

MỘT SỐ VẤN ĐỀ VỀ TỔ CHỨC QUÂN Y TRUNG ĐOÀN BỘ BINH TIẾN CÔNG ĐỊCH PHÒNG NGỰ TRONG ĐỘI HÌNH SƯ ĐOÀN BỘ BINH

ThS. VŨ VĂN THÔNG
Học viện Lục Quân

Thẩm định khoa học: (1) TS. CHU TIẾN CƯỜNG
(2) TS. NGUYỄN VĂN GIANG

TÓM TẮT: Sư đoàn bộ binh tiến công địch phòng ngự có thể gồm các hình thức tác chiến tiến công địch phòng ngự trận địa và tiến công vào khu vực địch phòng ngự. Mỗi hình thức chiến thuật của sư đoàn có ảnh hưởng trực tiếp đến nhiệm vụ, tổ chức, sử dụng, bố trí lực lượng của trung đoàn. Công tác bảo đảm quân y cần được nghiên cứu, chuẩn bị chu đáo, kỹ lưỡng; tổ chức triển khai cứu chữa, vận chuyển thương binh bệnh binh nhanh chóng, kịp thời, an toàn, chất lượng, sẵn sàng cơ động theo đội hình chiến đấu của đơn vị thực hiện nhiệm vụ tiếp theo. Chủ nhiệm quân y trung đoàn bộ binh cần hiểu rõ, nắm chắc từng hình thức chiến thuật mới tham mưu đúng cho chủ nhiệm hậu cần và người chỉ huy về tổ chức quân y để bảo đảm cho trung đoàn chiến đấu thắng lợi.

Từ khóa: Trung đoàn bộ binh, bảo đảm quân y, tiến công địch phòng ngự.

ABSTRACT: The infantry division attacking the enemy's defense may include the following forms of combat which are attacking the enemy defending the battlefield and attacking the enemy's defensive area. Each tactical form of the division has a direct influence on the mission, organization, employment and deployment of the regiment's forces. The task of military medical support will require thorough research, careful preparation; organizing the deployment of treatment and transport of wounded and sick soldiers must be conducted in a quick, timely and safe manner and of good quality, ready to maneuver according to the combat formation of the unit to perform the next task. The chief of medics of the infantry regiment must clearly understand and grasp each new form of tactics to properly advise the logistics chief and the commander of the military medical organization to ensure that the regiment can successfully win the battle.

Keywords: infantry regiment, the task of military medical support, attacking the enemy's defense.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Vũ Văn Thông, Email: duyanh772@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/01/2021; mời thẩm định khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 28/9/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Trong đội hình sư đoàn bộ binh tiến công địch phòng ngự trận địa, trung đoàn bộ binh (eBB) có thể đảm nhiệm 1 hoặc 2 hướng tiến công của sư đoàn. Các hướng tiến công này thường ở gần nhau. Lúc này, đội hình chiến đấu của eBB tương đối gọn; hậu cần trung đoàn thường tổ chức thành 1 bộ phận; quân y eBB chủ yếu tổ chức lực lượng trong bộ phận hậu cần (ngoài ra, còn có lực lượng quân y phối thuộc cho đơn vị, lực lượng dự bị và lực lượng ở phía sau).

Trong đội hình sư đoàn bộ binh tiến công vào khu vực địch phòng ngự, eBB thường đảm nhiệm trận đánh đầu tiên (trận đánh khêu ngòi), vận dụng cách đánh tiến công địch trong công sự, tiêu diệt một bộ phận địch phòng ngự, vây ép mục tiêu còn lại, buộc địch phải tăng viện, ứng cứu giải tỏa... Đội hình chiến đấu của eBB hình thành thể bao vây với 3-4 hướng tiến công (thường là 3 hướng tiến công,

trong đó có hướng tiến công chủ yếu, hướng tiến công thứ yếu 1 và hướng tiến công thứ yếu 2). Bộ phận hậu cần của trung đoàn lúc này thường bố trí trên hướng tiến công chủ yếu để ưu tiên bảo đảm. Vì vậy, việc bảo đảm hậu cần cho hướng thứ yếu 2 (thường ở xa hoặc gần đối diện hướng chủ yếu) sẽ gặp rất nhiều khó khăn. Nếu không tận dụng được sự chi viện của hậu cần khu vực phòng thủ, hậu cần trung đoàn phải tổ chức thành 2 bộ phận (một bộ phận bảo đảm cho hướng chủ yếu và thứ yếu 1; một bộ phận bảo đảm cho hướng thứ yếu 2). Như vậy, lực lượng quân y sẽ phân tán, bảo đảm quân y trong tình huống diễn biến phức tạp, tính cơ động cao; phải tổ chức cứu chữa, vận chuyển lượng lớn thương binh phân tán trên địa hình rộng, trong điều kiện chiến đấu ác liệt, thời gian chiến đấu có thể kéo dài...

Tiếp tục nghiên cứu, hoàn thiện các phương thức sử dụng quân y eBB trong đội hình chiến

đầu của sư đoàn, thực hiện cứu chữa, vận chuyển thương bệnh binh nhanh chóng, hiệu quả, kịp thời có ý nghĩa hết sức quan trọng. Chúng tôi nêu một số vấn đề về tổ chức quân y eBB tiến công địch phòng ngự trong đội hình sư đoàn bộ binh.

2. NỘI DUNG, BIỆN PHÁP TỔ CHỨC QUÂN Y.

2.1. Trường hợp eBB chiến đấu trong đội hình sư đoàn tiến công địch phòng ngự trận địa:

Sư đoàn bộ binh tiến công địch phòng ngự trận địa thường tổ chức 3-4 hướng tiến công, trong đó có hướng tiến công chủ yếu. Sư đoàn sử dụng 2 eBB đến 2 eBB tăng cường (phối thuộc hỏa lực và binh khí kỹ thuật) làm lực lượng tiến công. Như vậy, mỗi eBB thực hiện nhiệm vụ tiến công sẽ đảm nhiệm 2 hướng tiến công của sư đoàn, nên đội hình của mỗi eBB tương đối gọn, việc cơ động giữa các hướng của eBB có nhiều thuận lợi. Hậu cần của các eBB này thường được tổ chức 1 bộ phận để tiện bảo đảm cho trung đoàn chiến đấu. Khi đó, eBB có 1 đại đội quân y trong biên chế và có thể có lực lượng quân y tăng cường, phối thuộc (từ 1 kíp mổ đến 1 đội phẫu thuật cứu chữa bước đầu), tổ chức thành các lực lượng như sau:

- Lực lượng quân y ở bộ phận hậu cần: đây là thành phần chính của lực lượng quân y eBB, sử dụng tập trung ở bộ phận hậu cần. Lực lượng này gồm đại đội quân y thiếu của eBB và quân y của cấp trên phối thuộc (nếu có); tổ chức trạm quân y eBB; có nhiệm vụ tiếp nhận thương binh từ các trạm quân y tiểu đoàn và các đơn vị trực thuộc của eBB về; tiến hành phân loại, cứu chữa, làm các thủ tục cần thiết để chuyển về tuyến sau (sư đoàn) tiếp tục cứu chữa, điều trị theo tuyến và tiến hành các công việc chuyên môn khác.

- Lực lượng quân y phối thuộc cho cấp dưới: khoảng 1 tổ quân y (1 y sĩ và 2 y tá) tách ra từ đại đội quân y eBB (do đại đội trưởng quân y chỉ định); làm nhiệm vụ tăng cường cho dưới (cấp tiểu đoàn), thường là cho đơn vị làm nhiệm vụ trên hướng chủ yếu hoặc đơn vị có nhiều khó khăn.

- Lực lượng quân y dự bị: thường sử dụng 1 tổ quân y tách ra từ đại đội quân y eBB, bố trí trong bộ phận hậu cần; có nhiệm vụ bảo đảm quân y cho eBB xử trí tình huống trong chiến đấu. Khi sử dụng lực lượng dự bị, phải được chỉ huy eBB đồng ý và phải thành lập ngay lực lượng dự bị mới.

- Lực lượng quân y ở phía sau: sử dụng bệnh xá với thành phần chính là tổ điều trị - vệ sinh phòng dịch và một số nhân viên phục vụ; có nhiệm vụ thu dung, điều trị, nuôi dưỡng các thương binh nhẹ, điều trị khỏi trong vòng 5-7 ngày (trả quân số chiến đấu cho đơn vị). Lực lượng quân y ở phía sau thường bố trí ở khu vực tập kết chiến đấu.

2.2. Trường hợp eBB chiến đấu trong đội hình sư đoàn tiến công vào khu vực địch phòng ngự:

Trường hợp này, eBB đảm nhiệm trận đánh đầu tiên của sư đoàn. Mục tiêu chiến đấu của eBB là mục tiêu nhạy cảm (khi tiến công, địch sẽ ứng cứu giải tỏa), như sở chỉ huy tiểu đoàn, vị trí chỉ huy đại đội trong khu vực hiểm yếu hoặc vây ép các mục tiêu còn lại, buộc địch phải tăng viện ứng cứu, giải tỏa bằng đường bộ, đường sông, đổ bộ đường không..., tạo điều kiện cho sư đoàn đánh địch ngoài công sự. Tổ chức đội hình chiến đấu của eBB lúc này hình thành thế bao vây, thường có 3 hướng tiến công (hướng chủ yếu, hướng thứ yếu 1 và hướng thứ yếu 2). Hướng thứ yếu 1 thường ở gần hướng chủ yếu để phối hợp đánh vào mục tiêu chủ yếu; hướng thứ yếu 2 có thể ở phía đối diện hoặc gần đối diện với hướng chủ yếu. Bộ phận hậu cần của eBB thường bố trí trên hướng chủ yếu, nên việc bảo đảm hậu cần nói chung, bảo đảm quân y nói riêng cho hướng chủ yếu và hướng thứ yếu 1 tương đối thuận lợi.

Trường hợp tận dụng, khai thác hậu cần tại chỗ thuận lợi để bảo đảm cho hướng thứ yếu 2, như sự chi viện của lực lượng vũ trang địa phương, hệ thống y tế trong khu vực phòng thủ (trạm xá xã, trung tâm y tế huyện...) có thể chi viện tốt cho hướng thứ yếu 2 thì hậu cần tổ chức 1 bộ phận; trong đó, quân y được tổ chức và sử dụng lực lượng tương tự như eBB tiến công địch phòng ngự trong đội hình sư đoàn tiến công địch phòng ngự trận địa nêu trên. Trường hợp này, thương binh trên hướng thứ yếu 2 phải gửi vào các trạm xá xã, trung tâm y tế huyện trong khu vực phòng thủ hoặc bệnh xá của đơn vị lực lượng vũ trang địa phương. Khi kết thúc chiến đấu, quân y eBB cần phối hợp với quân y sư đoàn và lực lượng vận tải đón nhận thương binh về tuyến sau tiếp tục cứu chữa, điều trị.

Trường hợp hướng thứ yếu 2 không tận dụng được sự chi viện của lực lượng vũ trang địa phương và hệ thống y tế trong khu vực phòng thủ, việc vận chuyển thương binh từ hướng thứ yếu 2 về bộ phận hậu cần eBB phải đi đường vòng với quãng đường khá xa so với việc vận chuyển thương binh từ hướng chủ yếu và hướng thứ yếu 1 (do đội hình chiến đấu của eBB hình thành thế bao vây mục tiêu địch), thời gian từ 4-6 tiếng không thể đưa được thương binh về trạm quân y eBB. Khi đó, quân y đề xuất tổ chức thêm lực lượng bảo đảm cho hướng thứ yếu 2, sử dụng đội phẫu thuật của eBB tách ra từ đại đội quân y, triển khai trong bộ phận hậu cần thứ yếu. Các thành phần khác, như lực lượng quân y dự bị, lực lượng quân y tăng cường cho cấp dưới, lực lượng quân y ở lại phía sau... vẫn được tổ chức tương tự như trường hợp eBB tổ chức 1 bộ phận hậu cần.

Trường hợp quân y tổ chức trạm quân y bố trí trong bộ phận hậu cần hướng chủ yếu, đội phẫu thuật bố trí trong bộ phận hậu cần hướng thứ yếu, bệnh xá ở phía sau, lực lượng quân y dự bị và lực lượng quân y phối thuộc cho cấp dưới sẽ bảo đảm cho việc cứu chữa thương binh được chủ động, kịp thời ở tuyến trung đoàn. Việc cứu chữa theo đúng tuyến sẽ giúp quản lý thương bệnh binh gặp nhiều thuận lợi.

Để tổ chức lực lượng quân y hợp lý, khoa học, phát huy cao nhất hiệu quả bảo đảm quân y cho eBB tiến công địch phòng ngự trong đội hình sư đoàn thực hành chiến đấu và chiến thắng, lãnh đạo, chỉ huy đơn vị và chủ nhiệm quân y các cấp cần quan tâm đến một số nội dung sau:

Thứ nhất, thường xuyên củng cố, kiện toàn các tổ chức quân y eBB đủ về quân số và trang bị, bảo đảm chất lượng. Hoạt động bảo đảm quân y trong chiến đấu sẽ phát huy hiệu quả cao nhất khi các phân đội quân y được kiện toàn đầy đủ về số lượng, chất lượng, cơ cấu chuyên môn nghiệp vụ; đủ năng lực hoàn thành tốt nhiệm vụ trong thời bình và sẵn sàng triển khai theo đội hình trung đoàn trong thực hành chiến đấu.

Thứ hai, thường xuyên rà soát, bổ sung các kế hoạch bảo đảm quân y và tăng cường huấn luyện sẵn sàng chiến đấu. Các kế hoạch, phương án bảo đảm quân y cho tác chiến cần được chuẩn bị kỹ lưỡng từ thời bình, bám sát phương án tác chiến và thực tiễn nhiệm vụ của đơn vị. Các nội dung huấn luyện, luyện tập gắn liền với công tác tổ chức, thực hiện nhiệm vụ chuyên môn, chú trọng nghiệp vụ quân y thời chiến; quan tâm duy trì hệ số kỹ thuật của các trang thiết bị. Để thực hiện nội dung này, chủ nhiệm quân y các cấp phải luôn luôn bám sát tình hình, nhiệm vụ đơn vị; tham mưu, đề xuất với lãnh đạo, chỉ huy đơn vị quan tâm giữ vững và nâng cao chất lượng chuyên môn thời bình cũng như thời chiến. Một số biện pháp có thể nghiên cứu, đề xuất như: cử cán bộ, nhân viên quân y đi học tập, rèn luyện tại các cơ sở quân y tuyến sau; tổ chức huấn luyện, luyện tập, thực hiện hội thi, hội thao; tăng cường kiểm tra, thực hành bảo quản các trang bị, phương tiện chuyên ngành theo đúng quy định của nhà sản xuất, của ngành Quân y, phù hợp với điều kiện đơn vị. Nâng cao nhận thức của tập thể, cá nhân về tình hình nhiệm vụ đơn vị; nắm chắc, hiểu rõ nhiệm vụ sẵn sàng chiến đấu và chiến đấu; xây dựng ý chí quyết tâm hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ thời bình cũng như thời chiến.

Thứ ba, thủ trưởng quân chính, hậu cần quán triệt cho các đơn vị quân y hiểu rõ ý định chiến thuật của sư đoàn; nắm chắc nhiệm vụ và quyết tâm chiến đấu của trung đoàn; hiểu và nắm vững đối tượng chiến đấu, mục tiêu tiến công, thời gian và không gian chiến đấu, đơn vị bạn và địa phương có liên quan... để khi tổ chức, quân y eBB có kế

hoạch bảo đảm quân y phù hợp, thực hiện phối hợp chặt chẽ, hiệu quả với các lực lượng, sẵn sàng chi viện cho nhau trong chiến đấu. Các phân đội quân y nắm chắc quyết tâm chiến đấu (các hướng, mũi tiến công), tổ chức bảo đảm quân y ưu tiên hướng chủ yếu, song vẫn bảo đảm được cho các hướng, mũi khác; đồng thời, xác định và thực hiện đúng các mốc thời gian (đặc biệt, mốc thời gian hoàn thành mọi công tác chuẩn bị chiến đấu của đơn vị).

Thứ tư, làm tốt công tác kết hợp quân dân y trong khu vực nhằm phát huy sức mạnh tổng hợp của các lực lượng y tế, bao gồm cả tổ chức, nhân lực, trang thiết bị và nhiệm vụ bảo đảm y tế, củng cố chất lượng chăm sóc, bảo vệ, nâng cao sức khỏe nhân dân và bộ đội, đáp ứng mọi tình huống y tế thời bình cũng như thời chiến. Đồng thời, nắm chắc năng lực y tế trong khu vực phòng thủ, nhất là lực lượng y tế dự bị động viên, lực lượng huy động, số giường bệnh của các trung tâm y tế huyện, trạm y tế xã... để khi xảy ra tình huống, có thể chủ động phối hợp với y tế khu vực phòng thủ bảo đảm cho eBB chiến đấu và chiến thắng.

3. KẾT LUẬN.

Trong đội hình sư đoàn, eBB tiến công địch phòng ngự chịu sự chi phối của hình thức chiến thuật của sư đoàn. Khi sư đoàn tiến công địch phòng ngự trận địa, eBB đảm nhiệm là 1 trong 2 trung đoàn thực hiện nhiệm vụ tiến công; đội hình chiến đấu của eBB thường gọn, quân y eBB tổ chức ra trạm quân y, lực lượng quân y dự bị, lực lượng phối thuộc cho cấp dưới và lực lượng ở lại phía sau. Khi sư đoàn tiến công vào khu vực địch phòng ngự, đội hình eBB hình thành thể bao vây mục tiêu nhạy cảm, trong khu vực hiểm yếu và một số mục tiêu khác; quân y eBB thường tổ chức ra trạm quân y, đội phẫu thuật và một số thành phần khác. Cần tiếp tục nghiên cứu, hoàn thiện các phương thức sử dụng quân y eBB hợp lý, khoa học và tổ chức huấn luyện, chuẩn bị kỹ lưỡng từ thời bình, phát huy cao nhất hiệu quả bảo đảm quân y cho đơn vị thực hành chiến đấu và chiến thắng khi có tình huống xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Quốc phòng (2018), *Điều lệnh chiến đấu sư đoàn bộ binh*, NXB Quân đội Nhân dân, Hà Nội.
2. Bộ Tổng Tham mưu (2018), *Sư đoàn bộ binh tiến công vào khu vực địch phòng ngự*, NXB Quân đội Nhân dân, Hà Nội.
3. Bộ Tổng Tham mưu (2012), *Sư đoàn bộ binh tiến công địch phòng ngự ở địa hình trung du*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội.
4. Cục Quân y (2009), *Tổ chức và chỉ huy quân y*, tập II, NXB Quân đội Nhân dân, Hà Nội.
5. Bộ Tổng Tham mưu (2013), *Bảo đảm hậu cần eBB tiến công địch phòng ngự ở địa hình trung du*, NXB Quân đội Nhân dân, Hà Nội. □

KHẢO SÁT MỘT SỐ SỰ CỐ BẤT LỢI TRONG VÀ SAU TIÊM VẮC-XIN ASTRAZENECA, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354, THÁNG 6/2021

TS. VŨ HÀ NGA SƠN, TS. NGUYỄN QUỐC KHÁNH
CN. PHẠM THỊ HẠNH DUNG, CN. NGUYỄN NGỌC BẢO LINH
ĐD. NGUYỄN THỊ BÍCH HỒNG - *Bệnh viện Quân y 354*
Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. LÊ VĂN ĐÔNG
(2) TS. NGUYỄN CHÍNH PHONG

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, bước đầu khảo sát những sự cố bất lợi trong và sau tiêm vắc-xin COVID-19 (AstraZeneca) trên 1.857 người, tại Bệnh viện Quân y 354, tháng 6/2021. **Kết quả:**

- Đa số đối tượng nghiên cứu là nam giới (84,22%), từ 31-50 tuổi (65,42%), tiêm vắc-xin mũi 1 (99,62%). Ngay sau tiêm, tỉ lệ người có tần số mạch, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương tăng lần lượt là 19,22%; 17,99% và 13,68%. Sau tiêm 30 phút và 60 phút, tỉ lệ người có tần số mạch, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương tăng đều thấp hơn thời điểm trước đó. Huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương trung bình tại các thời điểm khảo sát ở đối tượng nam giới đều cao hơn ở đối tượng nữ giới, khác biệt với $p < 0,05$.

- Trong thời gian 7 ngày sau tiêm vắc-xin, một số sự cố bất lợi hay gặp là: sốt (43,78%), đau tại chỗ tiêm (31,23%), đau cơ (33,01%), đau khớp (12,06%), đau đầu (11,47%); các sự cố bất lợi khác gặp với tỉ lệ thấp hơn. Tỉ lệ nam giới có các sự cố sốt, tiêu chảy, đau cơ, đau đầu sau tiêm vắc-xin cao gấp 1,5 đến 3 lần so với tỉ lệ này ở đối tượng nữ giới, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Vắc-xin AstraZeneca, sự cố bất lợi, phòng COVID-19.

ABSTRACT: A cross-sectional descriptive study, Initial investigation of adverse events during and after vaccination against COVID-19 (AstraZeneca) in 1,857 people, at the Military hospital 354, June 2021. **Results:**

- The majority of study subjects were men (84.22%), at the age of 31-50 (65.42%), vaccinated with first dose vaccine (99.62%). Immediately after injection, the proportion of people with pulse rate, systolic blood pressure, and diastolic blood pressure increased respectively by 19.22%, 17.99%, and 13.68%. After 30 minutes and 60 minutes of injection, the proportion of people with increased pulse rate, systolic blood pressure and diastolic blood pressure were lower than before the injection. The mean systolic blood pressure, and diastolic blood pressure at the time of the survey were higher in male subjects than in female subjects. The difference was statistically significant with $p < 0.05$.

- During the seven days after vaccination, some adverse events were: fever (43.78%), pain at the injection site (31.23%), myalgia (33.01%), joint pain (12.06%), headache (11.47%); other adverse events encountered at a lower rate. The proportion of men with fever, diarrhea, muscle pain, and headache after vaccination was 1.5 to 3 times higher than this rate in women. The difference was statistically significant with $p < 0.05$.

Keywords: Astrazeneca vaccination, adverse events, against COVID-19

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Vũ Hà Nga Sơn, Email: ngason354.2@gmail.com

Ngày nhận bài: 09/8/2021; mời phản biện khoa học: 9/2021; chấp nhận đăng: 28/9/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

SARS-CoV-2 thuộc chi *Beta Corona virus*, phân họ *Othocoronavirae*, là tác nhân gây ra đại dịch COVID-19 trên toàn cầu. Là dạng virus mới gây bệnh trên người, nên con người chưa từng có miễn dịch với SARS-CoV-2. Khi virus xâm nhập vào cơ thể, chúng đi vào trong một số tế bào gây tổn thương viêm đặc hiệu ở đường hô hấp; đồng thời, nhân lên rất nhanh tại các tế bào đó, tạo ra virus mới và gây nhiễm tiếp cho người khác. Người nhiễm SARS-CoV-2 có các triệu chứng cấp tính (ho, sốt, khó thở...), có thể diễn biến thành viêm phổi nặng, suy hô hấp cấp tiến triển, có thể tử vong

nhẹ; đặc biệt, với những người lớn tuổi, người có bệnh mạn tính, có tình trạng suy giảm miễn dịch.

Các nghiên cứu cho thấy, vắc-xin có hiệu quả trong phòng bệnh COVID-19 và tránh cho tình trạng bệnh lý trở nặng khi nhiễm SARS-CoV-2. Từ cuối năm 2019, khi dịch bệnh COVID-19 xuất hiện, diễn biến hết sức phức tạp, lây lan rộng trên toàn cầu và trở thành đại dịch, rất nhiều cơ sở khoa học cùng các nhà sản xuất dược phẩm đã chạy đua với thời gian, nỗ lực nghiên cứu để tìm ra loại vắc-xin phòng bệnh hiệu quả nhất. Cuối năm 2020, nhiều nước công bố đã sản xuất được vắc-xin phòng

COVID-19 và đưa vào sử dụng. Đến nay, có nhiều vắc-xin phòng COVID-19 đã được chấp nhận sử dụng ở nhiều quốc gia, vùng lãnh thổ và ở Việt Nam, như AstraZeneca, Vero Cell, Gam-COVID-Vac (SPUTNIK V), Comirnaty, Skivevax (Moderna), Jannssen, Hayat-Vax, Abdala...

Vắc-xin AstraZeneca do Tập đoàn AstraZeneca sản xuất, đã được cấp phép sử dụng khẩn cấp tại hơn 180 quốc gia, vùng lãnh thổ; được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đưa vào danh sách sử dụng trong trường hợp khẩn cấp. Thành phần vắc-xin AstraZeneca gồm: vector Adenovirus tinh tái tổ hợp và mất khả năng sao chép; gắn gen tổng hợp protein gai bề mặt của virus SARS-CoV-2 tên gọi là Spike (S-protein) [8]; dạng bào chế: dung dịch tiêm. Tại Việt Nam, vắc-xin AstraZeneca được Bộ Y tế phê duyệt có điều kiện vắc-xin cho nhu cầu cấp bách trong phòng, chống dịch bệnh COVID-19 tại Quyết định số 983/QĐ-BYT [1]. Từ cuối tháng 3/2021, thực hiện nhiệm vụ được giao, Bệnh viện Quân y 354 đã tổ chức tiêm vắc-xin phòng COVID-19 cho các đơn vị. Đến hết tháng 6/2021, Bệnh viện đã thực hiện tiêm hơn 20.000 mũi, trong đó phần lớn là vắc-xin AstraZeneca. Quy trình tiêm vắc-xin phòng COVID-19 được tổ chức thực hiện đúng theo các hướng dẫn nghiệp vụ của Bộ Y tế và Cục Quân y.

Các sự cố bất lợi của vắc-xin khi sử dụng đã được các nhà sản xuất và phân phối cảnh báo. Song, các loại vắc-xin phòng COVID-19 đều mới lần đầu được sử dụng ở nhiều nước, nên việc theo dõi diễn biến, ghi nhận, xử trí những sự cố bất lợi này là hết sức cần thiết và có ý nghĩa. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá bước đầu những sự cố bất lợi xảy ra trong và sau tiêm vắc-xin AstraZeneca tại Bệnh viện Quân y 354; trên cơ sở đó, cùng đồng nghiệp rút kinh nghiệm nâng cao chất lượng tiêm vắc-xin phòng COVID-19 trong thời gian tới.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

1.857 người tiêm vắc-xin AstraZeneca tại Bệnh viện Quân y 354, được theo dõi trong và sau tiêm. Thời gian nghiên cứu: tháng 6/2021. Người tiêm vắc-xin đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Phương pháp tiến hành:

+ Tất cả những người tiêm vắc-xin đều được khám sàng lọc trước tiêm và theo dõi sau tiêm theo các văn bản hướng dẫn nghiệp vụ của Bộ Y tế [2], [3], [4], [5]. Sau khi khám sàng lọc, người có đủ điều kiện sức khỏe được tiêm trong da 0,5 ml vắc-

xin AstraZeneca. Sau tiêm, người tiêm được theo dõi các sự cố bất lợi và xử trí (nếu có). Các thời điểm ghi nhận những chỉ số nghiên cứu ở người được tiêm vắc-xin: trước tiêm (T0); 5 phút đầu ngay sau tiêm (T1); sau tiêm 30 phút (T2); sau tiêm 60 phút (T3); theo dõi qua gọi điện thoại trực tiếp trong 7 ngày sau tiêm (T4).

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: giới tính, độ tuổi, mũi tiêm.

+ Đặc điểm trong khám sàng lọc trước tiêm: tiền sử bệnh lý, bệnh lý đang mắc, tiền sử suy giảm miễn dịch, chỉ số huyết áp tâm thu (HATTh) và huyết áp tâm trương (HATTr).

+ Các sự cố bất lợi tại chỗ tiêm (sưng, nóng, đỏ, đau...) và toàn trạng (tình trạng ý thức, cảm giác đau đầu, chóng mặt, đau cơ, đau khớp, đau bụng, buồn nôn, tần số thở, tần số mạch, thân nhiệt, tình trạng phát ban, nổi hạch...).

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Bệnh viện thông qua. Mọi thông tin cá nhân người tiêm được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích khoa học.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm về tuổi và giới tính:

Bảng 1. Tuổi, giới tính và mũi tiêm (n = 1.857).

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	1.564	84,22
	Nữ	293	15,78
Tuổi	≤ 30 tuổi	227	12,22
	Từ 31-40 tuổi	484	26,06
	Từ 41-50 tuổi	731	39,36
	Từ 51-60 tuổi	409	22,02
	Trên 60 tuổi	6	0,32
Mũi tiêm	Mũi 1	1.850	99,62
	Mũi 2	7	0,38

Đa số đối tượng tiêm vắc-xin trong nghiên cứu là nam giới (84,22%), độ tuổi từ 31-50 tuổi (65,42%), tiêm vắc-xin mũi 1 (99,62%).

Bảng 2. Đặc điểm đối tượng trong khám sàng lọc trước tiêm vắc-xin (n = 1.857).

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ %
Đang mắc bệnh cấp tính	8	0,43
Có tiền sử dị ứng	127	6,83
Có HATTh > 140 mmHg	103	5,55
Có HATTr > 90 mmHg	39	2,10
Có tiền sử suy giảm miễn dịch	6	0,32

Người tiêm vắc-xin có tiền sử dị ứng chiếm 6,83%; có tăng HATTh 5,55%, tăng HATTr 2,1%.

3.2. Các sự cố bất lợi gặp trong quá trình theo dõi sau tiêm:

Bảng 3. Các chỉ số sinh tồn tại các thời điểm trước và sau tiêm vắc-xin (n = 1.857).

Các dấu hiệu	Thời điểm T0		Thời điểm T1		Thời điểm T2		Thời điểm T3	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Sốt	0	0	16	0,86	27	1,45	23	1,24
Mạch > 90 chu kì/phút	0	0	357	19,22	222	11,95	188	10,12
HATTh > 140 mmHg	103	5,55	334	17,99	278	14,97	148	7,97
HATTr > 90 mmHg	39	2,10	254	13,68	161	8,67	118	6,35
HATTh trung bình	120 ± 14,7		130 ± 20,6		124 ± 14,8		120 ± 13,4	
HATTr trung bình	80 ± 11,5		79 ± 13,4		76 ± 14,3		75 ± 12,8	

Ngay sau tiêm (T1), tỉ lệ người có tăng HATTh là 17,99%, tăng HATTr là 13,68%. Tỉ lệ này giảm xuống ở thời điểm T2 và T3. HATTh trung bình ở thời điểm T1 cao nhất tăng 10 mmHg so với thời điểm T0; HATTr trung bình không thay đổi nhiều.

Bảng 4. Chỉ số huyết áp trung bình tại các thời điểm trước và sau tiêm vắc-xin theo giới tính.

Chỉ số huyết áp trung bình		Thời điểm T0	Thời điểm T1	Thời điểm T2	Thời điểm T3
HATTh trung bình	Nam (n = 1.564)	125,05	131,42	128,36	125,78
	Nữ (n = 293)	115,12	122,04	118,88	116,49
	p	< 0,001			
HATTr trung bình	Nam (n = 1.564)	78,08	87,02	78,82	81,74
	Nữ (n = 293)	73,46	79,39	75,70	72,73
	p	< 0,05			

HATTh và HATTr trung bình tại các thời điểm theo dõi ở nam giới đều cao hơn ở nữ giới (p < 0,05).

Bảng 5. Các sự cố bất lợi gặp trong quá trình theo dõi sau tiêm vắc-xin (n = 1.857).

Nội dung	Thời điểm T3		Thời điểm T4	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Đau sưng tại chỗ tiêm	35	1,88	580	31,23
Quầng đỏ tại chỗ tiêm	1	0,05	0	0
Nôn/buồn nôn	0	0	14	0,75
Tiêu chảy/đau bụng	1	0,05	37	1,99
Sốt	5	0,27	813	43,78
Đau họng	1	0,05	12	0,65
Chảy nước mũi, ho	1	0,05	8	0,43
Ớn lạnh	1	0,05	115	6,19
Chóng mặt	1	0,05	40	2,15
Nổi hạch	0	0	5	0,27
Phát ban/ngứa ngoài da	1	0,05	21	1,13
Khó thở/thở khó khè	1	0,05	8	0,43
Đau đầu	15	0,81	213	11,47
Đau cơ	18	0,97	613	33,01
Đau khớp	1	0,05	224	12,06
Bồn chồn khó chịu	17	0,92	109	5,87
Triệu chứng khác	3	0,16	61	3,28
Tai biến nặng	2	0,11	0	0

Sau tiêm 60 phút, chủ yếu gặp các sự cố tại chỗ tiêm (nhiều nhất là đau sưng tại chỗ tiêm); có 2 trường hợp xuất hiện phản vệ độ 2-3 (chiếm 0,11%). Theo dõi 7 ngày sau tiêm, gặp các sự cố bất lợi như sốt (43,78%), đau tại chỗ tiêm và đau cơ (đều trên 30%); không trường hợp nào tai biến nặng.

Bảng 6. Tần suất xuất hiện sự cố bất lợi trong vòng 7 ngày sau tiêm vắc-xin (n = 1.857).

Sự cố bất lợi	Tổng	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày 4	Ngày 5	Ngày 6	Ngày 7
Đau sưng tại chỗ tiêm	580	373	168	20	15	1	1	2
Nôn/buồn nôn	14	6	2	3	2	1	-	-
Tiêu chảy/đau bụng	37	33	1	2	1	-	-	-
Sốt	813	677	119	13	2	1	-	1
Đau họng	12	6	2	2	2	-	-	-
Chảy nước mũi, ho	8	6	1	1	-	-	-	-
Ớn lạnh	115	106	9	-	-	-	-	-
Chóng mặt	40	39	1	-	-	-	-	-
Nổi hạch	5	2	3	-	-	-	-	-
Phát ban/ngứa ngoài da	21	14	6	-	-	-	-	1
Khó thở/thở khó khè	8	7	1	-	-	-	-	-
Đau đầu	213	154	47	10	2	-	-	-
Đau cơ	613	425	167	11	4	2	2	2
Đau khớp	224	143	65	8	4	3	1	-
Bồn chồn khó chịu	109	81	20	4	2	1	-	1
Triệu chứng khác	61	49 người mệt mỏi; 5 người mẩn ngứa, bong da trong 3 ngày; 3 người mất ngủ; 1 người ù tai nhẹ; 2 người buồn ngủ; 1 người sưng mí mắt.						

Trong 7 ngày đầu sau tiêm, thấy xuất hiện hầu hết các sự cố bất lợi, tập trung nhiều ở 2 ngày đầu; ngày thứ 6 và 7 chỉ xuất hiện một số sự cố tại chỗ tiêm, như đau cơ, đau sưng chỗ tiêm...

Bảng 7. Mối liên quan một số sự cố bất lợi trong 7 ngày đầu sau tiêm với giới tính.

