẩm	Cấp độ cạnh tranh
1	31	691.462	Không cạnh tranh
2	69	308,538	
3	93,3	66,807	Trung bình
4	99,38	6,210	
5	99,97	233	Đẳng cấp thế giới
6	99,99	3,4	

Cách tính (Excell) tính điểm Sigma dựa năng suất % :

- Nếu sản lượng > 50%: Sigma level: $1.5 + ABS(Normsinv(1-Yield\%))$
- Nếu sản lượng < 50%: Sigma level: $1.5 - ABS(Normsinv(1-Yield\%))$

Từ cấp độ Sigma nếu sai sót 1% thì ước tính trên thế giới sẽ thiệt hại, ví dụ tại Pháp tỷ lệ sai sót **1%** có nghĩa là mỗi ngày có:

- 14 phút không có nước hoặc điện
- 50,000 kiện hàng bị thất lạc do dịch vụ bưu điện
- 22 trẻ sơ sinh bị rơi từ tay nữ hộ sinh (bà đỡ)
- 600,000 bữa trưa nhiễm khuẩn
- 03 chuyến máy bay hạ cánh không tốt tại sân bay Orly Paris

Trong xét nghiệm thì những sai sót thường xảy ra ở các giai đoạn sau đây:

- Quy trình trước xét nghiệm: bao gồm công tác thực hiện chỉ định xét nghiệm không rõ ràng, lấy mẫu xét nghiệm sai bệnh nhân, sai thời điểm, vận chuyển bảo quản không đúng, mẫu tiêu huyết...
- Quy trình xét nghiệm: Máy không kiểm định, nội kiểm, ngoại kiểm, thực hiện thiếu test, thừa test (Bs không chỉ định), thuốc thử kém chất lượng (hết hạn sử dụng..), con người (Không nắm vững quy trình kỹ thuật ...), nguồn nước, nguồn điện, nhiệt độ phòng...
- Quy trình sau xét nghiệm: Ghi chép kết quả sai, trả kết quả không đúng bệnh nhân, không kịp thời (Trường hợp cấp cứu ảnh hưởng sống còn bệnh nhân), quản lý các chất thải sau xét nghiệm (hóa chất, bệnh phẩm...).

Trong tổng thể to lớn của bệnh viện chúng tôi thử áp dụng Lean vào 1 phần nhỏ trong Bệnh viện giảm thời gian chờ xét nghiệm (TAT) tại khoa Xét nghiệm bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

III. MỤC TIÊU ĐỀ TÀI:

1. Mục tiêu tổng quát:

Nghiên cứu phương pháp Lean-Six Sigma áp dụng phương pháp này để tìm giá trị gây lãng phí, sai sót thường xảy ra trong qui trình xét nghiệm tại Khoa Xét nghiệm Bệnh viện ĐKTT An Giang.

2. Mục tiêu chuyên biệt.

- Xác định thời gian TAT (Turnaround time) trong qui trình xét nghiệm ngoại trú và cấp cứu.
- Xác định những sai sót thường xảy ra trong quá trình xét nghiệm.

IV. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang (quan sát thực tế, thu thập số liệu, phân tích, can thiệp, so sánh trước và sau can thiệp, xử lý số liệu thống kê SPSS V.22).

2. Cỡ mẫu: 300, lấy mẫu buổi sáng, mỗi ngày 30 mẫu, liên tục 10 ngày, trước và sau can thiệp

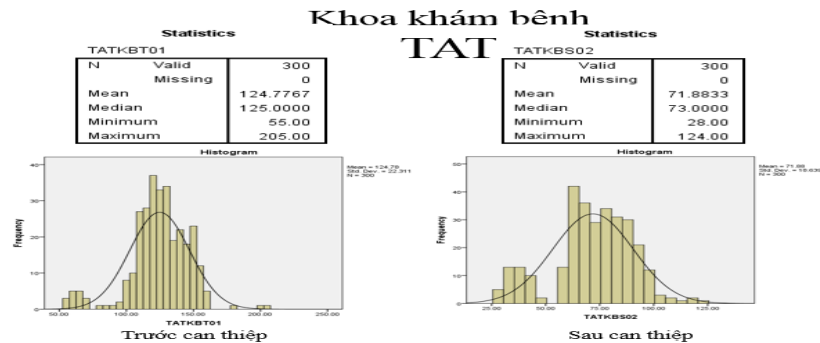
3. Đối tượng nghiên cứu: mẫu Khoa cấp cứu và ngoại trú

4. Đo lường các biến: (Định nghĩa)

- TAT (Turnaround time) là thời gian quay vòng trở lại: Từ khi nhận phiếu chỉ định và mẫu đến khi in kết quả xét nghiệm.
- Tiền phân tích: là thời gian từ khi nhận phiếu chỉ định và mẫu bệnh phẩm đến khi chuẩn bị cho vào máy thực hiện phân tích.
- Phân tích là thời gian từ khi cho vào máy đến khi có kết quả.
- Hậu phân tích là từ khi có kết quả đến khi in kết quả.
- Theo cam kết của chính sách chất lượng Khoa xét nghiệm: TAT: Huyết học 60 phút, hóa sinh 90 phút, miễn dịch 120 phút.
- Định nghĩa cảm giác **đau** khi chích máu tĩnh mạch: chia 4 mức độ: 1: rất ít đau (thích được KTV này chích máu); Độ 2: đau vừa; Độ 3 đau nhiều mà chịu được, Độ 4: Đau rất nhiều (lần sau không muốn người KTV này tiêm nữa).
- Định nghĩa tai biến **xuất huyết** sau chích máu tĩnh mạch: Độ 1: không xuất huyết; Độ 2: vết bầm chỗ lấy máu #1cm; Độ 3: vết bầm chỗ lấy máu # 2cm; Độ 4: chảy máu.

V. KẾT QUẢ

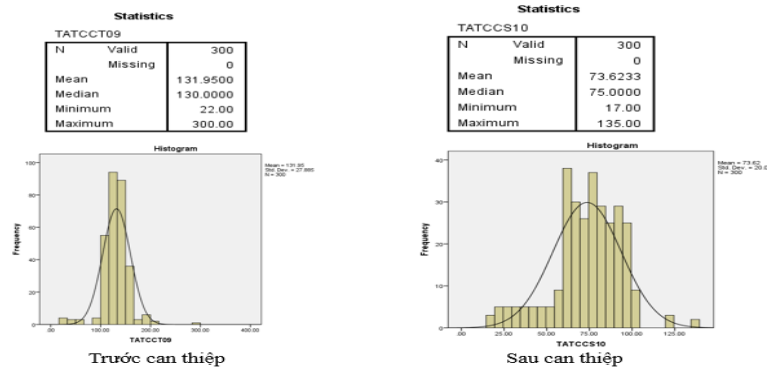
1. Khoa Khám bệnh:



Nhận xét: Theo cam kết TAT Khoa xét nghiệm là 120 phút, nếu tính trung bình 72 phút thì đạt cam kết, nhưng còn một số bệnh nhân chờ lâu hơn 2 giờ mới có kết quả xét nghiệm, nếu lấy ở phút 97 thì hiệu suất chỉ đạt 95%, cấp Sigma 3.14, mức cạnh tranh loại trung bình.

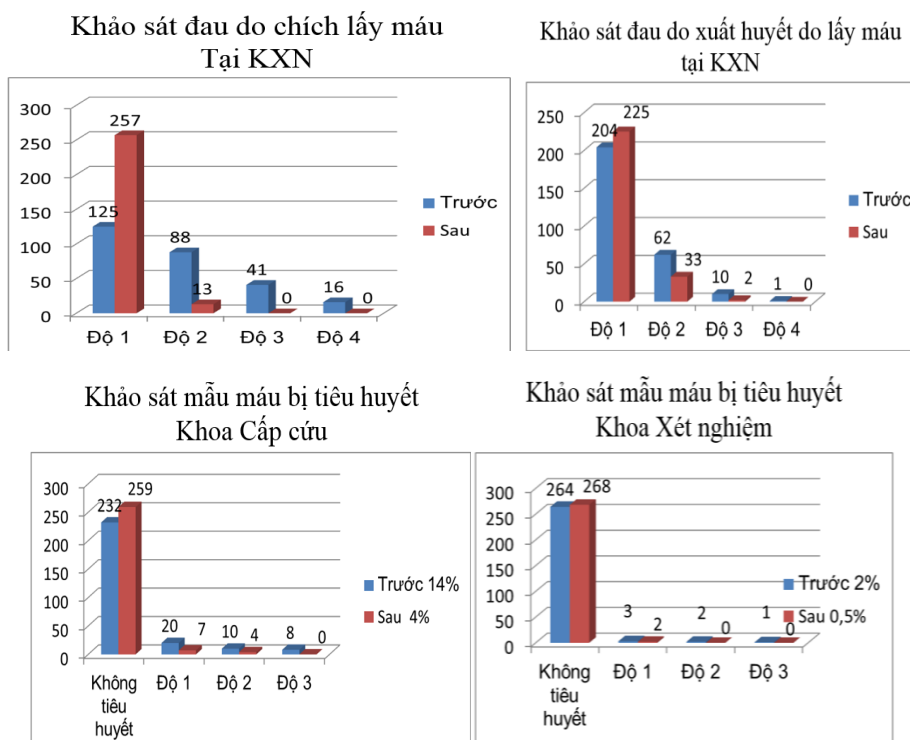
2. Khoa cấp cứu

Khoa cấp cứu-TAT



Nhận xét: Theo cam kết TAT Khoa xét nghiệm là 2 giờ, nếu tính trung bình 74 phút thì đạt cam kết, nhưng còn một số bệnh nhân chờ lâu hơn 2 giờ mới có kết quả xét nghiệm, vì ở phút 99 thì hiệu suất chỉ đạt 95%, cấp Sigma 3.14, mức cạnh tranh loại trung bình.

3. An toàn bệnh nhân



- Khảo sát đau do chích lấy máu sau tập huấn: Tổng số 270 bệnh nhân: đau nhẹ 257; đau vừa 13; đau nhiều 0.
- Xuất huyết do lấy máu sau tập huấn: Tổng số 270 bệnh nhân: Không xuất huyết 225; Xuất huyết 1cm: 33; xuất huyết 2cm: 2; chảy máu: 0.
- Tiêu huyết: Khoa cấp cứu 4% và Khoa xét nghiệm 0,5%.

4. Cấp độ Six-sigma:

Tính TAT cấp độ six-sigma

- Khoa khám bệnh:

	Thời gian	Sản lượng	Cấp sigma	Cấp cạnh tranh
Trước	154 phút	95%	3.14	Trung bình
Sau	97 phút	95%	3.14	Trung bình

- Khoa cấp cứu:

	Thời gian	Sản lượng	Cấp sigma	Cấp cạnh tranh
Trước	160 phút	95%	3.14	Trung bình
Sau	99 phút	95%	3.14	Trung bình

VI. BÀN LUẬN:

1. Cải tiến sơ đồ tiếp đón bệnh nhân:

- Trước can thiệp bệnh nhân và nhân viên mất nhiều thời gian hướng dẫn.
- Sau can thiệp thời gian di chuyển, hướng dẫn theo sơ đồ đơn giản hơn, bệnh nhân dễ nhớ, dễ tìm, dễ thực hiện. rút ngắn TAT.

2. Nhận xét TAT:

a. Khoa Khám bệnh:

Trước can thiệp TAT là 154 phút sau can thiệp 97 phút, hiệu suất 95%, cấp Sigma 3.14, mức cạnh tranh loại trung bình; cải thiện có ý nghĩa với $p < 0.005$.

2. Khoa Cấp cứu:

Trước can thiệp: TAT là 160 phút sau can thiệp 99 phút, hiệu suất 95%, cấp Sigma 3.14, mức cạnh tranh loại trung bình; cải thiện có ý nghĩa với $p < 0.005$.

Khi ứng dụng Lean thì TAT chúng tôi giảm 38%, ở khoa Cấp cứu và 37% ở khoa Khám bệnh thời gian chờ xét nghiệm (Bệnh viện Chợ Rẫy 30% thời gian chờ kết quả xét nghiệm), cấp Six-Sigma chúng tôi nếu lấy hiệu suất 95%, cấp Sigma 3.14, chỉ ở mức cạnh tranh trung bình, cần phải phấn đấu nhiều hơn nữa trong tương lai.

3. An toàn cho bệnh nhân:

Từ chích máu xuất huyết trước khảo sát xuất huyết Độ 3: 10 cas, Độ 4: 1 cas, thì sau khi tập huấn không còn mức độ này.

Từ chích máu đau trước khảo sát đau vừa Độ 2: 88 cas, Độ 3: 41 cas và Độ 4: 16 cas, thì sau khi tập huấn Độ 2: 13 cas, không còn Độ 3 và Độ 4.

4. Máu tiêu huyết:

Khoa Cấp cứu từ trước can thiệp 14% thì sau can thiệp còn 4%.

Khoa Khám bệnh từ trước can thiệp 2% thì sau can thiệp còn 0.5%.

VII. KẾT LUẬN

Thời gian TAT (Turnaround time) trong qui trình xét nghiệm ngoại trú và cấp cứu 97 phút và 99 phút, hiệu suất 95%, cấp Sigma 3.14, mức cạnh tranh loại trung bình so với chính sách chất lượng là 120 phút là một cải thiện đáng kể.

Những sai sót thường ngày chích máu đau, xuất huyết không còn độ 3 và độ 4 đã làm hài lòng bệnh nhân khi đến lấy máu tại Khoa xét nghiệm.

Kết quả này còn khiêm tốn, hướng tới chúng tôi sẽ tiếp tục phấn đấu hiệu suất TAT phải đạt 98%, 99% đó là mục tiêu chúng tôi sẽ tiếp tục ứng dụng Lean nghiên cứu trong thời gian tới.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng cho bệnh viện Việt Nam - Tư tình gọn (LEAN) TS Nguyễn Danh Nguyên - Viện trưởng, Viện Kinh tế & Quản lý, Đại học Bách Khoa Hà Nội.
2. Bệnh viện Mắt Phú Yên tiên phong xây dựng bệnh viện hướng đến tư duy Lean năm 2018.
3. Tài liệu tập huấn ứng dụng Lean trong Quản lý chất lượng xét nghiệm theo chương trình của WHO.
4. Mekong Capital, “Giới thiệu về Lean Manufacturing cho các doanh nghiệp tại Việt Nam”, 2004.
5. James Womack, Daniel Jones và Danile Roos, ”The Machine that Changed the World”, Rawson Associates, New York, 1990.
6. Ohno, Taiichi, Toyota Production System: Beyond Large-Scale Production, Productivity Press, 1988.
7. Phan Chí Anh, “Thực hành 5S - Nền tảng cải tiến năng suất”, NXB. Lao động, Hà Nội, 2008.
8. Nguyễn Thị Đức Nguyên, Bùi Nguyên Hùng, “Áp dụng lean manufacturing tại Việt Nam thông qua một số tình huống”, Tạp chí Phát triển và Hội nhập, Số 8 (2010).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CẢNH BÁO Ở NGƯỜI LỚN

Dương Quốc Hiền, Đoàn Công Du,

Nguyễn Văn Minh, Lâm Thái Châu

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES TO LOOK FOR IN A WARNING SIGN DENGUE HEMORRHAGIC FEVER IN ADULTS

Background: Dengue haemorrhagic fever (DHF) is one of the important infectious diseases in Vietnam. DHF warning sign has been reported to be clinically susceptible to severe illness. Studying DHF warning sign in adults helps clinicians knowing the clinical, paraclinical characteristics for early treatment in order to reduce the mortality of patients. **Objective:** To determine the paraclinical, clinical characteristics and time in hospital to DHF warning sign in adults. **Patients and Method: Patients:** All patients aged 15 years or older with DHF warning sign according to the WHO criteria for 2009 and one of the following diagnostic tests for Dengue: NS1, ELISA, IgM and IgG positive, were admitted to Angiang General Hospital from January 2017 to December 2017. **Method:** A cross-sectional hospital-based study. **Result:** A study of 81 patients with DHF warning sign in adults at the Angiang General Hospital from January 2017 to December 2017 showed: 100% of patients with sudden high fever, the number of days fever is 5 ± 1.2 days (minimum 3 days, maximum 7 days). Petechiae 22.2%, nose bleeding 4.9%, tooth bleeding 48.1%, gastrointestinal hemorrhage 3.7%, vaginal hemorrhage 6.2%, microhematuria 33.3%, hepatomegaly 44.4%, abdominal pain 55.5%, vomiting 17.3%. Hematocrit from 42-48% 46.9%, $\geq 48\%$ accounted for 4.9%. Edema of gallbladder 21.9%, peritoneal effusion 19.2%, pleural effusion 12.3%. platelet $< 50 \text{ G/L}$ 39.5%, Leukopenia $< 4 \text{ G/L}$ 54.3%, neutropenia $< 1.5 \text{ G/L}$ was 51.9%. Treatment period average 6.1 ± 1.5 days (3-9 days). **Conclusion:** Through this study, we found that up to a third of cases warning sign DHF with microhematuria, this symptom is easily missed, therefore, urine testing is required in all DHF patients.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sốt xuất huyết Dengue là một trong những bệnh truyền nhiễm quan trọng ở Việt Nam, trong đó Sốt xuất huyết Dengue cảnh báo là thể lâm sàng dễ dẫn đến bệnh nặng. Tìm hiểu bệnh cảnh Sốt xuất huyết Dengue cảnh báo ở người lớn giúp thầy thuốc biết rõ những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị sớm làm giảm tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, thời gian

nằm viện của bệnh Sốt xuất huyết Dengue cảnh báo ở người lớn. **Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân từ 15 tuổi trở lên nhập viện Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang với sốt xuất huyết Dengue cảnh báo theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2009, có một trong các xét nghiệm chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue (+) sau: NS1, Mc ELISA, IgM và IgG. **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 12 năm 2017 tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **KẾT QUẢ:** Nghiên cứu 81 bệnh nhân SXHD cảnh báo ở người lớn tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 12 năm 2017 chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

Đặc điểm lâm sàng: 100% bệnh nhân sốt cao đột ngột, số ngày sốt trung bình $5 \pm 1,2$ ngày, tối thiểu 3 ngày và tối đa 7 ngày. Chấm xuất huyết 22,2%, chảy máu mũi 4,9%, chảy máu răng 48,1%, xuất huyết tiêu hóa 3,7%, ra huyết âm đạo 6,2%, tiểu máu vi thể (hồng cầu niệu) 33,3%. Gan to chiếm tỉ lệ 44,4%, đau bụng 55,5%, nôn ói 17,3%.

Đặc điểm cận lâm sàng: Hematocrit từ 42- <48% chiếm tỷ lệ 46,9%, $\geq 48\%$ chiếm 4,9%. Phù nề thành túi mật (PNTTM) 21,9%, tràn dịch màng bụng (TDMB) 19,2%, tràn dịch màng phổi (TDMP) 12,3%. **Tiểu cầu:** < 50G/L 39,5%, **Bạch cầu:** <4G/L 54,3%, có hiện tượng giảm bạch cầu đa nhân trung tính <1,5G/L là 51,9%. **Thời gian điều trị trung bình** $6,1 \pm 1,5$ ngày (3- 9 ngày).

KẾT LUẬN: Qua nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng có tới 1/3 các trường hợp SXHD cảnh báo có tiểu máu vi thể, triệu chứng này rất dễ bị bỏ sót, vì vậy cần phải xét nghiệm nước tiểu ở tất cả các bệnh nhân SXHD.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh do virút Dengue gây ra, được truyền chủ yếu do muỗi Aedes aegypti, xảy ra nhiều nơi trên thế giới, bệnh cảnh đa dạng, từ nhẹ đến nặng, có thể gây tử vong cao nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm. Theo WHO 2009, SXHD đang lưu hành trên 100 quốc gia và đe dọa đến sức khỏe của 2,5 tỷ người trên toàn thế giới, trong đó khu vực Châu Á Thái Bình Dương có đến 1,8 tỷ, chiếm 72% tổng số dân có nguy cơ Sốt xuất huyết Dengue trên toàn thế giới. Những năm gần đây ở Việt Nam, SXHD xuất hiện liên tục, Đồng bằng Sông Cửu Long xảy ra quanh năm. Trước đây, SXHD phổ biến ở trẻ em. Hiện nay, bệnh lại xảy ra phổ biến ở người lớn với tỷ lệ 30,9% trong tổng số các trường hợp SXHD [6], theo số liệu của Viện Pasteur TP.HCM con số này vượt trên 50%. Bệnh cảnh phức tạp và đa dạng, có thể nặng dẫn đến tử vong. Tìm hiểu bệnh cảnh Sốt xuất huyết Dengue cảnh báo ở người lớn giúp thầy thuốc biết rõ những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị sớm làm giảm tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Xác định đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng sốt xuất huyết Dengue cảnh báo ở người lớn.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân từ 15 tuổi trở lên nhập viện Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang với sốt xuất huyết Dengue cảnh báo theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2009, có một trong các xét nghiệm chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue (+) sau: NS1, Mc ELISA, IgM và IgG.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 12 năm 2017 tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 81 bệnh nhân SXHD cảnh báo chúng tôi ghi nhận kết quả sau

1. ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC

1.1. Phân bố bệnh theo giới tính

Trong 81 bệnh nhân SXHD cảnh báo nam 57,3 %, nữ 42,7%. Nam mắc SXHD cao hơn nữ. Chúng tôi nghĩ do tính cảm thụ virus Dengue ở nam cao hơn nữ. Hà Văn Phúc (2006) [6], nam 55,3% và nữ 44,7%; Đoàn Văn Quyền (2011)[8] 57,5%, nữ 42,5%; Mai Hữu Phước (2011)[5] nam 54,3% và nữ 45,7%; Lye D C (2008) [12] nam 77%, nữ 23%; Khan E (2010) Pakistan[11] nam 63,2% và nữ 36,8%;. Các tác giả trên cũng giống với nghiên cứu của chúng tôi. Nam mắc bệnh SXHD nhiều hơn nữ.

1.2. Phân bố bệnh theo tuổi

Nhóm 16-25 tuổi: 54,3%, nhóm 26-35 tuổi: 34,6%, nhóm 36-45 tuổi: 7,4%, nhóm trên 45 tuổi: chiếm 3,7%. Bệnh giảm dần khi tuổi càng cao do đáp ứng miễn dịch được củng cố dần. Theo Đông Thị Hoài Tâm 2006 tái nhiễm nhiều lần, miễn dịch bảo vệ tăng dần. Mai Hữu Phước (2011)[5], 20-29 tuổi: 43,2%, 30-39 tuổi: 22,2%, 40- 49 tuổi: 11,1%, 50- 59 tuổi: 3,7%; Đoàn Văn Quyền (2011)[8], 16-25 tuổi: 76,7%, 26-35 tuổi: 16,4%, nhóm 36-45 tuổi: 5,4%, nhóm trên 45 tuổi: chiếm 1,3%. Tỷ lệ bệnh giảm dần khi tuổi càng cao, phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

2. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

2. 1. Dấu hiệu lâm sàng

2.1.1. Ngày nhập viện

Nhập viện ngày 1: 4,9%, ngày 2: 9,8%, ngày 3:24,7%, ngày thứ 4: 30,9%, ngày 5: 22,2%, ngày 6: 6,2%, ngày 7: 1,2%. Bệnh nhân nhập viện từ ngày 1-7 khi khởi sốt, tập trung từ ngày thứ 3- 5 của bệnh và nhiều nhất vào ngày thứ 4. Nhập viện sớm hay muộn phụ thuộc nhiều yếu tố: tính chất khởi bệnh, trình độ học vấn, nơi ở.

Bảng 1. Dấu hiệu lâm sàng.

Dấu hiệu lâm sàng	n	%
Sốt	81	100
Nhức đầu	60	74
Đau cơ	51	63
Đau bụng	45	55.5
Buồn nôn	35	43.2
Nôn	14	17.3
Gan to	36	44.4
Lacet	81	100
Chấm XH	18	22.2
Chảy máu chân răng	39	48.1
Chảy máu mũi	4	4.9
Ra huyết âm đạo	5	6.2
XH tiêu hóa	3	3.7
Tiểu máu vi thể	27	33.3
XH Khác	4	4.9

2.1.2. Triệu chứng sốt

Số ngày sốt trung bình $5 \pm 1,2$ ngày, từ 3 - 7 ngày. Sốt cao đột ngột 100%, nhiệt độ trung bình: $38,8 \pm 0,9^{\circ}\text{C}$, thấp nhất 37°C , cao nhất 41°C . Theo Nguyễn Trọng

Lân (2004) [3] sốt 4-5 ngày, Đông Thị Hoài Tâm (2006) 2-7 ngày, Đoàn Văn Quyên (2011)[8] $6 \pm 1,1$ ngày.

Dấu hiệu kèm theo sốt: nhức đầu 74%, đau cơ 63%, đau bụng 55,5%, buồn nôn 43,2%, nôn ói 17,3%. Theo Đoàn Văn Quyên (2011)[8] dấu hiệu kèm theo sốt: nhức đầu 80,8%, nôn 36,3%, đau cơ khớp 8,2%, sung huyết 13,7%, sung huyết kết mạc 58,2%, đau thượng vị 56,1%, phát ban 19,1%.

2.1.3. Dấu hiệu xuất huyết

Xuất huyết là triệu chứng đặc thù: chấm xuất huyết 22,2%, chảy máu mũi 4,9%, chảy máu răng 48,1%, xuất huyết tiêu hóa (XHTH) 3,7%, ra huyết âm đạo 6,2%, tiểu máu vi thể (hồng cầu niệu) 33,3%. Chảy máu răng chiếm đa số, đặc biệt tiểu máu vi thể chiếm 1/3 trong tổng số bệnh nhân, các dạng khác tỉ lệ thấp.

Theo Hà Văn Phúc (2006) [6] chấm xuất huyết 100%, mảng xuất huyết 5,5%, chảy máu cam 5,1%, chảy máu chân răng 2,3%, XHTH 1,4%, tử ban hồi phục 5,1%.

2.1.4. Thời gian điều trị:

Thời gian điều trị: từ 4- 7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất là 79%, ngày điều trị trung bình là $6,1 \pm 1,5$ ngày. Theo Lê Thị Lựu (2010) [4] 43,4% điều trị từ 5- 7 ngày, ngày điều trị trung bình là $7,05 \pm 0,6$ ngày do bao gồm cả các ca có sốc.

Bảng 2. Dấu hiệu cận lâm sàng.

Dấu hiệu cận lâm sàng	n	%
Hct <42%	39	48.2
Hct 42- <48%	38	46.9
Hct $\geq$ 48%	4	4.9
TC<50K	32	39.5
TC 50- 100K	28	34.6
TC> 100K	21	25.9
BC< 4K	44	54.3
BC 4- 10K	35	43.2
BC> 10K	2	2.5
N< 1.5 G/L	42	51.9

$N \geq 1.5 \text{ G/L}$	39	48.1
$L < 1 \text{ G/L}$	29	35.8
$L \geq 1 \text{ G/L}$	52	64.2
Túi mật thành dày (n=73)	16	21.9
Tràn dịch màng phổi (n=73)	9	12.3
Tràn dịch màng bụng (n=73)	14	19.2
ALT < 80 UI/L (n=76)	55	72.4
ALT 80- 200 UI/L (n= 76)	12	15.8
ALT > 200 UI/L (n= 76)	9	11.8
AST <80 (n= 76)	36	47.4
AST 80- 200 UI/L (n= 76)	26	34.2
AST > 200 UI/L (n= 76)	14	18.4
PT $\leq 14''$ (n= 73)	40	54.8
PT > 14'' (n= 73)	33	45.2
aPTT $\leq 40''$ (n= 73)	23	31.5
aPTT > 40'' (n= 73)	50	68.5
Fibrinogen < 2g/L (n= 55)	21	38.2
Fibrinogen $\geq 2 \text{ g/L}$ (n= 55)	34	61.8

2.1.4. Tổn thương gan

Gan to 44,4%. Theo Đoàn Văn Quyền[8]gan to trong SXHD cảnh báo 18,3%, SXHD nặng 33,3%; Lê Thị Lựu [4]gan to 36,8%. WHO (2001) 60% SXHD người lớn và 90-96% bệnh nhân nhi gan to. Francisco E.G (2005) [10] Mehico gan to 5,5% và SXHD nặng 60%.

Hoại tử tế bào gan, với ALT, AST tăng từ 2-5 lần theo thứ tự là 15,8% và 34,2%; ALT, AST tăng từ >5 lần theo thứ tự là 11,8% và 18,4%. Theo Đoàn Văn Quyền[8] ALT 66,9% tăng từ 2-5 lần, AST 89,2% tăng từ 2-5 lần; Lê Thị Lựu [4]ALT tăng <5 lần là 25,5%, ≥ 5 lần là 15,1%. Trong nghiên cứu của Tống Viết Thắng, Trịnh

Thị Xuân Hòa[9] ghi nhận ALT, AST trung bình > 200UI/L là một trong những yếu tố có ý nghĩa tiên lượng nặng ở bệnh nhân SXH.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Các trị số xét nghiệm huyết học

Hematocrit từ 42-<48% chiếm tỷ lệ 46,9%, >48% chiếm 4,9%. Theo Lê Thị Lựu (2010)[4] Hematocrit từ 42-<48% chiếm tỷ lệ 60,3%, >48% chiếm 34,9% do bao gồm cả các ca có sốc.

Tiểu cầu: < 50G/L 39,5%, >50- 100G/L 34,6%. Theo Lê Thị Lựu [4] TC < 50G/L 27,4%, >50- 100G/L 69,75% do bao gồm cả các ca có sốc.

Bạch cầu: <4G/L 54,3%, có hiện tượng giảm bạch cầu đa nhân trung tính <1,5G/L là 51,9%, L<1G/L 35,8%. Lê Vũ Phong[7]**BC** <4G/L64,7%, N<1,5G/L 53,7% L<1G/L 53%; Erum Khan (2010) [11] bạch cầu <4G/L 40,3%, giảm N 31,8%.

2.2.2. Siêu âm

Phù nề thành túi mật (PNTTM) 21,9%, tràn dịch màng bụng (TDMB) 19,2%, tràn dịch màng phổi (TDMP) 12,3%. Theo Lê Vũ Phong PNTTM 28,7%, TDMB 28%, TDMP 21,9%; Hà Văn Phúc (2006) [6] PNTTM 48,7% ; TDMB 38,2%; TDMP 23,5%. Siêu âm rất có ích cho tiên lượng.

2.2.3. Xét nghiệm đông máu

PT>14’’ 45,2%, aPTT>40’’ 68,5%, Fibrinogen< 2g/L 38,2%. Theo Lê Thị Lựu (2010) [4] PT kéo dài 42,1%, aPTT tăng 21%. Đông Thị Hoài Tâm (2006) xuất huyết nặng và kéo dài do rối loạn đông máu ở người lớn phổ biến hơn ở trẻ em.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 81bệnh nhân SXHD cảnh báo ở người lớn tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01 năm 2017 đến tháng

12 năm 2017 chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

Đặc điểm lâm sàng

- 100% bệnh nhân sốt cao đột ngột, số ngày sốt trung bình $5 \pm 1,2$ ngày, tối thiểu 3 ngày và tối đa 7 ngày.

- Chấm xuất huyết 22,2%, chảy máu mũi 4,9%, chảy máu răng 48,1%, xuất huyết tiêu hóa 3,7%, ra huyết âm đạo 6,2%, tiểu máu vi thể (hồng cầu niệu) 33,3%.

- Gan to chiếm tỉ lệ 44,4%.

- Thời gian điều trị trung bình $6,1 \pm 1,5$ ngày (3- 9 ngày)

Đặc điểm cận lâm sàng

- **Hematocrit** từ 42-<48% chiếm tỷ lệ 46,9%, $\geq 48\%$ chiếm 4,9%.

- Phù nề thành túi mật (PNTTM) 21,9%, tràn dịch màng bụng (TDMB) 19,2%, tràn dịch màng phổi (TDMP) 12,3%.

- **Tiểu cầu:** < 50G/L 39,5%, **Bạch cầu:** <4G/L 54,3%, có hiện tượng giảm bạch cầu đa nhân trung tính <1,5G/L là 51,9%

Qua nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng có tới 1/3 các trường hợp SXHD cảnh báo có tiểu máu vi thể, triệu chứng này rất dễ bị bỏ sót, vì vậy cần phải xét nghiệm nước tiểu ở tất cả các bệnh nhân SXHD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2000), Báo cáo tổng kết mục tiêu phòng chống sốt xuất huyết năm 1999 và kế hoạch năm 2000, Hà Nội tháng 02 năm 2000, tr 12.
2. Bộ Y tế (2011), Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue, Ban hành theo quyết định số 458/QĐ-BYT, ngày 16 tháng 2 năm 2011 của Bộ trưởng BHYT.
3. Nguyễn Trọng Lân (2004), Sốt Dengue và sốt xuất huyết Dengue, Nhà xuất bản y học, tr 198-205.
4. Lê Thị Lựu, Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân SXH tại Khoa Truyền nhiễm- Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái nguyên 2009- 2010, Tạp chí Khoa học và công nghệ số 85 (09)/02: 83- 89.
5. Mai Hữu Phước, Một số nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh Sốt Dengue/ Sốt xuất huyết Dengue ở người lớn, Tạp chí Y học thực hành, số 1 (804), 2011, tr 72- 74; Tạp chí Nội khoa- Số đặc biệt 7/2011, tr 97- 102.
6. Hà Văn Phúc (2006), Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và yếu tố tiên lượng bệnh sốt xuất huyết Dengue ở huyện Vĩnh Thuận – Kiên Giang, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II.
7. Lê Vũ Phong, Nghiên cứu đặc điểm SXH Dengue nặng ở người lớn tại BV Trung ương Huế, Tạp chí Y dược học- Trường ĐH Y- Dược Huế, số 32, tr 94- 99.

8. Đoàn Văn Quyền (2014), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và yếu tố tiên lượng bệnh Sốt xuất huyết Dengue người lớn, Y học thực hành (902)- số 1/2014
9. Tống Viết Thắng, Trịnh thị Xuân Hòa (2013), Một số yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân sốt xuất huyết dengue điều trị tại Khoa Truyền Nhiễm Bệnh viện Quân y 103 (201-2012), Truyền Nhiễm Việt Nam, số 3, tr. 29 – 32.
10. Francisco, Porfirio, Claudia (2005), “Clinical pattern of hospitalized patients during a Dengue epidemic in Colima, Mexico”, Dengue Bulletin, Vol 29 pp 8-17.
11. Khan E, Kisat M, Khan N et al (2010), “Demographic and clinical features of Dengue fever in Pakistan from 2003–2007: A Retrospective Cross-Sectional Study” PLoS One v.5(9).
12. Lye D.C, Chan M, Lee V.J et al (2008), “Do young adults with uncomplicated Dengue fever need hospitalisation? A retrospective analysis of clinical and laboratory features”, Singapore Med J 49(6) p 476-479.
13. WHO (2009), Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control, Geneva.

ĐÁNH GIÁ VIỆC KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT, HUYẾT ÁP, BILAN LIPID VÀ CHI PHÍ INSULIN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG 2018

Phạm Ngọc Trung, Nguyễn Thị Tuyết Hạnh,

Nguyễn Thị Kim Sang, Mai Ngọc Hiếu

Tóm tắt

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân (BN) đái tháo đường (ĐTĐ) typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2018. Tổng số có 327 BN được chẩn đoán ĐTĐ typ 2 theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế được lựa chọn vào nghiên cứu. Tuổi mắc bệnh trung bình là tuổi trung bình 62 ± 12 ; nữ chiếm tỷ lệ 66% (132/200). Có đến 75,2 % bệnh nhân bị suy thận từ độ 2 trở lên. Kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu là 176/200 (88.0%). Kết quả xét nghiệm đường huyết lúc đói là $11.0 \pm 5,6$ (mmol/l); đường huyết lúc đói đạt mục tiêu 71/186 (38.2%). Nồng độ HbA1c trong khảo sát này là $9,1\% \pm 2,3\%$; số người bệnh đạt HbA1c mục tiêu là 17/128 (26,6%). Kết quả lipid máu là: CT 5.0 ± 1.6 mmol/l; TG 2.9 ± 2.2 mmol/l; HDL 1.2 ± 0.7 mmol/l; LDL 2.6 ± 1.2 mmol/l; trong đó LDL, HDL, TG đạt mục tiêu theo trình tự là 17/128 (26,6%); 44/100 (44,0%) và 29/98 (29,6%). Có 07 loại bút chích insulin đã được sử dụng, tổng chi phí là 7,7 tỷ VNĐ.

Summary

A cross-sectional descriptive study was conducted to evaluate the outcome of treatment of patients with type 2 diabetes mellitus in outpatient clinics at the An Giang General Hospital in 2018. A total of 327 patients, who were diagnosed with type 2 diabetes according to the Ministry of Health criteria, was enrolled into the study. The mean age was 62 ± 12 ; females accounted for 66% (132/200). Up to 75.2% of patients with grade 2 or higher kidney failure. Blood pressure control achieved treatment goals were 176/200 (88.0%). Fasting plasma glucose was 11.0 ± 5.6 (mmol / l); Fasting plasma glucose levels reached 71/186 (38.2%). HbA1c levels in this study were $9.1\% \pm 2.3\%$; The number of patients achieving HbA1c was 17/128 (26.6%). Lipid results were: CT 5.0 ± 1.6 mmol / l; TG 2.9 ± 2.2 mmol / l; HDL 1.2 ± 0.7 mmol / l; LDL 2.6 ± 1.2 mmol / l; Of which, LDL, HDL, TG achieved the target of 17/128 (26.6%); 44/100 (44.0%) and 29/98 (29.6%) respectively. There were 07 types of insulin pen used, total cost was 7.7 billion VND.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một nhóm các bệnh chuyển hóa được đặc trưng bởi tăng glucose huyết mạn tính, do hậu quả của sự thiếu hụt hoặc giảm hoạt động của insulin

hoặc kết hợp cả hai. Tăng glucose máu mạn tính làm tổn thương, rối loạn và suy giảm chức năng nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt tổn thương ở mắt, thận, thần kinh và tim mạch. HbA1c là một dạng Hemoglobin đường hóa, được dùng để đánh giá nồng độ glucose máu trung bình trong 2 đến 3 tháng trước đó, được sử dụng; để theo dõi quá trình quản lý bệnh nhân ĐTĐ. Hiện nay ADA đã công nhận giá trị của HbA1c trong việc chẩn đoán bệnh ĐTĐ với ngưỡng là 6,5%. Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang có phòng khám Nội tiết-Đái tháo đường và bệnh nhân được các bác sỹ chuyên khoa Nội tiết quản lý, cơ sở thuốc điều trị được cung cấp đầy đủ, tỷ lệ bệnh nhân xin chuyển tuyến trên điều trị ngày càng giảm dần. Hàng tháng, có hơn 1600 bệnh nhân đến khám và điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội tiết. ADA đã đưa ra các khuyến cáo điều trị bệnh nhân ĐTĐ typ2 rất rõ ràng và cụ thể, không chỉ kiểm soát tốt đường huyết mà còn phải kiểm soát các yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch, như tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid mà mục tiêu hàng đầu là chỉ số LDL-chol. Chúng tôi quản lý bệnh nhân ĐTĐ ngoại trú mấy năm nay nhưng chưa tổng kết xem liệu quá trình điều trị như vậy đã tốt chưa. Hơn nữa, chi phí sử dụng insulin dạng tiêm ngoại trú của bệnh viện cao hơn các bệnh viện tuyến tỉnh.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Khảo sát mức độ kiểm soát huyết áp, đường huyết, bilan Lipid máu ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ typ2 điều trị ngoại trú theo ADA.
2. Khảo sát lý chi phí sử dụng insulin dạng tiêm ngoại trú

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.1. Đối tượng nghiên cứu

1.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân đái tháo đường typ 2 đến khám và điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội tiết BVĐK tỉnh An Giang ≥ 6 tháng.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh đái tháo đường (theo Hiệp Hội Đái tháo đường Mỹ - ADA) dựa vào 1 trong 4 tiêu chuẩn sau đây:
 - + Glucose máu lúc đói 2 lần ≥ 126 mg% (7mmol/l) (sau ít nhất 8 giờ không ăn).
 - + Glucose máu 2 giờ 2 lần sau khi uống 75g glucose ≥ 200 mg% (11.1mmol/l).
 - + HbA1c $\geq 6,5\%$. Xét nghiệm này phải được thực hiện ở phòng thí nghiệm được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế.
 - + Bệnh nhân có các triệu chứng cổ điển của tăng glucose máu và một mẫu thử ngẫu nhiên glucose máu ≥ 200 mg% (11,1mmol/l).

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Nơi nghiên cứu: Phòng khám Nội tiết BVĐK tỉnh An Giang.

1.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân bị bệnh nặng như nhiễm trùng, loét bàn chân, viêm phổi, suy tim, tai biến mạch não,... cần nhập viện điều trị.
- Thời gian điều trị < 6 tháng
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

1.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: Thuận tiện n= 200 bệnh nhân

Cách thức lấy mẫu: Chúng lấy tất cả các hồ sơ ngoại trú được chẩn đoán đái tháo đường typ 2 tại phòng khám Nội tiết BVĐK tỉnh An Giang ≥ 6 tháng. Dùng lệnh RanDom chọn ngẫu nhiên 200 hồ sơ đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu.

Chi phí: Tính tất cả chi phí 12 tháng (01/08/2017 đến ngày 31/07/2018).

Mỗi bệnh nhân sau khi được tiếp nhận điều trị ngoại trú, đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được phỏng vấn điều tra và khám thu thập số liệu từ lần khám đầu tiên và theo dõi trong suốt quá trình quản lý điều trị. Ngoài ra, còn tiến hành quản lý bệnh án, sổ theo dõi, phiếu tư vấn và hẹn, điện thoại liên lạc với bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân và ngược lại. Riêng các bệnh nhân bỏ điều trị, được phỏng vấn về lý do bỏ và mời bệnh nhân đến khám lại hoặc tiến hành khám tại nhà. Đánh giá kết quả bước đầu cải thiện tình trạng đường máu, lipid máu trong thời gian tối thiểu sau 6 tháng điều trị.

- Các đối tượng tham gia nghiên cứu được khảo sát theo protocol ghi sẵn, trong đó bao gồm các thông số cần khảo sát.

- Các chỉ số sinh hóa được thực hiện vào buổi sáng sau khi bệnh nhân nhịn đói ít nhất 8 giờ. Mẫu máu sau khi lấy sẽ được gửi xét nghiệm ngay tại khoa xét nghiệm của bệnh viện.

