

MỘT SỐ NHẬN XÉT VỀ KẾT QUẢ KHÁM SỨC KHỎE THANH NIÊN DỰ TUYỂN LÁI MÁY BAY QUÂN SỰ TỪ NĂM 2010-2014

BSCKII. TRẦN VIỆT DƯƠNG

BS. NGUYỄN HẢI ĐĂNG

Viện Y học Phòng không-Không quân

Phản biện khoa học: TS. NGUYỄN MINH HẢI

Giám đốc Viện Y học Phòng không-Không quân

TÓM TẮT: Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ các nam thanh niên gia khám sức khỏe dự tuyển lái máy bay quân sự theo quy trình và khám tại viện, được Viện Y học Phòng không-không quân thực hiện từ năm 2010-2014, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Trong 5 năm, có 7.347 thanh niên khám tuyển sức khỏe. Trong đó, nhiều nhất là năm 2013, ít nhất là năm 2011, trung bình 1.469 thanh niên/năm. 22,3% đủ điều kiện sức khỏe vòng 1; 66,3% đủ điều kiện sức khỏe vòng 2; tỉ lệ đạt chung 1.066/7.347 thanh niên (14,5%).

- Tỉ lệ không đủ điều kiện sức khỏe sau khám vòng 1 theo các chuyên khoa: Ngoại-da liễu 11,9%; Nội khoa 13%; Tai-mũi-họng 29,1%; Răng-hàm-mặt 5,5%; Mắt 13,3% và Thần kinh-tâm lý 12,6%.

- Tỉ lệ không đủ điều kiện sức khỏe sau khám vòng 2 theo các chuyên khoa: Ngoại-da liễu 1,1%; Nội khoa 1,6%; Tai-mũi-họng 3,3%; Răng-hàm-mặt 1,9%; Mắt 1,8% và Thần kinh-tâm lý 1,3%.

Từ khóa: Sức khỏe phi công, máy bay quân sự.

ABSTRACT: Retrospective study on the medical records of young men who had medical examination and joined in learning to fly military airlift in accordance with the procedure of the Air Defence-Air Force medical Institute for the period 2010-2014, we concluded:

- In 5 years, there were 7,347 young men, who had medical examination. Among them, most in 2013, at least in 2011, an average - 1,469 young men per year. There were 22.3% qualified in health for first round, 66.3% qualified in health for second round, the general rate was 1,066/7,347 young men (14.5%).

- The rate of inadequate health conditions after the first round by the speciality: surgery-dermatology 11.9%; Internal medicine 13%; otorhinolaryngology 29.1%; dentomaxillofacial 5.5%; ophthalmology 13.3% and neuropsychology 12.6%.

- The rate of inadequate health conditions after the second round by the speciality: surgery-dermatology 1.1%; Internal medicine 1.6%; otorhinolaryngology 3.3%; dentomaxillofacial 1.9%; ophthalmology 1.8% and neuropsychology 1.3%.

Keywords: Pilot health, military aircraft.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Trần Việt Dương, Email: tranvietduong86@gmail.com

Nhận bài ngày: 20/6/2017; mời phản biện khoa học: 02/01/2018; chấp nhận đăng bài: 30/01/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Lái máy bay quân sự (MBQS) là một loại hình lao động đặc biệt, phải làm việc trong môi trường có nhiều yếu tố bất lợi. Một trong những yếu tố quyết định để lựa chọn được những thanh niên (TN) có thể lực tốt, trạng thái thần kinh - tâm lý vững vàng, đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ bay, chính là công tác khám tuyển sức khỏe TN dự tuyển lái MBQS. Theo tài liệu của không quân Tiệp Khắc, 68% thí sinh dự tuyển bị loại ngay từ vòng đầu vì lý do sức khỏe. Trong số còn lại, 73% đủ điều kiện lái máy bay trực thăng. Cuối năm học thứ nhất, có 24% học viên bị loại và cuối năm học thứ hai, loại thêm 29% trong số học viên còn lại. Ở Liên Xô (cũ), tỉ lệ loại học viên trong các trường hàng