Sự cố	OR (CI:95%)	p
Sốt	1,513 (1,178-1,944)	< 0,001
Tiêu chảy	2,099 (1,001-4,401)	< 0,05
Đau đầu	3,077 (2,234-4,238)	< 0,001
Đau cơ	1,773 (1,374-2,287)	< 0,001

Phân tích mối liên quan giữa tất cả các sự cố bất lợi sau tiêm với giới tính, phát hiện 4 sự cố (sốt, tiêu chảy, đau đầu, đau cơ) xuất hiện ở đối tượng nam giới nhiều hơn ở đối tượng nữ giới, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Tuổi và giới tính: đối tượng tiêm vắc-xin AstraZeneca trong nghiên cứu này đều là quân nhân thuộc các đơn vị đóng quân trên địa bàn thành phố Hà Nội, có độ tuổi trung bình là $44 \pm 12,6$ tuổi; đa số từ 31-50 tuổi (65,42%), là nam giới (84,22%), tiêm vắc-xin mũi 1 (99,62%); chỉ có 7 người tiêm vắc-xin mũi 2 (0,38%).

Về sàng lọc trước tiêm: nghiên cứu thực hiện với những đợt tiêm đầu tại Bệnh viện Quân y 354, nên các đối tượng tiêm được khám sàng lọc khá thận

trọng. Thực tế, tại các cơ sở tiêm vắc-xin phòng COVID-19, có tỉ lệ không nhỏ đối tượng phải dừng tiêm do khám sàng lọc phát hiện các biểu hiện bất thường về sức khỏe. Chúng tôi cũng gặp tỉ lệ nhất định phải quyết định dừng tiêm, chủ yếu là người có tiền sử dị ứng, tăng huyết áp, đang mắc bệnh cấp tính... Tuy nhiên, khi khám sàng lọc phát hiện các yếu tố này, chúng tôi đều khai thác và phân tích kĩ lưỡng để lựa chọn chỉ định tiêm hay quyết định dừng tiêm. Với những người tăng huyết áp vì một lí do nào đó (như do đi lại, lo lắng...), song không quá 160/100 mmHg, chúng tôi tiếp cận giải thích, động viên và cho nằm nghỉ đến khi đủ điều kiện mới tiêm. Một số người có bệnh lí thuộc danh mục bệnh lí cần cân nhắc trước khi tiêm, chúng tôi đã phân tích và cân nhắc từng trường hợp. Vì vậy, vẫn lựa chọn tiêm đối với 6,83% người có tiền sử dị ứng (chủ yếu dị ứng với thức ăn với số lần dị ứng rất ít...), 0,43% người có bệnh lí viêm dạ dày hoặc viêm răng - lợi cấp tính... Đây cũng là một gợi ý đối với các cơ sở y tế tổ chức tiêm vắc-xin, khi khám sàng lọc trước tiêm, cần phân tích kĩ tình trạng bệnh lí người tiêm để chỉ định tiêm hay dừng tiêm phù hợp, tránh tình trạng có quá nhiều người không được tiêm vắc-xin vì lí do sức khỏe trong khám sàng lọc.

4.2. Các sự cố bất lợi gặp phải trong quá trình theo dõi sau tiêm:

Phản ứng sau tiêm chủng hay sự cố bất lợi sau tiêm chủng được định nghĩa là "Hiện tượng bất thường về sức khỏe, bao gồm các biểu hiện tại

chỗ tiêm hoặc toàn thân, xảy ra sau tiêm chủng, không nhất thiết do việc sử dụng vắc-xin". Giống như các loại vắc-xin khác, vắc-xin COVID-19 có thể gây ra các sự cố bất lợi, dù không phải ai cũng gặp. Trong các nghiên cứu lâm sàng, hầu hết các sự cố bất lợi sau tiêm vắc-xin COVID-19 đều ở mức độ từ nhẹ đến trung bình và sẽ tự hết trong vài ngày. Tất cả các loại vắc-xin COVID-19 trước khi sử dụng đều được nghiên cứu để bảo đảm tính an toàn và hiệu lực, cũng như phải trải qua quá trình kiểm định nghiêm ngặt trước khi tiêm rộng rãi trong cộng đồng. Sau khi tiêm vắc-xin, người được tiêm chủng có thể gặp một số sự cố bất lợi là điều đã được cảnh báo, tiên lượng trước đó. Các dấu hiệu phản ứng xảy ra chứng tỏ vắc-xin đang kích thích cơ thể tạo phản ứng miễn dịch. Đây là một phần của quá trình vắc-xin "huấn luyện" hệ miễn dịch của cơ thể cách "nhận diện mục tiêu" và tiêu diệt virus SARS-CoV-2 nếu nhiễm phải. Tùy theo cơ địa của từng cá thể, vắc-xin có thể gây ra một số phản ứng không mong muốn sau tiêm chủng. Do đó, việc theo dõi các sự cố bất lợi sau tiêm vắc-xin COVID-19 là việc làm hết sức quan trọng.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy, ngay sau tiêm, HATTh trung bình của đối tượng nghiên cứu là $130 \pm 20,6$ mmHg; 344 người (18,52%) có HATTh tăng lên trên 140 mmHg, 254 người (13,68%) có HATTr tăng lên trên 90 mmHg, 357 người (19,22%) có mạch nhanh trên 90 lần/phút và 16 người (0,86%) thân nhiệt trên 37°C . Đáng chú ý, có đến 1/5 số các trường hợp tăng huyết áp sau tiêm cần phải can thiệp y tế. Theo dõi sau tiêm 30 phút và 60 phút, thấy huyết áp ổn định hơn, HATTh trung bình là 120 mmHg và HATTr trung bình là 75 mmHg. Tỷ lệ người có tăng huyết áp ở 2 thời điểm này cũng thấp hơn rõ rệt so với thời điểm ngay sau tiêm 5 phút. Tương tự, phản ứng mạch nhanh sau tiêm 5 phút (19,22%) giảm xuống ở thời điểm sau tiêm 30 phút (11,95%) và sau tiêm 60 phút (10,12%). Các trường hợp này được nghỉ ngơi yên tĩnh, theo dõi không trường hợp nào cần phải xử trí bằng thuốc.

Sau tiêm 60 phút, trên các đối tượng nghiên cứu gặp một số sự cố bất lợi, như đau đầu, đau tại chỗ tiêm, đau cơ, đau khớp, bồn chồn... Biểu hiện đau sưng tại chỗ tiêm hay gặp nhất (1,88%). Đáng chú ý, có 2 trường hợp (0,11%) xuất hiện phản vệ độ 2-3. Các nhà sản xuất và phân phối vắc-xin đều cảnh báo rằng hầu hết sự cố bất lợi sau tiêm vắc-xin COVID-19 là những biểu hiện thông thường, liên quan đến phản ứng tại vị trí tiêm và các triệu chứng "giả cúm", như đau đầu, ớn lạnh, mệt mỏi, buồn nôn, sốt, chóng mặt, nhịp tim nhanh... Các biểu hiện này xuất hiện sớm sau tiêm, có thể tự khỏi, không gây ra vấn đề nghiêm trọng về sức khỏe và không để lại di chứng.

Nhà nghiên cứu, sản xuất vắc-xin AstraZeneca đã cung cấp kết quả thử nghiệm lâm sàng của vắc-

xin này: đau tại chỗ tiêm > 60%; nhức đầu, mệt mỏi > 50%; đau cơ, khó chịu > 40%; sốt, ớn lạnh > 30%; đau khớp, buồn nôn > 20%. Phần lớn các sự cố này ở mức độ nhẹ hoặc trung bình và thường hết trong vài ngày sau tiêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phản ứng sốt là biểu hiện gặp nhiều nhất (43,78%), đa số các trường hợp sốt vào ngày thứ 1 và 2 sau tiêm (chiếm 97,9% các trường hợp sốt), chỉ 2 trường hợp sốt sau tiêm 5 ngày; tiếp đến là phản ứng sưng đau tại chỗ tiêm (31,23%), đau cơ (33,01%), đau khớp (12,06%); các biểu hiện khác chiếm tỉ lệ rất thấp; có 2 trường hợp xuất hiện mẩn ngứa mức độ vừa, phải uống thuốc chống dị ứng, 1 trường hợp phù mi mắt vào ngày thứ 2 (tự hết). Các biểu hiện trên hết trong 7 ngày sau tiêm, không để lại di chứng; không có các biểu hiện bất thường khác. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mà nhà nghiên cứu và sản xuất vắc-xin đưa ra, có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn chưa lớn, thực hiện trên đối tượng quân nhân (đều khỏe mạnh, ít có bệnh lý nền).

Mối liên quan giữa một số sự cố bất lợi với giới tính của đối tượng tiêm vắc-xin: trong 7 ngày đầu sau tiêm, chúng tôi thấy các biểu hiện sốt, tiêu chảy, đau cơ, đau đầu ở đối tượng nam giới cao gấp 1,5 đến 3 lần so với đối tượng nữ giới, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,01$. Sự khác nhau này chưa thấy được thông báo trên các nghiên cứu khác.

Báo cáo của một số Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh, thành phố ở Việt Nam gần đây cho thấy, sau tiêm vắc-xin phòng COVID-19, có những trường hợp gặp sự cố phát ban đỏ, ngứa, sưng hoặc đau tại vết tiêm. Các vùng phát ban có thể xuất hiện vài ngày hoặc hơn 1 tuần sau mũi tiêm thứ nhất; đôi khi lan khá rộng (các vùng phát ban này còn được gọi là "cánh tay COVID"). Nếu gặp hiện tượng "cánh tay COVID" sau tiêm vắc-xin mũi 1 thì vẫn nên tiêm mũi 2 sau khoảng thời gian như khuyến cáo, với vị trí tiêm liều thứ 2 ở cánh tay bên kia. Các biểu hiện có thể gặp và xử trí, gồm: sốt dưới 38°C (thường khởi sớm hoặc kéo dài 1-2 ngày); sốt cao > 38°C (cần theo dõi, nếu thân nhiệt không giảm hoặc không đáp ứng với các thuốc hạ sốt thông thường cần đến gặp bác sĩ hoặc cơ sở y tế gần nhất); phản ứng tại chỗ như ban đỏ, sưng, chai, cứng tại chỗ tiêm... (thường tự khỏi trong vòng vài ngày đến 1 tuần); đau khớp (có thể tự khỏi, một số trường hợp cần dùng thuốc giảm đau theo chỉ định của cán bộ y tế); hội chứng não, màng não cấp tính xuất hiện những cơn kịch phát, rối loạn ý thức kéo dài 1 đến nhiều ngày (cần đưa đến cơ sở y tế để được khám, điều trị). Trong nghiên cứu này, không trường hợp nào có rối loạn ý thức hay hội chứng màng não, chỉ một số ít trường hợp đến viện khám lại do sốt và mệt mỏi.

(Xem tiếp trang 6)

KHẢO SÁT GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA BẢNG ĐIỂM BISAP TRÊN 22 BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP

ThS. NGUYỄN QUANG HUY, PGS.TS. NGUYỄN TRUNG KIẾN
BS. LÊ ĐĂNG MẠNH, ThS. PHẠM VĂN CÔNG
BS. NGUYỄN CHÍ TÂM - Bệnh viện Quân y 103
Phản biện khoa học: (1) GS.TS. LÊ TRUNG HẢI
(2) TS. VŨ MINH DƯƠNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhằm khảo sát giá trị tiên lượng của bảng điểm BISAP trên 22 bệnh nhân viêm tụy cấp, điều trị tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01 đến tháng 9/2020.

Kết quả: Bệnh nhân nam (68,2%) nhiều hơn bệnh nhân nữ (31,8%), khác biệt với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt về độ tuổi, chỉ số BMI giữa bệnh nhân viêm tụy cấp nhẹ và vừa so với bệnh nhân viêm tụy cấp nặng. Điểm BISAP của các bệnh nhân viêm tụy cấp mức độ nhẹ và vừa so với bệnh nhân viêm tụy cấp nặng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($1,1 \pm 1,4$ điểm so với $2,7 \pm 1,6$ điểm, với $p < 0,05$). Diện tích dưới đường cong của điểm BISAP và các chỉ số amylase, lipase, ure, creatinin trong việc tiên lượng tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp lần lượt là: 0,888; 0,625; 0,375; 0,625; 0,7. Với điểm cut-off 2,5, tiên lượng bệnh nhân viêm tụy cấp tử vong có độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 90%.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, điểm BISAP.

ABSTRACT: Prospective, descriptive-crossed study about clinical and preclinical features to assess prediction of BISAP score with 22 acute pancreatitis patients who are treated in Military Hospital 103 from January to September in 2020.

Results: Male (68.2%) vs female (31.8%), significantly difference, $p < 0.05$. Mild and moderate vs severe acute pancreatitis groups, no difference about age, BMI while BISAP score (1.1 ± 1.4 vs 2.7 ± 1.6 ; $p < 0.05$). BISAP score and amylase, lipase, ure, creatinin have AUC to predict mortality 0.888; 0.625; 0.375; 0.625; 0.7. BISAP score has cut-off 2.5, predict mortality in acute pancreatitis with Se 75%, Sp 90%.

Keywords: Acute pancreatitis, BISAP score.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Nguyễn Quang Huy, Email: nguyennquanghuy910@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/7/2021; mời phản biện khoa học: 8/2021; chấp nhận đăng: 28/9/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Viêm tụy cấp (VTC) một trong những bệnh lý đường tiêu hóa thường gặp. Tỷ lệ người mắc bệnh đang có xu hướng gia tăng hằng năm. Thống kê tại Hoa Kỳ, năm 2015 có 390.940 bệnh nhân (BN) nhập viện vì VTC [1]. Hiện nay, tỷ lệ BN VTC nhập viện khá cao, với thời gian nằm viện kéo dài và chi phí điều trị rất tốn kém. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ về khoa học kỹ thuật để phòng bệnh, chẩn đoán sớm, can thiệp điều trị kịp thời, nhưng vẫn có những trường hợp BN diễn biến nặng, dẫn đến tử vong. Nghiên cứu của Chatila cho thấy, tỷ lệ tử vong ở BN VTC mức độ nặng khoảng 5-17%, VTC mức độ nhẹ là 1,5% [1]. Vì vậy, có nhiều xét nghiệm, nhiều bảng điểm đưa ra nhằm chẩn đoán sớm, tiên lượng chính xác để phân chia mức độ VTC hợp lý, qua đó có hướng điều trị thích hợp cho từng người bệnh, đồng thời tránh kéo dài thời gian nằm viện [2].

BISAP (Bedside index for severity in acute pancreatitis) là một bảng điểm có giá trị trong việc tiên lượng mức độ nặng và tỷ lệ tử vong ở BN VTC

đã được áp dụng trong lâm sàng. Bảng điểm BISAP được coi là một trong những bảng điểm đơn giản nhưng chính xác và có giá trị tiên lượng sớm tỷ lệ tử vong của BN VTC [3], [1].

Góp phần khẳng định giá trị ứng dụng của bảng điểm BISAP trên lâm sàng ở các cơ sở y tế trong nước, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng BN VTC và khảo sát giá trị tiên lượng của bảng điểm BISAP trên BN VTC, điều trị tại Bệnh viện Quân y 103.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

22 BN chẩn đoán xác định VTC theo tiêu chuẩn Atlanta 2012, điều trị tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01/2020 đến tháng 9/2020.

Loại trừ BN từ 18 tuổi trở xuống; BN viêm túi mật cấp, VTC sau kỹ thuật chụp mật tụy ngược dòng (ERCP); BN viêm tụy mạn tính đợt cấp; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Chẩn đoán xác định VTC theo tiêu chuẩn Atlanta 2012, khi BN có 2 trong 3 tiêu chuẩn [4]: (1) Đau bụng phù hợp với VTC; (2) Bảng chứng sinh hóa của viêm tụy (amylase và/hoặc lipase huyết thanh tăng hơn 3 lần giới hạn bình thường cao); (3) Những đặc trưng của hình ảnh học ổ bụng về VTC. Cũng theo tiêu chuẩn này, VTC được phân loại thành 3 mức độ:

+ VTC mức độ nhẹ: không có dấu hiệu suy cơ quan (tim, phổi, thận, não) và không có dấu hiệu biến chứng tại chỗ, toàn thân.

+ VTC mức độ vừa: có suy cơ quan nhưng hồi phục trong 48 giờ hoặc có biến chứng toàn thân, tại chỗ cũng hồi phục trong 48 giờ.

+ VTC mức độ nặng: suy cơ quan kéo dài trên 48 giờ.

- Chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới tính, BMI); các triệu chứng lâm sàng (tình trạng ý thức, đau bụng, sốt, nhịp tim, nhịp thở, nhiệt độ, buồn nôn, bí trung đại tiện); các xét nghiệm thời điểm nhập viện (sinh hóa máu: ure, creatinin, amylase, lipase, AST, ALT; công thức máu).

- Thời gian nằm hồi sức: tính từ khi điều trị tại khoa hồi sức đến khi ổn định, chuyển khoa khác hoặc ra viện. Đơn vị: ngày.

- Đánh giá BN theo bảng điểm BISAP [3], [1]: mỗi chỉ số thành phần (gồm ure máu > 8,9 mmol/l; suy giảm ý thức; điểm phản ứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS score) ≥ 2 điểm; tuổi > 60 tuổi; tràn dịch màng phổi) được tính 1 điểm; điểm BISAP là tổng điểm thành phần. Chỉ số điểm này được tính toán trong vòng 24 giờ.

- Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS): thân nhiệt < 36°C hoặc > 38°C; nhịp tim > 90 chu kỳ/phút; nhịp thở > 20 lần/phút hoặc PaCO₂ < 32 mmHg; bạch cầu < 4 G/L hoặc > 12 G/L. Chẩn đoán SIRS khi có từ 2 triệu chứng trở lên trong 4 triệu chứng đã nêu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20. Xác định giá trị tiên lượng bằng đường cong ROC, tìm điểm cut-off, độ nhạy, độ đặc hiệu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu:

- Phân bố BN theo giới tính: 7 BN (31,8%) là nữ giới và 15 BN (68,2%) là nam giới.

- Phân loại mức độ VTC:

+ VTC mức độ nặng: 11 BN (50,0%).

+ VTC mức độ vừa và nhẹ: 11 BN (50,0%).

- Tuổi và BMI của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Tuổi và BMI của các nhóm BN.

Giá trị trung bình	VTC nhẹ và vừa (n = 11)	VTC nặng (n = 11)	p
Tuổi (năm)	53,2 ± 16,5	44,2 ± 5,3	> 0,05
BMI (kg/m ²)	23,1 ± 2,6	24,1 ± 6,2	> 0,05

Tuổi và BMI trung bình của BN nhóm VTC nhẹ và vừa khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với BN nhóm VTC nặng (p > 0,05).

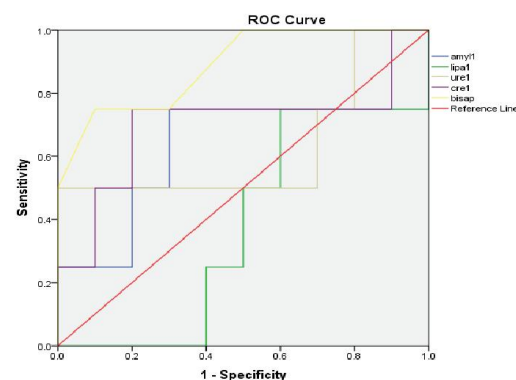
3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các nhóm BN.

Giá trị trung bình	VTC nhẹ và vừa (n = 11)	VTC nặng (n = 11)	p
Ure (mmol/L)	8,8 ± 1,2	7,7 ± 4	> 0,05
Creatinin (μmol/L)	116 ± 71	145 ± 91	> 0,05
Amylase (U/L)	1002 ± 924	731 ± 451	> 0,05
Lipase (U/L)	350 ± 100	400 ± 95	> 0,05
AST (U/L)	405 ± 300	153 ± 125	> 0,05
ALT (U/L)	333 ± 350	95 ± 100	> 0,05
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	3,7 ± 3	11,9 ± 10	< 0,05
BISAP (điểm)	1,1 ± 1,4	2,7 ± 1,6	< 0,05
WBC (G/L)	14,8 ± 7,5	15,4 ± 3,8	> 0,05
Tử vong (BN)	0	3	

Thời gian nằm viện trung bình và điểm BISAP ở nhóm BN VTC nặng (11,9 ± 10 ngày và 2,7 ± 1,6 điểm) cao hơn đáng kể so với ở nhóm BN VTC nhẹ và vừa (3,7 ± 3 ngày và 1,1 ± 1,4 điểm; p < 0,05). Các chỉ số còn lại khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm.

3.3. Giá trị tiên lượng của bảng điểm BISAP:



Hình 1. Giá trị tiên lượng tử vong của bảng điểm BISAP trên BN VTC.

Diện tích dưới đường cong của các yếu tố: amylase máu, lipase máu, ure máu, creatinin máu

và điểm BISAP lần lượt là: 0,625; 0,375; 0,625; 0,7; 0,888. Trong đó, diện tích dưới đường cong của điểm BISAP lớn nhất (0,888) và điểm cut-off (2,5) cho phép dự đoán VTC có nguy cơ tử vong với độ nhạy 75,0% và độ đặc hiệu 90,0%.

4. BÀN LUẬN.

Bệnh VTC có các mức độ nghiêm trọng khác nhau, có thể tiến triển gây ảnh hưởng đến nhiều cơ quan. Nếu không tiên lượng và được điều trị kịp thời, người bệnh có thể suy chức năng các tạng và tử vong. Mặc dù khoảng 80% BN VTC mức độ nhẹ ít biến chứng và có thể tự khỏi, nhưng 20% còn lại có thể tiến triển thành mức độ nặng với tỉ lệ biến chứng và tử vong cao. Trong nghiên cứu này, 22 BN VTC được chia thành 2 nhóm theo mức độ bệnh: nhóm VTC nhẹ và vừa (11 BN); nhóm VTC nặng (11 BN). Nghiên cứu đi sâu phân tích ứng dụng thang điểm BISAP trong tiên lượng mức độ bệnh. Đồng thời, xem xét vai trò của các thông số xét nghiệm riêng lẻ như ure, creatinin, amylase, lipase, AST, ALT trong việc đánh giá mức độ nghiêm trọng của bệnh.

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu:

Trong 22 BN nghiên cứu, tỉ lệ BN nam (68,2%) nhiều hơn BN nữ (31,8%), khác biệt với $p < 0,05$. Điều này có thể do thói quen sinh hoạt theo giới tính, nam giới thường uống rượu bia hơn nữ giới, dẫn đến các rối loạn chuyển hóa hoặc viêm tụy do rượu. Nghiên cứu của Chatila tương đồng với nhận định này khi thấy uống rượu là một trong những nguyên nhân phổ biến của VTC (chiếm từ 19-41%) [1].

Chúng tôi cũng thấy, trong nghiên cứu này, không có sự khác biệt về tuổi đời và BMI giữa nhóm BN VTC nhẹ và vừa ($53,2 \pm 16,5$ tuổi; BMI là $23,1 \pm 2,6$) so với nhóm BN VTC nặng ($44,2 \pm 5,3$ tuổi; BMI là $24,1 \pm 6,2$). Ayala nghiên cứu về VTC, thấy giữa nhóm VTC nhẹ và vừa với nhóm VTC nặng không có sự khác biệt về tuổi ($62,2 \pm 16,5$ tuổi so với $63,4 \pm 13,1$ tuổi) và BMI ($23,4 \pm 4,4$ so với $23,9 \pm 4,1$); nhưng có sự khác biệt về tỉ lệ giới tính BN (73% BN là nam giới, 23 % BN là nữ giới, khác biệt với $p < 0,05$) [2]. Nghiên cứu của Narender cũng thấy tỉ lệ BN VTC là nam giới (90%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với BN nữ giới (10%), với $p < 0,05$; đồng thời, thấy BN nam giới có tỉ lệ uống rượu và mắc các bệnh đường mật cao hơn [7]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các kết quả trên.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các chỉ số nồng độ ure, creatinin, amylase, lipase, AST, ALT, số lượng bạch cầu không có sự khác biệt giữa nhóm BN VTC nhẹ và vừa so với nhóm BN VTC nặng ($p > 0,05$). Tuy nhiên, có sự khác biệt rõ rệt về điểm BISAP giữa 2 nhóm ($1,1 \pm 1,4$ với $2,7 \pm 1,6$) và thời gian BN phải nằm hồi sức ($3,7 \pm 3$ ngày so với $11,9 \pm 10$ ngày). Từ đó cho thấy, điểm BISAP có ý nghĩa dự đoán mức độ nặng trên BN VTC. Chúng tôi thấy BN nhóm VTC mức độ nhẹ và vừa có các diễn biến ổn định; nhưng BN nhóm VTC mức độ nặng có 3

trường hợp diễn biến xấu hơn, dẫn đến suy đa tạng và tử vong. Tỉ lệ tử vong chung của các BN VTC nghiên cứu chiếm 13,6%.

Nghiên cứu của Hyun Cho trên 161 BN VTC thấy giữa nhóm VTC nhẹ và vừa so với nhóm VTC nặng không có sự khác biệt về nồng độ amylase máu ($1.687,9 \pm 1.415,4$ U/L so với $1.668,2 \pm 1.668,8$ U/L), nồng độ lipase máu ($1.949,7 \pm 1.951,3$ U/L so với $2.108,2 \pm 2.750,3$ U/L). Tuy nhiên, có sự khác biệt về nồng độ ure máu ($14,5 \pm 8,6$ mmol/L so với $31,2 \pm 32,9$ mmol/L, $p < 0,05$) và creatinin máu ($1,0 \pm 0,5$ μ mol/L so với $2,2 \pm 0,6$ μ mol/L, $p < 0,005$). Thời gian nằm viện quan sát ở những BN VTC nặng dài hơn rõ rệt so với những BN VTC nhẹ và vừa ($11,7 \pm 6,2$ ngày so với $8,4 \pm 4,8$ ngày, $p < 0,05$) [3]. Sự khác biệt giữa 2 nghiên cứu về nồng độ ure, nồng độ creatinin máu có thể do nghiên cứu của Hyun Cho có số lượng BN nhiều hơn nên sự khác nhau rõ hơn.

Kayar chia các BN VTC theo mức độ trên phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (theo phân loại của Balthazar), thấy có sự khác biệt giữa các nhóm về nồng độ amylase và lipase huyết thanh ngày thứ nhất, trong khi nồng độ ure, creatinin không có sự khác biệt. Sự khác nhau này có thể do Kayar chia BN VTC thành 5 nhóm (theo phân loại của Balthazar) và số lượng BN nhiều hơn (180 BN) nên tìm thấy sự khác biệt [8].

4.3. Giá trị tiên lượng của bảng điểm BISAP:

So sánh diện tích dưới đường cong của điểm BISAP với các chỉ số amylase, lipase, ure, creatinin trong việc tiên lượng tử vong ở BN VTC, thấy điểm BISAP có diện tích lớn nhất là 0,888 và với điểm cut-off 2,5, tiên lượng BN VTC tử vong có độ nhạy 75% và độ đặc hiệu 90%.

Nghiên cứu của Hyun Cho thấy rằng, điểm BISAP ở nhóm VTC mức độ nặng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm nhẹ và vừa ($1,9 \pm 0,9$ điểm so với $1 \pm 0,8$ điểm, khác biệt với $p < 0,001$). Sử dụng diện tích dưới đường cong so sánh giá trị của BISAP với tiên lượng tử vong (0,74) và với BISAP ≥ 2 tiên lượng VTC tử vong có độ nhạy 62%, độ đặc hiệu 72%. Điểm cut-off trong nghiên cứu của Hyun Cho thấp hơn có thể do số BN VTC mức độ nặng ít hơn nghiên cứu của chúng tôi (20% so với 50%) [3]. Nghiên cứu của Wu về giá trị tiên lượng tử vong sớm của điểm BISAP trên BN VTC cũng khẳng định: khi so sánh đường cong ROC, thấy điểm BISAP có diện tích dưới đường cong 0,82. Từ đó, đưa ra khuyến cáo nên tính điểm BISAP thường xuyên hơn tại các đơn vị hồi sức để tiên lượng và theo dõi BN VTC [9].

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 22 BN chẩn đoán xác định VTC theo tiêu chuẩn Atlanta 2012, điều trị tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01/2020-9/2020, kết quả:

(Xem tiếp trang 37)

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG 35 BỆNH NHÂN GÂY LỖI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI, ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

TS. LÊ MẠNH CƯỜNG - Bệnh viện Quân y 103

**Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. NGÔ VĂN THẮNG
(2) TS. NGUYỄN KHANG**

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang đặc điểm lâm sàng, X quang 35 bệnh nhân gây lỗi cầu xương hàm dưới, điều trị phẫu thuật tại Khoa Hàm mặt và tạo hình, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 3/2020 đến tháng 4/2021.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $33,14 \pm 13,13$ tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ = 6/1. Nguyên nhân chủ yếu gây lỗi cầu xương hàm dưới chủ yếu do tai nạn giao thông (85,71%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp: đau chói vùng trước tai (100%), hạn chế há miệng (88,6%), khớp cắn sai chạm sớm bên gây (68,6%). Trong số 46 vị trí gãy lỗi cầu xương hàm dưới, có 50,0% gãy dưới lỗi cầu, 10,9% gãy cổ lỗi cầu và 39,1% gãy chỏm lỗi cầu. Gãy lỗi cầu xương hàm dưới kết hợp gãy phức hợp xương gò má cung tiếp 20,0%, kết hợp gãy xương hàm trên 11,4%, kết hợp các tổn thương khác 19,9%. Chụp cắt lớp vi tính giúp phát hiện chính xác, đầy đủ tổn thương gãy lỗi cầu và các tổn thương khác vùng hàm mặt (phát hiện 46 vị trí tổn thương), nhiều hơn so với chụp X quang thường quy (phát hiện 26 vị trí tổn thương); đồng thời, giúp lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp hơn.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, gãy lỗi cầu xương hàm dưới.

ABSTRACT: Prospective study, cross-sectional description Feature of clinical characteristics, X-ray of 35 patients with Mandibular condylar fractures, treated at the Department of Facial and plastic surgery, Military hospital 103 from march 2020 to April 2021.

Results: The mean age was $33,14 \pm 13,13$, male/female ratio is 6/1. The main cause of Mandibular condylar fractures due to traffic accidents (85,71%). The common clinical symptoms were: swelling, The pain in front of the ear (100%), limited mouth opening (88,6%), malocclusion (68,6%). The most common mandibular subcondylar fractures (50%), condylar head fractures (39,13%), condylar neck fractures (10,87%). The combined fractures of the mandibular condylar fractures with zygomatic arch fractures (20%), The combined fractures of the mandibular condylar fractures with maxillary fractures (11,4%), The combined fractures of the mandibular condylar fractures with other fractures bone (19,9%). Computer tomography helped to accurately and fully detect facial lesions (detect 46 locations of injury) more than routine X-ray (detect 26 locations of injury), choice methods treatment.

Keywords: Feature of clinical characteristic, Mandibular condylar fractures.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Lê Mạnh Cường, Email: lemanhcuongb8@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/9/2021; mời phản biện khoa học: 9/2021; chấp nhận đăng: 20/10/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Chấn thương, gãy xương hàm dưới chiếm tỷ lệ khoảng 38,2% tổng số gãy xương vùng hàm mặt nói chung. Trong đó, gãy lỗi cầu xương hàm dưới (LCXHD) chiếm 24,17% trong tổng số các ca gãy xương hàm dưới [1]. Nguyên nhân tổn thương chủ yếu do tai nạn giao thông. Gãy LCXHD là tổn thương rất phức tạp, thường kèm theo gãy xương gò má cung tiếp, xương hàm trên..., gây ảnh hưởng nhiều đến chức năng và thẩm mỹ. Nếu không được chẩn đoán sớm, đầy đủ, chính xác và điều trị kịp thời, đúng phương pháp, gãy LCXHD có thể để lại nhiều di chứng, như sai khớp cắn, hạn chế há miệng, biến dạng mặt...

Góp phần nâng cao năng lực chẩn đoán chính

xác, đầy đủ các tổn thương trên bệnh nhân (BN) gãy LCXHD, làm cơ sở chỉ định biện pháp điều trị kịp thời, đem lại kết quả tốt nhất về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang các BN gãy LCXHD, điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian qua.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

35 BN chẩn đoán xác định gãy LCXHD do chấn thương (qua lâm sàng, hình ảnh X quang), điều trị phẫu thuật tại Khoa Hàm mặt và tạo hình, Bệnh viện Quân y 103; thời gian từ tháng 3/2020 đến tháng 4/2021.

Loại trừ các BN có tiền sử chấn thương vùng hàm mặt, có bệnh lý hoặc dị dạng LCXHD trước khi tổn thương; BN đã được phẫu thuật tại cơ sở y tế khác; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả cắt ngang can thiệp lâm sàng mở, không đối chứng.

- Các bước tiến hành: BN được khám lâm sàng phát hiện các triệu chứng gây LCXHD (đau chói, sưng nề vùng trước tai, giảm hoặc mất cử động lồi cầu, há miệng hạn chế, khớp cắn sai chạm trước bên chấn thương hoặc tụt sau...); làm các xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, máu đông - máu chảy...; chụp phim X quang thẳng mặt, panorama; chụp cắt lớp vi tính đa dãy sọ mặt với các lát cắt axial, coronal, sagittal và dựng hình 3D. Thông tin thu thập được ghi vào bệnh án nghiên cứu.

- Đạo đức nghiên cứu: được hội đồng đạo đức bệnh viện thông qua. Các thông số BN được bảo mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học thông thường, sử dụng phần mềm Excel.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu:

Bảng 1. Phân bố BN theo tuổi, giới tính.

Tuổi	Nam	Nữ	Tổng
Từ 16-29 tuổi	12 (34,3%)	3 (8,6%)	15 (42,9%)
Từ 30-49 tuổi	13 (37,2%)	1 (2,8%)	14 (40,0%)
Từ 50-59 tuổi	3 (8,6%)	1 (2,8%)	4 (11,43%)
≥ 60 tuổi	2 (5,7%)	0	2 (5,7%)
Tổng	30 (85,8%)	5 (14,2%)	35 (100%)

BN từ 16-62 tuổi, trong đó, từ 16-49 tuổi chiếm 82,9%. Tỷ lệ BN nam/nữ = 6/1. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Phùng Đăng Khoa (tỷ lệ BN nam/nữ là 3,3/1 [2]). Nam giới (85,8%) chấn thương nhiều hơn nữ giới (14,2%) có thể do đặc điểm phái mạnh thường có xu hướng tham gia nhiều hoạt động có nguy cơ chấn thương cao hơn nữ giới, đặc biệt với nguy cơ chấn thương khi tham gia giao thông.

- Nguyên nhân chấn thương (n = 35):

+ Tai nạn giao thông: 30 BN (85,7%).

+ Tai nạn lao động, sinh hoạt: 5 BN (14,3%).

85,7% BN gãy LCXHD do tai nạn giao thông; thấp hơn nghiên cứu của Hồ Nguyễn Thanh Chơn (90,0% do tai nạn giao thông [3]) và Phùng Đăng Khoa (96,7% do tai nạn giao thông [2]), nhưng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Yến (80,7% do tai nạn giao thông [4]) và Rozenboom A.V (66,2% do tai nạn giao thông [5]). Ở nước ta, nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông gặp khá phổ biến. Chấn thương do tai nạn giao thông có đặc

điểm xảy ra đột ngột, lực va chạm mạnh, cơ chế chấn thương trực tiếp; do đó, các tổn thương xương và phần mềm thường phức tạp, hay tổn thương phối hợp nhiều cơ quan, thậm chí tổn thương những cơ quan ảnh hưởng đến chức năng sống của người bệnh.