- Điều trị:

+ Mục tiêu điều trị cần đạt*

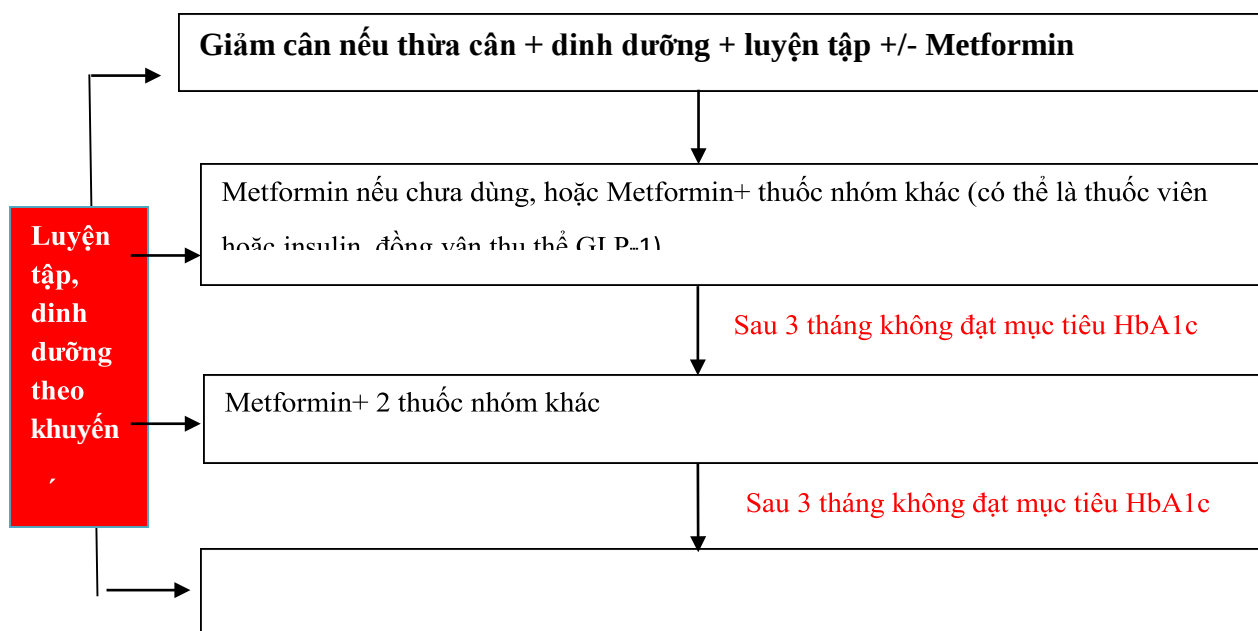
Bảng 1: Mục tiêu điều trị cho bệnh nhân ĐTĐ ở người trưởng thành, không có thai

Mục tiêu	Chỉ số
HbA1c	< 7%*
Glucose huyết tương mao mạch lúc đói, trước ăn	80-130 mg/dL (4.4-7.2 mmol/L)*
Đỉnh glucose huyết tương mao mạch sau ăn 1-2 giờ	<180 mg/dL (10.0 mmol/L)*
Huyết áp	Tâm thu <140 mmHg, tâm trương <90 mmHg Nếu đã có biến chứng thận: Huyết áp <130/85-80 mmHg
Lipid máu	LDL cholesterol <100 mg/dL (2,6 mmol/L), nếu chưa có biến chứng tim mạch. LDL cholesterol <70 mg/dL (1,8 mmol/L) nếu đã có bệnh tim mạch. Triglycerides <150 mg/dL (1,7 mmol/L) HDL cholesterol >40 mg/dL (1,0 mmol/L) ở nam và >50 mg/dL (1,3 mmol/L) ở nữ.

* Mục tiêu điều trị ở các cá nhân có thể khác nhau tùy tình trạng của bệnh nhân.

+ Lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị đái tháo đường típ 2

Hình 1: Sơ đồ lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị đái tháo đường típ 2



Các loại thuốc điều trị ĐTD lần lượt là: Metformin, thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose (SGLT2i), Sulfonylurea, Glinides, Pioglitazon, Ức chế enzym alpha glucosidase, Ức chế enzym DPP- 4, Đồng vận thụ thể GLP-1, Insulin.

1.3. Sơ đồ nghiên cứu

BN ĐTD khám bệnh → Đủ tiêu chuẩn, đồng ý tham gia nghiên cứu → Tham gia nghiên cứu → Hồ sơ: mẫu bệnh án, hồ sơ theo dõi, số điện thoại liên lạc → tái khám.

1.4. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu được trình bày bằng tỷ lệ cho các biến nhị phân. Các biến số liên tục được xử lý đơn biến bằng phép kiểm T Student. Biến số nhị phân dùng phép kiểm Chi-Square. Các test có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ

Trong 03 tháng 4,5,6 năm 2018 có 200 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 đến khám và điều trị ngoại trú liên tục hơn 6 tháng tại phòng khám Nội tiết BVĐKTT tỉnh An Giang đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

2.1. Đặc điểm chung (n=200)

Bảng 1: Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi	62 ± 12 (min: 18 – max: 94)
Giới Nữ	66% (132/200)
Huyết áp trung bình	$124 \pm 15 / 70 \pm 5$ mmHg
HA đạt mục tiêu	176/200 (88.0%)

Nhận xét: Có 176/200 (88.0%) bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu

2.2.2. Các chỉ số cận lâm sàng

Bảng 2. Các chỉ số cận lâm sàng

Chỉ số cận lâm sàng	Kết quả
---------------------	---------

Đường huyết lúc đói (mmol/l)	11.0 ± 5.6 (min: 3.0; max: 30.4)
HbA1c (%)	9.1 ± 2.3 (min: 5.0; max: 17.0)
CT (mmol/l)	5.0 ± 1.6 (min: 2.4; max: 9.5)
TG (mmol/l)	2.9 ± 2.2 (min:1.0; max: 16.9)
HDL (mmol/l)	1.2 ± 0.7 (min: 0.7; max: 5.1)
LDL (mmol/l)	2.6 ± 1.2 (min: 0.5; max: 5.1)
eGFR (ml/phút/1.73 m²) n=143	65 ± 23 ml/phút/1.73 m² - Suy thận GĐ 1: 35/141 (24,8%) - Suy thận GĐ 2: 56/141 (39,7%) - Suy thận GĐ 3: 43/141 (30,5%) - Suy thận GĐ 4,5 : 7/141 (4,9%)

Nhận xét: Có đến 75,2 % suy thận từ giai đoạn 2 trở lên, trong đó 4,9% suy thận giai đoạn 4-5.

2.2.3. Đánh giá mức độ kiểm soát ĐH, HA, LDL-Chol, theo ADA

Bảng 3: Đánh giá mức độ kiểm soát ĐH, HA, LDL-Chol

Đánh giá mức độ kiểm soát ĐH, HA, LDL-Chol		Kết quả
ĐH đạt mục tiêu n=186	YES n (%)	71 (38.2%)
	NO n (%)	115 (61.8%)
HbA1c đạt mục tiêu n=128	YES n (%)	17 (26,6%)
	NO n (%)	47 (73,4%)
LDL-chol đạt mục tiêu n=128	YES n (%)	17 (26,6%)
	NO n (%)	47 (73,4%)
HDL-chol đạt mục tiêu	YES n (%)	44 (44,0%)

n=100	NO n (%)	56 (56,0%)
Triglycerides (TG) đạt mục tiêu	YES n (%)	29 (29,6%)
n=98	NO n (%)	69 (70,4%)

Nhận xét: - Đạt mục tiêu của đường huyết, HbA1c, LDL-chol, HDL-chol, Triglycerides thấp theo trình tự là 71/186 (38.2%), HbA1c 17/128 (26,6%), 17 (26,6%), 44 (44,0%), 29 (29,6%).

- Có mối tương quan giữa đường huyết lúc đói và HbA1C ($p=0,01$)

2.2.4. Đánh giá sử dụng bút chích insulin (BHYT Ngoại trú)

Bảng 4: Đánh giá sử dụng bút chích insulin

	Tên thuốc – hàm lượng	Hoạt chất	ĐVT	Đơn giá	Số lượng	Tiền (VND) x1000 đ
1	APIDRA Solostar 300IU/3ml	Insulin tác dụng nhanh, ngắn	bút	200,000	131	26,199
2	Humalog Mix 50/50 Kwikpen 100U/ml	Insulin trộn, hỗn hợp	bút	226,999	2,944	668,287
3	Humalog Mix 75/25 Kwikpen 100U/ml	Insulin trộn, hỗn hợp	Bút	226,999	1,020	231,539
4	Insulatard Flexpen 300IU/3ml	Insulin tác dụng trung bình, trung gian	bút	153,998	871	134,133
5	LANTUS x 3ml 100U/ml	Insulin tác dụng chậm, kéo dài	bút	277,000	1,198	331,975
6	MIXTARD 30 FLEXPEN X 3ML 100iu/ml	Insulin Trộn, Hỗn Hợp	bút	153,998	39,117	6,023,974
7	NovoMix 30 100 IU/ml x 3ml	Insulin trộn, hỗn hợp	bút	227,850	1,507	343,369
Tổng cộng						7,759,480

Nhận xét: Có 07 loại bút chích insulin đã được sử dụng từ Insulin tác dụng nhanh, ngắn, Insulin tác dụng trung bình, Insulin tác dụng chậm, kéo dài và Insulin trộn, hỗn hợp. Trong đó MIXTARD 30/70 sử dụng nhiều nhất (77,6%). Tổng chi phí 7,7 tỷ.

BÀN LUẬN

Trong 03 tháng năm 2018, chúng tôi khảo sát 200 bệnh nhân đái tháo đường tip 2 điều trị ngoại trú tại Khoa khám bệnh, bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đủ điều kiện nghiên cứu. Gồm có 132 nữ (66%), tuổi trung bình 62 ± 12 (min: 18 – max: 94). Điều đáng chú ý có đến 75,2 % bệnh nhân bị suy thận từ độ 2 trở lên, có 7 ca (4,9%) suy thận giai đoạn 4,5. Theo nhiều nghiên cứu, suy thận mạn giai đoạn cuối phải lọc máu hoặc thẩm phân phúc mạc chiếm >50% ở bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường. Điều này yêu cầu phải điều trị và theo dõi tích cực hai nhóm bệnh này. Kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu là 176/200 (88.0%); cao hơn các tác giả khác như Nguyễn Thanh Sơn (35%), Phan Thị Lê là 72,5%. Kết quả xét nghiệm đường huyết lúc đói trong nghiên cứu chúng tôi là $11.0 \pm 5,6$ (mmol/l) (min: 3.0 max: 30.4); cao hơn các tác giả khác như Trịnh Xuân Tráng (2011), Hoàng Trung vinh (2006), Nguyễn Thanh Sơn (2014) theo trình tự là 7.9 ± 2.4 ; $6.8 \pm 1,4$; 7.8 ± 2.9 (mmol/l). Đường huyết lúc đói đạt mục tiêu thấp chỉ 71/186, chiếm tỷ lệ 38.2%. Nồng độ HbA1C phản ánh việc kiểm soát đường huyết trong 2-3 tháng trước khi làm xét nghiệm, vì vậy chỉ số này thường được dùng để đánh giá kết quả điều trị đái tháo đường ngoại trú. Nồng độ HbA1c trong khảo sát này là $9,1\% \pm 2,3\%$; cao hơn tất cả các nghiên cứu khác Hoàng Trung vinh, $6.8\% \pm 0,8\%$, Nguyễn Thanh Sơn, $6.7\% \pm 1.1\%$. Có mối tương quan giữa đường huyết lúc đói và HbA1C ($p=0,01$). Số người bệnh đạt HbA1c mục tiêu là 17/128, chiếm tỷ lệ 26,6%. Điều này nói lên là trong điều trị chúng ta chưa hướng dẫn bệnh nhân kỹ lưỡng về tuân thủ điều trị hoặc bệnh nhân không thực hiện thường xuyên, liên tục theo hướng dẫn gồm thuốc, chế độ ăn và chế độ tập luyện. Nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam đều có chung một nhận xét: có thể gặp 70-100% bệnh nhân ĐTĐ tít 2 có bất thường một hoặc nhiều thành phần lipid máu, điểm nổi bật của bất thường lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2 là tăng hàm lượng triglycerid và giảm hàm lượng HDL-C. Rối loạn lipid máu tham gia vào sự tạo thành các mảng xơ vữa làm tăng nguy cơ biến chứng mạch máu. Kết quả lipid máu trong nghiên cứu chúng tôi là: CT 5.0 ± 1.6 mmol/l; TG 2.9 ± 2.2 mmol/l; HDL 1.2 ± 0.7 mmol/l; LDL 2.6 ± 1.2 mmol/l; cao hơn các tác giả Nguyễn Thanh Sơn, Nguyễn Thị Ngọc Lan. Trong đó LDL, HDL, TG đạt mục tiêu theo trình tự là 17/128 (26,6%); 44/100 (44,0%) và 29/98 (29,6%). Kết quả đạt mục tiêu này cũng thấp hơn các tác giả khác như Phạm Hoài Anh, Hồ Trường Bảo Long, Triệu Quang Phú, Nguyễn Thanh Sơn, Hoàng Trung Vinh. Có 07 loại bút chích insulin đã được sử dụng từ Insulin tác dụng nhanh, ngắn, Insulin tác dụng trung bình, Insulin tác dụng chậm, kéo dài và Insulin trộn, hỗn hợp. Trong đó MIXTARD 30/70 sử dụng nhiều nhất (77,6%), tổng chi phí insulin là 7,7 tỷ.

KẾT LUẬN

Qua khảo sát 200 bệnh nhân ĐTĐ typ2 gồm 68 nam và 132 nữ điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh An Giang năm 2018, chúng tôi có một số nhận xét sau:

- Giá trị trung bình của một số chỉ số cơ bản: ĐH đói, Cholesterol TP, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, Tryglycerid và HbA1c lần lượt là 11.0 ± 5.6 mmol/l; 5.0 ± 1.6 mmol/l; 1.2 ± 0.7 mmol/l; 2.6 ± 1.2 mmol/l; 2.9 ± 2.2 mmol/l; $9.1 \pm 2.3\%$.
- 176/200 (88.0%) bệnh nhân kiểm soát tốt HbA1c
- 71/200 (38.2%) bệnh nhân ĐTĐ typ2 kiểm soát tốt đường huyết và 17/128 (26,6%) đạt mục tiêu.
- Mỡ máu: LDL, HDL, TG đạt mục tiêu theo trình tự là 17/128 (26,6%); 44/100 (44,0%) và 29/98 (29,6%).
- Chi phí sử dụng insulin CAO: 7,7 tỷ đồng.

V. KIẾN NGHỊ

Cần có nghiên cứu can thiệp ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Hoài Anh (2003)**, "Nghiên cứu rối loạn chuyển hoá lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên", *Luận văn thạc sỹ Y học*.
2. **Nguyễn Ngọc Chất (2010)**, “Đánh giá hiệu quả điều trị dựa vào Glucose, HbA1c, và một số chỉ số khác ở bệnh nhân Đái tháo đường typ2 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định”, Tạp chí nội khoa, tr 275-311.
3. Hoàng Thị Dị (2007), "Nghiên cứu thực trạng bệnh đái tháo đường typ 2 đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên năm 2006", *Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa*.
4. **Phan Thị Lê, Trần Thị Thanh Huyền, Lê Thị Hoài Thu, Nguyễn Thị Phương Liên**, Kết quả điều trị ngoại trú bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện Tim Hà Nội năm 2016-2017.
5. **Hồ Trường Bảo Long (2010)**, “Khảo sát mối liên quan giữa HbA1c với bilan lipid ở bệnh nhân Đái tháo đường typ2”, tr 266-268.
6. **Triệu Quang Phú (2006)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và sự thay đổi hàm lượng thành phần lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn", *Luận văn thạc sỹ Y học*.

7. **Nguyễn Thanh Sơn, Thái Thọ, Nguyễn Công Quyền (2014)**, Khảo sát mức độ kiểm soát đường huyết, huyết áp, Bilan Lipid ở nhóm bệnh nhân Đái tháo đường Typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh.
8. **Vũ Tiến Thắng (2005)**, “Nghiên cứu nồng độ HbA1c và mối tương quan với một số chỉ số hóa sinh ở bệnh nhân Đái tháo đường typ2 điều trị tại Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên”. Y học thực hành số 507, 508 tr 720-2.
9. **Nguyễn Hải Thủy, Văn Công Trọng (2000)**, “Khảo sát HbA1c huyết tương ở bệnh nhân Đái tháo đường typ2 tại Bv Trung ương Huế”, Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết lần thứ nhất: tr 425-29.
10. **Hoàng Trung Vinh, Nguyễn Bá Việt (2004)**, “Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh nhân đái tháo đường típ 2 dựa vào nồng độ glucose máu và HbA1C”, *Y học thực hành, Đại hội nội tiết – ĐTD Hà Nội*, (498), tr 96- 99.
11. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường tip 2 (*Ban hành kèm theo Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19 tháng 7 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế*).
12. American Diabetes Association (2007) “Clinical Practice and recomenzymdation”, *Diabetes care* 3, (Supp 1), pp. S1-S22.
13. ADA (2014), "Standards of Medical Care in Diabetes -2014", *Diabetes Care*, volum 37, Supplement 1, January 2014.
14. Genuth S, Alberti KG, Bennett P et al (2003), "Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus", *Diabetes Care*, 26, pp. 3160.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH THỰC HIỆN CẬN LÂM SÀNG VÀ KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

*Nguyễn Thiện Tuấn, Mai Thanh Bình,
Huỳnh Kim Chi, Nguyễn Thị Tuyết Mai*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ các cận lâm sàng và tỉ lệ kiểm soát huyết áp sau 16 tuần điều trị và theo dõi trên bệnh nhân tăng huyết áp. **Đối tượng:** Bệnh nhân tăng huyết áp (THA) đang điều trị ngoại trú tại các phòng khám Tim mạch, Khoa Khám bệnh – BVĐKAG từ tháng 4 - 7/2018. **Phương pháp:** cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Tỉ lệ bilan lipid 72,7%; glucose máu 74,5%; creatinin máu 61,3%; ion đồ 37,3%; uric máu 9,3%; công thức máu 12,7%; tổng phân tích nước tiểu 25%; điện tâm đồ 29,3%; siêu âm tim 8,7%; siêu âm động mạch cảnh 0%; albumin niệu 0,7%; soi đáy mắt 0%. Tỉ lệ kiểm soát huyết áp ở nhóm THA chung 63,3%; nhóm THA không có ĐTD và BThM 78,4%, nhóm THA có ĐTD 51,4%; nhóm THA có BThM 46,1%. **Kết luận:** Tỉ lệ thực hiện các cận lâm sàng trên bệnh nhân tăng huyết áp chưa cao. Tỉ lệ kiểm soát huyết áp theo JNC 7 cao hơn các nghiên cứu trước đây.

ABSTRACT

Survey of laboratory tests' performance and blood pressure control in hypertensive patients

Objectives: To determine the rate of laboratory tests and blood pressure control after 16 weeks of treatment and follow up in hypertensive patients. **Subjects:** Hypertensive patients are receiving outpatient treatment at the Cardiovascular Clinic of Departement of Ambulatory Care Services, An Giang General Hospital from April - July 2018. **Method:** cross-sectional description. **Results:** The rate of lipidemia 72.7%; blood glucose 74.5%; blood creatinine 61.3%; electrolytes 37.3%; blood uric 9.3%; blood cell count 12.7%; total urine analysis 25%; electrocardiogram 29.3%; echocardiography 8.7%, carotid artery ultrasonography 0%; urinary albumin

0.7%; ophthalmoscopy 0%. The rate of blood pressure control in the general hypertension group was 63.3%; hypertension without diabetes and chronic kidney disease 78.4%, hypertension with diabetic 51.4%; hypertension with chronic kidney disease 46.1% . **Conclusion:** The rate of laboratory tests in hypertensive patients is not high. The rate of blood pressure control in JNC 7 is higher than in previous studies.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) đang là vấn đề sức khỏe cộng đồng do sự gia tăng tuổi thọ và tần suất các yếu tố nguy cơ tim mạch. Tại VN tỉ lệ mắc THA là 25,1% năm 2008 và 47,3 % năm 2015 (theo Hội Tim mạch Việt Nam). Trong đó THA nguyên phát chiếm 90-95 %. Có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM) đi kèm với THA: rối loạn lipid máu, đái tháo đường, bệnh thận mạn, tuổi ≥ 55 , giới nam.... THA làm tổn thương nhiều cơ quan đích như não, mắt, tim, thận, mạch máu mà về sau sẽ gây nhiều biến cố tim mạch [1],[2]. Xét nghiệm (XN) tìm các yếu tố nguy cơ và tổn thương cơ quan đích là cần thiết trên bệnh nhân THA, từ đó xác định huyết áp mục tiêu và chọn lựa các thuốc hạ áp phù hợp cho từng cá thể [1],[2],[12]. Với sự tiến bộ của y học, sự phát triển của chương trình sức khỏe cộng đồng, sự nhận thức của người dân, tỉ lệ kiểm soát huyết áp trong thập niên qua có nhiều tiến bộ nhưng vẫn chưa cao [6]. Thực tế tại VN chưa có nhiều nghiên cứu để khảo sát tỉ lệ thực hiện các cận lâm sàng mặc dù có vài nghiên cứu về tỉ lệ kiểm soát huyết áp trên bệnh nhân THA. Vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Xác định tỉ lệ các **cận lâm sàng** được thực hiện trên bệnh nhân THA
2. Xác định tỉ lệ **kiểm soát huyết áp** sau 16 tuần điều trị và theo dõi

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.Đối tượng: Bệnh nhân THA đang điều trị ngoại trú tại các phòng khám Tim mạch Khoa Khám bệnh–BVĐKTTAG từ tháng 4 - 7/2018. **Chọn mẫu:** Tất cả các bn ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán và đang điều trị THA (theo JNC 7: khi HA tâm thu ≥ 140 mmHg

và/hoặc HA tâm trương $\geq 90\text{mmHg}$), đồng ý tham gia nghiên cứu. **Loại trừ:** Đang bị bệnh cấp tính, có thai, đang cho con bú, dị ứng thuốc, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả

3.Cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{c} = 289 (\rightarrow 300); \quad Z_{1-\alpha/2} = 1,96 \text{ (KTC 95\%);}$$

$c = 25,1\%$ (Tỉ lệ THA /Hội TM VN 2008); $c = 5\%$.

4. Nội dung nghiên cứu

Tuổi : 4 nhóm (< 45 ; $45-54$; $55-64$; ≥ 65); **Giới :** nam, nữ

Các bệnh đi kèm THA: dựa vào chẩn đoán / Toa thuốc (Có–Không): Thiếu máu cục bộ cơ tim mạn, nhồi máu cơ tim cũ, tai biến mạch máu não cũ, bệnh thận mạn, rối loạn chuyển hóa lipid máu, suy tim, đái tháo đường, COPD.

Các cận lâm sàng (CLS):

+ **Cận CLS quy (theo BYT-2017)**, dựa vào phiếu kết quả XN, phiếu điện tâm đồ (Có–Không): Bilan lipid (cholesterol, LDL-C, triglyceride, HDL-C); Glucose máu khi đói; Ion đồ (Na, K, Cl); Creatinin/máu; Uric /máu; Công thức máu (CTM): Hb, Hct; Tổng phân tích nước tiểu (TPTNT); Điện tâm đồ.

+ **Các CLS khác (theo BYT-2017)**, dựa vào phiếu siêu âm, phiếu XN nước tiểu, phiếu soi đáy mắt (Có–Không):Siêu âm Doppler tim; Siêu âm động mạch cảnh; Albumin niệu ; Soi đáy mắt.

Kiểm soát huyết áp (theo JNC 7- Hội đồng liên quốc gia THA lần 7):

Nhóm	Kiểm soát huyết áp
1.Nhóm chung	Khi HA tâm thu $< 140\text{ mmHg}$ và HA tâm trương $< 90\text{mmHg}$ trước hoặc vào thời điểm 4 tuần và duy trì ổn định thêm ít nhất 12 tuần
2.Nhóm THA+ không đái tháo đường và không bệnh thận mạn	

3.Nhóm THA+ đái tháo đường	Khi HA tâm thu <130 mmHg và HA tâm trương < 80mmHg trước hoặc vào thời điểm 4 tuần và duy trì ổn định thêm ít nhất 12 tuần
4.Nhóm THA + bệnh thận mạn	

- Đái tháo đường (ĐTĐ) khi đường huyết lúc đói $\geq 7\text{mmol/L}$ (VADE 2013- Hội nội tiết và đái tháo đường Việt Nam) lúc chẩn đoán hoặc đang điều trị ĐTĐ

- Bệnh thận mạn khi $\text{eGFR} \leq 60 \text{ ml/phút/1,73m}^2$ (KDOQI 2012- Hội thận học quốc tế) ít nhất 3 tháng

5.Tiến hành nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân (BN) thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ , ghi nhận tuổi, giới, các bệnh lý đi kèm, xem xét các CLS thường quy, các CLS khác. Các BN được điều trị đến tuần thứ 4, đánh giá HA mục tiêu, những BN chưa điều trị đến tuần thứ 4 sẽ tiếp tục theo dõi huyết áp mục tiêu. Khi huyết áp đã đạt mục tiêu, theo dõi huyết áp thêm ít nhất 12 tuần nữa. Tất cả thông tin được ghi vào bản thu thập số liệu. HA được đo theo qui trình của Bộ YT-2017

6.Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 16.0. Sự khác biệt có YNTK khi $p < 0,05$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Trong 300 người bệnh tham gia nghiên cứu có 144 nam (48%), 156 nữ (52%). Nhóm tuổi <45 chiếm 6,3%, nhóm 45-54 (17,3%), nhóm 55-65 (34%), nhóm >65 (42,2%). Tuổi trung bình $68,4 \pm 13$; lớn nhất 96, nhỏ nhất 37.

Bảng 1.1.Tỉ lệ các bệnh đi kèm (n=300)

Bệnh đi kèm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Thiếu máu cục bộ cơ tim mạn	118	39,3
Nhồi máu cơ tim cũ	32	10,6
Tai biến mạch máu não cũ	48	16
Đái tháo đường (ĐTĐ)	44	14,6

Rối loạn lipid máu (RLLP)	116	38,6
Bệnh thận mạn (BThM)	29	9,6
Suy tim	5	1,7
COPD	10	3,3

2. Tỷ lệ các cận lâm sàng

Bảng 2.1. Tỷ lệ cận lâm sàng thường quy(n=300)

CLS	Tần số	Tỷ lệ (%)
Bilan lipid	218	72,7
Glucose máu	224	74,5
Creatinin máu	184	61,3
Ion đồ	112	37,3
Uric máu	28	9,3
Công thức máu	38	12,7
TPTNT	75	25
Điện tâm đồ	178	59,3

Bảng 2.2. Tỷ lệ cận lâm sàng khác (n=300)

CLS	Tần số	Tỷ lệ (%)
Siêu âm tim	26	8,7
Siêu âm động mạch cảnh	0	0
Albumin niệu	2	0,7
Soi đáy mắt	0	0

3. Tỷ lệ kiểm soát huyết áp

Bảng 3.1. Tỷ lệ kiểm soát huyết áp (KSHA)

Nhóm	Huyết áp mục tiêu (HAMT)/ mmHg	Tần số KSHA	Tổng	Tỷ lệ (%) KSHA
-------------	---------------------------------------	--------------------	-------------	-----------------------

1.Nhóm chung	<140/90	190	300	63,3
2.Nhóm THA+ không ĐTĐ và không BThM	<140/90	182	236	78,4
3.Nhóm THA+ ĐTĐ	<130/80	18	35	51,4
4.Nhóm THA +BThM	<130/80	12	25	46,1

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Có 300 người bệnh tham gia trong nghiên cứu chúng tôi, trong đó nữ chiếm 52%, nam 48%. Trong phân nhóm tuổi, tỉ lệ chiếm cao nhất ở nhóm > 65(42,4%) , tỉ lệ chiếm thấp nhất ở nhóm < 45(6,3%), tuổi càng cao tỉ lệ THA càng tăng, cho thấy tuổi là yếu tố nguy cơ của THA. Tuổi cao nhất 96, tuổi nhỏ nhất 37, tuổi trung bình $68,4 \pm 13$. Kết quả này gần tương đồng với kết quả T.C.Duy [6], V.B.Ngọc[7]. N.N.T.Vân[9], thực hiện tại các bệnh viện TP. HCM. Tỉ lệ bệnh kèm theo THA như thiếu máu cục bộ cơ tim mạn, nhồi máu cơ tim cũ, suy tim gần tương đồng, tai biến mạch máu não cao hơn, BThM, ĐTĐ, RLLP thấp hơn tỉ lệ của N.N.T.Vân (31,5 %; 6,9%; 2,6%; 3,9%; 23,2%; 27,5%; 76,1%) và không tương đồng với N.T.M.Hạnh[4] về suy tim và ĐTĐ (7,7%; 26,9%). Sự khác biệt này là do cỡ mẫu, nơi lấy mẫu, thời điểm có khác nhau giữa các nghiên cứu.

2. Tỉ lệ các cận lâm sàng

Các CLS trong nghiên cứu chúng tôi dựa trên hướng dẫn BHYT -2017. Các CLS giúp tìm ra các yếu tố nguy cơ tim mạch, tổn thương các cơ quan đích trên bệnh nhân THA như ĐTĐ, RLLP, đạm niệu, dày thất trái, xơ vữa- phình động mạch, nhồi máu cơ tim cũ, suy tim, tổn thương đáy mắt [1,2,12]. Tỉ lệ các CLS thường quy như bilan lipid, glucose máu, điện tâm đồ, ion đồ, TPTNT, CTM, uric máu thấp hơn tỉ lệ của N.N.T.Vân lần lượt (100%; 100%; 96,7%; 49,2%; 68,6%; 69,6%; 53,3%) thực hiện tại

BVNDGD và BVĐH YD TP.HCM, chỉ có creatinine máu(62,1%) là tương đương..Các CLS khác như SA tim; Albumin niệu; Soi đáy mắt được thực hiện khi cần thiết có tỉ lệ rất thấp so với nghiên cứu của N.N.T.Vân (88,2%; 3,9%; 7,5%). Đặc biệt trong 300 NB không có trường hợp nào được SA động mạch cảnh và soi đáy mắt, như vậy có thể làm bỏ sót bệnh lý động mạch cảnh do xơ vữa là nguy cơ của đột quỵ não và bệnh lý võng mạc đáy mắt [2]. Tóm lại, tỉ lệ CLS được thực hiện trên bn THA là còn thấp so với nghiên cứu khác. Điều này không giúp đánh giá đầy đủ nguy cơ tim mạch đi kèm cũng như tổn thương cơ quan đích và huyết áp mục tiêu. Nguyên nhân có thể là do bác sĩ lâm sàng ngại cho nhiều CLS vượt quá mức chi phí, không biết CLS thực hiện có phù hợp với chẩn đoán không?, các phòng khám tim mạch thường đông bệnh (trung bình 70-80 bệnh mỗi ngày) để tránh người bệnh chờ đợi, bác sĩ lâm sàng sẽ hạn chế cho chỉ định CLS, một số NB khi đến khám không đủ điều kiện để thực hiện cận lâm sàng (chi phí, không nhịn đói...).

3. Tỉ lệ kiểm soát huyết áp (KSHA)

Việc đạt được HAMT và KSHA trong điều trị là cần thiết nhằm làm giảm tổn thương các cơ quan do chính THA tạo ra từ đó hạn chế nhiều biến chứng đưa đến di chứng và tử vong [1]. Trong **nhóm chung**, tỉ lệ KSHA đạt HAMT (HA<140/90 mmHg) theo JNC 7 là 63,3%, cao hơn T.T.H.Anh (57,1%)[3], N.T.M.Hạnh (46%), P.T.Sơn (36,3%)[16], T.C.Duy (46,7%), NN.T.Vân(57,5%). Hai tác giả Cathleen (48%)[13] và Xui- Tuanjiang (46%)[17] cho thấy cũng thấp hơn tỉ lệ KSHA của chúng tôi. Nhóm **THA không có ĐTD và BThM**, tỉ lệ KSHA đạt được 78,4%. Tỉ lệ này so với nhóm chung là cao hơn .Trong nhóm này tỉ lệ KSHA của T.C.Duy (57,5%), N.N.T.Vân (64,9 %) thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác nhau về tỉ lệ KSHA là do khác nhau nơi thực hiện, tiêu chuẩn chọn bệnh, tiêu chuẩn về KSHA. Nhóm **THA có ĐTD**, tỉ lệ KSHA đạt được 51,4%, cao hơn N.K.Ly (49,8%)[10], T.C.Duy (39%)[6], Mwita (34%)[15], và thấp hơn N.N.T.Vân (86,2%)[8], Cathleen(63,6%). Trong nghiên cứu N.N.T.Vân[8] HAMT trên người ĐTD dựa theo JNC 8 là < 140/90 mmHg nên tỉ lệ KSHA sẽ cao hơn. **Nhóm THA có BThM**, tỉ lệ KSHA đạt được 46,1%, gần tương

đồng với T.C.Duy (43,1%)[6], N.N.T.Vân (43,5 %)[9] và cao hơn Zheng Y(14,1%) [18], Cai G (12,1%)[14]. Tỷ lệ KSHA trong nhóm này <50%. Bệnh thận mạn là một những bệnh lý gây THA kháng trị [2],[12]. Tóm lại, tỷ lệ KSHA ở nhóm chung và nhóm THA không có ĐTD và BThM cao hơn nhóm THA có ĐTD và nhóm THA có BThM. Như vậy cần điều trị tích cực hơn ở bệnh nhân THA có ĐTD và/ hoặc BThM.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ các CLS thường quy và các CLS khác trên bệnh nhân THA thực hiện tại các phòng khám Tim mạch- Khoa Khám bệnh- BVĐKAG chưa cao.

Tỷ lệ KSHA ở nhóm THA chung 63,3%; nhóm THA không có ĐTD và BThM 78,4%, nhóm THA có ĐTD 51,4%; nhóm THA không có BThM 46,1%. Nhìn chung tỷ lệ KSHA cao hơn các nghiên cứu khác thực hiện trước đây.

KIẾN NGHỊ

Cần tăng cường thực hiện các cận lâm sàng trên BN THA, nhất là CLS thường quy nhằm đánh giá các nguy cơ tim mạch đi kèm và tổn thương cơ quan đích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2017). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch*. NXB Y học.
2. Hội tim mạch học Việt Nam (2008). *Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hoá*. NXB Y học.
3. Trần Công Duy, Châu Ngọc Hoa (2014) ,”_Tỷ lệ kiểm soát huyết áp theo hướng dẫn ESH/ESC 2013” *Chuyên đề tim mạch học*.

4. Vũ Bảo Ngọc, Lê Hoàng Ninh (2005),” Các đặc điểm về nhận biết , điều trị và kiểm soát huyết áp của bệnh nhân tăng huyết áp ở quận 4 –TPHCM. *Y học thành phố HCM*.
5. Nguyễn Ngọc Thanh Vân, Châu Ngọc Hoa (2018),” Tình hình kiểm soát huyết áp, đường huyết và lipid máu trên bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường típ 2 mới mắc” *Y học thành phố HCM*.
6. Nguyễn Ngọc Thanh Vân, Châu Ngọc Hoa (2014),” Khảo sát tình hình thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng và tần suất kiểm soát huyết áp trên bệnh nhân tăng huyết áp” *Y học thành phố HCM*.
7. Nguyễn Khánh Ly (2014)” Khảo sát tỉ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu kiểm soát đa yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện tuyến quận” *Y học thành phố HCM*.
8. ACC/AHA (2017) “Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults”.
9. Cathleen D. Gillespie, MS (2013),” Prevalence of Hypertension and Controlled Hypertension — United States, 2007–2010”.
10. Mwita JC(2012),” Hypertension control and other cardiovascular risk factors among diabetic patients at Muhimbili National Hospital, Tanzania”.
11. Son PT (2012),” Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey”. *J Hum Hypertens*.
12. Xiu-Juan Jiang (2014),” Blood pressure control rate and associated risk factors in hospitals of different grades in Chongqing, China”.
13. Zheng Y(2013),” Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the non-dialysis chronic kidney disease patients”, *Chin Med J*.

KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN LIPID MÁU TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Thiện Tuấn

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ rối loạn lipid máu (RLLP), tìm hiểu một số yếu tố liên quan với RLLP ở bệnh nhân tăng huyết áp (THA) nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả trên 315 bệnh nhân từ 20 tuổi có THA nguyên phát tại Khoa Khám bệnh, Bệnh Viện đa khoa trung tâm An Giang. Khám lâm sàng và thực hiện xét nghiệm theo bộ thu thập số liệu. **Kết quả:** Tỉ lệ RLLP ở bệnh nhân THA nguyên phát 81,3%. Thừa cân- béo phì ($p=0,03$; $OR=2,2$), tăng acid uric máu ($p=0,001$; $OR=6,36$), không vận động thể lực ($p=0,002$; $OR=2,1$) có liên quan với RLLP ở bệnh nhân THA nguyên phát. **Kết luận:** RLLP máu ở bệnh nhân THA nguyên phát khá cao. Thừa cân- béo phì, tăng acid uric máu, không vận động thể lực là yếu tố nguy cơ RLLP máu.

ABSTRACT

Survey of some factors related to dyslipidemia in patients with primary hypertension

Objectives of the study: To determine the rate of dyslipidemia , to find out some factors related to dyslipidemia in patients with primary hypertension. **Study subjects**

and methods: A cross-sectional study, describing 315 patients aged 20 years with primary hypertension at the Department of Ambulatory, An Giang General Hospital. Clinical examination and data collection.

Results: The rate of dyslipidemia in patients with hypertension was 81.3%. Overweight ($p=0.03$, $OR= 2.2$), hyperuricemia ($p=0.001$, $OR=6.36$), lack of physical activity ($p=0.002$, $OR= 2.1$) associated with dyslipidemia in hypertensive patients. **Conclusion:** The rate of dyslipidemia in patients with hypertension is quite high. Overweight-obesity, hyperuricemia, and lack of physical activity are risk factors for dyslipidemia.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch chiếm 1/3 nguyên nhân gây tử vong và góp phần gia tăng gánh nặng trên toàn cầu[1]. Khoảng 1 triệu người tử vong hàng năm do BTM ở Hoa Kỳ. Có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh tim mạch, trong đó tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường... đã được xác định rõ, có thể là do sự thay đổi trong lối sống như ít hoạt động thể lực, thói quen ăn uống nhiều chất béo, ngọt, hút thuốc lá, cũng như stress trong công việc hàng ngày. Rối loạn lipid máu là một trong những yếu tố khởi đầu cho quá trình hình thành và phát triển xơ vữa động mạch[5]. Tăng huyết áp làm tổn thương nội mạc thành động mạch tạo điều kiện lắng tụ các phân tử cholesterol, dẫn đến xơ vữa động mạch[4]. Từ những vấn đề đó, chúng tôi nghiên cứu đề tài trên.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Xác định tỉ lệ RLLP ở bệnh nhân THA nguyên phát.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan với RLLP máu ở bệnh nhân THA nguyên phát.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện ĐKTT An Giang, từ tháng 5/2016 đến tháng 5/2017

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 20 tuổi trở lên, hiện đang được điều trị hoặc mới được chẩn đoán THA theo tiêu chuẩn JNC VII[4].

Tiêu chuẩn loại trừ: Nghi ngờ THA thứ phát. Một số các bệnh lý liên quan với RLLP máu: suy giáp, bệnh lý gan mật, hội chứng thận hư, đái tháo đường và bệnh lý về cơ, bệnh thận mạn từ giai đoạn 4-5. Có thai, cho con bú.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang, mô tả

Cỡ mẫu :

$$n = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{1-\alpha/2} = 310 \rightarrow 315; \quad Z_{1-\alpha/2} = 1,96 \text{ (KTC 95\%); } p = 71,67\%$$

$$\frac{2}{c}$$

(p-Tỉ lệ RLLP/THA)[3]; c =5%

Nội dung nghiên cứu:

Tuổi : 4 nhóm (< 50; 50-59; 60-69; ≥ 70); **Giới :** nam, nữ

Tỉ lệ rối loạn lipid máu: bệnh nhân có một trong các thành phần dưới đây gọi là RLLP (NCEP ATP III)

Lipid máu	Gía trị (mg% / mmol/L)
Cholestrol tp	≥ 200 (5,2)
LDL-C	≥ 130(3,34)
Triglyceride	≥ 150(1,7)
HDL-C	< 40 (1,1)

Một số yếu tố liên quan đến RLLP: BMI (thừa cân–béo phì khi BMI ≥ 23kg/m²), vòng eo (béo phì trung tâm khi vòng eo ≥ 90cm/nam; ≥ 80cm/nữ), acid uric máu(tăng khi uric máu ≥ 428mmol/L), hút thuốc lá (khi hút ít nhất 10 điếu/ ngày, liên tục ít nhất 5 năm, hiện đang hút), vận động thể lực(đi bộ hoặc chạy xe đạp trong 30 phút /ngày ít nhất 5 ngày trong tuần).

Phương pháp thu nhập mẫu: Khám bệnh, đo chiều cao cân, cân nặng, vòng eo, thực hiện một số các xét nghiệm theo mẫu phiếu thu thập số liệu.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Sự khác biệt có YNTK khi p < 0,05.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 315 bệnh nhân THA nguyên phát, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau: nam (54,3%) chiếm cao hơn nữ (43,7%), nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 60-69 tuổi (54,9%), tuổi trung bình là 57,7±13,3. Tỉ lệ rối loạn lipid máu là 81,3%.

Các yếu tố liên quan

Bảng 3.1: Liên quan BMI với rối loạn lipid máu

BMI	RLLP		OR p	OR p (hiệu chỉnh)
	Có	Không		

Thừa cân-béo phì	144 87,8%	20 12,2%	OR = 2,5 p=0,002	OR=2,2 p= 0,03
Không thừa cân –béo phì	112 74,2%	39 25,8%		

Bảng 3.2: Liên quan vòng eo với rối loạn lipid máu

Vòng eo	RLLP		OR p	OR p (hiệu chỉnh)
	Có	Không		
Béo phì trung tâm	100 89,3%	12 10,7%	OR = 2,5 p=0,008	OR=1,1 p= 0,82
Không Béo phì trung tâm	112 76,8%	39 23,3%		

Bảng 3.3: Liên quan acid uric máu với rối loạn lipid máu

Acid uric máu	RLLP		OR p	OR p (hiệu chỉnh)
	Có	Không		
Tăng	74 94,9%	4 5,1%	OR = 6,39 p=0,001	OR =6,39 p= 0,001
Không	182 76,8%	55 23,2%		

Bảng 3.4. Liên quan hút thuốc lá và rối loạn lipid máu

Hút thuốc lá	RLLP		OR p	OR p (hiệu chỉnh)
	Có	Không		
Có	38 88,4%	5 11,6%	OR = 3,07 p=0,199	OR =3,07 p= 0,08
Không	218 80,1%	54 19,9%		

Bảng 3.5: Liên quan vận động thể lực với rối loạn lipid máu

Vận động thể lực	RLLP		OR p	OR p (hiệu chỉnh)
	Có	Không		
	133	41		

Có	76,4%	23,6%	OR = 2,1 p =0,016	OR =2,8 p= 0,002
Không	123 87,2%	18 12,8%		

BÀN LUẬN

Tỉ lệ rối loạn lipid máu: 81,3% thấp hơn Huỳnh Minh Ngọc [6] là 86,2% vì đối tượng trong nghiên cứu chúng tôi chỉ có tăng huyết áp, loại trừ đái tháo đường, bệnh góp phần làm gia tăng tỉ lệ RLLP. So sánh với Trần Thị Mỹ Loan (71,6%)[3], Nguyễn Hữu Long (63%)[2], tỉ lệ này cao hơn có thể do đối tượng, cỡ mẫu, tiêu chuẩn chẩn đoán RLLP máu khác nhau.

