



**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**  
*Số 60 - Ung Văn Khiêm, P. Mỹ Phước, TP. Long Xuyên*  
*ĐT: 02963 852989, Fax: 02963 854283*

---

**HỘI NGHỊ KHOA HỌC KỸ THUẬT**  
**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**  
**NĂM 2019**

**07/11/2019**



**CHƯƠNG TRÌNH**  
**HỘI NGHỊ KHOA HỌC KỸ THUẬT NĂM 2019**  
**Ngày 07 tháng 11 năm 2019**

13h00-14h00	Đón tiếp đại biểu Đại biểu tham quan các quầy trưng bày sản phẩm Văn nghệ chào mừng
14h00-14h10	Tuyên bố lý do, Giới thiệu đại biểu
14h10-14h15	Phát biểu khai mạc (Giám đốc BV)
	<b>Phiên toàn thể - Hội trường A</b> Chủ tọa: BS. CKII. Trịnh Hữu Thọ TS. BS. Châu Hữu Hầu BS. CKII. Lâm Võ Hùng
14h15-14h30	Cập nhật chẩn đoán và điều trị hội chứng mạch vành cấp 2019 <i>PGS.TS. Hồ Thượng Dũng</i>
14h30-14h45	Nút mạch hóa chất trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. <i>PGS.TS. Lê Văn Phước</i>
14h45-15h30	- Công ty Giới thiệu thuốc ( <b>Tài trợ chính</b> ) - Công ty Giới thiệu thuốc ( <b>Tài trợ vàng</b> )
15h30-15h50	<b>Giải lao – chia hội trường</b>
<b>Khối nội – Hội trường A</b>	Chủ tọa: TS. BS. Châu Hữu Hầu BS. CKII. Lâm Võ Hùng BS. CKII. Nguyễn Văn Hưng
15h50-16h00	Đánh giá kết quả lọc máu liên tục tại khoa hồi sức tích cực tại Bệnh viện ĐKTT An Giang. <i>BS. CKI. Lê Hồ Tiến Phương</i>
16h00-16h10	Các yếu tố nguy cơ thúc đẩy đợt cấp bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn <i>BS. CKII. Trương Văn Lâm</i>
16h10-16h20	Đánh giá kết quả điều trị và các yếu tố liên quan đến tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện ĐKTT An Giang năm 2018-2019. <i>BS. CKII. Võ Văn Đức Khôi</i>
16h20-16h30	Đánh giá sau một năm điều trị tiêu sợi huyết trên bệnh nhân nhồi máu não cấp tại Bệnh viện ĐKTT An Giang <i>ThS. Mai Nhật Quang</i>
16h30-16h40	Hiệu quả liệu pháp thuốc ức chế bơm Proton trong điều trị xuất huyết tiêu hóa trên cấp do loét dạ dày tá tràng. <i>BS. CKI. Nguyễn Tấn Thành</i>
16h40-16h50	Một số yếu tố liên quan đến giảm vitamin D và cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện ĐKTT An Giang <i>BS. CKII. Lữ Công Trung</i>
16h50-17h00	Khảo sát biến chứng tim mạch bằng Holter 24 giờ ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có điện tâm đồ 12 chuyển đạo bình thường tại Bệnh viện ĐKTT An Giang <i>BS. Trần Văn Đẩu</i>
17h00-17h10	Khảo sát các yếu tố liên quan suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới <i>BS CKII. Nguyễn Thiện Tuấn</i>
17h10-18h00	<b>Thảo luận</b> <b>Tổng kết Phiên nội khoa</b>
18h00-20h00	<b>Ăn chiều</b>

<b>Khối ngoại; Điều dưỡng – Hội trường B</b>	Chủ tọa: BS. CKII. Trịnh Hữu Thọ BS. CKII. Nguyễn Duy Tân TS. BS. Trần Phước Hồng
15h50-16h00	Đánh giá kết quả bước đầu can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện ĐKTT An Giang. <i>BS. Phạm Huỳnh Minh Trí</i>
16h00-16h10	Đánh giá cắt amidan bằng coblator so với dao điện tại Bệnh viện ĐKTT An Giang <i>BS. CKI. Bùi Thị Xuân Nga</i>
16h10-16h20	Kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện ĐKTT An Giang. <i>BS. CKI. Lê Huy Cường</i>
16h20-16h30	Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần BIPOLAR trên bệnh nhân lớn tuổi tại khoa CTCH tại Bệnh viện ĐKTT An Giang. <i>BS. CKI. Nguyễn Minh Hải</i>
16h30-16h40	Đánh giá kết quả can thiệp hoạt động trị liệu ở người bệnh đột quỵ não tại Bệnh viện ĐKTT An Giang năm 2019. <i>BS. CKII. Nguyễn Duy Tân</i>
16h40-16h50	Cải tiến dịch vụ và chăm sóc khách hàng tại khoa xét nghiệm - Bệnh viện ĐKTT An Giang. <i>BS. CKII. Phạm Ngọc Dũng</i>
16h50-17h00	Đánh giá thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện ĐKTT An Giang năm 2019. <i>BS. CKI. Trần Thị Thu Vân</i>
17h00-17h10	Đặc điểm hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn NCEP-ATP III 2004 ở cán bộ thuộc diện bảo vệ sức khỏe khám tại khoa Nội A – Bệnh viện ĐKTT An Giang. <i>BS. Trương Hồng Nhật</i>
17h10-18h00	<b>Thảo luận</b> <b>Tổng kết phiên ngoại khoa-Điều dưỡng</b>
18h00-20h00	<b>Ăn chiều</b>

**PHÓ GIÁM ĐỐC**  
**Lâm Võ Hùng**

## MỤC LỤC

Trang

1	Các yếu tố nguy cơ thúc đẩy đợt cấp bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn <i>Trương Văn Lâm, Phạm Văn Kiểm, Nguyễn Thị Hân, Hồ Minh Hải</i>	1
2	Nhận xét đặc điểm hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn NCEP-ATP III 2004 ở cán bộ thuộc diện bảo vệ sức khỏe khám tại khoa nội A - Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang <i>Trương Hồng Nhật, Nguyễn Văn Hưng, Trình Thị Tây Nam</i>	8
3	Đặc điểm thay đổi dẫn truyền điện sinh lý trên bệnh nhân mắc hội chứng ống cổ tay Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang. <i>Nguyễn Hương Bảy, Nguyễn Thị Hằng, Trương Văn Xưa, Trần Thị Hai</i>	15
4	Đặc điểm vi khuẩn học trong đàm và bạch cầu ái toan trong máu trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở bệnh nhân có và không có di chứng lao phổi cũ <i>Trương Hồng Nhật, Nguyễn Văn Thọ</i>	21
5	Đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân suy tim mạn bằng thang điểm minnesota cải biên tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang <i>Quảng Thị Huyền Trang, Nguyễn Minh Loan, Phạm Minh Trí, Nguyễn Hữu Thành.</i>	28
6	Đánh giá kết quả điều trị bệnh động kinh bằng natri valproate tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang năm 2018-2019 <i>Nguyễn Thị Suong, Lê Văn Minh, Lâm Ngọc Cẩm</i>	35
7	Đánh giá kết quả lọc máu liên tục tại khoa hồi sức tích cực Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang <i>Lê Hồ Tiến Phương, Trần Thị Tiểu Thơ, Phù Kỳ Thạnh, Lê Trường Kha</i>	38
8	Đánh giá kết quả và các yếu tố liên quan đến điều trị sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang năm 2018-2019 <i>Võ Văn Đức Khôi, Trần Văn Lôi, Neang Retha, Lương Ngọc Bích</i>	43
9	Đánh giá nguy cơ loét do tỳ đè ở bệnh nhân tai biến mạch máu não bằng thang điểm Braden <i>Lê Minh Thà, Lê Văn Cường, Đỗ Thị Mỹ Dung, Trần Thị Mỹ Huệ</i>	50
10	Đánh giá sau một năm điều trị tiêu sợi huyết trên bệnh nhân nhồi máu não cấp tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang <i>Nguyễn Duy Tân, Mai Nhật Quang, Trần Thanh Phong, Lê Hoàng Dũng</i>	54
11	Hiệu quả liệu pháp thuốc ức chế bơm proton trong điều trị xuất huyết tiêu hóa trên cấp do loét dạ dày tá tràng <i>Lâm Võ Hùng, Nguyễn Tấn Thành, Trần Ngọc Bích, Bùi Thị Thanh Trúc</i>	58
12	Kết quả bước đầu can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang <i>Phạm Huỳnh Minh Trí, Lý Thanh Đồng, Lê Phước Luyện, Nguyễn Thị Nhớ.</i>	63
13	Kết quả can thiệp hoạt động trị liệu ở người bệnh đột quỵ não tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang năm 2019 <i>Nguyễn Duy Tân, Đỗ Đức Trí, Nguyễn Thị Thanh Hà, Nguyễn Thị Ngọc Hà</i>	69

14	Khảo sát biến chứng tim mạch bằng holter 24 giờ ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có điện tâm đồ 12 chuyển đạo bình thường tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang <i>Trần Văn Đẩu, Trần Thị Kim Hoa, Nguyễn Thị Bích Ngọc, Đỗ Thị Ngọc Thường</i>	73
15	Khảo sát các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị viêm phổi bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang năm 2018-2019. <i>Nguyễn Huỳnh Bích Phượng, Phạm Ngọc Kiều</i>	78
16	Khảo sát các yếu tố liên quan suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới <i>Nguyễn Thiện Tuấn, Mai Thanh Bình, Sử Cẩm Thu, Đặng Văn Thạnh</i>	83
17	Khảo sát microalbumin niệu và một số yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân đái tháo đường <i>Phạm Ngọc Hoa, Hồ Bảo Hoàng Nguyễn Văn Hợp Nguyễn Quốc Đạt</i>	89
18	Khảo sát tình hình thiếu máu ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị thay thế thận và các yếu tố liên quan ở Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang năm 2019 <i>Nguyễn Huỳnh Như Liễu, Lê Thị Mãi, Châu Surol Senl</i>	92
19	Lợi ích của nội soi đại trực tràng ống mềm kỹ thuật một người (1 bác sĩ) so với hai người (1 bác sĩ+1 kỹ thuật viên) <i>Hồ Hiền Sang, Bùi Lương Ngọc</i>	96
20	Một số yếu tố liên quan đến giảm vitamin d và cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang <i>Lữ Công Trung, Huỳnh thị Mai Phan, Hồ thị Mộng Bích</i>	98
21	Nghiên cứu đặc điểm tổn thương, yếu tố liên quan dày nội trung mạc động mạch cảnh ngoài sọ ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 <i>Huỳnh Thị Huyền Trang, Nguyễn Sơn Nam, Nguyễn Thị Thơ</i>	105
22	Nhân một trường hợp lao màng não tại khoa thần kinh Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang <i>Lê Phước An</i>	111
23	Nhân một trường hợp xuất huyết não ở người trẻ sử dụng cocaine <i>Mai Nhật Quang</i>	114
24	Thông khí nhân tạo không xâm nhập trong điều trị suy hô hấp tại khoa hồi sức tích cực BVĐK TT An Giang. <i>Phạm Ngọc Kiều, Phạm Thị Ngọc Dao, Thạch Samét</i>	117
25	Yếu tố nguy cơ thất bại điều trị thuốc kháng vi rút bậc 1 ở bệnh nhân nhiễm HIV phòng khám ngoại trú người lớn Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang <i>Phan Thanh Dũng, Nguyễn Quang Thương, Bùi Tông Nguyên, Phan Văn Bé</i>	122
26	Cải tiến dịch vụ và chăm sóc khách hàng tại Khoa Xét nghiệm BVĐKTT An Giang <i>Phạm Ngọc Dũng, Nguyễn Thị Minh Hiếu, Võ Thị Mỹ Hạnh và CS Khoa Xét nghiệm</i>	126
27	Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ do bệnh nhân tự kiểm soát (PCA – Patient Controlled Analgesia) tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang. <i>Trương Triều Phong, Nguyễn Thị Kim Loan, Nguyễn Thái Phương Trang, Từ Nguyễn Anh Duy</i>	136
28	Đánh giá kết quả cắt amidan bằng coblator so với dao điện <i>Bùi Thị Xuân Nga, Ngô Vương Mỹ Nhân, Nguyễn Xuân Nguyễn, Nguyễn Thị Hạnh</i>	145

29	Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần bipolar trên bệnh nhân lớn tuổi tại Khoa CTCH Bệnh Viện ĐKTT An Giang. <i>Nguyễn Minh Hải, Nguyễn Kim Quang, Ngô Vũ Phương</i>	150
30	Đánh giá kiến thức và hành vi của nhân viên y tế trong việc phân loại, thu gom chất thải y tế tại các khoa lâm sàng Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang năm 2019 <i>Trần Thị Thu Vân, Phạm Thị Phương Thùy, Bùi Thị Mỹ Phương, Trần Thanh Hải</i>	159
31	Đánh giá sự hài lòng người bệnh ngoại trú về chất lượng dịch vụ y tế tại BVĐK TT An Giang <i>Phạm Hòa Lợi, Lê Nguyễn Quang Thái, Hà Việt Trúc</i>	164
32	Đánh giá thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang năm 2019 <i>Nguyễn Duy Tân, Trần Thị Thu Vân Dương Thái Ngọc, Trần Thị Mỹ Phương</i>	174
33	Kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang <i>Lê Huy Cường, Nguyễn Thành Phúc, Sêng Sôrya, Trần Nguyễn Quang Trung</i>	180
34	Khảo sát kiến thức, thái độ và hành vi về phòng chống tiêu chảy ở người lớn tại Khoa Nhiễm- Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang <i>Phạm Hữu Kiệt, Dương Quốc Hiền, Lê Văn Việt</i>	185
35	Khảo sát sự hài lòng của nhân viên Bệnh Viện Đa Khoa TT An Giang năm 2019 <i>Dương Thị Thu Cúc, Nguyễn Văn Sinh, Nguyễn Như Nguyễn, Ngô Quốc Tuấn</i>	188
36	Khảo sát tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang năm 2019 <i>Nguyễn Duy Tân, Lê Nguyễn Quang Thái, Trần Văn Lôi, Phạm Hòa Lợi</i>	195
37	Khảo sát tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân điều trị tại Khoa Hồi sức Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang <i>Trần Thị Đào, Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Bé Thi</i>	201
38	Khảo sát việc tuân thủ bảng kiểm 5 kỹ thuật cơ bản của điều dưỡng tại Bệnh Viện ĐKTT An Giang <i>Nguyễn Văn Sinh, Nguyễn Thị Phi Yến, Phạm Thị Hoàng, Phan Thị Mỹ Nhân</i>	205
39	Phân tích hoạt động báo cáo phản ứng có hại của thuốc tại bệnh viện ĐKTT An Giang giai đoạn 2017 – 2019 <i>Nguyễn Kim Chi, Nguyễn Hà Thục Vân, Đinh T Thùy Trang, Nguyễn Hoàng Em</i>	210
40	Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh nhóm ARBAPENEM tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang giai đoạn năm 2018 <i>Nguyễn Thị Hạnh, Nguyễn Kim Chi Trần Thị Tố Nữ, Lê Hoàng Vũ</i>	216
41	Axit uric huyết thanh và mối liên quan với bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu <i>Châu Hữu Hậu, Đỗ Thị Quốc Trinh, Hia Kim Khuê</i>	222
42	Bước đầu sử dụng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch điều trị đột quy nhồi máu não cấp tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực tỉnh An Giang <i>Lữ Văn Trang, Trần Phước Hồng, Hà Minh Đức, Nguyễn Hữu Nghĩa, Phạm Lý Chí Hùng, Ngô Huỳnh Đắc Thắng, Nguyễn Thị Bé Tư và Cs</i>	227
43	Nút mạch hoá chất trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan <i>Nguyễn Huỳnh Nhật Tuấn, Lê Văn Phước</i>	236





## CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ THỨC ĐẨY ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI MẠN TÍNH TÁC NGHỀN

*Trương Văn Lâm, Phạm Văn Kiểm,  
Nguyễn Thị Hân, Hồ Minh Hải*

### **Tóm tắt**

**Mở đầu:** các yếu tố nguy cơ của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT)(COPD) đã được công bố trong các công trình nghiên cứu ở trong và ngoài nước. Tại Việt Nam, các yếu tố thúc đẩy này chưa được nghiên cứu nhiều. **Mục tiêu:** Khảo sát các yếu tố thúc đẩy vào đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích bệnh nhân BPTNMT tại khoa Nội hô hấp bệnh viện đa khoa trung tâm an giang trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 09/2019. Từ đó phân tích đa biến để tìm ra yếu tố thúc đẩy vào đợt cấp COPD. **Kết quả:** trong nghiên cứu chúng tôi có 72 bệnh nhân, tuổi trung bình  $76,1 \pm 12,1$ , tuổi nhỏ nhất 50 tuổi, tuổi lớn nhất 91 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 94,6%, nữ 5,4%. Phân tích hồi qui đa biến cho thấy thời gian phát hiện mắc bệnh  $\geq 5$  năm (OR = 1,58), BMI  $< 18,5$  kg/m<sup>2</sup> (OR = 1,78), còn hút thuốc lá (OR= 1,9), CRP  $\geq 10$ mg/l (OR=1,57) và Lactate máu  $> 4$  mg/l (OR= 1,8) nguy cơ độc lập thúc đẩy đợt cấp COPD. **Kết luận:** các yếu tố: thời gian phát hiện bệnh  $\geq 5$  năm, BMI  $< 18,5$  kg/m<sup>2</sup>, còn hút thuốc lá, CRP  $\geq 10$ mg/l, Lactate máu  $> 4$  mg/l là những yếu tố nguy cơ độc lập thúc đẩy đợt cấp COPD.

**Từ khóa:** yếu tố thúc đẩy, đợt cấp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

### **ABSTRACT**

**Background:** Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation (COPD) have been published in research studies at home and abroad. In Vietnam, these motivating factors have not been studied much. **Objectives:** To investigate the factors promoting the acute obstructive pulmonary disease exacerbation at the General Department of General Hospital of An Giang. **Methods:** descriptive cross-sectional study with analysis of COPD patients at the Internal Medicine Department of the An Giang central General Hospital during the period from 01/2019 to 09/2019. Since then multivariate analysis to find motivating factors for COPD exacerbation. **Results:** in the study we have patients 74, the average age is  $76.1 + 12.1$ , the youngest is 50 years, the oldest is 91 year old. The proportion of male patients accounted for 94.6%, female 5.4%. Multivariate regression analysis showed the detection time of disease  $> 5$  years (OR = 1.58), BMI  $< 18.5$  kg / m<sup>2</sup> (OR = 1.78), while smoking (OR = 1, 9), CRP  $> 10$ mg / l (OR = 1.57) and blood Lactate  $> 4$  mg / l (OR = 1.8) independent risk promoting COPD exacerbation. **Conclusion:** factors: time of delivery current disease  $> 5$  years, BMI  $< 18.5$  kg / m<sup>2</sup>, smoking, CRP  $> 10$ mg / l, blood lactate  $> 4$  mg / l are independent risk factors that promote COPD exacerbation

**Keyword:** risk factors, acute exacerbation, chronic obstructive pulmonary disease

### **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một thách thức cho vấn đề chăm sóc sức khỏe do đây là một trong những bệnh lý có tỷ lệ gia tăng nhanh nhất trong vòng ba thập kỷ qua. Điều này có nhiều lý do như tuổi thọ đang tăng dần, và một nguyên nhân quan trọng đó là tỷ lệ bệnh gia tăng song hành với tỷ lệ hút thuốc lá đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển [2], [3].

Đợt cấp của COPD là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong cho bệnh nhân COPD và gây suy giảm nhanh chức năng hô hấp mà trong đó chủ yếu là FEV1, làm cho suy giảm nhanh chất lượng cuộc sống, làm xấu đi tình trạng của bệnh. Chúng tôi nghiên cứu các yếu tố nguy cơ thúc đẩy

đợt cấp của COPD nhằm tìm ra những biện pháp có thể giúp ích cho việc theo dõi và điều trị đợt cấp cho bệnh nhân COPD.

Một số yếu tố nguy cơ của đợt cấp COPD đã được công bố trong các công trình nghiên cứu ở trong và ngoài nước [1],[6],[10]. Tại Việt Nam, các yếu tố nguy cơ thúc đẩy này chưa được nghiên cứu đầy đủ. Do đó tiến hành đề tài này với Mục tiêu: khảo sát các yếu tố nguy cơ thúc đẩy đợt cấp COPD tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang trong thời gian từ 01/2019 đến 09/2019.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

#### 2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia
- Lao phổi tiến triển
- Suy tim

### 2.2. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích

### 2.3. Cỡ mẫu

Chúng tôi chọn được 72 bệnh nhân tham gia nghiên cứu

### 2.4. Nội dung nghiên cứu

#### - Định nghĩa đợt cấp COPD:

Theo tiêu chuẩn Anthonisen: Đợt cấp COPD là sự xấu đi đột ngột tình trạng ổn định của bệnh: có biểu hiện

- + Tăng khó thở,
- + Khạc đàm tăng
- + Thay đổi màu sắc của đàm

#### \* Các yếu tố thúc đẩy:

- Tuổi
- Không tuân thủ điều trị: không tái khám
- Không tiêm vaccin ngừa cúm, vaccin viêm phổi
- nơi ở: thành thị (long xuyên), nông thôn (huyện)
- Tiền sử có đợt cấp trong 1 năm trước đó: mấy lần / năm
- Vi khuẩn gây bệnh: cây đàm có vi khuẩn mọc, không mọc
- Còn hút thuốc lá: số điếu thuốc/ ngày
- Thời gian mắc COPD: số năm
- Chỉ số BMI thấp  $<18,5 \text{ kg/m}^2$
- Giai đoạn bệnh COPD: A, B, C, D.
- Chỉ số bạch cầu: số bạch cầu/  $\text{mm}^3$
- Chỉ số CRP: mg/dl
- Chỉ số Lactat máu: mg/l
- Bệnh kèm theo: đái tháo đường, tăng huyết áp, thiếu máu cục bộ cơ tim....
  - + Tăng huyết áp: khi huyết áp tâm thu  $\geq 140 \text{ mmHg}$  và hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90 \text{ mmHg}$ .
  - + Lao phổi cũ: tiền sử điều trị lao, x quang phổi có xơ hóa củ.
  - + Thiếu máu cục bộ cơ tim: điện tim có ST chênh xuống, T det hoặc đảo ngược.

### 2.5. Phương pháp và kỹ thuật thu thập số liệu:

- Người nghiên cứu trực tiếp 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

## 2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

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

## III. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm chung:

Trong nghiên cứu chúng tôi có 72 bệnh nhân, tuổi trung bình  $74,8 \pm 10,9$ . Tuổi nhỏ nhất 50 tuổi, Tuổi lớn nhất 91 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 95,8%, nữ 4,2%.

Bệnh kết hợp	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Không	39	54,2%
Cao huyết áp	15	20,8%
Lao phổi cũ	3	4,2%
TMCBCT	6	8,3%
2 bệnh đồng mắc (Cao huyết áp + TMCBCT)	9	12,5%
Tổng số	72	100%

**Bảng 1. Các bệnh kết hợp**

**Nhận xét:** Trong các bệnh phổi hợp ở bệnh nhân COPD thì bệnh lý tăng HA và thiếu máu cơ tim (TMCBCT) là 2 bệnh lý chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 20,8% và 8,3%.

Cấy đàm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Âm	24	33,3%
Dương	48	66,7%
Tổng	72	100%

**Bảng 2. Cấy đàm**

**Nhận xét:** Cấy đàm dương tính 66,7%, cấy đàm âm tính là 33,3%.

Vi khuẩn	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
<i>Enterobacter</i>	18	25%
<i>E.coli</i>	6	8,3%
<i>Klebsiella</i>	6	8,3%
<i>Pseudomonas</i>	12	16,6%
<i>Enterococci</i>	6	8,3%
Tổng	48	66,7%

**Bảng 3. Vi khuẩn nuôi cấy được**

**Nhận xét:** vi khuẩn *enterobacter* chiếm cao nhất 25%, kế đến *Pseudomonas* chiếm 16,6%. *E.coli*, *Klebsiella*, *Enterococci* đều chiếm 8,3%

	Các biến	OR*	KTC(95%)	P
<b>Nhóm tuổi</b>	< 75 tuổi	1		
	≥75 tuổi	2,5	1,4-17	<b>0,035</b>
<b>Tư vấn, tuân thủ điều trị</b>	Có			
	Không	1,5	0,4-26	0,4
<b>Vaccine cúm, viêm phổi</b>	Có	1		
	Không	1,6	0,12-21,6	0,7
<b>Nơi ở</b>	Thành thị (TP Long Xuyên)	1		
	Huyện (nông thôn)	1,7	0,2-13	0,6
<b>Tiền sử có đợt cấp trong 1 năm nay</b>	Không	1		
	có	2,1	0,4-21	0,25
<b>Còn hút thuốc lá</b>	Không			
	Có	2,4	0,3-13	<b>0,04</b>
<b>Số điều hút thuốc /ngày</b>	≤10 điều			
	>11 điều	2	0,3-13,8	<b>0,048</b>
<b>Thời gian mắc bệnh COPD</b>	<5 năm			
	≥5 năm	3,4	1,17-23	<b>0,042</b>
<b>Chỉ số BMI thấp</b>	BMI ≥18,5 kg/m <sup>2</sup>	1		
	BMI <18,5 kg/m <sup>2</sup>	2,5	(1,2-26,3)	<b>0,04</b>
<b>Giai đoạn bệnh COPD</b>	A,B	1		
	C,D	2,5	0,24-26,5	<b>0,04</b>
<b>Tiền sử mắc bệnh đồng mắc</b>	Không	1		
	Có bệnh	1,34	0,5-3,49	0,5

**Bảng 4. Kết quả phân tích đơn biến (hồi quy logistic) các yếu tố nguy cơ thúc đẩy đợt cấp COPD**

**Nhận xét:** Phân tích đơn biến cho thấy nhóm tuổi ≥ 75 tuổi, BMI thấp < 18,5 kg/m<sup>2</sup>, còn hút thuốc lá, thời gian mắc COPD ≥5 năm, Giai đoạn bệnh COPD nhóm C,D là những yếu tố nguy cơ thúc đẩy đợt cấp COPD (có ý nghĩa thống kê với p <0,05)

	Biến số	OR*	KTC (95%)	P
<b>Cây dằm</b>	âm	1		
	Dương tính (có mọc)	1,1	0,3-3,1	0,67
<b>Chỉ số bạch cầu</b>	< 10000/mm <sup>3</sup>	1		
	≥ 10000/mm <sup>3</sup>	2,2	1,5-28,3	<b>0,03</b>
<b>Chỉ số CRP</b>	<10 mg/dL	1		
	≥10 mg/dL	3,4	1,24-66	<b>0,016</b>
<b>Chỉ số Lactat máu</b>	≤4 mg/l	1		
	>4 mg/l	3,5	1,4-37,7	<b>0,022</b>

**Bảng 5. Phân tích đơn biến yếu tố cận lâm sàng nguy cơ đợt cấp COPD**

**Nhận xét:** Các yếu tố Lactat > 4 mmol/l, BC  $\geq$  10.000/mm<sup>3</sup>, CRP >10 mg/dl là những yếu tố nguy cơ đợt cấp COPD (có ý nghĩa thống kê với p<0,05)

Sau khi phân tích đơn biến, những biến số có ý nghĩa thống kê p< 0,05, gồm 8 yếu tố: nhóm tuổi >75, còn hút thuốc lá, thời gian mắc bệnh COPD, chỉ số BMI thấp <18,5, giai đoạn bệnh COPD, chỉ số bạch cầu, chỉ số CRP, chỉ số Lactat máu đưa vào mô hình hồi qui logistic đa biến (khi đã hiệu chỉnh),

## 2. Phân tích đa biến mô hình hồi qui logistic các yếu tố nguy cơ đợt cấp COPD

Triệu chứng	OR**	KTC(95%)	p
<b>Thời gian mắc bệnh</b>			
< 5 năm	<b>1</b>		
$\geq$ 5 năm	<b>1,58</b>	1,2-29,31	0,048
<b>Còn hút thuốc lá</b>			
Không	<b>1</b>		
Có	<b>1,9</b>	1.13-22	0,04
<b>BMI</b>			
$\geq$ 18,5 kg/m <sup>2</sup>	<b>1</b>		
<18,5 kg/m <sup>2</sup>	<b>1,78</b>	1.01-32	0,043
<b>Chỉ số CRP</b>			
<10 mg/dL	<b>1</b>		
$\geq$ 10 mg/dL	<b>1,57</b>	1,43–3,9	0,045
<b>Chỉ số Lactat máu</b>			
$\leq$ 4 mg/l	<b>1</b>		
>4mg/l	<b>1,8</b>	1.11-23	0,042

OR\*\*:(có hiệu chỉnh) phân tích đa biến

### Bảng 6. Kết quả hồi quy logistic đa biến các yếu tố nguy cơ đợt cấp COPD

**Nhận xét:** phân tích đa biến cho thấy chỉ còn 5 yếu tố: thời gian mắc bệnh  $\geq$ 5 năm, bệnh nhân còn đang hút thuốc lá, BMI<18,5 kg/m<sup>2</sup>, CRP  $\geq$  10 mg/dl, lactate > 4 mg/l là những yếu tố độc lập nguy cơ thúc đẩy đợt cấp COPD (có ý nghĩa thống kê với p<0,05).

## IV. BÀN LUẬN

### 1.Đặc điểm chung bệnh nhân

Trong nghiên cứu chúng tôi có 72 bệnh nhân, tuổi trung bình 74,8 $\pm$ 10,9. Tuổi nhỏ nhất 50 tuổi, Tuổi lớn nhất 91 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 95,8%, nữ 4,2%. Kết quả này phù hợp với cứu trong và ngoài nước [1], [7], như tác giả Trần Văn Ngọc [1] cho thấy, tuổi trung bình của bệnh nhân COPD là 72,59 $\pm$ 11,38 tuổi. Nam giới chiếm hầu hết trong dân số nghiên cứu với tỉ lệ cao 90,3%, nữ giới chỉ chiếm tỉ lệ 9,7%.

### 2.Các yếu tố nguy cơ thúc đẩy đợt cấp COPD

5 yếu tố nguy cơ độc lập thúc đẩy đợt cấp COPD (suy dinh dưỡng BMI <18,5 kg/m<sup>2</sup>, còn hút thuốc, thời gian mắc bệnh  $\geq$ 5 năm, CRP $\geq$  10mg/l, lactate máu >4mg/l.)

Suy dinh dưỡng có liên quan đến sự suy giảm sức mạnh và sức bền của cơ hô hấp, làm gia tăng sự giới hạn đường thở của bệnh nhân COPD. Theo nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân với BMI <18,5 kg/m<sup>2</sup> có nguy cơ đợt cấp COPD cao hơn 1,78 lần so với bệnh nhân với BMI  $\geq$  18,5 kg/m<sup>2</sup>, điều này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05, tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo tác giả Trần Văn Ngọc [1] cho thấy bệnh nhân có BMI <18,5 kg/m<sup>2</sup> có nguy cơ đợt cấp COPD cao hơn 3,34 lần so với nhóm bệnh nhân BMI  $\geq$  18,5 kg/m<sup>2</sup>. Tác giả Camargo LACDR [7], năm 2014 nghiên cứu 639 bệnh nhân 2014 đợt cấp tại Brazil cho thấy, BMI <18,5 kg/m<sup>2</sup> là yếu tố nguy cơ đợt cấp COPD. Tác giả Kim M.H và cộng sự (2010)[14],

cho thấy bệnh nhân có BMI <18,5 kg/m<sup>2</sup> có nguy cơ đợt cấp COPD cao nhóm bệnh nhân có BMI >18,5 kg/m<sup>2</sup>.

Thời gian mắc bệnh COPD, theo y văn COPD là bệnh lý tiến triển, nặng dần theo thời gian. Các đợt cấp ban đầu thưa, về sau càng lúc càng gần hơn. Từ đó có thể thấy, nguy cơ nhập viện vì đợt cấp tăng tỉ lệ thuận với thời gian phát hiện bệnh COPD. Theo nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân với thời gian phát hiện bệnh  $\geq 5$  năm có nguy cơ đợt cấp cao hơn 1,5 lần so với bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh < 5 năm có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác, theo tác giả Trần Văn Ngọc [1], bệnh nhân với thời gian phát hiện bệnh  $\geq 5$  năm có nguy cơ nhập viện đợt cấp cao hơn 2,41 lần so với bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh < 5 năm, tác giả Cao Z, và cộng sự [8] năm (2006) cho thấy, thời gian mắc bệnh > 5 năm có nguy cơ đợt cấp COPD cao hơn 2,3 lần nhóm < 5 năm, tác giả Kim M.H và cộng sự (2010) cũng tương tự, thời gian mắc bệnh  $\geq 5$  năm có nguy cơ đợt cấp COPD cao hơn 2,5 nhóm bệnh nhân mắc COPD < 5 năm.

Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ chính của COPD. Theo y văn, khi ngưng hút thuốc lá, chức năng hô hấp của bệnh nhân sẽ hồi phục một phần, đặc biệt khi đó tốc độ giảm chức năng hô hấp hàng năm sẽ giảm về gần giới hạn tốc độ giảm của người không hút thuốc lá. Trong các biện pháp ngăn ngừa tình trạng tiến triển của bệnh thì cai thuốc lá là can thiệp hiệu quả nhất, kinh tế nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm còn đang hút thuốc lá có nguy cơ đợt cấp COPD cao hơn 1,9 lần so với nhóm không hút thuốc lá, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trước đây, theo tác giả Trần Văn Ngọc [1] nghiên cứu 144 bệnh nhân cho thấy rằng những bệnh nhân còn hút thuốc lá có nguy cơ nhập viện thường xuyên đợt cấp copd cao hơn 4,5 lần so với nhóm không còn hút thuốc lá, tác giả Godtfredsen NS và cộng sự [11] cho thấy nhóm hút thuốc lá có nguy cơ đợt cấp cao nhóm ngưng hút thuốc, tác giả Josephs L (2017) [13], cũng cho thấy nhóm còn hút thuốc có nguy cơ đợt cấp COPD hơn nhóm ngưng hút thuốc lá.

Yếu tố CRP theo nghiên cứu chúng tôi, nhóm bệnh nhân có CRP  $\geq 10$  mg/dl có nguy cơ đợt cấp COPD cao 1,57 lần so nhóm CRP thấp có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả cũng tương tự một số tác giả khác, nghiên cứu của Hurst J. (2006) [12], nhóm bệnh nhân CRP > 5 mg/L có nguy cơ đợt cấp COPD cao hơn nhóm CRP < 5 mg/dl. Tác giả De Kruif M.D [15] (2010) nhóm bệnh nhân CRP > 9 mg/l có nguy cơ đợt cấp cao hơn nhóm CRP < 9 mg/l, tác giả Bafadhel M. (2011) [5], nhóm bệnh nhân > 10 mg/l có nguy cơ đợt cấp COPD cao hơn nhóm CRP < 10 mg/l. Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, nhìn chung nồng độ trung bình của CRP tăng cao trong đợt cấp.

Như vậy, CRP là yếu tố nguy cơ thúc đẩy đợt cấp COPD cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu.

Yếu tố Lactat máu theo nghiên cứu chúng tôi, nhóm bệnh nhân có Lactate máu > 4 mmol/l là yếu tố nguy cơ đợt cấp COPD cao hơn 1,8 lần so nhóm lactate < 4 mmol/l có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ , phù hợp một số nghiên cứu khác, Tác giả Durmuş U và cộng sự [9], nghiên cứu năm 2018 Thổ Nhĩ Kỳ, tổng cộng có 495 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Độ thanh thải Lactat trung bình tăng cao ở nhóm nhập viện đợt cấp COPD. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy giá trị lactate tăng cao là yếu tố nguy cơ độc lập thúc đẩy đợt cấp COPD cao hơn 2,91 lần (OR: 2,91) ( $p < 0,05$ ) so với nhóm Lactate máu thấp.

Tác giả Brasil Santos D [6], Nghiên cứu tại Brazil, 91 bệnh nhân cho thấy giá trị Lactate tăng cao là yếu tố nguy cơ độc lập thúc đẩy đợt cấp COPD.

#### **IV. KẾT LUẬN**

Các yếu tố: thời gian phát hiện bệnh  $\geq 5$  năm, BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup>, còn hút thuốc lá, CRP  $\geq 10$  mg/dl, Lactate máu > 4 mg/l là những yếu tố nguy cơ độc lập thúc đẩy đợt cấp COPD.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng việt

1. Trần Văn Ngọc, Mã Vinh Đạt (2018), “ Đặc điểm lâm sàng và yếu tố thúc đẩy vào đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện thường xuyên nhóm nguy cơ cao” , *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh* ( 22)2, tr.186 – 193.
2. Lê Thị Kim Nhung, Nguyễn Quang Minh (2014), “Khảo sát các yếu tố tiên lượng đợt cấp bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn trên người cao tuổi”, *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, (18) 3, tr. 203-208
3. Lương Ngọc Khuê và Hoàng Văn Minh (2011), "Nghiên cứu tần suất và mức độ hút thuốc lá ở người Việt Nam", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 15 (2), 94-100.
4. Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Việt Nhung và cộng sự (2010), "Nghiên cứu dịch tễ tình hình bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở Việt Nam". *Y học thực hành*, 704 (2), 8-11.

### Tiếng anh

5. Bafadhel M, McKenna S, Terry S, et al (2011), “ Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: identification of biologic clusters and their biomarkers”. *Am J Respir Crit Care Med*.184(6):pp. 662-71.
6. Brasil Santos D, de Assis Viegas CA (2009), “Correlation of levels of obstruction in COPD with lactate and six-minute walk test”. *Rev Port Pneumol*.15(1):pp.11-25.
7. Camargo LACDR, Castellano MVO et al (2017), “Hospitalization due to exacerbation of COPD: "Real-life" outcomes”. *Rev Assoc Med Bras*, 63(6): pp.543-549.
8. Cao Z, Ong KC, Eng P, et al (2006) "Frequent hospital readmissions for acute exacerbation of COPD and their associated factors". *Respirology*, 11 (2), 188-195.
9. Durmuş U, Doğan NÖ, Pekdemir M, et al(2018)“The value of lactate clearance in admission decisions of patients with acute exacerbation of COPD”. *Am J Emerg Med*, 36(6):pp.972-976.
10. Garcia-Aymerich J, Monso E, Marrades RM, et al (2001), "Risk factors for hospitalization for a chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. EFRAM study". *Am J Respir Crit Care Med*, 164 (6), 1002 -1007.
11. Godtfredsen NS, Vestbo J, Osler M, et al (2002) "Risk of hospital admission for COPD following smoking cessation and reduction: a Danish population study". *Thorax*, 57 (11), 967-972.
12. Hurst JR, Perera WR, Wilkinson TM, et al (2016)“ Exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: pan-airway and systemic inflammatory indices”. *Proc Am Thorac Soc*. 2006 Aug;3(6):481-2.
13. Josephs L, Culliford D, Johnson M, et al (2017) "Improved outcomes in ex-smokers with COPD: a UK primary care observational cohort study". *Eur Respir J*, 49 (5).
14. Kim M.H, Lee K., Kim K.U et al (2010) "Risk Factors Associated with Frequent Hospital Readmissions for Exacerbation of COPD". *Tuberculosis and Respiratory Diseases*, 69 (4).
15. Kruif M.D. (2010) et al (2010)“Additional value of procalcitonin for diagnosis of infection in patients with fever at the emergency department”. *Crit Care Med*, 38(2): pp. 457-63.

**NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA THEO TIÊU CHUẨN NCEP-ATP III 2004 Ở CÁN BỘ THUỘC ĐIỆN BẢO VỆ SỨC KHỎE KHÁM TẠI KHOA NỘI A - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**

*Trương Hồng Nhật, Nguyễn Văn Hưng, Trình Thị Tây Nam*

**ABSTRACT:**

**Background:** This study was conducted to determine the prevalence of Metabolic syndrome (MetS) and its risk factors in outpatients who are monitored by the health care department. **Methods:** This is a descriptive cross-sectional study of 96 outpatients who are monitored by the health care department of An Giang General Hospital from May to September 2019, the MetS was defined according to the NCEP – ATP III. **Results:** Among 96 patients received outpatient treatment at the clinic of the health care department, there was 63,54% of them having MetS (60,66% in male, 39,34% in female). The highest proportion of MetS was 71,4% at the age group  $\geq 80$ . Of the MetS patients, the mean of waist circumference was  $84,48 \pm 11,49$ cm, the mean of systolic blood pressure and diastolic blood pressure were  $135,4 \pm 14,4$ mmHg and  $76,2 \pm 7,3$ mmHg, the mean of fasting plasma glucose was  $7,86 \pm 2,96$ mmol/L; the mean of triglyceridemia and HDL-c were  $2,84 \pm 2,29$  mmol/L and  $0,94 \pm 0,26$ mmol/L. Among MetS subjects, subjects with 3 components had the highest prevalence (50,5%), followed by 4 components (42,6%) and 5 components had the lowest prevalence (6,6%). The results showed that the risk factors of MetS were: abdominal adiposity (OR=9,208), hypertriglyceridemia (OR=5,212), low high-density lipoprotein (OR=14,444), hypertension (OR=14,786) and fasting hyperglycemia (OR=12,22). There was no relationship between MetS and gender, age, obesity, cholesterol and LDL-c. **Conclusion:** The prevalence of MetS of outpatients who are monitored by the health care department was 63,54%. The major risk factors of MetS included abdominal adiposity, high triglyceridemia, low high-density lipoprotein, hypertension and high fasting plasma glucose. **Key words:** Metabolic syndrome, risk factors.

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Nhận xét tần suất mắc HCCH và đặc điểm của HCCH theo NCEP-ATP III 2004 và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến HCCH ở đối tượng nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** 96 người: 62 nam (75%) và 34 nữ (35%) là cán bộ diện quản lý đến khám tại khoa nội A bệnh viện ĐKTT An Giang, từ tháng 5/2019 đến tháng 9/2019; tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH theo NCEP-ATP III 2004. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc HCCH là 63,54%, trong đó: nam chiếm 60,66%, nữ chiếm 39,34%; tỷ lệ mắc HCCH ở nhóm tuổi <60 là 61,5%, ở nhóm tuổi 60-69 là 66%, 70-79 là 58,6%,  $\geq 80$  là 71,4%. Vòng eo trung bình là  $84,48 \pm 11,49$ cm, tỷ lệ có béo phì vùng bụng là 21,3%; Huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương trung bình lần lượt là  $135,4 \pm 14,4$ mmHg và  $76,2 \pm 7,3$ mmHg; Nồng độ glucose máu lúc đói trung bình là  $7,86 \pm 2,96$ mmol/L; Nồng độ triglycerid trung bình là  $2,84 \pm 2,29$  mmol/L; Nồng độ HDL-cholesterol trung bình là  $0,94 \pm 0,26$ mmol/L. Tỷ lệ kết hợp 3,4,5 thành tố của HCCH lần lượt là 50,5%, 42,6% và 6,6%. Nguy cơ mắc HCCH ở bệnh nhân có béo phì vùng bụng gấp 9,208 lần bệnh nhân không béo phì vùng bụng; ở bệnh nhân tăng glucose máu lúc đói gấp 12,22 lần bệnh nhân không tăng glucose máu; ở bệnh nhân tăng triglycerid gấp 5,21 lần bệnh nhân không tăng triglycerid; ở bệnh nhân giảm HDL-cholesterol gấp 14,44 lần bệnh nhân không giảm HDL-cholesterol.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

HCCH là một tập hợp những YTNC quan trọng, bao gồm: tăng huyết áp, thừa cân, rối loạn lipid máu, tình trạng kháng insulin hoặc không dung nạp glucose. Tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH theo tiêu chuẩn của Chương trình giáo dục quốc gia về cholesterol ở người trưởng thành năm 2004 (NCEP-ATP III) [1] hiện nay được công nhận là hướng dẫn toàn cầu, dự báo sớm biến cố đái tháo đường típ 2, xơ vữa động mạch tiến triển, HA lấy ngay từ mức "bình thường cao" theo



phân loại THA của JNC VII năm 2003. Bệnh nhân đến khám tại Khoa Nội A là các cán bộ lãnh đạo của tỉnh, cùng có nhiều YTNC tiềm ẩn, do đặc thù công việc như tuổi cao, áp lực công việc trí não, sinh hoạt và chế độ ăn uống khó chủ động kiểm soát, được xem là thuận lợi mắc HCCH. Việc khám sàng lọc để phát hiện sớm HCCH để đưa vào chế độ điều trị dự phòng sớm các YTNC sẽ góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống, giảm tỉ lệ tử vong do đột quy. Với mục đích để đánh giá thực trạng mắc HCCH, từ đó góp phần nâng cao ý thức phòng bệnh cho cán bộ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Nhận xét đặc điểm hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn NCEP-ATP III 2004 ở cán bộ thuộc diện bảo vệ sức khỏe khám tại Khoa Nội A - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang” với các mục tiêu cụ thể như sau:

1. Nhận xét tần suất mắc HCCH và đặc điểm của HCCH theo NCEP-ATP III 2004 ở nhóm nghiên cứu.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến HCCH ở đối tượng nghiên cứu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

#### 1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả cán bộ đến khám tại khoa Nội A - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang trong khoảng thời gian từ tháng 04/2019 đến tháng 9/2019.

#### 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân đái tháo đường type 1, bệnh nội tiết có tăng đường huyết, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

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

#### 2.2. Nội dung nghiên cứu

##### 2.2.1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Giới tính: các đối tượng được chia thành 2 nhóm là nam và nữ. Tuổi: các đối tượng được chia thành 4 nhóm theo tuổi: < 60 tuổi, 60 - 69 tuổi, 70-79 tuổi và  $\geq$  80 tuổi.

##### 2.2.2. Tỉ lệ mắc HCCH và đặc điểm các thành tố của HCCH

Xác định HCCH theo tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH của Chương trình giáo dục quốc gia về cholesterol ở Mỹ (NCEP-ATP III): Glucose máu lúc đói > 5,6mmol/L hoặc đang dùng thuốc hạ đường huyết; Huyết áp >130/85mmHg hoặc đang dùng thuốc hạ huyết áp; TG >1,7mmol/L (>150mg/dL) hoặc đang dùng thuốc giảm TG; HDL-cholesterol: nam <1,0mmol/L, nữ <1,3mmol/L; Béo bụng: vòng eo > 90cm ở nam và > 80cm ở nữ [1]. Để xác định có HCCH phải có từ 3 tiêu chuẩn trở lên.

##### 2.2.3. Một số yếu tố liên quan đến HCCH ở đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm dân số học; đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng; các thành tố của HCCH.

#### 2.3. Phương pháp tiến hành

Hỏi bệnh, khám lâm sàng thường qui; Đo huyết áp; Các số đo nhân trắc: Đo vòng eo, chiều cao, cân nặng, BMI (được xác định theo công thức: Cân nặng (kg)/ Chiều cao<sup>2</sup> (m)); Các xét nghiệm hóa sinh: định lượng cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol huyết thanh và định lượng glucose máu;

#### 2.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý theo phần mềm SPSS phiên bản 11.5 để xác định các đặc trưng thống kê.

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm về giới và tuổi

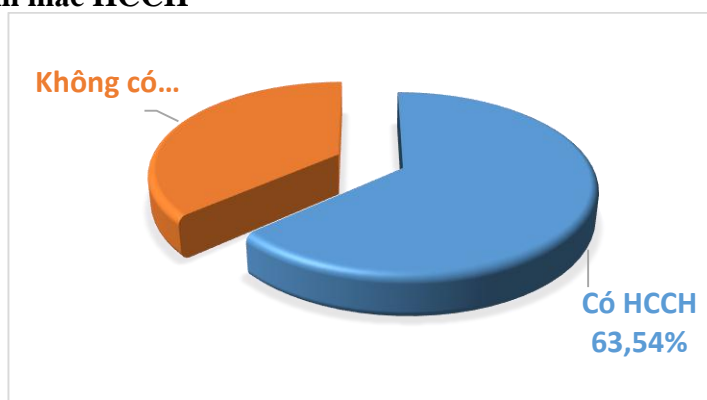
Bảng 1. Phân bố đối tượng theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Số người		Tổng cộng
	Nam (%)	Nữ (%)	
< 60	9 (14,5%)	4 (11,8%)	13 (13,5%)
60 - 69	34 (54,8%)	13 (38,2%)	47 (49,0%)
70 - 79	15 (24,2%)	14 (41,2%)	29 (30,2%)
≥ 80	4 (6,5%)	3 (8,8%)	7 (7,3%)
<b>Tổng</b>	<b>62 (100)</b>	<b>34 (100)</b>	<b>96 (100)</b>
<b>X ± SD</b>	<b>67,65 ± 8,11</b>		

Trong 96 cán bộ tiến hành nghiên cứu, nam chiếm tỷ lệ 64,6% cao hơn nữ 35,4%, kết quả này tương đương với nghiên cứu của **Lê Hoài Nam** (2005) khi khảo sát tỷ lệ HCCH trên bệnh nhân THA [7]. Tuổi trung bình là  $67,65 \pm 8,11$  nhóm tuổi từ 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất là 47%, nhóm tuổi từ 70-79 chiếm tỷ lệ 30,2%, nhóm tuổi < 60 chiếm tỷ lệ 13,5% và người ≥80 tuổi chỉ có 7 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 7,3%.

## 2. Tình hình mắc HCCH và đặc điểm các thành tố của HCCH

### 2.1. Tình hình mắc HCCH



Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc HCCH ở đối tượng trong nhóm nghiên cứu

Tỷ lệ mắc HCCH là 63,54%, ghi nhận của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của **Bùi Phương Anh** (76,5%) [3] và cao hơn của **Đặng Vạn Phước** (59,7%) [8]. HCCH đã được đề cập từ lâu, được nhiều người quan tâm nghiên cứu. Hiện nay, HCCH ngày càng gia tăng trên Thế giới và trở thành một thách thức mới đối với y học.

Bảng 2. Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa theo giới

Giới	Tổng số	Tỷ lệ (%)
Nam	37	60,7
Nữ	24	39,3
<b>Tổng số</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Tỷ lệ mắc HCCH ở nam chiếm tỷ lệ 60,7% và nữ là 39,3%; ghi nhận của chúng tôi khác kết quả nghiên cứu **Đặng Vạn Phước** tỷ lệ mắc HCCH ở bệnh nhân có THA nguyên phát ở nam là 42,3%, nữ là 57,7% [8]; nghiên cứu của **Lê Hoài Nam** nghiên cho thấy tỷ lệ mắc HCCH là 47,5% trong đó nữ 67%, nam 33% [7]. Tuy nhiên các nghiên cứu này khác chúng tôi là có cỡ mẫu nhỏ hoặc nghiên cứu trên bệnh nhân đột quỵ, tăng huyết áp.

Bảng 3. Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tổng số	Tỷ lệ (%)
< 60	8	13,1
60 - 69	31	50,8
70 - 79	17	27,9
≥ 80	5	8,2
<b>Tổng số</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Nhóm tuổi 60-69 có tỷ lệ mắc HCCH cao khoảng 50,8%; với tỷ lệ HCCH như vậy rất đáng quan tâm và cũng cảnh báo thêm một mối nguy cơ bất lợi về vấn đề sức khỏe đó là HCCH cho người lớn tuổi.

## 2.2. Đặc điểm các thành tố của HCCH

*Bảng 4. Trị số vòng eo trung bình ở bệnh nhân có HCCH*

Giới	Trung bình (cm)	Độ lệch chuẩn	P
Nam (n=37)	83,38	10,69	0,359
Nữ (n=24)	86,17	12,67	
Tổng (n=61)	84,48	11,49	

Số đo vòng eo gián tiếp đánh giá được tích lũy mỡ nội tạng, đây là yếu tố nguy cơ cao của các bệnh tim mạch, đề kháng insulin và ĐTĐ. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy vòng eo trung bình của bệnh nhân nữ có HCCH ( $86,17 \pm 12,67$ cm) cao hơn nam ( $83,38 \pm 10,69$ cm), khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Những nghiên cứu mới ở châu Âu cho thấy phụ nữ mãn kinh thừa cân béo phì chiếm tỷ lệ 19,3%, những người béo bụng có nguy cơ cao mắc các bệnh chuyển hóa.

*Bảng 5. Trị số huyết áp trung bình ở bệnh nhân mắc HCCH*

Giới	HATT (mmHg)	HATTr (mmHg)
Nam (n=37)	$136 \pm 15,2$	$76,9 \pm 7,4$
Nữ (n=24)	$134,6 \pm 13,5$	$75 \pm 7,2$
Tổng (n=61)	$135,4 \pm 14,4$	$76,2 \pm 7,3$
<b>p</b>	0,722	0,322

Chỉ số trung bình HATT và HATTr chung cả nam và nữ là  $135,4 \pm 14,4$ mmHg và  $76,2 \pm 7,3$ mmHg. Chỉ số này ở nam cao hơn nữ, không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Nhìn chung chỉ số HA trung bình tâm thu và tâm trương trong nghiên cứu chúng tôi không cao lắm, điều này có thể lý giải do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là cán bộ tình nguyện quản lý chính vì vậy mà chỉ số HA thấp hơn do đã được không chế HA từ trước.

*Bảng 6. Trị số glucose máu trung bình ở bệnh nhân mắc HCCH*

Giới	Trung bình (mmol/L)	Độ lệch chuẩn	'p
Nam (n=37)	7,47	2,14	0,260
Nữ (n=24)	8,47	3,88	
Tổng (n=61)	7,86	2,96	

ĐTĐ là một yếu tố nguy cơ tim mạch tương đương bệnh động mạch vành, các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân ĐTĐ có trị số cao hoặc trung bình cao. Nghiên cứu chúng tôi nồng độ trung bình glucose máu lúc đói ở đối tượng có HCCH là  $7,86 \pm 2,96$ ; nữ cao hơn nam  $8,47 \pm 3,88$ mmol/L và  $7,47 \pm 2,14$ mmol/L khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Như vậy, việc quan tâm đến tình trạng tăng glucose máu lúc đói là cần thiết nhất ở đối tượng có HCCH, nhất là ở phụ nữ.

*Bảng 7. Trị số triglycerid máu trung bình ở bệnh nhân mắc HCCH*

Giới	Trung bình (mmol/L)	Độ lệch chuẩn	p
Nam (n=37)	2,81	2,07	0,914
Nữ (n=24)	2,88	2,63	
Tổng (n=61)	2,84	2,29	

Trung bình nồng độ TG ở nữ có HCCH là  $2,88 \pm 2,63$ mmol/L; nam là  $2,81 \pm 2,14$ mmol/L; khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Ghi nhận này của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Phan Hải Phương ( $2,24 \pm 0,86$ mmol/L) [4], Trần Thanh Quang ( $2,66 \pm 1,99$ mmol/L) [9]. Dù kết quả của chúng tôi cao hơn nhưng tất cả ghi nhận này đều phù hợp vì tăng TG là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH, sự khác biệt nếu có là do mẫu nghiên cứu khác nhau.

Bảng 8. Trị số HDL-cholesterol trung bình ở bệnh nhân mắc HCCH

Giới	Trung bình (mmol/L)	Độ lệch chuẩn	p
Nam (n=37)	0,84	0,21	< 0,001
Nữ (n=24)	1,08	0,27	
Tổng (n=61)	0,94	0,26	

Nồng độ trung bình HDL-cholesterol máu ở các bệnh nhân có HCCH nữ cao hơn nam ( $1,08 \pm 0,27$  và  $0,84 \pm 0,21$  mmol/L) có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Rối loạn lipid máu là một trong những đặc điểm của HCCH, theo tiêu chuẩn ATP III thì chỉ lấy 2 thành phần tăng TG và giảm HDL-cholesterol làm tiêu chuẩn chẩn đoán và HDL-C được xem là yếu tố bảo vệ tích cực tiến trình xơ vữa động mạch [1]. Cần phát hiện sớm rối loạn HDL-C để dự phòng HCCH, nhất là ở bệnh nhân nữ.

Bảng 3.9. Tỷ lệ số lượng các thành tố HCCH ở các đối tượng có HCCH

Số lượng các thành tố	Nam	Nữ	Chung
3 thành tố	22 (71%)	9 (29%)	31 (50,5%)
4 thành tố	14 (53,8%)	12 (46,2%)	26 (42,6%)
5 thành tố	1 (25%)	3 (75%)	4 (6,6%)
Tổng	37 (60,7%)	24 (39,3%)	61 (100%)
p	0,124		

Ở bệnh nhân mắc HCCH tỷ lệ rối loạn 3;4;5 thành tố của HCCH lần lượt là 50,5%, 42,6% và 6,6%. Kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tịnh tỷ lệ lần lượt rối loạn 3; 4; 5 thành tố là 42,5%; 39,7%, 17,8% khi thực hiện nghiên cứu trên phụ nữ mãn kinh [10]; nghiên cứu của Trần Thanh Quang ghi nhận tỷ lệ rối loạn lần lượt 59,8%, 32,8%, 7,4% trên bệnh nhân tăng huyết áp [9]. Điều này cho thấy mô hình riêng của HCCH ở bệnh nhân mắc HCCH không giống nhau trên các mô hình bệnh khác nhau.

### 3. Một số yếu tố liên quan đến HCCH

#### 3.1 Liên quan giữa các đặc điểm dân số học với HCCH

Bảng 3.10. Liên quan giữa giới và HCCH

Giới	Hội chứng chuyển hóa		Chung	OR 95%CI	$\chi^2$ , p
	Có	Không			
Nam	37 (59,7%)	25 (40,3%)	62 (100%)	0,617 (0,252-1,510)	$\chi^2=1,128$ p=0,376
Nữ	24 (70,6%)	10 (29,4%)	34 (100%)		
Chung	61 (63,5%)	35 (36,5%)	96 (100%)		

Tỷ lệ mắc HCCH ở nữ là 70,6%, ở nam là 59,7%, tỷ suất chênh OR=0,61 ( $p > 0,05$ ). Theo một phân tích gần đây từ dữ liệu khảo sát lần thứ ba của cơ quan Y tế quốc gia về dinh dưỡng ở Mỹ cho thấy 23,7 người Mỹ có HCCH, tỷ lệ cao nhất được quan sát thấy ở phụ nữ da đen (57%) cao hơn đối với đàn ông da đen, sự khác nhau này được giải thích do phụ nữ ít hoạt động thể lực, trong đời sống có nhiều giai đoạn biến đổi nội tiết như kinh nguyệt, thai sản, tiền mãn kinh... và đó cũng là nguy cơ cho HCCH xuất hiện.

Bảng 3.11. Liên quan giữa nhóm tuổi và HCCH

Nhóm tuổi	Hội chứng chuyển hóa		Chung	p
	Có	Không		
< 60	8 (61,5%)	5 (38,5%)	13 (100%)	0,899
60 - 69	31 (66%)	16 (34%)	47 (100%)	
70 - 79	17 (58,6%)	12 (41,4%)	29 (100%)	
$\geq 80$	5 (71,4%)	2 (38,6%)	7 (100%)	
Chung	61 (63,5%)	35 (36,5%)	96 (100%)	

Tỷ lệ bệnh nhân mắc HCCH ở nhóm tuổi 60-69 là 66%, 70-79 là 58,6%,  $\geq 80$  là 71,4%; khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ mắc HCCH đã được ghi nhận tăng theo tuổi

tác với tỷ lệ 30% ở người lớn >40 tuổi và 40% cho người >60 tuổi; theo Nguyễn Thị Lan Anh (2009), HCCH ở phụ nữ trên 45 và dưới 60 tuổi là 41,21%, tuổi >60 là 58,79% [2]. Tuổi càng cao là một yếu tố nguy cơ của HCCH.

### 3.2. Liên quan giữa các thành tố của HCCH và HCCH

Bảng 3.12. Liên quan giữa béo phì vùng bụng với HCCH

Béo bụng theo vòng eo	Hội chứng chuyển hóa		Chung	OR 95%CI	$\chi^2$ , P
	Có	Không			
Có	13 (92,9%)	1 (7,1%)	14 (100%)	9,208 (1,149-73,771)	$\chi^2=6,080$ p=0,015
Không	48 (58,5%)	34 (41,5%)	82 (100%)		
Chung	61 (63,5%)	35 (36,5%)	96 (100%)		

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy béo bụng theo vòng eo làm tăng nguy cơ mắc HCCH lên 9,2 lần người không có béo bụng ( $p<0,05$ ). Kết quả nghiên cứu của Bùi Đức Long nguy cơ THA ở nữ béo bụng gấp 2,6 lần so với người bình thường  $p<0,05$  [5], theo Hoàng Đăng Mịch tỷ lệ mắc HCCH ở người tăng vòng bụng là 45% [6]. Như vậy kết quả của chúng tôi và các tác giả trên đều cho thấy béo phì vùng bụng là lời cảnh báo quan trọng cho sự xuất hiện của HCCH và cho thấy một nguy cơ đáng gia tăng song hành cùng với sự phát triển kinh tế xã hội.

Bảng 3.13. Liên quan giữa tăng huyết áp với HCCH

Tăng huyết áp	Hội chứng chuyển hóa		Chung	OR 95%CI	$\chi^2$ , P
	Có	Không			
Có	54 (81,8%)	12 (18,2%)	66 (100%)	14,786 (5,163-42,344)	$\chi^2=30,453$ P<0,001
Không	7 (23,3%)	23 (76,7%)	30 (100%)		
Chung	61 (63,5%)	35 (36,5%)	96 (100%)		

Bệnh nhân THA nguy cơ mắc HCCH là rất cao bởi bản thân tăng huyết áp đã là một thành tố của HCCH. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có THA nguy cơ mắc HCCH cao gấp 14,78 lần người không có tăng huyết áp ( $p<0,001$ ). Ngoài ra, nếu THA kết hợp với yếu tố như cao tuổi, mãn kinh, béo bụng thì khả năng mắc HCCH cũng là một vấn đề rất cần được quan tâm.

Bảng 3.14. Liên quan giữa tăng glucose máu với HCCH

Tăng glucose máu	Hội chứng chuyển hóa		Chung	OR 95%CI	$\chi^2$ , P
	Có	Không			
Có	55 (78,6%)	15 (21,4%)	70 (100%)	12,22 (4,166-35,855)	$\chi^2=25,203$ P<0,001
Không	6 (23,1%)	20 (76,9%)	26 (100%)		
Chung	61 (63,5%)	35 (36,5%)	96 (100%)		

Người có tăng glucose máu lúc đói có nguy cơ mắc HCCH gấp 12,22 lần so với người không tăng glucose máu ( $p<0,001$ ). Kết quả này trùng hợp với ghi nhận của Trần Thanh Quang là tỷ lệ người cao tuổi THA mắc HCCH là 78,7%, không THA mắc HCCH là 31% ( $p<0,05$ ) [9]. Rõ ràng tăng glucose máu làm tăng nguy cơ mắc HCCH bởi bản thân nó cũng là một thành tố của hội chứng này.

Bảng 3.15. Liên quan giữa tăng triglycerid với HCCH

Tăng triglycerid	Hội chứng chuyển hóa		Chung	OR 95%CI	$\chi^2$ , P
	Có	Không			
Có	43 (79,6%)	11 (20,4%)	54 (100%)	5,212 (2,117-12,834)	$\chi^2=13,79$ P<0,001
Không	18(42,9%)	24 (57,1%)	42 (100%)		
Chung	61 (63,5%)	35 (36,5%)	96 (100%)		

Số bệnh nhân bị rối loạn TG mắc HCCH là 79,6 %, bệnh nhân không rối loạn TG mắc HCCH 42,9%, người bị rối loạn TG có nguy cơ mắc HCCH 5,21 lần so với người không bị rối loạn TG ( $p<0,001$ ). Nghiên cứu của Trần Thanh Quang cũng cho thấy tỷ lệ người rối loạn lipid máu mắc HCCH là 84,2%, không rối loạn lipid máu mắc HCCH là 40,9% ( $p<0,001$ ) [9].



Bảng 16. Liên quan giữa giảm HDL-cholesterol với HCCH

Giảm HDL-cholesterol	Hội chứng chuyển hóa		Chung	OR 95%CI	$\chi^2$ , p
	Có	Không			
Có	52 (83,9%)	10 (16,1%)	62 (100%)	14,444 (5,213-40,020)	$\chi^2=31,23$ P<0,001
Không	9 (26,5%)	25 (73,5%)	34 (100%)		
Chung	61 (63,5%)	35 (36,5%)	96 (100%)		

Số bệnh nhân bị giảm HDL-C mắc HCCH là 83,9%, bệnh nhân không giảm HDL-C mắc hội chứng chuyển hóa là 26,5%. Bệnh nhân giảm HDL-C có nguy cơ mắc HCCH gấp 14,44 lần so với người không giảm HDL-C.

#### IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 96 cán bộ diện quản lý đến khám tại khoa Nội A, bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, chúng tôi đưa ra một số nhận xét sau:

**1.** Tỷ lệ mắc HCCH là 63,54%, trong đó nam chiếm 60,66%, nữ chiếm 39,34%; tỷ lệ mắc HCCH ở nhóm tuổi <60 là 61,5%, ở nhóm tuổi 60-69 là 66%, 70-79 là 58,6%,  $\geq 80$  là 71,4%. Đặc điểm các thành tố của HCCH ở bệnh nhân mắc hội chứng này: vòng eo trung bình là  $84,48 \pm 11,49$ cm, tỷ lệ có béo phì vùng bụng là 21,3%; Huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương trung bình lần lượt là  $135,4 \pm 14,4$ mmHg và  $76,2 \pm 7,3$ mmHg; Nồng độ glucose máu lúc đói trung bình là  $7,86 \pm 2,96$ mmol/L; Nồng độ triglycerid trung bình là  $2,84 \pm 2,29$  mmol/L; Nồng độ HDL-cholesterol trung bình là  $0,94 \pm 0,26$ mmol/L. Tỷ lệ kết hợp 3,4,5 thành tố của HCCH lần lượt là 50,5%, 42,6% và 6,6%.

**2.** Nguy cơ mắc HCCH ở bệnh nhân có béo phì vùng bụng gấp 9,20 lần bệnh nhân không béo phì vùng bụng; ở bệnh nhân tăng glucose máu lúc đói gấp 12,22 lần bệnh nhân không tăng glucose máu; ở bệnh nhân tăng triglycerid gấp 5,21 lần bệnh nhân không tăng triglycerid; ở bệnh nhân giảm HDL-cholesterol gấp 14,44 lần bệnh nhân không giảm HDL-cholesterol.

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

- Chú trọng tầm soát HCCH ở bệnh nhân cao tuổi đến khám tại bệnh viện nhất là các bệnh nhân có kèm theo tăng huyết áp, béo phì, rối loạn nồng độ glucose hay lipid máu để từ đó có chiến lược điều trị cũng như quản lý bệnh nhân tốt hơn.

- Tiến hành nghiên cứu trên qui mô hơn theo hướng thiết kế phân tích với nhiều yếu tố liên quan để làm sáng tỏ vai trò của các yếu tố nguy cơ. Từ đó sẽ có kế hoạch dự phòng nhằm hạn chế tỷ lệ mắc HCCH nói chung và HCCH ở cán bộ diện quản lý.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ATP III (2004) “Định nghĩa Hội chứng chuyển hóa”, tài liệu dịch từ Diabetes Literature Service, *Circulation*, 109: 433-38.
2. Nguyễn Thị Lan Anh (2010), “Nghiên cứu tình hình hội chứng chuyển hóa ở phụ nữ trên 45 tuổi tại Thành phố Đà Nẵng 2009”. Luận án chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược Huế.
3. Bùi Phương Anh (2012) “Nghiên cứu tình trạng mắc Hội chứng chuyển hóa ở cán bộ trung cao thành phố Qui Nhơn và mối liên quan với bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường typ 2”, *Tạp chí Nội tiết Đái tháo đường*, 6(1), tr.308-316
4. Phan Hải Dương (2005): “Hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân tăng huyết áp có tuổi”. Luận văn Thạc sĩ y học. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
5. Bùi Đức Long (2008), “Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp tại tỉnh Hải Dương”. Luận án Tiến sĩ y học. Học viện Quân Y.
6. Hoàng Đăng Mịch (2012), “Nghiên cứu Hội chứng chuyển hóa ở ngoại thành Hải Phòng”, *Tạp chí Nội tiết Đái tháo đường*, 6(1), tr. 598-613.
7. Lê Hoài Nam (2005), “Tần suất hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân tăng huyết áp”. *Tạp chí Tim mạch học – Kỹ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học Hội nghị tim mạch miền trung mở rộng lần III*, Quy Nhơn, 41, tr.251-56.
8. Đặng Vạn Phước (2004), “Cập nhật về chẩn đoán và điều trị Hội chứng chuyển hóa”, *Hội thảo chuyên đề về Hội chứng chuyển hóa, Thành phố Hồ Chí Minh 08/2004*.
9. Trần Thanh Quang (2012), “Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp nguyên phát đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Đa khoa Trung ương Cần Thơ”. Luận án chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược Cần Thơ.
10. Lê Thị Thanh Tịch, Trần Hữu Dàng (2005), “Hội chứng chuyển hóa ở phụ nữ mãn kinh”, *Tạp chí y học thực hành*, Kỹ yếu toàn văn các đề tài khoa học, tr, 403-07.

**ĐẶC ĐIỂM THAY ĐỔI DẪN TRUYỀN ĐIỆN SINH LÝ TRÊN BỆNH  
NHÂN MẮC HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**

*Nguyễn Hương Bảy, Nguyễn Thị Hằng,  
Trương Văn Xưa, Trần Thị Hai*

**TÓM TẮT**

**Mở đầu:** Hội chứng ớng cổ tay là một tình trạng bệnh lý gây ra do chèn ép dây thần kinh giữa khi nó di chuyển qua vùng cổ tay qua đường hầm cổ tay. Để chẩn đoán hội chứng ớng cổ tay, ngoài các triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán điện được coi là tiêu chuẩn quan trọng để xác định tính chất, vị trí tổn thương nhằm đánh giá chính xác mức độ nghẽn dẫn truyền dây thần kinh giữa đoạn qua ớng cổ tay, từ đó giúp cho các bác sỹ điều trị đưa ra được phác đồ điều trị phù hợp đối với từng bệnh nhân.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm dẫn truyền cảm giác và vận động dây thần kinh giữa ở bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng của hội chứng ớng cổ tay. Đồng thời, đánh giá và phân loại rối loạn dẫn truyền thần kinh ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

**Phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả, mẫu nghiên cứu gồm những bệnh nhân mắc hội chứng ớng cổ tay đến khám tại bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh, tiến hành khảo sát dẫn truyền thần kinh bằng máy điện cơ Natus theo bảng thu thập số liệu. Các số liệu sau khi thu thập sẽ được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0

**Kết quả:** Nghiên cứu gồm 70 bệnh nhân, nữ chiếm đa số với 85,7 %, tuổi trung bình là  $45,5 \pm 10,6$ , số bệnh nhân mắc hội chứng ớng cổ tay ở cả hai bên chiếm 55,7%, trong đó bị tay phải chiếm 87,1% nhiều hơn tay trái với 68,6%. Giá trị trung bình của DMLm, DSLm, DMLd và DSLd đều kéo dài so với giá trị trên người bình thường. Dựa theo tiêu chuẩn phân độ của Hội điện cơ và bệnh thần kinh cơ Hoa Kỳ, trong 109 bàn tay nghiên cứu hầu hết mắc bệnh độ trung bình và độ nặng chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 46,8% và 42,2%, độ nhẹ chiếm 11%.

**Kết luận:** Khảo sát dẫn truyền thần kinh với máy điện cơ là phương tiện cận lâm sàng phù hợp và thuận tiện trong chẩn đoán sớm hội chứng ớng cổ tay. Có thể dùng nhiều cách phân loại phù hợp để đánh giá mức độ của bệnh nhân hội chứng ớng cổ tay.

**Từ khóa:** đau đầu loại căng thẳng, chất lượng cuộc sống, bộ câu hỏi SF-36, bộ câu hỏi HIT-6.

**ABSTRACT**

**Background:** Carpal tunnel syndrome (CTS) is a medical condition caused by a pinched nerve between when it moves through the wrist area through the wrist tunnel. In order to diagnose carpal tunnel syndrome, in addition to clinical symptoms, electrical diagnosis is considered an important criterion to determine the nature and location of lesions in order to accurately assess the degree of mid-nerve conduction blockage. through the carpal tunnel, thereby helping the treating doctors to come up with the appropriate treatment regimen for each patient.

**Objective:** Describe characteristics of sensory conduction and mid-nerve motor in patients with clinical manifestations of carpal tunnel syndrome. At the same time, assessment and classification of neurotransmitter disorders in the study patient group.

**Methods:** Cross-section description, the sample of patients with carpal tunnel syndrome came to An Giang Central General Hospital in accordance with the criteria of the disease selection, conducting neurotransmission survey by Natus electromyography machine according to the data collection table. The collected data will be processed by SPSS 16.0 statistical software.

**Results:** The study consisted of 70 patients, the majority female with 85.7%, the average age was  $45.5 \pm 10.6$ , the number of patients with carpal tunnel syndrome on both sides accounted for 55.7%, of which right hand accounted for 87.1% more than left hand with 68.6%. The

average values of DMLm, DSLm, DMLd and DSLd are all longer than those of normal people. Based on the classification criteria of the American Association of Neuromuscular & Electrodiagnostic Medicine (AANEM), the 109 study hands were mostly moderate and severe with 46.8% and 42.2%, respectively, lightness accounts for 11%.

**Conclusion:** The nerve conduction study with electromyography machines is an appropriate and convenient subclinical means for early diagnosis of carpal tunnel syndrome. A variety of appropriate classifications can be used to assess the degree of carpal tunnel syndrome patients.

**Keywords:** Carpal tunnel syndrome, American Association of Neuromuscular & Electrodiagnostic Medicine, nerve conduction study.

## I/ ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay (CTS) là một tình trạng bệnh lý gây ra do chèn ép dây thần kinh giữa khi nó di chuyển qua vùng cổ tay qua đường hầm cổ tay. Các triệu chứng chính bao gồm: đau, tê và ngứa ran ở ngón tay cái, ngón trỏ, ngón giữa và một phần của ngón nhẫn. Các triệu chứng thường xuất hiện từ từ, đôi khi đau có thể lan lên dài cánh tay và trong hơn một nửa số trường hợp bị ảnh hưởng cả hai bên tay. Khoảng 1% người dân ở Hoa Kỳ có hội chứng ống cổ tay. Nó thường bắt đầu ở tuổi trưởng thành và phụ nữ thường bị ảnh hưởng nhiều hơn nam giới [1].

Các yếu tố nguy cơ bao gồm béo phì, làm việc cổ tay lặp đi lặp lại, mang thai và viêm khớp dạng thấp. Các loại công việc có liên quan bao gồm công việc máy tính, làm việc với các dụng cụ có độ rung và công việc đòi hỏi độ bám tay mạnh. Chẩn đoán nghi ngờ hội chứng ống cổ tay dựa trên các dấu hiệu, triệu chứng, các test vật lý thích hợp và có thể được khẳng định bằng các chẩn đoán điện [2].

Chẩn đoán điện (electrodiagnostic) là phương pháp được sử dụng hữu hiệu trong chẩn đoán bệnh lý thần kinh ngoại biên, giúp đánh giá dẫn truyền xung động thần kinh, khảo sát các tổn thương thần kinh ngoại vi như thoái hóa thần kinh dạng hủy myelin, thoái hóa sợi trục, hoặc hỗn hợp. Để chẩn đoán hội chứng ống cổ tay, ngoài các triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán điện được coi là tiêu chuẩn quan trọng để xác định tính chất, vị trí tổn thương nhằm đánh giá chính xác mức độ nghẽn dẫn truyền dây thần kinh giữa đoạn qua ống cổ tay, từ đó giúp cho các bác sỹ điều trị đưa ra được phác đồ điều trị phù hợp đối với từng bệnh nhân. [4,5]

Ở Việt Nam trong những năm gần đây, song song với sự ra đời của nhiều trung tâm chẩn đoán và điều trị bệnh lý thần kinh cơ, thì cũng có nhiều nghiên cứu công bố giá trị của phương pháp thăm dò điện sinh lý trên bệnh nhân mắc hội chứng ống cổ tay [6,7,8]. Tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, từ cuối năm 2017 đến nay kỹ thuật đo điện cơ cũng đã được triển khai tại Khoa Nội Thần Kinh góp phần hỗ trợ tích cực trong việc chẩn đoán hội chứng ống cổ tay. Nhằm bổ sung thêm dữ liệu về các giá trị điện sinh lý thần kinh giúp chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời hội chứng ống cổ tay, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm dẫn truyền cảm giác và vận động dây thần kinh giữa ở bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng của hội chứng ống cổ tay.
2. Đánh giá và phân loại rối loạn dẫn truyền thần kinh ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

## II/ ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng

• **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** bệnh nhân có bàn tay với các biểu hiện hội chứng ống cổ tay được khám tại phòng khám thần kinh Bệnh viện đa khoa trung tâm An giang với một trong những biểu hiện lâm sàng như:

- Triệu chứng cơ năng: có rối loạn cảm giác bàn tay như tê bì, kiến bò, đau như kim châm, đau buốt, đau rát ngón một, hai, ba và nửa ngoài ngón bốn.
- Triệu chứng thực thể: có hạn chế vận động bàn tay như khó nắm bàn tay, cầm nắm kém, khó dạng ngón cái, khó đối chiếu ngón cái; teo cơ ô mô cái; dấu hiệu Tinnel và nghiệm pháp Phalen dương tính.



- **Tiêu chuẩn loại trừ:**
  - Bệnh nhân có tổn thương dây thần kinh giữa ngoài khu vực ống cổ tay.
  - Có tổn thương dây thần kinh trụ.
  - Có tiền sử phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay.

## 2. Phương pháp:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 06/2019 đến tháng 08/2019.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** thuận tiện dựa theo tiêu chuẩn lựa chọn.
- **Phương pháp:**
  - Những bệnh nhân đến thăm dò chức năng điện cơ tại Phòng Điện Cơ – Khoa Nội Thần Kinh Bệnh viện đa khoa trung tâm an giang với chẩn đoán hội chứng ống cổ tay. Tiến hành thu thập về dữ liệu hành chánh và lâm sàng.
  - Tiến hành khảo sát dẫn truyền dây thần kinh giữa, thần kinh trụ cảm giác và vận động ở hai tay.
  - Thiết bị nghiên cứu: Máy ghi điện thần kinh cơ hiệu NATUS của Mỹ.
  - Các chỉ số nghiên cứu: DMLm - thời gian tiềm vận động dây thần kinh giữa; DSLm - thời gian tiềm cảm giác dây thần kinh giữa; DMLd - hiệu số thời gian tiềm vận động dây thần kinh giữa và trụ; DSLd - hiệu số thời gian tiềm cảm giác dây thần kinh giữa và trụ.
- **Kỹ thuật tiến hành:**
  - Đo dẫn truyền vận động dựa theo tiêu chuẩn của hội điện cơ Hoa Kỳ: Đặt điện cực bề mặt tại ô mô cái (đối với dây thần kinh giữa) và ô mô út (đối với dây thần kinh trụ). Điện cực kích thích đặt trên đường đi của dây thần kinh giữa và trụ tại hai vị trí cổ tay và khuỷu. Khoảng cách đặt điện cực hoạt động đến vị trí kích thích ở cổ tay là 7 cm, từ cổ tay đến nếp gấp ở khuỷu 23 - 27 cm, tùy theo từng bệnh nhân. Kích thích bằng cường độ trên tối đa (khoảng 15 - 30 mA) ta sẽ ghi được đáp ứng cơ cơ.
  - Đo dẫn truyền cảm giác dựa theo tiêu chuẩn của hội điện cơ Hoa Kỳ: chúng tôi sử dụng phương pháp ghi ngược chiều: đặt điện cực nhẵn tại ngón trỏ (đối với dây giữa) và ngón út (đối với dây trụ). Điện cực kích thích đặt trên thân dây thần kinh giữa và trụ cách điện cực hoạt động khoảng 14 cm để ghi đáp ứng ở vùng da do dây thần kinh đó chi phối (xung kích thích sẽ đi ngược chiều dẫn truyền cảm giác). Kích thích với cường độ thấp khoảng 7 - 10 mA sẽ ghi được đáp ứng cơ cơ.

## 3. Thu thập và xử lý số liệu:

Sử dụng mẫu thu thập số liệu, kết quả ghi nhận được xử lý bằng phần mềm SPSS

16.0.

## 4. Đạo đức nghiên cứu:

Các bệnh nhân đều được giải thích và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Các số liệu thu được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

## III/ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- **Giới:** Có 60 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 85,7%; nam chiếm 14,3%.
- **Tuổi:** Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi từ 22 đến 81, trong đó nhóm tuổi từ 20 đến 40 chiếm 37,1%, nhóm tuổi 40 đến 60 chiếm 57,1%, nhóm tuổi trên 60 chiếm 5,8%, tuổi trung bình là  $45,5 \pm 10,6$ .
- **Đặc điểm bàn tay:** số bệnh nhân mắc hội chứng ống cổ tay ở cả hai bên chiếm 55,7%, trong đó bị tay phải chiếm 87,1% nhiều hơn tay trái với 68,6%.

### 2. Kết quả điện sinh lý ghi được ở nhóm nghiên cứu

#### 2.1. Các thông số dẫn truyền thần kinh khảo sát được.

Trong số 70 bệnh nhân khảo sát dẫn truyền thần kinh với 109 bàn tay bệnh có: 26 bàn tay không ghi được đáp ứng cảm giác dây thần kinh giữa, do đó không tính được giá trị DMLm và

4 bàn tay không ghi được đáp ứng vận động, nên không tính được giá trị DSLm.

Thông số	Giá trị trung bình ( $X \pm 2SD$ )	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Giá trị người bình thường
DMLm (ms) (n = 105/109)	5,97 ± 1,80	3,50	12,80	3,33 ± 0,68
DSLm (ms) (n = 83/109)	3,95 ± 0,44	3,30	5,30	2,61 ± 0,46
DMLd (ms) (n = 105/109)	3,77 ± 1,84	1,10	10,60	0,68 ± 0,57
DSLd (ms) (n = 83/109)	1,99 ± 0,56	1,00	3,70	0,50 ± 0,29

**Bảng 1.** Các giá trị DMLm, DSLm, DMLd, DSLd của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

DMLm, DSLm: thời gian tiềm đáp ứng vận động và đáp ứng cảm giác đều kéo dài hơn bình thường. Do đó, giá trị DMLd và DSLd cũng cao hơn trị trung bình trên người khỏe mạnh.

## 2.2. Tần suất xuất hiện các bất thường điện sinh lý.

Các bất thường điện sinh lý (n = 109)	Tần suất	Tỉ lệ %
Bất thường thời gian tiềm vận động ngoại vi dây giữa ( $\geq 4,4$ ms)	97	92,4
Bất thường thời gian tiềm cảm giác dây giữa ( $\geq 3,5$ ms)	78	94,0
Bất thường hiệu số thời gian tiềm vận động giữa - trụ ( $\geq 1,50$ )	103	98,1
Bất thường hiệu số thời gian tiềm cảm giác giữa - trụ ( $\geq 0,90$ )	83	100
Giảm biên độ hoặc mất sóng vận động dây giữa	4	3,7
Giảm biên độ hoặc mất sóng cảm giác dây giữa	26	23,9

**Bảng 2.** Tần số xuất hiện các bất thường điện sinh lý

Kết quả bảng 2 cho thấy tỷ lệ bất thường giá trị của các hiệu số DMLd, DSLd là 98,1% và 100% là cao hơn, so với tỉ lệ các bất của giá trị DMLm và DSLm là 92,4% và 94%.

## 2.3. Phân độ hội chứng ống cổ tay.

- **Phân độ theo hội điện cơ Hoa Kỳ:**

Mức độ	Tần suất	Tỉ lệ %
- Nhẹ	12	11,0
- Trung bình	51	46,8
- Nặng	46	42,2
Tổng:	109	100

**Bảng 3.** Phân độ hội chứng ống cổ tay dựa theo tiêu chuẩn của Robert A [3]

Hội chứng ống cổ tay mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao với 46,8%, tỉ lệ nhẹ là 11%. Số bàn tay có biểu hiện tổn thương sợi trục tương đương mức độ nặng chiếm 42,2%.

- **Phân độ theo thực hành lâm sàng hội điện cơ Việt Nam: [7]**

Mức độ	Tần suất	Tỉ lệ %
- Độ 1	16	14,7
- Độ 2	59	54,1
- Độ 3	30	27,5
- Độ 4	4	3,7
Tổng:	109	100

**Bảng 4.** Phân độ hội chứng ống cổ tay dựa hiệu số thời gian tiềm vận động

Hội chứng ống cổ tay độ 2 chiếm tỉ lệ cao nhất với 54,1%, tỉ lệ độ 1 là 14,7%. Số bàn tay có biểu hiện mất dẫn truyền cảm giác hoặc vận động thần kinh giữa tương đương với độ 4 chiếm 3,7%.

## IV/ BÀN LUẬN

Đa số bệnh nhân mắc bệnh là nữ giới chiếm tới 85,7%, kết quả này tương tự như nhiều

ngiên cứu của các tác giả trên thế giới và của tác giả Nguyễn Lê Trung Hiếu (2008) [7]. Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh cao hơn nam giới, một trong những nguyên nhân được dùng để giải thích là do kích thước ống cổ tay ở nữ giới nhỏ hơn so với nam giới. Một yếu tố nữa trên lâm sàng có thể nhận thấy, phụ nữ thường quan tâm đến sức khỏe và có cơ hội khám sức khỏe thường xuyên hơn so với nam giới do vậy tỉ lệ phát hiện bệnh cũng cao hơn.

Tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao ở nhóm 40 - 60 tuổi, đây là nhóm tuổi đang trong độ tuổi lao động nên có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nhóm tuổi khác, kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lê Trung Hiếu [8].

Trong số 70 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, số bệnh nhân mắc hội chứng ống cổ tay ở cả hai bên chiếm tỉ lệ khá cao 55,7%. Chính điều này cũng được nhận thấy ở các nghiên cứu trước đây, vì trong điều kiện sinh hoạt và công việc như nhau thì khả năng bị cả hai bên là điều khó tránh khỏi [1]. Điều này cũng đặt ra yêu cầu cho người khảo sát điện cơ thường xuyên kiểm tra ở cả hai tay bệnh nhân. Trong nghiên cứu cũng ghi nhận, tỉ lệ tay phải bị hội chứng ống cổ tay là 87,1% nhiều hơn tay trái với 68,6%.

Các giá trị trung bình thời gian tiềm vận động và cảm giác ngoại vi thần kinh giữa (Bảng 1) cao hơn so với người bình thường. Thời gian tiềm ngoại vi là chỉ số phản ánh khả năng dẫn truyền của dây thần kinh giữa đoạn ngoại vi (ống cổ tay). Sợi cảm giác và vận động thần kinh giữa là sợi có myelin, có đường kính lớn vì thế cần nhiều năng lượng để dẫn truyền tín hiệu, đó cũng là lý do các sợi này rất dễ bị tổn thương, mất chức năng dẫn truyền khi có thiếu máu hoặc bị chèn ép cơ học tại chỗ, hậu quả là làm giảm tốc độ dẫn truyền tín hiệu thần kinh, biểu hiện trên kết quả điện sinh lý là kéo dài thời gian tiềm cảm giác và vận động.

Thời gian tiềm cảm giác và vận động của dây trụ ghi được ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu có giá trị bình thường, thông số hiệu thời gian tiềm vận động và cảm giác dây giữa và trụ DMLd, DSLd thu được cao hơn so với bình thường, đây là một thông số được hiệp hội Thần kinh cơ và Chẩn đoán điện y học Hoa Kỳ liệt kê là có giá trị tiêu chuẩn trong chẩn đoán Hội chứng ống cổ tay. Về mặt giải phẫu, không giống dây thần kinh giữa, dây thần kinh trụ không chui qua dây chằng vòng cổ tay nên không bị ảnh hưởng khi có hiện tượng tăng áp lực, chèn ép trong ống cổ tay, vì vậy dẫn truyền thần kinh của dây thần kinh trụ đoạn ống cổ tay luôn ổn định trên từng bệnh nhân. So sánh thời gian tiềm ngoại vi của dây giữa với thời gian tiềm ngoại vi của dây trụ sẽ phát hiện sớm được sự giảm dẫn truyền của dây giữa khi có hiện tượng chèn ép dây thần kinh giữa đoạn ống cổ tay, kể cả ở một số trường hợp giá trị thời gian tiềm vẫn trong giới hạn bình thường. Hơn nữa, chỉ số hiệu thời gian tiềm này tương đối ổn định, không bị ảnh hưởng bởi những biến số gây nhiễu như nhiệt độ, tuổi, chiều cao và những yếu tố đặc biệt khác của bệnh nhân [3].

Trong nhóm bàn tay nghiên cứu tỷ lệ bất thường DMLd chiếm tới 98,1% và DSLd chiếm 100% (Bảng 2). Trong các báo cáo về hội chứng ống cổ tay của hiệp hội Thần kinh cơ và Chẩn đoán điện y học Hoa kỳ, cũng như các nghiên cứu hội chứng ống cổ tay khác đều kết luận các chỉ số hiệu thời gian tiềm như DMLd và DSLd là các chỉ số có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất trong các thông số điện sinh lý [4]. Nghiên cứu của Bina về độ nhạy và đặc hiệu của các chỉ số chẩn đoán điện trên 84 bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng mắc hội chứng ống cổ tay và 84 đối tượng ở nhóm chứng cho thấy DMLd và DSLd có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 100% và 94,1% [5]. DSLm và DMLm trong nghiên cứu có tỷ lệ bất thường tương ứng là 92,4% và 94%, điều này cho thấy các bất thường về hiệu thời gian tiềm ngoại vi xuất hiện rất sớm ngay cả khi thời gian tiềm vận động hoặc/và cảm giác vẫn trong giới hạn bình thường [3].

Dựa vào mức bất thường trên các chỉ số điện sinh lý, Robert A [3] chia ra 3 mức độ tổn thương: *Độ nhẹ*: DSLm kéo dài và DMLm bình thường, chưa có biểu hiện của tổn thương sợi trục. *Độ trung bình*: DSLm và DMLm đều bất thường, kéo dài, chưa có biểu hiện của tổn thương sợi trục. *Độ nặng*: DSLm và DMLm đều kéo dài. Kèm theo biểu hiện của tổn thương sợi trục như: giảm biên độ hoặc mất (không ghi được) đáp ứng cảm giác hay vận động, hoặc ghi điện cơ kim có hình ảnh mất phân bố thần kinh tại vị trí cơ ô mô cái. Trong nhóm bàn tay nghiên cứu

tôn thương mức độ nhẹ chiếm 11%, độ trung bình chiếm 46,8%, độ nặng với biểu hiện tôn thương và hủy hoại sợi trục chiếm 42,2% (bảng 3).

Trong khi đó, nếu theo phân độ thực hành của hội điện cơ việt nam dựa trên hiệu số thời gian tiềm vận động ta có: độ 1 là 14,7%, độ 2 là 54,1% và độ 3 – 4 là 31,2 % (Bảng 4) có khác biệt một chút so với theo phân độ của Robert A. Khác biệt chủ yếu nằm ở nhóm trung bình và nhóm nặng xấp xỉ 10%, chủ yếu đến từ quan điểm đánh giá của Robert A quan tâm đến tôn thương sợi trục. Tuy nhiên, phân độ dựa theo hiệu số thời gian tiềm vận động đã được hai tác giả Nguyễn Hữu Công (độ nhạy là 95,5%) và Nguyễn Lê Trung Hiếu (độ nhạy là 91,80%) chứng minh là có giá trị ứng dụng lâm sàng rất tốt [6,7]. Như vậy, các tác giả thống nhất rằng mặc dù hội chứng ống cổ tay chỉ gây tôn thương thần kinh giữa nhưng nếu chỉ khảo sát dây giữa mà không khảo sát thêm dây trụ thì sẽ bỏ sót một số trường hợp bệnh lý.

#### **V/ KẾT LUẬN**

Nghiên cứu tiến hành trên 70 bệnh nhân với 109 bàn tay mắc hội chứng ống cổ tay:

- Giá trị trung bình của DMLm, DSLm, DMLd và DSLd đều kéo dài so với giá trị trên người bình thường.
- Dựa theo tiêu chuẩn phân độ của Robert A, trong 109 bàn tay nghiên cứu hầu hết mắc bệnh độ trung bình và độ nặng chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 46,8% và 42,2%, độ nhẹ chiếm 11%. Song song đó, DMLd và DSLd là hai chỉ số có độ nhạy cao và biến đổi sớm ở bệnh nhân, khả năng ứng dụng cao trong thực hành lâm sàng.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Stevens JC (1997). The electrodiagnosis of carpal tunnel syndrome, American Association of Electrodiagnostic Medicine, Muscle Nerve, 20(12), 1477-1486.
2. Olivier Saint Lary, Arnaud Rébois et al (2015). Carpal tunnel syndrome: Primary care and occupational factors. Front Med (Lausanne), 2, 28.
3. Robert A. Werner, Michael Andary (2011). Electrodiagnostic evaluation of carpal tunnel syndrome. Muscle and nerve, 44, 597 - 607.
4. C.K Jablecki, MT Andary (2002). Practice parameter: Electrodiagnostic studies in carpal tunnel syndrome. Neurology, 58 (1 of 2).
5. Bina Eftekharsadat, Tannaz Ahadi et al (2014). Validity of current electrodiagnostic techniques in the diagnosis of carpal tunnel syndrome. MJIRI, 2, 845.
6. Nguyễn Hữu Công, Võ Thị Hiền Hạnh (1997). Hội chứng ống cổ tay: Một số tiêu chuẩn chẩn đoán điện. Tài liệu khoa học, sinh hoạt khoa học kỹ thuật lần 2, Hội Thần kinh khu vực thành phố Hồ Chí Minh:16-21
7. Nguyễn Lê Trung Hiếu, Vũ Anh Nhị (2008). Phân độ lâm sàng và điện sinh lý TK cơ trong hội chứng ống cổ tay. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 12(1).
8. Nguyễn Lê Trung Hiếu, Lê Minh, Nguyễn Hữu Công (2003). Đặc điểm lâm sàng và điện cơ của hội chứng ống cổ tay: khảo sát tiền cứu 70 trường hợp. Tạp chí Y học thực hành thành phố Hồ Chí Minh, 7(4), 896-2013.

## **ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN HỌC TRONG ĐÀM VÀ BẠCH CẦU ÁI TOAN TRONG MÁU TRONG ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH Ở BỆNH NHÂN CÓ VÀ KHÔNG CÓ DI CHỨNG LAO PHỔI CŨ**

*Trương Hồng Nhật, Nguyễn Văn Thọ*

### **TÓM TẮT:**

**Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát sự khác biệt về vi khuẩn học và bạch cầu ái toan (BCAT) trong máu trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) ở bệnh nhân có và không có di chứng lao phổi (DCLP) cũ.

**Phương pháp:** Đây là nghiên cứu theo dõi hàng loạt ca trên 138 bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp BPTNMT tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. DCLP cũ được xác định dựa vào tiền sử điều trị lao phổi và sự hiện diện của di chứng trên X-quang phổi. Cây đàm tìm vi khuẩn và bạch cầu ái toan trong máu được thực hiện lúc nhập viện.

**Kết quả:** Trong số 138 bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp BPTNMT, 35,5% có kết quả cấy đàm dương tính: 32,9% (26/79) ở nhóm có và 39,0% (23/59) ở nhóm không có DCLP cũ. Vi khuẩn phân lập được nhiều nhất ở hai nhóm là *P.aeruginosa* (30,0% so với 19,2%,  $p = 0,574$ ) và *A.baumannii* (26,7% so với 34,6%,  $p = 0,365$ ). Bệnh nhân cấy đàm dương tính có thời gian nằm viện trung bình dài hơn bệnh nhân cấy đàm âm tính ( $15,7 \pm 5,3$  ngày so với  $12,0 \pm 4,5$  ngày;  $p < 0,001$ ). Tỷ lệ BCAT trong máu cao lần lượt của hai nhóm BPTNMT ở ngưỡng 100 tế bào/mm<sup>3</sup> là 19,0% và 20,3%, ở ngưỡng 300 tế bào/mm<sup>3</sup> là 7,6% và 5,1%. BCAT trong máu không liên quan với thời gian nằm viện ở cả hai nhóm bệnh nhân BPTNMT.

**Kết luận:** Trong số bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp BPTNMT, tỷ lệ phân lập được vi khuẩn trong đàm và BCAT trong máu cao khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có và không có DCLP cũ.

**Từ khoá:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, di chứng lao phổi cũ, bạch cầu ái toan máu.

### **ABSTRACT:**

**Background:** This study was conducted to evaluate the differences of bacteriology and blood eosinophils during acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD) in patients with and without sequelae of pulmonary tuberculosis (TB).

**Methods:** This is a case series report of 138 patients admitted to Pham Ngoc Thach hospital for AECOPD from September 2017 to March 2018. Sequelae of pulmonary TB was diagnosed on the basis of history of pulmonary TB treatment and the existence of TB sequelae on chest X-ray. Bacterial culture in sputum and blood eosinophils count were performed right after patients admitted to the hospital.

**Results:** Among 138 patients admitted to the hospital for AECOPD, 35,5% of them had positive bacterial culture in sputum: 32,9% (26/79) in patients with TB sequelae and 39% (23/59) in patients without TB sequelae. Most common pathogenic bacteria isolated from the two groups were *P.aeruginosa* (30% vs. 19,2%,  $p = 0,574$ ) and *A.baumannii* (26,7% vs. 34,6%,  $p = 0,365$ ). The mean duration of hospital stay was significantly longer for patients with positive sputum culture than for patients with negative sputum culture ( $15,7 \pm 5,3$  days vs.  $12 \pm 4,5$  days;  $p < 0,001$ ). The proportion of high blood eosinophils of COPD patients with and without TB sequelae lung TB were 19 % and 20,3% at the cut-off of 100/mm<sup>3</sup>; 7,6% and 5,1% at the cut-off of 300/mm<sup>3</sup>, respectively. There was no relationship between the blood eosinophils count and the duration of hospital stay in both COPD groups.

**Conclusion:** Among patients hospitalized for AECOPD, the proportions of positive sputum culture for pathogenic bacteria and high blood eosinophil did not differ significantly between patients with and without TB sequelae.

**Key words:** COPD, sequelae of pulmonary tuberculosis, blood eosinophil.

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) kèm di chứng lao phổi (DCLP) cũ thường có kết cục lâm sàng xấu hơn bệnh nhân BPTNMT không kèm DCLP cũ. Tại Việt Nam, hầu hết các nghiên cứu về BPTNMT có DCLP cũ là ở giai đoạn ổn định. Các nghiên cứu đó cho thấy rằng, BPTNMT ở bệnh nhân có DCLP cũ có khó thở nhiều hơn, có rối loạn thông khí hỗn hợp nhiều hơn BPTNMT ở bệnh nhân không có DCLP cũ. Tuy nhiên, đặc điểm đợt cấp BPTNMT ở bệnh nhân có DCLP cũ vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ. Từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm giúp bác sĩ lâm sàng chẩn đoán và điều trị đợt cấp BPTNMT ở bệnh nhân có DCLP cũ toàn diện và hiệu quả hơn.

### **Mục tiêu nghiên cứu:**

Khảo sát sự khác biệt về vi khuẩn học và bạch cầu ái toan (BCAT) trong máu trong đợt cấp BPTNMT ở bệnh nhân có và không có DCLP cũ.

### **PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Thiết kế nghiên cứu:** Theo dõi hàng loạt ca.

### **Đối tượng nghiên cứu:**

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định BPTNMT có hoặc không có DCLP cũ, nhập viện vì đợt cấp BPTNMT tại khoa Hen – BPTNMT Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 3 năm 2018.

### **Tiêu chuẩn chọn vào**

Các bệnh nhân được chọn vào mẫu nghiên cứu phải thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

- Tuổi  $\geq$  40 tuổi.
- Nhập viện vì đợt cấp BPTNMT. BPTNMT được chẩn đoán theo GOLD [4] bao gồm triệu chứng lâm sàng và hô hấp ký, đợt cấp được chẩn đoán theo Anthonisen [1].
- Có hoặc không có kèm DCLP cũ, được xác định dựa vào tiền sử điều trị lao phổi và sự hiện diện của di chứng trên X-quang phổi.
- Có cấy đàm tìm vi khuẩn gây đợt cấp và xét nghiệm BCAT máu được thực hiện lúc nhập viện.

### **Tiêu chuẩn loại ra**

- Tiền căn hen.
- Xét nghiệm AFB/dàm (+) lúc nhập viện.
- Có bệnh lý kết hợp làm ảnh hưởng chức năng phổi: Bệnh lý thần kinh cơ, suy tim, gù vẹo cột sống.

### **Phương pháp thực hiện**

Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu sẽ được theo dõi cho đến khi xuất viện hoặc tử vong. Thông tin của bệnh nhân được ghi vào hồ sơ nghiên cứu thông qua hỏi bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng và cận lâm sàng. Nghiên cứu không can thiệp và không thay đổi quyết định điều trị.

- Cấy đàm định lượng: đàm đường hô hấp dưới lấy trong vòng 24 giờ đầu sau nhập viện, được nuôi cấy định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Công thức máu: lấy máu tại thời điểm nhập viện khảo sát số lượng bạch cầu, công thức bạch cầu.
- Xquang ngực: được đọc bởi bác sĩ chuyên khoa Chẩn đoán hình ảnh hoặc bác sĩ chuyên khoa Lao và Bệnh phổi có chứng chỉ X-quang.

### **Xử lý thống kê.**

Biến định tính được biểu diễn bởi tần số và phần trăm. Sự khác biệt giữa 2 nhóm được kiểm định bằng phép kiểm  $\chi^2$  hoặc Fisher's exact tương ứng. Biến định lượng được biểu diễn bằng trung bình và độ lệch chuẩn (phân phối bình thường) hoặc trung vị và khoảng tứ vị (không có phân phối bình thường). Sự khác biệt giữa 2 nhóm được kiểm định bằng phép kiểm Student t không ghép cặp nếu có phân phối bình thường hoặc phép kiểm Mann-Whitney nếu không có phân phối bình thường. Giá trị  $p < 0.05$  được xem là có ý nghĩa thống kê.

## KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian từ tháng 9/2017 đến tháng 3/2018 có 138 bệnh nhân thoả tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu, bao gồm 79 bệnh nhân BPTNMT có DCLP cũ và 59 bệnh nhân BPTNMT không kèm DCLP cũ. Thời gian từ khi bị lao phổi đến khi xuất hiện triệu chứng BPTNMT trung bình là  $8,5 \pm 7,3$  năm.

### Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm		BPTNMT (n = 59)	BPTNMT + DCLP cũ (n = 79)	P
Giới tính	Nam (n=119)	52 (88,1%)	67 (84,8%)	0,575
	Nữ (n=19)	7 (11,9%)	12 (15,2%)	
Độ tuổi	Tuổi trung bình	72,9 ± 10,584	67,25 ± 11,745	0,004
	Tuổi nhỏ nhất	45	49	
	Tuổi lớn nhất	90	88	
BMI	Gầy (n = 70 )	28 (47,5%)	42 (53,2%)	0,610
	Trung bình (n = 64 )	30 (50,8%)	34 (43%)	
	Béo phì (n = 4 )	1 (1,7%)	3 (3,8%)	
Hút thuốc lá	Không hút (n=45)	16 (27,1%)	29 (36,7%)	0,237
	Đã ngưng hút (n=68)	34 (57,6%)	34 (43,0%)	
	Đang hút (n=25)	9 (15,3%)	16 (20,3%)	
	Số gói – năm	33,10 ± 23,49	26,14 ± 22,99	0,085
Rối loạn thông khí	Tắc nghẽn (n=19)	11 (18,6%)	8 (10,1%)	0,151
	Hỗn hợp (n=119)	48 (81,4%)	71 (89,9%)	

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.**

Phần lớn bệnh nhân ở hai nhóm là nam giới, độ tuổi  $\geq 70$  tuổi. Bệnh nhân BPTNMT có DCLP cũ trẻ hơn bệnh nhân BPTNMT không có DCLP cũ. Rối loạn thông khí hỗn hợp chiếm tỉ lệ cao ở cả hai nhóm bệnh nhân BPTNMT.

### Đặc điểm BCAT máu và vi khuẩn gây bệnh trong đọt cấp BPTNMT.

Đặc điểm BCAT trong máu (TB/mm <sup>3</sup> )	BPTNMT (n = 59)	BPTNMT + DCLP cũ (n = 79)	P
Trung vị	19,49	19,92	0,762
Khoảng tứ vị	3,97 – 78,5	3,71 – 73,06	
$\geq 100/\text{mm}^3$ (n=27)	12 (20,3%)	15 (19%)	0,843
$< 100/\text{mm}^3$ (n=111)	47 (79,7%)	64 (81%)	
$\geq 300/\text{mm}^3$ (n=9)	3 (5,1%)	6 (7,6%)	0,732
$< 300/\text{mm}^3$ (n=129)	56 (94,9%)	73 (92,4%)	

**Bảng 2. Đặc điểm BCAT trong máu trong đọt cấp BPTNMT.**

Không có sự khác biệt về số lượng BCAT máu trong đọt cấp giữa hai nhóm BPTNMT ( $p > 0,05$ ).

### Đặc điểm vi khuẩn gây bệnh trong đợt cấp BPTNMT.

Tỷ lệ cấy đàm dương tính ở nhóm BPTNMT đơn thuần là 39% (23/59) và ở nhóm BPTNMT kèm DCLP cũ là 32,9% (26/79). Sự khác biệt về kết quả cấy đàm giữa hai nhóm BPTNMT không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,461$ ).

Vi khuẩn	BPTNMT (n = 59)	BPTNMT + DCLP cũ (n = 79)	P
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5 (19,2%)	9 (30%)	0,574
<i>Acinetobacter baumannii</i>	9 (34,6%)	8 (26,7%)	0,365
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	2 (7,7%)	1 (3,3%)	0,576
<i>Burkholderia cepacia</i>	0 (0%)	1 (3,3%)	1
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1 (3,8%)	3 (10%)	0,636
<i>Enterobacter spp.</i>	1 (3,8%)	0 (0%)	0,428
<i>Proteus</i>	1 (3,8%)	0 (0%)	0,428
<i>Staphylococcus aureus</i>	2 (7,7%)	3 (10%)	1
<i>Streptococcus pneumonia</i>	0 (0%)	1 (3,3%)	1
<i>Hemophilus parainfluenza</i>	4 (15,4%)	4 (13,3%)	0,724
<i>Bacillus</i>	1 (3,8%)	0 (0%)	0,428

**Bảng 3. Đặc điểm loài vi khuẩn phân lập được trong đợt cấp BPTNMT**

Trong nhóm bệnh nhân BPTNMT có DCLP cũ, vi khuẩn phân lập được nhiều nhất là *P. aeruginosa* chiếm tỉ lệ 30% (9/30 trường hợp), kế đến là *A. baumannii* 26,7% (8/30 trường hợp). Trong nhóm bệnh nhân BPTNMT không có DCLP cũ, tỉ lệ phân lập được *A. baumannii* cao nhất (34,6%), kế đến là *P. aeruginosa* (19,2%). Tuy nhiên, không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tỉ lệ các loại vi khuẩn phân lập được trong các mẫu cấy đàm dương tính ( $p > 0,05$ ).

### Kết quả điều trị đợt cấp BPTNMT

Trong quá trình điều trị, tất cả bệnh nhân đều được sử dụng corticosteroid toàn thân trong suốt thời gian nằm viện, với thời gian sử dụng trung bình ở bệnh nhân BPTNMT có và không có DCLP cũ lần lượt là  $13 \pm 4,9$  ngày và  $13,6 \pm 5,5$  ngày. Tỉ lệ dùng kháng sinh trong đợt cấp là 78,5% ở nhóm BPTNMT có DCLP cũ và 81,4% ở nhóm BPTNMT không có DCLP cũ. **Không có sự khác biệt về thời gian dùng corticosteroid toàn thân và tỉ lệ dùng kháng sinh trong đợt cấp giữa hai nhóm BPTNMT ( $p = 0,477$ )**. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm BPTNMT có DCLP cũ là  $13 \pm 4,9$  ngày, thấp hơn so với nhóm BPTNMT không có DCLP cũ ( $13,6 \pm 5,5$  ngày). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,477$ ).



Đặc điểm BCAT trong máu và vi khuẩn học		Thời gian điều trị	p
<b>BCAT máu</b>	< 100/mm <sup>3</sup> (n=111)	13,5 ± 5,2	0,368
	≥ 100/mm <sup>3</sup> (n=27)	12,5 ± 4,9	
	< 300/mm <sup>3</sup> (n=129)	13,3 ± 5,2	0,614
	≥ 300/mm <sup>3</sup> (n=9)	12,4 ± 3,6	
<b>Cấy đàm</b>	Âm tính (n=89)	12 ± 4,5	< 0,001
	Dương tính (n=49)	15,7 ± 5,3	
<b>Nhiễm <i>P. aeruginosa</i></b>	Âm tính (n=124)	13 ± 5,1	0,042
	Dương tính (n=14)	15,9 ± 4,7	

**Bảng 4. Liên quan giữa BCAT trong máu và đặc điểm vi khuẩn học lên thời gian điều trị đợt cấp BPTNMT.**

Thời gian điều trị trung bình ở nhóm cấy đàm dương tính dài hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm cấy đàm âm tính ( $p < 0,001$ ). Những trường hợp cấy đàm dương tính phân lập được *P. aeruginosa* có thời gian điều trị trung bình dài hơn so với những trường hợp không phân lập được *P. aeruginosa* ( $p = 0,042$ ).

## BÀN LUẬN

### Đặc điểm công thức máu trong đợt cấp BPTNMT

Cho đến nay, các nghiên cứu cho thấy tình trạng viêm đường hô hấp do BCAT không chỉ thường gặp trong hen mà còn trong BPTNMT [11],[14]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ BCAT trong máu cao lần lượt của hai nhóm BPTNMT có và không có DCLP cũ ở ngưỡng 100/mm<sup>3</sup> là 19 % và 20,3%, ở ngưỡng 300/mm<sup>3</sup> là 7,6% và 5,1%. Kết quả này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đó. Nghiên cứu của Võ Phạm Minh Thư (2016) có 39,2% bệnh nhân có số lượng BCAT ≥ 150/mm<sup>3</sup> [13]. Nghiên cứu của Siva R. và cộng sự (2007) cho thấy, BCAT trong máu ngoại vi của bệnh nhân đợt cấp BPTNMT vào khoảng 200 – 240/mm<sup>3</sup> và những bệnh nhân có số lượng BCAT tăng thường đáp ứng tốt với corticosteroid [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tăng BCAT thấp hơn so với các nghiên cứu khác và không có sự khác biệt về tỉ lệ tăng BCAT giữa hai nhóm BPTNMT có và không có DCLP cũ. Nguyên nhân là do đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chuyển đến từ bệnh viện tuyến tỉnh và được sử dụng corticosteroid toàn thân trước đó. Những trường hợp có tăng BCAT máu đã được sử dụng corticosteroid toàn thân nếu đáp ứng sẽ làm thay đổi số lượng và tỉ lệ BCAT máu.