3.2. Đặc điểm lâm sàng BN nghiên cứu:

- Triệu chứng lâm sàng thường gặp (n = 35):

+ Đau chói, sưng nề vùng trước tai: 35 BN (100%).

+ Giảm hoặc mất cử động lồi cầu hàm dưới: 10 BN (28,6%).

+ Hạn chế há miệng: 31 BN (88,6%).

+ Khớp cắn sai chạm trước bên gãy: 24 BN (68,6%).

+ Hàm dưới tụt sau: 9 BN (25,7%).

100% BN có triệu chứng đau chói, sưng nề vùng trước tai; phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Yến (100% đau chói sưng nề trước tai [4]), nhưng cao hơn nghiên cứu của Phùng Đăng Khoa (93,3% đau chói sưng nề trước tai [2]). 28,6% BN có giảm hoặc mất cử động lồi cầu; thấp hơn so với nghiên cứu của Phùng Đăng Khoa (90% giảm hoặc mất cử động lồi cầu [2]). 68,6% BN khớp cắn sai chạm trước bên gãy; cao hơn so với nghiên cứu của Phùng Đăng Khoa (3,3% khớp cắn sai chạm trước bên gãy [2]).

3.3. Kết quả chụp X quang:

- Gãy LCXHD kết hợp với các xương khác vùng hàm mặt (n = 11):

+ Gãy xương gò má cung tiếp: 7 BN (63,6%).

+ Gãy xương hàm trên: 4 BN (36,4%).

Trong số 35 BN gãy LCXHD, có 11 BN gãy LCXHD kết hợp với gãy các xương khác vùng hàm mặt, trong đó, 7/11 BN (63,7%) có gãy xương gò má cung tiếp, 4/11 BN (36,4%) gãy xương hàm trên.

- Vị trí gãy LCXHD (n = 35):

+ Gãy LCXHD bên phải: 10 BN (28,6%).

+ Gãy LCXHD bên trái: 14 BN (40,0%).

+ Gãy LCXHD cả 2 bên: 11 BN (31,4%).

Trong 35 BN gãy LCXHD, có 14 BN (40,0%) gãy LCXHD bên trái, 10 BN (28,6%) gãy LCXHD bên phải và 11 BN (31,4%) gãy LCXHD cả 2 bên. Như vậy, có tới 46 vị trí gãy LCXHD, trong đó, gãy dưới lồi cầu có di lệch chiếm 50,0% (bảng 2).

- Gãy LCXHD kết hợp với gãy xương các vị trí khác ở xương hàm dưới (n = 22):

+ Gãy vùng cằm: 14 BN (63,6%).

+ Gãy ngành ngang: 7 BN (31,8%).

+ Gãy góc hàm: 1 BN (4,6%).

Trong số 35 gãy LCXHD, có 22 BN gãy LCXHD kết hợp với gãy các vị trí khác ở hàm dưới, trong đó có 63,6% gãy vùng cằm, 31,8% gãy ngành ngang, 4,6% gãy góc hàm.

- Liên quan vị trí đường gãy LCXHD và mức độ di lệch:

Bảng 2. Liên quan vị trí đường gãy LCXHD và mức độ di lệch.

Mức độ di lệch	Vị trí đường gãy LCXHD			Tổng
	Dưới lỗi cầu	Cổ lỗi cầu	Chòm lỗi cầu	
Không di lệch	0	0	1 (2,2%)	1 (2,2%)
Di lệch (lỗi cầu còn trong ổ khớp)	23 (50,0%)	1 (2,2%)	10 (21,7)	34 (73,9%)
Di lệch nhiều (lỗi cầu bật khỏi ổ khớp)	0	4 (8,7%)	7 (15,2%)	11 (23,9%)
Tổng	23 (50,0%)	5 (10,9%)	18 (39,1%)	46 (100%)

Trong số 46 vị trí gãy LCXHD, có 50,0% gãy dưới lỗi cầu, 10,9% gãy cổ lỗi cầu và 39,1% gãy chòm lỗi cầu. 73,9% gãy lỗi cầu có di lệch, nhưng lỗi cầu vẫn trong ổ khớp, 23,9% gãy lỗi cầu di lệch bật khỏi ổ khớp. Xương hàm dưới là xương tăng dưới mặt, có cấu trúc giải phẫu đặc biệt cong hình móng ngựa, vùng cằm lộ nhô ra trước dễ bị va đập. Khi có lực chấn thương tác động vào vùng hàm mặt, không chỉ gây gãy xương hàm dưới nói chung, LCXHD nói riêng, còn có thể gây gãy các xương khác vùng hàm mặt. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả khác.

- Kết quả chụp X quang thường quy và chụp cắt lớp vi tính: 35 BN đều được chụp X quang thường quy (thẳng mặt, panorama) và chụp cắt lớp vi tính. Kết quả trên các phim X quang thường quy ở 35 BN, phát hiện 26 vị trí gãy LCXHD, trong khi chụp cắt lớp vi tính phát hiện 46 vị trí gãy. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phùng Văn Khoa [2] và Viozzi C.F [6].

Phim X quang thường quy vẫn có ý nghĩa nhất định trong chẩn đoán gãy xương hàm dưới nói chung, cho phép khảo sát các vị trí gãy vùng cằm, ngành ngang, ngành lên, dưới lỗi cầu và một số trường hợp gãy cổ lỗi cầu, đánh giá di lệch theo 2 chiều trong không gian trên mỗi phim chụp. Tuy nhiên, không đánh giá được các tổn thương sâu, đặc biệt ở chòm lỗi cầu, cổ lỗi cầu, hệ thống dây chằng bao khớp.

Trên phim chụp cắt lớp vi tính với các bình diện axial, coronal, sagittal sẽ phát hiện chính xác, đầy đủ các tổn thương nông và sâu, vùng lỗi cầu. Qua phần mềm xử lý, sẽ tái tạo được hình ảnh 3D, có thể xoay theo các chiều, thể khác nhau để thấy được tổn thương rõ nhất. Từ đó, có phương pháp

điều trị kịp thời, đem lại kết quả tối ưu nhất cho BN về cả chức năng và thẩm mỹ.

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 35 BN gãy LCXHD do chấn thương, điều trị phẫu thuật tại Khoa Hàm mặt và tạo hình, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 3/2020 đến tháng 4/2021, kết luận:

- Tuổi trung bình của BN là $34,14 \pm 13,13$ tuổi. Tỷ lệ BN nam/nữ = 6/1. Nguyên nhân chủ yếu gây LCXHD là do tai nạn giao thông (chiếm 85,7%).

- Triệu chứng lâm sàng thường gặp: đau chói sưng nề trước tai, bầm tím (100%), hạn chế há miệng (88,6%), khớp cắn sai lệch trước bên gãy (68,6%), giảm hoặc mất cử động lỗi cầu hàm dưới (28,6%), hàm dưới tụt sau (25,7%).

- 24 BN (68,6%) gãy LCXHD 1 bên, 11 BN (31,4%) gãy LCXHD 2 bên. 11/35 BN (31,4%) gãy LCXHD kết hợp với gãy các xương khác vùng hàm mặt, trong đó, 63,6% kết hợp gãy xương gò má cung tiếp, 36,4% gãy xương hàm trên. 22/35 BN (62,8%) gãy LCXHD kết hợp với gãy các vị trí khác của xương hàm dưới, trong đó, 63,6% gãy vùng cằm, 31,8% gãy ngành ngang, 4,6% gãy góc hàm.

- Chụp X quang phát hiện 26 vị trí gãy LCXHD, chụp cắt lớp vi tính giúp phát hiện 46 vị trí gãy LCXHD. Như vậy, chụp cắt lớp vi tính giúp phát hiện chính xác, đầy đủ tổn thương gãy lỗi cầu và các tổn thương khác vùng hàm mặt, giúp cho lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hồ Nguyễn Thanh Chơn, Nguyễn Văn Tuấn, Lê Trung Chánh (2020), "Dịch tễ học gãy xương vùng hàm mặt", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 24(2).
2. Phùng Đăng Khoa (2016), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy LCXHD tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
3. Hồ Nguyễn Thanh Chơn, Lâm Hoài Phương (2013), "Đánh giá hiệu quả điều trị gãy LCXHD bằng kết hợp xương qua đường dưới hàm", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 17(2): 173-179.
4. Nguyễn Thị Yến (2018), Đặc điểm lâm sàng, X-quang và kết quả điều trị gãy dưới LCXHD tại bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 8/2017 đến tháng 10/2018, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
5. Rozeboom A.V.J, Klumpert L.T, Koutris M, et al (2018), "Clinical outcomes in the treatment of unilateral condylar fractures: a cross-sectional study", *Int J Oral Maxillofac Surg*, 47 (9): 1132-1137.
6. Ellis E, McFadden D, Simon P, et al (2000), "Surgical complications with open treatment of mandibular condylar process fractures", *J Oral Maxillofac Surg*, 58(9): 950-8. □

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG 48 BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MŨI

PGS.TS. VŨ NGỌC LÂM, TS. LÊ THỊ THU HẢI
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
 ThS. NGÔ THẾ MẠNH - *Bệnh viện Quân y 103*
 Phản biện khoa học: (1) TS. LÊ ĐỨC TUẤN
 (2) TS. LÊ MẠNH CƯỜNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả đặc điểm lâm sàng 48 bệnh nhân tổn thương khuyết phần mềm vùng mũi, phẫu thuật tạo hình tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ năm 2014-2020.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 1,18/1; độ tuổi hay gặp nhất là trên 55 tuổi (50,0%). Nguyên nhân chủ yếu tổn thương khuyết phần mềm vùng mũi do sau cắt các tổn thương ác tính (58,3%). Đặc điểm tổn thương: đa số tổn thương khuyết phần mềm gặp vị trí cánh mũi (56,3%), kích thước tổn thương khuyết phần mềm $\geq 2 \text{ cm}^2$ (85,4%), tổn thương khuyết xuyên tổ chức (52,1%). Hay gặp nhất là tổn thương 1 đơn vị giải phẫu vùng mũi (66,7%), vị trí tổn thương kết hợp là vùng má (25,0%).

Từ khóa: Khuyết phần mềm vùng mũi.

ABSTRACT: Descriptive retrospective and prospective study the clinical characteristic of 48 patients with nasal soft tissue defects were hospitalized in the Departments of Maxillofacial and Plastic Surgery (in both two Military hospitals 108 and 103) within 2014-2020.

Results: Male/female patient ratio was 1.18/1; the most common age group was over 55 years old (50%). Main cause of nasal defect were the consequent of malignant maxillectomy (58.3%). Defect characteristics: almost soft tissue defects at nasal alar (56.3%), size defects $\geq 2 \text{ cm}^2$ (85.4%), full-thickness nasal defects (52.1%). Most patients were injured at one anatomical nasal unit (66.7%), cheek area defects combine injuries (25.0%).

Keywords: Nasal soft tissue defect.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Ngô Thế Mạnh, Email: ntmanhdoctor@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/6/2021; mời phản biện khoa học: 7/2021; chấp nhận đăng: 28/9/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Khuyết phần mềm vùng mũi là tổn thương thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau, như chấn thương, sau phẫu thuật cắt bỏ u vùng mũi, sau điều trị tia xạ... Tổn thương khuyết phần mềm vùng mũi gây ảnh hưởng nặng nề đến thẩm mỹ, chức năng và tâm lý người bệnh. Vì vậy, điều trị phục hình các tổn thương này có ý nghĩa vô cùng quan trọng, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Để đưa ra kế hoạch điều trị hiệu quả nhất, phẫu thuật viên cần hiểu rõ nguyên nhân gây tổn thương và đặc điểm lâm sàng tổn thương khuyết phần mềm vùng mũi trên từng người bệnh.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân (BN) tổn thương khuyết phần mềm vùng mũi.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

48 BN có tổn thương khuyết phần mềm vùng mũi, được phẫu thuật tạo hình tại Bệnh viện Quân

y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ năm 2014-2020.

Lựa chọn các BN có bệnh án đủ thông tin nghiên cứu (với BN hồi cứu) và BN tổn thương khuyết phần mềm mũi đơn thuần hoặc có kết hợp tổn thương khuyết phần mềm tổ chức lân cận, như mí dưới, má, môi trên (với BN tiền cứu); các BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả lâm sàng.

- Phương pháp tiến hành nghiên cứu:

+ BN hồi cứu (9 BN): thu thập thông tin nghiên cứu của BN qua hồ sơ, bệnh án lưu trữ.

+ BN tiền cứu (39 BN): khám lâm sàng, cận lâm sàng đầy đủ cho phẫu thuật và ghi nhận theo các tiêu chí nghiên cứu. Đánh giá tổn thương, dự kiến kích thước phần mềm khuyết hổng sau cắt lọc làm sạch tổn thương. Với các BN nghi ngờ ung thư da, cho làm sinh thiết trước mổ để chẩn đoán xác định

và sinh thiết tức thì trong mổ để bảo đảm cắt hết tổn thương; sau đó, đánh giá lại tổn thương về vị trí, kích thước và tính chất.

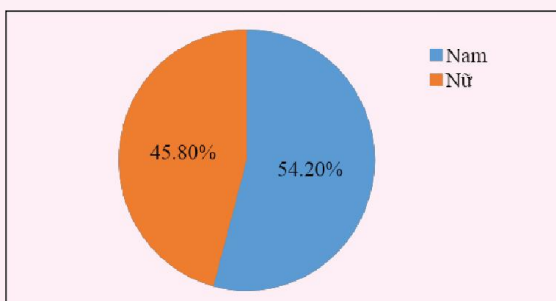
- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được hội đồng đạo đức các bệnh viện thông qua. Thông tin người bệnh được bảo mật và chỉ sử dụng phục vụ mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm thống kê y học và phần mềm Excel.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

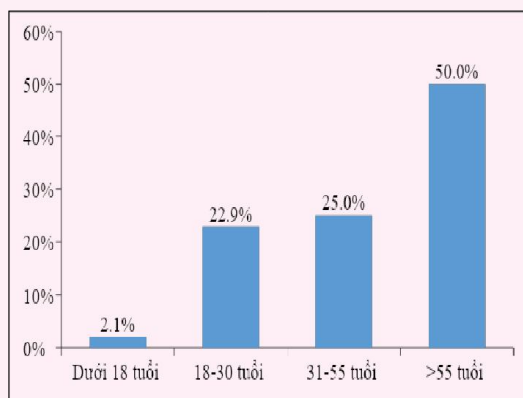
- Phân bố BN theo giới tính (n = 48):



Biểu đồ 1. Phân bố BN theo giới tính.

Đa số BN nghiên cứu là nam giới (54,2%). Tỷ lệ BN nam/nữ là 1,18/1. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu của Bùi Văn Cường năm 2014 (với 83 BN, thấy tỷ lệ BN nam và nữ lần lượt là 50,4% và 49,6% [1]); nghiên cứu của Konofaos năm 2015 (với 419 BN, thấy tỷ lệ 44,5% BN nam và 55,5% BN nữ [2]).

- Phân bố BN theo tuổi (n = 48):



Biểu đồ 2. Phân bố BN theo tuổi.

BN nghiên cứu từ 6-93 tuổi, trung bình là 54,17 ± 23,9 tuổi. Trong đó, độ tuổi hay gặp nhất là trên 55 tuổi (chiếm 50%). Nghiên cứu của Nguyễn Huệ Chi (2004) cho thấy hay gặp nhất là BN từ 18-30 tuổi (54,8%) [3]. Nghiên cứu của Bùi Văn Cường (2014) thấy độ tuổi BN từ 18-30 tuổi chiếm 36,05% [1], ít hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, có thể

do nguyên nhân tổn thương khuyết phần mềm vùng mũi trong các nghiên cứu có sự khác biệt.

- Phân bố BN theo nguyên nhân tổn thương:

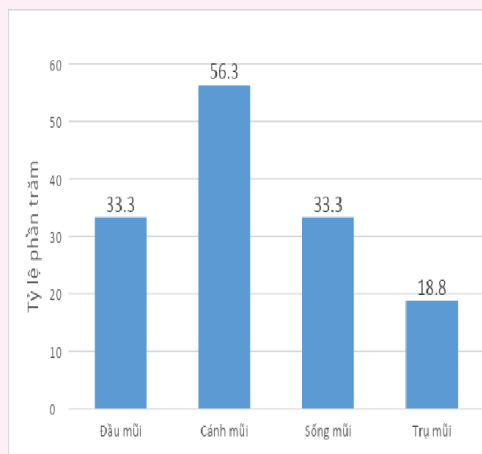
Bảng 1. Nguyên nhân tổn thương (n = 48).

Nguyên nhân tổn thương	Số BN	Tỷ lệ %
Tai nạn giao thông	1	2,1
Tai nạn lao động	3	6,3
Tai nạn sinh hoạt	3	6,3
Sau cắt u lành	4	8,3
Sau cắt u ác	28	58,3
Di chứng chấn thương	4	8,3
Di chứng xạ trị	2	4,2
Bẩm sinh	3	6,3

Chủ yếu BN tổn thương khuyết phần mềm vùng mũi có nguyên nhân sau cắt các tổn thương ác tính (28/48 BN, chiếm 58,3%), do nguyên nhân chấn thương chỉ chiếm 7/48 BN (14,7%); khác với kết quả nghiên cứu của Bạch Minh Tiến năm 2002 (tổn thương thứ phát gặp ở 63,64% BN [4]).

3.2. Đặc điểm, tính chất tổn thương:

- Vị trí tổn thương (n = 48):



Biểu đồ 3. Phân bố vị trí tổn thương khuyết phần mềm vùng mũi trên các BN.

Vị trí tổn thương khuyết phần mềm vùng mũi hay gặp nhất là cánh mũi (27/48 BN, chiếm 56,3%), tiếp đến là đầu mũi và sống mũi (đều chiếm 33,3%), ít gặp nhất là tổn thương khuyết phần mềm vùng trụ mũi (18,8%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bùi Văn Cường năm 2014 (tỷ lệ tổn thương cánh mũi chiếm 63,86% [1]); hay nghiên cứu của Jenica năm 2014 (vị trí tổn thương hay gặp nhất là cánh mũi [5]).

- Kích thước tổn thương (bảng 2):

Hầu hết BN có kích thước tổn thương ≥ 2 cm² (41/48 BN, chiếm 85,4%). Kết quả này tương tự kết

quả nghiên cứu của Bùi Văn Cường (kích thước tổn thương trên 2 cm² chiếm 65,06% [1]), Bạch Minh Tiến (kích thước tổn thương phần mềm vùng mũi $\geq 1,5$ cm² chiếm trên 80% [4]).

Bảng 2. Kích thước tổn thương (n = 48).

Kích thước tổn thương	Số BN	Tỉ lệ %
Dưới 1,5 cm ²	5	10,4
1,5-2 cm ²	2	4,2
≥ 2 cm ²	41	85,4

- Chiều dày tổn thương:

Bảng 3. Chiều dày tổn thương.

Chiều dày tổn thương đầu mũi, cánh mũi	Số BN	Tỉ lệ %
Khuyết nông	3	6,3
Khuyết sâu (da, tổ chức dưới da, sụn)	20	41,7
Khuyết xuyên tổ chức da, sụn, niêm mạc	25	52,1

93,8% BN có tổn thương khuyết sâu (da, tổ chức dưới da, sụn; khuyết xuyên tổ chức da, sụn niêm mạc), chỉ có 3/48 BN (6,3%) tổn thương khuyết nông. Trong đó, nhóm BN có tổn thương khuyết xuyên tổ chức da, sụn, niêm mạc chiếm tỉ lệ lớn nhất (25/48 BN, chiếm 52,1%). Nghiên cứu của Bhatt (2006) tại Ấn Độ cho thấy 44 trường hợp (45,45%) khuyết xuyên tổ chức được điều trị tái cấu trúc khuyết phần mềm đầu mũi và cánh mũi [6]. Nghiên cứu của Bùi Văn Cường (2014) cho thấy 42,17% BN tổn thương khuyết xuyên tổ chức và 36,14% BN tổn thương khuyết sâu [1]. Các kết quả này tương đương kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Điều này được giải thích do đa số BN có tổn thương vùng mũi sau phẫu thuật u ác tính, cần loại bỏ sâu rộng các tổ chức ung thư.

- Số lượng đơn vị tổn thương (n = 48):

Bảng 4. Số lượng đơn vị tổn thương.

Số lượng đơn vị tổn thương	Số BN	Tỉ lệ %
1 đơn vị	32	66,7
2 đơn vị	12	25,0
3 đơn vị	4	8,3

32/48 BN (66,7%) tổn thương 1 đơn vị giải phẫu vùng mũi. Chỉ có 4/48 BN (8,3%) tổn thương 3 đơn vị giải phẫu. Nghiên cứu của Jenica (2014) cho thấy 199/315 BN (63,2%) có tổn thương 1 đơn vị giải phẫu vùng mũi và 116/315 BN (37,8%) có tổn thương nhiều đơn vị giải phẫu vùng mũi [5].

- Tổn thương kết hợp (bảng 5):

Tổn thương kết hợp hay gặp nhất là vùng má (25,0%), tiếp đến là mi dưới (14,6%), ít gặp nhất là

kết hợp tổn thương góc mắt và môi trên (đều chiếm 4,2%). Nguyên nhân chủ yếu là sau phẫu thuật u ác tính (do các tổn thương u ác tính thường yêu cầu cắt sâu và rộng, do đó để lại các tổn khuyết lớn ở vùng mũi và các vùng lân cận, trong đó hay gặp nhất là vùng má).

Bảng 5. Tổn thương kết hợp (n = 48).

Tổn thương	Số BN	Tỉ lệ %
Góc mắt	2	4,2
Mi dưới	7	14,6
Má	12	25,0
Môi trên	2	4,2

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 48 BN có tổn thương khuyết phần mềm vùng mũi được phẫu thuật tạo hình tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ năm 2014-2020, kết luận:

- Đa số BN là nam giới (54,2%), tỉ lệ BN nam/nữ là 1,18/1. Hay gặp nhất là BN trên 55 tuổi (50,0%). Nguyên nhân chủ yếu tổn thương khuyết phần mềm vùng mũi do sau cắt các tổn thương ác tính (58,3%).

- Đặc điểm tổn khuyết: đa số BN có tổn thương ở vị trí cánh mũi (chiếm 56,3%), tổn thương khuyết phần mềm vùng mũi kích thước ≥ 2 cm² (chiếm 85,4%), tổn thương khuyết xuyên tổ chức (chiếm 52,1%), tổn thương 1 đơn vị giải phẫu vùng mũi (chiếm 66,7%), tổn thương kết hợp ở vị trí vùng má (chiếm 25,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bùi Văn Cường (2014), Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. P Konofaos, S Alvarez, J.E McKinnie et al (2015), "Nasal Reconstruction: A Simplified Approach Based on 419 Operated Cases", *Aesthetic Plast Surg*, 39(1), pp. 91-9.
3. Nguyễn Huệ Chi, Nguyễn Huy Thọ (2004), Đánh giá kết quả điều trị khuyết cánh mũi, *trụ vách mũi bằng ghép tự do mảnh ghép phức hợp sụn vành tai*, Đại học Y Hà Nội.
4. Bạch Minh Tiến (2002), Đánh giá kết quả sử dụng vật trán và vật rãnh mũi má trong điều trị tổn thương phần mềm vùng mũi, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. J.S Yong, J.J Christophel, S.S Park (2014), "Repair of intermediate-size nasal defects: a working algorithm", *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 140(11), pp. 1027-33.
6. Y Bhatt, K Vyas, D Nakade et al (2006), "Reconstruction of nasal defects our three years experience", *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, 58 (1), pp. 51-6. □

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN CƠ XƯƠNG NGHỀ NGHIỆP Ở 1.500 QUÂN NHÂN LÀ BỘ ĐỘI CÔNG BINH

ThS. PHAN VĂN MẠNH, BS. NGUYỄN HỮU BÈN
BS. BÙI DUY HOÀN, BS. VŨ QUANG PHONG
ThS. NGUYỄN VĂN KHÔI, PGS.TS. NGUYỄN MINH PHƯƠNG
Học viện Quân y
Phản biện khoa học: (1) TS. NGUYỄN VĂN CHUYỀN
(2) TS. NGUYỄN VĂN BẰNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đánh giá thực trạng rối loạn cơ xương nghề nghiệp ở 1.500 quân nhân là bộ đội công binh, từ tháng 5/2020 đến tháng 3/2021.

Kết quả: Tỷ lệ đau mỗi cơ xương mạn tính chung (trong 12 tháng) là 59,8%, chủ yếu gặp ở vùng gáy, bả vai, nửa trên lưng, nửa dưới lưng (đều trên 25% các trường hợp). Đau mỗi cơ xương mạn tính phải nghỉ việc chiếm tỷ lệ 25,07%; trong đó, hay gặp nhất là đau mỗi cơ xương vùng nửa dưới lưng (14,67%), tiếp đến các vùng gáy, vai và nửa trên lưng (đều trên 10%). Đau mỗi cơ xương cấp tính chiếm tỷ lệ cao nhất ở vùng nửa dưới lưng (20,40%). Bộ đội công binh làm việc chủ yếu ở tư thế đứng và cúi. Bộ đội công binh làm chiến đấu viên có tỷ lệ bị rối loạn cơ xương cao nhất (75,0%).

Từ khóa: Rối loạn cơ xương nghề nghiệp, bộ đội công binh.

ABSTRACT: A cross-sectional descriptive study was applied in order to investigate musculoskeletal disorders among 1,500 servicemen of the Sapper Forces, from May, 2020 to March, 2021.

Results: The prevalence of chronic musculoskeletal pain (in 12 months) was 59.8% that mainly found in the nape, shoulder, upper back (over 25% of cases). Chronic musculoskeletal pain having to leave work was 25.07%, in which, the most common was low back pain (14.67%), followed by the nape, shoulders and upper back pain (all over 10%). Acute musculoskeletal pain accounted for the highest percentage was low back pain (20.40%). Sapper soldiers work mainly in standing and crouching position. Sapper soldiers as combatants had the highest rate of musculoskeletal disorders (75.0%).

Keywords: Work related musculoskeletal disorders, sapper soldiers.

Chịu trách nhiệm nội dung: PGS.TS. Nguyễn Minh Phương, Email: phuonkg21@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/8/2021; mời phản biện khoa học: 9/2021; chấp nhận đăng: 28/9/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Rối loạn cơ xương nghề nghiệp là một nhóm bệnh mạn tính, biểu hiện bởi triệu chứng đau mỗi các vùng cơ, xương, khớp của cơ thể, gây khó chịu cho con người; nguyên nhân do các vi chấn thương ở các mô mềm và xương, khớp trong quá trình lao động nghề nghiệp với các cử động lặp đi lặp lại hoặc quá sức của cơ thể. Rối loạn cơ xương là một vấn đề đáng quan tâm ở người lao động nói chung và quân nhân (QN) nói riêng. Ở những người lao động lâu năm, đau lưng cấp tính xếp hàng thứ hai trong số các nguyên nhân phải nghỉ làm ngắn ngày (54%); xếp sau đó là những rối loạn cơ xương ở các vị trí khác (khoảng 49%). Rối loạn cơ xương cũng là nguyên nhân thứ hai gây giảm sức lao động ở những công nhân có thời gian công tác lâu năm (42%). Đối với những người lao động thời vụ, rối loạn cơ xương là nguyên nhân đứng hàng thứ ba (31%) gây giảm sức lao động [1].

Trong quân đội, rối loạn cơ xương cũng là một vấn đề sức khỏe cần được quan tâm đúng mức.

Các QN thường phải thực hiện nhiều hoạt động nghiệp vụ, huấn luyện sẵn sàng chiến đấu, rèn luyện thể chất, thể thao... có thể dẫn đến rối loạn cơ xương. Bên cạnh đó, với tính chất đặc thù trong huấn luyện quân sự, QN còn phải mang vác những trang bị, khí tài nặng, với cường độ lao động cao. Đây là những nguyên nhân trực tiếp gây ra tình trạng rối loạn cơ xương ở QN. Tình trạng rối loạn cơ xương ở QN là một trong những nguyên nhân sức khỏe ảnh hưởng tới khả năng và chất lượng hoàn thành nhiệm vụ của đơn vị (giảm khả năng đáp ứng thời gian, cường độ huấn luyện, lao động của QN), đặc biệt ở các đơn vị có nghiệp vụ lao động quân sự đặc thù.

Bộ đội công binh với đặc thù lao động khá nặng nhọc, tính chất công việc với gánh nặng lao động thể lực lớn như đào hầm, hào, công sự, tư thế lao động bất lợi, mang vác nặng... tác động lớn đến hệ thống cơ xương khớp. Do vậy, nguy cơ xuất hiện rối loạn cơ xương nghề nghiệp ở bộ đội công binh khá cao. Tuy nhiên, hiện nay vẫn chưa có số liệu

nghiên cứu nào về tình trạng rối loạn cơ xương nghề nghiệp ở bộ đội công binh. Nghiên cứu về rối loạn cơ xương ở bộ đội công binh là hết sức cần thiết nhằm đưa ra những căn cứ khoa học không chỉ giúp cho các cấp, các đơn vị nâng cao chất lượng công tác quản lý sức khỏe QN, mà còn làm cơ sở đề xuất các biện pháp dự phòng rối loạn cơ xương, giảm thiểu các chấn thương nghề nghiệp, nâng cao chất lượng sức khỏe bộ đội.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng rối loạn cơ xương nghề nghiệp ở bộ đội công binh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

1.500 QN đang công tác tại Binh chủng Công binh, tham gia điều tra tình trạng rối loạn cơ xương. Thời gian nghiên cứu từ tháng 5/2020 đến tháng 3/2021.

Lựa chọn các QN có hoạt động nghiệp vụ là chiến đấu viên, lái xe, tái tàu sông, hành chính phục vụ và chiến sĩ mới đang trong giai đoạn huấn luyện. Loại trừ những đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Phương tiện nghiên cứu: phiếu phỏng vấn về đặc điểm đau mỗi cơ xương theo “Thường quy kĩ thuật sức khỏe nghề nghiệp và môi trường” [2].

- Cỡ mẫu nghiên cứu tính theo công thức:

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

Trong đó: độ tin cậy 95%; $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; p là tỉ lệ ước đoán rối loạn cơ xương bị loại ngũ (khoảng 7,2%, theo nghiên cứu của Safak Ekinci, năm 2015 [3]); q = 1 - p; d là sai số tuyệt đối mong muốn (chọn d = 1,4%). Thay các chỉ số vào công thức trên, tính được n = 1.200. Thực tế nghiên cứu điều tra 1.500 QN đang huấn luyện làm việc tại các đơn vị thuộc Binh chủng Công binh.

- Chỉ tiêu nghiên cứu: tỉ lệ đau mỗi cơ ở từng vị trí (%); tỉ lệ nhóm cơ chịu căng thẳng nhiều nhất, có liên quan đến lao động (%); tư thế lao động của QN phân bố theo thời gian làm việc (%).

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức Học viện Quân y và chỉ huy các đơn vị chấp thuận. Thông tin về đối tượng nghiên cứu được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

- Tuổi trung bình: $29,46 \pm 10,36$ tuổi, trong đó, QN từ 18-20 tuổi chiếm tỉ lệ nhiều nhất (32,6%)

Bảng 1. Vị trí đau mỗi cơ xương ở bộ đội công binh (n = 1.500).

Vị trí đau mỗi		Mạn tính	Đau mỗi phải nghỉ việc	Cấp tính
Gáy		405 (27,00%)	200 (13,33%)	274 (18,27%)
Bả vai	Vai phải	178 (11,87%)	70 (4,67%)	104 (6,93%)
	Vai trái	33 (2,2%)	21 (1,40%)	19 (1,27%)
	Hai vai	208 (13,87%)	91 (6,07%)	122 (8,13%)
Khuỷu tay	Khuỷu phải	85 (5,67%)	37 (2,47%)	44 (2,93%)
	Khuỷu trái	34 (2,27%)	15 (1,00%)	9 (0,60%)
	Hai khuỷu	134 (8,93%)	49 (3,27%)	51 (3,40%)
Cổ tay hoặc bàn tay	Bên phải	123 (8,20%)	41 (2,73%)	59 (3,93%)
	Bên trái	32 (2,13%)	16 (1,07%)	19 (1,27%)
	Hai bên	137 (9,13%)	59 (3,93%)	61 (4,07%)
Nửa trên của lưng		421 (28,07%)	175 (11,67%)	205 (13,67%)
Nửa dưới của lưng		475 (31,67%)	220 (14,67%)	306 (20,40%)
Một hoặc hai đùi		233 (15,53%)	100 (6,67%)	119 (7,93%)
Một hoặc hai đầu gối		297 (19,80%)	134 (8,93%)	181 (12,07%)
Một hoặc hai mắt cá chân		145 (9,67%)	69 (4,60%)	75 (5,00%)
Đau mỗi cơ xương chung		897 (59,80%)	376 (25,07%)	483 (32,20%)

Đau mỗi cơ xương mạn tính (trong 12 tháng) ở bộ đội công binh chiếm 59,8%, chủ yếu gặp ở vùng gáy, bả vai, nửa trên lưng (đều chiếm trên 25,0% các trường hợp; đau mỗi cơ xương mạn tính cao nhất gặp ở nửa dưới lưng, chiếm 31,67%).

25,07% trường hợp đau mỗi cơ xương mạn tính chung phải nghỉ việc, trong đó hay gặp nhất là đau mỗi cơ xương vùng nửa dưới lưng (14,67%), tiếp đến là đau mỗi cơ xương các vùng gáy, vai và nửa trên lưng (đều trên 10,0%).

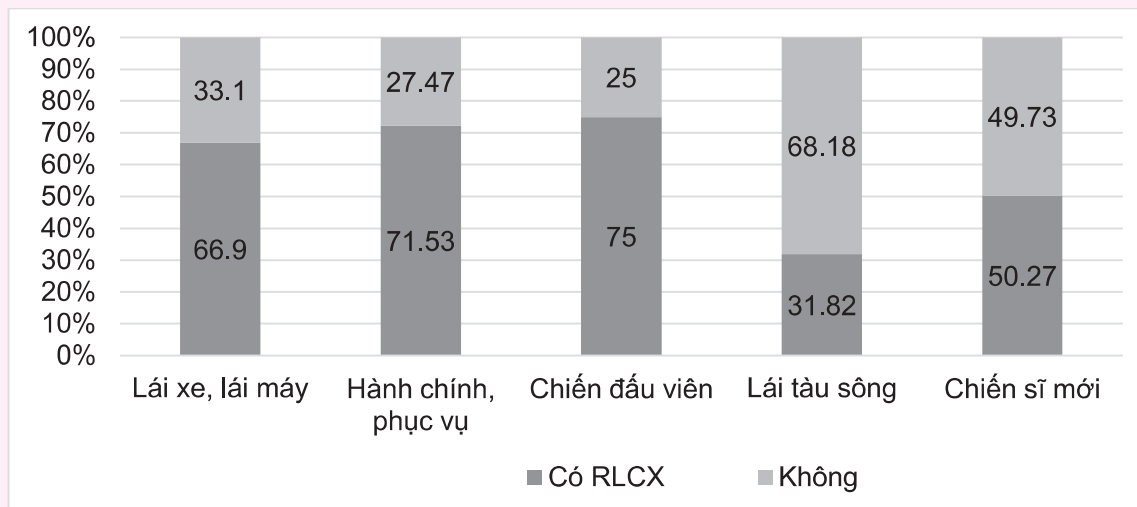
32,20% trường hợp có đau mỗi cơ xương cấp tính, trong đó, chiếm tỉ lệ cao nhất là đau mỗi cơ xương cấp tính vùng nửa dưới lưng (20,40%).