không hằng năm xấp xỉ 20% [4]. Tại Việt Nam, công tác khám sức khỏe TN dự tuyển lái MBQS tiến hành từ những năm 1960, với sự giúp đỡ của các chuyên gia Liên Xô [5]. Hiện nay, khám sức khỏe TN dự tuyển lái MBQS là một trong những nhiệm vụ chính trị hàng đầu của Viện Y học Phòng không-không quân, với hai khoa chuyên trách là Khoa Khám tuyển phi công và Khoa Nghiên cứu sinh lý hàng không.

Cùng với một số lực lượng trong quân đội, Quân chủng Phòng không-không quân được tập trung xây dựng tiến thẳng lên hiện đại, nhằm đáp ứng vai trò là lực lượng nòng cốt trên mặt trận đối không trong chiến tranh nhân dân bảo vệ Tổ quốc. Để làm chủ và khai thác được tính năng của các loại vũ khí hiện

đại, đòi hỏi người sử dụng phải có sức khỏe phù hợp, đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ. Đặc biệt, với các loại máy bay chiến đấu thế hệ mới, hiện đại, yếu tố sức khỏe của phi công quân sự càng trở nên hết sức quan trọng. Vì vậy, công tác khám sức khỏe TN dự tuyển lái MBQS cần có những thay đổi phù hợp điều kiện và yêu cầu mới.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu đánh giá kết quả khám sức khỏe TN dự tuyển lái MBQS do Viện Y học Phòng không-không quân tổ chức thực hiện từ năm 2010 đến năm 2014 và đánh giá một số nguyên nhân không đủ điều kiện sức khỏe của đối tượng TN tham gia khám tuyển.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Nam TN tham gia khám sức khỏe dự tuyển lái MBQS theo quy trình và khám tại viện, từ năm 2010-2014, có đủ hồ sơ lưu trữ.

Loại trừ các TN khám thẳng tại địa phương, TN không tham gia khám đủ các bước. Trong đó:

- Khám theo quy trình: TN được khám tuyển đủ 2 vòng (vòng 1 tại địa phương; vòng 2 tại Viện Y học Phòng không-Không quân).

- Khám tại viện: TN tự đến khám tại Viện Y học Phòng không-không quân (vòng 1 tại Khoa Khám tuyển phi công; vòng 2 tại Khoa Nghiên cứu sinh lý hàng không).

- Khám thẳng tại địa phương: TN được khám vòng 1 tại địa phương và khám một phần vòng 2 tại địa phương (bao gồm một số xét nghiệm cận lâm sàng thông thường).

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Kết quả khám từ năm 2010-2014: kết quả chung về khám sức khỏe TN dự tuyển lái MBQS; kết quả đủ điều kiện của các hình thức khám; kết quả đủ điều kiện khám tại viện.

+ Các nguyên nhân không đủ điều kiện sức khỏe: phân loại theo 5 chuyên khoa (Ngoại-da liễu, Nội khoa, Tai-mũi-họng, Mắt và Thần kinh-tâm lý).

- Xử lý số liệu: thu thập và xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm Excel và EPI 6.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Kết quả khám tuyển sức khỏe TN:

Bảng 3.1. Kết quả chung về khám tuyển sức khỏe TN.