Các yếu tố liên quan với rối loạn lipid máu

Nhóm thừa cân-béo phì (TCBP) có RLLP máu chiếm 87,8% trong khi nhóm không TCBP có RLLP chiếm 74,2%; OR=2,5; p=0,002 (Bảng 3.1), kết quả TCBP trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Nguyễn Hữu Long (75%) [2], và thấp hơn Huỳnh Minh Ngọc(97,5%) [6] , do đối tượng tham gia nghiên cứu khác nhau,. Sau khi hiệu chỉnh với các yếu tố nguy cơ khác OR = 2,2 và p= 0,03. Có thể nói TCBP có nguy cơ RLLP máu hơn không TCBP trên bệnh nhân tăng huyết áp. Vòng eo là một chỉ số đánh giá béo phì trung tâm (BPTT), hiện nay được quan tâm nhiều. Nhóm BPTT có RLLP chiếm 89,3% cao hơn nhóm không BPTT có RLLP (76,8%) với OR=2,5; p=0,008 (Bảng 3.2). Tuy nhiên sau khi hiệu chỉnh p=0,82 không có ý nghĩa thống kê. Tác giả Anoop Misra[8] nhận thấy người có BPTT có RLLP cao hơn người không BPTT (73% so với 61%) và nguy cơ ĐTĐ típ 2 và bệnh mạch vành cao hơn. Tăng uric máu, tỉ lệ RLLP máu 94,9%, còn không tăng uric máu 76,8%, với OR= 5,59; p=0,001, sau khi hiệu chỉnh OR=6,36; p= 0,001(Bảng 3.3). Như vậy có mối liên quan giữa tăng uric máu và RLLP máu, kết quả tăng uric máu cao hơn kết quả Nguyễn Hữu Long (78,2%) do chúng tôi khảo sát trên người có tăng huyết áp. Deepti A.Lokanath[9] cho thấy tăng acid uric máu có tỉ lệ các thành phần lipid máu cao khác biệt với người acid uric bình thường (p=0,033). Điều này chứng tỏ tăng acid uric máu làm tăng nguy cơ

RLLP máu. Hút thuốc lá(HTL) có RLLP chiếm 88,4% cao hơn nhóm không HTL 80,1% với $p=0,199$ (Bảng 3.4). Kết quả này tương đồng với Huỳnh Minh Ngọc ($p>0,05$). D. Haj Mouhamed[10], Preeti Sharma[11] cho thấy số điều thuốc hút trong ngày càng nhiều và thời gian HTL càng dài thì càng làm tăng cholesterol, triglycerid, LDL-C và giảm HDL-C, sự khác biệt có ý nghĩa $p<0,05$ giữa người HTL và không HTL đối với RLLP máu có tăng LDL-C. Vận động thể lực (VĐTL) có tỉ lệ RLLP máu 76,8%, nhóm không vận động thể lực có 87,3 % RLLP, $p=0,016$. Như vậy VĐTL có liên quan với RLLP máu. Sau khi hiệu chỉnh $OR=2,8$; $p=0,002$ (Bảng 3.5). Kết quả này tương đồng với Huỳnh Minh Ngọc và Nguyễn Hữu Long. Vì vậy để giảm nguy cơ RLLP máu chúng ta cần vận động thể lực.

KẾT LUẬN

Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân THA nguyên phát khá cao. Thừa cân- béo phì, tăng acid uric máu, không vận động thể lực là yếu tố nguy cơ rối loạn lipid máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội Tim Mạch Học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu 2015*, Nhà xuất bản y học.
2. Nguyễn Hữu Long (2011), “ Rối loạn lipid máu: tỉ lệ mắc và kiến thức, thái độ thực hành ở cán bộ thuộc diện quản lý của ban bảo vệ sức khỏe tỉnh đồng nay”, *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập15(2), tr 36-43.
3. Trần Thị Mỹ Loan, Trương Quang Bình (2009), “Tương quan giữa chỉ số khối cơ thể và rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp”, *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, tập13(1), tr.61-66.
4. Hội Tim Mạch Việt Nam (2008), *Khuyến cáo 2008 về chẩn đoán và điều trị bệnh lý tim mạch và chuyển hoá*, Nhà xuất bản y học.
5. Võ Thành Nhân (2011), “ Hiệu quả điều trị và an toàn của chất ức chế men HMG-CoA reductase (statin) trong thực hành lâm sàng”, *Chuyên đề tim mạch học*.
6. Huỳnh Minh Ngọc (2014), *Nghiên cứu rối loạn lipid máu và đánh giá kết quả điều trị của rosuvastatin ở bệnh nhân THA nguyên phát tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường ĐH Y dược Cần Thơ.
7. Nguyễn Thanh Hiền, Thương Thanh Phương (2014), “ Khuyến cáo lâm sàng về xử trí tăng huyết áp trong cộng đồng (ASH/ISH)”, *Chuyên đề tim mạch học*.
8. Anoop misra(2013),”Obesityand Dyslipidemia in South Asians “ *Neutrients*, 5, 2708-2733.
9. Deepti A. Lokanath (2014), “Association of Hyperuricemia and Dyslipidemia –A Potent Cardivascular Risk Factor “, *Journal Of Medical Science And Clinical Reseach*,Vol 2(6).
- 10.D.Haj Mouhamed (2013),“Association between cigarette smoking and dyslipidemia ”, *Elsevier Masson SAS*.
- 11.Preeti Sharma (2016) “Dyslipidemia Among Smoker”*Asian Journal Of Pharmaceutical And Clinical Reseach*, Vol 9(4).

MỐI LIÊN HỆ GIỮA NỒNG ĐỘ MAGIÊ MÁU VÀ KẾT CỤC LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI ICU

Phạm Ngọc Trung, Lê Hồ Tiến Phương, Nguyễn Hà Thục Vân

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn magiê (Mg) máu là một bất thường điện giải quan trọng nhưng không được chẩn đoán ở bệnh nhân nặng. Có rất nhiều nghiên cứu cho thấy rối loạn Mg máu làm tăng tỷ lệ tử vong, thời gian thở máy và thời gian nằm viện ở bệnh nhân điều trị tại ICU. **Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ rối loạn Mg máu và mối liên quan giữa nồng độ Mg máu và kết cục lâm sàng tại khoa ICU. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Đối tượng nghiên cứu;** Tất cả người lớn (18 tuổi) đã nhận vào điều trị tại Khoa ICU bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang có xét nghiệm Mg máu lúc nhập viện. **Kết quả:** 192 trường hợp được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình 62 ± 18 ; 22.4% bệnh nhân có mức Mg máu hạ ($<0.7\text{mmol/l}$); 15.6% Mg máu cao ($>1\text{mmol/l}$) và 76.0% có mức Mg máu bình thường ($0.7\text{-}1.0\text{mmol/L}$). Tuổi, giới nam, và Charlson score không khác biệt ở 3 nhóm ($p>0.05$). Có sự khác biệt eGFR với nồng độ Mg với $p<0.05$. Bệnh nhiễm trùng và tiêu hóa có tỷ lệ hạ Mg máu cao là 48.8% và 41.9% với $p<0.05$; bệnh lý tim mạch và hô hấp cũng có tỷ lệ rối loạn Mg cao ($p>0.05$). Không có liên quan giữa nồng độ Mg máu với kết cục lâm sàng, thở máy và thời gian nằm viện, $p>0.05$. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn Mg máu là 73/119 (28%); trong đó thấp ($<0.7\text{ mmol/L}$) là 43/192 (22.4%) và cao ($>1.0\text{ mmol/L}$) là 30/192 (15.6%). Không có sự liên giữa nồng độ Mg máu với kết cục lâm sàng, thở máy và thời gian nằm viện ở bệnh nhân điều trị tại ICU.

ASSOCIATION OF SERUM MAGNESIUM ON OUTCOMES IN PATIENTS ADMITTED TO THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACTS

Background: Dismagnesemia is a major electrolyte abnormality but not diagnosed in severe patients. There are a number of studies that suggest that disorders of magnesium may increase mortality, duration of mechanical ventilation and hospital stay in patients in ICU. **Objectives:** To examine the prevalence of serum magnesium disturbances and the association between dismagnesemia and outcomes at the ICU. **Methods:** Description of cross section. **Subjects;** All adults (18 years old) have been admitted to the ICU at An Giang General Hospital having serum magnesium test at admitted. **Results:** 192 cases were included in the study. Mean age 62 ± 18 ; 22.4% of

patients had hypomagnesemia (<0.7 mmol / l); 15.6% of hypermagnesemia (> 1 mmol / l) and 76.0% of normal Mg levels (0.7-1.0 mmol / L). Age, male, and Charlson score were not significantly different in 3 groups ($p > 0.05$). There was a difference in eGFR with Mg concentration, $p < 0.05$. Infections and ingestion had a high mortality rate of 48.8% and 41.9% with $p < 0.05$; Cardiovascular and respiratory diseases also have a high incidence of Mg abnormalities ($p > 0.05$). There was no correlation between blood levels of Mg and clinical outcome, mechanical ventilation and hospital stay, $p > 0.05$. **Conclusion:** The prevalence of patients with dismagnesemia was 73/119 (28%); Low (<0.7 mmol / L) was 43/192 (22.4%) and high (> 1.0 mmol / L) was 30/192 (15.6%). There was no association between dismagnesemia with clinical outcomes, mechanical ventilation and hospital stay in patients treated at the ICU.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Magnesium (Mg) là một trong những cation nội bào chiếm ưu thế. Nó như một chất xúc tác cho hơn 300 phản ứng nội bào và có nhiều chức năng trong sản xuất năng lượng, điều hòa canxi nội bào, tổng hợp protein và sự thoái hóa, và sự phóng thích các chất dẫn truyền thần kinh. Ion Mg^{2+} quan trọng đối với việc điều chỉnh sự vận chuyển các ion $[Na^{+}]$ và $[K^{+}]$ qua màng tế bào, bao gồm cả màng các tế bào cơ tim và tế bào cơ trơn của mạch máu. Ion $[Mg^{2+}]$ kích hoạt bơm $[Na^{+}]-[K^{+}]-ATPase$ là bơm đóng một vai trò quan trọng trong việc điều chỉnh sự vận chuyển $[Na^{+} - K^{+}]$. Các bằng chứng hiện nay cho thấy magne $[Mg^{2+}]$ là rất quan trọng trong việc kiểm soát trương lực tiểu động mạch và kiểm soát huyết áp, chủ yếu thông qua việc điều chỉnh các bộ trao đổi ion $[Mg^{2+} - Ca^{2+}]$ trên màng tế bào mạch máu. Cân bằng Mg thích hợp đã được báo cáo để giảm nguy cơ viêm, đái tháo đường, ung thư đại trực tràng, đột quỵ, và các biến cố tim mạch. Các nghiên cứu đã phát hiện ra rằng giảm Mg máu ở bệnh nhân suy tim, những bệnh nhân nặng và gần đây là những bệnh nhân đang chạy thận có tỷ lệ tử vong cao. Một phân tích meta gần đây cho thấy với giảm mỗi 0,49 mg / dL (0,2 mmol/L) Mg huyết thanh, làm tăng 30% các bệnh tim mạch.

MỤC TIÊU CỦA ĐỀ TÀI:

- Khảo sát tỷ lệ rối loạn Mg máu tại khoa ICU
- Tìm mối liên quan giữa nồng độ Mg máu và kết cục lâm sàng

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang
2. Thời gian: 06 tháng (tháng 3 đến tháng 8 năm 2018)
3. Bệnh nhân nghiên cứu: Tất cả người lớn (18 tuổi) đã nhận vào điều trị tại Khoa ICU bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang có xét nghiệm Mg máu lúc nhập viện.

- Tiêu chí loại trừ: Bệnh nhân không được đo Mg máu lúc nhập viện, bệnh nhân không đồng ý nghiên cứu

4. Đo lường các biến

- Đặc điểm chung: Họ - tên, tuổi, giới, mã bệnh nhân
- Các chỉ số lâm sàng: thời gian nằm viện, nghiện rượu, bệnh kèm, thở máy
- Các chỉ số cận lâm sàng: Mg, Ca, K, Albumin máu, eGFR (ĐLCT)
- Kết cục: tốt (ra viện, về đỡ giảm), xấu (tử vong, nặng về, về không đổi)
- Chẩn đoán sau cùng theo ICD10
- Thang điểm Charlson

Một số định nghĩa:

- Mức Mg lúc nhập viện được định nghĩa là nồng độ Mg huyết thanh trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện.
- Đối với bệnh nhân nhập viện nhiều lần, dữ liệu từ lần nhập viện đầu tiên được sử dụng để phân tích.

- Thang điểm Charlson được tính cho mỗi bệnh nhân tại thời điểm nhập viện để đánh giá bệnh kết hợp:

- + Tuổi : <50 tuổi: 0, 50-59 tuổi: +1, 60-69 tuổi: +2, 70-79 tuổi: +3, ≥80 tuổi: +4
- + Đái tháo đường: có +1; biến chứng cơ quan đích +2
- + Bệnh gan: nhẹ +1; nặng +3
- + Bệnh lý ác tính: có +2; di căn +6
- + AIDS: có +6
- + Suy thận trung bình đến nặng: có +2

+ Suy tim, NMCT, COPD, bệnh lý mạch máu ngoại biên, đột quỵ não, liệt ½ người, lú lẫn, bệnh mô liên kết, bệnh dạ dày: +1 mỗi bệnh.

- Định nghĩa một số bệnh: Suy thận (ĐLCT), ĐTD, tim mạch, nội tiết, huyết học, K, nhiễm trùng, hô hấp, tiêu hóa, chấn thương, ngộ độc, khác...

5. Phân tích và xử lý số liệu: Các biến liên tục được báo cáo là $\pm$ trung bình $\pm$ SD cho dữ liệu phân bố chuẩn hoặc trung vị cho dữ liệu phân bố không chuẩn. Biến phân loại được báo cáo theo số và tỷ lệ phần trăm. Mức Mg máu lúc nhập viện được chia làm 3 nhóm: thấp $<0.7\text{mmol/l}$, bình thường $0.7\text{-}1.0\text{mmol/l}$, cao $>1.0\text{mmol/l}$. Các đặc điểm ban đầu được so sánh giữa các nhóm sử dụng phân tích sự biến thiên của các biến liên tục và kiểm định χ^2 đối với các biến phân loại. Tỷ lệ tử vong được tính bằng tỷ lệ bệnh nhân tử vong trong tổng số bệnh nhân. Phân tích hồi quy logistic và phân tích hồi quy tuyến tính đa biến đã được thực hiện để đánh giá mối liên quan giữa các mức độ Mg và kết cục lâm sàng bao gồm tỷ lệ tử vong ở bệnh viện, thời gian nằm viện (LOS) và thở máy. Tỷ số Odds và KTC 95% đã được báo cáo. Một 2-tailed $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Phần mềm thống kê SPSS 16.0 được sử dụng để phân tích.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng chung

Các biến	Nồng độ Mg lúc nhập viện (mmol/l) (n=192)			p
	Thấp (n=43=22.4%) <0.7	Bình thường (n=119=62%) 0.7-1.0	Cao (n=30=15.6%) >1.0	
Tuổi	61 $\pm$ 16	64 $\pm$ 18	61 $\pm$ 18	>0.05
Giới Nam (n=77)	17 (39.5%)	46 (38.7%)	14 (46.7%)	>0.05
Charlson score	4 $\pm$ 2.36 (0-10)	3.89 $\pm$ 2.09 (0-11)	4.1 $\pm$ 2.8 (0-11)	>0.05
eGFR (ĐLCT) (mL/min/1.73 m ²)	65.9 $\pm$ 56.9	52.3 $\pm$ 29.7	30.4 $\pm$ 22.9	<0.05
Nghiện rượu (16)	6 (14%)	9 (7.6%)	1 (3.3%)	>0.05

ĐTĐ (42)	13 (30.2%)	22 (18.5%)	7 (23.3%)	>0.05
Bệnh tim mạch (106)	18 (41.9%)	69 (58%)	19 (63.3%)	>0.05
Bệnh huyết học, ung thư (22)	7 (16.3%)	12 (10.1%)	3 (10%)	>0.05
Nhiễm trùng (66)	21 (48.8%)	32 (26.9%)	13 (43.3%)	<0.05
Nội tiết (36)	12 (27.9%)	19 (16%)	5 (16.7%)	>0.05
Hô hấp (87)	23 (53.5%)	50 (42%)	14 (46.7%)	>0.05
Tiêu hóa (49)	18 (41.9%)	25 (21%)	6 (20%)	<0.05
Chấn thương(16)	2 (4.7%)	14 (11.8%)	0 (0%)	>0.05
Ngộ độc (5)	0 (0%)	5 (4.2%)	0 (0%)	>0.05
Khác (74)	13 (30.2%)	48 (40.3%)	13 (43.3%)	>0.05
Bổ sung Mg trước nhập viện (n=24)	42.5±21mmol (n=12)	43.6±19.5 mmol (n=11)	90 mmol (n=1)	>0.05
Kali lúc nhập viện (mEq/L)	3.5±0.7	3.8±0.8	4.9±1.4	>0.05
Albumin lúc nhập viện (g/dL)	27.6±9.1	24±8.3	24±1.9	>0.05
Calci ion hóa (mg/dL)	1.03±0.1	1.07±0.08	1.07±0.1	<0.05

Nhận xét: - Tuổi, giới, điểm Charlson không khác biệt ở nồng độ Mg máu(p>0.05)

- Có sự khác biệt về độ lọc cầu thận với nồng độ Mg (p<0.05)

- Bệnh lý nhiễm trùng và tiêu hóa có tỷ lệ hạ Mg máu cao (48.8% và 41.9%)

với p<0.05.

Bảng 2. Kết cục lâm sàng

Kết cục	Nồng độ Mg lúc nhập viện (mmol/l)			
	Thấp (n=43) <0.7	Bình thường (n=119) 0.7-1.0	Cao (n=30) >1.0	p
Xấu (n=50)	12 (27.9%)	34 (28.6%)	4 (13.3%)	>0.05
Thở máy	26 (60.5%)	65 (54.6%)	15 (50.0%)	>0.05

Thời gian nằm viện (Mean)	3.12±5.6	3.9±7.1	3.0±5.4	>0.05
---------------------------	----------	---------	---------	-------

Nhận xét: - Không có mối liên quan giữa nồng độ Mg máu và kết cục ($p>0.05$)

- Không khác biệt thở máy và thời gian nằm viện ở 3 nhóm ($p>0.05$).

BÀN LUẬN:

Từ tháng 3 đến tháng 8 năm 2018, có 192 trường điều trị tại Khoa ICU bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đủ điều kiện và được đưa vào nghiên cứu. Nữ chiếm tỷ lệ 60% (115/195). Tuổi trung bình 62 ± 18 (min 16 – max 96); không có sự khác biệt với nồng độ Mg máu theo tuổi, $p>0.05$. Có 22.4% bệnh nhân có mức Mg máu hạ ($<0.7\text{mmol/l}$); 15.6% Mg máu cao ($>1\text{mmol/l}$) và 76.0% có mức Mg máu bình thường ($0.7\text{-}1.0\text{mmol/L}$). Trong các nghiên cứu trước đây, tình trạng hạ Mg máu chỉ chiếm khoảng 10% số bệnh nhân nằm viện, chủ yếu là ở các bệnh nhân nặng, suy tim hoặc rối loạn điện giải, tăng Mg máu thì không phổ biến [2], [3], [10], [11]. Không có sự khác biệt giữa nồng độ Mg máu và thang điểm Charlson score ($p>0.05$). Tuy nhiên có sự khác biệt nồng độ Mg máu và độ lọc cầu thận; ở những bệnh nhân tăng Mg máu, mức lọc cầu thận giảm còn $30.4 \pm 22.9 \text{ ml/phút/1,73m}^2$, và Mg máu bình thường, hạ lần lượt là 52.3 ± 29.7 , $65.9 \pm 56.9 \text{ ml/phút/1,73m}^2$ da, với $p<0.05$. Nhiều nghiên cứu khác có kết quả tương tự [2], [3], [4], [6], [7]. Nguyên nhân, song song với với giảm eGFR, sự hấp thu ở thận cũng giảm và tăng mg máu sẽ không tiến triển khi cho đến khi eGFR giảm xuống dưới 30ml/phút/1,73m^2 . Ở nhóm bệnh nhân nghiện rượu, tỷ lệ hạ Mg cao hơn (14%), có thể do bệnh giảm bổ sung Mg vào cơ thể. Phân tích vào yếu tố bệnh lý, ở nhóm bệnh nhiễm trùng và tiêu hóa, tỷ lệ hạ Mg máu cao hơn với bình thường và cao (nhiễm trùng là 48.8%, tiêu hóa là 41.9%), với $p<0.05$. Rối loạn Mg máu cũng xảy ra cao ở nhóm bệnh lý hô hấp, tim mạch, ĐTD (hạ và cao lần lượt là 53.5%-46.7%, 41.9%-63.3%, 30.2%-23.3%) mặc dù không có nghĩa thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi. Khi phân tích kết cục lâm sàng, chúng tôi thấy không có sự khác biệt về kết cục lâm sàng, thở máy và thời gian nằm viện với nồng độ Mg máu với $p>0.05$. Các tác giả khác như M. Safavi [3], Jiang P [5], C.S. Limaye [7], Safavi M [10], Velissaris D [14] báo cáo có sự khác biệt nồng độ Mg máu và tử vong; tỷ lệ tử vong tăng đáng kể ở bệnh nhân rối loạn Mg máu nặng sau khi đã hiệu chỉnh theo tuổi, giới, eGFR và thang điểm Charlson. Theo các nghiên cứu này thời gian nằm viện cũng dài hơn ở nhóm có rối loạn Mg máu. Có sự khác biệt này có thể mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ, kết cục lâm sàng không chính xác và không công cụ chuẩn để đánh giá độ nặng như SAPS II (simplie simplified acute physiology score), Apache II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation), SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)... Trong nghiên cứu này cũng thấy rằng việc bổ sung Mg chưa được quan tâm, 24/192 trường hợp được bổ sung Mg, trong đó Mg máu hạ chỉ được bổ sung 12/43 (28%) trường hợp. Cho thấy ta chưa thấy tầm quan trọng của rối loạn Mg máu ở bệnh nhân nặng. Trong

khi đó, đã có nhiều nghiên cứu, các phân tích cho thấy cân bằng Mg thích hợp đã được báo cáo để giảm nguy cơ viêm, đái tháo đường, ung thư đại trực tràng, đột quỵ, và các biến cố tim mạch. Ngoài vai trò điều hòa quan trọng của Mg trong nhiều phản ứng nội bào đã được biết trước đây, Mg được tìm thấy trong điều hòa vận chuyển, trao đổi canxi trong nội bào thông qua các kênh thụ thể ryanodine (RyR). Mg ức chế sự phóng thích canxi qua mạng lưới sarcoplasmic qua trung gian RyR bằng cách cạnh tranh thụ thể với canxi, bằng các liên kết với các điểm ức chế cation hóa trị 2 không chọn lọc. Có lẽ do rối loạn chức năng điều hòa canxi, tình trạng hạ Mg máu làm cho bệnh nhân rối loạn nhịp tim và đột tử, trong khi sự tăng Mg máu làm suy yếu hoạt động co bóp của tim. Tăng Mg làm tăng nguy cơ tử vong và kết cục lâm sàng xấu đi trong các chẩn đoán nhập viện.

HẠN CHẾ ĐỀ TÀI: cỡ mẫu nhỏ, số lượng bệnh có kết cục xấu ít (26%), không đánh giá độ nặng như Apache II, SOFA, dùng Charlson score chưa đủ nói lên yếu tố nặng khi nằm ở ICU.

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn Mg máu là 73/119 (28%); trong đó bình thường (0.7-1.0 mmol/L) 119/192 (62%), thấp (<0.7 mmol/L) là 43/192 (22.4%) và cao (>1.0 mmol/L) là 30/192 (15.6%).

- Không có sự liên giữa rối loạn Mg máu và kết cục lâm sàng ở bệnh nhân điều trị tại ICU. Cần nghiên cứu thêm với cỡ mẫu lớn hơn và số liệu chuẩn hơn.

Tài liệu tham khảo

1. **S.C. Larsson, N. Orsini, A. Wolk** (2012), Dietary magnesium intake and risk of stroke: a meta-analysis of prospective studies, *Am J Clin Nutr*, 95 (2) (2012), pp. 362-366
2. **X. Qu, F. Jin, Y. Hao, et al** (2017). Magnesium and the risk of cardiovascular events: a meta-analysis of prospective cohort studies, *PLoS One*, 8 (3) (2013), p. e57720
3. **M. Safavi, A. Honarmand** (2007), Admission hypomagnesemia—impact on mortality or morbidity in critically ill patients, *Middle East J Anaesthesiol*, 19 (3) (2007), pp. 645-660.
4. **Charles BS¹, Menon I², Girish TS³, Cherian AM** (2016). Hypomagnesemia in the ICU - Does Correction Matter? *J Assoc Physicians India*. 2016 Nov;64(11):15-19.
5. **Jiang P¹, Lv Q, Lai T, Xu F** (2017). Does Hypomagnesemia Impact on the Outcome of Patients Admitted to the Intensive Care Unit? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Shock*. 2017 Mar;47(3):288-295. doi: 10.1097/ SHK.00769.
6. **Kieboom BC¹, Niemeijer MN², Leening MJ³, van den Berg ME⁴, Franco OH², Deckers JW⁵, Hofman A⁶, Zietse R⁷, Stricker BH¹, Hoorn EJ** (2016). Serum Magnesium and the Risk of Death From Coronary Heart Disease and Sudden Cardiac Death. *J Am Heart Assoc*. 2016 Jan 22;5(1). pii: e002707. doi: 10.1161/JAHA.115.002707.
7. **C.S. Limaye, V.A. Londhey, M.Y. Nadkarni, N.E. Borges** (2011), Hypomagnesemia in critically ill medical patients, *J Assoc Physicians India*, 59 (2011), pp. 19-22.

8. **A.M. Khan, S.A. Lubitz, L.M. Sullivan, *et al*** (2013). Low serum magnesium and the development of atrial fibrillation in the community: the Framingham Heart Study, *Circulation*, 127 (1) (2013), pp. 33-38.
9. **Limaye CS¹, Londhey VA, Nadkarni MY, Borges NE**. Hypomagnesemia in critically ill medical patients. *J Assoc Physicians India*. 2011 Jan;59:19-22.
10. **Safavi M¹, Honarmand A** (2007). Admission hypomagnesemia-impact on mortality or morbidity in critically ill patients. *Middle East J Anaesthesiol*. 2007 Oct;19(3):645-60.
11. **T. Reffelmann, M. Dörr, T. Ittermann, *et al*** (2010). Low serum magnesium concentrations predict increase in left ventricular mass over 5 years independently of common cardiovascular risk factors, *atherosclerosis*, 213 (2) (2010), pp. 563-569.
12. **T. Ohira, J.M. Peacock, H. Iso, L.E. Chambless, W.D. Rosamond, A.R. Folsom** Serum and dietary magnesium and risk of ischemic stroke: the Atherosclerosis Risk in Communities Study, *Am J Epidemiol*, 169 (12) (2009), pp. 1437-1444
13. **N.E. Saris, E. Mervaala, H. Karppanen, J.A. Khawaja, A. Lewenstam** (2000) Magnesium: an update on physiological, clinical and analytical aspects, *Clin Chim Acta*, 294 (1-2) (2000), pp. 1-26.
14. **Velissaris D¹, Karamouzou V¹, Pierrakos C², Aretha D³, Karanikolas M** (2015), Hypomagnesemia in Critically Ill Sepsis Patients. *Clin Med Res*. 2015 Dec;7(12):911-8. doi: 10.14740/jocmr2351w. Epub 2015 Oct 23.

GIÁ TRỊ CỦA CA 125 TRONG LAO PHỔI

Phan Thanh Dũng, Trần Quốc Kiệt, Bùi Tòng Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định giá trị chẩn đoán của CA 125 (dấu ấn khối u) trong lao phổi AFB(+) (acid-fast bacilli). **Đối tượng và phương pháp:** xác định nồng độ CA 125 huyết tương ở 64 bệnh nhân bị lao phổi AFB(+) và 46 bệnh nhân AFB(-). **Kết quả:** Có 64 bệnh nhân lao phổi AFB (+). Tuổi trung bình là 54 ± 11.4 , nồng độ CA125 trung bình là 98.38 U/ml , và 46 bệnh nhân AFB(-). Tuổi trung bình là 61 ± 9.4 , nồng độ CA125 trung bình là 42.19 U/ml và 29 bệnh nhân được tái khám sau điều trị kháng lao. Tuổi trung bình là 49 ± 10.4 , nồng độ CA125 trung bình là 41.24 U/ml . Có sự khác biệt ý nghĩa giữa nhóm trước điều trị với sau điều trị ($p < 0.000$) và với nhóm AFB (+) so nhóm AFB (-) ($p < 0.002$). Với điểm cắt 43.5 U/ml , CA125 có giá trị trong chẩn đoán lao phổi AFB (+) với độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính (PPV) và giá trị tiên đoán âm tính (NPV) lần lượt là 74,2%; 72,0%; 80,0% và 81,2%. **Kết luận:** Nồng độ CA125 tăng trong bệnh nhân lao phổi có AFB(+) và giảm sau khi được điều trị kháng lao. CA 125 có thể hữu ích cho việc phát hiện lao phổi AFB(+) và theo dõi đáp ứng điều trị.

SUMMARY

Objective: To determine the value of CA 125 marker in diagnosis of pulmonary tuberculosis with AFB (+). **Subjects and methods:** Serum levels of CA 125 were measured in 64 patients with pulmonary tuberculosis AFB(+) and 46 patients with AFB(-). **Results:** 64 patients with pulmonary tuberculosis AFB(+), mean age: 54 ± 11.4 , mean CA-125 concentration: 98.38 U/ml , 46 patients with AFB(-), mean age: 61 ± 9.4 , mean CA-125 concentration: 42.19 U/ml . After anti-tuberculous treatment, there remained 29 patients with mean age: 49 ± 10.4 and mean CA-125 concentration: 41.24 U/ml . There was statistically significant difference pre and post treatment ($p < 0.000$) and between pulmonary tuberculosis AFB(+) and AFB(-) groups. With cut-off of 43.5 U/ml , CA125 had the sensitivity, the specificity, the positive predictive value (PPV) and the negative predictive value (NPV) of 74.2%; 72.0%; 80.0% and 81.2%, respectively. **Conclusion:** CA 125 concentration increased in patients with tuberculosis (AFB(+)) and its concentration decreased after anti-tuberculous treatment. High serum CA-125 concentration may be useful for detecting tuberculous AFB (+) and for monitoring treatment response.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao phổi là bệnh phổ biến nhất trong các thể lâm sàng bệnh lao [11]. Việc xác định vi khuẩn lao (AFB) trong đờm thì rất quan trọng trong điều trị lao phổi, tuy nhiên việc chẩn đoán dựa trên xét nghiệm và lâm sàng, theo dõi hoạt tính vi trùng lao và đáp ứng điều trị không phải luôn dễ để đánh giá [3,12]. Mặc dù xét nghiệm vi trùng lao trong đờm là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và theo dõi bệnh, nhưng đôi khi khó có thể có được. Yếu tố quyết định quan trọng nhất của điều trị thành công là tình trạng AFB/đờm dương tính chuyển đổi âm tính, nhưng phải vài tuần để biết liệu bệnh nhân có điều trị thành công không. Xét nghiệm CA 125 huyết thanh để theo dõi lao hoạt tính và đáp ứng điều trị sẽ rất hữu ích cho bác sĩ lâm sàng[11,12].

Mặc dù CA125 là dấu ấn ung thư [9,11], tuy nhiên có nhiều báo cáo CA 125 tăng trong bệnh nhân có lao phổi, lao ngoài phổi, lao màng bụng, lao khung chậu, lao phúc mạc[3,4]. Chúng tôi giả thiết rằng dấu ấn CA 125 tăng cao trong bệnh lao phổi và giảm dần sau khi điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm xác định giá trị chẩn đoán và giá trị theo dõi của CA 125 trong điều trị lao phổi.

II. PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu tiền cứu của chúng tôi được chấp thuận của Hội đồng Khoa Học bệnh viện, chọn 110 bệnh nhân ngoại trú và bệnh nhân nội trú từ tháng 8/ 2017 đến tháng 8/ 2018 có 64 bệnh nhân với AFB(+) và 46 bệnh nhân với AFB(-). Tất cả đang được điều trị và theo dõi ở khoa Lao Bệnh viện đa khoa trung tâm An giang.

Chẩn đoán lao phổi với AFB (+) dựa xét nghiệm đàm nhuộm Ziehl – Neelsen tìm vi khuẩn lao (AFB: acid-fast bacilli) dương tính.

Chẩn đoán bệnh nhân với AFB (-) dựa hình ảnh XQ không thay đổi tối thiểu là 6 tháng và 03 mẫu xét nghiệm đàm nhuộm Ziehl – Neelsen tìm vi khuẩn lao (AFB: acid-fast bacilli) âm tính.

Cách tiến hành lấy mẫu đờm vào buổi sáng, khi bệnh nhân chưa ăn, khoảng 3-5ml, gửi về phòng xét nghiệm Bệnh viện đa khoa trung tâm An giang. Thực hiện quy trình nhuộm Ziehl - Neelsen Ly và trả kết quả.

Để đo lường nồng độ CA 125 trong huyết thanh, lấy 10ml/ máu/mỗi bệnh nhân. Lưu trữ ở nhiệt độ 18 độ C. Sử dụng Packard gamma counter RIA instrument and IRMA mat CA II kit để đo lường nồng độ CA 125 huyết thanh.

Xử lý số liệu dùng phép kiểm phi tham số Mann-whintey U-test để so sánh CA 125 trung bình giữa 2 nhóm. Dùng đường cong ROC để đánh giá. Dùng chỉ số Youden để

tìm điểm cắt có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất. Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm. Sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Có 110 bệnh nhân được chọn, 64 Chẩn đoán lao phổi với AFB(+) và 46 Chẩn đoán bệnh nhân với AFB(-).

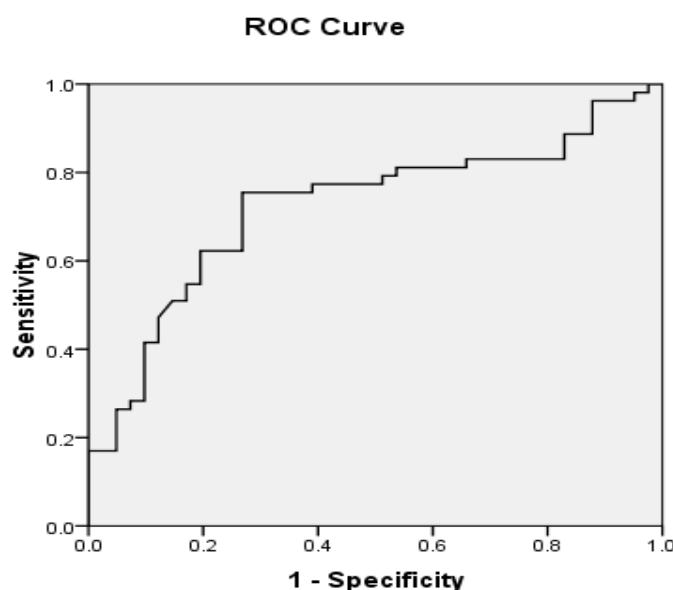
Bảng 1: Đặc điểm nhóm nghiên cứu.

	Số lượng mẫu	Tuổi trung bình	Nồng độ CA 125(U/ml)	P
AFB(+)	64	54± 9.44	98.38	0.002
AFB(-)	46	61± 11.91	42.19	
Sau điều trị	29	49± 8.11	41.24	0.000

Nhận xét: Ở nhóm AFB(+) trước điều trị, 64 bệnh nhân có nồng độ CA 125 trung bình là 98.48 ± 54.7 U/ml cao hơn ở nhóm AFB(-) có 46 bệnh nhân với nồng độ CA 125 trung bình là 42.48 ± 44.7 U/ml có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm ($p < 0.002$). Ở nhóm sau điều trị, được theo dõi có 29 bệnh nhân với nồng độ CA 125 trung bình là 41.48 ± 24.7 U/ml. Có sự khác biệt có ý nghĩa trước và sau điều trị ($p < 0.000$) và còn lại có 30 bệnh nhân mất dấu, 5 bệnh nhân tử vong do bệnh.

2. Diện tích dưới đường cong ROC của CA 125

Diện tích dưới đường cong CA 125 là 72.3% có sự khác biệt có ý nghĩa với $p = 0.000$.



Biểu đồ 1. Diện tích dưới đường cong ROC của CA 125

3. Độ nhạy và độ đặc hiệu CA125 trong lao phổi.

Xác định điểm cắt của CA125 bằng chỉ số Youden là 43.5U/ml.

Bảng 2 : Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm

	Se (%)	Sp (%)	GTTĐ (+)	GTTĐ (-)
CA125	74.2%	72.0%	80,0	81,2

Nhận xét: : Với điểm cắt 43.5U/ml thì độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 74.2% và 72%.

III. BÀN LUẬN

Trong số phụ nữ có ung thư tế bào biểu mô buồng trứng thì có 80% có tăng CA 125 [2]. Năm 1996, kỹ thuật xét nghiệm CA 125 được giới thiệu và thường chỉ đo lường nồng độ CA trong máu, tuy nhiên cũng có thể đo nồng độ CA trong dịch màng phổi và dịch màng bụng [4,5]. Những báo cáo trước đây, nồng độ CA máu < 35 U/ml được xem là bình thường [2]. Sự tăng CA chẳng những không đặc hiệu trong ung thư buồng trứng mà còn thấy tăng trong một số bệnh lành tính và ác tính [11]. Theo tác giả Sulaiman S và cs [3], lao màng bụng là một trong thể lao có CA tăng cao nhiều trong máu, và sau đó giảm 30% sau điều trị 3 tuần với thuốc kháng lao và có thể trở lại bình thường sau hết phác đồ trị liệu. Một nghiên cứu, nồng độ CA tăng cao trong phụ nữ lớn

tuổi có bụng báng và lao kê, và nồng độ này trở lại bình thường sau điều trị 8 tuần [5]. Trong những báo cáo khác: một báo cáo ca từ Iran, một bệnh nhân bị bụng báng, khối u ở bụng và nồng độ CA125 cao, nội soi ổ bụng chẩn đoán sơ bộ là ung thư buồng trứng, tuy nhiên mô học chẩn đoán là lao màng bụng; một báo cáo ca từ Ấn độ, một bệnh nhân bị u xơ buồng trứng phải và CA125 cao, mô học liên quan lao màng bụng. Những ca trên cho thấy là một số trong những bệnh, đặc biệt trong lao màng bụng, có thể ung thư buồng trứng tiến triển giả và vì thế sẽ có thể không được chẩn đoán lao, và do đó nồng độ CA125 cao cũng không chuyên biệt ung thư buồng trứng. Vì trùng lao thường thường khó có thể phát hiện trong dịch màng phổi hoặc dịch màng bụng. Vì thế, có những trường hợp lao màng phổi hoặc lao màng bụng không thể chẩn đoán được, thậm chí khi được làm sinh thiết. Những khó khăn trong chẩn đoán như vậy thì cần thiết phải sử dụng những xét nghiệm miễn dịch khác nhau và những dấu ấn khối u [9,10]. Một nghiên cứu khảo sát giá trị nồng độ CA125 tăng trong máu và trong dịch màng phổi và trở lại bình thường khi điều trị, gợi ý nên sử dụng CA 125 như là thông số hữu ích để đánh giá đáp ứng điều trị [8].

Một nghiên cứu thực hiện ở Nhật, nồng độ CA 125 cao 45% trong 40 bệnh nhân lao phổi có AFB (+) và trong 24 bệnh nhân có tràn dịch do lao (lao màng phổi, lao màng tim, lao màng bụng). Nồng độ CA 125 trong nhóm lao màng tim-phổi-bụng cao nhiều hơn trong nhóm lao phổi và giảm rõ ở cả 2 nhóm sau khi điều trị thuốc kháng lao [9]. Một nghiên cứu ở Nhật, một số dấu ấn ung thư (CA, CEA, SL) được thực hiện trên 123 bệnh nhân lao phổi có AFB (+): Phần lớn nồng độ CA tăng nhiều hơn trong số các dấu ấn ung thư, lớn hơn 44% và trở lại bình thường sau điều trị kháng lao [10]. Trong một nghiên cứu khác 35 bệnh lao phổi và 45 bệnh nhiễm trùng hô hấp khác, nồng độ CA125 cao hơn trong nhóm lao phổi. Mười bệnh nhân trong nhóm lao phổi được đo lại sau 2- 4 tháng sau điều trị có CA giảm. Điểm cắt đối với các ca lao phổi được xác định là 32, 5 U/ml, so sánh với nghiên cứu chúng tôi là 43.5U/ml.

V. KẾT LUẬN:

Nồng độ CA125 tăng trong bệnh nhân lao phổi có AFB (+) và giảm sau khi được điều trị kháng lao. CA 125 có thể hữu ích cho việc phát hiện lao phổi AFB (+) trong những trường hợp chưa chắc chắn. Ngoài ra, giảm nồng độ CA trong thời gian điều trị là dấu chứng đáp ứng điều trị, đặc biệt là kết hợp cả lâm sàng, hình ảnh XQ và các xét nghiệm khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jacobs I.J., Skates SJ, MacDonald N, Menon U, Rosenthal AN, Davies AP, Woolas R, Jeyarajah AR, Sibley K, Lowe DG, Oram DH. Screening for ovarian cancer: a pilot randomised controlled trial. *Lancet* 1999 Apr 10;353(9160):1207-10.
2. Diez M., Torres A., Pollan M., Gomez A., Ortega D., Maestro M.L., Granell J., Balibrea J.L.. Prognostic significance of serum CA-125 antigen assay in patients with non-small cell lung cancer. *Cancer*, 1994;73(5):1368-76.
3. Sulaiman S., Tan K.H. Markedly-elevated serum Ca-125 in a woman with pulmonary tuberculosis. *Singapore Med. J.* 2009;50(1):39-40.
4. Jimenez Perez C., Torres Leon JM., Martinez Alonso M., González Arias R, Benito Sánchez F, de la Torre Gutiérrez S, Torres Salcines J, Montero Vázquez JM. Peritoneal Tuberculosis: Evaluation of the Response to Treatment Analysing the CA-125 Levels. *Rev. Esp. Enferm. Dig.*, 1998;90(8):592-3.
5. Ronay G., Jager W., Tulusan AH. Immunohistochemical and Serologic Detection of CA-125 in Patients with Peritoneal Tuberculosis and Ascites. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1989;49(1):61.
6. Hasanzadeh M., Malekoti H. Miliary Tuberculosis Peritonitis Mimicking Advanced Ovarian Cancer. *Cancer therapy*, 2005;3:29-30.
7. Akur V, Mukherjee U, Kumar K. Elevated serum cancer antigen 125 levels in advanced abdominal tuberculosis. *Med. Oncol.* 2001;18(4):289-91.
8. Wongtim S., Silachamroon U., Ruxrungtham K., Udompanich V, Limthongkul S, Charoenlap P, Nuchprayoon C. Interferon Gamma for Diagnosing Tuberculous Pleural Effusions. *Thorax*, 1999;54(10):921-924.
9. Huang WC, Tseng CW, Chang KM, Hsu JY, Chen JH, Shen GH. Usefulness of Tumor Marker CA-125 Serum Levels for the Follow-Up of Therapeutic Responses in Tuberculosis Patients with and without Serositis. *Jpn J Infect Dis.* 2011;64(5):367-72.
10. Ichiki H., Shishido M., Nishitani K., Takatsugi K, Nishiyama S, Yano M, Watanabe K. Evaluation of CEA, SLX and CA-125 in Active Pulmonary Tuberculosis. *Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi.* 1993;31(12):1522-7.
11. American Thoracic Society. Diagnostic standard and classification of tuberculosis. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142: 725-735.
12. Saltini C, Colizzi V. Soluble immunological markers of disease activity in tuberculosis. *Eur Respir J* 1999; 14: 485-486.