Bảng 2. Phân bố tư thế lao động của bộ đội công binh theo thời gian làm việc.

Tư thế làm việc	Phân bố thời gian làm việc				Tổng
	25%	50%	75%	100%	
Ngồi	800 (77,75%)	165 (16,03%)	50 (4,86%)	14 (1,36%)	1.029 (100%)
Đứng	746 (53,17%)	490 (34,93%)	142 (10,12%)	25 (1,78%)	1.403 (100%)
Cúi	1.040 (90,91%)	87 (7,60%)	10 (0,87%)	7 (0,61%)	1.144 (100%)
Xoay/vận người	754 (80,38%)	172 (18,34%)	6 (0,64%)	6 (0,64%)	938 (100%)

Chủ yếu bộ đội công binh làm việc ở tư thế đứng và cúi. Trong đó, đa số bộ đội làm việc ở tư thế đứng với 25-50% tổng thời gian làm việc và tư thế cúi với 25% tổng thời gian làm việc.

- Tỉ lệ rối loạn cơ xương ở các ngành nghề công việc khác nhau của bộ đội công binh.



Tỉ lệ rối loạn cơ xương ở các ngành nghề, công việc khác nhau của bộ đội công binh.

Kết quả cho thấy, rối loạn cơ xương gặp nhiều nhất ở QN là chiến đấu viên (75,0%), tiếp theo là hành chính phục vụ (71,53%). Đối với chiến sĩ mới và lái tàu sông, tỉ lệ bị rối loạn cơ xương có thấp hơn (lần lượt 50,27% và 31,82%).

4. BÀN LUẬN.

Nghiên cứu thực hiện trên 1.500 QN thuộc Binh chủng Công binh. Kết quả cho thấy, tỉ lệ rối loạn cơ xương mạn tính chung ở bộ đội công binh là 59,8%, trong đó, hay gặp nhất đau mỗi cơ xương mạn tính ở nửa dưới lưng (31,67%), tiếp đến vùng gáy, bả vai, nửa trên lưng (đều trên 25% các trường hợp). Đau mỗi cơ xương mạn tính chung phải nghỉ việc chiếm tỉ lệ thấp (25,07%), trong đó, đau mỗi cơ

xương vùng nửa dưới lưng phải nghỉ việc chiếm tỉ lệ nhiều nhất (14,67%), tiếp đến các vùng gáy, vai và nửa trên lưng (đều trên 10,0%). 32,20% trường hợp có đau mỗi cơ xương cấp tính, trong đó, chiếm tỉ lệ cao nhất là đau mỗi cơ xương cấp tính vùng nửa dưới lưng (20,40%).

Kết quả nghiên cứu này tương tự nhiều báo cáo về rối loạn cơ xương ở quân đội một số nước. Theo một số tác giả, tỉ lệ đau mỗi cơ xương ở QN Thụy Điển tham gia nhiệm vụ gìn giữ hòa bình tại Afghanistan và nhiệm vụ quốc tế khác chiếm từ 67-70% [4], [5]. Một nghiên cứu khác ở Hoa Kỳ thực hiện tại một bệnh viện quân y hỗ trợ chiến đấu ở Iraq trong năm 2006 báo cáo rằng, trong số 224 bệnh nhân, vùng cơ thể phổ biến nhất có triệu

chứng đau mỏi dẫn đến phải chăm sóc y tế là cột sống thắt lưng, tiếp theo là vai, đầu gối và mắt cá chân [6]. Các phát hiện trong một nghiên cứu thuần tập trên 34.006 binh sĩ Hoa Kỳ được vận chuyển y tế khỏi Iraq và Afghanistan từ tháng 01/2004 đến tháng 12/2007, thấy lí do phổ biến nhất là rối loạn cơ xương (8.104 đối tượng, chiếm 24%) và phổ biến thứ năm là đau cột sống (2.445 đối tượng, chiếm 7%) [7]. Belmont và cộng sự thấy những kết quả tương tự về rối loạn cơ xương ở QN Hoa Kỳ, trong đó các vị trí đau mỏi chủ yếu là cột sống thắt lưng (14%), vai (12%), đầu gối và mắt cá chân (14%) trong thời gian 15 tháng làm nhiệm vụ ở Iraq [8].

Đặc điểm tư thế lao động của bộ đội công binh cho thấy, chủ yếu QN làm việc ở tư thế đứng và cúi với thời gian làm việc chiếm 25-50%. Trong đó, đa số bộ đội làm việc ở tư thế đứng (với 25-50% tổng thời gian làm việc) và tư thế cúi (với 25% tổng thời gian làm việc). Bộ đội công binh thường xuyên thực hiện các công việc thiên về xây dựng, đào, xới, bê vác, vận chuyển... Do vậy, tư thế làm việc chủ yếu của bộ đội công binh là đứng, cúi và xoay vặn người. Bộ đội công binh là lực lượng chính tham gia vào các hoạt động vận chuyển, xây dựng, đào hầm, hào trong chiến đấu cũng như tham gia các hoạt động xây dựng các công trình (đường xá, nhà ở...), tham gia vận chuyển vật chất, hàng hóa trong điều kiện thời bình. Với những đặc điểm lao động như vậy, các bộ phận cơ thể thường xuyên chịu tác động của lực cơ học, sức nặng của đồ vật, hàng hóa lên vùng lưng trên, lưng dưới và vùng vai, thậm chí một số vật chất đòi hỏi bộ đội phải vận chuyển bằng tay không, đội vật nặng trên đầu, hoặc gánh vật nặng trên vai đi trên đoạn đường dài. Do vậy, những vùng, bộ phận này thường dễ mắc tình trạng rối loạn cơ xương với tỉ lệ cao hơn so với những vùng, bộ phận khác của cơ thể.

Đối với tỉ lệ rối loạn cơ xương trong các loại hình lao động của bộ đội công binh, chúng tôi nhận thấy rằng, chiến đấu viên có tỉ lệ rối loạn cơ xương cao nhất (75,0%). Theo chúng tôi, đây là lực lượng hoạt động đặc thù và nặng nhọc nhất của bộ đội công binh, như làm các công việc chiến đấu và phục vụ chiến đấu (đào hầm, xây dựng các công trình quân sự), nên nguy cơ bị rối loạn cơ xương là cao nhất. Lực lượng làm công việc hành chính, phục vụ cũng có tỉ lệ rối loạn cơ xương cao (71,53%). Theo chúng tôi, do tư thế làm việc hành chính gò bó, ít vận động nên cũng gây ra tình trạng đau mỏi cơ xương. Lực lượng chiến sĩ mới do mới nhập ngũ, thời gian hoạt động chưa nhiều và tuổi còn trẻ nên tỉ lệ đau mỏi cơ xương có thấp hơn (50,27%).

5. KẾT LUẬN.

59,8% bộ đội công binh đau mỏi cơ xương mạn tính (trong 12 tháng), chủ yếu gặp ở vùng gáy, bả vai, nửa trên lưng, nửa dưới lưng (đều trên 25,0%). 25,07% trường hợp đau mỏi cơ xương mạn tính phải nghỉ việc, trong đó, hay gặp nhất là đau mỏi cơ xương vùng nửa dưới lưng (14,67%), tiếp đến các vùng gáy, vai và nửa trên lưng (đều trên 10,0%). Tỉ lệ đau mỏi cơ xương cấp tính chiếm tỉ lệ cao nhất là vùng nửa dưới lưng (20,40%).

Chủ yếu bộ đội công binh làm việc ở tư thế đứng và cúi. Bộ đội công binh làm chiến đấu viên có tỉ lệ bị rối loạn cơ xương cao nhất (75,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường - Bộ y tế (2015), *Thường quy kĩ thuật sức khỏe nghề nghiệp và môi trường*, tập 1, Nhà xuất bản Y học.
2. Safak E, Necmettin K, Ibrahim A, et al (2015), "Prevalence and distribution of musculoskeletal disorders causing unfitness for military personel during peacekeeping operatins in Afghanistan", *Eur spine J*, 21 (4): 739-44.
3. Ksenia Zheltoukhova, Lisa O'Dea, Stephen Bevan (2012), "Taking the strain: The impact of musculoskeletal disorders on work and home life", *The work foundation part of lancaster university*, 1-60.
4. Glad D, Skillgate E, Holm L.W (2012), "The occurrence and severity of musculoskeletal disorders in Swedish military personnel during peacekeeping operations in Afghanistan", *Eur Spine J*, 21 (4): 739-44.
5. Halvarsson A, Seth M, Tegern M et al (2019), "Remarkable increase of musculoskeletal disorders among soldiers preparing for international missions - comparison between 2002 and 2012", *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20: 444.
6. Rhon D.I (2010), "A physical therapist experience, observation, and practice with an infantry brigade combat team in support of Operation Iraqi Freedom", *Mil Med*, 175 (6): 442-447.
7. Cohen S.P, Brown C, Kurihara C, Plunkett A, Nguyen C, Strassels S.A (2010), "Diagnoses and factors associated with medical evacuation and return to duty for service members participating in Operation Iraqi Freedom or Operation Enduring Freedom: a prospective cohort study", *Lancet*, 375 (9711): 301-3097.
8. Belmont P.J Jr, Goodman G.P, Waterman B, DeZee K, Burks R, Owens B.D (2010), "Disease and nonbattle injuries sustained by a US Army Brigade Combat Team during Operation Iraqi Freedom", *Mil Med*, 175 (7): 469-476. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU DO UNG THƯ DI CĂN THEO BẬC THANG GIẢM ĐAU CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI

TS. LA VÂN TRƯỜNG

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
DS. PHẠM THỊ ANH, TS. NGUYỄN TỬ SƠN
Trường Đại học Dược Hà Nội

Phản biện khoa học: (1) TS. NGUYỄN VIỆT LONG
(2) TS. VŨ QUANG TOÀN

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc, không đối chứng, đánh giá hiệu quả kiểm soát đau theo bậc thang giảm đau của Tổ chức Y tế thế giới trên 55 bệnh nhân ung thư di căn có đau khi nhập viện, điều trị tại Khoa Chẩn đoán và chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 12/2019 đến tháng 6/2020.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ = 2,06. Bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên chiếm 36,4%. Loại ung thư chiếm tỷ lệ cao là ung thư ống tiêu hóa (30,9%), ung thư phổi (12,7%), ung thư phụ khoa (12,7%), ung thư gan (9,1%). Đa số bệnh nhân ung thư di căn từ 2 vị trí trở nên (69,1%), còn điều trị ung thư đặc hiệu (86,1%). Cường độ đau khi nhập viện: 20,0% đau nhẹ; 56,4% đau vừa và 23,6% đau nặng. Trong 24 giờ đầu sau khi nhập viện, 100% bệnh nhân được dùng thuốc giảm đau. Sau 72 giờ điều trị, có 1,8% bệnh nhân không dùng thuốc giảm đau. Sau 72 giờ điều trị, cường độ đau hiện tại, cường độ đau đau nhẹ nhất 24 giờ, cường độ đau nặng nhất 24 giờ giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,001$). Sự hài lòng của bệnh nhân với kiểm soát đau: 92,7% bệnh nhân rất hài lòng, hài lòng và chấp nhận được; 5,5% bệnh nhân không hài lòng và 1,8% bệnh nhân rất không hài lòng.

Từ khóa: Đau, ung thư, điều trị đau.

ABSTRACT: Prospective, descriptive, longitudinal follow-up, no-control study evaluating the effectiveness of pain control according to the pain ladder of the World Health Organization on 55 patients with metastatic cancer having pain on admission treated at the Department of Pain Relief and Palliative Care, Central Military Hospital 108, from December 2019 to June 2020.

Results: The ratio of male/female patients = 2.06. Patients aged 65 and over accounted for 36.4%. The types of cancer with a high rate are gastrointestinal cancer (30.9%), lung cancer (12.7%), gynecological cancer (12.7%), liver cancer (9.1%). Most patients had metastatic cancer in 2 or more sites (69.1%); patients having specific cancer treatment accounted for 86.1%. Pain intensity on admission: 20.0% of patients had mild pain; 56.4% moderate pain and 23.6% severe pain. In the first 24 hours after admission, 100% of the patients received analgesics. After 72 hours of treatment, 1.8% of the patients did not take pain medication. After 72 hours of treatment, the current pain intensity, the lightest 24 hours pain intensity and the worst 24 hours pain intensity decreased statistically significantly compared to before treatment ($p < 0.001$). Patient satisfaction with pain control: 92.7% of patients were very satisfied, satisfied and acceptable; 5.5% not satisfied and 1.8% very dissatisfied.

Keywords: Pain, cancer, pain treatment.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. La Vân Trường, Email: lvtruonga6108@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/9/2021; mời phản biện khoa học: 9/2021; chấp nhận đăng: 28/9/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Đau là một trong những triệu chứng thường gặp ở các bệnh nhân (BN) ung thư, nhất là ở BN ung thư giai đoạn di căn. Marieke H.J và cộng sự (năm 2016) phân tích tổng hợp 122 nghiên cứu trên 63.533 BN ung thư, kết quả cho thấy, tỷ lệ BN có đau ở giai đoạn di căn và giai đoạn muộn chiếm 66,4% [1].

Đau là triệu chứng gây ảnh hưởng nặng nề đến bệnh và chất lượng sống ở nhiều mặt khác nhau,

như cảm giác, tình cảm, nhận thức, hành vi... nên rất cần được kiểm soát sớm. Điều trị đau là điều trị đa mô thức, bao gồm các biện pháp về tâm lý xã hội, các biện pháp điều trị ung thư đặc hiệu (phẫu thuật, hóa chất, tia xạ, điều trị đích, điều trị miễn dịch...), các kỹ thuật can thiệp giảm đau, (phóng bế, giải chèn ép...) và kiểm soát đau bằng thuốc.

Đến nay, kiểm soát đau do ung thư theo bậc thang giảm đau của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) được áp dụng rộng rãi trong, sau quá trình điều trị

ung thư đặc hiệu và ung thư giai đoạn cuối. Tại Việt Nam, còn ít các nghiên cứu về kiểm soát giảm đau của BN ung thư di căn.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả kiểm soát đau theo bậc thang giảm đau của WHO trên các BN ung thư di căn.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

55 BN ung thư di căn có đau khi nhập viện, điều trị tại Khoa Chống đau và chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 12/2019 đến tháng 6/2020.

Loại trừ BN điều trị giảm đau bằng các thuốc gây nghiện; BN đau liên quan đến cấp cứu ung thư hoặc đau không do ung thư; BN không theo dõi và đánh giá được các nội dung nghiên cứu; BN hoặc người nhà BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả, theo dõi dọc, không đối chứng.

- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

- Phương pháp tiến hành nghiên cứu:

+ Tất cả BN nghiên cứu được hỏi bệnh, khám bệnh, thực hiện các xét nghiệm cần thiết, ghi nhận các đặc điểm về tuổi; giới tính; loại ung thư; vị trí, số lượng di căn; phương pháp điều trị; tình trạng toàn thân.

+ Đánh giá, ghi nhận đặc điểm đau của BN khi vào viện và sau 72 giờ điều trị giảm đau, theo thang điểm Brief Pain Inventory (kiểm soát đau theo bậc thang giảm đau của WHO).

+ Ghi nhận các thuốc điều trị giảm đau BN đã dùng. Đánh giá sự hài lòng của BN sau 72 giờ điều trị kiểm soát đau theo 5 mức: rất hài lòng, hài lòng, chấp nhận được, không hài lòng, rất không hài lòng.

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Bệnh viện thông qua. BN được giải thích rõ mục đích, các thông tin người bệnh được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến liên tục được biểu thị dưới dạng giá trị trung bình (độ lệch chuẩn SD); các biến phân loại được biểu thị bằng tỉ lệ %. So sánh 2 giá trị trung bình điểm cường độ đau bằng T-test; khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm BN nghiên cứu (n = 55).

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ %
Tuổi	Trung bình	60 ± 11,64	
	Dưới 65 tuổi	35	63,6
	Từ 65 tuổi trở lên	20	36,4
Giới tính	Nam	37	67,3
	Nữ	18	32,7
Loại ung thư	Ổng tiêu hóa	17	30,9
	Phụ khoa	7	12,7
	Phổi	7	12,7
	Gan	5	9,1
	Đầu cổ	2	3,6
	Khác	17	30,9
Vị trí di căn	Xương	20	36,4
	Hạch	18	32,7
	Gan	12	21,8
	Phổi	5	9,1
	Khác	12	21,8
Số vị trí di căn	1 vị trí	17	30,9
	≥ 2 vị trí	38	69,1
Phương pháp điều trị hiện tại	Chưa điều trị	6	10,9
	Phẫu thuật	1	2,0
	Hóa chất + điều trị đích	37	67,3
	Tia xạ	3	6,0
	Chăm sóc giảm nhẹ	8	13,8
ECOG	≤ 2 điểm	49	89,1
	> 2 điểm	6	11,9

BN nam (63,6%) nhiều hơn bệnh nhân nữ (36,4%), tỉ lệ BN nam/nữ = 2,06. 36,4% BN từ 65 tuổi trở lên. Hay gặp nhất là ung thư ống tiêu hóa (30,9%), tiếp đến ung thư phổi (12,7%), ung thư phụ khoa (12,7%), ung thư gan (9,1%). Đa số BN ung thư di căn từ 2 vị trí trở nên (69,1%), bệnh nhân hiện còn điều trị ung thư đặc hiệu (86,1%).

3.2. Vị trí, tính chất đau của BN nghiên cứu:

Bảng 2. Vị trí, tính chất đau của BN (n = 55).

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ %
Vị trí	1 vị trí	42	76,4
	≥ 2 vị trí	13	24,6
	Đầu-cổ	06	10,9
	Ngực	11	20,0
	Bụng	27	49,1
	Lưng - thắt lưng	10	18,2
	Khác	12	21,8

	Đặc điểm	Số BN	Tỉ lệ %
Tính chất đau	Cấp tính (≤ 3 tháng)	11	20,0
	Mạn tính (> 3 tháng)	44	80,0
Cường độ đau hiện tại	Không đau (0 điểm)	0	0
	Đau nhẹ (1-3 điểm)	9	16,4
	Đau vừa (4-6 điểm)	31	56,4
	Đau nặng (7-10 điểm)	15	27,2
Cường độ đau nhẹ nhất 24 giờ qua	Không đau (0 điểm)	13	23,6
	Đau nhẹ (1-3 điểm)	29	52,7
	Đau vừa (4-6 điểm)	11	20,0
	Đau nặng (7-10 điểm)	2	03,7
Cường độ đau nặng nhất 24 giờ qua	Không đau (0 điểm)	0	0
	Đau nhẹ (1-3 điểm)	04	07,3
	Đau vừa (4-6 điểm)	22	40,0
	Đau nặng (7-10 điểm)	29	52,7

Có 76,4% BN đau ở 1 vị trí. Các vị trí đau hay gặp là bụng (49,1%), ngực (20,0%), lưng - thắt lưng (18,2%) và đầu cổ (10,9%). Có 80% BN đau mạn tính; 56,4% BN đau với cường độ đau vừa tại thời điểm vào viện. Cường độ đau nhẹ nhất 24 giờ qua thấy có 23,6% BN không đau. Cường độ đau nặng nhất 24 giờ qua thấy có 52,7% BN đau nặng.

3.3. Các thuốc giảm đau được sử dụng:

Bảng 3. Các thuốc giảm đau được sử dụng trên BN (n = 55).

Đơn thuốc - thuốc	24 giờ đầu	Sau 72 giờ
Không dùng thuốc giảm đau	0	1 (1,8%)
Giảm đau không opioid	4 (7,3%)	8 (14,6%)
Partamol	3 (5,4%)	7 (12,7%)
Voltaren	1 (1,8%)	1 (1,8%)
Giảm đau không opioid + bổ trợ	2 (3,6%)	1 (1,8%)
Partamol	2 (3,6%)	1 (1,8%)
Amitryptilin	1 (1,8%)	1 (1,8%)
Nospa	1 (1,8%)	0
Opioid nhẹ	1 (1,8%)	0
Tecpincodin	1 (1,8%)	0
Opioid nhẹ + không opioid	16 (29,1%)	14 (25,4%)
Dovalgan	13 (23,6%)	10 (18,1%)
Antaren	3 (5,4%)	4 (7,2%)

Voltaren	1 (1,8%)	1 (1,8%)
Opioid nhẹ + không opioid + bổ trợ	20 (36,3%)	22 (40,0%)
Antaren codein	6 (10,9%)	6 (10,9%)
Dovalgan	10 (18,1%)	9 (16,3%)
Ultracet	4 (7,3%)	5 (9,0%)
Nospa	4 (7,3%)	4 (7,3%)
Amitryptilin	17 (30,9%)	16 (29,1%)
Gabapentin	4 (7,3%)	5 (9,1%)
Opioid mạnh	1 (1,8%)	1 (1,8%)
Morphin	1 (1,8%)	1 (1,8%)
Opioid mạnh + không opioid	1 (1,8%)	1 (1,8%)
Morphin	1 (1,8%)	1 (1,8%)
Voltaren	1 (1,8%)	1 (1,8%)
Opioid mạnh + bổ trợ	4 (7,3%)	2 (3,6%)
Morphin	4 (7,3%)	2 (3,6%)
Amitryptilin	4 (7,3%)	2 (3,6%)
Gabapentin	1 (1,8%)	0
Opioid mạnh + không opioid + bổ trợ	6 (10,9%)	5 (9,0%)
Morphin	6 (10,9%)	4 (7,3%)
Voltarel	5 (9,1%)	0
Ultracet	3 (5,4%)	0
Amitryptilin	6 (10,9%)	0
Nospa	1 (1,8%)	5 (9,1%)

Trong 24 giờ đầu sau khi nhập viện, 100% BN được dùng thuốc giảm đau. Trong đó, 7,3% chỉ giảm đau không opioid; 3,6% giảm đau không opioid + thuốc bổ trợ; 1,8% giảm đau opioid nhẹ; 29,1% dùng giảm đau opioid nhẹ + không opioid; 36,3% dùng giảm đau opioid nhẹ + không opioid + bổ trợ; 1,8% giảm đau opioid mạnh; 1,8% dùng giảm đau opioid mạnh + không opioid; 7,3% giảm đau opioid mạnh + không opioid; 10,9% opioid mạnh + không opioid + bổ trợ.

Sau 72 giờ, 1,8% BN không dùng thuốc giảm đau; 14,6% dùng thuốc giảm đau không opioid; 1,8% dùng giảm đau không opioid + thuốc bổ trợ; 25,4% dùng giảm đau opioid nhẹ + không opioid; 40,0% dùng giảm đau opioid nhẹ + giảm đau không opioid + thuốc bổ trợ; 1,8% dùng giảm đau opioid mạnh; 1,8% dùng giảm đau opioid mạnh + không opioid; 3,6% giảm đau opioid mạnh + bổ trợ; 9,0% giảm đau opioid mạnh + không opioid + bổ trợ.

3.4. Thay đổi điểm cường độ đau trước và sau điều trị:

Bảng 4. Thay đổi điểm cường độ đau trước và sau điều trị (n = 55).

Đặc điểm		Trước điều trị		Sau 72 giờ		p
		Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %	
Cường độ đau hiện tại	Trung bình	5,4 ± 2,0		1,9 ± 2,4		< 0,001
	Không đau	0	0	25	45,5	
	Đau nhẹ	09	16,4	18	32,7	
	Đau vừa	31	56,4	9	16,3	
	Đau nặng	15	27,2	3	5,5	
Cường độ đau nhẹ nhất 24 giờ qua	Trung bình	2,25 ± 1,8		0,83 ± 1,3		< 0,001
	Không đau	13	23,6	35	63,6	
	Đau nhẹ	29	52,7	15	27,3	
	Đau vừa	11	20,0	5	9,1	
	Đau nặng	02	3,7	0	0	
Cường độ đau nặng nhất 24 giờ qua	Trung bình	6,6 ± 2,2		4,3 ± 2,8		< 0,001
	Không đau	0	0	5	9,1	
	Đau nhẹ	04	7,3	21	38,2	
	Đau vừa	22	40,0	18	32,7	
	Đau nặng	29	52,7	11	20,0	

Sau 72 giờ điều trị, tình trạng đau của BN được cải thiện, cụ thể: cường độ đau hiện tại, cường độ đau đau nhẹ nhất 24 giờ và cường độ đau nặng nhất 24 giờ đều giảm (với p < 0,001).

3.5. Sự hài lòng của BN với kiểm soát đau:

- Sự hài lòng của BN sau 72 giờ kiểm soát đau (n = 55):

- + Rất hài lòng: 11 BN (20,0%).
- + Hài lòng: 18 BN (32,7%).
- + Chấp nhận được: 22 BN (39,7%).
- + Không hài lòng: 3 BN (5,5%).
- + Rất không hài lòng: 1 BN (1,8%).

Tỉ lệ BN hài lòng với kiểm soát đau: rất hài lòng 20,0%, hài lòng 32,7%, chấp nhận được 39,7%, không hài lòng 5,5% và rất không hài lòng còn 1,8%.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

Tại Anh, năm 2017 ghi nhận 305.683 BN ung thư mới mắc, trong đó có 199.594 BN (65,3%) từ 65 tuổi trở lên [3]; cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi (tỉ lệ BN ≥ 65 tuổi chiếm 36,4%). Nguyên nhân chính có lẽ do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn chưa nhiều; mặt khác, tuổi thọ trung bình của người Việt Nam thấp hơn so với ở nước Anh. Theo GLOBOCAN 2018, ước tính năm 2018, toàn thế giới có khoảng 18.078.957 BN ung thư mới mắc, trong đó có 8.622.539 BN nữ (47,69%)

và 9.456.418 BN nam (52,31%) [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN nam chiếm 67,3%, BN nữ chiếm 32,71%, tỉ lệ BN nam/nữ = 2,06 (tỉ lệ này cao hơn so với Globocan 2018, có thể do đối tượng thu dung, điều trị chính của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là quân nhân với phần lớn là nam giới). Cũng theo GLOBOCAN, ở Việt Nam năm 2018, các loại ung thư hay gặp là ung thư gan (15,4%), ung thư phổi (14,4%), ung thư dạ dày (10,6%), ung thư vú (9,2%) và ung thư đại trực tràng (8,9%). Đây cũng là loại ung thư chiếm tỉ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi.

Mehmet Asim Bilen và cộng sự (2019) nghiên cứu 90 BN ung thư di căn điều trị đích, thấy các vị trí di căn hay gặp là di căn hạch (64,4%), di căn gan (44,4%), di căn phổi (41,1%), di căn xương (26,7%), di căn não (8,9%). 26,7% BN có 1 vị trí di căn, 36,7% có 2 vị trí di căn và 36,7% có trên 3 vị trí di căn [4]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung vào các BN ung thư di căn có đau, các vị trí di căn hay gặp là di căn xương (36,6%), di căn hạch (32,73%), di căn gan (21,82) và di căn phổi (9,09%); 69,1% BN có di căn ít nhất 2 vị trí.

Trong số 55 BN nghiên cứu, có 8 BN (13,8%) điều trị chăm sóc giảm nhẹ, còn lại 47 BN (86,18%) sẽ và đang điều trị ung thư đặc hiệu (trong đó, 67,3% điều trị hóa chất, 6,0% điều trị tia xạ, 2,0% phẫu thuật và 10,9% dự kiến điều trị hóa chất). Kết quả này cho thấy, đau là triệu chứng tương đối phổ biến ở BN ung thư, bao gồm cả BN chưa điều trị, BN đang điều trị (hóa chất, tia xạ, phẫu thuật) và BN chăm sóc giai đoạn cuối. Chúng tôi cũng thấy, hầu hết BN còn chỉ định điều trị ung thư đặc hiệu, nên 89,1% có tình trạng toàn thân ECOG ≤ 2 điểm. Marieke H.J và cộng sự (2016) phân tích 122 nghiên cứu với 63.533 BN, thấy tỉ lệ BN có đau sau điều trị triệt căn là 39,3% (từ 11-75%); tỉ lệ BN có đau trong quá trình điều trị ung thư là 55% (từ 11,1-87,7%); tỉ lệ BN có đau ở giai đoạn muộn, giai đoạn di căn, giai đoạn cuối là 66,4% (từ 24,0-91,5%) [5].

4.2. Vị trí, tính chất đau của BN nghiên cứu:

Đặng Huy Quốc Thịnh và cộng sự (2018) nghiên cứu 462 BN ung thư điều trị đau ngoại trú, thấy các vị trí đau của BN: 21,2% đau đầu-cổ, 22,3% đau ngực, 19,5% đau bụng, 33,2% đau lưng [7]. Marieke H.J và cộng sự (2016) nghiên cứu 143 BN nhập viện có đau trong 24 giờ, điều trị chăm sóc giảm nhẹ, thấy tỉ lệ 69,9% BN có 1 vị trí đau, 22,8% BN có 2 vị trí đau, 7,3% BN có 3 vị trí đau [5]. Vị trí và số lượng vị trí đau ở BN trong nghiên cứu này

khác biệt so với các nghiên cứu trên, có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các BN ung thư di căn (khi nhập viện có đau); còn đối tượng trong nghiên cứu của Đặng Huy Quốc Thịnh là các BN ung thư đủ các giai đoạn, điều trị đau ngoại trú và trong nghiên cứu của Marieke H.J là các BN ung thư chăm sóc giảm nhẹ tại viện [1, 6].

Nghiên cứu của Marieke H.J cho thấy, trong 123 BN đánh giá đau, có 70,7% đau ít hơn 3 tháng, 25,2% đau kéo dài hơn 3 tháng và 4,1% không xác định. Ở nghiên cứu này, 80,0% BN đau trên 3 tháng. Có thể nghiên cứu của Marieke H chỉ có 76,2% BN ung thư di căn, còn trong nghiên cứu này là 100% BN ung thư di căn. Mặt khác, điều trị đau cho BN ung thư ở nước ta có thể chưa được quan tâm đúng mức.

Bảng 2 cho thấy, cường độ đau trên BN ung thư thay đổi trong ngày. Marieke H và cộng sự khám sàng lọc đau ở 151 BN nhập khoa chăm sóc tích cực, có 123 BN (80,4%) từng bị đau, 28 BN chưa từng bị đau trong 24 giờ trước đó (trong đó có 5 BN xuất hiện đau trong thời gian nằm viện); như vậy, tổng số BN có đau là 128 BN (83,7%). Trong số 123 BN từng bị đau, có 93 BN (75,6%) đau khi nhập viện, 15 BN (12,2%) đau khi vận động, 15 BN (12,2%) có đau trong 24 giờ trước khi nhập viện. Về cường độ đau của 123 BN, thấy cường độ đau hiện tại: không đau (24,4%), đau nhẹ (33,3%), đau vừa (21,1%) và đau nặng (21,1%); cường độ đau nhẹ nhất 24 giờ qua: không đau (46,3%), đau nhẹ (38,2%), đau vừa (14,6%) và đau nặng (0,8%); cường độ đau nặng nhất 24 giờ qua: đau nhẹ (17,9%), đau vừa (23,6%) và đau nặng (58,5%). Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi (cường độ đau hiện tại: 100% BN có đau, do đối tượng nghiên cứu là những BN có đau khi nhập viện).

4.3. Thuốc giảm đau đã dùng:

- Đơn thuốc: trong 24 giờ đầu vào viện, cả 55 BN đều được kê đơn thuốc giảm đau. Tại thời điểm nhập viện, có 9 BN đau nhẹ (trong đó có 3 BN cường độ đau tăng trong 24 giờ, sử dụng thuốc opioid; 4 BN sử dụng thuốc giảm đau không opioid đơn thuần và 2 BN sử dụng thuốc giảm đau không opioid + bổ trợ), 15 BN đau nặng (trong đó có 3 BN từ chối điều trị opioid mạnh và 12 BN được kê đơn cho đau nặng, với 1 BN giảm đau opioid mạnh đơn thuần; 1 BN giảm đau opioid mạnh + giảm đau không opioid; 4 BN giảm đau opioid mạnh + bổ trợ; 6 BN giảm đau opioid mạnh + giảm đau không opioid + bổ trợ). Trong 24 giờ đầu nhập viện, có 37 BN (67,3%) được kê đơn cho đau vừa (trong đó, 1 BN giảm đau opioid nhẹ; 16 BN giảm đau opioid nhẹ + giảm đau không opioid; 20 BN giảm đau opioid nhẹ + giảm đau không opioid + bổ trợ). Sau 72 giờ vào viện, có 1 BN (1,8%) không cần dùng giảm đau, 9 BN (16,4%) giảm đau cho

đau nhẹ (gồm 8 BN giảm đau không opioid đơn thuần và 1 BN giảm đau không opioid + bổ trợ); 14 (25,5%) BN giảm đau opioid nhẹ + không opioid; 22 BN (40%) giảm đau opioid nhẹ + không opioid + bổ trợ. Trong 24 giờ đầu sau vào viện, có 32 BN (58,2%) dùng thuốc bổ trợ. Sau 72 giờ điều trị, có 30 BN (54,6%) dùng thuốc bổ trợ. G Apolone và cộng sự (2009) nghiên cứu trên 1.801 BN điều trị giảm đau do ung thư, thấy 5,9% không dùng thuốc giảm đau, 8,8% chỉ dùng giảm đau không opioid, 10,6% chỉ dùng opioid nhẹ, 14,1% dùng opioid nhẹ + giảm đau không opioid, 38,8% chỉ dùng opioid mạnh, 19,2% dùng giảm đau không opioid hoặc opioid nhẹ + opioid mạnh và 3,1% dùng opioid mạnh + các thuốc khác [8].

- Các thuốc giảm đau và thuốc bổ trợ: bảng 3 cho thấy, trong 24 giờ đầu sau khi vào viện, có 49 BN (89,1%) dùng giảm đau không opioid, 37 BN (67,3%) dùng opioid nhẹ, 12 BN (21,8%) dùng opioid mạnh, 32 BN (58,2%) dùng thuốc bổ trợ. Sau 72 giờ khi vào viện có 51 BN (92,7%) dùng giảm đau không opioid, 36 BN (65,5%) dùng opioid nhẹ, 9 BN (16,4%) dùng opioid mạnh, 30 BN (54,5%) dùng thuốc bổ trợ.

4.4. Kết quả điều trị giảm đau:

Cathy L Carlson và cộng sự phân tích gộp 25 nghiên cứu cho thấy phần lớn các BN có thể giảm hoặc hết đau khi được điều trị theo hướng dẫn của WHO, phần lớn các nghiên cứu xác định mức độ thuyên giảm trên 50% [5]. Nghiên cứu của Melissa MEJIN (2019) thấy điểm đau hiện tại, điểm đau nặng nhất trong 24 giờ, điểm đau nhẹ nhất trong 24 giờ trên BN đều giảm có ý nghĩa thống kê sau 24 giờ vào viện điều trị ($p < 0,001$) [9]. Đặng Huy Quốc Thịnh và cộng sự nghiên cứu đánh giá kiểm soát đau ngoại trú ở 465 BN đau do ung thư, có 18,6% rất hài lòng, 41,6% hài lòng, 30,0% chấp nhận được, 8,0% không hài lòng và 1,5% rất không hài lòng [6]. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi (sau 72 giờ điều trị, tình trạng đau của BN được cải thiện, cụ thể: cả cường độ đau hiện tại, cường độ đau đau nhẹ nhất 24 giờ và cường độ đau nặng nhất 24 giờ đều giảm với $p < 0,001$; với kiểm soát đau, tỉ lệ BN rất hài lòng: 20,0%, hài lòng: 32,7%, chấp nhận được: 39,7%, không hài lòng: 5,5% và rất không hài lòng: 1,8%).