Năm	Vòng 1		Vòng 2	
	Nguồn	Đủ điều kiện	Nguồn	Đủ điều kiện
2010	1.412	263 (18,6%)	260	172 (66,2%)
2011	1.291	275 (21,3 %)	268	175 (65,3%)
2012	1.516	338 (22,3%)	331	198 (59,8%)
2013	1.659	406 (24,5%)	398	289 (72,6%)
2014	1.469	356 (24,2%)	352	232 (65,9%)
Tổng	7.347	1.638 (22,3%)	1.609	1.066 (66,3%)
Trung bình/năm	1.469	328 (22,3%)	322	213 (66,3%)

Từ năm 2010-2014, có 7.347 TN khám tuyển sức khỏe, nhiều nhất là năm 2013, ít nhất là năm 2011, trung bình 1.469 TN/năm. Có 1.638 TN (22,3%) đủ điều kiện sức khỏe vòng 1, trung bình 328 TN/năm; .066 TN (66,3%) đủ điều kiện sức khỏe vòng 2, trung bình 213 TN/năm.

Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Khắc Khoan và cộng sự (trong số 354.545 TN tham dự khám tuyển sức khỏe lái MBQS từ năm 1972-1999, tỉ lệ đủ điều kiện sức khỏe vòng 1, vòng 2 tương ứng là 7,09% và 34,10% [7]). Theo chúng tôi, công tác khám sức khỏe TN dự tuyển lái MBQS được tập trung vào một đầu mối (trước năm 2001, Trường Dự bị bay khám vòng 1, Bệnh viện Phòng không-không quân khám vòng 2); nhân sự chuyên môn khám tuyển được bố trí bác sĩ có nhiều kinh nghiệm, có trình độ chuyên khoa cao; dụng cụ, trang thiết bị được đầu tư nâng cấp. Tuy nhiên, số lượng TN khám trung bình hằng năm trong nghiên cứu của chúng tôi (1.469 người) ít hơn nhiều so với nghiên cứu của Vũ Khắc Khoan và cộng sự (12.662 người). Có thể, do điều kiện kinh tế-xã hội phát triển, đã mở ra nhiều sự lựa chọn ngành nghề khác nhau cho TN. Chính vì vậy, để nâng cao chất lượng, số lượng đầu vào TN khám tuyển sức khỏe, cần phải tăng điểm khám tuyển

sức khỏe học viên ở các địa phương và có hình thức tuyên truyền rộng khắp thông qua nhiều kênh thông tin đại chúng khác nhau.

Bảng 3.2. Kết quả TN đủ điều kiện sức khỏe vòng 2.

Năm	Đủ điều kiện sức khỏe vòng 2			Tổng
	Khám theo quy trình	Khám tại viện	Khám thẳng tại địa phương	
2010	95 (55,2%)	45 (26,2%)	32 (18,6%)	172
2011	98 (56,0%)	36 (20,6%)	41 (23,4%)	175
2012	110 (55,5%)	37 (18,7%)	51 (25,8 %)	198
2013	107 (37,1%)	101 (34,9%)	81 (28,0%)	289
2014	72 (31,1%)	98 (42,1%)	62 (26,8%)	232
Tổng	482 (45,2%)	317 (29,7%)	267 (25,1%)	1.066

Trong 5 năm, có 1.066 TN đủ điều kiện sức khỏe, trung bình 213 TN/năm. 482 TN (45,2%) đủ điều kiện sức khỏe khám theo quy trình (trung bình 96 TN/năm), 317 TN (29,7%) đủ điều kiện sức khỏe khám tại viện (trung bình 63 TN/năm). Trong 2 năm 2013 và 2014, số lượng TN đủ điều kiện sức khỏe khám tại viện tăng cao. Như vậy, việc tổ chức và duy trì hình thức khám tại địa phương và tại viện vẫn là chủ yếu.

3.2. Đánh giá nguyên nhân không đủ điều kiện sức khỏe theo chuyên khoa:

Bảng 3.3. Tỷ lệ không đủ điều kiện sức khỏe sau khám vòng 1 theo chuyên khoa.