### Đặc điểm vi khuẩn gây bệnh trong đợt cấp BPTNMT.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 49/138 bệnh nhân có mẫu đàm cấy dương tính, trong đó, có 7 mẫu đàm dương tính với hai loại vi khuẩn. Không có sự khác biệt về tỉ lệ cấy đàm dương tính giữa hai nhóm bệnh nhân BPTNMT có và không có DCLP cũ (32,9% so với 39%). Nhiều nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ cấy đàm dương tính đạt từ 20 – 60% ở đợt cấp trung bình và nặng [5], [8], [15]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận vi khuẩn phân lập được nhiều nhất ở hai nhóm bệnh nhân BPTNMT có và không có DCLP cũ là *Pseudomonas aeruginosa* (30% và 19,2%), *Acinetobacter baumannii* (26,7% và 34,6%). Tuy nhiên, sự khác biệt về tỉ lệ phân lập được *P. aeruginosa* và *A. baumannii* trong các mẫu cấy đàm dương tính giữa hai nhóm BPTNMT không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Nghiên cứu của Phạm Thị Phương Oanh (2012) cho thấy tác nhân gây đợt cấp chủ yếu là *K. pneumoniae* (32,3%); *A. baumannii* (32,2%) và *P. aeruginosa* (18,5%) [10]. Theo Lin và cộng sự (2007), các vi khuẩn phân lập được trong đợt cấp là *K. pneumoniae* (29,6%), *P. aeruginosa* (25,3%), *Acinetobacter spp.* (10,4%) [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vi khuẩn phân lập được nhiều nhất ở cả hai nhóm BPTNMT là *P. Aeruginosa* và

*A. baumannii*, hai loại vi khuẩn thường gặp trong nhiễm khuẩn bệnh viện. Nguyên nhân có thể là do đa số bệnh nhân ở cả hai nhóm có mức độ tắc nghẽn nặng và rất nặng, được chuyển từ tuyến dưới lên, quá trình nằm viện trước đó làm tăng nguy cơ nhiễm *P. aeruginosa*. Trong nhiều nghiên cứu, tỉ lệ phân lập được *P. aeruginosa* tăng đáng kể ở những bệnh nhân có FEV<sub>1</sub> < 50% [7].

### **Kết quả điều trị đợt cấp BPTNMT.**

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt về thời gian dùng corticosteroid toàn thân và tỉ lệ dùng kháng sinh trong đợt cấp giữa hai nhóm BPTNMT. Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm BPTNMT có DCLP cũ là  $13 \pm 4,9$  ngày, ở nhóm BPTNMT không có DCLP cũ là  $13,6 \pm 5,5$  ngày, và không có sự khác biệt giữa hai nhóm ( $p = 0,477$ ). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Yakar (2017), thời gian nằm viện trung bình ở nhóm BPTNMT không có DCLP cũ là  $8,6 \pm 4,6$  ngày, ở nhóm có DCLP cũ là  $8,9 \pm 4,6$  ngày, và cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm ( $p = 0,058$ ) [16].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân tăng BCAT máu  $\geq 100/\text{mm}^3$  và  $\geq 300/\text{mm}^3$  thì thời gian điều trị trung bình là  $12,5 \pm 4,9$  ngày và  $12,4 \pm 3,6$  ngày. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy, tăng BCAT trong BPTNMT có liên quan đến tăng đáp ứng điều trị với corticosteroid toàn thân và giảm thời gian nằm viện [2],[3],[12]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về thời gian nằm viện trung bình giữa những bệnh nhân có và không có tăng BCAT máu. Điều này có thể giải thích là do những trường hợp BPTNMT tăng BCAT máu đáp ứng với điều trị corticosteroid toàn thân đã được điều trị ổn ở tuyến dưới, các trường hợp chuyển viện đến Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch đa số những trường hợp nặng, kém đáp ứng với corticosteroid.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian điều trị trung bình ở nhóm cấy đàm dương tính ( $15,7 \pm 5,3$  ngày) dài hơn 3,707 ngày so với nhóm cấy đàm âm tính ( $12 \pm 4,5$  ngày), khoảng tin cậy 95%: 2,006 – 5,409 ngày ( $p < 0,001$ ). Kết luận này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Võ Phạm Minh Thư (2016), ngày điều trị trung bình ở nhóm không phân lập được tác nhân vi sinh ngắn hơn có ý nghĩa so với nhóm phân lập được vi khuẩn hoặc virus ( $p = 0,014$ ) [13]. Ở những bệnh nhân có bằng chứng nhiễm khuẩn, triệu chứng lâm sàng đợt cấp trầm trọng hơn, do đó đòi hỏi thời gian điều trị kéo dài hơn so với những bệnh nhân không nhiễm khuẩn.

Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận ngày điều trị trung bình khác nhau có ý nghĩa giữa những trường hợp cấy đàm dương tính phân lập được *P. aeruginosa* ( $15,9 \pm 4,7$  ngày), dài hơn 2,945 ngày so với những trường hợp không nhiễm *P. aeruginosa* ( $13 \pm 5,1$  ngày) với khoảng tin cậy 95%: 0,113 – 5,776 ngày ( $p = 0,042$ ). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ko FW. và cộng sự (2004), những trường hợp đợt cấp BPTNMT cấy đàm dương tính phân lập được *P. aeruginosa* có liên quan đến thời gian nằm viện dài hơn ( $9,1 \pm 3,1$  ngày so với  $7,1 \pm 4,2$  ngày;  $p = 0,03$ ) [6]. Hiện nay, tình trạng đề kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* ngày càng tăng, *P. aeruginosa* lại là tác nhân đợt cấp BPTNMT thường gặp ở bệnh nhân có mức độ tắc nghẽn nặng, phải nhập viện nhiều lần. Do đó, quá trình điều trị ở những bệnh nhân đợt cấp BPTNMT phân lập được *P. aeruginosa* sẽ kéo dài hơn so với những trường hợp không nhiễm *P. aeruginosa*.

### **KẾT LUẬN**

Trong số bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp BPTNMT, tỷ lệ phân lập được vi khuẩn trong đàm và BCAT trong máu cao khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có và không có DCLP cũ.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Anthonisen N.R., Manfreda J., Warren C.P., et al. (1987), "Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease", *Ann Intern Med*, 106(2), pp.196-204

2. Bafadhel M., Greening N. J., Harvey-Dunstan T. C., et al. (2016), "Blood eosinophils and outcomes in severe hospitalised exacerbations of COPD", *Chest*, 150(2), pp.320-328.
3. Bafadhel M., McKenna S., Terry S., et al. (2012), "Blood eosinophils to direct corticosteroid treatment of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized placebo-controlled trial", *Am J Respir Crit Care Med*, 186(1), pp.48-55.
4. GOLD (2017), *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Medical Communication Resources, Inc.
5. Nguyễn Thị Ngọc Hào (2009), *Đặc điểm vi khuẩn học trên bệnh nhân nhập viện vì đợt kịch phát cấp tính của BPTNMT*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
6. Ko FW., Lam RK., Li TS, et al. (2005), "Sputum bacteriology in patients hospitalized with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease and concomitant pneumonia in Hong Kong", *Intern Med J.*, 35(11), pp. 661-667.
7. Lin S-H., Kuo P-H., Hsueh P-R., et al. (2007), "Sputum bacteriology in hospitalized patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in Taiwan with an emphasis on *Klebsiella pneumoniae* and *Pseudomonas aeruginosa*", *Respiratory*, 12, pp.81-87.
8. Llor C., Bjerrum L., Munck A., et al. (2013), "Predictors for antibiotic prescribing in patients with exacerbations of COPD in general practice", *Ther Adv Respir Dis*, 7(3), pp.131-137.
9. Malin Inghammar, Anders Ekblom, Gunnar Engstrom (2010), "COPD and the risk of Tuberculosis – a population – based cohort study", *Plos one*, [www.plosone.org](http://www.plosone.org)
10. Phạm Thị Phương Oanh, Hồ Thị Bích Thủy, Nguyễn Quang Minh (2012), "Khảo sát tình hình nhiễm khuẩn trên bệnh nhân đợt cấp BPTNMT tại khoa A2 bệnh viện từ 07/2010 đến 07/2011", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 16(1), tr. 254 – 259.
11. Singh D., Edwards L., Tal-Singer R., et al. (2010), "Sputum neutrophils as a biomarker in COPD: findings from the ECLIPSE study", *Respir Res*, 11, pp.77.
12. Siva R., Green R.H., Brightling C.E., et al. (2007), "Eosinophilic airway inflammation and exacerbations of COPD: a randomised controlled trial", *Eur Respir J*, 29(5), pp.906-913.
13. Võ Phạm Minh Thư (2016), *Nghiên cứu mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân vi sinh, thông khí phổi và các dấu ấn sinh học huyết thanh trong đợt cấp của BPTNMT*, Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội
14. Vedel-Krogh S., Nielsen S. F., Lange P., et al. (2015), "Blood eosinophils and exacerbations in COPD: the Copenhagen General Population Study", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*.
15. Wilson R., Anzueto A., Miravittles M., et al. (2012), "Moxifloxacin versus amoxicillin/clavulanic acid in outpatient acute exacerbations of COPD: MAESTRAL results", *Eur Respir J*, 40(1), pp.17-27.
16. Yakar, Halil Ibrahim, et al. (2017), "The Role of Tuberculosis in COPD", *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12, pp. 323–329.

**ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG SỐNG CỦA BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN  
BẰNG THANG ĐIỂM MINNESOTA CẢI BIÊN  
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**

*Quảng Thị Huyền Trang, Nguyễn Minh Loan,  
Phạm Minh Trí, Nguyễn Hữu Thành.*

***Tóm tắt***

Mục đích của việc tự chăm sóc bệnh suy tim nhằm góp phần ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh và giúp người bệnh nâng cao chất lượng sống.

***Phương pháp nghiên cứu:***

Người bệnh từ 40 đến 90 tuổi đang điều trị tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang từ 01/2019 đến 5/2019.

- Được chẩn đoán suy tim theo NYHA

***Kết quả & kết luận***

Nghiên cứu của chúng tôi có 65 khảo sát có tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức tốt về suy tim là 83,1 %. Kiến thức về bệnh suy tim:

- + Suy tim mạn là hoạt động bơm máu bị suy yếu chiếm tỷ lệ 60%;
- + Suy tim có 4 cấp độ có tỷ lệ cao chiếm 76.9%;
- + Nguyên nhân suy tim là tăng huyết áp có tỷ lệ 89.2%;
- + Biểu hiện suy tim mạn là khó thở chiếm 84.6%.
- + Biến chứng suy tim là đột quỵ, nhồi máu cơ tim có tỷ lệ 96.9%;
- + Hạn chế muối là biện pháp điều trị suy tim ở nhà chiếm 98.5%;
- + Thuốc điều trị là phương pháp điều trị suy tim ở nhà tỷ lệ 86.2%;
- + Sử dụng thuốc suy tim hằng ngày chiếm 86.2%;
- + Tập thể dục hằng ngày chiếm khoảng 98.5%.

***Summary***

The purpose of self-care for heart failure is to help prevent disease progression and help patients improve their quality of life.

***Research Methods:***

Patients from 40 to 90 years old are being treated at An Giang Central Hospital from 01/2019 to 5/2019.

- Diagnosed with heart failure according to NYHA

***Results & conclusions***

Our study has 65 surveys with the percentage of patients with good knowledge of heart failure is 83.1%. Knowledge of heart failure:

- + CHF is an activity of pumping weakened blood, accounting for 60%;
- + Heart failure has 4 levels with high rate accounting for 76.9%;
- + The cause of heart failure is hypertension with the rate of 89.2%;
- + Expression of chronic heart failure is difficult breathing accounted for 84.6%;
- + Complications of heart failure are stroke, myocardial infarction rate of 96.9%;
- + Limit salt is a measure of treating heart failure at home accounting for 98.5%;
- + Drug treatment is a method of treating heart failure at home rate of 86.2%;
- + Daily use of heart failure medication accounted for 86.2%;
- + Daily exercise accounts for about 98.5%.

**1. Đặt vấn đề**

Suy tim là hậu quả sau cùng của bệnh lý tim mạch vấn đề suy tim ngày càng trở nên phổ biến. Hiện nay đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị nhưng suy tim vẫn tồn tại như một trong nhiều vấn đề khó giải quyết trong xã hội. Các nghiên cứu dịch tễ trên thế giới cho rằng suy

tim đang đe dọa trên sức khỏe cộng đồng không chỉ sự gia tăng tần suất bệnh mà còn ảnh hưởng nặng nề của suy tim lên sinh hoạt của người bệnh lên chi phí xã hội cần dành cho nó [3][4].

Suy tim là một hội chứng bệnh lý rất thường gặp trong thực hành và là hậu quả của nhiều bệnh về tim mạch như các bệnh tăng huyết áp, bệnh van tim, bệnh cơ tim, bẩm sinh [5]. Việc tự chăm sóc bệnh suy tim nhằm góp phần ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh và gia tăng chất lượng sống [6].

Tại Việt Nam thống kê trong bệnh viện có tới trên 60% bệnh nhân nội trú trong các khoa tim mạch bị suy tim các mức độ khác nhau, tiên lượng của bệnh nhân suy tim cũng rất kém khi bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng. Theo nghiên cứu mới đây có tới gần 50% số bệnh nhân suy tim tử vong sau 5 năm kể từ khi phát hiện ra suy tim trên lâm sàng mặc dù đã được điều trị. Những tiến bộ về khoa học không ngừng cho phép chúng ta ngày càng có những thang điểm hữu hiệu trong việc đánh giá chất lượng sống bệnh nhân suy tim [1];[2]. Chúng tôi nghiên cứu với mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức tốt về bệnh suy tim mạn tính.*
2. *Mô tả kiến thức tự chăm sóc của bệnh nhân suy tim mạn tính..*

## 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Người bệnh từ 40 đến 90 tuổi đang điều trị tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang từ 01/2019 đến 5/2019.

- Được chẩn đoán suy tim theo NYHA [4];[5];[6]
- Những người tự nguyện tham gia khảo sát.

#### 2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bị tâm thần, khiếm thính, khiếm thị.
- Không hợp tác hoặc không có khả năng trả lời phỏng vấn.

#### 2.1.3. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

#### 2.1.4. Các biến nghiên cứu

##### 2.1.4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi; giới; dân tộc; nghề nghiệp; trình độ văn hóa...

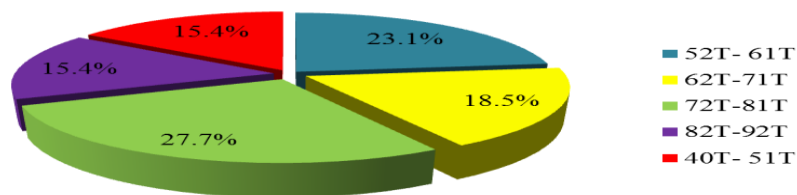
##### 2.1.4.2. Bộ câu hỏi đánh giá theo Thang điểm Minnesota cải biên

- $\leq 9$  điểm: kiến thức chưa tốt.
- 10-12 điểm: kiến thức khá tốt.
- $\geq 13$  điểm: kiến thức tốt.

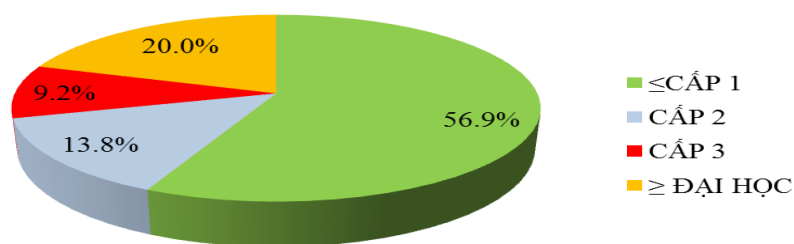
## 3. Kết quả

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả khảo sát có 65 người bị bệnh suy tim mạn. Trong đó nam chiếm 46,% và nữ chiếm 53,8%.



Hình 3.1. Khảo sát về độ tuổi của đối tượng



Hình 3.2. Khảo sát đối tượng theo trình độ học vấn

Bảng 3.1. Khảo sát nghề nghiệp của bệnh nhân suy tim

Nghề nghiệp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nông dân	9	13.8
Cán bộ viên chức	13	20.0
Buôn bán	5	7.7
Già	38	58.5
Tổng cộng	65	100

### 3.2. Khảo sát hiểu biết về suy tim của đối tượng

Bảng 3.2. Khảo sát về kiến thức bệnh suy tim

Bệnh suy tim mạn là gì	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hoạt động bơm máu bị suy yếu	39	60.0
Lượng máu bơm đi không đủ	10	15.4
Bệnh cảm thấy khó thở	16	24.6
Tổng cộng	65	100

Bảng 3.3. Khảo sát về mức độ suy tim

Suy tim có mấy cấp độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có 2 cấp độ	4	6.2
Có 3 cấp độ	11	16.9
Có 4 cấp độ	50	76.9
Tổng cộng	65	100

Bảng 3.4. Kiến thức về nguyên nhân gây suy tim

Nguyên nhân gây ra suy tim mạn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	58	89.2
Bệnh động mạch vành	7	10.8
Tổng cộng	65	100

Bảng 3.5. Kiến thức về biểu hiện suy tim

Biểu hiện suy tim mạn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cao huyết áp	4	6.2
Da xanh xao	6	9.2
Mệt khó thở	55	84.6
Tổng cộng	65	100

Bảng 3.6. Kiến thức về biến chứng của suy tim mạn

Biến chứng của suy tim mạn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đột quỵ nhồi máu cơ tim	63	96.9
Tổn thương tim	1	1.5
Ảnh hưởng chức năng van tim	1	1.5
Tổng cộng	65	100

Bảng 3.7. Khảo sát về huyết áp bình thường của bệnh nhân suy tim mạn

Huyết áp bình thường	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
120/80 mm/Hg	3	4.6
140/90 mm/Hg	62	95.4
Tổng cộng	65	100

Bảng 3.8. Khảo sát về tỷ lệ kiểm soát bệnh suy tim

Suy tim không chữa được nhưng kiểm soát được	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đúng	63	96.9
Không biết	2	3.1
Tổng cộng	65	100

Bảng 3.9. Kiến thức về biện pháp điều trị suy tim ở nhà

Biện pháp điều trị suy tim ở nhà	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hạn chế ăn muối	64	98.5
Không uống rượu bia hằng ngày	1	1.5
Tổng cộng	65	100

Bảng 3.10. Kiến thức về phương pháp điều trị suy tim

Phương pháp điều trị phù hợp bệnh nhân suy tim	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chế độ ăn uống và lối sống	8	12.3
Thuốc điều trị	56	86.2
Phẫu thuật tim	1	1.5
Tổng cộng	65	100

Bảng 3.11. Kiến thức về tỷ lệ sử dụng thuốc suy tim

Sử dụng thuốc suy tim	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không hoặc rất ít	1	1.5
Khá thường xuyên	3	4.6
Thỉnh thoảng	5	7.7
Hằng ngày	56	86.2
Tổng cộng	65	100

Bảng 3.12. Kiến thức về chế độ ăn của bệnh nhân suy tim

Chế độ ăn phù hợp đối với bệnh nhân suy tim mạn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thực hiện chế độ ăn hạn chế muối	63	96.9
Rau xanh	2	3.1
Tổng cộng	65	100

Bảng 3.13. Khảo sát theo dõi cân nặng của bệnh nhân suy tim

Theo dõi cân nặng hằng ngày đối với bệnh nhân suy tim mạn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hằng ngày	3	4.6
Không biết	16	24.6
Thỉnh thoảng	46	70.8
Tổng cộng	65	100

Bảng 3.14. Kiến thức về lượng muối có trong thức ăn

Quan tâm lượng muối có trong thức ăn hằng ngày	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không hoặc rất ít	2	3.1
Thỉnh thoảng	4	6.2
Hằng ngày	59	90.8
Tổng cộng	65	100

Bảng 3.15. Kiến thức chế độ luyện tập thể dục của bệnh nhân suy tim

Chế độ luyện tập thể dục hợp lý	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhẹ	14	21.5
Vừa phải	51	78.5
Tổng cộng	65	100

Bảng 3.16. Tỷ lệ nghiên cứu chăm sóc giảm phù

Chăm sóc giảm phù hợp lý	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hạn chế muối	4	6.2
Hạn chế nước	55	84.6
Nghỉ ngơi khi phù	6	9.2
Tổng cộng	65	100

Bảng 3.17. Đánh giá kiến thức bệnh nhân

Phân loại kiến thức	số lượng (n)	tỷ lệ (%)
Bệnh nhân có kiến thức tốt	54	83.1
Bệnh nhân có kiến thức khá tốt	11	16.9
Tổng cộng	65	100

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Về giới tính nghiên cứu của chúng tôi có nam giới chiếm 46.2% và nữ chiếm 53.7% tỷ lệ này hơi cao so với nam chiếm 64.5% và nữ chiếm 33.5% của tác giả Hà Thị Phương Dung, Trần Thị Ngọc Anh[1];[2] là do cỡ mẫu chúng tôi còn ít.

Về trình độ học vấn qua khảo sát cho thấy cấp  $\leq 1$  chiếm 56.9% và đại học là 20% còn lại là cấp 2 là 13.8% thấp so với tác giả Trần Thị Ngọc Anh trung học cơ sở chiếm tỷ lệ 41% và tiếp theo là trung học phổ thông chiếm tỷ lệ 36.5% và cấp 1 là 22.5% của tác giả [1], qua đó chúng ta cần cung cấp thêm kiến thức chăm sóc cho bệnh nhân hay là giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân.

### 4.2. Mức độ hiểu biết chung về suy tim:



Nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có kiến thức tốt chiếm tỷ lệ 83,1 % và không tốt là 16,9%.

### 4.3. Kiến thức về bệnh suy tim của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân chọn tỷ lệ của hoạt động bơm máu 60% và còn lại là cảm thấy khó thở 24.6% và 15.4% là lượng máu bơm đi không đủ kết quả cho thấy tương tự tác giả Trần Thị Ngọc Anh [1],

Cấp độ suy tim của các bệnh nhân suy tim mạn đang điều trị tại bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang cho thấy bệnh nhân có kiến thức về cấp độ suy tim chọn đúng về cấp độ suy tim có 4 cấp độ suy tim chiếm tỷ lệ 76.9% và có 3 cấp độ chiếm 10.9% và còn lại 2 cấp độ 6.2% kết quả cho thấy bệnh nhân có kiến thức về bệnh suy tim chiếm tỷ lệ cao suy tim có 4 cấp độ thể lực bình thường:

Nguyên nhân gây suy tim mạn có tỷ lệ cao ở tăng huyết áp là 89.2% và còn lại là bệnh động mạch vành như tác giả Đặng Vạn Phước[4].

Biểu hiện lâm sàng của suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao ở triệu chứng khó thở giống như của tác giả [5].

Biến chứng của suy tim mạn cho thấy biến chứng đột quy và nhồi máu cơ tim chiếm 96.9% và tổn thương tim 1.5% cho thấy đột quy là một trong những biến chứng quan trọng của suy tim mạn.

Nhận thức biểu hiện của bệnh suy tim mạn trong nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhận thức được bệnh chiếm 80%, và chưa nhận thức được chiếm 16.5%, và còn lại là không biết rõ chiếm 3.5% của tác giả Trần Thị Ngọc Anh [1] so với chúng tôi là chưa được chiếm 13.8%, nhận thức rõ bệnh chiếm 83.1% còn lại là không biết rõ 3.1%. cho thấy có sự tương đồng giữ các nghiên cứu.

Hiểu biết về trị số huyết áp trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân chọn đúng về hiểu biết về kiến thức huyết áp bình thường là 120/80 mmhg cho thấy đa số bệnh nhân có kiến thức hiểu biết về huyết áp.

Hiểu biết về suy tim không thể chữa được nhưng kiểm soát được qua khảo sát bệnh nhân tỷ lệ chọn đúng là 96.9% và còn lại là không biết chiếm 3.1% so với 32.5% và không đúng là 38.5% còn lại là không biết là 29% của tác giả Trần Thị Ngọc Anh [1]. Cho thấy cho thấy kết quả chúng tôi cao hơn có thể do được tư vấn giáo dục tốt hơn.

Hiểu biết về suy tim là tim không đủ khả năng đẩy máu qua khảo sát cho thấy chọn đúng chiếm 96.9% và không đúng chiếm 3.1% so với chọn đúng chiếm 43% và không biết chiếm 42% của tác giả Trần thị Ngọc Anh[1] chúng tôi có cao hơn do bệnh được tư vấn giáo dục tốt hơn và tương tự như Hà Thị Phương Dung[2]

Hiểu biết về các biện pháp hạn chế biến chứng qua khảo sát bệnh nhân chọn hạn chế ăn muối chiếm 93.5% và không uống rượu bia 97.5% và không hút thuốc 93% của tác giả Trần Thị Ngọc Anh và của chúng tôi là hạn chế ăn muối chiếm 98.5% kết quả cho thấy có sự tương tự về nghiên cứu. [1];[2]

Hiểu biết về phương pháp điều trị suy tim mạn tại nhà qua khảo sát cho thấy tỷ lệ chọn thuốc điều trị chiếm cao 86.2%, chế độ ăn uống và lối sống chiếm 12.3% và còn lại là phẫu thuật tim.

Hiểu biết về việc sử dụng thuốc qua khảo sát cho thấy sử dụng thuốc 86.2% hằng ngày, 7.7% thỉnh thoảng, 4.6% khá thường xuyên và còn lại là 1.5% không hoặc rất ít sử dụng so với tác giả Trần Thị Ngọc Anh là sử dụng thuốc hằng ngày chiếm 85.5%, sử dụng khá thường xuyên chiếm 10.5% thỉnh thoảng 2% và không biết 2% của tác giả [13] cho thấy có sự trùng hợp về nghiên cứu.

Hiểu biết về theo dõi cân nặng qua khảo sát tỷ lệ khảo sát cho thấy hằng ngày chiếm 4.6% và thỉnh thoảng 70.8% và không biết 24.6% so với tác giả Trần Thị Ngọc Anh tỷ lệ chọn không

hoặc rất ít chiếm 44.5% và thỉnh thoảng 37.5% và khá thường xuyên 10% và còn lại là hằng ngày 8% của tác giả [1], cho thấy có sự khác nhau về nghiên cứu.

Hiểu biết về lượng muối có trong thức ăn qua khảo sát cho thấy muối ăn hằng ngày chiếm 90.8% và thỉnh thoảng 6.2% và còn lại là không hoặc rất ít 3.1%.

Hiểu biết về luyện tập thể dục qua nghiên cứu cho tỷ lệ tập luyện vừa phải chiếm 78.5% còn lại là nhẹ là 21.5. luyện tập vừa phải giúp cho bệnh nhân giảm các yếu tố nguy cơ gây bệnh tim mạch giúp máu và oxy lưu thông tốt hơn, làm giảm stress lo âu và mao hồi phục.

Hiểu biết về chăm sóc giảm phù qua nghiên cứu cho thấy tỷ lệ chọn 6.2%, chế độ hạn chế muối, hạn chế nước chiếm tỷ lệ cao 84.6%, nghỉ ngơi khi phù 9.2% là phù hợp theo hướng dẫn hạn chế muối.

## 5. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 65 bệnh nhân tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang và rút ra được kết luận như sau:

1. Tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức tốt về suy tim là 83,1 %
2. Kiến thức về bệnh suy tim:
  - + Suy tim mạn là hoạt động bơm máu bị suy yếu chiếm tỷ lệ 60%;
  - + Suy tim có 4 cấp độ có tỷ lệ cao chiếm 76.9%;
  - + Nguyên nhân suy tim là tăng huyết áp có tỷ lệ 89.2%;
  - + Biểu hiện suy tim mạn là khó thở chiếm 84.6% .;
  - + Biến chứng suy tim là đột quy, nhồi máu cơ tim có tỷ lệ 96.9%;
  - + Hạn chế muối là biện pháp điều trị suy tim ở nhà chiếm 98.5%;
  - + Thuốc điều trị là phương pháp điều trị suy tim ở nhà tỷ lệ 86.2%;
  - + Sử dụng thuốc suy tim hằng ngày chiếm 86.2%;
  - + Tập thể dục hằng ngày chiếm khoảng 98.5%.

## 6. KIẾN NGHỊ

Từ nghiên cứu cho thấy cần có hoạt động truyền thông sâu rộng hơn cho bệnh nhân cũng như cho cộng đồng kiến thức về suy tim mạn và các biện pháp tự chăm sóc tại nhà để nâng cao chất lượng sống.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Ngọc Anh, 2016. “ Kiến thức và thực hành tự chăm sóc ở nhà của người bệnh suy tim mạn tại bệnh viện tim mạch Việt Nam” năm 2016.
2. Hà Thị Phương Dung, Nguyễn Thị Linh Nhâm, Nguyễn Thị Hồng Nga ( 2016 ). “ Đánh giá hiệu quả của phương pháp tự chăm sóc ở bệnh nhân suy tim mạn tính tại khoa nội tim mạch – Bệnh viện TWQĐ 108 “ Kỹ yếu HNTMTQ 2016.
3. Trần Thúy Hạnh ( 2012 ). “ Điều dưỡng nội khoa “. Nhà xuất bản Y học Tr. 15,19,20.
4. Đặng Văn Phước ( 2014 ). “ Suy tim trong thực hành lâm sàng” . Nhà xuất bản y học. Tr. 1,15.
5. Nguyễn Thị Xuyên, 2013. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch. Nhà xuất bản y học. Tr. 145.
6. Nguyễn Lân Việt, 2015. Thực hành bệnh tim mạch. Nhà xuất bản y học. Tr. 94,109.

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘNG KINH  
BẰNG NATRI VALPROATE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA  
TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2018-2019**

*Nguyễn Thị Suong, Lê Văn Minh, Lâm Ngọc Cẩm*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Động kinh là một bệnh mạn tính đặc trưng bởi sự lặp đi lặp lại các cơn co giật do sự phóng điện quá mức của tế bào thần kinh. Bệnh lý này đặc biệt nguy hiểm bởi vì nếu không được điều trị tốt, các cơn co giật sẽ tái diễn thường xuyên ảnh hưởng tiêu cực đến việc phát triển trí tuệ, tâm lý, hành vi. Nếu bệnh nhân tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của thầy thuốc thì có thể kiểm soát tốt khoảng 70% bệnh nhân.

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị bệnh động kinh bằng Natri Valproate sau thời gian theo dõi 3 tháng.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích. Bệnh nhân động kinh điều trị tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 6 năm 2019.

**Kết quả:** Tuổi trung bình của 125 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 49,6; nam chiếm tỷ lệ 66,4 %. Người nghèo, cận nghèo chiếm tỷ lệ 65,6 %. Đa số người dân sống ở vùng nông thôn chiếm tỷ lệ 77,6%. Tỷ lệ bất thường EEG là 44,8 %, tỷ lệ bất thường CT Scane não là 53,2%, trong đó đa số nguyên nhân do đột quỵ, chấn thương và u não. Bệnh nhân đáp ứng với Natrivalroatesau 3 tháng điều trị là 61,6 %.

**Kết luận:** Tỷ lệ kiểm soát tốt cơn co giật của bệnh nhân điều trị ngoại trú với Natrivalproate sau 3 tháng là 61,6 %. Có sự liên quan mật thiết giữa bất thường điện não đồ, tuân thủ điều trị đối với kết quả điều trị.

**ABSTRACT**

**Background:** Epilepsy is a chronic disease characterized by repeated seizures due to excessive discharge of nerve cells. This condition is especially dangerous because if left untreated, seizures will recur often negatively affecting intellectual, psychological, and behavioral development. The doctor's guidance can control about 70% of patients.

**Objectives:** Description of clinical features, subclinical, risk factors and results of treatment of epilepsy with Sodium Valproate after time 3-subjects and methodology: Descriptive cross-sectional analysis with epilepsy patients treated at An Giang Central General Hospital from April 2018 to June 2019.

**Result:** The average of 125 patients in the study group was 49.6; the male accounted for 66.4%. The poor and near-poor people account for 65.6%. The majority of people living in rural areas account for 77.6%. The rate of EEG abnormality is 44.8%, the rate of CT brain abnormalities is 53.2%, of which most are caused by stroke, trauma and brain tumor. Patients who responded to Natrivalroatesau 3 months of treatment were 61.6%.

**Conclusion:** The rate of well-controlled seizures of outpatient patients with Natrivalproate after 3 months was 61,6%. There is a strong association between EEG, adherence to treatment results.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Động kinh là bệnh phổ biến gặp ở tất cả các quốc gia trên toàn thế giới. Bệnh gặp ở cả nam và nữ, từ người trẻ đến người già đều có thể mắc bệnh động kinh. Theo tổ chức y tế thế giới thì tỷ lệ bệnh động kinh khoảng 0,5% đến 1% dân số .

Ở Việt Nam tỷ lệ bệnh động kinh dao động từ 0,5 đến 1%, trong đó trẻ em chiếm tỷ lệ khoảng 60 %.

Theo số liệu thống kê của ngành y tế An Giang, tính đến năm 2016 số bệnh nhân tâm thần chung được quản lý còn sống là 2180 thì số lượng bệnh nhân động kinh là 1230 chiếm tỷ lệ 56,4%. , một con số rất lớn, trong đó có cả người lớn và trẻ em, bệnh lý đã làm ảnh hưởng rất lớn đến đời sống của người bệnh cũng như tác động về mặt kinh tế, xã hội.

Không phải tất cả các trường hợp động kinh đều kiểm soát được tốt, có khoảng 20-30 % không đáp ứng tốt với điều trị.

Trong thời gian qua chưa có nghiên cứu nào thực hiện nghiên cứu về điều trị bệnh động kinh ở An Giang, chính vì vậy chúng tôi muốn góp phần nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị bệnh Động kinh bằng Natri Valproate tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2018-2019.

#### **Mục tiêu nghiên cứu:**

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ và đánh giá kết quả điều trị bệnh động kinh bằng Natri Valproate tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2018-2019.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu:**

Bệnh nhân nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân động kinh nhập viện điều trị tại khoa Nội thần kinh Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán động kinh điều trị tại khoa Nội thần kinh Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 04 năm 2018 đến tháng 06 năm 2019.

*Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 04 năm 2018 đến tháng 06 năm 2019.*

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu:**

*Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu mô tả cắt ngang có phân tích.*

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: 125 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu đưa vào nghiên cứu.

## **III. KẾT QUẢ**

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 49,6 tuổi. Nam có 83 trường hợp chiếm tỷ lệ 66,4 %. Người nghèo, cận nghèo chiếm tỷ lệ 65,6 %. Đa số người bệnh có trình độ dân trí thấp: Mù chữ chiếm tỷ lệ 16,8%, tiểu học chiếm tỷ lệ 43,2%. Người dân sống ở vùng nông thôn chiếm tỷ lệ 77,6%.

Bệnh nhân mắc bệnh sau 15 tuổi chiếm tỷ lệ cao 85,6%, số bệnh nhân co giật lần đầu là 38,4%, 2 đến 5 năm chiếm tỷ lệ 25,6%, mắc bệnh trên 10 năm chiếm tỷ lệ 12 %.

Thời gian xảy ra cơn co giật dưới 2 phút là 28%, kéo dài hơn 2 phút là 33,6 %, có 38,4% bệnh nhân không xác định rõ thời gian kéo dài của cơn co giật. Có 55,2% bệnh nhân không có yếu tố báo trước cơn co giật sẽ xảy ra. Trong cơn co giật có 44,8% bệnh nhân mất ý thức.

Bất thường EEG 44,8 %, bất thường về CT scane não có tỷ lệ là 53,2 %.

Về tiền căn gia đình có 1 trường hợp có người thân bị động kinh chiếm tỷ lệ 0,8 %. Về tiền sử cá nhân có tiền căn chấn thương là 24 trường hợp chiếm tỷ lệ 19,2%, tai biến mạch máu não là 37 trường hợp chiếm tỷ lệ 29,6%, nghiện rượu là 6 trường hợp chiếm tỷ lệ 4,8%.

Kết quả điều trị bằng Natrivalproate sau 3 tháng không chế hoàn toàn cơn co giật chiếm tỷ lệ 61,6%.

## **IV. BÀN LUẬN**

Bệnh nhân động kinh điều trị tại bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang đa số là người lớn tuổi. Trình độ dân trí thấp, mù chữ và học hết tiểu học chiếm tỷ lệ 60 % chính vì vậy đa số bệnh nhân lúc chưa bệnh đều làm nghề lao động chân tay và sống chủ yếu ở vùng nông thôn.

Tiền căn bệnh nhân đa số là di chứng tai biến mạch máu não, u não, chấn thương và nghiện rượu.

Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng tốt với Natrivalproate không xảy ra cơn co giật nào sau 3 tháng uống thuốc là 61,6%.

Bệnh nhân là nữ, bệnh nhân sống ở thành thị, bệnh nhân làm nghề lao động trí óc, có kinh tế khá giàu, có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm đáp ứng với điều trị tốt hơn bệnh nhân có giới tính nam, bệnh nhân sống ở vùng nông thôn, làm nghề lao động chân tay, có thu nhập thấp, bệnh nhân mắc bệnh hơn 1 năm. Tuy nhiên các sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

Bất thường về điện não đồ và tuân thủ điều trị kém đáp ứng không tốt với điều trị và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ .

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân động kinh nhập viện điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang với triệu chứng chính là cơn giật, cơn cơn giật xảy ra tự nhiên không có yếu tố tác động là 68%, đa số không có biểu hiện tiền triệu. Bất thường điện não đồ dạng sóng lan tỏa sau cơn động kinh, kết quả CT scane bất thường hầu hết là hình ảnh của tai biến mạch máu não, sau chấn thương và u não.

Tỷ lệ kiểm soát tốt cơn cơn giật của bệnh nhân điều trị ngoại trú với Natrivalproate sau 3 tháng là 61,6%. Có sự liên quan mật thiết giữa bất thường điện não đồ, tuân thủ điều trị đối với kết quả điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Cường, (2005), *Nghiên cứu dịch tễ học động kinh và đề xuất 1 số giải pháp nhằm cải thiện việc quản lý, điều trị bệnh nhân tại Thành Phố Hà Nội.*
2. Nguyễn Văn Chương (2016), “ Động kinh” Thực hành lâm sàng thần kinh học, Nhà xuất bản y học Hà Nội.
3. Nguyễn Anh Dũng, (2008), *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của động kinh ở người trưởng thành tại khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai.*
4. Nguyễn Văn Danh, (2007), *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học và điều trị động kinh ở một cộng đồng dân cư thuộc huyện Gia Bình, tỉnh Bắc Ninh.*
5. Nguyễn Văn Đồng (2017), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh động kinh tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2016-2017, đề tài nghiên cứu khoa học cấp trường, Trường Đại học Y dược Cần Thơ*
6. Đặng Tiến Hải, Nhận xét 1 số đặc điểm lâm sàng và điện não đồ của bệnh nhân động kinh ở người cao tuổi tại bệnh viện tâm thần Ninh Bình, *Y học thực hành 821, số 5 năm 2012.*
7. Nguyễn Văn Hương, (2012), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn nhận thức và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân động kinh là người trưởng thành.*
8. Dương Huy Hoàng, (2009), *Nghiên cứu 1 số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng động kinh, tình hình quản lý bệnh nhân động kinh tại tỉnh Thái Bình.*
9. Bảo Hùng, (2015), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của trầm cảm và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân động kinh điều trị nội trú. số giải pháp nhằm cải thiện việc quản lý, điều trị bệnh nhân tại Thành phố Hà Nội.*
10. Vũ Anh Nhị, *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị cơn động kinh đầu tiên ở người trưởng thành, tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 17, phụ bản số 1 năm 2013.*

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LỌC MÁU LIÊN TỤC TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

*Lê Hồ Tiến Phương, Trần Thị Tiểu Thơ,  
Phù Kỳ Thanh, Lê Trường Kha*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Lọc máu liên tục (CRRT) là một tập hợp nhiều phương thức lọc máu nhằm lọc bỏ ra khỏi máu một cách từ từ và liên tục các chất độc trong đó bao gồm các cytokin. Nhiều tác giả cũng cho rằng việc lọc máu liên tục giúp cải thiện huyết động, ngăn chặn sự tiến triển của suy đa tạng trong giai đoạn sớm và hỗ trợ chức năng tạng, kiểm soát cân bằng kiềm toan, điện giải, thanh thải các chất hòa tan trong giai đoạn muộn. Trên thế giới, CRRT đã được ứng dụng rộng rãi, trở nên phổ biến trong các khoa Hồi sức. Tại Việt Nam, CRRT được ứng dụng ở một số bệnh viện trong những năm gần đây. Tại bệnh viện ĐKTT An Giang, mặc dù CRRT được áp dụng từ năm 2011 nhưng vẫn chưa có đánh giá kết quả một cách khoa học và đó là mục tiêu của đề tài.

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả ứng dụng quy trình kỹ thuật lọc máu liên tục tại khoa Hồi sức và một số biến chứng có thể xảy ra trong quy trình kỹ thuật lọc máu

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 17 bệnh nhân được chỉ định lọc máu liên tục tại khoa Hồi sức- Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

**Kết quả:** 17 bệnh nhân nặng tại khoa thỏa tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Điểm APACHE II:  $23,06 \pm 11,486$ , và SOFA:  $9,35 \pm 4,076$ . Trong quá trình lọc máu cải thiện điểm SOFA có ý nghĩa, đồng thời chức năng thận được phục hồi (Ure, Creatinin trước và sau lọc), thăng bằng kiềm toan cải thiện tốt hơn, tỉ lệ tử vong 5/17 (29,4%) thấp hơn so với tiên lượng tử vong theo SOFA ban đầu (50%) và APACHE II (40%). Biến chứng kỹ thuật thường xảy ra là đông màng, không có biến chứng nặng khi lọc máu.

**Kết luận:** Việc áp dụng CRRT sớm cho thấy hiệu quả trong điều trị bệnh nhân tại khoa Hồi sức, giúp cải thiện về mặt lâm sàng và cận lâm sàng đồng thời làm giảm tỷ lệ tử vong.

### ABSTRACT

**Background:** Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT) is a set of many dialysis methods that slowly and continuously filters out of the toxin including cytokines. Many authors also believe that CRRT helps to improve hemodynamic, prevent the progression of early multi-organ failure and support organ function, control alkaline balance, electrolytes, and clear solute in the late stage. All over the world, CRRT has been widely used, becoming popular in Intensive Care Unit. In Vietnam, CRRT has been applied in some hospitals in recent years. At An Giang Central General Hospital, although CRRT has been applied since 2011, the results have not been scientifically evaluated and that is the aim of this study.

**Research objectives:** Evaluate the effectiveness of the CRRT's application in Intensive Care Unit and investigate possible complications during CRRT.

**Method:** The cross-sectional study of 17 patients who were indicated to CRRT in Intensive Care Unit.

**Result:** In this study with 17 patients, the average APACHE II Score and SOFA Score respectively is:  $23.06 \pm 11.448$ ,  $9.35 \pm 4.076$ . During the CRRT process, there was a significant improvement in SOFA, renal function is restored concurrently (change in urea, creatinine before and after CRRT), acid-base balance was adjusted to normal, mortality rate was 5/17 (29.4%) lower than prognosis of initial SOFA (50%) and APACHE II (40%). Premature circuit clotting is a major complication in practice of CRRT and no other serious complications during CRRT in this study.

**Conclusion:** Applying CRRT timely has been shown the effectiveness of treatment in Intensive Care Unit, helping to improve clinical and subclinical conditions while reducing mortality.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lọc máu liên tục ra đời từ năm 1977 đã được áp dụng ngày càng rộng rãi, từ đó đến nay đã không ngừng phát triển về mặt kỹ thuật cũng như chỉ định trên lâm sàng. Hiện nay đối với chuyên ngành hồi sức cấp cứu thì CRRT là một trong hai trụ cột bên cạnh thở máy đã phát triển từ lâu. CRRT là tập hợp nhiều phương thức lọc nhằm lọc bỏ ra khỏi máu một cách từ từ và liên tục các chất độc, bên cạnh đó CRRT còn giúp điều hòa dịch, điện giải và cân toan kiểm một cách hiệu quả và sinh lý. Đầu tiên, CRRT phát triển nhằm mục đích thay thế thận nhưng dần dần đã chuyển sang mục tiêu hỗ trợ đa cơ quan với rất nhiều phương thức, trong đó có cả những phương thức không mang tính liên tục như thay thế huyết tương, lọc máu hấp phụ. CRRT đã giúp chuyên ngành hồi sức giải quyết được những tình huống khó như sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng, ARDS, viêm tụy cấp, ngộ độc cấp,... Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu ứng dụng CRRT trong lâm sàng như: Nghiên cứu của Ronco C, Zhang Y và cs, Boussekey N và cs,... Tại Việt Nam, CRRT cũng được áp dụng một cách rộng rãi trong nhiều trường hợp, và cũng đã có nhiều nghiên cứu về CRRT như: Nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả lọc máu liên tục trong sốc nhiễm khuẩn” của Phạm Thị Ngọc Thảo (2012), nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình. Năm 2011, bệnh viện ĐKTT An Giang bắt đầu triển khai CRRT nhưng chưa có một nghiên cứu cụ thể về tính hiệu quả của nó trên lâm sàng, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá kết quả lọc máu liên tục tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang”.

## 2. MỤC TIÊU CỦA ĐỀ TÀI

1. Đánh giá hiệu quả áp dụng quy trình kỹ thuật lọc máu liên tục tại khoa hồi sức.
2. Một số biến chứng có thể xảy ra khi áp dụng quy trình lọc máu liên tục.

## 3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang
- Đối tượng nghiên cứu:
  - Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả bệnh nhân được chỉ định lọc máu liên tục tại khoa hồi sức bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang
  - Thời gian từ 03/2019 đến 09/2019
  - Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân, người thân của bệnh nhân không đồng ý lọc máu liên tục.
- Đo lường các biến:
  - Đặc điểm chung: Mã bệnh án, họ tên, tuổi, giới, chẩn đoán theo ICD 10
  - Thang điểm SOFA (trước và sau lọc máu), APACHE II
  - Các chỉ số cận lâm sàng trước và sau lọc máu như: ure, creatinin, pH máu,  $\text{HCO}_3^-$  máu,
  - Thời gian lọc máu, thời gian nằm viện
  - Kết cục: tốt (ra viện, đỡ giảm), xấu (tử vong, nặng về, về không đổi)
- Thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0

## 4. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Có 17 bệnh nhân được lọc máu liên tục, kết cục tốt 12/17 ca (70,6%), xấu 5/17 ca (29,4%). Trong đó, viêm tụy cấp 6/17, sốc nhiễm trùng 6/17, ngộ độc 2/17, đái tháo đường có uống thuốc gia truyền 3/17.

Tuổi trung bình:  $61,59 \pm 19,21$ (tuổi), thấp nhất 30 tuổi, cao nhất 92 tuổi.

Tỉ lệ nam/nữ: 9/8.

Thời gian nằm viện trung bình:  $10,18 \pm 6,55$  ngày.

Thời gian lọc máu liên tục:  $21,82 \pm 10,82$  giờ.

### 2. Thay đổi của thang điểm SOFA và APACHE II

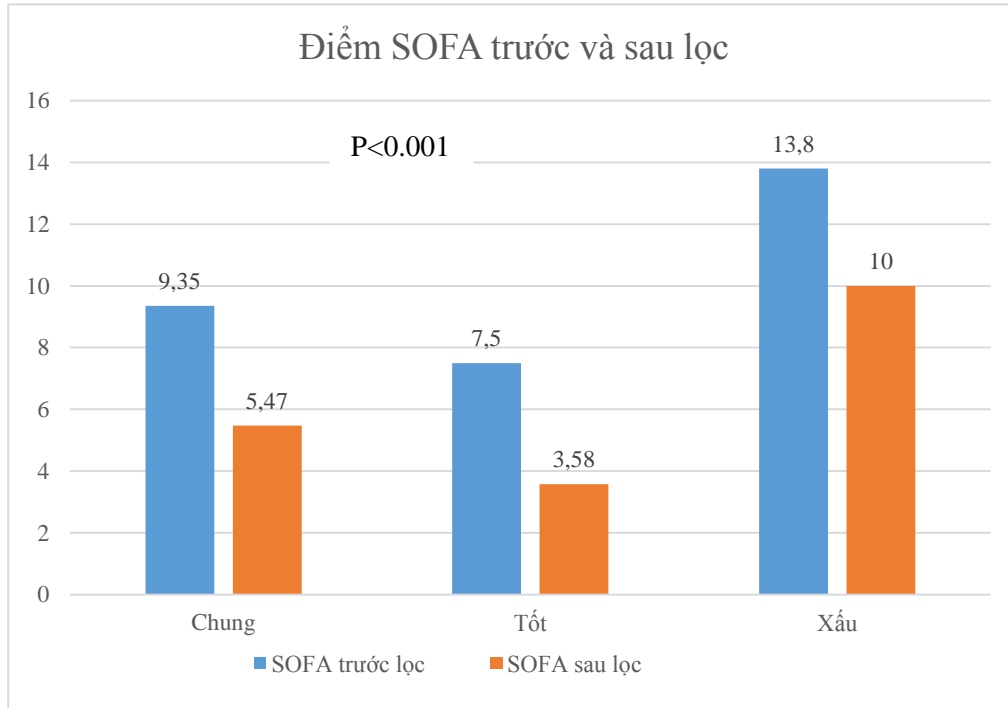
	Chung	Tốt	Xấu
SOFA	$9,35 \pm 4,076$	$7,5 \pm 3,317$	$13,8 \pm 1,095$
APACHE II	$23,06 \pm 11,486$	$18,17 \pm 7,284$	$34,8 \pm 7,284$

**Bảng 1. Độ nặng của bệnh nhân trước lọc máu: theo thang điểm SOFA và APACHE II**

Nhận xét: Bệnh nhân có điểm SOFA (9,35) thì tỉ lệ tử vong của nhóm chung là 50%, còn APACHE II (23,06) là 40%

	<b>Chung</b>	<b>Tốt</b>	<b>Xấu</b>
SOFA sau lọc	5,47 ± 4,584	3,58 ± 3,423	10 ± 3,937

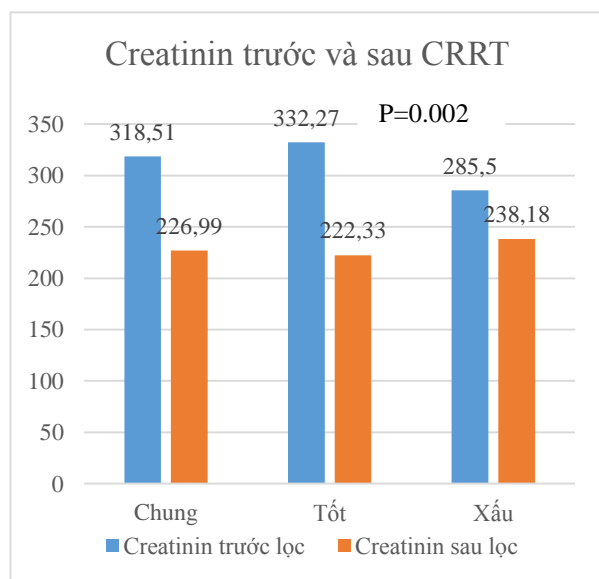
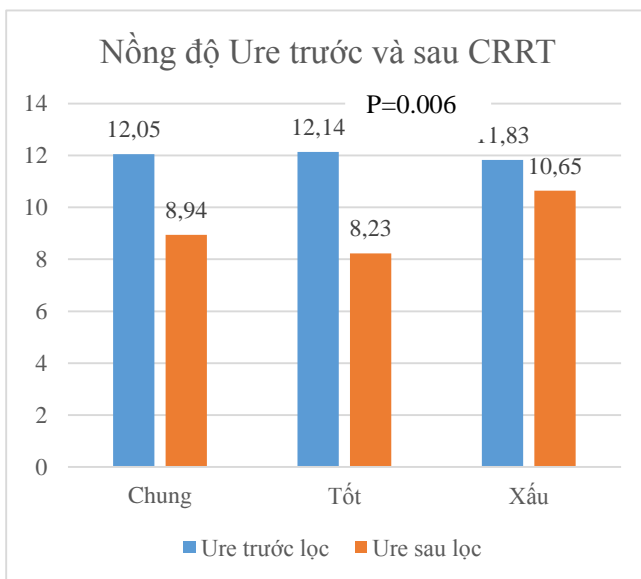
**Bảng 2. Thang điểm SOFA sau lọc máu và giá trị cải thiện**



### **Biểu đồ 1: Sự thay đổi điểm SOFA trước và sau CRRT**

Nhận xét: Điểm SOFA trước và sau lọc máu có cải thiện trong cả 3 nhóm với  $p < 0.001$ .

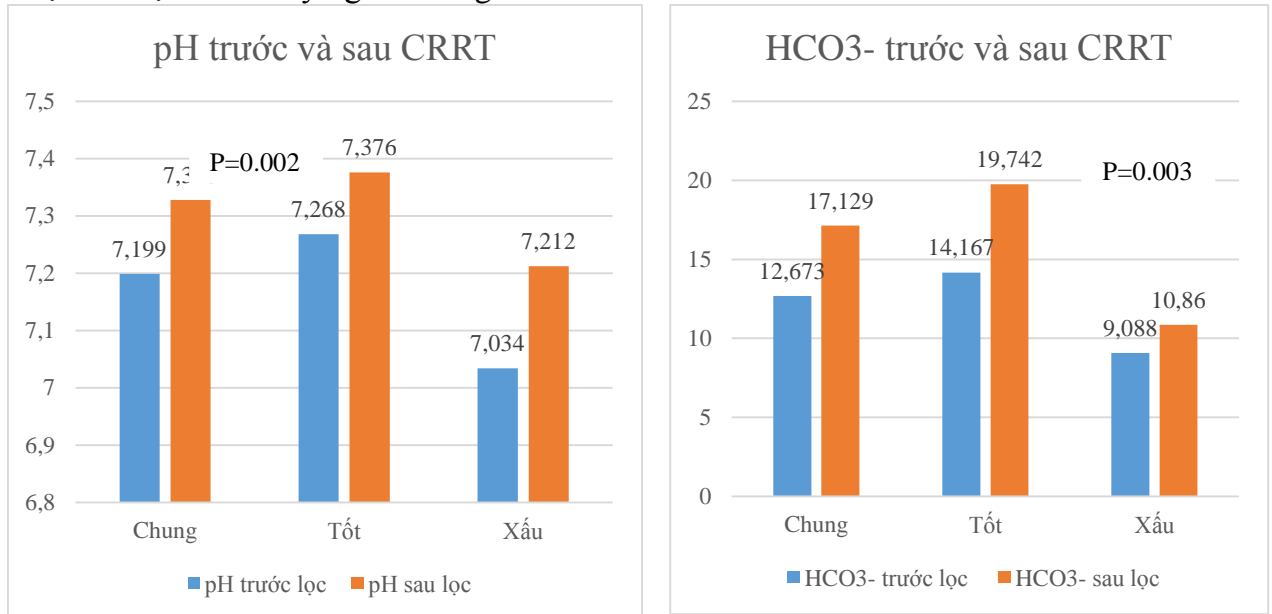
### **3. Sự thay đổi thẳng bằng toan kiềm và chức năng thận**





### Biểu đồ 2. Chức năng thận trước và sau lọc máu

Nhận xét: Ure (mmol/L), Creatinin (umol/L) sau lọc máu có giảm. Chức năng thận cải thiện sau lọc máu có ý nghĩa thống kê



### Biểu đồ 3. Tình trạng toan kiềm trước và sau lọc máu:

Nhận xét: pH, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> sau và trước lọc máu khác biệt ý nghĩa. Toan chuyển hóa cải thiện.

#### 4. Biến chứng của CRRT

##### a. Biến chứng kỹ thuật

Đông màng, đông dây là biến chứng thường gặp với tỷ lệ 5/17 (29,4%). Các biến chứng khác ít gặp

##### b. Biến chứng chảy máu

Trong quá trình lọc máu không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng xuất huyết. Có rối loạn chỉ số APTT nhưng khi kết thúc lọc máu trở lại giới hạn bình thường.

#### 5. BÀN LUẬN

##### 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Có 17 bệnh nhân (viêm tụy cấp 6/17, sốc nhiễm trùng 6/17, ngộ độc 2/17, Đái tháo đường có uống thuốc gia truyền 3/17) được lọc máu liên tục đưa vào nghiên cứu, các bệnh nhân có đặc điểm: tuổi trung bình cao ( $61,59 \pm 19,21$  tuổi, cao nhất 92 tuổi, thấp nhất 30 tuổi), giới: nam 52,9%, nữ 47,1%, điểm SOFA cao ( $9,35 \pm 4,076$  tiên lượng tử vong 50%), và APACHE II cao ( $23,06 \pm 11,486$  tiên lượng chết 40%). Sau lọc máu, tỉ lệ xấu (chết, về nặng) là 5/17 (29,4%) thấp hơn giá trị tiên lượng tử vong theo điểm SOFA và APACHE II. Ở bảng 1, ta thấy điểm APACHE II trung bình ở nhóm tử vong rất cao ( $34,8 \pm 7,284$ ). So với nghiên cứu của Shahawy A [13] thì APACHE II >26 điểm không bệnh nhân nào sống sót, và nhiều tác giả khác [9], [10], [11], [12], [14].

##### 2. Hiệu quả của lọc máu liên tục

Chúng tôi sử dụng điểm SOFA để đánh giá sự phục hồi chức năng các cơ quan. Điểm SOFA được đánh giá ban đầu và sau lọc máu. Điểm SOFA ở bảng 2 giảm ở cả nhóm kết cục xấu và tốt, giảm nhiều ở nhóm tốt, mức giảm này có ý nghĩa thống kê. Kết quả tương đương với nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thảo [6], và các tác giả khác [1], [5], [7], [9].

Lọc máu liên tục giúp thay thế thận và tăng khả năng phục hồi chức năng thận, có tác dụng thanh thải tốt urê và creatinin. Giảm tổn thương thận, cải thiện được thể tích nước tiểu là do giảm được nồng độ cytokin trong máu [3], [7], [8], trong nghiên cứu của chúng tôi không khảo sát sự thay đổi các cytokin. Bảng 3 trong nghiên cứu cho thấy cải thiện chức năng thận qua nồng độ urê và

creatinin máu có giá trị, giảm rõ rệt ở nhóm sống. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác.

Tình trạng toan chuyển hóa cải thiện, pH và  $\text{HCO}_3^-$  trung bình trước lọc máu chung lần lượt  $7,199 \pm 0,198$  và  $12,673 \pm 7,423$  tăng lên sau lọc máu  $7,328 \pm 0,125$  và  $17,129 \pm 7,769$ , sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Trong bảng 4, chúng tôi thấy tình trạng toan chuyển hóa được điều chỉnh rõ rệt ở nhóm sống. Nhiều nghiên cứu trước đây cũng đã chứng tỏ khả năng này của CRRT như nghiên cứu của Vũ Đức Định, Nguyễn Gia Bình[7] và các tác giả khác [1], [3], [5], [6]

### 3. **Biến chứng của lọc máu liên tục**

Trong quá trình lọc máu ghi nhận 5/17 (29,4%) ca đông màng, đông dây. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình là 20,3%[1]. Có rối loạn chỉ số APTT, khi kết thúc lọc máu, APTT từ từ trở về bình thường. Trong quá trình CRRT không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng xuất huyết và các biến chứng nặng khác.

## 6. **KẾT LUẬN**

Qua kết quả nghiên cứu này cho thấy CRRT là phương pháp điều trị hiệu quả cho các bệnh nhân nặng tại khoa hồi sức giúp ổn định huyết động, cải thiện chức năng thận, kiểm soát tốt các rối loạn cân bằng kiềm toan, đồng thời làm giảm tỷ lệ tử vong trên các bệnh nhân này. Điểm SOFA giảm có ý nghĩa trong nghiên cứu này, chức năng thận cải thiện rõ rệt cùng với thăng bằng kiềm toan được kiểm soát tốt hơn. Quy trình áp dụng kỹ thuật lọc máu liên tục được thực hiện an toàn chỉ xảy ra các biến chứng nhỏ không đáng kể, sự cố về kỹ thuật như đông màng xảy ra nhiều hơn, không có trường hợp nào xảy ra biến chứng xuất huyết.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Văn Quang, Lê Bảo Huy (2013). Đáp ứng với lọc máu liên tục trong điều trị suy đa tạng do sốc nhiễm khuẩn. Y học TP. Hồ Chí Minh, 17 (Phụ bản của Số 3):113-118.
2. Huỳnh Văn Ân và cs (2017). Hiệu quả của lọc máu liên tục CVVH trong điều trị viêm tụy cấp nặng. Kỷ yếu hội nghị khoa học thường niên Hội hồi sức cấp cứu TP HCM (T4-2017):72-76
3. Lê Thị Mỹ Duyên, Trần Thị Bích Hương (2011). Vai trò của lọc máu liên tục trong điều trị suy thận cấp tại khoa hồi sức tích cực. Y học TP. Hồ Chí Minh, 15 (Phụ bản của Số 1):453-460.
4. Nguyễn Gia Bình, Nguyễn Mạnh Tường (2006). "Nghiên cứu hiệu quả chống đông của heparin trong lọc máu liên tục", *Tạp chí y học lâm sàng*, 11: 30- 33.
5. Nguyễn Thị Trúc Thanh (2014). Hiệu quả của liệu pháp lọc máu liên tục trong điều trị viêm tụy cấp nặng. Y học TP. Hồ Chí Minh, 18 (Phụ bản của Số 2): 403-407.
6. Phạm Thị Ngọc Thảo, Nguyễn Gia Bình, Đặng Quốc Tuấn, Trần Thanh Càng (2012). Đánh giá kết quả áp dụng kỹ thuật lọc máu liên tục trong điều trị sốc nhiễm khuẩn. Y học TP. Hồ Chí Minh, 16 (Phụ bản của Số 2):145-157.
7. Vũ Đức Định, Đỗ Tất Cường, Nguyễn Gia Bình (2011). Nghiên cứu hiệu quả của liệu pháp lọc máu liên tục trong viêm tụy cấp nặng. Y học thực hành, 783 (9):25-28.
8. Boussekey N, Chiche A, Faure K, Devos P, Guery B, Escrivan T, Georges H, Leroy O (2008), "A pilot randomized study comparing high and low volume hemofiltration on vasopressor use in septic shock", *Intensive Care Med*, 34, pp.1646–1653.
9. Janssens U, Graf C., Graf J, Radke PW, Konigs B, Kock K.Ch, Lepper W, Dahl J.V, Hanrath P (2000), "Evaluation of the SOFA score: a single –center experience of a medical intensive care unit in 303 consecutive patients with predominantly cardiovascular disorders", *Intensive Care Med*, 26, pp.1037-1045.
10. Lafuente E, Marinho A, Bartolo A, Milheiro R (1997): "Effects of the continuous venovenous haemofiltration, in the haemodynamic profile of shock septic patients", *Critical Care*, 1(suppl 1): 068.
11. Pinsky MR, Vincent JL, Deviere J, Alegre M, Kahn RJ, Dupont E (1993): "Serum cytokine levels in human septic shock. Relation to multiple-system organ failure and mortality", *Chest*, 103: 565-575. s57
12. Ronco C, Bellomo R, Ricci Z (2002): "Important of increased ultrafiltration volume and impact on mortality: sepsis and cytokine story and the role for CVVH", *EDTNA/ERCA Dialysis Technology Journal Club*, (suppl 2): 13-19.
13. Shahawy A., Lourdre U. & Badillo E. (1998). Severity of illness scores and the outcome of acute renal failure. *Clinical Nephrology*, 313, 124.
14. Saudan P., Niederberger M. & Seigneux S. (2006). Adding a dialysis dose to continuous hemofiltration increases survival in patients with acute renal failure. *Kidney international* 70, 1312-1317.
15. Zhang Y, Shao DR, He ZP, Ma XX, Shi CJ. Efficacy of continuous renal replacement on acute renal injury developed in severe sepsis. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2019 Mar-Apr;33(2):525-530.

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM  
KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG  
NĂM 2018-2019**

*Võ Văn Đức Khôi, Trần Văn Lôi,  
Neang Retha, Lương Ngọc Bích*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Sốc nhiễm khuẩn là một bệnh lý nặng, thường gặp trong hồi sức và diễn biến phức tạp, thường dẫn đến suy đa tạng dẫn đến tử vong cao ở các khoa Hồi sức tích cực.

**Mục tiêu:** nghiên cứu về đánh giá kết quả và các yếu tố liên quan đến điều trị sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2018-2019 nhằm góp phần vào chẩn đoán và điều trị hiệu quả và tiên lượng bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân nhập viện điều trị được chẩn đoán xác định là sốc nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực-chống độc Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang theo tiêu chuẩn SSC 2016[16]. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Kết quả:** Tỷ lệ điều trị thành công sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang là 54,7%, tử vong  $n=43(45,3\%)$ . Nguyên nhân nhiễm khuẩn từ đường tiêu hóa và hô hấp là phổ biến nhất với tỷ lệ lần lượt là 36,8% và 30,5%. Điểm APACHE II trung bình lúc mới vào sốc là  $23,8 \pm 7,6$ . Tỷ lệ bệnh nhân trên 20 điểm là 57,9%, thuộc nhóm nguy cơ cao. Điểm SOFA trung bình tại thời điểm nhập viện là  $5,8 \pm 3,6$ .

**Kết luận:** Hồi sức sớm để đạt mục tiêu về các chỉ số HATB, ALTMTT, Lactat máu, lưu lượng nước tiểu thì sẽ giúp tăng khả năng sống sót ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

**Từ khóa:** chương trình chiến lược quản lý nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn.

**ABSTRACT**

**Background:** Septic shock is a serious disease, often in resuscitation and complicated developments, often leading to multiple organ failure leading to high mortality in the intensive care unit.

**Objectives:** Research on evaluation of results and factors related to septic shock treatment at An Giang Central General Hospital in 2018-2019 to contribute to the effective diagnosis and treatment and prognosis of patients with septic shock bacteria

**Subjects and methods:** All hospitalized patients were diagnosed with septic shock at the Department of Positive-Poison Recovery in An Giang Central General Hospital according to SSC 2016 standard [16]. Research described cross section

**Results:** The successful treatment rate of septic shock at An Giang Central General Hospital is 54.7%,  $n = 43$  deaths (45.3%). Causes of infections from the gastrointestinal and respiratory tract are the most common with the rates of 36.8% and 30.5%, respectively. The average APACHE II score at shock was  $23.8 \pm 7.6$ . The proportion of patients with a score of more than 20 points is 57.9%, belonging to a high-risk group. The average SOFA score at the time of admission was  $5.8 \pm 3.6$ .

**Conclusion:** Early resuscitation to achieve the goals of HATB, ALTMTT, blood lactate, and urine flow will increase survival in patients with septic shock.

**Key words:** Surviving Sepsis Shock Campaign Systemic.

**1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Sốc nhiễm khuẩn là một bệnh lý nặng, thường gặp trong hồi sức và diễn biến phức tạp, thường dẫn đến suy đa tạng, là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong ở các khoa Hồi sức tích cực. Theo hướng dẫn của chương trình chiến lược quản lý nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn “Surviving Sepsis Shock Campaign-SSC” (2012): nên bắt đầu hồi sức càng sớm càng tốt, ngay khi phát hiện tụt huyết áp sau đó tiếp tục hồi sức trong 6 giờ đầu nhằm cải thiện tỉ lệ tử vong[12].

Tại An Giang tỉ lệ tử vong của nhóm bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có suy đa tạng còn cao 45,9% [8]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu về đánh giá kết quả và các yếu tố liên quan đến điều trị sốc nhiễm khuẩn tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2018-2019 với mục tiêu:

**Mục tiêu nghiên cứu:**

- *Xác định đặc điểm lâm sàng bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2018-2019.*
- *Đánh giá kết quả và các yếu tố liên quan đến điều trị sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2018-2019.*

**2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

**Đối tượng nghiên cứu**

Tất cả bệnh nhân nhập viện điều trị được chẩn đoán xác định là sốc nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực-chống độc Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 04/2018 đến 06/2019.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu**

- Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS): có ít nhất 2 trong số các tiêu chuẩn sau:[13]
  - + Thân nhiệt >38,3<sup>0</sup>C hoặc <36<sup>0</sup>C.
  - + Nhịp tim >90 lần/phút.
  - + Thở nhanh, tần số >20 lần/ phút.
  - + Số lượng bạch cầu >12 x 10<sup>9</sup>/l hoặc <4 x 10<sup>9</sup>/l hoặc bạch cầu non >10%.
- Có bằng chứng nhiễm trùng hoặc nghi ngờ nhiễm trùng.
- Dấu hiệu suy chức năng cơ quan:
  - + Thận: Thiếu niệu, lượng nước tiểu giảm dần và <0,5ml/kg/giờ hoặc vô niệu.
  - + Tụt huyết áp(huyết áp tâm thu <90 mmHg hay huyết áp trung bình <70 mmHg, hay huyết áp tâm thu giảm >40 mmHg so với trị số bình thường) .không đáp ứng với bù dịch và phải dùng thuốc vận mạch[16].

**Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân hoặc người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Có chống chỉ định đặt catheter tĩnh mạch trung tâm hoặc catheter động mạch quay: nhiễm trùng tại chỗ, tiểu cầu <20.000/mL, thời gian đông máu kéo dài (INR >2).
- Bệnh nhân bị các loại sốc khác như: sốc tim, sốc phản vệ, sốc giảm thể tích do tiêu chảy cấp hoặc bệnh nhân tử vong trước 6 giờ điều trị.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

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

**Cỡ mẫu:** Công thức tính cỡ mẫu:  $n = Z^2_{1-\alpha} \frac{p(1-p)}{d^2}$

n: là cỡ mẫu tối thiểu, d: sai số cho phép (chọn d=10%) $\alpha$ : hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì Z = 1,96, p: tỷ lệ điều trị thành công của sốc nhiễm khuẩn. Theo nghiên cứu của Lê Hữu Thiện Biên (2017), tỷ lệ này là 55 %, chọn p=0,55 [1]. Áp dụng công thức trên ta tính được n = 95.

**Phương pháp chọn mẫu:** lấy mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn nhập viện và điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu - chống độc Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.

**2.3. Nội dung nghiên cứu**

**Các thông tin cần thu thập:**

Tuổi, giới, mạch, huyết áp, vị trí ổ nhiễm khuẩn, tiền sử bệnh tật, thông số huyết học và sinh hóa.

Đặc điểm về các chỉ số thay đổi sau 6 giờ điều trị như: Huyết áp trung bình, độ thanh thải lactat, áp lực tĩnh mạch trung tâm, lưu lượng nước tiểu, tình trạng ra viện.

**Nội dung phân tích:**

Thông tin chung về mẫu nghiên cứu

Kết quả điều trị và các yếu tố như: HATB, ALMTT, Lactat máu, lưu lượng nước tiểu sau 6 giờ liên quan đến tỉ lệ tử vong của bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

#### 2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Stata 12.0. Các biến định tính: tần số và tỉ lệ phần trăm được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm và biểu đồ. Các biến định lượng được mô tả bằng số trung bình và độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn), trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu phân phối không chuẩn). Để khảo sát mối tương quan giữa 2 biến định tính: dùng phép kiểm định chi bình phương. Để so sánh 2 trung bình của 2 mẫu độc lập của 2 biến định lượng dùng Independent Samples T test. Giá trị p được xem là có ý nghĩa thống kê ở mức  $<0,05$ . Chỉ số Odds ratio – OR được tính cho các biến với khoảng tin cậy 95%.

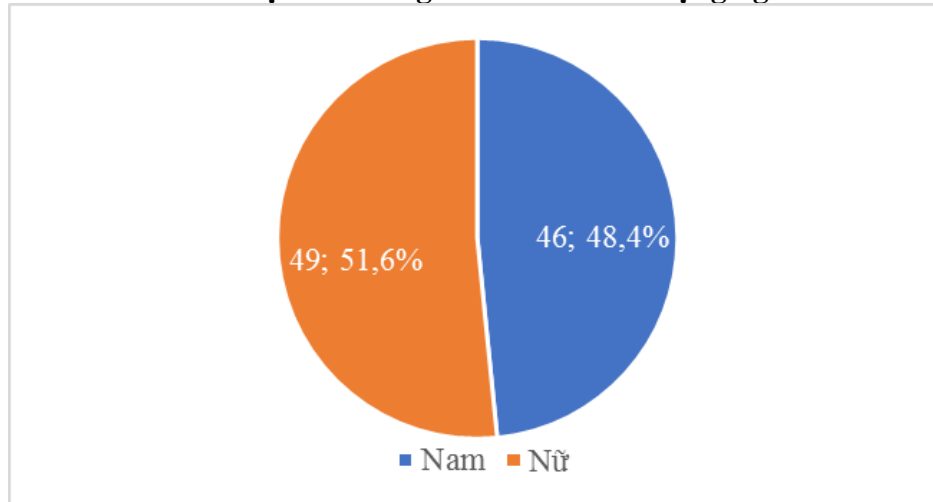
### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Chúng tôi nghiên cứu về việc đánh giá kết quả và các yếu tố liên quan đến điều trị sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2018-2019 trên 95 bệnh nhân với kết quả như sau:

#### 3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Tuổi trung bình của 95 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn là  $64,6 \pm 13,7$  (nhỏ nhất 28 tuổi, lớn nhất 92 tuổi). Đa số bệnh nhân trên 50 tuổi (chiếm 96,8%).

**Biểu đồ 3.1: Đặc điểm về giới tính của đối tượng nghiên cứu**



**Nhận xét:** Nam giới chiếm 48,4%, nữ chiếm 51,6%.

**Bảng 1: Đặc điểm về đường vào gây sốc nhiễm khuẩn**

Vị trí ổ nhiễm khuẩn	Nam		Nữ		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Hô hấp	20	43,5	9	18,4	29	30,5
Tiêu hóa	13	28,3	22	44,9	35	36,8
Tiết niệu	3	6,5	9	18,4	12	12,6
Da	3	6,5	4	8,2	7	7,4
Khác	7	15,2	5	10,2	12	12,6
<b>Tổng</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Trong 95 bệnh nhân, nhiễm trùng đường tiêu hóa và hô hấp là phổ biến nhất với tỷ lệ lần lượt là 36,8% và 30,5%. Ở bệnh nhân nam thì nhiễm trùng đường hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất (43,5%) ở bệnh nhân nữ thì nhiễm trùng tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (36,8%).

**Bảng 2: Đặc điểm các bệnh mạn tính đi kèm của đối tượng nghiên cứu**

Loại bệnh	Nam (46 BN)		Nữ (49 BN)		Chung (95 BN)	
	n	%	n	%	n	%
Tăng huyết áp	21	45,7	26	56,5	47	49,5
Đái tháo đường	11	23,9	26	56,5	37	38,9
Bệnh phổi	12	26,1	2	4,3	14	14,7
Thần kinh	4	8,7	7	15,2	11	11,6
Suy thận mạn	3	6,5	3	6,5	6	6,3
Khác	9	19,6	4	8,6	13	13,7

**Nhận xét:** Tăng huyết áp, đái tháo đường và bệnh phổi là bệnh phổ biến nhất ở nam và nữ chiếm tỉ lệ chung lần lượt là 49,5%, 38,9%, 14,7%.

**Bảng 3: Đặc điểm độ nặng của đối tượng nghiên cứu theo thang điểm APACHE II**

APACHE II	Nam (46 BN)		Nữ (49 BN)		Chung (95 BN)	
	n	%	n	%	n	%
< 10 điểm	3	6,5	4	8,2	7	7,4
10 - 20 điểm	18	39,1	15	30,6	33	34,7
> 20 điểm	25	54,3	30	61,2	55	57,9
$\bar{X} \pm SD$	23,9 $\pm$ 8,0		23,7 $\pm$ 7,3		23,8 $\pm$ 7,6	

**Nhận xét:** Điểm APACHE II trung bình của 95 bệnh nhân là 23,8  $\pm$  7,6. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm APACHE II trên 20 điểm là 57,9%, thuộc nhóm nguy cơ cao (nam: 61,2%; nữ: 54,3%)

**Bảng 4: Đặc điểm thang điểm SOFA của đối tượng nghiên cứu**

Điểm SOFA	Nam (46 BN)	Nữ (49 BN)	Chung (95 BN)
$\bar{X} \pm SD$	6,6 $\pm$ 4,0	5,0 $\pm$ 3,0	5,8 $\pm$ 3,6
Nhỏ nhất – Lớn nhất	1 – 15	1 – 11	1 – 15

**Nhận xét:** Điểm SOFA trung bình của 95 bệnh nhân tại thời điểm nhập viện là 5,8  $\pm$  3,6 (nam: 6,6  $\pm$  4,0; nữ: 5,0  $\pm$  3,0). Bệnh nhân có điểm SOFA nhỏ nhất là 1 và lớn nhất là 15.

### 3.2. Đánh giá kết quả và các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị sốc nhiễm khuẩn.

**Bảng 5: Kết quả điều trị sốc nhiễm khuẩn**

Tình trạng ra viện	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Khỏi, giảm bệnh	52	54,7
Tử vong tại viện	12	12,6
Nặng xin về	31	32,7
Tổng	95	100,0

**Nhận xét:** Có 52/95 (54,7%) bệnh nhân khỏi bệnh, giảm bệnh. Tỷ lệ tử vong là 45,3% (tử vong tại viện: 12,6%; Nặng xin về - tiên lượng tử vong: 32,7%).

**Bảng 6: Đặc điểm kết cục chỉ số huyết áp trung bình trong 6 giờ đầu**

HATB	Sống n (%)	Tử vong n (%)	OR KTC (95%)	P
Đạt ( $\geq 65$ mmHg)	44 (65,7%)	23 (34,3%)	2,94	0,013
Không đạt (<65 mmHg)	13 (39,4%)	20 (47,8%)	1,14 – 7,64	

**Nhận xét:** Đạt chỉ số HATB trong 6 giờ đầu giúp tăng khả năng sống sót với OR = 2,94 (CI 95%: 1,14 – 7,64), có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**Bảng 7: Đặc điểm kết cục theo chỉ số ALMTT trong 6 giờ đầu**

ALMTT	Số n (%)	Tử vong n (%)	OR KTC (95%)	P
Đạt ( $\geq 12\text{cmH}_2\text{O}$ )	29 (60,4%)	19 (23,9%)	1,59	0,041
Không đạt ( $< 12\text{cmH}_2\text{O}$ )	23 (48,9%)	24 (76,1%)	0,65 - 3,89	

**Nhận xét:** Đạt chỉ số ALMTT trong 6 giờ đầu giúp tỷ lệ sống sót với OR=1,59(CI 95%: 0,65 - 3,89), so với không đạt, có ý nghĩa thống kê p <0,05.

**Bảng 8: Đặc điểm kết cục theo chỉ số Lactat máu trong 6 giờ đầu**

Lactat máu	Số n (%)	Tử vong n (%)	OR KTC (95%)	P
Đạt ( $\leq 4\text{mmol/l}$ )	35 (59,3%)	24 (69,6%)	1,62	0,040
Không đạt ( $> 4\text{mmol/l}$ )	17 (47,2%)	19 (30,4%)	0,65 - 4,09	

**Nhận xét:** Đạt chỉ số Lactat máu ( $\leq 4\text{mmol/l}$ ) trong 6 giờ đầu giúp tỷ lệ sống sót cao hơn với OR=1,62(CI 95%: 0,65 - 4,09), có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

**Bảng 9: Đặc điểm kết cục theo chỉ số nước tiểu trong 6 giờ đầu**

Nước tiểu	Số n (%)	Tử vong n (%)	OR KTC (95%)	P
Đạt	50 (68,5%)	23 (13%)	21,74	0,001
Không đạt	2 (9,1%)	20 (47,8%)	4,51 - 200,52	

**Nhận xét:** Đạt chỉ số nước tiểu trong 6 giờ đầu giúp tăng khả năng sống sót với OR = 21,74 (CI 95%: 4,51 – 200,52), có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

#### 4. BÀN LUẬN

##### 4.1. Bàn luận về đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của các bệnh nhân SNK là  $64,6 \pm 13,7$  (nhỏ nhất 28 tuổi, lớn nhất 92 tuổi). Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của Bùi Thị Hương Giang là  $55,6 \pm 16,5$  tuổi (18 - 90 tuổi) và nhóm tuổi có số bệnh nhân mắc SNK nhiều nhất nhất 50 - 69 tuổi[2]. Phân bố về giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng, nam giới chiếm 48,4%, nữ chiếm 51,6%, của Bùi Văn Tám nam giới chiếm 9,2%[6].

Vị trí ổ nhiễm khuẩn trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí thường gặp nhất là tiêu hóa chiếm 38,8%, sau đó đến nhiễm khuẩn đường hô hấp (30,5%), đường tiết niệu (12,6%) và một số nguyên nhân khác. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trương Dương Tiên (2018) ghi nhận nguồn nhiễm chiếm tỷ lệ cao nhất là đường tiêu hóa 40,85%, sau đó là đường hô hấp 32,39% (viêm phổi)[10]. Nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thảo ghi nhận nguồn nhiễm khuẩn chiếm đa số là tiêu hóa và hô hấp chiếm 56% và 21,1% [9]**Error! Reference source not found.**

Đặc điểm về tiền sử bệnh mạn tính. Tỷ lệ bệnh phổi hợp hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là tăng huyết áp (49,5%), đái tháo đường đái 38,9%. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Quân có tỷ lệ bệnh nhân SNK kèm theo đái tháo đường là 20,9%, nghiện rượu 14,9%, bệnh gan

10,4%, tiền sử dùng corticoid 9% [5]. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Văn Quang [3][4] gặp nhiều bệnh tăng huyết áp 48,8% và tiểu đường 19,9%.

Bảng điểm APACHE II trong nghiên cứu của chúng tôi khi vào khoa Hồi sức tích cực rất cao có điểm APACHE II rất cao, trung bình là  $23,8 \pm 7,6$ , phù hợp với nghiên cứu của Bùi Văn Tám là  $24,9 \pm 5,6$  [6]. Nguyễn Hữu Quân là  $23,4 \pm 3,2$  [5], cao hơn Vũ Hải Yên:  $18,4 \pm 4,3$  [11]. Điểm SOFA khi vào khoa hồi sức tích cực là  $5,8 \pm 3,6$  (1 - 15), phù hợp với nghiên cứu của Bùi Văn Tám [6].

#### 4.2. Bàn luận về kết quả điều trị và các yếu tố liên quan đến điều trị sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2018-2019.

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi (tử vong tại viện + bệnh nặng xin về có tiên lượng tử vong) là 45,3%. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi có thể là khá cao khi so sánh với một số nghiên cứu khác ở nước ngoài [15] tử vong là 21% có thể do điều kiện hồi sức tại các nước phát triển tốt hơn, điều kiện trang thiết bị tốt hơn và không bị quá tải giống như trong điều kiện Việt Nam. Tuy nhiên, khi so sánh với các nghiên cứu trong nước thì tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Quân có tỷ lệ tử vong ở nhóm điều trị bằng phương pháp PICCO là 39,6% so với nhóm thường qui là 53,3% [5]. Nghiên cứu của Trương Dương Tiễn thực hiện năm 2016 ở Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy tỷ lệ tử vong ở SNK là 59,68% [10]. Nghiên cứu của Phạm Ngọc Thảo có tỷ lệ tử vong là 61% [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có HATB  $\geq 65$  mmHg có tỷ lệ tử vong thấp hơn so với bệnh nhân có HATB  $< 65$  mmHg. Đạt chỉ số HATB ( $\geq 65$  mmHg) trong 6 giờ đầu giúp tăng khả năng sống sót với OR = 2,94 (CI 95%: 1,14 - 7,64), có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Brian C, Richard R, Mitchell M. L [12]. Nghiên cứu của Valpura yếu tố dự báo mạnh nhất của tỷ lệ tử vong là huyết áp trung bình. Valpura thấy ngưỡng huyết áp 65mmHg có khả năng dự báo tỷ lệ tử vong, diện tích dưới đường cong AUC 0,841 (95% CI 0,761-0,921,  $p = 0,013$ ) [17]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận sự cải thiện tỷ lệ bệnh nhân đạt HATB  $\geq 65$  mmHg sau 6 giờ điều trị với  $p < 0,01$  (thời điểm T0: 1,1% ; Thời điểm T6: 65,2%). HATB thời điểm T6 đạt  $68,3 \pm 17,5$  mmHg, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với thời điểm T0 với  $p < 0,01$ . Kết quả này phù hợp Tác giả Bùi Thị Hương Giang, HATB tăng từ 71,6mmHg ở T0 lên 79,7mmHg giờ thứ 6, HATB của bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn đạt đích  $> 65$ mmHg tăng từ 78% lên 88% [2]. Vũ Hải Yên nghiên cứu kết quả của liệu pháp điều trị sớm theo mục tiêu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, thấy huyết áp trung bình  $> 65$ mmHg ở giờ thứ nhất là 8,5% tăng lên 69% ở giờ thứ 6 [11].

Đạt chỉ số ALTMTT trong 6 giờ đầu giúp tỷ lệ sống sót cao hơn so với nhóm không đạt với OR=1,59 (CI 95%: 0,65 - 3,89) có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bùi Thị Hương Giang [2], Nguyễn Hữu Quân [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đạt chỉ số Lactat máu ( $\leq 4$ mmol/l) trong 6 giờ đầu giúp tỷ lệ sống sót cao hơn nhóm không đạt với OR=1,62 (CI 95%: 0,65 - 4,09), có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trương Dương Tiễn sau: **độ thanh thải lactate máu  $> 10\%$  có giá trị tiên đoán tử vong OR = 8,16 (95% CI 0,89-75,12) với  $p = 0,027$  [10]**. Young Kun Lee và cộng sự năm 2016, nghiên cứu 917 bệnh nhân ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa nồng độ lactat tạo thời điểm nhập T0 giữa nhóm sống là 3,9mmol/l và nhóm tử vong là 5,7mmol/L với  $p < 0,01$ . Thời điểm T6 nồng độ lactat của nhóm sống là 2,1 mmol/L và nhóm tử vong là 5,0 mmol/L ( $p < 0,01$ ) [14]. Lưu lượng nước tiểu trong mỗi giờ là tiêu chuẩn đánh giá hiệu quả điều trị trong SNK. Duy trì được tình trạng nước tiểu  $> 0,5$  ml/kg/h. Trong nghiên cứu này đạt chỉ số nước tiểu trong 6 giờ đầu giúp tăng khả năng sống sót với OR = 21,74 (CI 95%: 4,51 - 200,52), có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Quân và Nguyễn Sỹ Tăng [5][7]. Nghiên cứu của Varpura và cộng sự nhận thấy ALTMTT ở nhóm bệnh nhân sống thấp hơn so với nhóm bệnh nhân tử vong [17].



## 5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ điều trị thành công sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang là 54,7%, tử vong 45,3%. Nguyên nhân nhiễm khuẩn từ đường tiêu hóa và hô hấp là phổ biến nhất với tỷ lệ lần lượt là 36,8% và 30,5%. Điểm APACHE II trung bình lúc mới vào sốc là  $23,8 \pm 7,6$ . Tỷ lệ bệnh nhân trên 20 điểm là 57,9%, thuộc nhóm nguy cơ cao. Điểm SOFA trung bình tại thời điểm nhập viện là  $5,8 \pm 3,6$ . Hồi sức sớm để đạt mục tiêu về các chỉ số HATB, ALMTT, Lactat máu, lưu lượng nước tiểu thì có giúp tăng khả năng sống sót ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hữu Thiện Biên (2017), “Nghiên cứu giá trị của các thông số huyết động tĩnh trong đánh giá đáp ứng bù dịch ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn”, Luận án tiến sĩ y học, Đại Học Y Dược Tp HCM.
2. Bùi Thị Hương Giang (2016), “Nghiên cứu một số thông số huyết động và chức năng tâm thu thất trái ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn”, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
3. Hoàng Văn Quang (2005). “Tìm hiểu nguyên nhân tử vong trong sốc nhiễm trùng tại khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Thống Nhất”. Kỷ yếu hội nghị toàn quốc về Hồi sức cấp cứu và chống độc lần thứ V, Đà Nẵng.
4. Hoàng Văn Quang (2009). “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của suy đa tạng và các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn”, Y học thực hành (694), số 12/2009.
5. Nguyễn Hữu Quân (2016), “Nghiên cứu hiệu quả hoạt động dưới sự hỗ trợ của phương pháp PICCO trong xử trí sốc nhiễm khuẩn”, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
6. Bùi Văn Tám (2009). “Đánh giá hiệu quả trên huyết động của lọc máu liên tục trong điều trị sốc nhiễm khuẩn”. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Tr 31-47.
7. Nguyễn Sỹ Tăng (2009). “Đánh giá hiệu quả của lactat máu trong đánh giá mức độ nặng và theo dõi diễn biến của sốc nhiễm khuẩn”. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Tr 36-50.
8. Phạm Ngọc Kiều, Nguyễn Huỳnh Bích Phượng, Phạm Ngọc Dao, Phù Kỳ Thanh (2018) “Nghiên cứu đặc điểm của suy đa cơ quan và các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn” Kỷ yếu Hội Nghị Khoa học Bệnh viện An Giang.
9. Phạm Thị Ngọc Thảo và các cộng sự (2010), “Nghiên cứu tình hình điều trị nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn tại các khoa hồi sức tích cực khu vực Châu Á”, Y Học Lâm Sàng.
10. Trương Dưỡng Tiên (2018), “Vai trò độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trung tâm và độ thanh thải lactate máu động mạch trong tiên lượng nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn” Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
11. Vũ Hải Yến (2012), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng-cận lâm sàng, kết quả liệu pháp điều trị sớm theo mục tiêu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn” Luận văn thạc sĩ, chuyên ngành hồi sức cấp cứu, Đại Học Y Hà Nội.
12. Brian C, Richard R, Mitchell M. L (2009), “Hemodynamic Monitoring in Sepsis”, *Crit Care Clin*, 25, pp. 803-823.
13. Dellinger R.P, Levy M.M, Rhodes A, Annae D et al (2013). “Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012”, *Intensive Care Med*, 39(2), pp. 165-228.
14. Lee Y K, Hwang S Y, Shin T G, Jo I J, Suh G Y, Jeon K (2016), “Prognostic Value of Lactate and Central Venous Oxygen Saturation after Early Resuscitation in Sepsis Patients”. *PLoS One*
15. Pro CI, Yealy DM, Kellum JA et al (2014), “A randomized trial of protocol-based care for early septic shock”, *N Engl J Med*, 370 (18), 1683-1693.
16. Singer M, Deutschman CS, et al (2016), “The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)”, *JAMA* 2016,315, pp. 801-810.
17. Varpula M, Tallgren M, Saukkonen K, et al (2005), “Hemodynamic variables related to outcome in septic shock”, *Intensive Care Med*.

## **ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ LOÉT DO TỖ ĐÈ Ở BỆNH NHÂN TẠI BIẾN MẠCH MÁU NÃO BẰNG THANG ĐIỂM BRADEN**

*Lê Minh Thà, Lê Văn Cường,  
Đỗ Thị Mỹ Dung, Trần Thị Mỹ Huệ*

### **TÓM TẮT**

#### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Loét tỳ đè sau tai biến mạch máu não rất thường gặp, việc phát hiện loét chậm trễ làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn huyết, tăng thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân.

**ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 100 bệnh nhân tai biến mạch máu não hôn mê Glasgow  $\leq 10$  điểm, điều trị nội trú tại khoa thần kinh từ 1/5/2019 đến 30/8/2019.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:** Qua đánh giá 100 bệnh nhân có nguy cơ loét do tỳ đè ở bệnh nhân tai biến mạch máu não bằng thang điểm Braden. Chúng tôi nhận thấy nguy cơ thấp chiếm 45% các trường hợp, nguy cơ trung bình chiếm 35% các trường hợp, nguy cơ cao chiếm 17% các trường hợp và nguy cơ rất cao chiếm 3% các trường hợp.

**KẾT LUẬN:** Thang điểm Braden giúp nhân viên y tế phân tầng được nguy cơ loét do tỳ đè, giúp chúng ta có phương pháp phòng ngừa cho bệnh nhân trong quá trình điều trị.

#### **ABSTRACTS**

**APPLICATION OF PRADEN SCALE FOR EVALUATION PRESSURE ULCER RISK WITH STROKE PATIENTS IN NEUROLOGY WARD OF AN GIANG GENERAL HOSPITAL**

**Background:** Pressure ulcer after stroke are very common, delayed detection of pressure ulcer increases the risk of sepsis, increases hospitalization time and increases treatment cost for patients.

**Patients and methods:** Cross-sectional study design including 100 persons who admitted to Neurology ward of An giang hospital from May 1<sup>st</sup> 2019 to August 31<sup>th</sup> 2019.

**Results:** The risk of pressure ulcer are low risk accounts for 45% of cases, medium risk accounts for 35% of cases, high risk accounts for 17% of cases, and very high risk accounts for 3% of cases.

**Conclusion:** The Praden scale helps medical staff stratify the risk of pressure ulcer, helping us to prevent for stroke patients during treatment.

#### **I/ ĐẶT VẤN ĐỀ**

Loét tỳ đè sau tai biến mạch máu não rất thường gặp, việc phát hiện loét chậm trễ làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn huyết, tăng thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân, ảnh hưởng đến mục tiêu phục hồi chức năng. Việc phòng loét rất ít được để ý đến, tuy nhiên loét điều trị rất tốn kém, bên cạnh đó loét còn ảnh hưởng đến thể chất và tâm thần và khả năng hội nhập cuộc sống của bệnh nhân. Loét tỳ đè tại bệnh viện là một trong những sự cố y khoa cần được quan tâm.

**MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:** Đánh giá nguy cơ loét tỳ đè trên bệnh nhân tai biến mạch máu não cấp bằng thang điểm Braden

#### **II/ 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, những người tham gia được đánh giá bằng bộ câu hỏi soạn sẵn.

**Phương pháp nghiên cứu:**

**Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** 100 bệnh nhân.

**Các biến trong nghiên cứu:** tuổi, giới, ngày điều trị trung bình, tiền căn tai biến mạch máu não, đái tháo đường,....

**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 theo tiêu chuẩn đột quỵ của hội đột quỵ thế giới.

**PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả tiền cứu

Cỡ mẫu: 100

Đối tượng nghiên cứu:

+ Tiêu chuẩn chọn vào: Các bệnh nhân tai biến mạch máu não nhập viện khoa nội thần kinh bệnh viện đa khoa trung tâm an giang

**Thang điểm Braden**

<b>Thông số</b>	<b>Đánh giá</b>	<b>Điểm</b>
Nhận biết cảm giác	Không suy giảm	4
Giới hạn nhẹ (đáp ứng bằng lời nói, giảm khả năng nhận biết đau ở 1 trong 2 chi)	3	
Rất giới hạn (chỉ đáp ứng với kích thích đau)	2	
Giới hạn hoàn toàn (Không đáp ứng với kích thích đau)	1	
Tình trạng da	Hiếm khi ẩm ướt	4
Thỉnh thoảng ẩm ướt	3	
Thường xuyên ẩm ướt	2	
Luôn luôn ẩm ướt	1	
Hoạt động	Đi lại thường xuyên	4
Đi lại ít	3	
Đi bằng xe lăn	2	
Nằm liệt giường	1	
Vận động	Không giới hạn (Thường xuyên thay đổi tư thế mà không cần giúp đỡ)	4
Giới hạn nhẹ (Thường xuyên thay đổi nhỏ tư thế hay vị trí chi)	3	
Rất giới hạn (Thỉnh thoảng thay đổi nhỏ tư thế hay vị trí chi)	2	
Hoàn toàn bất động (Không thể thay đổi tư thế dù nhỏ khi không được giúp đỡ)	1	
Dinh dưỡng	Tốt (ăn gần hết thức ăn, không bao giờ bỏ bữa, có thể ăn thêm bữa ngoài)	4
Khá (ăn hết hơn 1/2 thức ăn, thỉnh thoảng bỏ 1 bữa nhưng có thể ăn thêm bữa ngoài)	3	
Trung bình (Hiếm khi ăn được 1 bữa đầy đủ, ăn ít hơn 1/2 thức ăn, thỉnh thoảng cần thêm bữa phụ hoặc ăn bằng ống)	2	
Kém (Không ăn được 1 bữa đầy đủ, ăn ít hơn 1/3 thức ăn, cần bổ sung thêm dịch, ăn đường ống, truyền dịch/ truyền tĩnh mạch khoảng 5 ngày/lần)	1	
Ma sát và dịch chuyển	Không có vấn đề gì (di chuyển không cần giúp đỡ, luôn luôn duy trì tư thế tốt nhất trên giường hay ghế)	3
Vấn đề tiềm tàng (di chuyển yếu hay cần giúp đỡ, duy trì tư thế tốt một cách tương đối nhưng đôi khi trượt xuống)	2	

Đánh giá nguy cơ:

Điểm càng thấp thì nguy cơ càng cao:

Mức độ nguy cơ	Điểm nguy cơ loét bằng điểm Braden	Hành động
Nguy cơ thấp	>20	Điều dưỡng áp dụng “Quy định chăm sóc người bệnh có nguy cơ loét do tỳ đè”
Nguy cơ trung bình	16-20	
Nguy cơ cao	11-15	
Nguy cơ rất cao	<10	

### III/ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

<b>Tuổi</b>	<b>61,39±15,97</b>
<b>Giới Nam (nữ)</b>	75(25)
<b>Ngày điều trị</b>	8,5±3,1
<b>Tiền căn tai biến máu não</b>	35/100
<b>Tiền căn đái tháo đường type2</b>	30/100
<b>BMI</b>	14/100
<b>Các bệnh kèm theo</b>	4/100

Bảng 2 Xếp loại nguy cơ theo thang điểm Braden

<b>Nguy cơ thấp</b>	45/100
<b>Nguy cơ trung bình</b>	35/100
<b>Nguy cơ cao</b>	15/100
<b>Nguy cơ rất cao</b>	5/100

### IV/ BÀN LUẬN

Loét tỳ đè là do mạch máu bị đè ép quá lâu trên một vùng của cơ thể, thường xuất hiện ở những vùng có xương bị nhô lên hoặc do khi dùng giường hoặc ghế. Loét tỳ đè hình thành là do hoại tử thiếu máu cục bộ của da và mô dưới da. Một số yếu tố khác làm hình thành loét tỳ đè có thể là các yếu tố không liên quan đến bệnh nhân hoặc phụ thuộc vào tình trạng của bệnh nhân.

Nguyên nhân gồm có các yếu tố như:

Tuổi: Các bệnh nhân mắc bệnh tỳ đè thường có liên quan đến tuổi cao

Bất động

Tình trạng da xấu: Sức đề kháng của da bị giảm do tuổi tác, điều trị lâu ngày với corticosteroid và tình trạng thiếu dinh dưỡng.

Mất cảm giác và mất khả năng tự chủ

Không có cảm giác, giảm sự nhạy cảm

Tình trạng xương sống và thần kinh

Rối loạn thần kinh dẫn đến tình trạng mất cảm giác đau khi cơ thể phải chịu đựng một sức nặng vượt quá khả năng và mất phản xạ khi thay đổi vị trí của các bộ phận trên cơ thể.

Tình trạng thiếu oxy cục bộ do bệnh động mạch hoặc tình trạng bất thường của tĩnh mạch, bệnh đái đường, ung thư, nhiễm trùng, thiếu máu và sốt cao là các yếu tố có nguy cơ dẫn đến loét tỳ đè.

Mất kiểm soát: Nước tiểu hoặc phân có thể gây ra trầy da do da bị hầm bí.

Tình trạng dinh dưỡng: Suy dinh dưỡng là một trong những yếu tố chính gây ra loét tỳ đè. Tất cả phương pháp điều trị loét tỳ đè phải được đi kèm với một chế độ ăn uống thích hợp.

Yếu tố khác như:

Áp lực: Áp lực tác động lên các mô. Áp lực này tác động đến những vùng có xương nhô lên, nơi có mô mềm giữa các xương nối tiếp nhau và lực nén bị tăng lên. Ở trạng thái bình thường, các áp lực này sẽ tác động với một áp lực tương ứng tùy thuộc vào trọng lượng của cơ thể của diện tích bề mặt tiếp xúc.

Do ma sát: Sự cọ xát, trầy xước xảy ra khi hai bề mặt cọ vào nhau. Các yếu tố này gây ra sự mài mòn da ban đầu.

Do biến dạng: Khi cọ sát sẽ gây ra trượt và xoắn các lớp dưới da lại với nhau. Loét tỳ đè thường xuất hiện ở các vị trí đặc biệt khi bệnh nhân ngồi ngã về phía sau các lớp dưới da sẽ là điểm bị đè.

Sự xuất hiện của loét tỳ đè: Loét tỳ đè là nguy cơ tiềm ẩn có thể xuất hiện khi bệnh nhân bị bất động trong thời gian dài. Trong nhiều trường hợp, một người bị loét tỳ đè mắc một hoặc nhiều các chứng bệnh khác có thể ảnh hưởng đến điều trị và lành thương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là  $61,39 \pm 15,97$  tuổi. Giới nam chiếm đa số chiếm 75%, tỷ lệ này cũng phù hợp vì bệnh nhân tai biến mạch máu não nam chiếm đa số do đó tỷ lệ nam chiếm cao hơn. Ngày điều trị trung bình trong nghiên cứu là  $8,5 \pm 3,1$  ngày. Trong đó nguy cơ rất cao chiếm tỷ lệ thấp 3% các trường hợp, nguy cơ cao chiếm 17% các trường hợp, nguy cơ trung bình chiếm 35% các trường hợp, nguy cơ thấp chiếm 45% các trường hợp. Các trường hợp nguy cơ rất cao rơi vào các trường hợp hôn mê sâu phải ăn qua sond dạ dày và đặt sond tiêu, BMI thấp. Đây là những bệnh nhân có nguy cơ loét rất lớn, cần phải hướng dẫn người nhà bệnh nhân kết hợp với nhân viên y tế chăm sóc tích cực hơn cho người bệnh.

## V/ KẾT LUẬN

Áp dụng thang điểm Praden tại Nội khoa thần kinh để đánh giá nguy cơ loét do tỳ đè giúp nhân viên y tế phân tầng được nguy cơ loét, 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. Lương Tuấn Khanh, Phạm Thị Phương Hồng (2011), nghiên cứu tình trạng loét do đè ép trên bệnh nhân tổn thương tủy sống tại Bệnh viện Bạch Mai.

**ĐÁNH GIÁ SAU MỘT NĂM ĐIỀU TRỊ TIÊU SỢI HUYẾT  
TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP  
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**

*Nguyễn Duy Tân, Mai Nhật Quang,  
Trần Thanh Phong, Lê Hoàng Dũng*

**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 30/09/2019.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:** Thời gian trung bình từ lúc bắt đầu có triệu chứng đến khi nhập viện trung bình  $133.8 \pm 67.8$  (phút), thời gian trung bình từ lúc nhập viện đến khi được tiêm thuốc là  $64.4 \pm 28.8$  (phút). Trong đó có 38/67 bệnh nhân (56.7%) được tiêm tPA trong vòng 60 phút sau nhập viện. Điểm NIHSS cải thiện sau khi ra viện chiếm 82% (55/67).

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

**ABSTRACTS**

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

**Patients and methods:** Case series report including 67 persons who admitted to Neurology ward of An giang hospital from February 1<sup>st</sup> 2018 to September 30<sup>th</sup> 2019.

**Results:** The mean time from onset of stroke symptoms to hospitalization was  $133.8 \pm 67.8$  (minutes), mean time from admission to injection was  $64.4 \pm 28.8$  (minutes). Of these, 38/67 patients (56.7%) received thrombolysis with Intravenous rtPA within 60 minutes after admission. The improved NIHSS score after discharge accounted for 82% (55/67).

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

**I/ 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.

**II/ ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU****2.1 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 30/09/2019.

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

Tuổi  $\geq 18$  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 tuỷ 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 mm<sup>3</sup>.

HA không kiểm soát được.

Điều trị thuốc chống đông với INR > 1.5 giây.

Bệnh chảy máu bẩm sinh hay mắc phải.

**2.2 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; cấy lớp vi tính

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

Giải thích cho bệnh nhân và thân nhân về lợi ích và nguy cơ 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 O<sub>2</sub>, 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 xuất huyết não hoặc phù não/nhồi máu phù nề.

+ Triệu chứng thần kinh xấu đi.

Glasgow Coma điểm giảm  $\geq$  02 điểm.

NIHSS tăng > 4 điểm.

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

### III/ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

*Bảng 1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu.*

<b>Tuổi</b>		62.3±11.4 tuổi
<b>Giới: Nam (nữ)</b>		49 (18)
<b>Thời gian từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện</b>		133.8±67.8 (phút)
<b>Thời gian từ lúc nhập viện đến lúc điều trị thuốc</b>		64.4±28.8 (phút)
<b>Điểm NIHSS</b>	Vào viện	11.03±3.4 (6-23)
	1 giờ	8.14±4.01 (2-24)
	24 giờ	5.36±4.35 (2-34)
	Ra viện	4.38±2.3 (0-10)
	Điểm NIHSS cải thiện≥4 Khi ra viện	55/67
<b>Huyết áp tâm thu</b>		143.31±26.28 mmHg
<b>Huyết áp tâm trương</b>		84.22±15.73mmHg
<b>Tiền căn</b>		
	Tăng huyết áp	41/67
	Đái tháo đường	19/67
	Rối loạn lipid máu	50/67
<b>Điểm Rankin lúc ra viện</b>		1.88±1.85

*Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng lúc vào viện.*

<b>Triệu chứng lâm sàng</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ý thức</b>	Tỉnh táo	50/67	74.62%
	Ngủ gà	10/67	14.92%
	Lơ mơ	7/67	10.44%
	Hôn mê	0/67	
<b>Liệt vận động</b>		67/67	100%
<b>Rối loạn cảm giác</b>		60/67	89.55%
<b>Rối loạn ngôn ngữ</b>		48/67	71.64%

### IV/ BÀN LUẬN

Từ 02/2018 đến 30/09/2019 có 67 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 62.3±11.4 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 49/67 trường hợp. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỉ lệ nhiều nhất 41/67 (61.19%) 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 19/67 trường hợp, và rối loạn lipid máu 50/67 (74.63%) 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 143.31±26.28 mmHg, và huyết áp tâm trương trung bình là 84.22±15.73mmHg cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cs là 139 ±28mmHg và 81.8±14mmHg.

Điểm NIHSS trung bình khi vào viện là 11.03±3.4 điểm, dao động từ 8-23 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 8.14±4.01 điểm dao động từ 2-24 điểm, điểm NIHSS trung bình sau 24 giờ là 5.36±4.35 điểm dao động từ 2-34 điểm, và điểm NIHSS trung bình lúc ra viện là 4.38±2.30 điểm dao động từ 0-10 điểm. Điểm NIHSS cải



thiện >4 điểm, chiếm 55/67 (82%) lúc ra viện, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Đức tại bệnh viện đa khoa đồng tháp điểm NIHSS trung bình lúc ra viện là 5.83 điểm.

Thời gian trung bình từ lúc bắt đầu có triệu chứng đến khi nhập viện trung bình  $133.8 \pm 67.8$  (phút), thời gian trung bình từ lúc nhập viện đến khi được tiêm thuốc là  $64.4 \pm 28.8$  (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 38/67 bệnh nhân (56.7%) 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  $1.83 \pm 1.21$  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, một trường hợp xuất huyết não lớn người nhà không đồng ý điều trị tiếp, và một trường hợp xuất huyết não thùy nhỏ nhưng lúc ra viện tri giác cải thiện tốt. Các trường hợp còn lại có tỷ lệ phục hồi vận động tốt.

## V/ 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. Nguyễn Thị Minh Đức. Bước đầu điều trị tiêu sợi huyết tại Bệnh viện đa khoa Đồng Tháp.
2. Vũ Anh Nhị. Thần kinh học, nhà xuất bản đại học quốc gia Tp. Hồ Chí Minh năm 2013.
3. 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.
4. Intravenous Thrombolytic Therapy for Acute Ischemic Stroke N Engl J Med 2011; 364:2138-46. Copyright © 2011 Massachusetts Medical Society.
5. Dick and et al: IV tPA for Acute Ischemic Stroke. Results of the First 101 Patients in a Community Practice. The Neurologist 2005;11: 305-308.in Acute Stroke. Stroke.2007.
6. Albright and et al: **Time to Neurological Deterioration in Ischemic Stroke.**

## HIỆU QUẢ LIỀU THẤP THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON TRONG ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN CẤP ĐỘ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Lâm Võ Hùng, Nguyễn Tấn Thành,  
Trần Ngọc Bích, Bùi Thị Thanh Trúc

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh hiệu quả điều trị của liều thấp PPI với liều cao PPI trong xuất huyết tiêu hóa trên cấp về thời gian nằm viện, tái xuất huyết, sự cần thiết phẫu thuật, tử vong.

**Phương pháp nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên trên 86 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng phân thành hai nhóm, nhóm dùng PPI liều thấp và nhóm kia dùng PPI liều cao tại khoa Nội Tiêu hóa-Huyết học, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang trong năm 2019.

**Kết quả:** tuổi trung bình là  $56.5 \pm 14.9$  tuổi, giới nam nhiều hơn nữ (58,1%/42,9%). Lâm sàng có ói ra máu và tiêu phân đen nhiều nhất 67,4%, tiêu phân đen 32,6%; đau thượng vị âm ỉ 76,7%, từng cơn 23,3%; thiếu máu nhẹ 15,1%, trung bình 74,4%, nặng 10,5%. Vị trí ổ loét: loét hang môn vị 52,3%, vùng thân vị 10,5%, tá tràng 37,2%. Phân độ Forrest: IIa 38,4%, IIb 33,7%, IIc 22,1%, III 5,9%. Về thời gian nằm viện trung bình là  $6,1 \pm 1,5$  ngày; so sánh thời gian nằm viện giữa hai nhóm dùng PPI liều thấp và PPI liều cao sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $P=0,63$ . Về tỉ lệ tái phát giữa hai nhóm PPI liều cao và PPI liều thấp tương tự nhau với  $P=0,34$ , OR 0,5, 95% CI 0,09 – 2,58. Về tỉ lệ phẫu thuật, tử vong, so sánh giữa hai nhóm PPI liều cao và PPI liều thấp cũng tương tự nhau với  $P=0,31$ , OR 0,97, 95% CI 0,93 – 1,02.

**Kết luận:** Sử dụng PPI liều thấp có tác dụng tương tự như dùng PPI liều cao về thời gian nằm viện, tỉ lệ tái phát, tỉ lệ phẫu thuật và tỉ lệ tử vong. Dùng PPI liều thấp còn có ưu điểm làm giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân.

### ABSTRASCT

**AIM:** To compare the efficacy of low dose PPI and high dose PPI in bleeding peptic ulcer on the duration of hospitalization, re-bleeding, the necessary to surgery and mortality.

**METHODS:** A randomized clinical trial on 86 patients with bleeding peptic ulcer. They were divided into two groups, one group received high dose PPI regimen and another group received low dose PPI regimen in department of Gastroenterology-hematology, An Giang Central General Hospital.

**RESULTS:** Average age was  $56.5 \pm 14.9$  years, male (58,1%) more than female (42,9%). The most common clinical features was hematemesis and melena 67,4%, melena 32,6%. Dull epigastric pain 76,7%, epigastric crisis 23,3%, mild anemia 15,1%, average anemia 74,4%, severe anemia 10,5%. The site of peptic ulcer: antral 52,3%, gastric body 10,5%, duodenum 37,2%. Forest score: IIa 38,4%, IIb 33,7%, IIc 22,1%, III 5,9%. The average of duration of hospitalization was  $6,1 \pm 1,5$  days; Comparing the duration of hospitalization between two groups using high dose PPI regimen and low dose PPI regimen, there was no statistical significance with  $P = 0,63$ . Re-bleeding between two groups of high dose PPI regimen and low dose PPI regimen was similar with  $P=0,34$ , OR 0,5, 95% CI 0,09 – 2,58. Surgery and mortality compared with two groups also were similar with  $P=0,31$ , OR 0,97, 95% CI 0,93 – 1,02.

**CONCLUSION:** Using low dose PPI regimen had the similar functions as high dose PPI regimen did, specifically, it was about the duration of hospitalization, re-bleeding, surgery and mortality. Using low dose PPI regimen also could help to decrease the budget for patients.