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu kiểm soát đau theo bậc thang giảm đau của WHO trên 55 BN ung thư di căn có đau khi nhập viện, điều trị tại Khoa Chống đau và chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 12/2019-6/2020, kết quả:

- Sau 72 giờ nhập viện, cường độ đau hiện tại, cường độ đau đau nhẹ nhất 24 giờ, cường độ đau

(Xem tiếp trang 43)

KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CỘT SỐNG BẰNG CHƯƠNG TRÌNH TẬP CS-A15 Ở CÁC BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG

BSCKII. PHẠM THU HẰNG - Bệnh viện Quân y 354

TS. NGUYỄN VĂN TUẤN - Bệnh viện Quân y 103

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. LÊ VĂN QUÂN

(2) TS. NGUYỄN THÀNH BẢO

TÓM TẮT: Nghiên cứu can thiệp tiến cứu có đối chứng, đánh giá kết quả phục hồi chức năng cột sống ở 48 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, điều trị theo phác đồ nền kết hợp tập luyện chương trình tập CS-A15 (nhóm nghiên cứu) và 48 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, điều trị theo phác đồ nền kết hợp tập luyện bài McKenzie (nhóm chứng).

Kết quả: Sau 2 tuần điều trị, mức độ đau giảm có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm, song giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Sau điều trị 1 tháng, mức độ đau ở nhóm nghiên cứu ($VAS = 1,79 \pm 1,11$ điểm) giảm thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với ở nhóm chứng ($VAS = 3,04 \pm 0,82$ điểm), với $p < 0,001$. Chức năng cột sống: sau 2 tuần điều trị, cả 2 nhóm đều có chỉ số ODI trung bình giảm có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,001$) so với trước điều trị (từ mức tàn phế giảm xuống mức nặng), nhưng khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa. Sau điều trị 1 tháng, 100% bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu có chỉ số ODI mức độ nhẹ và trung bình, trong khi tỉ lệ này ở nhóm chứng là 70,84%; điểm ODI trung bình giảm rõ rệt ở nhóm nghiên cứu (từ $69,0 \pm 12,8$ xuống còn $16,7 \pm 11,8$ điểm) và nhóm chứng (từ $72,5 \pm 12,1$ xuống còn $33,1 \pm 12,0$ điểm), khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,01$).

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm, chương trình tập CS-A15.

ABSTRACT: A prospective, controlled intervention study including 48 patients with lumbar disc herniation were treated according to the baseline regimen combined with CS-A15 exercises (case group). The control group included 48 patients with lumbar disc herniation, who were treated according to the baseline regimen combined with McKenzie exercises.

Results: After 2 weeks of treatment, pain level decreased significantly in both groups, but there was no difference ($p > 0.05$). After 1 month of treatment, the pain level in the case group ($VAS = 1.79 \pm 1.11$ points) was significantly lower than that in the control group ($VAS = 3.04 \pm 0.82$ points), with $p < 0.001$. Spinal function: after 2 weeks of treatment, both groups had a statistically significant decrease in the mean ODI (with $p < 0.001$) compared to before treatment (from disability to severe), but difference between the 2 groups was not significant. After 1 month of treatment, 100% of patients in the case group had mild and moderate ODI, while this rate in the control group was 70.84%; The mean ODI score decreased significantly in the case group (from 69.0 ± 12.8 to 16.7 ± 11.8 points) and the control group (from 72.5 ± 12.1 to 33.1 ± 12.0 points), the difference between the 2 groups was statistically significant (with $p < 0.01$).

Keywords: Lumbar herniated disc, CS-A15 exercise program.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Phạm Thu Hằng, Email: thuhangpham354@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/7/2021; mời phản biện khoa học: 9/2021; chấp nhận đăng: 28/9/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống thắt lưng là bệnh tương đối hay gặp, chiếm tỉ lệ 3-5% dân số thế giới [3]. Nguyên nhân TVĐĐ thường do thoái hóa đĩa đệm và lực chấn thương vùng cột sống. Bệnh sinh do chèn ép cơ học của đĩa đệm vào rễ thần kinh, dẫn đến phản ứng viêm cơ học. Điều trị TVĐĐ bằng phương pháp bảo tồn là chủ yếu (chiếm 85-90% trường hợp). Hiện nay, phác đồ điều trị chung của chuyên khoa thần kinh và vật lý trị liệu là dùng các thuốc chống viêm giảm đau non-steroid; tình trạng nặng thì tiêm ngoài màng

cứng bằng corticoid, kết hợp kéo giãn cột sống, nhiệt nóng, điện xung, xoa bóp... Các biện pháp trên có thể giúp bệnh nhân (BN) đỡ đau và nhiều trường hợp khỏi bệnh. Tuy nhiên, quá trình phục hồi thiếu ổn định, bệnh hay tái phát, không phục hồi được hình thể cột sống và chức năng vận động cột sống còn hạn chế.

Tập vận động cột sống đúng cách giúp giãn cơ, giảm áp lực và tăng dinh dưỡng đĩa đệm, giảm đau, phục hồi chức năng cột sống, tăng sức mạnh các cơ và độ vững chắc của các dây chằng cột sống. Qua đó, làm giảm nguy cơ thoái hóa đĩa đệm, thoái

hóa cột sống, chống tái phát hoặc tái diễn TVĐĐ cột sống. Trên thế giới, đã có một số bài tập cho BN TVĐĐ cột sống thất lưng, như McKenzie, Sunfield, McGill..., tuy nhiên, chưa có bài tập nào phù hợp với tất cả các giai đoạn đau của BN nên hiệu quả ứng dụng có phần hạn chế [3], [4], [5].

Năm 2020, Bộ môn Phục hồi chức năng, Bệnh viện Quân y 103 xây dựng chương trình CS-A15 với 15 bài tập, chia theo 3 giai đoạn của bệnh TVĐĐ [2]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phục hồi chức năng cột sống thất lưng của chương trình tập CS-A15 ở các BN TVĐĐ.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

96 BN TVĐĐ cột sống thất lưng có triệu chứng đau nhiều (điểm VAS > 7 điểm), điều trị tại Khoa Nội thần kinh, Khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện Quân y 103 và Khoa Nội thần kinh, Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 9/2020 đến tháng 5/2021.

Loại trừ BN TVĐĐ có chỉ định phẫu thuật (hội chứng đuôi ngựa, teo cơ, yếu cơ hoặc liệt cơ một bên chân, trượt đốt sống độ II trở lên...); BN TVĐĐ kèm các bệnh lý khác (như bệnh cột sống do viêm, do di căn ung thư, lao cột sống, nhiễm trùng...); BN không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không tuân thủ nguyên tắc điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: can thiệp tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng có đối chứng.

- Chẩn đoán TVĐĐ: về lâm sàng, có 4/6 tiêu chuẩn chẩn đoán TVĐĐ của Saporita (1970); về cận lâm sàng, phim chụp cộng hưởng từ (MRI) có hình ảnh TVĐĐ cột sống thất lưng.

- Các bước tiến hành:

+ BN nghiên cứu được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm, mỗi nhóm 48 BN. Nhóm nghiên cứu được điều trị theo phác đồ nền kết hợp tập luyện theo chương trình tập CS-A15. Nhóm chứng được điều trị theo phác đồ nền kết hợp tập luyện bằng bài tập McKenzie.

+ Theo dõi và đánh giá kết quả điều trị của mỗi nhóm tại các thời điểm trước điều trị, sau điều trị 2 tuần và sau điều trị 1 tháng.

- Phác đồ nền gồm:

+ Thuốc kháng viêm non-steroid (Celecoxib 200 mg x 2 lần/ngày), thuốc giãn cơ (Eperisone 50 mg x 2 lần/ngày), hỗn hợp thuốc tiêm 2 ml Lidocain 2% và 1 ml Corticoid muối acetat.

+ Vật lý trị liệu: đắp parafin, điện xung, kéo giãn cột sống; điều trị hàng ngày, mỗi ngày 1 lần, liên tục trong 2 tuần đầu BN nằm viện.

- Chương trình tập CS-A15:

+ Chỉ định: đối với BN TVĐĐ cột sống thất lưng giai đoạn điều trị bảo tồn; giai đoạn ổn định (tập để dự phòng tái phát).

+ Nội dung: chương trình tập CS-A15 gồm 15 bài tập, chia làm 3 giai đoạn của bệnh TVĐĐ (3 bài đầu là các tư thế nằm, phù hợp với BN giai đoạn cấp tính; 12 bài tập sau áp dụng với giai đoạn bán cấp tính và phụ thuộc vào tình trạng đau của người bệnh). Kỹ thuật viên hướng dẫn BN cách tập cụ thể của từng bài, đánh giá sự phù hợp các bài theo mức độ và khả năng đáp ứng của người bệnh, chọn các bài tập phù hợp. Sau 3 ngày, đánh giá lại và bổ sung các bài tập. Khi BN giảm đau nhiều, cho BN tập cả 12 bài tập liên tục hằng ngày [2].

- Các thang điểm dùng trong nghiên cứu:

+ Đánh giá mức độ đau: sử dụng thang điểm đánh giá mức độ đau VAS (Visual analogescale).

+ Đánh giá mức độ giãn cột sống thất lưng: bằng chỉ số Schober.

+ Đánh giá khả năng sinh hoạt: theo chỉ số suy giảm chức năng Oswestry (Oswestry disability index - ODI).

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được hội đồng đạo đức các bệnh viện thông qua. BN tham gia nghiên cứu được giải thích rõ mục đích. Mọi thông tin BN được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm thống kê SPSS.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Bảng 1. Phân bố BN theo nhóm tuổi.

Tuổi	Nhóm nghiên cứu (n = 48)		Nhóm chứng (n = 48)		p
	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %	
Dưới 30 tuổi	1	2,08	0	0	> 0,05
Từ 30-45 tuổi	4	8,33	7	14,58	
Từ 46-60 tuổi	20	41,67	10	20,83	
Trên 60 tuổi	23	47,92	31	64,51	
± SD	58,35 ± 10,99		60,21 ± 12,03		> 0,05

Tỉ lệ BN TVĐĐ tăng dần theo tuổi; cao nhất ở nhóm BN trên 60 tuổi (47,92% ở nhóm nghiên cứu và 64,51% ở nhóm chứng); chỉ có 1 BN ở nhóm nghiên cứu dưới 30 tuổi. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 58,35 ± 10,99 tuổi, của nhóm chứng là 60,21 ± 12,03 tuổi. Không có sự khác biệt về phân bố BN theo tuổi giữa 2 nhóm (p > 0,05).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng TVĐĐ ở BN nghiên cứu.

Triệu chứng lâm sàng	Nhóm nghiên cứu (n = 48)		Nhóm chứng (n = 48)		Tổng	p
	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %		
Đau cột sống thắt lưng	45	93,75	48	100	93 (96,88%)	> 0,05
Thay đổi hình dạng cột sống	22	45,83	15	31,25	37 (38,54%)	> 0,05
Co cơ cạnh sống	25	52,08	33	68,75	58 (60,42%)	> 0,05
Điểm đau cạnh sống	48	100	48	100	96 (100%)	-
Dấu hiệu bấm chuông	48	100	48	100	96 (100%)	-
Dấu hiệu Lasegue (+)	48	100	44	91,67	92 (95,83%)	> 0,05
Độ Lasegue trung bình	61,67 ± 11,86		60,23 ± 11,51			> 0,05

Các triệu chứng lâm sàng hay gặp ở BN TVĐĐ là điểm đau cạnh sống (100%), dấu hiệu chuông bấm (100%), đau cột sống thắt lưng (96,88%), dấu hiệu Lasegue (95,83%); ít gặp hơn là triệu chứng co cơ cạnh sống (60,42%) và thay đổi hình dạng cột sống (38,54%). Khác biệt về triệu chứng lâm sàng giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Kết quả giảm đau theo thang điểm VAS.

Thời điểm đánh giá	Kết quả giảm đau theo thang điểm VAS (± SD)		p
	Nhóm nghiên cứu (n = 48)	Nhóm chứng (n = 48)	
Trước điều trị ⁽¹⁾	6,89 ± 1,42	6,85 ± 1,34	> 0,05
Sau điều trị 2 tuần ⁽²⁾	4,19 ± 0,91	4,23 ± 1,05	> 0,05
Sau điều trị 1 tháng ⁽³⁾	1,79 ± 1,11	3,04 ± 0,82	< 0,001
p	$p_{1-2} < 0,001, p_{2-3} < 0,001$		$p_{1-2} < 0,001, p_{2-3} < 0,001$

Sau điều trị 2 tuần và sau điều trị 1 tháng, mức độ đau giảm rõ rệt ở BN cả 2 nhóm. Mức độ đau sau điều trị 2 tuần theo thang điểm VAS ở nhóm nghiên cứu (4,19 ± 0,91 điểm) thấp hơn so với nhóm chứng (4,23 ± 1,05 điểm), nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Mức độ đau sau điều trị 1 tháng theo thang điểm VAS ở nhóm nghiên cứu (1,79 ± 1,11 điểm) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (3,04 ± 0,82 điểm), với $p < 0,001$.

Bảng 4. Tác dụng cải thiện chức năng cột sống theo chỉ số Schober.

Thời điểm đánh giá	Cải thiện chức năng cột sống theo chỉ số Schober (± SD)		p
	Nhóm nghiên cứu (n = 48)	Nhóm chứng (n = 48)	
Trước điều trị ⁽¹⁾	12,48 ± 0,89	12,13 ± 0,91	> 0,05
Sau điều trị 2 tuần ⁽²⁾	13,26 ± 0,62	13,20 ± 0,59	> 0,05
Sau điều trị 1 tháng ⁽³⁾	14,09 ± 0,37	13,89 ± 0,46	0,022
p	$p_{1-2} < 0,001, p_{2-3} < 0,001$		$p_{1-2} < 0,001, p_{2-3} < 0,001$

So với trước điều trị, chỉ số Schober sau điều trị 2 tuần và sau điều trị 1 tháng giảm rõ rệt ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Chỉ số Schober sau 1 tháng điều trị ở nhóm nghiên cứu (14,09 ± 0,37) cao hơn so với nhóm chứng (13,89 ± 0,46), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Mức độ phục hồi khả năng sinh hoạt theo chỉ số ODI sau 2 tuần điều trị.

Phục hồi khả năng sinh hoạt	Nhóm nghiên cứu (n = 48)		Nhóm chứng (n = 48)	
	Trước điều trị	Sau 2 tuần điều trị	Trước điều trị	Sau 2 tuần điều trị
Chỉ số ODI trung bình	69,0 ± 12,8	42,2 ± 10,8	72,5 ± 12,1	49,2 ± 13,7
p	< 0,001		< 0,001	
	> 0,05			

Sau 2 tuần điều trị, chỉ số ODI trung bình giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) so với trước điều trị ở cả hai nhóm (từ mức tàn phế giảm xuống mức nặng), nhưng không có sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu so với nhóm chứng.

Bảng 6. Mức độ hạn chế chức năng (theo chỉ số ODI) sau 1 tháng điều trị.

Mức độ hạn chế chức năng	Nhóm nghiên cứu (n = 48)		Nhóm chứng (n = 48)	
	Trước điều trị	Sau 1 tháng điều trị	Trước điều trị	Sau 1 tháng điều trị
Mức độ nhẹ (0-20%)	0	34 (70,83%)	0	11 (22,92%)
Mức trung bình (21-40%)	0	14 (29,17%)	0	23 (47,92%)
Mức nặng (41-60%)	16 (33,33%)	0	8 (16,67%)	14 (29,17%)
Mức tàn phế (61-80%)	24 (50,0%)	0	29 (60,42%)	0
Mức tởm (81-100%)	8 (16,67%)	0	11 (22,92%)	0
Chỉ số ODI trung bình	69,0 ± 12,8	16,7 ± 11,8	72,5 ± 12,1	33,1 ± 12,0
p	< 0,001		< 0,001	
	< 0,01			

Sau điều trị 1 tháng, 100% BN TVĐĐ ở nhóm nghiên cứu có chỉ số ODI mức độ nhẹ và trung bình, trong khi tỉ lệ này ở nhóm chứng là 70,84%. Điểm ODI trung bình giảm rõ rệt ở cả 2 nhóm (nhóm nghiên cứu giảm từ 69,0 ± 12,8 xuống còn 16,7 ± 11,8 và nhóm chứng giảm từ 72,5 ± 12,1 xuống còn 33,1 ± 12,0), khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$.

4. BÀN LUẬN.

- Tác dụng giảm đau: kết quả nghiên cứu (bảng 3) cho thấy, sau điều trị 2 tuần và sau điều trị 1 tháng, mức độ đau giảm rõ rệt ở cả 2 nhóm. Mức độ đau sau điều trị 2 tuần theo thang điểm VAS ở nhóm nghiên cứu (4,19 ± 0,91 điểm) thấp hơn so với nhóm chứng (4,23 ± 1,05 điểm), nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau điều trị 1 tháng, mức độ đau ở nhóm nghiên cứu (1,79 ± 1,11 điểm) thấp hơn so với nhóm chứng (3,04 ± 0,82 điểm), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự (2020) nghiên cứu bài tập CS-A15 trên 100 BN TVĐĐ, theo dõi sau 2 tuần tập luyện, thấy mức độ đau theo thang điểm VAS giảm có ý nghĩa với $p < 0,0001$; theo dõi sau 3 tháng tập luyện, thấy 62% BN ở nhóm tập bài CS-A15 hết đau (khỏi bệnh), cao hơn so với nhóm chứng (30%), khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$ [2]. Anas Mohammed A và cộng sự (2019) nghiên cứu tổng quan so sánh tác dụng của McKenzie và các bài tập ổn định trong việc giảm đau và tàn tật ở những người bị đau thắt lưng mạn tính không đặc hiệu; kết quả cho thấy cả bài tập McKenzie và các bài tập ổn định đều tốt hơn các chương trình tập luyện thông thường trong việc giảm thiểu khuyết tật chức năng ở những BN bị đau thắt lưng mạn tính không đặc hiệu [6].

- Cải thiện chức năng cột sống: kết quả cho thấy, chỉ số Schober (bảng 4) sau 1 tháng điều trị ở nhóm nghiên cứu (14,09 ± 0,37) cao hơn so với nhóm chứng (13,89 ± 0,46), khác biệt với $p < 0,05$. Chỉ số ODI trung bình (bảng 5) sau 2 tuần điều trị đều giảm có ý nghĩa so với trước điều trị ở cả nhóm nghiên

cứu và nhóm chứng ($p < 0,001$), nhưng chỉ số ODI trung bình giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác nhau không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Sau 1 tháng điều trị (bảng 6), 100% BN ở nhóm nghiên cứu có chỉ số ODI mức độ nhẹ và trung bình, trong khi tỉ lệ này ở nhóm chứng là 70,84%. Điểm ODI trung bình giảm rõ rệt ở cả 2 nhóm (nhóm nghiên cứu giảm từ 69,0 ± 12,8 xuống còn 16,7 ± 11,8; nhóm chứng giảm từ 72,5 ± 12,1 xuống còn 33,1 ± 12,0), khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự (2020), sau 2 tuần và 3 tháng điều trị, chỉ số ODI ở nhóm bệnh và nhóm chứng đều cải thiện tốt, nhưng nhóm tập CS-A15 giảm tốt hơn nhóm không tập, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [2]. Theo Phạm Văn Đức (2011), BN TVĐĐ cột sống thắt lưng tập bài McKenzie trong 30 ngày giúp cải thiện mức độ hạn chế chức năng cột sống [1]. Alessandra N.G và cộng sự (2013) nghiên cứu so sánh hiệu quả sau 1 tháng tập luyện theo phương pháp Back School và McKenzie ở những BN đau thắt lưng mạn tính không đặc hiệu, thấy tập luyện theo phương pháp McKenzie có hiệu quả hơn so với phương pháp tập luyện Back School [7]. Anas Mohammed A và cộng sự (2019) nghiên cứu tổng quan so sánh tác dụng của bài tập McKenzie và các bài tập ổn định trong việc giảm đau và tàn tật ở những BN đau thắt lưng mạn tính không đặc hiệu; kết quả thấy cả bài tập McKenzie và các bài tập ổn định đều tốt hơn các chương trình tập luyện thông thường trong giảm thiểu khuyết tật chức năng ở những BN đau thắt lưng mạn tính không đặc hiệu [6].

Như vậy, việc kết hợp tập vận động cột sống theo các bài tập khác nhau đều có tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng cột sống, càng tập lâu thì hiệu quả càng tốt hơn. Chương trình tập CS-A15 của Bộ môn Phục hồi chức năng, Bệnh viện Quân y 103 xây dựng bài bản với 15 bài tập, có sự giám sát của kĩ thuật viên nên bước đầu cho thấy kết quả phục hồi chức năng cột sống tốt hơn so với bài tập McKenzie sau 15 ngày và rõ rệt hơn sau 1 tháng điều trị.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 96 BN TVĐĐ cột sống thắt lưng, chia đều ngẫu nhiên thành nhóm nghiên cứu (điều trị bằng phác đồ nền kết hợp tập luyện theo chương trình CS-A15) và nhóm chứng (điều trị bằng phác đồ nền kết hợp tập luyện theo bài tập McKenzie), kết quả:

- Mức độ đau: sau 2 tuần điều trị, mức độ đau giảm có ý nghĩa ở cả hai nhóm, nhưng không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Sau 1 tháng điều trị, mức độ đau của nhóm nghiên cứu ($1,79 \pm 1,11$ điểm) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($3,04 \pm 0,82$ điểm), khác biệt với $p < 0,001$.

- Chức năng cột sống: sau 2 tuần điều trị: chỉ số ODI trung bình giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) so với trước điều trị ở cả 2 nhóm (từ mức tàn phế giảm xuống mức nặng), nhưng khác biệt không có ý nghĩa; sau 1 tháng điều trị, 100% BN ở nhóm nghiên cứu có chỉ số ODI mức độ nhẹ và trung bình, trong khi tỉ lệ này ở nhóm chứng là 70,84%. Điểm ODI trung bình giảm rõ rệt cả 2 nhóm (nhóm nghiên cứu giảm từ $69,0 \pm 12,8$ xuống còn $16,7 \pm 11,8$; nhóm chứng giảm từ $72,5 \pm 12,1$ xuống còn $33,1 \pm 12,0$), khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phạm Văn Đức (2011), *Đánh giá hiệu quả bài tập McKenzie kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 15-56.

2. Nguyễn Văn Tuấn, Hoàng Văn Thắng, Phạm Thu Hằng (2020), *“Đánh giá tác dụng của bài tập phục hồi chức năng cột sống (CS-A15) ở BN TVĐĐ cột sống thắt lưng”*, *Tạp chí Y dược học Quân sự*, số đặc biệt kỉ niệm 70 năm ngày truyền thống Bệnh viện Quân y 103, tr. 343-349.

3. James A Berry, Christopher Elia, Harneel S Saini, and Dan E Miulli (2019), “A Review of lumbar radiculopathy, diagnosis and treatment”, *Cureus*, Oct, 11 (10): e5934.

4. Clare H.A, Adams R, Maher C.G (2004), “A systematic review of efficacy of McKenzie therapy for spinal pain”, *Aust J Physiother*, 50: 209-216.

5. Steven J Mann, Jason C Lam, Paramvir Singh (2020), *Review McKenzie Back Exercises*, Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing, 2021 Jan.

6. Anas Mohammed Alhakami, Sally Davis, et al (2019), “Effects of McKenzie and stabilization exercises in reducing pain intensity and functional disability in individuals with nonspecific chronic low back pain: a systematic review”, *J Phys Ther Sci*, Jul, 31 (7): 590-597.

7. Alessandra N.G, Luciola C.M.C and et al (2013), “Effectiveness of back school versus McKenzie exercises in patients with chronic nonspecific low back pain: a randomized controlled trial”, *Epub*, Feb 21.

8. Van Gelder L.H, Hoogenboom B.J, Vaughn D.W (2013), *A phased rehabilitation protocol for athletes with lumbar intervertebral disc herniation*, Aug, 8 (4): 482-516. □

KHẢO SÁT GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA BẢNG ĐIỂM BISAP...

(Tiếp theo trang 17)

- BN nam (68,2%) nhiều hơn BN nữ (31,8%), khác biệt với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt về độ tuổi, chỉ số BMI giữa BN VTC mức độ nhẹ và vừa so với BN VTC mức độ nặng.

- Điểm BISAP của các BN VTC mức độ nhẹ và vừa ($1,1 \pm 1,4$ điểm) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với ở các BN VTC nặng ($2,7 \pm 1,6$ điểm), với $p < 0,05$. Diện tích dưới đường cong của điểm BISAP và các chỉ số amylase, lipase, ure, creatinin trong việc tiên lượng tử vong ở BN VTC lần lượt là: 0,888; 0,625; 0,375; 0,625; 0,7. Với điểm cut-off 2,5, tiên lượng BN VTC tử vong có độ nhạy 75% và độ đặc hiệu 90%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. A.T Chatila, M Bilal, P Guturu (2019), “Evaluation and management of acute pancreatitis”, *World J Clin Cases*, 7 (9): p. 1006-1020.

2. Verónica Ayala, J.A, Gustavo Ayala, Isabel Guaman (2019), “D-Dimer in the Prognosis of Acute Pancreatitis”, *Gastroenterology and digestive system*, 6 (7): p. 532-539.

3. Joon Hyun Cho (2015), “Comparison of scoring systems in predicting the severity of acute pancreatitis”, *World J Gastroenterol*, 21 (8): p. 2387-94.

4. Bollen T.N (2008), “The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited”, *Br J Surg*, 95 (1): p. 6-21.

5. Lee P.J, Papachristou G.I (2019), “New insights into acute pancreatitis”, *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 16(8): p. 479-496.

6. Garber A, et al (2018), “Mechanisms and Management of Acute Pancreatitis”, *Gastroenterol Res Pract*, p. 6218798.

7. Narender N.R, Pappu K (2016), “A clinical study of acute pancreatitis”, *International Surgery Journal*, p. 96-100.

8. Kayar Y (2019), “Prediction of Self-Limited Acute Pancreatitis Cases at Admission to Emergency Unit”, *Port J Gastroenterol*, 26 (4), p. 251-259.

9. Wu B.U, et al (2008), “The early prediction of mortality in acute pancreatitis: a large population - based study”, *Gut*, 57 (12): p. 1698-703. □

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC CHỈ SỐ SOD, GPx, TAS VÀ MDA HUYẾT TƯƠNG VỚI HÌNH ẢNH NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN VIÊM DẠ DÀY MẠN TÍNH NHIỄM *H. PYLORI*

TS. TRƯƠNG MINH SÁNG

Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp

TS. NGUYỄN BẠCH ĐĂNG - Cục Quân y

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. HỒ ANH SƠN

(2) PGS.TS. NGUYỄN CẢNH BÌNH

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, so sánh đối chứng giữa 71 bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính nhiễm *Helicobacter pylori* (nhóm nghiên cứu) với 65 bệnh nhân không nhiễm *Helicobacter pylori* (nhóm chứng) nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa SOD, GPx, MDA, TAS trong huyết tương với hình ảnh nội soi ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính nhiễm *Helicobacter pylori*. **Kết quả:**

- Hình ảnh tổn thương trên nội soi ở nhóm nghiên cứu: viêm dạ dày xung huyết 69,0%; viêm dạ dày trợt lồi 69,0%; viêm dạ dày trợt phẳng 31,0%; trào ngược dịch mật 26,8%; viêm dạ dày xuất huyết 2,8% và viêm teo dạ dày 2,8%. Không có sự khác biệt hình ảnh nội soi giữa 2 nhóm, với $p < 0,05$.

- Trên nhóm nghiên cứu: trung vị nồng độ GPx huyết tương ở bệnh nhân có trào ngược dịch mật (58,25 pg/ml) thấp hơn so với ở bệnh nhân không có trào ngược dịch mật (129,82 pg/ml), khác biệt với $p < 0,05$. Trung vị nồng độ MDA huyết tương ở bệnh nhân có tổn thương trợt phẳng (5,14 mmol/l) cao hơn ở bệnh nhân không có tổn thương trợt phẳng (1,31 mmol/l), khác biệt với $p < 0,05$. Trung vị nồng độ MDA huyết tương ở bệnh nhân có tổn thương trợt lồi (1,31 mmol/l) và bệnh nhân trào ngược dịch mật (1,16 mmol/l) thấp hơn ở bệnh nhân không có tổn thương trợt lồi (3,23 mmol/l) và không có trào ngược dịch mật (1,65 mmol/l), khác biệt với $p < 0,05$.

Từ khóa: Stress oxy hóa, viêm dạ dày mạn tính, nội soi dạ dày.

ABSTRACT: The study descriptive, cross - sectional statistics, comparing control 71 patients with chronic gastritis with *Helicobacter pylori* infection (study group) with 65 patients without *Helicobacter pylori* infection (control group) to find out the relationship between the antioxidant of plasma SOD, GPx, TAS and MDA with endoscopic images in patients with chronic gastritis with *Helicobacter pylori* infection. **Results:**

- Imaging of endoscopic gastritis (study group): 69.0% of cases were diagnosed as congestive gastropathy; 69.0% as raised erosive gastritis; 31% as flat erosive gastritis; 26.8% as enterogastric reflux gastritis; 2.8% as hemorrhagic gastritis and 2.8% as atrophic gastritis.

- In study group, median GPx concentration in patients with biliary reflux 58.25 pg/ml lower than in patients without bile reflux 129.82 pg/ml with $p < 0.05$. Median MDA concentration of patients with flat erosive 5.14 mmol/l higher than patients without flat erosive of 1.31 mmol/l. Median in MDA concentration of patients with a raised erosive of 1.31 mmol/l, bile reflux 1.16 mmol/l lower than patients without raised erosive, no bile reflux (3.23 mmol/l; 1.65 mmol/l), respectively.

Keywords: Oxidative stress, chronic gastritis, endoscopic imaging.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Nguyễn Bạch Đăng, Email: bsnguyenbachdang@gmail.com

Ngày nhận bài: 09/8/2021; mời phản biện khoa học: 8/2021; chấp nhận đăng: 28/9/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Viêm dạ dày (VDD) mạn tính là những thương tổn mạn tính của biểu mô phủ ở niêm mạc dạ dày, có thể dẫn đến những biến đổi mô bệnh học quan trọng, như dị sản ruột, loạn sản, teo tuyến niêm mạc... Có nhiều nguyên nhân dẫn đến VDD mạn tính; trong đó, nguyên nhân do nhiễm vi khuẩn *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) là chủ yếu [1]. Từ

việc công nhận và chứng minh được vai trò quan trọng của vi khuẩn *H. pylori* trong cơ chế bệnh sinh của bệnh lý dạ dày - tá tràng, người ta nhận thấy các phân loại VDD trước đây chưa thực sự đầy đủ, chưa tính đến những yếu tố quan trọng, như mức độ nhiễm vi khuẩn *H. pylori* và sự có mặt của bạch cầu đa nhân (biểu hiện mức độ hoạt động của VDD mạn tính).

Hội nghị tiêu hóa quốc tế lần thứ 9 tại Sydney (Australia) năm 1990 đã đưa ra phân loại mới về VDD mạn tính dựa trên mô bệnh học, vị trí và hình ảnh nội soi [2]. Năm 1994, phân loại này được cập nhật và sử dụng rộng rãi đến nay [2]. Bên cạnh đó, có nhiều bằng chứng cho thấy nhiễm vi khuẩn *H. pylori* và sử dụng thuốc chống viêm non steroid (NSAID) đường uống là nguyên nhân quan trọng trong sinh bệnh học của tổn thương niêm mạc dạ dày ở người do stress oxy hóa [3]. Các nghiên cứu đề cập đến mối liên quan giữa một số chất, như superoxid dismutase (SOD), glutathion peroxidase (GPx), Malondialdehyde (MDA) và trạng thái chống oxy hóa toàn phần (TAS) của cơ thể với vi khuẩn *H. pylori* hoặc với mức độ viêm mạn tính ở bệnh nhân (BN) VDD mạn tính [4]. Tuy nhiên, chưa có những nghiên cứu đánh giá mối liên quan của các yếu tố này với hình ảnh VDD mạn tính trên nội soi.

Xuất phát từ lý do trên, chúng tôi triển khai đề tài này nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa SOD, GPx, MDA, TAS trong huyết tương với hình ảnh nội soi ở BN VDD mạn tính nhiễm *H. pylori*.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

136 BN chẩn đoán xác định VDD mạn tính, khám bệnh tại Phòng khám Nội tiêu hóa, Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp, từ tháng 9/2015 đến tháng 12/2017.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN từ 16-60 tuổi, không có chống chỉ định nội soi thực quản dạ dày; BN không uống rượu, bia, hút thuốc lá, chưa từng phẫu thuật dạ dày - thực quản và trong 1 tháng trước khi tham gia nghiên cứu không sử dụng các thuốc điều trị diệt trừ *H. pylori*, thuốc kháng sinh, thuốc kháng tiết acid, thuốc chứa thành phần Bismuth; BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN không hợp tác nghiên cứu; BN có mẫu sinh thiết, huyết thanh không đủ để thực hiện các xét nghiệm; BN có kèm theo các bệnh lý ở gan, phổi, bệnh tim mạch, bệnh lý khác ở dạ dày (như ung thư dạ dày, trào ngược dạ dày thực quản, chảy máu dạ dày...) hoặc đang điều trị bệnh khác; BN là phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang, có so sánh đối chứng.

- BN nghiên cứu được chia thành 2 nhóm: nhóm nghiên cứu (gồm 71 BN VDD mạn tính nhiễm *H. pylori*) và nhóm chứng (gồm 65 BN VDD mạn tính không nhiễm *H. pylori*).

- Chẩn đoán xác định VDD mạn tính dựa vào tổn thương viêm trên hình ảnh nội soi và mô bệnh học theo tiêu chuẩn Sydney cập nhật [5].

- Xác định nhiễm *H. pylori* khi đồng thời test urease và mô bệnh học đều cho kết quả dương tính. Xác định không nhiễm *H. pylori* khi đồng thời test urease và mô bệnh học cho kết quả âm tính.

- Tiêu chuẩn đánh giá hình ảnh nội soi dạ dày: theo phân loại Sydney [6].

- Các mẫu máu xác định hoạt độ enzyme SOD, GPx và TAS được tách lấy huyết thanh ngay sau khi được gửi đến Bộ môn Sinh lý bệnh, Học viện Quân y. Sau đó được lưu giữ trong tủ lạnh âm sâu 80°C. Xác định SOD, GPx, MDA và TAS trong huyết tương: sử dụng bộ kit ELISA (Human ELISA kit) của hãng Melsin (Trung Quốc). Ngưỡng phát hiện: SOD ≥ 6 ng/ml; GPx: ≥ 3 pg/ml; TAS: $\geq 0,05$ U/ml; MDA: 0,01 mmol/L.

- Đo mật độ quang (OD) tại Bộ môn Sinh lý bệnh, Học viện Quân y bằng máy đọc ELISA DAR 800 của hãng Diaglostatic Automation, Inc (Mỹ). Xây dựng đường cong chuẩn và tính toán kết quả bằng phần mềm micorosoft Excel 2013.