Chuyên khoa	Không đủ điều kiện sức khỏe vòng 2			p
	Tổng nguồn khám (n = 5.564)	Khám theo quy trình (n = 4.539)	Khám tại viện (n = 1.025)	
Ngoại-Da liễu	644 (11,9 %)	568 (12,5%)	96 (9,4%)	> 0,05
Nội	726 (13,0%)	618 (13,6%)	108 (10,5%)	> 0,05
Tai-mũi-họng	1.623 (29,1%)	1.388 (30,6%)	235 (22,9%)	> 0,05
Răng-hàm-mặt	308 (5,5%)	263 (5,8%)	45 (4,4%)	> 0,05
Mắt	741 (13,3%)	623 (13,7%)	118 (11,5%)	> 0,05
Thần kinh-tâm lý	703 (12,6 %)	597 (13,2%)	106 (10,3%)	> 0,05
Cộng	4.756 (85,6%)	4.057 (89,4%)	708 (69,1%)	< 0,001

Tỷ lệ loại chung sau khám vòng 1 là 85,6%, cao nhất là chuyên khoa Tai-mũi-họng (29,1%), thấp nhất là chuyên khoa Răng-hàm-mặt (5,5%). Tỷ lệ không đủ điều kiện sức khỏe vòng 1 của hai hình thức khám giữa các chuyên khoa khác biệt không có ý nghĩa thống kê (đều với $p > 0,05$). 89,4% TN loại ngay sau khám vòng 1 theo quy trình, cao hơn so với khám tại viện (69,1%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.4. Tỷ lệ không đủ điều kiện sức khỏe sau khám vòng 2 theo chuyên khoa.

Chuyên khoa	Không đủ điều kiện sức khỏe vòng 2			p
	Tổng nguồn khám (n = 1.355)	Khám theo quy trình (n = 923)	Khám tại viện (n = 432)	
Ngoại-da liễu	60 (4,4%)	51 (5,5%)	9 (2,1%)	< 0,01
Nội	86 (6,3%)	69 (7,5%)	17 (3,9%)	< 0,01
Tai-mũi-họng	186 (13,7%)	156 (16,9%)	30 (6,9%)	< 0,01
Răng-hàm-mặt	52 (3,8%)	40 (4,3%)	12 (2,8%)	> 0,05
Mắt	100 (7,4%)	74 (8,1%)	26 (6,1%)	> 0,05
Thần kinh-tâm lý	72 (5,3%)	51 (5,5%)	21 (4,9%)	< 0,01
Cộng	556 (41,0%)	441 (47,8%)	115 (26,6%)	< 0,001

Tỷ lệ loại sau khám sức khỏe vòng 2 là 41,0%, trong đó, cao nhất là chuyên khoa Tai-mũi-họng (13,7%) và thấp nhất là chuyên khoa Răng-hàm-mặt (3,8%). So sánh tương quan với kết quả không đủ điều kiện sức khỏe vòng 1, thấy sự phân bố nguyên nhân không đủ điều kiện theo chuyên khoa là tương đối giống nhau giữa hai vòng khám.

Tỉ lệ không đủ điều kiện sức khỏe vòng 2 theo hình thức khám giữa các chuyên Khoa Ngoại-da liễu, Nội, Tai-mũi-họng, Thần kinh-tâm lý khác nhau có ý nghĩa thống kê đều với $p < 0,01$. Tỉ lệ loại sau khám vòng 2 theo quy trình (47,8%) cao hơn so với khám tại viện (26,6%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này cho thấy, nam TN đủ điều kiện vòng 1 khám theo quy trình, nhưng không đủ điều kiện vòng 2 có thể là do khám vòng 1 theo quy trình chủ yếu là khám lâm sàng, chưa có bác sĩ chuyên khoa sâu và thiếu trang thiết bị.

Bảng 3.5. Nguyên nhân loại theo các chuyên khoa.