### I/ ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguyên nhân thường gặp của xuất huyết tiêu hóa trên cấp không do giãn tĩnh mạch thực quản là loét dạ dày tá tràng (2)(4). Phương pháp điều trị hiện nay là cầm máu qua nội soi bằng những phương thức thích hợp, sau đó sử dụng thuốc ức chế bơm proton (PPI=Proton pump inhibitor) với liều cao để giữ pH dịch vị trên 6, ở pH này sẽ giúp ổn định hoạt động tiểu cầu và

bền vững cục máu đông ngay ổ loét (2)(4)(7). Từ đó, làm giảm tỉ lệ tái xuất huyết, giảm sự cần thiết của phẫu thuật, giảm thời gian nằm viện và giảm tỉ lệ tử vong (2)(6)(7)(8). Tuy nhiên, gần đây có nhiều nghiên cứu cho thấy, loại PPI không ảnh hưởng đến kết quả điều trị (2) đồng thời sử dụng liều thấp PPI cũng tương tự và hữu ích như dùng liều cao PPI (1)(2)(5)(9). Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá hiệu quả của sử dụng liều thấp PPI so với liều cao PPI trong điều trị xuất huyết tiêu hóa trên cấp do loét dạ dày tá tràng tại khoa Nội Tiêu hóa-Huyết học, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Xác định mục tiêu chuyên biệt của đề tài:

1. Xác định đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi của bệnh xuất huyết tiêu hóa trên cấp không do giãn tĩnh mạch thực quản
2. So sánh hiệu quả điều trị của liều thấp PPI với liều cao PPI trong xuất huyết tiêu hóa trên cấp về thời gian nằm viện, tái xuất huyết, sự cần thiết phẫu thuật, tử vong.

## II/ PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

### 2.1. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên: những bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa trên cấp nhập viện khoa Nội Tiêu hóa-huyết học được cầm máu qua nội soi sẽ chọn ngẫu nhiên chia thành hai nhóm, một nhóm được cho sử dụng thuốc PPI với liều cao: 40mg bolus, sau đó duy trì 8mg/giờ trong 72 giờ tiếp theo, kế đó dùng tiếp 40mg mỗi ngày đến khi ra viện; nhóm thứ hai dùng thuốc PPI liều thấp: 40mg bolus, sau đó duy trì 4mg/giờ trong 72 giờ tiếp theo, dùng tiếp 40mg mỗi ngày đến khi ra viện. Cả hai nhóm đều được thu thập dữ liệu theo mẫu và đánh giá thời gian nằm viện, tỉ lệ tái xuất huyết, phẫu thuật, tỉ lệ tử vong.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. *Cỡ mẫu*: áp dụng công thức tính so sánh 2 tỉ lệ

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

Chúng tôi lấy kết quả nghiên cứu trước (7) với 12% giảm xuất huyết trong nhóm liều cao và 4% trong nhóm liều thấp,  $\alpha=5\%$  và  $\beta=20\%$ . Cỡ mẫu cho mỗi nhóm là 43 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: ngẫu nhiên theo số chẵn, lẻ, bệnh nhân có số chẵn phân vào nhóm I (nhóm dùng PPI liều thấp), có số lẻ phân vào nhóm II (nhóm dùng PPI liều cao).

#### 2.2.2. *Đối tượng nghiên cứu*

Những bệnh nhân có triệu chứng xuất huyết tiêu hóa trên cấp nhập viện khoa Nội Tiêu hóa-Huyết học sẽ được nội soi dạ dày tá tràng trong vòng 12-24 giờ và can thiệp cầm máu nếu có chỉ định. Những bệnh nhân có phân độ Forrest từ IIA đến III sẽ đưa vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch thực quản, đa ổ loét, loét ác tính, bệnh nhân đang dùng corticoid, thuốc kháng viêm non steroid.

#### PHÂN ĐỘ FOREST (4):

- \_ Ia: máu chảy thành tia phún
- \_ Ib: máu chảy thành dòng, rỉ rả
- \_ IIa: thấy mạch máu lộ ra (nguy cơ tái xuất huyết cao)
- \_ IIb: có cục máu đông (nguy cơ tái xuất huyết trung bình)
- \_ IIc: có cặn máu đen (nguy cơ tái xuất huyết thấp)
- \_ III: đáy ổ loét sạch

#### 2.2.3. *Phương pháp xử lý số liệu*

Sử dụng phần mềm thống kê STATA 10

\_ Dùng lệnh tab1 khảo sát các biến định tính: giới, hình ảnh nội soi, tái phát, phẫu thuật, kết cục,

\_ Dùng lệnh sum khảo sát các biến định lượng: tuổi, thời gian nằm viện,

\_ Dùng phép kiểm  $\chi^2$  để đánh giá sự khác biệt về tái phát, phẫu thuật, kết cục của nhóm liều cao PPI và nhóm liều thấp PPI.

\_ Dùng phép kiểm Wilcoxon rank sum test để đánh giá sự khác biệt về thời gian nằm viện của nhóm liều cao PPI và nhóm liều thấp PPI.

### III/ KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng 86 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên cấp do loét dạ dày-tá tràng được điều trị bằng cầm máu qua nội soi dạ dày tá tràng và dùng thuốc ức chế bơm proton chia làm hai nhóm: nhóm dùng liều cao và nhóm dùng liều thấp trong năm 2019 tại khoa Nội Tiêu hóa-huyết học, BVĐKTT An giang, chúng tôi có những kết quả như sau

#### 3.1. Đặc điểm chung

- Tuổi: tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $56.5 \pm 14.9$ , nhỏ nhất 19 tuổi, lớn nhất 88 tuổi. Nhận xét tuổi trung bình thuộc nhóm trung niên.

- Giới: nam có 50 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 58,1%, nữ có 36 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 42,9%. Nhận xét giới nam nhiều hơn nữ.

#### 3.2. Lâm sàng

Lâm sàng		Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
Nôn ra máu và tiêu phân đen		58	67,4
Tiêu phân đen đơn thuần		28	32,6
Đau thượng vị âm ỉ		66	76,7
Đau thượng vị từng cơn		20	23,3
Thiếu máu	Nhẹ	13	15,1
	Trung bình	64	74,4
	Nặng	9	10,5

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Nhận xét: nôn ra máu và tiêu phân đen, đau thượng vị âm ỉ và thiếu máu mức độ trung bình chiếm tỉ lệ nhiều nhất

#### 3.3. Đặc điểm ổ loét dạ dày tá tràng

Ổ loét		Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
Loét hang, môn vị		45	52,3
Loét vùng thân vị		9	10,5
Loét tá tràng		32	37,2
Phân độ Forrest	IIa	33	38,4
	IIb	29	33,7
	IIc	19	22,1
	III	5	5,9

Bảng 2. Đặc điểm ổ loét

Nhận xét: loét hang môn vị, phân độ forest IIa chiếm tỉ lệ nhiều nhất

#### 3.4. Thời gian nằm viện

- Ngày điều trị trung bình là  $6,1 \text{ ngày} \pm 1,5$ , ít nhất là 3 ngày, nhiều nhất là 10 ngày.

- Theo phép kiểm Wilcoxon rank sum test so sánh ngày điều trị giữa hai nhóm PPI liều cao và PPI liều thấp, ta có  $P=0,63$ . Do đó, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

#### 3.5. Tái phát

Tái phát	Liều PPI n(%)		Tổng n(%)	P	OR	CI
	Liều cao	Liều thấp				
Có	2 (4,7)	4 (9,3)	6 (7)	0.34	0.5	0.09 - 2.58
Không	41 (95,3)	39(90,7)	86 (100)			

Bảng 3. So sánh tái phát giữa hai nhóm

Nhận xét: về tỉ lệ tái phát với  $P=0.34$ ,  $OR=0.5$  với  $95\% CI= 0.09-2.58$  nên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê

### 3.6. Kết cục

Kết cục	Liều PPI n(%)		Tổng n(%)	P	OR	CI
	Liều cao	Liều thấp				
Ra viện	42 (97,7)	43 (98,8)	85 (98,8)	<b>0.31</b>	<b>0.97</b>	<b>0.93 - 1.02</b>
Chuyển mổ	1 (2,3)	0	1 (1,16)			
Tử vong	0	0	0			
Chuyển viện	0	0	0			

Bảng 4. So sánh kết cục giữa hai nhóm

Nhận xét: với  $P=0.31$ ,  $OR= 0.97$  với  $95\% CI= 0.93-1.02$  nên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê

### IV/BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng 86 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng sau khi nội soi dạ dày tá tràng can thiệp cầm máu được chia thành hai nhóm, một nhóm dùng PPI liều cao và nhóm kia dùng PPI liều thấp, chúng tôi có những kết quả tương tự như những nghiên cứu khác.

Về giới, chúng tôi có tỉ lệ nam/nữ là 50(58,1%)/30(42,9%), nam chiếm ưu thế. Về tuổi, tuổi trung bình là  $56,5 \pm 14,9$  ưu thế tuổi trung niên. Kết quả này tương tự [Abdol Rahim Masjedizadeh et al](#), [Liam CM et al](#) (2).

Về đặc điểm ổ loét dạ dày tá tràng, loét dạ dày chiếm ưu thế, trong đó loét vùng hang môn vị gặp nhiều hơn các vị trí khác (52,3%). Loét vùng tá tràng ít gặp hơn loét dạ dày (37,2%). Nghiên cứu của [Abdol Rahim Masjedizadeh et al](#). có loét tá tràng nhiều hơn loét dạ dày khác với kết quả của chúng tôi, có thể do mẫu chúng tôi ít hơn. Phân độ Forrest có nhóm FIIa chiếm ưu thế, do chúng tôi giới hạn đối tượng nghiên cứu không khảo sát nhóm FI để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

Về lâm sàng, 100% bệnh nhân có đau thượng vị. kiểu đau, mức độ khác nhau, đau âm ỉ thường gặp nhất 77,7%, một số đau từng cơn. Ói máu và tiêu phân đen chiếm ưu thế hơn tiêu phân đen đơn thuần, phù hợp với kết quả nội soi dạ dày tá tràng, nhóm FIIa có tỉ lệ cao nhất.

Sử dụng PPI kết hợp cầm máu thích hợp qua nội soi dạ dày tá tràng là liệu pháp chuẩn điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng (1)(2)(4)(7). Cho đến nay, có rất nhiều nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng RCTs cũng như các phân tích gộp, tổng quan hệ thống của nhiều trung tâm tiêu hóa trên thế giới khi so sánh hiệu quả của phác đồ dùng PPI liều cao và PPI liều thấp đều có chung nhận định kết cục tương tự nhau về thời gian nằm viện, tái phát, sự cần thiết phẫu thuật, tỉ lệ tử vong (9). Mục đích của dùng PPI sau nội soi cầm máu là duy trì pH dịch vị lớn hơn 6. Ở  $pH > 6$ , dịch vị không phá vỡ kết tập tiểu cầu nơi chảy máu và làm ổn định cục máu đông, hạn chế tái xuất huyết sau khi đã cầm máu tự nhiên hoặc do can thiệp (3)(4)(8)(9)(10). Vấn đề là với liều thấp PPI, pH dịch vị có còn duy trì lớn hơn 6 như liều cao PPI?

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giữa những bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng, cả hai nhóm dùng PPI liều cao và liều thấp đều có kết cục thời gian nằm viện, phẫu thuật, tái phát, tỉ lệ tử vong đều tương tự như nhau. Cụ thể, về thời gian nằm viện giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P=0,63$ . Tương tự, về tiêu chí phẫu thuật, tử vong không khác biệt giữa hai nhóm với  $P=0,31$ ,  $OR=0,97$ ,  $95\% CI 0,93-1,02$ . Tỉ lệ tái phát giữa hai nhóm tương tự nhau với  $P=0.34$ ,  $OR=0.5$ ,  $95\% CI= 0.09-2.58$ . Như vậy, so sánh với những nghiên cứu trước trên thế giới cũng có kết luận tương tự. Trong nghiên cứu đã báo cáo, [Andriulli et al](#) khảo sát 236 bệnh nhân dùng liều cao PPI và 238 bệnh nhân dùng liều thấp PPI, nhận thấy tỉ lệ tái phát ( $P=0,34$ ), số đơn vị máu trung bình cần truyền ( $P=0,32$ ), thời gian nằm viện ( $P=0,18$ ) và phẫu thuật ( $P=0.03$ ) không có sự khác biệt giữa hai nhóm (1). [Chen et al](#) nghiên cứu 45 bệnh nhân dùng liều cao và 48 bệnh nhân dùng liều thấp PPI, tỉ lệ tái phát trong

4 thời điểm (3, 7, 14 và 28 ngày) kể từ lần xuất huyết đầu tiên thì bằng nhau trong hai nhóm (3). Trong nghiên cứu mù đôi thử nghiệm lâm sàng của Abdol Rahim Masjedizadeh et al cả hai nhóm dùng pantoprazole liều cao và liều thấp có cùng kết cục như nhau. Tỷ lệ tái phát ( $P=0.30$ ), thời gian nằm viện hơn 5 ngày ( $P=0,53$ ), số lượng máu truyền hơn 2 đơn vị ( $P=0,15$ ), lượng máu đã truyền ( $P=0,50$ ), tỉ lệ tử vong ( $P=0.99$ ) và phẫu thuật ( $P=0,75$ ) sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (2). Hơn nữa, Yao chun et al khảo sát trên 120 bệnh nhân, Wang et al làm phân tích gộp 1157 trường hợp, Calver et al và Liu-cheng et al phân tích gộp 1345 bệnh nhân đều có cùng phát hiện tỉ lệ tái xuất huyết trên bệnh nhân loét dạ dày và loét tá tràng như nhau ( $P=0.84$ ) (10).

Vậy, nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với các nghiên cứu có chất lượng ở trên về mục tiêu tỉ lệ tái phát, thời gian nằm viện, phẫu thuật và tử vong. Từ nhận xét này, câu hỏi sử dụng PPI liều thấp có duy trì pH dạ dày  $> 6$  hay không đã có câu trả lời: dùng PPI liều thấp có tác dụng tương tự như dùng PPI liều cao trong điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng.

## V/ KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 86 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại khoa Nội Tiêu hóa-Huyết học, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, chúng tôi nhận thấy sử dụng PPI liều thấp có tác dụng tương tự như dùng PPI liều cao về thời gian nằm viện, tỉ lệ tái phát, tỉ lệ phẫu thuật và tỉ lệ tử vong. Dùng PPI liều thấp còn có ưu điểm làm giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1/ Andriulli A, Loperfido S, Focareta R et al. High-versus low -dose proton pump inhibitors after endoscopic homeostasis in patients with peptic ulcer bleeding: a multicenter, randomized study. *Am J Gastroenterol.* 2008;103, pp 3011–8.
- 2/ Abdol Rahim Masjedizadeh, Eskandar Hajianid, High Dose versus Low Dose Intravenous Pantoprazole in Bleeding Peptic Ulcer: A Randomized Clinical Trial, *Middle East J Dig Dis*, 2014 Jul; 6(3), pp 137-43.
- 3/ Chen HC, Kao AW, Chuang CH, Sheu BS. The efficacy of high-and low dose intravenous Omeprazole in preventing rebleeding for patients with bleeding peptic ulcer and co morbid illnesses. *Dig Dis Sci.* 2005;50, pp 1194–201.
- 4/ Daniel K. Podolski, *Yamada Textbook of Gastroenterology*, 6<sup>th</sup> Edition, Wiley Blackwell, 2014, pp 1675-80.
- 5/ Liang CM, Lee JH, Kuo YH, Intravenous non-high-dose pantoprazole is equally effective as high-dose pantoprazole in preventing rebleeding among low risk patients with a bleeding peptic ulcer after initial endoscopic hemostasis, *BMC Gastroenterol*, 2012, Mar 238, pp 12-28.
- 6/ Liu-Cheng Wu, Yun-Fei Cao, High-dose vs low-dose proton pump inhibitors for upper gastrointestinal bleeding: A meta-analysis, *World J Gastroenterol*, 2010 May 28; 16(20), pp 2558-65.
- 7/ Mehmedović-Redzepović A, Mesihović R, Hematologic and laboratory parameters in patients with peptic ulcer bleeding treated by two modalities of endoscopic hemostasis and proton pump inhibitors. *Med Glas (Zenica)* 2011;8, pp 151–7
- 8/ Neumann I, Letelier LM, Comparison of different regimens of proton pump inhibitor for acute peptic ulcer bleeding, *Cochrane Database Syst Rev*, 2013 Jun 12; (6), CD 007999.
- 9/ Sqourakis G, Chatzidakis G, High-dose vs. Low-dose Proton Pump Inhibitors post-endoscopic hemostasis in patients with bleeding peptic ulcer. A meta-analysis and meta-regression analysis. *Turk J Gastroenterol*, 2018 Jan; 29(1), pp 22-3.
- 10/ Wang CH, Ma MH, High dose vs non-high dose proton pump inhibitor after endoscopic treatment in patient peptic ulcer: a systemic review and meta analysis of randomized controlled trials, *Arch Intern Med*, 2010 May 10; 170 (9), pp 751-8.

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

Phạm Huỳnh Minh Trí, Lý Thanh Đồng,  
Lê Phước Luyện, Nguyễn Thị Nhớ.

### TÓM TẮT

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

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

**Phương pháp:** Mô tả cắt ngang hồi cứu.

**Kết quả:** Có 151 bệnh nhân được CTĐMVQD, tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là  $69,37 \pm 9,12$  tuổi, tuổi lớn nhất là 92 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 35 tuổi. Các tổn thương động mạch vành: ĐMV phải 54,60%; thân chung ĐMV trái 21,05%; đoạn gần ĐM liên thất trái trước 52,60%; sang thương chia đôi 37%; sang thương tắc nghẽn mạn tính (CTO) 15,79%; sang thương loại C 54,60%. Kết quả can thiệp: Tỷ lệ biến chứng chung 7,94%, trong đó có loạn nhịp tim 1,32%, dị ứng thuốc cản quang 0,66%, máu tụ nơi đâm kim 2,64%, bơm khí vào động mạch vành 0,66%, phù phổi cấp 1,32% không có trường hợp nào tử vong do biến chứng. Tỷ lệ tử vong trong can thiệp cấp cứu 1,32% là do nhồi máu cơ tim cấp Killip III và IV.

**Kết luận:** Tỷ lệ thành công là 98,67%; tỷ lệ tử vong trong can thiệp cấp cứu 1,32%; tỷ lệ biến chứng chung 7,94%.

### SUMMARY

**Background:** Treatment of coronary artery disease currently includes: internal medicine, percutaneous coronary intervention (PCI) and coronary artery bypass surgery. When comparing the above three methods, the intervention has many advantages.

**Objectives:** Determining the success rate of PCI at An Giang Center General Hospital.

**Method:** Description of retrospective retrospective.

**Results:** There were 151 patients with PCI, the average age of the sample was  $69.37 \pm 9.12$  years old, the oldest was 92 years old, the youngest was 35 years old. Coronary artery lesions: Right coronary artery 54.60%; common life corps left 21.05%; the segment near the left ventricular aortic before 52.60%; lesion divided into 37%; chronic obstructive lesions (CTO) 15.79%; to brand C, 54.60%. Intervention results: The overall complication rate is 7.94%, including arrhythmia 1.32%, allergy contrast 0.66%, hematoma at needle placement 2.64%, gas injection into the coronary artery 0.66%, pulmonary edema 1.32% with no deaths due to complications. The mortality rate in emergency intervention 1.32% was due to Killip III and IV acute myocardial infarction.

**Conclusion:** Success rate is 98,67%; death rate in emergency intervention 1.32%; The overall complication rate is 7.94%.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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

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

1. Mô tả các tổn thương động mạch vành.

## 2. Xác định tỷ lệ thành công của CTĐMVQD tại BVĐKTT An Giang.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

**2.2. Đối tượng nghiên cứu:** Hồi cứu tất cả các hồ sơ bệnh án được CTĐMVQD tại khoa nội Tim mạch – Lão học – BVĐKTT An Giang từ 03/2019 đến 08/2019.

**2.3. Xử lý thống kê:**

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

**2.4. Qui trình theo dõi sau can thiệp:**

-Bệnh nhân được theo dõi tại phòng săn sóc sau can thiệp và rút sheath ĐM đùi hoàn chỉnh.

-Bệnh nhân được chuyển đến phòng lưu bệnh và được theo dõi tiếp trong vòng 24 giờ sau can thiệp. Đối với bệnh nhân bị hội chứng vành cấp theo dõi trong phòng CCU 24 giờ.

-Bệnh nhân tái khám định kỳ: 2 tuần đầu, sau đó tái khám mỗi tháng sau can thiệp.

**2.5. Định nghĩa các biến dùng trong nghiên cứu:**

-Đánh giá tổn thương động mạch vành. Tổn thương động mạch vành được đánh giá theo phân loại tổn thương của hội tim/ Trường tim Hoa Kỳ (ACC/AHA) <sup>[15]</sup>.

-Kỹ thuật can thiệp: đặt stent theo kiểu cổ điển (nong bóng tổn thương trước đặt stent), đặt stent trực tiếp không cần nong bóng trước.

-Thành công về giải phẫu hay chụp mạch máu: khi hẹp tồn lưu sau can thiệp <20% đường kính (sau đặt stent) hay < 50% (sau nong bóng đơn thuần) và dòng chảy bình thường TIMI 3. <sup>[1];[15]</sup>

- Thành công về lâm sàng: thành công về giải phẫu kèm giảm triệu chứng thiếu máu cục bộ sau can thiệp can thiệp mà không cần tái thông bằng ngoại khoa hay làm lại can thiệp cấp cứu trong vòng 30 ngày sau can thiệp <sup>[1];[15]</sup>.

-Biến chứng nội khoa: tụt huyết áp, loạn nhịp, đau ngực, suy tim nặng lên, biến chứng liên quan thuốc cản quang (suy thận, phản ứng phản vệ). <sup>[7];[15]</sup>.

-Biến chứng mạch máu tại chỗ chọc động mạch: chảy máu, máu tụ, giả phình mạch, dò động tĩnh mạch, huyết khối nguyên tắc....

-Biến chứng mạch vành: tắc mạch vành cấp, phẫu thuật bắc cầu cấp cứu, thủng mạch vành, đứt dây dẫn, rút stent, lặp lại tái thông tổn thương tích, huyết khối cấp, huyết khối bán cấp trong stent.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu**

Tổng số 151 bệnh nhân, với nam/ nữ gần = 1/1. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 69,37 ± 9,12 tuổi, tuổi lớn nhất là 92 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 35 tuổi.

**3.2. Sự phân bố biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân trước CTĐMVQD**

**Bảng 1** Bảng phân bố biểu hiện lâm sàng

Hội chứng mạch vành	Số lượt	Tỷ lệ %
Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên	12	8,75%
Đau thắt ngực không ổn định (ĐTNKÔĐ)	68	49%
Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên	57	41%
Đau thắt ngực ổn định	34	24%
Bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ	91	66,42%



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

**Bảng 2** Bảng phân bố các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Số lượt	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp	103	75,18%
Đái tháo đường	85	62,04%
Suy tim NYHA II trở lên	36	26,27%
Tai biến mạch máu não (TBMMN)	6	4,38%
Phân suất tổng máu thất trái (EF) $\leq 30\%$	11	8,02%
Creatinine máu $\geq 1.2$ mg%	72	52,55%
Hút thuốc lá	88	5%

### 3.4. Kết quả can thiệp

#### 3.4.1. Phân loại can thiệp

<b>Bảng 3:</b> Phân loại can thiệp			<b>Bảng 4:</b> phân độ NMCT theo Killip				
Phân loại can thiệp	N	%	Killip	I	II	III	IV
Can thiệp cấp cứu	14	9,27%	N	118	19	8	6
Can thiệp chương trình	137	90,72%	%	78,14%	12,58%	5,29%	3,97%
<b>Nhận xét:</b> Can thiệp cấp cứu thấp 9,27%			<b>Nhận xét:</b> Hầu hết là Killip I chiếm đến 78,14%				

#### 3.4.2. Kỹ thuật can thiệp

**Bảng 5:** Vị trí tiếp cận động mạch vành

Vị trí đâm kim	N	%
Động mạch quay	15	9,93%
Động mạch đùi	136	90,06%

#### 3.4.3. Mô tả các tổn thương động mạch vành

**Bảng 6.** Bảng mô tả các tổn thương động mạch vành

Sang thương	Phân bố	Tỷ lệ %
Động mạch vành phải	83	54,60%
Thân chung ĐMV trái (LMCA)	32	21,05%
Đoạn gần động mạch liên thất trái trước	74	52,60%
Sang thương chia đôi	53	37,50%
Sang thương tắc nghẽn mạn tính (CTO)	24	15,79%
Sang thương loại C	58	38,16%

### 3.4.4. Biến chứng can thiệp:

**Bảng 7. Biến chứng do can thiệp**

Tai biến	Số lượt	Tỷ lệ %
Loạn nhịp tim ( ngoại tâm thu thất )	2	1,32%
Tách, thủng vỡ thành ĐMV	0	0%
Tắc mạch	0	0%
Bơm khí vào ĐMV	1	0,66%
Dị ứng, suy thận do thuốc cản quang	1	0,66%
Nhiễm trùng	0	0%
Chảy máu, máu tụ nơi chọc kim	4	2,64%
Phù phổi cấp	2	1,32%
Tử vong	2	1,32%
<b>Tổng cộng</b>	<b>12</b>	<b>7,94%</b>

**Bảng 8: Biến chứng tử vong theo phân độ Killip**

Phân độ	Killip I	Killip II	Killip III	Killip IV
N	0	0	1	1
%			0,66%	0,66%

**Bảng 9: Bảng phân bố kết quả chung của can thiệp.**

Kết quả	Số lượt	Tỷ lệ %
Can thiệp thành công ( giải phẫu, lâm sàng )	149	98,67%
Tử vong	2	1,32%

## IV. BÀN LUẬN

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

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

Tuổi	Viện tim quốc gia	Viện tim TPHCM	BV 115	BV ĐHYD TPHCM	BVĐK Kiên Giang	Chúng tôi
Trung bình	59,95±8,35	61,5±12,5	62,11 ± 10,74	64,2±10,61	65,8 ± 12,3	69,37 ± 9,12

Qua bảng trên cho thấy tuổi trung bình được CTĐMVQD ngày càng tăng, theo nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các phòng thông tim trong cả nước. Tuy nhiên, khoảng tuổi tham gia can thiệp của chúng tôi rộng hơn từ 35 đến 92 tuổi, tương đương BVĐK Kiên Giang từ 27 đến 95. [1]; [6];[8];[10]

*Vị trí tiếp cận động mạch vành:* Trong nghiên cứu của chúng tôi, can thiệp qua đường động mạch quay chiếm tỷ lệ 9,93%. động mạch đùi chiếm 90,06% do bệnh nhân can thiệp lớn tuổi, mạch quay nhỏ, bất thường động mạch cánh tay đầu, can thiệp các tổn thương phức tạp cần các ống thông can thiệp lớn hơn 6F. Theo tác giả Huỳnh Trung Cang can thiệp qua đường động mạch quay chiếm tỷ lệ 94,5%, động mạch đùi chiếm 5,6% [1]. Tỷ lệ thành công này tương đương với nghiên cứu của bệnh viện Chợ Rẫy (86,56%) [9]. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Patrick T. O’Gara, tỷ lệ thành công của tiếp cận bằng đường động mạch quay 96,5% [12].

*Về phân loại can thiệp:* Trong nghiên cứu này, tỷ lệ can thiệp cấp cứu là 9,27% do mới triển khai, tay nghề còn non trẻ. Tỷ lệ này thấp hơn các trung tâm khác như bệnh viện Chợ Rẫy 20,7% [9]. Mặc dù mới triển khai nhưng chúng tôi vẫn can thiệp các trường hợp nhồi máu cơ

tim cấp ST chênh lên kể cả các trường hợp nhồi máu cơ tim có rối loạn huyết động như Killip III – IV. Can thiệp cấp cứu khá phổ biến đối với các trung tâm can thiệp lâu đời, có nhiều kinh nghiệm từ (20 - 45%) trong thực hành tim mạch can thiệp [1]; [2]; [9]; [10]; [11].

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

*Về kết quả can thiệp:* Trong những nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thành công 98, 67% so với Huỳnh Trung Cang 95,5 %. Tỷ lệ thành công này cũng tương tự như kết quả của những phòng thông tim ở trong nước (93 – 95%) [6]; [7]; [9]. Tỷ lệ của chúng tôi cao hơn một số nơi cũng vì can thiệp chương trình, có chuẩn bị. Trong khi đó chúng tôi can thiệp có 2 trường hợp tử vong (1,32%) do can thiệp cấp cứu nặng, Killip III và IV. Theo nghiên cứu của Huỳnh Trung Cang có 11 trường hợp tử vong do can thiệp cấp cứu (3,3%). Theo CCA thì can thiệp nhồi máu cơ tim cấp nặng, trong đó các trường hợp nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có Killip IV thì tỷ lệ tử vong lên đến 25%. Can thiệp cấp cứu tại Hoa Kỳ có tỷ lệ tử vong 4,8% [15]. Tỷ lệ tử vong do can thiệp cấp cứu tại các nước Châu Âu từ 6% - 14% [12]; [13]. Do bệnh cảnh bệnh ĐMV, phương tiện hỗ trợ can thiệp là những yếu tố ảnh hưởng lên tỷ lệ tử vong. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu chúng tôi tương đương so với các phòng thông tim trong nước (2,2 – 6,1%), Viện Tim TP HCM (1,7%) [8]; BV Nhân Dân 115 (1,4%) [10], bệnh viện Chợ Rẫy 2,6% [9]. Trường hợp thất bại bao gồm các tổn thương tắc mạn tính, đi wire không thành công, có trường hợp đi wire thành công nhưng bóng nhỏ 1.0 mm không qua được tổn thương. Can thiệp thất bại của chúng tôi ít hơn do triển khai can thiệp sau, cùng với sự hỗ trợ tốt của các chuyên gia tuyến trên, cũng như có các dụng cụ can thiệp mới được cải tiến và phong phú [1]; [11].

*Về biến chứng:* Nghiên cứu của chúng tôi Thất bại chung của chúng tôi có 12 chiếm tỷ lệ 7,94%, trong đó có loạn nhịp tim 1,32%, dị ứng thuốc cản quang 0,66%, máu tụ nơi đâm kim 2,64%, bơm khí vào động mạch vành 0,66%, phù phổi cấp 1,32% không có trường hợp nào tử vong do biến chứng vì xử trí kịp thời. So với tác giả Huỳnh Trung Cang có 2 trường hợp bị máu tụ tại động mạch đùi chiếm tỷ lệ 4,3%. Tỷ lệ máu tụ vị trí đâm kim của Hoa Kỳ từ 2% - 6% [1]; [15].

## VI. KẾT LUẬN:

Có 151 bệnh nhân được chụp – can thiệp động mạch vành, tuổi trung bình là  $69,37 \pm 9,12$  (35 – 92 tuổi):

1. *Các tổn thương động mạch vành:* ĐMV phải 54,60%; thân chung ĐMV trái 21,05%; đoạn gần ĐM liên thất trái trước 52,60%; sang thương chia đôi 37%; sang thương tắc nghẽn mạn tính (CTO) 15,79%; sang thương loại C 54,60%
2. *Kết quả can thiệp:* Tỷ lệ thành công là 98, 67%; tỷ lệ tử vong trong can thiệp cấp cứu 1,32%; tỷ lệ biến chứng chung 7,94%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Trung Cang, (2014). " Kết quả sau 2 năm can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam.
2. Trương Quang Bình. (2007). "Kết quả can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh trong 2 năm (2004-2006)". *Y Học TP. HCM* Tập 11 \* Phụ bản của số 11 \* 2007 2104-2110.
3. Phạm Hòa Bình, Nguyễn Văn Tân, Nguyễn Ngọc Tú, Hồ Thượng Dũng & Võ Quảng. (2010). "Một số nhận xét về điều trị nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên tại bệnh viện Thống Nhất". *Y Học TP. HCM*, Tập 14\* Phụ bản của số 11 \* 2010
4. Trần Nguyễn Phương Hải & Võ Thành Nhân. (2010). "Điều trị thân chung động mạch vành trái bằng kỹ thuật can thiệp qua da: kết quả trước mắt, ngắn hạn và trung hạn". *Y Học TP. HCM*, Tập 14 \* Phụ bản của số 12 \* 2010.
5. Hoàng Quốc Hòa. "Đặc điểm 99 trường hợp hội chứng vành cấp được chụp và can thiệp mạch vành tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định". *Y Học TP. HCM* Vol.13 - Supplement of No 16 - 2009: 2359 - 2363.

6. Phạm Gia Khải. (2004). "Tình hình can thiệp động mạch vành tại Việt nam". *Hội nghị tim mạch về stent phủ thuốc*.
7. Nguyễn Cửu Lợi & và CS. (2003). "Kết quả bước đầu can thiệp động mạch vành tại bệnh viện Trung Ương Huế." *Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam*, số 36 Supplement 31:115-117.
8. Huỳnh Ngọc Long & và CS. (2003). "Kết quả nong mạch vành qua da tại Viện Tim thành Phố Hồ Chí Minh 9/2001 - 8/2003". *Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam*, số 36 Supplement 31:123.
9. Võ Thành Nhân. (2010). "Tính hiệu quả và an toàn của can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện Chợ Rẫy". *Y Học TP. Hồ Chí Minh* Tập 14 \* số 11 \*2010.
10. Thân Hà Ngọc Thế & và CS. (2005). "Kết quả và biến chứng của can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện Nhân Dân 115 trong 2 năm 2003 - 2005". *Hội nghị khoa học tim mạch Việt Đức lần V - 2005* 23-43.
11. Hồ Dũng Tiến & Lê Thanh Phong. (2005). "Đánh giá kết quả can thiệp động mạch vành trong hội chứng động mạch vành cấp nhân 25 trường hợp tại bệnh viện Nguyễn Trãi TPHCM 7/2004-4/2005". *Hội nghị khoa học tim mạch khu vực phía nam lần thứ 7* Hội tim mạch học TP. HCM92-95
11. Glenn N. Levine, Eric R. Bates & James C. Blankenship. (2011). "2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention : A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions ". *Circulation*, 124: pp.e574-e651
12. Patrick T. O’Gara, Frederick G. Kushner, Deborah D. Ascheim, Donald E. Casey & Mina K. Chung. (2013). "2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction". *Journal of the American College of Cardiology*.
13. Ph. Gabriel Steg, Stefan K. James, Dan Atar (Norway) & Luigi P. Badano. (2012). "ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation". *European Heart Journal* 33, 2569–2619.
14. popma JJ, Kuntz RE & Baim DS. (2005). "Percutaneous Coronary and Valvular Intervention". *Braunwald's Heart disease*, 7 th ed: 1367-1402.
5. Smith SC Jr, Dove JT, Jacobs AK & al, e. (2001). "ACC/AHA guidelines for percutaneous coronary intervention: A report of the American Heart Association Task Force on Practices Guidelines (Committee to revise the 1993 Guidelines for percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty)". *J Am Coll Cardiol*, 37: 2239i-lxvi.

**KẾT QUẢ CAN THIỆP HOẠT ĐỘNG TRỊ LIỆU  
Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NÃO TẠI  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2019**

*Nguyễn Duy Tân, Đỗ Đức Trí,  
Nguyễn Thị Thanh Hà, Nguyễn Thị Ngọc Hà*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Đột quy não đang có chiều hướng gia tăng và gây tử vong cao trong những năm gần đây và để lại hậu quả nghiêm trọng với nhiều di chứng nặng nề ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh. Phục hồi khả năng vận động và sinh hoạt sau tổn thương não là một trong những mục tiêu quan trọng để giúp người bệnh hòa nhập với cộng đồng. Nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu: 1) Đánh giá kết quả phục hồi chức năng bằng phương pháp vận động trị liệu; kết hợp vận động trị liệu và hoạt động trị liệu trước và sau can thiệp; 2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả vận động trị liệu; kết hợp vận động trị liệu và hoạt động trị liệu trên bệnh nhân tai biến mạch máu não.

**Phương pháp:** Nghiên cứu theo mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp trên 50 bệnh nhân đột quy não nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ ngày 01/01/2019 đến ngày 31/8/2019.

**Kết quả:** Sự khác biệt khi kết hợp vận động trị liệu và hoạt động trị liệu so với chỉ đơn thuần bằng phương pháp vận động trị liệu trước và sau khi can thiệp có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001$ . Nhóm tuổi từ 40 - 60, loại tổn thương xuất huyết não có liên quan đến kết quả vận động trị liệu và hoạt động trị liệu.

**Kết luận:** Triển khai rộng rãi chương trình phục hồi chức năng kết hợp vận động trị liệu và hoạt động trị liệu dựa vào cộng đồng cho người bệnh liệt nửa người sau đột quy não là cần thiết.

**Abstract**

**Background:** Stroke is a tendency to increase and causes high mortality in recent years, and serious consequences. The study aimed to: 1) Evaluation of the activities of daily living before and after interventions; 2) identify factors related to the outcomes of the activities of daily living in patients with cerebral vascular accident.

**Method:** A cross-sectional combined intervention study on 50 stroke patients in An Giang Hospital from 01/01/2019 to 31/8/2019.

**Result:** The difference depends entirely level of the activities of daily living before and after the intervention has statistically significant ( $p = 0,001$ ). Patient under 60 years old, retirement, type of cerebral hemorrhage damage is related to outcomes of the activities of daily living.

**Conclusion:** Widely deployed the activities of daily living program based in the community for patients with hemiplegia after stroke is needed.

**1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đột quy não là một trong 5 bệnh hàng đầu gây tử vong trên thế giới, với gần 800.000 trường hợp đột quy và 130.000 người tử vong mỗi năm. Trong những năm gần đây, đột quy não đang có chiều hướng gia tăng cướp đi nhiều sinh mạng của nhiều người hoặc để lại di chứng nặng nề gây thiệt hại to lớn cho gia đình và xã hội. Với sự tiến bộ của y học, tỷ lệ sống của người bệnh đột quy ngày càng cao nhưng tỷ lệ bệnh nhân bị tàn tật do tổn thương não lại có xu hướng tăng mạnh, chiếm 90% với nhiều di chứng nặng nề như liệt nửa người, rối loạn nuốt, thất ngôn, co cứng tay chân, suy giảm trí nhớ, trầm cảm, loét do tỳ đè. Phục hồi khả năng vận động sau tổn thương não là một trong những mục tiêu quan trọng để giúp người bệnh hòa nhập với cuộc sống thường ngày trong cộng đồng.

Tại Việt nam, phục hồi chức năng cho người bệnh liệt ½ người đã được thực hiện gần 40 năm với phương pháp chủ yếu là vận động trị liệu. Tuy nhiên, làm thế nào để người bệnh có thể tự chăm sóc bản thân, tự nấu ăn, học tập, làm việc với tình trạng khuyết tật của mình lại là nhiệm vụ trọng tâm của hoạt động trị liệu.

Bên cạnh vận động trị liệu là ứng dụng khoa học thể chất, sử dụng vận động tác động vào cấu trúc thể chất, vào nhu cầu người bệnh nhằm tăng khả năng về thể chất; thì hoạt động trị liệu là ứng dụng khoa học nhằm tạo sự tương tác của người bệnh với môi trường xung quanh, làm tròn vai trò trong cuộc sống ở nhà, ở cơ quan mang lại hoạt động thể chất có ý nghĩa hơn. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

## 2. ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu theo mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp trên 50 bệnh nhân đột quỵ não nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ ngày 01/01/2019 đến ngày 31/8/2019. Tiến hành khảo sát người bệnh có nhu cầu vận động trị liệu và hoạt động trị liệu để đưa vào mẫu nghiên cứu. Nhóm 1 chỉ thực hiện vận động trị liệu; Nhóm 2 kết hợp vận động trị liệu và hoạt động trị liệu; Cả 2 nhóm được đánh giá can thiệp sau 4 tháng. Xử lý và phân tích số liệu bằng mềm SPSS 22.0.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

### 3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong nhóm chỉ vận động trị liệu, nhóm tuổi 40 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao (74%), tuổi cao nhất 67, tuổi thấp nhất 34, tuổi trung bình 54,12; Nam chiếm tỷ lệ 56%; Và nhồi máu não chiếm tỷ lệ 68%.

**3.2. Kết quả mức độ độc lập chức năng của nhóm chỉ thực hiện vận động trị liệu (VĐTL) và nhóm kết hợp vận động trị liệu và hoạt động trị liệu (VĐTL & HĐTL) sau can thiệp theo bảng điểm FMA và FIM**

**Bảng 1: Kết quả mức độ độc lập chức năng (FIM) của nhóm VĐTL và nhóm kết hợp VĐTL & HĐTL theo bảng điểm FMA và FIM sau can thiệp 4 tháng**

Nhóm	Nhóm VĐTL	Nhóm kết hợp VĐTL & HĐTL	P
Đánh giá	Mean	Mean	
FMA2	167.35	176	0.336
FIM2	102.6	115.1	0.001

Sự khác biệt mức độ độc lập chức năng của nhóm kết hợp VĐTL & HĐTL trước và sau can thiệp 4 tháng có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.001$ .

**3.3 Một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập chức năng của nhóm chỉ thực hiện vận động trị liệu (VĐTL) và nhóm kết hợp vận động trị liệu và hoạt động trị liệu (VĐTL & HĐTL) sau can thiệp**

**Bảng 2: Một số yếu tố liên quan đến mức độ phụ hồi chức năng ở nhóm chỉ thực hiện vận động trị liệu (VĐTL)**

	Trước can thiệp	Sau can thiệp	P
Nhóm tuổi	Mean		
< 40 tuổi	x		x
40 - 60 tuổi	6.667		< 0.001
> 60 tuổi	7		0.258
Loại đột quỵ			
Xuất huyết não	5.143		0.062
Nhồi máu não	5.923		0.002

Trong nhóm chỉ thực hiện vận động trị liệu, nhóm 40 - 60 tuổi khi tập luyện có mức độ độc lập chức năng tốt hơn ( $p < 0.001$ ). Yếu tố nhồi máu não cũng có mức độ độc lập chức năng tốt hơn ( $p = 0.002$ ).

**Bảng 3: Một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập chức năng ở nhóm kết hợp vận động trị liệu và hoạt động trị liệu (VĐTL & HĐTL)**

Nhóm tuổi	Trước can thiệp	Sau can thiệp	P
	Mean		
< 40 tuổi		9.474	<b>0.001</b>
40 – 60 tuổi		6.889	<b>0.009</b>
> 60 tuổi		11	0.5
<b>Loại đột quy</b>			
Xuất huyết não		6.667	0.023
Nhồi máu não		7.81	<b>&lt; 0.001</b>

Trong nhóm kết hợp vận động trị liệu và hoạt động trị liệu. Nhóm tuổi < 40 và từ 40 - 60 tuổi có mức độ độc lập vận động tốt hơn ( $p = 0.001$ ;  $p = 0.009$ ). Yếu tố xuất huyết não và nhồi máu não đều cải thiện tốt khi kết hợp vận động trị liệu và hoạt động trị liệu.

#### 4. BÀN LUẬN

Trong những năm gần đây, đột quy não có chiều hướng gia tăng. Việc cứu chữa và phục hồi chức năng đã có nhiều tiến bộ, nhưng đột quy não là bệnh nặng, phức tạp nên tỷ lệ tử vong còn cao, thường để lại nhiều di chứng, gây trở ngại, khó khăn trong cuộc sống và dễ trở thành tàn tật [1]. Qua nghiên cứu 50 bệnh nhân đột quy não tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2019, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân bị đột quy não có tỷ lệ di chứng, tàn tật rất cao. Phục hồi chức năng bằng phương pháp vận động trị liệu và hoạt động trị liệu nhằm tăng cường khả năng còn lại của cá nhân để giảm hậu quả của tàn tật, phục hồi chức năng vận động giúp cải thiện các điều kiện trong giao tiếp, sinh hoạt, để người bệnh có thể đến được nơi họ đến, tạo công ăn việc làm, học hành vui chơi [3].

Việc phục hồi chức năng hoạt động, mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân đột quy não không những phụ thuộc vào sự cố gắng nỗ lực của bản thân, mà còn phải có sự động viên giúp đỡ của gia đình, cộng đồng xã hội để giúp họ tái thích ứng với cuộc sống, không có cảm giác bị bỏ rơi [4].

Kết quả nghiên cứu về mức độ độc lập chức năng ở nhóm vừa kết hợp vận động trị liệu và hoạt động trị liệu so với chỉ thực hiện vận động trị liệu của chúng tôi sau can thiệp có ý nghĩa thống kê [2].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi, loại đột quy liên quan chặt chẽ đến mức độ độc lập sau 4 tháng đối với nhóm chỉ vận động trị liệu [5]. Trong nhóm kết hợp vận động trị liệu và hoạt động trị liệu, nhồi máu não và xuất huyết não khi tập luyện cùng thời gian, cùng mức độ tập luyện, cùng chương trình với sự nỗ lực của bản thân người bệnh thì kết quả phục hồi có vẻ không thấy khác nhau. Nhưng qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ kết quả hồi phục của người bệnh nhồi máu não cao hơn xuất huyết não. Điều này có thể lý giải do xuất huyết não thường nặng hơn và mức độ tổn thương tế bào não nhiều hơn nên hồi phục chậm hơn [6].

#### 5. KẾT LUẬN

1. Sau can thiệp mức độ độc lập chức năng của nhóm kết hợp vận động trị liệu và hoạt động trị liệu tốt hơn so với nhóm chỉ thực hiện vận động trị liệu ( $p = 0.001$ ).

2. Một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập chức năng: tuổi từ 60 trở lên và loại tổn thương xuất huyết não có kết quả mức độ độc lập kém hơn đối với nhóm chỉ vận động trị liệu.

#### Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế (2008), *Phục hồi chức năng sau tai biến mạch máu não*, Hà Nội.
2. Cao Minh Châu (2003), “Đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày ở bệnh nhân liệt nửa người sau tai biến mạch máu não tại cộng đồng”, *Tạp chí nghiên cứu Y học*, Tập 22 (2), Tr 54-59.
3. Trần Văn Chương, Lê Thị Thảo (2009), “Đánh giá tình trạng khuyết tật và nhu cầu phục hồi chức năng của bệnh nhân liệt nửa người sau tai biến mạch máu não tại Quận Ba Đình – Hà Nội”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, (40), Tr 42-47.

4. Nguyễn Văn Tư, Hoàng Khải (2007), “Đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng của người bệnh sau tai biến mạch máu não tại huyện Đồng Hỷ, Tỉnh Thái Nguyên”, *Tạp chí sinh lý học Việt Nam*, Tập 11 (1), Tr 47-51.
5. Gunilla G-H, Lisbet Claesson, Ulrika Klingstierna (1998), “Effects of acupuncture treatment on daily life activities and quality of life: a controlled, prospective, and randomized study of acute stroke patients”, *Stroke*, 29:2100-2108.
6. Stewart J. C, Steven C. C (2013), “Patient-reported measures provide unique insights into motor function after stroke”, *Stroke*, 44:1111-1116.



**KHẢO SÁT BIẾN CHỨNG TIM MẠCH BẰNG HOLTER 24 GIỜ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 CÓ ĐIỆN TÂM ĐỒ 12 CHUYỂN ĐẠO BÌNH THƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**

*Trần Văn Đâu, Trần Thị Kim Hoa,  
Nguyễn Thị Bích Ngọc, Đỗ Thị Ngọc Thường.*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:**

*Điện tâm đồ thường quy đo trong thời gian rất ngắn nên không phát hiện được hết các rối loạn nhịp tim, thiếu máu cơ tim trong nhiều thời điểm khác nhau, nhất là ban đêm, đây là thời điểm thường xảy ra đột tử. Phương pháp ghi Holter điện tim 24 giờ giúp cho các bác sĩ phát hiện sớm các biến chứng tim mạch để phòng ngừa và kéo dài cuộc sống cho bệnh nhân*

**Mục tiêu:**

*Xác định rối loạn nhịp tim (RLNT), thiếu máu cơ tim ở bệnh nhân đái tháo đường type 2.*

**Phương pháp:**

*Đối tượng: Là những bệnh nhân đái tháo đường type 2 có điện tâm đồ 12 chuyển đạo bình thường,*

*Phương pháp: Mô tả cắt ngang.*

**Kết quả:**

*Sử dụng Holter điện tim 24 giờ trên 169 bn được chẩn đoán đái tháo đường type 2 chúng tôi rút ra kết luận:*

- Tỷ lệ loạn nhịp tim là 33,13%, thiếu máu cơ tim là 18,34%.
- Đặc điểm loạn nhịp tim chiếm cao nhất là ngoại tâm thu nhĩ 26,98, ngoại tâm thu thất chiếm 11,24%.
- Đặc điểm thiếu máu cơ tim có ST chênh lên chiếm 29,03%, ST chênh xuống chiếm 70,96%
- Tỷ lệ thiếu máu trên kênh 1 cao nhất (38,70%), kênh 3 (32,25%) và kênh 2 (29,03%).

**ABSTRACT**

**Background and aim:**

*The electrocardiogram is usually measured for a very short time, so it is impossible to detect all arrhythmias, myocardial ischemia at different times, especially at night, this is the time when sudden death occurs. 24-hour Holter electrocardiography recording method helps physicians detect early cardiovascular complications to prevent and prolong life for patients.*

*Determination of arrhythmia (RLNT), ischemic heart disease in patients with type 2 diabetes.*

**Methods:**

*Subjects: Type 2 diabetic patients with normal 12-lead electrocardiograms,*

*Method: Cross-sectional description.*

**Results:**

*Using electrocardiographic Holter 24 hours over 169 patients who were diagnosed with type 2 diabetes, we concluded:*

- *The rate of arrhythmias is 33.13%, ischemic is 18.34%.*
- *Characteristics of arrhythmias accounted for the highest rate were atrial systolic 26.98, ventricular systole accounted for 11.24%.*
- *Characteristics of ST elevation of myocardial anemia accounted for 29.03%, ST elevation accounted for 70.96%*
- *The rate of anemia is highest in channel 1 (38.70%), channel 3 (32.25%) and channel 2 (29.03%).*

**1. Đặt vấn đề**

Đái tháo đường type 2 là một trong những bệnh lý nội tiết - chuyển hoá thường gặp 60 - 80% bệnh có xu hướng trẻ hoá và tăng nhanh trong những năm gần đây. ĐTĐ là một bệnh lý đa dạng, liên quan đến nhiều tổ chức và cơ quan của cơ thể, đặc biệt là hệ thống mạch máu mà biểu hiện nhiều ở tim, não, mắt, thận... Trong đó các biến chứng như thiếu máu cơ tim (TMCT), rối

loạn nhịp tim (RLNT) thường xảy ra sớm ở phần lớn trường hợp và không có triệu chứng trong nhiều năm trước khi có biểu hiện lâm sàng cần phải can thiệp. Biểu chứng tim mạch thường được phát hiện muộn hoặc tự bộc lộ trong những bối cảnh như nhiễm trùng, suy tim, giai đoạn nặng của bệnh hay khi có can thiệp. Vì thế, việc phát hiện sớm biểu chứng trên là một điều cần thiết đối với bệnh nhân ĐTĐ và qua đó cần có một chế độ chăm sóc và theo dõi đặc biệt hơn.

Điện tâm đồ thường quy đo trong thời gian rất ngắn nên không phát hiện được hết các rối loạn nhịp tim, thiếu máu cơ tim trong nhiều thời điểm khác nhau, nhất là ban đêm, đây là thời điểm thường xảy ra đột tử. Phương pháp ghi Holter điện tim 24 giờ giúp cho các bác sĩ phát hiện sớm các biểu chứng tim mạch để phòng ngừa và kéo dài cuộc sống cho bệnh nhân.

<sup>[1],[2],[3],[8]</sup> Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

- 1- Xác định tỷ lệ loạn nhịp tim, thiếu máu cơ tim ở bệnh nhân đái tháo đường type 2.
2. Mô tả đặc điểm loạn nhịp tim, thiếu máu cơ tim ở bệnh nhân đái tháo đường type 2.

## 2. 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 đái tháo đường type 2 dựa vào tiêu chuẩn của ADA 2010. <sup>[5]</sup>
- Đo điện tâm đồ 12 chuyển đạo có kết quả bình thường.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đái tháo đường type 1.
- Bệnh nhân đang sử dụng các thuốc chống loạn nhịp.
- Bệnh nhân đang bệnh nội khoa nặng: suy tim, suy thận, suy gan...

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

#### 2.2.2. Chẩn đoán loạn nhịp tim: ( Remi Pillier )

- + Nhịp nhanh xoang: Có hơn 3 nhịp tim có tần số > 100 l / phút đi liền nhau.
- + Nhịp chậm xoang: Có hơn 3 nhịp tim có tần số < 40 l / phút đi liền nhau.
- + Rung nhĩ: Rối loạn nhịp hoàn toàn.
- + Ngừng xoang: không vượt quá 2s với người > 30 tuổi, không vượt quá 2,5 s ở người < 30 tuổi.

+ NTT nhĩ: Giới hạn trên của bình thường là :

- < 10 NTT nhĩ /24 giờ đối với người 20 - 40 t
- < 100 NTT nhĩ /24 giờ đối với người 40 - 60 t
- < 1000 NTTnhĩ /24 giờ đối với người > 60 t

+ NTT thất: Giới hạn của bình thường là :

- < 100 NTTT/24 giờ, < 2 ổ NTT, 0 NTT couplet : < 50 t
- < 200 NTTT/ 24 giờ, < 2 NTT couplet, < 5 NTTT/g: > 50 t.

+ Nhịp nhanh trên thất : > 3 NTT trên thất đi liền nhau

+ Nhịp nhanh thất : > 3 NTT thất đi liền nhau Các rối loạn nhịp thất: ngoại tâm thu thất (nhịp đơn, nhịp đôi, ngoại tâm thu thất chùm), nhịp nhanh thất, rung thất.

#### Tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu cơ tim trên holter:

+ Đoạn ST chênh lên  $\geq 2$  mm so với đường đẳng điện, rộng > 0,08 giây sau điểm J và kéo dài  $\geq 1$  phút.

+ Đoạn ST chênh xuống  $\geq 1$  mm so với đường đẳng điện, rộng > 0,08 giây sau điểm J và kéo dài  $\geq 1$  phút.

+ Định vị vùng tổn thương theo kênh 1 ; kênh 2 và kênh 3 theo quy ước holter.

#### 2.2.3. Phương tiện kỹ thuật:Tiến hành đo Holter ECG liên tục 24 giờ.

- Máy Holter ECG 3 kênh DL 900 hãng Braemar Inc; USA.
- Phân tích kết quả Holter trên phần mềm phân tích cài đặt sẵn trong máy tính.

#### 2.2.4. Xử lý số liệu:

- Bằng phương pháp thống kê y học, ứng dụng phần mềm SPSS 16.0
- Giá trị của các chỉ số: Trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, kiểm định sự khác biệt bằng test t - student (có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ ).
- Tỷ lệ: Trình bày dưới dạng (%).

### 3. Kết quả:

#### 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu:

Chúng tôi nghiên cứu có 169 bệnh nhân. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân ĐTĐ 60,04  $\pm$  9,27 tuổi. . Lớn nhất 82 và nhỏ nhất 40. Nam 44,2% và nữ chiếm 55,8% tỷ lệ nữ/nam 1.26. không có sự khác biệt về nam nữ.

*Bảng 1: Các trị số trung bình huyết áp của đối tượng nghiên cứu*

Trị số HA	(n = 169)	
	$\bar{X}$	SD
HATT (mmHg)	141,85	25,5
HATTr (mmHg)	82,04	9,9
HATB (mmHg)	101,97	14,3

*Bảng 2: Các chỉ số sinh hóa của đối tượng nghiên cứu*

Các chỉ số sinh hóa	n = 169	
	$\bar{X}$	SD
Glucose ( mmol/l )	7,23	3,10
Ure máu (mmol/l)	5,78	2,79
Creatinin ( $\mu$ mol/l )	84,78	31,5
Cholesterol (mmol/l)	5,53	1,30
Triglyceride(mmol/l)	2,39	1,28
HDL - C (mmol/l)	1,06	0,39
LDL - C (mmol/l)	3,35	1,24

*Bảng 3: Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch ở đối tượng nghiên cứu*

Yếu tố nguy cơ	n = 169	
	n	%
Tăng huyết áp	78	46,15
Hút thuốc lá	32	18,93
Béo phì	13	1,77
Rối loạn lipid máu	89	52,66
Hội chứng chuyển hóa	86	50,88

#### 3.2. Kết quả Holter ECG của đối tượng nghiên cứu

##### 3.2.1. Biểu chứng tim mạch:

Biểu chứng tim mạch	N=169	%
Loạn nhịp tim	56	33,13
Thiếu máu cơ tim	31	18,34

##### 3.2.2. Đặc điểm thiếu máu cơ tim:

Thiếu máu cơ tim	N=31	%
ST chênh lên	9	29,03
ST chênh xuống	22	70,96

### 3.2.3. Các kênh thiếu máu trên Holter điện tim:

- + Kênh 1: 12 BN (38,70%).
- + Kênh 2: 09 BN (29,03%).
- + Kênh 3: 10 BN (32,25%).

### 3.2.4. Đặc điểm rối loạn nhịp tim

Các loại RLNT	N=56	Tỷ lệ %
Nhịp nhanh trên thất	1	0,59
NTT trên thất	20	28,98
Rung nhĩ	0	0
Ngưng xoang	6	3,55
NTT thất	19	11,24
Rối loạn nhịp xoang	5	2,95
Bloc nhĩ thất	4	5,79
Nhịp nhanh thất	1	0.59

## 4. Bàn luận:

### 4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 169 bệnh nhân. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân  $60,04 \pm 9,27$  tuổi. Lớn nhất 82 và nhỏ nhất 40. Nam 44,2% và nữ chiếm 55,8% tỷ lệ nữ/nam 1.26 không có sự khác biệt về nam nữ ( $P < 0,05$ ). có nhiều điểm tương đồng với các nghiên cứu đã tiến hành tại Việt Nam. Các BN có tuổi trung bình  $67,7 \pm 14,0$ ; đa số ở lứa tuổi 60-79 (68,4%) và chủ yếu là BN nam (93,3%).

Các yếu tố nguy cơ thường gặp là rối loạn lipid máu (52,66%), hội chứng chuyển hóa (50,88%), tăng huyết áp (46,15%), hút thuốc lá (18,93%).

### 4.2. Rối loạn nhịp trên Holter điện tim:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 169 BN đái tháo đường có điện tâm đồ bình thường được làm Holter điện tim 24 giờ, phát hiện 56 BN có loạn nhịp tim chiếm tỉ lệ 33,13%. Tỉ lệ của chúng tôi cao hơn tác giả Rodrigues Moran<sup>[10]</sup> RLNT 29.1%, nhưng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Hồng Vũ<sup>[4]</sup> trong nhóm bệnh nhân đái tháo đường tít 2, Holter điện tim phát hiện tỷ lệ rối loạn nhịp tim là 36,3%

Đặc điểm rối loạn nhịp trong nhóm nghiên cứu chúng tôi có ngoại tâm thu trên thất chiếm cao nhất là 28,98%, tiếp theo là ngoại tâm thu thất chiếm 11,24%. Đặc biệt kiểu loạn nhịp ngừng xoang và nhanh thất cũng được ghi nhận lần lượt là 3,55 và 0,59. So với tác giả Barthelemy.B<sup>[6]</sup> có 40 bn ĐTĐ tít 2 RLNT qua Holter : NTT thất 25.6 %, NTT trên thất & loạn nhịp xoang 52.2 %. Trong khi đo tác giả Nguyễn Tá Đông<sup>[1];[2]</sup> thì cho kết quả Ngoại tâm thu thất (NTTT) và nhịp nhanh xoang chiếm cao nhất trong nhóm nghiên cứu, ngoại tâm thu thất theo phân độ Lown III, IV, V lần lượt : 52,7%, 52,7%, 50,9%. Theo tác giả Nguyễn Hồng Vũ<sup>[4]</sup> nhịp nhanh trên thất là 30,5 %, ngoại tâm thu trên thất là 18,6 % và ngoại tâm thu thất cũng như ngưng xoang đều là 17,6 %. Tác giả Đoàn Quốc Hùng [3] phát hiện 70% rối loạn nhịp (ngoại tâm thu thất), trong đó có nhiều rối loạn nhịp phức tạp. 61,7% .

### 4.3. Thiếu máu cơ tim trên Holter điện tim

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 169 BN đái tháo đường có điện tâm đồ bình thường được làm Holter điện tim 24 giờ, phát hiện 31 BN (18,34%) có thiếu máu cục bộ cơ tim tương tự như tác giả Wackers FJ<sup>[11]</sup> ghi nhận 22% BN bị thiếu máu cơ tim. Tỉ lệ của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Hồng Vũ<sup>[4]</sup> trong nhóm bệnh nhân đái tháo đường tít 2, Holter điện tim phát hiện tỷ lệ thiếu máu cơ tim là 38,8 %. Nghiên cứu của Đoàn Quốc Hùng [3] ghi nhận tỉ lệ thiếu

máu cơ tim im lặng là 72,7%. Trung bình một bệnh nhân có  $5 \pm 12,3$  cơn với thời gian  $36 \pm 167$  phút trong 24 giờ.

Tỉ lệ thiếu máu cục bộ cơ tim trên Holter điện tim theo các tác giả khác dao động từ 40-76%. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu tùy thuộc vào đặc điểm của BN, cỡ mẫu nghiên cứu, tiêu chuẩn xác định thiếu máu cục bộ cơ tim và sử dụng Holter điện tim 3 chuyển đạo hay Holter điện tim 12 chuyển đạo cũng như thời điểm chọn ghi Holter điện tim. Số cơn thiếu máu trung bình trong 24 giờ là  $5 \pm 12,3$  với tổng thời gian thiếu máu là  $36 \pm 167$  phút.

Về vị trí thiếu máu cơ tim trong nghiên cứu của chúng tôi thì chiếm tỉ lệ từ cao xuống thấp lần lượt kênh 1 (38,70%); kênh 3 (32,25%) và kênh 2 (29,03%) Thấp hơn tác giả Đoàn Quốc Hùng<sup>[3]</sup> thì kênh 1 có tỉ lệ (46,7%), tiếp đến là kênh 3 (35%) và cuối cùng là kênh 2 (18,3%). Như vậy, tỉ lệ thiếu máu nhiều nhất là vùng thất trái (chi phối bởi động mạch vành trái, động mạch liên thất trái và một phần động mạch mũ). Tiếp đó là vùng sau dưới (động mạch vành phải và động mạch mũ), thấp nhất là phần tự do thất phải (kênh 2). Sự khác biệt này là sự khác nhau và cỡ mẫu của nghiên cứu còn nhỏ và thời gian nghiên cứu ngắn.

### 5. Kết luận

Sử dụng Holter điện tim 24 giờ trên 169 bn được chẩn đoán đái tháo đường type 2 chúng tôi rút ra kết luận:

- Tỷ lệ loạn nhịp tim là 33,13%, thiếu máu cơ tim là 18,34%.
- Đặc điểm loạn nhịp tim chiếm cao nhất là ngoại tâm thu nhĩ 26,98, ngoại tâm thu thất chiếm 11,24%.
- Đặc điểm thiếu máu cơ tim có ST chênh lên chiếm 29,03%, ST chênh xuống chiếm 70,96%
- Tỉ lệ thiếu máu trên kênh 1 cao nhất (38,70%), kênh 3 (32,25%) và kênh 2 (29,03%).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tá Đông, Lê Thị Bích Thuận, Nguyễn Hải Thủy, Huỳnh Văn Minh. Rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 qua Holter 24 giờ. 2004. Kỷ yếu Hội nghị khoa học toàn quốc lần thứ X, tr. 300-306.
2. Nguyễn Tá Đông, Nguyễn Hải Thủy, Huỳnh Văn Minh, Lê Thị Bích Thuận. Nghiên cứu sự liên quan giữa thiếu máu cơ tim, rối loạn nhịp tim và giảm biến thiên nhịp tim ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 qua Holter điện tim. 2007. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. Số 47/2007; tr 20-29
3. Đoàn Quốc Hùng (2006), " Lợi ích kiểm soát tim mạch bằng Holter cho bệnh nhân ĐTĐ". *Hội nghị khoa học miền trung chuyên ngành nội tiết chuyển hoá lần thứ 5, Tạp chí Y học thực hành* (548), ISSN 0866 - 7241, tr. 616 - 624.
4. Nguyễn Hồng Vũ. Nghiên cứu rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 bằng holter điện tâm đồ. Y dược học quân sự - Năm 2004, số 6, tr. 89-92.
5. ADA (American Diabetes Association). Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes care, vol 26, supplement 1, jan 2010.
6. Barthelemy B & cs (2001), " Cardiac abnormalities in a prospective series of 40 patients with type 2 diabetes", *MEDLINE*; pp. 253 - 61.
7. Gabriele Fragasso. Ischemial cardiopathy and patients with diabetes mellitus- Forum on No 24, 2003 ; p 1-3
8. Michel H Crawford and Cs (1999)," Guidelines for Ambulatory ECG", *Journal of the American College of Cardiology and the American Heart Association*; ISSN 0735- 1097: No 3; Vol 34.
9. Negrusz-Kawecka M, Moszczyńska-Stulin J, Zytkeiwicz-Jaruga D, Salomon P. Frequency of silent ischemic heart disease in patients with diabetes mellitus. Medline 1997 Aug;3(14):53-6.
10. Rodrigues Moran M, Guerrero Romero F . Electrocardiographic changes and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes. Medline. 1999/01-02; 7-12
11. Wackers FJ, Young LH, Inzucchi SE, Chyun DA, Davey JA, Barrett EJ, Taillefer R, Wittlin SD, Heller GV, Filipchuk N, Engel S, Ratner RE, Iskandrian AE; Detection of Ischemia in Asymptomatic Diabetics Investigators. Diabetes Care. 2005 Feb;28(2):504.

## KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2018-2019.

Nguyễn Huỳnh Bích Phương , Phạm Ngọc Kiều

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hiện nay viêm phổi bệnh viện xuất hiện ngày càng nhiều không chỉ ở khoa Hồi sức mà còn ở các khoa lâm sàng khác trong bệnh viện. Đây là vấn đề rất đáng báo động vì tỷ lệ tử vong rất cao từ 30 - 70%.

**Mục tiêu:** khảo sát các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị VPBV tại Bệnh viện Đa Khoa Trung tâm An Giang năm 2018-2019.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Những bệnh nhân sau khi nhập viện vào Khoa Hồi sức tích cực  $\geq 48$  giờ xuất hiện những dấu hiệu, triệu chứng thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán theo ATS/IDSA 2016. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

**Kết quả:** Tỷ lệ điều trị thành công viêm phổi bệnh viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang là 54,4%. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị viêm phổi bệnh viện là: không có bệnh lý thần kinh trung ương thì khả năng điều trị thành công gấp 5,95 lần có bệnh, sử dụng kháng sinh ban đầu phù hợp giúp giảm nguy cơ tử vong. **Kết luận:** Bệnh lý thần kinh trung ương, kháng sinh ban đầu phù hợp có liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân viêm phổi bệnh viện.

**Từ khóa:** viêm phổi, kết quả điều trị.

### ABSTRACT

**Background:** Currently hospital pneumonia appears more and more not only in ICU but also in other clinical departments in the hospital. This is a very alarming issue because the mortality rate is very high from 30 to 70%.

**Objectives:** A survey of factors related to outcome of HAP at An Giang General Hospital.

**Subjects and methods:** Patients after hospitalization to the intensive care unit  $\geq 48$  hours appear signs and symptoms that meet diagnostic criteria according to ATS / IDSA 2016. Cross-sectional descriptive study with analysis.

**Results:** The success rate from HAP at An Giang General Hospital is 54.4%. Factors that increase the outcome in patients with HAP are: without central neuropathy, the likelihood of successful treatment is 5.95. The factor that reduces the risk of mortality is that the initial antibiotic according to the experience is appropriate.

**Conclusion:** Central neuropathy, initial antibiotics are appropriate to be associated with the outcome in patients with HAP

**Key words:** Pneumonia, outcome.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo hướng dẫn năm 2016 của Hội lồng ngực Mỹ (ATS) và Hội bệnh nhiễm trùng Mỹ (IDSA) thì viêm phổi bệnh viện (VPBV) là viêm phổi xuất hiện sau khi nhập viện 48 giờ và không thở máy. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong của VPBV rất cao từ 30 - 70% [8].

Tại Bệnh viện Đa Khoa Trung tâm An Giang, VPBV chiếm một tỷ lệ rất lớn trong các bệnh lý về hô hấp. Số bệnh nhân tử vong do VPBV khá nhiều. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu xác định các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của bệnh nhân VPBV tại Bệnh viện Đa Khoa Trung tâm An Giang năm 2018-2019.

#### Mục tiêu nghiên cứu:

- Đánh giá kết quả điều trị viêm phổi bệnh viện.
- Khảo sát các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị viêm phổi bệnh viện.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Đối tượng nghiên cứu:** bao gồm những bệnh nhân được chẩn đoán VPBV và điều trị tại

khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 03/2018 đến tháng 04/2019.

*Tiêu chuẩn chọn mẫu:*

- Những bệnh nhân sau khi nhập viện vào Khoa Hồi sức tích cực  $\geq 48$  giờ xuất hiện những dấu hiệu, triệu chứng thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán theo ATS/IDSA 2016 [11]:

+ Có tổn thương mới xuất hiện hoặc tiến triển nặng hơn của tổn thương đã có trên phim X quang lồng ngực.

+ Kèm theo có ít nhất 2 trong số các triệu chứng: (i) Nhiệt độ:  $T^{\circ} \geq 38^{\circ}\text{C}$  hoặc  $T^{\circ} \leq 36^{\circ}\text{C}$ ; (ii) Tăng bạch cầu (bạch cầu máu  $\geq 12 \times 10^9/\text{L}$ ) hoặc giảm bạch cầu (bạch cầu máu  $\leq 4 \times 10^9/\text{L}$ ); (iii) Tăng tiết đàm; (iv) Giảm oxy: xuất hiện tình trạng suy hô hấp cấp trên nền bệnh nhân đang có tình trạng hô hấp ổn định như: thở nhanh, co kéo cơ hô hấp, nhịp tim nhanh,  $\text{SpO}_2$  giảm; tím môi, đầu chi, tím toàn thân; rối loạn ý thức không do các nguyên nhân khác;  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 240$ .

- Bệnh nhân đang điều trị tại các khoa phòng khác không ghi nhận viêm phổi trước đây nhưng sau 48 giờ điều trị bắt đầu xuất hiện các triệu chứng viêm phổi được chuyển đến khoa hồi sức tích cực trong vòng 72 giờ sau chẩn đoán.

*Tiêu chuẩn loại trừ:* bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS, bệnh nhân viêm phổi có lao phổi đang điều trị, bệnh nhân đã được chẩn đoán viêm phổi bệnh viện ở các tuyến trước có cấy đàm dương tính, bệnh nhân có kết quả cấy đàm là nấm, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

*Cỡ mẫu:* Thuận tiện trong thời gian nghiên cứu

## 2.3. Nội dung nghiên cứu

*Các thông tin cần thu thập:*

Tuổi, giới, mạch, nhiệt độ, huyết áp, đái tháo đường, tiền sử bệnh tật, các thông số huyết học, các thông số sinh hóa máu,

Đặc điểm vi sinh: cấy máu và hoặc cấy đàm tìm vi khuẩn. Kết quả cấy đàm: âm tính hay dương tính, tên vi khuẩn.

*Nội dung phân tích:*

Thông tin chung về mẫu nghiên cứu.

Kết quả phân lập các chủng loại vi khuẩn.

Xác định các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị VPBV.

## 2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng chương trình Stata 12.0. Phép kiểm  $\chi^2$  hoặc Fisher's để so sánh sự khác biệt giữa hai hay nhiều tỷ lệ; Test t-student để so sánh giá trị trung bình của hai nhóm độc lập. Khi giá trị  $p < 0,05$  được xem có ý nghĩa thống kê. Tỷ số nguy cơ (Risk ratio) được tính cho các biến với khoảng tin cậy 95%.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	59	51,8
	Nữ	55	48,2
Tuổi	$\geq 60$	83	72,8
	$< 60$	31	27,2
	Tuổi trung bình	68,5 $\pm$ 15,6 (Min - Max: 21- 96)	

**Bảng 1: Đặc điểm chung**

Nhận xét: Tỷ lệ nam, nữ lần lượt là 51,8% và 48,2%. Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm 72,8%. Tuổi trung bình là 68,5  $\pm$  15,6 (Min - Max: 21- 96).

Bệnh lý nền	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thần kinh trung ương	47	41,2
Đái tháo đường (ĐTĐ)	27	23,7
Bệnh phổi mạn	25	21,9
Bệnh tim mạch	20	17,5
Tiêu hóa	17	14,9
Suy thận mạn	16	14,0
Bệnh thần kinh khác	9	7,9
Ung thư	4	3,5

**Bảng 2. Bệnh lý nền của bệnh nhân viêm phổi bệnh viện**

Nhận xét: Bệnh lý thần kinh trung ương (xuất huyết não, nhồi máu não, chấn thương sọ não) chiếm tỷ lệ cao nhất 41,2%; thấp nhất là ung thư 3,5%.

Vi khuẩn	Số lượng (n=114)	Tỷ lệ (%)
<i>Acinetobacter spp.</i>	24	21,1
<i>E.coli</i>	6	5,3
<i>Enterobacteriaceae</i>	27	23,7
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4	3,5
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	20	17,5
<i>Enterococcus</i>	7	6,1
<i>Staphylococcus aureus</i>	5	4,4
<i>Staphylococcus coagulase</i>	10	8,8
<i>Streptococcus</i>	11	9,6

**Bảng 3. Các vi khuẩn phân lập được**

Nhận xét: Vi khuẩn thường gây VPBV là *Enterobacteriaceae* (23,7%), *Acinetobacter spp* (21,1%) và *Pseudomonas aeruginosa* (17,5%).

### 3.2. Kết quả điều trị VPBV

Thông số	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dạng VPBV	Khởi phát sớm (<5 ngày)	42	36,8
	Khởi phát muộn (≥5 ngày)	72	63,2
Kết quả điều trị	Cải thiện	62	54,4
	Thất bại	53	45,6

**Bảng 4: Kết quả điều trị**

Nhận xét: Đa số VPBV là khởi phát muộn (≥5 ngày). Tỷ lệ cải thiện là 54,4%.

### 3.3 Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị viêm phổi bệnh viện

Bệnh lý thần kinh trung ương	Cải thiện n=62		Thất bại n=52		OR CI 95%	p
	n	%	n	%		
Không	48	71,6	19	28,4	5,95 2,43-14,74	<0,01
Có	14	29,8	33	70,2		

**Bảng 5. Liên quan giữa bệnh lý thần kinh trung ương và kết quả điều trị viêm phổi bệnh viện**

Nhận xét: Không có bệnh lý thần kinh trung ương thì khả năng điều trị thành công gấp 5,95 lần có bệnh (OR=5,95; CI 95%: 2,43-14,74), p <0,01.

Kháng sinh ban đầu	Cải thiện n=62		Thất bại n=52		OR CI 95%	p
	n	%	n	%		
Phù hợp	27	87,1	4	12,9	9,25 2,81-38,96	<0,01
Không phù hợp	35	42,2	48	57,8		

**Bảng 6. Liên quan giữa sử dụng kháng sinh ban đầu và kết quả điều trị viêm phổi bệnh viện**



Nhận xét: Bệnh nhân có kháng sinh ban đầu phù hợp với kháng sinh đồ thì khả năng điều trị thành công gấp 9,25 lần bệnh nhân có kháng sinh ban đầu không phù hợp (OR=9,25; CI 95%: 2,81-38,96), có ý nghĩa với  $p < 0,01$ .

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là  $68,5 \pm 15,6$  (21- 96); nghiên cứu của Nguyễn Kỳ Sơn và cộng sự (2012) tại Bệnh viện Đa khoa Lâm Đồng có tuổi trung bình là  $60,2 \pm 21,0$  4. Nghiên cứu của Lê Bất Tân năm 2018 có tuổi trung bình là năm 2018 có tuổi trung bình là  $65 \pm 11,9$  tuổi [5].

Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi là 51,8%. Nghiên cứu của Esperatti M và cộng sự (2010) tại Tây Ban Nha tỷ lệ bệnh nhân nam là 71,7% 9. Nghiên cứu của Nguyễn Kỳ Sơn và cộng sự (2012) tỷ lệ nam giới là 76,74% [4].

Về các bệnh lý nền: trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh lý nền đi kèm với VPBV phổ biến nhất là bệnh lý về thần kinh trung ương (xuất huyết não, nhồi máu não, chấn thương sọ não) chiếm 41,2%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thái Dũng (2013) trên 63 bệnh nhân cho thấy các bệnh lý thần kinh bao gồm chấn thương sọ não, đột quỵ não chiếm tỷ lệ cao nhất là 54,0% [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Kỳ Sơn và cộng sự (2012) ghi nhận tỷ lệ cao bệnh nhân mắc tai biến mạch máu não (33,3%); trong khi các bệnh về suy hô hấp, huyết áp, đái tháo đường ở tỷ lệ thấp (dưới 10%) [4]. Nghiên cứu của Sopena và cộng sự (2014) ghi nhận tỷ lệ cao bệnh nhân bị tai biến mạch máu não và suy thận mạn. Nghiên cứu của Lê Thị Kim Nhung (2007) trên đối tượng VPBV người cao tuổi tại Bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tai biến mạch não, suy thận và tắc nghẽn phổi mạn tính (COPD) là những bệnh lý nền hay gặp nhất, lần lượt với tỷ lệ 51,8%, 40,2% và 30,4% 3. Nghiên cứu của Lê Bất Tân (2018) thì bệnh COPD, suy dinh dưỡng, đái tháo đường là những bệnh lý thường gặp với tỷ lệ cao nhất [5].

Vi khuẩn tìm thấy trong nghiên cứu của chúng tôi gram âm là chủ yếu với tỷ lệ 71,1%. Chiếm tỷ lệ lớn nhất là *Enterobacteriaceae* (23,7%), *Acinetobacter* (21,1%), *Pseudomonas aeruginosa* (17,5%). Nghiên cứu của Phạm Thu Thủy và Sơn Thị Khương (2014) tại Bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ thì VPBV do vi khuẩn gram âm chiếm 88,3% trong đó phổ biến là *A. baumannii* (29,7%), *K. pneumoniae* (20,7%) [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Kỳ Sơn và cộng sự (2012) thì tỷ lệ vi khuẩn gram âm lên đến 85,3% và *Acinetobacter* chiếm tỉ lệ cao nhất (29,33%), thứ nhì là *K.pneumoniae* (24%) [4]. Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trước có sự khác nhau về mức độ phổ biến và số loại vi khuẩn, cũng như tỷ lệ xuất hiện của chủng vi khuẩn gram âm trên bệnh nhân VPBV. Kết quả này khác nhau là do các yếu tố môi trường sống tại khu vực và tại bệnh viện khác nhau là khác nhau.

##### 4.2. Điều trị viêm phổi bệnh viện

VPBV là khởi phát muộn ( $\geq 5$  ngày) chiếm tỷ lệ 63,2%. Nghiên cứu của Lê Bất Tân tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện VPBV muộn là 75,6% [5].

Tỷ lệ điều trị thành công VPBV trong nghiên cứu của chúng tôi là 54,4%, tỷ lệ tử vong là 45,6%. Nghiên cứu của Nguyễn Kỳ Sơn và cộng sự (2012) tỷ lệ tử thành công là 66,3% [4]. Tỷ lệ tử vong do VPBV thường cao 30-70% [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong cao là do bệnh nhân của chúng tôi đa số mắc phải các vi khuẩn đa kháng là *P. aeruginosa*, *Acinetobacter*.

##### 4.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị VPBV

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh lý thần kinh trung ương có ảnh hưởng đến khả năng điều trị thành công. Nghiên cứu của Sellars ghi nhận có đến 1/3 bệnh nhân tai biến mạch máu não mắc VPBV và VPBV làm tăng nguy cơ tử vong của các bệnh nhân tai biến mạch máu não lên 3,17 lần [12].

Một yếu tố khác có liên quan đến tỷ lệ tử vong là loại kháng sinh sử dụng trong điều trị ban đầu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có kháng sinh ban đầu phù hợp với kháng

sinh đồ thì khả năng điều trị thành công gấp 9,25 lần bệnh nhân có kháng sinh ban đầu không phù hợp (OR=9,25; CI 95%: 2,81-38,96), có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Vinh kết luận tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân VPBV sử dụng kháng sinh không phù hợp cao hơn nhóm bệnh nhân sử dụng kháng sinh phù hợp 3,24 lần và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p=0,001$ ) [7]. Herkel T. và cộng sự (2016) cũng tìm được mối tương quan trong lựa chọn mỗi tương quan giữa lựa chọn kháng sinh ban đầu và tỷ lệ tử vong ( $p < 0,01$ ) [10].

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ điều trị thành công viêm phổi bệnh viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang là 54,4%. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị viêm phổi bệnh viện tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang là: bệnh lý thần kinh trung ương, sử dụng kháng sinh ban đầu không phù hợp làm tăng nguy cơ tử vong.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thái Dũng, Đỗ Quyết (2013), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi thở máy tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện 103”, *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 17(3), tr. 131-135.
2. Lê Quý Hương (2012), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả điều trị bệnh nhân viêm phổi bệnh viện tại Trung tâm hô hấp Bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Lê Thị Kim Nhung (2007). *Nghiên cứu về viêm phổi mắc phải trong bệnh viện ở người lớn tuổi*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. Nguyễn Kỳ Sơn, Phạm Vũ Thanh, Nguyễn Đức Thuận (2013), “Xác định các yếu tố liên quan đến tử vong của bệnh nhân viêm phổi bệnh viện tại Bệnh viện Đa khoa Lâm Đồng”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 17(3).
5. Lê Bất Tân (2018), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang phổi và vi khuẩn gây bệnh của viêm phổi bệnh viện ở người lớn điều trị tại Bệnh viện phổi Trung ương*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Phạm Thu Thùy, Sơn Thị Khương (2014), “Khảo sát tình hình đề kháng kháng sinh ở bệnh nhân viêm phổi bệnh viện điều trị tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ”, *Y học thực hành*, 944, tr. 385-389.
7. Nguyễn Xuân Vinh (2013), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi bệnh viện do vi khuẩn Acinetobacter Baumannii ở người cao tuổi tại bệnh viện Thống Nhất*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
8. American Thoracic Society and the Infectious Diseases Society of America (2005), "Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia", *Am J Respir Crit Care Med*, 171, pp. 388-416.
9. Esperatti M., Ferrer M., Theessen A., et al (2010), “Nosocomial Pneumoniae in the intensive Care Unit Acquired by Mechanically Ventilated versus Nonventilated Patients”, *Am J Respir Care Med*, 182, pp. 1533-1539.
10. Herkel T., Uvizl R., Doubravska L., et al. (2016), “Epidemiology of hospital-acquired pneumonia: Results of a Central European multicenter, prospective, observational study compared with data from the European region”, *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 160(3), 448-55.
11. Kalil AC, Metersky ML, Klompas M, Muscedere J et al (2016), “Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society”, *Clin Infect Dis.*, 63(5), e61-e111.
12. Sellars C, Bowie L, Bagg J, et al (2007), "Risk factors for chest infection in acute stroke: A prospective cohort study", *Stroke*, 38, (8), pp. 2284-2291.

## KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN SUY TĨNH MẠCH MẠN TÍNH CHI DƯỚI

Nguyễn Thiện Tuấn, Mai Thanh Bình,  
Sử Cẩm Thu, Đặng Văn Thanh

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm hiểu các yếu tố liên quan với suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới (STMMTCD).

**Đối tượng:** Tất cả các người bệnh (NB) từ 16 tuổi, đến khám và điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh-BVĐKTTAG được chẩn đoán suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới có siêu âm Doppler từ tháng 4 đến tháng 7/2019.

**Phương pháp:** Cắt ngang mô tả.

**Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam:3/1; Tuổi >50 chiếm đa số(85,9%); Nghề nghiệp buôn bán, công nhân, làm ruộng, nội trợ, nhân viên văn phòng chiếm đa số 83,4%; Thừa cân- béo phì (55,9%); Sinh từ 2 con gặp nhiều hơn sinh 1 con và không sinh con; Phân loại lâm sàng theo CEAP: C2 và C3 gặp nhiều nhất; Tiền sử gia đình (8,7%).

**Kết luận:** STMMTCD gặp nhiều ở phụ nữ; tuổi >50 gặp nhiều hơn. Các nghề nghiệp ít vận động hoặc đứng, ngồi nhiều; thừa cân béo phì; sinh nhiều con có dễ mắc bệnh hơn. Giai đoạn C2, C3 theo CEAP ưu thế. Tiền sử gia đình cần quan tâm khi thăm khám.

### ABSTRACT

**Survey of related factors to chronic venous insufficiency of the lower limbs**

**Objectives:** Find out related factors to chronic venous insufficiency of the lower limbs. **Subjects:** Patients with age  $\geq$  16 diagnosed chronic venous insufficiency (CVI) of the lower limbs with Doppler ultrasound, are receiving outpatient treatment at Departement of Ambulatory Care Services, An Giang General Hospital from April - July 2019. **Method:** cross-sectional description. **Results:** Female/male ratio:3/1; Age >50 accounts for the majority (85.9%); Trade, workers, farming, housewives, office workers make up the majority of 83.4%; Overweight and obesity (55.9%); Having 2 children is more likely than having 1 child and not giving birth; Clinical classification according to CEAP: C2 and C3 met the most; Family history (8.7%). **Conclusion:** CVI of the lower limbs see more in women; Age >50 tends to meet more. Occupations that are sedentary or standing or sitting a lot; overweight and obesity; More babies are more likely to get sick. Stage C2, C3 under CEAP prevail. Family history should be considered when visiting.

### I/ ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới (STMMTCD) là bệnh thường gặp và liên quan nhiều đến lối sống, theo thời gian bệnh càng nặng hơn ảnh hưởng đến sinh hoạt, công việc, chất lượng cuộc sống, thẩm mỹ và biến chứng gây tử vong.

Tại VN 2011, một nghiên cứu đa trung tâm, khoảng 4500 NB, STMMTCD ở nhóm tuổi >50 chiếm trên 50% và gần 70% là phụ nữ. Ở Mỹ có 2-5% dân số có những thay đổi liên quan đến bệnh này[2].

Để hiểu rõ hơn chúng ta cần khảo sát các yếu tố liên quan, từ đó giúp phòng ngừa, điều trị và giảm sự tiến triển của bệnh. Hiện tại không nhiều các nghiên cứu STMMTCD được thực hiện tại VN, chúng tôi tiến hành nghiên cứu (NC) này.

### MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

*Tìm hiểu các yếu tố liên quan với suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới*

### II/ ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1.Đối tượng:** Tất cả các người bệnh (NB) đến khám và điều trị ngoại trú tại Khoa KB-BVĐKTTAG từ tháng 4 đến tháng 7/2019

**Chọn mẫu:** Tất cả các NB  $\geq 16$  tuổi, được chẩn đoán suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới có siêu âm Doppler màu được thực hiện tại BVĐKTTAG và đồng ý tham gia NC.

**Loại trừ:** Những NB được chẩn đoán suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới *không có* siêu âm Doppler màu hoặc không đồng ý tham gia NC.

**2. Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang mô tả

**3. Cỡ mẫu:**  $n = 100$  ( $\rightarrow 127$ )

**4. Nội dung nghiên cứu**

**Tuổi:** gồm 4 nhóm ( $<30$ ; 30-50; 51-70;  $>70$ );

**Giới:** nam, nữ

**Các bệnh đi kèm suy TMMTCD:** dựa vào chẩn đoán/Toa thuốc (Có–Không): Tăng huyết áp, Thiếu máu cục bộ cơ tim mạn, tai biến mạch máu não cũ, bệnh thận mạn, thoái hóa khớp, đái tháo đường.

**Thời gian mắc bệnh:** từ lúc có triệu chứng (cảm giác nặng chân; sưng phù; dị cảm; vọp bẻ; tê mỏi; đau nhức, nóng rát) đến lúc đi khám tại BVĐKTTAG và được chẩn đoán xác định: gồm 3 nhóm ( $< 5$ ; 5 -10;  $>10$  năm)

**Nghề nghiệp:** buôn bán, công nhân, làm ruộng, nội trợ, nhân viên y tế, giáo viên, công an/bảo vệ, nhân viên văn phòng, nghề nghiệp khác.

**Số lần mang thai và sinh con:** 5 nhóm ( 1, 2, 3, 4,  $>4$  lần ).

**BMI:** 4 nhóm ( $<18,5$ : *gầy*; 18,5-22,9: *trung bình*; 23-24,9: *quá cân*;  $\geq 25$ : *béo phì*  $\text{kg/m}^2$ )

**Phân loại LS theo CEAP (2004) [10];[15]:** C1, C2, C3, C4 (C4a; C4b), C5, C6

**C1:** Giãn mao tĩnh mạch mạng nhện hoặc dạng lưới  $\text{đk} < 3$  mm

**C2:** Giãn tĩnh mạch  $\text{đk} > 3$  mm

**C3:** Phù chi dưới, chưa có biến đổi trên da.

**C4:** Biến đổi trên da do bệnh lý tĩnh mạch

**C4a:** Rối loạn sắc tố và/hoặc chàm tĩnh mạch

**C4b:** Xơ mỡ da và/hoặc teo trắng kiểu Milian

**C5:** Loét đã liền sẹo

**C6:** Loét đang tiến triển

**Tiền sử gia đình:** cha và/ hoặc mẹ mắc bệnh Suy TMMTCD (có/ không)

**Chẩn đoán Suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới:** dựa vào khám lâm sàng và kết quả siêu âm Doppler là suy van tĩnh mạch hai chi dưới

**5. Tiến hành nghiên cứu:**

Tất cả NB thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ, ghi nhận tuổi, giới, các bệnh lý đi kèm, hỏi bệnh, tiền sử, khám lâm sàng. Tất cả thông tin được ghi vào Bản thu thập số liệu.

**6. Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 16.0.

### III/ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua 4 tháng thu thập số liệu (từ tháng 4 đến 7/2019) chúng tôi ghi nhận có 127 người bệnh đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

#### Giới

**Bảng 1.1. Phân bố về Giới**

Giới	Tần số	Tỉ lệ
Nữ	95	74,8
Nam	32	25,2
Tổng	127	100%

#### Tuổi

Nhóm tuổi  $<30$  chiếm 2,4%, nhóm 30-50 (11,8%), nhóm 51-70 (59,1%), nhóm  $>70$  (26,8%). Tuổi trung bình  $63,4 \pm 14$ ; lớn nhất 99, nhỏ nhất 25.

**Bảng 1.2. Phân bố về Tuổi**

Nhóm tuổi	Tần số	Tỉ lệ
<30	3	2,4
30-50	15	11,7
51-70	75	59,1
>70	34	26,8
<b>Tổng số</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>
<b>Tuổi trung bình</b>		63,4 ±14

**Các bệnh đi kèm****Bảng 1.3. Các bệnh đi kèm suy TMCDMT**

Bệnh đi kèm	Tần số	Tổng	Tỉ lệ
Tăng huyết áp	76		59,8
Đái tháo đường (ĐTĐ)	20		15,7
Bệnh thận mạn ( BThM)	6		4,7
Thiếu máu cục bộ cơ tim mạn	32	127	25,2
Tai biến mạch máu não cũ	1		0,8
Thoái hoá khớp	38		29,9

**Nghề nghiệp****Bảng 1.4. Phân bố nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	Tần số	Tỉ lệ
Buôn bán	22	17,3
Công nhân	15	11,8
Công an/ bảo vệ	1	0,8
Giáo viên	10	7,8
Làm ruộng	22	17,3
Nội trợ	27	21,3
NV văn phòng	20	15,7
NV Y tế	2	1,5
Khác	8	6,2
<b>Tổng số</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>

**Thời gian mắc bệnh****Bảng 1.5. Phân bố thời gian mắc bệnh**

Thời gian mắc bệnh	Tần số	Tỉ lệ
<5 năm	95	74,8
5-10 năm	18	14,2
>10 năm	14	11
<b>Tổng số</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>

**BMI****Bảng 1.6. Phân bố BMI**

BMI	Tần số	Tỉ lệ
<18,5 ( gầy)	13	10,2
18,5 - 22,9 (trung bình)	43	33,9
23 - 24,9 (thừa cân)	26	20,5
≥ 25 (béo phì)	45	35,4
<b>Tổng số</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>

**Số lần mang thai và sinh con****Bảng 1.7. Phân bố số lần mang thai và sinh con**

Số lần mang thai và sinh con	Tần số	Tỉ lệ
0	7	7,4
1	7	7,4
2	32	33,7
3	9	9,5
4	11	11,6
>4	29	30,5
<b>Tổng số</b>	<b>95</b>	<b>100%</b>

**Phân loại lâm sàng theo CEAP****Bảng 1.8. Phân loại lâm sàng theo CEAP**

Phân loại theo CEAP	Tần số	Tỉ lệ
1	10	7,9
2	75	59
3	35	27,7
4a	6	4,7
4b	0	0
5	1	0,7
6	0	0
<b>Tổng số</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>

**TSGĐ mắc bệnh Suy TMMTCD****Bảng 1.9. TSGĐ mắc bệnh**

TSGĐ mắc bệnh	Tần số	Tỉ lệ
Có	11	8,7
Không	116	91,3
<b>Tổng số</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>

**IV/ BÀN LUẬN**

Qua 127 NB được đưa vào nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy như sau:

Về **giới**, nam(25,2%), nữ(74,8%), tỉ lệ nữ nhiều hơn nam 3/1, tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu Nguyễn Hoài Nam (nữ-80%, nam-20%, nữ/nam 4/1)[5], Lê Phước

Nguyên (nữ-82,9%, nam-17,1%, nữ/nam 4/1) [3],[6]. NC ở BonnVein (nữ 62,1%; nam 37,9%; nữ/nam 6/4) [14]. Nhìn chung nữ nhiều hơn nam. Sự khác biệt giữa 2 giới do nhiều yếu tố, phụ nữ thường phải mang thai[7],[13], ngày nay người phụ nữ tham gia nhiều công việc như nam giới, các công việc ít vận động tạo điều kiện phát sinh suy TMMTCD, mặc khác nam giới ít quan tâm tới bệnh (ít đi khám) so với nữ giới.

Về **tuổi**, nhóm tuổi <30 chiếm ít nhất 2,4%, nhóm tuổi 51-70 chiếm nhiều nhất 59,1%, nhóm >70 (26,8%) Tỉ lệ không tương đồng với nghiên cứu Lê Phước Nguyên (<30 chiếm 5,79%; 30-50 chiếm 33,8%; 50-70 chiếm 51,2%; >70 chiếm 9,09%)[3],[6]. Nhìn chung >50 tuổi chiếm đa số. Lão hóa ảnh hưởng đến hệ tim mạch, sự dày lên các van hệ tĩnh mạch chi dưới, tăng quá trình xơ và calci hóa ảnh hưởng đến chức năng tĩnh mạch[8]. Vì thế tỉ lệ mắc suy TMMTCD có xu hướng tăng theo tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là 63,4 cao hơn trong nghiên cứu Nguyễn Hoài Nam và Lê Phước Nguyên vì đối tượng tập trung nhiều ở các phòng khám Tim mạch và Lão khoa. NC ở Bonn Vein, về tuổi, nhóm tuổi 70-79 là nguy cơ quan trọng nhất suy TMMTCD [10].

**Các bệnh đi kèm** với suy tĩnh mạch chi dưới chiếm nhiều nhất là tăng huyết áp, thoái hóa khớp, thiếu máu cục bộ cơ tim. Tuổi trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là 63,4 thuộc nhóm người lớn tuổi, các bệnh lý tim mạch và bệnh về khớp dễ gặp hơn[1].

**Thời gian mắc bệnh** <5 năm gặp nhiều nhất (74,8%), ít nhất >10 năm (11%), tỉ lệ này cao hơn trong nc Tạ Văn Trâm (59,3%; 7,32%) năm 2016 [4], không tương đồng với Nguyễn Hoài Nam (21,2%; 50%) năm 2012. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NB càng ngày càng quan tâm tới suy TMMTCD, họ đi khám sớm hơn khi có triệu chứng.

**Nghề nghiệp** buôn bán, công nhân, làm ruộng, nội trợ, nhân viên văn phòng (17,3%; 11,8%; 17,3%; 21,3%; 15,7%) chiếm tỉ lệ cao so với các nghề nghiệp khác, chiếm tổng là 83,4% là những nghề thường xuyên đứng và/hoặc ít vận động gây giảm chức năng bơm máu tĩnh mạch, tăng áp lực tĩnh mạch. Đây là những yếu tố nguy cơ suy TMMTCD [11]. Tỉ lệ này gần tương đồng với Lê Phước Nguyên (22,7%, 10,5%; 16,6%; 9,7%; 18,7%) [3],[6].

**BMI** đánh giá béo phì toàn thân. Béo phì là nguy cơ suy TMMTCD[2],[11]. Trong nghiên cứu Phan Trịnh Minh Hiếu[7] và theo C.Witten[10] thừa cân và béo phì (TCBP) có liên quan với suy TMMTCD rõ hơn nhẹ cân và trung bình. Trong NC chúng tôi tỉ lệ TCBP chiếm 55,9% (trong đó béo phì chiếm cao nhất 35,4%) gần tương đồng với Lê Phước Nguyên (49,2%)[6], tỉ lệ bệnh nặng hơn cũng gặp ở nhóm béo phì[3]. So với các nghiên cứu khác trước đây, tỉ lệ này thấp hơn. Có thể ngày này NB nhận thấy TCBP là yếu tố nguy cơ nhiều bệnh.

**Mang thai** cũng là YTNC quan trọng[2]. Trong NC chúng tôi, nữ giới có 95, số mang thai và sinh con là 88 (93,6%). Trong đó có 2 con và trên 4 con chiếm tỉ lệ cao 64,2%. Tỉ lệ có 2 con chiếm cao nhất 33,7%. Người có mang thai và sinh con 2,3,4 lần chiếm cao hơn 1 lần và không mang thai. Hiện nay đa số các gia đình có 2 con, điều này giải thích số con nhiều > 2 con trong NC chúng tôi ít hơn. Tác giả Phan Trịnh Minh Hiếu cho thấy tỉ lệ suy TMMTCD tăng gần gấp 6 lần ở người mang thai và sinh con từ 3 lần trở lên và gấp 2,2 lần sinh từ 2 lần[7]. Trong nghiên cứu Lê Phước Nguyên tỉ lệ bệnh nặng hơn theo phân độ CEAP ở những bà mẹ trên 3 lần sinh con[3]. Nhìn chung, mang thai và sinh nhiều con dễ mắc bệnh ít con và không con.

Phân loại lâm sàng theo **CEAP** trong NC chúng tôi, tỉ lệ giai đoạn C2 và C3 chiếm nhiều nhất (59% và 27,7%) gần tương đương trong NC Nguyễn Hoài Nam (69,2% và 15,4%) và Tạ Văn Trâm (48% và 21,1%)[4], tuy nhiên trong NC Tạ Văn Trâm, tỉ lệ C1 cũng gặp khá cao 21,1%. NC Lê Thị Ngọc Hằng C2 và C3 (76,2%)[9] cũng chiếm đa số. Sở dĩ các giai đoạn C2, C3 cũng như C1 gặp nhiều là do biểu hiện lâm sàng của giãn các tĩnh mạch có thể nhìn thấy trên da và xuất hiện các triệu chứng phù chi, nặng chân, tê đau, vọp bẻ... làm cho NB quan tâm đi khám.

Tỉ lệ NB có **tiền sử gia đình (TSGĐ)** (cha hoặc mẹ hoặc cả hai) suy TMMTCD trong NC chúng tôi 8,7% thấp hơn Lê Phước Nguyên (28,6%)[6]. Yếu tố gia đình trong NC Lê Thị Ngọc Hằng chiếm 24,9%. Sự khác nhau này có thể do khác nhau về nghề nghiệp, kiến thức về bệnh suy TMMTCD, sống chung hay riêng với với người thân. Nhiều NC trên thế giới cho thấy **TSGĐ** là yếu tố nguy cơ thật sự. Theo Michael H. Criqui[14] **TSGĐ** chiếm 26,2% C2-C6/ nam); 18,5% (C2-C6/ nữ). Nhìn chung cần quan tâm **TSGĐ**(cha, mẹ) khi khám bệnh.

## V/ KẾT LUẬN

Suy TMMTCD là bệnh thường gặp ở phụ nữ, tuổi càng cao có xu hướng gặp càng nhiều. Các nghề nghiệp ít vận động hoặc đứng, ngồi nhiều; thừa cân béo phì; sinh nhiều con có dễ mắc bệnh hơn.

Phân loại lâm sàng theo CEAP ở giai đoạn C2, C3 gặp nhiều. Thời gian phát hiện bệnh <5 năm gặp nhiều nhất cho thấy người bệnh ngày càng quan tâm tới bệnh này nhiều hơn.

Về TSGĐ, mặc dù trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấp (8,7%) so với các tác giả khác trong và ngoài nước (>20%), chúng ta cũng cần quan tâm tới yếu tố này khi thăm khám NB

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2017). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch. NXB Y học.
2. Nguyễn Văn Trí (2015). “Góc nhìn lão khoa về thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch”. *NXB Y học*
3. Lê Phước Nguyên, Lê Nữ Hòa Hiệp( 2015),” Sự liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và giai đoạn lâm sàng bệnh suy tĩnh mạch mãn tính chi dưới” *Y học thành phố HCM, tập 19, số5*
4. Tạ Văn Trâm, Lê Nữ Hòa Hiệp(2016),” Phân loại giai đoạn CEAP bệnh suy tĩnh mạch mãn tính chi dưới” *Y học thành phố HCM, tập 20, số2*
5. Nguyễn Hoài Nam( 2012)”Nghiên cứu biểu hiện dịch tế học lâm sàng của bệnh suy tĩnh mạch mãn tính chi dưới” *Y học thành phố HCM, tập 16, số1*
6. Lê Phước Nguyên, Lê Nữ Hòa Hiệp( 2016)” Yếu tố nguy cơ suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới” *Y học thành phố HCM, tập 20, số2*
7. Phạm Trịnh Minh Hiếu (2014)”Ti lệ suy tĩnh mạch chi dưới và các yếu tố liên quan ở phụ nữ khám thai tại cơ sở 2 bệnh viện đại học YD TP,HCM” *Y học thành phố HCM, tập 18, số1.*
8. Nguyễn Văn Trí (2016)”Tích tuổi học cơ quan và lão hóa hệ tĩnh mạch” *Chuyên đề tim mạch học.*
9. Lê Thị Ngọc Hằng(2018)” Kinh nghiệm điều trị phẫu thuật cho 9230 bệnh nhân suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới tại bệnh viện ĐHYDƯỠC TP.HCM” *Y học thành phố HCM, tập 22, số1.*
10. .C.Witten (2015) ” Management Of Chronic Venous Disease”*European society for vascular surgery*
11. Michael McArdle (2017)” Management Of Chronic Venous Disease” *PMC*
12. Maarit Venermo (2019)”Venous insufficiency of the lower limbs “ *Duodecim Medical Publication*
- 13.Matic M(2019)”Major risk factor for chronic venous disease development in women:is childbirth among them”
14. Michael H. Criqui (2007).”Risk Factors for Chronic Venous Disease: the San Diego Population Study” *PMC*
- 15.Robert T.Eberhardt (2014)” Chronic Venous Insufficiency” *American Heart Association.*



## KHẢO SÁT MICROALBUMIN NIỆU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

*Phạm Ngọc Hoa, Hồ Bảo Hoàng  
Nguyễn Văn Hợp Nguyễn Quốc Đạt*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Bệnh thận do đái tháo đường là một biểu chứng thường gặp do kiểm soát đường huyết không tốt. Microalbuminurea niệu là một triệu chứng sớm của bệnh thận do đái tháo đường mà nó có thể gây ra suy thận giai đoạn cuối. Chúng tôi nghiên cứu sự tương quan giữa microalbuminurea niệu và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường type 2.

**Bệnh nhân và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 111 bệnh nhân đái tháo đường type 2. Một số biến số microalbuminurea niệu, HbA1c, thời gian mắc bệnh đái tháo đường.

**Kết quả:** Tỷ lệ microalbuminurea niệu (MAU) là 67,5%. Có sự tương quan giữa MAU và thời gian mắc bệnh đái tháo đường ( $p < 0.05$ ) và HbA1c ( $p < 0.05$ ).

**Kết luận:** microalbuminurea niệu thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. HbA1c, thời gian mắc bệnh là các yếu tố tiên đoán microalbuminurea niệu ở bệnh nhân đái tháo đường.

### ABSTRACT

**Background:** Diabetic nephropathy is a complication of diabetes that is caused by uncontrolled high blood glucose: Microalbuminurea is a early symptom of diabetic nephropathy, which can lead to renal failure if untreated. We are to study the relationships between microalbuminurea and some risk factors in patients with type 2 diabetes mellitus.

**Subjects and method:** A cross-sectional analysis was conducted among 111 patients with type 2 diabetes. Microalbuminurea, HbA1c, duration of disease

**Results:** Ratio of MAU (+), in type 2 diabetic patients was 67,5%. There was correlation between MAU with duration of disease ( $p < 0,05$ ) and HbA1c ( $p < 0,05$ ).

**Conclusions:** MAU is common in type 2 DM. HbA1c, duration of disease are predictors MAU in type 2 DM.

### I/ ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hóa không đồng nhất có đặc điểm tăng đường huyết do thiếu hụt về tiết insulin, về tác động của insulin hoặc cả hai. Tăng glucose huyết mạn tính kéo dài trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa carbohydrat, protein, lipid, gây nên tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau đặc biệt là ở tim, mạch máu, thận, mắt, thần kinh. Theo thông báo của liên đoàn ĐTĐ thế giới (IDF) năm 2017 toàn thế giới có 429,9 triệu người bị ĐTĐ. Tới năm 2045 con số này sẽ là 629 triệu, tăng 48%. Như vậy cứ 10 người sẽ có một người bị ĐTĐ. Cùng với việc tăng sử dụng các thực phẩm không thích hợp, ít hoặc không hoạt động thể lực ở trẻ em, bệnh ĐTĐ đang có xu hướng tăng ở cả trẻ em, trở thành sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng.

Số người bị ĐTĐ ở các nước có thu nhập thấp và trung bình tiếp tục tăng. Một nửa số người bị bệnh ĐTĐ chưa được chẩn đoán, bệnh ĐTĐ gây nên nhiều biến chứng, 12 % chi phí y tế toàn cầu là chi cho người lớn bị ĐTĐ.

Tại Việt Nam, ĐTĐ là một bệnh thường gặp chiếm tỷ lệ tử vong cao nhất trong các bệnh nội tiết. ĐTĐ gây ra nhiều biến chứng mạn tính ảnh hưởng nặng nề đến cuộc sống người bệnh như: tim mạch, thận, thần kinh, ... Trong đó biến chứng thận là biến chứng nặng ảnh hưởng nghiêm trọng đến cuộc sống của người bệnh. Ở bệnh nhân ĐTĐ type 1, albumin niệu là biểu hiện đầu tiên của tổn thương thận. Ở bệnh nhân ĐTĐ type 2, ngay lúc mới chẩn đoán có thể bệnh nhân đã có tăng huyết áp, albumin niệu.

Tiên lượng của biến chứng thận do ĐTĐ rất nặng đến giai đoạn cuối cần phải lọc thận hoặc ghép thận. Cả hai phương pháp điều trị này đều gây nhiều biến chứng và rất tốn kém. Phát hiện biến chứng thận do ĐTĐ có ý nghĩa quan trọng trong y học và đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân ĐTĐ(1)(5)(6).

Có nhiều nghiên cứu nhằm phát hiện bệnh thận do ĐTĐ trong đó xét nghiệm microalbumin niệu được nhiều nhà nghiên cứu nhận định là một yếu tố đánh giá và theo dõi biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTĐ.

Vì các lý do trên chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

- *Xác định tỉ lệ bệnh nhân có tiểu đạm vi thể (microalbumin niệu).*
- *Nhận xét các mối liên quan giữa các chỉ số như HbA1c, thời gian mắc bệnh với microalbumin niệu.*

## II/ ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. **Đối tượng nghiên cứu:** là các bệnh nhân bị ĐTĐ đang điều trị tại khoa Nội tiết BVĐKTT An Giang từ tháng 3 – tháng 8/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: là những bệnh nhân thỏa tiêu chí sau

- Chẩn đoán xác định ĐTĐ theo tiêu chí chẩn đoán của hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) 2012
- Tiêu chí loại trừ ra khỏi nghiên cứu: bệnh nhân có biến chứng cấp của ĐTĐ như: hôn mê tăng áp lực thẩm thấu, hôn mê do nhiễm ceton acid, bệnh nhân có các biến chứng cấp nặng như nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn đường tiêu...

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

Các biến số nghiên cứu: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, HbA1c, microalbumin niệu (MAU) được thực hiện bằng việc lấy nước tiểu qua đêm.

Đánh giá kết quả: microalbumin niệu (MAU) bình thường < 20 µg/phút. MAU dương tính: 20-200µg/phút.

3. **Xử lý số liệu:**

Sử dụng cách tính tỉ lệ phần trăm tính giá trị trung bình. Sử dụng test x 2 để phân tích mối liên quan giữa các biến. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

MAU ( MicroAlbuminurine)

## III/ KẾT QUẢ

Tổng số bệnh nhân đưa vào nghiên cứu là 111 bệnh nhân.

### **Bảng 1: Một số đặc điểm lâm sàng.**

Tuổi trung bình: 64.05

Giới (nam/nữ)= 46/65 (41.4%/58,6%)

Thời gian phát hiện bệnh: 7,69 năm

### **Bảng 2: Một số đặc điểm cận lâm sàng.**

HbA1c: 10,4%

MAU: 65,7 µg/phút.

Tỉ lệ bệnh nhân MAU(+): 73/112 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 65,7%.

### **Bảng 3: Tỉ lệ Microalbumin niệu ở bệnh nhân ĐTĐ.**

MAU	(+)	(-)
N (số bệnh nhân)	73	38
Tỉ lệ (%)	65,7	34,3

### **Bảng 4: Mối liên quan giữa MAU và thời gian phát hiện bệnh.**

Thời gian phát hiện bệnh (năm)	MAU >20 µg/phút		MAU <20 µg/phút		p <0,05
	n	%	n	%	
<5	9	8,1	19	17,1	
5-10	25	22,5	12	10,8	
>10	39	35,1	7	6,3	
Tổng	73	67,7	38	34,3	

Có mối liên hệ giữa MAU và thời gian phát hiện bệnh. Thời gian phát bệnh càng lâu thì khả năng xuất hiện microalbumin niệu càng tăng.

**Bảng 5: Mối liên quan giữa MAU và HbA1c**

MAU \ HbA1c	>20		<20		p <0,05
	n	%	n	%	
≥7%	59	53,1	29	26,1	
<7%	14	12,6	9	8,2	

Có mối liên quan giữa MAU và HbA1c. Kiểm soát đường huyết càng tích cực thì khả năng xuất hiện MAU càng ít ( $p < 0,05$ ).

#### IV/ BÀN LUẬN

ĐTĐ là bệnh rối loạn chuyển hoá mạn tính, bệnh sẽ tiến triển dần đến các biến chứng mạn tính trên mạch máu lớn (tim mạch), mạch máu nhỏ (mắt, thận, thần kinh).

Theo nghiên cứu DCCT trên 1441 bệnh nhân ĐTĐ cho thấy ở nhóm bệnh nhân điều trị tích cực ( $HbA1c < 7,0\%$ ) chỉ có trên 7% nguy cơ xuất hiện microalbumin niệu, 64% nguy cơ bệnh thần kinh, 46% nguy cơ các biến chứng mạch máu so với nhóm kiểm soát không tích cực ( $HbA1c > 7\%$ ).

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi bệnh nhân kiểm soát kém đường huyết ( $HbA1c > 7\%$ ) thì khả năng xuất hiện MAU cao hơn so với những bệnh nhân được kiểm soát chặt chẽ hơn ( $p < 0,05$ ).

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hà Thị Cẩm Vân và Vũ Thị Thu Huyền (2)

Thời gian mắc bệnh được ghi nhận từ lúc mắc bệnh ĐTĐ đến lúc nghiên cứu.