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp. Các BN tham gia nghiên cứu được giải thích rõ mục đích nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Bảng 1. Hình ảnh tổn thương dạ dày trên nội soi theo phân loại Sydney.

Hình ảnh tổn thương	Nhóm nghiên cứu (n = 71)	Nhóm chứng (n = 65)	p*
Xung huyết	49 (69,0%)	44 (67,7%)	0,87
Trợt phẳng	22 (31,0%)	22 (33,8%)	0,72
Trợt lõm	49 (69,0%)	43 (66,2%)	0,72
Teo	2 (2,8%)	1 (1,5%)	1,0*
Xuất huyết	2 (2,8%)	2 (3,1%)	1,0*
Trào ngược dịch mật	19 (26,8%)	15 (23,1%)	0,62
*: Kiểm định Fisher's.			

Ở nhóm nghiên cứu: 100% BN có hình ảnh tổn thương loét; trong đó, chủ yếu là loét lõm (69,0%). 69,0% BN có hình ảnh VDD xung huyết. 26,8% BN trào ngược dịch mật; không trường hợp nào phát hiện hình ảnh viêm phi đại.

So sánh hình ảnh tổn thương trên nội soi giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có sự khác biệt, với $p > 0,05$.

Bảng 2. Tỷ lệ định lượng SOD, GPx, TAS và MDA huyết tương trên ngưỡng phát hiện.

Nhóm	Nồng độ trên ngưỡng phát hiện			
	SOD	GPx	TAS	MDA
Nhóm nghiên cứu (n = 71)	70 (98,6%)	71 (100,0%)	71 (100%)	70 (98,6%)
Nhóm chứng (n = 65)	64 (98,5%)	65 (100,0%)	65 (100,0%)	64 (98,5%)

Bảng 2 cho thấy, nồng độ GPx, TAS, SOD và MDA huyết tương trên ngưỡng phát hiện giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa nồng độ SOD huyết tương với hình ảnh tổn thương dạ dày trên nội soi.

Hình ảnh nội soi		SOD (ng/ml) huyết tương nhóm nghiên cứu (n = 71)		SOD (ng/ml) huyết tương nhóm chứng (n = 65)	
		Số BN	Trung vị (Min-Max)	Số BN	Trung vị (Min-Max)
Xung huyết	Không	22	223,86 (57,10-542,49)	20	319,62 (96,47-1442,31)
	Có	48	126,83 (12,47 - 608,07)	44	335,88 (80,65-3041,72)
	p*	0,69		0,9	
Trợt phẳng	Không	48	109,32 (57,1-698,07)	43	287,31 (91,85-2394,54)
	Có	22	330,55 (12,47-472,63)	21	346,95 (80,65-3041,72)
	p*	0,06		0,64	
Trợt lõm	Không	22	315,77 (12,47-472,63)	21	346,95 (80,65-3041,72)
	Có	48	109,32 (57,1-608,07)	43	287,31 (91,85-2394,54)
	p*	0,09		0,47	
Trào ngược dịch mật	Không	52	153,61 (12,47-608,07)	50	288,75 (89,85-3041,72)
	Có	18	107,81 (57,1-358,48)	14	408,01 (80,65-2394,54)
	p*	0,14		0,46	
p*: Kiểm định Mann - Whitney					

Không phát hiện mối liên quan giữa nồng độ SOD huyết tương với hình ảnh tổn thương dạ dày trên nội soi ở cả BN nhóm chứng và nhóm nghiên cứu.

Bảng 4. Mối liên quan giữa nồng độ GPx huyết tương với hình ảnh tổn thương dạ dày trên nội soi.

Hình ảnh nội soi		GPx (pg/ml) huyết tương nhóm nghiên cứu (n = 71)		GPx (pg/ml) huyết tương nhóm chứng (n = 65)	
		Số BN	Trung vị (Min-Max)	Số BN	Trung vị (Min-Max)
Xung huyết	Không	22	125,03 (33,36-316,29)	21	195,65 (46,52-806,42)
	Có	49	61,72 (16-321,57)	44	157,92 (42,84-1.052,78)
	p*	0,51		0,91	
Trợt phẳng	Không	49	61,72 (16,0-321,57)	43	116,87 (46,52-1.052,78)
	Có	22	152,89 (21,91-259,21)	22	207,35 (42,84-1.052,78)
	p*	0,07		0,24	
Trợt lõm	Không	22	129,82 (21,91-259,21)	22	208,53 (42,84-1.052,78)
	Có	49	61,72 (16,0-321,57)	43	116,87 (46,52-1.052,78)
	p*	0,3		0,12	
Trào ngược dịch mật	Không	52	129,82 (21,91-321,57)	50	143,04 (46,52-1.052,78)
	Có	19	58,25 (16,0-190,11)	15	236,26 (42,84-1.052,78)
	p*	0,04		0,23	
p*: Kiểm định Mann - Whitney					

Trên nhóm nghiên cứu, thấy trung vị nồng độ GPx huyết tương ở các BN có trào ngược dịch mật (58,25 pg/ml) thấp hơn so với các BN không có trào ngược dịch mật (129,82 pg/ml), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Không phát hiện mối liên quan giữa nồng độ GPx huyết tương với hình ảnh nội soi ở cả BN nhóm chứng và nhóm nghiên cứu.

Bảng 5. Mối liên quan giữa nồng độ MDA huyết tương với hình ảnh tổn thương dạ dày trên nội soi.

Hình ảnh nội soi		MDA (mmol/ml) huyết tương nhóm nghiên cứu (n = 70)		MDA (mmol/ml) huyết tương nhóm chứng (n = 64)	
		Số BN	Số BN	Số BN	Trung vị (Min-Max)
Xung huyết	Không	22	3,4 (0,89-8,93)	20	6,43 (1,12-23,46)
	Có	48	1,36 (0,27-9,6)	44	5,74 (0,97-43,08)
	p*	0,95		0,64	
Trợt phẳng	Không	49	1,31 (0,27-9,6)	43	4,42 (0,97-43,08)
	Có	21	5,14 (1,01-7,61)	21	6,45 (1,0-24,4)
	p*	0,03		0,58	
Trợt lõm	Không	21	3,23 (1,01-7,61)	21	6,45 (1,0-24,4)
	Có	49	1,31 (0,27-9,6)	43	4,42 (0,97-43,08)
	p*	0,03		0,47	
Trào ngược dịch mật	Không	51	1,65 (0,99-9,6)	50	5,65 (1,01-26,19)
	Có	19	1,16 (0,27-5,91)	14	6,83 (0,97-43,08)
	p*	0,008		0,72	
p*: Kiểm định Mann - Whitney					

Trên nhóm nghiên cứu, thấy trung vị nồng độ MDA huyết tương ở các BN có tổn thương trợt phẳng (5,14 mmol/l) cao hơn so với ở các BN không có tổn thương trợt phẳng (1,31 mmol/l), khác biệt với $p < 0,05$. Trung vị nồng độ MDA huyết tương ở các BN có tổn thương trợt lõm (1,31 mmol/l) và trào ngược dịch mật (1,16 mmol/l) thấp hơn so với ở các BN không có tổn thương trợt lõm (3,23 mmol/l) và không có trào ngược dịch mật (1,65 mmol/l), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trên nhóm chứng, không phát hiện mối liên quan giữa nồng độ MDA huyết tương với hình ảnh tổn thương dạ dày trên nội soi.

Bảng 6. Mối liên quan giữa nồng độ TAS huyết tương với hình ảnh tổn thương dạ dày trên nội soi.

Hình ảnh nội soi		MDA (mmol/ml) huyết tương nhóm nghiên cứu (n = 71)		MDA (mmol/ml) huyết tương nhóm chứng (n = 65)	
		Số BN	Trung vị (Min-Max)	Số BN	Trung vị (Min-Max)
Xung huyết	Không	22	0,68 (0,26-2,15)	21	0,69 (0,28-8,48)
	Có	49	0,68 (0,27-2,05)	44	1,05 (0,32-20,64)
	p*	0,92		0,2	
Trợt phẳng	Không	49	0,68 (0,26-2,15)	43	1,05 (0,32-20,64)
	Có	22	0,7 (0,38-2,05)	22	0,68 (0,28-18,77)
	p*	0,9		0,08	
Trợt lõm	Không	22	0,7 (0,38-2,05)	22	0,68 (0,28-18,77)
	Có	49	0,68 (0,26-2,15)	43	1,05 (0,32-20,64)
	p*	0,96		0,1	
Trào ngược dịch mật	Không	52	0,68 (0,26-2,15)	50	0,81 (0,28-18,77)
	Có	19	0,69 (0,48-1,67)	15	0,69 (0,33-20,64)
	p*	0,55		0,82	
p*: Kiểm định Mann - Whitney					

Không phát hiện mối liên quan giữa nồng độ TAS huyết tương với hình ảnh tổn thương dạ dày trên nội soi ở cả BN nhóm chứng và nhóm nghiên cứu.

4. BÀN LUẬN.

- Hình ảnh tổn thương dạ dày trên nội soi: trước đây, do có nhiều cách phân loại VDD, nên khó khăn trong việc so sánh kết quả giữa các nghiên cứu với nhau. Hội nghị tiêu hóa quốc tế lần thứ 9 tại Sydney (Australia) đã đưa ra “Hệ thống Sydney” phân loại bệnh VDD mạn tính gồm 2 phần (phần nội soi và phần mô bệnh học). Đến năm 1994, phân loại này được cập nhật và sử dụng rộng rãi [2].

Trong nghiên cứu này, nội soi dạ dày thấy hình ảnh tổn thương rất đa dạng. Các tổn thương kết hợp với nhau, như viêm xung huyết thường kèm với phù nề, có khi cả viêm loét. Tuy nhiên, chúng tôi chọn tổn thương nổi bật để phân loại chẩn đoán. Ở nhóm nghiên cứu, 100% BN có tổn thương loét, trong đó, chủ yếu là loét lồi (69%); viêm dạ dày xung huyết (69,0%), trào ngược dịch mật (26,8%), không có trường hợp nào viêm phi đại. So sánh hình ảnh tổn thương trên nội soi giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có sự khác biệt, với $p > 0,05$. Theo nghiên cứu của Lê Quang Tâm và cộng sự (2012) trên 240 BN VDD mạn tính, dân tộc Ê Đê tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắk Lắk, dạng viêm thường gặp nhất trên hình ảnh nội soi là viêm xung huyết (53,8%) và viêm loét phẳng (24,6%) [7].

Trong quá trình tiến hành nội soi, chúng tôi nhận thấy hình ảnh VDD mạn tính nổi bật thường là tình trạng phù nề kết hợp với xung huyết. Rất khó nhận biết các hình ảnh tổn thương khác, như viêm teo, viêm loét phẳng, viêm loét lồi... Ngoài ra, chúng tôi cũng thấy nhiều BN có tổn thương lần sản dạng hạt ở vùng hang vị. Hình ảnh này thường xuất hiện sớm sau khi nhiễm *H. pylori*, tương ứng với hình ảnh tổn thương nang dạng lympho trên mô bệnh học. Hình ảnh hạt không những là đặc thù mà còn là dấu hiệu cảnh báo VDD mạn tính do vi khuẩn *H. pylori* với mức độ tổn thương niêm mạc dạ dày nặng.

- Mối liên quan giữa SOD, GPx, TAS với hình ảnh nội soi: nhiễm vi khuẩn *H. pylori* là một yếu tố gây ra các rối loạn khác nhau của biểu mô dạ dày bao gồm loét, loạn sản và ung thư biểu mô. Sự thay đổi của quá trình tăng trưởng tế bào biểu mô và quá trình chết của tế bào có thể đóng một vai trò trong các biểu hiện nhiễm *H. pylori*, nhưng các cơ chế chịu trách nhiệm cho những thay đổi này trong biểu mô vẫn chưa được biết. Nghiên cứu của Ding S.Z và cộng sự (2007) chứng minh rằng, mức độ oxy phản ứng tăng lên được tạo ra trong các tế bào biểu mô dạ dày nhiễm vi khuẩn *H. pylori* và đây có thể là một cơ chế dẫn đến chết tế bào liên quan đến nhiễm trùng [8].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không thấy sự liên quan giữa nồng độ SOD, TAS huyết tương với hình ảnh tổn thương dạ dày trên nội soi. Nhưng ở nhóm nghiên cứu, trung vị nồng độ GPx huyết tương ở BN có trào ngược dịch mật (58,25 pg/ml) thấp hơn so với BN không có trào ngược dịch mật (129,82 pg/ml), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cho thấy, mức độ giảm GPx trong các tế bào biểu mô dạ dày của BN nhiễm *H. pylori*. Điều này cung cấp thêm bằng chứng cho thấy *H. pylori* đóng vai trò kích thích sự tích tụ ROS trong các tế bào biểu mô dạ dày [9].

- Mối liên quan giữa hình ảnh nội soi với nồng độ MDA huyết tương: về mặt lý thuyết, MDA là

sản phẩm của quá trình peroxid hóa lipid. Ở BN VDD mạn tính, nhiễm *H. pylori* gây tăng ROS. Sản xuất ROS xảy ra một cách không kiểm soát sẽ dẫn đến tổn thương tế bào/mô quá nhiều, kết quả là xuất hiện viêm mạn tính và phá hủy các mô bình thường, tăng sản phẩm tổn thương lipid, protein và DNA. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong nhóm BN VDD mạn tính nhiễm *H. pylori*, trung vị nồng độ MDA huyết tương ở BN có tổn thương loét phẳng (5,14 mmol/l) cao hơn so với ở BN không có tổn thương loét phẳng (1,31 mmol/l), khác biệt với $p < 0,05$; trung vị nồng độ MDA huyết tương ở BN có tổn thương loét lồi (1,31 mmol/l) và trào ngược dịch mật (1,16 mmol/l) thấp hơn so với ở BN không có tổn thương loét lồi (3,23 mmol/l) và không có trào ngược dịch mật (1,65 mmol/l), khác biệt với $p < 0,05$.

Drake I.M và cộng sự (1998) nghiên cứu nồng độ MDA trên 161 BN viêm niêm mạc dạ dày mạn tính có *H. pylori* dương tính chẩn đoán qua nội soi, kết quả cho thấy nồng độ MDA huyết tương ở các BN này cao hơn ở những người có niêm mạc dạ dày bình thường [10]. Do vậy, nhiễm vi khuẩn *H. pylori* có thể là nguyên nhân chính gây phát sinh ROS. Ngoài ra, quá trình peroxid hóa lipid còn xảy ra do quá trình chết tế bào.

Như vậy, kết quả nghiên cứu này có sự khác biệt so với các nghiên cứu khác. Lý giải điều này, có thể do nghiên cứu của chúng tôi xác định nồng độ MDA huyết tương chứ không phải trong niêm mạc dạ dày, nên kết quả có thể chưa phản ánh hết tình trạng stress oxy hóa ở BN VDD mạn tính.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 136 BN chẩn đoán xác định VDD mạn tính (trong đó, nhóm nghiên cứu gồm 71 BN nhiễm *H. pylori* và nhóm chứng gồm 65 BN không nhiễm *H. pylori*), chúng tôi rút ra kết luận:

- Trên nhóm nghiên cứu, hình ảnh nội soi dạ dày gặp các tổn thương: viêm dạ dày xung huyết 69,0%; viêm dạ dày loét lồi 69,0%; viêm dạ dày loét phẳng 31,0%; trào ngược dịch mật 26,8%; viêm dạ dày xuất huyết 2,8% và viêm teo dạ dày 2,8%. Không có sự khác biệt hình ảnh nội soi giữa nhóm nghiên cứu với nhóm chứng ($p < 0,05$).

- Trên nhóm nghiên cứu, trung vị nồng độ GPx huyết tương ở BN có trào ngược dịch mật (58,25 pg/ml) thấp hơn so với BN không có trào ngược dịch mật (129,82 pg/ml), khác biệt với $p < 0,05$. Trung vị nồng độ MDA huyết tương ở BN có tổn thương loét phẳng (5,14 mmol/l) cao hơn ở BN không có tổn thương loét phẳng (1,31 mmol/l), khác biệt với $p < 0,05$. Trung vị nồng độ MDA huyết tương ở BN có tổn thương loét lồi (1,31 mmol/l) và BN trào ngược dịch mật (1,16 mmol/l) thấp hơn ở BN không có tổn thương loét lồi (3,23 mmol/l) và không có trào ngược dịch mật (1,65 mmol/l), khác

biệt với $p < 0,05$. Chưa phát hiện mối liên quan giữa hình ảnh nội soi với nồng độ SOD và TAS ở BN VDD mạn tính nhiễm *H. pylori*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Wang P, Ji R, Yu T, et al (2010), "Classification of histological severity of *H. pylori* - associated gastritis by confocal laser endomicroscopy", *World Journal of Gastroenterology*, 16 (41): 5203-5210.
2. Szabo I.L, Cseko K, Czimmer J, et al (2012), "Chapter 1: Diagnosis of gastritis - review from early pathological evaluation to present day management", *Current topics in gastritis*, Intech. 3-19.
3. Kim Y.J, Kim E.H, Hahm K.B (2012), "Oxidative stress in inflammation-based gastrointestinal tract diseases: Challenges and opportunities", *Journal of gastroenterology and hepatology*, 27(6): 1004-1010.
4. Dulger A.C, Aslan M, Nazligul Y, et al (2011), "Peripheral lymphocyte DNA damage and oxidative status after eradication therapy in patients infected with *Helicobacter pylori*", *POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWNĘTRZNEJ*, 121 (12): 428-431.
5. Dixon M.F, Genta R.M, Yardley J.H, et al (1996), "Classification and Grading of Gastritis:

The Updated Sydney System", *American Journal of Surgery Pathology*, 20 (10): 1161-1181.

6. Rugge M, Pennelli G, Pilozi E, et al (2011), "Gastritis: The histology report", *Digestive and Liver Disease*, 43S: S373-S384.

7. Lê Quang Tâm, Bùi Hữu Hoàng (2012), "Viêm loét dạ dày tá tràng và nhiễm *H. pylori* ở BN dân tộc Ê đê tại Bệnh viện tỉnh Đắk Lắk", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 16 (2): 62-66.

8. Ding S.Z, Minohara Y, Fan X.J, et al (2007), "*H. pylori* infection induces oxidative stress and programmed cell death in human gastric epithelial cells", *American society for microbiology*, 75 (8): 4030-39.

9. Beil W, Obst B, Sewing K.F, et al (2000), "*H. pylori* reduces intracellular glutathione in gastric epithelial cells", *Dig Dis Sci.*, 45 (9): 1769-73.

10. Drake I.M, Mapstone N.P, Schorah C.J, et al (1998), "Reactive oxygen species activity and lipid peroxidation in *H. pylori* associated gastritis: relation to gastric mucosal ascorbic acid concentrations and effect of *H. pylori* eradication", *Gut*, 42: 768-771. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU DO UNG THƯ DI CĂN...

(Tiếp theo trang 32)

nặng nhất 24 giờ đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,001$).

- Sự hài lòng của BN với kiểm soát đau: 92,7% BN rất hài lòng, hài lòng và chấp nhận được; 5,5% BN không hài lòng và 1,8% BN rất không hài lòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Marieke H.J van den Beuken - Van Everdingen, Laura M.J Hochstenbach, Elbert A.J Joosten, Vivianne C.G Tjan-Heijnen, Daisy J.A Janssen (2016), "Update on prevalence of pain in patients with cancer: Systematic review and meta-analysis", *Journal of pain and symptom management*, Vol.51, No.6, June 2016.
2. Freddie Bray, Jacques Ferlay, Isabelle Soerjomataram (2018), "Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", *Cancer J Clin*, 68: 394-424.
3. Office for National Statistics: *Cancer registration statistics*, England: 2017, Published 26 April 2019.
4. Mehmet Asim Bilen, Julie M Shabto, Dylan J Martini, Bilen et al (2019), "Sites of metastasis and association with clinical outcome in advanced stage cancer patients treated with immunotherapy", *BMC Cancer*, 19:857.
5. Cathy L Carlson (2016), "Effectiveness of the World Health Organization cancer pain relief

guidelines: an integrative review", *Journal of Pain Research*, 2016 (9), p. 515-534.

6. Dang Huy Quoc Thinh, Wimonrat Sriraj, Marzida Mansor (2018), "Patient and Physician Satisfaction with Analgesic Treatment: Findings from the Analgesic Treatment for Cancer Pain in Southeast Asia (ACE) Study", *Hindawi Pain Research and Management Volume 2018*, Article ID 2193710, 8 pages.

7. Dang Huy Quoc Thinh, Wimonrat Sriraj, Marzida Mansor, et al (2018), "Analgesic Prescription Patterns and Pain Outcomes in Southeast Asia: Findings From the Analgesic Treatment of Cancer Pain in Southeast Asia Study", *Journal of Global Oncology*, 2018 by American Society of Clinical Oncology.

8. G Apolone, O Corli, A Caraceni, E Negri, S Deandrea, M Montanari, M.T Greco (2009), "Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group", *British Journal of Cancer* (2009) 100, 1566-1574.

9. Melissa MEJIN, Thamron KEOWMANI, Syuhaidah ABDUL RAHMAN, Jerry LIEW, Jacqueline LAI, Morna CHUA, Ilmiyah CHE WAN (2009), "Prevalence of pain and treatment outcomes among cancer patients in a Malaysian palliative care unit", *Pharmacy Practice*, 2019 Jan-Mar; 17(1): 1397. □

KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ GGT HUYẾT TƯƠNG VỚI HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở 185 BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

ThS. ĐINH THỊ THẢO, TS. NGUYỄN VĂN TUYẾN
ThS. NGUYỄN CẨM THẠCH, CN. ĐÀM THỊ HUYỀN THANH
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. PHẠM THÁI GIANG
(2) PGS.TS. LÝ TUẤN KHẢI

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ Gamma-Glutamyltransferase huyết tương với hội chứng chuyển hóa ở 185 bệnh nhân đái tháo đường type 2 (trong đó, 94 bệnh nhân mắc hội chứng chuyển hóa và 91 bệnh nhân không mắc hội chứng chuyển hóa) điều trị tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ 01/11/2020 đến 30/04/2021.

Kết quả: Nồng độ Gamma-Glutamyltransferase huyết tương ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường type 2 mắc hội chứng chuyển hóa ($58,57 \pm 47,88$ U/L) và nhóm bệnh nhân đái tháo đường type 2 không mắc hội chứng chuyển hóa ($42,6 \pm 18,16$ U/L) khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$. Tăng nồng độ Gamma - Glutamyltransferase huyết tương làm tăng 2,578 lần nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa (95%CI: 1,26-5,27; $p < 0,05$).

Từ khóa: Đái tháo đường type 2, Gamma - Glutamyltransferase, hội chứng chuyển hóa.

ABSTRACT: A cross - sectional, prospective study was conducted to investigate the relationship between plasma Gamma - Glutamyltransferase concentration and Metabolism syndrome (MS) in 185 patients with type 2 diabetes (including 94 patients with MS and 91 patients without MS) were treated at Department of Medical Examination, 108 Military Central Hospital, from 01/11/2020 to 30/04/2021.

Result: Plasma Gamma - Glutamyltransferase concentrations of type 2 diabetes patients with MS (58.57 ± 47.88 U/L) and those of type 2 diabetes patients without MS (42.6 ± 18.16 U/L) were statistically significant different, $p < 0.05$. Increasing in plasma Gamma - Glutamyltransferase level caused 2.578 times higher risk of developing MS.

Keywords: Type 2 diabetes, Gamma - Glutamyltransferase, metabolic syndrome.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Nguyễn Cẩm Thạch, Email: nguyencamthach1973@yahoo.com

Ngày nhận bài: 17/7/2021; mời phản biện khoa học: 8/2021; chấp nhận đăng: 28/9/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh chuyển hóa mạn tính, đặc trưng bởi tình trạng tăng đường máu kéo dài, gây ra biến chứng ở tim, mạch máu, mắt, thận và thần kinh. Hơn 90% bệnh nhân (BN) ĐTĐ type 2 đề kháng insulin ở mô và bài tiết insulin bù đắp không đầy đủ. Theo thống kê của Liên đoàn ĐTĐ quốc tế, năm 2019, có 4,2 triệu người tử vong do ĐTĐ, 463 triệu người trưởng thành đang sống chung với bệnh và có thể sẽ tăng lên 700 triệu người vào năm 2045 [1]. Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là một trong các yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của bệnh ĐTĐ type 2, bệnh tim mạch, tăng huyết áp [2]. Mặc dù tỉ lệ mắc HCCH phụ thuộc tuổi, giới tính, chủng tộc và tiêu chuẩn chẩn đoán, song, có 20-30% dân số trưởng thành ở hầu hết các nước bị ảnh hưởng bởi HCCH. Những năm

gần đây, tỉ lệ mắc HCCH ngày càng gia tăng do tăng tỉ lệ béo phì [3].

Gamma - Glutamyltransferase (GGT) là chất được tổng hợp ở các tế bào biểu mô đường mật trong gan, được xem là một chất chỉ điểm mức độ bệnh lý gan và tình trạng nhiễm độc cồn (bia, rượu...). Gần đây, có rất nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan giữa nồng độ GGT với bệnh ĐTĐ, tăng huyết áp và bệnh lý tim mạch khác. Bên cạnh đó, các nghiên cứu cũng ghi nhận tần suất mắc HCCH tăng cùng với sự tăng nồng độ GGT kéo dài [4].

Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và một số bệnh viện khác, xác định nồng độ GGT là xét nghiệm thường quy. Tuy nhiên, mối liên quan giữa nồng độ GGT huyết tương với HCCH và việc sử dụng kết quả xét nghiệm này trong chẩn đoán,

điều trị còn chưa được các nhà lâm sàng quan tâm đúng mức.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ GGT huyết tương với HCCH ở BN ĐTĐ type 2 điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

185 BN ĐTĐ type 2 (trong đó, 94 BN có mắc HCCH và 91 BN không mắc HCCH), điều trị tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ 01/11/2020 đến 30/04/2021.

Loại trừ các BN mắc bệnh lý ác tính, suy giáp, suy thận mạn tính, xơ gan, viêm gan virus B, C (HBV, HCV) đang hoạt động; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện.
- Phương pháp xét nghiệm: đo quang.
- Phương pháp tiến hành nghiên cứu: tất cả BN được khám lâm sàng, xét nghiệm, thu thập thông tin, phân chia nhóm (mắc HCCH và không mắc HCCH).

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm BN nghiên cứu: tuổi, giới tính.

+ Đánh giá nồng độ một số chỉ số sinh hóa và các yếu tố nguy cơ: nồng độ HbA1C máu toàn phần, nồng độ glucose máu, triglycerid (TG), cholesterol (Chol), HDL-cholesterol (HDL), LDL-cholesterol (LDL), GGT, alanine aminotransferase (ALT),

acid uric (AU), aspartate aminotransferase (AST) trong huyết tương.

- Thu thập mẫu: theo quy trình lấy mẫu của phòng xét nghiệm ISO-15189:2012. Các chỉ số hóa sinh được phân tích trên máy sinh hóa AU5800 (Beckman Coulter, Hoa Kỳ).

- Tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH: dựa trên định nghĩa của Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ (AHA), BN mắc hội chứng rối loạn chuyển hóa khi có tối thiểu 3 trong các tiêu chí sau [5]:

+ Vòng eo: nam ≥ 102 cm; nữ ≥ 88 cm.

+ Tăng TG $\geq 1,7$ mmol/l (150 mg/dl).

+ Giảm HDL: nam $\leq 1,0$ mmol/l (40 mg/dl); nữ $\leq 1,3$ mmol/l (50 mg/dl).

+ Huyết áp $\geq 130/85$ mmHg.

+ Glucose máu $\geq 6,1$ mmol/l (≥ 100 mg/dl).

- Xử lý số liệu: theo thuật toán thống kê y học (T-test, Chi-square test) trên phần mềm SPSS 20.0 (IBM Co., Armonk, NY, USA).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm		Mắc HCCH (n = 94)	Không mắc HCCH (n = 91)	p
Giới tính	Nam	51 (54,3%)	49 (53,8%)	> 0,05
	Nữ	43 (45,7%)	42 (46,2%)	
Tuổi trung bình		60,57 ± 11,43	58,87 ± 11,1	

Nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn nữ giới trong cả 2 nhóm BN. Không có sự khác biệt về tỉ lệ nam, nữ và độ tuổi trung bình giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

3.2. Đánh giá nồng độ một số chỉ số sinh hóa và các yếu tố nguy cơ:

Bảng 2. Nồng độ GGT và một số chỉ số sinh hóa.

Chỉ số		Mắc HCCH (n = 94)	Không mắc HCCH (n = 91)	p
HbA1c (%)	Thấp nhất-cao nhất	6,6-17,1	6,7-13,2	0,738
	± SD	8,53 ± 2,08	8,54 ± 1,82	
Glucose (mmol/l)	Thấp nhất-cao nhất	5,44-35,87	6,78-23,24	0,952
	± SD	10,38 ± 4,27	10,28 ± 3,63	
Chol (mmol/l)	Thấp nhất-cao nhất	2,31-11,61	3,3-9,93	0,924
	± SD	5,2 ± 1,58	5,19 ± 1,09	
TG (mmol/l)	Thấp nhất-cao nhất	1,06-30,27	0,84-12,85	0,001
	± SD	4,35 ± 4,2	2,68 ± 1,83	

Chỉ số		Mắc HCCH (n = 94)	Không mắc HCCH (n = 91)	P
HDL (mmol/l)	Thấp nhất-cao nhất	0,19-1,98	0,64-2,22	0,000
	± SD	0,92 ± 0,24	1,19 ± 0,25	
LDL (mmol/l)	Thấp nhất-cao nhất	0,29-5,89	0,52-5,54	0,069
	± SD	2,84 ± 1,14	3,15 ± 0,88	
AST (U/L)	Thấp nhất-cao nhất	10-79	11-48	0,048
	± SD	24,69 ± 9,9	22,46 ± 7,6	
ALT (U/L)	Thấp nhất-cao nhất	6-86	11-66	0,321
	± SD	29,67 ± 12,83	27,95 ± 11,77	
GGT (U/L)	Thấp nhất-cao nhất	13 - 311	14-92	0,003
	± SD	59,57 ± 47,88	42,66 ± 18,16	
Acid uric (μmol/l)	Thấp nhất-cao nhất	143-86	143-693	0,151
	± SD	365,47 ± 123,76	341,37 ± 99,75	

Nồng độ TG, AST, GGT ở nhóm BN mắc HCCH cao hơn ở nhóm BN không mắc HCCH với $p < 0,05$. Ngược lại, nồng độ HDL ở nhóm BN mắc HCCH thấp hơn so với nhóm BN không mắc HCCH ($p < 0,05$).

Bảng 3. Yếu tố nguy cơ mắc HCCH.

Chỉ số	OR	95%CI		p
		Thấp	Cao	
Chol	1,121	0,624	2,013	0,76
TG	4,418	1,953	9,994	0,000
HDL	17,992	8,522	37,693	0,000
LDL	0,754	0,404	1,408	0,428
AST	4,14	0,855	20,049	0,1
ALT	0,963	0,409	2,272	1,0
GGT	2,578	1,26	5,274	0,01
Axit uric	1,222	0,685	2,179	0,556

Tăng nồng độ TG ($> 2,3$ mmol/l), GGT (> 61 U/L) làm tăng nguy cơ mắc HCCH ở BN ĐTĐ type 2 lần lượt là 4,418 và 2,578 lần ($p < 0,05$). Giảm nồng độ HDL ($< 0,9$ mmol/l) làm tăng 17,992 lần nguy cơ mắc HCCH ở BN ĐTĐ type 2 ($p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN.

Bảng 1 cho thấy, tỉ lệ BN nam mắc HCCH là 54,8%. Tuổi trung bình BN mắc HCCH là $60,57 \pm 11,43$ tuổi. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu về HCCH của các tác giả nước ngoài (tỉ lệ mắc HCCH ở nam giới cao hơn so với nữ giới). Bên cạnh đó, tỉ lệ về đặc điểm lứa tuổi trong từng giới tính của BN mắc HCCH cũng có sự thay đổi,

như tỉ lệ mắc HCCH tăng ở BN trên 60 tuổi, song tăng cao hơn trên phụ nữ mãn kinh [1], [6].

Bảng 2 và 3 cho thấy, nồng độ GGT huyết tương ở nhóm BN mắc HCCH ($59,57 \pm 47,88$ U/L) cao hơn ở nhóm BN không mắc HCCH ($42,66 \pm 18,16$ U/L), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Bên cạnh TG, HDL thì GGT cũng là một yếu tố nguy cơ của HCCH trên BN ĐTĐ type 2, với OR = 2,578 (95%CI: 1,26-5,274), $p < 0,05$.

HCCH có liên quan chặt chẽ với tình trạng viêm, kháng insulin, rối loạn chức năng nội mô, rối loạn chức năng thận, gan, stress oxy hóa. Do đó, một số chỉ số sinh học được cho là các yếu tố nguy cơ có liên quan với HCCH, bao gồm: số lượng bạch cầu, CRP-hs, homocysteine, chỉ số kháng insulin (homeostasis model assessment insulin resistance index - HOMA-IR), acid uric, cystatin C, ALT, GGT. Số lượng bạch cầu, CRP-hs, HOMA-IR, homocysteine, cystatin C, GGT, ALT; trong đó HOMA-IR có liên quan chặt chẽ với tăng các chỉ số sinh học trên ($p < 0,001$) [6].

Trong nghiên cứu Framingham, GGT được chứng minh có liên quan với các yếu tố nguy cơ gây ra các bệnh lí tim mạch; đặc biệt là độ tuổi, giới tính nam, rối loạn lipid máu, huyết áp cao, tăng đường huyết và hút thuốc. Bên cạnh đó, tăng GGT còn liên quan đến tăng nguy cơ mắc HCCH. Trong số 1.790 người tham gia nghiên cứu, có 419 người (nữ giới chiếm 16%) mắc HCCH sau 8 năm và 968 người (nữ giới chiếm 37%) phát triển HCCH sau 20 năm. So với các yếu tố tuổi, giới tính, uống rượu, CRP thì GGT có mối liên quan chặt chẽ nhất tới nguy cơ mắc

HCCH [7]. Như vậy, sự thay đổi nồng độ GGT huyết tương và mối liên quan với HCCH trong nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Tuy nhiên, nghiên cứu này không cho thấy mối liên quan giữa nồng độ ALT, acid uric với HCCH ($p > 0,05$). Sở dĩ có sự khác biệt với các tác giả trên có thể do sự không tương đồng về cỡ mẫu, chủng tộc, chế độ sinh hoạt... ở đối tượng nghiên cứu.

Cho đến nay, cơ chế và vai trò của GGT trong HCCH vẫn chưa được làm sáng tỏ. Có giả thuyết cho rằng: GGT có vai trò chính trong hệ thống bảo vệ chống oxy hóa nội bào do nó cung cấp cysteine, thúc đẩy quá trình tái tổng hợp glutathione nội bào. Bên cạnh đó, GGT tham gia quá trình dị hóa glutathione ngoại bào, điều chỉnh trạng thái oxy hóa khử của các protein thiol trên bề mặt tế bào, tạo ra các chất oxy phản ứng và hydro peroxit. Mặt khác, GGT được coi là chất tiền viêm, vì nó làm trung gian cho sự chuyển đổi giữa chất gây viêm leukotriene C4 thành D4. Sự tăng nồng độ GGT trong huyết tương là sự phản ánh tình trạng tăng stress oxy hóa và viêm mạn tính - hai quá trình có liên quan mật thiết tới bệnh sinh của HCCH [4].