Chuyên khoa		Khám vòng 1				Khám vòng 2			
		Theo quy trình	Tại viện	Tổng	p	Theo quy trình	Tại viện	Tổng	p
Ngoại- da liễu	Thể lực, khuyết tật	486 (85,6%)	63 (65,6%)	549 (82,7%)	<	13 (25,5%)	2 (22,2%)	15 (25,0%)	<
	Cận lâm sàng	82 (14,5%)	33 (34,4%)	115 (17,3%)	0,05	38 (74,5%)	7 (77,8%)	45 (75,0%)	0,05
Nội	Mạch, huyết áp	513 (83,1%)	69 (63,9%)	582 (80,2%)	<	41 (59,4%)	11 (64,7%)	52 (60,5%)	>
	Bệnh lý	88 (14,2%)	24 (22,2%)	112 (15,4%)	>	13 (18,8%)	3 (17,7%)	16 (18,6%)	
	Cận lâm sàng	17 (2,8%)	15 (13,9%)	32 (4,4%)	0,05	15 (21,7%)	3 (17,7%)	18 (20,9%)	
Tai-mũi- họng	Lâm sàng	1317 (94,9%)	210 (89,4%)	1527 (94,1%)	<	71 (45,5%)	17 (56,7%)	88 (47,3%)	>
	Cận lâm sàng	71 (5,1%)	25 (10,6%)	96 (5,9%)	0,05	85 (54,5%)	13 (43,3%)	98 (52,7%)	
Mắt	Chức năng	579 (92,9%)	107 (90,7%)	686 (92,6%)	>	56 (75,7%)	21 (80,8%)	77 (77,0%)	>
	Thực thể	44 (7,1%)	11 (9,3%)	55 (7,4%)	0,05	18 (24,3%)	5 (19,2%)	23 (23,0%)	
Thần kinh-tâm lý		597/4.539 (13,2%)	106/1.025 (10,3%)	<0,001		51/923 (5,5%)	21/432 (4,9%)	> 0,05	

- Chuyên khoa Ngoại-da liễu:

+ Khám vòng 1: 82,7% loại do thể lực và khuyết tật; khám tại viện loại ít hơn so với khám theo quy trình (65,6% so với 85,6%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Theo chúng tôi, một phần các TN đến khám đã có tìm hiểu về công việc này có phù hợp với sức khỏe của bản thân không, nên cũng đã có sự lựa chọn nhất định. 17,3% loại thông qua các xét nghiệm cận lâm sàng (siêu âm, X quang...), chủ yếu do nguyên nhân sỏi tiết niệu, sỏi túi mật, polip túi mật, nang gan, gai đôi cột sống, nước tiểu có hồng cầu... Như vậy, chuyên khoa Ngoại-da liễu loại chủ yếu qua khám lâm sàng nên càng cần bác sĩ có trình độ chuyên môn và kinh nghiệm.

+ Khám vòng 2: 25% loại do thể lực và khuyết tật, 75% loại thông qua các xét nghiệm cận lâm sàng (siêu âm, X quang...), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo chúng tôi, khuyết tật và bệnh lý

phần lớn đã được các bác sĩ khám và loại ở vòng 1, nên đến vòng 2 loại chủ yếu qua cận lâm sàng.

- Chuyên khoa Nội:

+ Khám vòng 1: 80,2% loại nguyên nhân mạch, huyết áp; 19,8% loại nguyên nhân bệnh lý và cận lâm sàng. Trong đó, loại do nguyên nhân mạch, huyết áp khám theo quy trình (83,1%) và khám tại viện (63,9%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; loại do nguyên nhân bệnh lý và cận lâm sàng khám tại viện cao hơn so với khám theo quy trình (22,2% và 13,9% khám tại viện, 14,2% và 2,8% khám theo quy trình), song khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Theo chúng tôi, có thể do đối tượng khám tại viện chủ yếu đến từ thành thị, có điều kiện tiếp cận thông tin, nhưng lại ít được rèn luyện qua môi trường lao động nên thể lực hạn chế hơn.