Do bệnh ĐTĐ diễn tiến âm ỉ, bệnh nhân thường được phát hiện tình cờ nên thời gian mắc bệnh có thể khác nhau tùy theo mức độ chăm sóc y tế, sự tình cờ phát hiện vì một bệnh khác hoặc lúc khám sức khỏe. Điều này có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian bệnh có thể ảnh hưởng đến sự xuất hiện của MAU. Thời gian mắc bệnh càng lâu, tỉ lệ xuất hiện MAU sẽ cao hơn. Kết quả này phù hợp với Trần Thị Ngọc Thư (3)(4). Kết quả này không giống như một số tác giả khác như: Hà Thị Cẩm Vân, Vũ Thị Thu Huyền. Theo các tác giả này thời gian mắc bệnh không ảnh hưởng đến MAU

#### V/ KẾT LUẬN

- Tỉ lệ xuất hiện microalbumin niệu trong nghiên cứu của chúng là 65,7%
- Có mối liên quan giữa microalbumin niệu và thời gian mắc bệnh ĐTĐ.
- Có mối liên quan giữa microalbumin niệu và kiểm soát đường huyết. Tỉ lệ xuất hiện MAU thấp khi đường huyết được kiểm soát chặt chẽ ( $HbA1c < 7\%$ ) ngược lại khi bệnh nhân kiểm soát đường huyết kém ( $HbA1c > 7\%$ ) thì tỉ lệ xuất hiện MAU tăng.

#### VI/ KIẾN NGHỊ

Nâng cao khả năng truyền thông cho nhân dân kiến thức phòng và điều trị bệnh ĐTĐ. Khám sức khỏe định kì để phát hiện sớm bệnh ĐTĐ, nếu mắc bệnh phải kiểm soát chặt chẽ đường huyết bằng chế độ không dùng thuốc và dùng thuốc đúng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thy Khuê, Thái Hồng Quang- Bệnh thận ĐTĐ- Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị bệnh ĐTĐ- Hội Nội Tiết- ĐTĐ Việt Nam.
2. Hà Thị Cẩm Vân – Vũ Thị Thu Huyền- Giá trị của chỉ số Albumin/ Creatinine nước tiểu trong theo dõi biến chứng cầu thận ở bệnh nhân ĐTĐ
3. Trần Thị Ngọc Thư- Nghiên cứu MicroAlbumin niệu với một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân ĐTĐ 2 (2017)
4. Nguyễn Thị Thanh Nga: Tỉ lệ và đặc điểm tổn thương thận ở bệnh nhân ĐTĐ 2 điều trị tại Bệnh viện Nguyễn Trãi TP.HCM. Y học thực hành số 2/2019
5. American Diabetes Association; Standards of Medical care in Diabetes 2016; Diabetes care. 2016; vol 39; suppl 1: s72 –s74.
6. IDF Global Guideline for type 2 Diabetes 2012.

## KHẢO SÁT TÌNH HÌNH THIẾU MÁU Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI ĐANG ĐIỀU TRỊ THAY THỂ THẬN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2019

*Nguyễn Huỳnh Như Liễu, Lê Thị Mãi, Chau Surol Senl*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ thiếu máu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị thay thể thận

**Phương pháp:** mô tả cắt ngang, hồi cứu

**Đối tượng nghiên cứu:** 50% bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị thay thể thận

**Kết quả:** Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân đang điều trị thay thể thận là 93,8% và có liên quan với sự giảm ferritin huyết thanh và lọc máu định kỳ.

**Kết luận:** Cùng với rHu-EPO, các chế phẩm của sắt cần được chỉ định rộng rãi cho bệnh đang điều trị thay thể thận có tình trạng thiếu máu.

### ABSTRACT

**Objectives:** To determine the proportion of anemia and related factors in CKD patients, who is dialysis, consist of hemodialysis and peritoneal dialysis.

**Methods:** The cross-sectional retrospective study

**Subjects:** 50% CKD patients in dialysis

**Results:** The proportion of anemia in dialysis patients are 93,8% and relate with serum ferritin deficiency and hemodialysis.

**Conclusions:** In conjunction with rHu-EPO, iron preparations should be widely prescribed to dialysis patients with anemia.

### I/ ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn là một bệnh lý mạn tính, là hậu quả của quá trình suy giảm số lượng và chức năng của nephron, làm giảm từ từ mức lọc cầu thận, dẫn đến giảm chức năng thận (1). Ở Châu Âu, tỷ lệ suy thận giai đoạn cuối tăng nhanh từ những năm 1990 đến 2000 từ 79 đến 117 trên 1 triệu người và đến năm 2010 là 123 trên 1 triệu người (2). Các báo cáo gần đây nhất củaUSRDS cũng ước tính gần nửa triệu bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối ở Hoa Kỳ đã được điều trị vào cuối năm 2004 và đến năm 2010 con số này đã tăng thêm 40% (3).

Điều hòa sản xuất hồng cầu là một trong những chức năng chính của thận, vì vậy dù nguyên nhân khởi bệnh là ở cầu thận, hay ở ống kẽ thận thì khi thận suy đều gây thiếu máu, thận càng suy thì mức độ thiếu máu càng nặng. Thiếu máu ở bệnh nhân suy thận mạn gây mệt mỏi, khó kiểm soát huyết áp, suy tim và gây ra hàng loạt biến chứng về tim mạch, thần kinh, tiêu hóa,... làm tăng nguy cơ tử vong cho bệnh nhân. Vì vậy, chống thiếu máu là một trong những mục tiêu cơ bản và quan trọng nhất của việc điều trị suy thận mạn.

Chi phí cho việc điều trị thay thể thận là gánh nặng cho nền kinh tế toàn cầu, đặc biệt là đối với các nước kém phát triển và đang phát triển như nước ta. Hơn nữa, bệnh thận mạn tính là nguyên nhân gây ra và làm trầm trọng thêm thiếu máu và suy tim, ngược lại, thiếu máu có thể gây ra và làm trầm trọng thêm bệnh thận mạn và suy tim. Do đó, việc xác định và giảm tỷ lệ mắc bệnh thận mạn tính cùng với việc điều trị thiếu máu trong suy thận mạn đã trở thành một trong những ưu tiên quan trọng trong lĩnh vực y tế.

Trên thế giới, có rất nhiều công trình nghiên cứu về vấn đề thiếu máu trong suy thận mạn để tìm hiểu về cơ chế bệnh sinh và các biện pháp điều trị hữu hiệu cho bệnh nhân suy thận mạn. Cùng với các chế phẩm sắt, sản xuất và đưa vào ứng dụng Erythropoietin người tái tổ hợp là những phương pháp điều trị thiếu máu đầu tay ở bệnh nhân đã áp dụng các phương pháp thay thể thận (4). Ở Việt Nam, cũng có nhiều tác giả nghiên cứu về các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thiếu máu trong suy thận mạn. Tuy nhiên, số lượng các nghiên cứu tìm hiểu về thiếu máu ở bệnh nhân điều trị thay thể thận còn rất hạn chế. Vì thế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu

này để đánh giá, từ đó đề xuất những can thiệp hữu hiệu, giảm tỷ lệ nhập viện và giảm gánh nặng kinh tế do điều trị thiếu máu ở bệnh nhân đang điều trị thay thế thận.

### MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Khảo sát tình hình thiếu máu ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị thay thế thận
2. Khảo sát các yếu tố liên quan đến thiếu máu ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị thay thế thận

### II/ ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị thay thế thận tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Bệnh nhân mắc các bệnh lý mãn tính gây thiếu máu: AIDS, lao, loét dạ dày, ung thư,...

#### 2. Phương pháp nghiên cứu

Cắt ngang mô tả, hồi cứu: Chúng tôi hồi cứu những hồ sơ bệnh án Suy thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị thay thế thận trong quý II năm 2019. Chọn bệnh án theo số lẻ của mã y tế của bệnh nhân.

#### \*Cỡ mẫu

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p*(1-p)}{d^2} = 174 \text{ với } d=0,05 \text{ và } p= 0,87 \text{ (8)}$$

#### \*Định nghĩa các biến

#### Bảng 2.1. Phân loại mức độ thiếu máu theo nồng độ Hemoglobin theo WHO 1992

Mức độ thiếu máu	Nồng độ Hemoglobin (g/dL)
Nhẹ	9,0-12,0
Vừa	7,0-9,0
Nặng	<7,0

#### Bảng 2.2. Phân loại mức độ giảm ferritin huyết thanh theo KDIGO 2012

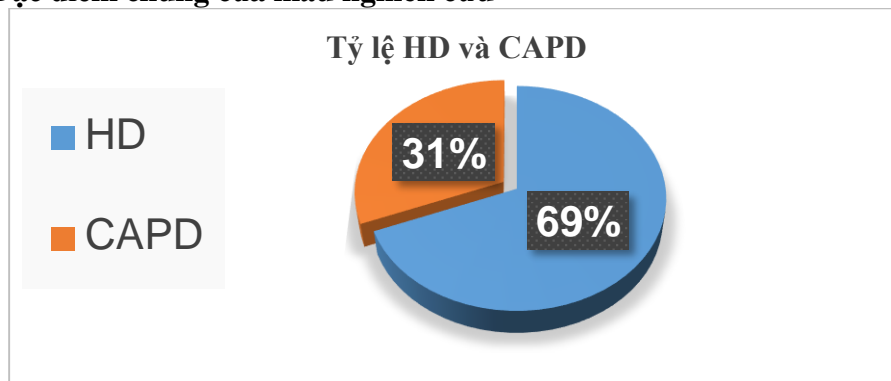
Mức độ	Nồng độ Ferritin (ng/mL)
Nhẹ	>500
Vừa	200-500
Nặng	<200

#### 3. Phương pháp 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, khi giá trị  $p < 0,05$  được xem là có ý nghĩa thống kê. Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

### III/ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu



**Biểu đồ: Tỷ lệ các phương pháp điều trị thay thế thận**

**Nhận xét:** Trong 210 bệnh nhân có 69% lọc máu định kỳ (HD) và 31% bệnh nhân lọc màng bụng chu kỳ (PD).

**Bảng 1: Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm		HD	PD
Tuổi	Min	18	24
	Max	87	66
	Trung bình	52.46	44.26
Giới	Nam	35,2% (n=51)	60% (n=39)
	Nữ	64,8% (n=94)	40% (n=26)

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân nam làm PD cao hơn so với bệnh nhân nữ. Tỷ lệ bệnh nhân nữ HD cao hơn so với bệnh nhân nam. Tuổi trung bình của HD cao hơn so với PD.

## 2. Đặc điểm cận lâm sàng

**Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân điều trị thay thế thận**

Đặc điểm	PD				HD			
	Bình thường	Nhẹ	TB	Nặng	Bình thường	Nhẹ	TB	Nặng
Thiếu máu	16,9% (n=11)	56,9% (n=37)	24,6% (n=16)	1,5% (n=1)	1,4% (n=2)	38,6% (n=56)	59,3% (n=86)	0,7% (n=1)
Thiếu sắt	4,6% (n=3)	16,9% (n=11)	50,8% (n=33)	27,7% (n=18)	11,7% (n=17)	11,7% (n=17)	33,8% (n=49)	42,8% (n=62)
Albumin	Giảm 53,8% (n=35)		Bình thường 46,2% (n=30)		Giảm 30,3% (n=44)		Bình thường 69,7% (n=101)	
Protein TP	44,6% (n=29)		55,4% (n=36)		32,4% (n=47)		67,6% (n=98)	

**Nhận xét:** Tỷ lệ thiếu máu là 93,8%, trong đó có 44,3% thiếu máu mức độ nhẹ, 48,6% thiếu máu mức độ trung bình và 0,9% thiếu máu mức độ nặng. Tỷ lệ giảm ferritin huyết thanh là 90,5%, trong đó mức độ nhẹ chiếm 13,3%, mức độ trung bình chiếm 39,1% và mức độ nặng chiếm 38,1%.

**Bảng 3: Thiếu máu và các yếu tố liên quan**

	PD	HD	
Thiếu máu (g/dL)	10,3±2,18, p=0,967	8,74±1,51, p=0,05	p=0,177
Giảm Ferritin (ng/mL)	374±39,4, p=0,568	369±30,5, p=0,193	p=0,285
Liều rHuEPO(UI/tuần)	4400±191,03, p=0,000	5517,24±950,9, p=0,074	p=0,045

**Nhận xét:** Hemoglobin trung bình ở PD là 10,3±2,18, cao hơn của HD là 8,74±1,51, HD và thiếu máu liên quan có ý nghĩa thống kê. Ferritin huyết thanh của PD là 374±39,4, cao hơn của HD là 369±30,5 và sự giảm ferritin không liên quan đến phương pháp điều trị thay thế thận. Liều rHu-EPO ở PD là 4400±191,03, thấp hơn ở HD là 5517,24±950,9 và liều rHu-EPO liên quan có ý nghĩa thống kê với PD. Tỷ lệ giảm albumin là 37,6% và giảm protein toàn phần lần lượt là 36,2%.

## IV/ BÀN LUẬN

Từ tháng 4/2019 đến tháng 6/2019, có 210 bệnh nhân đang điều trị thay thế thận được đưa vào nghiên cứu, trong đó có 42,9% nữ (n= 90) và 57,1% nam (n=120). Tỷ lệ nam/ nữ là 1,3/1. Tuổi trung bình là 49,92±12,8. Không có sự khác biệt về tuổi và giới (p>0,05). Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Hoa Kỳ năm 1997 là 1,6/1 và năm 2008 là 1,5/1(5), (6). Tuy nhiên, một nghiên cứu khác của Hoa Kỳ từ năm 1999- 2000 cho kết quả tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi: bệnh nhân nam chiếm 52,8% và bệnh nhân nữ chiếm 47,2%(7). Tỷ lệ thiếu máu là 93,8%, trong đó có 44,3% thiếu máu mức độ nhẹ, 48,6% thiếu máu mức độ trung bình và 0,9% thiếu máu mức độ nặng. Một nghiên cứu của các tác giả ở Nigeria cho kết quả khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi, trong đó thiếu máu chiếm 87%, thiếu máu nhẹ đến

trung bình chiếm 69% và thiếu máu nặng chiếm 18%(8). Thiếu máu có liên quan đến phương pháp điều trị thay thế thận và có ý nghĩa thống kê với lọc máu định kỳ ( $p=0,05$ ).

Tỷ lệ giảm ferritin huyết thanh là 90,5%, trong đó mức độ nhẹ chiếm 13,3%, mức độ trung bình chiếm 39,1% và mức độ nặng chiếm 38,1%. Giảm Ferritin không liên quan đến phương pháp điều trị thay thế thận ( $p>0,277$ ), nhưng liên quan đến thiếu máu và liên quan này có ý nghĩa thống kê ( $p=0,01$ ). Kết quả này khác biệt rất lớn so với một nghiên cứu ở Ả Rập Saudi với 18,75% bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối thiếu sắt và 6,25% bệnh nhân có tình trạng quá tải sắt (9).

Tỷ lệ giảm albumin là 37,6% và giảm protein toàn phần lần lượt là 36,2%. Giảm albumin và protein toàn phần không liên quan đến phương pháp điều trị thay thế thận cũng như thiếu máu ( $p>0,05$ ).

Liều Liều rHu- EPO ở PD là  $4400\pm 191,03$ , thấp hơn ở HD là  $5517,24\pm 950,9$  và liều rHu- EPO liên quan có ý nghĩa thống kê với PD. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Tây Ban Nha với liều rHu- EPO ở PD thấp hơn HD  $64,3\text{UI/kg/tuần}$  ( $p=0,001$ )(10).

## V/ KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 210 bệnh nhân đang điều trị thay thế thận tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang trong quý II năm 2019 chúng tôi ghi nhận tỷ lệ thiếu máu là 93,8%, trong đó có 44,3% thiếu máu mức độ nhẹ, 48,6% thiếu máu mức độ trung bình và 0,9% thiếu máu mức độ nặng. Thiếu máu không liên quan đến tuổi, giới, sự giảm albumin và protein toàn phần, nhưng thiếu máu liên quan đến sự giảm ferritin huyết thanh và lọc máu định kỳ, các liên quan này có ý nghĩa thống kê với  $p$  lần lượt là 0,01 và 0,05. Do đó, Cùng với rHu-EPO, các chế phẩm của sắt cần được chỉ định rộng rãi cho bệnh đang điều trị thay thế thận có tình trạng thiếu máu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Gia Tuyền (2007), “*Suy thận mạn*”, Bài giảng bệnh học nội khoa, tập 1, Trường Đại Học Y Hà Nội,
2. *Hanbook of dialysis fourth edition (2016)*, Chapter 1, The new patient with renal failure, p.4.
3. Saydah S. , Eberhardt M. , N.Rios-Burrows M. , Williams D. , Geiss L. ,Dorsey R. (2007), “*Prevalence of CKD and Associated risk factors-US 1999-2004*”, Morbidity and Mortality weekly report of centers for disease control and prevention, Vol.56, No.8, p.161-165.
4. *KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease (2012)*, Vol.2, p.283-286
5. Lynsey Webb, Anna Casula, Rommel Ramanan and Charles RV Tomson (2009), “*Demographic and biochemistry profile of kidney transplant recipients in the UK in 2008: national and centre-specific analyses*”, The 12th Annual report from the UK renal registry, p.69-102.
6. Ansell D, and Feest T. (1998), “Chapter 3. Renal replacement therapy in 1996 and 1997”, *The 1st Annual report from the UK renal registry*”, p.13-22.
7. Kammerer J, Ratican M, Elzein H, Mapes D (2002), “*Anemia in CKD: prevalence, diagnosis and treatment. Case study of the anemic patient*”, Nephrol nursing journal: journal of the American nephrology nurse’s association, 29(4): 371-4.
8. Akinsola A, Durosinmi MO, Akinola NO (2000), “*The haematological profile of Nigerians with chronic renal failure*”, African journal of medicine and medical sciences, 29(1):13-6.
9. Rafi A., Karkar A., Abdelrahman M. (2007), “*Monitoring iron status in end-stage renal disease patients on emodialysis*”, Saudi journal of kidney disease and transplantation, Vol.18, No.1, p.73-8.
10. Francisco C., Jose A. Herrero, Jesus M., Cristina F., Argimiro G. (2003), “*Erythropoietin requirements: A comparative multicenter study between peritoneal dialysis and hemodialysis*, J Nephrol (2003), Vol.16, p.697-702.

## LỢI ÍCH CỦA NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG ỚNG MỀM KỸ THUẬT MỘT NGƯỜI (1 BÁC SĨ) SO VỚI HAI NGƯỜI (1 BÁC SĨ+1 KỸ THUẬT VIÊN)

*Hồ Hiền Sang, Bùi Lương Ngọc*

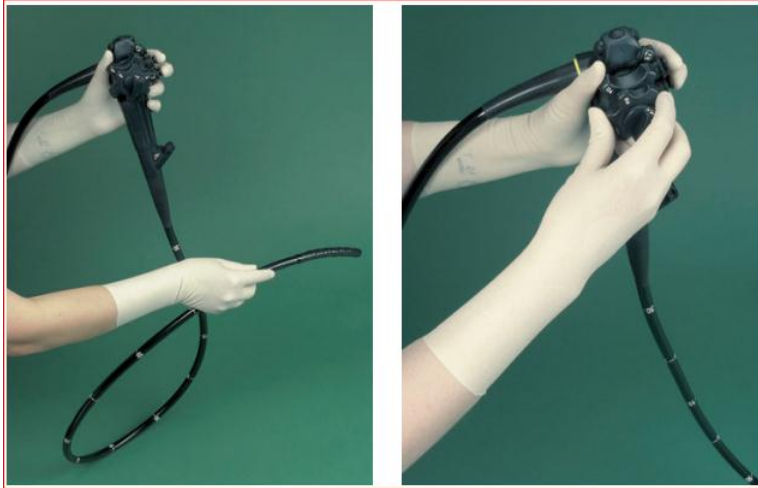
### Mục tiêu sáng kiến:

- An toàn cho người bệnh
- Nhanh chóng
- Mang lại kết quả chẩn đoán chính xác – ít đau hướng đến sự hài lòng của người bệnh

### Cách thực hiện:

#### Kỹ thuật nội soi đại tràng 1 người:

- Tay trái: điều khiển vô lăng máy soi. Ngón trỏ điều khiển nút khí/nước và nút hút. Ngón giữa hỗ trợ cho ngón cái điều khiển vô lăng.
- Tay phải: cầm thân ống soi cách hậu môn 25 – 30 cm. Thân ống soi được giữ nhẹ nhàng giữa ngón cái và các ngón còn lại.
- Kỹ thuật nội soi 1 người thì thao tác UP/DOWN được thực hiện nhờ vô lăng. Để điều chỉnh xoay trái/phải thì dùng tay phải để xoay thân ống soi hơn là điều chỉnh vô lăng RIGHT/LEFT.



*(Kỹ thuật nội soi đại tràng 2 người (Bệnh Viện ĐKTT An Giang đã áp dụng từ rất lâu: Người chính: điều khiển vô lăng bằng 2 tay: tay trái điều khiển vô lăng UP/DOWN, nút khí/nước và nút hút. Tay phải điều khiển vô lăng RIGHT/LEFT. Người phụ: thực hiện các thao tác tương tự như của bàn tay phải trong kỹ thuật 1 người: đẩy/rút máy theo khẩu lệnh của người nội soi chính. Kỹ thuật 2 người đòi hỏi phải có sự hợp tác ăn ý)*

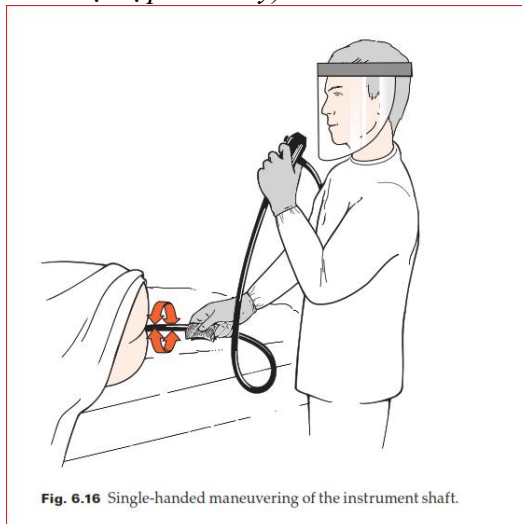


Fig. 6.16 Single-handed maneuvering of the instrument shaft.



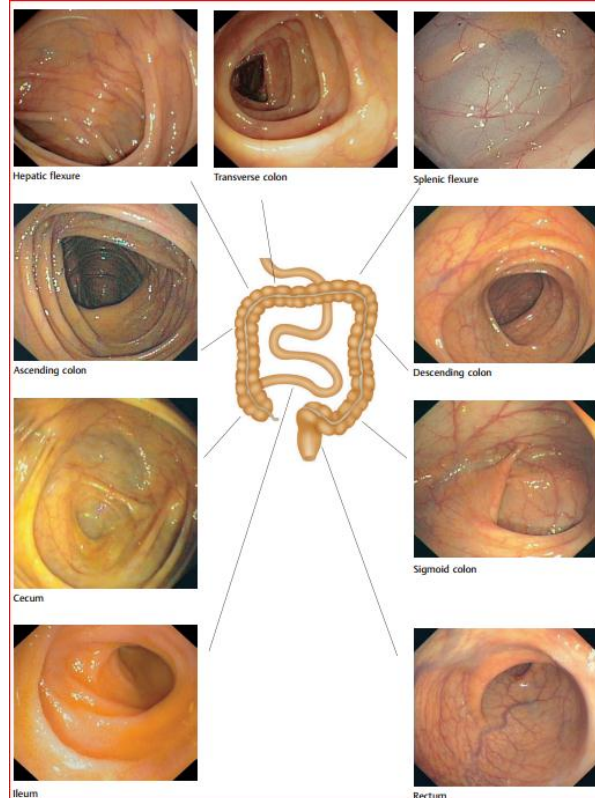
**Quy trình thực hiện:**

-Điều dưỡng/KTV thực hiện rửa và ngâm ống soi theo quy trình

-Bác sĩ thăm khám trực tràng bằng ngón tay và dùng ngón tay hỗ trợ đưa đầu ống soi vào trực tràng sau khi bôi trơn; Bác sĩ dùng tay trái cầm vô lăng chủ yếu UP/DOWN và tay phải cầm ống soi chủ yếu RIGHT/LEFT để đưa máy soi qua trực tràng, đại tràng chậu hông, đại tràng xuống, đại tràng góc lách, đại tràng ngang, đại tràng góc gan, manh tràng. Sau đó rút lui máy tuần tự và quan sát cẩn thận các tổn thương nếu có.

-Sau khi lui máy ra khỏi hậu môn, điều dưỡng cầm ống soi và rửa máy theo đúng quy trình của Bộ Y Tế.

-Thời gian nội soi khoảng 10 – 15 phút, ngắn hơn và dài hơn còn phụ thuộc vào khung đại tràng gấp góc nhiều hay ít và kỹ thuật của người nội soi.

**Lợi ích mang lại:**

- Thời gian nội soi nhanh hơn
- Người bệnh dễ chịu và ít đau hơn
- Quá trình nội soi an toàn hơn
- Không phụ thuộc vào sự ăn ý của điều dưỡng và bác sĩ

**MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN GIẢM VITAMIN D VÀ CƯỜNG CẬN GIÁP  
THỨ PHÁT Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ  
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**

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

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Thiếu vitamin D và cường tuyến cận giáp dễ dẫn đến suy mạch vành, nhồi máu cơ tim, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân suy thận mạn. **Mục tiêu:** Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến giảm vitamin D và cường tuyến cận giáp thứ phát ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 81 bệnh nhân suy thận giai đoạn 5, đang lọc máu chu kỳ. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

**Kết quả:** Albumin giảm dưới 35 g/l, mắc đái tháo đường, thiếu máu, phospho máu ngoài mức bình thường (1,13 -1,78 mmol/l), nữ giới sẽ làm tăng nguy cơ giảm vitamin D. Tích số canxi - photpho cao hơn 4,4 (mmol/l)<sup>2</sup> hoặc mức lọc cầu thận thấp hơn 7,5 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da thì làm tăng nguy cơ cường tuyến cận giáp thứ phát. **Kết luận:** Giảm vitamin D có liên quan đến thiếu máu, đái tháo đường, phospho máu, giới tính, albumin máu. Cường tuyến cận giáp thứ phát có liên quan đến tích số canxi - photpho và mức lọc cầu thận.

**Từ khóa:** vitamin D, cường tuyến cận giáp, suy thận mạn lọc máu chu kỳ.

**ABSTRACT**

**Background:** Vitamin D deficiency and hyperparathyroidism are known to lead to coronary insufficiency and myocardial infarction which are among the leading causes of death in patients with chronic renal failure. **Objectives:** The present study aims to investigate how demographic factors among hemodialysis patients relate to Vitamin D deficiency and hyperparathyroidism. **Materials and methods:** Blood tests, from 81 hemodialysis patients undergoing treatment for stage 5 chronic kidney disease at An Giang central general hospital, were utilized for our cross-sectional descriptive analysis. **Results:** Patients experiencing vitamin D reduction were more likely to have serum albumin concentrations below 35 g/l, serum phosphorus concentrations outside the normal range (1.13 - 1.78 mmol/l), diabetes, anemia, and be female. Furthermore, risk of secondary hyperparathyroidism increased when patients' serum calcium x phosphate product level was above 4.4 mmol<sup>2</sup>/l<sup>2</sup> or their glomerular filtration rate was below 7.5 ml/min/1.73m<sup>2</sup> skin. **Conclusion:** Vitamin D (vitD<30ng/ml) reduction was linked to the anemia, diabetes, serum phosphorus, serum albumin, and gender. Secondary hyperparathyroidism (PTH>300pg/ml) was consistent with high serum calcium x phosphate product levels and low glomerular filtration rates.

**Key words:** vitamin D, PTH, hemodialysis

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Thiếu vitamin D phổ biến ở bệnh nhân suy thận mạn, xuất hiện trong giai đoạn sớm của bệnh thận mạn 12. Vitamin D được xem là một nhóm tiền hormone tan trong dầu rất cần cho sự hấp thu canxi ở ruột và hấp thu phospho, vitamin D cũng được xem là một hormon chuyển hóa xương. Suy thận mạn giai đoạn cuối còn dẫn đến cường tuyến cận giáp gây tăng hormon tuyến cận giáp (Parathyroid hormone - PTH). Cường tuyến cận giáp gây lắng đọng canxi ngoài xương ở nhóm bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ, đặc biệt canxi hóa ở mạch máu như mạch vành dễ dẫn đến suy vành, nhồi máu cơ tim là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở các trung tâm thận lớn trên thế giới [2].

Để góp phần trong công tác phòng bệnh và điều trị nhằm làm giảm tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân đang lọc máu chu kỳ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu:

*Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến giảm vitamin D và cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân suy thận giai đoạn 5, đang lọc máu tại Bệnh viện Đa khoa trung Tâm An Giang từ tháng 4/2018 đến 6/2019.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn 5, đang được lọc máu định kỳ, có mức lọc cầu thận  $< 15$  ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da, thời gian lọc máu từ 6 tháng trở lên, chu kỳ lọc máu 2 lần trở lên/ tuần, thời gian lọc máu kéo dài 4 giờ/lần tại bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân suy thận mạn không lọc máu đủ về thời gian và không đủ chu kỳ, bệnh nhân suy thận cấp, bệnh lý về tuyến cận giáp, các bệnh lý gan mật, men gan tăng, ung thư di căn xương hoặc đang viêm hoặc nhiễm trùng, xuất huyết tiêu hóa; bệnh nhân lọc máu bằng kỹ thuật thẩm tách siêu lọc, dịch bù trực tiếp từ dịch lọc (Hemodiafiltration Online), sử dụng bất kỳ chế phẩm thuốc nào ảnh hưởng đến chu chuyển xương: canxi, calcitriol, các thuốc điều trị loãng xương ít nhất trong vòng một tháng, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 4/2018 đến tháng 6/2019

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** 81 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh được đưa vào nghiên cứu trong khoảng thời gian từ tháng 4/2018 đến tháng 6/2019

### 2.3. Nội dung nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân đều được làm xét nghiệm sinh hóa. Sau đó được định lượng nồng độ vitamin D<sub>3</sub> (25-OH) trong huyết thanh bằng phương pháp miễn dịch huỳnh quang và định lượng PTH bằng máy Cobas 6000.

Giảm vitamin D chia làm 2 nhóm: (1) Nhóm giảm: có nồng độ vitamin D  $< 30$ ng/ml và (2) nhóm không giảm có nồng độ vitamin D  $\geq 30$  ng/ml [13].

Cường cận giáp thứ phát được thể hiện qua tăng PTH, chia làm 2 nhóm: Nhóm tăng khi có PTH  $> 300$  pg/ml và nhóm không tăng khi nồng độ PTH  $\leq 300$  pg/ml [10].

Yếu tố liên quan đến giảm vitamin D và tăng PTH ở bệnh nhân suy thận mạn:

- Albumin/ huyết thanh: Giảm albumin máu khi albumin  $< 35$  g/l [5];
- Hemoglobin/ huyết thanh. Phân loại mức độ thiếu máu của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) [2]: Thiếu máu nhẹ: nam  $100\text{g/l} \leq \text{hemoglobin} < 130\text{g/l}$ , nữ  $100\text{g/l} \leq \text{hemoglobin} < 120\text{g/l}$ ; Thiếu máu vừa:  $80\text{g/l} \leq \text{hemoglobin} < 100\text{g/l}$ ; Thiếu máu nặng: hemoglobin  $< 80\text{g/l}$ .

Theo KDIGO 2012 [10]

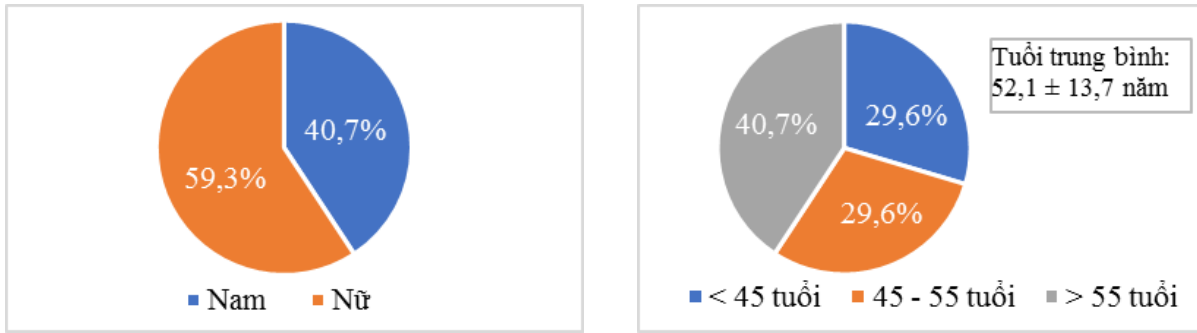
- Phospho/ huyết thanh.( bình thường 1.13- 1.78mmol/l )
- Canxi máu toàn phần.( 2.1 – 2.5mmol/l )
- Chỉ số Ca x P.  $< 4.4$  mmol<sup>2</sup>/l<sup>2</sup>
- Đái tháo đường : bệnh nhân đang điều trị đái tháo đường hoặc đường huyết lúc đói  $\geq 125\text{mg}\%$
- Tăng huyết áp : bệnh nhân đang điều trị tăng huyết áp hoặc huyết áp tâm thu  $\geq 140$  mmHg, hoặc huyết tâm trương  $\geq 90\text{mmHg}$

### 2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng chương trình Stata 12.0. Phép kiểm  $\chi^2$  để so sánh sự khác biệt giữa hai hay nhiều tỷ lệ; Test t-student để so sánh giá trị trung bình của hai nhóm độc lập; Kiểm định ANOVA để so sánh hai hay nhiều trung bình của các nhóm độc lập có phân phối chuẩn. Trường hợp mẫu không có phân phối chuẩn, sử dụng kiểm định Wilcoxon. Giá trị  $p < 0,05$  được xem có ý nghĩa thống kê.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu



**Biểu đồ 1: Đặc điểm giới, tuổi của mẫu nghiên cứu**

*Nhận xét:* Tỷ lệ nữ là 59,3%, tỷ lệ nam là 40,7%. Trên 55 tuổi chiếm 40,7%. Tuổi trung bình là 52,1 ± 13,7 năm.

Chỉ tiêu		Số bệnh nhân (n = 81)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	Có	65	80,3
	Không	16	19,7
Thời gian lọc máu	6 tháng - dưới 3 năm	48	58,3
	3 - 5 năm	17	21,0
	Trên 5 năm	16	19,7
	Trung bình: 4,6 ± 3,1 năm		

**Bảng 1: Đặc điểm về huyết áp và dài tháo đường**

*Nhận xét:* Đa số bệnh nhân tăng huyết áp (80,3%). Thời gian lọc máu chủ yếu từ 6 tháng đến dưới 3 năm (58,3%), trung bình là 4,6 ± 3,1 năm.

#### 3.2. Tỷ lệ giảm vitamin D và cường tuyến cận giáp

Vitamin D (pg/ml)	Chung (n = 81)		Nam (n = 33)		Nữ (n = 48)		P
	n	%	n	%	n	%	
Giảm (< 30ng/ml)	46	56,8	10	30,3	36	75,0	< 0,01
Không giảm (≥ 30 pg/ml)	35	43,2	23	69,7	12	25,0	
$x \pm SD$	27,8 ± 9,6		32,3 ± 8,8		24,7 ± 8,9		< 0,01

**Bảng 2: Tỷ lệ giảm vitamin D**

*Nhận xét:* Vitamin D trung bình là 27,8 ± 9,6 pg/ml. Tỷ lệ giảm vitamin là 56,8%. Vitamin D ở nam cao hơn ở nữ và tỷ lệ giảm vitamin D ở nữ cao của nam (p < 0,01).

PTH (pg/ml)	Chung (n = 81)		Nam (n = 33)		Nữ (n = 48)		P
	n	%	n	%	n	%	
Không tăng (≤ 300)	19	73,5	26	78,8	35	72,9	> 0,10
Tăng (> 300)	62	24,7	7	21,2	13	27,1	
Trung vị	122,3		114,5		122,8		> 0,10

**Bảng 3: Tỷ lệ tăng PTH**

*Nhận xét:* Trung vị của PTH là 122,3 pg/ml/. Tỷ lệ tăng PTH là 76,5%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tăng PTH và giá trị PTH trung bình giữa nam và nữ (p > 0,10).

### 3.3. Các yếu tố liên quan giảm vitamin D và tăng PTH

#### 3.3.1. Một số yếu tố liên quan đến giảm vitamin D

Yếu tố		Vitamin D < 30 ng/ml n = 46	Vitamin D ≥ 30 ng/ml n = 35	p
Đái tháo đường	Có	15 (78,9%)	4 (21,1%)	< 0,05
	Không	31 (50,0%)	31 (50,0%)	
Tăng huyết áp	Có	36 (55,4%)	29 (44,6%)	> 0,10
	Không	10 (62,5%)	6 (37,5%)	

**Bảng 4: Mối liên quan giữa giảm vitamin D với thiếu máu với đái tháo đường, tăng huyết áp, giới tính**

*Nhận xét:* Đái tháo đường làm gia tăng tỷ lệ giảm vitamin D ( $p < 0,05$ ). Tăng huyết áp ảnh hưởng không có ý nghĩa thống kê đến giảm vitamin D ( $p > 0,10$ ).

Mức độ thiếu máu	Vitamin D < 30 ng/ml n = 46	Vitamin D ≥ 30 ng/ml n = 35	p
Không thiếu	1 (2,2%)	1 (2,9%)	< 0,05
Thiếu nhẹ	7 (15,2%)	13 (37,1%)	
Thiếu vừa	19 (41,3%)	16 (45,7%)	
Thiếu nặng	19 (41,3%)	5 (14,3%)	

**Bảng 5: Mối liên quan giữa giảm vitamin D với mức độ thiếu máu**

*Nhận xét:* Mức độ thiếu máu càng nặng làm tăng tỷ lệ giảm vitamin D ( $p < 0,05$ ).

Yếu tố		Vitamin D < 30 pg/ml (n = 46)	Vitamin D ≥ 30 pg/ml (n = 35)	p
Phospho máu (1,13 -1,78 mmol/l)	Có	10 (22,2%)	35 (77,8%)	< 0,01
	Không	35 (100,0%)	0 (0%)	
Albumin	< 35 g/l	24 (52,2%)	22 (47,8%)	< 0,05
	≥ 35 g/l	9 (25,7%)	26 (74,3%)	
PTH pg/ml	≤ 300	12 (63,2%)	7 (36,8%)	> 0,10
	> 300	34 (54,8%)	28 (45,2%)	
Mức lọc cầu thận < 7,5 ml/phút/1,73 m <sup>2</sup> da	Có	12 (36,4%)	21 (63,6%)	< 0,05
	Không	7 (14,6%)	41 (85,4%)	

**Bảng 6: Mối liên quan giữa giảm vitamin D với phospho máu, albumin, PTH máu**

*Nhận xét:* Các yếu tố phospho máu, mức lọc cầu thận dưới 7,5 ml/phút/1,73 m<sup>2</sup> da, albumin dưới 35 g/l làm gia tăng thì tỷ lệ giảm vitamin D với  $p < 0,05$ . PTH trên 300 pg/ml ảnh hưởng không có ý nghĩa thống kê đến giảm vitamin D ( $p > 0,10$ ).

#### 3.3.2. Một số yếu tố liên quan đến tăng PTH

Albumin	PTH ≤ 300 pg/ml (n = 19)	PTH > 300 pg/ml (n = 62)	p
< 35 g/l	9 (27,3%)	24 (72,7%)	> 0,50
≥ 35 g/l	10 (20,8%)	38 (79,2%)	

**Bảng 7: Mối liên quan giữa tăng PTH với albumin**

*Nhận xét:* Albumin máu < 35 g/l ảnh hưởng không có ý nghĩa đến tăng PTH với  $p > 0,50$ .

Yếu tố		PTH ≤ 300 pg/ml (n = 19)	PTH > 300 pg/ml (n = 62)	p
Canxi 2,1-2,5 mmol/l	Có	0 (0,0%)	4 (100,0%)	> 0,26
	Không	19 (24,7%)	58 (75,3%)	
Phospho 1,13-1,78 mmol/l	Có	4 (40,0%)	6 (60,0%)	> 0,19
	Không	15 (21,1%)	56 (78,9%)	
Canxi x Phospho > 4,4 (mmol/l) <sup>2</sup>	Có	17 (34,0%)	33 (66,0%)	< 0,01
	Không	2 (6,5%)	29 (93,5%)	

**Bảng 8: Mối liên quan giữa tăng PTH với canxi, phospho máu**

*Nhận xét:* Tích số canxi - phospho máu > 4,4 mmol<sup>2</sup>/l<sup>2</sup> làm tăng PTH (p < 0,01).

PTH	Hệ số tương quan r	p
Mức lọc cầu thận	-0,249	< 0,05

**Bảng 9: Mối liên quan giữa tăng PTH với mức lọc cầu thận**

*Nhận xét:* Mức lọc cầu thận và PTH có hệ số tương quan tỷ lệ nghịch r = -0,249 (p < 0,05).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bệnh nhân có tuổi trung bình trong nghiên cứu này là  $52,1 \pm 13,7$  năm, thấp hơn của Iguacel và cộng sự ( $60,0 \pm 16,0$  tuổi) [7] nhưng tương đương với nghiên cứu Nguyễn Hoàng Thanh Vân ( $48,9 \pm 14,5$  năm) [4]. Thời gian lọc máu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $4,6 \pm 3,1$  năm, cao hơn nghiên cứu của Iguacel và cộng sự (2010) [7]. Tỷ lệ tăng huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi là 80,3% cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thanh Vân (77,2%) [4].

Về thiếu máu: Hb trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $8,6 \pm 1,9$  g/dl (nhỏ nhất: 4,6 g/dl; lớn nhất: 12,9 g/dl), thấp hơn so với nghiên cứu của Iguacel và cộng sự (2010) [7], của Nguyễn Hoàng Thanh Vân (2015) [4].

### 4.2. Tỷ lệ giảm vitamin D và tăng PTH

Vitamin D trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $27,8 \pm 9,6$  ng/ml (nhỏ nhất: 5,6 pg/ml; lớn nhất: 50,5 pg/ml), cao hơn các nghiên cứu của Iguacel và cộng sự (11 pg/ml), Rozita và cộng sự ( $16,1 \pm 6,2$  ng/ml) [5], [11].

Tỷ lệ giảm vitamin D trong nghiên cứu của chúng tôi là 56,8%, tương đương với nghiên cứu của Krause và cộng sự [12] có tỷ lệ giảm vitamin D là 58,8% [12]. Nghiên cứu của Iguacel và cộng sự (2010) có tỷ lệ giảm vitamin D là 63% [7]. Tỷ lệ giảm vitamin D giữa nghiên cứu của chúng tôi và Iguacel và cộng sự (2010) khác nhau là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở Việt Nam có điều kiện khí hậu nhiệt đới, còn nghiên cứu của Iguacel và cộng sự (2010) tiến hành ở Tây Ban Nha vùng ôn đới. Tình trạng vitamin D phụ thuộc vào nhiều biến số như lão hóa, sắc tố da, phơi nắng, chế độ ăn uống [6].

PTH trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 122,3 pg/ml (nhỏ nhất: 16,5 pg/ml; lớn nhất: 1.272 pg/ml), có sự khác biệt so với các nghiên cứu của Inaba và cộng sự (218,6 pg/ml) [9], Nguyễn Hoàng Thanh Vân (194 pg/ml) [4] là do phương pháp tính, chúng tôi chọn trung vị vì phân phối PTH trong nghiên cứu của chúng tôi không phải là phân phối chuẩn, còn các tác giả trên thì sử dụng giá trị trung bình.

Tỷ lệ bệnh nhân tăng PTH (PTH > 300 pg/ml) trong nghiên cứu của chúng tôi là 24,7%. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thanh Vân (2015) có tỷ lệ tăng PTH là 42,4% [4]. Kết quả PTH của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thanh Vân (2015) có thể lý giải do tỷ lệ bệnh nhân thuộc thể loạn dưỡng xương chu chuyển cao trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Nguyễn Hoàng Thanh Vân (2015) [4]. Ngoài ra, đối với bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ, nồng độ PTH còn chịu ảnh hưởng của quá trình lọc máu, thời gian lọc máu, kết quả là PTH tăng kéo dài cho dù nồng độ canxi máu bình thường hoặc tăng [4].

### 4.3. Các yếu tố liên quan giảm vitamin D và tăng PTH

#### 4.3.1. Các yếu tố liên quan đến giảm vitamin D

Trong nghiên cứu của chúng tôi các yếu tố liên quan đến tỷ lệ giảm vitamin D gồm có: thiếu máu, đái tháo đường, phospho máu, giới tính, albumin. Nghiên cứu của Rozita và cộng sự (2013) cho thấy ở nữ giới tỷ lệ giảm vitamin D cao hơn nam giới, đái tháo đường và thiếu máu làm tăng mức độ giảm vitamin D [15]. Đái tháo đường có ảnh hưởng làm giảm vitamin D đã được khẳng định trong nghiên cứu của Iguacel và cộng sự (2010) [7]. Nghiên cứu của Iguacel và cộng sự (2010) [7], nghiên cứu của Diniz và cộng sự (2011) đều nhận thấy khi albumin < 35 g/l tỷ lệ giảm vitamin D tăng lên [6].

Như vậy, các yếu tố liên quan đến giảm vitamin D trong nghiên cứu của chúng tôi có sự thống nhất với các nghiên cứu của Rozita và cộng sự (2013) [15], Iguacel và cộng sự (2010) [7], Diniz và cộng sự (2011) [6].

Trong nghiên cứu của Iguacel và cộng sự (2010) thì PTH có ảnh hưởng đến giảm vitamin D [7], còn trong nghiên cứu của chúng tôi thì không. Sự khác biệt này là do cách lựa chọn bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu và do sự khác biệt về nhân chủng học.

#### 4.3.2. Các yếu tố liên quan đến tăng PTH

Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy bằng chứng về ảnh hưởng của tích số Canxi x phospho máu, mức lọc cầu thận đến tỷ lệ tăng PTH. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thanh Vân (2015) nhận thấy canxi - phospho máu, giới tính, mức lọc cầu thận là các yếu tố độc lập dự báo sự tăng nồng độ PTH [4]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu trước.

Về yếu tố canxi - phospho (Ca x P): Trong nghiên cứu của chúng tôi, canxi - phospho (Ca x P) tăng trên  $4,4\text{mmol}^2/\text{l}^2$  sẽ làm tăng tỷ lệ bệnh nhân có PTH > 300 pg/ml. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thanh Vân (2015) khẳng định tích số Ca x P là các yếu tố độc lập dự báo sự gia tăng nồng độ PTH ( $p < 0,05$ ) [4]. Nghiên cứu của Inaba và cộng sự tìm thấy mối tương quan giữa PTH với canxi máu và phospho máu [9].

Về yếu tố mức lọc cầu thận: Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng PTH có tương quan nghịch với mức lọc cầu thận với hệ số  $r = -0,249$  ( $p < 0,05$ ). Các nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền, Đỗ Gia Tuyền, Đinh Thị Kim Dung (2009) [3], Jiang (2011) [11] nhận thấy PTH có tương quan nghịch với mức lọc cầu với hệ số tương quan lần lượt là  $r = -0,422$  và  $r = -0,484$ . Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước. Hệ số tương quan trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có thể là do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là suy thận mạn giai đoạn 5, mức lọc cầu thận dưới 15 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da, các nghiên cứu Nguyễn Thị Huyền, Đỗ Gia Tuyền, Đinh Thị Kim Dung (2009) chọn bệnh nhân có suy thận mạn giai đoạn 4 - 5 (mức lọc cầu thận dưới 30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da) còn Jiang (2011) nghiên cứu trên bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 1 - 5 (mức lọc cầu thận dưới 60 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da) [3], [11].

### V. KẾT LUẬN

Thiếu máu, đái tháo đường, phospho máu, giới tính, albumin máu có liên quan đến giảm vitamin D trên bệnh nhân ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ.

Cường cận giáp thứ phát có liên quan đến yếu tố canxi - phospho và mức lọc cầu thận. Khi nồng độ canxi x phospho >  $4,4\text{mmol}^2/\text{l}^2$  hoặc mức lọc cầu thận giảm thì làm gia tăng cường tuyến cận giáp thứ phát.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Bùi Bảo (2005), *Nghiên cứu rối loạn cân bằng calci-phospho và hormon cận giáp ở bệnh nhân suy thận mạn*, Luận án Tiến sĩ Y Khoa, Đại học Y Huế.
2. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học*, Ban hành kèm theo Quyết định số 1494/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. Nguyễn Thị Huyền, Đỗ Gia Tuyền, Đinh Thị Kim Dung (2009), Nghiên cứu tình trạng cường cận giáp thứ phát và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy thận mạn chưa điều trị thay thế, *Y học lâm sàng*, số 39 (tháng 4/2009).
4. Nguyễn Hoàng Thanh Vân (2015), *Nghiên cứu nồng độ Beta - Crosslaps, hormone tuyến cận giáp huyết thanh ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối*. Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y dược, Đại học Huế.
5. Coulter B. (2009), *Clinical chemistry: Reagent guide*, 10 ed.
6. Herculano Ferreira Diniz, Mariana Fadil Romão, Rosilene Motta Elias, João Egidio Romão Júnior (2011), "Vitamin D deficiency and insufficiency in patients with chronic kidney disease", *J Bras Nefrol*;34(1), pp.58-63.

7. Carolina Gracia- Iguacel, Paloma Gallar, Abdul R.Qureshi (2010) "Vitamin D deficiency in dialysis patients, effect of dialysis Modality and Implications on outcome", *Journal of renal Nutrition*, vol 20 (6), pp.359-359.
8. Ghosh B., Brojen T., Banerjee S. *et al.* (2012), "The high prevalence of chronic kidney disease-mineral bone disorders: A hospital- based cross-sectional study," *Indian journal of nephrology*, 22(4), pp. 285-291.
9. Inaba M., Okuno S., Imanishi Y. *et al.* (2005), "Significance of Bio-intact PTH (1-84) assay in hemodialysis patients," *Osteoporosis Int.*, vol. 16, pp. 517-525.
10. International society of nephrology (2013), "KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease," *Kidney International Supplements*, vol. 3.
11. Jiang J.-Q., Lin S., Xu P.-C. *et al.* (2011), "Serum osteoprotegerin measurement for early diagnosis of chronic kidney disease-mineral and bone disorder" *Nephrology*, vol. 16, pp. 588-594.
12. Krause R., *et al* (2012), Vitamin D Status and Mortality of German Hemodialysis Patients, *Anticancer Research*, 32,pp 391-396.
13. Michael F. Holick (2006), "High Prevalence of Vitamin D Inadequacy and Implications for Health", *Mayo Clin Proc*, 81(3), pp .353-373
14. Renate de Jongh (2017) "Vitamin D and osteoporosis in chronic kidney disease", *J Nephrol* (2017), 30, pp. 671-675.
15. Rozita M., Mohamad Noorul Afidza, Mustafar Ruslinda,(2013)," Serum vitamin D levels in patients with chronic kidney disease ", *EXCLI Journal*;12, pp. 511-520 - ISSN 1611-2156.



**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG, YẾU TỐ LIÊN QUAN  
DÀY NỘI TRUNG MẠC ĐỘNG MẠCH CẢNH NGOÀI SỌ  
Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2**

*Huỳnh Thị Huyền Trang, Nguyễn Sơn Nam, Nguyễn Thị Thơ*

**TÓM TẮT**

*Đặt vấn đề: Bệnh đái tháo đường týp 2 là một bệnh mạn tính và có thể dẫn đến những biến chứng nghiêm trọng và làm tăng nguy cơ tử vong. Bề dày nội trung mạc động mạch cảnh (IMT - intima media thickness) là một dấu hiệu chỉ điểm cận lâm sàng có thể tiên đoán được biến cố bệnh lý tim mạch trong dân số chung. Nó cũng liên quan đến nguy cơ mạch máu ở những bệnh nhân đái tháo đường týp 2. Mục tiêu: 1) Xác định tỷ lệ và đặc điểm tổn thương động mạch cảnh bằng siêu âm ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2. 2) Xác định mối liên quan giữa bề dày nội trung mạc động mạch cảnh với một số đặc điểm ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu cắt ngang mô tả 165 bệnh nhân mắc đái tháo đường týp 2 tại bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang. Kết quả: Trung bình IMT của động mạch cảnh phải và trái lần lượt là  $1,33 \pm 0,82\text{mm}$ ;  $1,36 \pm 0,95\text{mm}$ . Tỷ lệ tăng IMT và xơ vữa ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 là 61,2% và 32,7%. IMT liên quan đến tuổi. Kết luận: Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ tăng IMT động mạch cảnh và mảng xơ vữa thì cao ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 và có liên quan đến tuổi.*

*Từ khóa: mảng xơ vữa, động mạch cảnh, đái tháo đường týp 2, bề dày lớp nội trung mạc (IMT)*

**ABSTRACT**

*Background: Type 2 diabetes mellitus is a lifelong disease and can lead to severe complications and increased risk for mortality. Carotid intima-media thickness (IMT) is a marker of subclinical organ damage and predicts cardiovascular disease (CVD) events in the general population. It has also been associated with vascular risk in people with type 2 diabetes mellitus. Objectives: 1) To identify rate and characteristics of carotid arteries injuries by doppler ultrasound in patients with type 2 diabetes mellitus. 2) To identify the factors associated with carotid intima-media thickness of type 2 diabetes mellitus. Materials and method: We performed the cross-sectional study on 165 patients with type 2 diabetes mellitus at An Giang Center General Hospital. Results: Mean IMT of right and left common carotid were in turn  $1,33 \pm 0,82\text{mm}$ ;  $1,36 \pm 0,95\text{mm}$ . Prevalance of increased carotid IMT and atherosclerotic plaque in patients with type 2 diabetes were 61,2% and 32,7%. IMT associates with age. Conclusion: the results of the study indicated that prevalence of increased carotid IMT and atherosclerotic plaque were high in patients with type 2 diabetes mellitus and correlated with age.*

*Keywords: atherosclerotic plaque, carotid, type 2 diabetes mellitus, intima-media thickness (IMT)*

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lý nội tiết chuyển hóa phổ biến, ngày càng có khuynh hướng gia tăng trên khắp thế giới cũng như ở nước ta và đang trở thành một thách thức chính trong thế kỷ XXI. Bệnh đái tháo đường nhất là đái tháo đường týp 2 người ta thường liên quan đến biến chứng tim mạch trong đó tổn thương mạch máu lớn thường gặp như bệnh lý mạch máu não, động mạch vành và động mạch hai chi dưới. Biến chứng mạch máu lớn trong đái tháo đường thực chất là một thể xơ vữa động mạch. Phát hiện các yếu tố nguy cơ, có nhiều phương pháp để đánh giá xơ vữa động mạch giai đoạn sớm như đo độ dày lớp nội trung mạc ở động mạch cảnh qua siêu âm là phương pháp không xâm nhập, có độ nhạy cao cũng được ứng dụng trên lâm sàng. Việc nghiên cứu tổn thương động mạch cảnh (ĐMC) trên siêu âm ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 nhằm phát hiện sớm các biến chứng mạch máu lớn để có chiến lược điều trị thích

hợp với mục đích ngăn ngừa nguy cơ đột quỵ não là một vấn đề cần được quan tâm. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu:

- Xác định đặc điểm và tỷ lệ tổn thương động mạch cảnh ngoài sọ qua siêu âm ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2 tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2018-2019.

- Tìm hiểu một số yếu tố liên quan với mức độ bề dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh ngoài sọ qua siêu âm ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2 tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2018-2019.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán ĐTD tít 2 theo tiêu chuẩn được đồng thuận của ADA, ESC-EASD, đang điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ 03/2018 – 06/2019.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân đang bị các biến chứng nặng của ĐTD như hôn mê tăng đường máu, đang điều trị các bệnh lý nội khoa nặng có hôn mê, nhồi máu cơ tim, bệnh phổi mạn tính nặng, ... không thể tiến hành các biện pháp thăm dò.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

*Cỡ mẫu nghiên cứu:* được áp dụng theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$  với độ tin cậy 95%,  $d = 0,06$ ;  $p = 0,8395$  (tỷ lệ dày nội trung mạc động mạch cảnh ở bệnh nhân ĐTD tít 2 theo nghiên cứu của tác giả Châu Mỹ Chi điều trị tại khoa Nội, 2016) [1].

Vậy  $n = 144$ . Thực tế nghiên cứu được thực hiện trên 165 bệnh nhân.

*Phương pháp chọn mẫu:* chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng nghiên cứu.

*Nội dung nghiên cứu:* 165 bệnh nhân ĐTD tít 2 được đo IMTc.

- Chọn đối tượng nghiên cứu: những bệnh nhân mới được chẩn đoán ĐTD tít 2 theo đồng thuận ADA, ESC-EASD và những bệnh nhân đã và đang sử dụng thuốc điều trị ĐTD. .

- Tiến hành khảo sát động mạch cảnh ngoài sọ bằng siêu âm Doppler trên máy siêu âm Mylab 50 Xvision của hãng Esaote, đầu dò tần số 7,5 MHz có gắn hệ thống máy vi tính, tính toán các thông số tự động theo chương trình. Đo đường kính và IMT của ĐMC chung trước chỗ chia đôi 1cm. Lớp nội trung mạc dày khi  $\geq 0,9\text{mm}$  theo Hiệp Hội Tăng huyết áp/Hội Tim mạch châu Âu 2003. Mảng xơ vữa được định nghĩa là khi bề dày  $\text{IMT} > 50\%$  so với bề dày của đoạn thành mạch kế cận, khu trú, nhô vào lòng mạch hoặc khi  $\text{IMT} \geq 1,5\text{mm}$  theo Hội Tăng huyết áp/Hội Tim mạch châu Âu 2003.

*Xử lý và phân tích số liệu:* số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Giới tính	Nam	43	26,1
	Nữ	122	73,9
Nơi cư trú	Nông thôn	100	60,6
	Thành thị	65	39,4
Tuổi	<60	35	21,2%
	$\geq 60$	130	78,8%

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm ĐTĐ
Tuổi trung bình	69,52±11,07
BMI trung bình	22,54±3,35
Thời gian phát hiện bệnh (năm)	4,27±4,68
Tăng huyết áp	134 (81,2%)

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Giá trị	
Glucose máu (mmol/L)	10,53±5,81	
HbA1C (%)	8,38±2,22	
CRP (mg/L)	3,34±2,35	
Fibrinogen (g/L)	3,51±1,16	
Rối loạn lipid máu	Triglycerid≥2,3mmol/L	70 (42,4%)
	HDL-C<1mmol/L	98 (59,4%)
	Cholesterol≥4,5mmol/L	84 (50,9%)
	LDL-C≥2,5mmol/L	75 (45,5%)

Bảng 3. Một số đặc điểm cận lâm sàng

### 3.2. Đặc điểm và tỷ lệ tổn thương động mạch cảnh

Vị trí	IMT của ĐMC chung (mm)
Bên phải	1,33±0,82
Bên trái	1,36±0,95

Bảng 4. Giá trị trung bình của IMT ĐMC

IMTc	Tần số	Tỷ lệ (%)
<0,9mm	64	38,8
0,9-1,49mm	47	28,5
≥1,5mm (Màng xơ vữa)	54	32,7

Bảng 5. Tỷ lệ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh chung

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến dày nội trung mạc động mạch cảnh

Giá trị	IMTc≥0,9mm	IMTc<0,9mm	OR (CI 95%)	p	
Tuổi	≥60	86 (66,2%)	44 (33,8%)	2,61	0,012
	<60	15 (42,9%)	20 (57,1%)		
Thời gian bệnh	≥10	15 (62,5%)	9 (37,5%)	1,07	0,889
	<10	86 (61%)	55 (39%)		
BMI	≥23	41 (56,2%)	32 (43,8%)	0,68	0,236
	<23	60 (65,2%)	32 (34,8%)		
Huyết áp	Có THA	84 (62,7%)	50 (37,3%)	1,38	0,419
	Không THA	17 (54,8%)	14 (45,2%)		

Bảng 6. Liên quan giữa dày IMTc với các yếu tố lâm sàng khác

Giá trị		IMTc $\geq$ 0,9mm	IMTc $<$ 0,9mm	OR (CI 95%)	p
Glucose máu (mmol/L)	$\geq$ 7,2	69 (63,9%)	36 (36,1%)	1,38	0,331
	$<$ 7,2	32 (56,1%)	25 (43,9%)		
HbA1C (%)	$\geq$ 7	75 (61%)	48 (39%)	0,96	0,915
	$<$ 7	26 (61,9%)	16 (38,1%)		
CRP (mg/L)	$\geq$ 3	52 (65,8%)	27 (34,2%)	1,45	0,244
	$<$ 3	49 (57%)	37 (43%)		
Fibrinogen (g/L)	$\geq$ 4	28 (66,7%)	14 (33,3%)	1,37	0,401
	$<$ 4	73 (59,3%)	50 (40,7%)		
Cholesterol (mmol/L)	$\geq$ 4,5	53 (63,1%)	31 (36,9%)	1,18	0,613
	$<$ 4,5	48 (59,3%)	33 (40,7%)		
Triglycerid (mmol/L)	$\geq$ 2,3	42 (60%)	28 (40%)	0,92	0,784
	$<$ 2,3	59 (62,1%)	36 (37,9%)		
LDL-C (mmol/L)	$\geq$ 2,5	50 (66,7%)	25 (33,3%)	1,53	0,189
	$<$ 2,5	51 (56,7%)	39 (43,3%)		
HDL-C (mmol/L)	$<$ 1	64 (65,3%)	34 (34,7%)	1,53	0,192
	$\geq$ 1	37 (55,2%)	30 (44,8%)		

Bảng 7. Liên quan giữa dày IMTc với các yếu tố cận lâm sàng khác

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nữ đái tháo đường chiếm ưu thế hơn nam (73,9% nữ so với 26,1% nam). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự của tác giả Châu Mỹ Chi với tỷ lệ nữ mắc ĐTD là 70,37% khi nghiên cứu 81 bệnh nhân ĐTD tít 2 [1]. Năm 2016, Nguyễn Thị Hằng và cộng sự nghiên cứu tình hình không tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ĐTD tít 2 tại huyện Châu Thành, Hậu Giang cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ mắc bệnh là 83,6%. Sự khác biệt trên có lẽ do tác giả và cộng sự lấy số liệu ngoại trú, còn nghiên cứu của chúng tôi lấy số liệu nội trú, đa phần là những bệnh nhân có triệu chứng đến nhập viện [3].

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $69,52 \pm 11,07$ . Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác về đái tháo đường như của tác giả Châu Mỹ Chi  $64,22 \pm 10,52$  [1]; của Trần Ngọc Hoàng và Nguyễn Thị Bích Đào tuổi trung bình là  $62,2 \pm 11,0$  [4]; So Hun Kim và cộng sự có tuổi trung bình là  $55 \pm 8,1$  [11]. Sở dĩ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn các tác giả khác có thể do số lượng mẫu nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn nhiều so với các tác giả trên.

Chỉ số khối cơ thể trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $22,54 \pm 3,35$  tương đương với tác giả Châu Mỹ Chi là  $24,09 \pm 4,39$  [1]. BMI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của tác giả Michaela Kozakova là  $28,0 \pm 3,7 \text{Kg/m}^2$  có lẽ do đối tượng nghiên cứu của tác giả là dân tộc phương Tây có chỉ số khối cơ thể cao hơn châu Á [9].

Thời gian phát hiện bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $4,27 \pm 4,68$  năm. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phát hiện bệnh trung bình thấp hơn của tác giả Trần Ngọc Hoàng và cộng sự là  $5,8 \pm 5,7$  [4]; Châu Mỹ Chi là  $5,76 \pm 4,04$  [1]; So Hun Kim và cộng sự là  $7,9 \pm 6,5$  [11]. Các biến chứng tổn thương cơ quan đích tiến triển dần theo thời gian mắc bệnh đái tháo đường. Các mô hình đánh giá nguy cơ tim mạch nổi tiếng từ nghiên cứu Framingham, UKPDS được hiệu chỉnh qua nhiều năm đều có biến số thời gian phát hiện bệnh cho thấy tầm quan trọng của yếu tố nguy cơ này trong việc dự đoán nguy cơ tim mạch [10].

Tăng huyết áp (THA) động mạch trong ĐTD tít 2, THA thường là biểu hiện của hội chứng chuyển hóa kháng insulin. Trong nghiên cứu của chúng tôi THA chiếm tỷ lệ cao 81,2% tương tự như nghiên cứu của Châu Mỹ Chi là 74,1% [1]. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định của tác giả Norman, theo Norman M Kaplan, tỷ lệ THA ở bệnh nhân ĐTD trên 70%.

Giá trị đường huyết trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $10,53 \pm 5,81$  mmol/L. Giá trị HbA1C trung bình là  $8,38 \pm 2,22\%$ . Theo ADA 2014, HbA1C đạt mục tiêu khi  $HbA1C < 7\%$  thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn chưa đạt được mục tiêu điều trị như khuyến cáo.

Kết quả giá trị CRP từ nghiên cứu của chúng tôi trung bình là  $3,34 \pm 2,35$  mg/L.  $CRP \geq 3$  mg/L chiếm tỷ lệ 47,9%. Viêm liên quan đến bệnh tim mạch đã được ghi nhận như bệnh tim thiếu máu cục bộ, đặc biệt dữ liệu gần đây cho thấy CRP có thể tiên đoán sự phát triển tiếp theo sau của ĐTD tý 2 như nghiên cứu CHS (the Cardiovascular Health Study) và IRAS (the Insulin Resistance Artherosclerosis Study) [7], [8].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nồng độ fibrinogen trung bình là  $3,51 \pm 1,16$  g/L. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như của tác giả Châu Mỹ Chi cho thấy nồng độ fibrinogen trung bình là  $3,41 \pm 1,36$  g/L [1]. Fibrinogen là một protein có chức năng làm đông máu của huyết tương. Bệnh nhân ĐTD có sự gia tăng nồng độ fibrinogen huyết tương hậu quả là làm tăng đông và tăng độ quánh của máu là điều kiện thuận lợi cho sự hình thành và phát triển huyết khối. Tăng nồng độ fibrinogen được xem là yếu tố nguy cơ độc lập của các bệnh mạch máu ở bệnh nhân ĐTD.

Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả ghi nhận có 42,4% tăng triglycerid, giảm HDL-C chiếm 59,4%, tăng LDL-C chiếm 45,5%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Trần Thị Trúc Linh trên 116 bệnh nhân mắc ĐTD tý 2 có tăng huyết áp. Tác giả ghi nhận tỷ lệ tăng triglycerid là 40,52%; giảm HDL-C 35,34%; tăng LDL-C chiếm 79,31%. Sự thay đổi bilan lipid máu trên là các dấu hiệu bất lợi cho bệnh nhân ĐTD tý 2 [5]. Năm 2018, tác giả Châu Mỹ Chi ghi nhận có 88,9% tăng triglycerid máu; 63% giảm HDL-C và tăng LDL-C chiếm tỷ lệ 42% trên bệnh nhân ĐTD tý 2 [1]. Sở dĩ có sự khác biệt trên là do sử dụng các mức tham chiếu khác nhau. Nhưng nhìn chung, ở hầu hết các nghiên cứu trên bệnh nhân ĐTD tý 2 đều cho thấy rối loạn bilan lipid máu theo xu hướng làm tăng nguy cơ xơ vữa động mạch.

#### 4.2. Đặc điểm và tỷ lệ tổn thương nội trung mạc động mạch cảnh

Rối loạn chức năng nội mạc mạch máu có vai trò quan trọng trong bệnh sinh xơ vữa động mạch. Dày lớp nội trung mạc là biểu hiện sớm của xơ vữa động mạch. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh bệnh nhân ĐTD cũng như các đối tượng có nguy cơ tim mạch khác có IMT động mạch cảnh dày hơn so với nhóm bình thường.

Trong nghiên cứu của chúng tôi IMT trung bình của động mạch cảnh chung ở bệnh nhân ĐTD tý 2 bên phải là  $1,33 \pm 0,82$  mm; bên trái là  $1,36 \pm 0,95$  mm. Khi khảo sát  $IMT \geq 0,9$  mm cho thấy có 101/165 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 61,2%. Với  $IMT \geq 1,5$  mm, có 54/165 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 32,7%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Châu Mỹ Chi [1], cho thấy trung bình IMT của động mạch cảnh trên bệnh nhân ĐTD tý 2 là  $1,2 \pm 0,35$  mm. Tuy nhiên, tỷ lệ  $IMT \geq 0,9$  mm của tác giả chiếm tỷ lệ 83,95% cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi; tỷ lệ  $IMT \geq 1,5$  mm chỉ có 18/68 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 26,47% thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. IMT trung bình trong nghiên cứu của tác giả Võ Bảo Dũng ( $0,79 \pm 0,19$  mm) thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi do tác giả nghiên cứu trên đối tượng ĐTD tý 2 mới mắc, điều này giải thích sự khác biệt trên [2]. Năm 2016, tác giả Trần Thị Trúc Linh nghiên cứu 116 bệnh nhân mắc ĐTD tý 2 và tăng huyết áp cho thấy IMT trung bình của động mạch cảnh bên trái là  $1,33 \pm 0,7$  mm; bên phải là  $1,2 \pm 0,68$  mm. Tác giả cũng ghi nhận có 47,4% có xơ vữa động mạch cảnh kèm theo [5].

IMT động mạch cảnh trung bình của nghiên cứu chúng tôi cũng tương tự một nghiên cứu gần đây của Yoko Irie (2013) ở 333 bệnh nhân ĐTD tý 2 là  $1,05 \pm 0,42$  mm [13]. Nghiên cứu của chúng tôi thì cao hơn của So Hun Kim và cộng sự nghiên cứu 32 bệnh nhân ĐTD tý 2 ghi nhận IMT trung bình của bệnh nhân ĐTD là  $0,714 \pm 0,138$  mm [11]; Michaela Kozakova và cộng sự cho thấy IMT trung bình của 133 bệnh nhân mắc ĐTD tý 2 là  $0,709 \pm 0,118$  mm [9]. Sự khác nhau của các nghiên cứu có lẽ do số lượng mẫu nghiên cứu khác nhau.

#### 4.3. Một số yếu tố liên quan đến mức độ bề dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh

Có nhiều yếu tố nguy cơ góp phần làm tăng nguy cơ ĐTD cũng như bệnh lý tim mạch trên bệnh nhân ĐTD type 2 trong đó có tuổi tác. Khi so sánh IMT với tuổi chúng tôi ghi nhận tuổi càng cao IMT càng dày. Ở bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi có  $IMT \geq 0,9$ mm chiếm 66,2% với tỷ số chênh 2,61 lần bệnh nhân có tuổi  $< 60$ , có ý nghĩa thống kê với  $p=0,012$ . Theo tác giả Châu Mỹ Chi, khi so sánh IMT trung bình của các nhóm tuổi, tác giả ghi nhận IMT trung bình càng lớn khi tuổi càng cao, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [1]. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả V. Mohan và cộng sự chia bệnh nhân ĐTD type 2 ra làm 5 nhóm:  $< 30$  tuổi; 31-40 tuổi; 41-50 tuổi; 51-60 và  $> 60$  tuổi; kết quả lần lượt là  $0,63 \pm 0,06$ mm;  $0,73 \pm 0,18$ mm;  $0,87 \pm 0,023$ mm;  $0,97 \pm 0,27$ mm và  $1,1 \pm 0,37$ mm; sự khác biệt IMT trung bình giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [12].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy mối liên quan giữa IMT với các yếu tố khảo sát còn lại. Năm 2015, tác giả Võ Thị Hồng Tuyết [6] ghi nhận bệnh nhân có sự tương quan giữa IMT động mạch cảnh chung với tuổi, huyết áp tâm thu, thời gian phát hiện ĐTD. Sự khác biệt có lẽ do nghiên cứu của tác giả Võ Thị Hồng Tuyết ở bệnh nhân ĐTD có hội chứng chuyển hóa dựa và định nghĩa của ATP III (Adult Treatment Program) áp dụng cho người châu Á. Bệnh nhân ĐTD type 2 được chẩn đoán hội chứng chuyển hóa khi có ít nhất 2 trong các rối loạn (vòng eo  $\geq 90$ cm ở nam và  $\geq 80$ cm ở nữ; HDL thấp  $< 1$ mmol/L ở nam và  $< 1,3$ mmol/L ở nữ; triglycerid  $\geq 1,7$ mmol/L; HA  $\geq 130/85$ mmHg) [6].

## V. KẾT LUẬN

- IMT trung bình của động mạch cảnh ở bệnh nhân ĐTD type 2 bên phải là  $1,33 \pm 0,82$ mm; bên trái là  $1,36 \pm 0,95$ mm. Tỷ lệ tăng IMTc chiếm 61,2% và mảng xơ vữa chiếm 32,7%.
- Bề dày nội trung mạc động mạch cảnh liên quan đến tuổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Châu Mỹ Chi (2016), *Nghiên cứu sự liên quan giữa nồng độ enzyme myeloperoxidase huyết tương với bề dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh và một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường type 2*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
2. Võ Bảo Dũng (2012), *Nghiên cứu giãn mạch qua trung gian dòng chảy động mạch cảnh tay và độ dày nội trung mạc động mạch cảnh ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 mới phát hiện*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. Nguyễn Thị Hằng, Phạm Thị Tâm, Lâm Thị Thu Phương (2018), “Tình hình không tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường type 2 tại huyện Châu Thành, tỉnh Hậu Giang năm 2016-2017”, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, số 13-14/2018, tr. 133-138.
4. Trần Ngọc Hoàng, Nguyễn Thị Bích Đào (2014), “Đánh giá ảnh hưởng của các biến chứng trên chất lượng cuộc sống bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại bệnh viện Nhân Dân 115”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, Số 2, tr. 161-167.
5. Trần Thị Trúc Linh (2016), *Nghiên cứu mối liên quan giữa biểu hiện tim với mục tiêu theo khuyến cáo ESC-EASD ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có tăng huyết áp*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
6. Võ Thị Hồng Tuyết (2014), *Nghiên cứu đặc điểm tổn thương động mạch cảnh ngoài sọ bằng siêu âm Doppler ở bệnh nhân hội chứng chuyển hóa*, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
7. Barzilay JI. Et al (2001), “Prevalence of clinical and isolated subclinical cardiovascular disease in older adults with glucose disorders”, *The Cardiovascular Health Study*, *Diabetes Care*, 24, pp. 1233-1239.
8. Festa A. et al (2002), “Elevated levels of acute-phase proteins and plasminogen activator inhibitor-1 predict the development of type 2 diabetes: The Insulin Resistance Atherosclerosis Study”, *Diabetes*, 51(4), pp. 1131-1137.
9. Michaela Kozakova (2014), “Glucose-related arterial stiffness and carotid artery remodeling: a study in normal subjects and type 2 diabetes patients”, *J Clin Endocrinol Metab*, 99(11), pp. 2362-2366.
10. Ryden L. et al (2013), “ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD”, *European Heart Journal*, 34, pp. 3035-3087.
11. So Hun Kim (2006), “Effects of lifestyle modification on metabolic parameters and carotid intima-media thickness in patients with type 2 diabetes mellitus”, *Metabolism Clinical and Experimental*, 55, pp. 1053-1059.
12. V. Mohan et al (2000), “Intima-media thickness of the carotid artery in South Indian diabetic and non-diabetic subjects: the Chennai Urban Population Study (CUPS)”, *Diabetologia*, 43, pp. 494-499.
13. Yoko Irie et al (2013), “The Utility of Carotid Ultrasonography in Identifying Severe Coronary Artery Disease in Asymptomatic Type 2 Diabetic Patients Without History of Coronary Artery Disease”, *Diabetes Care*, 36, pp. 1327-1334.

**NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP LAO MÀNG NÃO  
TẠI KHOA THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**

*Lê Phước An*

**TÓM TẮT**

Viêm màng não lao hay thường được gọi là “lao màng não” là một thể bệnh lao thứ phát do trực khuẩn lao (*Mycobacterium tuberculosis*) gây ra. Biểu hiện lâm sàng là hội chứng nhiễm độc lao kèm theo hội chứng màng não và hay có tổn thương vùng nền sọ.

**SUMMARY**

Tuberculous meningitis, often called "tuberculous meningitis", is a type of tuberculosis secondary to tuberculosis (*Mycobacterium tuberculosis*). Clinical manifestations are tuberculosis poisoning syndrome accompanied by meningeal syndrome and lesions to the cranial nerves.

**TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG**

Bệnh nhân nữ 53 tuổi, nghề nghiệp nội trợ, vào viện ngày 11/05/2019 với lý do sốt + tiêu phân lỏng.

Bệnh sử: Cách nhập viện 4 ngày người bệnh sốt cao liên tục kèm theo chán ăn mệt mỏi có tự mua thuốc uống nhưng bệnh không giảm, cùng ngày nhập viện người bệnh tiêu phân lỏng 4-5 lần lượng ít không đàm máu nên được người nhà đưa vào viện.

Tình trạng lúc vào viện: Sốt T: 38<sup>o</sup>C, HA: 130/80 mmHg, P: 52 kg, CC: 152 cm, BMI=21. Bệnh tình táo, không đau khó thở, không ghi nhận yếu yếu liệt tay chân, cổ mềm.

Tiền sử: Sởi thận 2 bên, không ghi nhận bệnh lý về hô hấp trước đây, gia đình không ai mắc bệnh lao phổi.

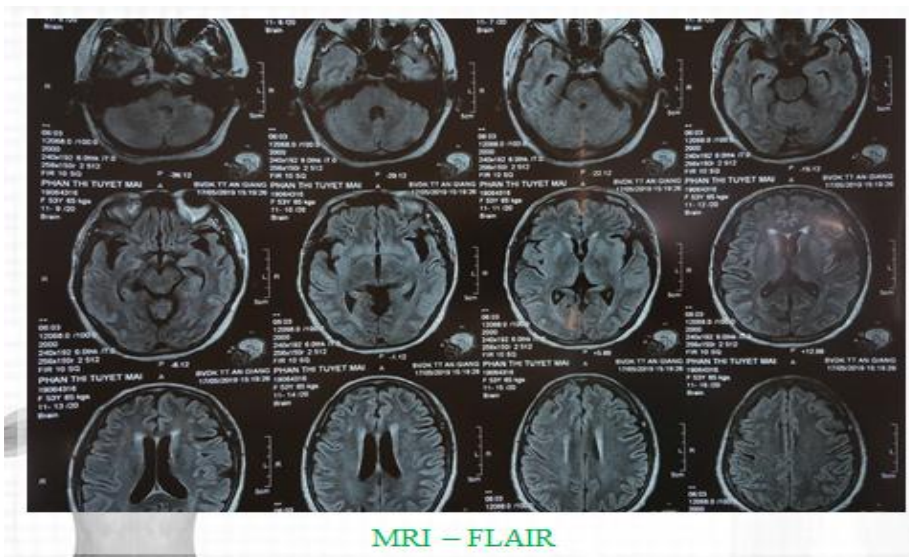
Diễn tiến: Người bệnh được chẩn đoán sởi 2 thận-nhiễm khuẩn niệu-theo dõi nhiễm trùng đường tiêu hóa điều trị tại khoa ngoại thận tiết niệu 5 ngày sau đó tình trạng sốt cao không cải thiện, tri giác xấu dần. người bệnh được chuyển tới khoa ICU điều trị sau đó người bệnh sụp mí mắt trái, liệt 1/2 người phải được hội chẩn khoa thần kinh và chuyển đến khoa nội thần kinh điều trị tiếp trong tình trạng glasgow 14 điểm (E4,V4,M6), sụp mí mắt trái, đồng tử 2 bên 4mm, phản xạ ánh sáng (+), liệt 1/2 người phải sức cơ 4/5, soi đáy mắt bình thường. Người bệnh được chẩn đoán theo dõi nhồi máu thân não phân biệt lao màng não được chụp MRI sọ não kết quả không thấy tổn thương trên MRI, bệnh được chuyển bệnh viện chợ rẫy nơi đây xét nghiệm PCR lao dịch não kết quả dương tính, người bệnh được chuyển sang bệnh viện phạm ngọc thạch điều trị tiếp đến khi ra viện.

Cận lâm sàng: siêu âm sỏi 2 thận-thận phải ứ nước nhẹ, bạch cầu 9.210/mm<sup>3</sup>, neu 81,6%, tiểu cầu 394.000/mm<sup>3</sup>, ure 2.23mmol/L, Creatinin 81.2μmol/L; điện giải đồ: Na<sup>+</sup> 131mmol/L, K<sup>+</sup>2.94, CL 100mmol/L; CRP định lượng 10.5mg/l



Xquang ngực thẳng





MRI sọ não

## BÀN LUẬN

Bệnh lao là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn lao có tên khoa học là *Mycobacterium tuberculosis* gây ra. Ngày nay bệnh lao còn phổ biến ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam, lứa tuổi mắc bệnh lao nhiều là lứa tuổi lao động nên bệnh lao có ảnh hưởng sâu sắc đến đời sống kinh tế và xã hội. Lao màng não mọi lứa tuổi đều có thể bị bệnh, nhưng thường ở trẻ em, thanh niên và trung niên tỷ lệ mắc bệnh nhiều hơn. Tỷ lệ mắc lao màng não ở nước ta xấp xỉ 0,75/100.000 dân.

Bệnh thường khởi phát từ từ, kéo dài vài tuần với các biểu hiện của hội chứng nhiễm độc lao như sốt nhẹ về chiều và tối, mệt mỏi, ăn ngủ kém, gầy sút cân, ra mồ hôi trộm, da xanh... Kèm theo, có thể có các dấu hiệu về thần kinh, lúc đầu thường nhẹ, thoáng qua và tăng dần: nhức đầu, buồn nôn, mất ngủ, thay đổi tính tình, đôi khi bại nhẹ thoáng qua hoặc co giật cục bộ...

Một số trường hợp khởi phát đột ngột, không điển hình với các biểu hiện: Loạn thần, co giật, sốt cao liên tục, có hội chứng màng não rõ từ đầu... Tuy nhiên, những trường hợp này thường là do không được theo dõi kỹ từ đầu, khi phát hiện ra bệnh đã ở giai đoạn nặng.

Hội chứng nhiễm khuẩn - nhiễm độc: Biểu hiện sốt thường đa dạng, có thể sốt nhẹ về chiều hoặc là sốt cao liên tục, sốt dao động... kèm theo các biểu hiện nhiễm độc lao rõ và cơ thể gầy yếu, suy kiệt nhanh.

Hội chứng màng não: Xuất hiện từ từ, ngày một rõ và đầy đủ hơn. Nhức đầu âm ỉ thường xuyên, đôi khi nhức đầu dữ dội. Có triệu chứng tăng kích thích, sợ ánh sáng, tăng trương lực cơ... Khám thấy dấu hiệu màng não (+).

Các triệu chứng tổn thương thần kinh khu trú: hay gặp nhất là hội chứng nền, biểu hiện bằng các triệu chứng tổn thương các dây thần kinh sọ não vùng nền não, nhất là các dây II, III, IV, VI, VII, VIII.... Nặng hơn có thể thấy tổn thương các dây IX, X, XI... hoặc liệt nửa người, liệt tứ chi...

Những thay đổi về dịch não tủy là rất có ý nghĩa chẩn đoán: Dịch não tủy điển hình màu vàng chanh, sánh, tế bào vài trăm (thông 200 - 500) tế bào /ml, lympho chiếm ưu thế (70 - 90%). Protein tăng 2-3 g/l, đường và muối giảm vừa phải. Một số trường hợp nặng, điều trị muộn... khi để lắng dịch não tủy sau 24 - 48 giờ, sẽ có hình vầng dù. Cây dịch não tủy có thể thấy trực khuẩn lao...

Xét nghiệm thông thường: Bạch cầu máu ngoại vi thường không tăng, tỷ lệ Lympho bào tăng, Tốc độ máu lắng thường tăng, Mantoux (+)...

Dịch não tủy: Rất có ý nghĩa trong chẩn đoán



Soi đáy mắt: Đôi khi thấy được củ lao (củ Bouchut: là những hạt màu trắng, kích thước trung bình bằng 1/4 đường kính gai thị, có thể thấy 1 hoặc vài củ), thường thấy khi lao màng não kèm theo lao kê. Đây là những củ lao ở vùng gai thị, tuy nhiên có thể chưa có lao màng não kèm theo. Sự có mặt của củ Bouchut sẽ rất có giá trị chẩn đoán viêm màng não do lao nếu có kèm theo thay đổi dịch não tủy có tăng lympho bào.

Chụp cắt lớp vi tính: Đôi khi thấy được củ lao ở não.

Cấy tìm trực khuẩn lao trong dịch não tủy: Có giá trị chẩn đoán quyết định khi (+). Tuy nhiên tỷ lệ nuôi cấy trực khuẩn lao trong dịch não tủy thường thấp.

Tim kháng thể kháng lao trong huyết thanh và trong dịch não tủy: Ít giá trị trong chẩn đoán.

Tim kháng nguyên lao trong huyết thanh và trong dịch não tủy: Rất có giá trị chẩn đoán nếu thấy kháng nguyên lao trong dịch não tủy.

Kỹ thuật PCR phát hiện ADN trực khuẩn lao trong dịch não tủy: Rất có giá trị chẩn đoán.

Trường hợp lâm sàng của chúng tôi bệnh nhân vào viện vì sốt và tiêu lỏng, tiền căn lại có sỏi thận nên nhầm với sỏi thận gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu kèm rối loạn tiêu hóa, bệnh nhân được điều trị 05 ngày với truyền dịch, kháng sinh nhưng bệnh không cải thiện. Bệnh nhân rối loạn cơ vòng sau đó tri giác người bệnh ngày càng xấu dần từ tỉnh táo đến tiếp xúc chậm và có dấu thần kinh khu trú là liệt dây III trái kèm liệt 1/2 người phải, rối loạn cơ vòng, cổ mềm. Đây là triệu chứng của tổn thương thân não, nên chúng tôi quyết định khảo sát MRI sọ não để tìm tổn thương, kết quả MRI sọ não không có tổn thương thân não. Đặc biệt bệnh nhân này không có tiền căn lao phổi, Xquang ngực thẳng lại bình thường, gia đình và xung quanh không có ai mắc bệnh lao, làm chúng ta ít nghĩ đến lao màng não. Đến khi chọc dò tủy sống làm PCR lao kết quả dương tính với vi khuẩn lao. Bệnh nhân được điều trị theo phác đồ lao màng não bệnh ổn và ra viện.

## KẾT LUẬN

Lao màng não là một bệnh lý thần kinh hiếm gặp rất dễ bỏ sót trong chẩn đoán do bệnh cảnh lâm sàng kín đáo, diễn tiến âm thầm, do đó chúng cần phải khám lâm sàng cẩn thận để tránh bỏ sót triệu chứng đặc biệt là triệu chứng rối loạn cơ vòng trên bệnh nhân sốt cao kèm rối loạn tri giác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trường Đại học Y Hà nội, Bộ môn Lao, *Bệnh học lao*, Nhà xuất bản Y học Hà nội, 2006, tr86-93
2. Vũ Anh Nhị. Thần kinh học, nhà xuất bản đại học quốc gia Tp. Hồ Chí Minh năm 2013

## NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP XUẤT HUYẾT NÃO Ở NGƯỜI TRẺ SỬ DỤNG COCAINE

Mai Nhật Quang

### TÓM TẮT

Đột quỵ não là nguyên nhân tử vong hàng thứ ba ở các nước phát triển. Ở nhóm người trẻ có nguyên nhân lạm dụng chất gây nghiện, trường hợp đầu tiên được báo cáo vào năm 1977. Cocaine liên quan đến 2 thể nhồi máu não và xuất huyết não, cơ chế chính xác chưa rõ. Chúng tôi báo cáo 01 trường hợp tai biến mạch máu não ở người trẻ thể xuất huyết não liên quan đến sử dụng heroine.

### SUMMARY

*Stroke is the third most common cause of death in developed countries. Cocaine is the most commonly used class A drug, and the first report of cocaine-induced stroke was in 1977. In the 1980s, there has been a significant rise in the number of case reports describing both ischaemic and haemorrhagic stroke associated with cocaine use. The exact mechanism of cocaine induced stroke remains unclear. In this study, we discuss one case of stroke in young people associated with cocaine presented at the Neurology department of An giang general hospital.*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não liên quan đến các chất gây nghiện được báo cáo trên thế giới chủ yếu là các trường hợp lâm sàng, trường hợp đầu tiên được báo cáo vào năm 1977 bởi tác giả Brust<sup>[5]</sup>. Ở nước ta chưa có báo cáo tỉ lệ xuất huyết máu não liên quan đến các chất gây nghiện được báo cáo.

Chúng tôi báo cáo 01 trường hợp tai biến mạch máu não ở người trẻ thể xuất huyết não bệnh nhân có tiền căn sử dụng cocaine tại Khoa Nội Thần Kinh Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

### TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 31 tuổi, nghề nghiệp buôn bán, vào viện vì liệt 1/2 người phải

Bệnh sử: Cách nhập viện 01 giờ người bệnh đang ngồi hút heroine khoảng 05 phút sau đột nhiên 1/2 người phải không cử động được, kèm méo miệng, nên được người nhà đưa vào viện.

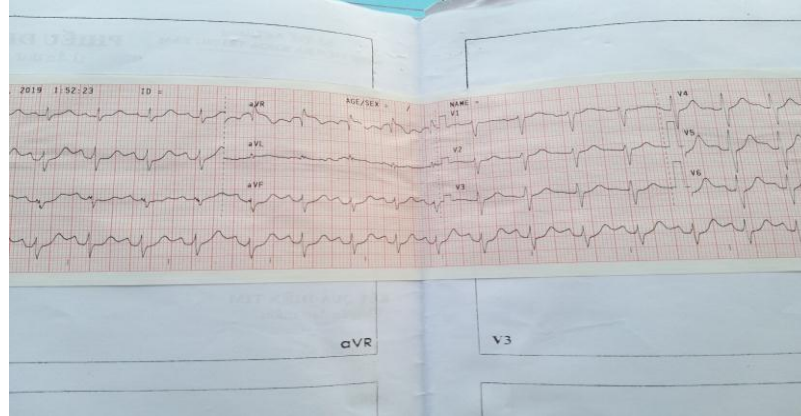
Tình trạng lúc vào viện: mạch 100 lần/phút, nhiệt độ 37<sup>0</sup>C, huyết áp 110/60mmHg, nhịp thở 20 lần/phút, tỉnh táo Glasgow 15 điểm, liệt 1/2 người phải sức cơ 3/5, chiều cao 1,56m, cân nặng 60kg, BMI = 24,6, đồng tử 2 bên 2 mm phản xạ ánh sáng (+).

Tiền sử: nghiện heroine cách nay 0,5 năm hút mỗi ngày 01 lần, không có tiền căn đái tháo đường, không tăng huyết áp trước đây, gia đình không ai mắc tiểu đường hay tăng huyết áp, hút thuốc lá 0,5 gói/ngày.

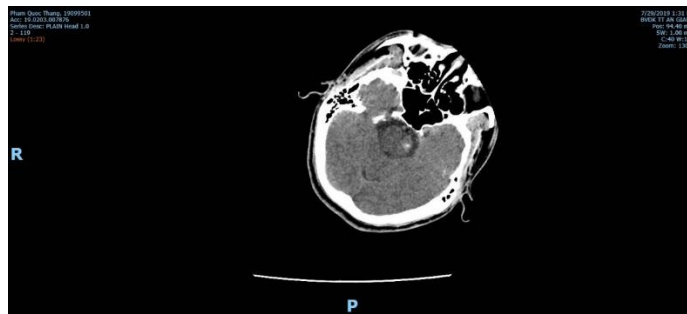
Cận lâm sàng: công thức máu bạch cầu 7.190/mm<sup>3</sup>, neu 79.6%, tiểu cầu 250.000/mm<sup>3</sup>, hồng cầu 5.200.000/mm<sup>3</sup>, HgB 14.3g/dl; CRP 1.2mg/L; ure 5.8 mmol/L, creatinine 122μmol/L, glucose 5.5 mmol/L, Na 137 mmol/L, K<sup>+</sup> 3.89 mmol/L, Ca 1.05 mmol/L, Cholesterol 3.93 mmol/L, triglyceride 0.64 mmol/L, HDL 0.82 mmol/L, LDL 3.84 mmol/L; tổng phân tích nước tiểu: bình thường; heroine niệu dương tính; ECG nhịp xoang, siêu âm tim không ghi nhận huyết khối buồng tim, siêu âm động mạch cảnh chưa ghi nhận bất thường.

Điều trị: truyền dịch natriclorua 9%, paracetamol, diazepam. Qua 3 ngày điều trị người bệnh tỉnh, ăn uống khá, liệt 1/2 người phải sức cơ 4/5 dấu hiệu sinh tồn ổn nên cho ra viện.

## ECG



## CT ĐÀU



## BÀN LUẬN

Đột quỵ là nguyên nhân gây tàn tật hàng đầu và tử vong hàng thứ 3 ở các nước phát triển<sup>[2]</sup>. Ở Anh mỗi năm có 174–216 đột quỵ mới trên 100.000 dân và chiếm 11% tử vong chung<sup>[3][1]</sup>. Nếu trước đây tai biến mạch máu não bệnh được nhiều người mặc định chỉ xảy ra ở người trung niên và người già thì giờ đây căn bệnh nguy hiểm này đang đe dọa cả những người trẻ tuổi.

Về lịch sử Cocaine được chiết xuất từ lá cây erythroxylon coca tìm thấy ở Nam Mỹ (Peru, Ecuado, Bolivia). Năm 1859 cocaine được tinh chế bởi Albert Niemann nhà hóa học người Đức, Cocaine cũng mang một số lợi ích trong một số bệnh như hen, gây tê cục bộ, trầm cảm, thuốc kích dục, bệnh suy mòn, kiệt sức do thần kinh,... Cocaine có thời gian bán thải khoảng 60 phút và chuyển hóa chủ yếu thành 02 sản phẩm benzoylecgonine và ecgonine methyl ester, sự có mặt của ethanol trong quá trình ester hóa tạo ra cocaethylene có tính chất dược lý tương tự cocaine. Điều này liên quan đến kéo dài hưng phấn cocaine đó là lý do tại sao cocaine và rượu thường được dùng chung. Tác động sinh lý của cocaine được biết bao gồm co mạch và kích thích hệ thần kinh trung ương. Ảnh hưởng thần kinh giao cảm là do ngăn chặn tái hấp thu catecholamine tiền synap. Cocaine gây hưng phấn và kích thích hệ thần kinh trung ương.

Cocaine là một chất kích thích thần kinh trung ương mạnh, hưng phấn gây hiệu động thoái hóa, tăng cảm giác thức, tăng cường sự tự tin, giảm sự thèm ăn, tăng khoái cảm tình dục. Tác động cường giao cảm dẫn đến tăng huyết áp, tăng nhịp tim, đổ mồ hôi, run và sốt cao. Năm 1977 ghi nhận trường hợp đột quỵ liên quan đến cocaine đầu tiên ở một bệnh nhân nam tiêm bắp cocaine một giờ sau mất ngôn ngữ và liệt bên phải<sup>[5]</sup>. Những năm 1980 Crack ra đời dẫn đến gia tăng số trường hợp đột quỵ liên quan đến cocaine, các triệu chứng thường ngay lập tức hoặc trong vòng 3 giờ sau sử dụng cocaine và 73% đột quỵ liên quan đến cocaine không có yếu tố nguy cơ tim mạch trước đó<sup>[4]</sup>. Cocaine liên quan đến 2 thể nhồi máu và xuất huyết não.

1990 Levine và cộng sự<sup>[7]</sup> trong một nghiên cứu đa trung tâm cho thấy tỉ lệ xuất huyết não cao hơn nhồi máu não.

Daras và cộng sự<sup>[3]</sup> nghiên cứu 54 bệnh nhân trong thời gian 06 năm cho thấy có 25 bệnh nhân nhồi máu và 29 bệnh nhân xuất huyết não.

Cơ chế liên quan đến cocaine gây ra đột quỵ bao gồm co mạch, tăng kết tập tiểu cầu, tăng số lượng tiểu cầu, huyết khối từ tim và huyết áp tăng vọt kết hợp với tự điều hòa dòng máu não bị thay đổi.

Cocaine là một chất co mạch mạnh do hoạt động giao cảm, ngăn ngừa tái hấp thu noradrenaline, serotonine và dopamin ở các đầu thần kinh tiền synap. Cocaine làm rối loạn tự điều hòa máu não bằng cách hạ thấp giới hạn trên của huyết áp mà không đổi lượng máu não, do đó tăng lưu lượng và dẫn đến vỡ mạch máu. Cocaine gây ra xáo trộn điều hòa lưu lượng máu não có thể dẫn đến chấn thương tái tưới máu và chuyển xuất huyết ở bệnh nhân nhồi máu.

Độc tính cocaine gây xơ vữa cũng đã được chứng minh ở thỏ cùng quá trình sinh lý bệnh có thể xảy ra ở mạch máu não dẫn đến nguyên nhân nhồi máu lỗ khuyết, Kozen và cộng sự<sup>[8]</sup> đã báo cáo 03 trường hợp mạch não dò và sinh lý bệnh gợi ý co mạch với hình thành cục máu đông thứ phát có lẽ là cơ chế quan trọng của cocaine gây ra nhồi máu não. Giảm lưu lượng máu vùng đã được chứng minh liên quan đến tăng kết tập tiểu cầu ở những bệnh nhân lệ thuộc cocaine với sự cải thiện đáng kể giảm tưới máu sau cai nghiện.

Trường hợp của chúng tôi có lâm sàng bệnh cảnh đột quỵ não, CT đầu có hình ảnh xuất huyết cầu não, công thức máu trong giới hạn bình thường, bilan lipid máu trong giới hạn bình thường, CRP trong giới hạn bình thường chứng tỏ không có tình trạng viêm, heroine niệu dương tính, tiền căn đang sử dụng heroin, điện tim trong giới hạn bình thường chứng minh bệnh nhân này không có rối loạn nhịp, siêu âm tim và siêu âm động mạch cảnh chưa ghi nhận bất thường.

## KẾT LUẬN

Cocaine gây ra đột quỵ xuất huyết não và nhồi máu não ở những bệnh nhân trẻ. Cơ chế liên quan đến đột quỵ do cocaine là co mạch, viêm mạch máu, tăng kết tập tiểu cầu, huyết khối ở tim, huyết áp tăng vọt kết hợp với thay đổi tự điều hòa lưu lượng máu não. Do đó đối với những bệnh nhân trẻ khi vào viện vì lý do yếu liệt ngoài những nguyên nhân truyền thống chúng ta cần phải tìm hiểu thêm nguyên nhân lạm dụng các chất gây nghiện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sean D Treadwell, Tom G Robinson Cocaine use and stroke
  2. Wolfe C, Rudd A, Beech R, eds. Stroke services and research. An overview with recommendations for future research. London: Stroke Association, 1996.
  3. Daras M, Tuchman AJ, Koppel BS, et al. Neurovascular complications of cocaine. *Acta Neurol Scand* 1994;90:124–9
  4. Wolfe C, Rudd A, Beech R, eds. Stroke services and research. An overview with recommendations for future research. London: Stroke Association, 1996.
  5. Brust JCM, Richter RW. Stroke associated with cocaine abuse. *N Y State J Med* 1977;77:1473
  6. Mant J, Wade D, Winner S. Health care needs assessment: stroke. In: Stevens A, Rafferty J, Mant J, Simpson S, eds. Health care needs assessment: the epidemiology based needs assessment reviews, 2nd ed. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2004.
  7. Levine SR, Brust JC, Futrell N, et al. Cerebrovascular complications of the use of the 'crack' form of alkaloidal cocaine. *N Engl J Med* 1990;323:699–704
- Konzen JP, Levine SR, Garcia JH. Vasospasm and thrombus formation as possible mechanisms of stroke related to alkaloidal cocaine. *Stroke*

## **THÔNG KHÍ NHÂN TẠO KHÔNG XÂM NHẬP TRONG ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BVĐK TT AN GIANG.**

*Phạm Ngọc Kiều, Phạm Thị Ngọc Dao, Thạch Samết*

### **Tóm tắt**

**Mục tiêu:** Thở máy không xâm nhập khi áp dụng cho các trường hợp suy hô hấp có thể làm giảm được tỷ lệ phải đặt nội khí quản, giảm tỷ lệ tử vong trong các bệnh như đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, viêm phổi, hen phế quản... Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá việc thở máy không xâm nhập cho các bệnh nêu trên có làm giảm được tỷ lệ phải đặt nội khí quản, tỷ lệ tử vong.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thời gian từ tháng 02 năm 2019 đến tháng 09 năm 2019. Các bệnh nhân suy hô hấp được thở máy với phương thức CPAP hoặc BIPAP. Xét nghiệm khí máu được thực hiện sau mỗi 6 giờ.

**Kết quả:** Có 81 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ thất bại phải đặt nội khí quản trong nhóm nghiên cứu là 21% so với điều trị thông thường trước đây là từ 40 – 70%.

**Kết luận:** Thở máy không xâm nhập khi áp dụng cho các bệnh suy hô hấp mức độ trung bình giảm được tỷ lệ phải đặt nội khí quản và giảm tỷ lệ tử vong.

### **Abstract**

**Background:** The noninvasive ventilation (NIV) can reduce the intubation and the mortality rate at the episodes of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), pneumonia, asthma ... The aim of this study was to find whether the use of NIV after the admission was effective at reducing the need for intubation and the mortality rate.

**Methods:** Cross section, from 02/2019 to 09/2019. CPAP or BiPAP mode was used. Arterial blood gas was tested every 6 hrs.

**Results:** 81 patients were included, The use of NIV significantly reduced the need for intubation. The failure rate is 21% compare with before base treatment from 40-70%.

**Conclusions:** The use of NIV in ICU improved arterial blood gas, decreases the rate of need for intubation and reduces the mortality in patients with moderate respiratory failure.

### **I/ ĐẶT VẤN ĐỀ**

Suy hô hấp cấp là bệnh cấp cứu hay gặp nhất trong số các bệnh nhân vào viện tại các Khoa Hồi sức, Cấp cứu. Phần lớn các bệnh nhân suy hô hấp cấp cần phải được hỗ trợ thông khí kết hợp với điều trị nội khoa. Có nhiều mức độ suy hô hấp và mức độ can thiệp của thầy thuốc cũng tùy thuộc vào mức độ suy hô hấp của bệnh nhân. Suy hô hấp nhẹ có thể cung cấp oxy qua mũi, nặng hơn phải cho bệnh nhân thở máy không xâm lấn (NIV), và nếu không hiệu quả thì biện pháp cuối cùng phải đặt nội khí quản thở máy. Việc cho bệnh nhân thở máy sẽ giải quyết được vấn đề suy hô hấp của bệnh nhân, tuy nhiên, biến chứng do thở máy gây ra nhiều khi đẩy bệnh nhân vào vòng lệ thuộc máy, nhiễm trùng hô hấp, chấn thương cơ học hệ hô hấp và việc cai máy nhiều khi rất khó khăn, nhất là trên bệnh nhân có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).

Những năm gần đây, thở máy không xâm lấn (NIV) cho thấy có hiệu quả trên những bệnh nhân suy hô hấp cấp. Các trường hợp này nếu được thở máy không xâm lấn sớm có thể tránh được đặt nội khí quản, mở khí quản, cai máy thuận lợi, giảm số ngày nằm viện và chi phí điều trị, đặc biệt là giảm tỷ lệ tử vong. Khi thông khí nhân tạo không xâm nhập, bệnh nhân có thể thở tự nhiên, ăn uống, nói, hít thuốc dạng khí dung, khạc đàm dễ dàng hơn. Chính vì lợi ích việc thở máy không xâm lấn trên bệnh nhân suy hô hấp nên chúng tôi tiên hành nghiên cứu đề tài “*Thông khí nhân tạo không xâm nhập trong điều trị suy hô hấp tại Khoa Hồi Sức Tích cực BVĐKTTAG*”. Nhằm khuyến khích việc sử dụng sớm và rộng rãi việc thở máy không xâm lấn.

## MỤC TIÊU ĐỀ TÀI

1. Nghiên cứu hiệu quả của thông khí nhân tạo không xâm nhập khi áp dụng cho bệnh nhân suy hô hấp cấp.

2. Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến kết cục thông khí nhân tạo không xâm nhập.

## II/ ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

– Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

– Đối tượng nghiên cứu:

\*Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả bệnh nhân suy hô hấp bao gồm COPD, hen phế quản, viêm phổi phù phổi cấp... có đủ tiêu chuẩn thở máy không xâm lấn:

- Lâm sàng có khó thở nhịp thở > 25 lần / phút, co kéo cơ hô hấp phụ.

-Khí máu động mạch có giảm oxy máu với tỉ lệ  $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 200$ , toan hô hấp  $\text{pH} < 7,35$  và/hoặc tăng thán  $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$

- Phương thức thở: CPAP, SPONT hoặc BiPAP (Bilevel).

\*Tiêu chuẩn loại trừ:

-Ngưng thở.

- Tần số thở trên 35 lần /phút.

- Khó thở nặng với co kéo cơ hô hấp nhiều và chuyển động ngực bụng không đồng bộ.

- Giảm oxy máu nặng đe dọa tính mạng.

- Toan máu nặng  $\text{pH} < 7,25$  và hoặc  $\text{PaCO}_2 > 60 \text{ mmHg}$ ,

- Rối loạn tri giác.

- Bệnh nhân bất hợp tác.

- Tụt huyết áp, loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim.

- Nguy cơ ói gây viêm phổi hít cao.

- Mới phẫu thuật vùng mặt hoặc đường tiêu hóa.

- Chấn thương đầu mặt.

- Bất thường vùng mũi họng.

\*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 22.0 được sử dụng.

## III/ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 81 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nhóm nghiên cứu, thời gian từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 5 năm 2018 thỏa mãn các điều kiện đã nêu trên. Bệnh nhân được thở máy không xâm nhập cùng các thuốc điều trị cơ bản, bệnh nhân được theo dõi và kiểm tra khí máu động mạch mỗi giờ để đánh giá kết quả điều trị và để điều chỉnh kịp thời các thông số máy thở.

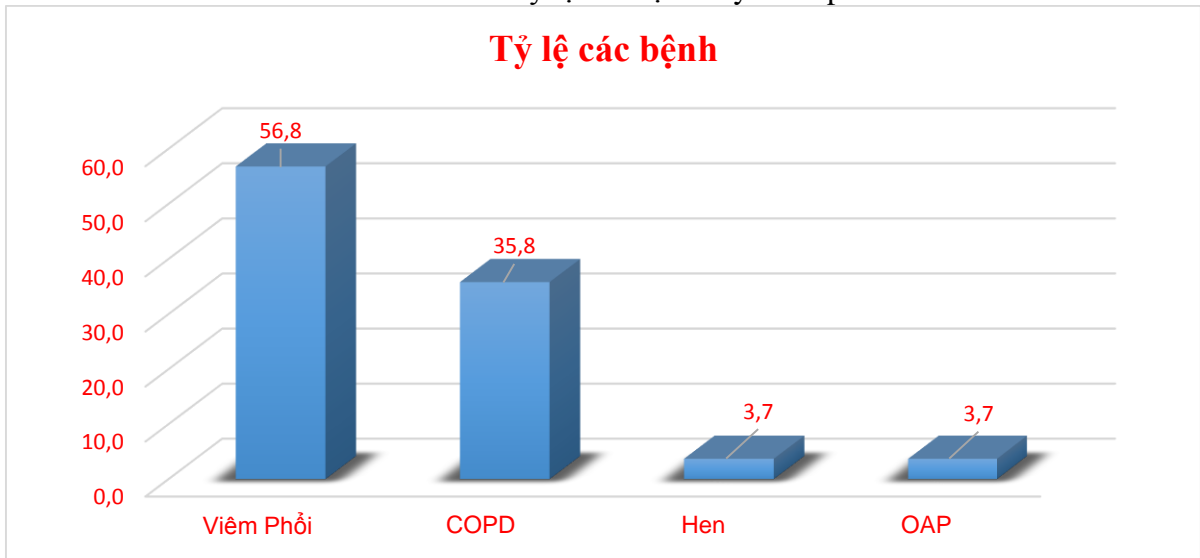
### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1.** Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Biến số	n=81	Tỷ lệ (%)
Tuổi (TB±SD)	67 ± 15.5	
Nữ/Nam	27/54	33,3%
Điểm Glasgow	14,06 ± 0,5	
Mạch	110 ± 9,7	
Huyết áp	132,3 ± 28,3	
Nhiệt độ	37,8 ± 0,6	
Nhịp thở	28,9 ± 2,3	
Bạch cầu	16.336 ± 5.833	
Thời gian thở máy (giờ)	9,5 ± 7,2	
Tỷ lệ đặt nội khí quản	17	21%
Tỷ lệ tử vong	9	11%
Thời gian nằm ICU	6,1 ± 3,5	

### 3.2. Tỷ lệ các bệnh suy hô hấp

Sơ đồ 1: Tỷ lệ các bệnh suy hô hấp



**Nhận xét:** Phần lớn là bệnh viêm phổi, kế đến là COPD, hen và phù phổi.

### 3.3 Bệnh nền kèm theo

**Bảng 2:** Các bệnh nền đi kèm

Bệnh nền	Số lượng	Tỷ lệ %
Suy thận mạn	20	24,7
TBMMN	18	22,2
Suy tim	11	13,6
Xơ gan	10	12,3
Đái tháo đường	9	11,1
Tăng huyết áp	8	9,9
Lao phổi	5	6,2

**Nhận xét:** Hầu hết các bệnh đều có bệnh nền đi kèm đứng đầu là bệnh thận mạn, TBMMN, suy tim...

### 3.4. Các thông số lâm sàng trước và sau thở máy không xâm nhập

**Bảng 3.** Các thông số lâm sàng trước và sau thở máy KXN

Thông số	Trước NIV	Sau NIV	p
Mạch	110,8 ± 11,6	85 ± 8,9	<0,05
Nhịp thở	28,9 ± 2,37	22,4 ± 1,19	<0,05
Co kéo	Nhiều	Giảm	

**Nhận xét:** Triệu chứng lâm sàng dễ nhận thấy nhất là khó thở, tần số giảm nhanh sau khi thở máy không xâm lấn.

### 3.4. Các thông số cận lâm sàng trước và sau thở máy không xâm nhập

**Bảng 4.** Các thông số cận lâm sàng trước và sau thở máy KXN

Thông số	Mới vào	06 giờ	12 giờ	p
pH	7,32 ± 0,04	7,37 ± 0,03	7,4 ± 0,02	<0,05
PaO <sub>2</sub>	85,1 ± 20,6	92,8 ± 18,2	95 ± 10	<0,05
PaCO <sub>2</sub>	47,07 ± 10,6	41,3 ± 9,2	38,9 ± 6,3	<0,05
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	21,4 ± 6,2	22,5 ± 5,6	23,7 ± 4,4	<0,05

**Nhận xét:** Kết quả khí máu động mạch sau thông khí không xâm nhập cải thiện có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

### 3.5. Kết quả điều trị

**Bảng 5. Kết quả điều trị**

Kết quả	Thành công	Đặt NKQ	Tổng số	p
Số bệnh nhân	64	17	81	
Tỷ lệ %	79%	21%	100%	<0,05

Nhận xét: Tỷ lệ thành công so với thất bại phải đặt nội khí quản có ý nghĩa thống kê.

## IV/ BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 81 trường hợp suy hô hấp được thở máy không xâm nhập tại khoa Hồi sức cấp cứu từ tháng 02 năm 2019 đến tháng 09 năm 2019 chúng tôi thấy có một số nhận xét sau:

Tuổi trung bình là 67 tuổi thấp nhất là 33 và cao nhất là 104 tương tự tác giả P. K. Plant và cs [4], Luarent Brochard và cs là 69 [3], đây là độ tuổi khá cao thường mắc nhiều bệnh trong đó có vấn đề hô hấp và tim mạch. Tỷ lệ Nữ/Nam của chúng tôi thấp 33,3% do phần lớn bệnh nghiên cứu là bệnh phổi, COPD... đây là bệnh mà nam giới chiếm đa số. Nghiên cứu của chúng tôi có sự cải thiện đáng kể về triệu chứng lâm sàng cũng như cận lâm sàng, về áp suất riêng phần của oxy tăng từ  $85,1 \pm 20,6$  lên  $95 \pm 10$  mmHg tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Luarent Brochard và cs, áp suất riêng phần của oxy đã tăng từ 56 đến 68 mm Hg trong nhóm điều trị tiêu chuẩn và từ 67 đến 91 mm Hg trong nhóm thông khí không xâm lấn [3]. Giảm oxy máu nặng đã góp phần vào việc thở máy không xâm lấn không hiệu quả và phải đặt nội khí quản ở 17 bệnh nhân trong nhóm điều trị của chúng tôi. Mặt khác trong số các bệnh nhân này cũng có độ pH thấp đây cũng là tiêu chí để đặt nội khí quản.