Nồng độ TG, HDL, AST của hai nhóm nghiên cứu khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên, tăng nồng độ TG, giảm HDL trong huyết tương gây tăng nguy cơ mắc HCCH lên 4,418 lần và 17,992 lần, với $p < 0,001$ (bảng 2). HDL được biết đến là chất chống viêm do mang apo B liên kết với sphingosine-1-phosphate (một lipid trung gian có tác dụng chống viêm) và tham gia điều chỉnh hoạt động của tế bào T. Mặt khác, viêm làm tăng hoạt tính của lipase nội sinh, phospholipase A2, thay thế apo A1 của HDL bằng amyloid A, do đó, làm giảm nồng độ HDL [8]. Tăng TG huyết tương trong HCCH được cho là do tình trạng kháng insulin, gây tăng ly giải tế bào mỡ, tăng axit béo tự do đổ về gan, tăng tổng hợp apo C-III, lipoprotein trọng lượng phân tử rất thấp (very low density lipoprotein - VLDL) giàu TG. Insulin gây thoái hóa apo B trong gan; do đó, ở trạng thái kháng insulin, giảm thoái hóa apo B dẫn đến tăng sản xuất VLDL và tăng nồng độ TG trong huyết tương. Bên cạnh đó, VLDL và apo C-III hoạt động như một chất trung gian tiền viêm thông qua kích hoạt con đường tín hiệu Toll-like receptor 2. Do vậy, chúng đóng một vai trò quan trọng trong viêm và phát triển xơ vữa động mạch liên quan đến HCCH [3], [8].

Nghiên cứu của chúng tôi có một số điểm hạn chế là chưa so sánh được GGT với các yếu tố nguy cơ khác như CRP-hs, cysteine C.... Bên

cạnh đó, cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế và cần thu thập thêm các thông tin về tiền sử gia đình, tình trạng nghiện rượu, nghiện thuốc lá (cũng là những yếu tố có thể ảnh hưởng tới nồng độ GGT và có nguy cơ dẫn đến mắc HCCH). Do đó, cần có thêm nghiên cứu quy mô hơn để đánh giá đầy đủ đặc điểm các chỉ số sinh học và mối liên quan với HCCH.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ GGT huyết tương với HCCH ở 185 BN ĐTĐ type 2 (trong đó, 94 BN mắc HCCH và 91 BN không mắc HCCH), điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, kết luận:

- Nồng độ GGT huyết tương ở BN mắc HCCH ($58,57 \pm 47,88$ U/L) và BN không mắc HCCH ($42,6 \pm 18,16$ U/L) khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

- Tăng nồng độ GGT huyết tương là một yếu tố nguy cơ của HCCH trên BN ĐTĐ type 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Galicia-Garcia U et al (2020), "Pathophysiology of type 2 diabetes mellitus", *International Journal of molecular sciences*, 21 (17): p. 6275.
2. Wilson P.W et al (2005), "Metabolic syndrome as a precursor of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus", *Circulation*, 112 (1524-4539 Electronic): p. 3066-72.
3. Eckel R.H, P.Z Grundy Sm Fau - Zimmet, P.Z Zimmet (2005), "The metabolic syndrome", *Lancet*, 365 (1474-547X (Electronic): p. 1415-28.
4. Whitfield J.B (2001), "Gamma-glutamyltransferase", *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 38 (4) (1040-8363 (Print)): p. 263-355.
5. Scott M Grundy D.B, Luther T Clark (2001), "The third report of the Expert.pdf", *JAMA*, 285(19): p. 2486-97.
6. Lee J.G et al (2009), "Multiple biomarkers and their relative contributions to identifying metabolic syndrome", *Clinica Chimica Acta*, 408 (1873-3492 (Electronic)): p. 50-55.
7. Lee D.S et al (2007), "GGT and metabolic syndrome, cardiovascular disease, and mortality risk: the Framingham heart study", *Arterioscler Thromb Vasc Biol.*, 27 (1) (1524-4636 Electronic): p. 127-33.
8. Welty F.K (2013), "How do elevated triglycerides and low HDL-cholesterol affect inflammation and atherothrombosis?", *Curr Cardiol Rep*, 15 (9): p. 400. □

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CÁC BƯỚC THỰC HIỆN QUY TRÌNH GHI ĐIỆN TIM TẠI BỘ MÔN - KHOA CHẨN ĐOÁN CHỨC NĂNG, BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

CN. PHÙNG THỊ HẠNH, TS. PHẠM NGỌC THẢO
ThS. TRẦN LÊ NGUYỆT MINH, ThS. NGUYỄN THỊ HÀ
BS. NGUYỄN THỊ NGỌC, TS. ĐINH VIỆT HÙNG,
PGS.TS. LÊ VĂN QUÂN - *Bệnh viện Quân y 103*
TS. NGUYỄN TRỌNG NGHĨA *Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. NGUYỄN MINH NÚI
(2) TS. NGUYỄN MINH HẢI

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 180 lượt thao tác thực hiện quy trình ghi điện tim trên bệnh nhân của 8 kỹ thuật viên, tại Bộ môn - Khoa Chẩn đoán chức năng, Bệnh viện Quân y 103, nhằm đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến các bước thực hiện quy trình ghi điện tim.

Kết quả: Các yếu tố giới tính, số lượng xét nghiệm thực hiện trong ngày và thời điểm thực hiện kỹ thuật ảnh hưởng lên quá trình tiếp nhận, tiếp đón và hướng dẫn bệnh nhân. Trình độ văn hóa, số lượng xét nghiệm thực hiện trong ngày và thời điểm thực hiện xét nghiệm ảnh hưởng lên bước thử test, phát hiện điện cực nhiễu và bật nút chống nhiễu. Thâm niên công tác và thời điểm thực hiện xét nghiệm ảnh hưởng lên bước ghi điện tim, tháo điện cực. Số lượng xét nghiệm thực hiện trong ngày ảnh hưởng lên bước hoàn thiện bản ghi, ghi kết luận của bác sĩ.

Từ khóa: Sai sót, yếu tố ảnh hưởng, ghi điện tim.

ABSTRACT: A cross-sectional descriptive study of 180 operations performed on patients by 8 technicians, at the Functional Diagnostics Department, Military Hospital 103, in order to evaluate some factors affecting the steps in performing the electrocardiogram procedure.

Results: The gender, the number of tests performed in a day and the time of performing the technique affect the process of receiving, welcoming and instructing patients. Education level, number of tests performed in a day and time of testing affect the test step, detecting the interference electrode and turning on the anti-interference button. Working years and time of testing affect the steps of recording electrocardiogram, removing electrodes. The number of tests performed in a day affects the completion of the record, and the doctor's interpretation.

Keywords: Errors, influencing factors, ECG recording.

Chịu trách nhiệm nội dung: CN. Phùng Thị Hạnh, Email: phunghanh270893@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/7/2021; mời phản biện khoa học: 8/2021; chấp nhận đăng: 28/9/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Chấp hành đúng quy trình kỹ thuật trong khám chữa bệnh mang lại kết quả chính xác, giảm thiểu rủi ro, sự cố trong y khoa và đem lại sự hài lòng cho người bệnh [1], [2]. Đánh giá sự tuân thủ các quy trình kỹ thuật được xác định là cần thiết và là một trong những tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện [3].

Đầu năm 2021, Lê Tiến Trung và cộng sự [5] đã nghiên cứu xây dựng quy trình thực hiện kỹ thuật ghi điện tim dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2014 và đánh giá thực trạng chấp hành quy trình ghi điện tim cùng một số yếu tố ảnh hưởng đến việc chấp hành quy trình ghi điện tim tại Bộ môn -

Khoa Chẩn đoán chức năng, Bệnh viện Quân y 103. Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra một số sai sót thường gặp là phát hiện nhiễu và chống nhiễu (sai sót chiếm 62,8%), tiếp đón và hướng dẫn người bệnh (sai sót chiếm 42,8%), kiểm tra tín hiệu - ghi điện tim với 12 đạo trình và đạo trình DII kéo dài (sai sót chiếm 30,0%). Các yếu tố: thâm niên công tác dưới 1 năm, thời điểm thực hiện kỹ thuật vào đầu và giữa buổi sáng, số xét nghiệm điện tim trong ngày ≥ 150 lần làm tăng tỉ lệ sai sót trong toàn bộ quá trình chấp hành quy trình ghi điện tim [4]. Tuy nhiên, các yếu tố ảnh hưởng và làm tăng tỉ lệ sai sót đối với từng bước trong quy trình kỹ thuật chưa được đánh giá.

Để làm cơ sở cho việc tìm hiểu nguyên nhân và khắc phục các sai sót ở từng bước kĩ thuật, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến các bước thực hiện quy trình ghi điện tim tại Bộ môn - Khoa Chẩn đoán chức năng, Bệnh viện Quân y 103.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

180 thao tác của 8 kĩ thuật viên trực tiếp thực hiện kĩ thuật ghi điện tim trên bệnh nhân tại Bộ môn - Khoa Chẩn đoán chức năng, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 5-8/2020. Tất cả các thao tác kĩ thuật quan sát được chọn ngẫu nhiên. Kĩ thuật viên đồng ý tham gia nghiên cứu và không biết trước các thao tác được chọn quan sát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Phương pháp thu thập số liệu: đánh giá kết quả chấp hành quy trình kĩ thuật theo bảng kiểm do Bộ môn - Khoa Chẩn đoán chức năng xây dựng dựa trên quy trình kĩ thuật nội khoa của Bộ Y tế năm 2014 [4].
- Quy trình kĩ thuật ghi điện tim gồm 8 bước:
 - + Bước 1: tiếp đón, tiếp nhận giấy chỉ định và hướng dẫn bệnh nhân phối hợp làm xét nghiệm.
 - + Bước 2: nhập các thông tin người bệnh.
 - + Bước 3: bộc lộ vị trí đặt điện cực.
 - + Bước 4: xác định, đặt các điện cực chì.
 - + Bước 5: xác định, đặt các điện cực trước tim.
 - + Bước 6: kiểm tra máy, test phát hiện điện cực nhiều và bật nút chống nhiễu trước khi ghi điện tim.
 - + Bước 7: ghi điện tim và tháo các điện cực.
 - + Bước 8: hoàn thiện bản ghi điện tim và ghi

phiếu kết luận.

- Đánh giá thao tác thực hiện mỗi bước trong quy trình kĩ thuật theo 2 mức độ:

+ Thực hiện sai sót: được xác định khi kĩ thuật viên không thực hiện hoặc thực hiện được một phần theo quy trình.

+ Thực hiện không sai sót: được xác định khi kĩ thuật viên thực hiện đúng hoàn toàn quy trình.

- Các yếu tố có thể ảnh hưởng đến việc thực hiện các bước quy trình ghi điện tim trên kĩ thuật viên, như: tuổi, giới tính, học vấn, thâm niên công tác, trình độ văn hóa, thời điểm tiến hành kĩ thuật trong ngày, số lượng xét nghiệm trong ngày...

- Đạo đức trong nghiên cứu: quy trình ghi điện tim là quy trình không can thiệp, an toàn tuyệt đối với người bệnh. Các kĩ thuật viên nghiên cứu đều đã được đào tạo, nắm rõ quy trình ghi điện tim và có chứng chỉ thực hiện kĩ thuật ghi điện tim theo quy định của Bộ Y tế.

- Xử lí số liệu: phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Kiểm định χ^2 được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng và tỉ lệ sai sót của các bước thực hiện quy trình kĩ thuật; giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Nghiên cứu 8 kĩ thuật viên trực tiếp làm kĩ thuật ghi điện tim trên bệnh nhân với 180 lượt quan sát ngẫu nhiên. Trong đó có 2 kĩ thuật viên nam, thực hiện 43 lượt (23,9%) quy trình kĩ thuật ghi điện tim và 6 kĩ thuật viên nữ, thực hiện 137 lượt (76,1%) quy trình kĩ thuật ghi điện tim.

3.1. Ảnh hưởng của các yếu tố lên bước tiếp đón, tiếp nhận giấy chỉ định và hướng dẫn bệnh nhân:

Bảng 1. Các yếu tố ảnh hưởng đến bước tiếp đón, tiếp nhận giấy chỉ định và hướng dẫn cho bệnh nhân phối hợp làm xét nghiệm (n = 180).

Yếu tố ảnh hưởng		Có sai sót	Không sai sót	p
Giới tính	Nam	28 (65,1%)	15 (34,9%)	0,035
	Nữ	62 (45,3%)	75 (54,7%)	
Tuổi	Dưới 30 tuổi	48 (54,5%)	40 (45,5%)	0,297
	Trên 30 tuổi	42 (45,7%)	50 (54,3%)	
Thâm niên công tác	Dưới 5 năm	74 (52,5%)	67 (47,5%)	0,278
	Trên 5 năm	16 (41,0%)	23 (59,0%)	
Trình độ văn hóa	Trung cấp	26 (41,3%)	37 (58,7%)	0,118
	Cao đẳng, đại học	64 (54,7%)	53 (45,3%)	

Yếu tố ảnh hưởng		Có sai sót	Không sai sót	p
Thời điểm tiến hành kĩ thuật trong ngày	Buổi sáng	66 (69,5%)	29 (30,5%)	< 0,001
	Buổi chiều	24 (28,2%)	61 (71,8%)	
Số lượng xét nghiệm trong ngày	< 150 xét nghiệm/ngày	43 (40,2%)	64 (59,8%)	0,002
	≥ 150 xét nghiệm/ngày	47 (64,4%)	26 (35,6%)	

Tỉ lệ sai sót do kĩ thuật viên nam giới thực hiện cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nữ giới thực hiện. Tương tự như vậy, tỉ lệ sai sót cao hơn có ý nghĩa thống kê khi thực hiện kĩ thuật vào buổi sáng so với thời điểm thực hiện kĩ thuật vào buổi chiều và số lượng xét nghiệm trong ngày ≥ 150 xét nghiệm so với số lượng xét nghiệm trong ngày < 150 xét nghiệm.

3.2. Ảnh hưởng của các yếu tố lên bước kiểm tra điện tim, thử test điện tim, phát hiện điện cực nhiễu và bật nút chống nhiễu:

Bảng 2. Các yếu tố ảnh hưởng đến bước kiểm tra điện tim, thử test trước khi ghi điện tim, phát hiện điện cực nhiễu, bật nút chống nhiễu (n = 180).

Yếu tố ảnh hưởng		Có sai sót	Không sai sót	p
Giới tính	Nam	32 (74,4%)	11 (25,6%)	0,074
	Nữ	81 (59,1%)	56 (40,9%)	
Tuổi	Dưới 30 tuổi	56 (63,6%)	32 (36,4%)	0,878
	Trên 30 tuổi	57 (62,0%)	35 (38,0%)	
Thâm niên công tác	Dưới 5 năm	92 (65,2%)	49 (34,8%)	0,197
	Trên 5 năm	21 (53,8%)	18 (46,2%)	
Trình độ văn hóa	Trung cấp	33 (52,4%)	30 (47,6%)	0,037
	Cao đẳng, đại học	80 (68,4%)	37 (31,6%)	
Thời điểm tiến hành kĩ thuật trong ngày	Buổi sáng	59 (55,1%)	48 (44,9%)	0,012
	Buổi chiều	54 (74,0%)	19 (26,0%)	
Số lượng xét nghiệm trong ngày	<150 xét nghiệm/ngày	48 (58,5%)	34 (45,1%)	0,019
	≥ 150 xét nghiệm/ngày	46 (78,0%)	13 (22,0%)	

Tỉ lệ sai sót trong thực hiện quy trình kĩ thuật bước kiểm tra điện tim, thử test điện tim, phát hiện điện cực nhiễu và bật nút chống nhiễu liên quan có ý nghĩa thống kê đến các yếu tố trình độ văn hóa của kĩ thuật viên, thời điểm tiến hành kĩ thuật ghi điện tim và số lượng xét nghiệm thực hiện trong ngày. Trong đó, tỉ lệ sai sót ở nhóm đối tượng có trình độ cao đẳng, đại học tăng có ý nghĩa thống kê so với nhóm trình độ văn hóa trung cấp; tỉ lệ sai sót khi thực hiện kĩ thuật vào buổi sáng tăng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với thực hiện kĩ thuật vào buổi chiều và tỉ lệ sai sót tăng có ý nghĩa thống kê khi thực hiện ≥ 150 xét nghiệm/ngày so với dưới 150 xét nghiệm/ngày.

3.3. Ảnh hưởng của các yếu tố lên bước ghi điện tim, tháo điện cực:

Bảng 3. Các yếu tố ảnh hưởng đến bước ghi điện tim, tháo điện cực (n = 180).

Yếu tố ảnh hưởng		Có sai sót	Không sai sót	p
Giới tính	Nam	15 (34,9%)	28 (65,1%)	0,449
	Nữ	39 (28,5%)	98 (71,5%)	

Yếu tố ảnh hưởng		Có sai sót	Không sai sót	p
Tuổi	Dưới 30 tuổi	26 (29,5%)	62 (70,5%)	0,999
	Từ 30 tuổi trở lên	28 (30,4%)	64 (69,6%)	
Thâm niên công tác	Dưới 5 năm	47 (33,3%)	94 (66,7%)	0,045
	Trên 5 năm	7 (17,9%)	32 (82,1%)	
Trình độ văn hóa	Trung cấp	17 (27,0%)	46 (73,0%)	0,61
	Cao đẳng, đại học	37 (31,6%)	80 (68,4%)	
Thời điểm tiến hành kĩ thuật trong ngày	Buổi sáng	41 (43,2%)	54 (56,8%)	< 0,001
	Buổi chiều	13 (15,3%)	72 (84,7%)	
Số lượng xét nghiệm trong ngày	<150 xét nghiệm/ngày	31 (29,0%)	76 (70,1%)	0,742
	≥ 150 xét nghiệm/ngày	23 (31,5%)	50 (68,5%)	

Tỉ lệ sai sót tăng có ý nghĩa thống kê được tìm thấy ở nhóm có thâm niên công tác dưới 5 năm so với nhóm có thâm niên công tác trên 5 năm; tỉ lệ sai sót khi thực hiện xét nghiệm vào buổi sáng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với thực hiện xét nghiệm vào buổi chiều. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ sai sót giữa kĩ thuật viên nam và nữ; tuổi dưới 30 và từ 30 tuổi trở lên; trình độ văn hóa trung cấp và cao đẳng, đại học; số lượng xét nghiệm trong ngày ≥ 150 xét nghiệm/ngày và < 150 xét nghiệm/ngày.

3.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến bước hoàn thiện bản ghi, ghi phiếu kết luận:

Bảng 4. Các yếu tố ảnh hưởng đến bước hoàn thiện bản ghi, ghi phiếu kết luận (n = 180).

Yếu tố ảnh hưởng		Có sai sót	Không sai sót	p
Giới tính	Nam	4 (9,3%)	39 (90,7%)	0,057
	Nữ	3 (2,2%)	134 (97,8%)	
Tuổi	Dưới 30 tuổi	6 (6,8%)	82 (93,2%)	0,06
	Trên 30 tuổi	1 (1,1%)	91 (98,9%)	
Thâm niên công tác	Dưới 5 năm	7 (5,0%)	134 (95,0%)	0,349
	Trên 5 năm	0	39 (100%)	
Trình độ văn hóa	Trung cấp	1 (1,6%)	62 (98,4%)	0,424
	Cao đẳng, đại học	6 (5,1%)	111 (94,9%)	
Thời điểm tiến hành kĩ thuật trong ngày	Buổi sáng	5 (5,3%)	90 (94,7%)	0,449
	Buổi chiều	2 (2,4%)	83 (97,6%)	
Số lượng xét nghiệm trong ngày	< 150 xét nghiệm/ngày	1 (0,9%)	106 (99,1%)	0,018
	≥ 150 xét nghiệm/ngày	6 (8,2%)	67 (91,8)	

Tỉ lệ sai sót trong bước hoàn thiện bản ghi, ghi kết quả liên quan có ý nghĩa thống kê tới số lượng xét nghiệm trong ngày: thực hiện ≥ 150 xét nghiệm/ngày sai sót cao hơn so với thực hiện dưới 150 xét nghiệm/ngày.

4. BÀN LUẬN.

Quy trình ghi điện tim trong thực hành lâm sàng dựa trên hướng dẫn quy trình kĩ thuật nội khoa, chuyên ngành tim mạch của Bộ Y tế năm 2014 [4] và được biên soạn chi tiết hơn bởi Khoa Chẩn

đoán chức năng, Bệnh viện Quân y 103 [5]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá các yếu tố ảnh hưởng lên từng bước kĩ thuật của quá trình ghi điện tim theo bảng kiểm.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra: giới tính, số lượng xét nghiệm trong ngày và thời điểm thực hiện kĩ thuật ảnh hưởng lên quá trình tiếp nhận, tiếp đón và hướng dẫn bệnh nhân. Trình độ văn hóa, số lượng xét nghiệm trong ngày và thời điểm thực hiện xét nghiệm ảnh hưởng lên bước thử test, phát hiện điện cực nhiều và bật nút chống nhiễu. Thâm niên công tác và thời điểm thực hiện xét nghiệm ảnh hưởng lên bước ghi điện tim, tháo điện cực. Số lượng xét nghiệm trong ngày ảnh hưởng lên bước hoàn thiện bản ghi, ghi kết luận của bác sĩ.

Nghiên cứu của Lê Tiến Trung và cộng sự chỉ ra, các yếu tố số lượng ghi điện tim trong ngày, thâm niên công tác, thời điểm thực hiện kĩ thuật trong ngày ảnh hưởng lên toàn bộ quy trình ghi điện tim [5]; kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy, bên cạnh các yếu tố về thời điểm thực hiện kĩ thuật, số lượng xét nghiệm trong ngày và thâm niên công tác thì các yếu tố khác, như giới tính, trình độ văn hóa cũng ảnh hưởng tới sai sót trong các bước thực hiện quy trình ghi điện tim. Chúng tôi thấy, tăng tỉ lệ sai sót ở bước tiếp đón, tiếp nhận giấy chỉ định hướng dẫn bệnh nhân thường gặp ở kĩ thuật viên nam giới hơn nữ giới dù toàn bộ các kĩ thuật viên nam và nữ đều được tập huấn chung về ghi điện tim theo quy trình của Bộ môn - Khoa Chẩn đoán chức năng. Trong nghiên cứu này, có 8 kĩ thuật viên trực tiếp làm kĩ thuật ghi điện tim trên bệnh nhân với 180 lượt quan sát ngẫu nhiên; trong đó có 2 kĩ thuật viên nam với 43 lượt quan sát (23,9%) và 6 kĩ thuật viên nữ với 137 lượt quan sát (76,1%) thao tác kĩ thuật ghi điện tim. Do đó, tiếp tục nghiên cứu, đánh giá thêm các xét nghiệm ghi điện tim do kĩ thuật viên nam giới thực hiện trong tương lai là cần thiết.

Trình độ văn hóa của nhân viên y tế đóng vai trò rất quan trọng trong quá trình tiến hành kĩ thuật. Trong nghiên cứu này, các kĩ thuật viên được quan sát thao tác kĩ thuật ghi điện tim đều có trình độ từ trung cấp trở lên. Tuy nhiên, kết quả ghi nhận tỉ lệ sai sót trong bước thực hiện kĩ thuật thử test, phát hiện điện cực nhiều và bật nút chống nhiễu ở nhóm có trình độ cao đẳng và đại học cao hơn so với nhóm có trình độ trung cấp, mặc dù, các sai sót này hầu hết là sai sót một phần khi thực hiện kĩ thuật [5]. Trong tiến hành kĩ thuật, thử test và bật nút chống nhiễu thường thực hiện khi khởi

động máy và là những thao tác đơn giản. Có thể từ nguyên nhân chủ quan của các nhân viên y tế, do đó, làm tăng tỉ lệ sai sót trong quá trình thực hiện kĩ thuật. Giám sát, hướng dẫn lại ý nghĩa của các bước trong quá trình ghi điện tim là yêu cầu được đặt ra.

Ghi điện tim là một xét nghiệm thường quy trong thực hành lâm sàng. Việc thực hiện chuẩn hóa quá trình ghi điện tim không chỉ bảo đảm chất lượng của một bản ghi điện tim mà còn đem lại sự hài lòng của người bệnh trong quá trình thăm khám và điều trị tại các cơ sở y tế. Kết quả của chúng tôi đã đưa bằng chứng rõ ràng về các yếu tố làm tăng sai sót trong quá trình ghi điện tim. Đây là căn cứ xác đáng để đề xuất lãnh đạo các đơn vị y tế nói chung, chỉ huy Bộ môn - Khoa Chẩn đoán chức năng, Bệnh viện Quân y 103 nói riêng hết sức quan tâm củng cố nghiệp vụ cho đội ngũ kĩ thuật viên, nâng cao chất lượng điều trị.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 180 thao tác kĩ thuật được chọn ngẫu nhiên của 8 kĩ thuật viên trực tiếp thực hiện ghi điện tim trên bệnh nhân, tại Bộ môn - Khoa Chẩn đoán chức năng, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 5-8/2020, chúng tôi thu được kết quả: các yếu tố ảnh hưởng đến thao tác kĩ thuật các bước thực hiện quy trình ghi điện tim tại đây bao gồm trình độ văn hóa, thâm niên công tác, giới tính của kĩ thuật viên, số lượng xét nghiệm thực hiện trong ngày và thời điểm thực hiện xét nghiệm trong ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Prakash B (2010), "Patient satisfaction", *J Cutan Aesthet Surg*, 3 (3): 151-155.
2. Pandit M.S, Pandit S (2009), "Medical negligence: Coverage of the profession, duties, ethics, case law, and enlightened defense - A legal perspective", *Indian J Urol*, 25 (3): 372-378.
3. Bộ Y tế (2013), *Ban hành Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện*, Quyết định số 4858/QĐ-BYT ngày 3/12/2013.
4. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn quy trình kĩ thuật nội khoa, chuyên ngành Tim mạch*, Quyết định số 3983/QĐ-BYT ngày 03/10/2014.
5. Lê Tiến Trung, Lê Văn Quân, Phạm Ngọc Thảo, Trần Lê Nguyệt Minh, Nguyễn Thị Ngọc, Phùng Thị Hạnh (2021), "Thực trạng thực hiện quy trình ghi điện tim tại Bộ môn - Khoa Chẩn đoán chức năng, Bệnh viện Quân y 103 và một số yếu tố ảnh hưởng", *Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam*, 33: 87-92. □

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT THÁO PHƯƠNG TIỆN KẾT XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 5

ThS. NGUYỄN QUỐC HUY
Bệnh viện Quân y 5

Phản biện khoa học: (1) TS. PHẠM XUÂN CHUNG
(2) TS. TÔ MINH HÙNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả, phân tích có so sánh, bước đầu đánh giá hiệu quả sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tháo phương tiện kết xương ở 125 bệnh nhân (gồm nhóm nghiên cứu 25 bệnh nhân sử dụng kháng sinh dự phòng và nhóm chứng 100 bệnh nhân sử dụng kháng sinh điều trị thông thường theo danh mục thuốc bệnh viện), tại Khoa Chấn thương, Bệnh viện Quân y 5, từ tháng 7/2020 đến tháng 6/2021. **Kết quả:**

- Hiệu quả chống nhiễm khuẩn: theo dõi sau mổ đến ngày thứ 4, bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều không có triệu chứng nhiễm khuẩn, diễn biến tại chỗ thuận lợi, vết mổ không có mủ.

- Hiệu quả kinh tế: so với nhóm chứng, mỗi bệnh nhân nhóm sử dụng kháng sinh dự phòng tiết kiệm trung bình 530.288,0 đồng chi phí thuốc kháng sinh; ngoài ra, còn tiết kiệm được các khoản chi phí cho bông, băng, cồn sát khuẩn, bơm tiêm, nhân công y tế...

Từ khóa: Kháng sinh dự phòng, phương tiện kết xương, Bệnh viện Quân y 5.

ABSTRACT: Descriptive study, comparative analysis, the initial evaluation of the effectiveness of prophylactic antibiotics in surgery to remove osteosynthesis instruments in 125 patients (including a study group of 25 patients using prophylactic antibiotics and a control group of 100 patients using conventional antibiotics according to the hospital drug list), at the Department of Trauma, Military Medical Hospital 5, from July 2020 to June 2021. **Results:**

- Anti-infective efficiency: postoperative follow-up until the 4th day, the patients in both groups had no symptoms of infection, local progress was favorable, the incision did not have pus.

- Economic efficiency: compared with the control group, each patient in the prophylactic antibiotic group saved an average of 530,288.0 VND in antibiotic costs; In addition, it also saved costs for cotton, bandages, antiseptic alcohol, syringes, medical workers...

Keywords: Prophylactic antibiotic, bone removal, Military Hospital 5.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Nguyễn Quốc Huy, Email: dsnguyenquochuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/7/2021; mời phản biện khoa học: 8/2021; chấp nhận đăng: 28/9/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Nhiễm khuẩn vết mổ là tình trạng nhiễm khuẩn tại vị trí phẫu thuật trong thời gian từ khi mổ cho đến 30 ngày sau mổ với phẫu thuật không có cấy ghép và cho tới 1 năm sau mổ với phẫu thuật có cấy ghép bộ phận giả (phẫu thuật implant). Nhiễm khuẩn vết mổ không chỉ gây ra những ảnh hưởng xấu đến sức khỏe người bệnh mà còn làm tăng chi phí điều trị, tạo ra gánh nặng cho cá nhân và xã hội. Một số nghiên cứu cho thấy, nhiễm khuẩn vết mổ chiếm tỉ lệ cao trong các loại biến chứng của phẫu thuật.

Thuốc kháng sinh ra đời từ những năm 1940, là một phát kiến có ý nghĩa hết sức to lớn, làm thay đổi đáng kể chất lượng điều trị và dự phòng bệnh tật cho nền y học nhân loại, đặc biệt với các bệnh lý có liên quan đến nhiễm khuẩn hoặc nguy cơ nhiễm khuẩn. Sự phát triển của khoa học sau đó đã tạo ra hàng loạt kháng sinh mới, góp phần cứu sống hàng triệu người. Thuốc kháng sinh là nhóm thuốc điều trị chủ yếu, chiếm tỉ trọng tiêu thụ lớn trong cơ cấu các nhóm thuốc điều trị; đồng thời, là nhóm thuốc

gây tiêu tốn chi phí lớn cho ngân sách y tế. Sử dụng thuốc kháng sinh trước, trong hoặc sau phẫu thuật là liệu pháp chủ yếu phòng và điều trị nhiễm trùng vết mổ. Tuy nhiên, thực trạng lạm dụng thuốc kháng sinh làm gia tăng tình trạng kháng thuốc, các kháng sinh cũ gần như mất tác dụng. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), những năm gần đây, Việt Nam là nước có tình trạng kháng thuốc kháng sinh ra tăng nhanh nhất thế giới.

Bệnh viện Quân y 5 là bệnh viện đa khoa hạng 2, biên chế trên 400 giường bệnh, thu dung điều trị nhiều mặt bệnh đa dạng với tỉ lệ lớn các bệnh nhân (BN) chấn thương, BN mắc các bệnh lý ngoại khoa. Theo các quy định nghiệp vụ, sử dụng kháng sinh điều trị dự phòng tại Bệnh viện Quân y 5 đã được triển khai, song, việc áp dụng còn có những hạn chế nhất định, cần được tiếp tục nghiên cứu, triển khai phù hợp, hiệu quả.

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá bước đầu hiệu quả sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tháo phương tiện kết xương tại Bệnh viện Quân y 5.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

125 BN có chỉ định và được thực hiện phẫu thuật tháo phồng tiện kết xương, điều trị tại Khoa Chấn thương, Bệnh viện Quân y 5, từ tháng 7/2020-6/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả, phân tích có so sánh đối chứng.

- Chia ngẫu nhiên BN thành 2 nhóm:

+ Nhóm 1 (nhóm nghiên cứu): 25 BN, sử dụng kháng sinh dự phòng theo 1 trong 2 phác đồ. Phác đồ 1: Cefuroxim 1,5g tiêm tĩnh mạch; mũi 1 tiêm trước khi rạch da 15 phút (nếu thời gian mổ kéo dài trên 3 giờ hoặc BN có truyền máu thì tiêm nhắc lại liều trên sau đó 3 giờ); mũi 2 và mũi 3 tiêm vào các thời điểm sau mổ 3 giờ và 6 giờ. Phác đồ 2: Cephazolin 1g tiêm tĩnh mạch; mũi 1 tiêm trước khi rạch da 6 phút (nếu thời gian mổ kéo dài trên 4 giờ hoặc có truyền máu thì tiêm nhắc lại liều trên sau đó 4 giờ); mũi 2 và mũi 3 tiêm vào các thời điểm sau mổ 4 giờ và 8 giờ.

+ Nhóm 2 (nhóm chứng): 100 BN, sử dụng kháng sinh điều trị thông thường, trong 5-7 ngày sau mổ (theo danh mục thuốc bệnh viện, liều lượng và cách dùng theo từng loại kháng sinh).

- Đánh giá hiệu quả sử dụng qua:

+ Hiệu quả điều trị: qua thân nhiệt (đo lúc 9 giờ và 15 giờ hằng ngày), tình trạng vết mổ (khô; nề nhẹ, dịch thấm gạc ít; nề, dịch thấm gạc; nề, viêm tấy, dịch thấm gạc; có mủ).

+ Hiệu quả kinh tế: so sánh chi phí điều trị trung bình của BN giữa 2 nhóm.

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức bệnh viện. Các BN đều đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin về BN được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: thông tin nghiên cứu thu thập theo mẫu phiếu điều tra và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm		Nhóm 1 (n = 25)	Nhóm 2 (n = 100)	Cộng (n = 125)
Tuổi	< 18 tuổi	1 (4,0%)	13 (13,0%)	14 (11,2%)
	Từ 18-35 tuổi	7 (28,0%)	28 (28,0%)	35 (28,0%)
	Từ 36-60 tuổi	11 (44,0%)	48 (48,0%)	59 (47,2%)
	> 60 tuổi	6 (24,0%)	11 (11,0%)	17 (13,6%)
	Trung bình	44,5 ± 16,70	39,72 ± 16,81	
Giới tính	Nam	15 (60,0%)	64 (64,0%)	79 (63,2%)
	Nữ	10 (40,0%)	36 (36,0%)	46 (36,8%)

BN nhóm 1 và nhóm 2 tương đồng nhau về lứa tuổi và giới tính, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Hiệu quả sử dụng kháng sinh dự phòng:

- Hiệu quả điều trị:

Bảng 2. Diễn biến thân nhiệt BN sau mổ.

Thân nhiệt	Trước mổ		Sau mổ 24 giờ		Sau mổ 48 giờ		Sau mổ 72 giờ		Sau mổ 96 giờ	
	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 1	Nhóm 2
Không sốt	25	99	24	93	23	96	25	97	25	97
Sốt nhẹ	0	1	1	7	2	4	0	3	0	3
Sốt vừa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sốt cao	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	25	100	25	100	25	100	25	100	25	100

Thân nhiệt BN sau mổ ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có sự tương đồng, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Cả 2 nhóm đều không có BN nào biểu hiện sốt vừa và sốt cao, số BN biểu hiện sốt nhẹ rất ít. Đặc biệt, sau phẫu thuật 72 giờ và 96 giờ, nhóm nghiên cứu không BN nào có biểu hiện sốt.