+ Khám vòng 2: khám theo quy trình và khám tại viện không có sự khác biệt nhiều, chủ yếu loại về mạch và huyết áp (59,4% khám theo quy trình,

64,7% khám tại viện), loại về bệnh lý và cận lâm sàng (40,5% theo quy trình và 35,4% khám tại viện), khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Như vậy, khám tại viện loại ít hơn so với khám theo quy trình, có thể do các TN đã có sự chuẩn bị tốt hơn về mọi mặt nhất là về tâm lý.

- Chuyên khoa Tai-mũi-họng:

+ Khám vòng 1: 94,1% loại do khám lâm sàng, 5,9% loại qua cận lâm sàng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy, việc thăm khám lâm sàng là rất quan trọng, đòi hỏi bác sĩ cần có trình độ chuyên ngành sâu. Kết quả nghiên cứu cho thấy, chuyên Khoa Tai-mũi-họng có tỉ lệ loại cao nhất so với các chuyên khoa khác, có thể do điều kiện môi trường sống chưa được cải thiện (khói bụi, thời tiết bất thường...), việc tự chăm sóc bảo vệ cho bản thân chưa tốt gây ra các bệnh về tai, mũi, họng, xoang. Nguyên nhân loại bao gồm, màng nhĩ dày đục, sẹo màng nhĩ, thủng màng nhĩ, dị tật vách ngăn, polip mũi, rối loạn tiền đình sau quay ghế (nguyên nhân này có tỉ lệ loại thấp, vì để tận dụng nguồn khám chúng tôi thường hướng dẫn cho đối tượng về tự rèn luyện tiền đình chủ động theo phương pháp A.I larotxki đưa ra năm 1954, sau đó quay trở lại kiểm tra)...

+ Khám vòng 2: 47,3% loại do khám lâm sàng, 52,7% loại qua khám cận lâm sàng, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong đó, khám theo quy trình 45,5% loại do nguyên nhân lâm sàng, chiếm tỉ lệ tương đối cao. Như vậy, khám lâm sàng vòng 1 theo quy trình vẫn còn để sót nhiều trường hợp và gây lãng phí cho công tác khám tuyển. Theo chúng tôi, để tránh lãng phí cần bố trí sắp xếp bác sĩ có chuyên môn, có kinh nghiệm khám từ vòng 1.

- Chuyên khoa Mắt:

+ Khám vòng 1: loại qua khám chức năng (quy tụ, thị lực, sắc giác, cảm giác chiều sâu, thị trường, thời gian thích ứng bóng tối...) theo quy trình và khám tại viện lần lượt 92,9%, 90,7%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Loại do khám thực thể của khám theo quy trình và tại viện (7,1% và 9,3%), khác biệt không có ý nghĩa.

+ Khám vòng 2: loại do khám chức năng (thực thể) theo quy trình và tại viện lần lượt là 75,7% và 80,8% (24,3 và 19,2%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Theo chúng tôi, tỉ lệ loại do chuyên Khoa Mắt nhiều, có thể do xã hội phát triển, các đối tượng phải học tập với khối lượng lớn, tiếp xúc với nhiều máy công nghệ cao (như máy vi tính, điện thoại thông minh...), không đủ vệ sinh ánh sáng, dẫn tới dễ mắc các tật về mắt.

- Chuyên khoa Thần kinh-tâm lý:

+ Khám vòng 1: 13,2% loại khám theo quy trình cao hơn so với khám tại viện (10,3%), tỉ lệ này chênh lệch không nhiều, nhưng khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Trong nghiên cứu này, chúng tôi khám thần kinh-tâm lý chủ yếu qua khám lâm sàng và qua một số trắc nghiệm tâm lý như đánh giá khả năng chú ý và di chuyển chú ý, đánh giá khả năng trí nhớ, đánh giá khả năng tri giác không gian...