Kết quả điều trị cho thấy trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ thất bại phải đặt nội khí quản là 21% tương tự kết quả nghiên cứu của Luarent Brochard và cs [7]. Việc sử dụng thở máy không xâm nhập làm giảm đáng kể nhu cầu đặt nội khí quản, 11 trong số 43 bệnh nhân (26%) trong nhóm thở máy không xâm nhập phải đặt nội khí quản, so với 31 trong 42 (74%) ở nhóm điều trị tiêu chuẩn và nhóm tác giả kết luận: Những bệnh nhân đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, thở máy không xâm nhập có thể làm giảm nhu cầu đặt nội khí quản, thời gian nằm viện và tỷ lệ tử vong trong bệnh viện. Tương tự nghiên cứu của Brochard và cs [7] cho thấy sự giảm đáng kể về nhu cầu đặt nội khí quản ở những bệnh nhân bị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính được điều trị với thông khí áp lực dương không xâm lấn (26% trong số đó phải đặt nội khí quản), so với bệnh nhân được điều trị chuẩn (74% trong số đó phải đặt nội khí quản) và khẳng định rằng thông khí áp lực dương không xâm lấn có thể là một phương tiện hỗ trợ quan trọng trong việc kiểm soát đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả NIV bao gồm tuổi cao, mắc các bệnh nền làm giảm khả năng đề kháng cũng khả năng hồi phục của người bệnh, phần lớn các ca thất bại phải đặt nội khí quản nằm trong nhóm bệnh nền như suy thận mạn, TBMMN, suy tim, xơ gan, đái tháo đường [3]...

## V/ KẾT LUẬN

Thông khí không xâm nhập (NIV) có hiệu quả điều trị suy hô hấp cấp hoặc đợt cấp của suy hô hấp mạn trong trường hợp bệnh nhân chưa thật cần thiết phải đặt nội khí quản nhưng đã thất bại cung cấp oxy qua mũi; làm giảm được nhu cầu đặt nội khí quản.

Qua nghiên cứu 81 bệnh nhân suy hô hấp tại đơn vị Hồi sức cấp cứu, chúng tôi có kết quả như sau: Tỷ lệ thất bại phải đặt nội khí quản trong nghiên cứu là 21% so với điều thông thường trước đây là 40-70%. Sử dụng thở máy không xâm nhập (NIV) giúp giảm tỷ lệ đặt nội khí quản và giảm tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân suy hô hấp trong Hồi sức cấp cứu.

Bệnh nhân lớn tuổi có các bệnh mạn tính đi kèm làm 120ang tỷ lệ thất bại khi thở máy không xâm lấn và 120ang tỷ lệ tử vong.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), Quy trình kỹ thuật thông khí không xâm nhập với hai mức áp lực dương. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức - Cấp cứu và Chống độc. 83-85.
2. Nguyễn Gia Bình (2012), Thông khí nhân tạo hai mức áp lực dương, kỹ thuật thở máy và hồi sức hô hấp, nhà xuất bản y học, trang 1-5.
3. Nguyễn Hoàng Linh, Trần Thu Nguyệt (2013) Hiệu quả thở máy không xâm lấn trên bệnh nhân suy hô hấp tại bệnh viện đa khoa sài gòn. Y Học TP. Hồ Chí Minh \* Tập 17 \* Phụ bản của Số 3 \* 2013.
4. Luarent Brochard MD.(1995), Noninvasive ventilation for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. The New England Journal of Medicine. 333. 817-822.
5. P K Plant, J L Owen, M W Elliott (2000), Early use of non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease on general respiratory wards: a multicentre randomised controlled trial. Lancet; 355: 1931–35.
6. Ashfaq Hasan (2010), —The Conventional Modes of Mechanical Ventilation||, Understanding Mechanical Ventilation, Springer, Chapter 4, 71-113.
7. Michael Lippmann (2008), — Noninvasive Positive Pressure Ventilation||, The washington manual of critical care, Lippincott williams and wilkins, 105-108.
8. Luarent Brochard MD. Noninvasive ventilation for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. The New England Journal of Medicine. 1995. 333. 817-822.
9. Fagon JY, Chastre J, Hance AJ, Montravers P, Novara A, Gibert C. Nosocomial pneumonia in ventilated patients: a cohort study evaluating attributable mortality and hospital stay. Am J Med 1993;94:281-8.
10. Leger P, Jennequin J, Gaussorgues P, Robert D. Acute respiratory failure in COPD patients treated with noninvasive intermittent mechanical ventilation (control mode) with nasal mask. Am Rev Respir Dis 1988;137:Suppl:63. abstract.
11. Stauffer JL, Olson DE, Petty TL. Complications and consequences of endotracheal intubation and tracheotomy: a prospective study of 150 critically ill adult patients. Am J Med 1981;70:65-76.
12. Meduri GU, Conoscenti CC, Menashe P, Nair S. Noninvasive face mask ventilation in patients with acute respiratory failure. Chest 1989;95:865-70.
13. Meduri GU, Abou-Shala N, Fox RC, Jones CB, Leeper KV, Wunderink RG. Noninvasive face mask mechanical ventilation in patients with acute hypercapnic respiratory failure. Chest 1991;100:445-54.
14. Bersten AD, Holt AW, Vedig AE, Skowronski GA, Baggoley CJ. Treatment of severe cardiogenic pulmonary edema with continuous positive airway pressure delivered by face mask. N Engl J Med 1991;325:1825-

## YẾU TỐ NGUY CƠ THẤT BẠI ĐIỀU TRỊ THUỐC KHÁNG VI RÚT BẠC 1 Ở BỆNH NHÂN NHIỄM HIV PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ NGƯỜI LỚN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

*Phan Thanh Dũng, Nguyễn Quang Thương, Bùi  
Tông Nguyên, Phan Văn Bé*

### TÓM TẮT

*Mục tiêu:* Tiên đoán yếu tố nguy cơ thất bại điều trị thuốc kháng vi rút (ART) bậc 1 ở bệnh nhân nhiễm HIV phòng khám ngoại trú (PKNT) người lớn bệnh viện đa khoa trung tâm An giang (BVĐKTT AG). *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu bệnh – chứng thực hiện từ tháng 8 đến tháng 10 năm 2019 ở PKNT BVĐKTT AG. Tất cả có 354 bệnh nhân đang điều trị ART được nghiên cứu. *Kết quả:* Có 179 bệnh nhân đang điều trị ART bậc 1 và 175 bệnh nhân đang điều trị ART bậc 2. Giới nam thất bại điều trị hơn giới nữ với  $P= 0.01$ [OR: 2(1.4-7.70)] . Tương tự với tuân thủ điều trị kém, nhiễm trùng cơ hội, bị lao sau điều trị ART, đồng nhiễm lao- HIV và tiền sử ART thì có ý nghĩa liên quan thất bại điều trị với giá trị P lần lượt là  $p= 0.01$ ;  $p= 0.045$ [ OR: 2(0.90-4.11)];  $p= 0.040$ [ OR: 3.0(1.35-6.66)];  $p= 0.020$  [OR: 3.2(1.5-7.77)] và  $p= 0.000$  [OR: 3.0( 1.7-5.4)] . *Kết luận:* Các yếu tố nguy cơ thất bại ART cần lưu ý, đặc biệt có tiền sử ART. Phòng chống bệnh lao và bệnh nhiễm trùng cơ hội, cải thiện tuân thủ điều trị là can thiệp quan trọng để giảm thất bại điều trị ART.

### SUMMARY

*Objective:* To predictor the risk factors of ART treatment failure of first-line regimens amongst HIV-infected patients in adult outpatient clinics at the An Giang central General Hospital . *Subjects and methods:* Case control study was conducted from August 1 to October 30/2019 in outpatient clinics at the An Giang General Hospital. A total of 354 was enrolled in the study . *Results:* 179 patients with first line ART and 175 patients with second line ART. Male were higher risk of treatment failure compared to females with  $P= 0.01$ [OR: 2(1.4-7.70)]. Similarly, with poor drug adherence, tuberculosis co-infected, developed tuberculosis after ART initiation, opportunistic infection during ART initiation, poor drug adherence, history of ART were significantly associated with ART treatment failure with  $p= 0.01$ ;  $p= 0.045$ [ OR: 2(0.90-4.11)];  $p= 0.040$ [ OR: 3.0(1.35-6.66)];  $p= 0.020$  [OR: 3.2(1.5-7.77)] và  $p= 0.000$  [OR: 3.0( 1.7-5.4)] , respectively. *Conclusion:* Risk factors for ART treatment failure should be noted, especially with history of ART. Prevention and control of tuberculosis and other opportunistic infections and improving drug adherence are important interventions to reduce ART treatment failure.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ.

An Giang là một tỉnh biên giới Tây nam–Việt Nam chịu ảnh hưởng nặng nề của dịch HIV/AIDS. Từ đầu năm 2006 chương trình sử dụng thuốc kháng vi rút (ART) được triển khai tại phòng khám ngoại trú (PKNT ) Bệnh Viện Đa Khoa An Giang và hiện đang quản lý điều trị ART trên ngàn bệnh nhân trong đó phác đồ bậc 2 gần 200.

Thất bại điều trị phác đồ bậc 1 chuyển phác đồ bậc 2 có thể xảy ra bằng nhiều hình thái: thất bại virus, thất bại miễn dịch , thất bại lâm sàng [2,3,4]

Tổ chức y tế thế giới ước tính đề kháng thuốc HIV ở khu vực Châu Á trên 18% và phân tích gộp ở tám nước Châu Phi tỷ lệ kháng phác đồ bậc 1 và tử vong thời gian trung bình 12 tháng là 62% . [10]

Thất bại điều trị có nguy cơ tử vong cao ở bệnh nhân điều trị ART. [4,6] và những bệnh nhân bị kháng thuốc trong năm đầu tiên điều trị thì có nguy cơ tỷ lệ tử vong cao hơn. [7,9]. Nhiều nghiên cứu đã công bố chứng cứ ở bệnh nhân phục hồi miễn dịch kém có nguy cơ cao thất bại điều trị tiến triển AIDS hoặc tử vong [10,11]

Các dữ liệu về yếu tố nguy cơ thúc đẩy thất bại điều trị ART ở trong nước và khu vực tỉnh còn hạn chế. Vì thế, chúng tôi thực hiện một nghiên cứu để tiên đoán các yếu tố nguy cơ thất bại điều trị ART ở PKNT bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang .

## II. PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu bệnh chứng của chúng tôi được chấp thuận của Hội đồng khoa học bệnh viện, chọn tất cả hồ sơ bệnh án đang quản lý điều trị ART bậc 2 có 175 bệnh nhân và chọn ngẫu nhiên hồ sơ bệnh án đang quản lý điều trị ART bậc 1 với số lượng tương đương.

Nghiên cứu thực hiện từ tháng 8 đến hết tháng 9 năm 2019. Tất cả bệnh nhân được tham gia nghiên cứu có quản lý hồ sơ bệnh án sẽ hồi cứu HSBA và khám trực tiếp điền vào Form soạn sẵn. Những bệnh nhân chưa điều trị đủ 6 tháng và nhỏ hơn 16 tuổi thì không tính vào.

Các biến đổi với nghiên cứu này là tuổi trong thời điểm nghiên cứu, giới, cân nặng, chiều cao, CD4, hemoglobin, giai đoạn lâm sàng, tuân thủ điều trị, phác đồ ARV, tình trạng hôn nhân, trình độ văn hóa, bệnh lao trong quá trình điều trị, viêm phổi và tiền sử điều trị ARV.

Xử lý số liệu dùng Epi Info version 7 và phần mềm SPSS 16 để phân tích số liệu. Sử dụng phép kiểm chi-square/ Fischer và independent t-test để so sánh sự khác biệt giữa 2 nhóm. Những giá trị có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% khi giá trị  $P < 0.05$ .

## IV. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Có 354 bệnh nhân được chọn nghiên cứu, 179 bệnh nhân đang điều trị ART bậc 1 và 175 bệnh nhân đang điều trị ART bậc 2.

*Bảng 1: So sánh đặc điểm nhân khẩu xã hội học của nhóm nghiên cứu.*

Đặc điểm		Nhóm phác đồ bậc 2	Nhóm phác đồ bậc 1	P
Tuổi	16-24	39(22 % )	36(20%)	0.76
	25-34	68(39%)	79(44%)	
	35-44	47(29%)	45(25%)	
	> 45	21(12%)	19(10%)	
Giới	Nam	114( 65%)	94(52% )	0.01
	Nữ	61(35%)	85(48% )	
Trình độ học vấn	Mù chữ	0(0%)	0(0%)	0.82
	Tiểu học	89(51%)	79(44%)	
	Trung học & Đại học	86(49%)	100(56%)	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	19(10%)	28(15%)	0.87
	Có gia đình	120(68%)	139(77%)	
	Chồng/vợ chết	31(17%)	22(12%)	

Nhận xét: Giới nam trong nhóm đang điều trị phác đồ bậc 2 có tỉ lệ cao hơn trong nhóm đang điều trị phác đồ bậc 1 và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ .

*Bảng 2: So sánh đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu.*

Đặc điểm		Nhóm phác đồ bậc 2	Nhóm phác đồ bậc 1	OR (KTC 95%)	P
BMI	< 18.5	48(27%)	43(24%)		0.77
	18.5-24.9	120(68%)	124(69%)		
	>25	7(4%)	10(5%)		
Giai đoạn Lâm sàng	1	4(2%)	6(3%)		0.990
	2	10(6%)	15(8%)		
	3	114(63%)	114(63%)		
	4	47(26%)	40(22%)		
Đồng nhiễm lao	Có	27(15%)	11(6%)	3.2(1.5-7.77)	0.020
	Không	148(85%)	168(94%)		
Nhiễm trùng cơ hội	Có	22(15%)	12(7%)	2.0(0.90-4.11)	0.045
	Không	153(85%)	167(93%)		
Lao sau điều trị ARV	Có	25(14%)	10(6%)	3.0(1.35-6.66)	0.040
	Không	150(86%)	169(94%)		

Nhận xét: Bị lao và nhiễm trùng cơ hội sau điều trị, đồng nhiễm lao có tỉ lệ thất bại điều trị phác đồ bậc 1 thuộc kháng vi rút cao hơn với  $p < 0.05$ .

*Bảng 3: So sánh đặc điểm liên quan đến dùng thuốc của nhóm nghiên cứu.*

Đặc điểm		Nhóm phác đồ bậc 2	Nhóm phác đồ bậc 1	OR (KTC 95%)	P
Tuân thủ điều trị	Tốt	135(77%)	159(89%)		0.01
	Khá	20(11%)	15(8%)		
	Kém	20(11%)	5(3%)		
Tiền sử ARV	Có	49(28%)	20(11.2%)	3.0(1.7-5.4)	0.000
	Không	126(72%)	159(88.8%)		
Tác dụng phụ thuốc	Có	24(14%)	22(12%)	0.8(0.2-2.8)	0.990
	Không	151(86%)	157(88%)		
Phác đồ điều trị	AZT+3CT+NVP	60(34%)	69(39%)		0.77
	AZT+3CT+EFV	40(23%)	44(25%)		
	TDF+3CT+EFV	30(17%)	36(20%)		
	PD KHÁC	35(20%)	30(16%)		

Nhận xét: Có tiền sử điều trị ART trước khi về thu dung phòng khám bệnh viện và tuân thủ điều trị kém có ý nghĩa thất bại điều trị với  $p=0.000$ ;  $p=0.01$ .

## V. BÀN LUẬN

Có 354 bệnh nhân được chọn, 175 ART bậc 2 và 179 ART bậc 1. Trong những nghiên cứu trước đây những nhóm tuổi trẻ hơn ( thường < 35) thì tăng nguy cơ thất bại điều trị[10,]. Ngược lại, một nghiên cứu hệ thống ở Misgena thì tuổi lớn liên quan thất bại điều trị[6]. Tuy nhiên, sự liên quan tuổi với thất bại điều trị không thể chứng minh được trong nghiên cứu này.

Theo những công bố từ những nghiên cứu ở các nước Châu Phi số lượng nữ chiếm 2/3 tham gia điều trị ART và phần lớn những bệnh nhân này tiết lộ tình trạng bệnh với bạn tình và tự chăm sóc tốt[6]. Những nghiên cứu khác cho rằng nam giới có vẻ bị thất bại điều trị nhiều hơn[10,11]. Trong nghiên cứu này sự liên quan giới tính là giới nam thất bại nhiều hơn giới nữ.

Những nghiên cứu trước đây công bố số lượng CD4 càng thấp và giai đoạn lâm sàng càng nặng thì có ý nghĩa tiên đoán thất bại điều trị, bởi thường xuyên xảy ra nhiễm trùng cơ hội dẫn đến tăng nguy cơ thất bại điều trị[8,9,12,13]. Hơn 2/3 nhóm đang điều trị phác đồ bậc 1 có giai đoạn lâm sàng nặng khi thu dung và số lượng CD4 khi điều trị ART thấp. Tuy nhiên thú vị là trong nghiên cứu này cả giai đoạn lâm sàng nặng cũng không có ý nghĩa thống kê liên quan thất bại điều trị trong nghiên. Điều này tương tự như nghiên cứu từ Kenya cả giai đoạn lâm sàng và số lượng CD4 thì không liên quan thất bại điều trị[7].

Tuân thủ điều trị là một trong những nguy cơ tiên đoán thất bại điều trị mạnh nhất[12,13]. Trong nghiên cứu này không tuân thủ điều trị cao hơn trong nhóm thất bại điều trị và nhưng có giá trị thống kê. Ngoài ra, phương pháp đo lường tuân thủ điều trị ở mỗi phòng khám ngoại trú khác nhau sẽ không tương đồng[10,13].

Sự cố viêm phổi tái phát thường xuyên là yếu tố nguy cơ tiên đoán thất bại điều trị. Tương tự được tìm thấy trong các báo cáo khác[6]. Tiền sử lao phổi không có ý nghĩa tiên đoán thất bại điều trị. Nhiễm lao là một trong những bệnh nhiễm trùng cơ hội phổ biến ở bệnh nhiễm HIV bất chấp tình trạng miễn dịch. Xảy ra bệnh lao trong thời gian điều trị ART có nhiều ảnh hưởng gồm uống nhiều thuốc, tương tác thuốc và nhiều tác dụng phụ ảnh hưởng tuân thủ điều trị[8,9]. Một nghiên cứu ở Addis Ababa là bệnh lao không ảnh hưởng kết quả điều trị[8]. Sự đồng thuận là bệnh lao không liên quan với thất bại điều trị[11]. Ngược lại trong những nghiên cứu khác bệnh lao tăng nguy cơ thất bại điều trị[8,9]. Trong nghiên cứu này thì bị lao sau điều trị ART có ý nghĩa thống kê với  $p<0.05$ .

Một số nghiên cứu cho rằng BMI thấp < 18.5) thì tăng nguy cơ thất bại điều trị[6,8,10] và phác đồ điều trị có chứa Stavudin liên quan tăng thất bại điều trị gấp 3 lần so với phác đồ chứa Zidovudin. Tuy nhiên trong nghiên cứu này không tìm thấy sự liên quan xảy ra thất bại điều trị.

Phơi nhiễm ART trước ( tiền sử điều trị và bỏ trị ART), trong một số nghiên cứu ở các nước Châu phi là tăng nguy cơ thất bại điều trị ART trong những người có phơi nhiễm ART trước [14,15]. Ngoài ra, một nghiên cứu khác là bỏ điều trị ART từ 7 ngày và hơn có ý nghĩa thống kê với thất bại điều trị. Trong nghiên cứu này những người có tiền sử ART tăng nguy cơ bị thất bại ART là 3.0 lần với  $p=0.000$ ;  $OR = 3.0( 1.7-54)$ .

### **KẾT LUẬN:**

Trong nghiên cứu này đã cung cấp sự hiểu biết có giá trị về những yếu tố nguy cơ thất bại điều trị ART ở phòng khám ngoại trú bệnh viện . Ngoài những yếu tố nguy cơ đã được công bố nhiều nơi trên thế giới, thì trong nghiên cứu này không chứng minh được ngoài tiền sử bỏ trị ART; tuân thủ điều trị kém, nhiễm lao bị lao; nhiễm trùng cơ hội; giới nam. Tuy nhiên những yếu tố nguy cơ này và những yếu tố đã công bố nơi khác cần thiết nhận biết để phòng ngừa thất bại điều trị trong bệnh nhân điều trị ART. Đặc biệt quan tâm nhiều hơn ở phòng khám ngoại trú bệnh viện đa khoa trung tâm An giang là bệnh nhân có tiền sử điều trị ART.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Quyết định số 5418/QĐ-BYT ngày 01/12/2017 của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS.
2. Aldous JL, Haubrich RH. Defining treatment failure in resource-rich settings. *Curr Opin HIV AIDS*.2009; 4:456±66. Do10.1097/COH.0b013e328331dea5 PMID: 20048711
3. WHO. HIV drug resistance report 2012.
4. WHO. Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection, recommendations for Public Health Approach. June 2013.
5. FMOH. Guidelines for the management of opportunistic infections and antiretroviral treatment in adolescents and adults in Ethiopia. March 2008.
6. Misgena DK. The pattern of immunologic and virologic response to Highly Antiretroviral Active Treatment (HAART): Does success bring further challenges? *Ethiop. J. Health Dev.* 2011;25(1):61–70.
7. Hassan AS, Nabwera HM, Mwaringa SM, Obonyo CA, Sanders EJ, Rinke de Wit TF, et al.: HIV-1 virologic failure and acquired drug resistance among first-line antiretroviral experienced adults at a rural HIV clinic in coastal Kenya: a cross-sectional study. *AIDS Research and Therapy*. 2014; 11:9. pmid:24456757
8. Kassa D, Gebremichael G, Alemayehu Y, Wolday D, Messele T and van Baarle D.: Virologic and immunologic outcome of HAART in Human Immunodeficiency (HIV)-1 infected patients with and without Tuberculosis and Latent TB infection (LTBI) in Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS Research and Therapy*. 2013; 10:18. pmid:23842109
9. Agarwal A, Singh A, Chakravarty J, Sundar S, Rai M,: Predictive Markers of Failure of First Line Anti-Retroviral Treatment in HIV Patients in India. *J AIDS Clin Res* 2013; 4: 210.
10. Hassan AS, Nabwera HM, Mwaringa SM, Obonyo CA, Sanders EJ, Rinke de Wit TF, et al.: HIV-1 virologic failure and acquired drug resistance among first-line antiretroviral experienced adults at a rural HIV clinic in coastal Kenya: a cross-sectional study. *AIDS Research and Therapy*. 2014; 11:9. pmid:24456757
11. Rajasekaran S, Jeyaseelan L, Vijila S, Gomathi C, Raja K. Predictors of failure of first-line antiretroviral therapy in HIV-infected adults: Indian experience. *AIDS* 2007; 21 Suppl 4:S47–53.
12. Greig JE, Cros PA, Mills C, Ugwoeruchukwu W, Etsetowaghan A, Grillo A, et al. Predictors of Raised Viral Load during Antiretroviral Therapy in Patients with and without Prior Antiretroviral Use: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*. 2013; 8(8): e711407. pmid:23967207
13. Kowbah CM, Mwangi AW, Koech JK, Simiyu GN and Siika AM.: Factors Associated with First-Line Antiretroviral Therapy Failure amongst HIV-Infected African Patients: A Case-Control Study. *World Journal of AIDS*. 2012; 2:271–278.
14. Datay MI, Boulle A, Mant D and Yudkin P.: Associations with virologic treatment failure in adults on antiretroviral in South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010; 54 (5):489–495.
15. Greig JE, Cros PA, Mills C, Ugwoeruchukwu W, Etsetowaghan A, Grillo A, et al. Predictors of Raised Viral Load during Antiretroviral Therapy in Patients with and without Prior Antiretroviral Use: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*. 2013; 8(8): e711407. pmid:23967207

## CẢI TIẾN DỊCH VỤ VÀ CHĂM SÓC KHÁCH HÀNG TẠI KHOA XÉT NGHIỆM BVĐKTT AN GIANG

*Phạm Ngọc Dũng, Nguyễn Thị Minh Hiếu,  
Võ Thị Mỹ Hạnh và CS Khoa Xét nghiệm*

**Tóm tắt:** Khách hàng là người mua, sử dụng và đánh giá chất lượng sản phẩm, dịch vụ với một giá cả phù hợp nhất; các hoạt động dịch vụ làm tăng sự hài lòng khách hàng là nhiệm vụ của mọi người trong đơn vị.[6][1][4].

**Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định sự phù hợp của hệ thống quản lý, thực tế áp dụng cung cấp dịch vụ và sự hài lòng của khách hàng, tìm ra những vấn đề chưa phù hợp cần cải tiến.[1][4]

**Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang

**Kết quả:** Khảo sát trước can thiệp TAT: 84% (420/500); và số kết quả xét nghiệm mà Khoa Xét nghiệm báo < 1%. Sau can thiệp TAT < 2 giờ là 99,2%(496/500), và Chỉ số kết quả xét nghiệm cảnh báo nguy hiểm được báo cáo cho lâm sàng đạt 81% (1580/1950) mặc dù không đạt chỉ tiêu đề ra nhưng được như thế cũng là 1 cố gắng rất lớn góp phần cải thiện dịch vụ và chăm sóc khách hàng, tăng uy tín cho Bệnh viện, tăng thu nhập, cải thiện đời sống.

**Kết luận:** Bảo đảm thời gian trả kết quả xét nghiệm, rút ngắn thời gian chờ của bệnh nhân, kết quả xét nghiệm “cảnh báo nguy hiểm” rất quan trọng góp phần nâng cao chất lượng điều trị, dự phòng sự cố y khoa cần phải cố gắng duy trì tốt quản lý chất lượng xét nghiệm trong hiện tại và tương lai.

### IMPROVING CUSTOMER SERVICE AND CARE AT LABORATORY CENTER AN GIANG HOSPITAL

**Summary:** Customers are the people who buy, use and evaluate the quality of products and services with the most appropriate price; Service activities increase satisfaction, customers are the task of everyone in the unit. [6] [1] [4]

**Research objectives:** Identify the appropriateness of the management system, the actual application of service delivery and customer satisfaction, find out the inappropriate issues that need improvement. [1] [4]

**Research methodology:** cross-sectional description

Results: Pre-intervention TAT survey: 84% (420/500); and the number of test results reported by the Testing Laboratory <1%. After 2-hour TAT intervention, 99.2% (496/500), and the clinical danger test result index reached 81% (1580/1950) despite failing to reach the target. But that is also a great effort to improve service and customer care, increase the reputation of the hospital, increase income and improve life.

**Conclusion:** Ensuring the time to return test results, shortening the waiting time of patients, the results of the "dangerous warning" test results are important, contributing to improving the quality of treatment, prevent medical incidents. It is important to strive to maintain good quality of testing now and in the future.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch vụ và quản lý khách hàng không phải là lĩnh vực mới, các ngành dịch vụ trong và ngoài nước đã sử dụng từ lâu, nhưng trong ngành y tế chỉ mới áp dụng vài năm gần đây, riêng ngành xét nghiệm thì rất ít nơi áp dụng. Hầu hết các Khoa Xét nghiệm tập trung cho lĩnh vực chuyên môn, ít quan tâm đến cải tiến dịch vụ và chăm sóc khách hàng, đó là lý do mà chúng tôi muốn thực hiện đề tài này. <sup>[1][4][3][5][6]</sup>

### II. TỔNG QUAN

#### 1. Dịch vụ và dịch vụ y tế:<sup>[1][2][4][6]</sup>

##### 1.1 Dịch vụ:

– Trong kinh tế học dịch vụ được hiểu như là những thứ tương tự hàng hóa, nhưng mà là hàng hòa phi vật chất.

– Có thể nói dịch vụ là hoạt động sáng tạo của con người, là hoạt động có tính đặt thù riêng của con người trong xã hội phát triển, có sự cạnh tranh cao, có sự bùng phát về công nghệ, minh bạch về chính sách và pháp luật của chính quyền đương thời.

## 1.2. Dịch vụ y tế:

– Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO) dịch vụ y tế bao gồm tất cả các dịch vụ chẩn đoán, điều trị bệnh tật, các hoạt động chăm sóc, phục hồi sức khỏe, chúng bao gồm các dịch vụ y tế cá nhân và y tế công cộng.

– Theo PGS.TS Lê Chi Mai: Dịch vụ y tế bao gồm dịch vụ về khám chữa bệnh, tiêm chủng, phòng chống bệnh tật. Đây được xem như một quyền cơ bản của con người, vì vậy không thể để cho thị trường chi phối mà đó là trách nhiệm của nhà nước.

## 2. Khái niệm Khách hàng <sup>[1][4][6]</sup>

Từ Khách hàng mô tả người nhận sản phẩm từ một người nào đó. Đó là người mà bạn cung cấp dịch vụ kể cả thông tin. Khách hàng là người tiêu dùng, là doanh nghiệp, là nhà bán sỉ, là những cơ quan hành chính sự nghiệp. Nói tóm lại, tất cả các đối tượng có nhu cầu mua sắm hàng hóa để phục vụ cho nhu cầu sinh hoạt đều là Khách hàng, có 2 loại khách hàng: khách hàng bên ngoài và khách hàng nội bộ.

**3. Chăm sóc khách hàng:** là tất cả những gì cần thiết có thể làm để thỏa mãn hoặc vượt mức mong đợi của khách hàng, hoặc cách mà họ mong muốn được phục vụ và làm những việc cần thiết để giữ các khách hàng mình đang có, chăm sóc khách hàng là công việc của mọi người trong doanh nghiệp từ sản xuất đến phân phối tiêu thụ sản phẩm được đánh giá qua sự thỏa mãn của khách hàng.

## 4. Sự hài lòng của khách hàng <sup>[1][4][6]</sup>

**4.1. Sự hài lòng của Khách hàng** là mức độ của trạng thái cảm giác của một người bắt nguồn từ việc so sánh kết quả từ việc tiêu dùng sản phẩm/dịch vụ với những kỳ vọng của người đó.

**4.2. Mức độ hài lòng:** là sự khác biệt giữa kết quả nhận được và kỳ vọng, nếu kết quả thực tế thấp hơn kỳ vọng thì Khách hàng không hài lòng, nếu kết quả thực tế tương xứng với kỳ vọng thì Khách hàng sẽ hài lòng, nếu kết quả thực tế cao hơn kỳ vọng thì Khách hàng rất hài lòng. Sự thỏa mãn, hài lòng của Khách hàng cũng có những ảnh hưởng tới lòng trung thành của Khách hàng.

Gần đây nghe phản ánh từ khách hàng “kết quả xét nghiệm chậm, khách hàng chưa hài lòng về dịch vụ của Khoa”; để có đánh giá đáng tin cậy chúng tôi tiến hành khảo sát thực trạng tìm nguyên nhân và đề ra kế hoạch, cải tiến, khắc phục, nhất là duy trì hoạt động này ngày càng chất lượng và hiệu quả trong thời gian tới.

## III. MỤC TIÊU CỦA ĐỀ TÀI:

**1. Mục tiêu tổng quát:** Khảo sát thực trạng dịch vụ và quản lý khách hàng, phân tích và nguyên nhân khắc phục, cải thiện tốt hơn sự hài lòng của khách hàng khi đến xét nghiệm tại Khoa Xét nghiệm Bệnh viện ĐKTT An Giang.

**2. Mục tiêu chuyên biệt:** Xác định sự phù hợp của hệ thống quản lý và thực tế áp dụng về mức độ cung cấp dịch vụ và sự hài lòng của khách hàng khi đến Khoa Xét nghiệm, xác định những vấn đề quan trọng cần cải tiến trong hiện tại và tương lai.

## IV. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

– **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang (quang sát thực tế, thu thập số liệu, phân tích, can thiệp, so sánh trước và sau can thiệp).

– **Cỡ mẫu:** 200

– **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân nội, ngoại trú và nhân viên y tế Bệnh viện (tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đồng ý tham gia).

– **Đo lường các biến** (Định nghĩa) theo bảng câu hỏi

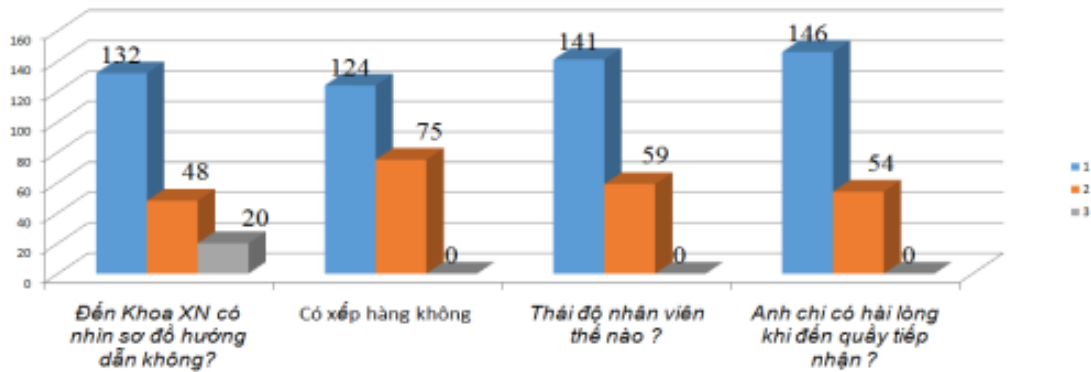
## V. Kết quả:

### 1. Trước can thiệp:

#### 1.1 Phỏng vấn bệnh nhân

Bảng 1

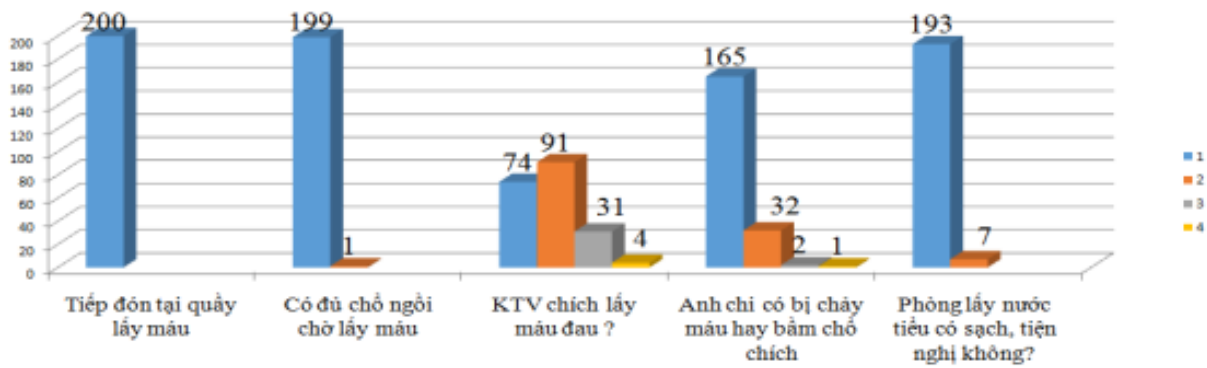
### Tại quầy tiếp nhận



Nhận xét: KXXN dễ tìm, thái độ nhân viên và hài lòng bệnh nhân đạt tốt đến rất tốt, chỉ có xếp hàng là cần nhắc nhở

Bảng 2

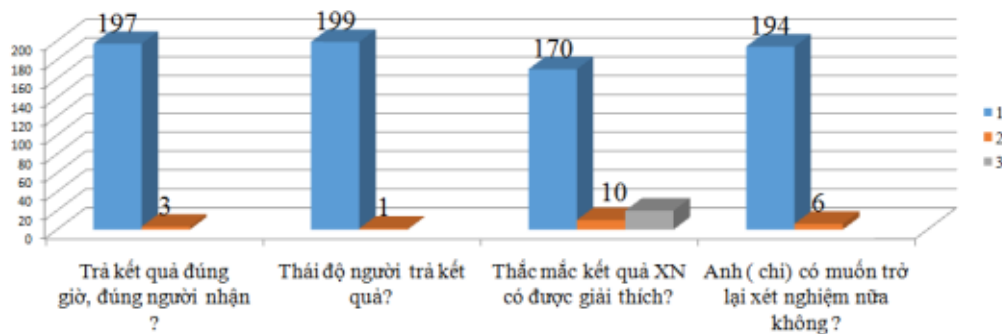
### Tại quầy lấy máu



Nhận xét: Tiếp đón tốt, đủ chỗ ngồi, Cần huấn luyện chích máu và xem lại phòng lấy nước tiểu

### Tại quầy trả kết quả

Bảng 3



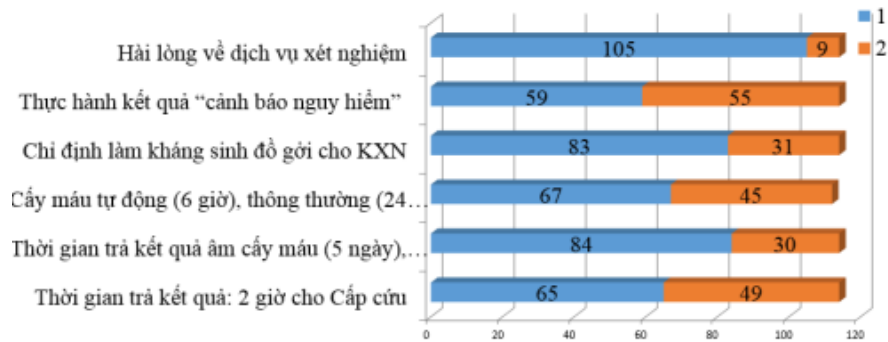
Nhận xét: Thái độ tiếp xúc tốt đến rất tốt; Cần xem xét trả kết quả đúng giờ, giải thích kết quả và 6 cas bệnh nhân trả lời không trở lại XN?



## 1.2 Phỏng vấn Bác sỹ nội trú:

### Khách hàng là BS nội trú

Bảng 4

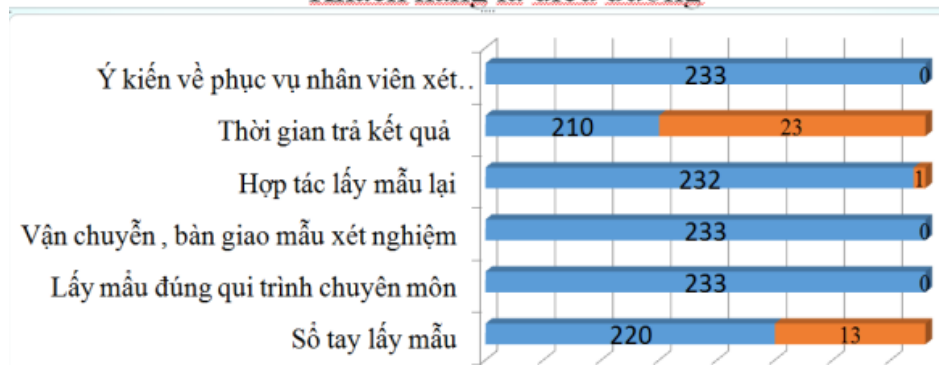


Nhận xét: Hiệu về hoạt động của Khoa xét nghiệm của BS lâm sàng còn hạn chế: Chưa biết: thời gian trả xét nghiệm cấp cứu < 2 giờ có 49/114; trả KQ cấy máu âm là 5 ngày, các dịch là 3 ngày 30/114; Cấy máu vi trùng mọc tự động 6 giờ, thông thường 24 giờ 45/114; chỉ định thêm KSD 31/114; cảnh báo nguy hiểm 55/114 có biết sử dụng; Chưa hài lòng xét nghiệm 9/114.

## 1.3. Phỏng vấn điều dưỡng nội trú:

### Khách hàng là điều dưỡng

Bảng 5

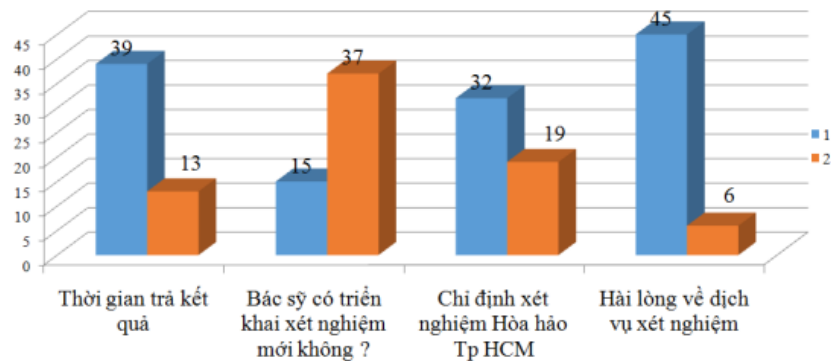


Nhận xét: Số tay lấy mẫu 13/233 không biết, hợp tác với xn 1/233 chưa hài lòng; thời gian trả kết quả 23/233 còn chậm

## 1.4. Phỏng vấn Bác sỹ ngoại trú:

### Khách hàng là bác sỹ ngoại trú

Bảng 6

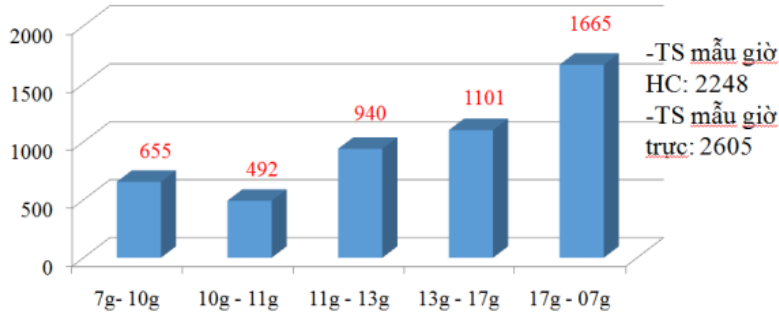


Nhận xét: Thời gian trả kết quả chậm 13/52; triển khai xn mới 37/52 không chịu; xét nghiệm tuyến trên 19/52 không biết, hài lòng xn 6/52 chưa hài lòng.

1.5. Thống kê lượng mẫu 1 ngày đến khoa xét nghiệm:

Lượng mẫu nội trú đến khoa xét nghiệm

Bảng 7



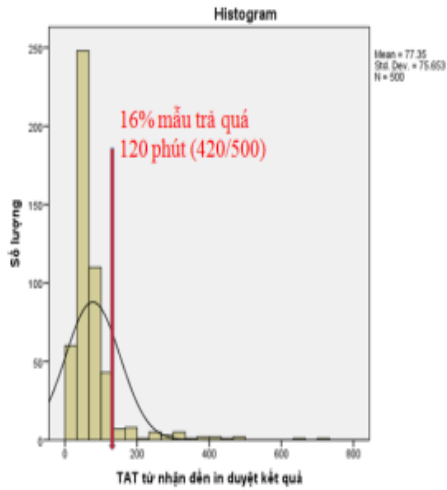
2. Đối chiếu hệ thống phần mềm :

- Từ khi nhận mẫu đến in-đuyệt kết quả là 120 phút
- Từ Nhận mẫu xử lý đến cho vào máy: 35 phút
- Từ máy nhận đến có kết quả 45 phút
- Từ có kết quả đến in-đuyệt trả cho BN: 20 phút

Bảng 9

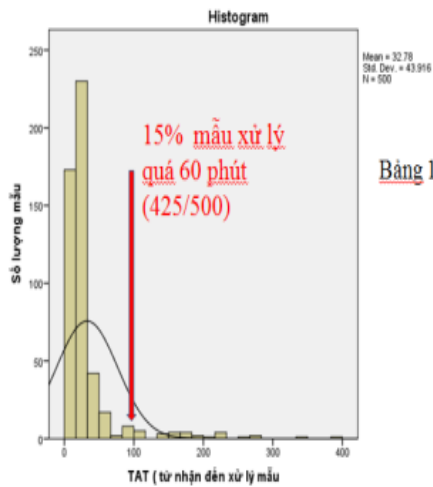
TAT từ nhận đến in-đuyệt kết quả

N	Valid	Missing
	500	1
<b>Mean</b>	<b>77.35</b>	
Median	57.00	
Mode	55	
Std. Deviation	75.653	
Variance	5723.389	
Skewness	4.218	
Std. Error of Skewness	.109	
Kurtosis	23.209	
Std. Error of Kurtosis	.218	
<b>Minimum</b>	<b>11</b>	
<b>Maximum</b>	<b>717</b>	
Sum	38673	



TAT (Từ nhận đến xử lý mẫu)

N	Valid	Missing
	500	0
<b>Mean</b>	<b>32.78</b>	
Std. Error of Mean	1.964	
Median	21.00	
Mode	20	
Std. Deviation	43.916	
Variance	1928.614	
Range	384	
<b>Minimum</b>	<b>1</b>	
<b>Maximum</b>	<b>385</b>	
Sum	16389	

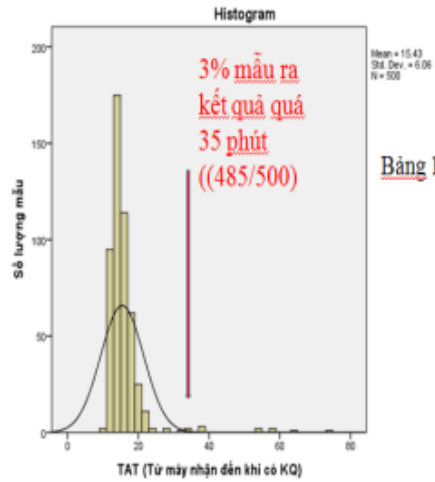


Bảng 10

Statistics

**TAT ( khi máu nhận đến có KQ)**

N	Valid	Missing
	500	0
<b>Mean</b>		<b>15.43</b>
Std. Error of Mean		.271
Median		14.00
Mode		13
Std. Deviation		6.060
Variance		36.719
Range		63
<b>Minimum</b>		<b>10</b>
<b>Maximum</b>		<b>73</b>
Sum		7717

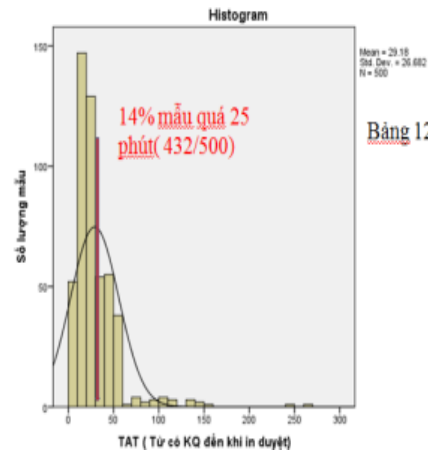


**Bảng 11**

Statistics

**TAT ( từ có KQ đến khi in duyệt)**

N	Valid	Missing
	500	0
<b>Mean</b>		<b>29.18</b>
Std. Error of Mean		1.190
Median		22.00
Mode		21
Std. Deviation		26.660
Variance		711.925
Range		260
<b>Minimum</b>		<b>0</b>
<b>Maximum</b>		<b>260</b>
Sum		14590



**Bảng 12**

**CHỈ SỐ CẢNH BÁO NGUY HIỂM DÙNG TRONG LÂM SÀNG**

Stt	Tên xét nghiệm	Trị số tham chiếu	Cảnh báo cao	Cảnh báo thấp
1	Glucose	4,4 → 6,1 mmol/l	> 24.9	< 2.6
2	Na <sup>+</sup>	136 – 146 mmol/l	> 155	< 120
3	K <sup>+</sup>	3.5 – 5.1 mmol/l	> 6,0	< 2,5
4	Ca <sup>++</sup> Total		> 3.25	< 1,65
5	Ca <sup>++</sup> ion hoá	1,01 – 1,4 mmol/l	> 1,5	< 0,85
6	Amoniac		Trên 17 tuổi > 200 µmol/L	
7	Mg <sup>++</sup>	0,7 → 1.03 mmol/l	> 2.9	< 0.40
8	Creatinin	44 – 80 µmol/L	> 416	
9	Uree	2.76 – 8.07 mmol/l	> 20	
10	Acid Uric	143 - 339	> 618.8	
11	Bilirubin total	15 - 21	> 300 µmol/L	
12	Lactate	0.5 – 2.2	> 4 mmol/l	
13	Phospho	0.81 – 1.45		< 0.4 mmol/l
14	Hemoglobin	110 – 170 g/L		< 60 g/l
15	Tiểu cầu	150 – 452 x 10E9/L		< 20 x 10E9/L
16	Bạch cầu	3.5 – 9.6 x 10E9/L	> 99.9 x 10E9/L	< 0.6 x 10E9/L
17	INR	1.2	> 5	
18	APTT	44 seconds	> 120 seconds	
19	Troponin I Access	< 0.014	> 0.50 µg/L	
20	Cetone	Negative	> 6 mmol/L	
21	Etanol	0.1 – 0.5	> 65.0 mmol/L	
22	pH		> 7.50	< 7.30
23	P CO2		> 70 mm Hg	< 20 mm Hg

**Bảng 13**

Tỉ lệ số kết quả xét nghiệm trong vùng cảnh báo nguy hiểm được báo cáo  $< 1\%$ , con số đáng báo động (mặc dù có nhiều kết quả báo cho lâm sàng mà không ghi vào sổ, nhưng ý kiến này không thuyết phục).

### 3. Nhận xét trước can thiệp:

#### 3.1. Khảo sát khách hàng là bệnh nhân:

- Xếp hàng trước quầy tiếp nhận: đa số bệnh nhân chưa ý thức xếp hàng.
- Nhân viên lấy máu có hướng dẫn sau khi rút kim ra, bệnh nhân dùng tay còn lại đè chỗ tiêm, nhưng bệnh nhân không đè hay đè sơ sài thì bị bầm hay chảy máu (nhất là bn lớn tuổi)..., phòng lấy nước tiểu đủ tiện nghi, bệnh nhân ra vào hàng ngày rất đông khó mà hướng dẫn tất cả, Khoa sẽ tìm cách hướng dẫn.

- Bệnh nhân hài lòng dịch vụ xét nghiệm còn vài ý kiến như trả kết quả trễ giờ, chưa giải thích, tư vấn xét nghiệm, không trở lại XN (do bn hiểu nhầm “sợ bệnh” nên nói không muốn trở lại bệnh viện).

**3.2. Khảo sát khách hàng là Bác sỹ nội trú:** Trả kết quả chậm, 1 số bác sỹ lâm sàng chưa thấy được tầm quan trọng của kết quả trong vùng cảnh báo nguy hiểm nên còn thờ ơ khi nhân viên xét nghiệm báo kết quả.

**3.3. Khảo sát khách hàng là bác sỹ Ngoại trú:** Trả kết quả chậm, hạn chế triển khai và sử dụng XN mới.

**3.4. Khảo sát khách hàng là Điều dưỡng:** Trả kết quả chậm, 1 số chưa hài lòng về phục vụ của xét nghiệm.

#### 3.5. Kết quả kiểm tra qua hệ thống FPT:

- Nhiều kết quả  $> 2$  giờ, do giai đoạn trước và sau xét nghiệm chậm
- Kết quả xét nghiệm cảnh báo nguy hiểm được báo cáo cho lâm sàng là rất ít  $< 1\%$  (thống kê có hàng trăm xét nghiệm khi kiểm tra “sổ liên lạc lâm sàng” chỉ có: Kali: 8; Glucose: 1; Hb: 1 được ghi vào sổ).

#### Nguyên nhân:

- Thời gian nhận, kiểm tra phiếu-mẫu, nhập liệu kéo dài (phải ghi vào sổ tất cả, nên chậm).
- Kết quả có trên máy chờ in và duyệt kéo dài do giờ trực thiếu người.
- Mẫu đến giờ trực tăng, nhân viên có 3 người.
- Mẫu tiêu huyết ghi vào sổ gọi điện lâm sàng lấy mẫu lại, điều dưỡng gửi lại chậm nên kết quả có sau 2 giờ).
- Thiết bị gặp sự cố không nhận mẫu, ngưng hoạt động do bảo hành,...
- Nhân viên xét nghiệm báo kết quả cảnh báo nguy hiểm xuống khoa lâm sàng nhưng khoa lâm sàng chưa nhiệt tình hưởng ứng nên khoa xét nghiệm ít gọi.

### 4. Một số vấn đề cần nhắc nhở, cải tiến khắc phục:

- Tuyên truyền văn hóa xếp hàng, trang bị luồng xếp hàng cho BN.
- Tập huấn lấy mẫu, lấy máu ít đau, hạn chế mẫu chưa đạt (tiêu huyết).
- Bảo đảm kết quả  $< 2$  giờ cho Cấp cứu ICU, Khoa khám bệnh:
  - Tăng cường thêm 2 nhân sự và 1 vị tính: nhận mẫu và nhập liệu.
  - Hạn chế ghi chép: sổ nhận thay bằng phần mềm FPT sẽ ghi nhận (Mã BN, ngày giờ nhận, test XN...), chỉ ghi sổ nhận mẫu không phù hợp, mẫu khẩn, sổ trả kết quả.
- Tuân thủ qui trình: nhận mẫu, nhập liệu, xử lý mẫu, cho vào máy, theo dõi in duyệt kết quả, khi phát hiện kết quả “cảnh báo nguy hiểm” là báo ngay lâm sàng và ghi vào sổ.
- Giải đáp thắc mắc khi có yêu cầu của khách hàng.
- Cần tuyên truyền cho nhân viên y tế hiểu rõ trách nhiệm và tầm quan trọng “cảnh báo nguy hiểm” mà phối hợp thực hiện tốt kịp thời điều trị bệnh nhân.

### 5. Vấn đề ưu tiên thực hiện trong đề tài lần này:

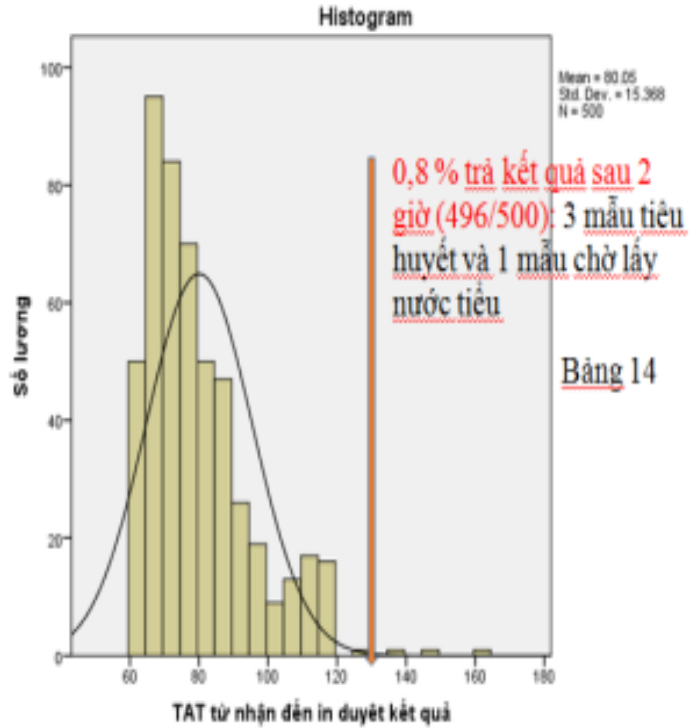
- Đảm bảo 100% thời gian trả kết quả (TAT) cấp cứu và Khoa khám bệnh.
- Ít nhất 90% cas trên tổng số các kết quả nằm trong “cảnh báo nguy hiểm” được báo cho BSLS (Thực hiện 09 loại xét nghiệm).
- Còn các vấn đề chưa tốt vẫn tiếp tục tìm giải pháp thích hợp khắc phục.

**6. Kết quả sau can thiệp:**

**6.1 Kết quả TAT < 2 giờ và các giai đoạn xét nghiệm:**

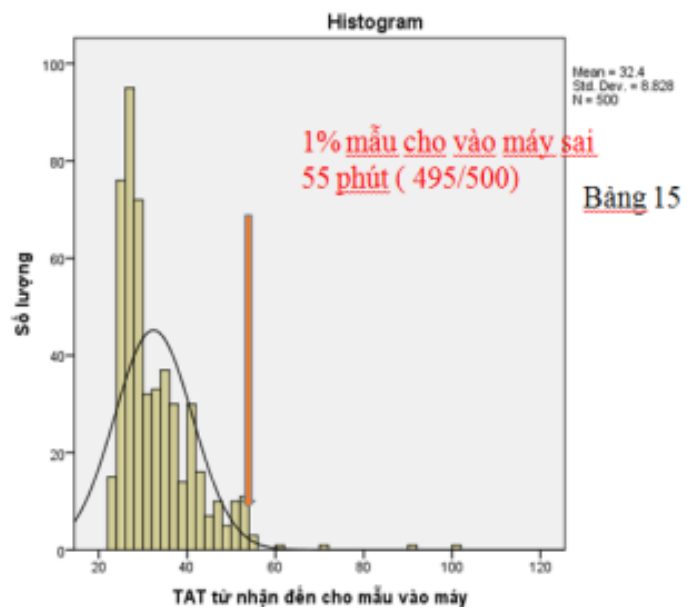
**6.1.1. Giai đoạn từ nhận mẫu đến in kết quả ( TAT < 2 giờ):**

Statistics		
<b>TAT từ nhận mẫu đến in duyệt kết quả</b>		
N	Valid	500
	Missing	1
<b>Mean</b>		<b>80.05</b>
Median		75.00
Mode		63*
Std. Deviation		15.368
Variance		236.184
Skewness		1.372
Std. Error of Skewness		.109
Kurtosis		2.165
Std. Error of Kurtosis		.218
<b>Minimum</b>		<b>62</b>
<b>Maximum</b>		<b>160</b>
Sum		40023
a. Multiple modes exist. The smallest value is shown		



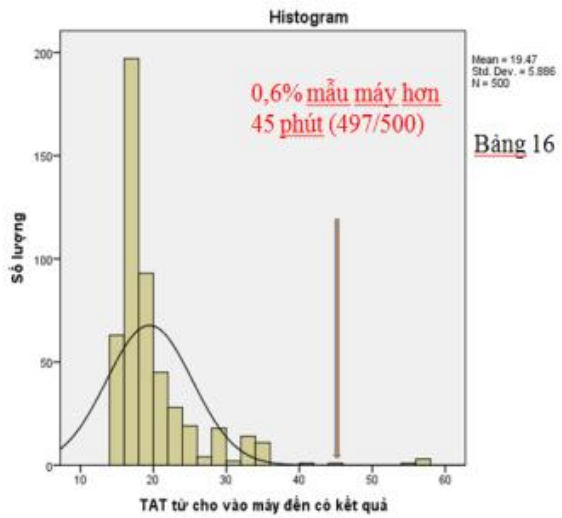
**6.1.2. Giai đoạn từ nhận mẫu đến cho mẫu vào máy:**

Statistics		
<b>TAT từ nhận đến cho mẫu vào máy</b>		
N	Valid	500
	Missing	1
<b>Mean</b>		<b>32.40</b>
Median		29.00
Mode		26
Std. Deviation		8.828
Variance		77.941
Skewness		2.267
Std. Error of Skewness		.109
Kurtosis		10.244
Std. Error of Kurtosis		.218
<b>Minimum</b>		<b>23</b>
<b>Maximum</b>		<b>100</b>
Sum		16202



**6.1.3. Giai đoạn từ cho vào máy đến có kết quả:**

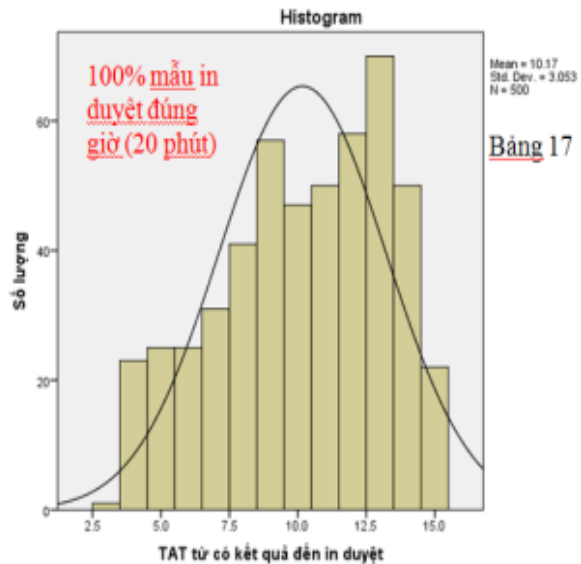
Statistics		
<b>TAT từ cho vào máy đến có kết quả</b>		
N	Valid	500
	Missing	1
<b>Mean</b>		<b>19.47</b>
Median		17.00
Mode		16
Std. Deviation		5.886
Variance		34.642
Skewness		3.007
Std. Error of Skewness		.109
Kurtosis		12.723
Std. Error of Kurtosis		.218
<b>Minimum</b>		<b>15</b>
<b>Maximum</b>		<b>57</b>
Sum		9733



**Bảng 16**

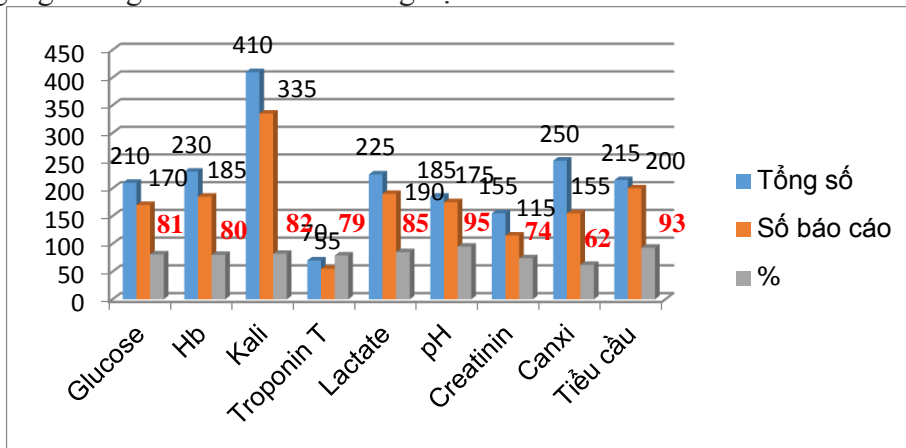
**6.1.4 . Giai đoạn từ có kết quả đến in duyệt:**

Statistics		
<b>TAT từ có kết quả đến in duyệt</b>		
N	Valid	500
	Missing	1
<b>Mean</b>		<b>10.17</b>
Median		10.50
Mode		13
Std. Deviation		3.053
Variance		9.318
Skewness		-.371
Std. Error of Skewness		.109
Kurtosis		-.837
Std. Error of Kurtosis		.218
<b>Minimum</b>		<b>3</b>
<b>Maximum</b>		<b>15</b>
Sum		5084



**Bảng 17**

**6.2. Kết quả Báo cáo “cảnh báo nguy hiểm” từ 01/08 đến 30/08/2019:** mặc dù không đạt chỉ tiêu đề ra (>90%) nhưng từ < 1% hiện có bình quân là 81% (chỉ có tiểu cầu và pH trên 90%) là một sự cố gắng không nhỏ của Khoa xét nghiệm.



**VI. BÀN LUẬN:**

– Đặc thù các Khoa lâm sàng lấy mẫu chuyên đến Khoa Xét nghiệm giờ trực nhiều hơn giờ hành chính mặc dù tăng cường thêm 2 nhân sự buổi trưa (tua trực 24/24 có 3 người phải làm hóa sinh, huyết học, vi sinh và phát máu, ...), do vậy trường tua trực phải sắp xếp hợp lý để các xét nghiệm cấp cứu và ngoại trú trả kết quả <2 giờ, đồng thời phải phát hiện báo cáo và ghi chép các xét nghiệm cảnh báo nguy hiểm là một thách thức không nhỏ.

– Kết quả báo cáo “cảnh báo nguy hiểm” chỉ đạt 81%, yêu cầu là > 90% (tiêu cầu và pH trên 90%) là một cố gắng không nhỏ của khoa xét nghiệm.vấn đề đã trình BGD hỗ trợ.

– Công việc thường quy Khoa Xét nghiệm sự phù hợp chưa được như mong đợi so với qui trình [bảng 1, 2, 3,4,5,6,7,8,9,10,11, 12].

– Sau khi phân tích và tìm ra nguyên nhân, chúng tôi lập kế hoạch cải tiến thích hợp, tổ chức thực hiện thì công việc trở lại qui đạo, nhân viên khoa xét nghiệm cũng điều chỉnh tinh thần thái độ, ứng xử tốt với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

– Kết quả đạt yêu cầu [bảng 14,15,16,17], những mẫu tiêu huyết khoa lâm sàng lấy mẫu lại có chậm (không thuộc trách nhiệm của Khoa xét nghiệm).

– Vấn đề giám sát, nhắc nhở nhân viên tuân thủ “sự phù hợp của hệ thống và thực hành”, hạn chế tối đa sai sót xét nghiệm, rút ngắn thời gian chờ của bệnh nhân, quan tâm cải tiến để làm hài lòng khách hàng, thu hút bệnh nhân tăng uy tín thương hiệu bệnh viện, tăng thu nhập cho nhân viên yên tâm công tác.

## VII. KẾT LUẬN

– Kết quả TAT sau khắc phục thì 99,2% xem như đạt yêu cầu vì 4 mẫu tiêu huyết do lâm sàng lấy mẫu chậm; kết quả xét nghiệm “cảnh báo nguy hiểm” chỉ đạt 81% mặc dù không đạt chỉ tiêu đề ra nhưng kết quả này là 1 cố gắng rất lớn góp phần nâng cao chất lượng điều trị và phòng ngừa sự cố y khoa.

– Việc cải tiến dịch vụ và chăm sóc khách hàng là trách nhiệm của mọi người trong Bệnh viện, sự cạnh tranh giữa y tế công lập và y tế tư nhân ngày càng diễn ra quyết liệt, thì việc thu hút khách hàng, cải thiện sự hài lòng khách hàng về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ giúp tăng uy tín, thương hiệu của Bệnh viện, tăng thu nhập cải thiện đời sống CBVC yên tâm công tác lâu dài.

## Tài liệu tham khảo

1. Quyết định 2429/QĐ-BYT ngày 12 tháng 06 năm 2017 về việc Ban hành tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học [chương 4: Cung cấp dịch vụ và quản lý khách hàng].
2. Thông tư 01/TT-BYT ngày 11 tháng 01 năm 2013 về việc Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
3. Thông tư 07/TT-BYT ngày 25 tháng 02 năm 2014 quy định nội dung Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở y tế và trách nhiệm tổ chức thực hiện của cơ quan, tổ chức, cá nhân có liên quan.
4. Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 15189:2012 về Phòng thí nghiệm y tế - Yêu cầu về chất lượng và năng lực.
5. Thông tư 49/ TT-BYT ngày 28/12/2018 hướng dẫn hoạt động xét nghiệm trong khám bệnh, chữa bệnh
6. Ngô Thị Mỹ Ngân; đề tài tốt nghiệp “Một số giải pháp nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc khách hàng tại phòng khám đa khoa An Khang” ngành Quản trị kinh doanh, Trường đại học khoa học công nghệ Thành phố Hồ Chí Minh.

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU MỔ DO  
BỆNH NHÂN TỰ KIỂM SOÁT (PCA – Patient Controlled Analgesia)  
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG.**

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

**Tóm tắt:**

**Mục tiêu:** Đánh giá an toàn và hiệu quả giảm đau theo phương pháp bệnh nhân tự kiểm soát (PCA – Patient Controlled Analgesia) ở bệnh nhân phẫu thuật vùng bụng trên.

**Thiết kế nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng.

**Nơi nghiên cứu:** Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

**Người tham gia:** 36 bệnh nhân phẫu thuật vùng bụng trên rốn được giảm đau sau mổ bằng morphin theo phương pháp bệnh nhân tự kiểm soát, có ASA I, II và II.

**Can thiệp:** Không.

**Đo lường kết cục:**

Hiệu quả giảm đau: Điểm VAS (Visual Analog Scale) khi nằm nghỉ và khi vận động; lượng thuốc sử dụng và thời gian chuẩn độ để đạt được VAS < 4; lượng thuốc giảm đau tiêu thụ trong 12, 24 giờ sau khi lắp PCA và mức độ thỏa mãn của bệnh nhân với phương pháp giảm đau.

An toàn: mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, nôn, buồn nôn, nhu động ruột, trung tiện.

**Kết quả:** Điểm VAS trung bình khi nằm nghỉ: 2,48 - 2,47 và khi vận động: 5,44 - 4,31, thời gian chuẩn độ 23,6 ± 4,19 phút, lượng morphin chuẩn độ là 4,61 ± 0,84mg, lượng morphin dùng trong 24 giờ đầu là 39,08 ± 2,89mg, 89% bệnh nhân đánh giá hài lòng và rất hài lòng với phương pháp giảm đau này. Tác dụng không mong muốn như nôn, buồn nôn xảy ra rất ít.

**Kết luận:** giảm đau sau mổ bằng morphin do bệnh nhân tự kiểm soát có hiệu quả giảm đau tốt, an toàn cao và người bệnh có thể thoải mái và vận động sớm sau mổ.

**ABSTRACT**

**Objectives:** To assess the effectiveness of pain relief and safety with patient controlled analgesia in the patient had surgery on the upper abdomen.

**Design:** Clinical trial

**Setting:** An giang general hospital.

**Participants:** 36 patients had abdomen surgery.

**Intervention:** None

**Primary and secondary outcome measures:** Effectiveness analgesia: VAS (Visual Analog Scale), satisfaction of patients, titration time, amount of morphin. Safety: pulse, mean blood pressure, SpO<sub>2</sub>, breathing, nausea, vomit, intestinal motility, defecation.

**Results:**

Result: VAS of while lying down 2,48 - 2,47 and when campaigning: 5,44 - 4,31, titration time: 23,6 ± 4,19 minutes, titration morphin amount: 4,61 ± 0,84mg, amount of morphin in the first 24 hours: 39,08 ± 2,89mg, 89% patients satisfaction with PCA. No major complication occurred in the study group.

Conclusion: PCA is a safe and effective method of pain relief.

**Keywords:** *pain relief, patient controlled analgesia, PCA.*

**MỞ ĐẦU**

Đau sau mổ gây cảm giác khó chịu, lo lắng sợ hãi cho bệnh nhân, ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt, tâm lý, đời sống cũng như quá trình phục hồi của người bệnh. Ở giai đoạn sớm sau mổ, đau có thể dẫn đến các biến chứng như tăng huyết áp, loạn nhịp tim, thiếu máu cơ tim, xẹp phổi, suy hô hấp, giảm vận động, thuyên tắc mạch... góp phần làm tăng tỷ lệ các biến chứng, thậm chí là tử vong sau phẫu thuật. Mặt khác, đau còn gây ra hàng loạt các rối loạn tại các hệ thống cơ quan khác nhau như tuần hoàn, hô hấp, tiêu hóa ... làm chậm quá trình hồi phục sau



phẫu thuật. Bên cạnh đó, đau sau mổ nếu không được quan tâm, điều trị hiệu quả có thể tiến triển thành đau mạn tính, bệnh nhân phải chịu đựng đau đớn dai dẳng ngay cả khi thương tổn ban đầu đã được giải quyết hoàn toàn.

Điều trị đau sau mổ là nhiệm vụ quan trọng trong thực hành của người làm gây mê hồi sức và PCA là một phương pháp điều trị giảm đau có hiệu quả tốt với mức độ thoải mãn bệnh nhân và an toàn cao. Tại Việt Nam, PCA đã được sử dụng trong điều trị đau sau mổ tại một số bệnh viện. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu: **“Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật bụng theo phương pháp bệnh nhân tự kiểm soát (PCA – Patient Controlled Analgesia)”**.

#### PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng.

**Cỡ mẫu:** 36 bệnh nhân phẫu thuật vùng bụng trên rốn được giảm đau sau mổ bằng morphin theo phương pháp bệnh nhân tự kiểm soát, thực hiện tại khoa Phẫu thuật Gây mê hồi sức - Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 1/2019 đến tháng 8/2019.

**Đối tượng nghiên cứu:**

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, phẫu thuật các cơ quan vùng bụng trên rốn có ASA I- III và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân không tỉnh táo, không có khả năng hiểu hoặc ấn nút PCA.
- Tình trạng sức khỏe trước mổ nặng (ASA IV), các bệnh nặng kèm theo như: cao huyết áp, đái đường, suy các cơ quan tim gan thận, COPD...
- Có đau mạn tính trước mổ hoặc sử dụng thường xuyên các thuốc giảm đau.

**Tiến hành nghiên cứu:**

- *Thăm khám, đánh giá và tư vấn trước mổ:* Bệnh nhân được khám tiền mê, giải thích về đau sau mổ và kỹ thuật giảm đau PCA, hướng dẫn cách sử dụng thuốc đánh giá mức độ đau (VAS) và cách bấm nút PCA.

- *Tại phòng mổ:* Bệnh nhân được gây mê nội khí quản. Khi kết thúc cuộc mổ, chuyển bệnh nhân đến phòng săn sóc đặc biệt.

- *Tại phòng săn sóc đặc biệt:*

+ Rút ống NKQ khi bệnh nhân đáp ứng đủ các tiêu chuẩn về tri giác, huyết động và hô hấp.

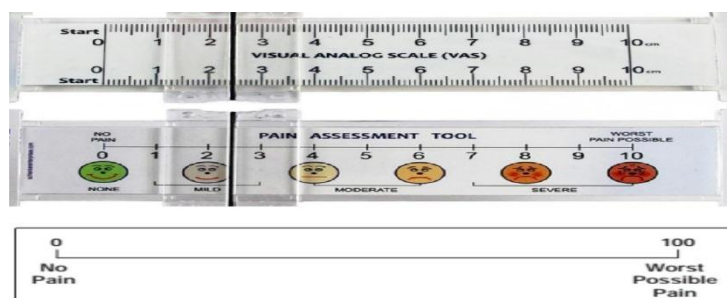
+ Phương tiện và cách pha thuốc: dùng bơm tiêm 50ml pha 05 ống morphin 10mg/ml với 45 ml dung dịch natriclorua 0,9%.

+ Trước khi lắp PCA, các bệnh nhân có điểm VAS  $\geq 4$  được chuẩn độ bằng dung dịch morphin 1 ml (tương ứng 1 mg morphin) tiêm tĩnh mạch mỗi 5 phút sử dụng cho PCA cho đến khi VAS < 4.

+ Thông số cài đặt PCA như sau: Liều bolus(1 ml): 1mg; thời gian khóa: 8 phút, liều tối đa/4giờ: 15 ml.

+ Giảm đau PCA được sử dụng trong 24 giờ sau mổ. Trong quá trình nghiên cứu tất cả bệnh nhân đều được theo dõi về: mạch, huyết áp, tần số thở, SpO<sub>2</sub>, mức độ giảm đau (khi nghỉ ngơi và lúc vận động), các tác dụng không mong muốn (TDKMM).

**Thang điểm nhìn hình đồng dạng VAS (Visual Analog Scale) (Hình 1)**



Bệnh nhân tự đánh giá đau bằng cách di chuyển con trỏ đến vị trí tương ứng với mức độ đau của mình. Người đánh giá xác nhận điểm đau VAS là khoảng cách từ điểm 0 đến vị trí con trỏ [27]. Thang điểm này có ưu điểm là đơn giản, dễ hiểu, có thể thực hiện nhanh và lặp lại nhiều lần để đánh giá mức độ đau và hiệu quả điều trị.

Dựa vào thang điểm VAS cường độ đau được chia làm 3 mức độ; đau ít tương ứng với  $VAS \leq 3$  cm, đau vừa hay đau trung bình khi VAS trong khoảng từ 4 đến 7 cm và đau nặng hay đau nhiều khi  $VAS > 7$  cm. Khi một phương pháp giảm đau có  $VAS \leq 3$  cm lúc nằm yên và  $\leq 5$  cm lúc vận động được coi là giảm đau hiệu quả.



### Máy PCA (Hình 2)

Nguyên lý vận hành của PCA là khi đau, bệnh nhân sẽ mong muốn dùng thuốc giảm đau từ đó dẫn đến hành vi bấm nút yêu cầu. PCA là biện pháp điều trị duy trì, do đó, để đạt được giảm đau hiệu quả là cần cá nhân hóa liều dùng thông qua chuẩn độ để đạt được nồng độ giảm đau hiệu quả tối thiểu (MEAC) và tác dụng giảm đau mong muốn (thường là  $VAS < 4$ ) trước khi bắt đầu vận hành PCA.

#### Cài đặt các thông số trên bơm tiêm PCA

- *Liều tấn công (loading dose, initial dose)*: Đây là liều opioid cần thiết để đạt được giảm đau cho bệnh nhân trước khi bắt đầu quá trình tự kiểm soát đau. Trước khi bắt đầu PCA người ta thường tiến hành chuẩn độ bằng các liều nhỏ opioid tĩnh mạch cho đến khi đạt được điểm VAS dưới 4 nhằm đạt được giảm đau hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân.

- *Liều bolus (bolus dose, demand dose)*: là lượng thuốc giảm đau được tiêm vào bệnh nhân sau mỗi lần bấm nút yêu cầu thành công. Liều bolus có thể ảnh hưởng đến hiệu quả của phương pháp PCA. Liều bolus quá nhỏ sẽ không đủ giảm đau, quá lớn sẽ làm tăng các TDKMM. Trên lâm sàng liều bolus với morphin thường là 1 mg.

- *Thời gian khóa (lockout interval)*: Thời gian khóa là khoảng thời gian từ khi kết thúc phân bố một liều bolus đến khi bệnh nhân có thể yêu cầu thành công một liều bolus tiếp theo, có tác dụng ngăn bệnh nhân dùng quá liều opioid, thời gian khóa từ 5-10 phút thường được áp dụng với hầu hết opioid.

- *Giới hạn liều (dose limit)*: Là số liều bolus tối đa bệnh nhân có thể nhận được trong một khoảng thời gian nhất định (1 hoặc 4 giờ) bất kể số lần ấn nút yêu cầu là bao nhiêu. Đối với morphin giới hạn liều phổ biến là 10mg/1 giờ hoặc 30mg/4 giờ.

### Đo lường các biến:

#### Hiệu quả đau:

- Điểm VAS khi nằm nghỉ và khi vận động tại các thời điểm nghiên cứu trong vòng 24 giờ kể từ khi sử dụng PCA.

- Lượng thuốc sử dụng và thời gian chuẩn độ để đạt được  $VAS < 4$ .

- Lượng thuốc giảm đau tiêu thụ trong 12, 24 giờ sau khi lắp PCA.

- Mức độ thỏa mãn của bệnh nhân với phương pháp giảm đau: được chia làm ba mức như sau:

+ Rất hài lòng: không hoặc đau nhẹ, thoải mái và dễ chịu trong suốt quá trình dùng PCA, không có TDKMM.

+ Hài lòng: còn đau nhẹ hoặc có TDKMM nhưng thoáng qua, ít gây khó chịu và chấp nhận được.

+ Không hài lòng: còn đau nhiều trong quá trình dùng PCA và/hoặc có TDKMM gây lo lắng khó chịu nhiều.

**Các tác dụng không mong muốn:**

- Thay đổi về hô hấp: tần số thở (lần/phút), bão hòa oxy mao mạch (SpO<sub>2</sub>%) trong thời gian sử dụng PCA.
- Thay đổi về tuần hoàn: tần số tim (lần/phút), huyết áp trung bình (mmHg) trong thời gian sử dụng PCA.
- Buồn nôn và nôn trong ngày thứ nhất và thứ hai sau khi sử dụng PCA
- Xuất hiện nhu động ruột trở lại: Nhu động ruột trở lại được xác nhận khi bệnh nhân trung tiện hoặc có cảm giác sôi bụng, hoặc nghe bụng có nhu động ruột.

**Các tiêu chí đánh giá khác**

- *Đặc điểm chung của bệnh nhân:* tuổi (năm), giới (nam/nữ), cân nặng (kg), ASA.

**Một số tiêu chuẩn và định nghĩa khác sử dụng trong nghiên cứu**

- Phân loại ASA.
- Tăng, giảm huyết áp: Khi huyết áp tăng hoặc giảm trên 20% giá trị đo trước mổ.
- Tăng, giảm mạch: Khi mạch tăng hoặc giảm trên 20% giá trị đo trước mổ.

**2.2.5. Thời điểm thu thập số liệu**

Sau mổ, số liệu được thu thập ở các thời điểm khác nhau và ghi lại theo trình tự:

- Ngay sau rút ống nội khí quản (H<sub>0</sub>);
- Sau khi lắp PCA: 1, 2, 4, 8, 12, 18, 24 giờ (H<sub>1</sub>, H<sub>2</sub>, H<sub>4</sub>, H<sub>8</sub>, H<sub>12</sub>, H<sub>18</sub>, H<sub>24</sub>).

**Xử lý số liệu:** số liệu thu thập được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

**KẾT QUẢ:**

Đặc điểm	
Tuổi	52,14 ± 10,34*
Giới (Nam/Nữ)	24/12**
ASA (I/II/III)	2/29/5**
Cân nặng	56,17 ± 7,3*
Bệnh lý (dạ dày – ruột/ gan – mật/ khác)	11/21/4**

\* Trung bình ± độ lệch chuẩn, \*\* Số bệnh nhân

**Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu**

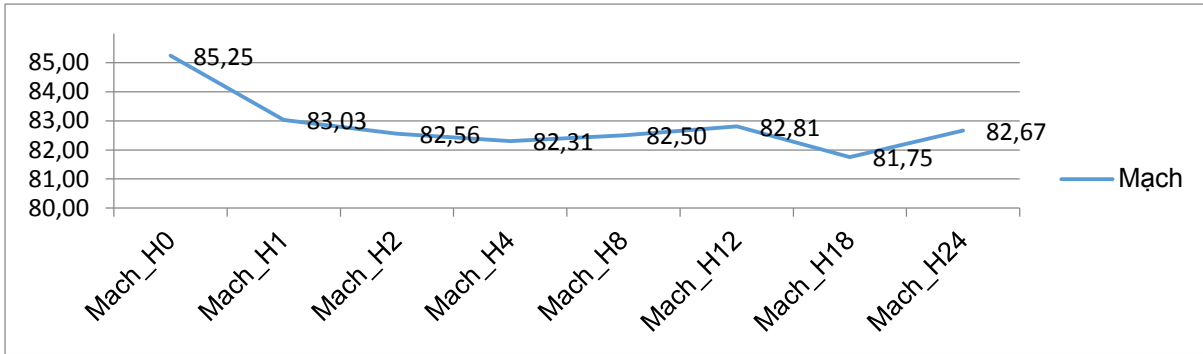
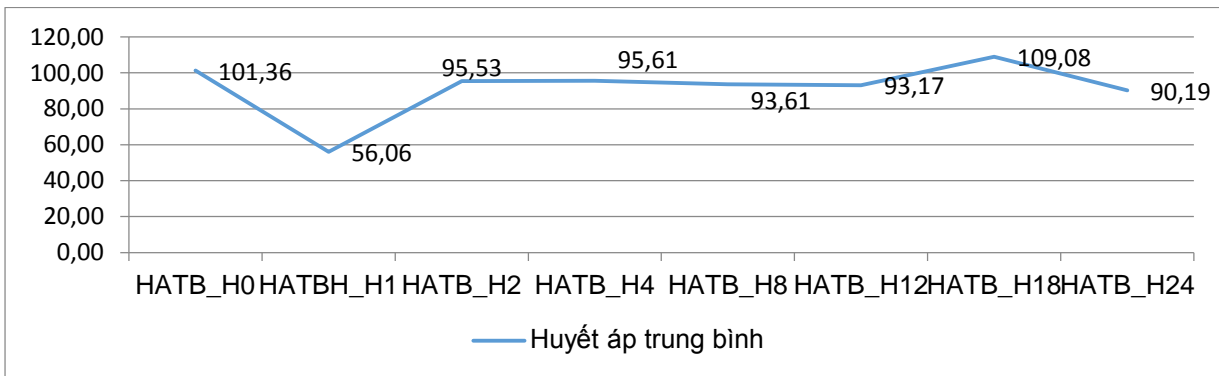
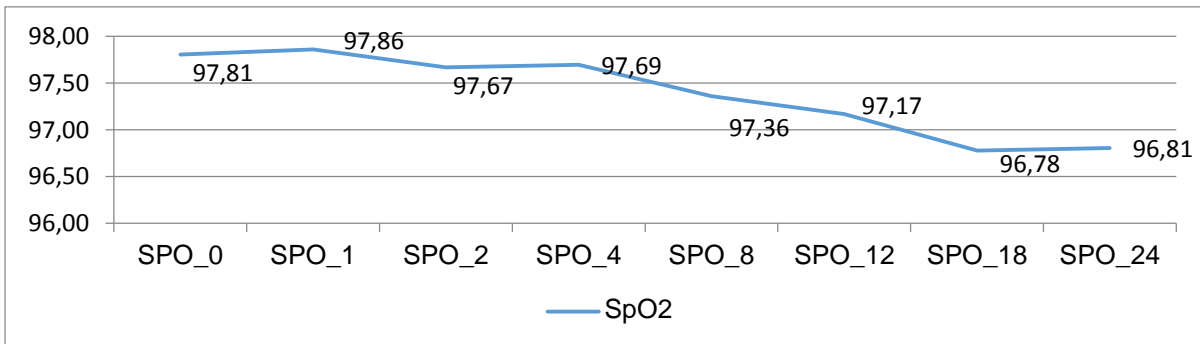
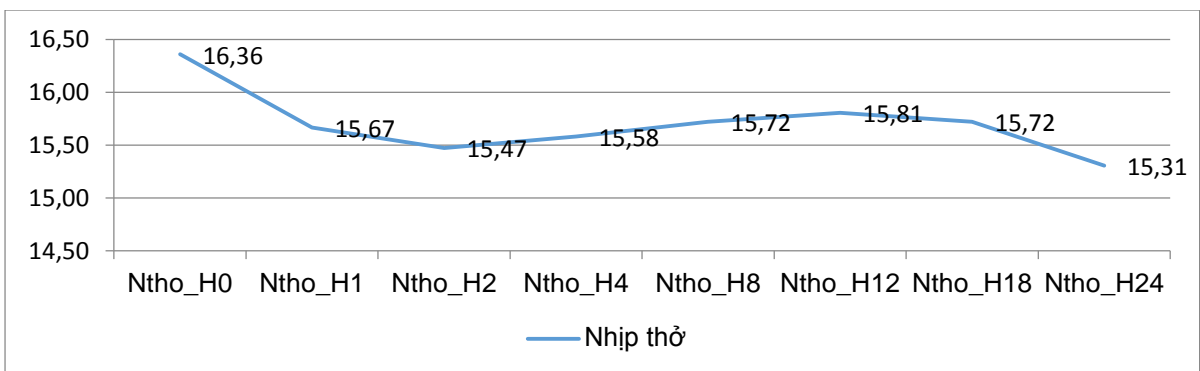
*Nhận xét:* các bệnh nhân trong nghiên cứu có tỉ lệ nam cao hơn nữ, trong lứa tuổi lao động, có cân nặng trung bình, phân loại ASA II và bệnh lý gan mật chiếm đa số.

Đặc điểm	
Lượng Morphine chuẩn độ	4,61 ± 0,84*
Thời gian chuẩn độ	23,6 ± 4,19*
Lượng Morphine dùng trong 12 giờ đầu	18,67 ± 1,75*
Lượng Morphine dùng trong 24 giờ đầu	39,08 ± 2,89*
Mức độ hài lòng (Không hài lòng /hài lòng/ rất hài lòng)	4/12/20**
Nôn (có/ không)	1/35**
Buồn nôn (có/ không)	1/35**
Nhu động ruột (có/ không)	20/16**
Trung tiện (có/ không)	13/16**

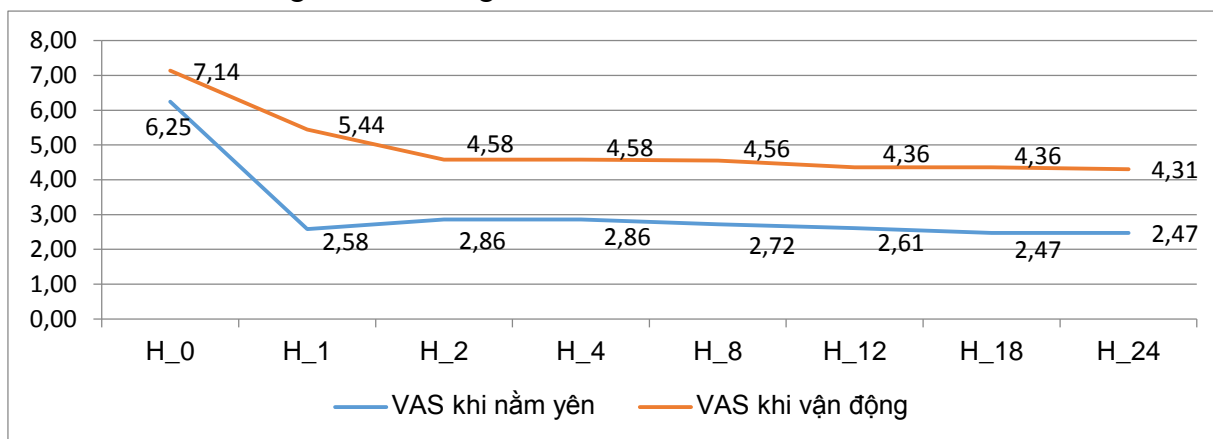
\* Trung bình ± độ lệch chuẩn, \*\* Số bệnh nhân

**Bảng 2: Hiệu quả - tác dụng không mong muốn**

*Nhận xét:* các bệnh nhân cần trung bình 4mg morphine trong khoảng 23 phút sau khi rút nội khí quản để đạt được VAS<4. Với lượng Morphine trung bình 39mg trong 24 giờ có 89% không đau hoặc đau rất ít sau mổ. 3% bệnh nhân có TDKMM. Gần phân nửa bệnh nhân nhu động ruột trở lại và trung tiện.

**Biểu đồ 1: Mạch****Biểu đồ 2: Huyết áp trung bình****Biểu đồ 3: Độ bão hòa oxy trong máu mao mạch (SpO<sub>2</sub>)****Biểu đồ 4: Nhịp thở trung bình**

*Nhận xét:* mạch, huyết áp trung bình, nhịp thở trung bình và độ bão hòa oxy trong máu mao mạch ổn định trong suốt thời gian sử dụng PCA.

**Biểu đồ 5:** VAS lúc nghỉ và vận động

*Nhận xét:* bệnh nhân đau ít khi nằm yên và đau vừa khi vận động.

## **BÀN LUẬN**

### **Đặc điểm chung của bệnh nhân**

Các bệnh nhân trong nghiên cứu có tuổi trung bình  $52,14 \pm 10,4$ , là độ tuổi hay mắc các bệnh lý tiêu hóa gan mật của người Việt Nam. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên bệnh nhân phẫu thuật tại ổ bụng của các tác giả Nguyễn Văn Minh [6]. Tuổi là một trong những yếu tố có thể ảnh hưởng đến quá trình cảm nhận đau cũng như nhu cầu thuốc giảm đau sau mổ [21], khi tuổi tăng lên thì nhu cầu thuốc giảm đau giảm dần.

Mối liên quan giữa giới tính và cảm nhận đau còn có nhiều ý kiến khác nhau [21]. Nghiên cứu của Chia và cs [18] cũng như của Marieke và cs [26] cho thấy nữ giới cần lượng morphin ít hơn nam giới để giảm đau sau mổ. Tuy nhiên, nghiên cứu của Aubrun và cs [15] lại cho kết quả ngược lại là mức độ đau và tiêu thụ morphin ở nữ nhiều hơn nam. Sự khác nhau này có thể do khác biệt về quần thể, nội tiết, di truyền ... [31].

Cân nặng trung bình  $56,17 \pm 7,3$  kg của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đỗ Trung Dũng [3], Nguyễn Trung Kiên [5]. Kết luận nhiều nghiên cứu cho thấy đối với cảm nhận đau thì ảnh hưởng của yếu tố cân nặng ít hơn so với yếu tố tuổi và ở bệnh nhân béo nên tính liều sử dụng opioid tan trong nước (morphin) theo trọng lượng nạc.

### **Hiệu quả giảm đau sau mổ**

*Mức độ đau ngay sau rút ống nội khí quản:*

Sau khi rút ống NKQ, các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm đau ở mức độ trung bình khi nằm yên ( $6,25 \pm 0,73$ ) và đau nhiều hơn khi vận động ( $7,14 \pm 0,83$ ). Kết quả này cao hơn công bố của Nguyễn Hồng Thủy ở bệnh nhân phẫu thuật bụng trên với điểm VAS trung bình khi nghỉ và khi hít sâu ở thời điểm sau rút NKQ và trước khi chuẩn độ tương ứng là  $5,5 \pm 0,7$  và  $6,7 \pm 0,9$  [9].

*Lượng thuốc và thời gian cần để chuẩn độ:*

Do PCA là một dạng điều trị duy trì nên cần thiết phải chuẩn độ morphin đường tĩnh mạch đến khi VAS < 4. Chúng tôi cần lượng morphin chuẩn độ là  $4,61 \pm 0,84$  mg trong thời gian  $23,06 \pm 4,19$  phút trước khi bắt đầu sử dụng PCA. Lượng thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Nguyễn Hồng Thủy ( $6 \pm 1,7$  mg) [9] và Trần Đăng Luân.

*Điểm VAS tại các thời điểm nghiên cứu:*

Nhiều nghiên cứu về giảm đau PCA tĩnh mạch cho thấy việc sử dụng opioid có hiệu quả giảm đau tốt và mức độ thỏa mãn bệnh nhân cao hơn so với các cách sử dụng khác [16], [24], [25], [30].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có điểm đau (VAS) trung bình khi nằm yên ở các thời điểm đều < 4, khi vận động thay đổi trong khoảng từ 4,3 – 5,4 (Biểu đồ 5). Như vậy đa số bệnh nhân đạt được mức độ giảm đau tốt, nhất là khi nằm yên.

*Tiêu thụ thuốc qua PCA:*

Các bệnh nhân của chúng tôi tiêu thụ morphin trung bình trong 12 giờ và 24 giờ sau mổ là  $18,67 \pm 1,76\text{mg}$  và  $39,08 \pm 2,88\text{mg}$ . Lượng morphin trong 24 giờ đầu này có kết quả thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Javery là  $51,1 \pm 20,8\text{mg}$  [22], Guillou ( $48 \pm 22\text{mg}$ ) [19], tương tự kết quả của Nguyễn Toàn Thắng ( $40,4 \pm 7,2\text{mg}$ ) [7] và cao hơn Adriaenssens ( $30,7 \pm 15,9\text{mg}$ ) [13]. Sự khác biệt về tâm vốc cũng như đặc điểm di truyền học có thể là những yếu tố lý giải cho nhu cầu morphin khác nhau này.

*Mức độ hài lòng của bệnh nhân về giảm đau PCA:*

Khi so sánh với cách sử dụng opioid truyền thống, nhiều nghiên cứu đã cho kết quả là PCA đường tĩnh mạch có mức độ thỏa mãn bệnh nhân về giảm đau cao hơn [16], [20], [30]. Có 32/36 bệnh nhân (89%) trong nghiên cứu của chúng tôi đánh giá hài lòng và rất hài lòng, như vậy, PCA tĩnh mạch là phương pháp giảm đau có hiệu quả tốt.

**Tác dụng không mong muốn của PCA**

TDKMM thường gặp liên quan đến opioid và các chất chuyển hóa của thuốc là buồn nôn, nôn, ngứa, bí đại, an thần và rối loạn nhu động dạ dày ruột. Ở mức độ nghiêm trọng hơn, opioid có thể thay đổi suy hô hấp, tuần hoàn, hôn mê

*Thay đổi về hô hấp:*

Ức chế hô hấp có dẫn đến thiếu oxy não, tổn thương não không hồi phục, thậm chí là tử vong. Theo tác giả Lee và cộng sự, 88% suy hô hấp xảy ra trong vòng 24 giờ sau mổ và 97% biến chứng được cho là có thể ngăn ngừa nếu theo dõi và phản ứng tốt hơn [23]. Cashman và Dolin nhận thấy tỷ lệ ức chế hô hấp khi giảm đau PCA dùng opioid từ 1,2 đến 11,5% [17].

Các bệnh nhân dùng PCA trong nghiên cứu của chúng tôi đều được theo dõi liên tục bằng monitor và được thở oxy qua xông mũi với lưu lượng từ 3-5 phút / lít. Kết quả trình bày ở Biểu đồ 3 và 4 cho thấy thay đổi về tần số thở và bão hòa oxy mao mạch ( $\text{SpO}_2$ ) trung bình tại các thời điểm khác nhau khi sử dụng PCA đều trong giới hạn bình thường. Đào Khắc Hùng và cộng sự cũng không thấy có khác biệt về tần số thở cũng như  $\text{SpO}_2$  giữa nhóm sử dụng PCA bằng morphin đơn thuần [4]. Tương tự Reeve và cs cũng không thấy sự khác biệt về các chỉ số hô hấp ở các thời điểm đánh giá trong 48 giờ sử dụng PCA sau mổ [29].

*Thay đổi về tuần hoàn:*

Biểu đồ 1 và 2 trong nghiên cứu cho thấy thay đổi về tần số tim và huyết áp trung bình tại các thời điểm đánh giá trong 24 giờ sử dụng PCA đều trong giới hạn bình thường. Kết quả này phù hợp với các tác giả Nguyễn Văn Chừng [1], Nguyễn Trung Kiên [5], Nguyễn Bá Tuấn [12], Nguyễn Hồng Thủy [8], Nguyễn Thị Dung [2] khi nghiên cứu về PCA có sử dụng morphin. Các nghiên cứu của Đào Khắc Hùng [4], Nguyễn Toàn Thắng [7], cũng như Javery [22], Murdoch [28] cũng xác nhận tính ổn định và an toàn về tim mạch.

*Buồn nôn và nôn sau mổ:*

Mặc dù không gây nguy hiểm ngay đến tính mạng nhưng nôn và buồn nôn khó chịu nhất đối với bệnh nhân sau phẫu thuật nhất là khi sử dụng các thuốc giảm đau opioid. Thuốc nhóm opioid gây buồn nôn và nôn thông qua kích thích các thụ thể opioid ở CTZ (CTZ: chemoreceptor trigger zone) và hệ tiêu hóa.

Tỷ lệ buồn nôn và nôn trong 24 giờ sử dụng PCA ở nghiên cứu của chúng tôi là 6%. Tỷ lệ này thấp hơn công bố của Apfel (31,3% trong 24 giờ) [14] và của Nguyễn Thanh Tú (17,7% trong 72 giờ), tuy nhiên ở nghiên cứu này bao gồm nhiều loại phẫu thuật khác nhau và áp dụng chiến lược dự phòng PONV hệ thống cho các bệnh nhân có nguy cơ [11]

*Trở lại nhu động ruột:*

Ảnh hưởng chủ yếu của các opioid lên hệ thống tiêu hóa là ức chế nhu động dạ dày ruột và giảm bài tiết dịch tiêu hóa, dịch mật và dịch tụy do đó có thể dẫn đến táo bón và tạo điều kiện

gây liệt ruột cơ năng và các biểu hiện khó chịu khác. Cơ chế được cho là do sự gắn của opioid với các thụ thể nằm ở hệ thống tiêu hóa và thần kinh trung ương. Rất nhiều yếu tố có thể làm giảm hoạt động chức năng hệ thống tiêu hóa sau phẫu thuật, bao gồm các yếu tố liên quan đến phẫu thuật (mổ bụng ảnh hưởng nhiều nhất), bệnh nhân (người già yếu, đái đường, rối loạn điện giải) và gây mê hồi sức (kỹ thuật gây mê, sử dụng opioids).

Trong vòng 24 giờ sử dụng PCA sau mổ, có 56% bệnh nhân có nhu động ruột trở lại và 36% bệnh nhân có trung tiện thấp hơn nghiên cứu Nguyễn Hữu Tú và cs về ảnh hưởng của giảm đau sau mổ lên nhu động ruột và trung tiện ở bệnh nhân sử dụng PCA tĩnh mạch bằng opioid là  $34,63 \pm 15,54$  giờ và  $39,4 \pm 16,15$  giờ [10]. Kết quả thấp hơn này có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ.

## KẾT LUẬN

Giảm đau sau mổ bằng morphin do bệnh nhân tự kiểm soát là phương pháp giảm đau an toàn, hiệu quả trong các phẫu thuật lớn vùng bụng. Để đạt an toàn và hiệu quả thành công cao cần hướng dẫn bệnh nhân và nhân viên cách vận hành máy, tránh sử dụng quá liều. Việc sử dụng phương pháp giảm đau này sẽ giúp bệnh nhân thoải mái, vượt qua đau đớn sau mổ qua đó góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho đơn vị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chùng và cộng sự (2007). So sánh hiệu quả của phương pháp bệnh nhân tự kiểm soát đau với bupivacaine-fentanyl đường ngoài màng cứng với morphine đường tĩnh mạch sau phẫu thuật lớn vùng bụng. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 11(1), 1-9.
2. Nguyễn Thị Dung (2014), *Đánh giá hiệu quả giảm đau của morphin khi sử dụng hệ thống PCA COOPDECH IST6-1020 trong phẫu thuật bụng dưới*. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Đỗ Trung Dũng, Nguyễn Quốc Kính (2011), Đánh giá hiệu quả của perfolgan truyền tĩnh mạch trong giảm đau sau mổ bụng. *Tạp chí Y - Dược học quân sự*.
4. Đào Khắc Hùng, Nguyễn Quốc Kính (2012), Đánh giá hiệu quả giảm đau và tính an toàn của morphine đơn thuần với morphine kết hợp ketamine do bệnh nhân tự điều khiển sau mổ gây hai xương cẳng chân *Y học thực hành*, 835+836, 173-177.
5. Nguyễn Trung Kiên, Nguyễn Hữu Tú và Công Quyết Thắng (2012), Giảm đau bệnh nhân tự điều khiển đường tĩnh mạch bằng morphin sau mổ vùng bụng trên ở người cao tuổi. *Tạp chí Y - Dược học quân sự*, 3.
6. Nguyễn Văn Minh, Hồ Khả Cảnh (2010), Nghiên cứu tác dụng giảm đau sau mổ của ketamin liều thấp ở bệnh nhân mổ tăng trên ổ bụng. *Y học thực hành*, 717(5), 164-167.
7. Nguyễn Toàn Thắng, Nguyễn Hữu Tú (2013), Hiệu quả của phương pháp giảm đau do bệnh nhân kiểm soát (PCA) đường tĩnh mạch sử dụng kết hợp morphine và ketamine sau các phẫu thuật lớn tại ổ bụng. *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 83(3), 60-67.
8. Nguyễn Hồng Thủy (2005), *Nghiên cứu tác dụng giảm đau dự phòng sau mổ bụng trên của ketamin liều thấp lúc tiêm khởi mê*. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Nguyễn Hồng Thủy, Nguyễn Quốc Anh (2013), Tác dụng của ketamine liều thấp dự phòng cơn đau sau mổ bụng trên. *Y học Lâm sàng*, 71(5), 103-9.
10. Nguyễn Hữu Tú, Nguyễn Thị Hằng (2014), Ảnh hưởng của phương pháp giảm đau sau mổ qua catheter ngoài màng cứng lên phục hồi nhu động ruột ở bệnh nhân sau mổ. *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 2014(4).
11. Nguyễn Thanh Tú và Nguyễn Hữu Tú (2014), Các yếu tố liên quan đến tình trạng nôn và buồn nôn của bệnh nhân sau mổ. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, (2).
12. Nguyễn Bá Tuấn (2012), *Đánh giá tác dụng dự phòng đau sau mổ của gabapentin đường uống trên bệnh nhân được phẫu thuật ổ bụng*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.
13. Adriaenssens, G., et al. (1999), Postoperative analgesia with iv patient-controlled morphine: effect of adding ketamine. *British journal of anaesthesia*, 83(3), 393.
14. Apfel, C. and C. Greim, A risk score to predict the probability of postoperative vomiting in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*. 42, 495-501.
15. Aubrun, F., et al. (2005), Sex- and age-related differences in morphine requirements for postoperative pain relief. *Anesthesiology*, 103(1), 156-60.
16. Ballantyne, J.C., et al. (1993), Postoperative patient-controlled analgesia: meta-analyses of initial randomized control trials. *J Clin Anesth*, 5(3), 182-93.
17. Cashman, J.N. and S.J. Dolin (2004), Respiratory and haemodynamic effects of acute postoperative pain management: evidence from published data. *Br J Anaesth*, 93(2), 212-23.
18. Chia, Y.Y., et al. (2002), Gender and pain upon movement are associated with the requirements for postoperative patient-controlled iv analgesia: a prospective survey of 2,298 Chinese patients. *Can J Anaesth*, 49(3), 249-55.
19. Guillou, N., et al. (2003), The effects of small-dose ketamine on morphine consumption in surgical intensive care unit patients after major abdominal surgery. *Anesth Analg*, 97(3), 843-7.
20. Hudcova, J., et al. (2006), Patient controlled opioid analgesia versus conventional opioid analgesia for postoperative pain. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006(4), CD003348.

21. Ip, H.Y., et al. (2009), Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. *Anesthesiology*, 111(3), 657-77.
22. Javery, K.B., et al. (1996), Comparison of morphine and morphine with ketamine for postoperative analgesia. *Can J Anaesth*, 43(3), 212-5.
23. Lee, L.A., et al. (2015), Postoperative Opioid-induced Respiratory Depression A Closed Claims Analysis. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 122(3), 659-665.
24. Macintyre, P.E. and J. Coldrey (2009), Intravenous Patient-Controlled Analgesia, in *Acute Pain Management*, Editors, 205-220.
25. Macintyre, P.E. (2001), Safety and efficacy of patient-controlled analgesia. *Br J Anaesth*, 87(1), 36-46.
26. Marieke, N., et al. (2010), Do sex differences exist in opioid analgesia? A systematic review and meta-analysis of human experimental and clinical studies. *Pain*, 151(1), 61-68.
27. Melzack, R. and J. Katz S.B. McMahon, et al., (2013), Pain Measurement in Adult Patients, in *Wall & Melzack's Textbook of pain*, Editors. Elsevier Saunders, 301-314
28. Murdoch, C.J., B.A. Crooks, and C.D. Miller (2002), Effect of the addition of ketamine to morphine in patient-controlled analgesia. *Anaesthesia*, 57(5), 484-8 .
29. Reeves, M., et al. (2001), Adding ketamine to morphine for patient-controlled analgesia after major abdominal surgery: a double-blinded, randomized controlled trial. *Anesth Analg*, 93(1), 116-20.
30. Walder, B., et al. (2001), Efficacy and safety of patient-controlled opioid analgesia for acute postoperative pain. A quantitative systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand*, 45(7), 795-804.
31. Wellington, J. and Y.Y. Chia, R.S. Sinatra, et al., (2009), Patient Variables Influencing Acute Pain Management, in *Acute Pain Management*, Editors. Cambridge University Press.



## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮT AMIDAN BẰNG COBLATOR SO VỚI DAO ĐIỆN

Bùi Thị Xuân Nga, Ngô Vương Mỹ Nhân,  
Nguyễn Xuân Nguyễn, Nguyễn Thị Hạnh

### TÓM TẮT

#### **Đặt vấn đề:**

Phẫu thuật cắt amidan là một trong những phẫu thuật thường gặp nhất trong chuyên khoa tai mũi họng. Có nhiều phương pháp cắt amidan: cắt bóc tách thông lộng, cắt bằng sluder, dao điện đơn cực, lưỡng cực, bằng laser, coblator... Coblator là phương pháp điện mới được dùng trong tai mũi họng tại bệnh viện ĐKTT An Giang.

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của phương pháp cắt amidan bằng coblator so với dao điện.

#### **Thiết kế nghiên cứu:**

Tiến cứu ngẫu nhiên đánh giá số liệu trong lúc mổ và kết quả lâm sàng sau mổ giữa 2 phương pháp cắt amidan bằng coblator và dao điện. Mỗi phương pháp có 50 bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên.

#### **Kết quả:**

Thời gian phẫu thuật: Coblator trung bình 27 phút (20 - 40 phút) và Dao điện trung bình 17 phút (10 - 30 phút); Lượng máu mất trong phẫu thuật: Coblator trung bình 10ml (4 - 23ml) và Dao điện trung bình 13ml (4 - 30ml); Chỉ số đau giảm dần từ ngày 1 - ngày 7 sau phẫu thuật; Chảy máu muộn có 4 bệnh nhân.

#### **Kết luận:**

Cắt amidan bằng Coblator là một phương pháp phẫu thuật an toàn, hiệu quả, ít mất máu và ít đau sau mổ.

## EVALUATE RESULT OF COBLATION VERSUS ELECTROCAUTERY TONSILLECTOMY

### ABSTRACT

#### **Background:**

Tonsillectomy is one of the most commonly performed surgical procedures in otolaryngology. There are many surgical techniques and a variety of instruments have evolved: electrocauterization, laser dissection, cryosurgery, bipolar dissection scissors, coblation-assisted tonsillectomy. Coblation, is a new electrosurgical techniques, that has applied to otolaryngological surgical in An Giang general hospital.

#### **Objectives:**

To assess the effectiveness of coblation compared with electrocautery tonsillectomy.

#### **Study design and setting:**

Prospective, randomized study was designed to evaluate the intraoperative records and postoperative clinical outcomes between coblation and electrocautery tonsillectomy procedures. The patients were randomly allocated into coblation II system (n=50) and electrocautery tonsillectomy groups (n=50).

#### **Results:**

Operating time: coblator 27 minute (20-40 minute), electrocautery 17 minute (10-30 minute). Intraoperative blood loss: coblator median 10ml (4-23ml), electrocautery 13ml (4-30ml); Pain scores decrease from first to seventh day postoperation; Delayed postoperative hemorrhage occurred in 4 patient in the electrocautery group and one patient in the coblator group.

#### **Conclusion**

Tonsillectomy by Coblation is a safety and effect method with time of surgery is short, less blood loss and less pain.

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ:**

Amidan là tổ chức lympho ở thành bên họng. Amidan viêm có thể điều trị bằng nội khoa hay ngoại khoa. Phẫu thuật cắt amidan là một trong những phẫu thuật thường gặp nhất trong chuyên khoa tai mũi họng, được áp dụng khi điều trị nội khoa không đáp ứng.

Mỗi năm trên thế giới có hàng chục triệu ca cắt amidan. Có nhiều phương pháp cắt amidan: cắt bóc tách thông lộng, cắt bằng sluder, dao điện đơn cực, lưỡng cực, bằng laser, coblator... Một trong những hạn chế thường gặp của các phương pháp trên là vấn đề đau, chảy máu trong và sau phẫu thuật, thời gian lành vết thương. Việt Nam cũng áp dụng nhiều phương pháp cắt amidan khác nhau.

Từ năm 1998, trên thế giới đã đưa vào áp dụng phẫu thuật cắt amidan bằng Coblation. Từ năm 2003 Bệnh viện đại học Y Dược Cơ sở 2 là đơn vị đầu tiên trong cả nước đã đưa kỹ thuật Coblation vào phẫu thuật tai mũi họng. Hệ thống Coblation sử dụng đầu đốt lạnh (dòng nước lưu thông trong điện cực để làm mát và làm môi trường đệm truyền dẫn nhiệt) nên nhiệt độ cắt đốt khá thấp (40-70°C). Đầu dò vừa cắt vừa tưới nước, hút dịch và đốt cầm máu nên giảm tổn thương mô xung quanh do nhiệt và điện.

Hiện nay, Bệnh viện sử dụng 2 phương pháp cắt amidan: Dao điện và Coblator. Qua đó, nhận thấy cắt amidan bằng Coblator là một phương pháp phẫu thuật ít đau, an toàn và hiệu quả nên tiến hành nghiên cứu đánh giá cắt amidan bằng Coblator so với Dao điện.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:**

Gồm 100 bệnh nhân được phẫu thuật cắt amidan bằng 2 phương pháp: 50 bệnh nhân cắt amidan bằng Dao điện, 50 bệnh nhân cắt amidan bằng Coblator.