ĐÁNH GIÁ SỬ DỤNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2018

Nguyễn Thị Hạnh, Nguyễn Kim Chi,

Nguyễn Minh Loan, Lê Hoàng Vũ

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các chỉ số kê đơn điều trị ngoại trú, phân tích tình hình sử dụng thuốc tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2018 và so sánh việc sử dụng nhóm thuốc không thiết yếu và thuốc tối cần thiết giữa hai năm 2017 và 2018, từ đó cân nhắc, đề xuất trong việc lựa chọn danh mục thuốc. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Lấy ngẫu nhiên đơn thuốc tại thời điểm nghiên cứu và các báo cáo sử dụng thuốc tại khoa Dược – BVĐKTT An Giang năm 2017 và 2018. **Kết quả:** Qua kết quả nghiên cứu cho thấy số thuốc trung bình trên một đơn, năm 2018 là 2,82 so với năm 2017 có hơi cao hơn (2,76). Tổng tiền thuốc sử dụng năm 2018 tăng hơn năm 2017 là 23.794.467.463 đồng (tăng khoảng 21,5%). Tỷ lệ thuốc ngoại nhập sử dụng tăng khoảng 24% và hàng nội tăng 16% so với năm 2017. Tổng tiền sử dụng các thuốc nhóm V năm 2018 sử dụng là 17.492.871.145 đồng, tăng khoảng 20% so với năm 2017 (14.606.692.867 đồng). Tổng tiền sử dụng các thuốc nhóm N năm 2018 sử dụng là 9.031.660.537 đồng, giảm khoảng 18% so với năm 2017 (10.796.010.547 đồng).

SUMMARY

Objectives: To evaluate the indicators of outpatient treatment, analysis of drug use situation at An Giang General Hospital in 2018 and compare the use of non-essential and essential drugs between Two years 2017 and 2018, then consider and propose the selection of drugs. **Methods:** cross sectional description. **Sample:** randomized prescriptions at the time of study and reports on the use of drugs in An Giang Pharmacy Department in 2017 and 2018. **Results:** The average drug per prescription, in 2018 is 2,82, compared with 2017 slightly higher (2,76). Total drug use in 2018 increased more than 2017 is 23.794.467.463 VND (up about 21,5%). The foreign drugs increased about 24% and locally produced medicines by 16% compared to 2017. The total use of Group V drugs in 2018 is 17.492.871.145 VND, up about 20% compared to 2017 (14.606.692.867 VND). The total use of Group N drugs in 2018 is VND 9.031.660.537, down about 18% compared to 2017 (10.796.010.547 VND).

ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc kê đơn điều trị cho bệnh nhân được quan tâm rất nhiều ở các cơ sở khám chữa bệnh, sử dụng thuốc không hợp lý dẫn đến không có hiệu quả trong điều trị, ảnh hưởng

đến sức khỏe người bệnh, làm tăng đáng kể chi phí cho người bệnh, thậm chí gây ra những hậu quả nghiêm trọng kể cả tử vong.

Nhằm thực hiện tốt vấn đề kê đơn sử dụng thuốc cũng như đánh giá việc sử dụng thuốc tại Bệnh viện, hướng đến việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và hiệu quả. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá sử dụng thuốc tại Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang năm 2018”, với mục tiêu:

1. Đánh giá các chỉ số kê đơn điều trị ngoại trú năm 2018.
2. Phân tích tình hình sử dụng thuốc tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2018, so sánh với năm 2017.
3. So sánh việc sử dụng nhóm thuốc không thiết yếu và thuốc tối cần thiết giữa hai năm 2017 và 2018, từ đó cân nhắc, đề xuất trong việc lựa chọn danh mục thuốc.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:
 - Đơn thuốc được kê đơn điều trị tại BVĐKTT – An Giang năm 2018.
 - Danh mục thuốc trúng thầu năm 2017, 2018.
 - Các báo cáo sử dụng thuốc tại khoa Dược – BVĐKTT An Giang năm 2017 và 2018.
2. Phương pháp nghiên cứu.
 - Mô tả cắt ngang các báo cáo công tác dược bệnh viện năm 2017 và 2018.
 - Tiến hành phân tích ABC – VEN để đánh giá tình hình sử dụng thuốc.
3. Các bước tiến hành:
 - Căn cứ vào danh mục thuốc trúng thầu sử dụng tại BVĐKTT An Giang, thông qua Hội đồng thuốc và điều trị để xây dựng danh mục thuốc theo phân loại V, E, N.
 - Tiến hành phân tích A, B, C, phối hợp với phân tích V, E, N và phân tích ma trận ABC – VEN các thuốc.
4. Xử lý số liệu: tính toán và vẽ biểu đồ minh họa các kết quả nghiên cứu bằng phần mềm Microsoft Excel.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Kết quả nghiên cứu về các chỉ số kê đơn.

Bảng 1. Các chỉ số kê đơn.

Các chỉ số kê đơn	Năm 2017	Năm 2018
-------------------	----------	----------

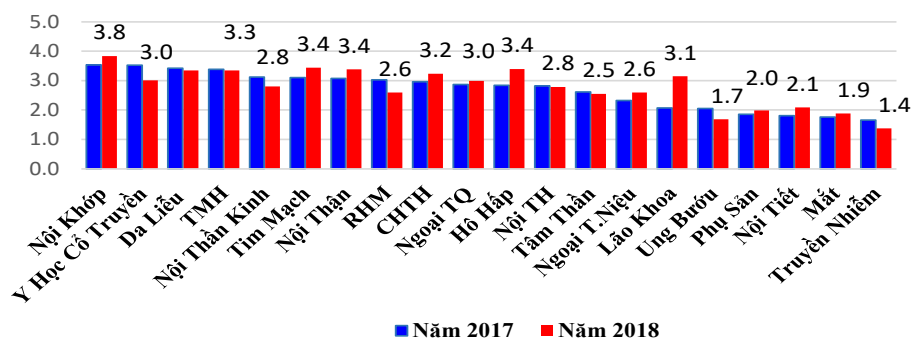
	Số lượng đơn	Tỉ lệ (%)	Số lượng đơn	Tỉ lệ (%)
Số thuốc trung bình/ đơn	2,76		2,82	
Số đơn có sử dụng kháng sinh	2.367	9,77	2.442	8,71
Số đơn có sử dụng kháng sinh phối hợp	228	0,94	213	0,76
Số đơn có sử dụng vitamin và khoáng chất	5.560	22,95	5.385	19,21
Số đơn có sử dụng thuốc tiêm	1.517	6,26	1.926	6,87
Tổng số đơn	24.230		28.033	

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy: Số thuốc trung bình trên một đơn, năm 2018 là 2,82, so với năm 2017 hơi cao hơn (2,76). Tuy nhiên kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long năm 2015 (3,6 thuốc) và Bệnh viện Bạch Mai năm 2011 (4,2 thuốc). Đây là tỉ lệ mang ý nghĩa tích cực, sử dụng ít thuốc trong đơn không chỉ mang lại hiệu quả kinh tế mà còn hạn chế những phản ứng có hại của thuốc (ADR) có thể xảy ra cũng như tránh được những tương tác bất lợi của các thuốc sử dụng chung.

Số đơn thuốc có sử dụng kháng sinh năm 2018 là 2.442 đơn (8,71%), so với năm 2017 tỉ lệ này thấp hơn (9,77%). Tỉ lệ này thấp hơn khảo sát của ngành y tế An Giang năm 2011 (54%) và thấp hơn nghiên cứu của Bệnh viện Bạch mai năm 2013 (29%), Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Long năm 2015 (47,27%). Số đơn có sử dụng kháng sinh phối hợp năm 2018 là 213 đơn (0,76% số đơn thuốc nghiên cứu), tỉ lệ này thấp hơn so với năm 2017 (0,94%) và thấp hơn kết quả nghiên cứu của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Long năm 2015 (5,45%).

Số đơn có sử dụng vitamin và khoáng chất năm 2018 là 5.385 đơn (19,21%), so với năm 2017 tỉ lệ này thấp hơn (22,95%). Kết quả năm 2018 tương đương kết quả nghiên cứu Bệnh viện Bạch Mai năm 2011 (19,2%) và thấp hơn kết quả nghiên cứu Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long năm 2015 (36,14%).

Số đơn có sử dụng thuốc tiêm 2018 là 1.926 đơn (6,87%), so với năm 2017 tỉ lệ cao hơn (1.517 đơn, chiếm tỉ lệ 6,26%). Kết quả năm 2018 cao hơn kết quả nghiên cứu Bệnh viện Bạch Mai năm 2011 (4,2%).

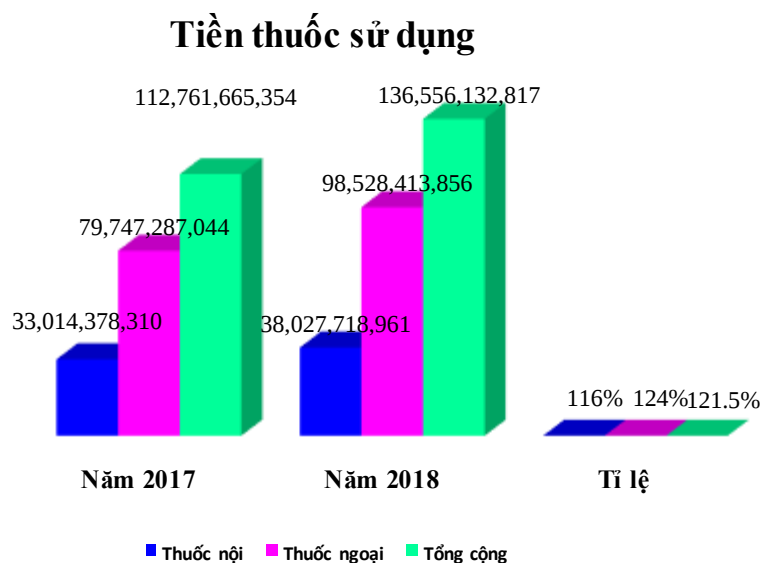


Biểu đồ 1. Số thuốc trung bình trong một đơn thuốc của một số phòng khám.

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy: Số thuốc trung bình trên đơn thấp nhất là 1,4 (phòng khám nhiễm) và cao nhất là 3,8 (phòng khám Nội khớp).

2. Phân tích tình hình sử dụng thuốc.

2.1. Kết quả Phân tích tiền sử dụng thuốc năm 2018, so sánh với năm 2017



Biểu đồ 2. Phân tích tiền sử dụng thuốc năm 2018, so sánh với năm 2017.

Nhận xét:

Tổng tiền thuốc sử dụng năm 2018 tăng hơn năm 2017 là 23.794.467.463 đồng (tăng khoảng 21,5%). Tỷ lệ thuốc ngoại nhập sử dụng tăng khoảng 24% và hàng nội tăng 16% so với năm 2017.

Bảng 2. Kết quả phân tích tỷ lệ sử dụng thuốc nội và ngoại nhập.

Năm	Thuốc nội (đ)	Thuốc ngoại (đ)	Tỷ lệ từng năm (%)	
			Thuốc nội	Thuốc ngoại
2017	33.014.378.310	79.747.287.044	29	71
2018	38.027.718.961	98.528.413.856	28	72
So sánh	116%	124%		

Nhận xét:

Năm 2018, tỷ lệ hàng ngoại nhập sử dụng là 72% và hàng nội là 28%.

2.2. Phân tích ABC trên tổng tiền thuốc sử dụng năm 2018, so sánh với 2017.

2.2.1. Phân tích ABC trên tổng tiền thuốc sử dụng.

Bảng 3. Kết quả phân tích ABC trên tổng tiền thuốc sử dụng.

ABC	Năm 2017				Năm 2018				% chi phí so với 2017
	Số lượng	Tổng chi phí (đ)	% Số lượng	% chi phí	Số lượng	Tổng chi phí (đ)	% Số lượng	% chi phí	
A	113	88.125.891.166	15	78	104	106.575.599.435	15	78	121
B	99	14.603.654.605	14	13	143	20.525.063.102	21	15	141
C	523	10.032.119.584	71	9	438	9.455.414.404	64	7	94
Tổng cộng	735	112.761.665.354	100	100	685	136.556.132.817	100	100	

Nhận xét: Kết quả năm 2018 cho thấy tổng tiền sử dụng của các nhóm A và nhóm B tăng hơn năm 2017 (từ 20 – 40%). Cần xem xét các thuốc nhóm A, vì đây là nhóm thuốc chiếm phần lớn ngân sách sử dụng.

Tỉ lệ sử dụng các nhóm A, B, C năm 2018 tương đương kết quả nghiên cứu của Bệnh viện Nhân dân 115 năm 2006 (A = 14,7%, B = 22,2% và C = 63%).

2.2.2. Phân tích ABC trên tổng tiền sử dụng thuốc nội trú.

Bảng 4. Kết quả phân tích ABC trên tổng tiền thuốc sử dụng nội trú.

ABC	Năm 2017		Tỉ lệ %		Năm 2018		Tỉ lệ %		So sánh năm 2018 với 2017	
	Số lượng	Tổng Chi phí (đ)	Số lượng	Chi phí	Số lượng	Tổng Chi phí (đ)	Số lượng	Chi phí	Số lượng	Chi phí
A	39	45.015.797.915	12	79	39	55.487.340.938	10	79	100	123
B	54	8.724.358.809	16	15	60	11.023.400.272	16	16	111	126
C	246	2.994.676.324	73	5	277	3.588.813.170	74	5	113	120
Tổng cộng	339	56.734.833.049	100	100	376	70.099.554.379	100	100	111	124

Nhận xét:

Kết quả năm 2018 cho thấy tổng tiền sử dụng của các nhóm A, B và nhóm C ở nội trú tăng hơn năm 2017 khoảng 20 – 26%.

Tỉ lệ sử dụng năm 2018 của các nhóm A ở nội trú tăng hơn kết quả của Bệnh viện Nhân dân 115 năm 2006 (A = 8,5%). Nhóm B và C gần tương đương (B = 15,7% và C = 75,8%).

2.2.3. Phân tích ABC trên tổng tiền sử dụng thuốc ngoại trú.

Bảng 5. Kết quả phân tích ABC trên tổng tiền thuốc sử dụng ngoại trú.

ABC	Năm 2017		Tỉ lệ %		Năm 2018		Tỉ lệ %		So sánh năm 2018 với 2017	
	Số lượng	Tổng Chi phí (đ)	Số lượng	Chi phí	Số lượng	Tổng Chi phí (đ)	Số lượng	Chi phí	% Số lượng	% Chi phí
A	51	43.264.874.074	16	77	54	51.879.617.730	15	78	106	120
B	64	8.786.043.491	20	16	74	9.969.765.120	20	15	116	113

C	208	3.975.914.740	64	7	236	4.607.195.589	65	7	113	116
Tổng cộng	323	56.026.832.305	100	100	364	66.456.578.439	100	100	113	119

Nhận xét:

Kết quả năm 2018 cho thấy tổng tiền sử dụng của các nhóm A và nhóm B ở ngoại trú tăng hơn năm 2017 khoảng từ 13 – 20%.

Tỉ lệ sử dụng thuốc ngoại trú năm 2018 của các nhóm A và B gần tương đương với kết quả nghiên cứu của Bệnh viện Nhân dân 115 năm 2006 (A = 14,8% và B = 20,3%. Nhóm C (65%) cao hơn nhóm C của Bệnh viện Nhân dân 115 (C = 50,4%).

2.4. Phân tích VEN trên tổng tiền thuốc sử dụng năm 2018, so sánh với năm 2017.

2.4.1. Phân tích VEN trên tổng tiền thuốc sử dụng.

Bảng 6. Kết quả phân tích VEN trên tổng tiền thuốc sử dụng.

VEN	Năm 2017				Năm 2018				% chi phí so với 2017
	Số lượng	Tổng chi phí (đ)	% Số lượng	% chi phí	Số lượng	Tổng chi phí (đ)	% Số lượng	% chi phí	
V	13	14.606.692.867	2	13	24	17.492.871.145	4	13	120
E	584	87.358.961.940	79	77	529	110.031.545.258	77	81	126
N	138	10.796.010.547	19	10	132	9.031.660.537	19	7	82
Tổng	735	112.761.665.354	100	100	685	136.556.076.940	100	100	

Năm 2018 nhóm N có giảm hơn năm 2017 khoảng 18%, nhưng chiếm số tiền hơn 9 tỉ đồng, do vậy Hội đồng thuốc cần xem xét các thuốc nhóm N, nên loại bớt khỏi danh mục để giảm chi phí, sử dụng có hiệu quả ngân sách của bệnh viện.

2.4.2. Phân tích VEN trên tổng tiền sử dụng thuốc nội trú.

Bảng 7. Kết quả phân tích VEN trên tổng tiền thuốc sử dụng nội trú.

VEN	Năm 2017		Tỉ lệ % năm 2017		Năm 2018		Tỉ lệ % năm 2018		So sánh năm 2018 với 2017	
	Số lượng	Tổng Chi phí (đ)	Số lượng	Tổng chi phí	Số lượng	Tổng chi phí (đ)	Số lượng	Tổng chi phí	% Số lượng	% Tổng chi phí

V	41	5.206.416.919	12	9	48	6.223.242.397	13	9	117	120
E	258	49.495.918.315	76	87	274	61.482.668.046	73	88	106	124
N	40	2.032.497.816	12	4	54	2.393.643.936	14	3	135	118
Tổng cộng	339	56.734.833.049	100	100	376	70.099.554.379	100	100	111	124

Nhận xét:

Kết quả năm 2018 cho thấy tổng tiền sử dụng của các nhóm V, E và nhóm N ở nội trú tăng hơn năm 2017 khoảng 20%.

2.4.3. Phân tích VEN trên tổng tiền sử dụng thuốc ngoại trú.**Bảng 8.** Kết quả phân tích VEN trên tổng tiền thuốc sử dụng ngoại trú.

VEN	Năm 2017		Tỉ lệ %		Năm 2018		Tỉ lệ %		So sánh năm 2018 với 2017	
	Số lượng	Tổng chi phí (đ)	Số lượng	Chi phí	Số lượng	Tổng chi phí (đ)	Số lượng	Chi phí	% số lượng	% tổng chi phí
V	4	12,222,079,883	1	22	4	14,266,313,417	1	21	100	117
E	206	32,381,308,571	64	58	222	43,135,358,682	61	65	108	133
N	113	11,423,443,852	35	20	138	9,054,906,339	38	14	122	79
Tổng cộng	323	56,026,832,305	100	100	364	66,456,578,439	100	100	113	119

Nhận xét:

Tỉ lệ các nhóm V và E sử dụng năm 2018 tăng hơn so với năm 2017. Nhóm N đã giảm hơn năm 2017 khoảng 21%. Điều này cho thấy Hội đồng thuốc và điều trị đã can thiệp có hiệu quả việc sử dụng nhóm N (nhóm thuốc không thiết yếu).

3. So sánh việc sử dụng nhóm thuốc không thiết yếu và thuốc tối cần thiết giữa hai năm 2017 và 2018.**3.1. Phân tích sử dụng thuốc của nhóm thuốc tối cần thiết.****Bảng 9.** Kết quả phân tích sử dụng thuốc của nhóm thuốc tối cần thiết.

	Năm 2017			Năm 2018			
	Kết hợp	Số lượng	Tổng chi phí (đ)	Kết hợp	Số lượng	Tổng chi phí (đ)	Tỉ lệ % chi phí
1	AV	5	13.878.312.361	AV	5	16.253.314.216	117
2	BV	3	543.229.885	BV	6	933.802.378	172
3	CV	5	185.150.622	CV	13	305.754.550	165
Tổng cộng		13	14.606.692.867		24	17.492.871.145	120

Nhận xét: Tổng tiền sử dụng các thuốc nhóm V năm 2018 sử dụng là 17.492.871.145 đồng, tăng khoảng 20% so với năm 2017 (14.606.692.867 đồng).

3.2. Phân tích sử dụng thuốc của nhóm thuốc không thiết yếu.

Bảng 10. Kết quả phân tích sử dụng thuốc của nhóm thuốc không thiết yếu.

STT	Năm 2017			Năm 2018			
	Kết hợp	Số lượng	Tổng chi phí (đ)	Kết hợp	Số lượng	Tổng chi phí (đ)	Tỉ lệ % chi phí
1	AN	16	7.040.286.893	AN	8	3.584.712.754	51
2	BN	10	1.523.416.196	BN	23	3.306.240.754	217
3	CN	112	2.232.307.458	CN	101	2.140.707.029	96
Tổng cộng		138	10.796.010.547		132	9.031.660.537	84

Nhận xét: Tổng tiền sử dụng các thuốc nhóm N năm 2018 sử dụng là 9.031.660.537 đồng, giảm khoảng 16% so với năm 2017 (10.796.010.547 đồng).

KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy số thuốc trung bình trên một đơn, năm 2018 là 2,82, so với năm 2017 cao hơn (2,76). Tuy nhiên kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của

Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long năm 2015 (3,6 thuốc) và Bệnh viện Bạch Mai năm 2011 (4,2 thuốc).

Tổng tiền thuốc sử dụng năm 2018 tăng hơn năm 2017 là 23.794.411.585 đồng (tăng khoảng 21,5%). Tỷ lệ thuốc ngoại nhập sử dụng tăng khoảng 24% và hàng nội tăng 16% so với năm 2017.

Nhóm thuốc ảnh hưởng nhiều nhất đến ngân sách thuốc là nhóm A, đặc biệt nhóm AN. Cần cân nhắc lại việc sử dụng những mặt hàng này (về hiệu quả điều trị và giá thành), để tránh vượt trần BHYT.

Nhóm thuốc CN là nhóm thuốc chiếm nhiều về số lượng, nhưng lại là nhóm thuốc không thiết yếu cần được xem xét loại bỏ bớt trong danh mục thuốc điều trị.

Từ những kết quả phân tích trên, chúng tôi đề xuất những nguyên tắc xây dựng danh mục thuốc như sau:

- Chú ý những thuốc sử dụng có giá trị cao hoặc số liệu sử dụng nhiều, thuốc loại A có thể lựa chọn những thuốc có chi phí phù hợp hơn.

- Đặt tiêu chí chất lượng lên trên đặc biệt là những thuốc cấp cứu, thuốc chuyên khoa đặc trị, thuốc dùng trong phẫu thuật, hoặc thuốc có dấu * nên xây dựng nhóm thuốc đạt tiêu chuẩn cao hơn những thuốc thông thường.

- Số lượng thuốc cho mỗi hoạt chất nên xây dựng từ 2-3 thuốc, không đưa vào danh mục những thuốc có hàm lượng không phổ biến, sự phối hợp không thông dụng, những thuốc có tác dụng hỗ trợ.

Sử dụng thuốc hợp lý là việc dùng thuốc đáp ứng được yêu cầu lâm sàng của người bệnh ở liều thích hợp trên từng cá thể người bệnh (đúng liều, đúng khoảng cách đưa thuốc và thời gian sử dụng thuốc), đáp ứng được những yêu cầu về chất lượng, khả năng cung ứng và có giá cả phù hợp nhằm giảm tới mức thấp nhất chi phí cho người bệnh và cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, Báo cáo công tác dược bệnh viện năm 2017 và 2018.
2. Bộ Y tế (2012), Thông tư số 31/2012/TT-BYT ngày 20 tháng 12 năm 2012 “Hướng dẫn hoạt động dược lâm sàng trong bệnh viện”.
3. Bộ Y tế (2013), Thông tư số 21/2013/TT-BYT ngày 08 tháng 8 năm 2013, “Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện”.
4. Bộ Y tế, Quyết định 708/QĐ-BYT (2015) về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”.
5. Bộ môn dược lâm sàng – Trường Đại học dược Hà Nội (2003). Dược lâm sàng. Nhà xuất bản Y học.
6. Huỳnh Hiền Trung (2008), Đánh giá tổng quát tình hình sử dụng ngân sách thuốc tại Bệnh viện Nhân dân 115 năm 2006, Tạp chí Dược học, 1/2008, số 381, tr 11 – 14.
7. Nguyễn Ngọc Mai (2015), Khảo sát tình hình sử dụng thuốc tại Bệnh viện Quân y 121 năm 2014 và đề xuất xây dựng danh mục theo phân tích ABC-VEN, Hội nghị khoa học Bệnh viện Quân y 121 lần thứ hai, Cần Thơ.
8. Nguyễn Trung Hà, Trần Duy Anh, Nguyễn Sơn Nam (2012), Đánh giá tác động can thiệp lựa chọn sử dụng thuốc tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 thông qua phân tích ABC, VEN, Tạp chí Dược học, Tr 52.
9. Trần Nhân Thắng và CS (2006), Khảo sát tình hình sử dụng thuốc tại Bệnh viện Bạch Mai, Y học lâm sàng, Volum 1, NXB Trẻ, Hà Nội, tr.199-204.
10. Trần Nhân Thắng và CS (2013), Khảo sát sử dụng kháng sinh trong điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Y học thực hành (878) – Số 8/2013, tr. 84 – 88.

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG PHÂN LOẠI, THU GOM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN, ẢNH HƯỞNG ĐẾN HOẠT ĐỘNG PHÂN LOẠI, THU GOM CHẤT THẢI RẮN Y TẾ

Trần Thị Thu Vân, Phạm Thị Phương Thùy, Lai Thị Mỹ Duyên

I. TÓM TẮT

Nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá thực trạng phân loại, thu gom và khảo sát dụng cụ lưu chứa chất thải rắn y tế (CTRYT) tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Kết quả nghiên cứu cho thấy: thực trạng phân loại, thu gom đúng CTRYT: có 100% khoa phân loại đúng CTRYT, phân loại riêng biệt theo từng loại chất thải, 100% khoa thu gom chất thải đúng thời gian quy định và không làm rơi vãi, rò rỉ chất thải trong quá trình thu gom, có 95,2% khoa thu gom riêng chất thải thông thường và chất thải lây nhiễm, thu gom các túi chất thải theo các thùng tương ứng theo qui định. Có 0% túi thu gom chất thải có biểu tượng đúng qui định.

Đối với các dụng cụ phân loại, thu gom CTRYT trên xe tiêm các khoa lâm sàng: có 93,6 % có thùng màu vàng đựng chất thải y tế và 75,6% có biểu tượng chất thải lây nhiễm đúng qui định. Có 88,5% có thùng màu xanh đựng chất thải y tế thông thường và 98,7% có biểu tượng chất thải thông thường đúng qui định. Có 0% thùng màu trắng đựng chất thải tái chế, vẫn còn sử dụng chưa đồng bộ dụng cụ chứa loại chất thải này như: thùng giấy, sọt, túi,...và có 48,7% có dán biểu tượng chất thải tái chế. Có 98,7% có bảng hướng dẫn phân loại chất thải y tế trên xe tiêm, đặt ở vị trí dễ đọc, dễ nhìn thấy.

Đối với các dụng cụ phân loại, thu gom CTRYT ở các khoa lâm sàng, cận lâm sàng (trừ các dụng cụ phân loại, thu gom bố trí trên xe tiêm): có dán biểu tượng theo từng loại chất thải riêng biệt, cụ thể có 92,2% có dán biểu tượng chất thải lây nhiễm, 100% có dán biểu tượng chất thải thông thường, 100% có dán biểu tượng chất thải nguy hại không lây nhiễm. Tuy nhiên về màu sắc các dụng cụ chứa chất thải: có 100% thùng có màu xanh đựng chất thải thông thường, nhưng chỉ có 6,3% thùng có màu vàng đựng chất thải lây nhiễm và 0% thùng có màu đen đựng chất thải nguy hại không lây nhiễm. Chưa sử dụng đúng màu sắc dụng cụ chứa chất thải lây nhiễm và chất thải nguy hại không lây nhiễm.

II. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay nền kinh tế Việt Nam đang phát triển mạnh mẽ trong nhiều lĩnh vực: kinh tế - xã hội, khoa học – kỹ thuật, đặc biệt là phát triển về ngành y tế. Nhằm đáp ứng kịp thời nhu cầu khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe của nhân dân, các cơ sở y tế không ngừng mở rộng và tăng cường về trang thiết bị hiện đại và con người. Cùng với sự phát triển mạnh mẽ đó, các cơ sở y tế thải ra môi trường lượng chất thải y tế đáng kể. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang thực hiện nhiệm vụ khám bệnh và chữa bệnh cho người dân, trung bình hàng ngày có khoảng 3.000 người khám, chữa bệnh tại bệnh viện. Do đó, lượng chất thải y tế phát sinh tại bệnh viện rất lớn, lượng chất thải này nếu không được phân loại, thu gom và xử lý kịp thời sẽ gây ô nhiễm môi trường và sức khỏe của con người. Xét tính cấp bách của vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài “ ***Khảo sát thực trạng phân loại, thu gom và các yếu tố liên quan, ảnh hưởng đến hoạt động phân loại, thu gom chất thải rắn y tế tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2018***” nhằm xác định tỷ lệ phân loại và tỷ lệ các phương tiện phân loại, thu gom và lưu chứa đúng chất thải rắn y tế để phát huy những điểm mạnh và kịp thời phát hiện những điểm yếu và từ đó đề xuất giải pháp quản lý chất thải rắn y tế phù hợp, nâng cao hiệu quả quản lý chất thải rắn y tế.

III. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 06/2018 đến tháng 10/2018 tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

1.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả nhân viên các khoa lâm sàng trong thời gian khảo sát.
- Tất cả nhân viên Công ty Bảo Quang tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng trong thời gian khảo sát.
- Phương tiện phân loại, thu gom và lưu chứa chất thải rắn y tế tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.2. Nội dung nghiên cứu

2.2.1. Nội dung và các chỉ số nghiên cứu

- Nội dung thu thập: Phân loại, thu gom, số lượng dụng cụ lưu chứa CTRYT.

2.2.2. Phương pháp và kỹ thuật thu thập thông tin

- Phương pháp quan sát mô tả ngẫu nhiên: dựa vào bảng kiểm điều tra quá trình nhân viên thực hành phân loại, thu gom CTRYT tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng với những quan sát viên tham gia đề tài đã được tập huấn trước theo bảng kiểm cho từng phương tiện.

+ Dựa vào bảng kiểm điều tra phương tiện phân loại, thu gom và lưu chứa chất thải rắn y tế.

- Phương pháp khảo sát thực trạng phát sinh chất thải rắn y tế của bệnh viện. Khảo sát trong vòng 1 tuần và lấy kết quả trung bình.

3. Xử lý số liệu

Số liệu của nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm excel 2013.

IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thực trạng phát sinh chất thải rắn y tế tại bệnh viện

Bảng 1. Thực trạng phát sinh chất thải rắn y tế của Bệnh viện

Stt	Loại chất thải	Số lượng (kg/ngày)	Số lượng (kg/GB/ngày)
1	Chất thải y tế thông thường	1.215	1,042
2	Chất thải lây nhiễm	253	0,216
3	Chất thải nguy hại không lây nhiễm	0.9	0,0008
Tổng cộng:		1.468,9	1,2588

2. Tỷ lệ phân loại, thu gom

Bảng 2: Tỷ lệ khoa phân loại đúng CTRYT

STT	Nội dung nghiên cứu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Có bảng hướng dẫn phân loại, thu gom chất thải y tế dán tại khoa?	21/21	100%
2	Chất thải lây nhiễm được phân loại đúng tại nơi phát sinh và thời điểm phát sinh?	21/21	100%
3	Chất thải y tế thông thường được phân loại đúng tại nơi phát sinh và thời điểm phát sinh?	21/21	100%
4	Chất thải y tế thông thường được phép tái	21/21	100%

	chế được phân loại đúng tại nơi phát sinh và thời điểm phát sinh?		
5	Chất thải nguy hại không lây nhiễm được phân loại đúng tại nơi phát sinh và thời điểm phát sinh?	21/21	100%
6	Chất thải lây nhiễm sắc nhọn đựng trong thùng đựng chất thải sắc nhọn?	21/21	100%

Bảng 3: Tỷ lệ khoa thu gom đúng CTRYT (Nhân viên Công ty vệ sinh phụ trách tại khoa thực hiện thu gom)

STT	Nội dung nghiên cứu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Thu gom chất thải đúng thời gian quy định?	21/21	100%
2	Không làm rơi, rò rỉ chất thải trong quá trình thu gom?	21/21	100%
3	Chất thải y tế thông thường và chất thải lây nhiễm thu gom riêng?	20/21	95,2%
4	Thu gom đúng túi chất thải vào các thùng tương ứng theo quy định?	20/21	95,2%
5	Túi thu gom CTRYT có biểu tượng đúng quy định?	0/21	0

3. Tỷ lệ dụng cụ phân loại, thu gom, lưu chứa CTRYT bệnh viện.

Bảng 4: Tỷ lệ dụng cụ phân loại, thu gom đúng CTRYT trên xe tiêm

STT	Nội dung nghiên cứu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Có thùng màu vàng đựng chất thải lây nhiễm?	73/78	93.6
2	Có biểu tượng chất thải lây nhiễm đúng quy định?	59/78	75.6
3	Có thùng màu xanh đựng chất thải y tế thông thường?	69/78	88.5
4	Có biểu tượng chất thải thông thường đúng quy định?	77/78	98.7
5	Có thùng màu trắng đựng chất thải y tế thông thường được phép tái chế?	0/78	0
6	Có biểu tượng chất thải tái chế đúng quy định?	38/78	48.7
7	Có bảng hướng dẫn phân loại, thu gom chất thải y tế?	77/78	98.7
8	Có hộp đựng vật sắc nhọn chuyên dụng?	0/78	0

Bảng 5: Tỷ lệ dụng cụ phân loại, thu gom chất thải đúng chất thải lây nhiễm tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng

STT	Nội dung nghiên cứu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Thùng có nắp đóng, mở thuận tiện trong quá trình sử dụng?	62/64	96.9
2	Thùng có màu vàng?	4/64	6.3
3	Có biểu tượng chất thải lây nhiễm?	59/64	92.2
4	Thùng có đạp chân?	53/64	82.8

Bảng 6: Tỷ lệ dụng cụ phân loại, thu gom chất thải đúng chất thải lây nhiễm sắc nhọn tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng

STT	Nội dung nghiên cứu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Hộp đựng chuyên dụng?	5/83	6
2	Dụng cụ tái sử dụng: thùng lọc thận nhân tạo?	78/83	94
3	Có nắp đóng, mở thuận tiện trong quá trình sử dụng?	79/83	95.2
4	Có thành, đáy cứng, không bị xuyên thủng?	83/83	100
5	Có màu vàng?	0/83	0
6	Có biểu tượng chất thải lây nhiễm sắc nhọn.?	83/83	100

Bảng 7: Tỷ lệ dụng cụ phân loại, thu gom đúng chất thải nguy hại không lây nhiễm tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng

STT	Nội dung nghiên cứu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Có màu đen?	0/7	0
2	Có nắp đóng, mở thuận tiện trong quá trình sử dụng?	7/7	100
3	Có biểu tượng chất thải nguy hại?	7/7	100
4	Có đạp chân?	6/7	85.7

Bảng 8: Tỷ lệ dụng cụ phân loại, thu gom đúng chất thải y tế thông thường tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng

STT	Nội dung nghiên cứu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Có màu xanh?	0/332	0

2	Có nắp đóng, mở thuận tiện trong quá trình sử dụng?	332/332	100
3	Có đạp chân?	332/332	100
4	Có biểu tượng chất thải thông thường?	332/332	100

Bảng 9: Thực trạng phương tiện thu gom, vận chuyển CTRYT

Stt	Nội dung khảo sát	Số lượng
1	Xe vận chuyển chuyên dụng	0
2	Thùng thu gom chất thải lây nhiễm	30
	- Có màu vàng	+
	- Có biểu tượng chất thải lây nhiễm	+
	- Có nắp đóng, mở thuận tiện trong quá trình sử dụng	+
3	Thùng thu gom chất thải thông thường	91
	- Có màu xanh	+
	- Có biểu tượng chất thải thông thường	+
	- Có nắp đóng, mở thuận tiện trong quá trình sử dụng	+
4	Thùng thu gom chất thải nguy hại không lây nhiễm	08
	- Có màu đen	+
	- Có biểu tượng chất thải nguy hại	+
	- Có nắp đóng, mở thuận tiện trong quá trình sử dụng	+
5	Thùng thu gom chất thải y tế thông thường được phép tái chế	10
	- Có màu trắng	+
	- Có biểu tượng chất thải tái chế	+
	- Có nắp đóng, mở thuận tiện trong quá trình sử dụng	+

Bảng 10: Thực trạng lưu giữ chất thải tại khu vực lưu giữ chất thải

STT	Nội dung nghiên cứu	Có	Không	Quy định
1	Khu vực lưu giữ chất thải lây nhiễm	+	-	+
	- Có mái che, nền đảm bảo không bị lụt	+	-	+
	- Có cửa khóa, đảm bảo không có động vật xâm nhập	+	-	+
2	Khu vực lưu giữ chất thải nguy hại không lây nhiễm	+	-	+
	- Có mái che, nền đảm bảo không bị lụt	+	-	+

	- Có cửa khóa, đảm bảo không có động vật xâm nhập	+	-	+
3	Khu vực lưu giữ chất thải y tế thông thường	-	+	+
4	Khu vực lưu giữ chất thải y tế thông thường được phép tái chế	+	-	+
	- Có mái che, nền đảm bảo không bị lụt	+	-	+
	- Có cửa khóa, đảm bảo không có động vật xâm nhập	-	+	+

Bảng 11: Tần suất vệ sinh thùng thu gom chất thải tập trung

Stt	Nội dung khảo sát	Hàng ngày	Hàng tuần	Hàng tháng	Quy định
1	Thùng đựng chất thải lây nhiễm	+	-	-	+
2	Thùng đựng chất thải thông thường	+	-	-	+
3	Thùng đựng chất thải nguy hại không lây nhiễm	-	-	-	+
4	Thùng đựng chất thải y tế thông thường được phép tái chế	-	+	-	+

V. THẢO LUẬN

1. Thực trạng phát sinh CTRYT của bệnh viện

Lượng chất thải y tế phát sinh của Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang trung bình khoảng 1.468,9 kg/ngày tương ứng 1,2588 kg/GB/ngày. Trong đó, lượng chất thải sinh hoạt chiếm 83,3%, chất thải rắn y tế nguy hại chiếm 16,7%.

Theo nghiên cứu điều tra của Cục quản lý khám chữa bệnh – Bộ Y tế năm 2009 – 2010, tổng lượng CTRYT trong toàn quốc khoảng 100-140 tấn/ngày, trong đó có 16-30 tấn/ngày là CTRYT nguy hại, lượng CTR trung bình là 0,86 kg/giường/ ngày, trong đó CTRYT nguy hại tính trung bình là 0,14 - 0,2 kg/giường/ngày. Như vậy, lượng chất thải rắn y tế trung bình của bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang ở là 1,2588 kg/giường/ ngày là ở mức cao, do phần lớn bệnh viện tiếp nhận khám và điều trị cho người bệnh ở địa phương và ở tuyến huyện chuyển đến. Tuy nhiên lượng CTRYT nguy hại của bệnh viện ở mức trung bình đạt 0,2168 kg/giường/ngày.

Qua kết quả khảo sát trên cho thấy, bệnh viện đã thực hiện tốt công tác quản lý chất thải y tế, chất thải được phân loại tại nguồn và riêng biệt từng loại chất thải theo quy định. Mặt khác, bệnh viện thực hiện đổi mới trong điều trị, đầu tư trang thiết bị hiện đại (như chụp X-Quang kỹ thuật số,...) và lập quy trình mua sắm dược phẩm, vật tư y tế hạn chế việc mua sắm hàng hóa cận date, nên hạn chế việc phát sinh chất thải y tế nguy hại. Tuy nhiên, bệnh viện vẫn còn sử dụng nhiệt kế thủy ngân, loại chất thải nguy hại không tìm được chủ xử lý chất thải nguy hại (CTNH) trên địa bàn tỉnh.

2. Thực trạng phân loại và thu gom chất thải rắn y tế nguy hại của Bệnh viện

Việc xác định được nguồn phát sinh CTRYT có vai trò rất quan trọng trong công tác quản lý chất thải y tế bệnh viện, đòi hỏi cần phải có chuyên môn, cơ cấu tổ chức, mạng lưới thành viên quản lý từ các khoa/phòng của bệnh viện và đầy đủ các phương tiện phân loại, thu gom phải đạt yêu cầu về số lượng, chất lượng, về màu sắc và biểu tượng. Bên cạnh đó, các hình thức đề hướng dẫn việc phân loại chất thải y tế trong bệnh viện cũng là một yếu tố rất quan trọng như: bảng hướng dẫn phân loại chất thải y tế phải được dán tại vị trí đặt thùng đựng chất thải, các poster truyền thông có nội dung về phân loại chất thải y tế được đặt nơi dễ đọc, dễ nhìn thấy.

Qua kết quả khảo sát trên cho thấy, thực trạng phân loại, thu gom đúng CTRYT tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang đạt tỷ lệ cao cụ thể : 100% khoa phân loại đúng CTRYT, phân loại riêng biệt theo từng loại chất thải và thu gom chất thải đúng thời gian quy định và không làm rơi vãi, rò rỉ chất thải trong quá trình thu gom, có 95,2% khoa thu gom riêng chất thải thông thường và chất thải lây nhiễm, thu gom các túi chất thải theo các thùng tương ứng theo qui định. Tuy nhiên, còn thu gom chung chất thải thông thường và chất thải lây nhiễm, thu gom túi chất thải thông thường vào thùng đựng chất thải tái chế, nhưng ở tỷ lệ thấp 4,8%, và tất cả các túi thu gom chất thải chưa có biểu tượng đúng quy định. Do các túi thu gom chất thải của bệnh viện được công ty vệ sinh cung cấp, nên có thể công ty chưa cập nhật đầy đủ nội dung trong các quy định pháp luật về quản lý chất thải y tế. Hướng sắp tới, bệnh viện sẽ lập kế hoạch và triển khai hướng dẫn bổ sung quy định về quản lý chất thải y tế theo Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT.

3. Thực trạng dụng cụ phân loại, thu gom và lưu chứa chất thải rắn y tế nguy hại của Bệnh viện

Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang di dời vào cơ sở mới và hoạt động đến nay khoảng 02 năm. Do cơ sở hoàn toàn mới và với diện tích lớn, số lượng phương tiện phục vụ cho công tác quản lý chất thải y tế cũng được trang bị đủ và đảm bảo về chất lượng tuy nhiên còn chưa đúng về màu sắc theo qui định.

Kết quả khảo sát đối với dụng cụ phân loại, thu gom trên xe tiêm các khoa lâm sàng: có 93,6 % có thùng màu vàng đựng chất thải y tế và 75,6% có biểu tượng chất thải lây nhiễm đúng qui định. Có 88,5% có thùng màu xanh đựng chất thải y tế thông thường và 98,7% có biểu tượng chất thải thông thường đúng qui định. Có 0% thùng màu trắng đựng chất thải tái chế và có 48,7% có dán biểu tượng chất thải tái chế. . Có 98,7% có bảng hướng dẫn phân loại chất thải y tế trên xe tiêm, đặt ở vị trí dễ đọc, dễ nhìn thấy. Nhưng một phần do xe tiêm có kích cỡ không lớn, nên việc trang bị đầy đủ các thùng đựng chất thải đúng quy cách cũng còn hạn chế nên dẫn đến việc sử dụng chưa thống nhất, còn sử dụng các dụng cụ như: thùng giấy, túi,...để đựng chất thải y tế thông thường được phép tái chế và sử dụng sọt có lót túi để đựng chất thải y tế thông thường và chất thải lây nhiễm.