+ Khám vòng 2: 5,5% loại khám theo quy trình, 4,9% loại khám tại viện, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Như vậy, khám vòng 2 theo quy trình vẫn có tỉ lệ loại cao hơn so với khám tại viện là do khám vòng 1 theo quy trình trong điều kiện cơ động, chưa có bác sĩ chuyên sâu, chủ yếu khám lâm sàng với một số trắc nghiệm đơn giản, như đọc chữ số trên bảng 49 chữ số hai màu (với 3 bài đọc); nhìn nhớ số hàng chục trong bảng có 12 chữ số trong 30 giây; sau đó, ghi lại không cần theo thứ tự; thiếu trang thiết bị...

- Chuyên khoa Răng-hàm-mặt: trong nghiên cứu này, chúng tôi không so sánh với chuyên khoa Răng-hàm-mặt, vì khi khám vòng 1 theo quy trình không tách riêng chuyên khoa Răng-hàm-mặt mà khám cùng chuyên khoa Tai-mũi-họng. Trong khám vòng 1, bác sĩ chuyên khoa Tai-mũi-họng khám cả Răng-hàm-mặt (vòng 2 và khám tại viện mới có bác sĩ chuyên khoa Răng-hàm-mặt khám). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỉ lệ loại về chuyên khoa Răng-hàm-mặt giữa hai hình thức khám có khác nhau nhưng không có ý nghĩa thống kê, khám vòng 1 theo quy trình loại cao hơn so với khám tại viện (5,8%, 4,4%).

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu các hồ sơ nam TN tham gia khám sức khỏe dự tuyển lái MBQS theo quy trình và khám tại viện, được Viện Y học Phòng không-không quân thực hiện từ năm 2010-2014, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Trong 5 năm, có 7.347 TN khám tuyển sức khỏe; trong đó, nhiều nhất năm 2013, ít nhất năm 2011, trung bình 1.469 TN/năm; 22,3% đủ điều kiện sức khỏe vòng 1; 66,3% đủ điều kiện sức khỏe vòng 2. Tỉ lệ đạt chung 1.066/7.347 TN (14,5%).

- Nguyên nhân không đủ điều kiện sức khỏe theo các chuyên khoa:

+ Sau khám sức khỏe vòng 1: chuyên khoa Ngoại-da liễu: 11,9%; Nội khoa: 13%, Tai-mũi-họng: 29,1%; Răng-hàm-mặt: 5,5%; Mắt: 13,3% và Thần kinh-tâm lý: 12,6%.

+ Sau khám sức khỏe vòng 2: chuyên khoa Ngoại-da liễu: 1,1%; Nội khoa: 1,6%, Tai-mũi-họng: 3,3%; Răng-hàm-mặt: 1,9%; Mắt: 1,8% và Thần kinh-tâm lý: 1,3%.

(Xem tiếp trang 30)

theo dõi lượng dịch mật sau mổ, theo dõi chức năng gan ghép.

- Tai biến trong mổ. 1 BN (4,3%) tụt clamp tĩnh mạch cửa (trên BN được đặt TIPS trước mổ), dẫn tới đầu tĩnh mạch cửa tụt sâu không tìm để nối được (nên đã khâu kín đầu trên tĩnh mạch cửa). BN được làm cầu nối giữa tĩnh mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch cửa của gan ghép. TIPS có thể được dùng để điều trị xuất huyết tiêu hóa cấp và phòng chảy máu tái phát trên BN xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Tuy nhiên, TIPS không làm cải thiện tỉ lệ sống thêm trên các BN xơ gan.

Nhược điểm của TIPS là tăng nguy cơ bị hội chứng não gan và gây khó khăn cho quá trình ghép gan sau này. 4 BN (17,4%) động mạch gan không thông tốt (phát hiện qua siêu âm) đều phải thực hiện lại miệng nối động mạch gan. Hẹp, tắc động mạch gan là biến chứng nguy hiểm gây hoại tử toàn bộ đường mật (tỉ lệ gặp 2,5-10% ở người lớn và 15-20% ở trẻ em). Các yếu tố ảnh hưởng đến miệng nối động mạch gan bao gồm kiểu nối, biến đổi giải phẫu của động mạch gan (phải làm nhiều miệng nối, cầu nối...), lưu lượng máu, kích thước động mạch (2-3 mm), kỹ thuật khâu nối (tạo hình, khâu vát...) lớp thanh mạc mỏng... Sau khi tái tưới máu, phát hiện 1 BN (4,3%) huyết khối tĩnh mạch gan giữa. BN được xử trí nối đầu dưới tĩnh mạch chủ của gan cho vào tĩnh mạch chủ của người nhận, tuy nhiên, sau đó siêu âm kiểm tra vẫn thấy tĩnh mạch gan giữa bị hẹp, có huyết khối (BN sau đó tử vong vì suy đa tạng).