1. Thời gian nghiên cứu: tháng 6/2018 - tháng 7/2019 tại Bệnh viện ĐKTT An Giang.

2. Đối tượng nghiên cứu:

\* Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Chỉ định cắt Amidan theo tiêu chuẩn của hiệp hội tai mũi và phẫu thuật đầu mặt cổ Hoa Kỳ (AAO-HNS).
- Bệnh nhân được theo dõi hậu phẫu vào ngày thứ 1;2, được khám lại vào ngày thứ 7 và 14 sau mổ.
- Chỉ chọn bệnh nhân thực hiện 1 phẫu thuật duy nhất là cắt amidan.
- Bệnh nhân đồng ý hợp tác nghiên cứu.
- Đối với bệnh nhân nữ dự đoán không có kinh trước và sau phẫu thuật 1 tuần.

\* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có chỉ định cắt Amidan nghi ngờ u, u nhú amidan, hoặc dài mòm trâm.
- Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu hoặc không theo dõi đầy đủ.
- Bệnh nhân thực hiện nhiều phẫu thuật (như nạo VA tồn lưu...).
- Bệnh nhân có bệnh mạn tính: bệnh về máu, tăng huyết áp, đái tháo đường.

3. Phương pháp nghiên cứu:

\* Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu mô tả từng trường hợp.

\* Cỡ mẫu 100 chia 2 nhóm.

\* Phương tiện nghiên cứu:

- Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.
- Phiếu điều tra nghiên cứu.
- Bảng đánh giá điểm đau.
- Dao điện

- Máy Coblator II (cài đặt ở chế độ cắt 7 đốt 3).

\* Phương pháp tiến hành:

- Bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh sẽ được làm hồ sơ bệnh án nhập viện.
- Bệnh nhân được cho làm các xét nghiệm tiền phẫu, xquang phổi, đo điện tim cho kết quả bình thường sẽ được phẫu thuật.

- Trong thời gian phẫu thuật ghi nhận các thông số: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong phẫu thuật.
- Theo dõi bệnh nhân ghi nhận mức độ đau và các biến chứng trong thời kỳ hậu phẫu.
- Hẹn bệnh nhân tái khám đánh giá bệnh nhân vào ngày 7 và ngày 14 sau mổ.

#### 4. Các biến số nghiên cứu:

\* Đánh giá trong phẫu thuật:

- *Thời gian phẫu thuật* (phút): được tính từ lúc đặt banh mở miệng đến khi lấy hết mô amidan hai bên và cầm máu hoàn toàn.
- *Lượng máu mất trong phẫu thuật* (ml): lấy lượng nước và máu trong bình hút có phân vạch sau mổ trừ đi lượng dung dịch NaCl 0,9% đã dùng.

\* Theo dõi sau mổ:

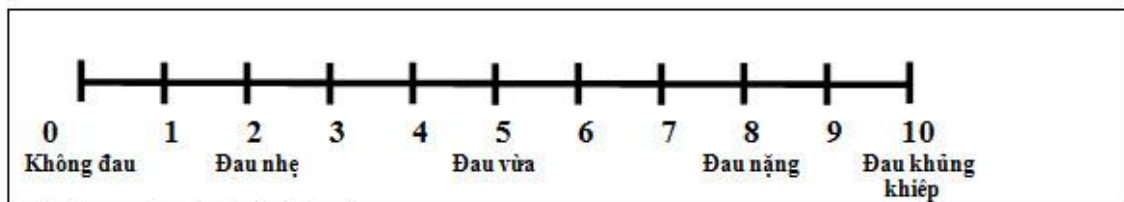
- *Chảy máu sau mổ*: là chảy máu tính từ sau khi rút ống nội khí quản. Chảy máu sớm là chảy máu trong 24h đầu sau phẫu thuật và chảy máu muộn là chảy máu sau 24h sau phẫu thuật. Tình trạng chảy máu được đánh gồm 2 mức độ.

Mức độ chảy máu ít: nước bọt có lẫn dây máu.

Mức độ chảy máu nhiều: chảy máu phải can thiệp gây mê cầm máu

- *Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS (visual analog scales)*

Mức độ đau từ 0 đến 10, giải thích bằng lời cho BN hiểu cách tự đánh giá điểm đau cho bản thân trên thước hiển thị số.



Hình 2: Thước hiển thị số VAS

Bệnh nhân cũng được đánh giá mức độ đau ở ngày thứ 1; 2 và 7 sau mổ.

- *Tình trạng bong giả mạc.*

#### 5. Xử lý số liệu:

Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng SPSS 20.0. Sự khác biệt giữa 2 nhóm được kiểm định bằng phép kiểm T - Test và  $p < 0,05$  có ý nghĩa thống kê.

### III. KẾT QUẢ:

Từ tháng 6/2018 – 7/2019 có 100 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Qua nghiên cứu 100 trường hợp cắt amidan bằng Coblator so với dao điện tại Bệnh viện ĐKTT An Giang có kết quả như sau:

**Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:** tuổi trung bình  $28,28 \pm 8,8$ , tuổi nhỏ nhất 11 tuổi, tuổi lớn nhất 55 tuổi, giới tính : nam chiếm 41%, nữ chiếm 59%.

**Thời gian phẫu thuật (phút):** (bảng 1)

Coblator	Dao điện	P
20 – 40 ( $27 \pm 4$ )	10 – 30 ( $17 \pm 5$ )	0,000

Nhận xét: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ .

**Lượng máu mất trong phẫu thuật:** (bảng 2)

Lượng máu mất	Coblator (%)	Dao điện (%)
< 5ml	10 (20)	5 (10)
5 – 10ml	17 (34)	11 (22)
> 10ml	23 (46)	34 (68)

Lượng máu mất trong phẫu thuật cắt amidan bằng Coblator 4 – 23ml ( $10 \pm 6$ ) và Dao điện 4 – 30ml ( $13 \pm 6$ ) với  $p = 0,016$  ( $P < 0,05$ ) có ý nghĩa thống kê.

#### Mức độ đau sau phẫu thuật: (bảng 3)

Mức độ đau	Coblator (n = 50)			Dao điện (n = 50)		
	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 7	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 7
Không đau			4			
Đau nhẹ			46			30
Đau vừa	23	47		6	45	20
Đau nặng	27	3		44	5	

Mức độ đau trung bình sau phẫu thuật amidan bằng Coblator ngày 1 là 5 điểm, ngày 2 là 4 điểm, ngày 7 là 1 điểm.

Mức độ đau trung bình sau phẫu thuật amidan bằng Dao điện ngày 1 là 6 điểm, ngày 2 là 5 điểm, ngày 7 là 3 điểm với sig T-Test = 0,000 ( $p < 0,05$ ).

Nhận xét: sự khác biệt về mức độ đau giữa 2 phương pháp có ý nghĩa thống kê.

#### Chảy máu sau phẫu thuật:

Chảy máu sau phẫu thuật	Coblator (n = 50)	Dao điện (n = 50)
Chảy máu sớm	0	0
Chảy máu muộn	1	4

Chảy máu muộn sau cắt amidan bằng dao điện có 4 ca (3 ca chảy máu ít, 1 ca chảy máu nhiều), Coblator có 1 ca chảy máu nhiều.

Qua 100 ca cắt amidan không có trường hợp nào nhiễm trùng hố amidan và có 2 ca sốt  $39^{\circ}\text{C}$  nhưng công thức máu và CRP bình thường.

#### IV. BÀN LUẬN:

Qua nghiên cứu 100 ca cắt amidan của 2 phương pháp trong đó giới nữ chiếm 59%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 28 (nhỏ nhất 11 và cao nhất 55 có độ lệch chuẩn 8,8). Coblation là thiết bị dùng điện lưỡng cực ở tần số radio 500KHz nên rất an toàn, không có dòng điện chạy qua người nên hạn chế được những tác hại của dòng điện đối với toàn thân [1]. Thiết bị này rất an toàn cho bệnh nhân và ê kíp phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật amidan bằng Coblator trung bình 27 phút (ngắn nhất 20 phút, dài nhất 40 phút) và bằng Dao điện trung bình 17 phút (ngắn nhất 10 phút, dài nhất 30 phút). Kết quả này cho thấy cắt amidan bằng Dao điện nhanh hơn Coblator. Tương tự, nghiên cứu của Shah thời gian cắt Amidan bằng Dao điện là  $16 \pm 3$  phút và Coblator là  $23 \pm 8$  phút [7].

Theo nghiên cứu của Phạm Anh Tuấn, thời gian phẫu thuật amidan bằng Coblator trung bình 12 phút (2 - 20 phút) và bằng Dao điện trung bình 22 phút (5 - 35 phút) [3]. Nghiên cứu này, phẫu thuật bằng Coblator nhanh hơn Dao điện.

Theo Sung – Moon Hong, thời gian phẫu thuật trung bình của 2 phương pháp không có sự khác biệt, Coblator là 12 phút và Dao điện là 10 phút [8].

Theo bảng 1, thời gian phẫu thuật amidan của 2 phương pháp có sự khác biệt. Thời gian cắt amidan bằng Coblator dài hơn Dao điện. Và qua các nghiên cứu nhận thấy, thời gian phẫu thuật còn tùy thuộc vào phẫu thuật viên. Nếu thành thạo có kinh nghiệm thì thời gian này có thể rút ngắn hơn vì hệ thống đầu Coblator vừa cắt đốt vừa hút nên không cần sự hợp tác nhịp nhàng của người phụ hút dịch.

Lượng máu mất trong phẫu thuật amidan (bảng 2) bằng Coblator < 5ml chiếm 20%, > 10ml chiếm 46% và Dao điện < 5ml chiếm 10%, > 10ml chiếm 68%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hữu Quỳnh lượng máu mất trung bình trong cắt Amidan bằng dao điện là 9ml [2]. Nghiên cứu của Trần Anh Tuấn lượng máu mất trung bình trong cắt Amidan bằng Coblator là 7ml [4]. Như vậy, lượng máu mất của Coblator ít hơn so với Dao điện. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Do hệ thống coblator vừa cắt vừa đốt cầm máu nên hạn chế được lượng máu mất trong phẫu thuật. Lượng máu mất này giảm dần theo kỹ thuật và sử dụng quen đầu đốt.

Theo bảng 3, mức độ đau giữa 2 phương pháp giảm dần những ngày sau phẫu thuật. Ngày thứ 7 sau phẫu thuật amidan bằng Coblator có 4 ca hết đau, 46 ca đau nhẹ (92%) và Dao điện có 30 ca đau nhẹ (60%) còn lại là đau vừa. Tương tự nghiên cứu của Lê Thanh Tùng, ngày thứ 7 sau phẫu thuật amidan bằng Coblator có 83% bệnh nhân hết đau hoặc đau ít [1]. Parsons cũng ghi nhận cắt amidan bằng Coblator có chỉ số đau thấp hơn so với Dao điện [6]. Do đó, cắt amidan bằng Coblator hậu phẫu bệnh nhân ít đau hơn so với Dao điện.

Có 5 trường hợp chảy máu muộn, không có trường hợp nào chảy máu sớm. Cắt Amidan bằng Dao điện có 4 ca chảy máu muộn (8%), trong đó 3 ca chảy máu ít và 1 ca chảy máu nhiều. Với Coblator chỉ có 1 ca chảy máu muộn (2%) với lượng nhiều. 3 ca chảy máu ít không xử trí gì. 2 ca chảy máu nhiều xử trí gây mê cầm máu. Nghiên cứu của Sung – Moon Hong chỉ có 1 trường hợp chảy máu muộn trong nhóm cắt Amidan bằng Dao điện [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thủy thì tỷ lệ chảy máu sau cắt Amidan là 2% [5]. Qua nghiên cứu nhận thấy tỉ lệ chảy máu sau cắt Amidan khá thấp và nhóm cắt Amidan bằng Dao điện có số ca chảy máu nhiều hơn Coblator. Tình trạng bong hết giả mạc đa số vào ngày 14 (90%).

#### V. KẾT LUẬN:

Qua nghiên cứu phẫu thuật Amidan bằng Coblator và Dao điện có kết quả như sau:

- Máy Coblator an toàn cho bệnh nhân và ê kíp phẫu thuật.
- Thời gian cắt amidan bằng Coblator dài hơn Dao điện. Nhưng nếu thành thạo có kinh nghiệm thì thời gian này có thể ngắn hơn.
- Lượng máu mất trong phẫu thuật của Coblator ít hơn so với Dao điện.
- Cắt amidan bằng Coblator hậu phẫu bệnh nhân đau ít hơn.
- Tần suất chảy máu sau cắt Amidan bằng Coblator ít hơn.

Tóm lại, phương pháp Coblator là phương pháp phẫu thuật an toàn, lượng máu mất ít và hậu phẫu ít đau.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Thanh Tùng, Võ Lâm Phước, Nguyễn Tư Thế, Phạm Ngọc Quang(2011). Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt amidan ở trẻ em bằng kỹ thuật coblation tại BV.Trung ương Huế. *Nội san TMH* 2012, tr 96-101.
2. Nguyễn Hữu Quỳnh, Đặng Hoàng Sơn, Nguyễn Văn Đức (2003). So sánh hai phương pháp cắt Amidan bằng phẫu tích thông lòng với cắt amidan bằng phương pháp dao điện kim đơn cực ở trẻ em. *Y học TP Hồ Chí Minh, tập 7*. Tr 107-110.
3. Phạm Anh Tuấn (2017). *Đánh giá kết quả cắt Amidan bằng dao điện, coblator và plasma*. Luận văn bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Trần Anh Tuấn, Nguyễn Văn Đức, Nguyễn Hữu Khôi. Đánh giá kết quả cắt amidan bằng kỹ thuật coblator. *Y học TP Hồ Chí Minh, tập 11*. Tr 158-162.
5. Trần Công Hòa, Nguyễn Khắc Hòa, Nguyễn Thanh Thủy (2003), “Phẫu thuật cắt amidan: nhận xét 3962 trường hợp tại viện tai mũi họng”, *Nội san TMH* 2003, tr.23.
6. Parsons SP, Cordes SR, Comer B (2006). Comparison of posttonsilectomy pain using the ultrasonic scalpel, coblator, and electrocautery. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 134:106–13.
7. Shah UK, Galinkin J, Chiavacci R, Briggs M (2002). Tonsillectomy by means of plasma-mediated ablation: prospective, randomized, blinded comparison with monopolar electrosurgery. *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*;128(6):672–6.
8. Sung - Moon Hong, Jeong-Soo Woo. Coblation vs. Electrocautery Tonsillectomy: A Prospective Randomized Study Comparing Clinical Outcomes in Adolescents and Adults - *Clinical and Experimental Otorhinolaryngology* 2013; 6(2): 90-93.

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN BIPOLAR  
TRÊN BỆNH NHÂN LỚN TUỔI TẠI KHOA CTCH  
BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG.**

*Nguyễn Minh Hải, Nguyễn Kim Quang, Ngô Vũ Phương.*

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả các trường hợp đã Phẫu thuật thay khớp háng bán phần Bipolar trên bệnh nhân lớn tuổi (trên 60 tuổi) tại Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiền cứu.

**Kết quả:** Từ Tháng 9/2018 tới tháng 7/2019. Tại Khoa Chấn Thương Chỉnh Hình Bệnh Viện ĐKTT An Giang, chúng tôi đã phẫu thuật thay khớp háng bán phần Bipolar 60 bệnh nhân, Trong đó nữ chiếm số lượng 37 trường hợp, nam 23 trường hợp, chia theo tuổi thì 60 < Tuổi < 75 là 35 trường hợp, tuổi  $\geq$  75 là 25 trường hợp. Chúng tôi phẫu thuật thay khớp háng bán phần Bipolar tất cả các trường hợp, thời gian theo dõi trung bình là khoảng 5 tháng. Kết quả thu được bước đầu theo thang điểm Harris là rất tốt 51,66% (31 bệnh nhân), tốt là 16,67% (10 bệnh nhân), trung bình 15% (9 Bệnh nhân), kém 16,67% (10 bệnh nhân), 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 thay khớp háng bán phần Bipolar trên bệnh nhân gãy cổ xương đùi lớn tuổi là phẫu thuật giúp cho số lượng lớn bệnh nhân thoát khỏi giường bệnh, có thể đi lại và hòa nhập sớm với cuộc sống hàng ngày, cải thiện chất lượng sống cho người bệnh. Khoa Chấn thương chỉnh hình của Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang từng ngày cố gắng hoàn thiện kỹ thuật này nhằm nâng cao hiệu quả điều trị tốt nhất cho người bệnh tại khu vực và địa bàn lân cận.

**ABSTRACT:**

**Objectives:** Evaluate of surgical results semi-participants of bipolar section on patients age (over 60 ages) at An Giang General Hospital.

**Methods:** Prospective observation.

**Results:** From 09/2018 to 07/2019, we had 60 patients who were semi-participants of bipolar section on age patients age (over 60 ages) at An Giang general hospital.

all sixty patients had fracture of th femoral neck . We follow up an average of five months. In consequences, the incidence of a stable Harris was best (70,68 %) **Conclusions:** The Bipolar part of the hip joint is replaced with an early hip replacement joint surgery, it will help a large number of patients reduce pain, reduce the time spent lying in the hospital, reintegrate into daily life, reduce the risk of death. due to the one place, improve the quality of life for better patients.

**I/ ĐẶT VẤN ĐỀ:**

Gãy cổ xương đùi là một bệnh lý thường do chấn thương, gặp ở mọi lứa tuổi và do nhiều nguyên nhân. Nguyên nhân do tai nạn giao thông và tai nạn lao động thường gặp ở giới trẻ và đặc biệt gãy cổ xương đùi là bệnh lý thường gặp nhất ở người già, liên quan đến lý loãng xương.

Gãy cổ xương đùi, đặc biệt khi gãy độ 3 và 4 (theo phân loại của Garden) làm cho mạch máu nuôi chỏm xương đùi kém đi rất nhiều. Hậu quả gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi là rất nặng nề, việc lựa chọn phương pháp tối ưu cho tổn thương này ở người cao tuổi thật khôn đơn giản.

Có rất nhiều phương pháp điều trị gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi

+ Phương pháp bản tồn ra đời sớm nhất nhưng hiện nay chỉ dùng để điều trị cho những bệnh nhân có nhiều bệnh nội khoa đi kèm, không đủ điều kiện tham gia phẫu thuật.

+ Phương pháp phẫu thuật kết hợp xương hay được lựa chọn đối với bệnh nhân trẻ là kết xương bằng 2 hoặc 3 vít xóp, ở bệnh nhân lớn tuổi phương pháp này cho tỉ lệ không liền xương và hoại tử chỏm cao.

+ Phẫu thuật thay khớp háng đã được sử dụng nhiều trên thế giới và dần thay thế các phương pháp cũ. Hiện nay đây là phương pháp được lựa chọn hàng đầu cho các bệnh nhân cao tuổi bị gãy cổ xương đùi.

Trước đây bệnh nhân gãy cổ xương đùi phải chịu đau đớn, tàn phế. Nhưng ngày nay, nhờ có phẫu thuật thay khớp háng mà nhiều bệnh nhân đã phục hồi chức năng khớp háng và bớt đau đớn, chất lượng cuộc sống được nâng lên.

Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả sớm phẫu thuật thay khớp háng bán phần Bipolar điều trị gãy cổ xương đùi ở bệnh nhân lớn tuổi tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang từ 09/2018 đến 07/2019 với hai mục tiêu:

- 1) Đánh giá sớm kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần điều trị gãy cổ xương đùi ở bệnh nhân cao tuổi do chấn thương.
- 2) Xác định tỉ lệ tai biến, biến chứng của phẫu thuật thay khớp háng bán phần ở bệnh nhân cao tuổi.

## **II/ ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:**

### **A) Đối tượng nghiên cứu:**

Là những bệnh nhân gãy cổ xương đùi đã được phẫu thuật thay khớp háng bán phần tại Khoa Chấn Thương Chỉnh Hình Bệnh viện Đa Khoa trung Tâm An Giang từ 09/2018 - 07/2019.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

- Tuổi từ 60 trở lên
- Gãy cổ xương đùi do chấn thương (gãy mới < 6 tuần)
- Không có chống chỉ định phẫu thuật thay khớp
- Có đủ bệnh án, phim x quang trước và sau mổ, địa chỉ rõ ràng, bệnh phải được theo dõi ít nhất 2 tháng, hồ sơ được lưu trữ tại bệnh viện.

### **Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân**

Những bệnh nhân không đáp ứng đủ các yêu cầu trên.

### **B. Phương pháp nghiên cứu:**

#### **1) Nghiên cứu tiền cứu.**

- Tiền cứu bệnh nhân từ 09/2018 đến 07/2019. Chọn 60 bệnh nhân nằm viện và phẫu thuật tại Khoa CTCH Bệnh viện Đa Khoa trung Tâm An Giang
- Khám bệnh nhân trước phẫu thuật, xem hồ sơ bệnh án về cận lâm sàng.
- Lập danh sách bệnh nhân, địa chỉ, số điện thoại theo bệnh án, chuẩn bị hồ sơ bao gồm: bệnh án, phim X Quang trước và sau phẫu thuật.
- Mời bệnh nhân tái khám theo hẹn. Nếu bệnh nhân không đến khám được thì bác sĩ gọi điện. Kết quả khám xét bao gồm lâm sàng và X Quang khớp háng.
- Tổng hợp số liệu của từng bệnh nhân vào bảng theo dõi.
- Đánh giá kết quả trên cả 2 mặt: lâm sàng và X Quang khớp háng.

#### **2) Thiết kế nghiên cứu:** Tiền cứu mô tả dọc

#### **3) Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.**

+Cỡ mẫu:

Dựa vào công thức tính cỡ mẫu của phương pháp nghiên cứu tiền cứu mô tả ta có cỡ mẫu được tính như sau:

+Công thức tính:

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

Z: Trị số phân phối chuẩn,  $\alpha$ : Xác suất sai lầm loại 1, P: trị số mong muốn, d: độ sai số cho phép,

Trong đó P= 89,9% theo tác giả Nhâm Sỹ Đức => chọn P= 89,9%,  $\alpha = 0,05$ , d= 0.08, n=54,5

Vậy cỡ mẫu tối thiểu phải chọn là 55 trường hợp

#### **4) Phương pháp thu thập số liệu:**

Số Bệnh nhân đã phẫu thuật sẽ được theo dõi tại Khoa CTCH Bệnh viện Đa Khoa trung Tâm An Giang trong thời gian trước mổ, hậu phẫu và hẹn tái khám theo định kỳ ở Phòng khám CTCH, một số có liên lạc điện thoại.

#### 5) Các chỉ tiêu nghiên cứu.

- Các yếu tố dịch tễ (tuổi, giới, nguyên nhân)
- Quy trình điều trị (chẩn đoán, chỉ định, phương pháp mổ, vật lý trị liệu và phục hồi chức năng sau mổ.
- Kết quả theo dõi định kỳ bao gồm lâm sàng và X Quang khớp háng.

#### 6) Chỉ định phẫu thuật.

- Gãy cổ xương đùi di lệch (Garden II,III, IV).
- Điều kiện bắt buộc: sụn ổ cối còn bình thường trên phim xquang thường quan sát trong khi mổ.

#### 7) Chống chỉ định.

- Bệnh nhân có tình trạng toàn thân không đủ điều kiện phẫu thuật hay vô cảm.
- Khớp đang trong tình trạng nhiễm khuẩn hoặc tiềm ẩn nguy cơ nhiễm khuẩn. Da vùng phẫu thuật bị viêm loét.

#### 8) Thiết bị dụng cụ và khớp háng bán phần Pipolar.

- Khớp háng bán phần đồng bộ đủ cỡ số.
- Bộ trợ cụ thay khớp háng bán phần đầy đủ.

#### 9) Chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật.

- Khám lâm sàng và cận lâm sàng đầy đủ: đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.
- Đo đạc cẩn thận trước mổ: Rất quan trọng bao gồm: đo góc cổ thân, đo chiều dài cổ, đo đường kính chỏm bên lành trên phim xquang, ước tính góc cổ thân, chiều dài cổ và đường kính vòm chỏm của khớp lưỡng cực, xác định vị trí cắt cổ xương đùi. Tiếp theo cần đo đường kính của ống tuỷ để ước lượng cỡ chuôi. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng: nếu chỉ căn cứ vào kết quả đo đạc trên phim xquang thì chưa đủ, mà trong phẫu thuật vẫn phải đo lại, để chọn cỡ khớp phù hợp.
- Kháng sinh đường tĩnh mạch. Chúng tôi thường dùng nhóm Cephalosrin thế hệ thứ 3, 4.

#### 10) Kỹ thuật mổ.

- Vô cảm.
- Tư thế: bệnh nhân nằm nghiêng 90 độ về bên không thay khớp.
- Phẫu thuật viên đứng phía sau lưng bệnh nhân.
- Đường mổ: đường sau ngoài: Xác định hai điểm gai chậu sau trên, bờ sau mấu chuyển lớn và trục xương đùi: rạch da bắt đầu từ gai chậu sau trên cách khoảng 3 cm vòng ra phía trước đi qua bờ sau mấu chuyển lớn đi dọc xuống theo trục xương đùi từ 3-5 cm hoặc ngược lại nếu bên thay là bên trái. Đường mổ dài từ 10-12cm, rạch gân cơ theo đường rạch da, tách cơ mông lớn, giữ trọn vẹn mông nhỡ, chân được khép xoay trong nhẹ để thấy rõ nhóm cơ xoay, cắt cơ xoay tại điểm bám vào mấu chuyển lớn, cắt bao khớp hình chữ C, cắt cổ xương đùi, sau đó lấy chỏm xương đùi, xác định vị trí cắt: đường cắt vuông góc cổ xương đùi và cách mấu chuyển nhỏ khoảng 1-1,5cm, lấy bỏ phần cổ, chỏm kiểm tra ổ cối và đo đường kính chỏm xương đùi của bệnh nhân, lấy xương xóp còn lại ở mấu chuyển lớn và cổ xương đùi, đo và ráp ống tuỷ từ cỡ nhỏ đến cỡ lớn, thử chuôi, thử , bơm rửa ống tuỷ, thấm sạch máu, đặt chuôi vào ống tuỷ, lắp chỏm nhân tạo vào cổ, nắn chỉnh khớp nhân tạo, thử độ vững của khớp, bơm rửa sạch vùng mổ lần cuối, khâu phục hồi vết mổ, đặt dẫn lưu kín hút từ trong khớp.

#### 11) Chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật.

- Tiếp tục dùng kháng sinh sau phẫu thuật thường dùng 5-7 ngày. Rút dẫn lưu sau 24-48 giờ.
- Chụp Xquang khớp háng 2 bên và đến 1/3 trên 2 đùi trên 2 xương đùi sau mổ 1-2 ngày.
- Theo dõi, đánh giá diễn biến sau phẫu thuật. Cắt chỉ vết mổ sau 12-14 ngày nếu vết mổ liền tốt.
- Hướng dẫn bệnh nhân tập vận động thụ động, chủ động tăng dần ngày thứ 3 hay thứ 4 sau phẫu thuật.
- Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng theo quy trình. Lập phiếu theo dõi lâu dài.



**Quy trình phục hồi chức năng sau thay khớp háng**

**a) Ngay sau phẫu thuật.**

Những bài tập quan trọng cho lưu thông tuần hoàn của chi thể và phòng chống huyết khối tĩnh mạch sâu. Nó còn tăng sức cơ và cải thiện tầm vận động của khớp háng. Bệnh nhân có thể bắt đầu những bài tập này trong phòng bệnh trong ngày đầu tiên sau mổ: Gập duỗi bàn chân, xoay cổ chân, tập vận động khớp gối, tập dạng chân, tập cơ tứ đầu đùi, nâng chân.

**b) Những bài tập ở tư thế đứng.**

Ngày thứ 2-3 sau phẫu thuật bệnh nhân có thể tập các bài tập ở tư thế đứng. -Nâng gối, tập dạng khớp háng, tập duỗi khớp háng,

**c) Tập đi và vận động sớm.**

Sau vài ngày bệnh nhân có thể bắt đầu tập đi những đoạn ngắn trong phòng bệnh và tiến hành làm những động tác nhẹ nhàng: Tập đi với khung, chịu toàn bộ tải trọng, tập đi với gậy hoặc nạng, tập đi bộ.

**12) Đánh giá kết quả sau phẫu thuật.**

**+ Đánh giá kết quả gần (trong 3 tháng đầu sau phẫu thuật)**

\*Tai biến trong phẫu thuật: Gãy xương, tổn thương mạch máu, thần kinh.

\*Diễn biến tại vết mổ: Chảy máu qua dẫn lưu, qua băng gạc, nhiễm khuẩn vết mổ ( nông, sâu), liền vết mổ.

\*Trật khớp háng nhân tạo.

\*Quy trình tập vận động thụ động, chủ động của bệnh nhân sau phẫu thuật.

\*Chụp Xquang khớp háng sau mổ nhằm đánh giá: Vị trí chuôi, so le chi.

**+ Đánh giá kết quả với thời gian trên 3 tháng sau phẫu thuật.**

Mời bệnh nhân đến kiểm tra theo hẹn. Khám chức năng của khớp háng. Chụp Xquang khớp háng 2 bên để đánh giá.

**\*Đánh giá chức năng khớp háng nhân tạo:** Để đánh giá kết quả phẫu thuật chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn của Tác giả Harris dùng các tiêu chuẩn lâm sàng để đánh giá và cho điểm. Cụ thể:

**1. Đau.**

- Không đau hoặc không đáng kể (4đ).

- Đau rất nhẹ, thỉnh thoảng không ảnh hưởng đến các hoạt động trung bình, đôi khi đau vừa với các hoạt động khác thường; có thể phải dùng thuốc giảm đau như paracetamol (3đ).

- Đau vừa, có thể chịu được nhưng phải hạn chế một số hoạt động và công việc thông thường, có thể phải dùng thuốc giảm đau mạnh hơn Aspirin thường xuyên (2đ).

- Đau rõ rệt, ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt (1đ).

- Tàn phế, đau cả khi nằm nghỉ, bệnh nhân phải nằm liệt giường (0đ).

**2. Dáng đi khập khiễng.**

- Không (11đ) - Nhẹ (8đ) - Vừa (5đ) - nặng (0đ)

**3. Hỗ trợ khi đi bộ.**

- Không cần (11đ) - Gậy nếu đi xa (8đ) - Gậy thường xuyên (5đ) - 1 nạng (3đ)

- 2 gậy (2đ) - 2 nạng (0đ) - Không đi được (0đ)

**4. Khoảng cách đi bộ( một Block tương đương 80m)**

-Không hạn chế (11đ) -6 Block (8đ) -2 đến 3 Block (5đ)

-Chỉ ở trong nhà (2đ) -Chỉ ở trên giường, ghế (0đ)

**5. Lên xuống cầu thang.**

-Bình thường không cần tay vịn (4đ) -Bình thường nhưng cần tay vịn (2đ)

-Dùng cách khác (1đ) -Không thể (0đ)

**6. Mang giày tất.**

- Dễ (4đ) - Khó (2đ) - Không thể (0đ)

**7. Ngồi.**

-Thoải mái với mọi ghế trong 1 giờ (5đ), -Thoải mái với ghế cao trong nửa giờ (3đ)

- Không thoải mái với bất kỳ ghế nào (0đ)

**8. Sử dụng phương tiện giao thông công cộng.**

- Có thể (1đ) - Không thể (0đ)

**9. Biến dạng chi.**

- Bình thường (4đ) - Háng co rút gấp > 30độ (0đ) - Háng xoay trong >10 độ (0đ) - Háng co rút khép >10 độ (0đ)
- So le chi >3,2 cm (0đ)

**10. Biên độ vận động.**

- Gấp/ duỗi - Dạng /khép - Xoay trong/ xoay ngoài

=> Tổng biên độ vận động:

- Từ 211 – 300 độ (5đ) - Từ 161 – 210 độ (4đ) - Từ 101 – 160 độ (3đ)
- Từ 61 – 100 độ (2đ) - Từ 31 – 60 độ (1đ) - Từ 0 – 30 độ (0đ)

**TỔNG ĐIỂM THEO THANG ĐIỂM HARRIS.**

- Từ 90 đến 100 đ: **Rất tốt**
- Từ 80 đến 89 đ : **Tốt**
- Từ 70 đến 78 đ : **Trung bình**
- Dưới 70 điểm : **Kém**

+ **Đánh giá X quang:** Chủ yếu phát hiện các biến chứng như : Mòn ổ cối, lỏng chuôi, tiêu xương, gãy xương... So sánh kết quả giữa các lần chụp.

**13) Phương pháp xử lý số liệu.**

Số liệu được lấy bằng phiếu thu thập số liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và toán thống kê.

Dùng phép kiểm chi bình phương để so sánh các tỉ lệ biến chứng, tai biến.

**III/ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:**

Từ 09/2018 đến 07/2019 có 60 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp hang Bipolar thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh, có 2 bệnh nhân trở nặng (viêm phổi nặng/lao phổi cũ đã điều trị ổn) phải chuyển Khoa ICU sau đó xin về xem như tử vong (sau mổ khoảng 1 tuần) . Chúng tôi theo dõi được 58 trường hợp tái khám ít nhất 2 lần, thời gian theo dõi trung bình là khoảng 5 tháng, ít nhất là 2 tháng, dài nhất là 9 tháng, trong quá trình theo dõi có một số lần phải liên lạc qua điện thoại.

**A. ĐẶC ĐIỂM PHÂN BỐ SỐ LIỆU****1. Tuổi và giới**

Chúng tôi chia ra 2 nhóm tuổi từ 60-75 tuổi và >75 tuổi và theo giới.

*Bảng 1: Tuổi và giới (n=60)*

Tuổi	Từ 60 đến 75	>75	Cộng
Nữ	21 (56,75)	16 (43,25)	37
Nam	14 (60,87)	9 (39,13)	23
Cộng	35	25	60

Tuổi trung bình 72,4 tuổi, thấp nhất là 60 tuổi, cao nhất là 89 tuổi

**2. Nguyên nhân chấn thương (n=60)**

Hai nhóm chính là tai nạn sinh hoạt và tai nạn giao thông

- Tai nạn sinh hoạt: 59 BN chiếm (98,33%)
- Tai nạn giao thông: Chạy xe té chống chân, 1 BN chiếm (1,67%)
- Kết quả cho thấy chủ yếu là do tai nạn sinh hoạt.

**3. Thời gian từ khi gãy đến khi phẫu thuật (tuổi ổ gãy):**

Chia ra 3 nhóm <1 tuần; 2-4 tuần; 4-6 tuần.

Bảng 2: Tuổi ổ gãy

Tuổi ổ gãy	Số lượng	Tỉ lệ%
<1 tuần	19	31,67
2-4 tuần	33	55
4-6 tuần	8	13,33
Tổng	60	100

**4. Vị trí ổ gãy (n=60)**

- Gãy cổ xương đùi trái: 39 ca, chiếm 65%.
- Gãy cổ xương đùi phải: 21 ca, chiếm 35%.
- Bên trái nhiều hơn bên phải.

**5. Các bệnh lý nội khoa kết hợp (n=60)**

Các bệnh lý nội khoa kết hợp bao gồm: - Bệnh tim mạch. - Tiểu đường. - Tai biến mạch máu não.

Bảng 3: Các bệnh lý nội khoa kết hợp

Bệnh nội khoa kèm theo	Số BN	Tỉ lệ (%)
Tim mạch	17	28,33
Tiểu đường	22	36,67
Tai biến mạch máu não	1	1,67

**6. Thời gian mổ: (n=60)**

Thời gian mổ trung bình: 75,7 phút, ngắn nhất 55 phút, dài nhất 120 phút.

**8. Loại khớp: (n=60)**

Chúng tôi đã sử dụng khớp của nhiều hãng sản xuất khác nhau. Có 1 trường hợp phải sử dụng có xi măng.

**9. Số bệnh nhân truyền máu (n=60).**

Tổng cộng có 7 BN phải truyền máu sau mổ chiếm 11,67%, có 53 BN không truyền máu chiếm 88,33%.tất cả truyền 250ml hồng cầu lắng

**B. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ****1. Kết quả gần****a. Diễn biến tại vết mổ (n=60)**

- Lành vết mổ thì đầu: 59 BN.
- Nhiễm khuẩn sâu: 0 BN.
- Nhiễm khuẩn nông: 03 BN.
- Viêm tấy mép da: 01 BN.
- Máu tụ vết mổ cần phải mổ lấy: 0 BN.

**b. So le chi (n=60)**

- Ngắn chi từ 0-1cm: 7 BN.
- Ngắn chi từ 1-3,2cm: 3BN.
- Tổng số: 10 ca (16,6%).
- Không có ca nào ngắn chi >3,2cm.

**2. Kết quả xa (theo Harris)****Mức độ đau**

Bảng 4: Mức độ đau (bn=58)

Mức độ đau	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Không đau (44đ)	31	53,44
Có, nhưng không đáng kể (40đ)	14	24,14
Có, dùng thuốc giảm đau như Aspirin (30đ)	8	13,80
Đau vừa dùng thuốc giảm đau mạnh hơn Aspirin (20đ)	3	5,17
Đau nhiều, hạn chế vận động nhiều (10đ)	2	3,45
Tàn phế, mất chức năng hoàn toàn (0đ)	0	0,00
Tổng	58	100

Chúng tôi thấy, có 45/58 chiếm 77,58%, không đau hoặc đau nhẹ không ảnh hưởng đến vận động (không phải dùng thuốc giảm đau).

### Dáng đi

Bảng 5: Dáng đi (n=58)

Dáng đi	Số BN	Tỉ lệ (%)
Bình thường (11đ)	32	55,17
Khập khểnh nhẹ (8đ)	15	25,86
Khập khểnh vừa (5đ)	5	8,62
Khập khểnh nặng (0đ)	6	10,35
Tổng cộng		

Số bệnh nhân đi bình thường hoặc khập khểnh nhẹ là 47/58, chiếm 81,03%.

### Dụng cụ hỗ trợ

Bảng 6: Hỗ trợ dụng cụ

Dụng cụ hỗ trợ	Số BN	Tỉ lệ (%)
Không cần (11đ)	37	63,80
Dùng gậy khi đi bộ (7đ)	10	17,24
Dùng gậy phần lớn thời gian (5đ)	4	6,89
Dùng 1 nạng (3đ)	0	0
Dùng 2 gậy (2đ)	2	3,45
Dùng 2 nạng (0đ)	0	0
Không thể đi bộ (0đ)	5	8,62
Tổng cộng	58	100%

Số bệnh nhân không cần dụng cụ hỗ trợ hoặc chỉ dùng gậy khi đi bộ là 47/58 chiếm 81,03%.

### 3. Kết quả chung

Theo Harris kết quả chung là rất tốt, tốt, trung bình và kém được trình bày theo bảng sau:

Bảng 7: Kết quả lâm sàng theo Harris (n=58)

Mức độ	Số BN	Tỉ lệ %
Rất tốt (90-100đ)	31	53,44
Tốt (80-89đ)	10	17,24
Trung bình (70-79đ)	9	15,52
Kém (dưới 70đ)	8	13,80
Tổng	58	100%

\*Tổng số rất tốt và tốt là 41BN, chiếm 70,68%.

### C. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

- Tai biến trong mổ: 0 BN
- Biến chứng gân: 03 ca nhiễm trùng sau mổ, nhiễm trùng vết mổ nông, thuyên tắc mạch: 0, trật khớp háng 3 bệnh nhân, sau đó được nắn lại và ổn định, 2 trường hợp do té, 1 trường hợp do di chứng TBMNN không kiểm soát vận động
- Tử vong: Có 2 ca bị suy hô hấp cấp/ lao phổi củ tử vong sau 10 ngày.

## IV/ BÀN LUẬN

### 1. Các yếu tố dịch tễ

GCXD liên quan nhiều đến tuổi và giới. Các BN cao tuổi thường có loãng xương, các bề xương ở vùng đầu trên xương đùi bị giảm mật độ, cổ xương đùi trở nên yếu, đến mức các chấn thương rất nhẹ (trượt chân, ngã ngò...) cũng có thể gây gãy. Trong n/c của chúng tôi, số BN GCXD do tai nạn sinh hoạt chiếm đa số (59/60).

Tỉ lệ mắc bệnh ở 2 giới cũng có sự chênh lệch đáng kể. Nguyên nhân là do nội tiết và đặc điểm sinh lý của phụ nữ: mất nhiều canxi trong quá trình mang thai, đặc biệt trong giai đoạn mãn kinh

thì sự mất canxi càng trầm trọng. Theo các tác giả, sau 50 tuổi, tỉ lệ GCXD ở nữ giới cao so với nam giới và nguy cơ gãy xương cũng cao hơn. Trong nhóm của chúng tôi, tỉ lệ nữ/nam= 35/25.

#### **a. Tuổi và chỉ định**

Tuổi là yếu tố quan trọng trong nhiều yếu tố phải tính đến để có chỉ định phù hợp. Kinh điển thay khớp háng nói chung hay khớp háng bán phần nói riêng được chỉ định cho bệnh nhân cao tuổi còn khả năng đi lại ở mức độ vừa. Tuy nhiên, tuổi càng cao thì nhu cầu hoạt động càng giảm, nên càng thích hợp với khớp háng bán phần. Còn tuổi trẻ cần lao động, hoạt động nhiều nên không thích hợp cho phẫu thuật thay khớp háng bán phần.

Vấn đề còn được bàn luận nhiều là lựa chọn phẫu thuật nào cho GCXD.

-Với gãy không hoặc ít di lệch (Garden 1), chất lượng xương còn tương đối tốt, có thể điều trị bảo tồn

-Nhưng với GCXD di lệch (Garden 3,4), hoặc với những bệnh nhân loãng xương nặng, thì việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp là không hề đơn giản do biến chứng không liền xương và hoại tử chỏm cao.

Người cao tuổi ( $\geq 60$  tuổi) GCXD liên quan nhiều đến tình trạng loãng xương. Thậm chí có tác giả còn coi đây là một gãy xương do bệnh lý. Do vậy, nếu lựa chọn KHX thì nguy cơ không liền xương, hoại tử chỏm, mô lại rất cao.

#### **b. Nguyên nhân chấn thương**

Kết quả của chúng tôi tỉ lệ gãy cổ xương đùi do tai nạn sinh hoạt chiếm đa số (98,33%), theo chúng tôi có thể do bệnh nhân cao tuổi, xương không còn chắc hay

#### **c. Vị trí ổ gãy**

Số lượng bên trái gãy nhiều hơn bên phải 39BN (65%) và 21BN (35%), có lẽ đa số bên phải là thuận nên ít gãy hơn. 4.1.5 Các bệnh lý nội khoa kết hợp

#### **d. Thời gian mổ**

- Thời gian mổ trung bình: 75,7 phút.

- Ngắn nhất 55 phút, dài nhất 120 phút..

So với tác giả Nhâm Sỹ Đức thời gian trung bình 50 phút, của chúng tôi có dài hơn có lẽ một số ca đầu tiên chúng tôi mới triển khai khi tiến hành phẫu thuật làm cẩn thận nên thời gian mổ của chúng tôi dài hơn.

## **2. Kết quả điều trị**

### **Về mức độ giảm đau**

Trong NC của chúng tôi BN không đau có 47/58 (70,68%), hoặc chỉ đau rất ít không cần dùng thuốc giảm đau kết quả này giúp cho số lượng lớn bệnh nhân trở lại sinh hoạt gần như bình thường. Vì không đau hoặc ít đau nên BN có thể tập PHCN tốt hơn, khớp háng khôi phục chức năng tốt hơn. Điều này cho thấy ưu thế của PT thay khớp bán phần so với PT KHX.

### **Khả năng đi lại**

Khả năng đi lại của BN xác định theo 3 tiêu chuẩn: Dáng đi, nhu cầu dùng dụng cụ hỗ trợ, khoảng cách đi bộ.

Trong số 47/58 (70,68%), khả năng đi lại sau khi thay khớp được khôi phục tới 47 BN phần lớn các BN đều tự phục vụ đáp ứng các nhu cầu sinh hoạt hàng ngày (trừ

### **Kết quả lâm sàng**

Trong NC của chúng tôi, kết quả chung theo Harris: tốt và rất tốt chiếm 41/58 BN (70,68%).

So với kết quả NC của tác giả Nhâm Sỹ Đức 2007: 89,2%, : So sánh kết quả với một số nghiên cứu khác.

#### **Bảng 8.**

Tác giả	Số BN (n)	Tỉ lệ tốt và rất tốt (%)	p
Nhâm Sỹ Đức	40	89,20	P=0.0531

Các chỉ số quan trọng của Harris là mức độ giảm đau và khả năng đi lại đã đạt điểm khá cao sau PT thay khớp háng bán phần.

### 3 .Tai biến, biến chứng.

#### **Tai biến trong mổ.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp các tai biến như: Tổn thương mạch máu thần kinh, gãy xương, tử vong...theo chúng tôi, nguyên nhân có lẽ do số lượng mổ còn ít, do công tác chuẩn bị trước cẩn thận, kỹ thuật mổ và GMHS tốt.

#### **Biến chứng gần.**

Các biến chứng quan trọng có thể gặp sau thay khớp háng nói chung bao gồm: 3 BN trật khớp háng nhân tạo nhưng sau đó được nắn lại ổn định, 3 BN nhiễm khuẩn vết mổ nông, chỉ chăm sóc tại chỗ, không cần phẫu thuật. Không có BN nào bị thuyên tắc mạch.

#### **Biến chứng xa.**

Các biến chứng xa như mòn ổ cối, lỏng chuôi, mất vững khớp háng chúng tôi đang tiếp tục theo dõi.

### **V/ KẾT LUẬN**

Gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi nếu được phẫu thuật thay khớp háng bán phần Bipolar sớm sẽ giúp số lượng lớn bệnh nhân giảm đau đớn, bớt thời gian nằm bệnh, hòa nhập lại với cuộc sống hàng ngày, giảm nguy cơ tử vong do nằm một chỗ, cải thiện chất lượng sống cho người bệnh tốt hơn.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

#### **TIẾNG VIỆT**

1. Đặng Hoàng Anh (2001), Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần, luận văn thạc sỹ y học, Học viện quân y.
2. Nguyễn Tiến Bình (2000), Đánh giá kết quả sau thay khớp háng toàn phần và bán phần, Tổng Hội Y Học Việt Nam, tr.36-38.
3. Nguyễn Tiến Bình (2003), “Kinh nghiệm 10 năm phẫu thuật thay khớp háng tại bệnh viện TWQĐ 108”, tạp chí y học Việt Nam, tập 192, tr.75-80.
4. Lê Văn Cường (2002), Bộ giảng: giải phẫu học, NXB Y Học, nhà máy in nông nghiệp và PTNT Thủ Đức – Hồ Chí Minh. Tr.151-161.
5. Nhâm Sỹ Đức (2007), Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần Bipolar, luận văn thạc sỹ, Hà Nội.

#### **TIẾNG ANH**

1. Bochner R.M et al (1998), “ Bipolar hemiarthroplasty for fracture of th femoral neck. Clinical review with special emphasis on prosthetic motion”. JBJS (am), 70, pp 1001-1010

## **ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VÀ HÀNH VI CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TRONG VIỆC PHÂN LOẠI, THU GOM CHẤT THẢI Y TẾ TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2019**

*Trần Thị Thu Vân, Phạm Thị Phương Thùy,  
Bùi Thị Mỹ Phương, Trần Thanh Hải*

### **I. TÓM TẮT**

Nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá kiến thức và hành vi của nhân viên y tế trong việc thu gom, phân loại chất thải y tế tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

Nghiên cứu được sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, được tiến hành từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2019 trên 200 nhân viên y tế tại 22 khoa Lâm sàng của Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Nhân viên y tế rất quan tâm đến công tác quản lý chất thải y tế bệnh viện, trong đó có 89,50% nhân viên y tế tham gia tập huấn quản lý chất thải và hướng dẫn người bệnh, thân nhân bỏ chất thải đúng quy định chiếm 99,5%.

Kiến thức định nghĩa về chất thải y tế, chất thải y tế nguy hại chứa yếu tố lây nhiễm, định nghĩa chất thải lây nhiễm, bao bì dụng cụ (túi, thùng, hộp) màu vàng đựng chất thải lây nhiễm, bao bì dụng cụ (túi, thùng, hộp) màu đen đựng chất thải nguy hại không lây nhiễm, bao bì dụng cụ (túi, thùng, hộp) màu trắng đựng chất thải y tế thông thường được phép tái chế, bao bì dụng cụ (túi, thùng, hộp) màu xanh đựng chất thải y tế thông thường đều đạt tỷ lệ cao từ 80% - 90%. Riêng kiến thức về văn bản quy định về quản lý chất thải y tế chỉ đạt 36,11% của bác sĩ, của điều dưỡng 39,49% và của hộ lý 0%.

Đối với kiến thức về phân loại chất thải lây nhiễm sắc nhọn, chất thải lây nhiễm của bác sĩ đạt 77,78%, của điều dưỡng 83,44%, của hộ lý đạt 57,14%. Tuy nhiên, kiến thức đúng về phân loại chất thải nguy hại không lây nhiễm dạng rắn của bác sĩ chỉ đạt 41,67%, của điều dưỡng đạt 49,04 %, hộ lý đạt 14,29%.

#### **Abstract**

This study was conducted to assess the knowledge and behavior of medical staff in the collection and classification of medical waste in clinical departments of An Giang General Hospital.

The study used a cross-sectional method, conducted from March to September 2019 on 200 medical staff in 22 Clinical departments of An Giang General Hospital.

The results show that: Medical staff are very interested in the hospital waste management, of which 89.50% of medical staff participate in waste management training and guide patients. , relatives dispose of waste as prescribed, accounting for 99.5%.

Knowledge of the definition of medical waste, hazardous medical waste containing infectious factors, definition of infectious waste, equipment packaging (bags, bins, boxes) in yellow containing contagious waste, packaging black equipment (bags, bins, boxes) containing non-contagious hazardous wastes, white packaging of instruments (bags, bins, boxes) for ordinary medical wastes which are allowed to be recycled and their packaging ( blue bags, bins, boxes) usually contain 80% - 90% of the common medical waste. Particularly, knowledge of legal documents on medical waste management is only 36.11% of physicians, 39.49% of nurses and 0% of nurse's aid.

For the knowledge on the sharp classification of infectious waste, the infectious waste of doctors was 77.78%, nurses was 83.44%, and nurse's aid was 57.14%. However, the right

knowledge about the classification of hazardous non-communicable solid waste of doctors was only 41.67%, that of nurses was 49.04%, and nurse's aid were 14.29%.

## II. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc, bảo vệ nâng cao sức khỏe nhân dân là nhiệm vụ quan trọng của ngành y tế. Trong quá trình hoạt động bệnh viện đã thải ra một khối lượng lớn chất thải, trong đó chất thải nguy hại là yếu tố nguy cơ làm ô nhiễm môi trường và lây lan mầm bệnh ra cộng đồng. Vì vậy cần phải kiểm soát chặt chẽ để đảm bảo môi trường an toàn cho nhân viên y tế và cho cộng đồng.

Bộ Y tế và Bộ Tài nguyên và Môi trường đã ban hành Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT ngày 31/12/2015 quy định về quản lý chất thải y tế, tuy nhiên chưa có cuộc điều tra nào tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang về kiến thức và hành vi của nhân viên y tế trong công tác phân loại, thu gom chất thải y tế.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài “*đánh giá kiến thức và hành vi của nhân viên y tế trong việc thu gom, phân loại chất thải y tế tại các khoa lâm sàng bệnh viện đktt an giang năm 2019*” nhằm xác định được kiến thức và hành vi của nhân viên y tế trong công tác phân loại, thu gom chất thải y tế để đề xuất các giải pháp nhằm nâng cao kiến thức, hành vi của nhân viên y tế về phân loại chất thải y tế góp phần làm giảm đáng kể khối lượng chất thải nguy hại phát sinh và giảm được chi phí xử lý chất thải nguy hại của bệnh viện và từ đó đề xuất giải pháp quản lý chất thải y tế phù hợp, nâng cao hiệu quả quản lý chất thải y tế.

## III. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

#### 1.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 03/2019 đến tháng 09/2019 tại các khoa lâm sàng Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

#### 1.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn: Bác sĩ, Điều dưỡng, hộ lý của các Khoa lâm sàng.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn ngẫu nhiên 200 nhân viên y tế.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

Phương pháp thu thập số liệu: Khảo sát dựa vào phiếu điều tra theo bộ câu hỏi đã chuẩn bị trước (Dựa theo nội dung hướng dẫn Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT/BYT-BTNMT ngày 31/12/2015).

### 3. Xử lý số liệu

Phương pháp nhập liệu: Phần mềm Epidata 3.1

Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 12.0

## IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Thông tin về đối tượng nghiên cứu

Đối tượng	Giới tính				Thâm niên công tác (năm)					
	Nam	%	Nữ	%	<5	%	5-10	%	>10	%
Bác sĩ	12	33,33	24	66,67	20	55,56	05	13,89	11	30,56
Đ.đưỡng	55	35,03	102	64,97	56	35,67	40	25,48	61	39,35
Hộ lý	0	0,0	07	100	0	0,0	0	0,0	07	100



**Nhận xét:** Đối tượng tham gia khảo sát chủ yếu là bác sĩ nữ chiếm 66,67% và điều dưỡng nữ chiếm 64,97%, cao hơn các đối tượng khác.

## 2. Mức độ quan tâm của đối tượng nghiên cứu với công tác quản lý chất thải y tế và hành vi của nhân viên y tế

*Bảng 2: Sự quan tâm của đối tượng nghiên cứu về công tác quản lý chất thải*

Đối tượng	Tham gia tập huấn phổ biến kiến thức về quản lý chất thải y tế hàng năm				Hướng dẫn người bệnh, thân nhân bỏ chất thải đúng			
	Có	%	Không	%	Có	%	Không	%
Bác sĩ	25	69,44	11	30,56	36	100	0	0,0
Đ.đưỡng	147	93,63	10	6,37	156	99,36	01	0,64
Hộ lý	07	100	0	0,0	07	100	0	0,0
Tổng	179	89,50	21	10,50	199	99,50	01	0,50

**Nhận xét:** Mức độ quan tâm của đối tượng nghiên cứu về tham gia tập huấn phổ biến kiến thức về quản lý chất thải y tế chiếm 89,50%, hướng dẫn người bệnh, thân nhân bỏ chất thải đúng chiếm 99,50%.

## 3. Kiến thức cơ bản của đối tượng nghiên cứu về quy định quản lý chất thải y tế

*Bảng 3: Kiến thức của nhân viên y tế về chất thải y tế*

Kiến thức về CTYT	Bác sĩ				Điều dưỡng				Hộ lý			
	Đúng		Sai		Đúng		Sai		Đúng		Sai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Quy định về QLCTYT	13	36,11	23	63,89	62	39,49	95	60,51	0	0,0	07	100
Định nghĩa về chất thải y tế	36	100	0	0,0	153	97,45	04	2,55	07	100	0	0,0
CTYT nguy hại chứa yếu tố lây nhiễm	35	97,22	01	2,78	136	86,62	21	13,38	07	100	0	0,0
Định nghĩa CT lây nhiễm	35	97,22	01	2,78	150	95,54	07	4,46	07	100	0	0,0
Bao bì d/cụ (túi, thùng, hộp) màu vàng	33	91,67	03	8,33	146	92,99	11	7,01	07	100	0	0,0
Bao bì d/cụ (túi, thùng, hộp) màu đen	32	88,89	04	11,11	135	85,99	22	14,01	02	28,57	05	71,43
Bao bì d/cụ (túi, thùng, hộp) màu trắng	35	97,22	01	2,78	146	92,99	11	7,01	07	100	0	0,0
Bao bì d/cụ (túi, thùng, hộp) màu xanh	34	94,44	02	5,56	150	95,54	07	4,46	07	100	0	0,0
Phân loại CT đúng nhiệt kế thủy ngân	28	77,78	08	22,22	98	62,42	59	37,58	03	42,86	04	57,14
Giá trị P	P= 0,179											

**Nhận xét:** Số liệu ở bảng 3 cho thấy kiến thức đúng quy định về quản lý chất thải y tế của bác sĩ chỉ đạt 36,11%, của điều dưỡng 39,49%, của hộ lý 0 %.

Kiến thức đúng về phân loại chất thải nhiệt kế thủy ngân của bác sĩ đạt 77,78%, của điều dưỡng đạt 62,42%, của hộ lý 42,86%.

Kiến thức đúng của các đối tượng về các nội dung liên quan khác như: định nghĩa về CTYT, CTYT nguy hại chứa yếu tố lây nhiễm, định nghĩa CT lây nhiễm, bao bì dụng cụ (túi, thùng, hộp) màu vàng, bao bì dụng cụ (túi, thùng, hộp) màu đen, bao bì dụng cụ (túi, thùng, hộp) màu trắng, bao bì dụng cụ (túi, thùng, hộp) màu xanh đều đạt tỷ lệ cao. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### 4. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về phân loại CTYT

Bảng 4: Kiến thức nhân viên y tế về phân loại CTYT

Kiến thức về phân loại CTYT	Bác sĩ				Điều dưỡng				Hộ lý			
	Đúng		Sai		Đúng		Sai		Đúng		Sai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Phân loại CTYT phát sinh	32	88,89	04	11,11	145	92,36	12	7,64	05	71,43	02	28,57
Phân loại CT lây nhiễm sắc nhọn	28	77,78	08	22,22	131	83,44	26	16,56	04	57,14	03	42,86
Phân loại CT lây nhiễm	28	77,78	08	22,22	131	83,44	26	16,56	04	57,14	03	42,86
Phân loại CT y tế thông thường	33	91,67	03	8,33	153	97,45	04	2,55	07	100	0	0,0
Phân loại CT y tế thông thường được phép tái chế	30	83,33	06	16,67	139	88,54	18	11,46	07	100	0	0,0
Phân loại CT nguy hại không lây nhiễm dạng rắn	15	41,67	21	58,33	77	49,04	80	50,96	01	14,29	06	85,71
Phân loại bông, băng gạc dính máu, dịch tiết người bệnh	34	94,44	02	5,56	151	96,18	06	3,82	06	85,71	01	14,29
Giá trị P	P= 0,663											

**Nhận xét:** Kiến thức đúng về phân loại chất thải nguy hại không lây nhiễm dạng rắn của bác sĩ chỉ đạt 41,67, của điều dưỡng đạt 49,04, hộ lý đạt 14,29.

Kiến thức đúng về phân loại chất thải lây nhiễm sắc nhọn, phân loại chất thải lây nhiễm của bác sĩ đạt 77,78%, của điều dưỡng 83,44%, của hộ lý đạt 57,14%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### 5. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về thu gom CTYT

Bảng 5: kiến thức nhân viên y tế về thu gom CTYT

Kiến thức về phân loại CTYT	Bác sĩ				Điều dưỡng				Hộ lý			
	Đúng		Sai		Đúng		Sai		Đúng		Sai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Định nghĩa thu gom CTYT	34	94,44	02	5,56	142	90,45	15	9,55	07	100	0	0,0
Tần suất thu gom về nơi lưu giữ CTYT	34	94,44	02	5,56	146	92,99	11	7,01	06	85,71	01	14,29
Giá trị P	P= 0,809											

**Nhận xét:** Số liệu ở bảng 5 cho thấy kiến thức đúng về thu gom CTYT và tần suất thu gom về nơi lưu giữ CTYT đều đạt tỷ lệ cao. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

## V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

### 1. KẾT LUẬN

- ✚ Mức độ quan tâm của đối tượng nghiên cứu với công tác quản lý chất thải y tế và hành vi của nhân viên y tế

Chất thải y tế là vấn đề rất quan trọng trong hoạt động của bệnh viện, ngoài kiến thức về chất thải y tế, thì thái độ và hành vi của nhân viên cũng hết sức quan trọng. Trong nghiên cứu này, nhân viên y tế có hành vi rất tốt, tham gia tập huấn phổ biến kiến thức về quản lý chất thải y tế chiếm 89,5%, hướng dẫn và nhắc nhở người bệnh, thân nhân về việc bỏ rác đúng nơi quy định chiếm tỷ lệ rất cao 99,5%.

- ✚ Kiến thức cơ bản của đối tượng nghiên cứu về quy định về quản lý chất thải y tế

Bệnh viện Đa Khoa Trung tâm An Giang áp dụng Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT ngày 31/12/2015 trong vấn đề phân loại, thu gom và xử lý rác thải y tế. Điều tất yếu là tất cả nhân viên làm việc trong bệnh viện đều phải biết quyết định này, tuy nhiên từ kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ chỉ đạt 36,11% của bác sĩ, của điều dưỡng 39,49% và của hộ lý 0%.

Kiến thức đúng của các đối tượng về các nội dung liên quan khác như: định nghĩa về CTYT, CTYT nguy hại chứa yếu tố lây nhiễm, định nghĩa CT lây nhiễm, bao bì dụng cụ (túi, thùng, hộp) màu vàng, bao bì dụng cụ (túi, thùng, hộp) màu đen, bao bì dụng cụ (túi, thùng, hộp) màu trắng, bao bì dụng cụ (túi, thùng, hộp) màu xanh đều đạt tỷ lệ cao. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### ✚ Kiến thức về phân loại chất thải y tế

Đề phân loại chất thải đúng quy định đòi hỏi nhân viên y tế phải nắm vững kiến thức về phân loại chất thải y tế. Kết quả nghiên cứu cho thấy, kiến thức đúng về phân loại chất thải nhiệt kế thủy ngân của bác sĩ đạt 77,78%, của điều dưỡng đạt 62,42% và của hộ lý đạt 42,68%. Loại chất thải dễ nhầm lẫn với chất thải lây nhiễm sắc nhọn do khi vỡ cũng có thể gây tổn thương.

Kiến thức đúng về phân loại chất thải nguy hại không lây nhiễm dạng rắn của bác sĩ chỉ đạt 41,67, của điều dưỡng đạt 49,04, hộ lý đạt 14,29.

Kiến thức đúng về phân loại chất thải lây nhiễm sắc nhọn, phân loại chất thải lây nhiễm của bác sĩ đạt 77,78%, của điều dưỡng 83,44%, của hộ lý đạt 57,14%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### ✚ Kiến thức về thu gom chất thải y tế

Kiến thức đúng về thu gom CTYT và tần suất thu gom về nơi lưu giữ CTYT đều đạt tỷ lệ cao

## 2. KIẾN NGHỊ

- Tổ chức tập huấn, cập nhật kiến thức về công tác quản lý và xử lý chất thải y tế cho nhân viên y tế trong bệnh viện hàng năm.
- Truyền thông về chất thải y tế trong bệnh viện: các Khoa lâm sàng dán poster tuyên truyền về chất thải y tế trên bảng truyền thông của Khoa và nhiều nơi dễ đọc, dễ nhìn thấy trong bệnh viện.
- Giám sát, kiểm tra, nhắc nhở việc thực hiện phân loại rác tại nơi phát sinh.

## VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế và Bộ Tài nguyên và Môi trường (2015), Quy định quản lý chất thải y tế, Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ tài nguyên và Môi trường.
2. Bộ Tài nguyên Môi trường (2015), Báo cáo hiện trạng môi trường quốc gia giai đoạn 2011-2015.
3. Nguyễn Thị Thu Trang (2012), *Thực trạng quản lý, xử lý chất thải rắn y tế tại bệnh viện đa khoa Nam Định*, Luận văn thạc sỹ, Đại học khoa học tự nhiên, TP. Hồ Chí Minh.
4. 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.
5. Bộ Y tế (2015), Quản lý chất thải y tế, NXB Y học, Hà Nội.
6. WHO (2006), Healthcare Waste Management Handbook, May 2006.
7. [http://repository.vnu.edu.vn/bitstream/VNU\\_123/9466/1/01050000758.pdf](http://repository.vnu.edu.vn/bitstream/VNU_123/9466/1/01050000758.pdf).
8. <http://vea.gov.vn/vn/truyenthong/tapchimt/cccs/Pages>
9. <file:///C:/Users/ADMIN/Desktop/khao-sat-kien-thuc-thai-do-hanh-vi-ve-chat-thai-y-te-cua-nhan-vien-y-te-cn-duong-duy-quang.htm>

## **ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ VỀ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ Y TẾ TẠI BVĐK TT AN GIANG**

*Phạm Hòa Lợi, Lê Nguyễn Quang Thái, Hà Việt Trúc*

### **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, cung cách phục vụ đối với người bệnh và cải tiến chất lượng dịch vụ y tế.*

*Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.*

*Phương pháp nghiên cứu: Người bệnh đến khám bệnh ngoại trú. Thực hiện chọn mẫu liên tiếp, phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân bằng bộ câu hỏi phỏng vấn thiết kế sẵn (mẫu của BYT) đánh dấu chéo tùy theo mức nhận xét từ mức 1 đến mức 5 ứng với từng câu hỏi. Dùng phần mềm SPSS 20.0 phân tích số liệu.*

*Kết quả: 200 người tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 08/2019, từ kết quả nghiên cứu cho chúng ta thấy rằng hưởng can thiệp của chúng tôi có hiệu quả. Trước can thiệp hài lòng thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế: 86.5% và mức độ bình thường là: 11.25%, không hài lòng 2.25%, sau can thiệp hài lòng chung về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế: 88.75% và mức độ bình thường là: 11.25%, không hài lòng 0%.*

*Kết luận: Từ nghiên cứu cho thấy chỉ số mức độ hài lòng của người bệnh đạt tỷ lệ gần 86.5%, sau khi cải tiến chất lượng dịch vụ y tế ở D1, D2 đạt hiệu quả hài lòng 88.75%. 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**

*Problem: The patient's satisfaction is an important criterion for assessing the quality of health service delivery at health facilities, also to assess the hospital brand in the way patients serve patients.*

*Objective: Evaluate the quality of medical services, how to serve patients and improve the quality of health services.*

*Research design: Cross-sectional description.*

*Research methods: The patients come to the hospital for outpatient visits. Performing a continuous sample selection, directly interviewing patients with pre-designed interview questionnaires (form of BYT), cross-marking depending on the level of comments from level 1 to level 5 for each question. Using SPSS 20.0 software to analyze data.*

*Result: 200 people participated in the study from January 2018 to August 2019, from the research results, we find that our intervention is effective. Before the intervention satisfied the behavior, the professional capacity of medical staff: 86.5% and the normal level is: 11.25%, 2.25% dissatisfied, after general satisfaction intervention on behavior, Professional capacity of medical staff: 88.75% and normal level: 11.25%, 0% dissatisfaction.*

*Conclusion: From the research, it shows that the satisfaction index of patients is nearly 86.5%, after improving the quality of health services in D1, D2, 88.75% achieved satisfactory results. This level, despite being in a good position, is still modest compared to the patients' expectations.*

### **I- ĐẶT VẤN ĐỀ**

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, sự hài lòng của người bệnh phản ánh kết quả đầu ra của các dịch vụ chăm sóc sức

khỏe y tế. Chỉ số hài lòng của người bệnh giúp đo lường sự đáp ứng của các cơ sở y tế đối với những mong đợi của người bệnh đối với các dịch vụ y tế, giúp bệnh viện cải tiến chất lượng phục vụ và chất lượng chuyên môn.

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.

Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang hàng năm tiếp nhận hàng trăm nghìn lượt người bệnh đến khám ngoại trú và điều trị nội trú. Trước tình trạng số lượng người bệnh 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.

Nhằm đánh giá chất lượng cung cấp dịch vụ y tế và cung cách phục vụ đối với người bệnh để hướng tới hài lòng người bệnh nên chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài này.

## II- MỤC TIÊU

Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh ngoại trú khi đến khám bệnh tại Bệnh viện Đa khoa TT An Giang theo từng quý.

Tìm hiểu những yếu tố người bệnh chưa thực sự hài lòng để có hướng cải tiến phục vụ tốt hơn.

So sánh mức độ hài lòng của người bệnh ngoại trú theo từng quý.

## III- ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh đến khám bệnh ngoại trú từ tháng 01/2019 đến 08/2019. Bao gồm những người bệnh >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.

Người bệnh đến khám bệnh ngoại trú từ tháng 01/2019 đến 08/2019, 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, các câu hỏi được cho điểm từ 1 đến 5.

### Cỡ mẫu: Chúng tôi thu thập theo báo cáo hàng quý do bộ y tế quy định.

Các nhóm câu hỏi phỏng vấn tập trung vào 6 vấn đề:

Về khả năng tiếp cận
Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị
Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh
Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế
Kết quả cung cấp dịch vụ
Nhu cầu khám bệnh

Phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu được trình bày bằng tỷ lệ phần trăm cho các biến. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

## IV- KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên tổng số 100 người bệnh được phỏng vấn nữ chiếm 46 người (46%); nam 54 người (54%); Nhóm có bảo hiểm y tế cao hơn 85 (85%), không có bảo hiểm 15 (15%).

A	Khả năng tiếp cận	Mức 1,2	Mức 3	Mức 4,5
		(Kg HL)	(BT)	(HL)
		%	%	%
A1	Các biển báo, chỉ dẫn đường đến bệnh viện rõ ràng, dễ nhìn, dễ tìm.	0	12	88
A2	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm.	0	9	91
A3	Các khối nhà, cầu thang được đánh số rõ ràng, dễ tìm.	0	6	94
A4	Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi.	0	5	95
A5	Có thể tìm hiểu các thông tin và đăng ký khám qua điện thoại, trang tin điện tử của bệnh viện (website) thuận tiện.	1	16	83

**Bảng 1: Hải lòng về khả năng tiếp cận**

Các biển báo, chỉ dẫn đến bệnh viện rõ ràng, dễ nhìn, dễ tìm: 88%, bình thường 12%.

Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm: 91%, bình thường 9%.

Các khối nhà, cầu thang được đánh số rõ ràng, dễ tìm: 94%, bình thường 6%.

Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi: 95%, bình thường 5%.

Có thể tìm hiểu các thông tin và đăng ký khám qua điện thoại, trang tin điện tử của bệnh viện (website) thuận tiện: 83%, bình thường 16%.

Như vậy tỷ lệ hài lòng về khả năng tiếp cận: 90.2% và bình thường 9.6%.

B.	Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị	Mức 1,2	Mức 3	Mức 4,5
		(Kg HL)	(BT)	(HL)
		%	%	%
B1	Quy trình khám bệnh được niêm yết rõ ràng, công khai, dễ hiểu.	0	16	84
B2	Các quy trình, thủ tục khám bệnh được cải cách đơn giản, thuận tiện.	0	14	86
B3	Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng, công khai.	0	18	82
B4	Nhân viên y tế tiếp đón, hướng dẫn người bệnh làm các thủ tục niêm nở, tận tình.	0	13	87
B5	Được xếp hàng theo thứ tự trước sau khi làm các thủ tục đăng ký, nộp tiền, khám bệnh, xét nghiệm, chiếu chụp.	2	18	80
B6	Đánh giá thời gian chờ đợi làm thủ tục đăng ký khám.	2	19	79
B7	Đánh giá thời gian chờ tới lượt bác sỹ khám.	1	22	77
B8	Đánh giá thời gian được bác sỹ khám và tư vấn.	3	12	85
B9	Đánh giá thời gian chờ làm xét nghiệm, chiếu chụp.	2	11	87
B10	Đánh giá thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm, chiếu chụp.	2	11	87

**Bảng 2: Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị**

Quy trình khám bệnh được niêm yết rõ ràng, công khai, dễ hiểu: 84%; Bình thường 16%.  
 Các quy trình, thủ tục khám bệnh được cải cách đơn giản, thuận tiện: 86%, bình thường 14%.

Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng, công khai: 82%, bình thường 18%.

Nhân viên y tế tiếp đón, hướng dẫn người bệnh làm các thủ tục niêm nờ, tận tình: 87%, bình thường 13%.

Được xếp hàng theo thứ tự trước sau khi làm các thủ tục đăng ký, nộp tiền, khám bệnh, xét nghiệm, chiếu chụp: 80%, bình thường 18%.

Đánh giá thời gian chờ đợi làm thủ tục đăng ký khám: 79%, bình thường 19%.

Đánh giá thời gian chờ tới lượt bác sỹ khám: 77%, bình thường 22%.

Đánh giá thời gian được bác sỹ khám và tư vấn: 85%, bình thường 12%.

Đánh giá thời gian chờ làm xét nghiệm, chiếu chụp: 87%, bình thường 11%.

Đánh giá thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm, chiếu chụp: 87%, bình thường 11%.

Như vậy tỷ lệ hài lòng chung về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị: 83.4% và bình thường 15.4%.

C.	Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh	Mức 1,2	Mức 3	Mức 4,5
		(Kg HL)	(BT)	(HL)
		%	%	%
C1	Có phòng/sảnh chờ khám sạch sẽ, thoáng mát vào mùa hè; kín gió và ấm áp vào mùa đông.	2	4	94
C2	Phòng chờ có đủ ghế ngồi cho người bệnh và sử dụng tốt.	1	5	94
C3	Phòng chờ có quạt (điều hòa) đầy đủ, hoạt động thường xuyên.	1	9	90
C4	Phòng chờ có các phương tiện giúp người bệnh có tâm lý thoải mái như ti-vi, tranh ảnh, tờ rơi, nước uống...	2	11	87
C5	Được bảo đảm sự riêng tư khi khám bệnh, chiếu chụp, làm thủ thuật.	1	8	91
C6	Nhà vệ sinh thuận tiện, sử dụng tốt, sạch sẽ.	0	10	90
C7	Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp.	2	12	86
C8	Khu khám bệnh bảo đảm an ninh, trật tự, phòng ngừa trộm cắp cho người dân.	2	11	87

**Bảng 3: Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh**

Có phòng/sảnh chờ khám sạch sẽ, thoáng mát vào mùa hè; kín gió và ấm áp vào mùa đông: 94%, bình thường 4%.

Phòng chờ có đủ ghế ngồi cho người bệnh và sử dụng tốt: 94%, bình thường 5%.

Phòng chờ có quạt (điều hòa) đầy đủ, hoạt động thường xuyên: 90%, bình thường 9%.

Phòng chờ có các phương tiện giúp người bệnh có tâm lý thoải mái như ti-vi, tranh ảnh, tờ rơi, nước uống...: 87%, bình thường 11%.

Được bảo đảm sự riêng tư khi khám bệnh, chiếu chụp, làm thủ thuật: 91%, bình thường 8%.

Nhà vệ sinh thuận tiện, sử dụng tốt, sạch sẽ: 90%, bình thường 10%.

Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp: 86%, bình thường 12%.

Khu khám bệnh bảo đảm an ninh, trật tự, phòng ngừa trộm cắp cho người dân: 87%, bình thường 11%.

Như vậy tỷ lệ hài lòng nhận xét chung về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh: 89.88% và bình thường 8.75%.

D.	Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế	Mức 1,2	Mức 3	Mức 4,5
		(Kg HL)	(BT)	(HL)
		%	%	%
D1	Nhân viên y tế (bác sỹ, điều dưỡng) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	3	13	84
D2	Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	3	11	86
D3	Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ.	2	9	89
D4	Năng lực chuyên môn của bác sỹ, điều dưỡng đáp ứng mong đợi.	1	12	87

**Bảng 4: Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế**

Nhân viên y tế (bác sỹ, điều dưỡng) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực: 84%, bình thường 13%.

Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực: 86%, bình thường 11%.

Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ: 89%, bình thường 9%.

Năng lực chuyên môn của bác sỹ, điều dưỡng đáp ứng mong đợi: 87%, bình thường 12%.  
Như vậy tỷ lệ hài lòng chung về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế: 86.5% và bình thường 11.25%.

E.	Kết quả cung cấp dịch vụ	Mức 1,2	Mức 3	Mức 4,5
		(Kg HL)	(BT)	(HL)
		%	%	%
E1	Kết quả khám bệnh đã đáp ứng được nguyện vọng của Ông/Bà.	1	14	85
E2	Các hóa đơn, phiếu thu, đơn thuốc và kết quả khám bệnh được cung cấp đầy đủ, rõ ràng, minh bạch và được giải thích nếu có thắc mắc.	1	11	88
E3	Đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế.	1	8	91
E4	Đánh giá mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế.	1	13	86

**Bảng 5: Kết quả cung cấp dịch vụ**

Kết quả khám bệnh đã đáp ứng được nguyện vọng của Ông/Bà: 85%, bình thường 14%.

Các hóa đơn, phiếu thu, đơn thuốc và kết quả khám bệnh được cung cấp đầy đủ, rõ ràng, minh bạch và được giải thích nếu có thắc mắc: 88%, bình thường 11%.

Đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế: 91%, bình thường 8%.

Đánh giá mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế: 86%, bình thường 13%.

Như vậy tỷ lệ hài lòng chung nhận xét về kết quả cung cấp dịch vụ: 87.5% và bình thường 11.5%.



<b>F.</b>	<b>Nếu có nhu cầu khám bệnh, Ông/Bà có quay trở lại hoặc giới thiệu cho người khác đến không?</b>	
	1. Chắc chắn không bao giờ quay lại	0
	2. Không muốn quay lại nhưng có ít lựa chọn khác	1%
	3. Có thể sẽ quay lại	30%
	4. Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác	69%
	5. Khác (ghi rõ).....	0%

**Bảng 6: Nếu có nhu cầu khám bệnh, Ông/Bà có quay trở lại hoặc giới thiệu cho người khác đến không?**

Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác: 69%.

Có thể sẽ quay lại: 30%.

Không muốn quay lại nhưng có ít lựa chọn khác: 1%.

Chắc chắn không bao giờ quay lại: 0%.

Qua kết quả khảo sát trên, nhóm nghiên cứu quyết định chọn vấn đề thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế (D1, D2) để can thiệp bằng cách: tập huấn lại quy tắc ứng xử của nhân viên và đồng thời tiến hành giám sát khu vực có phản ảnh nhiều.

Sau thời gian 3 tháng tiến hành khảo sát lại được kết quả nghiên cứu:

Tổng số 100 người bệnh được phỏng vấn nữ chiếm 53 người (53%); nam 47 người (47%); Nhóm có bảo hiểm y tế cao hơn 82 (82%), không có bảo hiểm 18 (18%).

<b>A</b>	<b>Khả năng tiếp cận</b>	<b>Mức 1,2</b>	<b>Mức 3</b>	<b>Mức 4,5</b>
		<b>(Kg HL)</b>	<b>(TB)</b>	<b>(HL)</b>
		<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
A1	Các biển báo, chỉ dẫn đường đến bệnh viện rõ ràng, dễ nhìn, dễ tìm.	5	20	75
A2	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm.	3	13	84
A3	Các khối nhà, cầu thang được đánh số rõ ràng, dễ tìm.	0	15	85
A4	Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi.	0	14	86
A5	Có thể tìm hiểu các thông tin và đăng ký khám qua điện thoại, trang tin điện tử của bệnh viện (website) thuận tiện.	1	24	75

**Bảng 7: Hải lòng về khả năng tiếp cận**

Các biển báo, chỉ dẫn đến bệnh viện rõ ràng, dễ nhìn, dễ tìm: 75%, bình thường 20%.

Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm: 84%, bình thường 13%.

Các khối nhà, cầu thang được đánh số rõ ràng, dễ tìm: 85%, bình thường 15%.

Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi: 86%, bình thường 14%.

Có thể tìm hiểu các thông tin và đăng ký khám qua điện thoại, trang tin điện tử của bệnh viện (website) thuận tiện: 75%, bình thường 24%.

Như vậy tỷ lệ hài lòng về khả năng tiếp cận: 81% và bình thường 17.2%.

B.	Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị	Mức 1,2	Mức 3	Mức 4,5
		(Kg HL)	(BT)	(HL)
		%	%	%
B1	Quy trình khám bệnh được niêm yết rõ ràng, công khai, dễ hiểu.	2	19	79
B2	Các quy trình, thủ tục khám bệnh được cải cách đơn giản, thuận tiện.	0	18	82
B3	Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng, công khai.	2	16	82
B4	Nhân viên y tế tiếp đón, hướng dẫn người bệnh làm các thủ tục niêm nở, tận tình.	0	18	82
B5	Được xếp hàng theo thứ tự trước sau khi làm các thủ tục đăng ký, nộp tiền, khám bệnh, xét nghiệm, chiếu chụp.	0	17	83
B6	Đánh giá thời gian chờ đợi làm thủ tục đăng ký khám.	2	25	73
B7	Đánh giá thời gian chờ tới lượt bác sỹ khám.	6	32	62
B8	Đánh giá thời gian được bác sỹ khám và tư vấn.	1	24	75
B9	Đánh giá thời gian chờ làm xét nghiệm, chiếu chụp.	3	31	66
B10	Đánh giá thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm, chiếu chụp.	3	28	69

**Bảng 8: Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị**

Quy trình khám bệnh được niêm yết rõ ràng, công khai, dễ hiểu: 79%; bình thường 19%.  
 Các quy trình, thủ tục khám bệnh được cải cách đơn giản, thuận tiện: 82%, bình thường 18%.

Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng, công khai: 82%, bình thường 16%.

Nhân viên y tế tiếp đón, hướng dẫn người bệnh làm các thủ tục niêm nở, tận tình: 82%, bình thường 18%.

Được xếp hàng theo thứ tự trước sau khi làm các thủ tục đăng ký, nộp tiền, khám bệnh, xét nghiệm, chiếu chụp: 83%, bình thường 17%.

Đánh giá thời gian chờ đợi làm thủ tục đăng ký khám: 73%, bình thường 25%.

Đánh giá thời gian chờ tới lượt bác sỹ khám: 62%, bình thường 32%.

Đánh giá thời gian được bác sỹ khám và tư vấn: 75%, bình thường 24%.

Đánh giá thời gian chờ làm xét nghiệm, chiếu chụp: 66%, bình thường 31%.

Đánh giá thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm, chiếu chụp: 69%, bình thường 28%.

Như vậy tỷ lệ hài lòng chung về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị: 75.3% và bình thường 22.8%.

C.	Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh	Mức 1,2	Mức 3	Mức 4,5
		(Kg HL)	(BT)	(HL)
		%	%	%
C1	Có phòng/sảnh chờ khám sạch sẽ, thoáng mát vào mùa hè; kín gió và ấm áp vào mùa đông.	2	8	90
C2	Phòng chờ có đủ ghế ngồi cho người bệnh và sử dụng tốt.	0	16	84
C3	Phòng chờ có quạt (điều hòa) đầy đủ, hoạt động thường xuyên.	1	16	83
C4	Phòng chờ có các phương tiện giúp người bệnh có tâm lý thoải mái như ti-vi, tranh ảnh, tờ rơi, nước uống...	2	16	82
C5	Được bảo đảm sự riêng tư khi khám bệnh, chiếu chụp, làm thủ thuật.	7	63	30
C6	Nhà vệ sinh thuận tiện, sử dụng tốt, sạch sẽ.	1	16	83
C7	Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp.	7	59	34
C8	Khu khám bệnh bảo đảm an ninh, trật tự, phòng ngừa trộm cắp cho người dân.	1	15	84

**Bảng 9: Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh**

Có phòng/sảnh chờ khám sạch sẽ, thoáng mát vào mùa hè; kín gió và ấm áp vào mùa đông: 90%, bình thường 8%.

Phòng chờ có đủ ghế ngồi cho người bệnh và sử dụng tốt: 84%, bình thường 16%.

Phòng chờ có quạt (điều hòa) đầy đủ, hoạt động thường xuyên: 83%, bình thường 16%.

Phòng chờ có các phương tiện giúp người bệnh có tâm lý thoải mái như ti-vi, tranh ảnh, tờ rơi, nước uống...: 82%, bình thường 16%.

Được bảo đảm sự riêng tư khi khám bệnh, chiếu chụp, làm thủ thuật: 30%, bình thường 63%.

Nhà vệ sinh thuận tiện, sử dụng tốt, sạch sẽ: 83%, bình thường 16%.

Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp: 34%, bình thường 59%.

Khu khám bệnh bảo đảm an ninh, trật tự, phòng ngừa trộm cắp cho người dân: 84%, bình thường 15%.

Như vậy tỷ lệ hài lòng nhận xét chung về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh: 71.25% và bình thường 26.13%.

D.	Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế	Mức 1,2	Mức 3	Mức 4,5
		(Kg HL)	(BT)	(HL)
		%	%	%
D1	Nhân viên y tế (bác sỹ, điều dưỡng) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	0	12	88
D2	Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	0	16	84
D3	Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ.	0	9	91
D4	Năng lực chuyên môn của bác sỹ, điều dưỡng đáp ứng mong đợi.	0	8	92

**Bảng 10: Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế**

Nhân viên y tế (bác sỹ, điều dưỡng) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực: 88%, bình thường 12%.

Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực: 84%, bình thường 16%.

Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ: 91%, bình thường 9%. Năng lực chuyên môn của bác sỹ, điều dưỡng đáp ứng mong đợi: 92%, bình thường 8%. Như vậy tỷ lệ hài lòng chung về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế: 88.75% và bình thường 11.25%.

E.	Kết quả cung cấp dịch vụ	Mức 1,2	Mức 3	Mức 4,5
		(Kg HL)	(BT)	(HL)
		%	%	%
E1	Kết quả khám bệnh đã đáp ứng được nguyện vọng của Ông/Bà.	0	22	78
E2	Các hóa đơn, phiếu thu, đơn thuốc và kết quả khám bệnh được cung cấp đầy đủ, rõ ràng, minh bạch và được giải thích nếu có thắc mắc.	0	16	84
E3	Đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế.	0	16	84
E4	Đánh giá mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế.	0	16	84

**Bảng 11: Kết quả cung cấp dịch vụ**

Kết quả khám bệnh đã đáp ứng được nguyện vọng của Ông/Bà: 78%, bình thường 22%.

Các hóa đơn, phiếu thu, đơn thuốc và kết quả khám bệnh được cung cấp đầy đủ, rõ ràng, minh bạch và được giải thích nếu có thắc mắc: 84%, bình thường 16%.

Đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế: 84%, bình thường 16%.

Đánh giá mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế: 84%, bình thường 16%.

Như vậy tỷ lệ hài lòng chung nhận xét về Kết quả cung cấp dịch vụ: 82.5% và bình thường 17.5%.

F.	Nếu có nhu cầu khám bệnh, Ông/Bà có quay trở lại hoặc giới thiệu cho người khác đến không?	
	1. Chắc chắn không bao giờ quay lại	3%
	2. Không muốn quay lại nhưng có ít lựa chọn khác	1%
	3. Có thể sẽ quay lại	41%
	4. Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác	55%
	5. Khác (ghi rõ).....	0%

**Bảng 12: Nếu có nhu cầu khám bệnh, Ông/Bà có quay trở lại hoặc giới thiệu cho người khác đến không?**

Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác: 55%.

Có thể sẽ quay lại: 41%.

Không muốn quay lại nhưng có ít lựa chọn khác: 1%.

Chắc chắn không bao giờ quay lại: 3%.

**V- BÀN LUẬN**

Từ kết quả nghiên cứu cho chúng ta thấy rằng hướng can thiệp của chúng tôi có hiệu quả. Trước can thiệp hài lòng thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế: 86.5% và mức độ bình thường là: 11.25%, không hài lòng 2.25%, sau can thiệp hài lòng chung về thái độ ứng

xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế: 88.75% và mức độ bình thường là: 11.25%, không hài lòng 0%.

Tuy nhiên qua 2 lần khảo sát nghiên cứu chúng tôi thấy lần sau có nhiều phần không được như lúc đầu chiều hướng giảm như: tỷ lệ hài lòng về khả năng tiếp cận là 90.2%, 81%, tỷ lệ hài lòng chung về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị là 83.4%, 75.3%, tỷ lệ hài lòng nhận xét chung về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh là 89.88%, 71.25%, tỷ lệ hài lòng chung nhận xét về kết quả cung cấp dịch vụ là 87.5%, 82.5%, Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác là 69%, 55%. Nhưng tỷ lệ bình thường của các vấn đề lại tăng như: tỷ lệ hài lòng về khả năng tiếp cận là bình thường 9.6%, 17.2%, tỷ lệ hài lòng chung về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị là bình thường 15.4%, 22.8%, tỷ lệ hài lòng nhận xét chung về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh là bình thường 8.75%, 26.13%.

Tỷ lệ hài lòng qua khảo sát lần 2 có giảm là do bệnh viện đang chuyển đổi phần mềm quản lý nhưng qua đó chúng tôi cũng cần lưu ý những chỗ mà người bệnh chưa hài lòng để tiến hành can thiệp cho lần sau.

## **VI- KẾT LUẬN**

Từ nghiên cứu cho thấy chỉ số mức độ hài lòng của người bệnh đạt tỷ lệ gần 86.5%, sau khi cải tiến chất lượng dịch vụ y tế ở D1, D2 đạt hiệu quả hài lòng 88.75%. 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 để nâng cao tỷ lệ bệnh nhân chắc chắn quay trở lại.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2016), “Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam, phiên bản 2.0”, Quyết định số 6858/QĐ-BYT Ngày 18 tháng 11 năm 2016.
2. Công văn số 1356/KCB – QLCL ngày 21 tháng 11 năm 2016 của cục quản lý khám chữa bệnh V/v Hướng dẫn kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2016.
3. Bộ Y Tế (2013), “Ban hành hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện”, Quyết định số 1313/QĐ-BYT ngày 22 tháng 04 năm 2013.
4. Bộ Y Tế (2015), “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng người bệnh”, Quyết định số 2151/QĐ-BYT ngày 04 tháng 06 năm 2015.
5. Bộ Y Tế (2016), “Kế hoạch triển khai cơ sở y tế “Xanh-Sạch-Đẹp””, Quyết định số 3638/QĐ-BYT ngày 15 tháng 07 năm 2016.
6. Bộ Y tế (1996), “Quy định về y đức”, Quyết định số 2088/QĐ-BYT ngày 06 tháng 11 năm 1996.
7. Bộ Y Tế (2014), “Quy định về quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở y tế”, Thông tư số 07/2014/TT-BYT ngày 25 tháng 02 năm 2014.
8. Hà Thị Soan và CS (2007), “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.

## ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2019

Nguyễn Duy Tân, Trần Thị Thu Vân,  
Đương Thái Ngọc, Trần Thị Mỹ Phương

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nhiễm khuẩn bệnh viện đang là vấn đề được các nước trên Thế giới quan tâm. Nhiễm khuẩn bệnh viện làm gia tăng tình trạng kháng thuốc, kéo dài thời gian điều trị, tăng nguy cơ tử vong. Đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện là một trong những mục tiêu quan trọng trong công tác điều trị, dự phòng của bệnh viện. Nghiên cứu nhằm 3 mục tiêu: 1) Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) hiện mắc chung, theo từng khoa và từng loại. (2) Xác định các vi khuẩn gây bệnh và (3) Xác định một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện.

**Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang có phân tích tại 15 khoa lâm sàng của Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 03/2019 đến tháng 09/2019.

**Kết quả:** Tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn bệnh viện là 0.5%, tại khoa Ngoại tổng hợp (4.5%), Hồi sức cấp cứu (3.27%), Nội tiết (2.5%), Tim mạch lão học (1.02%), Chấn thương chỉnh hình (0.85%), nhiễm khuẩn hô hấp (55.6%), nhiễm khuẩn vết mổ (44.4%). Có 3 loại vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện là *E.coli*, *E.aerogenes*, *S.aueus*. Nhiễm khuẩn bệnh viện có liên quan đến những người bệnh mạn tính; mắc đồng thời nhiễm khuẩn và mạn tính; phẫu thuật; có can thiệp thủ thuật đường hô hấp.

### Abstract

**Background:** Hospital infection are an issue in countries around the world. That are increase drug resistance, prolong treatment, increase the risk of death. The study aimed to: (1) determining the prevalence of general hospital infections according to departments and categories; (2) identifying pathogenic bacteria and (3) determining factors related to hospital infections.

**Method:** Cross-sectional study was analyzed at 15 clinical departments of An Giang Center General Hospital from March 2019 to September 2019.

**Result:** The incidence of infections at the hospital is 0.5%, 4.5% at the General Surgery Department, 3.27% at the Emergency Department, 2.5% at the Endocrinology Department, 1.02% at the Cardio-Geriatrics Department, 0.85% at Trauma - Orthopedics Department with two types - 55.6% of respiratory infections and 44.4% of wound infections. There are 3 types of bacteria causing hospital infections: *E.coli*, *E.aerogenes*, *S.aueus*. Hospital infections are related to chronic illnesses, concomitant and chronic infections; surgeries; interventional respiratory procedures. Thereby, to control hospital infections, health workers need to follow preventive rules and have good practice skills.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là một trong những thách thức và mối quan tâm hàng đầu tại Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Tổ chức Y Tế thế giới tiến hành điều tra cắt ngang NKBV tại 55 bệnh viện (BV) của 14 nước trên thế giới đại diện cho các khu vực công bố tỷ lệ NKBV là 8.7% [3].

Tại Việt Nam, quy chế chống NKBV lần đầu tiên được ban hành vào năm 1997, một trong những giám sát NKBV đầu tiên (2001) được tiến hành trên 5.396 người bệnh ở 11 BV đại diện toàn quốc (6 BV trung ương, 5 BV tỉnh), phát hiện 369 người bệnh NKBV (6.8%). Năm 2005, BV Bạch Mai giám sát tại 36 BV với 7541 người bệnh, kết quả cho thấy tỉ lệ NKBV là 7,8%. Các NKBV thường gặp là: hô hấp (41,9%), vết mổ (27,5), tiết niệu (13,1%), tiêu hóa (10,3%), da và mô mềm (4,1%), nhiễm khuẩn huyết (1%), nhiễm khuẩn khác (2%) [3].

Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang là tuyến điều trị cao nhất của tỉnh An Giang, ngoài nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh tại địa phương còn phải tiếp nhận điều trị các bệnh nặng từ tuyến dưới, nên chất lượng điều trị đòi hỏi phải luôn cập nhật và nâng cao. Bên cạnh đó, nhu cầu an toàn cho người bệnh, đảm bảo uy tín đòi hỏi bệnh viện luôn nỗ lực không ngừng trong lĩnh vực kiểm soát NKBV. Hàng năm, tại bệnh viện luôn duy trì hoạt động điều tra cắt ngang giám sát NKBV, giám sát sự đề kháng kháng sinh của các dòng vi khuẩn gây bệnh. Tuy nhiên, chưa xác định những dòng vi khuẩn gây NKBV đang lưu hành tại BV, cũng như những yếu tố nào liên quan NKBV để có những biện pháp can thiệp hiệu quả, phù hợp với nguồn lực của BV.

Để có được những thông tin khoa học và nguồn dữ liệu chính xác xây dựng chương trình, kế hoạch can thiệp kiểm soát tốt tỷ lệ NKBV, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *Đánh giá thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2019*. Mục tiêu của nghiên cứu như sau :

1. Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện hiện mắc chung, theo từng khoa lâm sàng và từng loại nhiễm khuẩn bệnh viện.
2. Xác định các dòng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện đang lưu hành tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.
3. Xác định một số yếu tố liên quan: tuổi, giới, thủ thuật xâm lấn, phẫu thuật.

## **2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Từ tháng 03 đến tháng 09/2019 tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

### **2.2. Đối tượng nghiên cứu**

Là hồ sơ bệnh án (HSBA) của người bệnh (NB) nội trú tại các khoa lâm sàng thuộc Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang (BVĐKTTAG) có thời gian nằm viện trên 48 giờ và có đủ thông tin về bệnh trạng. Tổng số có 1.766 HSBA được đưa vào nghiên cứu (NC).

### **2.3. Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang có phân tích. Thu thập số liệu thứ cấp qua HSBA của NB. Mẫu nghiên cứu được tính toán theo công thức cho nghiên cứu xác định tỷ lệ:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu;  $Z_{1-\alpha/2}$ : hệ số tin cậy, với  $\alpha = 0,05$  ta có  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ ;  $p = 7.78\%$  (Theo nghiên kết quả tỷ lệ điều tra cắt ngang NKBV của BVĐKTTAG năm 2017) và d: độ chính xác mong muốn là 0,05. Cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu tính được là 1508HSBA. Trong nghiên cứu này chúng tôi thu thập được là 1766 HSBA.

Áp dụng phương pháp chọn mẫu hai giai đoạn: (1) Giai đoạn 1- Chọn ngày lấy hồ sơ HSBA của các NB ra viện trong các ngày từ thứ 2 đến thứ 6 hàng tuần. (2) Giai đoạn 2- Chọn bệnh án: Lấy mẫu liên tiếp. Chúng tôi đã tiếp cận những HSBA được ghi chỉ định xuất viện hàng ngày từ thứ 2 đến thứ 6 hàng tuần. Điều tra viên (ĐTV) đã xin danh sách NB chuẩn bị ra viện tại các khoa lâm sàng và trích xuất số liệu từ HSBA của NB sau khi được sự đồng ý của NB hoặc người nhà NB.

ĐTV là các thành viên của Mạng lưới Kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) đã được tập huấn và giám sát thử nghiệm, giám sát viên là Trưởng khoa KSNK. ĐTV đã sử dụng mẫu phiếu thu thập số liệu thứ cấp để trích xuất thông tin từ HSBA được chọn.

Tiêu chuẩn chẩn đoán NKBV dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán NKBV của bệnh viện ĐKTTAG. Các trường hợp đủ điều kiện để xác định NKBV và các trường hợp nghi ngờ NKBV đều được điều tra viên ghi nhận. Ngày hôm sau trước khi NB xuất viện, ĐTV trực tiếp trao đổi với bác sĩ điều trị về các trường hợp đã được ghi nhận (trường hợp chuyển viện, xin về trong ngày điều tra, được điều tra viên cùng với bác sĩ trao đổi và kết luận NKBV ngay trong ngày).

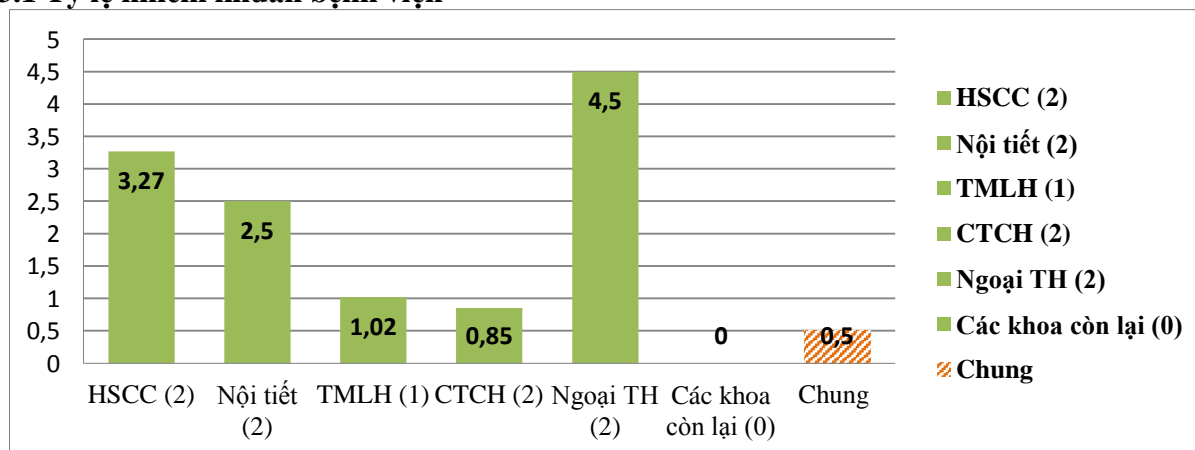
Sau khi trao đổi bác sĩ trực tiếp điều trị là người quyết định và ký xác nhận vào phiếu điều tra những NB mắc phải NKBV.

Số liệu thu thập nhập liệu với chương trình Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Các phân tích mô tả được sử dụng để xác định tỷ lệ NKBV, kiểm định Fisher's Exact Test được dùng để xem xét mối liên quan với NKBV.

NC được thông qua Hội đồng khoa học bệnh viện. Nhóm NC chỉ tiếp cận HSBA sau khi có sự đồng ý của NB hoặc người nhà NB cũng như của bác sĩ điều trị.

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1 Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện



**Biểu đồ 1:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện phân bố theo khoa lâm sàng

Tỷ lệ mắc NKBV tại Bệnh viện ĐKTT An Giang là 0.5%, tỷ lệ NKBV tại khoa Ngoại TH cao nhất với 4.5%, tiếp theo là khoa HSTCCĐ 3.27%, khoa Nội tiết 2.5%, khoa Tim mạch lão học chiếm 1.02%, khoa Chấn thương chỉnh hình chiếm 0.85%, Các khoa còn lại không phát hiện ca NKBV nào.

Khoa lâm sàng	Số NKBV theo loại nhiễm khuẩn (n=9)			
	Hô hấp (NKHH)		Vết mổ (NKVM)	
	n	%	n	%
HSTCCĐ	2	40.0	0	0.0
Nội tiết	2	40.0	0	0.0
Tim mạch lão học	1	20.0	0	0.0
Ngoại TH	0	0.0	2	50.0
Chấn thương chỉnh hình	0	0.0	2	50.0
<b>Tổng</b>	<b>5</b>	<b>55.6</b>	<b>4</b>	<b>44.4</b>

**Bảng 1:** Phân bố nhiễm khuẩn bệnh viện theo loại nhiễm khuẩn

Trong 09 bệnh nhân mắc NKBV có 5 NB mắc NKHH chiếm 55.56% trong đó NB điều trị tại khoa HSTCCĐ và Nội tiết cùng 40.0%, TMLH chiếm 20.0%. NKVM là chiếm 44.44% trong đó 2 khoa Ngoại TH và CTCH có cùng 50.0%.

#### 3.2. Các dòng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện đang lưu hành

Loại vi khuẩn	Số NKBV (n=9)				Chung	
	Hô hấp (NKHH)		Vết mổ (NKVM)		n	%
	n	%	n	%		
<i>E.coli</i>	2	40.0	2	50.0	4	44.44
<i>Enterobacter aerogenes</i>	2	40.0	2	50.0	4	44.44
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	20.0	0	0	1	11.12



**Bảng 2: Tỷ lệ vi khuẩn theo loại nhiễm khuẩn bệnh viện**

Trong 09 bệnh nhân mắc NKBV được phân lập có 3 loại vi khuẩn được tìm thấy, bao gồm *E.coli* và *Enterobacter aerogenes* cùng chiếm 44.44%, vi khuẩn còn lại là *Staphylococcus aureus* chiếm 11.12%. Vi khuẩn gây NKHH có *E.coli* và *Enterobacter aerogenes* cùng chiếm 40.0%, *Staphylococcus aureus* chiếm 20.0%. Vi khuẩn gây NKVM tìm thấy *E.coli* và *Enterobacter aerogenes* cùng chiếm 50.0%.

**3.3. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện**

Yếu tố liên quan		Nhiễm khuẩn bệnh viện				Kiểm định Fisher's Exact Test
		Không		Có		
		n	%	n	%	
Tuổi	< 18 đến 59	903	99.6	4	0.4	p >0.05
	≥ 60 tuổi	854	94.4	5	0.6	
Giới tính	Nam	879	99.5	4	0.5	p >0.05
	Nữ	878	99.6	5	0.6	
Bị nhiễm khuẩn trước 48 giờ kể từ khi nhập viện	Không	1343	99.6	6	0.4	p >0.05
	Có	414	99.3	3	0.7	
Mắc bệnh mạn tính	Không	983	99.8	2	0.2	p <0.05
	Có	774	99.1	7	0.9	
Mắc bệnh mạn tính và nhiễm khuẩn	Không	1593	99.8	3	0.2	p <0.001
	Có	164	96.5	6	3.5	
Phẫu thuật	Không	1451	99.7	5	0.3	p <0.05
	Có	306	98.7	4	0.3	
Catheter mạch máu ngoại biên	Không	266	98.9	3	1.1	p >0.05
	Có	1491	99.6	6	0.4	
Catheter mạch máu trung tâm	Không	1747	99.5	9	0.5	p >0.05
	Có	10	100	0	10.0	

**Bảng 3: Các mối liên quan tới nhiễm khuẩn bệnh viện**

Có mối liên quan giữa NKBV với: NB được phẫu thuật (p<0.05); NB mắc bệnh mạn tính (p<0.05); NB mắc đồng thời nhiễm khuẩn trước lúc nhập viện và bệnh mạn tính (p<0.001). Chưa thấy có mối liên quan giữa NKBV với các yếu tố nhóm tuổi, giới tính, nhiễm khuẩn trước khi vào viện và can thiệp đặt catheter mạch máu (p>0,05).

Yếu tố liên quan		Nhiễm khuẩn hô hấp				Kiểm định Fisher's Exact Test
		Không		Có		
		n	%	n	%	
Thở máy	Không	1660	99.8	3	0.2	p <0.01
	Có	101	98.1	2	1.9	
Oxy mũi	Không	1687	99.8	3	0.2	p <0.001
	Có	74	97.4	2	2.6	
nCPAP qua NKQ	Không	1700	99.8	4	0.2	p <0.05
	Có	61	98.4	1	1.6	

**Bảng 4: Mối liên quan giữa nhiễm khuẩn hô hấp với thủ thuật đường hô hấp**

Có mối liên quan giữa nhiễm khuẩn hô hấp với những NB được can thiệp các thủ thuật trợ giúp đường hô hấp như thở máy, oxy mũi và nCPAP qua NKQ (p<0.05).

**4. BÀN LUẬN**

### **Phân bố tỷ lệ người bệnh mắc nhiễm khuẩn bệnh viện**

Tỷ lệ NB mắc là 0.5% thấp hơn kết quả điều tra năm 2017 tại bệnh viện này (7.78%)[1] và thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ từ 4.4% - 8.7% của nhiều NC khác trong nước [4], [6], [8]. Đặc biệt, tỷ lệ NKBV trong NC này thấp hơn nhiều so với công bố của WHO về tỷ lệ NKBV 15-20% tại các nước đang phát triển [3] tỷ lệ NKBV trung bình của Việt Nam (5.7% -11.5%) [3]. Kết quả này cho thấy chương trình KSNK tại bệnh viện được thực hiện khá tốt.

Có 05/15 khoa lâm sàng được phát hiện có NKBV, trong đó cao nhất là khoa Ngoại TH chiếm 4.5%, tuy nhiên tỷ lệ này thấp hơn kết quả NC tại các bệnh viện tuyến tỉnh khác như Cần Thơ (5.7%) [9], Cà Mau (5.9%) [5]. Các khoa còn lại bao gồm: HSCC 3.27%, khoa Nội tiết 2.5%, khoa Tim mạch lão học chiếm 1.02%, khoa Chấn thương chỉnh hình chiếm 0.85%. Theo WHO tỷ lệ NKBV tại các khoa HSCC luôn ở mức cao (35,2 - 44,0%)[10], tuy nhiên với tỷ lệ 3.27% của NC này cho thấy công tác phòng ngừa và KSNK tại khoa HSCC hiệu quả. Nhìn chung những ca NKBV được phát hiện tại các khoa có tính đặt thù, tiếp nhận những NB nặng, cao tuổi, mắc bệnh mạn tính, sức đề kháng kém và những NB này luôn được can thiệp những thủ thuật xâm lấn.

NKHH và NKVM là 2 loại NKBV được phát hiện trong NC này, trong đó NKHH chiếm 55.56% và NKVM là 44.44%. Tuy nhiên tỷ lệ NB mắc NKVM so với 306 NB phẫu thuật chỉ có 1.31%, tỷ lệ này thấp hơn khá nhiều so với tỷ lệ NKVM tại Việt Nam (5%-10%)[2]. Về NKHH tỷ lệ này nằm trong khoản trung bình theo điều tra tại 19 bệnh viện trên toàn quốc (21%-75%)[2]. Hai loại NKBV này là loại phổ biến và thường gặp nhất tại các bệnh viện tuyến tỉnh và Trung ương, do vậy các biện pháp phòng ngừa, kiểm soát cần được kiểm tra nghiêm ngặt, đặt biệt là biện pháp giám sát thực hành vô khuẩn của NVYT.

### **Các dòng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện đang lưu hành**

Qua kết quả phân lập các mẫu bệnh phẩm từ 09 NB mắc NKBV cho thấy 3 chủng vi khuẩn gây NKBV đang lưu hành tại BVĐKTTAG là *E.coli*, *Enterobacter aerogenes* và *Staphylococcus aureus*. Kết quả này phù hợp với khuyến cáo của Bộ Y tế và các NC tương tự [3], [2], [4]. Các chủng vi khuẩn này có xu hướng kháng kháng sinh ngày càng tăng, đặt biệt là *Staphylococcus aureus* và *E.coli*. Do nguồn lực hạn chế nên chúng tôi chưa thực hiện kháng sinh đồ NC sự đề kháng kháng sinh của những vi khuẩn này. Tuy nhiên việc tìm ra các chủng vi khuẩn gây NKBV cũng là dữ liệu quan trọng để các bác sĩ lâm sàng sử dụng kháng sinh hiệu quả.

### **Một số yếu tố ảnh hưởng đến nhiễm khuẩn bệnh viện**

NC đã cho thấy nguy cơ NKBV ở những nhóm NB phẫu thuật, NB mắc bệnh mạn tính và nhóm NB mắc đồng thời bệnh mạn tính và nhiễm khuẩn cao hơn nhóm người bệnh khác. Kết quả này phù hợp với các báo cáo và NC khác [2], [4], [7], [9]. Nguyên nhân cũng có thể được giải thích ở những nhóm NB phẫu thuật có nhiều thủ thuật xâm lấn được thực hiện trên người bệnh đồng thời cũng giống như nhóm những NB mắc bệnh mạn tính và nhiễm khuẩn hệ thống miễn dịch suy giảm, sức đề kháng kém và cũng có nhiều bệnh lý đi kèm nên khả năng mắc NKBV cao.

NC cũng cho thấy có mối liên quan giữa NKBV đường hô hấp với những NB được can thiệp thủ thuật trợ giúp đường hô hấp như thở máy, oxy mũi và nCPAP qua NKQ ( $p < 0.05$ ). Kết quả này phù hợp với NC của Nguyễn Việt Hùng và cộng sự, nguy cơ NKHH ở những NB có thực hiện thủ thuật trợ giúp đường hô hấp cao gấp 4.7 lần so với NB khác [8], cũng theo NC ở các nước phát triển tỷ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy là 90% [2], điều này cho thấy cần phải thường xuyên đào tạo thực hành và giám sát tuân thủ các quy định về thực hành KSNK qua các thủ thuật trợ giúp đường hô hấp của người NVYT.

**Hạn chế của nghiên cứu:** NC sử dụng số liệu thứ cấp. Các yếu tố liên quan đến NKBV chưa đề cập đến yếu tố nhiễu. Các mối liên quan giữa NKBV và các can thiệp thủ thuật xâm lấn chưa đi sâu vào từng loại thủ thuật. Tại bệnh viện nên cần có các NC khác khắc phục những hạn chế trên.

## 5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn bệnh viện chung là 0.5%, tại khoa Ngoại tổng hợp (4.5%), Hồi sức tích cực chống độc (3.27%), Nội tiết (2.5%), Tim mạch lão học (1.02%), Chấn thương chỉnh hình (0.85%). 02 loại NKBV chính là nhiễm khuẩn hô hấp (55.6%), nhiễm khuẩn vết mổ (44.4%).

Có 3 chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện là *E.coli*, *E.aerogenes*, *S.aueus*.

Nhiễm khuẩn bệnh viện có liên quan đến nhóm người bệnh mạn tính; mắc đồng thời nhiễm khuẩn và mạn tính; phẫu thuật. Có mối liên quan giữa nhiễm khuẩn hô hấp với nhóm người bệnh được can thiệp các thủ thuật trợ giúp đường hô hấp.

Từ kết quả trên, chúng tôi khuyến nghị: Trong điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện cần lưu ý đến 3 vi khuẩn đang lưu hành khi sử dụng kháng sinh, khuyến cáo nên thực hiện kháng sinh đồ. Nhân viên y tế cần tuân thủ các quy định phòng ngừa và có kỹ năng thực hành tốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang (2017), “*Báo cáo kết quả tỷ lệ điều tra cắt ngang nhiễm khuẩn bệnh viện 2017*”.
2. Bộ y tế (2012), *Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2012), *Tài liệu đào tạo và phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn*. Hà Nội.
4. Lê Bá Cường (2007), *Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện và sử dụng kháng sinh tại một số bệnh viện tỉnh, thành phố khu vực phía bắc năm 2007*, Luận văn Thạc sĩ, Học viện Quân Y.
5. Trần Thế Duy (2017), *Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Cà Mau*, Luận văn thạc sỹ, Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. Nguyễn Văn Hà (2010), "Các yếu tố liên quan đến gánh nặng nhiễm khuẩn bệnh viện", *Tạp chí Y học*. 73(2).
7. Trần Thị Hà (2015), *Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp năm 2015*, Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
8. Nguyễn Việt Hùng và cộng sự (2010), *Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện và công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại một số bệnh viện khu vực phía Bắc, Đề tài nghiên cứu cấp Bộ*.
9. Trần Đỗ Hùng, Dương Văn Oanh (2012), "Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan ở người bệnh sau phẫu thuật tại khoa ngoại bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ", (869), số 5/2013, Tr 131-134.
10. Murray M Pollack Anthony D Slonim (2006), *Health care associated infections*", *Pediatric Critical Care Medicine*, 1st ed, Lippincott Williams & Wilkins, Chapter 22.