Bảng 3. Diễn biến tại vết mổ của BN.

Tình trạng vết mổ	Trước mổ		Sau mổ 24 giờ		Sau mổ 48 giờ		Sau mổ 72 giờ		Sau mổ 96 giờ	
	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 1	Nhóm 2
Khô	25	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Nề nhẹ, dịch thấm gạc ít	0	0	2	5	2	7	7	11	14	34
Nề, dịch thấm gạc	0	0	19	77	20	79	18	78	11	59
Nề, viêm tấy, dịch thấm gạc nhiều	0	0	4	18	3	14	0	11	0	7
Có mủ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cộng	25	100	25	100	25	100	25	100	25	100

Tình trạng vết mổ trên BN tại các thời điểm đến sau mổ 4 ngày ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có sự tương đồng, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tuy có các biểu hiện viêm, nề nhẹ, có dịch, song các vết mổ đều không có mủ.

- Hiệu quả kinh tế:

Bảng 4. Chi phí thuốc kháng sinh điều trị.

Chi phí		Số lượng (lọ)	Thành tiền (đồng)	Tỉ lệ %
Tổng số	Nhóm 1	70	1.058.320,0	1,81
	Nhóm 2	1.630	57.262.102,0	98,19
T.Bình 1 BN	Nhóm 1	2,8	42.333,0	6,88
	Nhóm 2	16,3	572.621,0	93,12

Tổng số thuốc kháng sinh sử dụng cho các BN nhóm nghiên cứu là 70 lọ, tương ứng số tiền là 1.058.320,0 đồng; sử dụng cho các BN nhóm chứng là 1.630 lọ, tương ứng số tiền là 57.262.102,0 đồng.

Số thuốc kháng sinh sử dụng trung bình cho 1 BN ở nhóm nghiên cứu là 2,8 lọ, tương ứng số tiền là 42.333,0 đồng; ở BN nhóm chứng là 16,3 lọ, tương ứng số tiền là 572.621,0 đồng.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu:

- Về tuổi: đa số đối tượng nghiên cứu từ 18-60 tuổi (ở nhóm nghiên cứu chiếm 72,0%, ở nhóm chứng chiếm 76,0%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Giang và cộng sự (BN mổ cái gì có mấy % từ 18-60 tuổi, trong đó, nhóm nghiên cứu 90% và nhóm chứng 70%).

- Về giới tính: tỉ lệ BN nam giới ở nhóm nghiên cứu (60,0%) và nhóm chứng (64,0%) đều nhiều hơn tỉ lệ BN nữ (lần lượt là 40,0% và 36,0%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm giới tính trong lao động và trong mô hình bệnh tật, đó là nam giới thường đảm đương các công việc nặng nhọc, nguy hiểm nên tỉ lệ bị các bệnh về chấn thương cũng thường cao hơn nữ giới.

4.2. Hiệu quả sử dụng kháng sinh dự phòng trên BN phẫu thuật tháo phương tiện kết xương:

- Về hiệu quả điều trị của kháng sinh dự phòng: chúng tôi đánh giá hiệu quả điều trị của kháng sinh dự phòng dựa trên 2 tiêu chí: thân nhiệt BN sau mổ và tình trạng diễn biến tại vết mổ. Đây là các tiêu chí lâm sàng cơ bản để đánh giá bước đầu hiệu quả chống nhiễm khuẩn trên BN sau phẫu thuật.

BN nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có sự tương đồng về chỉ số thân nhiệt sau mổ ở các thời điểm theo dõi, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trên cả 2 nhóm BN, không trường hợp nào có biểu hiện sốt vừa và sốt cao. Số BN có biểu hiện sốt nhẹ cũng rất ít. Nhiều nghiên cứu cũng đã chỉ ra, sau phẫu thuật, các trường hợp sốt nhẹ hầu hết là do các phản ứng sinh lí viêm, đau và quá trình liền vết mổ. Thông thường, nếu sốt hậu phẫu không do nguyên nhân nhiễm khuẩn, BN sẽ tự phục hồi sau phẫu thuật vài ngày. Các trường hợp có sốt nhẹ trong nghiên cứu này đều diễn biến thuận lợi và hết sốt sau thời gian ngắn, chúng tôi đánh giá đây chỉ là những trường hợp sốt do phản ứng của cơ thể, không xác định do tình trạng nhiễm khuẩn. Riêng ở nhóm nghiên cứu, thời điểm sau phẫu thuật 72 giờ, không BN nào có biểu hiện sốt.

Tại các thời điểm theo dõi đến sau mổ 96 giờ, tình trạng tại chỗ vết mổ trên BN ở cả 2 nhóm cũng tương đồng, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Các biểu hiện viêm, nề nhẹ, có dịch là tình trạng diễn biến bình thường của vết thương. Các biểu hiện này giảm dần cả về số lượng và mức độ. Đặc biệt, nghiên cứu không gặp trường hợp nào có mủ vết mổ.

- Về hiệu quả kinh tế của kháng sinh dự phòng: chi phí trung bình thuốc kháng sinh cho 1 BN trong nhóm nghiên cứu là 42.333,0 đồng, trong nhóm đối chứng là 572.621,0 đồng. Như vậy, nếu sử dụng kháng sinh dự phòng, trung bình mỗi BN tiết kiệm được 530.288,00 đồng so với sử dụng kháng sinh điều trị thông thường (25 BN sử dụng kháng sinh dự phòng tiết kiệm được 13.257.206,0 đồng từ chi phí thuốc kháng sinh). Ngoài ra, các BN sử dụng kháng sinh dự phòng còn tiết kiệm được các chi phí bông, băng, cồn sát khuẩn, bơm tiêm, nhân công y tế... so với các BN sử dụng kháng sinh điều trị thông thường.

Với hiệu quả điều trị chống nhiễm khuẩn sau mổ tương đương nhau, hiệu quả kinh tế đưa lại từ sử dụng kháng sinh dự phòng là rất đáng kể so với sử dụng kháng sinh điều trị thông thường. Do đó, nếu triển khai rộng rãi quy trình sử dụng kháng sinh dự phòng cho BN phẫu thuật tháo phương tiện kết xương nói riêng và mở rộng đối với các phẫu thuật sạch, sạch nhiễm có ít yếu tố nguy cơ thì sẽ tiết kiệm được một chi phí thuốc kháng sinh không nhỏ.

(Xem tiếp trang 60)

NGHIÊN CỨU ẢNH HƯỞNG CỦA CHẾ PHẨM “MỠ SINH CƠ” ĐỐI VỚI MỘT SỐ CHỈ SỐ SINH HÓA MÁU VÀ MÔ BỆNH HỌC TRÊN ĐỘNG VẬT THỰC NGHIỆM

BSCKII. ĐOÀN XUÂN THỦY

ThS. LẠI DUY NHẤT

Viện Y học cổ truyền Quân đội

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. HỒ ANH SƠN

(2) PGS.TS. TRẦN VĂN TĂNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu thực nghiệm có so sánh ảnh hưởng của “Mỡ sinh cơ” liều bôi 504 mg/kg/ngày (tương đương liều dùng trên người) và liều bôi 1.512 mg/kg/ngày (cao gấp 3 lần liều dùng trên người) lên một số chỉ số sinh hóa máu và mô bệnh học trên chuột cống trắng, dùng trong 12 tuần liên tục. **Kết quả:** Giá trị các chỉ số sinh hóa máu chuột (hoạt độ men ALT, AST, nồng độ bilirubin toàn phần, creatinin huyết thanh) khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau dùng thuốc trong mỗi nhóm; khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm chứng, nhóm bôi “Mỡ sinh cơ” liều 504 mg/kg/ngày và nhóm bôi “Mỡ sinh cơ” liều 1.512 mg/kg/ngày tại cùng thời điểm khảo sát. Không phát hiện dấu hiệu bất thường trên hình ảnh đại thể tim, phổi, gan, lách, tụy, thận, da, hệ thống tiêu hóa các nhóm chuột sau dùng thuốc. Hình ảnh cấu trúc vi thể mô bệnh học gan, thận, da chuột cống trắng có biến đổi sau dùng thuốc, song đều nằm trong giới hạn chấp nhận được khi so sánh với nhóm chứng.

Từ khóa: Mỡ sinh cơ, chỉ số sinh hóa, mô bệnh học.

ABSTRACT: An experimental study comparing the effects of preparations “fat creates muscle” with a topical dose of 504 mg/kg/day (equivalent to human dose) and topical dose of 1,512 mg/kg/day (3 times higher than human dose) on some blood biochemical indexes and histopathology in white rats, used for 12 consecutive weeks.

Results: The values of the rat blood biochemical indexes (ALT, AST enzyme activity, total bilirubin concentration, serum creatinine) were not statistically significant between before and after drug use in each group; The difference was not statistically significant between the control group, the group applying “fat creates muscle” with a topical dose of 504 mg/kg/day and the group applying “fat creates muscle” with a topical dose of 1,512 mg/kg/day at the same time of the survey. There were no abnormal signs detected in the macroscopic images of the heart, lungs, liver, spleen, pancreas, kidney, skin, digestive system of the groups of white rats after drug use. The histopathological microscopic images of the liver, kidney, and skin of white rats changed after drug use, but all were within acceptable limits when compared with the control group.

Keywords: “Mo sinh cơ”, acute toxicity, hematology.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Đoàn Xuân Thủy, Email: xuanthuy468@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/8/2021; mời phản biện khoa học: 9/2021; chấp nhận đăng: 28/9/2021

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Loét da mạn tính (Chronic skin ulcer - CSU) là một tổn thương kéo dài trên 6 tuần, tái diễn thường xuyên hoặc không có xu hướng liền sẹo [4]. CSU đã, đang và sẽ là một thách thức lớn đối với nền y tế cả trong thời bình và thời chiến. CSU là yếu tố góp phần không nhỏ làm gia tăng thời gian, chi phí điều trị; làm tăng tỉ lệ tử vong [5, 6]. Bởi vậy, việc tìm ra một phương pháp điều trị loét da mạn tính hiệu quả, dễ thực hiện, chi phí thấp, có thể triển khai ở tất cả các tuyến, nhất là các tuyến quân y cơ sở là điều cần thiết.

Góp phần đa dạng các chế phẩm điều trị loét da mạn tính bằng thuốc cổ truyền dân tộc, Viện Y học cổ truyền Quân đội đã nghiên cứu bài thuốc “Mỡ sinh cơ”, với dạng bào chế thuốc mỡ bôi tại chỗ, có thể đóng tuýp nhỏ gọn, thuận tiện, dễ sử dụng và bảo quản. Bài thuốc có thành phần gồm 12 vị thuốc cơ bản đều là những vị thuốc đã được ứng dụng lâu đời trong điều trị, với khá nhiều nghiên

cứu riêng biệt (Đương quy, Bạch chỉ, Cốt toái bổ, Ma hoàng, Khương hoạt, Thương truật, Đại hoàng, Sinh địa, Ngưu tất, Quế nhục, Nghệ tươi, Long não) và tá dược. Các vị thuốc chủ yếu là nguyên liệu sẵn có trong nước, phương pháp bào chế đơn giản, có thể thực hiện tại nhiều cơ sở y tế, phù hợp với quan điểm “Nam dược trị Nam nhân”.

Để bảo đảm tính an toàn của chế phẩm trước khi nghiên cứu tác dụng và hiệu quả trên thực nghiệm lâm sàng, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá ảnh hưởng của “Mỡ sinh cơ” đối với một số chỉ số sinh hóa và mô bệnh học trên động vật thực nghiệm.

2. ĐỐI TƯỢNG, CHẤT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.2. Đối tượng, chất liệu nghiên cứu:

- Đối tượng nghiên cứu: 30 chuột cống trắng chủng Wistar, trọng lượng trung bình $182,4 \pm 5,7$ gam, do Ban Cung cấp động vật thí nghiệm, Học viện Quân y cung cấp. Chuột nghiên cứu được nuôi

trong điều kiện phòng thí nghiệm, tại Khoa Nghiên cứu thực nghiệm, Viện Y học cổ truyền Quân đội 5 ngày trước khi nghiên cứu bằng thức ăn chuẩn, bồi nước tự do.

- Chất liệu nghiên cứu: chế phẩm “Mỡ sinh cơ” sản xuất tại Khoa Dược, Viện Y học cổ truyền Quân đội, dạng tuýp 20g, kiểm nghiệm đạt tiêu chuẩn cơ sở. Tất cả các dược liệu sản xuất chế phẩm đều đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V.

- Trang thiết bị và hóa chất nghiên cứu: máy xét nghiệm huyết học Swelab Alfa (Thụy Điển); một số hóa chất xét nghiệm, sonde niệu quản, bơm tiêm và dụng cụ thí nghiệm khác.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7-9/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: thực nghiệm có so sánh.

- Nghiên cứu tiến hành tại Khoa Nghiên cứu thực nghiệm, Viện Y học cổ truyền Quân đội theo quy định của Bộ Y tế, hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới và các tài liệu quy định liên quan [1, 8].

- Chuột nghiên cứu được chia ngẫu nhiên thành 3 nhóm, mỗi nhóm 10 con, tỉ lệ đực/cái giữa các nhóm như nhau, cụ thể:

+ Nhóm chứng: bồi nước cất.

+ Nhóm nghiên cứu 1 (nhóm 1): bồi “Mỡ sinh cơ”, liều 504 mg/kg/ngày (tương đương liều dùng trên người).

+ Nhóm nghiên cứu 2 (nhóm 2): bồi “Mỡ sinh cơ”, liều 1.512 mg/kg/ngày (gấp 3 liều dùng trên người).

+ Bôi “Mỡ sinh cơ” trực tiếp lên vùng da chuột (khoảng 10% diện tích bề mặt cơ thể chuột) và được che phủ bằng gạc vô trùng. Mỗi ngày thay thuốc 1 lần vào 8 giờ sáng, bôi liên tục 12 tuần.

- Chỉ tiêu theo dõi đánh giá: chức năng thận (nồng độ creatinin máu), chức năng gan (hoạt độ ALT, AST, bilirubin toàn phần). Các chỉ số theo dõi được kiểm tra vào trước lúc dùng thuốc, sau dùng thuốc 6 tuần và 12 tuần. Các xét nghiệm huyết học được tiến hành tại Khoa Nghiên cứu thực nghiệm, Viện Y học cổ truyền Quân đội.

- Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Số liệu được biểu diễn dưới dạng $\pm$ SD, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Ảnh hưởng của “Mỡ sinh cơ” đối với một số chỉ số sinh hóa máu trên chuột cống trắng:

Bảng 1. Ảnh hưởng của “Mỡ sinh cơ” đến nồng độ creatinin máu chuột.

Thời điểm xét nghiệm	Nhóm chứng	Nhóm 1	Nhóm 2	p giữa các nhóm
Trước thực nghiệm ⁽¹⁾	87,3 $\pm$ 10,6	87,0 $\pm$ 7,0	89,5 $\pm$ 6,4	> 0,05
Sau 6 tuần thực nghiệm ⁽²⁾	78,6 $\pm$ 28,6	72,7 $\pm$ 16,0	79,0 $\pm$ 6,5	> 0,05
p_{1-2}	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Sau 12 tuần thực nghiệm ⁽³⁾	76,4 $\pm$ 12,2	87,6 $\pm$ 5,4	87,7 $\pm$ 7,2	> 0,05
p_{1-3}	> 0,05	> 0,05	> 0,05	

Nồng độ creatinin trong máu chuột sau 6 tuần và 12 tuần thực nghiệm thay đổi không có sự khác biệt so với trước thực nghiệm ($p > 0,05$). Nồng độ creatinin trong máu chuột nhóm 1 và nhóm 2 không có sự khác biệt so với nhóm chứng và giữa hai thời điểm trước, sau khi bôi thuốc thử ($p > 0,05$).

Bảng 2. Ảnh hưởng của “Mỡ sinh cơ” đến hoạt độ ALT, AST máu chuột.

Thời điểm xét nghiệm		Nhóm chứng	Nhóm 1	Nhóm 2	p giữa các nhóm
Trước thực nghiệm ⁽¹⁾	AST	210,9 $\pm$ 24,9	169,2 $\pm$ 23,0	212,4 $\pm$ 47,7	> 0,05
	ALT	37,5 $\pm$ 7,6	34,4 $\pm$ 9,4	41,8 $\pm$ 19,4	> 0,05
Sau 6 tuần thực nghiệm ⁽²⁾	AST	125,0 $\pm$ 49,6	109,6 $\pm$ 18,8	106,6 $\pm$ 23,3	> 0,05
	ALT	32,6 $\pm$ 9,2	28,4 $\pm$ 7,0	33,0 $\pm$ 9,0	> 0,05
$p_{1,2}$		> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Sau 12 tuần thực nghiệm ⁽³⁾	AST	239,5 $\pm$ 34,1	176,7 $\pm$ 47,3	175,0 $\pm$ 18,5	> 0,05
	ALT	41,6 $\pm$ 7,8	50,3 $\pm$ 16,7	46,3 $\pm$ 9,1	> 0,05
$p_{1,3}$		> 0,05	> 0,05	> 0,05	

Nồng độ AST, ALT sau 6 tuần và 12 tuần thực nghiệm thay đổi không có sự khác biệt so với trước thực nghiệm ($p > 0,05$). Nồng độ AST, ALT trong máu chuột ở nhóm 1 và nhóm 2 không có sự khác biệt so với nhóm chứng và giữa hai thời điểm trước và sau khi bôi thuốc thử ($p > 0,05$).

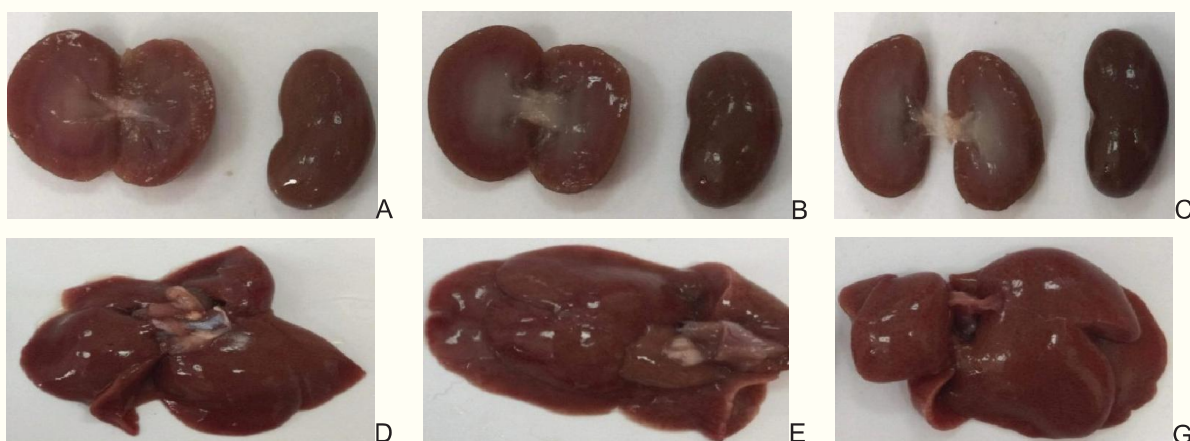
Bảng 3. Ảnh hưởng của “Mỡ sinh cơ” đến nồng độ bilirubin toàn phần trong máu chuột.

Thời điểm xét nghiệm	Nhóm 1	Nhóm 1	Nhóm 2	p giữa các nhóm
Trước thực nghiệm ⁽¹⁾	50,8 ± 29,7	53,7 ± 27,7	61,4 ± 19,0	> 0,05
Sau 6 tuần thực nghiệm ⁽²⁾	26,6 ± 8,3	38,6 ± 9,3	23,9 ± 6,9	> 0,05
p _{1,2}	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Sau 12 tuần thực nghiệm ⁽³⁾	39,8 ± 12,4	35,0 ± 4,1	33,5 ± 9,1	> 0,05
p _{1,3}	> 0,05	> 0,05	> 0,05	

Nồng độ bilirubin toàn phần máu chuột sau 6 tuần và 12 tuần thực nghiệm không có sự khác biệt so với trước thực nghiệm ($p > 0,05$). Nồng độ bilirubin toàn phần trong máu chuột ở nhóm 1 và nhóm 2 không có sự khác biệt so với nhóm chứng và giữa hai thời điểm trước, sau khi bôi thuốc thử ($p > 0,05$).

3.2. Ảnh hưởng của “Mỡ sinh cơ” đối với mô bệnh học một số mô, tạng chuột cống trắng:

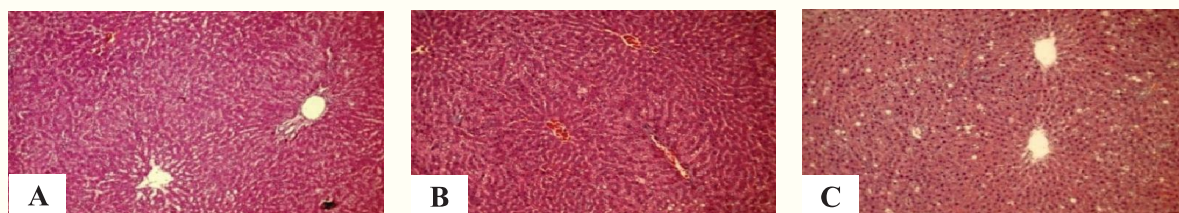
- Trên hình ảnh đại thể một số mô, tạng chuột cống trắng thực nghiệm:



Hình 1. Hình ảnh đại thể thận chuột (A: nhóm chứng; B: nhóm 1; C: nhóm 2) và gan chuột (D: nhóm chứng; E: nhóm 1; G: nhóm 2) sau 12 tuần dùng thuốc.

Trên tất cả các chuột thực nghiệm, về mặt đại thể không quan sát thấy có thay đổi bệnh lý nào của các cơ quan tim, phổi, gan, lách, tụy, thận, da và hệ thống tiêu hóa. Không thấy sự khác biệt hình ảnh đại thể gan, thận giữa các chuột ở nhóm chứng so với nhóm 1 và nhóm 2. Bề mặt gan, thận đều nhẵn, bóng đều, màu nâu đỏ đồng nhất, không có u cục, không xuất huyết, đàn hồi khi ấn.

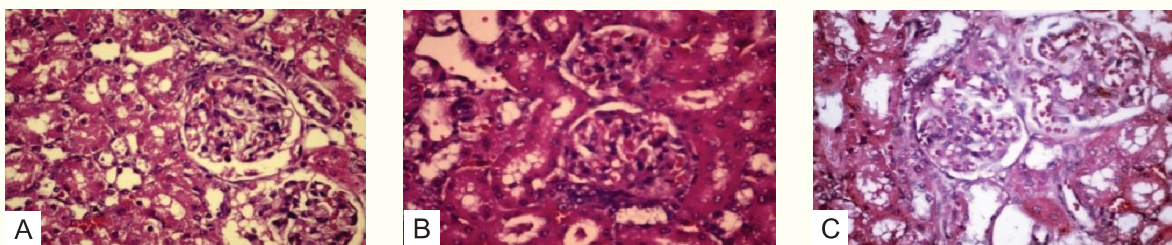
- Hình ảnh vi thể gan chuột:



Hình 2. Hình thái vi thể gan chuột sau 12 tuần dùng thuốc (A: chuột cống trắng số 6 nhóm chứng; B: chuột cống trắng số 14 nhóm 1; C: chuột cống trắng số 30 nhóm 2).

Dưới kính hiển vi độ phóng đại 200-400 lần, chúng tôi thấy: ở nhóm chứng, có hình ảnh một số tế bào gan bị thoái hóa hạt, tĩnh mạch trung tâm và các xoang mạch nan hoa có xung huyết, khoảng cửa còn rõ cấu trúc; ở nhóm 1 (bôi “Mỡ sinh cơ” liều 504 mg/kg/ngày), có một số tế bào gan bị thoái hóa hạt, tĩnh mạch trung tâm và các xoang mạch nan hoa có xung huyết, khoảng cửa còn rõ cấu trúc; ở nhóm 2 (bôi “Mỡ sinh cơ” liều 1.512 mg/kg/ngày), có một số các tế bào gan bị thoái hóa hạt, tĩnh mạch trung tâm và các xoang mạch nan hoa có xung huyết, khoảng cửa còn rõ cấu trúc. Như vậy, sau 12 tuần dùng thuốc, hình ảnh vi thể gan chuột nhóm 1 và nhóm 2 không khác biệt so với nhóm đối chứng.

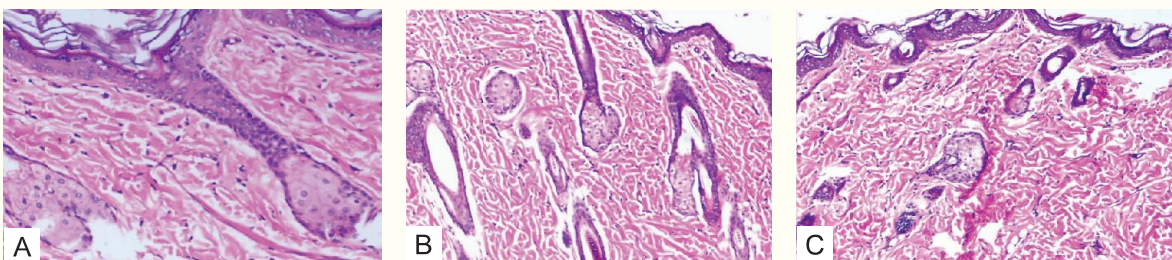
- Hình ảnh vi thể thận chuột:



Hình 3. Hình thái vi thể thận chuột sau 12 tuần dùng thuốc (A: chuột cống trắng số 6 nhóm chứng; B: chuột cống số 14 nhóm 1; C: chuột cống trắng số 30 nhóm 2).

Dưới kính hiển vi độ phóng đại 200-400 lần, chúng tôi thấy: ở nhóm chứng, các cầu thận nở to, các cuộn mạch xung huyết nhẹ, lòng mạch chứa hồng cầu, khoang Bowman chứa dịch trong, các tế bào biểu mô ống thận thoái hóa hạt, các ống thận chứa nước tiểu trong, mô kẽ có các mạch máu xung huyết; ở nhóm 1, các cầu thận nở to, các cuộn mạch xung huyết nhẹ, lòng mạch chứa hồng cầu, khoang Bowman chứa dịch trong, các tế bào biểu mô ống thận thoái hóa hạt, các ống thận chứa nước tiểu trong, mô kẽ có các mạch máu xung huyết; ở nhóm nghiên cứu 2, các cầu thận nở to, các mạch máu xung huyết, lòng mạch chứa hồng cầu, khoang Bowman giãn rộng, chứa dịch trong, các tế bào biểu mô ống thận thoái hóa hạt, các mạch máu mô kẽ xung huyết. Hình ảnh vi thể thận ở cả nhóm nghiên cứu 1 và nhóm nghiên cứu 2 chưa có sự khác biệt so với nhóm đối chứng.

- Hình ảnh vi thể da chuột:



Hình 3. Hình thái vi thể da chuột (A: chuột cống trắng số 5 nhóm chứng; B: chuột cống số 15 nhóm 1; C: chuột cống trắng số 26 nhóm 2).

Hình ảnh vi thể da chuột ở cả 3 nhóm đều quan sát thấy: da phủ biểu mô lát tầng có sừng hóa với cấu trúc lớp biểu bì mỏng, còn rõ màng đáy và các nhú chân bì, mào thượng bì; trong chân bì rõ cấu trúc các nang lông, tuyến bã.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Ảnh hưởng của “Mỡ sinh cơ” đối với một số chỉ số sinh hóa máu chuột cống trắng:

Theo Tổ chức Y tế thế giới và Bộ Y tế Việt Nam, các chỉ số sinh hóa máu là một trong những xét nghiệm bắt buộc khi đánh giá độc tính của thuốc nghiên cứu [2, 3, 8]. Gan, thận là cơ quan đóng vai trò quan trọng trong chuyển hóa nói chung nhất là chuyển hóa thuốc, khi sử dụng bất kì một loại thuốc nào đều tác động ít nhiều đến gan, thận, gây ra biến đổi các chỉ số sinh hóa máu [7]. Kết quả thực nghiệm này cho thấy, nồng độ creatinin, bilirubin toàn phần, hoạt độ men ALT, AST ở các nhóm chuột nghiên cứu so với nhóm chứng tại cùng thời điểm và giữa các thời điểm nghiên cứu ở mỗi nhóm chuột đều khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy, “Mỡ sinh cơ” bôi ở

liều 504 mg/kg/ngày (tương đương liều dùng trên người) và liều cao gấp 3 lần (1.512 mg/kg/ngày), trong 12 tuần liên tục không gây ảnh hưởng tới các chỉ số sinh hóa máu trên chuột cống trắng. Kết quả này cho thấy, “Mỡ sinh cơ” không thể hiện độc tính trên gan, thận chuột.

4.2. Ảnh hưởng của “Mỡ sinh cơ” đối với mô bệnh học một số mô, tạng chuột cống trắng:

Kết quả xét nghiệm mô bệnh học gan, thận, da... của chuột cống trắng cho thấy, “Mỡ sinh cơ” không gây tổn thương về mặt hình thái khi quan sát đại thể các cơ quan của chuột so với nhóm chứng, không thấy sự tổn thương rõ rệt vi thể gan của chuột các nhóm bôi “Mỡ sinh cơ” liều 504 mg/kg/ngày (tương đương liều dùng trên người) và liều cao gấp 3 lần (1.512 mg/kg/ngày) trong 12 tuần liên tục so với nhóm chứng. Cấu trúc vi thể gan của chuột ở cả nhóm 1 và nhóm 2 xuất hiện thoái hóa hạt ở một số tế bào gan; xung huyết tĩnh mạch trung tâm và các xoang mạch nan hoa. Đối với cấu trúc vi thể thận của chuột, thấy xung huyết mạch máu mô kẽ, các cầu thận nở to, cuộn mạch xung huyết nhẹ, lòng mạch chứa hồng

cầu, khoang Bowman chứa dịch trong; các tế bào biểu mô ống thận thoái hóa hạt ở cả 2 nhóm chuột bôi "Mỡ sinh cơ" với liều tương đương liều dùng trên người và liều gấp 3 lần liều tương đương trên người. So sánh với nhóm chứng sinh học, sự thay đổi này nằm trong giới hạn chấp nhận được.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu ảnh hưởng của chế phẩm "Mỡ sinh cơ" lên một số chỉ số sinh hóa máu và mô bệnh học chuột cống trắng, liều bôi 504 mg/kg/ngày và 1.512 mg/kg/ngày, dùng trong 12 tuần liên tục, so sánh với nhóm chứng bôi nước cất, kết quả:

- Giá trị các chỉ số sinh hóa máu chuột (hoạt độ men ALT, AST, nồng độ bilirubin toàn phần, creatinin huyết thanh) khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau dùng thuốc trong mỗi nhóm; khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm chứng, nhóm bôi "Mỡ sinh cơ" liều 504 mg/kg/ngày và nhóm bôi "Mỡ sinh cơ" liều 1.512 mg/kg/ngày tại cùng thời điểm khảo sát.

- Không phát hiện dấu hiệu bất thường trên hình ảnh đại thể tim, phổi, gan, lách, tụy, thận, da, hệ thống tiêu hóa các nhóm chuột sau 12 tuần dùng thuốc. Hình ảnh cấu trúc vi thể mô bệnh học gan, thận, da chuột cống trắng có biến đổi sau dùng thuốc, song đều nằm trong giới hạn chấp nhận được khi so sánh với nhóm chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đỗ Trung Đàm (2014), *Phương pháp xác định độc tính của thuốc*, Nhà xuất bản Y học, tr. 186.
2. Bộ Y tế (2009), *Dược điển Việt Nam IV*, Phụ lục thử độc tính bất thường (13.5 - PL257) - Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn thử nghiệm tiền lâm sàng và lâm sàng thuốc đông y, thuốc từ dược liệu*, Quyết định 141/QĐ-K2ĐT ngày 27/10/2015.
4. Staas WE Jr, Cioschi H.M (1991), "Pressure sores - a multifaceted approach to prevention and treatment", *West J Med*, 154 (5): 539-544.
5. Stockton L, Rithalia S (2008), "Is dynamic seating a modality worth considering in the prevention of pressure ulcers?", *J Tissue Viability*, 17 (1): 15-21.
6. Fisher A.R, Wells G, Harrison M.B (2004), "Factors associated with pressure ulcers in adults in acute care hospitals[J]", *Holist Nurs Pract*, 18 (5): 242-253.
7. *Principles and Methods of Toxicology*, Wallace Hayes, Raven Press, 2001.
8. World Health Organization (2000), *General guidelines for methodologies on research and evaluation of tradition medicine*, p. 3-29. □

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ SỬ DỤNG KHÁNG SINH...

(Tiếp theo trang 55)

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 125 BN phẫu thuật tháo phễu tiện kết xương (nhóm nghiên cứu gồm 25 BN sử dụng kháng sinh dự phòng và nhóm chứng gồm 100 BN sử dụng kháng sinh điều trị thông thường), tại Khoa Chấn thương, Bệnh viện Quân y 5, từ tháng 7/2020 đến tháng 6/2021, kết luận:

- Tại các thời điểm sau mổ đến ngày thứ 4, 100% BN sử dụng kháng sinh dự phòng không có dấu hiệu nhiễm khuẩn; hiệu quả điều trị không có sự khác biệt so với các BN sử dụng kháng sinh điều trị thông thường.

- Hiệu quả kinh tế: mỗi BN nhóm sử dụng kháng sinh dự phòng tiết kiệm trung bình 530.288,00 đồng so với nhóm sử dụng kháng sinh điều trị thông thường; ngoài ra, còn tiết kiệm được các chi phí bông, băng, cồn sát khuẩn, bơm tiêm, nhân công y tế...

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thị Thu Giang, Kiều Đình Hùng, Nguyễn Thị Hiền (2014), "Bước đầu đánh giá hiệu quả của kháng sinh dự phòng Cefuroxim trong phẫu thuật cột sống tại Khoa Ngoại, Bệnh viện

Đại học Y Hà Nội", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 18, phụ bản số 6, tr. 91-95.

2. Nguyễn Quốc Anh, Nguyễn Việt Hùng (2012), "Đặc điểm phân bố và kháng kháng sinh của các tác nhân gây nhiễm khuẩn vết mổ tại một số bệnh viện của Việt Nam (2009-2010)", *Tạp chí Y học lâm sàng*, số 66 + 67, tr. 26-32.

3. Nguyễn Việt Hùng (2019), *Phân tích thực trạng tiêu thụ kháng sinh và việc sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi bệnh viện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên*, Luận văn thạc sĩ dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.

4. Nguyễn Thị Hiền Lương (2012), *Nghiên cứu đánh giá sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2009-2011*, Luận văn tốt nghiệp dược sĩ đại học, Trường Đại học Dược Hà Nội.

5. Hà Văn Quyết: "Kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật", <http://www.vietduchospital.edu.vn/>.

6. Mai Phương Mai: "Kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật", www.bvdaihoc.com.vn.

7. Trần Hữu Luyện: "Sử dụng kháng sinh và kiểm soát nhiễm khuẩn", www.bvtwhue.com.vn. □