Đối với dụng cụ phân loại, thu gom chất thải lây nhiễm tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng (khảo sát đối với thùng loại 15 lít, 20 lít): có 6,3% thùng có màu vàng và có 82,8% thùng đựng chất thải là loại đạp chân, 96,9% thùng có nắp đóng, mở thuận tiện trong quá trình sử dụng và 92,2% có biểu tượng chất thải lây nhiễm đúng quy định. Điều này chứng tỏ, vẫn chưa sử dụng thống nhất về màu sắc đối với dụng cụ phân loại chất thải lây nhiễm theo qui định, sẽ dễ nhầm lẫn khi phân loại với chất thải y tế thông thường. Còn đối với dụng cụ phân loại, thu gom chất thải nguy hại không lây nhiễm: có 85,7% thùng có đạp chân, 100% có biểu tượng chất thải nguy hại và thùng có đóng, mở thuận tiện trong quá trình sử dụng. Tuy nhiên tất cả các dụng cụ trên không có màu đen theo qui định.

Tỷ lệ dụng cụ thu gom chất thải lây nhiễm sắc nhọn: hầu hết các khoa có phát sinh loại chất thải này đều được phân loại tại nguồn, tuy nhiên dụng cụ phân loại chất thải này chưa sử dụng loại chuyên dụng, chỉ chiếm 6% có hộp đựng chuyên dụng và có tới 94% tái sử dụng dụng cụ thùng lọc thận nhân tạo, có 0% có màu vàng, nhưng vẫn đảm bảo thùng có thành, đáy cứng, không bị xuyên thủng đạt 100%.

Còn lại là dụng cụ phân loại, thu gom chất thải y tế thông thường: tất cả dụng cụ phân loại chất thải y tế thông thường là sử dụng thùng đạp chân loại 15 lít, 20 lít. Có 100% là thùng đạp chân, có nắp đóng, mở thuận tiện trong quá trình sử dụng và có 100% có biểu tượng chất thải thông thường. Nhưng tất cả dụng cụ này không có màu xanh đúng qui định.

4. Thực trạng phương tiện thu gom, vận chuyển CTRYT

Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang luôn chú trọng trang bị các phương tiện phục vụ cho công tác quản lý chất thải. Nhưng các dụng cụ, trang thiết bị phục vụ cho công tác thu gom chất thải y tế của bệnh viện còn chưa đúng mục đích sử dụng.

Kết quả khảo sát cho thấy, về số lượng có tổng số 91 thùng thu gom chất thải y tế thông thường đúng quy cách: có màu xanh, có biểu tượng chất thải thông thường, có nắp đóng, mở thuận tiện trong quá trình sử dụng, có 30 thùng thu gom chất thải lây nhiễm đúng quy cách: có màu vàng, có biểu tượng chất thải lây nhiễm, có nắp đóng, mở thuận tiện trong quá trình sử dụng (trong đó Công ty Môi trường Đô thị An Giang hỗ trợ 08 thùng đặt tại kho lưu giữ chất thải lây nhiễm) và có 08 thùng thu gom chất thải nguy hại không lây nhiễm đúng quy cách: có màu đen, có biểu tượng chất thải nguy hại, có nắp đóng, mở thuận tiện trong quá trình sử dụng. Mặc dù đảm bảo về số lượng, nhưng vẫn còn một số thùng đựng chất thải thông thường bị vỡ, gây rò rỉ chất thải và cũng đã khắc phục ngay bằng cách vệ sinh sạch sẽ khu vực bị rò rỉ chất thải, lau khử khuẩn. Thùng đựng chất thải được vệ sinh hàng ngày đối với chất thải y tế thông thường và chất thải lây nhiễm, hàng tuần đối với chất thải y tế thông thường và hàng tháng đối với chất thải nguy hại không lây nhiễm.

Bên cạnh đó, bệnh viện còn thiếu xe vận chuyển chất thải, mà sử dụng các thùng đựng thu gom chất thải vừa thu gom vừa vận chuyển. Do bệnh viện là tòa nhà có nhiều tầng, nên việc sử dụng xe vận chuyển gặp nhiều khó khăn, một phần do xe vận chuyển có kích thước lớn so với thang máy vận chuyển chất thải, nên không sử dụng được. Do đó, bệnh viện sử dụng tạm thùng thu gom chất thải để vận chuyển và đang đề xuất giải pháp vận chuyển thích hợp hơn.

5. Thực trạng lưu giữ, xử lý chất thải rắn y tế

- Thực trạng lưu giữ:

Chất thải rắn y tế nguy hại được thu gom, phân loại và vận chuyển về khu tập trung của Bệnh viện. Khu tập kết chất thải được bố riêng biệt được xây dựng đảm bảo các điều kiện theo hướng dẫn tại Điều 8, Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT. Chất thải y tế nguy hại và chất thải y tế thông thường được lưu giữ riêng, tuy nhiên bệnh viện chưa có kho lưu giữ chất thải y tế thông thường, còn tập kết ngoài trời, nhưng vẫn đảm bảo không rò rỉ chất thải bên ngoài môi trường, do bệnh viện chuyển giao chất thải y tế thông thường hàng ngày cho Công ty TNHH MTV Môi trường Đô thị An Giang thu gom.

- Thực trạng xử lý:

Hàng ngày, Bệnh viện thải ra một lượng khá lớn chất thải y tế, trong đó chất thải y tế thông thường chiếm tỉ lệ cao hơn so với chất thải y tế nguy hại. Thực hiện theo tinh thần xử lý chất thải rắn y tế theo hình thức tập trung trên địa bàn tỉnh, bệnh viện chuyển giao toàn bộ số lượng chất thải y tế phát sinh tại bệnh viện cho đơn vị có chức năng thu gom, vận chuyển và xử lý.

VI. KẾT LUẬN

❖ Ưu điểm trong công tác quản lý chất thải y tế:

Tình hình phân loại: 100% khoa phân loại đúng CTRYT, chất thải y tế nguy hại phân loại riêng với chất thải y tế thông thường, phân loại chất thải lây nhiễm ra từng loại riêng biệt và phân loại riêng chất thải nguy hại không lây nhiễm riêng.

Tình hình thu gom: 100% thu gom đúng thời gian quy định, không làm rơi vãi, rò rỉ chất thải trong quá trình thu gom, chất thải y tế thông thường và chất thải lây nhiễm thu gom riêng chiếm 95,2%.

Đối với dụng cụ đựng CTRYT: đạt từ 90% - 100% là có dán biểu tượng đúng quy định, từ 80% - 90% có thùng đựng CTRYT bao gồm: chất thải lây nhiễm, chất thải y tế thông thường và chất thải nguy hại không lây nhiễm và đạt trên 90% có nắp đóng, mở thuận tiện trong quá trình sử dụng. Ngoài ra, còn đảm bảo số lượng thùng thu gom chất thải trong đó: có 91 thùng thu gom chất thải y tế thông thường, 30 thùng thu gom chất thải lây nhiễm và 08 thùng thu gom chất thải nguy hại không lây nhiễm.

Tình hình lưu giữ chất thải: lưu giữ và chuyển giao chất thải đúng thời gian qui định.

❖ Hạn chế trong công tác quản lý chất thải y tế:

Đối với dụng cụ phân loại, thu gom chất thải trên xe tiêm: có 0% thùng đựng chất thải y tế thông thường được phép tái chế, bệnh viện còn sử dụng chưa thống nhất dụng cụ phân loại, thu gom loại chất thải này như: thùng giấy, sọt, túi,...và có 0% túi có biểu tượng.

Đối với dụng cụ phân loại, thu gom chất thải lây nhiễm tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng (khảo sát đối với thùng loại 15 lít, 20 lít): có 6,3% thùng có màu vàng, , vẫn chưa sử dụng thống nhất về màu sắc đối với dụng cụ phân loại chất thải lây nhiễm.

Đối với dụng cụ phân loại, thu gom chất thải nguy hại không lây nhiễm: có 0% bên ngoài là có màu đen.

Đối với dụng cụ thu gom chất thải lây nhiễm sắc nhọn: có hộp đựng chuyên dụng chỉ chiếm 6%, còn lại là tái sử dụng thùng lọc thận nhân tạo.

Đối với dụng cụ phân loại, thu gom chất thải y tế thông thường (khảo sát thùng loại 15 lít, 20 lít): tất cả dụng cụ này bên ngoài không có màu xanh.

Ngoài ra, theo khảo sát một số khoa/phòng vẫn còn sử dụng nhiệt kế có chứa thủy ngân, một loại chất thải nguy hại không tìm được chủ xử lý CTNH trên địa bàn tỉnh và vẫn chưa bố trí được kho lưu giữ chất thải thông thường.

VI. Đề xuất giải pháp

❖ Giảm thiểu CTRYT nguy hại tại bệnh viện

- *Phân loại chính xác tại nguồn:* Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn phối hợp với phòng Điều dưỡng lập kế hoạch giám sát phân loại chất thải tại các khoa/phòng trong bệnh viện.
- *Lập kế hoạch mua sắm xanh:* kế hoạch vừa đủ, hạn sử dụng dài...mua sắm dược phẩm, vật tư y tế phù hợp, ít tạo ra chất thải độc hại như: chọn máy X Quang kỹ thuật số, chọn mua các vật liệu làm bằng nhựa dễ tái chế như PE và PP, hạn chế thấp nhất mua sắm các vật liệu làm bằng nhựa PVC, mua sắm nhiệt kế loại không thủy ngân, thay bóng đèn huỳnh quang bằng sử dụng bóng đèn Led,...
- *Sử dụng sản phẩm:* sử dụng sản phẩm cũ trước, mới sau.
- *Phổ biến kiến thức về chất thải y tế cho nhân viên y tế, nhân viên công ty vệ sinh:* tổ chức tập huấn, sau đó giám sát, tác động để thay đổi hành vi của nhân viên y tế đối với việc phân loại chất thải y tế.

❖ Đối với dụng cụ phân loại, thu gom CTRYT tại bệnh viện

- Bổ sung túi thu gom chất thải phải có biểu tượng đúng qui định.
- Thay thế, bổ sung các dụng cụ đựng chất thải y tế đúng màu sắc: màu vàng đối với chất thải lây nhiễm, màu xanh đối với chất thải y tế thông thường, màu đen đối với chất thải nguy hại không lây nhiễm, màu trắng đối với chất thải y tế thông thường được phép tái chế.
- Cải tiến bố trí thùng rác trên xe tiêm cho phù hợp, đúng màu sắc, chọn loại thùng có nắp đóng, mở thuận tiện và đảm bảo an toàn cho nhân viên y tế.

❖ Truyền thông về chất thải y tế trong bệnh viện

- Xây dựng các poster truyền thông có nội dung tuyên truyền về phân loại chất thải y tế đúng qui định.
- Thường xuyên nhắc nhở bệnh nhân và người nhà bệnh nhân bỏ rác đúng nơi qui định bằng các hình thức khác nhau: họp hội đồng người bệnh, qua loa phát thanh của bệnh viện,...

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Tài nguyên Môi trường (2015), Báo cáo hiện trạng môi trường quốc gia giai đoạn 2011-2015.
2. Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế, WHO (2009), *Bản dự thảo Kế hoạch hành động quốc gia về quản lý chất thải bệnh viện*.
3. 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.
4. Bộ Tài nguyên và Môi trường (2015), *Quản lý chất thải nguy hại*, Thông tư số 36/2015/TT-BTNMT ngày 30/06/2015 của Bộ trưởng Bộ tài nguyên và Môi trường.
5. Nguyễn Huy Nga (2004), *"Tổng quan tình hình qu-pản lý chất thải rắn y tế ở Việt Nam"*, Bảo vệ môi trường trong các cơ sở y tế, Nhà xuất bản Y học.
6. Quốc Hội (1993), *Luật Bảo vệ môi trường*, Quốc hội thông qua ngày 27/12/1993.
7. Sở Y tế An Giang (2010), Báo cáo kết quả kiểm tra chất thải y tế tại các cơ sở y trên địa bàn tỉnh năm 2010.
8. WHO (1997), Treatment waste from hospitals and other health care establishment, Malaysia.

ÁP DỤNG THANG ĐIỂM MORSE ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TẾ NGÃ TẠI KHOA NỘI THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG

Lê Minh Thà, Lê Văn Cường,

Lê Thị Nguyệt Hà, Lê Hoàng Dũng

TÓM TẮT

ĐẶT VẤN ĐỀ: Tế ngã là một trong những nguyên nhân chính gây những chấn thương nghiêm trọng cho người già như gãy xương hay chấn thương sọ não, tăng nguy cơ tử vong. Thêm vào đó, nó còn gây ra vấn đề tâm lý do việc sợ ngã. Tuy nhiên, những hậu quả nguy hiểm có thể thuyên giảm nếu phát hiện việc té ngã một cách kịp thời

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 170 bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa thần kinh từ 1/5/2018 đến 31/8/2018.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU: Qua đánh giá 170 bệnh nhân nguy cơ té ngã bằng thang điểm Morse tại khoa nội thần kinh chúng tôi nhận thấy thang điểm nguy cơ té ngã cao chiếm 91,2% các trường hợp, nguy cơ té ngã trung bình chiếm 4,1%, nguy cơ té ngã thấp chiếm 4,7%.

KẾT LUẬN: Thang điểm Morse giúp nhân viên y tế phân tầng được nguy cơ té ngã, giúp chúng ta có phương pháp phòng ngừa cho bệnh nhân trong quá trình điều trị.

APPLICATION OF MORSE SCALE FOR EVALUATION FALLING RISK IN NEUROLOGY WARD OF AN GIANG GENERAL HOSPITAL

Background: to care brain stroke disease is a challenge in clinical neurological.

Patients and methods: cross-sectional study design including 170 persons who admitted to Neurology ward of An giang hospital from May 1st 2018 to August 31th 2018.

Results: The risk of falling is high accounting for 91.2% of cases, the risk of falling is average accounting for 4.1% of cases, the risk of falling is low accounting for 4.7% of cases.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Té ngã là một trong những nguyên nhân chính gây những chấn thương nghiêm trọng cho người già như gãy xương hay chấn thương sọ não, tăng nguy cơ tử vong. Thêm vào đó, nó còn gây ra vấn đề tâm lý do việc sợ ngã. Tuy nhiên, những hậu quả nguy hiểm có thể thuyên giảm nếu phát hiện việc té ngã một cách kịp thời.

Các nguy cơ liên quan đến người bệnh có thể bao gồm tiền sử té ngã của người bệnh, đang sử dụng thuốc, do đánh đi hoặc do mất thăng bằng, giảm thị lực, biến đổi trạng thái tâm thần, và những lý do tương tự. Những người bệnh ban đầu được đánh giá là có nguy cơ té ngã thấp có thể đột ngột trở thành có nguy cơ cao do trải qua phẫu thuật/gây mê/tê, các thay đổi đột ngột trong tình trạng người bệnh và các thay đổi về thuốc.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân nhập viện tại khoa Thần kinh Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, đồng ý tham gia nghiên cứu, những người tham gia được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: 171 bệnh nhân.

Các biến trong nghiên cứu: tuổi, giới, ngày điều trị trung bình, loại giường bệnh nhân nằm, tiền sử co giật, tiền sử chóng mặt,...

Định nghĩa các biến: Bệnh tai biến mạch máu não: đột ngột liệt tay, liệt chân hoặc méo miệng. Xuất huyết não, nhồi máu não, cơn thiếu máu não theo tiêu chuẩn đột quỵ của hội đột quỵ thế giới.

Thang điểm Morse được đánh giá như sau:

Tiền sử té ngã

25 điểm: Nếu người bệnh mới bị té ngã trong lần nhập viện này, hoặc có tiền sử té ngã trong vòng 3 tháng trước khi nhập viện.

0 điểm: Nếu người bệnh chưa từng bị té ngã.

Đang được truyền dịch/ catheter khóa Heparin

20 điểm: Nếu người bệnh đang được truyền dịch hoặc lưu catheter khóa heparin.

0 điểm: Nếu không truyền dịch hoặc lưu catheter khóa heparin.

Có bệnh lý đi kèm

15 điểm: Nếu trong bệnh án lần nhập viện này có chẩn đoán từ hai bệnh trở lên và người bệnh đang dùng nhiều loại thuốc khác nhau

0 điểm: Nếu chẩn đoán chỉ có một bệnh duy nhất.

Sử dụng hỗ trợ đi lại

30 điểm: Nếu người bệnh không sử dụng dụng cụ hỗ trợ, đi lại phải vịn vào bàn ghế, bờ tường xung quanh.

15 điểm: Nếu người bệnh sử dụng xe lăn, nạng chống, nạng bốn chân, khung tập đi, điều dưỡng hỗ trợ...

0 điểm: Nếu người bệnh tự di chuyển không cần sự hỗ trợ.

Tư thế bất thường khi di chuyển

0 điểm: Khi di chuyển với dáng đi bình thường đầu thẳng, hai tay đánh theo nhịp bước chân thoải mái.

10 điểm: Khi di chuyển với dáng đi yếu, cúi người về phía trước nhưng vẫn có thể nâng đầu giữ được thăng bằng, bước sai chân ngắn hoặc có thể kéo lê chân.

20 điểm: Khi di chuyển với tư thế mất thăng bằng, khó khăn khi đứng dậy khỏi ghế ngồi, phải cố gắng chống tay lên hai thành ghế để đứng lên hoặc phải lấy đà nhiều lần mới đứng lên được. Đầu người bệnh cúi gập, nhìn xuống sàn nhà. Do khả năng

giữ thẳng bằng kém nên người bệnh không thể tự đi lại được mà cần phải vịn vào thành ghế, lan can, người bên cạnh hay công cụ hỗ trợ để di chuyển.

Trạng thái tinh thần

Nhận định bằng cách kiểm tra việc tự đánh giá về khả năng di chuyển của người bệnh trong việc đi lại

15 điểm: Khi người bệnh đánh giá không phù hợp với khả năng thực hiện hoặc không phù hợp với thực tế khi đánh giá quá mức khả năng của mình hoặc lú lẫn.

0 điểm: Khi người bệnh đánh giá phù hợp với khả năng thực hiện

Mức độ nguy cơ	Điểm nguy cơ té ngã Morse	Hành động
Nguy cơ thấp	0 – 24	Điều dưỡng áp dụng “ <i>Quy định chăm sóc người bệnh có nguy cơ té ngã</i> ”
Nguy cơ trung bình	25 – 44	
Nguy cơ cao	≥ 45	

Các biến được mã hóa. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Tuổi	63,36 $\pm$ 13,34		
Giới Nam (nữ)	85 (85)		
Ngày điều trị	6,05 $\pm$ 3,2		
Loại giường			
	Bình thường	121	71,2%
	Xếp	12	7,1%
	Băng ca	37	21,8%
Té ngã		9 (161)	5,3% (94,7%)
Chẩn đoán	Nhồi máu não	97	57,1%
	Xuất huyết não	19	11,2%
	Thiếu máu não	54	31,7%
Điểm Morse	0-24	8	4,7%
	25-44	7	4,1%

	≥ 45	155	91,2%
Đi tiểu	107 (63)	62,9% (37,1%)	
Thị lực	110 (60)	64,7% (35,3%)	
Thiết bị trợ giúp	125(45)	73,5%(26,5%)	
Tiền sử co giật	162(8)	95,3%(4,7%)	
Tiền sử chóng mặt	82(88)	48,2%(51,8%)	
Tiền sử nghiện rượu	139(31)	81,8%(18,2%)	
Tiền sử sử dụng thuốc	77(93)	45,3%(5,7%)	

BÀN LUẬN

Qua đánh giá 170 bệnh nhân nguy cơ té ngã bằng thang điểm Morse tại khoa Nội thần kinh chúng tôi nhận thấy thang điểm nguy cơ té ngã cao (≥ 45) chiếm 91,2% các trường hợp, nguy cơ té ngã trung bình chiếm 4,1%, nguy cơ té ngã thấp chiếm 4,7%. Các nguyên nhân liên quan đến người bệnh như đi tiểu chiếm 37,1%, thị lực giảm chiếm 35,3%, tiền sử co giật chiếm 4,7%, tiền sử chóng mặt chiếm 51,8%, tiền sử nghiện rượu chiếm 18,2%, tiền sử sử dụng thuốc an thần chiếm 5,7%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9 trường hợp té ngã trong thời gian nằm viện chiếm 5,3% trong đó 07 trường hợp nhồi máu não, 01 trường hợp xuất huyết não và 01 trường hợp cơn thiếu máu não. Các trường hợp té ngã liên quan đến giường bình thường là 06 trường hợp, 01 trường hợp giường xếp và 2 trường hợp băng ca, các trường hợp này chỉ tổn thương nhẹ và tự hồi phục không để lại di chứng khi xuất viện. Khảo sát nguy cơ té ngã của Bệnh viện đại học y dược TP Hồ Chí Minh 29,11% liên quan đến vấn đề đi vệ sinh, cũng trong khảo sát này 73,97% những người được khảo sát không biết nguy cơ té ngã.

KẾT LUẬN

Áp dụng thang điểm Morse tại Nội khoa thần kinh để đánh giá nguy cơ té ngã cho thấy thang điểm này giúp nhân viên y tế phân tầng được nguy cơ té ngã, giúp chúng ta có phương pháp phòng ngừa cho bệnh nhân trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Anh Nhị. Thần kinh học, nhà xuất bản đại học quốc gia thành phố Hồ Chí Minh năm 2012.
2. Dương Đình Chính. Kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc bệnh nhân đột quỵ não tại cộng đồng tỉnh Nghệ An. Y học thực hành số 5-2011

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BAN ĐẦU CHĂM SÓC CẮY MÁY TẠO NHỊP VĨNH VIỄN

*Đỗ Minh Thái; Phan Đăng Khoa;
Trần Thị Kim Hoa; Nguyễn Thị Nhớ*

Tóm tắt:

Tạo nhịp tim là một phương pháp điều trị cơ bản, an toàn cho rối loạn nhịp tim chậm và suy tim. Chúng tôi cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn điều trị rối loạn nhịp tim chậm với mục tiêu đánh giá kỹ thuật, hiệu quả của cấy máy. **Kết quả:** Từ 05/2018 đến 08/2018, Có 4 bệnh nhân được cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn, tại khoa Nội Tim mạch – Lão học; Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Tuổi trung vị 75, trong đó tỷ lệ nam giới và nữ giới bằng nhau. Chỉ định đặt máy Block AV III tỷ lệ 75%, Block nhánh trái hoàn toàn 25%. Vị trí điện cực ở mỏm thất phải 100%. Sau khi cấy máy, chưa ghi nhận trường hợp bệnh nhân nào xảy ra biến chứng: tụ máu, tràn khí màng phổi, sút điện cực, mất tạo nhịp, nhiễm trùng. **Kết luận:** Chăm sóc bệnh nhân sau cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn qua đường tĩnh mạch không quá phức tạp, an toàn và hiệu quả. Ứng dụng cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn tại khoa Tim mạch của bệnh viện tuyến tỉnh góp phần quan trọng giảm tải cho tuyến trên.

EVALUATION OF INITIAL CARE RESULTS OF IMPLANTING THE PERMANENT PACEMAKER AT AN GIANG GENERAL HOSPITAL

Abstract:

The pacemaker is a basic and safe method for patients with heart failure and bradyarrhythmia. The aim of this report was to evaluate the effectiveness of the implantation of single-chamber artificial pacemaker for patients with bradyarrhythmia.

Result: *From May to August of 2018, four patients were implanted single-chamber pacemaker at Cardiovascular medical ward of An Giang General Hospital. The median age was 75 years, where the proportion of men and women is equal. Designation block AV III rate 75%, left branch block completely 25%. Placement of electrodes at right ventricle point 100%. After implantation, there are no cases of complications: hematoma, pneumothorax, electrode loss, pacemaker failure, infection.*

Conclusion: *Patient care after permanent intravenous pacemaker transplants is not complicated, safe and effective. It is not complicated for performing at provincial hospitals, so decreasing in the number of patients must transfer to referral hospitals.*

Đặt vấn đề

Rối loạn nhịp tim chậm ở những bệnh nhân cao tuổi là một trong những bệnh có thể gây ra nhiều triệu chứng nguy hiểm như ngất hoặc ngừng tim. Việc điều trị rất cần thiết, có thể điều trị loạn nhịp tim chậm bằng thuốc hoặc kích thích điện để tăng nhịp tim. Điều trị nội khoa bằng thuốc tăng nhịp tim ít hiệu quả và có nhiều tác dụng phụ. Để tăng nhịp tim ổn định lâu dài, hữu hiệu nhất là cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn.^{[2],[8],[11]} Cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn là một phương pháp điều trị cơ bản, an toàn cho các rối loạn nhịp tim chậm^{[5],[6]} Cũng là phương pháp phổ biến trong chỉ định tạo

nhịp^[4] đã được ứng dụng không chỉ ở các thành phố lớn mà còn được áp dụng cho nhiều tỉnh thành trong cả nước. Việt Nam, số bệnh nhân được cấy máy tạo nhịp tim ước đoán năm 2016 khoảng 5000 người, trong đó 2/3 là cấy máy tạo nhịp tim một buồng thất, cho thấy một con số khá lớn^[10]. Tỉnh An Giang có dân số đông hơn 2 triệu người thì số lượng bệnh nhân mắc bệnh tim mạch nói chung, rối loạn nhịp tim nói riêng là không nhỏ. Trong khi đó, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang chưa thực hiện nhiều kỹ thuật này, nên vấn đề chăm sóc còn hạn chế.

Mục tiêu nghiên cứu

Đánh giá kết quả theo dõi, chăm sóc, hiệu quả bệnh nhân sau khi cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn.

Đối tượng và phương pháp:

1.1. Đối tượng:

- Có 4 bệnh nhân nhập viện từ 5/2018 đến 8/2018 có cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn điều trị Block AV độ III, block nhánh (T) hoàn toàn kèm suy tim nặng.

1.2. Phương pháp:

1.2.1. Kỹ thuật – phương tiện:

- Máy C-ARM N0: 1408-2011; Model BV Enticos 4SR; Made in Germany
- Máy tạo nhịp: SOLIA S53 (Biotronnik);
- Dây điện cực: Capsurefix Novus 5076-58; - Kiểu tạo nhịp: VVI;
- Đường vào tĩnh mạch dưới đòn trái;
- Vị trí cấy điện cực: nhĩ phải, thất phải và thất trái.

1.2.2. Theo dõi, chăm sóc sau cấy máy: được theo dõi 10 ngày, 1 tháng, 3 tháng

- Tình trạng hoạt động máy tạo nhịp: theo thông số cài đặt.
- Tai biến: tử vong; máu tụ; nhiễm trùng; tràn khí màng phổi; tụt dây điện cực; hội chứng máy tạo nhịp, đau vết mổ.
- Triệu chứng lâm sàng: dấu hiệu sinh tồn; ngất, choáng váng, mệt, khó thở, suy tim.

Kết quả:

Năm 2018, chúng tôi đã tiến hành cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn cho 4 bệnh nhân.

2.1. Đặc điểm bệnh nhân: tuổi trung vị là 75, bệnh nhân lớn nhất là 92 tuổi và nhỏ nhất 41 tuổi. Trong đó nam và nữ chiếm tỷ lệ bằng nhau (bảng 1)

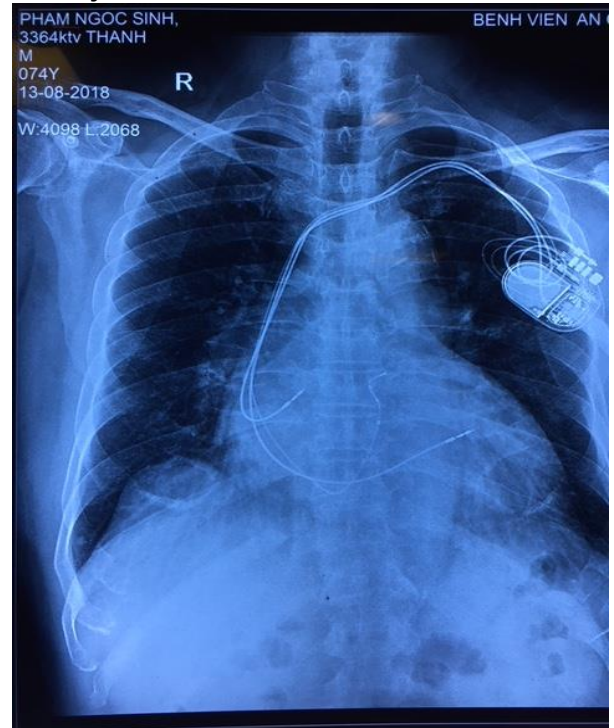
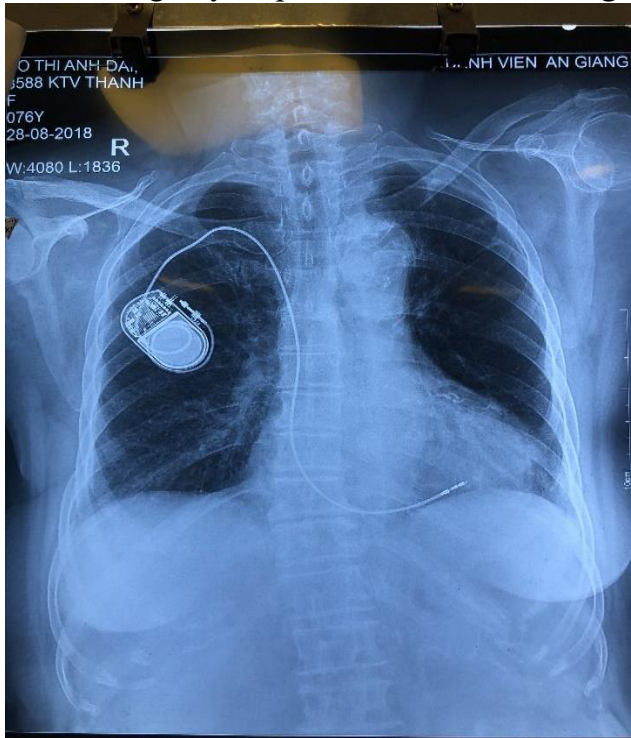
2.2. Kỹ thuật – phương tiện

- Đường vào tĩnh mạch dưới đòn trái 100%
- Vị trí cấy điện cực: nhĩ phải 50%, thất phải 100%, thất trái 25%
- Tạo nhịp kiểu VVI, DDD

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

STT	Họ và tên	Tuổi	Giới	Triệu chứng lâm sàng	Bệnh đi kèm
1	Huỳnh Thị H	92	Nữ	Ngất, suy tim II	THA, ĐTĐ type 2
2	Hà Văn Th	41	Nam	Chóng mặt, nặng ngực (T)	THA _{Ic}
3	Phạm Ngọc S	74	Nam	Mệt, khó thở, suy tim II	THA _{IIC} , ĐTĐtype 2
4	Võ Thị Ánh D	76	Nữ	Mệt, nặng ngực (T)	THA, ĐTĐ ₂ , STM

THA: Tăng huyết áp; ĐTD: Đái tháo đường; STM: Suy thận mạn



BN D 76t CMTN 1 buồng

BN S 74t CMTN 3 buồng (CRT)

2.3. Tai biến:

Bảng 2: Tai biến

Tai biến	Kết quả
Tử vong	Không
Máu tụ	Không
Nhiễm trùng	Không
Tràn khí màng phổi	Không
Tụt dây điện cực	Không
Hội chứng máy tạo nhịp	Không
Đau vết mổ	1 trường hợp đau vết mổ

2.4. Triệu chứng lâm sàng:

- Sinh hiệu ổn định tỷ lệ 100%.
- Triệu chứng ngất, choáng váng, mệt, khó thở, suy tim cải thiện sau khi cấy máy tạo nhịp tỷ lệ 100%.

Bàn luận:

- **Về tuổi, giới và bệnh đi kèm**, trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung vị 75 phù hợp các nghiên cứu khác, người cao tuổi nhất 92 và người nhỏ tuổi nhất 41. Tuổi thọ trung bình của người Việt Nam hiện nay cao hơn những năm trước đây. Bệnh nhân tuổi càng cao thì mắc bệnh tim mạch càng nhiều nhất là loạn nhịp tim. [3];[4];[5];[6];[7];[13].

Tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ giới bằng nhau, phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trong nước.^{[3];[4];[6];[7]}. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận cả 4 bệnh nhân có bệnh đi kèm là Tăng huyết áp và 3 bệnh nhân có bệnh đái tháo đường type 2.

- **Về chỉ định**, chúng tôi chỉ định có 1 trường hợp cấy máy block nhánh(T) hoàn toàn, 3 trường hợp Block AV độ III. Do số lượng bệnh nhân ít nên còn hạn chế trong chỉ định cấy máy. Trong khi đó, có nhiều chỉ định cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn, theo khuyến cáo ACC/AHA và tác giả Huỳnh Văn Minh thì chia chỉ định ra làm nhiều nhóm: suy nút xoang; rối loạn dẫn truyền...^{[2];[8];[11];[14]}

- **Về kỹ thuật**, chúng tôi chọn đường vào tĩnh mạch dưới đòn trái 100%, dưới sự hỗ trợ của máy C-arm cho việc cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn.

Nhiều tác giả chọn đường vào tĩnh mạch dưới đòn trái, còn một số tác giả chọn tĩnh mạch dưới đòn phải và tĩnh mạch cảnh trong, điều này không quan trọng vì sự thuận lợi cho sinh hoạt của bệnh nhân.^{[1];[4];[6]}

Thông số cài đặt máy tạo nhịp, kết quả của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả trong và ngoài nước, phù hợp với khuyến cáo của ACC/AHA và các chuyên gia^{[2];[6];[9];[11];[14]}. Vị trí điện cực, chúng tôi tiến hành cấy máy ở vách nhĩ phải 50%, mỏm thất phải 100% và thất trái 25% vì nhanh, an toàn và dễ thực hiện. Theo nghiên cứu MOST đề nghị nên cấy điện cực vào vách liên thất hầu giảm độ rộng sau xung và chức năng tạo nhịp ổn định^{[9];[12]}. Theo nghiên cứu của tác giả Đặng Việt Đức cho kết quả thời gian QRS của nhóm cấy điện cực ở mỏm thất phải dài hơn nhóm vách đường ra thất phải có ý nghĩa thống kê^[1].

- **Về tai biến**, chúng tôi ghi nhận một trường hợp đau vết mổ ở bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 41 tuổi, nhu cầu sinh hoạt vận động còn cao. Điều này cho thấy tuổi càng trẻ càng cẩn thận hơn trong vấn đề hướng dẫn, theo dõi chăm sóc sau khi cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn. Các tai biến khác do cấy máy không ghi nhận trường hợp nào. Chúng tôi mới bước đầu ứng dụng cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn cho rối loạn nhịp chậm và suy tim nặng với lượng bệnh nhân cấy máy còn quá ít nên ghi nhận tai biến của kỹ thuật cấy máy tạo nhịp còn có nhiều hạn chế cần nghiên cứu thêm và theo dõi lâu dài hơn.

Theo nhiều nghiên cứu được báo cáo ghi nhận tai biến vẫn xảy ra nhưng với tỷ lệ thấp^{[5];[6];[13]}. Về tử vong, theo nghiên cứu MOST thì cấy máy hai buồng chỉ tốt hơn máy một buồng thất đôi chút với tỷ lệ nguy cơ 0,95^[12]. Triệu chứng ngất, choáng váng, mệt, khó thở, suy tim và tụt huyết áp cải thiện sau khi cấy máy tạo nhịp.

Kết luận:

Chăm sóc bệnh nhân sau cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn qua đường tĩnh mạch không quá phức tạp, an toàn và hiệu quả.

Ứng dụng cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn tại các khoa Tim mạch của bệnh viện tuyến tỉnh góp phần quan trọng giảm tải cho tuyến trên.

Tài liệu tham khảo

1. Đặng Việt Đức; Phạm Nguyên Sơn; Phạm Trường Sơn; Nguyễn Kiều Ly. Nghiên cứu hiệu quả kỹ thuật và ảnh hưởng lên đồng bộ thất của tạo nhịp tim ở vị trí vách đường ra thất phải. Kỷ yếu Hội nghị Tim mạch toàn quốc lần thứ 13.2012, tr 26 – 27.
2. Nguyễn Sĩ Huyền; Trần Thống; Nguyễn Phú Du; Tạ Tiến Phước. Máy tạo nhịp tim cơ bản-thực hành. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. Số 16-1998, tr 60.
3. Phan Nam Hùng. Ứng dụng đặt máy tạo nhịp một buồng và hai buồng trên bệnh nhân rối loạn nhịp tim chậm tại tỉnh Bình Định. Kỷ yếu Hội nghị khoa học. Đại hội Tim mạch toàn quốc lần thứ 13. 2012. Tr 11- 12.
4. Phạm Như Hùng; Trần Song Giang; Trần Văn Đồng; Tạ Tiến Phước. Thực trạng cấy máy tạo nhịp 1 buồng và 2 buồng tim trong chỉ định nhịp chậm tại Viện Tim mạch quốc gia Việt Nam. Kỷ yếu tóm tắt các báo cáo khoa học. Đại hội Tim mạch toàn quốc lần thứ 13. 2012. Tr 19- 20.
5. Huỳnh Văn Minh; Nguyễn Cửu Lợi; Lê Phúc Nguyên. Vai trò của tạo nhịp tạm thời trong tạo nhịp tim vĩnh viễn. Tạp chí Tim mạch học số 37-2004, tr 315-318.
6. Huỳnh Văn Minh; Nguyễn Cửu Lợi; Lê Phúc Nguyên; Hồ Anh Bình; Lê Quang Thử; Bùi Minh Thành; Nguyễn Lương Tấn. Tình hình đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Tim mạch học số 37-2004, tr 307-314.
7. Phạm Nguyên Sơn; Phạm Trường Sơn; Đặng Việt Đức . Nghiên cứu rối loạn đồng bộ thất ở bệnh nhân cấy máy tạo nhịp tim có điện cực ở đường ra thất phải. Hội nghị khoa học Phân hội Điện sinh lý học tim và tạo nhịp tim.2011.
8. Hồ Huỳnh Quang Trí; Phạm Nguyễn Vinh. Chẩn đoán và điều trị một số rối loạn nhịp riêng biệt. Bệnh Học Tim Mạch. 2006. T2, tr 170-215.
9. Tô Hưng Thụy; Nguyễn Cửu Lợi. Nghiên cứu theo dõi ngắn hạn các thông số tạo nhịp thất từ vùng vách đường ra thất phải. Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học. Đại hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam lần thứ 12. 2010. Tr 19-20.
10. Thông Tran. Tạo nhịp thất với máy hai buồng: Lợi hay hại. Hội nghị Tim mạch miền năm 2009.
11. ACC/AHA Guidelines for Implantation of Cardiac pacemaker and Antiarrhythmia Devices. Circulation, 1998; 97: 1325 – 1335.
12. Hellkamp AS, Lee KL, Sweeney MO, Link MS, Lamas GA. Treatment crossovers did not affect randomized treatment comparisons in the Mode Selection Trial (MOST). JACC 2006; 47: 2260-2266.
13. Toff WD, Camm AJ, Skehan JD. Single-chamber versus dual-chamber pacing for high-grade atrioventricular block. N Engl J Med 2005; 353: 145-155.
14. Thomas M. Bashore, MD; Christopher B. Granger, MD; Patrick Hranitzky, MD; Manesh R. Patel, MD. Current Medical Diagnosis and Treatment 50th Edition 2011, p365-381.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ÁP DỤNG PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ TẠI MỘT SỐ KHOA LÂM SÀNG BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG NĂM 2018

Phạm Ngọc Trung, Nguyễn Văn Sinh, Phạm Hoàng Nam,

Đàm Tấn Sĩ, Nguyễn Thị Thơ, Trần Thị Đào, Bùi Duy Lễ

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của việc áp dụng phiếu tóm tắt thông tin điều trị tại bệnh viện. **Phương pháp nghiên cứu:** Khảo sát cắt ngang. **Đối tượng nghiên cứu:** 05 khoa được bốc thăm ngẫu nhiên trên tổng số 14 khoa lâm sàng. Các thành phần được khảo sát bao gồm tất cả bác sĩ và điều dưỡng trực tiếp thực hiện phiếu thông tin cũng như những bệnh nhân có nhận phiếu thông tin đúng với bệnh họ đang điều trị tại 5 khoa trên. **Kết quả nghiên cứu:** Cả bác sĩ và điều dưỡng đều cho rằng phiếu tóm tắt thông tin giúp dễ thông tin cho bệnh nhân 98%, 93,3%, và công nhận phiếu này tiện cho bệnh nhân theo dõi 100%, 94,1%. Nhưng để bệnh nhân hiểu 62% bác sĩ, 28,6% điều dưỡng cho rằng phải tốn nhiều thời gian. Trên 30% Bác sĩ và điều dưỡng có ý kiến đóng góp cho phiếu này chủ yếu là còn dài dòng, nhiều từ chuyên môn bệnh nhân không hiểu. 99% bệnh nhân được nhân viên y tế phát phiếu tóm tắt thông tin tương ứng với bệnh của mình và 95% nhân viên có giải thích về bệnh trạng và phiếu tóm tắt thông tin. 95,2% bệnh nhân theo dõi và hợp tác được trong quá trình điều trị của mình. 78,3% đánh vào phiếu tóm tắt thông tin để theo dõi mỗi ngày. Xét về mức hài lòng cả rất hài lòng và hài lòng là 98,6% trong đó rất hài lòng chiếm 69,6%. **Kết luận:** Từ nghiên cứu cho thấy bác sĩ, điều dưỡng đều công nhận phiếu thông tin có ích cho bệnh nhân và BS, ĐD dễ thông tin qua phiếu này. Bệnh nhân hài lòng vì được phát phiếu thông tin và được giải thích đầy đủ về cách đánh vào phiếu và diễn biến bệnh của họ.

I - ĐẶT VẤN ĐỀ:

Việc cung cấp thông tin trong quá trình điều trị là quyền chính đáng của người bệnh đã được đưa vào luật khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009. Tiêu chí này cũng được đưa vào tiêu chí kiểm tra A4.1 trong mục 15, 16, 17, 18, 19, 20 nhằm giúp người bệnh có thể theo dõi và cùng tham gia trong quá trình điều trị. Tại bệnh viện đa khoa TT An Giang đã triển khai được 2 năm ở hầu hết các khoa với 5 bệnh thường gặp của từng khoa. Trong quá trình triển khai chúng tôi sử dụng mẫu tóm tắt phổ biến mà nhiều bệnh viện như: KomTum, bệnh viện Nông Nghiệp đang thực hiện và chỉnh sửa lại cho phù hợp với bệnh viện ĐKTTAn Giang vì hiện tại chưa có biểu mẫu chính thức của Bộ y tế. Trong quá trình thực hiện phiếu tóm tắt thông tin điều trị chúng tôi thấy rằng dường như còn nhiều bất tiện và khó theo dõi với bệnh nhân. Vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này trên một số khoa ngẫu nhiên trong bệnh viện với mục tiêu nhận xét, đánh giá hiệu quả của việc áp dụng, đồng thời

có hướng điều chỉnh hoàn thiện cho người bệnh dễ hợp tác và theo dõi trong quá trình điều trị.

II – ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Đối tượng nghiên cứu: Bốc thăm ngẫu nhiên 5 khoa trên tổng số 14 khoa lâm sàng. Loại trừ 3 Khoa cấp cứu vì bệnh không ổn định, khoa Lao, Tâm Thần hiện còn đang ở ngoài khu vực bệnh viện Sản nhi. Có 5 khoa trúng thăm thực hiện nghiên cứu là: ICU, Ngoại tổng hợp, Nội tổng hợp, ngoại Thận và khoa Truyền Nhiễm trong năm 2018.

Tất cả bác sĩ và điều dưỡng trực tiếp thực hiện phiếu thông tin cũng như nhưng bệnh nhân có nhận phiếu thông tin đúng với bệnh họ đang điều trị tại 5 khoa trên.

Phương pháp nghiên cứu: Khảo sát cắt ngang

Dùng bộ câu hỏi đã soạn sẵn bao gồm 4 câu cho bác sĩ, 4 câu cho điều dưỡng nội dung: Phiếu thông tin có giúp BS, ĐD dễ thông tin cho bệnh nhân không; Phiếu thông tin có tiện ích cho người bệnh; Có làm mất thời gian của BS, ĐD không; BS, ĐD có ý kiến gì đóng góp cho phiếu này tốt hơn?

5 câu cho bệnh nhân: Nhân viên bệnh viện có phát phiếu tóm tắt thông tin điều trị cho ông bà không? Nhân viên có giải thích về phiếu thông tin cho ông bà không? Phiếu có giúp ông bà dễ theo dõi quá trình điều trị của mình không? Ông bà có đánh dấu theo dõi vào phiếu thông tin điều trị không? Ông bà có hài lòng khi được BS và ĐD thông tin cho ông bà bằng phiếu tóm tắt thông tin điều trị trong quá trình trị bệnh của mình không. Cuối cùng là ý kiến nếu có. Nhóm nghiên cứu phát phiếu phỏng vấn cho nhân viên bao gồm: bác sĩ, điều dưỡng và bệnh nhân tự đánh dấu vào câu trả lời có, không theo nội dung câu hỏi, mức độ hài lòng theo 3 mức: rất hài lòng, hài lòng, không hài lòng. Ghi nhận những ý kiến khác nếu có.

Thu thập số liệu: Tất cả các phiếu sẽ được nhập vào Excell và dùng phần mềm SPSS 16.0 phân tích dữ liệu đánh giá mức độ hài lòng. Tính phần trăm, sự khác biệt các chỉ số, mức độ hài lòng, ghi nhận các ý kiến.

III – KẾT QUẢ:

Tổng số phiếu được phát ra ở 5 khoa bao gồm: Bác sĩ 50 phiếu, điều dưỡng 119 phiếu và bệnh nhân 207 phiếu .

Kết quả từ nghiên cứu chúng tôi ghi nhận:

Bảng 1: Bác sĩ (50)

Nội dung	Có %	Không %
Phiếu thông tin có giúp BS dễ thông tin cho bệnh nhân không?	98	2
BS thấy phiếu này có tiện ích cho người bệnh không?	100	0
Có làm mất thời gian của BS không?	62	38
BS có ý kiến gì đóng góp cho phiếu này tốt hơn không	20	80

Bảng 2: Điều dưỡng (119)

Nội dung	Có %	Không %
Phiếu thông tin có giúp ĐD dễ thông tin cho bệnh nhân không?	93,3	6,7
ĐD thấy phiếu này có tiện ích cho người bệnh không?	94,1	5,9
Có làm mất thời gian của ĐD không?	28,6	71,4
ĐD có ý kiến gì đóng góp cho phiếu này tốt hơn không	10,1	89,9

Từ kết quả bảng 1 và bảng 2 cho thấy cả bác sĩ và điều dưỡng đều cho rằng phiếu tóm tắt thông tin giúp dễ thông tin cho bệnh nhân 98%, 93,3%. Bên cạnh đó bác sĩ và điều dưỡng cũng công nhận phiếu này tiện cho bệnh nhân theo dõi 100%, 94,1%. Nhưng để làm cho bệnh nhân hiểu về phiếu thông tin cũng như bệnh trạng của họ 62% bác sĩ, 28,6% điều dưỡng cho rằng phải tốn rất nhiều thời gian. Trên 30% Bác sĩ và điều dưỡng có ý kiến đóng góp cho phiếu này chủ yếu là còn dài dòng, nhiều từ chuyên môn bệnh nhân không hiểu, cũng có những ý kiến nên làm thêm nhiều mặt bệnh hoặc lồng thêm hình thức giáo dục sức khỏe đi kèm.

Bảng 3: bệnh nhân (207)

Nội dung	Có %	Không %
Nhân viên bệnh viện có phát phiếu tóm tắt thông tin điều trị cho ông bà không?	99	1
Nhân viên có giải thích về phiếu thông tin cho ông bà không	95	4,8
Phiếu có giúp ông bà dễ theo dõi quá trình điều trị của mình không?	95,2	4,8

Ông bà có đánh dấu theo dõi vào phiếu thông tin điều trị không?	78,3	21,7	
Ông bà có hài lòng khi được BS và ĐD thông tin cho ông bà bằng phiếu tóm tắt thông tin điều trị trong quá trình trị bệnh của mình không?	Rất hài lòng 69,6%	Hài lòng 29%	Không Hài Lòng 1,4%
Ý kiến khác	2	98	

Nhận xét: Có 99% bệnh nhân ghi nhận được nhân viên y tế phát phiếu tóm tắt thông tin tương ứng với bệnh của mình và 95% nhân viên có giải thích về bệnh trạng và phiếu tóm tắt thông tin cho bệnh nhân. Nhờ vậy mà 95,2% bệnh nhân theo dõi và hợp tác được trong quá trình điều trị của mình. Tuy nhiên chỉ có 78,3% đánh vào phiếu tóm tắt thông tin để theo dõi mỗi ngày. Xét về mức hài lòng cả rất hài lòng và hài lòng là 98,6% trong đó rất hài lòng chiếm 69,6%. Nhưng vẫn còn không hài lòng 1,4%. 98% không có ý kiến gì, 2% đa số ý kiến không hiểu.

IV- BÀN LUẬN:

Qua kết quả thể hiện ở bảng 1 và 2 cho thấy cả bác sĩ và điều dưỡng đều cho rằng phiếu tóm tắt thông tin giúp dễ thông tin cho bệnh nhân 98%, 93,3%. Bác sĩ và điều dưỡng cũng công nhận phiếu này tiện cho bệnh nhân theo dõi 100%, 94,1%. Điều này cho thấy từ khi triển khai phiếu thông tin, bác sĩ và điều dưỡng đã sử dụng phiếu này để giải thích quá trình điều trị cho bệnh nhân hoặc người nhà dễ dàng hơn. Người bệnh và người nhà cầm phiếu này để theo dõi bệnh cũng như diễn biến bệnh của mình hơn. Nhưng để làm cho bệnh nhân hiểu về phiếu thông tin cũng như bệnh trạng của họ phải tốn nhiều thời gian. Kết quả cho thấy để làm được điều đó, 62% bác sĩ và 28,6% điều dưỡng cho rằng tốn rất nhiều thời gian. Trên 30% Bác sĩ và điều dưỡng có ý kiến đóng góp cho phiếu này chủ yếu là còn dài dòng, nhiều từ chuyên môn, tên thuốc bệnh nhân không hiểu, cũng có những ý kiến nên làm thêm nhiều mặt bệnh. Thực tế cho thấy trình độ hiểu biết của bệnh nhân và thân nhân chưa đủ để hiểu những từ dùng trong chuyên môn cũng như không biết tên thuốc nào đã dùng trong ngày, chỉ biết có cho thuốc uống, có tiêm thuốc hoặc có lấy máu nhưng không biết đó là kháng sinh hay thuốc thường mặc dù đã được giải thích. Bên cạnh đó 99% bệnh nhân ghi nhận được nhân viên y tế phát phiếu tóm tắt thông tin tương ứng với bệnh của mình và 95% nhân viên có giải thích về bệnh trạng và phiếu tóm tắt thông tin cho bệnh nhân. Như vậy chứng tỏ nhân viên các khoa đã thực hiện đúng qui định của tiêu chí A4.1(mục 16) là: “ Nhân viên y tế in, phát và tư vấn các phiếu tóm tắt thông tin điều trị cho người bệnh

theo dõi và cùng tham gia vào quá trình điều trị”. Nhờ có phát phiếu thông tin và giải thích mà 95,2% bệnh nhân theo dõi và hợp tác được trong quá trình điều trị của mình. Tuy nhiên chỉ có 78,3% đánh vào phiếu tóm tắt thông tin để theo dõi mỗi ngày. Do trình độ còn hạn chế nên một số người không hiểu, một số cho là điều trị tốt rồi không cần phải đánh, nhân viên y tế tự quyết định. Xét về mức hài lòng cả rất hài lòng và hài lòng là 98,6% trong đó rất hài lòng chiếm 69,6%. Bước đầu thực hiện phiếu thông tin còn đang từ từ hoàn chỉnh nhưng đã nhận được sự hài lòng ở mức 98,6% là điều đáng khích lệ để càng hoàn thiện hơn. Vẫn còn không hài lòng 1,4%. 98% không có ý kiến gì, 2% đa số ý kiến không hiểu.

V- KẾT LUẬN:

Qua nghiên cứu này cho chúng ta thấy cả bác sĩ và điều dưỡng đều cho rằng phiếu tóm tắt thông tin giúp dễ thông tin cho bệnh nhân 98%, 93,3% và cũng thuận tiện cho bệnh nhân theo dõi 100%, 94,1%. Nhưng để cho bệnh nhân hiểu về phiếu thông tin cũng như bệnh trạng 62% bác sĩ 28,6% điều dưỡng cho rằng tốn nhiều thời gian. Trên 30% Bác sĩ và điều dưỡng có ý kiến đóng góp phiếu còn dài dòng, dùng từ cho bệnh dễ hiểu. 99% bệnh nhân được phát phiếu tóm tắt thông tin tương ứng với bệnh của mình và 95% nhân viên có giải thích về bệnh trạng và phiếu tóm tắt thông tin. 95,2% bệnh nhân theo dõi và hợp tác được trong quá trình điều trị. Tuy nhiên chỉ có 78,3% đánh dấu vào phiếu tóm tắt thông tin để theo dõi mỗi ngày. Xét về mức hài lòng và rất hài lòng là 98,6% trong đó rất hài lòng chiếm 69,6%. Nhưng vẫn còn không hài lòng 1,4%. 98% không có ý kiến gì, 2% đa số ý kiến không hiểu. Để đạt được những kết quả trên bệnh viện đã không ngừng cải tiến phiếu thông tin sao cho có sự cộng tác tốt giữa thầy thuốc và bệnh nhân.

VI- KIẾN NGHỊ

Hiện tại chưa có mẫu tóm tắt thông tin điều trị thống nhất nên cần phải có mẫu thống nhất, đơn giản, dễ theo dõi cho bệnh nhân ở mọi trình độ. Có thể xây dựng phiếu ngắn gọn và lồng thêm phần giáo dục sức khỏe đi kèm.

VII- TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện đa khoa Kontum phiếu tóm tắt thông tin điều trị. Website <http://bvtkontum.com.vn>
2. Bộ Y tế Tiêu chí chất lượng bệnh viện năm 2017 tieuchi.chatluongbenhvien.vn
3. Luật khám chữa bệnh. Số 40/2009/QH 12 ngày 23/11/2009. Tiêu chí chất lượng bệnh viện. A4.1; 15-20.

Phụ Lục

CÂU HỎI KHẢO SÁT PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ

STT	Câu hỏi	YES	NO	
	Bác sĩ			
1	Phiếu thông tin có giúp BS dễ thông tin cho bệnh nhân không?			
2	BS thấy phiếu này có tiện ích cho người bệnh không?			
3	Có làm mất thời gian của BS không?			
4	BS có ý kiến gì đóng góp cho phiếu này tốt hơn không (nếu có ngoài đánh Y-N sẽ ghi ý kiến phía dưới)			
	Điều dưỡng			
1	Phiếu thông tin có giúp ĐD dễ thông tin cho bệnh nhân không?			
2	ĐD thấy phiếu này có tiện ích cho người bệnh không?			
3	Có làm mất thời gian của ĐD không?			
4	ĐD có ý kiến gì đóng góp cho phiếu này tốt hơn không (nếu có ngoài đánh Y-N sẽ ghi ý kiến phía dưới)			
	Bệnh nhân	Có	không	
1	Nhân viên bệnh viện có phát phiếu tóm tắt thông			

	tin điều trị cho ông bà không?			
2	Nhân viên có giải thích về phiếu thông tin cho ông bà không			
2	Phiếu có giúp ông bà dễ theo dõi quá trình điều trị của mình không?			
3	Ông bà có đánh dấu theo dõi vào phiếu thông tin điều trị không?			
4	Ông bà có hài lòng khi được BS và ĐD thông tin cho ông bà bằng phiếu tóm tắt thông tin điều trị trong quá trình trị bệnh của mình không?	Rất hài lòng	Hài lòng	Không hài lòng
5	Ý kiến khác			

ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI NHÀ VÀ NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ VỀ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG

Nguyễn Thị Hạnh, Phạm Hoà Lợi, Kim Thoa,

Nguyễn Thị Phi Yến, Dương Ngọc

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sự hài lòng của người bệnh là tiêu chí quan trọng dùng để đánh giá chất lượng cung cấp dịch vụ y tế tại các cơ sở y tế, cũng là để đánh giá thương hiệu bệnh viện trong cung cách phục vụ bệnh nhân.

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cung cấp dịch vụ y tế và cung cách phục vụ đối với người bệnh.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Phương pháp nghiên cứu: Tất cả người bệnh hoặc người nhà người bệnh đã nằm nội trú hoàn thành thủ tục ra viện. Thực hiện chọn mẫu liên tiếp, phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân bằng bộ câu hỏi phỏng vấn thiết kế sẵn (mẫu của BHYT) đánh dấu chéo tùy theo mức nhận xét từ mức 1 đến mức 5 ứng với từng câu hỏi. Nhập EpiData 3.1, dùng phần mềm SPSS 20.0 phân tích số liệu.

Kết quả: 390 người tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 08/2018, mức độ hài lòng đạt được ở các mục khảo sát: khả năng tiếp cận : 74.1%. Minh bạch về thông tin và thủ tục hành chính : 74.7%. Về cơ sở vật chất & phương tiện phục vụ người bệnh: 78.33%. Thái độ ứng xử của NVYT 79.64%. Kết quả cung cấp dịch vụ: 71.725%. Chi phí KB,CB: 72.6%.

Kết luận: Từ nghiên cứu cho thấy chỉ số mức độ hài lòng của người bệnh đạt tỷ lệ gần 76%. Mức độ này dù đã ở vị trí tốt nhưng so với kỳ vọng của người bệnh thì còn khiêm tốn cần phải phấn đấu thêm.

ABSTRACT

Background: Patient satisfaction is an important criterion used to assess the quality of health services provided at health facilities, as well as to evaluate the brand name of the hospital in the way patients are treated.

Objectives: To assess the quality of health service provision and service to patients.

Study Design: Cross sectional study

Study method: All patients or family members who have been hospitalized completed the procedure at the hospital. Continuous sample selection, direct interviews of patients or family members using the pre-designed interview questionnaire (BYT sample) were marked by crosses depending on the level of comments from level 1 to

level 5 for each sentence. ask. Enter EpiDaTa 3.1, using SPSS 20.0 data analysis software.

Results: 390 participants during the period from January 2018 to August 2018, satisfaction level in the survey items: accessibility: 74.1%. Transparency of information and administrative procedures: 74.7%. About facilities and facilities for patients: 78.33%. Behavior of health workers 79.64%. Service result: 71.725%. Cost of KB, CB: 72.6%.

Conclusion: From the study showed that the index of satisfaction of patients reached the rate of nearly 76%. This level, despite being in a good position, but compared with the expectations of the patient is still modest to strive for more.

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang hàng năm tiếp nhận hàng trăm nghìn lượt người bệnh (NB) đến khám ngoại trú và điều trị nội trú. Trước tình trạng số lượng NB khám chữa bệnh ngày càng tăng cao, để thực hiện tốt chức năng của mình, bệnh viện đã cải tiến công tác quản lý, nâng cao chất lượng chuyên môn, ngoài ra bệnh viện còn duy trì đào tạo liên tục về quy tắc ứng xử, đổi mới phong cách thái độ phục vụ hướng tới sự hài lòng của người bệnh.

Sự hài lòng của người bệnh là tiêu chí quan trọng dùng để đánh giá chất lượng cung cấp dịch vụ y tế tại các cơ sở y tế, cũng là để đánh giá thương hiệu bệnh viện trong cung cách phục vụ bệnh nhân. Ngoài các tiêu chí về khả năng tiếp cận, minh bạch thông tin và thủ tục hành chính, cơ sở vật chất, phương tiện phục vụ người bệnh mà Bộ Y Tế đã đề ra, thì các ý kiến đóng góp của người bệnh cũng là cơ sở và bằng chứng để cải tiến nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh tại các cơ sở y tế. Theo 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 dịch vụ do Bệnh viện và ngành y tế cung cấp.

Nhằm đánh giá chất lượng cung cấp dịch vụ y tế và cung cách phục vụ đối với người bệnh. Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài này để có cái nhìn tổng quan về thực tế sự hài lòng trên bệnh nhân nội trú sau khi ra viện, giúp cho Ban Lãnh Đạo bệnh viện có cơ sở cải thiện những gì còn thiếu sót và duy trì những cái đã đạt được về sự hài lòng.

II- MỤC TIÊU

-Đánh giá mức độ hài lòng của người nhà và người bệnh nội trú khi nằm tại bệnh viện đa khoa TT An Giang.

- Tìm hiểu nguyên nhân những yếu tố bệnh nhân và người nhà chưa thực sự hài lòng để có hướng can thiệp phục vụ tốt hơn.

III- ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả người bệnh hoặc người nhà người bệnh đã nằm nội trú và hoàn thành thủ tục ra viện từ tháng 1/2018 đến 6/2018. Bao gồm những bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân >18 tuổi, tâm lý bình thường, không mắc các bệnh về tâm thần, không lú lẫn, sáng suốt và chấp nhận cộng tác để trả lời các câu hỏi khảo sát trên nguyên tắc khách quan, không cần ghi tên và những ghi nhận được đảm bảo bí mật.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Tất cả nhưng bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân ra viện trong thời gian từ 1/2018 đến 6/2018 không thuộc tiêu chuẩn loại trừ sẽ được đội ngũ nghiên cứu phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn theo mẫu của BHYT. Hoặc gửi bộ câu hỏi cho bệnh nhân và thân nhân về nhà đọc kỹ, đánh dấu vào mức điểm tùy theo mức nhận xét của họ và gửi lại khi đi tái khám. Các câu hỏi được cho điểm từ 1 đến 5.

Cỡ mẫu: Chúng tôi dùng công thức sau để tính cỡ mẫu

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

n: cỡ mẫu thu thập

α : Hệ số tin cậy (mức ý nghĩa thống kê). Chọn $\alpha = 0,05 \rightarrow Z$ thì giá trị của $z = 1,96$

p ước tính tỷ lệ hài lòng NB với dịch vụ KCB là 50%, $p = 0,5$ (để có cỡ mẫu tối thiểu nhiều nhất)

$$q = 1 - p = 0,5$$

d: sai số chấp nhận, chọn $d = 0,05$

Như vậy:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5(1-0,5)}{0,05^2} = 384$$

Như vậy cỡ mẫu lý tưởng theo công thức là 384 bệnh nhân hoặc thân nhân.

Các nhóm câu hỏi phỏng vấn tập trung vào 9 vấn đề:

Thông tin của người trả lời
Về khả năng tiếp cận
Minh bạch về thông tin và thủ tục hành chính
Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh
Thái độ ứng xử của nhân viên y tế
Kết quả cung cấp dịch vụ
Chi phí khám bệnh chữa bệnh
Mức độ hài lòng
Nhu cầu sử dụng dịch vụ

Phân tích và xử lý số liệu.

Các số liệu được trình bày bằng tỷ lệ phần trăm cho các biến.

Nhập EpiData 3.1, xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

IV- KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có tổng số 390 bệnh nhân và thân nhân được phỏng vấn, nữ chiếm 224 người (57,4%); nam 166 người (42,6%); về độ tuổi 18-40 là cao nhất 171 (43,8%) kế đến là 41-60 tuổi 161 (41,3%) và trên 60 là 58 (14,8%). Nhóm có bảo hiểm y tế cao hơn 345 (88,5%).

Bảng 1: Về trình độ học vấn

	Nội dung	Tần số	Tỉ lệ (%)
Trình độ học vấn	Không biết đọc/không biết viết	25	6.4
	Tiểu học/cấp I	109	27.9
	Trung học cơ sở/cấp II	118	30.3
	Phổ thông Trung học/cấp III	88	22.6

	Trung cấp, cao đẳng	22	5.6
	Đại học, trên đại học	28	7.2

Như vậy nhóm không biết chữ nhờ người đánh hộ chỉ có 6, 4% còn lại là từ cấp I đến đại học chiếm hơn 93%.

Bảng 2: Nghề nghiệp

Nghề nghiệp chính	Nông dân/ngư dân/...	92	23.6
	Làm công ăn lương	82	21
	Học sinh/sinh viên	9	2.3
	Kinh doanh dịch vụ	32	8.2
	Làm thuê/nghề tự do	69	17.7
	Nghỉ hưu/mất sức/già yếu	27	6.9
	Nội trợ	62	15.9
	Không có việc làm/thất nghiệp	6	1.5
	Khác	11	2.8

Bảng 2 cho thấy đông nhất là Nông dân 92 (23,6%), tiếp đến là công nhân 21%; lực lượng làm mướn 17,7% và cuối cùng là nội trợ 15,9%.

Bảng 3: Hải lòng về khả năng tiếp cận:

Hải lòng về khả năng tiếp cận	Đễ dàng	Tần số	Tỉ lệ (%)
Sơ đồ, biển báo chỉ dẫn/hướng dẫn của NVYT đến các tòa nhà, khoa, phòng, buồng bệnh rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm	Đễ dàng	289	76,3
	Bình thường	88	23,2
	Khó khăn	2	0,5
Thông báo rõ ràng về thời gian khám bệnh/thời gian cung cấp dịch vụ cận lâm sàng/thời gian người	Đễ dàng	264	69,8
	Bình thường	113	29,9

thân được vào thăm người bệnh	Khó khăn	1	0,3
NB/người nhà NB có thể gọi, hỏi NVYT dễ dàng, kịp thời khi có nhu cầu cần hỗ trợ	Dễ dàng	291	76,2
	Bình thường	90	23,6
	Khó khăn	1	0,3

Sơ đồ, biển báo chỉ dẫn/hướng dẫn của NVYT đến các tòa nhà, khoa, phòng, buồng bệnh rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm: 76.3%, bình thường 23,2%.

Thông báo rõ ràng về thời gian khám bệnh/thời gian cung cấp dịch vụ cận lâm sàng/thời gian người thân được vào thăm người bệnh: 69.8%, bình thường 29,9%.

NB/người nhà NB có thể gọi, hỏi NVYT dễ dàng, kịp thời khi có nhu cầu cần hỗ trợ: 76.2%, bình thường 23,6%.

Như vậy tỷ lệ nhận định dễ dàng chung về khả năng tiếp cận là 74.1% và Bình thường 25,5%.

Bảng 4: Minh bạch về thông tin và thủ tục hành chính

Minh bạch về thông tin và thủ tục hành chính		Tần số	Tỉ lệ (%)
Quy trình thủ tục khám bệnh, xét nghiệm, siêu âm, chụp, chiếu, nhập viện được thông báo công khai/hướng dẫn rõ ràng, thuận tiện	Rõ ràng, cụ thể	283	75,3
	Bình thường	92	24,5
	Không rõ ràng, cụ thể	1	0,2
Được thông báo rõ ràng, đầy đủ về nội quy, quy chế khi khám bệnh/nằm viện	Rõ ràng, cụ thể	278	73,5
	Bình thường	99	26,2
	Không rõ ràng, cụ thể	1	0,3
Được giải thích rõ ràng, đầy đủ về tình trạng bệnh tật, phương pháp điều trị, dự kiến thời gian điều trị và tiên lượng về diễn	Rõ ràng, cụ thể	283	74,3
	Bình thường	95	24,9
	Không rõ ràng, cụ thể	3	0,8

tiến của bệnh tật			
Được tư vấn, giải thích rõ ràng, đầy đủ về sự cần thiết, giá dịch vụ trước khi được chỉ định thực hiện các xét nghiệm, siêu âm, chụp, chiếu, thăm dò chức năng,...	Rõ ràng, cụ thể	288	75,4
	Bình thường	90	23,6
	Không rõ ràng, cụ thể	4	1
Giá dịch vụ y tế được niêm yết/thông báo công khai ở vị trí dễ quan sát, dễ đọc/nghe, dễ hiểu	Rõ ràng, cụ thể	281	73,9
	Bình thường	96	25,3
	Không rõ ràng, cụ thể	3	0,8
Được thông báo công khai và cập nhật thường xuyên về danh mục thuốc được chỉ định, chi phí sử dụng thuốc, chi phí sử dụng các dịch vụ y tế và chi phí giường nằm	Rõ ràng, cụ thể	291	75,8
	Bình thường	91	23,7
	Không rõ ràng, cụ thể	2	0,8

Quy trình thủ tục khám bệnh, xét nghiệm, siêu âm, chụp, chiếu, nhập viện được thông báo công khai/hướng dẫn rõ ràng, thuận tiện: 75.3%; Bình thường 24,5%.

Được thông báo rõ ràng, đầy đủ về nội quy, quy chế khi khám bệnh/nằm viện: 73.5%. Bình thường 26,2%.

Được giải thích rõ ràng, đầy đủ về tình trạng bệnh tật, phương pháp điều trị, dự kiến thời gian điều trị và tiên lượng về diễn tiến của bệnh tật: 74.3%. Bình thường 24,9%.

Được tư vấn, giải thích rõ ràng, đầy đủ về sự cần thiết, giá dịch vụ trước khi được chỉ định thực hiện các xét nghiệm, siêu âm, chụp, chiếu, thăm dò chức năng, 75.4%. Bình thường 23,6%.

Giá dịch vụ y tế được niêm yết/thông báo công khai ở vị trí dễ quan sát, dễ đọc/nghe, dễ hiểu: 73.9%. Bình thường 25,3%.

Được thông báo công khai và cập nhật thường xuyên về danh mục thuốc được chỉ định, chi phí sử dụng thuốc, chi phí sử dụng các dịch vụ y tế và chi phí giường nằm: 75.8%. Bình thường 23,7%.

Tỷ lệ hài lòng chung về minh bạch thông tin và thủ tục hành chính 74.7%. bình thường 24,7%.

Kết quả nhận xét về cơ sở vật chất & phương tiện phục vụ người bệnh

Hành lang, lối đi bằng phẳng, không trơn trượt, không đọng nước, đi lại dễ dàng: 82.1%. bình thường 17, 9%.

Bố trí đầy đủ ghế ngồi chờ cho NB/người nhà NB tại khu vực Khám bệnh/Xét nghiệm, siêu âm, chụp chiếu,.../Buồng bệnh: 76.2%. bình thường 22,8%.

Có tài liệu truyền thông về CSSK được niêm yết/trình chiếu tại các khu vực/phòng chờ: 74.3%. bình thường 24,9%.

Khu vực Khám bệnh/Xét nghiệm, siêu âm, chụp, chiếu,.../Buồng bệnh khang trang, sạch sẽ, có thiết bị điều chỉnh nhiệt độ thích hợp (quạt máy, điều hòa,...): 78.1%. bình thường 21,7%.

Giường bệnh đầy đủ, mỗi người 1 GB, chắc chắn, an toàn: 73.4%. bình thường 23,4%.

Được cung cấp quần áo, ga gối đầy đủ, sạch sẽ: 76.9%. bình thường 22,8%.

Nhà vệ sinh, nhà tắm sạch sẽ, sử dụng thuận tiện, có sẵn giấy vệ sinh, xà phòng rửa tay: 73.9%. bình thường 23,5%.

Được cung cấp đầy đủ nước uống, nước sinh hoạt nóng/lạnh: 79.5%. bình thường 19,2%.

Có rèm che, vách ngăn hoặc phòng riêng đảm bảo riêng tư khi thay quần áo, khi bác sỹ thăm khám, khi vệ sinh cá nhân: 80.8%. bình thường 19%.

Căn tin của CSYT phục vụ giá cả hợp lý, chất lượng hàng hóa tốt: 61.6% bình thường 31, 9%.

Môi trường, quang cảnh CSYT xanh: 72.7%. bình thường 27,3%.

Môi trường CSYT sạch: 84.1%. bình thường 15,9%.

Quang cảnh CSYT đẹp: 84.4%. bình thường 15,6%.

Tỷ lệ hài lòng nhận xét chung về cơ sở vật chất & phương tiện phục vụ người bệnh 78.33% và bình thường 22% trong đó có lưu ý về giá cả hợp lý căng tin bình thường chiếm 32%.

Kết quả về thái độ ứng xử của NVYT

NVYT (Bác sỹ, điều dưỡng,...) có cử chỉ, lời nói phù hợp, rõ ràng; thái độ đúng mực: 81.4%. bình thường 18,6%.

Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, nhân viên HC, kế toán...) có lời nói, cử chỉ, thái độ giao tiếp đúng mực: 75.5%. bình thường 24,2%.

Được nhân viên của CSYT tôn trọng, đối xử công bằng và quan tâm giúp đỡ: 75.5%. bình thường 24,3%.

NVYT xử lý công việc thành thạo, đáp ứng kịp thời nhu cầu của NB: 80.1%. bình thường 19,9%.

Được bác sỹ thăm khám, động viên: 75.3%. bình thường 24,4%.

Được tư vấn sử dụng thuốc, chế độ ăn, chế độ vận động và dự phòng bệnh tật...: 74.8%. bình thường 24,9%.

Nhân viên của CSYT không gợi ý, vói vĩnh quà biếu, gây khó khăn cho NB/người nhà NB: 85.6%. bình thường 18,6%, bình thường 14,1%.

Trang phục của nhân viên trong CSYT gọn gàng, sạch đẹp, không nhàu nát, đeo biển tên đầy đủ: 88.9%. bình thường 10,9%.

Tỷ lệ hài lòng chung về thái độ ứng xử của NVYT 79.64% và mức độ bình thường là: 19,91%.

Kết quả nhận xét về cung cấp dịch vụ

Thời gian chờ đợi đến lượt khám bệnh: 65.1%. bình thường 34%.

Thời gian được bác sỹ khám bệnh: 66.3%. bình thường 33,7%.

Thời gian chờ được cung cấp dịch vụ và nhận kết quả xét nghiệm, siêu âm và chụp chiếu: 65.2%. bình thường 34,5%.

Được cấp phát & hướng dẫn sử dụng thuốc đầy đủ, đảm bảo chất lượng: 75.1%. bình thường 24,9%.

Trang thiết bị, vật tư y tế đầy đủ, đáp ứng được theo nguyện vọng: 77.2%. bình thường 22,8%.

Kết quả điều trị như mong đợi: 72%. bình thường 27,8%.

Chất lượng điều trị đảm bảo: 75.3%. bình thường 24,7%.

Mức độ tín nhiệm đối với CSYT: 77.6%. bình thường 22,4%.

Tỷ lệ hài lòng chung nhận xét về kết quả cung cấp dịch vụ rõ ràng là 71.72%, bình thường 28.1%. Riêng các mục chờ đến lượt khám bệnh, chờ để được BS khám và chờ các cận lâm sàng mamm ở mức bình thường lần lượt 34%, 33,7%, 34,5%.

Kết quả về chi phí KB,CB

Số tiền đồng chi trả phù hợp với khả năng chi trả của người bệnh/gia đình người bệnh: 70.5%, bình thường 28,8%.

Số tiền chi trả cho sử dụng thuốc và dịch vụ y tế ngoài danh mục thanh toán của bảo hiểm y tế phù hợp với khả năng chi trả của người bệnh/gia đình người bệnh: 72.8%. bình thường 26,4%.

Chi trả phí dịch vụ y tế, tiền thuốc theo hình thức thanh toán trực tiếp phù hợp với khả năng chi trả của người bệnh/gia đình người bệnh: 74.5%. bình thường 25,3%.

Tỷ lệ hài lòng chung cho là rõ ràng, cụ thể về viện phí 72.65% và bình thường là 26,83%.

Bảng 3: Mức độ hài lòng của Ông/bà đối với dịch vụ do cơ sở của chúng tôi cung cấp?

Toàn bộ người tham gia nghiên cứu được khảo sát sự hài lòng về dịch vụ do cơ sở cung cấp. Điểm hài lòng được đánh số từ 1 đến 4, trong đó 1 là hài lòng, 4 là Không trả lời/không có ý kiến.

Mức độ hài lòng đối với dịch vụ cơ sở	Tần số	Tỉ lệ (%)
Hài lòng	259	66,4
Bình thường	118	30,3
Không hài lòng	1	0,3

Không trả lời/không có ý kiến	12	3,1
-------------------------------	----	-----

Nhận xét: điểm hài lòng của người bệnh về dịch vụ do cơ sở cung cấp hài lòng chiếm 66,4%, bình thường chiếm 30,3%, không trả lời/ không có ý kiến chiếm 3,1%, tuy nhiên vẫn còn số ít không hài lòng chiếm 0,3%.

Bảng 4: Nếu có nhu cầu sử dụng dịch vụ; ông/bà có quay trở lại HOẶC giới thiệu người thân, bạn bè đến với cơ sở của chúng tôi không?

Có nhu cầu sử dụng dịch vụ; ông/bà có quay trở lại HOẶC giới thiệu người thân, bạn bè đến với cơ sở	Tần số	Tỉ lệ (%)
Chắc chắn sẽ quay lại và giới thiệu cho người khác	279	71,5
Có thể sẽ quay lại	95	24,4
Muốn chuyển sang cơ sở khác	0	0
Không muốn đến nhưng vẫn phải quay trở lại vì ít có sự lựa chọn	16	4,1
Chắc chắn không quay trở lại	0	0
Khác	0	0

Chắc chắn sẽ quay lại và giới thiệu cho người khác: 71.5%.

Có thể sẽ quay lại: 24.4%.

Muốn chuyển sang cơ sở khác: 0%.

Không muốn đến nhưng vẫn phải quay trở lại vì ít có sự lựa chọn: 4.1%.

V- BÀN LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu cho chúng ta thấy rằng đa số người được phỏng vấn trình độ từ cấp I trở lên đến đại học chiếm đa số (93%) nên họ có thể tự đánh vào phiếu khảo sát với một nhận thức rõ ràng về sự chọn lựa của họ và tất cả đều là ra viện vì thế có yếu tố khách quan trong nhận xét của họ. Về nghề nghiệp cũng vậy: Nông dân 92 (23,6%), công nhân 21%; lực lượng làm mướn 17,7%, nội trợ 15,9% đều là những thành phần chất phác có sao nói vậy nên những ghi nhận của họ tương đối chân thật.

Ghi nhận từ những mục khảo sát ban đầu: Hải lòng về khả năng tiếp cận, minh bạch về thông tin và thủ tục hành chính, cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh, thái độ ứng xử của nhân viên y tế, kết quả cung cấp dịch vụ, chi phí khám bệnh chữa bệnh, mức độ hải lòng, nhu cầu sử dụng dịch vụ: Sự hải lòng được ghi nhận lần lượt (74; 74,7; 78,3; 79,6; 71,7; 72,6%) và bình thường là (25,5; 24,7; 22; 19,9; 28; 26,8%) tỷ lệ chung là 76% nhưng cho là bình thường vẫn còn chiếm tỷ lệ 25,33%.

Riêng phần nhận xét về căng tin mức bình thường về giá cả chiếm tỷ lệ 32%; về thời gian chờ đợi đến lượt khám bệnh hải lòng: 65.1%, bình thường 34%; thời gian được bác sỹ khám bệnh hải lòng: 66.3%, bình thường 33,7%, thời gian chờ được cung cấp dịch vụ và nhận kết quả xét nghiệm, siêu âm và chụp chiếu: 65.2%, bình thường 34,5%. Chứng tỏ những mục này mức độ bình thường còn cao có thể giá căng tin còn cao mà chất lượng phục vụ chưa đạt. Những mục cung cấp dịch vụ có thể do bệnh đông, số lượng bác sỹ ít và tâm lý chờ đợi làm cho người bệnh chưa vừa ý, nhưng cũng là những điểm chúng ta lưu ý trong cung cấp dịch vụ và phải làm giảm thời gian chờ đợi.

Điều này cũng làm giảm đi số bệnh nhân quay trở lại bệnh viện, vì qua khảo sát bệnh nhân chắc chắn quay lại chiếm tỷ lệ 71,5% và có thể quay lại hoặc không quay lại 24,4%, nhưng vẫn còn 4% nói không muốn quay lại nhưng không còn sự lựa chọn. Với 71,5% quay lại như vậy việc hải lòng chung 76% là phù hợp. Từ đó chúng ta phải chỉnh sửa lại những gì còn thiếu sót để làm sao thu hút được trên 90% bệnh nhân quay trở lại.

VI- KẾT LUẬN

Từ nghiên cứu cho thấy chỉ số mức độ hải lòng của người bệnh đạt tỷ lệ gần 76%. Mức độ này dù đã ở vị trí tốt nhưng so với kỳ vọng của người bệnh thì còn khiêm tốn cần phải phấn đấu thêm. Bên cạnh đó chúng ta cũng phải nghiên cứu lại những phần còn nằm ở mức bình thường cao về căng tin, thời gian khám và làm các cận lâm sàng để nâng cao tỷ lệ bệnh nhân chắc chắn quay trở lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kế hoạch số1333/KH-BYT ngày 11 tháng 12 năm 2017 về việc đo lường, đánh giá sự hải lòng của người bệnh về phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế, cơ sở y tế xanh, sạch, đẹp và chất lượng bệnh viện.

2. Quyết định số 1313/QĐ-BYT ngày 22 tháng 04 năm 2013 về việc ban hành hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện.
3. Quyết định số 2151/QĐ-BYT ngày 04 tháng 06 năm 2015 về việc phê duyệt kế hoạch triển khai thực hiện “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng người bệnh”.
4. Quyết định số 3638/QĐ-BYT ngày 15 tháng 07 năm 2016 về việc phê duyệt kế hoạch triển khai cơ sở y tế “Xanh-Sạch-Đẹp”.
5. Phạm Đức Mục, Phương pháp nghiên cứu điều dưỡng, Nhà xuất bản y học;2004.
6. Bộ Trưởng Bộ Y tế, Quyết định số 2088/BYT-QĐ, “Quy định về y đức”, 06/11/1996.
7. Thông tư số 07/2014/TT-BYT ngày 25 tháng 02 năm 2014 Quy định về quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở y tế.
8. Hà Thị Soạn và CS: Đánh giá sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh đối với công tác khám chữa bệnh tại một số Bệnh viện tỉnh Phú Thọ năm 2006-2007- Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, Hội Điều dưỡng Việt Nam.

KẾT QUẢ TÁN SỎI NỘI SOI SỎI NIỆU QUẢN ĐOẠN DƯỚI BẰNG NGUỒN TÁN LASER TẠI BV ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Trần Văn Quốc, Trần Đức Anh, Hồ Thanh Nhân

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả tán sỏi nội soi ngược dòng sỏi niệu quản (NQ) đoạn dưới bằng nguồn tán laser.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: tiến cứu 85 bệnh nhân sỏi NQ đoạn dưới được điều trị tán sỏi nội soi bằng nguồn tán laser tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 12/2017 đến tháng 8/2018.

Kết quả: nam: 21 TH (24,7%), nữ: 64 TH (75,3%); tuổi trung bình: 51 (16 – 85); kích thước sỏi trung bình: 11,5mm. Tỷ lệ thành công: 98,8%; thời gian tán sỏi trung bình: 21 phút; thời gian nằm viện sau thủ thuật: 3,0 ngày.

Kết luận: Tán sỏi nội soi ngược dòng bằng nguồn tán laser là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cao, được chỉ định ưu tiên trong điều trị sỏi NQ đoạn dưới.

Từ khóa: sỏi niệu quản, tán sỏi nội soi ngược dòng, bệnh viện An Giang

RESULTS OF DISTAL URETEROSCOPIC PNEUMATIC LITHOTRIPSY AT AN GIANG GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Purpose: To evaluate the results of distal ureteroscopic laser lithotripsy

Materials and methods: The prospective study was carried out on 85 patients with distal ureteral stones treated by retrograde ureteroscopy with laser lithotripsy at An Giang General Hospital from December 2017 to August 2018.

Results: Gender: 21 males (24,7%), 64 female (75,3%); mean age: 51 (16 - 85); diameter average: 11,5mm. Success rate: 98,8%; the time of lithotripsy is average 21 minutes; post-procedural recovery time: 3.0 days.

Conclusion: Retrograde URS with laser lithotripsy appears to be a safe and effective treatment modality, used as a primary treatment modality in distal ureteral stones.

Keywords: ureteral stones, retrograde ureteroscopy, An Giang General Hospital

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Sỏi niệu quản chiếm khoảng 30 – 40% sỏi tiết niệu tùy theo tác giả, trong đó nhiều nhất là sỏi niệu quản đoạn dưới và là nguyên nhân gây ra cơn đau bão thận. Ngày nay, với sự phát triển vượt bậc trong lĩnh vực nội soi niệu, các phương pháp điều trị sỏi niệu ít xâm hại đang thay thế dần phẫu thuật kinh điển. Trong đó, tán sỏi nội soi ngược dòng đã chứng tỏ vai trò của nó trong việc giải quyết sỏi niệu quản một cách nhanh chóng, rút ngắn thời gian nằm viện, tránh được một cuộc phẫu thuật (3). Tại Bệnh viện ĐKTT An Giang, từ năm 2017 chúng tôi đã triển khai tán sỏi nội soi ngược dòng bằng nguồn tán laser và thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả bước đầu trong điều trị sỏi niệu quản đoạn dưới

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

Đánh giá kết quả tán sỏi nội soi ngược dòng sỏi niệu quản đoạn dưới bằng nguồn tán laser.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân sỏi niệu quản đoạn dưới được chỉ định điều trị tán sỏi nội soi ngược dòng bằng nguồn tán laser từ tháng 12/2017 đến tháng 8/2018, tái khám đầy đủ tại BV Đa khoa Trung Tâm An Giang và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu, mô tả

Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu cần có

$Z^2_{1-\alpha/2} = (1,96)^2$ khi độ tin cậy 95%

d: Sai số cho phép, $d = 0,05$

$p = 0,9722$ theo nghiên cứu Vũ Nguyễn Khải Ca tại Bệnh viện Việt Đức [6].

Thay vào công thức tính được $n = 41,531$ bệnh nhân.

Như vậy, cỡ mẫu nghiên cứu ít nhất là 42 bệnh nhân.