## KẾT QUẢ SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

*Lê Huy Cường, Nguyễn Thành Phúc,  
Sêng Sôrya, Trần Nguyễn Quang Trung*

### **TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề và mục tiêu:** Phẫu thuật nội soi cắt túi mật là một trong những phẫu thuật được thực hiện nhiều nhất tại khoa Ngoại Tổng Hợp – Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, tuy nhiên kháng sinh dự phòng chưa được áp dụng thường quy. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

**Phương pháp:** Đây là nghiên cứu tiền cứu, mô tả 41 trường hợp phẫu thuật chương trình cắt túi mật nội soi được sử dụng kháng sinh dự phòng từ 01/03/2019 đến 30/09/2019.

**Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 5/36, tuổi trung bình  $48,24 \pm 14,54$ , thời gian mổ trung bình  $44,02 \pm 10,44$  phút. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ:  $3.24 \pm 0,89$  ngày, biến chứng sớm sau mổ thấp 2,4%, chi phí điều trị trung bình:  $5,6 \pm 0,72$  triệu VND.

**Kết luận:** Sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật mang lại kết quả tốt, tỷ lệ biến chứng thấp và giảm chi phí điều trị cho người bệnh.

### **ABSTRACT**

**Background and objectives:** Laparoscopic cholecystectomy is one of the most commonly performed operation in the Surgery department of An Giang's General Central Hospital. However, the antibiotic prophylaxis had not been routinely given. The purpose of this study was to evaluate the results of laparoscopic cholecystectomy with using antibiotic prophylaxis.

**Methods:** This was a *prospective descriptive study* of 41 patients who underwent laparoscopic cholecystectomy with using antibiotic prophylaxis from march 1, 2019 to september 30, 2019.

**Results:** Sex ratio male/female was 5/36, mean age was  $48,24 \pm 14,54$ , the mean operative time was  $44,02 \pm 10,44$  minutes. The mean hospital stay was  $3.24 \pm 0,89$  days, the early complication rate was 2.4 %, the mean treatment cost was  $5,6 \pm 0,72$  millions VND.

**Conclusion:** Using antibiotic prophylaxis in laparoscopic cholecystectomy has good results, low complication rate and low treatment cost.

### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nhiễm khuẩn vết mổ từ trước đến nay vẫn là vấn đề luôn được quan tâm của nhiều phẫu thuật viên. Nhiễm khuẩn vết mổ gây nên quá trình làm chậm lành vết thương, khi lành sẹo mổ xấu, thời gian điều trị kéo dài và gây tốn kém chi phí cho bệnh nhân. Nhiễm khuẩn vết mổ là một trong những nhiễm khuẩn bệnh viện hay gặp hàng đầu hiện nay, ước tính hàng năm có khoảng 2% số bệnh nhân ngoại khoa bị nhiễm khuẩn vết mổ và tỷ lệ này còn cao hơn nhiều đối với nhóm bệnh nhân nằm trong nhóm nguy cơ cao [5], [9]. Một trong những can thiệp nhằm hạn chế nhiễm khuẩn vết mổ là sử dụng kháng sinh dự phòng. Việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật được Miles và Bruke thực hiện năm 1967 và đã chứng minh được tính ưu việt của phương pháp này so với phương pháp dùng kháng sinh điều trị ở những phẫu thuật sạch và sạch-nhiễm [1], [13].

Bệnh sỏi túi mật là bệnh lý thường gặp trong ngoại khoa và ngày càng gia tăng trong dân số. Tại khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện ĐKTT An Giang, phẫu thuật cắt túi mật nội soi là phẫu thuật phổ biến, tuy nhiên sử dụng kháng sinh dự phòng tại khoa vẫn chưa được đưa vào quy trình chung. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi quyết định thực hiện đề tài này tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang với mục tiêu: “Đánh giá kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật” nhằm nhân rộng quy trình này trong thực hành lâm sàng.

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:**

1. **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện ĐKTT An Giang từ 01/03/2019 đến 30/9/2019.
2. **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả các bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt túi mật theo chương trình.
3. **Tiêu chuẩn loại trừ:**
  - Bệnh nhân mổ cấp cứu.
  - Bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm trùng và được chỉ định kháng sinh trước phẫu thuật.
  - Bệnh nhân có nguy cơ dễ bị nhiễm trùng do bệnh lý toàn thân nặng (ASA >2) như: suy giảm miễn dịch, đái tháo đường type 2, hội chứng Cushing, bệnh nhân suy kiệt (BMI < 18) hoặc béo phì (BMI ≥ 25), bệnh nhân suy thận (eGR < 60ml/phút).
  - Chẩn đoán sau mổ là: viêm mũ túi mật, viêm túi mật mạn, túi mật sứ...
  - Tiền sử dị ứng với nhóm Beta-lactam.
4. **Kháng sinh trong nghiên cứu:** Sử dụng kháng sinh dự phòng Cefoxitin 2g, dạng bào chế: dạng bột pha tiêm.
5. **Thiết kế nghiên cứu:** Tiền cứu, mô tả.
6. **Phương pháp tiến hành:** Các bước cơ bản như sau:
  - Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt túi mật.
  - Tại phòng mổ, bệnh nhân được tiêm mạch chậm Cefoxitin 2g trước rạch da 30 phút, nếu thời gian mổ quá 2 giờ sẽ được tiêm mạch nhắc lại Cefoxitin 1g.
  - Hậu phẫu không dùng thêm kháng sinh.
7. **Đo lường và định nghĩa các biến:**
  - *Thời gian phẫu thuật:* được tính bằng phút, kể từ khi rạch da đến khi may lại các lỗ Trocar.
  - *Theo dõi sau mổ:* thân nhiệt sau mổ mỗi 24h. Xét nghiệm công thức máu trước khi xuất viện. Tình trạng vết mổ mỗi ngày. Tình trạng bụng (áp xe tồn lưu, tụ dịch sau mổ).
  - *Thời gian nằm viện:* được tính theo công thức: số ngày nằm viện = ngày xuất viện - ngày nhập viện.
  - *Tiêu chuẩn ra viện:* Không có dấu hiệu nhiễm trùng (lâm sàng và cận lâm sàng), vết mổ khô tốt và hết đau hay đau ít. Trung tiện được, bệnh nhân tự đi lại và tự vệ sinh.
  - *Theo dõi và tái khám:* Bệnh nhân được hẹn tái khám sau xuất viện 5-10 ngày để đánh giá tình trạng vết mổ và biến chứng sau mổ.
  - *Nhiễm khuẩn vết mổ:* Áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ theo CDC (The Centers for Disease Control and Prevention) [14]. Nhiễm trùng vết mổ phải thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:
    - + Nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật.
    - + Chảy mủ từ vết mổ.
    - + Phân lập vi khuẩn từ cấy dịch hay mô được lấy vô trùng từ vết mổ
    - + Có ít nhất một trong những dấu hiệu hay triệu chứng sau: đau, sưng, nóng, đỏ và cần mở bụng vết mổ, trừ khi cấy vết mổ âm tính.
  - *Dấu hiệu nhiễm trùng:* Chỉ định dùng kháng sinh điều trị theo Quyết định 708/QĐ – BYT [2], bao gồm:
    - Tiêu chí chính: có ổ nhiễm trùng trên lâm sàng.
    - Tiêu chí phụ:
      - Khi có ≥ 2 dấu chứng của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống: 1. Sốt >38°C hoặc <36°C. 2. Nhịp tim > 90 lần /phút. 3. Nhịp thở >20 lần/phút hoặc PaCO<sub>2</sub> <32 mmHg. 4. Bạch cầu máu > 12.000/mm<sup>3</sup> hoặc <4.000/mm<sup>3</sup> hoặc >10% tế bào non ở máu ngoại vi.
      - Kết hợp với: CRP > 4 lần bình thường hoặc Procalcitonin > 2 lần bình thường.
  - *Kết quả điều trị:*
    - Thành công: vết mổ lành tốt, không dấu hiệu nhiễm trùng sau mổ.
    - Thất bại: Bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ hoặc ổ bụng phải dùng kháng sinh điều trị hoặc can thiệp ngoại khoa.

**8. Xử lý số liệu:** Các số liệu được ghi nhận vào phiếu thu thập lập sẵn và được xử lý mô tả bằng phần mềm SPSS 20.0.

## KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 01/03/2019 đến 30/09/2019, chúng tôi thực hiện được 41 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt túi mật được sử dụng kháng sinh dự phòng. Trong đó có 5 trường hợp là nam (12,2%) và 36 nữ (87,8%), tuổi trung bình là  $48,24 \pm 14,54$  (23-80 tuổi). Về nghề nghiệp, đa phần làm nội trợ (31,7%), kể đến là hết tuổi lao động (22,0%) và làm ruộng (22,0%) còn lại là công nhân viên (17,1%), buôn bán (4,9%). 13 trường hợp (31,7%) có chỉ số khối cơ thể (BMI) bình thường, 1 trường hợp (2,4%) gầy (BMI=17,7 kg/m<sup>2</sup>), còn lại 27 bệnh nhân (65,9%) thừa cân (BMI từ 23 - 25 kg/m<sup>2</sup>).

Về triệu chứng lâm sàng, hai triệu chứng chính là đau hạ sườn phải chiếm 38 trường hợp (92,7%) và rối loạn tiêu hóa: 23 trường hợp (56,1%). 2 bệnh nhân (5,6%) có biểu hiện sốt trước khi nhập viện 1 tháng và có tự điều trị thuốc giảm đau hạ sốt ở y tế tư nhân, nhưng đến khi nhập viện thân nhiệt bệnh nhân trở lại bình thường, còn lại 39 bệnh nhân (95,1%) không có sốt. Kết quả cận lâm sàng trước mổ, 39 bệnh nhân (95,1%) bệnh nhân có chỉ số bạch cầu trước mổ bình thường, 2 bệnh nhân (4,9%) có chỉ số bạch cầu tăng nhẹ ( $11.280/\text{mm}^3$  và  $11.330/\text{mm}^3$ ) nhưng không có dấu hiệu nhiễm trùng, chỉ số bạch cầu đa nhân trung tính và CRP bình thường. Siêu âm có 16 trường hợp (39,0%) có 1 viên sỏi, 23 trường hợp (56,1%) có nhiều viên sỏi, 2 trường hợp (4,9%) polype túi mật. Tất cả các bệnh nhân được đánh giá trước mổ theo thang điểm ASA (American Society of Anesthesiologist) nhằm tiên lượng nguy cơ phẫu thuật, ASA là 1 điểm ở 18 bệnh nhân (43,9%) và 2 điểm ở 23 bệnh nhân (56,1%). Thời gian mổ trung bình là  $44,02 \pm 10,44$  phút (30-65 phút) và không có trường hợp nào tai biến và biến chứng xảy ra trong mổ. Sau phẫu thuật, thời gian trung tiện trung bình là  $1,15 \pm 0,35$  ngày (1-2 ngày). Xét nghiệm sau mổ có 1 bệnh nhân (2,4%) sốt nhẹ ( $38^\circ\text{C}$ ), bạch cầu tăng  $> 12.000/\text{mm}^3$  và nhiễm trùng vết mổ nông nên được chuyển qua kháng sinh điều trị, 40 trường hợp còn lại (97,6%) vết mổ khô, sạch và không có biểu hiện nhiễm trùng. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $3,24 \pm 0,89$  ngày (3-5 ngày) với điểm đau sau mổ ngày 1 trung bình là  $3,66 \pm 0,66$  điểm, hậu phẫu ngày 3 là  $1,61 \pm 0,62$  điểm. Chi phí điều trị trung bình là  $5,6 \pm 0,72$  triệu VNĐ.

## BÀN LUẬN

Sau thành công của trường hợp phẫu thuật nội soi cắt túi mật đầu tiên trên thế giới do Phillip Mouret thực hiện năm 1987 và ở Việt Nam do Nguyễn Tấn Cường tiến hành năm 1992, phương pháp này đã nhanh chóng được áp dụng rộng rãi và trở thành “tiêu chuẩn vàng” trong điều trị ngoại khoa bệnh lý sỏi túi mật, viêm túi mật cấp và mạn tính, ung thư túi mật giai đoạn sớm chưa di căn [4]. Biến chứng thường gặp trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật là nhiễm khuẩn vết mổ và kháng sinh dự phòng đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát biến chứng này [6], [7], [8]. Trong 41 trường hợp chúng tôi nghiên cứu, kết quả cho thấy về tuổi trung bình là  $48,24 \pm 14,54$ , tuổi nhỏ nhất là 23, lớn nhất là 80 tuổi, điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác như Nguyễn Thị Thu Hương (2012) [4] tuổi trung bình là 43,4, Trần Thiện Trung (2005) [6] là 48,9 tuổi và Ravinder Vohra (2017) [12] là  $51,10 \pm 16,3$ . Về giới tính, nữ giới chiếm đa số (87,8%) điều này cũng phù hợp với đa số các nghiên cứu [4], [7], [12], [15] đó là vì giới tính nữ là một trong những yếu tố nguy cơ mắc phải sỏi túi mật do Estrogen làm tăng tiết Cholesterol và Progesterol làm giảm co bóp túi mật [3].

Về triệu chứng lâm sàng, đau hạ sườn phải (92,7%) và rối loạn tiêu hóa (56,1%) là những biểu hiện thường gặp nhất và là lý do khiến bệnh nhân nhập viện. Kết quả tương đồng với Lê Trung Hải (2010) [3] với đau hạ sườn phải là 83,1% và rối loạn tiêu hóa 48,1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào sỏi túi mật không triệu chứng. Trong thời gian từ 01/03/2019 đến 30/09/2019, Khoa Ngoại Tổng Hợp chúng tôi thực hiện 174 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt túi mật chương trình, tuy nhiên chỉ có 41 trường hợp được sử dụng kháng sinh

dự phòng, đó là do bệnh nhân thường đến muộn với tình trạng túi mật viêm dày và có dấu hiệu nhiễm trùng cần dùng kháng sinh điều trị ngay, và trong thực tế có 24 trường hợp (58,5%) bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tự ý điều trị nội khoa thuốc giảm đau và các biểu hiện buồn nôn, chán ăn, đầy hơi v.v...khi có biểu hiện đau hạ sườn phải và rối loạn tiêu hóa trước khi đến khám và nhập viện. Điều này cho thấy vấn đề tầm soát bệnh và giáo dục sức khỏe chưa được quan tâm đúng mức, nhất là với những đối tượng nguy cơ cao bị sỏi túi mật.

Tình trạng bệnh nhân trước mổ theo thang điểm ASA: Thể trạng bệnh nhân bình thường (ASA=1) chiếm 43,9%, bệnh nhân có bệnh lý nhẹ kèm theo nhưng không ảnh hưởng sức khỏe và sinh hoạt hằng ngày (ASA = 2) chiếm 56,1%. Như vậy, tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong nhóm có nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ thấp và là khoảng điểm an toàn cho phẫu thuật [4], [5], trong thực tế chúng tôi không có bệnh nhân nào bị tai biến, biến chứng phẫu thuật liên quan đến bệnh lý nội khoa.

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là  $44,02 \pm 10,44$  phút (nhANH NHẤT là 30 phút và chậm nhất là 65 phút). Với kỹ thuật ngày càng tiến bộ và sự quen thuộc về kỹ năng của các phẫu thuật viên, đồng thời trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi đều là những trường hợp chưa có viêm túi mật gây viêm dày dính phức tạp nên thời gian mổ tương đối ngắn, kết quả này tương đồng với các tác giả Nguyễn Thị Thu Hương [3] là  $49,83 \pm 10,04$  phút và ngắn hơn Võ Phùng Nguyên [7] là  $60,43 \pm 3,36$  phút.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $3,24 \pm 0,89$  ngày tương đương với các tác giả Trần Thiện Trung [6] và Yoichi Matsu [15], đa số bệnh nhân xuất viện ngày hậu phẫu 3 thứ (39,0%), do phẫu thuật nội soi nhẹ nhàng, ít đau sau mổ với điểm đau ngày hậu phẫu 3 trung bình chỉ 1,61 điểm nên bệnh nhân có thể xuất viện sớm. Tuy nhiên do một số trường hợp rơi vào ngày thứ 7 và chủ nhật không thể làm thủ tục xuất viện nên thời gian nằm viện sau mổ kéo dài hơn. Chi phí điều trị trung bình là 5,6 triệu đồng, đây là chi phí thấp, chấp nhận được ở bệnh nhân nghèo. Viện phí thấp là do phẫu thuật nội soi rút ngắn được ngày nằm viện, đặc biệt là chúng ta chỉ sử dụng kháng sinh chỉ một liều duy nhất.

Trong 41 trường hợp nghiên cứu, có 1 trường hợp (2,4%) nhiễm khuẩn nông dưới da ở lỗ trocar rón vào ngày hậu phẫu thứ 2, chúng tôi rửa xử lý vết mổ tại chỗ và sử dụng kháng sinh uống sau đó lành tốt, kết quả này của Nguyễn Thị Thu Hương [4] là 6,67%, Võ Phùng Nguyên [7] là 4,88%, Gaur [10] là 7,9% và Yoichi Matsu [15] là 1%. Còn lại 40 trường hợp diễn tiến hậu phẫu ổn định, xuất viện tái khám không ghi nhận thêm biến chứng nào. Từ những kết quả trên cho thấy tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 97,6%, đây là kết quả đáng khích lệ cho việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật cắt túi mật nội soi.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi, có thể kết luận rằng sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật là hiệu quả, an toàn, thời gian nằm viện ngắn và chi phí điều trị thấp, mang lại lợi ích thiết thực người bệnh và ngành y tế.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2016), “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”, *Nhà xuất bản Y học TP.HCM*, tr. 25-29.
2. Bộ Y tế (2015), “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh – Ban hành kèm quyết định 708/QĐ-BYT”, *Nhà xuất bản Y học Hà Nội*, tr. 17-262.
3. Lê Trung Hải (2010), “Phẫu thuật nội soi cắt túi mật do sỏi túi mật đơn thuần ở người cao tuổi”, *Tạp chí Y dược học quân sự*, số 3, tr. 132-139.
4. Nguyễn Thị Thu Hương (2012), “Triển khai thí điểm chương trình kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội”, *Luận văn thạc sĩ dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội*, Hà Nội, tr. 1-59.
5. Phạm Thị Kim Huệ (2018), “Khảo sát việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật sạch, sạch - nhiễm tại Bệnh viện Đại học y dược TP.HCM giai đoạn 09/2016 đến 05/2017”, *Tạp chí Y học TP.HCM*, tập 1, tr. 83-88.
6. Trần Thiện Trung (2005), “Hiệu quả của kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật cắt túi mật qua nội soi”, *Tạp chí Y học TP.HCM*, tập 9, tr. 96-99.

7. Võ Phùng Nguyễn (2014), “Khảo sát sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật cắt túi mật nội soi do sỏi túi mật tại bệnh viện nhân dân Gia Định năm 2009-2011”, *Tạp chí Y học TP.HCM*, tập 18, tr. 395-400.

**TIẾNG ANH**

8. Ashwani Kumar (2013), “Role of Antibiotic Prophylaxis in Laparoscopic Cholecystectomy: A Randomized Prospective Study”, *JIMSA*, 26(4), pp. 209 -211.
9. Christina Macano (2017), “Current practice of antibiotic prophylaxis during elective laparoscopic cholecystectomy”, *Ann R Coll Surg England*, 99(3), pp. 216–217.
10. Gaur A and Pujahari AK (2010), “Role of Prophylactic Antibiotics in Laparoscopic Cholecystectomy”, *Med J Armed Forces India*, 66(3), pp. 228-230.
11. Juan Camilo Gomez (2018), “Antibiotic Prophylaxis in Elective Laparoscopic Cholecystectomy: a Systematic Review and Network Meta-Analysis”, *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 22(7), pp.1-11.
12. Ravinder Vohra (2017), “Effectiveness of Antibiotic Prophylaxis in Non-emergency Cholecystectomy Using Data from a Population-Based Cohort Study”, *World J Surg*, 41(9), pp. 2231–2239.
13. Sang Hong Kim (2018), “Role of prophylactic antibiotics in elective laparoscopic cholecystectomy: A systematic review and meta-analysis”, *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg*, 22(3), pp. 231-247.
14. The Centers for Disease Control and Prevention (2017), “Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection”, *United States of America*, pp.1 – 11.
15. Yoichi Matsu (2014), “Antibiotic Prophylaxis in Laparoscopic Cholecystectomy: A Randomized Controlled Trial”, *Department of Surgery - Kansai Medical University*, 9(9), pp. 1-9.



**KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ HÀNH VI  
VỀ PHÒNG CHỐNG TIÊU CHẢY Ở NGƯỜI LỚN TẠI KHOA NHIỄM-  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**

*Phạm Hữu Kiệt, Dương Quốc Hiền, Lê Văn Việt*

**TÓM TẮT:**

**Mục tiêu:** tìm hiểu kiến thức, đánh giá thực hành và xử trí tiêu chảy tại nhà từ đó đưa ra các khuyến cáo về phòng bệnh cho người dân.

**Phương pháp:** Mô tả cắt ngang.

**Kết quả và kết luận:**

Qua nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy số người biết vệ sinh tay trước khi chế biến thức ăn là 19 (9.5%), rửa tay trước khi ăn là 9 bệnh nhân (4.5%), 7 bệnh nhân (3.5%) biết rửa tay sau khi đi vệ sinh. Vì vậy, cần hướng dẫn người bệnh rửa tay thường quy.

Số người có thói quen uống chín là 21 (10.5%), số bệnh nhân có thói quen đun sôi thức ăn trước khi ăn là 176 (88%). Cần hướng dẫn người dân thực hiện ăn chín, uống chín.

Còn 5% người bệnh chưa sử dụng nhà vệ sinh tự hoại. Cần hướng dẫn người dân xây dựng, sử dụng nhà vệ sinh tự hoại.

Có 90 bệnh nhân (45%) chưa biết gói ORS, 169 bệnh nhân (84.5%) sử dụng ORS chưa đúng cách. Cần hướng dẫn người dân về gói ORS và cách sử dụng.

Khi bị tiêu chảy, 127 bệnh nhân (63.5%) tự mua thuốc uống. Cần khuyến cáo người dân khi bị tiêu chảy nên đi khám bệnh hoặc đến bệnh viện, không nên tự mua thuốc uống tránh tình trạng bệnh nặng hơn.

**ABSTRACT**

**Objective:** This study was conducted to understand knowledge, assess practice and manage diarrhea at home, thereby making recommendations on disease prevention for people.

**Methods:** cross section description

**Result and conclusion:** Through this study, we found that the number of people who knew how to clean their hands before preparing food was 19 (9.5%), wash hands before eating are 9 patients (4.5%), 7 patients (3.5%) knew how to wash their hands after using the toilet.

The number of people who have a habit of ripe drinking is 21 (10.5%), the number of patients who have a habit of boiling the meal before eating is 176 (88%). Need to guide people to eat cooked, drink ripe

5% of patients have not used a septic tank yet. Need to guide people to build and use septic toilets.

90 patients (45%) did not know ORS, 169 patients (84.5%) used ORS improperly. Need to guide people about the ORS and how to use it.

When having diarrhea, 127 patients (63.5%) bought their own medication. People should be advised when having diarrhea to see doctor or to go the hospital, not to buy medicine for themselves to avoid getting worse.

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tiêu chảy là một trong những bệnh lý có tỷ lệ mắc rất cao, đặc biệt ở các nước đang phát triển như Việt Nam.

Trên Thế giới có khoảng 1,7 đến 5 tỷ ca mắc tiêu chảy mỗi năm.

Tại Việt Nam, nghiên cứu số liệu thống kê bệnh tiêu chảy trong 10 năm, giai đoạn 2002-2011, cho thấy: tổng số ca mắc tiêu chảy là 9.408.345, cao nhất vào 2 năm 2002, 2005 (tỷ lệ mắc trung bình là 1327,62 và 1220,98/100.000 dân), giảm dần theo năm, thấp nhất năm 2011 (tỷ lệ mắc trung bình là 860,30/100.000 dân).

Theo Tổ chức Y tế Thế giới WHO (2009) “Biến đổi khí hậu là một trong thách thức lớn nhất trong thời đại của chúng ta”. Một trong những hậu quả của biến đổi khí hậu là sự gia tăng về cường độ, số lượng và độ bất thường của thiên tai. Sau thiên tai môi trường bị xáo trộn lớn, nguồn nước bị ô nhiễm nặng là nguyên nhân bùng phát các dịch bệnh đường ruột. Thiếu xử lý chất thải phân và thiếu xử lý nước uống tạo điều kiện cho bệnh lây lan và bùng phát dịch bệnh. Vì vậy, tiêu chảy vẫn là vấn đề sức khỏe cộng đồng cần quan tâm trong thời gian tới.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm tìm hiểu kiến thức, đánh giá thực hành và xử trí tiêu chảy tại nhà từ đó đưa ra các khuyến cáo về phòng bệnh cho người dân.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1.1. Đối tượng nghiên cứu**

Các trường hợp tiêu chảy nhập Khoa Truyền nhiễm- Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang trong khoảng thời gian từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 6 năm 2018.

#### **1.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh**

- Các trường hợp tiêu chảy nhập Khoa Truyền nhiễm- Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

- Bệnh nhân và gia đình phối hợp thực hành cho thông tin

#### **1.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

Loại trừ tiêu chảy triệu chứng sau bệnh khác

### **1.2. Phương pháp nghiên cứu**

Phương pháp mô tả cắt ngang

### **1.3. Xử lý số liệu**

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

## **KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

Trong 200 bệnh nhân được nghiên cứu có 137 bệnh nhân là nữ chiếm tỷ lệ 68.5%, tuổi trung bình 50.02, nhỏ nhất là 16 tuổi, lớn nhất là 88 tuổi.

Trình độ học vấn, không biết chữ 35 bệnh nhân (17.5%), cấp I 87 bệnh nhân (43.5%), cấp II 53 bệnh nhân (26.5%), cấp III 46 bệnh nhân (23%), đại học và sau đại học có 9 bệnh nhân (4.5%).

Số người biết vệ sinh tay trước khi chế biến thức ăn là 19 (9.5%), rửa tay trước khi ăn là 9 bệnh nhân (4.5%), 7 bệnh nhân (3.5%) biết rửa tay sau khi đi vệ sinh, 141 bệnh nhân (70.5%) chỉ rửa tay khi bẩn, 24 bệnh nhân (12%) rửa tay trước và sau khi đi vệ sinh). Vì vậy, cần hướng dẫn người bệnh rửa tay thường quy.

Số người có thói quen uống chín là 21 (10.5%), 72 bệnh nhân (36%) sử dụng nước lọc, 107 bệnh nhân (53.5%) sử dụng nước sông (nước máy, nước sông, nước mưa chưa qua đun sôi) để uống. Số bệnh nhân có thói quen đun sôi thức ăn trước khi ăn là 176 (88%), 24 bệnh nhân (12%) không có thói quen này. Cần hướng dẫn người dân thực hiện ăn chín, uống chín.

Đa số người bệnh sử dụng nhà vệ sinh tự hoại là 190 (95%), tuy nhiên vẫn còn một số ít sử dụng cầu tiêu ao cá là 7 (3.5%), đi vệ sinh trên sông là 3 người (1.5%). Vì vậy cần hướng dẫn người dân thay đổi thói quen này.

<b>Sử dụng nhà vệ sinh</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sử dụng nhà vệ sinh tự hoại	190	95
Sử dụng cầu tiêu ao cá	7	3.5
Đi vệ sinh trên sông	3	1.5

*Bảng 1: Loại nhà vệ sinh*

Số bệnh nhân biết gói ORS là 110 (55%), 90 bệnh nhân (45%) chưa biết gói ORS. 31 bệnh nhân (15.5%) biết cách sử dụng gói ORS, 169 bệnh nhân (84.5%) sử dụng ORS chưa đúng cách. Cần hướng dẫn người dân về gói ORS và cách sử dụng.

Sử dụng ORS	n	%
Đúng cách	31	15.5
Không đúng cách	169	84.5

*Bảng 2: Cách dùng ORS*

Khi bị tiêu chảy, 127 bệnh nhân (63.5%) tự mua thuốc uống, 30 bệnh nhân (15%) đi khám phòng mạch tư, 43 bệnh nhân (21.5%) đến bệnh viện. Cần khuyến cáo người dân khi bị tiêu chảy nên đi khám bệnh hoặc đến bệnh viện, không nên tự mua thuốc uống tránh tình trạng bệnh nặng hơn.

#### **KẾT LUẬN:**

Qua nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy số người biết vệ sinh tay trước khi chế biến thức ăn là 19 (9.5%), rửa tay trước khi ăn là 9 bệnh nhân (4.5%), 7 bệnh nhân (3.5%) biết rửa tay sau khi đi vệ sinh. Vì vậy, cần hướng dẫn người bệnh rửa tay thường quy.

Số người có thói quen uống chín là 21 (10.5%), số bệnh nhân có thói quen đun sôi thức ăn trước khi ăn là 176 (88%). Cần hướng dẫn người dân thực hiện ăn chín, uống chín.

Còn 5% người bệnh chưa sử dụng nhà vệ sinh tự hoại. Cần hướng dẫn người dân xây dựng, sử dụng nhà vệ sinh tự hoại.

Có 90 bệnh nhân (45%) chưa biết gói ORS, 169 bệnh nhân (84.5%) sử dụng ORS chưa đúng cách. Cần hướng dẫn người dân về gói ORS và cách sử dụng.

Khi bị tiêu chảy, 127 bệnh nhân (63.5%) tự mua thuốc uống. Cần khuyến cáo người dân khi bị tiêu chảy nên đi khám bệnh hoặc đến bệnh viện, không nên tự mua thuốc uống tránh tình trạng bệnh nặng hơn.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh tiêu chảy cấp của người dân tại 2 xã của tỉnh Yên Bái năm 2013- Hoàng Thị Thu Hà, Lê Thị Thanh Xuân, Chu Văn Thăng, Đỗ Xuân Tùng, Lê Thị Tài.
2. Khảo sát tình hình tiêu chảy trẻ em dưới 5 tuổi điều trị nội trú tại khoa nhi BVĐK huyện Can Lộc- Phan Đình Đông, Lê Thế Nhiên - Bệnh viện Đa khoa huyện Can Lộc
3. Tài liệu phòng chống bệnh tiêu chảy chương trình phòng chống tiêu chảy quốc gia.
4. Kỹ yếu đề tài nghiên cứu khoa học Sở Y tế Hà Tĩnh năm 2010-2012.

## KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NHÂN VIÊN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TT AN GIANG NĂM 2019

*Dương Thị Thu Cúc, Nguyễn Văn Sinh,  
Nguyễn Như Nguyễn, Ngô Quốc Tuấn*

### TÓM TẮT

*Mục tiêu: Biết được mức độ hài lòng chung của nhân viên bệnh viện trong năm 2019 sau hai năm tự chủ, cải tiến và can thiệp. Ghi nhận những tiểu mục nào nhân viên chưa thực sự hài lòng một cách khách quan.*

*Phương pháp nghiên cứu: Khảo sát cắt ngang*

*Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ lý và các nhân viên khác đang công tác tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang trong năm 2019 loại trừ những nhân viên đang nghỉ phép, nghỉ hậu sản, đau trong thời gian khảo sát*

*Kết quả nghiên cứu: 910/933 nhân viên được khảo sát, chiếm tỷ lệ 97,53%.*

*Kết quả từ nghiên cứu nam 414 chiếm tỷ lệ 45,5%; nữ 496 tỷ lệ 54,5%. Trung cấp 495, tỷ lệ 54,5; cao đẳng 44 (4,8); đại học 223, tỷ lệ 24,5%; sau đại học 95 tỷ lệ 10,4%; khác 52, tỷ lệ 5,7%*

*Hài lòng chung về bệnh viện rất cao (92,6%). Không hài lòng rất thấp chỉ 7,4%.*

*Hài lòng chung cho cả 5 nhóm ABCDE: hài lòng chiếm 89,92%, không hài lòng chiếm 10,08%.*

*Xét về các khoa thì khoa Dược là khoa hài lòng nhất có ý nghĩa thống kê ( $P=0,000$ ) kế tiếp là khoa Truyền Nhiễm ( $P=0,004$ ) và khối hành chính ( $P=0,010$ )*

*Không có sự hài lòng khác biệt về giới tính, tuổi, thâm niên công tác, chuyên môn, chức vụ ( $P=0,390; 0,478; 0,793; 0,992; 0,226$ )*

*Sự hài lòng tốt hơn có ý nghĩa thống kê ( $P=0,003; 0,029; 0,038$ ) ở nhóm Ban chủ nhiệm các khoa phòng, nhưng người sau đại học, nhân viên biên chế và hợp đồng dài hạn, những người làm trong bệnh viện nhưng không có bằng cấp về y như kỹ sư, hộ lý...*

*Kết luận: Có sự hài lòng chung rất cao về bệnh viện đạt 92,6%. Hài lòng chung trong cả 5 nhóm A, B, C, D đạt 89,92%. Khối hành chính, Dược, khoa Nhiễm hài lòng hơn. Khoa hài lòng nhất là khoa Dược, nhóm hài lòng nhiều là nhóm Ban chủ nhiệm các khoa phòng, nhưng người sau đại học, nhân viên biên chế và hợp đồng dài hạn, những người làm trong bệnh viện nhưng không có bằng cấp về y*

### SUMMARY

*Objective: Know the general satisfaction level of hospital staff in 2019, after two years of autonomy, improvement and intervention Note which sub-categories employees are not really satisfied objectively*

*Methods: Cross-sectional study*

*Subjects of study: Including all doctors, pharmacists, nurses, technicians, assistant and other employees working at An Giang Central General Hospital in 2019 excluding employees leave, postpartum leave, pain during the survey period*

*Results: 910/933 employees were surveyed, accounting for 97.53%.*

*Results from male studies 414 accounted for 45.5%; female 496 rate of 54,5%. Intermediate 495, ratio 54.5; college 44 (4.8); university 223, the rate of 24,5%; Postgraduate 95% rate 10.4%; other 52, 5.7%*

*Overall satisfaction with the hospital is very high (92.6%) and unsatisfied very low is only 7.4%.*

*Overall satisfaction for all 5 ABCDE groups: satisfaction accounted for 89.92%, unsatisfied accounted for 10.08%.*

*Among the faculties, the Faculty of Pharmacy is the most satisfied statistically significant ( $P = 0,000$ ) followed by the Infectious Department ( $P = 0.004$ ) and the administrative department ( $P = 0.010$ ).*

*There were no differences in satisfaction with gender, age, working seniority, specialty or position ( $P = 0.390; 0.478; 0.793; 0.992; 0.2226$ )*

*Satisfaction was statistically better ( $P = 0.003; 0.029; 0.038$ ) in the management team of departments, but graduate students, permanent staff and long-term contracts, those working in hospitals, but don't have a medical degree like an engineer, an assistant...*

*Conclusion: There is a very high overall satisfaction with the hospital of 92.6%. The overall satisfaction in all 5 groups A, B, C, D reached 89.92%. Administration, Pharmacy, Infection Department were more satisfied. The most satisfied faculty is the Pharmacy department, the most satisfied group is the management committee of the department, but the graduate, permanent staff and long-term contracts, those who work in the hospital but do not have a medical degree*

## **I - ĐẶT VẤN ĐỀ:**

Theo Tổ chức y tế thế giới, nguồn nhân lực là yếu tố cơ bản cho mọi thành tựu y tế [11] và sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế sẽ đảm bảo duy trì đủ nguồn nhân lực, nâng cao chất lượng dịch vụ y tế tại các cơ sở y tế. Tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang sau 2 năm tự chủ về tài chính, đổi mới cách làm việc và nhận thức làm cho thu nhập của nhân viên bệnh viện tăng khá cao. Ban Giám Đốc lại rất thân thiện, thấu hiểu, lo cho đời sống nhân viên, công bằng trong công việc. Bệnh viện đang phát triển lên một tầm cao mới, có tiếng nói trong khu vực, ngày càng thu hút nhiều bệnh nhân và chắc chắn lương tăng thêm sẽ cao hơn nữa. Hài lòng của bệnh nhân và thân nhân rất cao >90% còn hài lòng của nhân viên thì thế nào? Có như đà tiền của bệnh viện không?

Khảo sát sự hài lòng của nhân viên bệnh viện cũng là chủ trương của Bộ y tế hàng năm. Vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá kết quả thực tế về sự hài lòng của nhân viên bệnh viện năm 2019

Mục tiêu:

Biết được mức độ hài lòng chung của nhân viên bệnh viện trong năm 2019 sau hai năm tự chủ, đổi mới và can thiệp. So sánh sự khác biệt mức độ hài lòng giữa khối lâm sàng và khối hành chính, giữa đại học và trung cấp, ghi nhận những tiêu mục nào nhân viên chưa thực sự hài lòng một cách khách quan.

## **II – ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:**

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ lý và các nhân viên khác đang công tác tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang trong năm 2019. Nhân viên y tế được xác định theo định nghĩa của WHO [11], bao gồm: những người cung cấp dịch vụ y tế bác sĩ, dược sĩ, y sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên và những nhân viên khác như kế toán, cấp dưỡng, lái xe, hộ lý đang công tác trong bệnh viện.

Phương pháp nghiên cứu: Khảo sát cắt ngang

Dùng bảng câu hỏi khảo sát gửi đến nhân viên của từng khoa lần lượt theo thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 9/2019. Nhân viên trả lời các câu hỏi tùy nhận thức khách quan của mình cho câu hỏi khảo sát, không cần ghi tên. Bộ câu hỏi là “phiếu khảo sát ý kiến của nhân viên y tế” do bộ y tế ban hành gồm 44 tiêu chí khảo sát: phần A sự hài lòng về môi trường làm việc từ A1-A9; phần B sự hài lòng về lãnh đạo trực tiếp, đồng nghiệp từ B1-B9; phần C Sự hài lòng về quy chế nội bộ, tiền lương, phúc lợi từ C1-C12; phần D Sự hài lòng về công việc, cơ hội học tập và thăng tiến từ D1-D7; phần E sự hài lòng chung về bệnh viện từ E1-E7. Từ đó chúng tôi nhận định sự hài lòng chung và từng nhóm A, B, C, D, E

Mức độ hài lòng được đánh giá theo thang điểm của Bộ: 1 điểm rất không hài lòng (rất kém); 2 điểm không hài lòng (kém); 3 điểm bình thường (trung bình); 4 điểm hài lòng (tốt); 5 điểm rất hài lòng (rất tốt). Gộp lại thành hai nhóm: điểm 1, 2, 3 không hài lòng và điểm 4, 5 hài lòng.

Thu thập số liệu: Tất cả các phiếu sẽ được nhập vào Excell và dùng phần mềm SPSS 20.0 phân tích dữ liệu đánh giá mức độ hài lòng. So sánh sự khác biệt về mức độ hài lòng giữa nam, nữ, thâm niên, khối lâm sàng và khối hành chính, giữa đại học và trung cấp, ghi nhận những tiêu mục nào nhân viên chưa thực sự hài lòng một cách khách quan. Các test có ý nghĩa thống kê khi  $P < 0,05$ .

### III – KẾT QUẢ

Tổng số 910/933 nhân viên được khảo sát, loại trừ những nhân viên thời gian khảo sát nghỉ phép, hậu sản hoặc đau, chiếm tỷ lệ 97,53%. Bao gồm bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ lý và các nhân viên khác tại các khoa phòng.

Kết quả từ nghiên cứu chúng tôi ghi nhận về giới tính nam 414 chiếm tỷ lệ 45,5%; nữ 469 tỷ lệ 54,5%.

**Bảng 1: Chuyên môn**

Chuyên môn	Số lượng	Phần trăm
Bác sĩ	177	19,5%
Dược sĩ	60	6,6%
Điều dưỡng	446	49%
Kỹ thuật viên	83	9,1%
Các chức danh khác	144	15,82%

**Bảng 2: Bằng cấp**

TT	Nội dung	Số người	Tỷ lệ %
1	Trung cấp	495	54.5
2	Cao đẳng	44	4.8
3	Đại học	223	24.5
4	Cao học, CKI	82	9.0
5	Tiến sĩ. CKII	13	1.4
6	Khác, (ghi rõ)	52	5.7

**Bảng 3: Vị trí công tác**

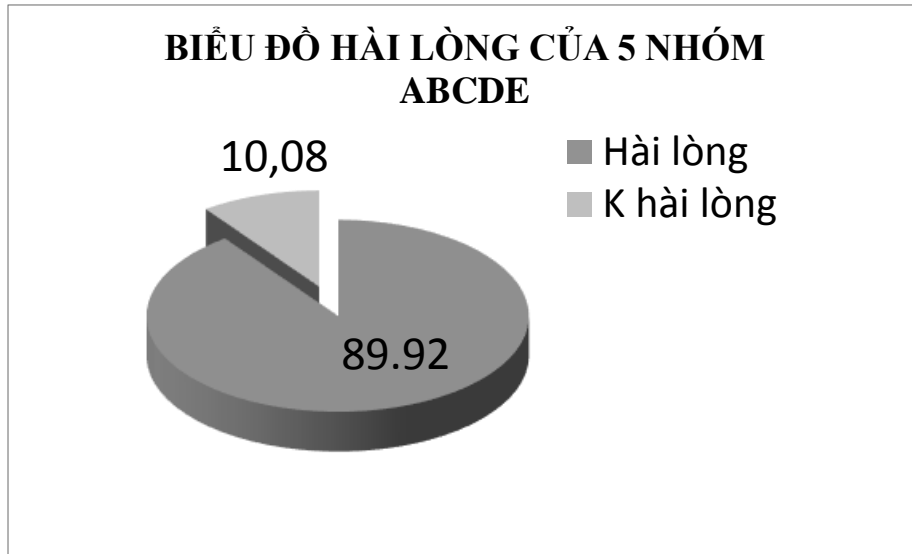
TT	Nội dung	Số người	Tỷ lệ %
1	Lãnh đạo BV	1	0.1
2	Trưởng phó khoa/phòng	51	5.6
3	Nhân viên biên chế/HĐ dài hạn	757	83.2
4	Hợp đồng ngắn hạn	60	6.6
5	Khác, (ghi rõ)	41	4.5

**Bảng 4: Hoạt động chuyên môn**

TT	Nội dung	Số người	Tỷ lệ %
1	Khối hành chính	120	13.2
2	Cận lâm sàng	79	8.7
3	Nội	289	31.8
5	Ngoại	152	16.7
6	Truyền nhiễm	46	5.1
7	Chuyên khoa lẻ	59	6.5
8	Các khoa không trực tiếp khám bệnh	12	1.3
9	Dược	53	5.8
10	Khác (ghi rõ)	100	11

Về sự hài lòng chung cho cả 5 nhóm ABCDE, chúng tôi chia ra 2 nhóm điểm: Nhóm (1) bao gồm điểm 1, 2, 3 là không hài lòng và nhóm (2) điểm 4, 5 là hài lòng. Không hài lòng chiếm 10,08%. Hài lòng chiếm 89,92%.

**Biểu đồ 1**



Không có sự hài lòng khác biệt về giới tính, tuổi, thâm niên công tác, chuyên môn, chức vụ ( $P = 0,390; 0,478; 0,793; 0,992; 0,226$ ). Sự hài lòng giữa nhân viên đại học và trung cấp cũng không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê  $P = 0,452$  nhưng xét riêng từng cấp thì trung cấp hài lòng hơn đại học.

Chúng tôi cũng ghi nhận được sự hài lòng tốt hơn có ý nghĩa thống kê ( $P = 0,003; 0,029; 0,038$ ) ở nhóm Ban chủ nhiệm các khoa phòng, những người sau đại học, nhân viên biên chế và hợp đồng dài hạn, những người làm trong bệnh viện nhưng không có bằng cấp về y như kỹ sư, hộ lý...

Xét về các khoa thì khoa Dược là khoa hài lòng nhất có ý nghĩa thống kê ( $P=0,000$ ) kế tiếp là khoa Truyền Nhiễm ( $P= 0,004$ ) và khối hành chính ( $P=0,010$ )

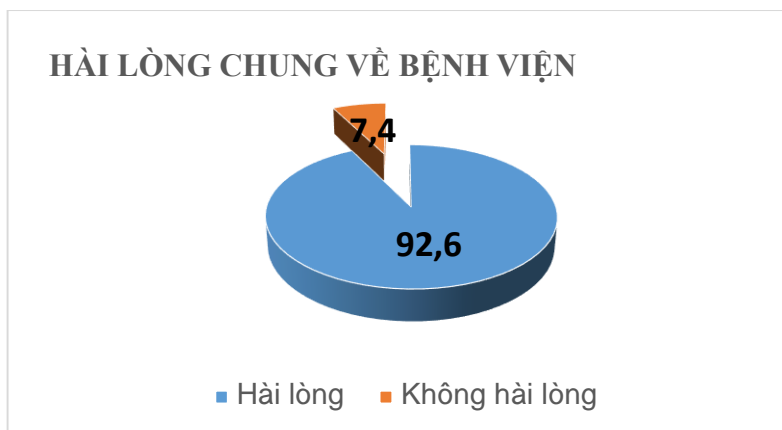
Trong nhóm A sự hài lòng về môi trường làm việc đạt 87,45% và không hài lòng 12,6%. Những tiêu mục chưa hài lòng cao nằm trong các mục A6 môi trường học tập tạo điều kiện cho NVYT cập nhật kiến thức, nâng cao trình độ: thư viện, phòng đọc sách, tra cứu thông tin...(14,5%); A9 người bệnh và người nhà có thái độ tôn trọng hợp tác NVYT trong quá trình điều trị (23,9%).

Trong nhóm B sự hài lòng về lãnh đạo trực tiếp, đồng nghiệp đạt 90,5% và chưa hài lòng 9,5%. Rớt vào tiêu mục B9 đồng nghiệp quan tâm giúp đỡ nhau trong cuộc sống.

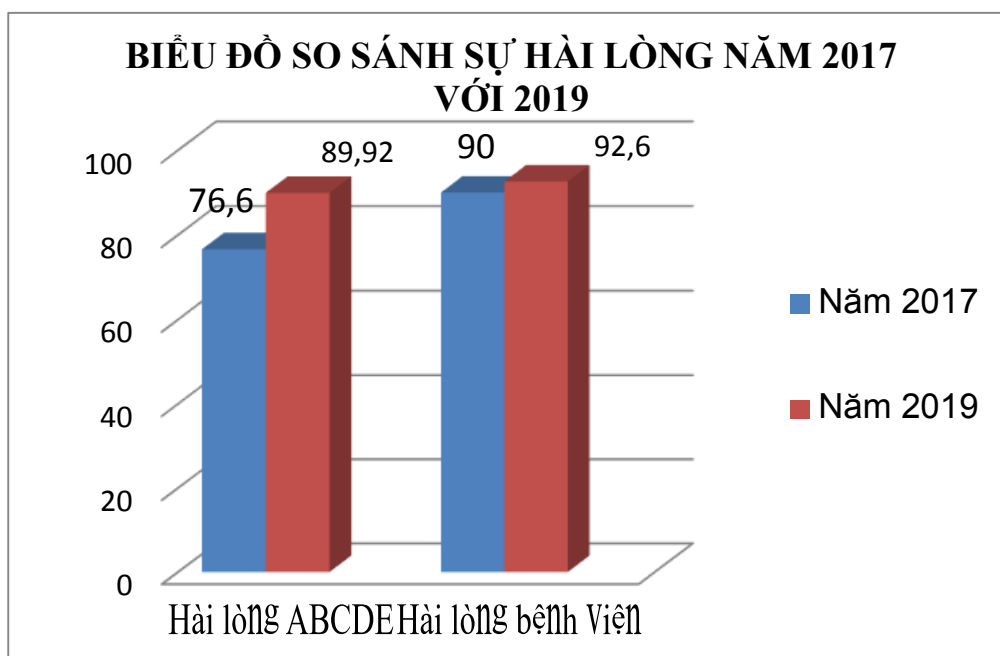
Nhóm C sự hài lòng về quy chế nội bộ, tiền lương, phúc lợi, hài lòng đạt (91,05%). Không hài lòng 8,95%. Các tiêu mục không hài lòng cao: C6 chế độ phụ cấp nghề và độc hại xứng đáng so với cống hiến (12,1%); C8 cách phân chia thu nhập tăng thêm công bằng, khuyến khích nhân viên làm việc tích cực (11,3%)

Nhóm D sự hài lòng về công việc, cơ hội học tập và thăng tiến, hài lòng đạt 88,21%; không hài lòng 11,79%. Tiêu mục có tỷ lệ không hài lòng cao: D1 khối lượng công việc được giao phù hợp (14%); D4 bệnh viện tạo điều kiện cho NVYT học tiếp các bậc cao hơn (12,6%).

Dù còn những vấn đề chưa hài lòng ở các nhóm ABCD nhưng trong nhóm E sự hài lòng chung về bệnh viện có sự đồng thuận hài lòng rất cao (92,6%). Không hài lòng thấp 7,4%. Trong đó tiêu mục thấp E2 đạt được những thành công cá nhân khi làm việc tại bệnh viện (11,5%).

**Biểu đồ 2:****IV- BÀN LUẬN**

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi: nhìn chung về tổng thể sự hài lòng của nhân viên y tế với bệnh viện rất cao. Điểm 4 hài lòng tốt, điểm 5 rất hài lòng đạt gần 90% (89,92) Riêng nhóm E hài lòng chung về bệnh viện điểm 4 và 5 đạt 92,6%. So với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Sinh đánh giá sự hài lòng của nhân viên bệnh viện An Giang năm 2017 mức độ hài lòng chung các nhóm ABCDE là 76,6% và riêng nhóm E 90% [1]. Tác giả Lê Thanh Nhuận nghiên cứu về sự hài lòng của nhân viên y tế tuyến cơ sở mức độ hài lòng với công việc chung là 71% [2], thì nghiên cứu của chúng tôi cao hơn (89,92% và 92,6%). Mặc dù còn 10,08% chưa hài lòng nhưng đây là một thành công về sự đồng thuận cũng như lãnh đạo đúng hướng của Ban giám đốc bệnh viện sau hai năm tự chủ, cải tiến và can thiệp.

**Biểu đồ 3: so sánh với năm 2019**

Không có sự hài lòng khác biệt về giới tính, tuổi, thâm niên công tác, chuyên môn, chức vụ, giữa đại học và trung cấp ( $P = 0,390; 0,478; 0,793; 0,992; 0,226; 0,452$ ) nhưng xét riêng từng cấp thì trung cấp hài lòng hơn đại học. Điều này cho thấy mọi người đều được quan tâm đồng



đều và hài lòng với công việc tùy theo nhiệm vụ của mình được giao, nhưng giữa trung cấp và đại học, trung cấp thấy công việc ổn định và hài lòng hơn. Đại học đặc biệt là các bác sĩ dưỡng như còn có sự so sánh nào đó nên chưa hài lòng lắm về thăng tiến, phúc lợi (A6; C6; C8).

Chúng tôi cũng ghi nhận được sự hài lòng tốt hơn có ý nghĩa thống kê ( $P = 0,003; 0,029; 0,038$ ) ở nhóm Ban chủ nhiệm các khoa phòng, nhưng người sau đại học, nhân viên biên chế và hợp đồng dài hạn, những người làm trong bệnh viện nhưng không có bằng cấp về y như kỹ sư, hộ lý... Có thể trong nhóm sau đại học đa số ở vị trí lãnh đạo, học vị ổn định, có thu nhập cao theo chức vụ nên hài lòng tốt hơn. Điều này thật đáng mừng vì sau lưng Ban giám đốc có một đội ngũ lãnh đạo các khoa phòng đồng thuận, đoàn kết, hỗ trợ, giúp sức để bệnh viện ngày càng thăng tiến. Còn nhóm biên chế, hợp đồng dài hạn cũng như nhóm không có bằng cấp về y nhu cầu tìm được công việc, thu nhập ổn định là đạt yêu cầu của họ vì thế sự hài lòng tốt hơn.

Xét về các khoa, thì khoa Dược là khoa hài lòng nhất ( $P=0,000$ ) kế tiếp là khoa Truyền Nhiễm ( $P= 0,004$ ), khối hành chính ( $P=0,010$ ). Điều này có lẽ do khối hành chính và khoa Dược công việc diễn ra ổn định hàng ngày, ít tiếp xúc với bệnh nên tâm lý cũng ổn định, chính vì vậy nhân viên ở những khối này hài lòng hơn. Nghiên cứu năm 2017 về sự hài lòng của nhân viên tác giả Nguyễn Văn Sinh cũng cho thấy hai khối này hài lòng hơn và khoa Dược cũng là khoa hài lòng nhất [1]. Còn khoa Truyền Nhiễm so với mặt bằng các khoa đây là một khoa nằm riêng một khối, Phòng ốc mới vừa đem vào sử dụng, bệnh ổn định hơn các khoa khác, nhân viên có phân thoải mái, ít đụng chạm, nên hài lòng tốt hơn. Các khoa lâm sàng khác công việc đụng chạm hơn, căng thẳng hơn, họ phải đối mặt với một lượng bệnh và thân nhân rất đông, bất ổn về tâm lý, chính vì vậy sự hài lòng kém hơn như trong các mục của phần A (A9).

Trong nhóm A sự hài lòng về môi trường làm việc đạt 87,45% và không hài lòng 12,6%. Trong đó mục A9 người bệnh và người nhà có thái độ tôn trọng hợp tác NVYT trong quá trình điều trị, không hài lòng là cao nhất tỷ lệ 23,9%. Có thể do thói quen giữ luật và ý thức kém mà nhiều bệnh nhân và thân nhân thiếu tôn trọng nhân viên, giữ nội qui khoa phòng chưa tốt, khi được nhắc nhở hoặc không cho thăm bệnh theo nội qui bệnh viện thì chửi mắng và có thái độ không tốt, ngược lại đôi khi nhân viên cũng kiêu lời với họ tạo nên sự thiếu hợp tác.

Nhóm C sự hài lòng về quy chế nội bộ, tiền lương, phúc lợi, hài lòng đạt (91,05%). Không hài lòng 8,95%. Các tiêu mục không hài lòng cao: C6 chế độ phụ cấp nghề và độc hại xứng đáng so với cống hiến (12,1%); C8 cách phân chia thu nhập tăng thêm công bằng, khuyến khích nhân viên làm việc tích cực (11,3%). Đây vẫn là những vấn đề luôn luôn nhạy cảm, hài lòng với người này nhưng vẫn chưa hài lòng với người kia mặc dù lương tăng thêm đã tăng 1,6 lần.

Nhóm D sự hài lòng về công việc, cơ hội học tập và thăng tiến, hài lòng đạt 88,21%; không hài lòng 11,79%. Tiêu mục có tỷ lệ không hài lòng cao: D1 khối lượng công việc được giao phù hợp (14%); D4 bệnh viện tạo điều kiện cho NVYT học tiếp các bậc cao hơn (12,6%). Do trước kia, cách làm việc chủ ý hết giờ hơn hết việc, bước vào tự chủ cần phải đổi mới phong cách làm việc, điều này làm thay đổi bộ mặt và cung cách phục vụ. Sự thay đổi này đã thu hút bệnh nhân đến với bệnh viện ngày càng đông, và đương nhiên thu nhập cũng sẽ tăng theo thương hiệu, nhân viên phải làm việc nhiều hơn nên cảm thấy công việc nặng nề hơn. Về nâng cao kiến thức, bệnh viện luôn tạo điều kiện, nhưng phải chờ đợi theo thứ tự và nhu cầu đào tạo làm cho nhiều nhân viên phải chờ đợi lâu nên chưa hài lòng.

Dù còn những vấn đề chưa hài lòng ở các nhóm ABCD nhưng trong nhóm E sự hài lòng chung về bệnh viện rất cao (92,6%). Không hài lòng rất thấp chỉ 7,4%. Điều này nói lên có sự chung tay, đoàn kết của mọi thành viên trong bệnh viện và đường hướng lãnh đạo của Giám đốc đang đi đúng hướng vì bệnh nhân và quyền lợi chính đáng cho nhân viên.

## **V- KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu cho chúng ta thấy sau hai năm bệnh viện tự chủ, đổi mới và can thiệp kết quả là có sự hài lòng rất cao trong cả 5 nhóm A, B, C, D, E tốt và rất tốt đạt 89,92%. Riêng nhóm E sự hài lòng chung về bệnh viện tốt và rất tốt đạt 92,6%. Nhân viên được tôn trọng và đối xử như nhau nên không có sự hài lòng khác biệt về giới tính, tuổi tác, thâm niên, chuyên

môn, chức vụ ( $P = 0,390; 0,478; 0,793; 0,992; 0,226$ ). Khoa Dược là khoa hài lòng nhất ( $P=0,000$ ) kế tiếp là khoa Truyền Nhiễm ( $P= 0,004$ ) và khối hành chính ( $P=0,010$ ). Nhóm hài lòng nhiều là Ban chủ nhiệm các khoa phòng, nhưng người sau đại học, nhân viên biên chế và hợp đồng dài hạn, những người làm trong bệnh viện nhưng không có bằng cấp về y. Đã có một sự chung tay, đoàn kết, đồng thuận trong toàn thể nhân viên, để bệnh viện ngày càng phát triển thêm.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1- Nguyễn Văn Sinh và cs. Đánh giá sự hài lòng của nhân viên bệnh viện năm 2017. Hội nghị KHKT BVAG 2017 trang 121-127
- 2- Lê Thanh Nhuận, Lê Cự Linh. Sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tuyến cơ sở. Tạp chí Y tế Cộng đồng 9.2009, số 13 trang 52-53.
- 3- Trần Thị Châu & CS (2005). Khảo sát sự hài lòng của điều dưỡng về nghề nghiệp tại 14 cơ sở y tế ở TP. Hồ Chí Minh. Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ II. Nhà xuất bản GTVT, Hà Nội, 43-49.
- 4- Phạm Mạnh Hùng & Đặng Quốc Việt (2004) Kien toàn mạng lưới y tế cơ sở, góp phần nâng cao chất lượng công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu. Quản lý y tế - Tìm tòi học tập và trao đổi. Nhà Xuất bản Hà Nội, Hà Nội.
- 5- Lê Thanh Nhuận & Lê Cự Linh (2009), “Phát triển bộ công cụ đo lường sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tuyến cơ sở”, Tạp chí Y tế Công cộng, Số 11(11), pp. 18-24.
- 6- Trần Quy, Vi Nguyệt Hồ, Phạm Đức Mục, Ngô Thị Ngoãn, Ngô Đức Thọ, Đào Thành & CS (2005) Sự hài lòng nghề nghiệp của điều dưỡng bệnh viện và các yếu tố liên quan, 2005. Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khóa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ II. Nhà xuất bản GTVT, Hà Nội, 33-42.
- 7- David Grembowski, David Paschane, Paula Diehr, Wayne Katon, Diane Martin & Donald L Patrick (2005), "Managed Care, Physician Job Satisfaction, and the Quality of Primary Care", J Gen Intern Med, vol 20(3), pp. 271 277.
- 8- Kate Anne Walker & Marie Pirota (2007), "What keeps Melbourne GPs satisfied in their jobs?" Australian Family Physician, Vol. 36(No. 10), pp. 877-880.
- 9- Laubach W & Fischbeck S (2007), Job satisfaction and the work situation of physicians: a survey at a German university hospital. Available from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17966819?ordinalpos=36&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17966819?ordinalpos=36&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum), accessed 26/3/2008.
- 10- Marjolein Dieleman, Pham Viet Cuong, Le Vu Anh & Tim Martineau (2003), "Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam", Human Resources for Health 2003, 1:10.
- 11- WHO (2006), The world health report 2006: working together for health, WHO Press, Geneva.
- 12- Inke Mathauer & Ingo Imhoff (2006), "Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools", Human Resources for Health 2006, 4:24.

## KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2019

Nguyễn Duy Tân, Lê Nguyễn Quang Thái,  
Trần Văn Lôi, Phạm Hòa Lợi

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hiện nay, vấn đề dinh dưỡng đang là vấn đề được ngành y tế hết sức quan tâm, không chỉ ở cộng đồng mà còn ở các bệnh nhân đang điều trị nội trú tại bệnh viện. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ảnh hưởng đáng kể đến kết quả điều trị tại bệnh viện nói chung và các khoa lâm sàng nói riêng. Nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu: 1) Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng chung các bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện; 2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan liên quan đến tình trạng dinh dưỡng trên bệnh nhân nội trú đang điều trị tại bệnh viện.

**Phương pháp:** Nghiên cứu theo mô tả cắt ngang trên 390 bệnh nhân có hồ sơ nhập viện tại khoa điều trị nội trú Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 03/2019 đến tháng 09/2019.

**Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng phân loại theo NRS cao nhất là 87,5%, theo SGA tỷ lệ suy dinh dưỡng vừa và nặng (SGA-B và SGA-C) lần lượt là 50,8% và 30,5%; theo BMI là 35,9%; theo Albumin là 68,2% và số lượng tế bào lympho đếm là 54,6%. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng: tuổi  $\geq 70$ , khẩu phần ăn giảm, có tình trạng hậu phẫu, albumin/máu  $< 35$  g/l.

**Kết luận:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân nằm viện là hết sức cần thiết để can thiệp dinh dưỡng sớm cho bệnh nhân suy dinh dưỡng nhằm nâng cao chất lượng điều trị.

### Abstract

**Background:** Nowadays, nutrition is an issue which is concerned by the health sector, not only in the community but also in patients receiving inpatient treatment in hospitals. Nutritional status of patients significantly has affected treatment results in hospitals generally and clinical departments particularly. This study aims to: 1) Determine the malnutrition rate of inpatient in hospitals; 2) Identify some related factors with nutritional status in inpatients.

**Methods:** Cross-sectional study of 390 patients who treated in inpatient departments of An Giang General Hospital from 03/2019 to 09/2019.

**Result:** The highest rate of malnutrition classified by NRS is 87.5%; by SGA, the rate of moderate and severe malnutrition (SGA-B and SGA-C) is 50.8% and 30.5% respectively; by BMI is 35.9%; by serum Albumin level is 68.2% and by the Lymphocytes count is 54.6%. Some factors related to malnutrition: age  $\geq 70$ , reduced diet, in postoperative condition, serum albumin level  $< 35$ g/l.

**Conclusion:** Nutritional assessment in hospitalized patients is essential for early intervention to malnourished patients to improve treatment quality.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) là vấn đề phổ biến ở bệnh nhân nằm viện. Suy dinh dưỡng làm giảm chức năng nhận thức, khả năng hoạt động của cơ thể, chức năng tim mạch, hệ tiêu hóa, chức năng nội tiết, khả năng đề kháng, làm lành vết thương... Từ đó kéo dài thời gian điều trị, quá trình phục hồi và làm tăng khả năng tử vong.

Hiện nay tỷ lệ suy dinh dưỡng của bệnh nhân nằm viện vẫn còn là con số đáng lo ngại, trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu khảo sát về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nằm viện cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng chiếm khá cao. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trần Quốc Cường, Marilyn Banks và cs về tần suất suy dinh dưỡng và phương pháp sàng lọc dinh dưỡng tại 6 bệnh viện công lập năm 2016 thì tỷ lệ suy dinh dưỡng chiếm 34.1% bệnh nhân nằm viện và chiếm tỷ lệ cao ở người bệnh cao tuổi (49,7%), mắc bệnh ung thư (46,5%). Nghiên cứu của Đặng Trần Khiêm ở bệnh viện Chợ Rẫy vào năm 2011, tỷ lệ suy dinh dưỡng là 35,9%. Nghiên cứu của Nguyễn Hà Thanh Uyên tại bệnh viện Bình Dân và Dương Thị Phượng tại bệnh viện Đại học y dược Hà Nội thì tỷ lệ suy dinh dưỡng là 43,6% và 51,7%.

Tình trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhân nằm viện là con số đáng báo động. Tuy nhiên, tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang vẫn chưa có một con số cụ thể để đánh giá cho tình trạng này, vì thế chúng tôi thực hiện cuộc khảo sát này nhằm đưa ra một tỷ lệ cụ thể về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nội trú tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, tạo tiền đề cho kế hoạch tầm soát và can thiệp dinh dưỡng góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh viện theo mục tiêu của Thông tư 08/TT – BYT năm 2011.

## II. ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 03/2019 đến tháng 09/2019.

**2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

#### 2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân sa sút trí tuệ, rối loạn tâm thần, bệnh nhân sau tai biến mạch máu não, bệnh nhân câm điếc, bệnh nhân không nói được tiếng Việt.
- Bệnh nhân bị gù vẹo cột sống
- Bệnh nhân bệnh nặng không thể ngồi dậy cân đo được với sự giúp đỡ của nhân viên y tế.
- Bệnh nhân đang điều trị tại khoa Ung bướu; bệnh nhân điều trị tại khoa ICU > 3 ngày
- Bệnh nhân không hợp tác trả lời hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có phân tích

#### 2.2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu: mẫu lý tưởng theo công thức là 384 bệnh nhân:

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

+ n: cỡ mẫu thu thập

+ Z: Hệ số tin cậy. Với độ tin cậy 95% thì giá trị của z = 1,96

+ p = 0,5.

+ q = 1 – p = 0,5

+ d: sai số chấp nhận, chọn d = 0,05

Để dự trừ thất lạc trong quá trình thu thập số liệu chúng tôi chọn cỡ mẫu n = 390.

**2.2.3. Phương pháp chọn mẫu:** sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên.

**2.2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** qua bộ câu hỏi thiết kế sẵn, cân đo bệnh nhân, nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

### 3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nhóm tuổi từ 70 trở lên chiếm tỷ lệ cao hơn (54,1%), tuổi nhỏ nhất là 17, tuổi trung bình là 68,84, tuổi lớn nhất là 97 ; nữ (60%), nam (40%) ; bệnh nhân có đang trong tình trạng hậu phẫu là 15,9%, không hậu phẫu là 84,1% ; khẩu phần ăn >50% chiếm 30,2%, khẩu phần ăn 25 – 50% là 51,3% và <25% là 18,5%.

### 3.2. Kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng

#### 3.2.1. Kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa vào BMI, SGA, NRS

**Bảng 1: Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI, SGA và NRS**

Công cụ		Tần số	Tỷ lệ (%)
BMI	Bình thường ( $\geq 20,5$ )	163	41,8
	Nguy cơ SDD (18,5 – 20,4)	87	23,3
	SDD ( $< 18,5$ )	140	35,9
	Tổng	390	100
SGA	A (Bình thường)	73	18,7
	B (SDD trung bình)	198	50,8
	C (SDD nặng)	119	30,5
	Tổng	390	100
NRS	Không nguy cơ	60	15,3
	Nguy cơ SDD	330	84,7
	Tổng	390	100

Dựa vào các công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng, kết quả phân tích số liệu như sau: Theo BMI, nhóm bình thường chiếm 41,8%, nhóm nguy cơ SDD 23,3%, nhóm SDD chiếm 35,9%. Theo SGA, nhóm SGA-A chiếm 18,7%, SGA-B chiếm tỉ lệ cao nhất 50,8% và SGA-C chiếm 30,5%. Theo NRS, nhóm không nguy cơ chiếm 15,3%, nhóm nguy cơ SDD (bao gồm nguy cơ trung bình và nguy cơ cao) là 84,7%.

### 3.2.2. Dựa vào kết quả cận lâm sàng

**Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng dựa vào nồng độ Albumin và số lượng tế bào Lympho**

Phân loại dinh dưỡng		Tần số	Tỷ lệ (%)
Theo Albumin	Bình thường ( $\geq 35$ g/l)	124	31,8
	SDD ( $< 35$ g/l)	266	68,2
	Tổng	390	100
Theo số lượng tế bào Lympho	Không SDD ( $> 1500/\text{mm}^3$ )	177	45,4
	Nguy cơ SDD ( $\leq 1500/\text{mm}^3$ )	213	54,6
	Tổng	390	100

Tỷ lệ suy dinh dưỡng dựa vào nồng độ Albumin/máu chiếm 68,2% và dựa vào số lượng tế bào Lympho/máu chiếm 54,6%.

### 3.4. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng

**Bảng 3. Một số yếu tố liên quan tình trạng dinh dưỡng phân loại theo BMI**

Khẩu phần	SDD		Nguy cơ SDD		Bình thường		Tổng	P
	n	%	n	%	n	%		
>50% nhu cầu	24	20,3	28	23,7	66	55,9	118	< 0,001
25 - 50% nhu cầu	79	39,5	48	24,0	73	36,5	200	
<25% nhu cầu	37	51,4	11	15,3	24	33,3	72	

Khẩu phần ăn có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng phân loại theo BMI ( $p < 0,001$ ). Khẩu phần ăn <25% có tỷ lệ SDD cao nhất (51,4%). Yếu tố nhóm tuổi, giới tính, hậu phẫu, albumin, tế bào lympho/máu chưa thật sự liên quan đến tình trạng dinh dưỡng theo phân loại BMI trong nghiên cứu này.

**Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng phân loại theo SGA**

Nhóm tuổi	SGA - C		SGA - B		SGA - A		Tổng	P
	n	%	n	%	n	%		
<70 tuổi	26	14,5	98	54,7	55	30,8	179	< 0,001
$\geq 70$ tuổi	93	44,1	100	47,4	18	8,5	211	
<b>Khẩu phần</b>								< 0,001
>50% nhu cầu	1	0,8	50	42,4	67	56,8	118	
25 - 50% nhu cầu	63	31,5	113	65,5	6	3,0	200	
<25% nhu cầu	55	76,4	17	23,6	0	0,0	72	
<b>Albumin</b>								< 0,001
$\geq 35$ g/l	17	13,7	62	50,0	45	36,3	124	
<35 g/l	102	38,3	136	51,1	28	10,5	266	

Yếu tố tuổi, khẩu phần ăn, và nồng độ albumin có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng phân loại theo SGA ( $p < 0,001$ ;  $p < 0,000,1$ ;  $p < 0,001$ ). Tuổi từ 70 trở lên, khẩu phần ăn  $< 25\%$  nhu cầu và albumin  $< 35\text{g/l}$  có tỷ lệ suy dinh dưỡng nặng SGA-C cao hơn với tỷ lệ lần lượt là (44,1%; 76,4% và 38,3%). Yếu tố giới tính, số lượng tế bào lympho, hậu phẫu không liên quan đến tình trạng dinh dưỡng theo phân loại SGA trong nghiên cứu này.

**Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng phân theo NRS – 2002**

Nhóm tuổi	Có nguy cơ SDD		Không nguy cơ		Tổng	p
	n	%	n	%		
<70 tuổi	133	74,3	46	25,7	<b>179</b>	0,002
$\geq 70$ tuổi	197	93,4	14	6,6	<b>211</b>	
<b>Khẩu phần</b>						< 0,001
>50% NC	61	51,7	57	48,3	<b>118</b>	
25 - 50% NC	197	98,5	3	1,5	<b>200</b>	
<25% NC	72	100,0	0	0	<b>72</b>	
<b>Hậu phẫu</b>						0,017
Có	59	95,2	3	4,8	<b>62</b>	
Không	271	82,6	57	17,4	<b>328</b>	
<b>Albumin</b>						0,003
$\geq 35\text{ g/l}$	85	68,5	39	31,5	<b>124</b>	
$< 35\text{ g/l}$	245	92,1	21	7,9	<b>266</b>	

Yếu tố tuổi, khẩu phần, hậu phẫu, nồng độ Albumin có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng phân theo NRS-2002. Tuổi từ 70 trở lên, khẩu phần ăn  $< 25\%$ , có trong tình trạng hậu phẫu và Albumin/máu  $< 35\text{g/l}$  có tỷ lệ nguy cơ cao suy dinh dưỡng cao hơn với tỷ lệ lần lượt là 93,4%; 100,0%; 95,2%; và 92,1%. Yếu tố giới tính, số lượng tế bào lympho chưa ghi nhận có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng phân theo NRS-2002 trong nghiên cứu này.

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu ghi nhận, nhóm tuổi từ 70 trở lên chiếm tỷ (54,1%), tuổi trung bình là 68,84 cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Nhân và Đặng Trần Khiêm với tuổi trung bình lần lượt là 61 và 49,6. Bệnh nhân lớn tuổi giảm ăn vào do giảm cảm giác thèm ăn, giảm sức nhai, rối loạn tiêu hóa hấp thu do giảm tiết nước bọt, dạ dày giảm sức co bóp, giảm bài tiết dịch vị, mật, tụy làm giảm tiêu hóa, hấp thu các chất đường, đạm, béo, B12, Canxi,... ngoài ra, người lớn tuổi còn giảm nhu động ruột dễ gây táo bón và cảm giác đầy hơi, khó tiêu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân hậu phẫu chiếm (15,9%), bệnh nhân hậu phẫu thường do ảnh hưởng của thuốc mê dẫn đến liệt ruột, chướng hơi, mệt mỏi, tình trạng đau làm mất cảm giác ngon miệng, chán ăn. Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận, khẩu phần ăn giảm  $< 50\%$  chiếm 69,8% ; trong đó, khẩu phần ăn 25 – 50% là 51,3% và  $< 25\%$  là 18,5%, tương đương của Nguyễn Thị Thanh Nhân với tỷ lệ bệnh nhân ăn kém là 68,6%.

Hiện nay có nhiều công cụ được thế giới sử dụng rộng rãi để đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Trong đó, các công cụ phổ biến nhất là BMI, SGA, NRS-2002, MNA, MUST v.v...(trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ đề cập đến BMI, SGA, NRS). Công cụ tầm soát dinh dưỡng theo NRS bao gồm vừa đánh giá tình trạng dinh dưỡng vừa mang tính chất tầm soát nguy cơ suy dinh dưỡng do đó tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nội trú trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tỷ lệ suy dinh dưỡng khi đánh giá bằng phương pháp SGA – phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng chủ quan và BMI. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ suy dinh dưỡng phân loại theo NRS là 84,7% cao hơn kết quả nghiên cứu của Trần Quốc Cường, Marilyn Banks và cs về tần suất suy dinh dưỡng và phương pháp sàng lọc dinh dưỡng tại 6 bệnh viện công lập năm 2016 thì tỷ lệ suy dinh dưỡng chiếm 34.1% bệnh nhân nằm viện; thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Nhân tại bệnh viện Nhân Dân 115 là 87,5%.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp tổng thể chủ quan SGA trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ suy dinh dưỡng vừa và nặng chiếm 81,3% (SGA-B 50,8% và

SGA-C 30,5%) cao hơn nghiên cứu của Đặng Trần Khiêm với tỷ lệ suy dinh dưỡng vừa và nặng là 53,1% (SGA-B 41,6% và SGA-C 11,5%) và cũng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hà Thanh Uyên có tỷ lệ suy dinh dưỡng vừa và nặng chiếm 43,6% (SGA-B 38,3% và SGA-C 5,3%). Sự khác biệt này phần nào do đánh giá chủ quan cũng như tình trạng dinh dưỡng khác nhau ở từng thời điểm, sự khác biệt cũng do một phần nghiên cứu của chúng tôi có 15,9% bệnh nhân đang trong tình trạng hậu phẫu khác với nghiên cứu của Đặng Trần Khiêm và Nguyễn Hà Thanh Uyên nghiên cứu trên bệnh nhân trước mổ, bên cạnh đó, đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là người cao tuổi, cũng là một yếu nguy cơ.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo phân loại BMI trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 35,9% (BMI<18,5), cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Nhân và Nguyễn Hà Thanh Uyên với tỷ lệ lần lượt là 24,3% và 20,2%; tương đương với nghiên cứu của Đặng Trần Khiêm với tỷ lệ 35,9%. Cũng theo phân tích, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng dựa vào kết quả albumin máu và số lượng tế bào lympho/máu lần lượt là 68,2% và 54,6% cao hơn nhiều so với phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI. Kết quả trên cao hơn (albumin máu) và thấp hơn (số lượng tế bào lympho/máu) so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Nhân với albumin máu <3,5g/l là 61,4% và Lympho bào  $\leq 1500/\text{mm}^3$  là 59,9%. Albumin là chỉ số sinh hóa thường được các bác sĩ lâm sàng dựa vào để can thiệp dinh dưỡng, thông thường chỉ số albumin máu >3,5g/l được đánh giá là tình trạng dinh dưỡng bình thường nên không can thiệp dinh dưỡng, tuy nhiên các bệnh nhân trong nhóm này vẫn có dấu hiệu của nguy cơ suy dinh dưỡng như sụt cân, ăn kém vì vậy đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa theo Albumin để bỏ sót đối tượng có nguy cơ suy dinh dưỡng. Nếu xem xét các yếu tố trên cộng với xem xét tình trạng đáp ứng viêm, phân bố dịch, chức năng gan, thận, tình trạng lọc máu thì albumin/máu vẫn có thể áp dụng trong đánh giá và theo dõi dinh dưỡng.

Như vậy, đánh giá dinh dưỡng dựa vào BMI cho tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp nhất so với các phân loại theo SGA, NRS, albumin và số lượng tế bào lympho. Phương pháp tầm soát dinh dưỡng theo NRS và SGA là một phương pháp dễ thực hiện để đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng, do phương pháp này dựa vào các chỉ số dinh dưỡng như ăn kém, sụt cân, bệnh kèm theo, khám lâm sàng (teo cơ, mỡ, phù, báng bụng) nên có thể phát hiện sớm những nguy cơ suy dinh dưỡng tiềm ẩn dù cho chỉ số khối cơ thể còn trong giới hạn bình thường để có biện pháp can thiệp sớm. còn nếu dựa vào kết quả BMI để can thiệp dinh dưỡng sẽ bị chậm trễ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khẩu phần ăn liên quan chặt chẽ đến tình trạng dinh dưỡng phân loại theo BMI ( $p < 0,001$ ). Khẩu phần ăn càng giảm thì tỷ lệ suy dinh dưỡng càng tăng. Từ đó cho thấy khẩu phần ăn giảm, đặc biệt là các bệnh nhân ăn kém kéo dài, làm bệnh nhân sụt cân dẫn đến chỉ số BMI thấp.

Tuổi, khẩu phần ăn và nồng độ albumin/máu có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng phân loại theo SGA. Nhóm tuổi  $\geq 70$ , khẩu phần ăn <25%, nồng độ Albumin máu <35g/l có tỷ lệ suy dinh dưỡng nặng (SGA-C) cao hơn. Tuổi, khẩu phần ăn, hậu phẫu, nồng độ albumin máu liên quan đến tình trạng dinh dưỡng phân loại theo NRS. Tuổi  $\geq 70$ , khẩu phần ăn <25%, có trong tình trạng hậu phẫu, nồng độ Albumin máu <35g/l có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn. Albumin huyết thanh bị tác động bởi tình trạng đáp ứng viêm, phân bố dịch, chức năng gan, thận, tình trạng lọc máu; là một chỉ số tiên lượng tốt cho nguy cơ phẫu thuật nhưng không phản ánh độ nặng và tình trạng suy dinh dưỡng, sự khôi phục Albumin huyết thanh về lại mức bình thường sau đợt bệnh cấp tính, bên cạnh đó Albumin có thể bị ảnh hưởng bởi protein và năng lượng đưa vào cơ thể. Những bệnh nhân lớn tuổi, khẩu phần ăn giảm, có phẫu thuật nên được quan tâm hơn về vấn đề dinh dưỡng.

## V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ suy dinh dưỡng phân loại theo NRS cao nhất là 87,5%, theo SGA tỷ lệ suy dinh dưỡng vừa và nặng (SGA-B và SGA-C) lần lượt là 50,8% và 30,5%; theo BMI là 35,9%; theo albumin là 68,2% và số lượng tế bào lympho/máu là 54,6%.

2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng: tuổi  $\geq 70$ , khẩu phần ăn giảm, đang trong tình trạng hậu phẫu, albumin/máu  $< 35\text{g/l}$ .

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn điều trị dinh dưỡng lâm sàng*, Ban hành kèm theo Quyết định số 5517/QĐ-BYT ngày 25 tháng 12 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Nhà xuất bản y học Hà Nội, tr.46-53.
2. Bộ môn Dinh dưỡng - An toàn vệ sinh thực phẩm (2017-2018), *Tài liệu thực hành dinh dưỡng cơ sở*, Trường đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch, tr.21-33.
3. Merilyn Banks và CS Trần Quốc Cường (2016), *Tần suất suy dinh dưỡng và phương pháp sàng lọc dinh dưỡng ở người bệnh nằm viện tại Việt Nam*, Kỷ yếu Hội nghị dinh dưỡng TP Hồ Chí Minh mở rộng lần 7, Dinh dưỡng và lão hóa, tr.35.
4. Đặng Trần Khiêm và Lưu Ngân Tâm (2011), "Tình trạng dinh dưỡng chu phẫu và kết quả sớm sau mổ các bệnh gan mật tụy", *Y học TP Hồ Chí Minh*. 17(1), tr. 328-334.
5. Nguyễn Hà Thanh Uyên (2017), *Tỷ lệ suy dinh dưỡng trước mổ bệnh nhân ung thư đại trực tràng và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Bình Dân thành phố Hồ Chí Minh năm 2017*, Hội nghị khoa học kỹ thuật lần thứ 35, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. Nguyễn Thị Thanh Nhân (2016), *Khảo sát tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại khoa ung bướu bệnh viện Nhân dân 115*, Hội nghị khoa học kỹ thuật chuyên đề Dinh dưỡng và phục hồi chức năng, Bệnh viện nhân dân 115.
7. Dương Thị Phương (2016), *Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội*, Tạp chí nghiên cứu y học 106 (1) 2017, tr 163-169.
8. Lưu Ngân Tâm (2014), *Sách dịch Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng*, Nhà xuất bản y học.
9. Gonzalez-Madrono.A at al Ignacio de Ulibarri. J (2005), "CONUT: A tool for Controlling Nutritional Status. First validation in a hospital population", *Nutricion Hospitalaria*. 20(1), tr. 38-45.
10. Masood Halder và Sanobar Q. Haider (1984), "Assessment of Protein-Calorie Malnutrition", *CLIN. CHEM*. 30(8), tr. 1286-1299.
11. Charles Mueller et al (2011), "Nutrition Screening, Assessment, and Intervention in Adults. A.S.P.E.N Clinical Guidelines", *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*.



## KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Trần Thị Đào, Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Bé Thi

### Tóm tắt

**Cơ Sở:** Suy dinh dưỡng và thừa cân đều ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe của mọi người nói chung và bệnh nhân nói riêng. Suy dinh dưỡng làm kéo dài thời gian nằm viện, giảm sức đề kháng và tăng nguy cơ mắc các biến chứng. Vì vậy việc tầm soát, đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân đóng vai trò quan trọng trong quá trình điều trị. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nằm viện tại Khoa Hồi sức BVĐKTT An Giang thông qua chỉ số Body Mass Index (BMI); và đánh giá mối tương quan giữa SDD và kết quả điều trị, từ đó có thể giúp các bác sĩ điều trị tốt hơn.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 410 bệnh nhân đang điều trị nội trú tại khoa Hồi sức tích cực, đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số BMI và sử dụng kết quả lâm sàng và cận lâm sàng để tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ.

**Kết quả:** Đánh giá theo BMI tỷ lệ bệnh nhân bị suy dinh dưỡng là 36,6%. Một số yếu tố nguy cơ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân bao gồm: tuổi cao (mẫu tuổi  $\geq 60$  có nguy cơ dinh dưỡng cao hơn so với mẫu tuổi  $< 60$  ( $p < 0,001$ ), có nhiều bệnh đồng mắc thì có nguy cơ suy dinh dưỡng và tỷ lệ tử vong cao.

**Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng tại khoa Hồi sức là 36,6%. Bệnh nhân lớn tuổi, có nhiều bệnh đồng mắc có nguy cơ suy dinh dưỡng và tỷ lệ tử vong cao hơn những bệnh không có suy dinh dưỡng. Cần tiến hành sàng lọc dinh dưỡng cho tất cả bệnh nhân nhập viện, chú ý những bệnh nhân có nguy cơ cao để có kế hoạch chăm sóc hợp lý.

### Abstracts

**Background:** Undernutrition and overnutrition affect human health in general and the health of patients in particular. Malnutrition prolongs hospital stay, reduces resistance and increases the risk of complications. Therefore, screening and evaluating the nutrition status of patients is important in the treatment process.

**Objectives:** 1. To screen and assess the nutritional status of in patients at the ICU An Giang Hospital; 2. To find out some factors related to the patient's nutritional status.

**Method:** A cross-sectional study was carried out on 410 patients. Body Mass Index (BMI) was used for assessing nutritional status and clinical and paraclinical signs was used to understand some of the risk factors.

**Results:** Assessment of nutritional status by using BMI showed that 36,6% of inpatients was undernutrition. Some risk factors for undernutrition of inpatients were old age ( $\geq 60$  group was higher than  $< 60$  ( $p < 0.001$ ); The patients had comorbidities will increase undernutrition and mortality rate.

**Conclusions:** Undernutrition rate in ICU was 36,6%. The older, comorbidities patients were increase undernutrition and mortality rate. All inpatients should be screened for nutritional status for better treatment.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay mặc dù có nhiều tiến bộ về các kiến thức y học nhưng vấn đề dinh dưỡng trong lâm sàng vẫn chưa được quan tâm đúng mức. Không chỉ suy dinh dưỡng phổ biến, mà béo phì và các bệnh liên quan với béo phì cũng tăng nhanh và không được chú ý trên các bệnh nhân điều trị nội trú. Suy dinh dưỡng làm tăng thời gian nằm viện, giảm sức đề kháng của cơ thể và tăng nguy cơ mắc các biến chứng. Vì vậy cần phải xác định sớm nguy cơ suy dinh dưỡng trên bệnh nhân để cung cấp đầy đủ dinh dưỡng giúp cải thiện hiệu quả điều trị, giảm tỷ lệ biến chứng và giảm chi phí điều trị [2]. Để có được cơ sở khoa học và đưa ra những kiến nghị nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân, chúng tôi thực hiện đề tài “Khảo sát tình trạng

đinh dưỡng của bệnh nhân nằm viện tại Khoa Hồi sức Bệnh viện Đa khoa Trung An Giang ” với hai mục tiêu:

1. Tầm soát, đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan với tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực thời gian từ tháng 02/2019 đến 09/2019. Nghiên cứu được tiến hành trên 410 bệnh nhân.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang. Khảo sát tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân; Đánh giá mối tương quan giữa SDD và kết quả điều trị.

- Tiêu chuẩn phân loại dinh dưỡng: suy dinh dưỡng, bình thường và thừa cân béo phì.

- Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 22.0 Sử dụng các test thống kê mô tả và test  $\chi^2$  để xác định các yếu tố liên quan. Giá trị  $p < 0,05$  được chọn để tìm ra mức ý nghĩa thống kê.

## 3. KẾT QUẢ

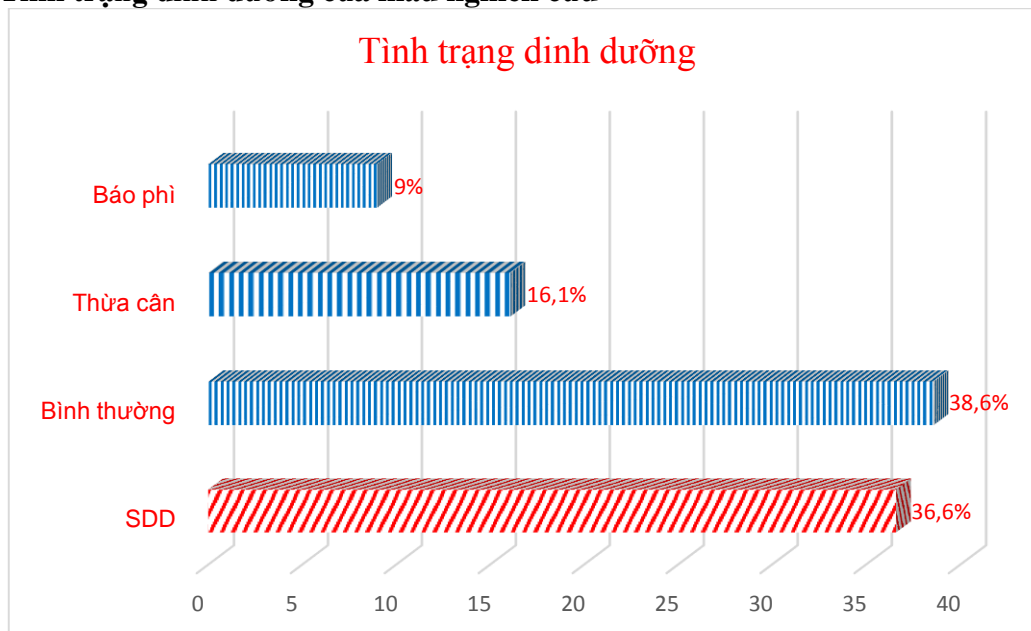
### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Có tất cả 410 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 66,84 thấp nhất là 24 tuổi cao và nhất là 104 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam 47,2% .

Bảng 1: Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Thông số	TB $\pm$ SD	Tối thiểu	Tối đa
Tuổi	66.84 $\pm$ 15.5	29	104
BMI	20.62 $\pm$ 3.8	13,1	39,8
Số ngày điều trị	4,73 $\pm$ 3,4	01	20
Tỷ lệ nữ/nam	47,2%		

### 3.2. Tình trạng dinh dưỡng của mẫu nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng của mẫu nghiên cứu

### 3.3 Các bệnh lý của mẫu NC

Bảng 2: Các bệnh lý của mẫu NC

Bệnh lý	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hô hấp	120	29,2
Tim mạch	88	21,4
Tiêu hóa	84	20,4
TBMMN	73	17,8
Thận	24	0,5
Nội tiết	11	0,26
Bệnh khác	10	0,24
Tổng	410	100%

Nhận xét: Đúng đầu là mẫu hô hấp kế đến là tim mạch tiêu hóa, TBMMN...

### 3.4 Các yếu tố liên quan đến kết cục điều trị

Bảng 3: Các yếu tố liên quan đến kết cục điều trị

Thông số	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Tử vong (%)	p	
Tuổi	< 60	127	31	29,5	<0,05
	≥ 60	238	69	70,5	
SDD		150	36,6	60,7	<0,05
Bình thường		157	38,3	8,3	
Thừa cân béo phì		103	25,1	2,7	

Nhận xét: Bệnh nhân lớn tuổi và SDD có tỷ lệ tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê.

## 4. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 410 bệnh nhân đang điều trị tại khoa Hồi sức theo phương pháp BMI cho kết quả tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) là 36,6%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Estela Iraci Rabito và cộng sự ở Brazil với tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng là 29,3% [10], kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Seung Wan Ryu và c.s. (2010) trên 80 bệnh nhân đã phẫu thuật ung thư dạ dày 6 tháng, kết quả cho thấy có 43% bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng [13]. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thu Hương trên bệnh nhân nhập viện khoa nội tiết và tiêu hóa tại Bệnh viện Bạch Mai là 56% [2]. Kết quả cao hơn so với nghiên cứu của Phùng Trọng Nghị và cs trên 414 bệnh nhân ung thư vào điều trị lần đầu tại Trung tâm Ung bướu và Y học Hạt nhân - Bệnh viện Quân y 103 năm 2014 (25,6%) [5].

Mẫu tuổi ≥ 60 có nguy cơ dinh dưỡng cao gấp 1,9 lần so với mẫu tuổi < 60, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,005). Kết quả này giống với nghiên cứu của M. Leon Saiz tại một bệnh viện ở Tây Ban Nha [4]. Người già có những thay đổi về chức phận cấu trúc cơ thể như khối cơ bắp giảm, khối xương giảm, nhu cầu năng lượng giảm, thị lực giảm, khả năng nhận thức thay đổi, do đó người già có nguy cơ mắc nhiều bệnh hơn, đó là lý do dẫn đến người già có TTDD kém hơn người trẻ, tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đỗ Huy tại bệnh viện Đa khoa Điện Biên năm 2012 [3].

## 4. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 410 bệnh nhân nhập khoa Hồi sức, tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng theo BMI là 36,6%. Với những bệnh nhân tuổi ≥ 60, có các bệnh mạn tính đi kèm thường gia tăng tỷ lệ SDD và tỷ lệ tử vong tại khoa Hồi sức.

## 5. KIẾN NGHỊ

- Bệnh nhân nhập viện cần có tầm soát, đánh giá tình trạng dinh dưỡng sớm để đưa ra những can thiệp dinh dưỡng phù hợp.
- Tăng cường công tác hỗ trợ, tư vấn về dinh dưỡng cho bệnh nhân đang điều trị nội trú, đặc biệt là những bệnh nhân có nguy cơ cao như người từ 60 tuổi trở lên, có nhiều bệnh mạn tính đi kèm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tô Thị Hải (2014), “Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đang điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Tiền Hải năm 2014”, Hội nghị khoa học Dinh dưỡng lâm sàng, Bộ Y tế.
2. Phạm Thu Hương và c.s. (2006), “Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nhập viện khoa tiêu hóa và nội tiết tại bệnh viện Bạch Mai”, *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*, số 3+4, 2006.
3. Nguyễn Đỗ Huy và c.s. (2012), “Thực trạng dinh dưỡng của bệnh nhân tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên năm 2012”, *Tạp chí Y học thực hành(874) Số 6/2013*, tr3-6.
4. M. Leon Saiz et al (2011), Tỷ lệ suy dinh dưỡng trong bệnh viện của bệnh nhân tiểu đường: phân tích phụ của nghiên cứu PREDyCES®, *Hội Dinh dưỡng và Chuyển hóa lâm sàng Châu Âu*.
5. Phùng Trọng Nghị, 2014, Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại Trung tâm Ung bướu và y học hạt nhân Bệnh viện Quân y 103, Báo cáo Hội nghị khoa học Điều Dưỡng Bệnh viện Quân Y 103.
6. Sức khỏe đời sống (2017), Ăn chay: thầy thuốc khuyên gì, Website: Báo sức khỏe đời sống , cập nhật ngày 7/08/2017, truy cập ngày 28/09/2017, tại trang web <http://suckhoedoisong.vn/an-chay-thay-thuoc-khuyengi-n134884.html>
7. Đoàn Duy Tân (2016), Tình trạng dinh dưỡng trước mổ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân Khoa Ngoại tiêu hóa bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2016, *Báo cáo tại cuộc thi sinh viên NCKH Eureka*.
8. Trường Đại học Y Hà Nội (2012), *Giáo trình Thực hành dinh dưỡng và an toàn thực phẩm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
9. Viện Dinh dưỡng (2011), Báo cáo tóm tắt tổng điều tra dinh dưỡng 2009 – 2010.
10. Estela Iraci Rabito et al (2017), Nutritional Risk Screening 2002, Short Nutritional Assessment Questionnaire, Malnutrition Screening Tool, and Malnutrition Universal Screening Tool Are Good Predictors of Nutrition Risk in an Emergency Service, *Nutrition in Clinical Practice*, 32(4), pp 526 – 532.
11. Gariballa (2009), Effects of smoking on nutrition status and response to dietary supplements during acute illness, *Nutrin, Clin Pract*, 24(1), 84 – 90.
12. J.M. Bauer et al (2005), Comparison of the Mini Nutritional Assessment, Subjective Global Assessment, and Nutritional Risk Screening (NRS2002) for nutritional screening and assessment in geriatric hospital patients, 38 (5), pp 322 – 327.
13. Seung Wan Ryu et al (2010), “Comparison of different nutritional assessments in detecting malnutrition among gastric cancer patients”, *World Journal of Gastroenterology*, pp 3310-3317.

## KHẢO SÁT VIỆC TUÂN THỦ BẢNG KIỂM 5 KỸ THUẬT CƠ BẢN CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG

*Nguyễn Văn Sinh, Nguyễn Thị Phi Yến,  
Phạm Thị Hoàng, Phan Thị Mỹ Nhân*

### **Tóm tắt**

*Mục tiêu: đánh giá mức độ tuân thủ các quy trình cơ bản theo bảng kiểm của điều dưỡng thực hiện trên bệnh nhân, từ đó có hướng can thiệp làm giảm thiểu các tai biến có thể xảy ra do không bám sát bảng kiểm*

*Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu*

*Đối tượng nghiên cứu: Tất cả điều dưỡng từ các khoa lâm sàng đang công tác tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2019 được tổ nghiên cứu yêu cầu ngẫu nhiên thực hiện qui trình theo bảng kiểm*

*Kết quả nghiên cứu: Kết quả trong 9 tháng từ tháng 1-9/2019 có tổng cộng 609 điều dưỡng được khảo sát qui trình bao gồm: truyền dịch 96; tiêm tĩnh mạch 92; tiêm bắp 187; thay băng 67; bơm thuốc qua khóa lưu kim 162. Kết quả chung của cả năm qui trình thực hiện theo đúng bảng kiểm còn thấp chỉ đạt 70,06%. Nếu tính luôn điểm 1 có làm bước đó nhưng không đầy đủ cũng chỉ đạt 95,59%,*

*Xét về từng qui trình: Truyền dịch, tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp, bơm thuốc qua khóa lưu kim, thay băng, điểm 2 lần lượt là: 67,48%; 39,9%; 83,18%; 75,14%; 84%. Bỏ qua bước lần lượt: 8,59%; 4,25%; 1,49%; 6,8%; 1,55%.*

*Kết luận: Qua khảo sát việc tuân thủ 5 qui trình cơ bản theo bảng kiểm, kết quả làm đúng đạt 70,06%. Nếu xét về từng qui trình: Truyền dịch, tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp, bơm thuốc qua khóa lưu kim, thay băng, điểm 2 lần lượt là: 67,48%; 39,9%; 83,18%; 75,14%; 84%; không có qui trình nào đạt 100%. Bỏ qua bước lần lượt: 8,59%; 4,25%; 1,49%; 6,8%; 1,55%. Các lỗi không thực hiện gặp nhiều: không rửa tay trước khi thực hiện qui trình; không giúp bệnh nhân trở lại tư thế tiên nghi và dặn dò nhưng điều cần thiết. Quên sát trùng ống thuốc trước khi bẻ hoặc rút thuốc; không sát khuẩn kim luôn và thông kim trước khi bơm thuốc.*

### **Summary**

*Objective: to evaluate the compliance with basic procedures according to the checklist of nurses performed on the patient, thereby guiding the intervention to minimize the occurrence of complications due to failure to adhere to the checklist.*

*Research methodology: Research*

*Subjects of study: All nurses from clinical departments working at An Giang Central General Hospital in 2019 are randomly requested by the research team to perform the procedure according to the checklist.*

*Research results: In the 9 months from January to September 2019, a total of 609 nurses were surveyed, including: 96 infusion; intravenous injection 92; intramuscular injection 187; dressing 67; pump through the needle lock 162. Overall results of the whole process of complying with the checklist are still low, only 70.06%. If counting point 1, if taking that step, is incomplete and only reaches 95.59%,*

*In terms of each procedure: Infusion, intravenous, intramuscular injection, injection through the needle lock, changing the dressing, point 2: 67.48%; 39.9%; 83.18%; 75.14%; 84%. Skip steps in turn: 8.59%; 4.25%; 1.49%; 6.8%; 1.55%.*

*Conclusion: Through the survey of compliance with 5 basic procedures according to the checklist, the result of correct implementation reaches 70.06%. In terms of each procedure: Infusion, intravenous, intramuscular injection, injection through the needle lock, changing the dressing, point 2: 67.48%; 39.9%; 83.18%; 75.14%; 84%; No process has reached 100%. Skip steps in turn: 8.59%; 4.25%; 1.49%; 6.8%; 1.55%. Uncommon errors: do not wash hands before performing the procedure; Do not return the patient to a suspicious position and give*

*instructions but necessary. Forget disinfecting the medicine tube before breaking or withdrawing medicine; Do not disinfect needles and needles before injecting medicine.*

### **I/ ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tai biến điều trị là sự cố gây nguy hại cho BN ngoài ý muốn, xảy ra trong quá trình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc, điều trị bệnh nhân. Dù tai biến xảy ra ở bất cứ mức độ và nguyên nhân nào cũng gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe, tinh thần và thể chất của người bệnh [1]. Tai biến trong điều trị do rất nhiều nguyên nhân khác nhau trong đó có một nguyên nhân nổi bật đó là không tuân thủ đúng qui trình hay bảng kiểm. Theo WHO nhiều quốc gia trên thế giới công bố số lượng BN bị các tai biến rất lớn, ước tính cứ 10 người nhập viện thì có 1 người bị sự cố y khoa, 1,4 tr người bị nhiễm khuẩn BV. Chỉ tiêu không an toàn đã gây ra cái chết cho 1,3 tr người mỗi năm và 70% xảy ra ở các nước đang phát triển [9]. Tại Việt Nam, các bệnh viện lớn luôn trong tình trạng đông và quá tải BN, áp lực công việc rất lớn, điều dưỡng đôi khi làm việc theo quán tính và thói quen. Nhiều tai biến xảy ra do thiếu sót trong công tác chuẩn bị, chưa bám sát bảng kiểm và kiểm soát người bệnh trước, trong khi thực hiện kỹ thuật [3]. Những tai biến đó hoàn toàn có thể kiểm soát, giảm thiểu được nếu thực hiện chặt chẽ theo bảng kiểm [4]. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành khảo sát điều dưỡng tại các khoa trong việc thực hiện 5 quy trình cơ bản theo bảng kiểm đã có sẵn bao gồm: Tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch, truyền dịch, bơm thuốc qua khóa lưu kim, thay băng.

Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá mức độ tuân thủ bảng kiểm các quy trình cơ bản của điều dưỡng đang thực hiện trên bệnh nhân, từ đó có hướng can thiệp làm giảm thiểu các tai biến có thể xảy ra do không bám sát bảng kiểm. Chính vì thế mà chúng tôi nghiên cứu đề tài này

### **II/ ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Đối tượng: Tất cả điều dưỡng từ các khoa lâm sàng đang công tác tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2019 được tổ nghiên cứu yêu cầu ngẫu nhiên thực hiện qui trình theo bảng kiểm

Thời gian thực hiện từ tháng 01- 9/2019

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu

Bảng kiểm các quy trình đã được phòng điều dưỡng biên soạn dựa theo quy trình của bộ cũng như thực tế của bệnh viện, được Hội đồng khoa học bệnh viện chấp thuận gửi đến các khoa, yêu cầu các điều dưỡng khi thực hiện kỹ thuật phải đúng bảng kiểm. Nhóm nghiên cứu kết hợp với phòng điều dưỡng, điều dưỡng trưởng khoa trong kiểm tra hàng tháng tại các khoa, chỉ định ngẫu nhiên hoặc quan sát điều dưỡng đang thực hiện kỹ thuật tại phòng bệnh, cho điểm vào các ô trong bảng kiểm theo quy định.

Bảng kiểm được chia làm ba cột điểm ở mỗi bước của qui trình. Điểm 2

làm tốt, đúng qui trình, đúng thứ tự; điểm 1 có làm bước đó nhưng chưa đầy đủ, điểm 0 là không thực hiện bước đó.

Thu thập số liệu: Tất cả những điểm trong bảng kiểm của từng quy trình sẽ được ghi nhận và phân tích tỷ lệ về giới tính, mức độ tuân thủ, những bước dễ bỏ sót, bằng phần mềm SPSS 16.0

### **III – KẾT QUẢ**

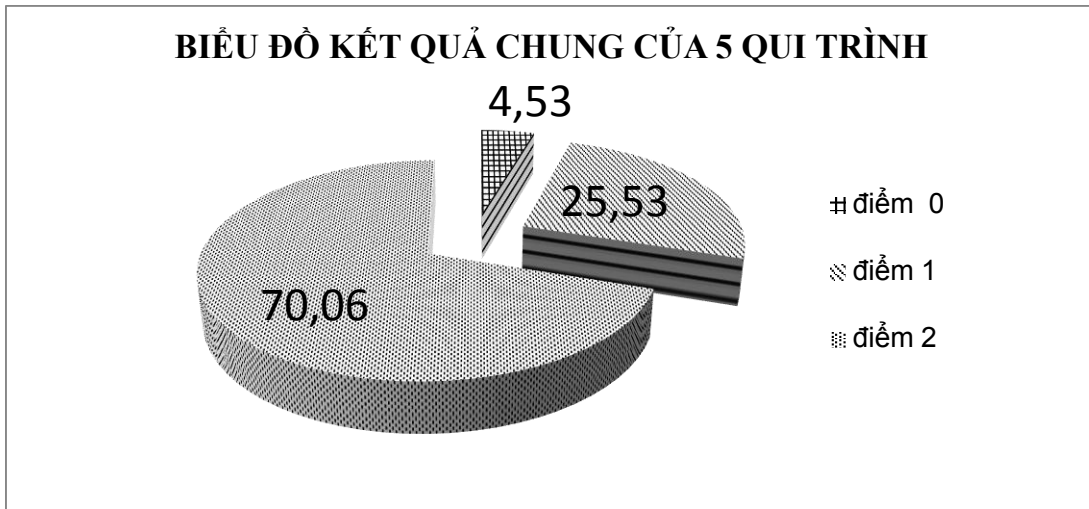
Kết quả trong 9 tháng từ tháng 1-9/2019 có tổng cộng 609 điều dưỡng được khảo sát qui trình trên tổng số 502 điều dưỡng đang công tác tại bệnh viện. Như vậy có điều dưỡng sẽ được khảo sát 2 lần với 2 qui trình khác nhau, các qui trình bao gồm: truyền dịch 96; tiêm tĩnh mạch 92; tiêm bắp 187; thay băng 67; bơm thuốc qua khóa lưu kim 162. Kết quả chung của cả năm qui trình thực hiện theo bảng kiểm

*Bảng 1: Kết quả chung của 5 qui trình*

<b>Điểm 0 (không thực hiện bước này)</b>	<b>Điểm 1 (có thực hiện bước này nhưng không đầy đủ)</b>	<b>Điểm 2 (thực hiện tốt)</b>
4,53%	25,53%	70,06%



Biểu đồ 1:



Về qui trình truyền dịch bằng kiềng có 19 bước. 96 điều dưỡng đã thực hiện, nam 44 (45,8%); nữ 52 (54,1%). Làm đúng bằng kiềng đạt điểm 2 chiếm tỷ lệ 67,48%; điểm 1 tỷ lệ 28,41%; không thực hiện đúng theo bằng kiềng 8,59%. Những bước rớt vào điểm 0 cao như: không rửa tay trước và sau khi thực hiện kỹ thuật 9,3%, 12,4%; không cắt băng keo sẵn sàng trước khi chuẩn bị chai dịch truyền 14,4%; Sát khuẩn không đúng cách 23,7%; Không giúp người bệnh trở lại tư thế thoải mái và dặn dò những điều cần thiết 29,9%.

Qui trình tiêm tĩnh mạch bằng kiềng có 20 bước. 92 điều dưỡng thực hiện, nam 32 (34,7%); nữ 60 (65,2%). Làm đúng bằng kiềng đạt điểm 2 thấp chiếm tỷ lệ 39,9%; điểm 1 cao tỷ lệ 52,04%; không thực hiện đúng theo bằng kiềng 4,25%. Những bước rớt vào điểm 0 cao như: Không sát khuẩn đầu ống thuốc trước, không dùng gòn khô bẻ ống thuốc, kiểm tra thuốc 2 lần trong bước này 15,1%; không kiểm tra ống thuốc lần 3 trước khi bỏ vỏ thuốc 7,5%; không quan sát sắc mặt bệnh nhân khi bơm thuốc 5,4%; khi tiêm xong rút kim ra không dùng gòn khô ấn vào vị trí tiêm mà dùng cục gòn ban đầu sát khuẩn 11,8%; Không giúp người bệnh trở lại tư thế thoải mái và dặn dò những điều cần thiết 9,7%.

Tiêm bắp bằng kiềng có 20 bước. Qui trình này được làm nhiều nhất 186 điều dưỡng vì hầu hết các khoa bệnh nhẹ chủ yếu là tiêm bắp, nam 59 (31,7%); nữ 127 (68,27%). Làm đúng bằng kiềng đạt điểm 2 cao chiếm tỷ lệ 83,18%; điểm 1 tỷ lệ 15,33%; không thực hiện đúng theo bằng kiềng 1,49%. Những bước rơi vào điểm 0: Không rửa tay trước khi soạn dụng cụ 3,2%; không sát khuẩn tay lại trước khi tiêm thuốc cho bệnh nhân 8,5%; không rút nhẹ nòng tiêm kiểm tra để loại trừ tiêm vào tĩnh mạch 4,3%;

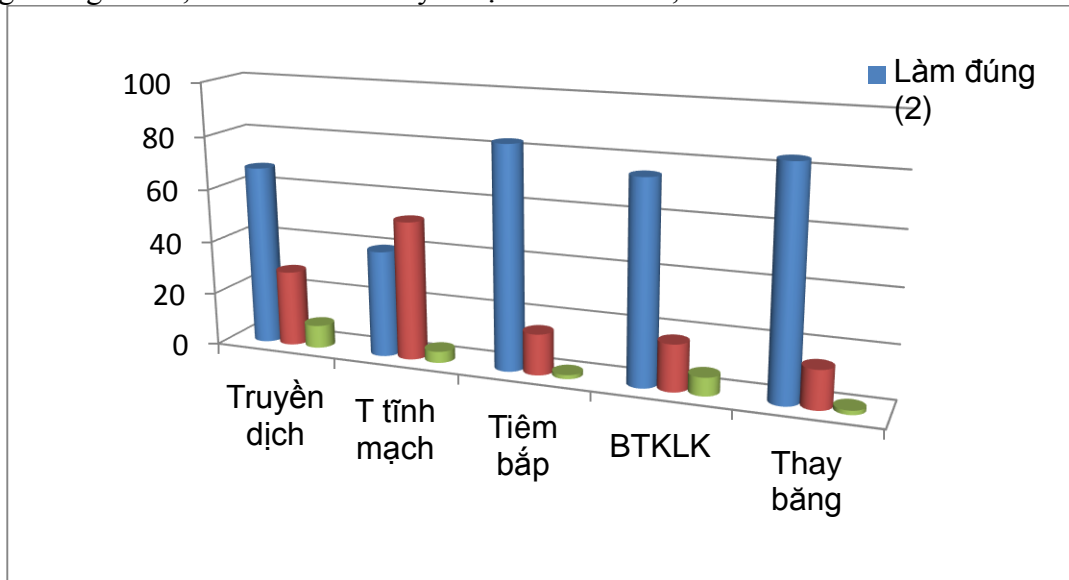
Về qui trình bơm thuốc qua khóa lưu kim bằng kiềng có 15 bước. 162 điều dưỡng đã thực hiện, nam 66 (40,74%); nữ 96 (59,25%). Làm đúng bằng kiềng đạt điểm 2 chiếm tỷ lệ 75,74%; điểm 1 tỷ lệ 17,46%; không thực hiện đúng theo bằng kiềng 6,8%. Những bước rớt vào điểm 0: không rửa tay trước khi thực hiện kỹ thuật 8,06%; không sát khuẩn khóa lưu kim trước khi gắn ống tiêm vào 18,2%; không dùng ống tiêm (ống tiêm số 1) có nước muối sinh lý kiểm tra kim còn nằm trong lòng mạch 27,7%; Không dùng ống tiêm (ống tiêm số 3) có nước muối sinh lý tráng khóa lưu kim 20,9%. Không dùng gòn khô vô khuẩn lau khóa lưu kim 23,9%.

Thay băng bằng kiềng có 17 bước. Qui trình này được thực hiện bởi 67 điều dưỡng, nam 19 (28,35%); nữ 48 (71,64%). Làm đúng bằng kiềng đạt điểm 2 cao chiếm tỷ lệ 84%; điểm 1 tỷ lệ 14,45%; không thực hiện đúng theo bằng kiềng 1,55%. Những bước rơi vào điểm 0 cao như: Không tháo băng bẩn bằng kèm sạch 4,4%; không sát khuẩn vùng da chung quanh 4,4%; quên ghi hồ sơ sau khi thay băng xong 4,4%;

#### IV-BÀN LUẬN

Qua kết quả trên ta thấy mức tuân thủ để làm đúng các qui trình còn thấp chỉ đạt 70,06%. Nếu tính luôn điểm 1 có làm bước đó nhưng không đầy đủ cũng chỉ đạt 95,59%, trong khi đó mục đích bảng kiểm là điều dưỡng phải tuân thủ tuyệt đối để không xảy ra sai sót khi thực hiện qui trình.