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu hồi cứu 23 BN người lớn, ghép gan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi rút ra kết luận:

- 13% BN ghép gan từ người cho sống, 87% BN ghép gan toàn bộ đúng vị trí từ người cho chết não. Thời gian cắt gan toàn bộ trung bình 215 ± 72 phút, thời gian không gan trung bình $45,5 \pm 10,8$ phút.

- 100% BN nối tĩnh mạch chủ dưới thực hiện theo kỹ thuật Piggyback, trong đó, 1 BN được nối bên-bên. 95,7% BN ghép gan theo Kỹ thuật Piggyback và đặt dẫn lưu mật.

- Tai biến trong mổ: 17,4% BN phải thực hiện lại miệng nối động mạch; 4,3% BN tụt clamp tĩnh mạch cửa; 4,3% BN có huyết khối tĩnh mạch gan giữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Tiến Quyết (2013), *Ghép gan người lớn*, Sách chuyên khảo.

2. Clavien P.A, Selzner M et al (1998), "Liver transplantation complicated by misplaced TIPS in the portal vein", *Ann Surg*, 227 (3), pp. 440-445.

3. Coelho G.R, Leitao A.S, Cavalcante F.P et al (2008), "Continuous versus interrupted suture for hepatic artery anastomosis in liver transplantation: differences in the incidence of hepatic artery thrombosis", *Transplant proc*, 40, pp. 3545-3547.

4. Stange B.J, Glanemann M, Nuessler N.C et al (2003), "Hepatic artery thrombosis after adult liver transplantation", *LiverTranspl*, 9, pp. 612-620.

5. Salizzoni M.E, Cerutti et al (2005), "The first one thousand liver transplants in Turin: a single-center experience in Italy", *Transpl Int*, 18 (12), pp. 1328-1335.□

MỘT SỐ NHẬN XÉT VỀ KẾT QUẢ KHÁM SỨC KHỎE THANH NIÊN DỰ TUYỂN..

(Tiếp theo trang 27)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Điều lệ giám định y khoa Không quân năm 1993*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.

2. *Điều lệ giám định y khoa Không quân năm 2015*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.

3. Hoàng Văn Xuân, Đỗ Thanh Sơn (2000), "Ứng dụng tin học để tuyển chọn tâm lý trong khám tuyển và giám định sức khỏe phi công", *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học nhân kỷ niệm 30 năm ngày thành lập Bệnh viện Phòng không-Không quân*, Hà Nội, tr. 24-26.

4. Nguyễn Hồng Phong và cộng sự (2014), *Nâng cao chất lượng công tác khám tuyển sức khỏe học viên lái máy bay quân sự trong giai đoạn hiện nay*.

5. Nguyễn Lung (1989), *Y học hàng không*, Quân chủng Không quân.

6. Nguyễn Minh Hải (2008), *Nghiên cứu sử dụng trắc nghiệm Raven trong khám tuyển và giám định sức khỏe phi công quân sự*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Quân chủng Phòng không-Không quân.

7. Vũ Khắc Khoan, Nguyễn Anh Hùng, Nguyễn Ngọc Lâm (2000), "Kết quả tuyển chọn học viên lái máy bay quân sự từ năm 1972 đến năm 1999", *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học*, Hà Nội, tr. 15-18.□