Các biến số

- *Kích thước sỏi:* đo đường kính lớn nhất của sỏi trên phim KUB hoặc CT-Scans trước tán, tính bằng milimet. Đối với các TH steinstrasse sau tán sỏi ngoài cơ thể (tạm dịch chuỗi sỏi vụn), chúng tôi đo kích thước mảnh sỏi lớn nhất trên phim KUB

- *Độ ứ nước thận bên tán:* theo phân độ trên KQ siêu âm bụng, gồm 3 độ

- *Thời gian phát tia:* từ lúc đầu tán phát tia đến khi sỏi vỡ hoàn toàn (phút)

- *Thời gian tán sỏi:* tính từ lúc đưa máy soi vào niệu đạo đến khi đặt thông niệu đạo, kết thúc thủ thuật, tính bằng phút

Quy trình kỹ thuật: Thực hiện theo trình tự:

- Vô cảm, cho bệnh nhân nằm tư thế sản khoa
- Dùng ống soi niệu quản loại cứng soi niệu đạo vào bàng quang rồi lên niệu quản (có guide wire dẫn đường).
- Khi tiếp cận sỏi, đưa đầu tán LASER vào tán liên tục đến khi vỡ vụn sỏi
- Dùng rọ Dormia bắt hết các mảnh sỏi ra ngoài
- Dùng ống soi đang tán sỏi dọc niệu quản bề thận để kiểm tra độ sạch sỏi
- Đặt thông JJ
- Rút máy soi, đặt thông niệu đạo, kết thúc thủ thuật

Phương tiện nghiên cứu

- Ống soi niệu quản cứng Kalt Storz 9,5F
- Máy tán sỏi Laser Kalt Storz Ho: YAG - fiber 400-600 micron
- Hệ thống truyền dẫn hình ảnh và các vật tư y tế tiêu hao hỗ trợ: dây dẫn đường, rọ Dormia, thông JJ...

Đánh giá kết quả: chúng tôi đánh giá kết quả trong quá trình tán sỏi và khi tái khám sau thủ thuật 01 tháng

- Tán sỏi thành công: tán vỡ sỏi, lấy toàn bộ hoặc phần lớn các mảnh sỏi vụn, không có tai biến trong cuộc phẫu thuật
- Tán sỏi thất bại: không tán được sỏi, hoặc còn sót mảnh sỏi >3mm cần tán sỏi bổ sung, có tai biến trong thủ thuật hoặc chuyển phương pháp điều trị

Xử lý số liệu: thống kê mô tả trên phần mềm SPSS 16.0

KẾT QUẢ

Đặc điểm bệnh nhân:

Từ 1/2018 đến 8/2018, có 85 trường hợp (TH) sỏi niệu quản đoạn dưới được thực hiện thủ thuật và đưa vào mẫu nghiên cứu với các đặc điểm như sau:

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân (n = 85)	
Tuổi trung bình	51,1 ± 11,7 (16 – 85)
Giới nam	21(24,7)*
Bên tán sỏi	
Trái	48 (56,5)
Phải	33 (38,8)
2 bên	4 (4,7)
Kích thước sỏi	11,5 ± 2,7 (5 – 18mm)
Độ ứ nước thận	
Độ 1	38 (44,7)
Độ 2	25 (29,4)
Độ 3	22 (25,9)
Hình thái sỏi	
Nhẵn	11 (12,9)
Xù xì	59 (69,4)
Sỏi khảm	11 (12,9)
Steinstrasse	3 (3,5)
Sỏi bám trên sonde JJ	1 (1,2)

* Số liệu trong ngoặc đơn là tần suất (%)

Kết quả điều trị

79 TH được vô cảm bằng phương pháp tê tủy sống, 3 TH mê nội khí quản và 2 TH mê mask thanh quản

Tán sỏi thành công 84 TH, đạt tỉ lệ 98,8%. Có 1 TH thất bại (1,2%) do không tiếp cận được sỏi do hẹp niệu quản, chuyển mổ mở;

Đặt thông niệu quản (ureteral stent): 77/85 TH (90,6%) đặt thông JJ, được rút sau 2 – 4 tuần; 8 TH (9,4%) không đặt thông JJ

Thời gian tán sỏi trung bình 21,0 phút (10 – 60 phút). Thời gian nằm viện sau thủ thuật trung bình 3,0 ngày (từ 1 – 6 ngày).

Tai biến – biến chứng: Không có tai biến trong quá trình tán sỏi, sau thủ thuật có 4 TH nhiễm trùng niệu. Tỉ lệ BN có biến chứng là 4,7%.

BÀN LUẬN

Trong số 85 BN đã thực hiện, có 4 TH được tán sỏi 2 bên cùng lúc, đây là một ưu thế rất lớn của phương pháp tán sỏi niệu quản ngược dòng; 1 TH tán sỏi niệu quản kết hợp phẫu thuật lấy sỏi thận cùng bên; 3 TH các mảnh sỏi tập hợp thành chuỗi sỏi ở niệu quản (steinstrasse), 11 TH (12,9%) sỏi khảm (impact stone). Đặc biệt, chúng tôi tán sỏi thành công cho 1 BN đang mang thai 24 tuần bị sỏi niệu quản và bàng quang bám chặt trên thông JJ do trước đó 2 tháng được điều trị thận ứ nước nhiễm trùng; sau tán sỏi chúng tôi rút thông JJ cho BN. Có nhiều năng lượng được sử dụng tán sỏi như: laser, siêu âm, điện thủy lực, khí nén; tuy nhiên hiện nay tán sỏi bằng laser được triển khai khá phổ biến không chỉ do có nhiều ưu điểm mà còn vì có thể ứng dụng điều trị đối với nhiều vị trí sỏi đường tiết niệu, từ sỏi thận đến sỏi kẹt niệu đạo. Theo hầu hết các tác giả, hiệu quả của Laser Ho: YAG cao, có thể tán với có thể tán hầu hết các dạng sỏi và không ghi nhận trường hợp nào kháng tia, đôi lúc có gặp sỏi có nhân cứng, bao bọc bên ngoài là sỏi mềm bám, cần phải điều chỉnh năng lượng phù hợp để tán được những nhân cứng (3)(4). Tỉ lệ thành công của tán sỏi niệu quản bằng Ho:YAG laser đạt 90-100% và thất bại thường là do không tiếp cận được sỏi hoặc sỏi quá lớn (8). Tỉ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,8% (84/85 TH), có 1 TH không tiếp cận được do hẹp niệu quản dưới sỏi phải chuyển mổ mở. Theo Lê Anh Tuấn (2014),

tán sỏi niệu quản bằng laser thành công 172/175 (98,3%), 3 TH chuyển mổ mở do hẹp niệu quản, không tiếp cận được sỏi. Kết quả của chúng tôi cũng khá phù hợp với các tác giả như Trần Quốc Hòa (2013): 91%, Đỗ Lệnh Hùng (2010): 96%, Hoàng Đức Minh và cs (2015): 93,7%, Vũ Nguyễn Khải Ca (2015): 97,2% (1)(2)(6)(7).

Thời gian tán sỏi trung bình trong nghiên cứu này là 21 phút (10 – 60 phút). Đối với 11 TH sỏi khảm, thời gian tán thường kéo dài (22 – 60 phút) do niêm mạc và polype che lấp một phần hoặc hoàn toàn viên sỏi, chúng tôi thường không luôn được dây dẫn đường (guide-wire) vượt qua viên sỏi. Tuy nhiên, với nguồn năng lượng Laser, chúng tôi tiến hành cắt polype, tiếp cận và tán sỏi từ trung tâm ra ngoại vi của viên sỏi để tạo đường hầm, sau đó luôn dây dẫn đường qua viên sỏi rồi tán tiếp. Tuy nhiên, với năng lượng cao, việc tán sỏi trong khi chưa có dây dẫn đường xuyên qua sỏi vẫn luôn là một thách thức cho các phẫu thuật viên vì có thể gây thủng niệu quản. Tỷ lệ thủng niệu quản trong các nghiên cứu từ 0 -1,6%. Và so với nghiên cứu tán sỏi niệu quản đoạn dưới bằng khí nén thực hiện tại Bệnh viện ĐKTTAG năm 2011 (5), với kích thước sỏi trung bình lớn hơn (11,5mm so với 8,6mm), nguồn tán laser cho tỷ lệ thành công tương đương (98,8% - 96%), tuy nhiên thời gian tán sỏi trung bình ngắn hơn rõ rệt (21 phút so với 36 phút), điều này cho thấy ưu điểm vượt trội của nguồn tán Ho: YAG laser.

Sau khi tán và lấy các mảnh sỏi, chúng tôi đặt thông JJ cho 77/85 TH (90,6%), 8 TH còn lại không đặt thông JJ do thời gian tán sỏi ngắn, niêm mạc niệu quản gần như không tổn thương trong quá trình làm thủ thuật. Chúng tôi chủ trương đặt thông JJ khi có sỏi thận cùng bên, sỏi khảm hoặc niêm mạc niệu quản có tổn thương trong quá trình tán; điều này phụ thuộc sự đánh giá của phẫu thuật viên. Việc đặt thông JJ sau tán sỏi vẫn còn nhiều quan điểm khác nhau và tỷ lệ cũng khác nhau giữa các tác giả. Mục đích của việc đặt thông JJ sau tán sỏi nhằm dẫn lưu nước tiểu phòng tránh hẹp niệu quản, nhất là các trường hợp sỏi khảm đồng thời giúp thoát nước muối sinh lý đã bơm để làm

rõ quang trường trong quá trình tán sỏi. Tỷ lệ đặt thông JJ sau tán sỏi niệu quản bằng laser của các tác giả thay đổi khá nhiều, từ 53,4 - 100% (2)(3)(6).

Chúng tôi không gặp tai biến nào trong quá trình tán sỏi. Sau thủ thuật, có 4 TH nhiễm khuẩn niệu được điều trị ổn định, chiếm tỷ lệ 4,7%, không khác biệt so với các tác giả khác (5,0 – 9,3%) (2)(6). Thời gian nằm viện sau thủ thuật ngắn, trung bình 3,0 ngày, tương đương với các tác giả Hoàng Đức Minh, Vũ Nguyễn Khải Ca (2,6 – 2,9 ngày) (2)(7).

KẾT LUẬN

Tán sỏi nội soi ngược dòng bằng nguồn tán Ho: YAG laser là một phương pháp ít xâm hại có tỷ lệ thành công cao, an toàn, thời gian nằm viện sau thủ thuật ngắn, nên được chỉ định ưu tiên trong điều trị sỏi niệu quản đoạn dưới. So với nguồn tán khí nén, tán sỏi bằng laser có thời gian tán sỏi ngắn hơn, tán được sỏi lớn hơn, làm giảm tỷ lệ mổ mở trong điều trị sỏi niệu quản

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đỗ Lệnh Hùng và CS. Hiệu quả của nội soi tán sỏi bằng laser trong điều trị sỏi niệu niệu quản chậu khảm. Y học TP.HCM (2010). 4, 1 tr 458-470.
2. Hoàng Đức Minh và cs. Đánh giá an toàn và hiệu quả của nội soi niệu quản ngược dòng tán sỏi bằng laser trong điều trị sỏi niệu quản. Y học TP.HCM (2015).19, 4 tr 214-219.
3. Lê Anh Tuấn, Nguyễn Tuấn Vinh. Hiệu quả của Holmium laser trong điều trị sỏi niệu quản. Y học TP.HCM (2014).8, 1 tr 323-325.
4. Lingerman JE., Lifshitz DA., Evan AP.. Surgical management of urinary lithiasis. Campell' Urology 2002; chapter 99.

5. Nguyễn Văn Khoa, Trần Văn Quốc, Đặng Tấn Môn. Kết quả tán sỏi nội soi sỏi niệu quản đoạn dưới tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Kỷ yếu Hội nghị Khoa học – Công nghệ Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2011.
6. Trần Quốc Hòa. Nghiên cứu tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng bằng laser holmium tại bệnh viện Đại học y Hà Nội. Tạp chí Y học thực hành. (2013). số 10, tr 60- 63.
7. Vũ Nguyễn Khải Ca và Cs. Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản theo phương pháp tán sỏi bằng holmium laser tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang. Y học TP.HCM (2015).19, 4 tr 270-276.
8. Wei Zheng, John D. Dentedt: Intracorporeal lithotripsy: Update on technology. The Urologic clinic of North America.

ĐÁNH GIÁ SỬ DỤNG THUỐC PARACETAMOL VÀ CÁC THUỐC NSAIDS TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2018

Nguyễn Kim Chi, Phan Văn Bé,

Trần Thị Tố Nữ, Đinh Thị Thùy Trang

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình hình sử dụng paracetamol và các NSAID tại BVĐKTT An Giang năm 2018. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Lấy ngẫu nhiên đơn thuốc tại thời điểm nghiên cứu và các báo cáo sử dụng thuốc tại khoa Dược – BVĐKTT An Giang năm 2017 và 2018. **Kết quả:** Tỷ lệ sử dụng paracetamol là 63,99% và NSAIDs là 36,01% tổng giá trị sử dụng. Mặt hàng paracetamol dạng tiêm sử dụng với số tiền cao nhất (1.791.929.218đ), chiếm tỷ lệ 55,59% tổng giá trị sử dụng giữa các thuốc giảm đau. Đứng hàng thứ hai là Meloxicam dạng tiêm (tỷ lệ 14,56%), tiếp theo là paracetamol đường uống (tỷ lệ 10,61%), còn lại là các NSAIDs khác. Tỷ lệ sử dụng paracetamol và các thuốc nhóm NSAIDs ở nội trú cao hơn ngoại trú. Có 52.289 đơn sử dụng các thuốc giảm đau (chiếm tỷ lệ 14%), còn lại là 314.743 đơn sử dụng các thuốc khác (tỷ lệ 86%). Trong 52.289 đơn thuốc sử dụng các thuốc giảm đau có 10,19% số đơn sử dụng phối hợp các thuốc NSAIDs với paracetamol.

SUMMARY

Objectives: Evaluate the use of paracetamol and NSAIDs in An Giang General Hospital in 2018. **Sample:** randomized prescriptions at the time of study and reports on the use of drugs in An Giang Pharmacy Department in 2017 and 2018. The rate of use of paracetamol was 63,99% and the NSAIDs were 36,01% of total use. Paracetamol of injection form was used with the highest amount of money (1.791.929.218 VND), accounting for 55,59% of the total use of pain medication. The second most common form of injection is meloxicam (14.56%), followed by oral paracetamol (10,61%), the rest is other NSAIDs. The rate of use of paracetamol and NSAIDs in outpatients is higher than outpatient. There were 52.289 using analgesics (14%), the remaining 314.743 using other drugs (86%). There were 10,19% were using combination NSAIDs with paracetamol.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Các thuốc giảm đau, kháng viêm là những thuốc thường được kê đơn trong điều trị. Việc kê đơn, sử dụng thuốc chưa phù hợp dẫn đến không có hiệu quả trong điều trị, ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh, làm tăng đáng kể chi phí cho người bệnh, tăng nguy cơ tương tác thuốc, gây ra những hậu quả nghiêm trọng kể cả tử vong. Lạm dụng

các thuốc NSAID có nguy cơ gây ra các tác dụng phụ ở dạ dày, tim mạch, huyết áp, hen suyễn và những tác dụng không mong muốn khác. Đồng thời ảnh hưởng đến việc dự trữ thuốc chưa hợp lý với thực tế sử dụng và tăng khả năng vượt trần thanh toán quỹ BHYT. Nhằm thực hiện tốt vấn đề kê đơn sử dụng, đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, hiệu quả. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá sử dụng paracetamol và các NSAID tại BVĐKTT An Giang năm 2018”, với mục tiêu:

1. Đánh giá tình hình sử dụng paracetamol và các NSAID tại BVĐKTT An Giang năm 2018.

2. Đánh giá tình hình sử dụng paracetamol và các NSAID tại khoa Khám bệnh năm 2018 hợp lý, an toàn.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Đơn thuốc được kê đơn điều trị ngoại trú tại BVĐKTT – An Giang năm 2018.
- Các báo cáo sử dụng thuốc tại khoa Dược – BVĐKTT An Giang năm 2018.
- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Lấy ngẫu nhiên đơn thuốc, tại thời điểm nghiên cứu. Ghi nhận các số liệu cần nghiên cứu theo các chỉ số kê đơn.

3. Cỡ mẫu: lấy ngẫu nhiên đơn thuốc có paracetamol và NSAID trong năm 2018.

Tiêu chuẩn loại trừ: các đơn thuốc không phải của BVĐKTT – An Giang, các đơn thuốc của BVĐKTT – An Giang nhưng không lĩnh, các đơn thuốc bệnh nhân không mua thuốc tại Hệ thống nhà thuốc Bệnh viện.

3.3. Xử lý số liệu: tính toán và vẽ biểu đồ minh họa các kết quả nghiên cứu bằng phần mềm Microsoft Excel.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3. Đánh giá tình hình sử dụng paracetamol và các NSAID tại BVĐKTT An Giang năm 2018.

3.1. Tỷ lệ % chi phí sử dụng paracetamol và các NSAIDs.

Bảng 1. Kết quả tỉ lệ % sử dụng paracetamol và các NSAIDs.

Thuốc	Tổng sử dụng		Tỉ lệ (%)	
	Số lượng (viên)	Thành tiền (đ)	Số lượng (viên)	Thành tiền
Paracetamol	1.015.975	2.133.837.528	61,44	63,99

Nhóm NSAIDs	637.583	1.200.992.009	38,56	36,01
Tổng cộng	1.653.558	3.334.829.538	100	100

Nhận xét:

Kết quả khảo sát cho thấy, tỉ lệ sử dụng paracetamol là 63,99% và NSAIDs là 36,01% tổng giá trị sử dụng.

3.2. Tỉ lệ % các loại thuốc được sử dụng.**Bảng 2. Kết quả tỉ lệ % các loại thuốc được sử dụng.**

STT	Hoạt chất	Đơn vị tính	Số lượng	Thành tiền	Tỉ lệ (%)	
					Số lượng	Thành tiền
1	Paracetamol	Chai	79.464	1.791.929.218	5,25	55,59
2	Paracetamol	Viên	936.511	341.908.310	61,85	10,61
3	Meloxicam	ống	23.573	469.327.729	1,56	14,56
4	Meloxicam	Viên	187.600	286.883.869	12,39	8,90
5	Nabumeton	viên	96.819	167.524.182	6,39	5,20
6	Diclofenac	ống	23.129	70.423.758	1,53	2,18
7	Diclofenac	Viên	101.169	54.938.007	6,68	1,70
8	Naproxen	Viên	4.511	21.652.798	0,30	0,67
9	Celecoxib	Viên	56.539	17.899.510	3,73	0,56
10	Piroxicam	Viên	4.802	1.031.865	0,32	0,03
11	Etodolac	viên	20	41.460	0,001	0,001
Tổng cộng			1.514.137	3.223.560.706	100	100

Nhận xét:

Qua kết quả phân tích cho thấy, mặt hàng paracetamol dạng tiêm sử dụng với số tiền cao nhất (1.791.929.218đ), chiếm tỉ lệ 55,59% tổng giá trị sử dụng giữa các thuốc giảm đau. Đứng hàng thứ hai là Meloxicam dạng tiêm (tỉ lệ 14,56%), tiếp theo là paracetamol đường uống (tỉ lệ 10,61%), còn lại là các NSAIDs khác.

3.3. So sánh tỉ lệ sử dụng giữa nội trú và ngoại trú.

Bảng 3. Tỉ lệ sử dụng giữa nội trú và ngoại trú.

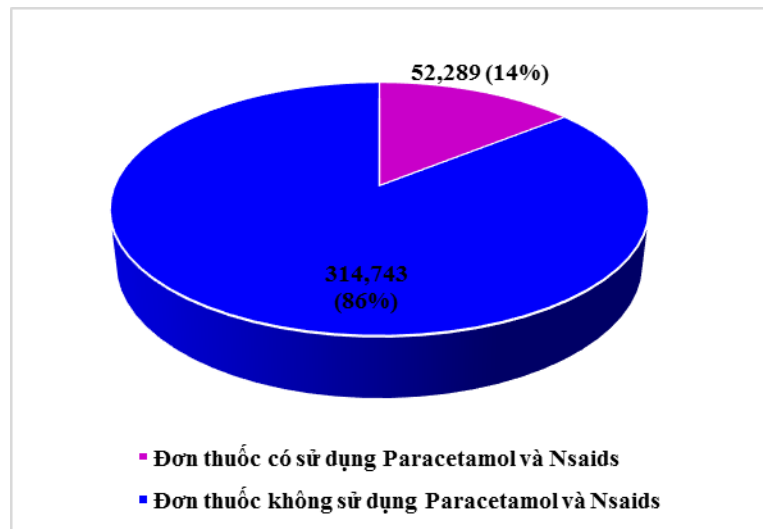
STT	Thuốc	Nội Trú		Ngoại trú		Tỉ lệ % (so sánh giữa nội trú và ngoại trú)	
		Số lượng	Thành tiền	Số lượng	Thành tiền	Số lượng	Thành tiền
1	Paracetamol	606,203	1,902,822,313	409,772	231,015,216	148	824
2	Nhóm NSAIDs	164,703	640,817,660	333,459	448,905,518	49	143
Tổng cộng		770,906	2,543,639,972	743,231	679,920,734		

Nhận xét:

Tỉ lệ sử dụng paracetamol và các thuốc nhóm NSAIDs ở nội trú cao hơn ngoại trú, điều này cũng phù hợp vì trong điều trị nội trú đa phần là bệnh nặng và nhiều trường hợp phải can thiệp phẫu thuật, do vậy tỉ lệ sử dụng các thuốc giảm đau cao hơn ngoại trú.

4. Đánh giá việc sử dụng paracetamol và các NSAIDs (ngoại trú) năm 2018.

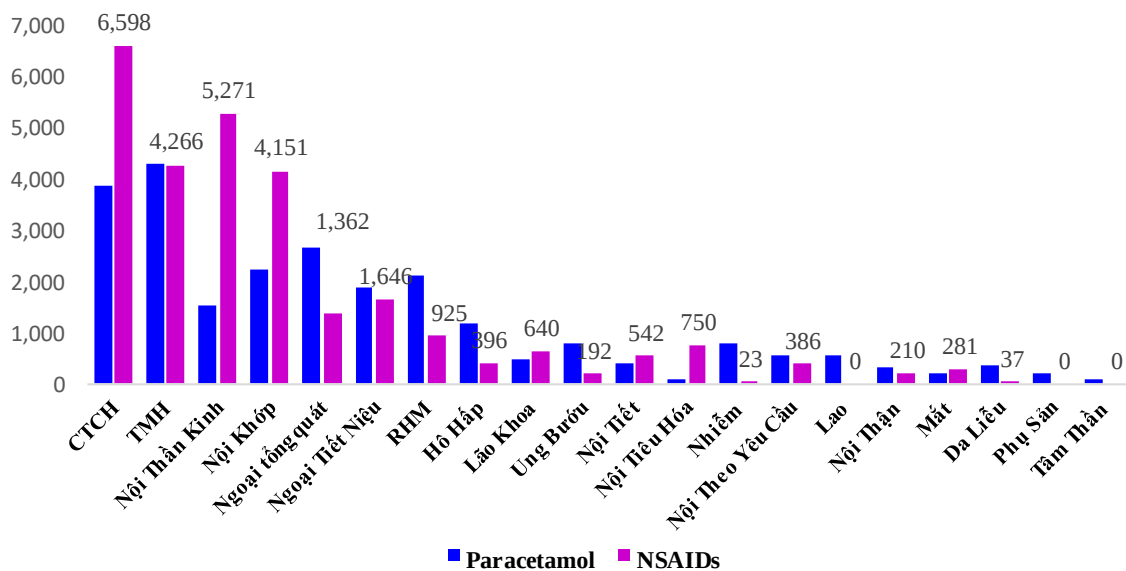
4.1. Tỉ lệ đơn thuốc giảm đau trong điều trị ngoại trú.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ đơn thuốc giảm đau trong điều trị ngoại trú.

Nhận xét: Qua khảo sát 367.032 đơn thuốc tại khoa Khám bệnh, có 52.289 đơn sử dụng các thuốc giảm đau (chiếm tỉ lệ 14%), còn lại là 314.743 đơn sử dụng các thuốc khác (tỉ lệ 86%).

4.2. Tỷ lệ đơn thuốc paracetamol và các NSAIDs theo từng phòng khám.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đơn thuốc paracetamol và các NSAIDs theo từng phòng khám.

Nhận xét:

Qua biểu đồ phân tích cho thấy, tỉ lệ đơn thuốc sử dụng paracetamol thấp nhất ở phòng khám tâm thần và cao nhất là phòng khám Tai mũi họng. Phòng khám có đơn thuốc sử dụng nhóm NSAIDs nhiều nhất là phòng khám Chấn thương chỉnh hình.

4.3. Tỉ lệ đơn phối hợp thuốc giảm đau trong điều trị ngoại trú.**Bảng 4.** Tỉ lệ đơn phối hợp thuốc giảm đau trong điều trị ngoại trú.

Đơn thuốc	Số lượng	Tỉ lệ %
Số đơn sử dụng Paracetamol	21.948	41,97
Số đơn sử dụng Nsaids	25.011	47,83
Số đơn phối hợp Paracetamol và Nsaids	5.330	10,19
Tổng cộng	52.289	100

Nhận xét:

Trong 52.289 đơn thuốc sử dụng các thuốc giảm đau có 10,19% số đơn sử dụng phối hợp các thuốc NSAIDs với paracetamol.

4.4. Tỉ lệ các nhóm thuốc phối hợp trong điều trị ngoại trú.**Bảng 5.** Tỉ lệ các nhóm thuốc phối hợp trong điều trị ngoại trú.

Hoạt chất	Số đơn	Tỉ lệ %
Meloxicam	24.949	47,71
Paracetamol	18.779	35,91
Paracetamol + Nabumeton	2.150	4,11
Paracetamol + Celecoxib	2.042	3,91

Paracetamol + Tramadol	1.985	3,80
Paracetamol + Codein	1.184	2,26
Paracetamol + Meloxicam	1.138	2,18
Diclofenac + Nabumeton	23	0,04
Meloxicam + Celecoxib	22	0,04
Meloxicam+ Naproxen	17	0,03
Tổng cộng	52,289	100

Nhận xét:

Qua khảo sát 52.289 đơn thuốc sử dụng thuốc NSAIDs với paracetamol, tỉ lệ đơn có meloxicam là 24.949 (chiếm tỉ lệ 47.71%) và paracetamol đơn chất là 18.779 (tỉ lệ 35,91%), còn lại là các đơn có sử dụng phối hợp giữa paracetamol với các NSAIDs hoặc giữa NSAIDs với NSAIDs, tỉ lệ từ 0,03 đến 4,11%.

Cần cân nhắc việc phối hợp các thuốc giảm đau cùng nhóm trong đơn thuốc, để tránh những phản ứng phụ có thể xảy ra, ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh cũng như tăng thêm chi phí điều trị.

KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy:

Tỉ lệ sử dụng paracetamol là 63,99% và NSAIDs là 36,01% tổng giá trị sử dụng.

Mặt hàng paracetamol dạng tiêm sử dụng với số tiền cao nhất (1.791.929.218đ), chiếm tỉ lệ 55,59% tổng giá trị sử dụng giữa các thuốc giảm đau. Đứng hàng thứ hai là Meloxicam dạng tiêm (tỉ lệ 14,56%), tiếp theo là paracetamol đường uống (tỉ lệ 10,61%), còn lại là các NSAIDs khác.

Tỉ lệ sử dụng paracetamol và các thuốc nhóm NSAIDs ở nội trú cao hơn ngoại trú.

Có 52.289 đơn sử dụng các thuốc giảm đau (chiếm tỉ lệ 14%), còn lại là 314.743 đơn sử dụng các thuốc khác (tỉ lệ 86%).

Tỉ lệ đơn thuốc sử dụng paracetamol thấp nhất ở phòng khám tâm thần và cao nhất là phòng khám Tai mũi họng. Phòng khám có đơn thuốc sử dụng nhóm NSAIDs nhiều nhất là phòng khám Chấn thương chỉnh hình.

Trong 52.289 đơn thuốc sử dụng các thuốc giảm đau có 10,19% số đơn sử dụng phối hợp các thuốc NSAIDs với paracetamol.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

11. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, Báo cáo công tác dược bệnh viện năm 2017 và 2018.
12. Bộ Y tế (2005). Tài liệu tập huấn hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn hợp lý.
13. Bộ Y tế (2012), Thông tư số 31/2012/TT-BYT ngày 20 tháng 12 năm 2012 “Hướng dẫn hoạt động dược lâm sàng trong bệnh viện”.
14. Bộ Y tế (2013), Thông tư số 21/2013/TT-BYT ngày 08 tháng 8 năm 2013, “Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện”.
15. Bộ môn dược lâm sàng – Trường Đại học dược Hà Nội (2003). Dược lâm sàng. Nhà xuất bản Y học.
16. Dương Thị Ly Hương, Dương Thị Phương Thảo, Nguyễn Thị Thu Hà (2016), Khảo sát thực trạng sử dụng thuốc giảm đau để kiểm soát đau sau mổ tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Dược học, T. 56, S. 2 (ISSN: 0866-7861).
17. Võ Thị Kiều Vân, Nguyễn Thúy Hằng, Nghiêm Thị Thanh Vân (2016), Khảo sát tình hình sử dụng thuốc Paracetamol và các NSAIDs tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai từ 01/11/2015 đến 31/08/2016. Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai, tỉnh Đồng Nai..

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN CẤP
DO GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN
TẠI KHOA NỘI TIÊU HÓA HUYẾT HỌC BV TRUNG TÂM AN GIANG

*Lâm Võ Hùng, Nguyễn Thanh Sơn,
 Hồ Hiền Sang, Bùi Thị Thanh Trúc*

Tóm tắt

Mục tiêu nghiên cứu: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hiệu quả điều trị, độ an toàn của thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản (EVL) kết hợp với octreotide trong điều trị XHTH trên cấp do giãn tĩnh mạch thực quản (GTMTQ).

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang hồi cứu trên 84 bệnh nhân XHTH trên cấp do GTMTQ điều trị tại khoa Nội Tiêu hóa huyết học, Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 8 năm 2017 đến tháng 8 năm 2018.

Kết quả: nam có tỉ lệ 79,8%, nữ là 20,2%, tuổi trung bình là 51.73 ± 12.13 . Nguyên nhân gây xơ gan: rượu nhiều nhất (52,4%), viêm gan do siêu vi B (14,3%), viêm gan do siêu vi C (16,7%), ung thư gan (3,6%), khác (13%). Lâm sàng: nôn ra máu và tiêu phân đen có tỉ lệ 94%, tiêu phân đen là 6%, vàng da là 62%, cổ trướng là 88%. Phân độ Child-pugh có độ A là 0%, độ B là 9,5%, độ C là 90,5%. Hình ảnh nội soi dạ dày tá tràng: giãn tĩnh mạch thực quản độ III nhiều nhất 85,7%, độ II 14,3%, không có độ I, tổn thương dạ dày kèm theo là viêm dạ dày 75%, loét dạ dày tá tràng là 25%. Số vòng cao su trung bình đã thắt là $4,3 \pm 0,85$, số ống octreotide trung bình là $1,92 \pm 1,33$, số đơn vị hồng cầu lắng trung bình là $15,5 \pm 8,68$. Tai biến, tác dụng phụ khi EVL: nuốt vướng là 14,3%, đau sau xương ức 2,4%, không có tuột vòng. Kết quả điều trị: ra viện chiếm đa số 96,4%, có hai bệnh nhân tử vong và một bệnh nhân chuyển viện.

Kết luận: Kết hợp thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản qua nội soi (EVL) với liệu pháp dùng thuốc co mạch tạng octreotide để điều trị xuất huyết tiêu hóa trên cấp do giãn tĩnh mạch thực quản có tính hiệu quả cao (96,4% BN ra viện), an toàn, ít tác dụng phụ và làm giảm chi phí điều trị cho BN.

Abstract

Aims: Clinical, subclinical characteristics, therapeutic efficacy, safety of endoscopic variceal ligation (EVL) combined with octreotide in the treatment of acute upper variceal bleeding.

Methods: A retrospective cross-sectional study, description of 84 patients with acute upper variceal bleeding treated at Department of Gastro-enterology and Hematology, An Giang General Hospital from August 2017 to August 2018.

Results: male ratio was 79.8%, female was 20.2%, average age was 51.73 ± 12.13 . Causes of cirrhosis: alcohol (52.4%), hepatitis B (14.3%), hepatitis C (16.7%), liver cancer (3.6%), others (13%). Clinical manifestations: vomiting blood and melena were 94%, melena was 6%, jaundice was 62%, ascites was 88%. Child-pugh has a Grade A of 0%, Grade B is 9.5%, Grade C is 90.5%. Image of gastroduodenal endoscopy: esophageal varices grade III the most 85.7%, grade II 14.3%, there is no grade I, gastric lesion with gastric inflammation 75%, peptic ulcer is 25%. The average hip circumference was 4.3 ± 0.85 , the average number of octreotide ampoules was 1.92 ± 1.33 , and the average number of red blood cells units was 15.5 ± 8.68 . EVL side effects: stuck swallowing was 14.3%, pain in the back of the sternum was 2.4%, no loosening. Outcome: 96.4% of the hospital discharge, two patients died and one patient was transferred.

Conclusion: Endoscopic variceal ligation (EVL) therapy with octreotide for the treatment of acute upper variceal bleeding was highly effective (94.2% of patients hospitalization), safely, less side effects and reduce the cost of treatment for patients.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh mãn tính ở gan ảnh hưởng đến khả năng sống còn của bệnh nhân. Một trong những biến chứng của xơ gan có thể làm BN tử vong là XHTH trên cấp do giãn tĩnh mạch thực quản, chiếm tỉ lệ khoảng 60% bệnh nhân xơ gan có báng bụng và 80-90% bệnh nhân xơ gan nói chung (2)(3). Đây là biến chứng nặng nề nhất của tăng áp lực tĩnh mạch cửa cần phải cấp cứu khẩn trương và áp dụng nhiều biện pháp điều trị

cùng lúc để cấp cứu bệnh nhân. Hiện nay, điều trị XHTH trên cấp do giãn tĩnh mạch thực quản có nhiều phương pháp tùy theo điều kiện nhân lực, trang thiết bị của cơ sở y tế như: liệu pháp nội khoa dùng thuốc octreotide, terlipressine, thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su (endoscopic variceal ligation=EVL), tiêm chất gây xơ hóa búi giãn, tiêm chất cầm máu, đặt sonde Blackmore, TIPS, phẫu thuật tạo shunt cửa – chủ, ghép gan(1)(4)(5)(8). Tại BVĐKTT An giang, với điều kiện thực tế của bệnh viện, chúng tôi đã áp dụng song song hai phương pháp: liệu pháp octreotide và thắt búi tĩnh mạch thực quản giãn bằng vòng cao su (EVL) từ năm 2017 đến nay. Vì vậy, sau 1 năm thực hiện phối hợp hai phương pháp điều trị này chúng tôi thực hiện đề tài nhằm đánh giá kết quả và rút những kinh nghiệm thực tiễn.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- 1/ Xác định đặc điểm LS, CLS của XHTH trên cấp do giãn tĩnh mạch thực quản.
- 2/ Xác định hiệu quả điều trị, độ an toàn của EVL phối hợp octreotide trong điều trị XHTH trên cấp do giãn tĩnh mạch thực quản.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả những bệnh nhân trên 16 tuổi, nhập viện được chẩn đoán XHTH trên cấp do giãn tĩnh mạch thực quản và được điều trị bằng phối hợp thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su và octreotide tại khoa Nội tiêu hóa-Huyết học, BVĐKTT An Giang từ tháng 8/2017 đến 8/2018.

Phân độ giãn tĩnh mạch thực quản theo Hội Nội soi Nhật bản (8):

- _ Độ I: giãn tĩnh mạch có kích thước nhỏ, phẳng, xẹp khi bơm hơi.
- _ Độ II: giãn tĩnh mạch có kích thước khá lớn, dạng râu chuồn, chiếm < 1/3 lòng thực quản, không xẹp khi bơm hơi.
- _ Độ III: giãn tĩnh mạch lớn giống như khối u, chiếm > 1/3 lòng thực quản.

Đánh giá kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa trên cấp dựa vào kết cục trong đợt nhập viện, cụ thể:

_ Ra viện: bệnh nhân hết hoàn toàn dấu hiệu lâm sàng XHTH, tiêu phân vàng, khuôn, sinh hiệu ổn định.

_ Tử vong, nặng xin về.

_ Chuyển viện: lâm sàng không cải thiện, thay đổi tri giác, hoặc có kèm theo bệnh lý nền quá khả năng điều trị.

Phương tiện: máy nội soi OLYMPUS VIDEO V70.

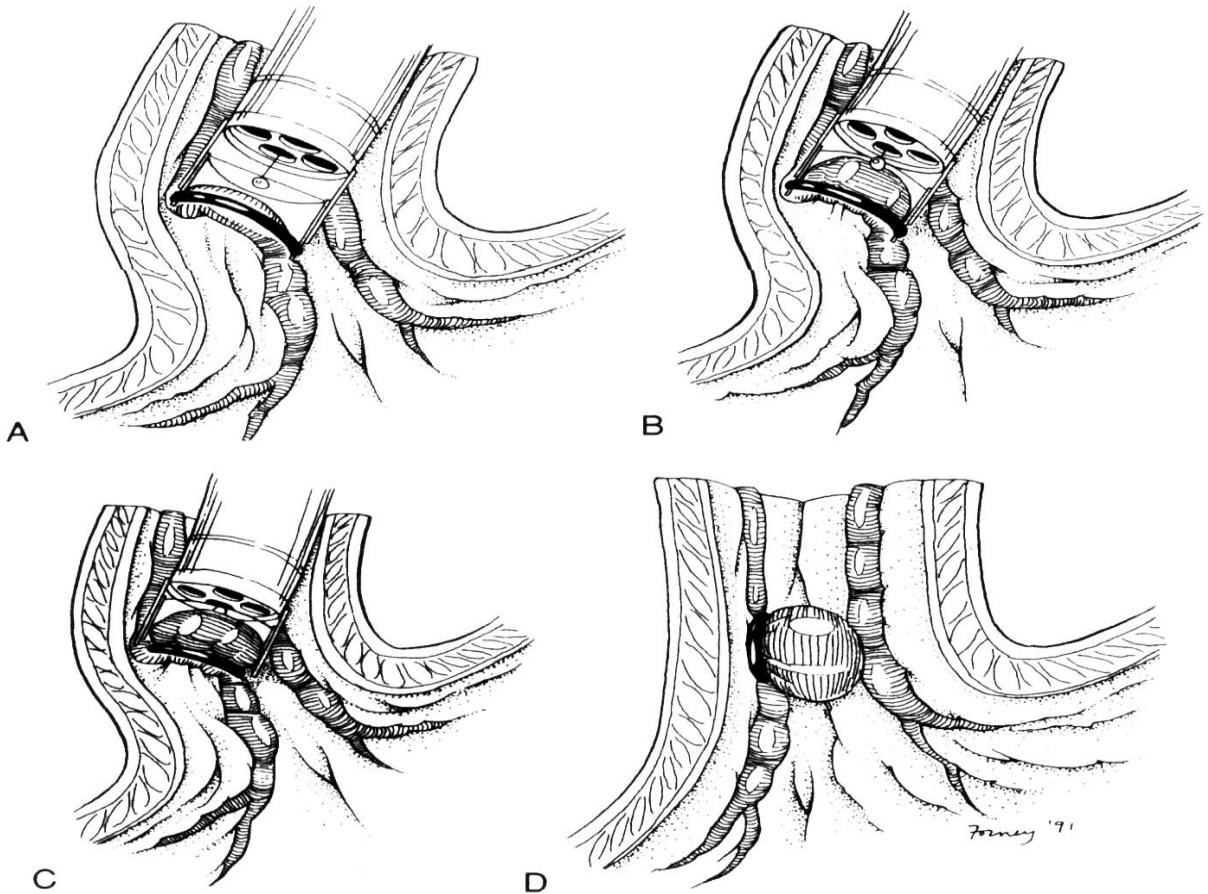
2.3. Xử lý số liệu:

Bằng phần mềm thống kê STATA 10.0

_ Dùng lệnh tab1 khảo sát các biến định tính:

_ Dùng lệnh sum khảo sát các biến định lượng:

2.4. Kỹ thuật thắt búi giãn TMTQ bằng vòng cao su (7)



KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu 84 bệnh nhân XHTH trên cấp do GTMTQ được điều trị bằng thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su phối hợp với octreotide tại khoa Nội Tiêu hóa-Huyết học, BVĐKTT An giang, chúng tôi có kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung:

- Giới: Nam có 67 BN chiếm tỉ lệ 79,8%, nữ có 17 BN chiếm tỉ lệ 20,2%.
- Tuổi: nhỏ nhất là 29 tuổi, cao nhất là 88 tuổi, tuổi trung bình là 51.7 ± 12.1

3.2. Nguyên nhân

Bảng 1. Nguyên nhân xơ gan

Nguyên nhân	Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
Rượu	44	52.4
Viêm gan siêu vi B	12	14.3
Viêm gan siêu vi C	14	16.7
Ung thư gan	3	3.6
Khác	11	13

Nhận xét: nguyên nhân xơ gan do rượu chiếm đa số 52,4%.

3.3. Lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Lâm sàng	Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
Nôn ra máu và tiêu phân đen	79	94
Tiêu phân đen đơn thuần	5	6
Vàng da	52	62
Cổ trướng	74	88
Suy thận	16	19.1
Child Pugh	A	0
	B	9.5
	C	90,5

Nhận xét: nôn ra máu, cổ trướng, xơ gan Child pugh C chiếm đa số.

3.4. Cận lâm sàng

Bảng 3. Kết quả nội soi thực quản dạ dày tá tràng

<i>Kết quả nội soi DDTT</i>		<i>Số BN (n)</i>	<i>Tỉ lệ (%)</i>
Giãn TMTQ	Độ I	0	0
	Độ II	12	14.3
	Độ III	72	85.7
Viêm dạ dày		63	75
Loét dạ dày,tá tràng		21	25

Nhận xét: GTMTQ độ III chiếm đa số, tổn thương viêm dạ dày kèm theo chiếm phần lớn

3.5. Octreotide, hồng cầu lắng, số vòng cao su đã thắt

Bảng 4. Phương pháp điều trị

<i>Phương pháp điều trị</i>	<i>Số tối thiểu</i>	<i>Trung bình$\pm$ độ lệch chuẩn</i>	<i>Số tối đa</i>
Số vòng cao su đã thắt (vòng)	2	4,3 $\pm$ 0,8	6
Hồng cầu lắng (đơn vị)	0	1,9 $\pm$ 1,33	6
Octreotide (ống)	3	15,5 $\pm$ 8,6	37

Nhận xét: Số vòng cao su trung bình đã thắt là 4,3; liều octreotide trung bình là 15,5; số hồng cầu lắng trung bình phải truyền là 1,9.

3.6. Tai biến, phản ứng phụ của EVL

Bảng 5. Tai biến, phản ứng phụ của EVL

<i>Tai biến, phản ứng phụ</i>	<i>Số BN (n)</i>	<i>Tỉ lệ (%)</i>
Nuốt vướng	12	14,3
Đau sau xương ức	2	2,4
Tuột vòng	0	0

Nhận xét: không có tai biến tuột vòng

3.7. Kết cục điều trị

Bảng 6. Kết cục điều trị

<i>Kết cục</i>	<i>Số BN (n)</i>	<i>Tỉ lệ (%)</i>
Ra viện	81	96,4
Tử vong, nặng về	2	2,4
Chuyển viện	1	1,2

Nhận xét : có 96,4% BN được ra viện.

BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu này, khảo sát 84 bệnh nhân XHTH trên cấp do giãn tĩnh mạch thực quản được điều trị bằng thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su (EVL) phối hợp với octreotide, chúng tôi nhận thấy về giới có 79,8% là nam phù hợp với nguyên nhân gây xơ gan do rượu như nghiên cứu của Quách Trọng Đức (2). Về tuổi, chủ yếu ở lứa tuổi trung niên, lứa tuổi có biểu hiện xơ gan rõ khi trước đó bị viêm gan do siêu vi hay thói quen uống rượu (1)(3). Đặc điểm lâm sàng XHTH chủ yếu là nôn ra máu, một ít biểu hiện tiêu phân đen đơn thuần. Triệu chứng nôn ra máu ồ ạt là dấu chỉ điểm gợi ý XHTH do tăng áp lực tĩnh mạch cửa trên BN xơ gan mất bù (5)(6)(7)(8). Các dấu hiệu vàng da, cổ trướng cho thấy tình trạng diễn tiến nặng của bệnh lý xơ gan có tăng áp lực TM cửa nhiều (8). Phân độ Child-Pugh cũng phù hợp nhận xét trên, chủ yếu là Child-Pugh C (78 BN), có 8 BN là Child-pugh B và không có BN nào thuộc xếp loại Child-pugh A. Về nguyên nhân, do rượu chiếm ưu thế (52.4%), có 2 BN bị ung thư gan nguyên phát, viêm gan do siêu vi B,C cũng khá cao. Ở Việt Nam, nguyên nhân gây xơ gan chính là viêm gan do siêu vi B,C và rượu (luan), kết quả của chúng tôi tương tự các tác giả trong nước khác (1)(2)(3).

GTMTQ độ III, GTMTQ độ II có dấu đỏ là những chỉ định chính của thắt búi GTMTQ bằng vòng cao su (5)(8), vì vậy kết quả hình ảnh nội soi của chúng tôi đa số là GTMTQ độ III (85.7%), không có BN nào GTMTQ độ I. Tất cả 84 BN này đều có chỉ định làm EVL. Tổn thương dạ dày, tá tràng kèm theo cho thấy những BN này đều có bệnh lý dạ dày do tăng áp cửa. Một số có loét dạ dày có thể là tổn thương phối hợp.

Can thiệp bằng nội soi XHTH do tăng áp lực tĩnh mạch cửa là lựa chọn hàng đầu (5)(6)(7)(8)(9). Hiện nay, ở Việt Nam áp dụng phổ biến hai phương pháp chích xơ búi giãn và thắt búi giãn bằng vòng cao su. Nhiều nghiên cứu cho thấy ưu điểm của thắt búi giãn bằng vòng cao su hơn so với chích xơ búi giãn (9). Hiệu quả cầm máu của hai phương pháp như nhau nhưng thắt búi giãn làm giảm nguy cơ tái xuất huyết, làm tắt nghẽn búi giãn tĩnh mạch nhanh hơn, và an toàn hơn chích xơ (7)(8)(9). Chích xơ búi giãn có nhiều tai biến như loét, thủng, hẹp thực quản, tái xuất huyết, suy thận, phù phổi (9). Thắt búi giãn tĩnh mạch cho thấy cải thiện sống còn, giảm tái xuất huyết và ít tác dụng phụ (9). Vì vậy, thắt búi giãn tĩnh mạch hiện nay là lựa chọn đầu tay khi điều trị XHTH trên cấp do GTMTQ (5)(7)(9).

Qua khảo sát 84 BN này, chúng tôi nhận thấy EVL đạt hiệu quả cao và an toàn, ít tác dụng phụ. Có 81 BN xuất viện, không còn chảy máu búi giãn tĩnh mạch, đạt tỉ lệ 96,4%, tuy nhiên có hai BN tử vong, nặng xin về vì bệnh lý nền quá nặng (ung thư gan nguyên phát) và một BN chuyển viện tuyến trên để làm tạo shunt cửa-chủ xuyên gan qua tĩnh mạch cảnh (transjugular intrahepatic portosystemic shunt= TIPS). Thắt búi GTMTQ trong nhóm khảo sát ít có tác dụng phụ, 14,2% BN bị nuốt vướng, 2,4% BN có cảm giác đau sau xương ức và không có BN nào bị tuột vòng để thắt lại. Điều này phù hợp với kết luận của những nghiên cứu khác (8)(9).

Octreotide thuộc nhóm somatostatine có tác dụng co mạch tạng, làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa và gây co mạch (4)(7). Liều dùng khuyến cáo là 50µg mỗi giờ / ngày kéo dài 5 ngày (đồng thuận Baveno lần thứ 15), tổng liều theo lý thuyết khoảng 60 ống octreotide (100µg/ống) cho một BN (4). Chúng tôi kết hợp thắt búi giãn tĩnh mạch với liệu pháp octreotide làm giảm số lượng sử dụng octreotide, cụ thể số ống octreotide trung bình là 15,5 ống, thấp hơn nhiều so với liều khuyến cáo. Chỉ định để giảm và ngưng sử dụng octreotide sau khi thắt búi giãn tĩnh mạch là theo dõi lâm sàng : BN không còn ói máu, tiêu phân đen, chuyển sang tiêu phân vàng, dấu hiệu sinh tồn ổn định (4). Do đó, khi kết hợp hai phương pháp điều trị này sẽ làm tăng hiệu quả điều trị và làm giảm chi phí nằm viện cho BN. Tương tự, nhu cầu truyền hồng cầu lắng cũng giảm theo, cụ thể số

đơn vị hồng cầu lắng trung bình đã sử dụng là 1,92 đơn vị, có BN không cần truyền hồng cầu lắng.

KẾT LUẬN

Kết hợp thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản qua nội soi (EVL) với liệu pháp dùng thuốc co mạch tạng octreotide để điều trị XHTH trên cấp do giãn tĩnh mạch thực quản có tính hiệu quả cao (96,4% BN ra viện), an toàn, ít tác dụng phụ và làm giảm chi phí điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Chiêu Dương et al, *Hiệu quả của phương pháp tiêm Histoacryl trong điều trị xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp*, Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam, tập IX, số 50, 2018, tr 3119-3126.
2. Quách Trọng Đức et al, *Giá trị của mô hình tiên lượng dựa trên điểm số MELD trong xuất huyết tiêu hóa trên cấp do tăng áp lực tĩnh mạch cửa*, Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam, tập IX, số 44, 2018, tr 2772-2778.
3. Huỳnh Nguyễn Đăng Trọng et al, *Giá trị thang điểm AIMS65 trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa ở bệnh nhân xơ gan*, Tóm tắt các báo cáo Hội nghị Tiêu hóa toàn quốc 2017, tr 44.
4. [Abid S et al](#), *Terlipressin vs. octreotide in bleeding esophageal varices as an adjuvant therapy with endoscopic band ligation: a randomized double-blind placebo-controlled trial*, Am J Gastroentero 2009 Mar;104(3),p 617-23.
5. Abraldes JG et al, *Medical management of variceal bleeding in patients with cirrhosis*, Can J Gastroenterol, 2004 Feb;18(2),p 109-13.
6. Brunner F et al, *Prevention and treatment of variceal haemorrhage in 2017*, Liver Int, 2017 Jan;37 Suppl 1,p 104-115.
7. Garcia-Pagan JC et al, *Acute variceal bleeding*, [Semin Respir Crit Care Med.](#) 2012 Feb;33(1)p 46-54.

8. Garbuzenko DV, *Current approaches to the management of patients with liver cirrhosis who have acute esophageal variceal bleeding*, Curr Med Res Opin. 2016;32(3),p 467-75
9. Sakthivel H et al, *Comparison of Endoscopic Variceal Ligation with Endoscopic Sclerotherapy for Secondary Prophylaxis of Variceal Hemorrhage: A Randomized Trial*, Cureus. 2018 Jul; 10(7): e2977.

AFP KHÔNG CHỈ LÀ DẤU ẤN CỦA UNG THƯ GAN

Châu Hữu Hầu

Bệnh viện Nhật Tân

TÓM TẮT. *AFP không chỉ là dấu ấn của ung thư gan. Trên thực tiễn lâm sàng, khi một bác sĩ khám cho một BN có nguy cơ ung thư tế bào biểu mô gan, bác sĩ thường cho xét nghiệm các tác nhân viêm gan B, C, siêu âm gan, xét nghiệm chức năng gan và alfa fetoprotein (AFP). Thế nhưng AFP chỉ hiệu quả khi khối u gan đã lớn với độ nhạy 98,7%, khi khối u còn nhỏ, độ nhạy yếu hơn nhiều 66,7%. Ngoài ra, AFP còn có thể xảy ra ở nhiều tình huống khác nhau như viêm gan virus cấp, bùng phát viêm gan B, tái hoạt viêm gan B... Kết Luận: Dấu ấn AFP không chỉ biểu hiện cho sự hiện diện của khối u mà còn phản ánh tình trạng hoạt động của bệnh viêm gan. Các bác sĩ lâm sàng nên khám, theo dõi và biện luận thích hợp để giảm sai sót trong chẩn đoán.*

SUMMARY. *AFP is not only a marker of hepatocellular carcinoma. In clinical practice, When a doctor examines a patient at risk for liver cancer, he usually tests for hepatitis B and C virus agents, liver ultrasonography, liver function tests, and alpha fetoprotein (AFP). However, AFP was only effective when the liver was enlarged with a sensitivity of 98.7%, when the tumor was small, the sensitivity was only 66.7%. In addition, AFP can occur in a variety of situations, including acute hepatitis infections, acute exacerbation of hepatitis B infections, hepatitis B reactivation, etc. Conclusion: The AFP marker not only reflects the presence of the HCC but also reflects the activity of hepatitis status. Clinicians should examine, monitor and reasonably discuss to reduce errors in the diagnosis.*

MỞ ĐẦU

Nồng độ AFP huyết thanh tăng cao ở một BN có nguy cơ ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) thường được các bác sĩ điều trị nghĩ đến ung thư gan, nhất là khi chỉ xét nghiệm một vài dấu ấn không đủ để kết luận, trong khi phải đưa ra chẩn đoán của mình cho BN.

TỔNG QUAN

UTBMTBG là loại ung thư phổ biến thứ sáu và là nguyên nhân chủ yếu tử vong ở các BN xơ gan còn bù⁽³⁾. UTBMTBG phát triển trong thời gian lịch sử tự nhiên của xơ gan với tỷ lệ mắc bệnh hàng năm ghi nhận ở mức 3-10%. Tình trạng phát triển của UTBMTBG có liên quan chặt chẽ với viêm gan mạn và đặc biệt là xơ gan, BN xơ gan nên được kiểm tra thường xuyên bằng kỹ thuật hình ảnh như siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính kết hợp với định lượng AFP (Alpha FetoProtein). Theo dõi các BN này để xác định UTBMTBG tại một giai đoạn sớm và đưa ra một liệu pháp tối ưu cho BN.

AFP là một glycoprotein được sản xuất chủ yếu bởi túi noãn hoàng, gan và ruột. Sau khi sinh, việc sản xuất AFP gần như hoàn toàn bị kìm nén và nồng độ trong huyết thanh giảm xuống <20 ng/ml. Mặc dù nồng độ thấp của AFP có liên quan với bệnh gan lành tính, bao gồm viêm gan cấp và mạn tính và xơ gan, nhưng khi AFP >400 ng/mL thường được sử dụng trong chẩn đoán UTBMTBG⁽⁵⁾.

Nồng độ AFP huyết thanh lại không tương quan tốt với các đặc điểm lâm sàng khác của UTBMTBG, chẳng hạn như kích thước khối u, giai đoạn hoặc tiên lượng về diễn tiến bệnh gan. Không phải tất cả các khối u đều tiết ra AFP và nồng độ AFP huyết thanh vẫn có thể bình thường trong 40% UTBMTBG nhỏ^(1,2).

Chẩn đoán phân biệt AFP cao bao gồm⁽¹⁾:

- Nồng độ AFP cao ở những BN bị bệnh gan mạn như viêm gan virus cấp hoặc mạn tính, nhưng không có UTBMTBG. Nồng độ cao kết hợp với sự hiện diện của giai đoạn xơ hóa 3 hoặc 4, INR cao và nồng độ AST huyết thanh tăng cao.
- AFP huyết thanh cao cũng xảy ra trong thai kỳ, với các khối u có nguồn gốc tuyến sinh dục (cả tế bào mầm và không mầm), các khối u ác tính khác mà phổ biến là ung thư dạ dày.

Mối quan hệ giữa nồng độ ALT và AFP không rõ ràng vì gia tăng nồng độ ALT là do tổn thương tế bào gan, trong khi nồng độ AFP và nhất là khi nồng độ tăng cao (>400 ng/mL), là do tăng sản xuất từ UTBMTBG. Nồng độ ALT cao được xác định bởi tình trạng hoạt động của bệnh đang diễn ra như viêm gan hoặc UTBMTBG⁽²⁾.

Siêu âm giám sát phát hiện phần lớn các khối u trước khi chúng gây ra triệu chứng lâm sàng, với độ nhạy tổng hợp 94%. Nhưng siêu âm kém hiệu quả khi phát hiện UTBMTBG sớm với độ nhạy 63%. AFP không mang lại lợi ích gì bổ sung cho siêu âm⁽⁴⁾.

Cần chẩn đoán sớm nhằm cải thiện khả năng ứng dụng và kết quả điều trị UTBMTBG, người mang viêm gan B và BN bị bệnh gan mạn hoặc xơ gan là các quần thể mục tiêu để theo dõi 2 hoặc 3 lần mỗi năm với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh và các dấu ấn huyết thanh học, trong đó có AFP, AFP-L3, PIVKA-II..

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các BN đến khám hay xét nghiệm tại bệnh viện Nhật Tân về các dấu ấn liên quan đến VGB. **Đối tượng loại trừ:** Các BN có số liệu không đầy đủ.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp bệnh

Cách tiến hành nghiên cứu: Từ số liệu còn lưu trên máy tính từ năm 2011 cho đến hết năm 2018, chúng tôi có 93.165 trường hợp được xét nghiệm VG B. Trong đó có 9428

BN được xác định nhiễm VG B. Các BN xác định có ALT >200 IU cả nam lẫn nữ, được xem VG B bùng phát là 179 trường hợp. Ngoài ra chúng tôi còn tham khảo các hồ sơ nội và ngoại trú khi cần liên quan đến BN đang nghiên cứu.

Chúng tôi nghiên cứu trên 3 nhóm BN:

- **Nhóm A:** BN VGB chưa hoặc đang điều trị được theo dõi lâu dài các dấu ấn VGB
- **Nhóm B:** BN có bùng phát cấp VGB: được xác định qua sự cố tăng đột ngột nồng độ ALT > 5 lần GHBTT trong lúc đang nhiễm HBV mạn. HBV DNA huyết thanh và nồng độ HBsAg thường tăng đột ngột trước đợt tăng nồng độ ALT. Ngược lại, hoại tử gan bắc cầu và/hoặc nồng độ AFP >100 ng/ml hoặc HBV DNA giảm trong lúc bùng phát tiêu biểu cho tình trạng thanh thải miễn dịch hiệu quả hơn và thường dẫn đến thanh thải HBV DNA và/hoặc HBeAg với sự thuyên giảm bệnh.
- **Nhóm C:** Nhóm đã được xác định ung thư gan: tại bệnh viện Nhật Tân hay ở tuyến trên.

Do khuôn khổ của nghiên cứu này, chúng tôi không trình bày nồng độ ALT tương ứng với nồng độ AFP. Nhưng chúng tôi tóm tắt như sau:

- **Nhóm A:** BN nhiễm VGB, không bùng phát, không ung thư gan: nồng độ ALT bình thường
- **Nhóm A:** Bùng phát VGB: nồng độ ALT tăng cao vào khoảng thời gian bùng phát
- **Nhóm C:** Thường xảy ra như trường hợp C1, ALT không tăng, nồng độ ALT từ 17-27; C2 và C3, nồng độ ALT là 48-78. Riêng C4, nồng độ ALT 114 và 158.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm BN	T T	Tên	Năm	Giới	AF P1	AF P2	AF P3	AF P4	AF P5	AF P6	AF P7	AF P8	AF P9
A. BN VG B được theo dõi nhiều năm, không bị bùng phát cấp,	1	NV N	1946	Nam	0.5	0.5	0.93	1.43	1.41	0.67	0.84	1.02	1.1
	2	TH H	1964	Nữ	1.32	1.52	2.98	1.3	1.66	1.47	1.72	2	1.2
	3	NV B	1949	Nam	1.44	1.46	1.79	2.36	2.33	2.15	1.45	1.64	1.58
	4	KM	1982	Nam	1.45	0.916	1.26	0.762	1.53	1.71	1.99	2.1	1.9
	5	QK K	1950	Nữ	2.42	1.97	2.08	1.24	3.11	2.3	2.6	1.8	2.6

hoặc đang điều trị	6	PTT	196 1	Nữ	2.5 4	2.0 2	2.0 6	1.0 7	1.8 3	1.4 3	1.1 4	1.7 5	1.7 4
	7	NT BN	196 5	Nữ	2.8 9	2.6 1	2.3 1	3.6 6	2.6 3	4.7 4.4		3.5 7	3.0 4
	8	TT KH	196 5	Nữ	3.1 4	2.3 3	3.0 6	4.1 9	3.1 8	4.3 5	4.0 5	3.5 3.5	3.3 5
	9	EV C	196 4	Na m	3.4 5	2.9 6	3.1 9	2.3 9	4.2 4.2	2.7 3	2.4 5	2.4 8	2.8 1
	10	NV T	195 5	Na m	3.6 2	4.2 7	3.4 3	4.8 2	4.4 4.4	5.2 1	3.7 1	2.7 6	5.4 2
	11	NH P	195 6	Na m	3.7 4	2.7 7	2.8 6	1.9 7	3.0 4	3.3 7	2.6 7	1.9 1.9	3.1 3.1
	12	TT KH	196 5	Nữ	3.1 4	2.3 3	3.0 6	4.1 9	3.1 8	4.3 5	4.0 5	3.5 3.5	3.3 5
B. Các trường hợp bù phát cấp	1	TTT H	198 8	Nữ	0.9 9	304	1.3 9	0.9 3	0.9 5	1.2 1.2	1.4 8		
	2	NV S	198 4	Na m	2.2	29. 1	1.6 4	1.2 1.2	1.1 1.1	0.8 0.8	0.7 4	1.3 1.3	0.6 9
	3	QB T	194 9	Na m	6.3 9	74	29. 6	13. 99	9.1 9	11. 9	10. 93	11. 9	8.2
	4	MM	195 2	Na m	68	11. 26	1.6 9	7.3 7.3	5.9 4				
	5	TV T	197 2	Na m	75	73	25. 6	9.6 9.6					
	6	TTP	195 7	Na m	83. 4	20. 9	10. 9	10. 1	8.9 5	5.8 5.8	6.3 6.3	5.4 5.4	4.2 4.2
	7	PVT	194 3	Na m	158	47. 2	7.9 6	7 7	3.4 3.4	1.9 6	2 2	2.4 2.4	1.4 4
	8	NV X	197 3	Na m	182	9.8	6.8	2.8 1					

	9	ÊR	196 5	Na m	186	72. 4	52. 7	79	14				
	1 0	NT LH	197 0	Nữ	233	3.4 1	3.1	2.1					
	1 1	PTC O	199 1	Nữ	356	0.6 3							
C. Các BN xác định ung thư gan	1	NT Đ	194 6	Nữ	4.8	30	64	318	582	860	390	100 0	
	2	CN	194 7	Na m	609	656							
	3	SP	198 5	Na m	701	100 0							
	4	HT A	195 1	Nữ	100 0	100 0							

BÀN LUẬN

Nhóm A bao gồm các BN VGB chưa hoặc đang điều trị được theo dõi lâu dài các dấu ấn VGB và không bị bùng phát cấp. Các BN này có nồng độ ALT bình thường và nồng độ AFP cũng bình thường. Nhưng có một BN nồng độ AFP tăng dần và cuối cùng được chẩn đoán UTBMTBG và được chuyển vào nhóm C (NTĐ, 1946). Các BN VG B mạn bị bùng phát cấp nặng (nhóm B) được đề nghị khi có nồng độ ALT >200 IU/ml. Các BN này thường có AFP cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ AFP từ 29,1 cho đến 356 ở nhóm BN này. Trong khi đó các BN UTBMTBG (nhóm C) có nồng độ cao hơn, từ 609 lên trên 1.000.

Nồng độ AFP cao khiến dễ nhầm lẫn với UTBMTBG, nhất là khi nồng độ AFP lên quá cao. Bae JS và cs(1) đã báo cáo vào năm 2005 về 2 trường hợp bùng phát cấp của viêm gan B và C ở BN xơ gan kèm theo sự thay đổi tối thiểu nồng độ ALT, nhưng có AFP tăng đáng kể >4.000 ng/ml (4,720 ng/ml và 5,480 ng/ml), điều này đã khiến các tác giả phải tích cực tìm kiếm UTBMTBG nhưng không có kết quả. Tuy nhiên, nồng độ AFP đã giảm khi đáp ứng với điều trị kháng virus trong cả 2 trường hợp⁽¹⁾, cho thấy đây là 2 trường hợp bùng phát cấp nặng. Trong nghiên cứu của Liaw và cs⁽⁷⁾, nồng độ AFP lớn hơn 100 ng/ml, với mức cao nhất là 2520 ng/ml khi không có UTBMTBG (HCC). Mức AFP cao như thế tương quan chặt với sự hiện diện của hoại tử gan bắc cầu. Mặt khác, độ cao AFP (>100 ng/ml) không có nồng độ ALT cao song song có thể dự đoán sự

hiện diện của HCC với độ đặc hiệu rất cao (98,7%). Tuy nhiên, độ nhạy không đủ cao (66,7%) để người ta chỉ dựa vào AFP để phát hiện HCC ở giai đoạn sớm và thường trở về nồng độ bình thường trong vòng 3-12 tháng sau bùng phát. Cần ghi nhận, ung thư tế bào gan luôn cần phải được loại trừ ở các BN có nồng độ ALT tăng cao.

Qua đó, để tránh sai lầm trong chẩn đoán, cần phải thận trọng trong việc đưa ra chẩn đoán khi dùng AFP và cần chẩn đoán sớm theo như các đề nghị sau đây:

Đối với chẩn đoán hình ảnh: Nên siêu âm 6 tháng hoặc tốt hơn 3 tháng một lần giúp phát hiện sớm ung thư ⁽⁴⁾.

- Khi nốt ung thư <10 mm rất khó chẩn đoán. Theo dõi với siêu âm mỗi 3 tháng để phát hiện bất kỳ sự gia tăng kích thước nào.
- Khi nốt ung thư >10 mm có thể được chẩn đoán bằng chụp CT hoặc MRI.

Dấu hiệu huyết thanh học rất quan trọng đối với chẩn đoán sớm, cũng như theo dõi sự xâm lấn của khối u, đáp ứng điều trị, tái phát và sống sót. Ba dấu ấn phổ biến nhất là^(5,6):

- AFP toàn phần (AFP): độ nhạy 60% và độ đặc hiệu là 90% đối với việc phát hiện UTBMTBG
- AFP-L3: Một biến thể của AFP có ái lực với Lens culinaris agglutinin, và
- PIVKA-II: Protein gây ra bởi thiếu hoặc đối kháng với vitamin K.

Nồng độ AFP-L3 và PIVKA-II tương quan với sự kích thích và tiên lượng của khối u. Tất cả ba dấu hiệu đều hữu ích cho việc theo dõi đáp ứng điều trị và tái phát khối u. Kết hợp đo 2 hoặc 3 dấu ấn sẽ làm tăng độ nhạy và độ chính xác chẩn đoán. Một số dấu hiệu mới bao gồm glypican-3 đang được nghiên cứu.

KẾT LUẬN

Dấu ấn AFP không chỉ biểu hiện cho sự hiện diện của khối u mà còn phản ánh tình trạng hoạt động của bệnh viêm gan. Các bác sĩ lâm sàng nên khám, theo dõi và biện luận thích hợp để giảm sai sót trong chẩn đoán.

THAM KHẢO

1. **Schwartz JM, Carithers RL, Sirlin CB, Chopra S, Kressel HYK, Robson KM, Savarese DMF, Lee SI.** Clinical features and diagnosis of hepatocellular carcinoma. Uptodate. Sep 2018.
2. **Bae JS, Park SJ, Park KB, Paik SY, Ryu JK, Choi CK, Hwang TJ.** Acute Exacerbation of Hepatitis in Liver Cirrhosis with Very High Levels of AFP But No Occurrence of Hepatocellular Carcinoma. The Korean Journal of Internal Medicine: 20:80-85, 2005.
3. **Massimo Iavarone and Massimo Colombo.** Management of hepatocellular carcinoma. In Viral Hepatitis by Howard C. Thomas, Anna S.F. Lok, Stephen A. Locarnini, Arie J. Zuckerman. 4th edition. Wiley Blackwell, 2014: 143-53.544-551.
4. **Singal A , Volk ML , Waljee A , et al.** Meta-analysis: surveillance with ultrasound for early-stage hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis . Aliment Pharmacol Ther 2009; 30: 37–47.
5. Liaw YF, Tsai SL. **Pathogenesis and clinical significance of spontaneous exacerbation and remissions in chronic HBV infection.** Viral Hepat Rev 1997;3:143–154.
6. **Yuen MF, Lai CL.** Serological markers of liver cancer. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2005 Feb;19(1): 91-9.
7. **Liaw YF, Tai DI, Chen TJ, Chu CM, Huang MJ.** AFP changes in the course of chronic hepatitis: relation to bridging hepatic necrosis and hepatocellular carcinoma. Liver. 1986 Jun;6(3):133-7.

PHẪU THUẬT CHUYỂN GÂN ĐIỀU TRỊ LIỆT THẦN KINH QUAY CAO

Bs. Nguyễn Quốc Thái

Bệnh viện Nhật Tân

TÓM TẮT. *Phẫu thuật chuyển gân điều trị liệt thần kinh quay cao.*

Liệt thần kinh quay cao thường gặp trong lâm sàng. Nhiều phương pháp chuyển gân, trong đó có phương pháp của Smith RJ đề nghị năm 1983, nhằm phục hồi cử động duỗi cổ tay, duỗi các ngón, nhất là duỗi và gập ngón tay cái. Phương pháp này như sau: Chuyển cơ sấp tròn cho cơ duỗi cổ tay quay ngấn, cơ gập cổ tay quay qua màng gian cốt cho cơ duỗi chung các ngón, treo gân cơ dạng dài ngón I vào chỗ bám của gân cơ cánh tay quay trong tư thế ngón I gập tối đa, chuyển cơ gan tay dài cho cơ duỗi ngấn và duỗi dài ngón I. Cả 3 trường hợp liệt thần kinh quay cao của chúng tôi đều được phẫu thuật theo phương pháp Smith RJ và đều cho kết quả tốt. Kết luận: Liệt thần kinh quay cao nên phục hồi chức năng bàn tay bằng phương pháp Smith RJ.

SUMMARY. *Tendon transfers for high radial nerve palsy.*

High radial nerve palsy is common in clinical settings. For treatment, many methods of tendon transfer including the Smith RJ method were proposed in 1983 and aimed at restoring the wrist and fingers extension, especially the extension and abduction of the thumb. This method is as follows: the cut PT (pronator teres) sutured to the side of the ECRB (extensor carpi radialis brevis) tendon; the FCR (Flexor carpi radialis) passed through the interosseous membrane to transfer EDS (extensor digitorum sublimis); tendon transfer the APL (abductor pollicis longus) into the insertion of BR (brachioradialis) tendon when the thumb is maximally abducted, tendon transfer of PL (palmaris longus) to the EPB and EPL (extensor pollicis brevis and longus). All three cases of high radial palsy were surgically treated by Smith RJ method and all of them were good. Conclusion: High radial palsy should restore hand function by Smith RJ method.

ĐẶT VẤN ĐỀ

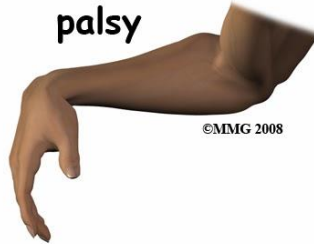
Liệt TKQ nguyên nhân thường gặp do chấn thương, đặc biệt là trong gãy thân xương cánh tay. Tỷ lệ liệt TKQ không hồi phục chiếm 20% các trường hợp liệt TKQ. Chuyển gân được xem là phương pháp điều trị hiệu quả nhất liệt TKQ không hồi phục

Khoa Chấn thương Chính hình bệnh viện Nhật Tân có 03 trường hợp bị liệt hoàn toàn TKQ do bị chém vào mặt sau cánh tay và do bị biến chứng sau gãy xương cánh tay. Chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật chuyển gân để phục hồi chức năng tay bị tổn thương

TỔNG QUAN



Radial nerve palsy



Ở gãy xương cánh tay, thần kinh quay bị liệt hầu hết là liệt không hoàn toàn, thường tự hồi phục sau 2-3 tháng. Đối với trường hợp bị đứt thần kinh thì theo Seddon thần kinh sẽ tái tạo 1mm/ ngày. Do vậy chờ 5-6 tháng nếu không hồi phục sẽ mổ chuyển gân⁽¹⁾

Hình 1. Hình ảnh liệt thần kinh quay cao

Triệu chứng của liệt thần kinh quay: Về vận động, cẳng tay không ngửa được, cổ tay rủ hình cổ cò, không thể duỗi đốt ngón tay, không thể dạng ngón cái. Về cảm giác, mất cảm giác vùng chi phối thần kinh quay(chủ yếu khe ngón I-II do vùng này chỉ có TKQ chi phối, vùng khác có thể có các nhánh thần kinh khác lẫn vào)

Đặc điểm giải phẫu thần kinh quay⁽²⁾

Từ đám rối nách(nhánh C7 và một phần C5, C6, C8, D1), qua tam giác cánh tay tam đầu, áp sát vào thân xương cánh tay, 1/3 trên ở phía trong, 1/3 giữa ở ngoài, 1/3 dưới ở trước so với xương cánh tay. Do đó, khi gãy xương cánh tay rất dễ làm tổn thương thần kinh quay

Đến vùng khuỷu, tại cơ ngửa TKQ chia làm hai nhánh: Nhánh sau chi phối cho các cơ duỗi. Nhánh trước nằm dưới cơ cánh tay quay, phía ngoài động mạch quay, đến 1/3 dưới xương quay lại quặt ra sau chi phối cảm giác ba ngón rưỡi sau- ngoài bàn tay

Đặc điểm giải phẫu các cơ vùng cẳng tay

Cơ sấp tròn có nguyên ủy ở mỏm trên ròng rọc xương cánh tay, bắt chéo phía trước hai xương cẳng tay, bám tận vào bờ ngoài 1/3 giữa xương quay. Cơ gan tay dài, cơ gan tay ngắn có nguyên ủy là gân chung bám ở mỏm trên ròng rọc xương cánh tay, cơ gan tay dài bám tận vào mặt trước nền xương bàn II, cơ gan tay ngắn bám tận vào mặt trước dây chằng vòng cổ tay và cân gan tay. Cơ sấp tròn là cơ động lực phù hợp nhất cho phục hồi duỗi cổ tay

Cơ duỗi cổ tay quay dài, cơ duỗi cổ tay quay ngắn có nguyên ủy ở mỏm trên lồi cầu xương cánh tay, cơ duỗi cổ tay quay dài bám tận vào mặt sau nền xương bàn II, cơ duỗi cổ tay quay ngắn bám tận vào mặt sau nền xương bàn III

Cơ cánh tay quay có nguyên ủy ở mỏm trên lồi cầu xương cánh tay, bám tận ở đầu dưới xương quay. Cơ dạng ngón cái dài từ 1/3 giữa xương trụ bám tận ở nền xương bàn ngón I. Cơ duỗi ngón cái ngắn từ đầu dưới xương quay, bám tận ở nền đốt gần ngón I. Cơ duỗi ngón cái dài từ đầu dưới xương trụ, bám tận ở nền đốt xa ngón I

Các phương pháp chuyển gân phổ biến^(3,5)

Boyes J. H và Chuinard R. G chuyển cơ sấp tròn cho cơ duỗi cổ tay quay ngắn, cơ gấp nông ngón IV cho cơ duỗi dài ngón I và duỗi riêng ngón II, cơ gấp nông ngón III cho cơ duỗi chung. Cơ gan tay dài cho cơ dạng ngón và duỗi ngắn ngón I

Riordan D. C, Skoll P. J, Green D. P chuyển cơ sấp tròn cho cơ duỗi cổ tay quay ngắn, cơ gấp cổ tay trụ cho cơ duỗi chung, cơ gan tay ngắn cho cơ duỗi dài ngón I

Skoll P. J, Brand P. W, Tsuge K chuyển cơ sấp tròn cho cơ duỗi cổ tay quay ngắn, cơ gan tay dài qua màng gian cốt cho cơ duỗi chung, cơ gan tay ngắn cho cơ duỗi dài ngón I

Smith R. J thấy rằng dạng ngón I có vai trò rất quan trọng đối với chức năng của bàn tay nên có chủ trương phục hồi. Phương pháp của Smith R. J: Chuyển cơ sấp tròn cho cơ duỗi cổ tay quay ngắn, cơ gấp cổ tay quay qua màng gian cốt cho cơ duỗi chung các ngón, treo gân cơ dạng dài ngón I vào chỗ bám của gân cơ cánh tay quay trong tư thế ngón I giang tối đa, chuyển cơ gan tay dài cho cơ duỗi ngắn và duỗi dài ngón I. Mục đích là giúp duỗi cổ tay, duỗi các ngón, tạo thể cân bằng cho xương bàn I giúp duỗi và dạng ngón I^(6,7,8).

Điều trị: Sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ 30 phút và nhắc lại sau mổ 04 giờ. Sau mổ sử dụng thuốc giảm đau, chống phù nề, hỗ trợ. Mang nẹp khoảng 03 tuần, giữ cho cẳng tay sấp 15-30°, cổ tay duỗi 45°, khớp bàn ngón gấp 10-15°, bệnh nhân được tập vận động sớm khi đã giảm đau vết mổ, cắt chỉ sau 7 ngày nằm viện. Sau tháo nẹp, tập vật lý trị liệu cho đến khi quen với cử động mới

Đánh giá phục hồi vận động

	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu
Theo nghề cũ	Có	Có	Khó khăn hoặc chuyển nghề	Khó khăn sinh hoạt hằng ngày
Hài lòng kết quả phẫu thuật	Rất hài lòng	Hài lòng	Chấp nhận	Không hài lòng

Đối với bệnh nhân quan trọng nhất là đánh giá kết quả phẫu thuật (bệnh nhân có hài lòng với cuộc mổ hay không) và bệnh nhân có còn làm được nghề cũ hay không. Nên chúng tôi đánh giá kết quả theo hai tiêu chí này

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hàng loạt cas lâm sàng.

Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn chọn lựa: liệt thần kinh quay hơn 04 tháng không hồi phục. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật.

Cách điều trị: phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp của Smith R. J

CA LÂM SÀNG

Trường hợp 1: Bệnh nhân nam 27 tuổi, bị chém vào mặt sau cánh tay T kèm gãy xương đòn T. Bệnh nhân được xử trí khâu vết thương + mang đai cố định xương đòn tại bệnh viện ở Cambodia. Sau đó, cổ tay rũ dần dần. Hiện tại, thăm khám lúc nhập viện bệnh nhân có bàn tay cở cò, không duỗi được các ngón, không thực hiện được



động tác dạng ngón I. Vết thương đã lành. Xương đòn T còn biến dạng, không đau. Cận lâm sàng: Điện cơ tay ghi nhận liệt hoàn toàn vận động TKQ tay T. Các xét nghiệm khác trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp của Smith R.J. + kết hợp xương đòn bằng nẹp vis. Sau phẫu thuật 03 tuần, bệnh nhân bỏ nẹp và được tập VLTL phục hồi động tác duỗi. Sau 03 tháng tái khám, bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật và vẫn còn làm nghề cũ,

quen dần với các cử động mới

Hình 2. Hình ảnh duỗi cổ tay và các ngón sau mổ chuyển gân của bệnh nhân 1

Trường hợp 2: Bệnh nhân nữ 55 tuổi, bị gãy thân xương cánh tay T do bị TNGT, đã được KHX bằng nẹp vis. Sau gãy xương, cổ tay rũ dần, mất duỗi các ngón. Tiền sử: biến dạng khuỷu tay T do cal lệch đầu dưới xương cánh tay đã lâu.

Hiện tại, thăm khám lúc nhập viện bệnh nhân có bàn tay cở cò, không duỗi được các ngón, không dạng được ngón I. Vết mổ cánh tay đã lành, không đau, biến dạng vẹo trong ở khuỷu. Cận lâm sàng: Điện cơ tay ghi nhận liệt hoàn toàn TKQ tay T. Các xét

nghiệm khác trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp Smith R.J. Bệnh nhân vẫn còn theo nghề cũ và chỉ chấp nhận với kết quả chứ chưa hài lòng(nguyên nhân do không phát hiện liệt TKQ trước mổ nên không giải thích cho bệnh nhân, bệnh nhân nghĩ liệt là do mổ xương cánh tay



Hình 3. Hình ảnh trước và sau mổ liệt TKQ (P) của bệnh nhân 3. Hình ảnh bên trái cho thấy bệnh nhân đang nắm tay, hình ảnh bên phải cho thấy bệnh nhân đang mở tay, ngón tay duỗi ra.

bệnh nhân 2

Trường hợp 3: Bệnh nhân nam 21 tuổi, bị chém vào mặt sau, bên cánh tay P. Bệnh nhân được xử trí khâu vết thương cánh tay. Sau đó, cổ tay rũ dần dần. Hiện tại, thăm khám lúc nhập viện bệnh nhân có bàn tay cổ cò, không duỗi được các ngón, không



thực hiện được động tác dạng ngón I. Vết thương đã lành. Cận lâm sàng: Điện cơ tay ghi nhận mất đáp ứng dẫn truyền vận động và cảm giác TKQ (P). Các xét nghiệm khác trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp của Smith R.J. Bệnh nhân này cảm thấy rất hài

lòng về kết quả phẫu thuật và còn làm nghề cũ

Hình 4. Hình ảnh trước và sau mổ liệt TKQ (P) của bệnh nhân 3.

BÀN LUẬN

Trường hợp liệt thần kinh quay sau gãy xương cánh tay là một trường hợp liệt do tổn thương nặng, xương gãy di lệch nhiều gây tổn thương thần kinh. Sau 05 tháng theo dõi và đo điện cơ kiểm tra không có dấu hiệu hồi phục nên chúng tôi tiến hành chuyển gân. Ở bệnh nhân này, tuy kết quả vận động tốt, còn theo nghề cũ nhưng cứ nghĩ bị liệt là do mổ xương cánh tay nên không hài lòng. Tỷ lệ liệt thần kinh quay trong gãy xương cánh tay khoảng 16%⁽¹⁾ nên đối với trường hợp gãy xương cánh tay phải thăm khám kỹ

các dấu hiệu liệt TKQ để tư vấn cho BN và để có tiên lượng theo dõi hay khâu nối thần kinh hay chuyển gân.

Hai trường hợp vết thương cánh tay bị liệt TKQ là do khi sơ cứu ban đầu không phát hiện đứt thần kinh để khâu nối, đến khi cổ tay rũ dần, bệnh nhân đến khám thì đã liệt. Đối với vết thương phần mềm xử trí kỳ đầu chủ yếu là tẩy trùng nên không phát hiện tổn thương TKQ. Vì vậy tỷ lệ bỏ sót tổn thương này là rất cao.

Cả 03 trường hợp chuyển gân của chúng tôi đều hơn 04 tháng do tiên lượng không thể hồi phục và điện cơ tay mất hoàn toàn dẫn truyền vận động và cảm giác TKQ. Mổ trong thời gian này thuận lợi là các cơ gấp còn khỏe nên khi chuyển gân hồi phục vận động tốt hơn. Thời điểm tiến hành phẫu thuật chuyển gân⁽⁴⁾ theo Đỗ Lợi chuyển gân quá sớm hay quá muộn đều bất lợi cho sự phục hồi sau mổ. Cũng theo tác giả, đối với những trường hợp tiên lượng khó hoặc không thể nối ghép thần kinh thì nên mổ chuyển gân ngay khi VTPM liền sẹo. Nguyễn Đức Phúc cũng thống nhất rằng, với liệt TKQ quá 06 tháng mà không có dấu hiệu hồi phục thì chuyển gân. Theo Brown P.W khi tiên lượng khó phục hồi thần kinh như mất đoạn TK, sẹo dính ngay trên đoạn TK tổn thương thì nên tiến hành chuyển gân ngay.

Cả 03 trường hợp đều được vô cảm tốt, có garô cầm máu để bóc tách các gân được dễ dàng. Tuy nhiên, khó khăn là chúng ta chưa thực hiện tốt tê từng nạch nên phải gây mê. Phương pháp vô cảm tốt nhất trong phẫu thuật này là tê từng nạch vì bệnh nhân tỉnh thực hiện các động tác cơ giúp lựa chọn đúng cơ, đủ chiều dài cơ khi chuyển. Khắc phục bằng cách chúng tôi thực hiện kéo căng cơ động lực và duỗi hết mức cổ tay, ngón tay khi chuyển gân

KẾT LUẬN

Trong phẫu thuật xương cánh tay và xử trí các vết thương phần mềm cần chú ý thần kinh quay. Liệt TKQ chỉ có phương pháp điều trị là phẫu thuật chuyển gân. Trong đó, phương pháp của Smith R. J giúp duỗi cổ tay, duỗi các ngón, tạo thế cân bằng cho xương bàn I giúp duỗi và dạng ngón I.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Phúc.** “Liệt thần kinh quay”, Chấn thương chỉnh hình, Hà Nội. 2013; tr.322-326
2. **Nguyễn Quang Quyền, Phạm Đăng Diệu, Nguyễn Văn Đức, Nguyễn Văn Cường.** Giảm yếu giải phẫu người, Tp. Hồ Chí Minh. 2007
3. **Nguyễn Lâm Bình, Hà Phan Thắng, Phạm Hoàng Lai.** “ Tổng quan về các phương pháp chuyển gân phục hồi chức năng bàn tay trong điều trị di chứng liệt thần kinh quay hiện nay”, Tạp chí y học thực hành. 2005, số 3/505; tr.63-65.
4. **Phạm Hoàng Lai, Nguyễn Việt Tiến, Lê Văn Đoàn.** “Liệt thần kinh quay thấp không hồi phục và kết quả điều trị bằng phẫu thuật chuyển gân”, Tạp chí thông tin y dược. 2008, số 11/2008; tr.14-17.
5. **Bộ Y tế.** Quy trình kỹ thuật chuyên khoa chấn thương chỉnh hình. [Quyết định số 4484/QĐ-BYT/2016.](#)
6. **Sammer DM, Chung KC.** Tendon Transfers Part I: Principles of Transfer and Transfers for Radial Nerve Palsy. Plast Reconstr Surg 2009 ; 123(5): 169e–177e.
7. **Phạm Hoàng Lai.** Nghiên cứu điều trị liệt thần kinh quay không hồi phục bằng phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp Smith. Luận án. Viện nghiên cứu y học lâm sàng BV 108. . Hà Nội. 2009.
8. **Smith RJ.** [Extensor carpi radialis brevis](#) tendon transfer [for thumb adduction--a study of power pinch.](#) [J Hand Surg Am.](#) 1983 Jan;8(1):4-15.