Nếu xét về từng qui trình: Truyền dịch, tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp, bơm thuốc qua khóa lưu kim, thay băng điểm 2 lần lượt là: 67,48%; 39,9%; 83,18%; 75,14%; 84%. Bỏ qua bước lần lượt: 8,59%; 4,25%; 1,49%; 6,8%; 1,55%. Qui trình tiêm tĩnh mạch là thấp nhất rút vào điểm 1 có làm nhưng không đủ 52,04%. Kế đó là truyền dịch điểm 2: 67,48%.



Ba trong năm kỹ thuật là truyền dịch, tiêm bắp, bơm thuốc qua khóa lưu kim điều dưỡng không rửa tay trước khi thực hiện kỹ thuật 9,3%; 3,2%; 8,06%. Riêng kỹ thuật truyền dịch ĐD thực hiện xong không rửa tay 12,4%. Điều này cho thấy việc tuân thủ rửa tay của điều dưỡng vào các thời điểm còn kém, có thể xa Lavabo, không đem sẵn dung dịch rửa tay nhanh trên xe tiêm hoặc ý thức rửa tay của điều dưỡng chưa cao hay do thói quen. Tác giả Nguyễn Thị Kim Liên khi nghiên cứu tại bệnh viện Nhi Đồng 2 sự tuân thủ rửa tay chung chỉ đạt 55,3% và cũng cho rằng ý thức tuân thủ của nhân viên chưa cao [8].

Không giúp người bệnh trở lại tư thế thoải mái sau tiêm và dặn dò những điều cần thiết trong 2 kỹ thuật truyền dịch và tiêm truyền tĩnh mạch 29,9%; 9,7%. Thường là bệnh rất đông trong các phòng bệnh và người bệnh tự xoay trở được, khi tiêm người bệnh này xong sang người bệnh kế bên cùng phòng. Chính vì thế khi vừa tiêm xong bệnh nhân đã tự trở lại tư thế tiên nghi nên điều dưỡng bỏ qua bước dặn dò vì nghĩ mình đang ở đó.

Trong kỹ thuật tiêm mạch những bước bị bỏ qua nhiều: Không sát khuẩn đầu ống thuốc trước, không dùng gòn khô bết ống thuốc, kiểm tra thuốc 2 lần trong bước này 15,1%; không kiểm tra ống thuốc lần 3 trước khi bỏ vỏ thuốc 7,5%; không quan sát sắc mặt bệnh nhân khi bơm thuốc 5,4%; khi tiêm xong rút kim ra không dùng gòn khô ấn vào vị trí tiêm mà dùng cục gòn ban đầu sát khuẩn 11,8%. Đây là những thói quen không bám vào bảng kiểm, quá tải bệnh nhân, thói quen làm nhanh bỏ bước cần phải chấn chỉnh lại đúng theo bảng kiểm.

Trong các khoa hầu như bệnh nhân được lưu kim đường tĩnh mạch chiếm khá đông, mục đích để tiêm thuốc, giữ mạch, lấy máu làm xét nghiệm mà không phải tiêm để giảm đau cho bệnh nhân... vì thế khi thực hiện qui trình qua khóa lưu kim phải đảm bảo vô trùng, thông kim để hạn chế tối đa những tai biến có thể xảy ra. Bơm thuốc qua khóa lưu kim ĐD đã không sát khuẩn khóa lưu kim trước khi gắn ống tiêm vào 18,2%; không dùng ống tiêm (ống tiêm số 1) có nước muối sinh lý kiểm tra kim còn nằm trong lòng mạch 27,7%; Không dùng ống tiêm (ống tiêm số 3) có nước muối tráng khóa lưu kim 20,9%. Không dùng gòn khô vô khuẩn lau khóa lưu



kim 23, 9%. Đây là những lỗi nặng có thể do quên và quên những bước này, hoặc nghĩ là phía ngoài nắp kim luôn không ảnh hưởng bên trong nên không sát trùng. Nếu thông kim và tráng kim sẽ tốn thêm ống tiêm và thời gian nên bỏ qua để làm nhanh hơn.

Quy trình thay băng quên nói bước ghi hồ sơ sau khi thay băng xong 4,4% nhưng thực tế có ghi hồ sơ trong bệnh án.

#### V- KẾT LUẬN

Qua khảo sát việc tuân thủ 5 qui trình cơ bản theo bảng kiểm, kết quả làm đúng các qui trình còn thấp chỉ đạt 70,06%. Nếu xét về từng qui trình: Truyền dịch, tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp, bơm thuốc qua khóa lưu kim, thay băng điểm 2 lần lượt là: 67,48%; 39,9%; 83,18%; 75,14%; 84%; không có qui trình nào đạt 100%. Qui trình tiêm tĩnh mạch là thấp nhất rớt vào điểm 1 có làm nhưng không đủ 52,04%. Kế đó là truyền dịch điểm 2: 67,48% và bỏ qua bước lần lượt: 8,59%; 4,25%; 1,49%; 6,8%; 1,55%. Các lỗi không thực hiện gặp nhiều: không rửa tay trước khi thực hiện qui trình; không giúp bệnh nhân trở lại tư thế tiên nghi và dặn dò nhưng điều cần thiết. Quên sát trùng ống thuốc trước khi bẻ hoặc rút thuốc; không sát khuẩn kim luôn và thông kim trước khi bơm thuốc.

Nếu tính luôn điểm 1 có làm bước đó nhưng không đầy đủ cũng chỉ đạt 95,59%, trong khi đó mục đích bảng kiểm là điều dưỡng phải tuân thủ tuyệt đối để không xảy ra sai sót khi thực hiện qui trình.

#### VI- KIẾN NGHỊ

Phòng điều dưỡng thường xuyên đi kiểm tra thực tế các quy trình theo bảng kiểm bằng cách quan sát ngẫu nhiên điều dưỡng đang thực hiện trên bệnh nhân, ghi nhận, chỉnh sửa và có biện pháp chế tài.

Điều dưỡng trưởng khoa đi buổi nhắc nhở, tập huấn liên tục và yêu cầu thực hiện đúng bảng kiểm.

Các điều dưỡng viên phải thường xuyên cập nhật và làm đúng các qui trình

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Mai, Nguyễn Thị Hiền. *Đánh giá công tác điều dưỡng trong chăm sóc BN trước và sau phẫu thuật tim với tuần hoàn ngoài cơ thể tại khoa phẫu thuật tim mạch - BVTWQĐ 108 năm 2011*, Tổng cục hậu cần, Bệnh Viện 354 Hội nghị khoa học điều dưỡng lần thứ 3 tháng 6 năm 2012, trang 138
2. Lê thị Cúc và cộng sự. *Đánh giá văn hóa an toàn người bệnh ở một số bệnh viện Việt Nam: Một bằng chứng ở những nước đang phát triển- Hội nghị khoa học điều dưỡng bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức lần thứ VII, trang 141*
3. Phạm Đức Mục chủ tịch hội điều dưỡng Việt Nam. *Tổng quan về an toàn người bệnh và xây dựng hệ thống y tế đảm bảo an toàn cho người*
4. Tăng chí Thượng. *Làm thế nào hạn chế thấp nhất tai biến điều trị xảy ra trong bệnh viện*. Bộ y tế, Cục Quản lý khám chữa bệnh, <http://kcb.vn/lam-the-nao-han-che-thap-nhat-tai-bien-dieu-tri-xay-ra-trong-benh-vien.html>.
5. Ths Trần Thị Thuận - Điều dưỡng cơ bản II 2007
6. Đoàn Thị Anh Lê. Quy trình kỹ thuật ĐD cơ sở dựa trên chuẩn năng lực cơ bản. Nhà sản xuất y học, 2014.
7. Đỗ Đình Xuân và CS. Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật ĐD cơ bản, tập 1, 2. Nhà xuất bản giáo dục VN
8. Nguyễn Thị Kim Liên và CS. *Đánh giá thực hành rửa tay của nhân viên y tế bệnh viện Nhi đồng 2*, 2013
9. WHO Patient Safety Research. World Health Organization, 2009. Available at [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf)
10. 10 facts on Patient Safety. Available at [http://www.who.int/features/factfi/les/patient\\_safety/en/index.html](http://www.who.int/features/factfi/les/patient_safety/en/index.html)
11. UK Department of Health: An Organization with a Memory. HMSO, 2000.
12. Institute of Medicine: To Err is Human. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS; Eds. 1999

## PHÂN TÍCH HOẠT ĐỘNG BÁO CÁO PHẢN ỨNG CÓ HẠI CỦA THUỐC TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG GIAI ĐOẠN 2017 – 2019

Nguyễn Kim Chi, Nguyễn Hà Thục Vân,  
Đình T Thùy Trang, Nguyễn Hoàng Em

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích hoạt động báo cáo phản ứng có hại của thuốc và thực trạng nhận thức, thái độ, thực hành của nhân viên y tế trong hoạt động báo cáo ADR tại BVĐKTT An Giang, hướng đến việc tăng cường sử dụng thuốc hợp lý, giảm biến cố bất lợi và giảm tỷ lệ tử vong liên quan đến thuốc. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu và mô tả cắt ngang không can thiệp thông qua bộ câu hỏi dành cho các đối tượng bác sĩ, dược sĩ và điều dưỡng. **Kết quả:** Số lượng báo cáo ADR năm 2017 là 110, năm 2018 là 167 và năm 2019 là 172 báo cáo. Các khoa Nội tổng hợp, Ngoại tổng hợp có số lượng báo cáo ADR cao nhất. Các thuốc được nghi ngờ báo cáo ADR nhiều nhất là ceftazidim, ciprofloxacin, levofloxacin. Biểu hiện lâm sàng có thể liên quan đến phản ứng có hại của thuốc thường gặp là: Ngứa, nổi mẩn đỏ chiếm 32,9%; mệt chiếm 11%, nôn ói, buồn nôn là 6,5%; lạnh run là 6,2%. Tuy nhiên, chỉ 42,2% NVYT nhận thức đúng về các thông tin tối thiểu cần điền trong mẫu báo cáo.

### SUMMARY

**Objectives:** Analyze the activity of reporting adverse drug reactions and the status of awareness, attitudes and practices of health workers in ADR reporting activities at An Giang General Hospital, aiming to increase drug use rationally, reduce adverse events and reduce drug-related mortality. **Method:** retrospective and cross sectional description without intervention through a questionnaire for physicians, pharmacists and nurses. **Results:** The number of ADR reports is steadily increasing every year: 110 in 2017, 167 in 2018 and 172 in 2019. The departments of General Internal Medicine, General Surgery with the number of ADR reports for 3 consecutive years are always in the top of the Hospital. The drugs suspected of reporting the most ADR are Cefazidim, Ciprofloxacin, Levofloxacin. Clinical manifestations possibly related to common drug reactions are: Itching, rash accounting for 32.9%; fatigue accounted for 11%, vomiting, nausea was 6.5%; Chills account for 6.2%. The number of ADR reports is steadily increasing every year. However, only 42.2% of health workers were fully aware of the minimum information required to fill in the report form.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguy cơ xuất hiện tác dụng không mong muốn do thuốc là hậu quả không thể tránh khỏi của việc dùng thuốc, tất cả các thuốc có hiệu lực dù đã cân nhắc cẩn thận cũng có thể gây ra các phản ứng có hại do thuốc (ADR). Nhằm khuyến khích cán bộ y tế báo cáo phản ứng có hại của thuốc như là nhiệm vụ chuyên môn trong thực hành lâm sàng và là một phần trách nhiệm, đạo đức nghề nghiệp, hướng đến việc tăng cường sử dụng thuốc hợp lý, giảm biến cố bất lợi và giảm tỷ lệ tử vong liên quan đến thuốc [2]. Chúng tôi thực hiện đề tài “**Phân tích hoạt động báo cáo phản ứng có hại của thuốc tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm tỉnh An Giang giai đoạn 2017-2019**”, với mục tiêu như sau:

1. Phân tích hoạt động báo cáo ADR của BVĐKTT An Giang thông qua số lượng và chất lượng báo cáo gửi tới Trung tâm DI&ADR Quốc gia giai đoạn 2017 - 2019.
2. Phân tích thực trạng nhận thức, thái độ và thực hành của nhân viên y tế trong hoạt động báo cáo ADR tại BVĐKTT An Giang.

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1. Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả các báo cáo ADR của BVĐKTT An Giang đã gửi đến trung tâm DI&ADR Quốc gia giai đoạn từ tháng 10/2016 đến tháng 09/2019.

- Bác sĩ, điều dưỡng viên tại khoa lâm sàng và dược sĩ tại khoa Dược của Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả hồi cứu và mô tả cắt ngang không can thiệp thông qua bộ câu hỏi dành cho các đối tượng bác sĩ, dược sĩ và điều dưỡng.

**Cỡ mẫu:** Được tính theo công thức

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

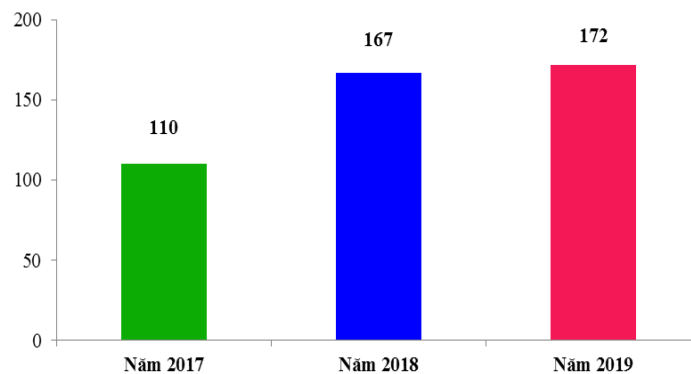
- n là cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý; Z: 1,96 ( $\alpha=0,05$ , mức tin cậy mong muốn là 95%); d: Sai số d mong muốn là 4% ( $d = 0,04$ ). Nghiên cứu của Nguyễn Huy Tuấn (2015) tỉ lệ nhân viên y tế nhận thức đúng về phản ứng có hại của thuốc tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương là  $p = 81,6\%$  [5]. Thay vào công thức ta có:  $n = 360$ , chọn cỡ mẫu là 400.

**Xử lý dữ liệu:** Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel và SPSS 16.0.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Phân tích hoạt động báo cáo ADR tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh An Giang thông qua số lượng và chất lượng báo cáo gửi tới trung tâm DI&ADR Quốc gia giai đoạn 2017-2019.

#### a. Thông tin về báo cáo



**Biểu đồ 1.** Số lượng báo cáo ADR giai đoạn 2017-2019

**Nhận xét:** Báo cáo ADR tăng đều hàng năm: năm 2017 là 110, năm 2018 là 167 và năm 2019 là 172 báo cáo. Qua đây cho thấy nhân viên các khoa lâm sàng ngày càng thấy được tầm quan trọng và trách nhiệm phải báo cáo về phản ứng có hại của thuốc.

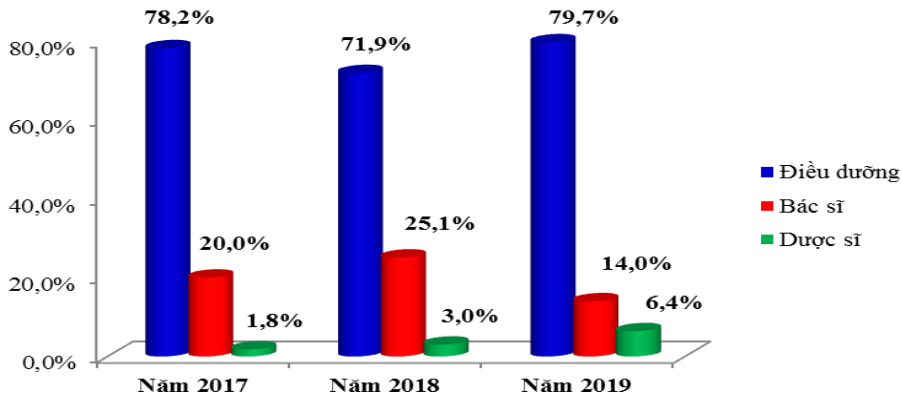
- Các khoa phòng tham gia báo cáo.

**Bảng 1.** Các khoa lâm sàng báo cáo ADR số lượng nhiều

Năm 2017		Năm 2018		Năm 2019	
Khoa	SL	Khoa	SL	Khoa	SL
Cấp cứu	14	Ngoại TH	23	Nội TH	20
Nội tổng hợp	13	Nội THHH	14	Nhiễm	17
LCK	13	Cấp cứu	14	Ngoại TH	17
Ngoại TH	9	Nội TH	12	Ngoại thận	14
Nội THHH	9	Nội TK	12	CTCH	12
.....		Ngoại thận	12	Nội TK	12

**Nhận xét:** Các khoa Nội tổng hợp, Ngoại tổng hợp có số lượng báo cáo ADR 3 năm liên luôn nằm trong top đầu của Bệnh viện.

- Đối tượng tham gia báo cáo



**Biểu đồ 2.** Tỷ lệ nhân viên tham gia báo cáo

**Nhận xét:** Tỷ lệ nhân viên tham gia báo cáo ADR nhiều nhất là điều dưỡng từ năm 2017-2019 lần lượt là 78,2%; 71,9% và 79,7%. Bác sĩ tham gia báo cáo lần lượt là 20%; 25,1%; 14%. Dược sĩ là từ 1,8% đến 6,4%.

**b. Thông tin về thuốc nghi ngờ gây ADR**

**Bảng 2.** Các thuốc nghi ngờ được báo cáo ADR nhiều nhất

Năm 2017		Năm 2018		Năm 2019	
Thuốc	SL	Thuốc	SL	Thuốc	SL
Ceftazidim	17	Ciprofloxacin	50	Ciprofloxacin	37
Ciprofloxacin	11	Ceftazidim	11	Ceftazidim	14
Iobitridol	8	Amoxicilin + Sulbactam	10	Ceftriaxon	13
Levofloxacin	8	Levofloxacin	8	Cefepim	10
Cefotaxim	6	Ceftriaxon	6	NaCl	11

**Nhận xét:** Các thuốc được nghi ngờ báo cáo ADR nhiều nhất năm cả 3 năm 2017-2019 lần lượt là Ceftazidim, Ciprofloxacin, Levofloxacin. Nghiên cứu của tác giả Ong Thế Vũ tại BVĐK tỉnh Quảng Ninh 2010-2013, thuốc nghi ngờ gây ADR được báo cáo nhiều nhất là Paracetamol, Amoxicillin, thuốc có nguồn gốc dược liệu và nghiên cứu của tác giả Đỗ Ngọc Trâm tại BV Bạch Mai 2011-2012 là Ceftriaxon, Cefoperazon, Ceftazidim....

**c) Các biểu hiện ADR được ghi nhận nhiều nhất**

**Bảng 3.** Các biểu hiện ADR được ghi nhận nhiều nhất

STT	Biểu hiện thường gặp	Tần suất	Tỷ lệ %
1	Ngứa, nổi mẩn đỏ	96	32,9
2	Mệt	32	11,0
3	Nôn ói, buồn nôn	19	6,5
4	Lạnh run, run tay chân	18	6,2
5	Khó thở	17	5,8
6	Phù (môi, mắt, ...)	8	2,7
7	Đỏ da, nóng da	7	2,4
8	Vã mồ hôi, lạnh tay chân	4	1,4
9	Nặng ngực	4	1,4
10	Tê tay chân	3	1,0
11	Đau bụng	3	1,0
12	Chóng mặt	2	0,7

**Nhận xét:** Biểu hiện lâm sàng có thể liên quan đến phản ứng có hại của thuốc thường gặp là: Ngứa, nổi mẩn đỏ chiếm 32,9%; mệt chiếm 11%, nôn ói, buồn nôn là 6,5%; lạnh run chiếm 6,2%...

**3.1. Phân tích thực trạng nhận thức, thái độ và thực hành của nhân viên y tế trong hoạt động báo cáo ADR tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.**

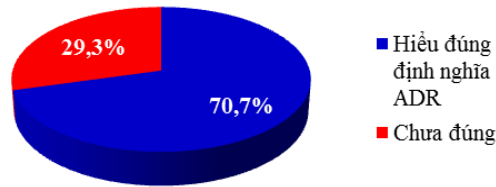
## a) Thông tin về đối tượng được khảo sát

**Bảng 4.** Đặc điểm người tham gia khảo sát

Thông tin	Nội dung	Số lượng	Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	163	41,2
	Nữ	221	55,8
	Không có thông tin	12	3,0
Chuyên môn	Bác sĩ	93	23,5
	Điều dưỡng	239	60,4
	Dược sĩ	37	9,3
	Không có thông tin	27	6,8
Thời gian công tác	< 5 năm	101	25,5
	Từ 5 - 15 năm	165	41,7
	> 15 năm	104	26,3
	Không có thông tin	26	6,6
<b>Tổng cộng:</b>		<b>396</b>	<b>100</b>

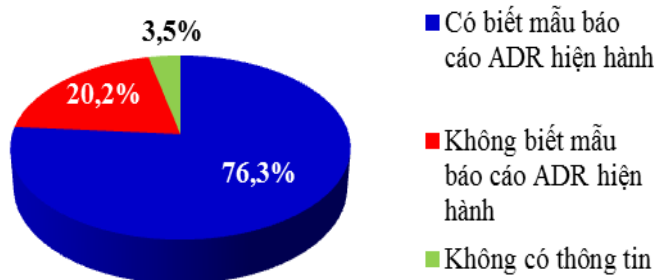
**Nhận xét:** Đối tượng tham gia khảo sát là nam chiếm 41,2%; nữ chiếm 55,8% và không có thông tin là 3%. Về chuyên môn: điều dưỡng tham gia khảo sát nhiều nhất chiếm 60,4%; bác sĩ chiếm 23,5%; dược sĩ là 9,3% và không có thông tin là 6,8%. Thời gian công tác chủ yếu từ 5-15 năm.

## b) Nhận thức của nhân viên y tế về ADR và báo cáo ADR

**Biểu đồ 3.** Tỉ lệ nhân viên y tế hiểu đúng định nghĩa ADR

**Nhận xét:** Nhân viên y tế hiểu đầy đủ khái niệm về ADR theo định nghĩa WHO là 70,7% và hiểu chưa đúng là 29,3%. Nghiên cứu của tác giả Huy Tuấn là 81,6% hiểu đầy đủ khái niệm về ADR.

- Nhận thức của cán bộ y tế về mẫu báo cáo ADR hiện hành của Bộ Y tế

**Biểu đồ 4.** Tỉ lệ nhân viên y tế biết mẫu báo cáo ADR

**Nhận xét:** Nhân viên biết mẫu báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) là 76,3%; không biết mẫu báo cáo là 20,2% và không có thông tin là 3,5%.

## c) Thái độ và thực hành báo cáo ADR của nhân viên y tế

- Tỷ lệ nhân viên y tế đã từng gặp ADR

**Bảng 5.** Tỷ lệ nhân viên y tế đã từng gặp ADR

STT	Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Đã từng gặp ADR xảy ra trên BN	328	82,8
2	Chưa gặp	58	14,6
3	Không có thông tin	10	2,5
<b>Tổng cộng</b>		<b>396</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ nhân viên y tế trả lời đã từng gặp phản ứng có hại xảy ra trên bệnh nhân là 82,8%; chưa gặp là 14,6% và không có thông tin là 2,5%. Tuy nhiên, chỉ có 59,8% trả lời là đã báo cáo về Khoa Dược. Nghiên cứu của tác giả Huy Tuấn là 75,2% đã từng gặp ADR nhưng chỉ 38,7% báo cáo về Khoa Dược.

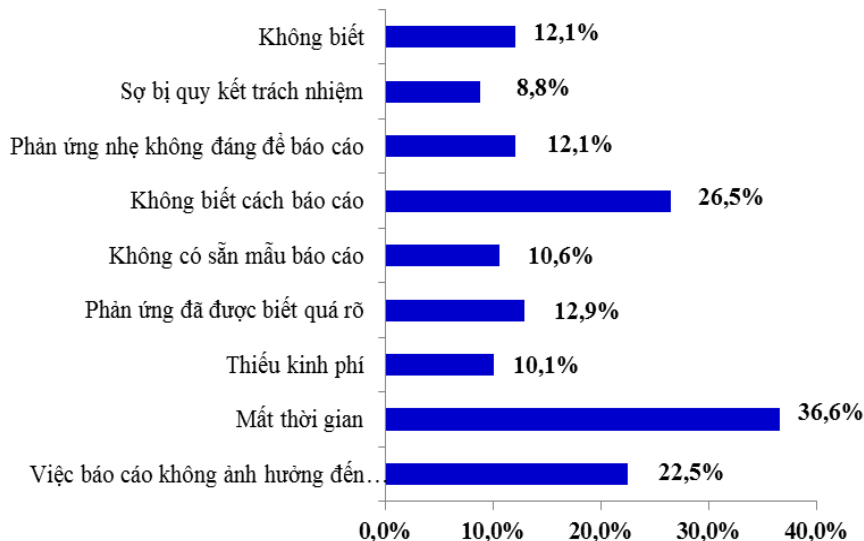
- Những khó khăn khi báo cáo ADR

**Bảng 6.** Những khó khăn khi báo cáo ADR

STT	NỘI DUNG	SỐ LƯỢNG	TỈ LỆ %
1	Khó xác định thuốc nghi ngờ	176	44,4
2	Không có thời gian	108	27,3
3	Mẫu báo cáo phức tạp	72	18,2
4	Khó xác định mức độ nghiêm trọng của ADR	161	40,7
5	Thiếu kiến thức lâm sàng	38	9,6
6	Không có khó khăn nào	47	11,9
7	Ý kiến khác	0	0,0

**Nhận xét:** Những khó khăn khi báo cáo ADR là khó xác định thuốc nghi ngờ là 44,4%; không có thời gian là 27,3%; mẫu báo cáo phức tạp là 18,2%; khó xác định mức độ nghiêm trọng của ADR là 40,7%; thiếu kiến thức lâm sàng là 9,6%; không có khó khăn là 11,9%.

- Các nguyên nhân khiến nhân viên y tế chưa báo cáo ADR.

**Biểu đồ 5.** Các nguyên nhân khiến nhân viên y tế chưa báo cáo ADR

**Nhận xét:** Những nguyên nhân khiến nhân viên y tế chưa báo cáo ADR là do mất thời gian chiếm 36,6%; không biết cách báo cáo chiếm 26,5%; phản ứng nhẹ không đáng để báo cáo chiếm 12,1%. Nghiên cứu của tác giả Huy Tuấn là 24,8%: mất thời gian; 44%: không biết cách báo cáo; 46,5%: %; phản ứng nhẹ không đáng để báo cáo.

- Các biện pháp đề xuất bởi nhân viên y tế để cải thiện hoạt động báo cáo ADR.

**Bảng 7.** Biện pháp cải thiện báo cáo ADR

STT	NỘI DUNG	SỐ LƯỢNG	TỈ LỆ %
1	Đào tạo và tập huấn cho cán bộ y tế về ADR	303	76,5
2	Phối hợp dược sĩ để hỗ trợ báo cáo ADR	241	60,9
3	Gửi phản hồi về kết quả đánh giá ADR đến	211	53,3
4	Có quy trình chuyên môn hướng dẫn hoạt động báo cáo ADR	225	56,8
5	Đề xuất khác	4	1,0

**Nhận xét:** Qua các ý kiến khảo sát, biện pháp cải thiện báo cáo ADR chiếm tỉ lệ cao đó là đào tạo tập huấn cho y tế về ADR chi (76,5%); phối hợp dược sĩ để hỗ trợ báo cáo ADR chiếm 60,9%; gửi phản hồi về kết quả đánh giá ADR đến cán bộ y tế tham gia báo cáo chiếm 53,3% và có quy trình chuyên môn hướng dẫn hoạt động báo cáo ADR chiếm 56,8%. Nghiên cứu của tác giả Huy Tuấn là đào tạo nâng cao nhận thức của NVYT là 94,4% và phối hợp với dược sĩ lâm sàng để hỗ trợ báo cáo ADR là 88,3%.

### **KẾT LUẬN**

Số lượng báo cáo ADR tăng đều hàng năm: năm 2017 là 110, năm 2018 là 167 và năm 2019 là 172 báo cáo. Các khoa Nội tổng hợp, Ngoại tổng hợp có số lượng báo cáo ADR 3 năm liền luôn nằm trong top đầu của Bệnh viện.

Các thuốc được nghi ngờ báo cáo ADR nhiều nhất năm cả 3 năm 2017-2019 lần lượt là Ceftazidim, Ciprofloxacin, Levofloxacin. Biểu hiện lâm sàng có thể liên quan đến phản ứng có hại của thuốc thường gặp là: Ngứa, nổi mẩn đỏ chiếm 32,9%; mệt chiếm 11%, nôn ói, buồn nôn là 6,5%; lạnh run chiếm 6,2%.

Đa số nhân viên y tế tại BVĐKTT An Giang đều có nhận thức và thái độ đúng đắn với hoạt động báo cáo ADR. Số báo cáo ADR tăng đều hàng năm. Tuy nhiên, chỉ 42,2% NVYT nhận thức đúng về các thông tin tối thiểu cần điền trong mẫu báo cáo bao gồm: thông tin người bệnh, về ADR, về thuốc nghi ngờ gây ADR và thông tin về người báo & đơn vị báo cáo. Do đó, đào tạo và tập huấn cho NVYT về phản ứng có hại của thuốc hằng năm là quan trọng nhằm giúp hoạt động cảnh giác dược của bệnh viện ngày càng tốt hơn.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Báo cáo phản ứng có hại của thuốc Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang giai đoạn 2017 - 2019.
2. Bộ Y tế (2012), Dược thư quốc gia Việt Nam, Nhà xuất bản Y học.
3. Bộ Y tế (2013), Quyết định 1088/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn hoạt động giám sát phản ứng có hại của thuốc (ADR) tại các cơ sở khám, chữa bệnh”.
4. Đỗ Ngọc Trâm (2013), Khảo sát tình hình báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) tại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2011-2012.
5. Lại Quang Phương (2013), Khảo sát tình hình báo cáo ADR trên bệnh nhân nhi trong cơ sở dữ liệu Quốc gia và khảo sát nhận thức, thái độ của cán bộ y tế đối với hoạt động Cảnh giác Dược tại một bệnh viện chuyên khoa Nhi, Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ, Trường Đại học Dược Hà Nội.
6. Nguyễn Huy Tuấn (2015), Khảo sát nhận thức, thái độ và thực hành báo cáo phản ứng có hại của thuốc của nhân viên y tế Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Tạp chí Y - Dược Quân sự số 4, Tr.23 - 28.
7. Ong Thế Vũ (2014), Phân tích hoạt động báo cáo phản ứng có hại của thuốc tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh giai đoạn 2010 - 2013.
8. Trần Thị Lan Anh, Trần Ngân Hà, Nguyễn Hoàng Anh, Nguyễn Thị Thanh Hương (2015), Khảo sát kiến thức và thực hành của cán bộ y tế về báo cáo phản ứng có hại của thuốc tại 3 bệnh viện tuyến tỉnh, Tạp chí Dược học ISSN: 0866 - 7861, Tr. 55.

**PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH NHÓM CARBAPENEM TẠI  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG  
GIAI ĐOẠN NĂM 2018**

*Nguyễn Thị Hạnh, Nguyễn Kim Chi  
Trần Thị Tố Nữ, Lê Hoàng Vũ*

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh nhóm carbapenem tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang giai đoạn năm 2018, nhằm đảm bảo sử dụng kháng sinh hợp lý, hiệu quả và giảm đến mức thấp nhất tình trạng đề kháng kháng sinh, định hướng cho chương trình quản lý kháng sinh trong Bệnh viện. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả hồi cứu toàn bộ hồ sơ bệnh án có sử dụng nhóm carbapenem. **Kết quả:** tỉ lệ nam chiếm 43,7% và nữ chiếm 56,3%. Bệnh nhân có tuổi từ 61 – 80 chiếm tỉ lệ 45,4%. Tỉ lệ bệnh nhân nặng là 90,8%. Trong đó, số bệnh nhân có thở máy là 52 trường hợp và không thở máy là 406 trường hợp. Có 348 mẫu bệnh phẩm có làm xét nghiệm vi sinh, tỉ lệ dương tính là 241 mẫu và 110 HSBA không có chỉ định làm xét nghiệm vi sinh. Vi khuẩn gây bệnh phân lập được chủ yếu là các vi khuẩn: *Enterobacter*, *E. Coli*, nấm men, *Acinetobacter*, *Staphylococcus coagulase* và *Pseudomonas*. Khoa sử dụng imipenem+cilastatin) và meropenem nhiều nhất là Hồi sức cấp cứu. Tình trạng bệnh có đáp ứng lâm sàng chiếm 31,2%, có đáp ứng vi sinh chiếm tỉ lệ 38,9% và không đáp ứng chiếm 29,9%.

**SUMMARY**

**Objectives:** Analysis of carbapenem group antibiotic used at An Giang General Central Hospital in 2018, in order to ensure the appropriate, effective and effective use of antibiotics to minimize resistance antibiotics, orientation for antibiotic management program in the Hospital. **Methods:** The study was conducted according to the method of retrospective description of all medical records using carbapenem group. **Results:** the proportion of male accounted for 43,7% and female are 56,3%. Patients aged 61-80 accounted for 45,4%. The rate of severe patients is 90,8%. In particular, the number of patients with mechanical ventilation is 52 cases and non-mechanical ventilation is 406 cases. There were 348 samples that have microbiological testing, the positive rate are 241 samples and 110 samples were not ordered for microbiological testing. Pathogenic bacteria isolated mainly as bacteria: *Enterobacter*, *E. Coli*, yeast, *Acinetobacter*, *Staphylococcus coagulase* and *Pseudomonas*. Imipenem+cilastatin and meropenem have been used the most in ICU. The disease had clinical response accounted for 31,2%, microbiological response accounted for 38,9% and non-response accounted for 29,9%.

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Carbapenem là nhóm kháng sinh có phổ kháng khuẩn rất rộng nên chỉ được ưu tiên sử dụng trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng khi các kháng sinh khác không có hiệu quả. Tuy nhiên, tỷ lệ vi khuẩn kháng carbapenem tại Việt Nam hiện nay đang tăng nhanh và ở mức đáng báo động. Vì vậy nhằm đảm bảo sử dụng kháng sinh hợp lý, hiệu quả và giảm đến mức thấp nhất tình trạng đề kháng kháng sinh, đặc biệt là nhóm carbapenem. Chúng tôi thực hiện đề tài **“Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh nhóm carbapenem tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang giai đoạn năm 2018”**, với mục tiêu cụ thể như sau: Khảo sát đặc điểm sử dụng kháng sinh carbapenem tại Bệnh viện năm 2018, định hướng cho chương trình quản lý kháng sinh trong Bệnh viện.

**ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Đối tượng nghiên cứu**

- Báo cáo công tác dược BV năm 2018.
- Hồ sơ bệnh án có sử dụng kháng sinh nhóm carbapenem.

**2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả hồi cứu.



**Cỡ mẫu:** Lấy toàn bộ hồ sơ bệnh án có sử dụng nhóm carbapenem.

**Xử lý dữ liệu:** Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

#### 1.1. Tuổi, giới tính

**Bảng 1.** Tuổi, giới tính

Thông tin	Nội dung	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	200	43,7
	Nữ	258	56,3
Tuổi	< 41	33	7,2
	41 – 60	136	29,7
	61 – 80	208	45,4
	> 80	81	17,7
<b>Tổng cộng</b>		<b>458</b>	<b>100</b>

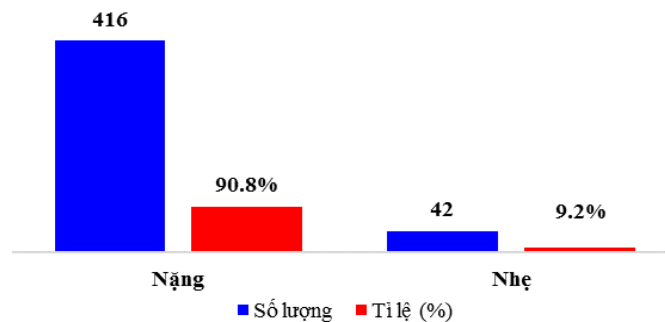
#### **Nhận xét:**

Trong mẫu khảo sát, tỉ lệ nam chiếm 43,7% và nữ chiếm 56,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiền và cộng sự tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức tỉ lệ nam chiếm 76,51% và nữ chiếm 23,49%. Bệnh nhân có tuổi từ 61 – 80 chiếm tỉ lệ 45,4%; từ 41 – 60 tuổi chiếm tỉ lệ 29,7 %; trên 80 tuổi chiếm 17,7%; dưới 41 tuổi chiếm 7,2%.

#### 1.2. Tình trạng bệnh

##### 1.2.1. Mức độ nặng, nhẹ

**Tình trạng bệnh**

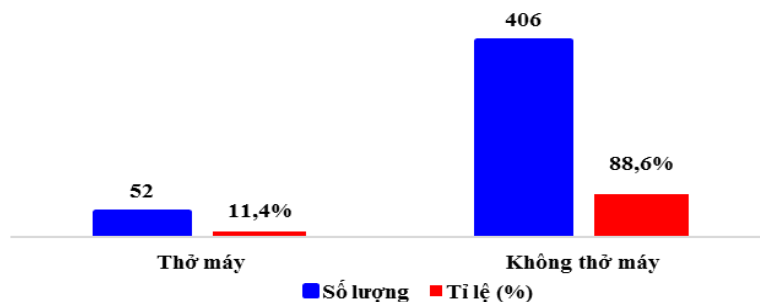


**Biểu đồ 1.** Tình trạng bệnh nhân

**Nhận xét:** Số lượng bệnh nhân nặng là 416 (chiếm tỉ lệ 90,8%) và bệnh nhân nhẹ là 42 (tỉ lệ 9,2%).

##### 1.2.2. Tình trạng thở máy

**Tình trạng BN thở máy**



**Biểu đồ 2.** Bệnh có thở máy

**Nhận xét:** Bệnh nhân có thở máy là 52 trường hợp (tỉ lệ 11,4%) và không thở máy là 406 trường hợp (tỉ lệ 88,6%). Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiền và cộng sự tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, bệnh nhân có thở máy chiếm 96,09%.

## 2. Thời gian nằm viện (ngày)

**Bảng 2.** Kết quả thời gian nằm viện

STT	Thời gian nằm viện (ngày)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
1	< 8	132	28,8
2	8 – 15	167	36,5
3	16 – 25	128	27,9
4	> 25	31	6,8

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện của bệnh nhân từ 8 – 15 ngày chiếm tỉ lệ 36,5%; thời gian 6 – 25 ngày chiếm tỉ lệ 27,9%; dưới 8 ngày là 28,8% và trên 25 ngày là 6,8%.

## 3. Thời gian sử dụng kháng sinh carbapenem

**Bảng 3.** Thời gian sử dụng carbapenem

TT	Thời gian sử dụng (ngày)	Imipenem + Cilastatin		Meropenem	
		Số lượng (g)	Tỉ lệ %	Số lượng (g)	Tỉ lệ %
1	< 8	166	49,3	79	65,3
2	8 - 15	136	40,4	34	28,1
3	> 15	35	10,4	8	6,6
<b>Tổng cộng:</b>		<b>337</b>	<b>100</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Thời gian sử dụng imipenem+cilastatin: dưới 8 ngày (49,3%), 8 – 15 ngày (40,4%), trên 15 ngày (10,4%). Thời gian sử dụng meropenem: dưới 8 ngày (65,3%), 8 – 15 ngày (28,1%), trên 15 ngày (6,6%).

## 4. Đặc điểm vi khuẩn trong mẫu nghiên cứu

4.1. HSBA có làm vi sinh (đám, máu, mủ, phân, nước tiểu, dịch ổ bụng...)

**Bảng 2.** HSBA được chỉ định xét nghiệm vi sinh

STT	Vi khuẩn	Số lượng	Tỉ lệ %
1	Có vi khuẩn	241	52,6
2	Không có vi khuẩn	107	23,4
3	Không cấy	110	24,0
<b>Tổng cộng</b>		<b>458</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong 458 HSBA nghiên cứu, có 348 mẫu bệnh phẩm có làm xét nghiệm vi sinh. Kết quả có 241 mẫu (+) chiếm tỉ lệ 52,6%; 107 mẫu (-) chiếm tỉ lệ 23,4% và 110 HSBA không có chỉ định làm xét nghiệm vi sinh. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hùng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên, số bệnh phẩm dương tính với vi khuẩn là 47,7%.

4.2. Loại vi khuẩn trong mẫu nghiên cứu

**Bảng 3.** Kết quả vi sinh

STT	Loại Vi khuẩn	Số lượng	Tỉ lệ %
1	<i>Enterobacter</i>	52	21,6
2	<i>E. Coli</i>	47	19,5
3	<i>Nấm men</i>	35	14,5
4	<i>Acinetobacter</i>	21	8,7
5	<i>Staphylococcus coagulase</i>	21	8,7
6	<i>Pseudomonas</i>	19	7,9
7	<i>Streptococcus Alpha</i>	17	7,1
8	<i>Proteus</i>	11	4,6
9	<i>Staphylococcus aureus</i>	9	3,7
10	<i>ESBL</i>	5	2,1
11	<i>Klebsiella</i>	3	1,2
12	<i>Nessullae</i>	1	0,4
<b>Tổng cộng</b>		<b>241</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong 241 số bệnh phẩm dương tính với vi khuẩn, tác nhân vi khuẩn gây bệnh phân lập được chủ yếu là các vi khuẩn: *Enterobacter* 52/241 (21,6%), *E. Coli* (19,5%), nấm men (14,5%), *Acinetobacter*, *Staphylococcus coagulase* (8,7%) và *Pseudomonas* (7,9%).

### 5. Tình hình sử dụng kháng sinh carbapenem trong mẫu nghiên cứu

**Bảng 6.** Số lượng và giá trị carbapenem trong mẫu nghiên cứu

TT	Nhóm kháng sinh	Danh mục thành phẩm		Giá trị sử dụng	
		Số lượng (g)	Tỉ lệ (%)	Giá trị (đ)	Tỉ lệ (%)
1	Carbapenem	5.420	44,2	1.122.098.000	55,9
2	Kháng sinh tiêm khác	6.834	55,8	883.962.840	44,1
	<b>Tổng cộng:</b>	<b>12.254</b>	<b>100</b>	<b>2.006.060.840</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong 458 HSBA khảo sát, tổng tiền sử dụng nhóm carbapenem chiếm 55,9% và các kháng sinh khác là 44,1%.

**Bảng 8.** Đặc điểm từng khoa sử dụng carbapenem trong mẫu nghiên cứu

Khoa Lâm sàng	Imipenem + Cilastatin		Meropenem	
	Số lượng (g)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (g)	Tỉ lệ (%)
HSCC	971	27,2	981	54,2
Nội tổng hợp	634	17,8	437,5	24,2
Ngoại tổng hợp	538,5	15,1	0	0,0
Nội thận	457	12,8	26	1,4
Ngoại Thận -Tiết Niệu	389	10,9	112	6,2
Nội Tiêu Hóa Huyết Học	296,5	8,3	38	2,1
Nội tiết	75,5	2,1	0	0,0
Chấn thương chỉnh hình	60,5	1,7	0	0,0
Khoa Lao	46	1,3	57	3,2
Nhiễm	26	0,7	0	0,0
Ung bướu	25	0,7	36	2,0
Phòng Mổ (PTGMHS)	17	0,5	0	0,0
Nội thần kinh	15	0,4	46	2,5
Tim mạch lão học	15	0,4	75	4,1
<b>Tổng cộng:</b>	<b>3.566</b>	<b>100</b>	<b>1.809</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong mẫu nghiên cứu, khoa sử dụng (imipenem+cilastatin) và meropenem nhiều nhất là Hồi sức cấp cứu, Nội tổng hợp.

**Bảng 9.** Đặc điểm phối hợp kháng sinh carbapenem trong mẫu nghiên cứu

Kháng sinh	Số BN sử dụng (%)	Đơn trị liệu (%)	Phối hợp (%)
Imipenem + cilastatin	337 (73,6%)	25 (7,4%)	312 (92,6%)
Meropenem	121 (26,4%)	11 (9,1%)	110 (90,9%)

**Nhận xét:** Trong các HSBA khảo sát, 337 HSBA sử dụng imipenem+cilastatin (73,6%), trong đó đơn trị liệu chiếm 7,4% và phối hợp với kháng sinh khác là 92,6%. Trong 121 HSBA sử dụng meropenem, đơn trị liệu chiếm 9,1% và phối hợp chiếm 90,9%.

**Bảng 10.** Chế độ liều sử dụng của carbapenem trong mẫu nghiên cứu

Kháng sinh	Liều dùng	Tần suất	Tỉ lệ %
Imipenem + cilastatin	0,25g q12h	59	17,5
	0,25g q8h	9	2,7
	0,5g q12h	96	28,5
	0,5g q8h	95	28,2
	0,5g q6h	73	21,7
	1g q8h	5	1,5
<b>Tổng cộng</b>		<b>337</b>	<b>100</b>
Meropenem	0,5g q12h	13	10,7
	0,5g q8h	4	3,3
	1g q12h	51	42,1
	1g q8h	53	43,8
<b>Tổng cộng</b>		<b>121</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong các HSBA khảo sát, liều dùng phổ biến của imipenem + cilastatin 0,5g mỗi 12 giờ (28,5%), liều dùng phổ biến của meropenem 1g mỗi 8 giờ (43,8%). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tuyền tại Bệnh viện Bạch Mai liều dùng phổ biến của meropenem là 1g mỗi 8 giờ, imipenem là 0,5g mỗi 6 giờ. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Hiền và cộng sự tại Bệnh viện Việt Đức, chế độ liều 1g mỗi 6 giờ của meropenem được chỉ định với tỉ lệ cao nhất 61,36%; chế độ liều sử dụng của imipenem 1g mỗi 12 giờ được chỉ định nhiều nhất 33,33%.

**Bảng 11.** Đánh giá hiệu chỉnh liều carbapenem trên bệnh nhân suy giảm chức năng thận theo khuyến cáo

Tên kháng sinh	Số BN cần hiệu chỉnh liều	Liều được hiệu chỉnh theo khuyến cáo (%)	Liều không được hiệu chỉnh theo khuyến cáo (%)
Imipenem + cilastatin	296	89 (30,1)	207 (69,9)
Meropenem	93	29 (31,2)	64 (68,8)

**Nhận xét:** Theo kết quả của mẫu khảo sát thì có 296 HSBA của imipenem + cilastatin cần được hiệu chỉnh liều, liều được hiệu chỉnh theo khuyến cáo chiếm 30,1%. Có 93 HSBA của meropenem cần được hiệu chỉnh liều, liều được hiệu chỉnh theo khuyến cáo chiếm 31,2%. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiền và cộng sự tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, liều được hiệu chỉnh theo khuyến cáo của meropenem là 25% và imipenem là 66,67%.

**Bảng 12.** Đánh giá hiệu quả việc sử dụng kháng sinh carbapenem

Nội dung	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Có đáp ứng lâm sàng	10	31,2
Có đáp ứng vi sinh	178	38,9
Không đáp ứng	137	29,9
<b>Tổng cộng</b>	<b>458</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong mẫu nghiên cứu tại Bệnh viện có đáp ứng lâm sàng chiếm 31,2%, có đáp ứng vi sinh chiếm tỉ lệ 38,9% và không đáp ứng chiếm 29,9%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tuyền tại Bệnh viện Bạch Mai có đáp ứng lâm sàng là 69,9%; có đáp ứng vi sinh là 57,7%.

## KẾT LUẬN

Qua kết quả khảo sát nhận thấy tỉ lệ nam chiếm 43,7% và nữ chiếm 56,3%. Bệnh nhân có tuổi từ 61 – 80 chiếm tỉ lệ 45,4%; từ 41 – 60 tuổi chiếm tỉ lệ 29,7 %; trên 80 tuổi chiếm 17,7%; dưới 41 tuổi chiếm 7,2%.

Tỉ lệ bệnh nhân nặng là 90,8% và bệnh nhân nhẹ là 9,2%. Trong đó, số bệnh nhân có thở máy là 52 trường hợp (tỉ lệ 11,4%) và không thở máy là 406 trường hợp (tỉ lệ 88,6%). Thời gian nằm viện của bệnh nhân từ 8 – 15 ngày chiếm tỉ lệ 36,5%; thời gian 6 – 25 ngày chiếm tỉ lệ 27,9%; dưới 8 ngày là 28,8% và trên 25 ngày là 6,8%. Thời gian sử dụng imipenem + cilastatin: dưới 8 ngày (49,3%), 8 – 15 ngày (40,4%), trên 15 ngày (10,4%). Thời gian sử dụng meropenem: dưới 8 ngày (65,3%), 8 – 15 ngày (28,1%), trên 15 ngày (6,6%).

Qua khảo sát 458 HSBA, có 348 mẫu bệnh phẩm (đàm, máu, mủ, phân, nước tiểu, dịch ổ bụng) có làm xét nghiệm vi sinh. Kết quả có 241 mẫu (+) chiếm tỉ lệ 52,6%; 107 mẫu (-) chiếm tỉ lệ 23,4% và 110 HSBA không có chỉ định làm xét nghiệm vi sinh. Trong 241 số bệnh phẩm dương tính với vi khuẩn, tác nhân vi khuẩn gây bệnh phân lập được chủ yếu là các vi khuẩn: *Enterobacter* 52/241 (21,6%), *E. Coli* (19,5%), nấm men (14,5%), *Acinetobacter*, *Staphylococcus coagulase* (8,7%) và *Pseudomonas* (7,9%).

Trong mẫu nghiên cứu, khoa sử dụng imipenem+cilastatin và meropenem nhiều nhất là Hồi sức cấp cứu. Có 337 HSBA sử dụng imipenem + cilastatin (73,6%), trong đó đơn trị liệu chiếm 7,4% và phối hợp với kháng sinh khác là 92,6%. Và 121 HSBA sử dụng meropenem, đơn trị liệu chiếm 9,1% và phối hợp chiếm 90,9%.

Liều dùng phổ biến của imipenem + cilastatin 0,5g mỗi 12 giờ (28,5%), liều dùng phổ biến của meropenem 1g mỗi 8 giờ (43,8%). Có 296 HSBA sử dụng imipenem+cilastatin cần được hiệu chỉnh liều, liều được hiệu chỉnh theo khuyến cáo chiếm 30,1%. Và 93 HSBA sử dụng meropenem cần được hiệu chỉnh liều, liều được hiệu chỉnh theo khuyến cáo chiếm 31,2%. Tình trạng bệnh có đáp ứng lâm sàng chiếm 31,2%, có đáp ứng vi sinh chiếm tỉ lệ 38,9% và không đáp ứng chiếm 29,9%.

Carbapenem là một trong những kháng sinh dự trữ cuối cùng do vậy cần tăng cường biện pháp quản lý sử dụng nhằm bảo tồn nhóm kháng sinh này, hạn chế đến mức thấp nhất tình trạng đề kháng kháng sinh cũng như lựa chọn sử dụng tiết kiệm nhóm carbapenem nhằm giảm gánh nặng chi phí và đảm bảo sử dụng kháng sinh hợp lý, an toàn và hiệu quả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Hiền và cộng sự (2011), Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh carbapenem tại khoa gây mê hồi sức, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.
2. Nguyễn Thị Hiền Lương (2012), Nghiên cứu đánh giá sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2009 – 2011.
3. Nguyễn Thị Tuyền (2018), Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh carbapenem tại Bệnh viện Bạch Mai.
4. Nguyễn Thu Minh và cộng sự, Khảo sát tình hình tiêu thụ kháng sinh carbapenem tại Bệnh viện Bạch Mai trong giai đoạn từ năm 2012 đến năm 2016, Tạp chí dược học.
5. Nguyễn Việt Hùng (2019), Phân tích thực trạng tiêu thụ kháng sinh và việc sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi bệnh viện tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên.
6. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2017.
7. Võ Thị Thanh Thảo và cộng sự, Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh meropenem quý II năm 2016 tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai.

## AXIT URIC HUYẾT THANH VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI BỆNH GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU

*Châu Hữu Hậu, Đỗ Thị Quốc Trinh, Hia Kim Khuê*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nhiều công trình đã chứng minh axit uric huyết thanh có thể là một thành tố trong hội chứng chuyển hóa và liên quan chặt chẽ với bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu có phân tích các trường hợp đến khám sức khỏe và khám bệnh tại bệnh viện Nhật Tân. **Kết quả:** Phân tích mối liên quan giữa các biến như giới, tuổi, glucose lúc đói, acit uric, creatinine, GFR, cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C, triglyceride, viêm gan virus, đo độ xơ hóa và nhiễm mỡ của gan. Sau khi phân tích hồi qui tuyến tính và biểu đồ ROC thì có 4 biến còn ý nghĩa thống kê glucose lúc đói, axit uric, LDL-C và triglyceride với  $p < 0,001$ . **Kết luận:** Axit uric huyết thanh cùng với các biến khác liên quan độc lập với bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu.

**Từ Khóa:** Axit uric (AU), axit uric huyết thanh (AUHT), bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (BGNMKDR), CAP (thông số giảm âm được kiểm soát)

**ABSTRACT. Serum Uric Acid And Its Association With Non-Alcoholic Fatty Liver Disease.**

**Background:** Many studies have suggested that SUA may be a component of metabolic syndrome and is closely related to NAFLD cases. **Methods:** The retrospective analysis analyzed cases of health and medical examinations at Nhat Tan Hospital. **Results:** Analysis of relationship between variables such as gender, age, fasting glucose, uric acid, creatinine, GFR, total cholesterol, HDL-C, LDL-C, triglycerides, viral hepatitis, assessment of liver steatosis and fibrosis. After linear regression analysis and ROC chart, there are 4 variables with statistical significance such as fasting glucose, LDL-C and triglycerides with  $p < 0,001$ . **Conclusions:** Serum uric acid along with other variables are independently associated with nonalcoholic fatty liver disease.

**Keywords:** Serum Uric Acid (SUA), Non Alcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD), CAP (Controlled Attenuation Parameter)

### MỞ ĐẦU

Ngày càng có nhiều công trình nghiên cứu về mối quan hệ giữa BGNMKDR và AUHT. AUHT có thể là một thành tố trong hội chứng chuyển hóa, một dấu hiệu được xem là dự đoán về sự xuất hiện và độ nặng các trường hợp BGNMKDR. Các nhà nghiên cứu còn cho rằng có thể điều trị giảm mức độ BGNMKDR bằng cách giảm nồng độ AUHT.

### TỔNG QUAN

AU được xem như một sản phẩm chuyển hóa cuối cùng của purin. Gan được xem là nơi chính để tổng hợp AU. Có gần 20% axit uric được hình thành và bị phá hủy bên trong cơ thể. AU tiếp tục bị oxy hóa thành allantoin và được bài tiết ra ngoài bằng cách lọc qua cầu thận và bài tiết ở ống thận [1]. BGNMKDR do nhiều yếu tố gây bệnh khác nhau như: di truyền, chế độ ăn uống, các bệnh lý đi kèm v.v... Hiện nay, tỷ lệ mắc BGNMKDR ngày càng tăng lên trên khắp thế giới. BGNMKDR cuối cùng có thể làm tăng nguy cơ mắc các bệnh khác như viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (NASH) có thể dẫn đến xơ gan và ngay cả ung thư gan [3]. Các nghiên cứu cho thấy nồng độ AUHT tăng sẽ làm BGNMKDR tăng nặng và dẫn đến tỷ lệ tử vong cao và AUHT đã được xem như một dấu ấn huyết thanh của tổn thương gan. Do AUHT chủ yếu là sản phẩm do gan sản xuất và thanh thải ở thận. Vì thế, AUHT có thể giảm khi gan bị xơ hóa tiến triển ở bệnh nhân BGNMKDR [2]. Ngoài ra một số nghiên cứu cho rằng AUHT có thể gây ra stress oxy hóa có vai trò quan trọng trong sinh bệnh học của BGNMKDR. Nồng độ AUHT cao gây căng thẳng lưới nội chất, tăng giải phóng các yếu tố gây viêm và do đó làm nặng thêm tình trạng kháng insulin nhất là ở bệnh nhân béo phì [2]. Một số nghiên cứu cho thấy làm giảm nồng độ

AUHT có thể làm giảm tình trạng BGNMKDR. Do đó, chẩn đoán và điều trị sớm BGNMKDR có thể ngừa hoặc làm giảm tỷ lệ mắc và tử vong liên quan đến BGNMKDR [3].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi hồi cứu về mối liên quan giữa nồng độ axit uric và các yếu tố khác ảnh hưởng đến BGNMKDR

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân đến khám bệnh và khám sức khỏe tại bệnh viện Nhật Tân có làm các xét nghiệm AUHT, fibroscan cùng các xét nghiệm khác: bộ mỡ, glucose đói, creatinine, urê, viêm gan B và C. Số bệnh nhân được chọn 24.523. **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các BN không có đủ các xét nghiệm nêu trên. Cuối cùng còn lại 822 bệnh nhân.

**Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu phân tích. **Thời gian:** 18 tháng từ 01/02/2018 đến 06/8/2019. **Địa điểm nghiên cứu:** bệnh viện Nhật Tân, TP Châu Đốc, An Giang

**Cách tiến hành nghiên cứu:** Qua số liệu lưu trữ, chúng tôi chọn các bệnh nhân có các xét nghiệm bộ mỡ (cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C, triglyceride), viêm gan (HBsAg, HBsAb, Anti-HCV), glucose và AUHT. Fibroscan để xác định mức độ xơ gan và nhiễm mỡ gan. Sau đó loại trừ các bệnh nhân thiếu các biến mà chúng tôi muốn nghiên cứu. Chúng tôi không chẩn đoán phân biệt giữa BGNMKDR và NASH mà gọi chung là BGNMKDR.

**Xét nghiệm:** Các xét nghiệm được thực hiện trên Roche Cobas c311 và Cobas e411 được nội kiểm hàng ngày, ngoại kiểm hàng tháng. **Đo gan nhiễm mỡ:** FibroScan502Touch (Echosens, 2017): Độ cứng gan được đo từ 2,5-75 kPa. **Đo độ nhiễm mỡ** qua “thông số giảm âm được kiểm soát” (CAP, đơn vị đo dB/m).

## XỬ LÝ THỐNG KÊ

SPSS Statistics 20 được dùng để phân tích. Kiểm tra  $\chi^2$  được dùng để so sánh các biến phân loại. Đối với các biến liên tục có phân phối chuẩn được phân tích bằng ANOVA. Các biến số có ý nghĩa sau đó được phân tích bằng hồi qui tuyến tính đa biến. Các biến có ý nghĩa được phân tích qua biểu đồ ROC.  $p < 0,05$  được xem có ý nghĩa thống kê.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Phân tích theo các biến số liên tục, lấy biến BGNMKDR là biến phụ thuộc**

Các thông số (n=822)	Nhóm chứng (n=428)	BGNMKDR (n=394)	p
Tuổi, năm	48,8 ± 16,0	51,7 ± 12,8	0,004
Glucose lúc đói, mmol/l	5,74 ± 2,29	6,46 ± 2,77	0,000
Axit uric, $\mu\text{mol/l}$	333,1 ± 101,6	358,7 ± 97,10	0,000
Creatinine, $\mu\text{mol/l}$	72,6 ± 30,8	70,6 ± 22,8	0,288
Urea, mmol/l	4,26 ± 1,97	4,30 ± 1,55	0,769
Cholesterol, mmol/l	4,41 ± 1,21	5,27 ± 3,31	0,000
HDL-C, mmol/l	1,03 ± 0,34	1,00 ± 0,29	0,127
LDL-C, mmol/l	3,05 ± 1,08	3,50 ± 1,14	0,000
Triglyceride, mmol/l	1,81 ± 1,06	2,79 ± 1,87	0,000
CAP, dB/m	1,94 ± 30,6	284,3 ± 33,0	0,000
Độ xơ hóa gan, kPa	7,20 ± 9,53	6,69 ± 9,53	0,357

**Bảng 2. Phân tích theo nhóm bệnh nhân (KSK, khám sức khỏe)**

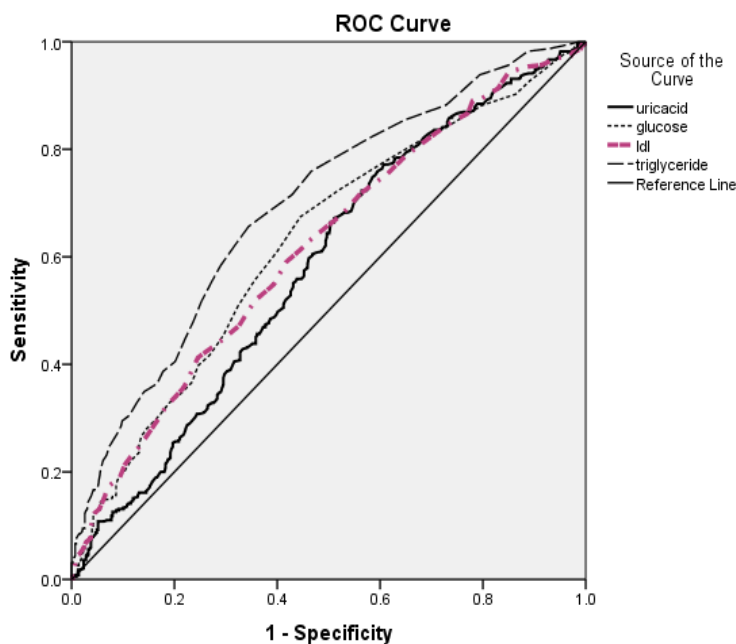
Biến số	Nhóm	N	Axit uric	p	BGNMKDR	p
Giới	Nữ	332	294,1 ± 83,9	0,000	241,6 ± 54,1	0,163
	Nam	490	380,2 ± 95,4		234,9 ± 55,4	
Viêm gan B	Không	661	348,2 ± 101,2	0,107	240,6 ± 54,9	0,001
	Có	161	334,0 ± 95,6		225,0 ± 54,4	
Đái tháo đường	Không	658	347,0 ± 98,4	0,364	232,5 ± 52,0	0,000
	Có	164	339,2 ± 114,2		257,6 ± 61,7	
Suy thận	Độ ≤2	500	326,3 ± 90,0	0,000	236,0 ± 53,9	0,312
	Độ ≥3	322	375,1 ± 107,9		239,9 ± 56,6	
Nhóm bệnh nhân	KSK	366	337,8 ± 94,9	0,050	233,3 ± 50,8	0,051
	Có bệnh	456	351,6 ± 104,0		240,9 ± 57,9	

**Bảng 3. Tương quan giữa CAP và các thông số xét nghiệm,**

Các thông số (n=822)	Không NAFLD (n=428)	Nhóm NAFLD (n=394)	Giá trị p	Phân tích hồi qui logit chỉ còn 5 biến có ý nghĩa thống kê với p < 0,01		
				OR	KTC95%	Giá trị p
Glucose đói	5,74±2,29	6,46±2,77	0,000	1,108	1,035-1,187	0,003
Axit uric	333,1±101,6	358,7±97,1	0,000	1,002	1,001-1,004	0,009
Creatinine	72,6±30,8	70,6±22,8	0,288	0,987	0,979-0,996	0,003
LDL-C	3,05 ± 1,08	3,50±1,14	0,000	1,426	1,239-1,640	0,000
Triglyceride	1,81 ± 1,06	2,79±1,87	0,000	1,588	1,389-1,815	0,000

**Bảng 4. Biểu thị trên biểu đồ ROC thì chỉ còn 4 biến do loại creatinine vì p=0,466.**

Các biến	AUC (KTC95%)	SE	Độ nhạy %	Độ đặc hiệu %	p
Glucose lúc đói	0,626 (0,588-0,664)	0,020	67,4	55,5	0,000
AUHT	0,583 (0,544-0,622)	0,020	77,2	39,3	0,000
LDL-Cholesterol	0,617 (0,578-0,655)	0,020	59,0	58,3	0,000
Triglyceride	0,694 (0,658-0,730)	0,018	65,6	65,6	0,000



Diagonal segments are produced by ties.

**Hình 1. Biểu đồ ROC cho 4 biến AUHT, glucose, LDL-cholesterol và triglyceride.**



## BÀN LUẬN

Khi phân tích giữa 2 nhóm BGNMKDR và nhóm còn lại (nhóm chứng) ở bảng 1 thì thấy có 7 biến khác biệt có ý nghĩa thống kê: tuổi, glucose, AUHT, cholesterol toàn phần, LDL-C, triglyceride và CAP (thông số giám âm được kiểm soát) có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

Phân tích theo nhóm bệnh nhân ở bảng 2: Nồng độ axit uric máu giữa nam và nữ khác biệt  $380,2 \pm 95,4 \mu\text{mol/l}$  và  $294,1 \pm 83,0 \mu\text{mol/l}$ , với  $p < 0,001$ ; theo nghiên cứu của Yu và cs ở người Trung Quốc thì cũng thấy khác biệt giữa nam  $355,53 \pm 77,42 \mu\text{mol/l}$  và nữ  $272,31 \pm 58,85 \mu\text{mol/l}$  [4]. Desideri và cs [5] cho rằng có sự khác biệt nồng độ AUHT ở nam và nữ với nồng độ được chấp nhận rộng rãi từ 208,2 đến 428,3  $\mu\text{mol/l}$  ở nam giới trưởng thành và phụ nữ mãn kinh và từ 154,7 đến 356,9  $\mu\text{mol/l}$  ở phụ nữ tiền mãn kinh. Nồng độ AUHT ở nghiên cứu của chúng tôi, người bị suy thận  $\geq$  độ 3 cao hơn nhóm người còn lại  $375,1 \pm 107,9$  và  $326,3 \pm 90,0 \mu\text{mol/l}$ , vì thận là nơi đào thải chính của AUHT.

Cuối cùng dùng hồi qui logistic đa biến với BGNMKDR làm biến số phụ thuộc và các biến có ý nghĩa thống kê làm biến độc lập (bảng 3), chỉ còn 5 biến có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ , đó là glucose máu, axit uric, creatinine, LDL-C và triglyceride. Khi biểu thị 5 biến trên biểu đồ ROC (bảng 4) thì thấy creatinine không còn ý nghĩa thống kê với  $p = 0,466$ . Vì thế, trên biểu đồ ROC chỉ còn lại 4 biến với AUC không cao nhưng đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . AUHT có AUC thấp nhất 0,583 với độ nhạy 77,2% và độ đặc hiệu là 39,3%. Cùng với các yếu tố khác, AUHT là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với tình trạng NAFLD với AUHT ở người không có và có NAFLD ( $333,1 \pm 101,6 \mu\text{mol/l}$  so với  $358,7 \pm 97,10 \mu\text{mol/l}$ ),  $p < 0,001$ . Một nghiên cứu tại Hoa Kỳ [6] đã phân tích 5.370 đàn ông và phụ nữ trong độ tuổi từ 20 đến 74 từ kỳ kiểm tra sức khỏe và dinh dưỡng quốc gia lần thứ ba (NHANES III) (1988-1994). Sau khi điều chỉnh, người có tăng axit uric máu có nhiều khả năng mắc BGNMKDR gấp 1,4 lần (OR 1,4, KTC 95% từ 1,1 đến 11,1), cho thấy NAFLD và AUHT được liên kết mạnh mẽ và độc lập sau khi điều chỉnh qua nhiều yếu tố.

Đường huyết giữa người không có và có NAFLD ( $5,74 \pm 2,29 \text{ mmol/l}$  so với  $6,46 \pm 2,77 \text{ mmol/l}$ ),  $p < 0,001$ . Đối với nồng độ glucose máu ảnh hưởng đến BGNMKDR với độ nhạy và độ đặc hiệu là 67,4% và 55,5% có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Nghiên cứu của Utzschneider và cs [7] cho rằng kháng insulin là một tính năng chính của BGNMKDR và ở một số bệnh nhân, có thể tiến triển thành viêm gan nhiễm mỡ. Một số phương pháp điều trị nhằm giảm kháng insulin đã đạt được một số thành công làm giảm tình trạng BGNMKDR.

LDL-C và triglyceride ở người không NAFLD thấp hơn người có NAFLD với  $1,81 \pm 1,06 \text{ mmol/l}$  và  $2,79 \pm 1,87 \text{ mmol/l}$ ,  $p < 0,001$  phù hợp với nghiên cứu của Peng và cs ở Đài Loan thấy LDL, triglyceride, cholesterol toàn phần có liên quan chặt chẽ với nồng độ AUHT, trong khi nồng độ HDL-C huyết thanh lại tỷ lệ nghịch với nồng độ AUHT [8]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ cholesterol toàn phần không khác biệt có ý nghĩa thống kê so nồng độ NAFLD ở 2 nhóm người trên, khác với nghiên cứu của Peng. Và HDL-C trong nghiên cứu của chúng tôi không có ý nghĩa thống kê thì nghiên cứu của Peng và cs thì HDL-C tỷ lệ nghịch, HDL-C càng cao càng ít có NAFLD [8].

## KẾT LUẬN

Nồng độ axit uric máu cao có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ, viêm gan virus C so với người bình thường, người bị suy thận  $\geq$  độ 3 cao hơn nhóm còn lại. Phân tích bằng hồi qui logistic và biểu đồ ROC chỉ còn 4 biến có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ , đó là glucose máu, axit uric, LDL-C và triglyceride. Cùng với các yếu tố khác, AUHT là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với BGNMKDR.

## THAM KHẢO

1. **Rakshitha C.** Metabolism of Uric Acid.  
<http://www.biologydiscussion.com/metabolism/metabolism-of-uric-acid-with-diagram-living-organisms-biology/82069>.
2. **Zhang C, Song H, Yang L, Liu Y, Ji C.** Does High Level of Uric Acid Lead to Nonalcoholic Fatty Liver Disease?. *Global Journal of Digestive Diseases*. *Global Journal of Digestive Diseases*, 2018, Vol 4, No 3:7.
3. **Zhengli Tang, Minh Pham, Yiming Hao, Fang Wang, Devashru Patel, Lori Jean-Baptiste, Lin Fan, Weijian Wang, Yiqin Wang, and Feng Cheng** Sex, Age, and BMI Modulate the Association of Physical Examinations and Blood Biochemistry Parameters and NAFLD: A Retrospective Study on 1994 Cases Observed at Shuguang Hospital, China. *Biomed Res Int*. 2019; 2019: 1246518.
4. **Yu XL, Shu L, Shen XM, Zhang XY, Zheng PZ.** Gender difference on the relationship between hyperuricemia and nonalcoholic fatty liver disease among Chinese. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Sep; 96(39).
5. **Desideri G, Castaldo G, Lombardi A, Mussap M, Testa A, Pontremoli R, Punzi L, Borghi C.** Is it time to revise the normal range of serum uric acid levels? *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 2014; 18: 1295-1306.
6. **Shih MH, Lazo M, Liu SH, Bonekamp S, Hernaez R, et al.** Association between serum uric acid and nonalcoholic fatty liver disease in the US population. *J Formos Med Assoc*, 2015, 114: 314-20
7. **Utzschneider KM, Kahn SE.** The Role of Insulin Resistance in Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *J. Clinical Endocrinology & Metabolism*, V91 (12) 1 Dec 2006: 4753–4761.
8. **Peng TC, Wang CC, Kao TW, Chan JYH, Yang YH, Chang YW, and Chen WL** Relationship between Hyperuricemia and Lipid Profiles in US Adults. *BioMed Research International*. Vol. 2015, ID 127596, 7 pages

**BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG THUỐC TIÊU HUYẾT KHỐI ĐƯỜNG TĨNH MẠCH ĐIỀU  
TRỊ ĐỘT QUỴ NHỒI MÁU NÃO CẤP  
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG**

*Lữ Văn Trang, Trần Phước Hồng, Hà Minh Đức, Nguyễn Hữu Nghĩa,  
Phạm Lý Chí Hùng, Ngô Huỳnh Đắc Thắng, Nguyễn Thị Bé Tư Và Cs*

**TÓM TẮT:**

**Đặt vấn đề:** Đột quỵ (Stroke) luôn là vấn đề thời sự của ngành y tế ở tất cả các quốc gia trên toàn thế giới, bởi do đột quỵ não là bệnh lý cấp cứu thần kinh có tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong và tỷ lệ tàn phế cao tác động rất lớn đến tâm lý người bệnh, gia đình và toàn xã hội. Ở Việt Nam, các bệnh viện tuyến tỉnh sử dụng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch còn rất ít. Tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang, điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu huyết khối được triển khai từ năm 2019. **Mục Tiêu:** Đánh giá hiệu quả của thuốc tPA trong điều trị người bệnh đột quỵ cấp nhập viện trong thời gian vàng. Theo dõi tác dụng phụ và biến chứng trong thời gian dùng thuốc tPA đường tĩnh mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Có 43 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não cấp nhập viện điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch từ 01/04/2019 đến 20/10/2019. Bệnh nhân được ghi nhận tuổi, giới, địa chỉ, nơi chuyển đến, thời gian vàng, thời gian cửa kim, kết quả điều trị, biến chứng. **Kết quả:** Tuổi trung bình:  $61,81 \pm 11,5$  tuổi, Tỷ lệ Nam/nữ = 26/17, nam nhiều hơn nữ. Đa phần bệnh nhân ở khu vực thành phố châu đốc và các huyện lân cận chiếm 90,7%, nơi khác chiếm 9,3 %. Bệnh nhân đột quỵ tự đến chiếm 55,8 %, còn lại được chuyển từ các tyyt lân cận chiếm 44,2 %. Thời gian từ lúc khởi phát đột quỵ đến lúc vào viện  $140 \pm 64,8$  phút. Thời gian vàng  $130 \pm 61,78$  phút. Thời gian chụp CTscan não  $15 \pm 9,446$  phút. Thời gian cửa kim  $45 \pm 21, 609$  phút. Kết quả điều trị thuốc tiêu huyết khối: phục hồi 55,8%, không thay đổi 39,7%, nặng hơn 4,7%. Biến chứng xuất huyết do dùng thuốc tiêu huyết khối chúng tôi ghi nhận 2 cas ( chiếm 4,7%). **Kết luận:** Điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu huyết khối có tính an toàn và hiệu quả cao. Cần có sự phối hợp giữa cấp cứu trước viện và cần phải có sự phối hợp chặt chẽ giữa các khoa liên quan trong quy trình cấp cứu đột quỵ tại bệnh viện để cải thiện thời gian vàng, thời gian cửa kim tăng khả năng điều trị phục hồi cho bệnh nhân.

*Từ Khóa: nhồi máu não cấp, tiêu huyết khối*

**SUMMARY:**

**Background:** Stroke is always a topical issue in the health sector in all countries around the world, because brain stroke is a neurological emergency with morbidity and mortality. Disability and high disability rates greatly affect the psychology of patients, their families and the whole society. In Vietnam, provincial hospitals use very little intravenous thrombolytic drugs. At An Giang Regional General Hospital, treatment of acute cerebral infarction stroke with thrombolytic drugs has been implemented since 2019. **Objectives:** To assess the effectiveness of tPA in treating stroke patients admitted to hospital during the golden period. Monitor side effects and complications during intravenous tPA administration. **Subjects and research methods:** There were 43 patients diagnosed with acute cerebral infarction who were admitted for treatment of venous thromboembolism between April 1, 2019 and October 20, 2019. Patients were recorded age, gender, address, transfer location, golden time, needle door time, treatment results, complications. **Results:** Average age:  $61.81 \pm 11.5$  years old. The ratio of male to female = 26/17, male is more than female. The majority of patients in Chau Doc city and neighboring districts accounted for 90.7%, others accounted for 9.3%. Self-stroke patients accounted for 55.8%, the remainder from neighboring hospitals accounted for 44.2%. Time from stroke onset to hospitalization  $140 \pm 64.8$  minutes. Time of gold  $130 \pm 61.78$  minutes. Time of brain CT scan  $15 \pm 9,446$  minutes. Time of Needle door  $45 \pm 21, 609$  minutes. The result of thrombolytic drug treatment: recovered 55.8%, unchanged 39.7%, 4.7% heavier. Complications of haemorrhage due to thrombolytic drug we recorded 2 cases (accounting for 4.7%).

**Conclusion:** Treatment of acute cerebral infarction with thrombolytic drugs is safe and highly effective. Need to coordinate between hospital emergency and need to have close coordination between the relevant departments in the hospital emergency stroke procedure to improve the golden time, the time of needle door to increase the ability to treat recovery for patients.

*Key words:* acute cerebral infarction, intravenous thrombolysis

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Đột quy (Stroke) luôn là vấn đề thời sự của ngành y tế ở tất cả các quốc gia trên toàn thế giới, bởi do đột quy não là bệnh lý cấp cứu thần kinh có tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong và tỷ lệ tàn phế cao tác động rất lớn đến tâm lý người bệnh, gia đình và toàn xã hội. [1]

Liệu pháp điều trị đột quy cấp, đặc biệt là các liệu pháp tái tưới máu dựa trên khả năng cứu sống những vùng não tranh tối tranh sáng. Dùng Alteplase (tPA) đường tĩnh mạch là liệu pháp điều trị duy nhất được cơ quan quản lý Thuốc và Dược Phẩm Hoa Kỳ (FDA) chấp thuận đối với điều trị thiếu máu não cục bộ cấp dựa trên nghiên cứu NINDS. Hiện tại, thuốc này được chấp nhận ở Bắc Mỹ, châu Âu, và Nhật để điều trị thiếu máu não cục bộ cấp. Tại Hoa Kỳ, tPA đường tĩnh mạch đã và đang được sử dụng hơn một thập kỷ, và rất nhiều phân tích gộp và nghiên cứu sau khi thuốc đã được lưu hành trên thị trường khẳng định nếu tuân thủ nghiêm ngặt theo các hướng dẫn điều trị sẽ thu được các lợi ích rõ ràng cho người bệnh. Ở Việt Nam, các bệnh viện tuyến tỉnh sử dụng tPA đường tĩnh mạch còn rất ít. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: **“Bước đầu sử dụng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch điều trị đột quy nhồi máu não cấp tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang”** với các mục tiêu nghiên cứu như sau:

- Đánh giá hiệu quả của thuốc tPA trong điều trị người bệnh đột quy cấp nhập viện trong thời gian vàng.
- Theo dõi tác dụng phụ và biến chứng trong thời gian dùng thuốc tPA đường tĩnh mạch.

## II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

### 2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán đột quy nhồi máu não cấp nhập viện điều trị tại bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang (Từ tháng 01/ 04/2019 đến tháng 20/ 10/2019)

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

*Tiêu chuẩn chẩn đoán nhồi máu não*

- Lâm sàng: Dựa vào tiêu chuẩn lâm sàng của Tổ Chức Y tế Thế giới (TCYTGG, 1989).
  - Có các triệu chứng thần kinh khu trú như: nói khó, liệt ½ người, ...
  - Triệu chứng đó xảy ra đột ngột.
  - Không bị chấn thương sọ não.
- Cận lâm sàng: Kết quả chụp cắt lớp vi tính sọ não cho thấy hình ảnh nhồi máu não mới tương ứng với lâm sàng.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đồng ý tham gia vào nghiên cứu
- Các tình trạng giả đột quy não như: cơn co giật, chứng đau nửa đầu (migraine), ngất, hạ đường huyết, bệnh não chuyển hóa, quá liều thuốc,...
- Đột quy do nguyên nhân chấn thương sọ não
- Đột quy xuất huyết não

### 2.2 Phương pháp nghiên cứu:

#### 2.2.1 Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, cắt ngang.

#### 2.2.2 Cỡ mẫu nghiên cứu:

Chọn tất cả các bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ nhập viện .

### 2.2.3. Biến số nghiên cứu:

- Tuổi: tính theo năm
- Giới: nam, nữ.
- Tiền sử: tăng huyết áp, bệnh van tim, đái tháo đường, thuốc lá...
- Thời gian vàng (tính bằng phút): là khoảng thời gian tính từ lúc xảy ra đột quỵ đến khi bệnh nhân được điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch (tPA).
- Thời gian từ lúc vào viện đến chụp CT
- Thời gian cửa kim (tính bằng phút): là khoảng thời gian tính từ lúc nhập khoa cấp cứu đến khi bệnh nhân được điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch (tPA).
- Đánh giá tình trạng ý thức bằng thang điểm Glasgow
- Đánh giá thang điểm đột quỵ hoa kỳ (NIHSS)
- Đánh giá thang điểm mRS
- Chuyển dạng chảy máu: phân loại chảy máu theo ECASS III
- Các tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị:
  - + Tiêu chuẩn thành công: Điểm NIHSS giảm trên 4 điểm so với trước khi điều trị tiêu huyết khối
  - + Tiêu chuẩn thất bại: Điểm NIHSS không giảm trên 4 điểm hoặc tăng so với trước khi điều trị tiêu huyết khối

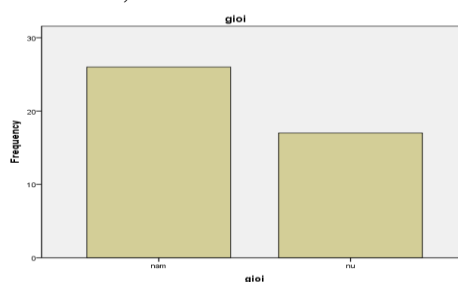
### 2.3. Phương pháp xử lý số liệu

- Dùng phần mềm SPSS 19.0 phân tích số liệu.
- Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.
- Thống kê mô tả cung cấp thông tin về số lượng, tỉ lệ phần trăm, số trung bình, độ lệch chuẩn.
- Tìm sự tương quan với phép kiểm  $\chi^2$ . Thống kê phân tích với mức ý nghĩa 95%.

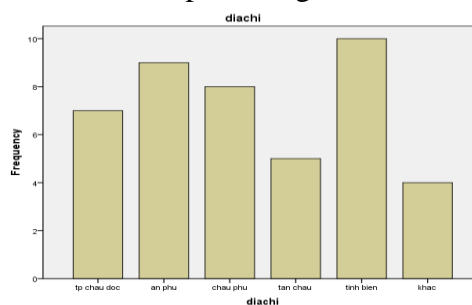
## III. KẾT QUẢ:

### 3.1 . Đặc điểm về tuổi, giới, địa chỉ, nơi chuyển:

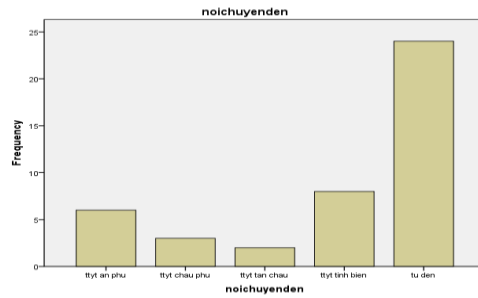
- Tuổi trung bình:  $61,81 \pm 11,5$  tuổi, thấp nhất 43 tuổi, cao nhất 88 tuổi.
- Tỷ lệ Nam/ nữ = 26/17, nam nhiều hơn nữ.
- Đa phần bệnh nhân ở khu vực thành phố châu đốc và các huyện lân cận chiếm 90,7%, nơi khác chiếm 9,3 %.
- Bệnh nhân đột quỵ tự đến chiếm 55,8 %, còn lại được chuyển từ các trung tâm y tế các huyện lân cận chiếm 44,2 %.



Hình 1: phân bố giới tính



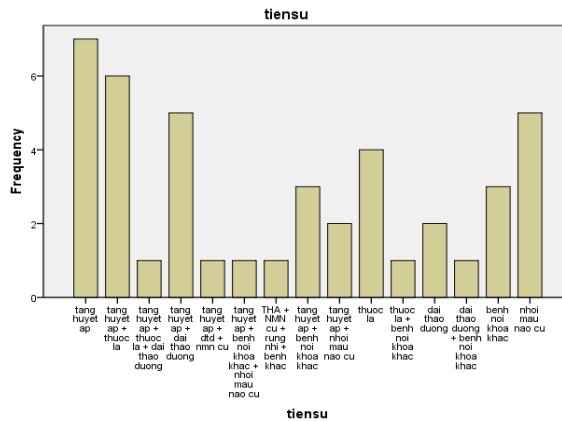
Hình 2: phân bố theo địa chỉ



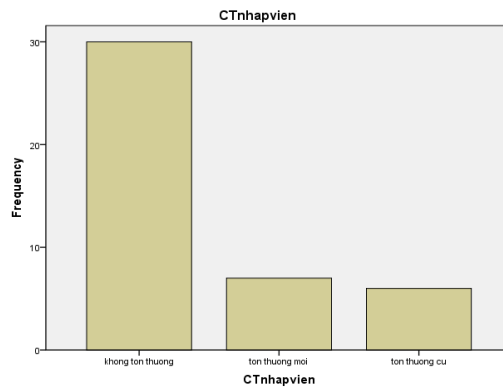
Hình 3: phân bố nơi chuyển đến

**3.2 . Đặc điểm về tiền sử bệnh, thang điểm Glasgow, thang điểm NIHSS, thang điểm mRS, hình ảnh CT lúc nhập viện:**

- Bệnh nhân đột quỵ đa phần có tiền sử tăng huyết áp hoặc tăng huyết áp kèm với bệnh nội khoa khác như: đái tháo đường, rung nhĩ, ...
- Điểm Glasgow lúc vào viện trung bình  $12 \pm 3,381$ .
- Điểm nihss lúc nhập viện trung bình  $12,81 \pm 6,119$  nhỏ nhất 4, lớn nhất 34.
- Điểm mRS lúc nhập viện trung bình  $3,86 \pm 0,861$ .
- Hình ảnh CT lúc nhập viện: không tổn thương chiếm 69,8 %, tổn thương mới chiếm 16,3 %, tổn thương cũ chiếm 14%.



Hình 4: Tiền sử bệnh



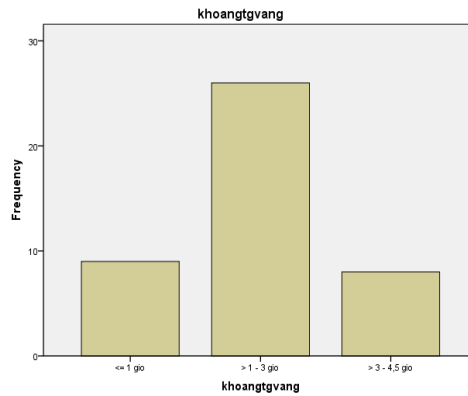
Hình 5 : hình ảnh CT sọ não lúc nhập viện

**3.3 . Đặc điểm về thời gian từ lúc khởi phát đến lúc vào viện, thời gian vàng, thời gian chụp CT, thời gian chờ đợi:**

- Thời gian từ lúc khởi phát đột quỵ đến lúc vào viện  $140 \pm 64,8$  phút, nhỏ nhất 30 phút, dài nhất 260 phút.
- Bệnh nhân đột quỵ nhồi máu cấp nhập viện trong thời gian vàng 43/494 cas chiếm 8,7 %. Thời gian vàng trung bình  $130 \pm 61,78$  phút, nhỏ nhất 30 phút, lớn nhất 240

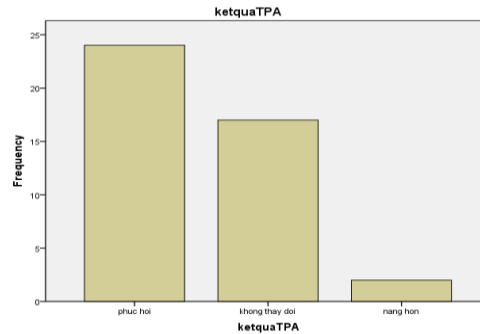
phút. Bệnh nhân đến sớm  $\leq 1$  giờ chiếm 20,9 %, từ 1 đến  $\leq 3$  giờ chiếm 60,5%, từ 3 đến  $\leq 4,5$  giờ chiếm 18,6%.

- Thời gian chụp CTscan não trung bình  $15 \pm 9,446$  phút, nhỏ nhất 5 phút, lớn nhất 35 phút.
- Thời gian cửa kim trung bình  $45 \pm 21,609$  phút, nhỏ nhất 15 phút, lớn nhất 110 phút.



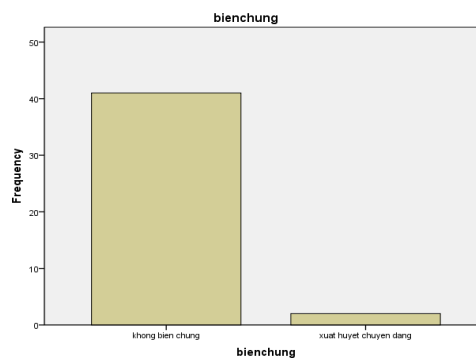
Hình 6: phân bố thời gian vàng

### 3.4 . Kết quả điều trị thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch và biến chứng:



Hình 7: kết quả điều trị tiêu huyết khối

- Nhận xét: Kết quả điều trị thuốc tiêu huyết khối: phục hồi 55,8%, không thay đổi 39,7%, nặng hơn 4,7%.



Hình 8: biến chứng khi dùng thuốc tiêu huyết khối

- Nhận xét: Biến chứng xuất huyết do dùng thuốc tiêu huyết khối chúng tôi ghi nhận 2 cas (chiếm 4,7%). 1 ca xuất huyết vùng nhân bèo, 1 ca xuất huyết não thất.

### 3.5 . Tương quan thời gian vàng, nhóm tuổi bệnh nhân, hình ảnh CT lúc nhập viện với kết quả điều trị tiêu huyết khối:

Kết quả điều trị TPA	Thời gian vàng			P
	≤ 1 giờ	1 đến ≤ 3 giờ	3 đến ≤ 4,5 giờ	
Phục hồi	3	16	5	0,308
không thay đổi	6	9	2	
Nặng hơn	0	1	1	
Total	9	26	8	

Bảng 1: tương quan thời gian vàng và kết quả điều trị tiêu huyết khối  
 Nhận xét: không có sự khác biệt có ý nghĩa ( $p = 0,308$ ) về kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân đến sớm trong các khoảng thời gian vàng.

Kết quả điều trị TPA	Tuổi		P
	≤ 60 tuổi	> 60 tuổi	
Phục hồi	14	10	0,223
Không thay đổi	7	10	
Nặng hơn	2	0	
Total	23	20	

Bảng 2: tương quan tuổi và kết quả điều trị tiêu huyết khối

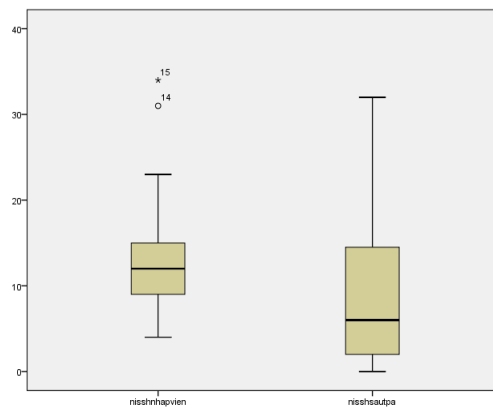
Nhận xét: so sánh nhóm tuổi > 60 tuổi và ≤ tuổi kết quả điều trị không có sự khác biệt có ý nghĩa ( $p = 0,223$ )

Kết quả điều trị TPA	Hình ảnh CT lúc nhập viện			P
	Không tổn thương	Tổn thương mới	Tổn thương cũ	
Phục hồi	16	4	4	0,675
Không thay đổi	13	2	2	
Nặng hơn	1	1	0	
Total	30	7	6	

Bảng 3: tương quan tổn thương trên CT scan lúc nhập viện và kết quả điều trị

Nhận xét: về hình ảnh CT scan sọ não lúc nhập viện không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa các nhóm ( $p = 0,657$ )

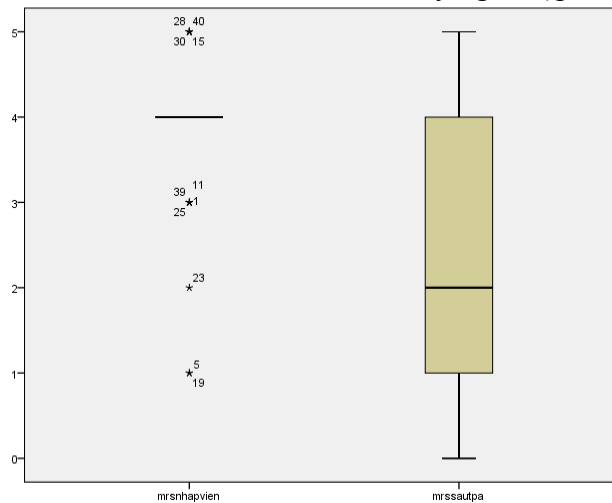
### 3.6 . Tương quan thang điểm NIHSS, thang điểm mRS trước và sau khi dùng thuốc tiêu huyết khối:



Hình 9: mô tả điểm nihss trước và sau khi dùng TPA



- Nhận xét: Điểm nihss lúc vào viện trung bình  $12,81 \pm 6,119$ , điểm nihss sau khi dùng tPA giảm còn  $8,6 \pm 8,098$  sự khác biệt có ý nghĩa ( $p = 0.000$ ).



Hình 10: mô tả điểm mRS trước và sau khi dùng tPA

- Nhận xét: Điểm mRS lúc vào viện trung bình  $3,86 \pm 0,861$ , giảm nhiều sau khi dùng tPA còn  $2,60 \pm 1,664$  sự khác biệt có ý nghĩa ( $p = 0.000$ ).

#### IV. BÀN LUẬN:

##### 4.1. Đặc điểm tuổi, giới:

Tuổi là yếu tố dự đoán kết cục lâm sàng sau đột quỵ thiếu máu não cục bộ, do vậy nhiều chuyên gia lo ngại điều trị thuốc tiêu huyết khối ở những BN cao tuổi sẽ làm tăng nguy cơ biến chứng và tử vong. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là  $61,81 \pm 11,5$  tuổi, thấp nhất 43 tuổi, cao nhất 88 tuổi. kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của Trần Ngọc Thanh (2016), Dharmasaroja và Chao [3],[4]. Theo Pundilk các nguy cơ chảy máu trong sọ sau khi dùng thuốc tiêu huyết khối tương tự nhau ở những BN trên và dưới 80 tuổi. Do đó, quyết định điều trị thuốc tiêu huyết khối không chỉ duy nhất dựa vào tuổi bệnh nhân.

Nghiên cứu chúng tôi nam nhiều hơn nữ (26/17), một số nghiên cứu

##### 4.2. Thời gian từ lúc khởi phát đột quỵ đến lúc vào viện:

Thời gian trung bình từ khởi phát đến nhập viện  $140 \pm 64,8$  phút, nhỏ nhất 30 phút, dài nhất 260 phút. Theo Trần Ngọc Thanh (2016) tại bệnh viện Đà Nẵng thời gian này là  $84,35 \pm 52,37$  phút, Mai Duy Tôn (2012) [4] tại bệnh viện Bạch Mai là  $82,11 \pm 32,29$  phút. Kết quả của chúng tôi kéo dài hơn so với 2 tác giả trên, có thể do nhận thức về bệnh đột quỵ của người dân còn chưa tốt, chưa kịp thời đưa đến bệnh viện do tâm lý chủ quan. Mặt khác, một số trường hợp do không có thông tin về điều trị đột quỵ cấp nên đưa đến những bệnh viện chưa có điều kiện chẩn đoán và điều trị đột quỵ làm chậm trễ thời gian của bệnh nhân.

##### 4.3. Thời gian từ lúc vào viện đến lúc chụp CT scan não:

Thời gian trung bình từ lúc vào viện đến lúc chụp CT sọ não của chúng tôi là  $15 \pm 9,446$  phút. Đây là khoảng thời gian phản ánh việc chẩn đoán nhanh đột quỵ cấp tại khoa cấp cứu và các thủ tục hành chánh ban đầu tại khoa cấp cứu được thực hiện nhanh chóng. Theo hướng dẫn của hội tim mạch và đột quỵ hoa kỳ, thời gian từ lúc vào viện đến lúc chụp CT nên dưới 20 phút. [9]

##### 4.4. Thời gian cửa kim:

Thời gian trung bình từ lúc vào viện đến lúc dùng thuốc tPA là  $45 \pm 21, 609$  phút. Trần Ngọc Thanh (2016) tại bv Đà Nẵng là  $72 \pm 27,033$  phút, Mai Duy Tôn (2012) tại bệnh viện Bạch Mai là  $82,11 \pm 32,29$  phút. Theo hướng dẫn của hội tim mạch và đột quỵ Hoa Kỳ (2018) thời gian cửa kim nên dưới 60 phút [9]. Như vậy, kết quả của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả trên. Điều này có thể phản ánh được quy trình điều trị đột quỵ tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực

Tình đã mang được nhiều cơ hội cho bệnh nhân rút ngắn được thời gian điều trị tiêu huyết khối tĩnh mạch.

#### **4.5. Thời gian vàng:**

Thời gian vàng trung bình trong nghiên cứu là  $130 \pm 61,78$  phút. Bệnh nhân đột quỵ nhồi máu cấp nhập viện trong thời gian vàng 43/494 cas chiếm 8,7 %. Theo một số kết quả nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân đột quỵ tại Việt nam đến bệnh viện trong khoảng thời gian vàng rất thấp chỉ chiếm 1,5% (2006), 2,5 % (2017), và 3,5% (2018). Một số thành phố lớn thì tỷ lệ này có phần cao hơn từ 5 – 7% và ở các nước tiên tiến như Bắc Mỹ, Châu Âu tỷ lệ này là 15 – 27%. [17]

#### **4.6. Đánh giá điểm NIHSS:**

Điểm NIHSS trung bình trong nghiên cứu là  $12,81 \pm 6,119$  điểm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự một số tác giả như Nguyễn Huy Thắng (2009) là 13,3 điểm, Mai Duy Tôn  $12,37 \pm 4,24$  điểm, Trần Ngọc Thanh (2016) 14,5 điểm. Theo hướng dẫn của hội tim mạch và Đột quỵ Hoa Kỳ chỉ định dùng tPA nên chọn điểm NIHSS từ 4 - 22 điểm. Kết quả nghiên cứu chúng tôi điểm NIHSS lúc vào viện trung bình  $12,81 \pm 6,119$ , điểm NIHSS sau khi dùng tPA giảm còn  $8,6 \pm 8,098$  sự khác biệt có ý nghĩa ( $p = 0.000$ ). Theo Muresan, những bệnh nhân điều trị tiêu huyết khối có điểm NIHSS giảm < 4 điểm sau 1 giờ điều trị thường có tiên lượng phục hồi chức năng thần kinh tốt hơn so với những bệnh nhân không có giảm điểm NIHSS.

#### **4.7. Đánh giá điểm mRS:**

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm mRS lúc vào viện trung bình  $3,86 \pm 0,861$ , giảm nhiều sau khi dùng tPA còn  $2,60 \pm 1,664$  sự khác biệt có ý nghĩa ( $p = 0.000$ ). Điểm mRS dùng để đánh giá mức độ tàn phế của bệnh nhân khi bị đột quỵ, kết quả của chúng tôi mRS sau khi dùng thuốc tiêu huyết khối giảm nhiều so với lúc vào viện điều này chứng tỏ kết cục lâm sàng tốt hơn sau khi dùng thuốc.

#### **4.8. Kết quả điều trị:**

Kết quả sau khi dùng thuốc tiêu huyết khối tĩnh mạch trong NC của chúng tôi: phục hồi 55,8%, không thay đổi 39,7%, nặng hơn 4,7%. Kết quả này cũng tương tự các NC của tác giả trong nước tỷ lệ thành công sau tPA là 63 %.

#### **4.9. Biến chứng chuyển dạng chảy máu:**

Biến chứng đáng ngại nhất khi điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch là chảy máu trong sọ. Biến chứng xuất huyết do dùng thuốc tiêu huyết khối chúng tôi ghi nhận 2 cas ( chiếm 4,7%). 1 ca xuất huyết vùng nhân bèo, 1 ca xuất huyết não thất, tuy nhiên BN vẫn phục hồi sau đó. Để hạn chế biến chứng này điều quan trọng là phải thận trọng trong khi quyết định điều trị.

### **V. KẾT LUẬN:**

Đột quỵ luôn là vấn đề thời sự của ngành y tế ở tất cả các quốc gia trên toàn thế giới. Trong NC của chúng Tôi bệnh nhân đột quỵ đến nhập viện trong thời gian vàng còn rất thấp (Nc của chúng tôi 8,7%), thời gian từ lúc khởi phát đột quỵ đến lúc vào viện  $140 \pm 64,8$  phút, thời gian vàng trung bình  $130 \pm 61,78$  phút, thời gian chụp CTscan não trung bình  $15 \pm 9,446$  phút, thời gian cửa kim trung bình  $45 \pm 21, 609$  phút.

Điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu huyết khối có tính an toàn và hiệu quả cao. Cần có sự phối hợp giữa cấp cứu trước viện và cần phải có sự phối hợp chặt chẽ giữa các khoa liên quan trong quy trình cấp cứu đột quỵ tại bệnh viện để cải thiện thời gian vàng, thời gian cửa kim tăng khả năng điều trị phục hồi cho bệnh nhân.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

#### **TIẾNG VIỆT:**

1. Bộ Y Tế, Ban hành tiêu chuẩn chất lượng về xử trí đột quỵ áp dụng thí điểm trong bệnh viện ở Việt Nam, quyết định số 86/QĐ-KCB ngày 15/07/2014
2. Nguyễn Minh Hiện, Đột Quỵ Não, NXB y học 2013
3. Trần Ngọc Thanh (2016), Đánh giá hiệu quả điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp trong vòng 4,5 giờ đầu bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch Alteplase. Đề tài nghiên cứu cấp thành phố Đà Nẵng, BV Đà Nẵng.

4. Mai Duy Tôn (2012). Đánh giá hiệu quả điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp trong 3 giờ đầu bằng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch Alteplase liều thấp. Luận án tiến sỹ y học, trường đại học y Hà Nội.
5. Vũ Anh Nhị, chẩn đoán và điều trị tai biến mạch máu não, nhà xuất bản y học 2014
6. Nguyễn Đạt Anh, Xử trí cấp cứu đột quỵ não, nhà xuất bản thể giới 2013

**TIẾNG ANH:**

7. Cata J.P., Abdelmalak B., Farag E. (2011), —Neurological biomarkers in the perioperative period||, *British Journal of Anaesthesia*, 107 (6), pp.1 – 15
8. Chandra R.V., Law C.P., Yan B. et al (2011), Glasgow Coma Scale Does Not Predict Outcome Post-Intra-Arterial Treatment for Basilar Artery Thrombosis, *AJNR Am J Neuroradiol* 32, pp.576–580.
9. WHO, Department of measurement and Health information. Global burden of disease. [www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease).
10. Chaves C. (2012), —Ischemic Stroke, Jones H.R., *Netter's neurology*, Elsevier Inc. Saunders, 2nd edition, pp 497-517
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2009), —Cigarette smoking among adults and trends in smoking cessation-United States 2008, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 58, pp. 1227–1232.
12. WHO (2010), The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), pp.12.
13. Jeon S.B., Koh Y., Choi H.A., Lee K. (2014), —Critical Care for Patients with Massive Ischemic Stroke, *Journal of Stroke*;16(3),pp.146-160
14. Pendlebury S., Giles M., Rothwell P. (2009), —The clinical features and differential diagnosis of acute stroke, Transient Ischemic Attack and Stroke, *Cambridge University Press*, pp.113-132.
15. Gregg C. Fonarow and ... Improving Door-to-Needle Times in Acute Ischemic Stroke: The Design and Rationale for the American Heart Association/American Stroke Association's Target: Stroke Initiative; Sep 2011 <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.621342> *Stroke*.2011;42:2983–2989
16. Noreen Kamal and..., Improving Door-to-Needle Times for Acute Ischemic Stroke: Effect of Rapid Patient Registration, Moving Directly to Computed Tomography, and Giving Alteplase at the Computed Tomography Scanner; 17Jan 2017 <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.116.003242> *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2017;10
17. AHA/ASA (2018), guideline for the early management of patients with Acute Ischemic Stroke 2018
18. IHME (2017), “ What causes the most deaths” Vietnam, Country Profiles, [www.healthdata.org](http://www.healthdata.org)
19. NICE (2016), national clinical guideline for stroke, fifth edition 2016
20. WHO (2016), 2016 Total Deaths, [www.who.int/nmh/countries](http://www.who.int/nmh/countries)

## **NÚT MẠCH HOÁ CHẤT TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN**

*Nguyễn Huỳnh Nhật Tuấn, Lê Văn Phước*

### **I. Đại cương**

Theo số liệu thống kê của Globocan năm 2018, tỉ lệ mới mắc ung thư gan đứng hàng thứ 6 trong các loại ung thư, với 841.000 ca, và tỉ lệ tử vong đứng hàng thứ 4, với 782.000 ca. Trong các loại ung thư gan nguyên phát, ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG/ HCC) chiếm 75 – 85%. Các yếu tố nguy cơ chính dẫn đến UTBMTBG bao gồm: viêm gan vi rút B hay C, nhiễm aflatoxin, rượu, béo phì, hút thuốc lá, đái tháo đường type 2. Tại Việt Nam, ung thư gan là ung thư đứng hàng đầu trong các loại ung thư, chiếm 15,4%, đặc biệt ở nam giới, chiếm 21,5%.

### **II. Phương pháp nút mạch hoá chất**

Phương pháp nút mạch hoá chất hay TACE (Transarterial Chemoembolization) là phương pháp điều trị ung thư gan, bằng cách gây tắc nghẽn nguồn cấp máu đến nuôi khối u, đồng thời bơm hoá chất điều trị ung thư đến khối u. TACE được thực hiện hiện từ cuối thập niên 1970, đầu thập niên 1980, là một trong nhiều phương pháp điều trị ung thư gan, mà phổ biến nhất là ung thư biểu mô tế bào gan. TACE giúp kiểm soát sự phát triển của khối u, đồng thời làm làm kích thích khối u, trong thời gian chờ một phương pháp điều trị triệt để hơn như ghép gan, phẫu thuật nếu giảm kích thích khối u.

### **III. Cơ sở sinh lý bệnh**

Bình thường, gan được cấp máu từ 2 nguồn: động mạch gan cung cấp 15- 25% lượng máu đến gan, tĩnh mạch cửa cung cấp 75 - 85% lượng máu đến gan. Trong khi đó, UTBMTBG lại được cấp máu chủ yếu từ động mạch gan (90 – 100%). Do đó, khi bơm thuốc hoá trị ung thư gan và gây thuyên tắc động mạch nuôi khối u thì máu đến nuôi các tế bào gan bình thường vẫn được cấp máu từ tĩnh mạch cửa.

TACE tác động lên khối u theo 2 cách: kết hợp hoá trị với thuyên tắc mạch, nên được gọi là thuyên tắc hoá chất. Đầu tiên, thuốc hoá trị được tiêm vào mạch máu nuôi khối u. Sau đó, gây thuyên tắc mạch máu nuôi khối u, làm ngưng nguồn dinh dưỡng và oxy đến khối u. Vai trò của Lipiodol trong TACE thông thường: ái lực tốt tế bào HCC; chất chuyên chở thuốc chống ung thư đến khối u; chất thuyên tắc các mạch máu nhỏ; chất cản quang; tồn tại ở khối u trong nhiều tuần hay nhiều tháng.

### **IV. Chỉ định – chống chỉ định**

#### **1. Chỉ định**

Theo BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer) và EASL (European Association for the study of the Liver), chỉ định TACE khi:

- HCC giai đoạn B/ BCLC với:
  - o U đa ổ với  $\geq 3$  ổ, hay  $\geq 2$  ổ khi có bất kỳ ổ nào  $\geq 3$ cm
  - o Child-Pugh A/B
  - o Chưa có huyết khối TMC chính
  - o Không có xâm lấn ngoài gan
  - o Thể tích u < 50% thể tích gan
- HCC giai đoạn A/ BCLC mà phương pháp đốt huỷ u có hạn chế kỹ thuật
- Làm giảm kích thước u để chuẩn bị PT cắt u hay ghép gan

#### **2. Chống chỉ định**

Theo BCLC và EASL chống chỉ định tương đối của TACE bao gồm, nhưng không giới hạn:

- Child-Pugh C
- Chức năng gan nền kém
- Tắc nghẽn đường mật hay bilirubin > 3 mg/dl, trừ phi bơm siêu chọn lọc

- Huyết khối tĩnh mạch cửa chính
- Bệnh não gan
- Có di căn ngoài gan
- Bệnh nặng đi kèm: suy tim, suy thận, nhiễm trùng toàn thân, ...
- Rối loạn động mạch không thể điều chỉnh
- Dị ứng thuốc cản quang nặng
- Thai kỳ

## V. Kỹ thuật

### 1. Quy trình thủ thuật:

- o Khảo sát bản đồ mạch máu:
  - Xác định giải phẫu động mạch gan, biến thể, tuần hoàn bàng hệ
  - Xác định các động mạch nuôi u
  - shunt động tĩnh mạch nếu có
- o Chọn vị trí đặt ống thông
- o Dùng vi ống thông chọn lọc động mạch nuôi u
- o Bơm từ từ hỗn hợp thuốc (dạng nhũ tương) gồm thuốc cản quang và hóa chất chống ung thư vào động mạch nuôi u
- o Nút động mạch nuôi u bằng Gelfoam
- o Chụp mạch máu kiểm tra
- o Băng ép cầm máu

### 2. Thuốc và liều lượng:

#### 2.1. Hoá chất chống ung thư:

- Nhiều loại hoá chất chống ung thư khác nhau có thể sử dụng cho thủ thuật TACE như: Doxorubicin, Farmorubicin, Cisplatin, Mitomycin-C, 5-Fluorouracil. Các loại hoá chất này có thể sử dụng đơn độc hay kết hợp.
- Liều lượng thuốc khác nhau, tùy thuộc vào số lượng, kích thước khối u, khối u giàu hay nghèo mạch máu, chức năng gan, nồng độ bilirubin, ...
- Tại Bệnh viện Chợ Rẫy, hoá chất thường được sử dụng gồm Farmorubicin 50mg/ lọ, liều lượng 20 – 100mg, kết hợp với Cisplatin 10 – 120mg.

#### 2.2. Lipiodol:

- Lipiodol Ultrafluid (Guerbert, Pháp) có ái lực tốt với tế bào ung thư trong UTBMTBG, giúp chuyên chở thuốc chống ung thư đến tế bào ung thư. Ngoài ra, Lipiodol còn có đặc tính cản quang, và là chất gây thuyên tắc các mạch máu nhỏ do bản chất dầu của Lipiodol. Lipiodol tích tụ chủ yếu ở các u giàu mạch máu, xoang quanh u, nó có thể tồn tại ở khối u trong nhiều tuần hay nhiều tháng.
- Liều lượng: tùy thuộc vào kích thước khối u và chức năng, nếu sử dụng liều cao có thể dẫn đến hoại tử gan, suy gan cấp. Liều thường sử dụng 5 – 10ml, tối đa: 25ml.

#### 2.3. Vật liệu thuyên tắc:

- Đối với kỹ thuật TACE thông thường, vật liệu thuyên tắc được chọn lựa là Spongel. Spongel là chất gây tắc mạch tạm thời, mạch máu sẽ tái thông trong khoảng 2 – 6 tuần.
- Có thể sử dụng Spongel dưới nhiều dạng khác nhau: dạng miếng gạc, hình khối hay dạng bột. Spongel được trộn với thuốc cản quang rồi tiến hành bơm vào động mạch nuôi u đến tắc hoàn toàn động mạch nuôi u.

## VI. Tai biến – biến chứng

Biến chứng nặng chiếm tỉ lệ thấp, 5 – 10%, bao gồm: suy gan, tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào, áp-xe gan, tử vong trong 30 ngày: < 1%

Ngoài ra, có thể có các biến chứng sau: hội chứng sau thuyên tắc: < 90%, tăng men gan, suy gan, áp-xe gan, viêm túi mật, tụ dịch mật, hoại tử ống mật, ...

**VII. Giá trị TACE trong điều trị HCC**

Về mặt kỹ thuật, đặt vi ống thông và bơm thuốc vào đúng vị trí động mạch nuôi u, đạt được 98 – 100%. Về lâm sàng, gây ra hoại tử khối u thành công, giúp giảm giai đoạn ung thư và/ hay kéo dài thời gian sống còn, trung bình 26 – 40 tháng.